

Akademia Medyczna w Warszawie
Wydział Nauki o Zdrowiu

Joanna Goniak
nr albumu 40869

WSPÓŁCZESNE SZANSE I ZAGROŻENIA
POLSKIEGO PIELEŃNIARSTWA

Praca licencjacka napisana
na kierunku pielęgniarstwo

Praca napisana pod kierunkiem
mgr Iwony Bruśk
w Zakładzie Zdrowia Publicznego

Warszawa 2007

Oświadczenie kierującego pracą

Oświadczam, że niniejsza praca została przygotowana pod moim kierunkiem i stwierdzam, że spełnia ona warunki do przedstawienia jej w postępowaniu o nadanie tytułu licencjata.

Data

Podpis kierującego pracą

Oświadczenie autora pracy

Świadoma odpowiedzialności prawnej oświadczam, że niniejsza praca dyplomowa została napisana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam również, że przedstawiona przeze mnie praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem tytułu zawodowego w wyższej uczelni.

Oświadczam ponadto, że niniejsza wersja jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

Data

Podpis autora pracy

SPIS TREŚCI

Wstęp	3
--------------------	---

Rozdział I

Pielęgniarstwo polskie w ujęciu historycznym	5
---	---

Rozdział II

Aktualne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek ..	8
---	---

2.1 Studia licencjackie.....	9
2.2 Studia magisterskie.....	10
2.3 Kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe pielęgniarek..	11
2.4 Poziom wynagrodzenia pielęgniarek.....	15

Rozdział III

Możliwości zatrudnienia polskich pielęgniarek za granicą	17
---	----

3.1 Uwarunkowania prawne.....	18
3.2 Zasady zatrudnienie polskich pielęgniarek w Wielkiej Brytanii i USA.....	20

Rozdział IV

Oczekiwania i plany zawodowe studentów pielęgniarstwa	24
--	----

4.1 Metoda, technika, narzędzie badawcze.....	24
4.2 Organizacja i przebieg badań.....	25
4.3 Analiza wyników badań.....	25

Podsumowanie	30
---------------------------	----

Piśmiennictwo	32
----------------------------	----

Aneks	34
--------------------	----

Wstęp

Tematyką mojej pracy jest sytuacja, która w ostatnim czasie gwałtownie wpływa na przyszłość pielęgniarstwa w Polsce. Sytuacja ta jest głęboko niepokojąca i w konsekwencji może doprowadzić do poważnego kryzysu, którego symptomy mamy już w polskiej służbie zdrowia.

W minionym stuleciu ukształtowano społeczny wizerunek pielęgniarek i standardy etycznego ich postępowania. Panowała wówczas zasada posłuszeństwa lekarzowi i lojalność wobec szpitala. Współcześnie pielęgniarzkę uważa się za partnera lekarza, który wspiera jego pracę. Jednym z pielęgniarzkich kanonów jest wierność normom etycznym. Polskim pielęgniarzkom marzy się model irlandzki - tam bycie pielęgniarzką to prestiż, mają wysoki status społeczny i bardzo wysokie wynagrodzenie za swoją pracę.

Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna w Polsce ma niekorzystny wpływ na ludzkie zachowania. Sytuacja, jaka panuje obecnie w polskim pielęgniarstwie wzbudza wiele kontrowersji. Z jednej strony następuje gwałtowny rozwój pielęgniarstwa naukowego, dając jednocześnie szanse na wzrost samodzielności zawodowej "nowoczesnych" pielęgniarek, a co za tym idzie podnoszenie jakości usług i zwiększanie zapotrzebowania na opiekę medyczną z uwagi na starzejące się społeczeństwo, oraz podnoszenie kwalifikacji i transformację systemu kształcenia pielęgniarek. Z drugiej zaś strony, napotyka się ciągłą likwidację etatów pielęgniarzkich, a tym pielęgniarzkom, które pozostają na stanowiskach pracy zwiększa się liczbą pacjentów. Wiąże się ze znacznym obniżaniem jakości świadczonych usług, uniemożliwiając jednocześnie troska o zdrowie, pojmowane jako pełną harmonię psychiki, ciała i duszy człowieka. Przeciążona obowiązkami pielęgniarzka ma problemy z realizacją pełni zadań na wysokim poziomie.

Przed polskim pielęgniarstwem stoi więc duże ryzyko zagrażające pozycji polskiej służby zdrowia, jak również wpływające na dalszy rozwój współczesnego pielęgniarstwa. Zagrożenia współczesnego pielęgniarstwa mają charakter zarówno ekonomiczny, związany z niestabilną sytuacją ekonomiczną i organizacyjną systemu ochrony zdrowia w Polsce, organizacyjny - wpływający na pogorszenie warunków wykonywanej pracy ze względu na zmniejszenie liczby pielęgniarek i niespójność prawnolegislacyjną, jak również charakter medyczny, wiążący się z rozbieżnością między rozwojem medycyny a rozwojem pielęgniarstwa.

Rozbieżność ta związana jest z faktem, iż rozwój pielęgniarstwa na terenie Polski rozpoczął się dużo później niż w innym krajach i przebiegał w trudniejszych warunkach.

Pozostaje nam mieć tylko nadzieję, iż istnieją realne szanse na odwrócenie tej niekorzystnej tendencji, zostaną podjęte przez resort zdrowia odpowiednie czynności, by zachęcić młodych ludzi do wykonywania tego szlachetnego zawodu i niesienia pomocy innym, a także wprowadzenie przemian rozwojowych współczesnego pielęgniarstwa pozwoli na zwiększenie liczby pielęgniarek, gotowych do podjęcia złożonych działań na rzecz jego rozwoju w naszym kraju.

Moja praca licencjacka w trzech pierwszych rozdziałach ma charakter teoretyczny polegający na badaniu dokumentów i analizie trendów w pielęgniarstwie. W rozdziale pierwszym przedstawiłam zarys historyczny polskiego pielęgniarstwa. W rozdziale drugim opisane zostały aktualne formy kształcenia pielęgniarek. Rozdział trzeci zawiera informacje na temat możliwości zatrudnienia polskich pielęgniarek za granicą.

Rozdział czwarty ma charakter badawczy. Dla poparcia faktami aktualnych trendów w pielęgniarstwie przeprowadziłam ankietę, w której zamierzałam zbadać ocenę i przygotowanie studentów pielęgniarstwa do wykonywania zawodu oraz plany po zakończeniu nauki. Grupę badawczą stanowili studenci III-go roku pielęgniarstwa, badanie przeprowadzone zostało w lutym 2007r.

Rozdział I

Pielęgniarstwo polskie w ujęciu historycznym

Początek okresu nowoczesnego pielęgniarstwa przypada na rok 1860, w którym to Florencja Nightingale (1820-1910) założyła pierwszą szkołę pielęgniarstwa przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Podstawą koncepcji Florencji Nightingale było ujęcie zagadnień pielęgniarstwa, podkreślenie potrzeby odrębności działalności pielęgniarstwa oraz samodzielności pielęgniarstwa. Wskazywała na konieczność kształcenia pielęgniarek, a stworzony przez nią model opieki oparty został na potrzebie rozwoju naukowego i zawodowego. Dużą wagę przywiązywała do umiejętności obserwacji, właściwej interpretacji spostrzeżeń, przydatności osobowościowej pielęgniarek i ich zdyscyplinowania. Szkoły utworzone według koncepcji Florencji Nightingale miały na celu przygotowanie swych kandydatek do pracy w szpitalach, prowadzone były przez doświadczonych pielęgniarek, a szkolenia miały głównie charakter praktyczny. Kształcenie pielęgniarek według modelu F. Nightingale przyjęło się na całym świecie [2,5].

Bardzo ważnym wydarzeniem wpływającym na rozwój pielęgniarstwa było utworzenie przez B. Fenwick w roku 1899 w Stanach Zjednoczonych Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek od momentu utworzenia stymuluje rozwój pielęgniarstwa zawodowego na całym świecie, stwarzając możliwości porozumiewania się i wzajemnej współpracy pielęgniarek z różnych krajów oraz wspólne znajdowanie odpowiedzi na pytania dotyczące dobra pacjentów i profesji. Przedmiotem obrad są sprawy organizacyjno-prawne zawodu pielęgniarek, a także zagadnienia merytoryczne dotyczące pielęgniarstwa oraz aktualnych problemów zdrowotnych świata i poszczególnych regionów [2].

Rozwój polskiego pielęgniarstwa przypada na początek XX wieku. W tym czasie zaczęto tworzyć pierwsze szkoły pielęgniarstwa. Dużym osiągnięciem było utworzenie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, jako narodowej organizacji pielęgniarek profesjonalistek [2], i włączenie go w nurt pielęgniarstwa poprzez przyjęcie do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w 1925r (MPO), co umożliwiło korzystanie naszym pielęgniarkom z doświadczeń i pomocy organizacji międzynarodowych [1,5].

