

mgr Ewelina Wasielewska

**Edukacja i możliwości awansu zawodowego w pielęgniarstwie
polskim i brytyjskim - studium porównawcze.**

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu**

Promotor: prof. UM dr hab. Marcin Moskalewicz

Katedra Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu



Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2022

Serdecznie dziękuje Panu Promotorowi
Prof. UM dr hab. Marcinowi Moskalewiczowi
za mobilizację oraz pomoc w pisaniu pracy,
a także mojej rodzinie za ich nieocenione wsparcie.

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW	5
WSTĘP	6
 CZĘŚĆ I	10
1. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś	10
1.1. Historyczne uwarunkowania funkcjonowania zawodu pielęgniarki w Polsce	10
1.2. Historyczne uwarunkowania funkcjonowania zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii	15
2.1. Regulacje prawne zawodu Pielęgniarki w Polsce	18
2.2. Regulacje prawne zawodu Pielęgniarki Wielkiej Brytanii	21
3. Edukacja i awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim	24
3.1. Edukacja w pielęgniarstwie w Polsce	24
3.2. Kształcenie podyplomowe	26
3.3. Awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim	26
3.4. Strategie i perspektywy rozwoju zawodu pielęgniarki w Polsce	27
4. Edukacja i awans zawodowy w pielęgniarstwie brytyjskim	33
4.1. Edukacja w pielęgniarstwie w Wielkiej Brytanii	33
4.2. Kształcenie podyplomowe	35
4.3. Awans zawodowy w pielęgniarstwie brytyjskim	36
4.4. Strategie i perspektywy rozwoju zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii	37
5. Organizacje pielęgniarskie	39
5.1. Organizacje pielęgniarskie w Polsce	39
5.2. Organizacje pielęgniarskie w Wielkiej Brytanii	42
6. Współczesne badania na temat edukacji i rozwoju zawodowego oraz satysfakcji z pracy w pielęgniarstwie w Polsce oraz Wielkiej Brytanii	45
 CZĘŚĆ II	57
1. Problemy i hipotezy badawcze	57
2. Materiał i metody	60
2.1. Miejsce prowadzenia badań	60
2.2. Próba	60
2.3. Metody	62
2.4. Świadoma zgoda	62
2.5. Narzędzia	63
3. Statystyki opisowe w podziale na grupy	68
4. Wyniki badań	76

4.1. Edukacja.....	76
4.2. Praca	83
4.3. Awans	93
5. Dyskusja.....	99
5.1. Edukacja.....	102
5.2. Praca	104
5.3. Awans	108
5.4. Podsumowanie	111
6.1. Wnioski	113
6.2. Rekomendacje	114
7. STRESZCZENIE	116
8. SUMMARY	119
9. PIŚMIENNICTWO	121
10. SPIS TABEL	127
11. SPIS WYKRESÓW.....	127
12. ANEKS	129

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

EFN	(ang. European Federation of Nurses Associations) - Europejska Federacja Pielęgniarek Stowarzyszonych
EFNNMA	(ang. The European Forum of National Nursing and Midwifery Associations) - Europejskie Forum Narodów Stowarzyszonych Pielęgniarek i Położnych
ICN	(ang. International Council of Nursing) – Międzynarodowa Rada Pielęgniarstwa
INMO	(ang. Irish Nursing and Midwifery Organisation) – Irlandzka Organizacja Pielęgniarstwa i Położnictwa
LM	Liceum Medyczne
NHS	(ang. National Health Services) – system ochrony zdrowia w UK
NIPiP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
NMC	(ang. Nursing and Midwifery Council) – Rada Pielęgniarstwa i Położnictwa
PTP	Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
RP	Rzeczpospolita Polska
TEMPUS	(ang. Trans European Mobility Programme for University Studies) - program pomocowy Unii Europejskiej wspierający współpracę między uczelniami
UCLH	(ang. University College London Hospital) – Szpital Uniwersytecki w Londynie
UE	Unia Europejska
UI	Urząd Imigracyjny
UK	(ang. United Kingdom) – Wielka Brytania
WENR	(ang. Workgroup of European Nurse Researchers) – Europejska Grupa Pielęgniarek Badaczy
WHO	(ang. World Health Organisation) – Światowa Organizacja Zdrowia
WOZ CM UJ	Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