Ważnym wydarzeniem historycznym dla polskiego pielęgniarstwa jest założenie w 1911r. w Krakowie pierwszej nowoczesnej szkoły pielęgniarstwa - Szkoły Pielęgniarek Zawodowych Panien Ekonomek św. Wincentego a'Paulo. Szkoła ta przekazywała swoim absolwentkom idee pielęgniarstwa jako potrzebę ofiarnej pracy na rzecz chorych, cierpiących i potrzebujących [5].

Wraz z rozpoczęciem działalności dwóch w pełni nowoczesnych szkół pielęgniarstwa w Poznaniu i w Warszawie w 1921r. zostało zapoczątkowane w Polsce pielęgniarstwo zawodowe. Szkoły te spełniały standardy szkolnictwa zachodniego, a nauczanie w nich prowadzone było przez absolwentki Szkół Pielęgniarek Zawodowych Panien Ekonomek św. Wincentego a'Paulo, dyplomowane pielęgniarki oraz lekarzy z klinik uniwersyteckich. Programy nauczania, zawierające zarówno zajęcia teoretyczne jak i praktyczne, przygotowywały do opieki nad chorym w warunkach domowych, szpitalnych a także do profilaktyki i oświaty zdrowotnej w ośrodkach zdrowia publicznego [1,2].

Istotnym faktem dla rozwoju pielęgniarstwa jest rozpoczęcie działalności reprezentantek zawodu w Departamencie Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, co owocuje w niedługim czasie powstaniem pielęgniarek wojewódzkich, a także ukazaniem się dnia 21 lutego 1935 r. pierwszej ustawy o pielęgniarstwie [2].

Trudnym okresem zarówno dla polskiego pielęgniarstwa jak i całego narodu była wojna i okupacja. Heroiczna służba w ciężkich i zagrażających życiu warunkach, w jednostkach wojska polskiego na frontach, w partyzantce, w powstaniu warszawskim, w gettach oraz obozach koncentracyjnych doprowadziła w znacznym stopniu do zmniejszenia liczby pielęgniarek w Polsce. Już od wczesnych lat 50-tych XX wieku zaczęto podejmować działania zmierzające do rozwoju pielęgniarstwa. W latach 1945-1989 nastąpił gwałtowny wzrost liczebności szkół pielęgniarstwa, wśród których dominowały licea pielęgniarstwa i policealne szkoły zawodowe. Zmieniono programy kształcenia, wzbogacając je w treści przedmiotów medyczno - pielęgniarstwa oraz humanistyczno - społecznych, dostosowanych do polityki wychowawczej władzy państwowej. W 1957 roku zostało powołane Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, które postulowało wydanie nowej ustawy o zawodzie pielęgniarki, utworzenie w Ministerstwie Zdrowia samodzielnej jednostki odpowiedzialnej za prowadzenie praktyki zawodowej pielęgniarek a także możliwość zapewnienia pielęgniarkom

kształcenia na poziomie akademickim. Towarzystwo nawiązało współpracę z MPO, podejmując jednocześnie różnorodne działania mające na celu podnoszenie poziomu pielęgniarstwa i jego rangi w społeczeństwie [2]. Nieustanne dążenia pielęgniarek do rozwoju profesji doprowadziło do utworzenia w 1969r. w Lublinie Studium Pielęgniarstwa, które w 1972r. zostało przekształcone w Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej. Od tego momentu zaczęto tworzyć identyczne Wydziały przy Akademiach Medycznych w całym kraju [5].

Od 1989 r. w naszym kraju rozpoczął się okres transformacji ustrojowej. W pielęgniarstwie polskim obserwuje się dynamiczny rozwój zarówno w zakresie kształcenia jak i praktyki zawodowej [1]. Pojawiają się nowe trendy, polegające na prawnym uregulowaniu statusu zawodowego pielęgniarstwa jako samodzielnego zawodu. Pociąga to za sobą intensyfikację działalności naukowo-badawczej, rozwój różnorodnych form doksztalcenia i doskonalenia pielęgniarek oraz wprowadzenia nowych kierunków szkolnictwa wyższego.

W związku z zalegalizowanym przez polski rząd porozumieniem europejskim (1996) w sprawie kształcenia pielęgniarek, określającym standardy kształcenia oraz podpisaniem zobowiązań wynikających z konieczności dostosowania prawa polskiego do dyrektyw unijnych, nastąpiło upowszechnienie wyższego kształcenia pielęgniarek wraz z koniecznością modyfikacji programów kształcenia podstawowego, wyższego a także podyplomowego. Wdrożono nowy program transformacji kształcenia pielęgniarek, określający strategię działań rządowych w zakresie zapewnienie odpowiednio wyszkolonej kadry pielęgniarstwiej[15]. W ostatnich latach duży nacisk kładzie się na prowadzenie działań naukowych przez pielęgniarzki, co ma istotny wpływ na rozwój praktyki pielęgniarstwiej oraz kadry pielęgniarek-naukowców [14].

Dynamiczny rozwój współczesnego pielęgniarstwa pozwala na zwiększenie liczby pielęgniarek dobrze przygotowanych do wykonywania zawodu, które gotowe są do podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji polskich pielęgniarek jako podstawowej służby sprawującej opiekę nad zdrowiem człowieka. Obecnie przed polskim pielęgniarstwem istnieje poważne zagrożenie związane z masową emigracją pielęgniarek do krajów unijnych. Z każdym rokiem z polskich szpitali i przychodni ubywa pielęgniarek, wskaźnik zatrudnienia na 1000 mieszkańców wynosi 4,9 [12] i ma tendencję spadkową. Zwiększenie limitu kształcenia nie przyniesie rezultatu, jeśli nie pójdzie za tym wzrost płac i prestiżu zawodu.

Rozdział II

Aktualne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek

Systemy i modele kształcenia pielęgniarek w Europie podlegają ciągłym zmianom i doskonaleniom. Stale weryfikowane są treści i informacje przekazywane studentom, podwyższające jakość kształcenia oraz wzbogacające o najnowsze zdobycze nauki i medycyny a także wprowadzające zmiany w systemie kształcenia. Kształcenie pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej reguluje Dyrektywa 2005/36WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7.09.2005r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dyrektywa ta została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej serii L w dniu 30 września 2005 roku i weszła w życie z dniem 20 października 2005r. Określa ona zasady kształcenia w zawodzie pielęgniarki oraz zawiera program kształcenia na kierunku pielęgniarstwo. Dyrektywa 2005/36WE zastąpiła dotychczas obowiązujące Dyrektywy z 1997 roku: 77/452/EWG; 77/453/EWG, które dotyczyły zawodu pielęgniarki [15].

W Polsce można uzyskać kwalifikacje pielęgniarki tylko po ukończeniu wyższej uczelni. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa.

Szkołą pielęgniarstwa jest szkoła prowadząca kształcenie w systemie 3-letnich studiów zawodowych licencjackich oraz w formie jednolitych 5-letnich studiów magisterskich. Absolwent studiów zawodowych otrzymuje tytuł licencjata pielęgniarstwa a absolwent studiów magisterskich uzyskuje tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa. Szkoły wyższe kształcące pielęgniarki to Akademie Medyczne, które podlegają bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia oraz Uniwersytety i Wyższe Szkoły Zawodowe, podlegające Ministerstwu Edukacji i Nauki. Przed rozpoczęciem kształcenia każda uczelnia jest zobowiązana do uzyskania akredytacji wydawanej przez Krajową Radę Akredytacyjną Szkolnictwa Medycznego, której zadaniem jest ocena, czy uczelnia spełnia standardy kształcenia, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz czy program kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, określany przez Ministra Edukacji Narodowej i Sportu jest dostosowany do wymogów dyrektyw unijnych [16].

Warunkiem podjęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo jest ukończenie dziesięcioletniego kształcenia ogólnego, potwierdzonego dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem wydanym przez właściwe organy lub instytucje albo świadectwem potwierdzającym zdanie egzaminu wstępnego na równoważnym poziomie do szkoły pielęgniarstwa.

2.1 Studia licencjackie

Studia zawodowe na kierunku pielęgniarstwo trwają nie mniej niż 3 lata (6 semestrów) lub 4600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego, tj. 2300 godzin kształcenia praktycznego i 2300 godzin kształcenia teoretycznego, przy czym kształcenie teoretyczne obejmuje co najmniej 1/3 część, a kształcenie kliniczne co najmniej połowę minimalnego okresu kształcenia. Uczelnia może również zorganizować samokształcenie odbywające się w ramach godzin kształcenia teoretycznego, ale w wymiarze nie większym niż 760 godzin. Instytucje prowadzące kształcenie pielęgniarek odpowiadają za skoordynowanie elementów kształcenia teoretycznego i klinicznego w trakcie trwania całego programu studiów [6,16].

Kształcenie teoretyczne stanowi tą część kształcenia pielęgniarek, w trakcie której zdobywają one wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności niezbędne do organizowania, udzielania i oceny sprawowanej opieki zdrowotnej. Kształcenie prowadzone jest przez wykładowców pielęgniarstwa lub inne kompetentne i doświadczone osoby w szkołach pielęgniarstwa lub innych placówkach nauczania, wyposażonych w odpowiednią bazę dydaktyczną i wybranych przez instytucje edukacyjne. Natomiast kształcenie kliniczne stanowi tą część kształcenia pielęgniarek, w trakcie której kandydatka, jako członek zespołu, bezpośrednio w kontakcie z osobami zdrowymi lub chorymi, lub z określoną społecznością, jak i w oparciu o zdobytą wiedzę i umiejętności uczy się organizacji, udzielania i dokonywania oceny wymaganej i kompleksowej opieki pielęgniarstwa. Kandydatka na pielęgniarzkę uczy się nie tylko pracy zespołowej, ale także umiejętności kierowania zespołem i organizowania opieki pielęgniarstwa, w tym także prowadzenia edukacji zdrowotnej w placówkach zdrowotnych lub w określonej społeczności. Powyższe kształcenie odbywa się w szpitalach lub innych placówkach medycznych. Obejmuje ono określoną społeczność

i powinno odbywać się pod nadzorem wykładowców pielęgniarstwa oraz przy współpracy i pomocy innych, wykwalifikowanych pielęgniarek lub osób należących do wykwalifikowanego personelu medycznego. Kandydatki na pielęgniarki biorą udział w wykonywaniu czynności odpowiednich ze względu na cele kształcenia i uczą się podejmowania obowiązków związanych z pielęgniarstwem, wykonywanych na danym oddziale [16].

Ukończenie przez kandydata kształcenia pielęgniarstwa gwarantuje uzyskanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności w zakresie nauk, z wystarczającym zrozumieniem budowy, funkcji fizjologicznych i zachowania osób zarówno chorych, jak i zdrowych oraz poznanie zależności między stanem zdrowia a fizycznym i społecznym środowiskiem człowieka. Osoba biorąca udział w kształceniu zdobywa wiedzę o charakterze i etyce zawodu, zasadach dotyczących zdrowia i pielęgnowania, odpowiednie doświadczenie kliniczne, dobrane ze względu na wartości szkoleniowe, w miejscach, w którym dzięki odpowiedniej liczbie wykwalifikowanego personelu i wyposażeniu, są adekwatne warunki świadczenia opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjenta. Posiada również możliwość udziału w praktycznym kształceniu personelu medycznego, nabywając doświadczenia w pracy z tym personelem, współpracując jednocześnie z innymi zawodami w służbie zdrowia [6,16].

Egzamin dyplomowy, kończący studia zawodowe, składa się z części teoretycznej, w tym również obrony pracy licencjackiej oraz części praktycznej.

Absolwent studiów zawodowych, otrzymując tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, powinien być przygotowany do pełnienia samodzielnej roli zawodowej, obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej oraz zarządzania nią. Musi posiadać umiejętność rozpoznawania podstawowych potrzeb życiowych pacjenta, planowania i realizacji opieki, udzielać pomocy i wsparcia jednostce bądź rodzinie w dążeniu do przywrócenia i zachowania zdrowia. Do zadań absolwenta należy także promowanie i edukacja zdrowotna, kształtująca jednocześnie w podopiecznym poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i przygotowująca go do samoopieki.

2.2 Studia magisterskie.

Pielęgniarstwo magisterskie trwa nie mniej niż 5 lat, czyli 10 semestrów a całkowita liczba godzin zajęć dydaktycznych wynosi 6100, z czego 2940 godzin

stanowi kształcenie praktyczne, które obejmuje zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe. Program studiów przygotowuje kandydata do samodzielnego świadczenia i zarządzania opieką zdrowotną, obejmującą ocenę stanu zdrowia, czynników zagrażających zdrowiu, rozpoznanie potrzeb podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej oraz organizację i wykonywanie świadczeń z uwzględnieniem aktualnej wiedzy, teorii i koncepcji pielęgniarstwa. [6,16]

Kandydat powinien być gotowany do podjęcia działań opiekuńczo-wychowawczych oraz organizacyjnych na rzecz osób chorych jak i zdrowych w placówkach oświatowych, społecznych i zdrowotnych, przestrzegając przy tym zasad etyki zawodowej oraz norm kulturowych i praw człowieka. Bardzo ważna jest umiejętność nauczania chorego życia z chorobą lub niepełnosprawnością i przygotowanie go do samoopieki.

Absolwent studiów pielęgniarstwa powinien umieć:

- podejmować działania jako członek zespołu opieki zdrowotnej, współpracując jednocześnie z uczestnikami tego zespołu oraz organizować bezpieczne środowisko pracy zespołowej i opieki;
- prowadzić edukację zdrowotną poprzez organizację kampanii edukacyjnych zarówno w środowisku lokalnym, jak i krajowym oraz ocenę tych programów i skuteczności ich działania, a także promocję zdrowego stylu życia.

Istotą jest również działanie mające na celu dalszy rozwój praktyki pielęgniarstwa poprzez poprawę jakości opieki, wdrażanie nowych rozwiązań, metod i teorii, podejmując czynności związane z rozwojem zawodowym oraz organizując i uczestnicząc w kształceniu własnym i innych pielęgniarzek.

Po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo absolwent otrzymuje tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa [6,16].

2.3 Kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe

Przed rokiem 2004 do wykonywania zawodu pielęgniarstwa w zupełności wystarczało ukończenie liceum medycznego oraz dwu-, dwu i pół- lub trzyletniego studium zawodowego dla pielęgniarzek. Aktualny system kształcenia pielęgniarzek dostosowany do wymogów dyrektyw sektorowych, nie uwzględnił kwalifikacji tych pielęgniarzek. Dlatego też z myślą o nich utworzono tzw. studia pomostowe.

Studia te organizowane są na wyższych uczelniach i prowadzone w systemie dziennym, wieczorowym i zaocznym. Ta forma kształcenia została wprowadzona w 2004r. i może być realizowana przez uczelnie do roku akademickiego 2010/2011. Kształcenie pomostowe nie jest obowiązkowe. Przeznaczone jest ono dla tych pielęgniarek, które chcą posiadać kwalifikacje uznawane w państwach Unii Europejskiej i które wyrażają chęć podniesienie swoich kwalifikacji do poziomu licencjata, co umożliwi podjęcie studiów magisterskich [16].

Studia są płatne, a koszt waha się w granicach 1500-2500 zł. za semestr. Istnieje możliwość otrzymania dofinansowania z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej – Zintegrowany Program Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR) i PHARE oraz z budżetu państwa. 18 maja 2005 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy, umożliwiające dofinansowanie studiów pomostowych z ZPORR. O dofinansowanie z ZPORR mogą ubiegać się uczelnie wyższe, a nie bezpośrednio pielęgniarki. Aby skorzystać z pomocy finansowej musi się być mieszkańcem danego województwa, na terenie którego znajduje się uczelnia. Zaoczne studia pomostowe finansowane z ZPORR mają być bezpłatne. W 2006 roku uruchomione zostały studia pomostowe finansowane z Funduszu ZPORR w czterech województwach: podkarpackim, dolnośląskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim. O dofinansowanie kształcenia z funduszu PHARE mogły ubiegać się szkoły wyższe, jednak dofinansowanie to nie objęło absolwentów liceum medycznego. Program dofinansowania studiów pomostowych z funduszu PHARE został obecnie zakończony. Do 2006 roku Ministerstwo Zdrowia odmawiało dofinansowania zaocznych studiów pomostowych oraz brak było zainteresowania ze strony uczelni utworzeniem dziennego systemu tego rodzaju kształcenia. Od roku akademickiego 2006/2007 na 9 uczelniach zostały uruchomione bezpłatne dzienne studia pomostowe, finansowane z budżetu państwa [16].

Czas trwania studiów pomostowych uzależniony jest od rodzaju ukończonej szkoły medycznej oraz w przypadku pielęgniarek, które ukończyły licea medyczne - od roku rozpoczęcia nauki. Czas kształcenia na studiach pomostowych nie może być krótszy niż:

- dla absolwentek 5-letnich liceów medycznych, które rozpoczęły naukę przed 1980/1981 r. - 5 semestrów lub 3000 godzin;
- dla absolwentek 5-letnich liceów medycznych, które rozpoczęły naukę w 1980/1981r. lub później – 3 semestry lub 1633 godziny;

- dla absolwentek 2-letnich studium medycznych – 3 semestry lub 2410 godzin;
- dla absolwentek 2,5-letnich studium medycznych – 2 semestry lub 1984 godzin;
- dla absolwentek 3-letnich studium medycznych – 2 semestry [8].

Program ustalany jest indywidualnie przez uczelnie. Uwzględnia on różnice między standardami nauczania na studiach zawodowych licencjackich a programem zrealizowanym przez szkołę, której student jest absolwentem. Program nauczania zawiera treść teoretyczną, która obejmuje nie mniej niż 33% całości programu oraz część praktyczną i praktyki zawodowe stanowiące nie mniej niż 50% całości programu kształcenia. Po zakończeniu zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych zawartych w programie studiów, student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu końcowego. Nie podjęcie przez pielęgniarki pracujące w zawodzie tego rodzaju kształcenia nie prowadzi do utraty ważności swoich dyplomów i świadectw oraz prawa do wykonania zawodu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej [8,16].