WSTĘP

Głównym celem pracy jest analiza oraz ocena różnic i podobieństw w kwestii możliwości edukacji oraz awansu zawodowego w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim. Dodatkowe cele to prześledzenie dokumentów i norm prawnych dotyczących pielęgniarstwa polskiego i brytyjskiego, a także organizacji pielęgniarstkich działających w tych krajach, ocena systemów edukacji pielęgniarek polskich i brytyjskich, ocena poglądów na temat warunków pracy i możliwości rozwoju pielęgniarek polskich i brytyjskich pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii oraz ocena poziomu zadowolenia pielęgniarek w badanych grupach. Prowadzone badania mają m. in. pomóc w odpowiedzi na pytanie czy wiek, płeć, wykształcenie oraz kraj pochodzenia mają wpływ na pozytywną ocenę edukacji, zadowolenia z pracy, możliwości awansu oraz woli podjęcia działań w kierunku uzyskania awansu. Oczywiście na podjęcie działań czy to edukacyjnych czy też związanych z możliwościami awansu wpływ ma czynnik osobniczy (odczuwanie takiej potrzeby, posiadanie ambicji lub jej brak). Wydaje się, że kluczowe mogą być tutaj aspekty psychologiczno-socjologiczne związane ze środowiskiem pracy, współpracownikami, pacjentami i ich rodzinami a także, niestety często, z negatywnym piętnem stereotypów. Środowisko pracy ma zaś charakter systemowy.

Przyjrzenie się systemom pielęgniarstwa w obu krajach pozwoliło na wychwycenie różnic pomiędzy pielęgniarstwem polskim a brytyjskim. Różnice te, pojawiające się już na etapie systemu edukacji, a co za tym idzie posiadanych kompetencji, mają swoje odzwierciedlenie w możliwościach zatrudnienia, jak również, w późniejszym czasie, możliwości otrzymania awansu zawodowego.

Postrzeganie roli pielęgniarzki/pielęgniara w społeczeństwie polskim i brytyjskim jest odmienne. Prestiż zawodu w obu tych nacjach różni się bowiem diametralnie. W Polsce cały czas dominuje tradycyjne podejście do zawodu pielęgniarzki/pielęgniara, w którym są oni postrzegani jedynie jako pomoc dla lekarza. W Wielkiej Brytanii zaś zawód pielęgniarzki/pielęgniara jest zawodem wysoko docenianym, samodzielnym oraz posiadającym wyznaczoną drogę awansu. Występuje również znaczna różnica w finansowym aspekcie wykonywania tego zawodu w obu krajach. Wszystkie wymienione wyżej czynniki mają bezpośredni wpływ na ogólne zadowolenie z edukacji,

pracy, a także odbiór i znaczenie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w społeczeństwie. Czynnikiem ryzyka są tutaj niewątpliwie niezadowolenie z wykonywanej pracy, chroniczny stres powodujący frustrację, a co za tym idzie coraz gorsze podejście do pracy i niechęć do jej wykonywania.

Aby prowadzić rozważania na temat edukacji i rozwoju pielęgniarstwa należy wspomnieć na jakich filarach opiera się pielęgniarstwo. Jak każdy zawód ma ono swoją misję, wizję i filozofię działania. Nauczanych jest wiele filozofii pielęgniarstwa obejmujących system sądów i przekonań, które uznaje się za podstawę i wyznacznik zachowania względem pacjentów [1]. Dlatego modele opieki stosowane zarówno w momencie nauczania nowych adeptów pielęgniarstwa jak i wykorzystywane w późniejszej pracy zawodowej, są różne. Wybór modelu opieki zależy od oddziału, w którym dana osoba pracuje oraz specyfiki jej działań, a także od kondycji i stanu zdrowia pacjentów. W Polsce oraz w Wielkiej Brytanii systemy opieki pielęgniarstwa funkcjonują podobnie. Często nie ma w nich dominującego dla wszystkich oddziałów oraz pacjentów modelu. W dużej mierze to sama pielęgniarka obserwując pacjenta decyduje jakim modelem i planem opieki go objąć. Pielęgniarka powinna empatycznie wczuwać się w sytuację pacjenta, oferując mu przy tym pomoc. Niekiedy wymaga to posługiwania się ciszą, innym razem rozmową. W celu poznania odczuć pacjenta właściwe jest stosowanie pytań otwartych. Aby ustalić fakty lepiej stosować pytania zamknięte. Istotna jest również asertywność w stosunku do pacjentów. Należy umiejętnie rozmawiać z każdym z pacjentów, zdając sobie sprawę z tego, iż chorują, czyli nie są w pełni sobą. Tak często zapominamy, że człowiek w momencie choroby może zachowywać się naprawdę różnie, nie zawsze jego zachowanie jest bowiem wytłumaczalne w sposób logiczny.