Od dnia 17 grudnia 1998 roku zapoczątkowany został, rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znowelizowany system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. W ciągu pięciu lat zaobserwowano znaczny wzrost zainteresowania pielęgniarek podnoszeniem swoich kwalifikacji zawodowych. Każda pielęgniarska ma obowiązek aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych dziedzinach. Zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej istnieją formy kształcenia podyplomowego w postaci :

- szkoleń specjalistycznych, zwanych specjalizacjami
- kursów kwalifikacyjnych
- kursów specjalistycznych
- kursów doksztalających.[10]

Szkolenia specjalistyczne mają na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji w danej dziedzinie pielęgniarstwa i/lub ochrony zdrowia. Czas trwania kursu obejmuje okres niezbędny do realizacji wszystkich modułów zawartych w programie ramowym, trwa nie krócej niż 18 miesięcy i nie dłużej niż 24 miesiące, może on zostać skrócony do 12 miesięcy, jeżeli pielęgniarka spełnia jeden z warunków:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa oraz jest zatrudniona na stanowisku zgodnym z dziedziną specjalizacji;
- 2) ukończyła szkołę o specjalności pielęgniarstwo psychiatryczne oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie w tej specjalności i ubiega się o tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego;
- 3) ukończyła szkolenie, w tym za granicą, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji, trwające co najmniej 3 miesiące, i posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji;
- 4) ukończyła specjalizację w innej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [9].

W skład ramowego programu specjalizacji wchodzi blok ogólnozawodowy, wspólny na wszystkich specjalizacji oraz blok specjalistyczny będący przedmiotem specjalizacji. Specjalizację kończy egzamin państwowy obejmujący całokształt zagadnień z danej dziedziny kształcenia. Pielęgniarka po odbyciu szkolenia i zdaniu egzaminu otrzymuje tytuł specjalisty z danej dziedziny pielęgniarstwa lub mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [9,10].

Kurs kwalifikacyjny jest typem kształcenia mający ma na celu uzyskanie przez kursanta specjalistycznych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny. Czas trwania kursu obejmuje okres nie krótszy niż 3 miesiące i nie dłuższy niż 6 miesięcy. Kurs specjalistyczny to rodzaj kształcenia, dzięki któremu pielęgniarka otrzymuje kwalifikację do wykonywania czynności zawodowych podczas udzielania świadczeń pielęgniarstkich, diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych. Celem kursu dokształcającego jest aktualizacja i zgłębianie wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarek. [9,10,16].

Kształcenie podyplomowe realizowane jest w systemie dziennym, wieczorowym, zaocznym i mieszanym. Do szkolenia może przystąpić pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu, co najmniej dwuletni staż pracy, która została dopuszczona przez komisje kwalifikacyjną. Organizatorami mogą być jednostki organizacyjne posiadające uprawnienia do przeprowadzania tego rodzaju kształcenia. Są to m.in. uczelnie medyczne, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz medyczne jednostki badawczo – rozwojowe, a także jednostki organizacyjne, które uzyskały wpis do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe. Program

kształcenia zostaje zatwierdzony przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, po uprzednim stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem i z aktualnym stanem wiedzy w zakresie tematyki kursu. Program zostaje zwykle zatwierdzony na okres od 3 lat do 6 lat, a jego akceptacja i odmowa odbywa się na drodze administracyjnej[9,10,16].

Jedną z idei kształcenia podyplomowego jest wzbogacanie kompetencji uczestników kształcenia w sferach umiejętności praktycznych, jak również postaw interpersonalnych. System kształcenia podyplomowego powinien być trwałym i spójnym elementem kształcenia zawodowego, powinien spełniać oczekiwania pracodawców oraz samych zainteresowanych, a przede wszystkim powinien przygotowywać pielęgniarki do realizacji wysoko wyspecjalizowanych zadań. Ze strony pracodawców rzadko doceniany jest fakt zdobycia nowych kwalifikacji co przejawia się brakiem ich wykorzystania oraz brakiem awansu. Natomiast wymagania związane z poziomem kształcenia i zdobyciem certyfikatu specjalisty są bardzo wysokie. Proces kształcenia podyplomowego powinien uwzględniać ciągle zmiany prawno-organizacyjne, w tym m.in. zasady rekrutacji osób na szkolenia specjalistyczne. Powinny one uwzględniać zapotrzebowanie na poszczególne specjalizacje oraz staż pracy kandydata w danej dziedzinie. Ma to niewątpliwie związek z motywacjami do podjęcia kształcenia, z oczekiwaniami ich absolwentów, jak również wciąż rosnącym zapotrzebowaniem społecznym [14].

2.4 Poziom wynagrodzenia pielęgniarek

Pielęgniarki i położne są bardzo obciążone pracą. Nie są przestrzegane normy pracy. Zdarza się też, że pogoń za dodatkowym zarobkiem, aby wystarczyć na godne życie, powoduje zatrudnianie się w dwóch miejscach. Coraz częściej mówi się otwarcie w tym środowisku o wypaleniu zawodowym pielęgniarek w pełni sił. Są one pozbawione wsparcia nie tylko ze strony pracodawców, ale też często ze strony psychologów i etyków[12]. Normy (tzw. normy minimalne) zatrudnienia pielęgniarek określone są w danym zakładzie przez pracodawcę. Uwzględnia się przy tym kryteria zawarte w rozporządzeniu z dnia 21 XII 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, oraz specyfikę organizacyjną zakładu. Projekt norm opracowywany jest przez naczelną pielęgniarkę, przeło-

zoną pielęgniarek zakładu i zatwierdzany przez kierownika danego zakładu. Ustalone minimalne normy zatrudnienia w zakładzie podlegają stałej kontroli kierownika zakładu, co do zgodności z obowiązkiem zapewnienia udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych na właściwym poziomie. Mogą one ulegać zwiększeniu lub zmniejszeniu, w zależności od specyfiki organizacyjnej danego zakładu [16].

Stres, obciążenie pracą, ryzyko popełnienia błędu w sztuce oraz groźby zażalenie z tytułu powikłań i zaniedbań uniemożliwiają poświęcenie większej ilości czasu na pochylenie się nad pacjentem. Problemem, obok narastającego ryzyka migracji pielęgniarek, staje się brak chętnych osób do wykonywania tego zawodu na obecnych warunkach nieprzestrzeganie norm pracy a zwłaszcza zbyt niskie wynagrodzenie finansowe. Średnie wynagrodzenie w Polsce uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Duże znaczenie odgrywa wielkość danego miasta czy miejscowości, miejsce i rodzaj wykonywanej pracy, a także doświadczenie, jakie posiada pielęgniarka. W CZD Instytucie Matki Polki w Międzyzlesiu średnie wynagrodzenie dla osób z wieloletnim stażem wynosi 2700 zł, absolwentkom natomiast oferuje się ok. 1900 zł. Są to kwoty po podwyżkach, jakie miały miejsce w październiku ubiegłego roku. Warszawskie Centrum Onkologii-Instytut oferuje swoim pracownikom miesięczne wynagrodzenie w wysokości ok. 2756 zł, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2122 zł, zaś dla pracowników Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnego i Medycyny Pracy "ATTIS-SPZOZ" w Warszawie wynosi ono 1598 zł. Wynagrodzenia te, zwłaszcza w porównaniu z zarobkami jakie proponuje m.in. Szpital Powiatowy w Kraśniku (970zł) czy Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży w Zagórz (1200 zł) wydają się naprawdę wysokie, zwłaszcza dla pielęgniarek w małych miejscowościach, które nie mają zbyt dużej alternatywy na znalezienie lepiej płatnej pracy, w porównaniu z tymi, które mieszkają w większych miastach [12].

Rozdział III

Możliwości zatrudnienia polskich pielęgniarek za granicą.

Według prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych mamy w Polsce 220 tysięcy pielęgniarek czynnie pracujących oraz 25 tysięcy położnych, przy jednoczesnych 38 milionach potencjalnych pacjentów. Szacując, na 1000 mieszkańców przypada tylko około 4,9 pielęgniarek. Stanowi to dwukrotnie mniejszą liczbę niż w innych krajach Unii Europejskiej, np. w Wielkiej Brytanii na 1000 mieszkańców przypada ok. 9,2 pielęgniarek, w Niemczech – 9,9 , w Norwegii 14,9 , a w Irlandii 15. Społeczeństwo naszego kraju starzeje się, a pielęgniarska opieka długoterminowa kontraktowana jest w niewystarczających ilościach. Permanentna likwidacja stanowisk pracy w placówkach służby zdrowia, pozbawia pielęgniarki stałej i upragnionej pracy. Są rozczarowane i w pełni świadome, że pacjentów wcale nie ubywa. Niskie wynagrodzenie za ich trud i poświęcenie może wpływać negatywnie na jakość usług pielęgnacyjnych. Niejednokrotnie muszą walczyć o swoje prawa. Normą etyczną człowieka jest jego sumienie, a zagłuszanie go doprowadza do tragicznych skutków[12].