Na potrzeby niniejszego studium porównawczego wykonano badania własne. Ankietowani odpowiadali na pytania związane z edukacją, możliwością i chęcią awansu zawodowego, a także satysfakcją płynącą z wykonywanego zawodu (por. Aneks). Dokonano również przeglądu literatury na temat związany z przedmiotem badań. Kwestią najczęściej poruszaną w literaturze jest konieczność podjęcia działań w kierunku rozwoju edukacji. Jednak wciąż zbyt rzadko porusza się zagadnienie pozytywnych skutków edukacji związanych z późniejszą możliwością awansu, poczuciem satysfakcji i samorealizacji. Niestety Polska na tle Wielkiej Brytanii nie wypada w tej kwestii korzystnie. System przeprowadzania regularnych badań wśród pracowników opieki pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii przywiązuje dużą wagę do poziomu zadowolenia

i satysfakcji z wykonywanej pracy. Należy zastanowić się zatem czy system edukacji sam w sobie wpływa na zadowolenie i satysfakcję z pracy, czy zależne jest to również od środowiska pracy, procedur, poczucia bezpieczeństwa, mentalności i odpowiedniej gratyfikacji finansowej.

Struktura niniejszej pracy obejmuje trzy części. W pierwszej części przedstawione zostały aspekty teoretyczne, z uwzględnieniem historii pielęgniarstwa w Polsce i Wielkiej Brytanii, norm prawnych, instytucji regulujących, a także edukacji i możliwości awansu zawodowego w obydwu krajach. Druga część ma charakter badawczy i zawiera: opis próby, metod badawczych oraz wyników. Część trzecią pracy stanowi dyskusja związana z weryfikacją postawionych celów i hipotez badawczych, a także wynikające z pracy wnioski.

Grupy badawcze wybrane do udziału w niniejszym studium porównawczym to osoby pracujące z autorką badań zarówno w Polsce, jak i w Wielkiej Brytanii na oddziałach anestezjologii i intensywnej opieki medycznej. Różnią się one między sobą nie tylko krajem wykonywania pracy, ale także wiekiem, stażem pracy, płcią i wykształceniem, dlatego również te aspekty zostały wzięte pod uwagę w ramach prowadzonych badań. Cechą wspólną porównywanych grup badawczych jest z pewnością specyfika pracy oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej. Niewątpliwie są one jednym z najbardziej stresogennych środowisk pracy pielęgniarstwa. Ciągły element stresu, niepewności i gotowości do podjęcia działań ratujących życie z pewnością nie wpływa korzystnie na poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy. Dodatkowo demotywować mogą również inne czynniki w postaci braku prestiżu wykonywanego zawodu, nieodpowiednia gratyfikacja finansowa czy zła atmosfera w pracy. W literaturze aspekt ten zauważalny był często w badaniach nad poziomem satysfakcji z pracy i oceną ryzyka wypalenia zawodowego. Należy zastanowić się zatem na ile sam system pracy i jego regulacje w danym państwie wpływają na pracownika ochrony zdrowia.

Zdaje się, że aby zaszły prawdziwe zmiany w systemie opieki pielęgniarstwa w Polsce, oprócz zmiany systemu, procedur i standardów, muszą zajść również zmiany w podejściu społeczeństwa do zawodu pielęgniarstwa i położnej oraz ich roli w systemie opieki zdrowotnej. Niestety pod tym kątem Polska pozostaje ciągle w cieniu opieki pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii.