Należy wziąć pod uwagę zmieniające się w szybkim tempie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne. Związane jest to szybkim postępem medycyny, któremu zawdzięcza się wydłużający się wiek Polaków. Niezmiernie istotnym faktem jest, iż zwiększa się również częstość występowania i wzrasta liczba ofiar chorób cywilizacyjnych, co pociąga za sobą problem zapewnienia stałej opieki medycznej nad przewlekle chorymi oraz niepełnosprawnymi. Szybki rozwój medycyny ratunkowej, przyczynia się do wydłużenia okresu rehabilitacji i pielęgnacji [12, 16]

Bycie pielęgniarką nie jest sprawą prostą, nie każdy bowiem posiada niezbędne cechy i umiejętności, umożliwiające opiekę nad chorym człowiekiem. Tylko fachowość pielęgniarki stwarza optymalne warunki do powrotu pacjenta do zdrowia. Podczas kształcenia w szkołach pielęgniarskich, kandydaci uczą się jak służyć drugiemu człowiekowi, wspierać i pomagać mu w jego cierpieniu. Podstawową i przewodnią normą moralną w pracy pielęgniarki jest nakaz poszanowania zdrowia i ludzkiego życia. Niestety w obecnych warunkach, żywiąc obawę o utratę stanowiska pracy, pielęgniarki niejednokrotnie są zmuszone działać niezgodnie z własnym sumieniem, co budzi w nich niezadowolenie i narastający bunt. Warunki te nie pozwalają

pielęgniarkom na godną pracę, w której w pełni mogłaby się realizować. Często także, nie mając środków ani możliwości rozwiązywania problemów, stają się obojętne na ludzkie cierpienie. Prowadzi to do obniżenia rangi zawodu pielęgniarki [16].

Warunki wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Polsce - nadmierne obciążenie pracą zawodową, oszczędności na etatach, rosnące ryzyko zawodowe, niskie zarobki w relacji do innych zawodów - skłaniają średni personel medyczny do emigracji.

Narasta zwłaszcza migracja zarobkowa w grupie absolwentów wyższych szkół pielęgniarstwa. Do zawodu wkracza rocznie ponad 1000 pielęgniarek i położnych. Co roku z zawodu tego wychodzi ich ok. 1200. Jest to znacząca tendencja spadkowa. Już dzisiaj należałoby zastanowić się, jak wyrównać istotnie niekorzystny, zwłaszcza dla pacjentów, bilans [12].

Dobrze wykształcone pielęgniarki, migrują w poszukiwaniu lepszymi warunkami dla swojej egzystencji lub zmieniają swoje kwalifikacje, dające szansę na lepiej płatny zawód. Przy obecnych wynagrodzeniach, które w Polsce wynoszą średnio ok. 1400 zł brutto, nie sposób powstrzymać lawiny migracji zarobkowej personelu medycznego. Do wyjazdów przygotowują się nie tylko młodzi i wykształceni absolwenci szkół medycznych. Swoje kwalifikacje podnoszą także starsze pielęgniarki, nie mające wyższego wykształcenia. Z uwagi na fakt, iż praca pielęgniarki jest pracą ciężką i odpowiedzialną, zawód ten wybierają osoby, którym ludzkie cierpienie nie jest obojętne. Dlatego też za trud i wysiłek wkładany w sumienne wykonywanie pracy, pielęgniarkom należy się szacunek i uznanie, a także godne warunki do jej wykonywania [4].

3.1 Uwarunkowania prawne

Wspólnota Europejska zachęca do współpracy w dziedzinie edukacji, chcąc umożliwić kształcenie i swobodne podjęcie pracy w państwach Unii Europejskiej. Jest to możliwe dzięki systemowi wzajemnego uznawania dyplomów, studiów oraz kwalifikacji zawodowych.

Każdy kraj posiada swoje własne regulacje prawne dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych. Dyplomy i dokumenty potwierdzające poziom wykształcenia mogą być uznawane w innych państwach w celu: kontynuacji kształcenia lub w celu

zatrudnienia. Uznawanie wykształcenia w celu kontynuacji kształcenia w innym kraju nazywane jest uznaniem dla celów akademickich. Uzyskanie uznania wykształcenia dla celów akademickich wymaga złożenia wniosku o porównanie między posiadanymi kwalifikacjami a wymaganymi w poszczególnych krajach. W krajach Unii Europejskiej istnieją specjalne centra informacyjne uznania kwalifikacji akademickich (NARIC), udzielające informacji, jakiemu stopniowi w państwach członkowskich odpowiadają posiadane kwalifikacje oraz umożliwiające zapoznanie się z procedurami ich uznawania. Uznanie kwalifikacji w celu zatrudnienia nazywane jest uznaniem dla celów zawodowych. Zagadnienia związane z uznawaniem kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej reguluje [Dyrektywa 2005/36WE](#) Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.U.UE.L.05.255.22), która została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej serii L w dniu 30 września 2005 roku i weszła w życie z dniem 20 października 2005 roku. Dyrektywa zawiera wykaz warunków wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych przez państwa członkowskie. Dyrektywa ta zastąpiła dotychczas obowiązujące Dyrektywy z 1997 r. (77/452/EWG; 77/453/EWG), dotyczące zawodu pielęgniarki [15,16].

Wyróżnia się 3 rodzaje uznawania kwalifikacji zawodowych w zakresie zawodów regulowanych:

1. Na zasadzie automatycznego uznawania.
2. Na zasadzie praw nabytych.
3. Na zasadzie ogólnego systemu.

Automatyczne uznanie kwalifikacji zgodnie z Dyrektywą 2005/36WE dotyczy pielęgniarek posiadających dyplom ukończenia wyższej uczelni oraz tytuł magistra pielęgniarstwa z data odniesienia 1 maj 2004r.

Uznawanie kwalifikacji na zasadzie praw nabytych dotyczy pielęgniarek, których dyplom został wydany w Polsce przed 1 maja 2004r. i nie spełnia minimalnych wymogów w zakresie kształcenia. W takiej sytuacji uznanie kwalifikacji w Państwach Członkowskich wymaga udokumentowania doświadczenia zawodowego, które uzależnione jest od rodzaju posiadanego dyplomu:

- w przypadku osób posiadających dyplom licencjata pielęgniarstwa jest to 3 kolejne lata w okresie 5 lat od wydania zaświadczenia;

- w przypadku osób posiadających dyplom ukończenia kształcenia pomaturalnego w szkołach medycznych jest to 5 kolejnych lat w okresie 7 lat od wydania zaświadczenia[15,16].

Ponadto Dyrektywa 2005/36WE stwierdza uznanie przez Państwa Członkowskie kwalifikacji pielęgniarek wydanych w Polsce przed 1 maja 2004r., nawet w sytuacji, gdy dokumenty te nie spełniają minimalnych wymogów kształcenia potwierdzonych tytułem licencjata, jeżeli zostały uznane na podstawie kształcenia, określonego w art. 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dziennik Ustaw z dnia 30 kwietnia 2004 r., nr 92, poz. 885) oraz Rozporządzeniu Ministra z dnia 11 maja 2004r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dziennik Ustaw z dnia 13 maja 2004 r., nr 110, poz. 1170), czyli absolwentom studiów pomostowych. W celu umożliwienia zatrudniania obywateli Państw Członkowskich w UE bez konieczności podwyższania ich kwalifikacji, został utworzony Ogólny System Wzajemnej Uznawania Kwalifikacji Zawodowych. Jest on niezwykle pomocny, zwłaszcza dla osób ubiegających się o uznanie kwalifikacji, a które nie posiadają minimum wymaganego wykształcenia. Wówczas osoby takie mogą ubiegać się o uznanie kwalifikacji na zasadach ogólnych. Państwo Członkowskie ma prawo domagać się od wnioskodawców odbycia przez nich stażu adaptacyjnego, który trwa nie dłużej niż 3 lata, bądź też przystąpienie do testu umiejętności. Zasady ogólnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych, dotyczące zawodów pielęgniarstwa, reguluje Dyrektywa 2005/36WE [16].

3.2 Zasady zatrudniania polskich pielęgniarek w Wielkiej Brytanii i USA

W krajach Unii Europejskiej praca pielęgniarki jest doceniana w kategoriach priorytetowych, dlatego polskie pielęgniarki emigrują. Niestety w Polsce jest inaczej i jeśli nie zmieni się to, w niedługim czasie będziemy mieć w naszym pielęgniarstwie sytuację tragiczną. Według Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, od 1 maja 2004 r.

do pracy w UE wyjechało 5 tys. pielęgniarek, drugie tyle może wyjechać niebawem. Aż 3,5 tys. polskich pielęgniarek pracuje ponadto w USA [16].

Wśród polskich pielęgniarek dużym zainteresowaniem cieszą się oferty firm pomagających im wyjechać i zdobyć pracę w zagranicznych szpitalach, a jedną z najważniejszych motywacji są oferowane im zarobki.

Chcąc ubiegać się o prace w angielskich szpitalach na stanowisku pielęgniarki należy spełnić kilka podstawowych wymogów stawianych przez pracodawców.

Podstawowym warunkiem, jakie powinna spełniać kandydatka ubiegająca się o prace na stanowisku pielęgniarki, jest zdobycie przez nią odpowiedniego wykształcenia, które spełnia wymogi unijne. Wymagane jest posiadanie świadectwa ukończenia szkoły wyższej, minimum 3-letniej nauki oraz uzyskanie dyplomu pielęgniarskiego i/lub tytułu zawodowego licencjata. Niezbędne jest również posiadanie prawa do wykonywania zawodu. Duże znaczenie ma także doświadczenie zawodowe zdobyte podczas pracy, w przypadku posiadania tytułu licencjata brane jest pod uwagę trzy ostatnie lata z pięciu przepracowanych na stanowisku pielęgniarki, a przy minimum wykształcenia - pięć lat z siedmiu [16].

Każda pielęgniarka kwalifikowana do pracy na Wyspach Brytyjskich musi złożyć podanie o członkostwo w NMC (Nursing and Midwifery Council). Rejestracji należy dokonać na stronie www.nmc-uk.org, a następnie skontaktować się telefonicznie lub mailowo z sekcją dla kandydatów z UE i zwrócić się z prośbą o aplikację. Po uzyskaniu odpowiedzi, należy wypełnić aplikację i podbita przez odpowiednią Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych (OIPIP), wysłać do NMC. Aplikanci powinni dostarczyć do Działu Rejestracyjnego NMC (Registration Department at the Nursing and Midwifery) kopie dyplomu wraz z angielskim tłumaczeniem, kopie dowodu osobistego, paszportu, zaświadczenie o niekaralności, niezbędne szczegóły z dotychczasowej edukacji i ćwiczeń zarówno teoretycznych, jak i klinicznych, a także 2 zaświadczenia z OIPIP: o przebiegu pracy zawodowej i o spełnieniu wymogów dyrektyw unijnych. Proces rejestracji trwa ok. 3-8 miesięcy, po jego zakończeniu uzyskuje się PIN, umożliwiający podjęcie pracy w zawodzie [16].

Standardowym wymogiem jest wykazanie zdolności efektywnego komunikowania się z pacjentem w języku angielskim. Niejednokrotnie pracodawcy wymagają także zdobycia specjalnego poziomu znajomości języka- IELTS (International English Language Testing System).

Oferty pracy obejmują zwykle zatrudnienie początkowo na 12 miesięcy, po uprzednim sprawdzeniu umiejętności kandydata, a następnie na czas nieokreślony. Wynagrodzenie uzależnione jest od indywidualnych kwalifikacji zawodowych i doświadczenia, rodzaju placówki zdrowia oferującej etat, a także warunków kontraktu. Średnie wynagrodzenie wynosi ok. 17,5-20 tys. funtów brutto rocznie. Najczęściej pracodawca zapewnia dodatkowo zakwaterowanie oraz udziela pełnych informacji, co do ponoszonych kosztów. Dużą zaletą jest możliwość dalszego doskonalenia zawodowego, którego częściowe koszty pokrywa pracodawca [16].

W Stanach Zjednoczonych przeciętna płaca wynosi ok. 36 - 50 tysięcy dolarów rocznie. Jednak wymagania stawiane przy rekrutacji są naprawdę trudne, a czasem niemożliwe do przejścia przez większość zainteresowanych pielęgniarek. Okres rekrutacji trwa ok. 1-2 lat, w zależności od stopnia znajomości języka, gdyż podstawą jest bardzo dobra znajomość języka angielskiego, którą potwierdza się zdaniem dwóch testów - TOEFL i Test of Spoken English. Dodatkowo kwalifikacje kandydatek sprawdzane są podczas dwóch egzaminów pielęgniarskich: CGFNS - z wiedzy ogólnej oraz NCLEX- sprawdzający umiejętność kreatywnego myślenia, zdawany przed przedstawicielami Amerykańskiej Izby Pielęgniarskiej. Kreatywne myślenie w pracy w amerykańskich szpitalach jest bardzo istotne, gdyż pracujące tam pielęgniarki mają znacznie większy zakres odpowiedzialności i samodzielności zawodowej.

Oferty pracy w zawodzie pielęgniarki w USA są atrakcyjne zarówno pod finansowym, jak i możliwości rozwoju zawodowego i osobistego. Umożliwiają karierę w najbardziej rozwiniętym kraju świata i dostęp do najlepszych technologii, wysoki prestiż społeczny, zarobki odpowiednie do wkładu pracy i doświadczenia, komfortowe warunki pracy, możliwość bezpłatnego dokończania się i rozwoju kariery zawodowej, prywatne ubezpieczenie medyczne dla pielęgniarki i jej rodziny [16].

O dobre pielęgniarki szpitale toczą wręcz wojny, przebijając się pensjami, różnymi przywilejami i bonusami. Dodatkowo Senat USA przyjął poprawkę do ustawy imigracyjnej, znoszącej limit wiz imigracyjnych, jednak by stała się ona prawem musi być jeszcze uzgodniona z Izbą Reprezentantów. Przyjęcie poprawki „pielęgniarskiej” jest pierwszym krokiem do otwarcia „drzwi” dla pielęgniarek [16].

Większość pielęgniarek, które wyjechały za granicę, nie chce już wracać do polskich szpitali. Są zadowolone z tego ile zarabiają oraz z warunków, w jakich pracują. Trafiają do najlepszych klinik na świecie. Tam szybko docenia się ich pracowitość i fachowość.

Problem migracji polskiego personelu medycznego jest sprawą głęboko niepokojącą i w szybkim czasie może doprowadzić do poważnego kryzysu w polskiej służbie zdrowia. Obecna sytuacja wymaga zatem opracowania systemowych rozwiązań, nie tylko działań doraźnych, ale kompleksowych, obejmujących złożoność występującego problemu.

Rozdział IV

Oczekiwania i plany zawodowe studentów pielęgniarstwa.

4.1 Metoda, technika, narzędzie badawcze

Do przeprowadzenia procesu badawczego niezbędne jest określenie metody, mającej na celu „rozwiązanie określonego problemu naukowego”[13]. Metodę badań określa system założeń i reguł, dotyczących określonej działalności badawczej skierowanych na założony cel i osiągnięcie zamierzonego celu. Cel badań i odpowiedzi na nurtujące pytania możliwe są do osiągnięcia wykorzystując powszechnie stosowane metody, techniki i narzędzia badawcze.

Techniką badań wg T.Pilcha nazywamy „czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie sprawdzalnych informacji, opinii, faktów”. Zatem techniki badań są czynnościami określanymi przez dobór metody i przez nią uwarunkowanymi [13].

Narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym badaczowi do realizacji techniki badań i gromadzenia danych z badań.

Do najczęściej stosowanych technik badawczych zalicza się: wywiad, ankietę, analizę dokumentów, techniki socjometryczne, obserwacje i inne.

Do przeprowadzenia badań dla mojej pracy najbardziej odpowiednią technikę badawczą stanowi ankietę i analiza dokumentów. Technika ankietowa, polegająca na stawianiu pytań w formie pisemnej i pomocnych w zgromadzeniu informacji, jest metodą często wykorzystywaną ze względu na anonimowość. Ankietę zazwyczaj stosowana jest w metodach ilościowych. Analiza dokumentów służy do gromadzenia wstępnych, opisowych i ilościowych informacji o badanym zjawisku lub instytucji oraz pozwala na poznanie opinii wyrażanej w dokumentach [13].

Kwestionariusz ankiety, zawierający zestaw pytań w ankiecie, składa się z:

1. instrukcji,
2. metryczki, czyli tzw. pytań wstępnych,
3. pytań właściwych.

Kwestionariusz ankiety jako narzędzie badawcze może zawierać:

1. pytania otwarte - umożliwiają respondentowi swobodę wypowiedzi;

2. pytania zamknięte - zawierają alternatywy odpowiedzi zwane kafeterią, ograniczają swobodę wypowiedzi respondenta, mogą zawierać:
 - a) kafeterię zamkniętą - brak możliwości dodania dodatkowej odpowiedzi
 - b) kafeterię otwartą - zawiera możliwość dodatkowej odpowiedzi oznaczanej najczęściej terminem „inne”,
 - c) kafeterię koniunktywną- dopuszcza możliwość wyboru kilku odpowiedzi
 - d) kafeterię dysjunktywną - dopuszcza możliwość tylko jednej odpowiedzi;
3. pytania półotwarte - zawierają pewne warianty wypowiedzi, ale ich nie wyczerpują [13].

4.2 Organizacja i przebieg badań

Badanie zostało przeprowadzone metodą ankietową wśród studentów III-go roku pielęgniarstwa na Akademii Medycznej w Warszawie. Ankiety rozdane zostały na jednym z wykładów z prośbą o dobrowolne i anonimowe ich wypełnienie oraz o zwrot do Starosty roku.

Kwestionariusz ankiety skierowano do wszystkich studentów III-go roku. Analizie zostało poddane 190 ankiet.

Ankieta zawierała 6 zasadniczych pytań, z których 4 miało charakter kafeterii półotwartych koniunktywnych, prezentujących ocenę i oczekiwania związane z kształceniem na studiach pielęgniarstkich oraz 2 o charakterze kafeterii zamkniętej dysjunktywnej [13], charakteryzującej respondentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Warszawie.

Dane uzyskane z badania zostały poddane analizie ilościowej i przedstawiono graficznie oraz opisowo.

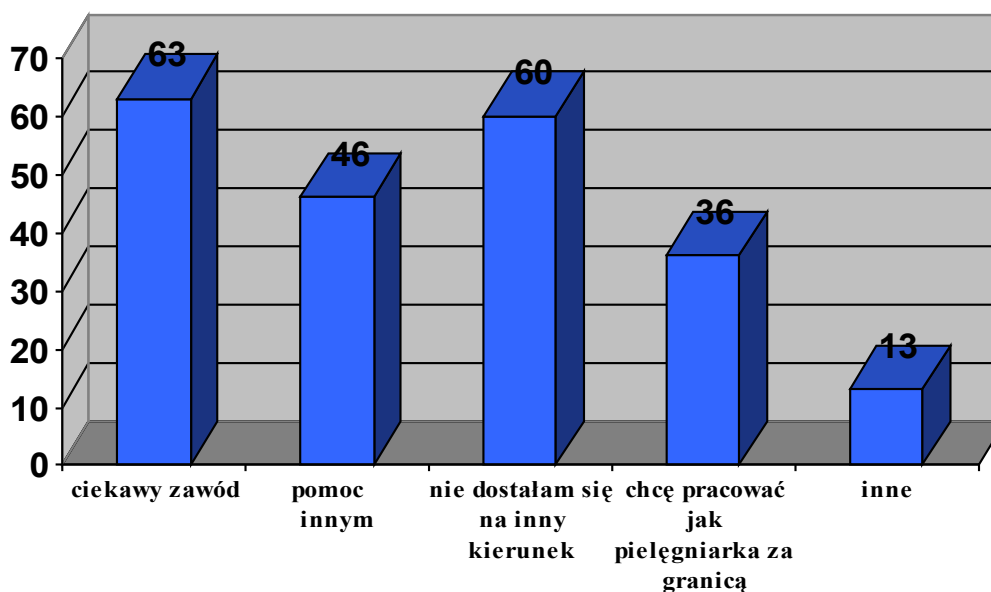
4.3.1 Analiza wyników badań

W badaniu uczestniczyło ok. 220 studentów, z czego 190 osób wypełniło ankietę. **Pytanie pierwsze** dotyczyło wieku studentów. Biorąc pod uwagę wiek uczestników, obecnie na III roku pielęgniarstwa studiuje osoby w przedziale wiekowym między 21 a 28 rokiem życia.

Pytanie drugie dotyczyło określenia miejsca kształcenia respondentów - studentów III-go roku studiujących zarówno na Akademii Medycznej w Warszawie, jak również w filiach poza warszawskich tj. w Radomiu, Siedlcach i Ostrołęce.

Spośród badanych ankiety wypełniło: 25 osób z Radomia, 36 osób z Siedlec, 20 osób z Ostrołęki i 109 z Warszawy.

Pytanie trzecie miało na celu określenie motywacji podjęcia przez ankietowanych studiów na kierunku pielęgniarstwo.

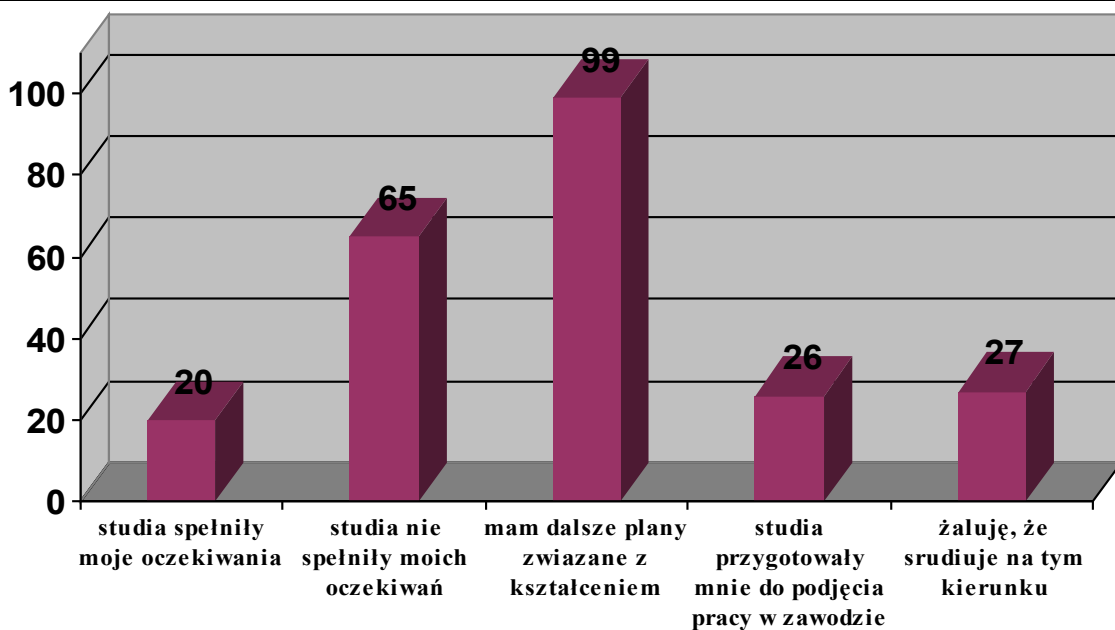


Wykres 1. Motywacje podjęcia studiów.

Podjmując decyzje o wyborze kierunku studiów, najczęściej młodzież kieruje się zgodnością własnych zainteresowań z wybranym kierunkiem studiów. Motywacja do podjęcia kształcenia powinna uwzględniać osobiste odczucia kandydatów, perspektywy, oczekiwania i ewentualne obawy związane z wykonywaną, po zakończeniu studiów, pracą. Znaczenie przy wyborze kierunku studiów ma również fakt, iż system kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, odpowiada standardom europejskim, umożliwiając w dużym stopniu zdobycie wyższego wykształcenia oraz poszerzenia wiedzy i kompetencji zawodowych. Analizując podane przez respondentów odpowiedzi, co trzecia osoba jako główny motyw wyboru tych studiów wskazała zainteresowanie zawodem (63 osoby), 60 osób podjęło studia, gdyż nie dostało się na inny kierunek. Świadczyć to może o tym, iż ok.1/3 osób w przyszłości nie podejmie

pracy w zawodzie. Dla 46 osób motywacją do podjęcia studiów była chęć pomocy innym. Biorąc pod uwagę możliwość lepszego zarobku za granicami naszego kraju - 36 osób uznało, iż motywacją do podjęcia studiów na Akademii Medycznej na kierunku pielęgniarstwo jest chęć pracy jako pielęgniarzka, ale w innym kraju.

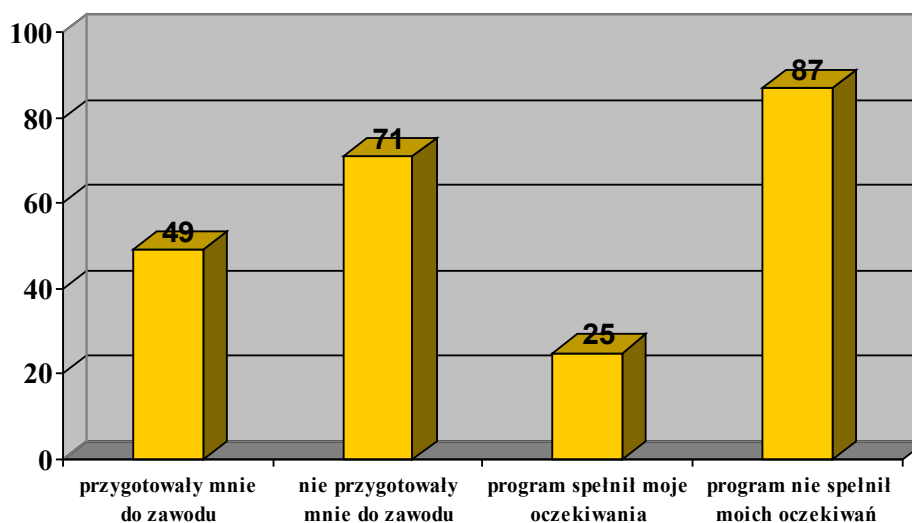
W pytaniu czwartym poproszono ankietowanych o wyrażenie opinii na temat przebiegu studiów.



Wykres 2. Przebieg studiów.

Interesującym zjawiskiem jakie dało się zauważyć podczas analizy materiału badawczego jest, iż 99 osób ma dalsze plany związane z kształceniem, 65 osób jest zdania iż studia nie spełniły ich oczekiwań, 20 osób ma zupełnie odmienne zdania na ten temat, natomiast 26 studentów uważa, że studia przygotowały ich w pełni do podjęcia pracy w zawodzie. Spośród wszystkich studentów tegoż roku 27 z nich żałuje, że studiuje na tym kierunku.

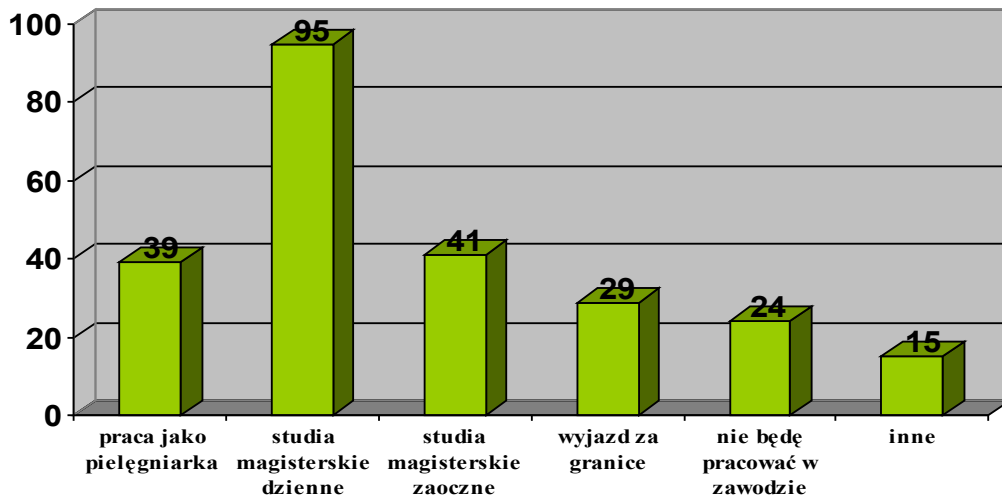
Pytanie piąte dotyczyło programu i oceny praktyk zawodowych



Wykres 3 Ocena przebiegu praktyk

Oceniając praktyki zawodowe oraz program realizowany na praktykach, w większości wystąpiły negatywne opinie. Duża liczba, bo aż 87 osób twierdzi, iż realizacja programu na zajęciach praktycznych jest wręcz znikoma, 71 osób nie "czuje" się przygotowana do wykonywania tak odpowiedzialnego zawodu. Na większości oddziałów podczas praktyk jest zbyt duża liczba studentów, nie tylko pielęgniarstwa ale także i z innych wydziałów. W opinii respondentów praktyczne zajęcia zblokowane w szpitalach są przydatne, ale jest ich zbyt mało lub zbyt wiele czasu poświęcone zostaje na wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Brak jest koordynacji zajęć, brak sprzętu jednorazowego użytku, spotyka się często lekceważące podejście osób prowadzących zajęcia, wymagana wiedza teoretyczna jest nieadekwatna do praktycznej. Studenci zwrócili także uwagę na faworyzowanie przez personel studentów z Wydziału Lekarskiego. Większa ilość osób niezadowolonych pozwala sądzić, iż należałoby zweryfikować i zmodyfikować oraz przekonać władze uczelni o konieczności przebudowy funkcjonującego systemu, co pozwoliło by kolejnym rocznikom na lepsze przygotowanie do zawodu.

Pytanie szóste dotyczyło planów respondentów po zakończeniu studiów



Wykres 4 Plany po zakończeniu studiów

Pomimo niezadowolenia wśród studentów, połowa (95 osób) chciałaby kontynuować kształcenie na studiach magisterskich dziennych i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe oraz 41 osób deklaruje podjęcie pracy jako pielęgniarka/pielęgniarz z jednoczesną kontynuacją edukacji na studiach magisterskich zaocznych po zdaniu dyplomu. Niewielki odsetek bo tylko 29 osób planuje wyjazd za granice ze względów finansowy po uzyskaniu tytułu zawodowego licencjata. Brak chęci wykonywania zawodu wyraża 24 osoby, z czego 15 nie rezygnuje z dalszej edukacji z jednoczesną zmianą kierunku kształcenia.

Podsumowanie

Pielęgniarstwo polskie w przebiegu swych długich dziejów miało okres początkowo powolnego rozwoju, dużych osiągnięć, jak również wielkiego upadku. W tym czasie ukształtowało się wiele ideałów, tradycji i wartości.

Współczesne polskie pielęgniarstwo znajduje się w złożonej sytuacji. Kierując się koniecznością dostosowania systemu kształcenia do standardów europejskich przygotowano zostały programy transformacji kształcenia pielęgniarek, zapewniające wykształcenie odpowiedniej liczby pielęgniarek, dobrze przygotowanych do wykonywania zawodu. Uruchomiono na polskich uczelniach 3-letnie studia licencjackie i 2-letnie studia magisterskie. Podstawowym celem wprowadzenia nowego systemu kształcenia pielęgniarek było uzyskanie wyższego wykształcenia na poziomie porównywalnym do krajów unijnych z jednoczesną możliwością rozwoju pielęgniarstwa jako zawodu i dyscypliny naukowej oraz zwiększenie szans na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej. Zreformowany system kształcenia stwarza nowe możliwości rozwoju praktyki zawodowej pielęgniarek, dając jednocześnie szanse na usamodzielnienie się, jak również podniesienie prestiżu tego zawodu. Chcąc sprostać trendom współczesnego pielęgniarstwa oraz oczekiwaniom odbiorców usług medycznych niezbędnym stało się świadczenie usług na wysokim i profesjonalnym poziomie. Jest to możliwe dzięki dążeniu do indywidualnego doskonalenia zawodowego, ustawicznego kształcenia, własnego rozwoju, pogłębiania wiedzy i zdobywania nowych umiejętności.

Obecnie obserwuje się wyraźną tendencję starzenia się społeczeństwa, która jest wynikiem obniżającego się przyrostu naturalnego oraz zwiększającej się przeciętnej długości życia. Niezmiernie istotnym faktem jest wzrost liczby ofiar chorób cywilizacyjnych. Pociąga to za sobą wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne świadczone na wysokim poziomie. Nowe wyzwania które stoją przed środowiskiem pielęgniarek w połączeniu z niskim prestiżem zawodowym, małymi możliwościami awansu oraz niskim wynagrodzeniem powodują że grupa ta czuje się sfrustrowana i niezadowolona ze swojej pracy. Pielęgniarkom jest coraz ciężiej, bo brakuje rąk do pracy. Część obowiązków, zamiast młodej kadry, przejmuje rodzina chorego. Młodzi absolwenci wyjeżdżają za granicę, gdyż w kraju nie mają perspektyw na stabilizację i dobre zarobki. Przeciwdziałanie migracji pielęgniarek wymaga przede wszystkim zwiększenia wynagrodzenia i stosowania odpowiedniej polityki w sektorze

ochrony zdrowia oraz podjęcia odpowiednich czynności przez resort zdrowia, by zachęcić młodych ludzi do wykonywania tego szlachetnego zawodu i niesienia pomocy innym. W przeciwnym razie sytuacja ta może doprowadzić do poważnego kryzysu polskiej służby zdrowia.

1. Ciechaniewicz W., 1997, Funkcja opiekuńcza. Pielęgniarstwo 2000, Warszawa
2. Wrońska I., Mariański J., 2002, Etyka w pracy pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin
3. Kosińska M., Kułakowska E. 2003, Stanowisko pracy pielęgniarki. Aspekty organizacji i ergonomii. Śląska Akademia Medyczna.
4. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., 2004, Zarządzanie przez jakość w usługach. CeDeWu. Warszawa
5. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., 2004, Podstawy pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin
6. Ustawa z dnia 05.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2001 r., Nr 57, poz.602 – tekst jednolity).
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 maja 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia /Dz. U. Nr 57 poz. 602 z późniejszymi zmianami/
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 maja 2004r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczone dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształtujących w zawodzie pielęgniarki i położnej./Dz. U. Nr 110, poz.1170/
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. /Dz. U. Nr 197, poz. 1923/
10. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych /www.ckppip.edu.pl/
11. Kodeks Etyki Zawodowej, 2004r. Impuls. Biuletyn Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
12. Rynek zdrowia nr 11/2006 -Zanosi się na burzę- raport pielęgniarki i położnej.
13. Pilch T., Bauman T., 2001, Zasady badań pedagogicznych - strategie ilościowe i jakościowe, Warszawa, rozdział 3,4 i7, (str.70-72; 85-104; 148-185).
14. Wrońska I., Sztembis B., 2001, Jakość kształcenia podyplomowego pielęgniarki i położnej. WEDA, Warszawa

15. Nowak-Starz G., Zdziebło K., Grzywna T.: Ekwiwalencja dyplomów i uznawanie kwalifikacji zawodowych w jednoczącej się Europie na przykładzie pielęgniarek i położnych., *Pielęgniarstwo XXI wieku*, Nr2(7)/2004

16. Zasoby internetu:

www.men.pl

www.mz.gov.pl

www.pielęgniarki.info.pl

www.oipip-poznan.pl

www.nipip.pl

www.emedyk.pl

www.gazeta.pl

www.pracawanglii.com

www.nhscareers.nhs.uk

www.networkpl.com

www.nmc-uk.org

www.jobplus.pl