Obecna praca jest jedną z pierwszych przedstawiających wyniki badań dotyczące analizy porównawczej systemów opieki pielęgniarskiej. Być może w przyszłości zainicjuje ona możliwość zmian w systemie opieki pielęgniarskiej w Polsce.

CZĘŚĆ I

1. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś

Rozwój pielęgniarstwa od wielu lat skupia się na strategii interdyscyplinarnej. Jest również ważnym elementem szerokiej dziedziny, którą są nauki o zdrowiu. W rozwoju pielęgniarstwa niezwykle ważne jest stosowanie wyznaczników takich jak historia, zawód, ustawodawstwo, profesja i nauka. Jednak podstawowe i najważniejsze znaczenie w rozwoju pielęgniarstwa ma kształcenie.

W tej części pracy omówione zostały historyczne uwarunkowania zawodu pielęgniarki w Polsce i Wielkiej Brytanii, następnie regulacje prawne, edukacja, organizacje pielęgniarские, a także możliwości uzyskania awansu zawodowego w obydwu krajach. Opis współczesnych badań dotyczący zagadnień poruszanych w pracy jest ostatnim elementem części pierwszej.

1.1. Historyczne uwarunkowania funkcjonowania zawodu pielęgniarki w Polsce

Wiek XIX był dla Polski trudnym okresem, gdyż kraj znajdował się pod zaborami trzech mocarstw: Austrii, Prus i Rosji. Ze względu na odmienne warunki panujące pod zaborami, w każdym z trzech rejonów nauka i kultura rozwijała się w innym tempie. Atmosfera najbardziej sprzyjająca rozwojowi panowała w Krakowie będącym pod panowaniem austriackim. To właśnie tam, w 1911 roku, powstała pierwsza szkoła pielęgniariska, która zgodnie z nowoczesnymi standardami szkoliła adeptki sztuki pielęgniariskiej. W związku z wybuchem I wojny światowej tworzenie kolejnych szkół było niemożliwe. Gdy w 1918 roku Polska odzyskała niepodległość, państwo borykało się z trudną sytuacją ekonomiczną, a opieka zdrowotna potrzebowała reformy. Między 1918–1939 w Polsce utworzono aż 9 szkół pielęgniariskich. Szkoły te podlegały władzom centralnym służby zdrowia. W okresie tym były to instytucje niezależne od szpitali. Zajęcia prowadzone były przez pielęgniarki i lekarzy, kształconych na uczelniach zagranicznych w Stanach Zjednoczonych, Francji, Anglii, Austrii (zazwyczaj byli tam

w ramach stypendiów Fundacji Rockefellera i Amerykańskiego Czerwonego Krzyża). Co ważne, dyrektorką szkoły pielęgniarskiej mogła być wyłącznie pielęgniarka. Początkowo w szkołach w Poznaniu i Warszawie przewodziły pielęgniarki z USA, a w szkole krakowskiej dyrektorkami były polskie pielęgniarki. W okresie tym doprowadzono do ważnych osiągnięć, takich jak [2]:

- powstanie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ) (1925 r.),
- przystąpienie PSPZ do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, International Council of Nurses) (1925 r.),
- utworzenie w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Referatu Pielęgniarskiego (1926 r.),
- rozpoczęcie wydawania pierwszego czasopisma zawodowego - „Pielęgniarka Polska” (1929 r.),
- uchwalenie ustawy o pielęgniarstwie stanowiącej podstawy prawne zawodu (1935 r.),
- powstanie pierwszego podręcznika autorstwa pielęgniarek - „Zabiegi pielęgniarskie” (1938 r.).

W czasie II wojny światowej szkoły pielęgniarskie, poza jedną w Warszawie, zostały zamknięte przez Niemców. Do szkół działających przez cały okres wojny zalicza się Szkoła Pielęgniarstwa Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego. Była to placówka, która szkoliła nie tylko pielęgniarki, ale również położne [3]. W tajemnicy przed władzami niemieckimi w 1943 roku powstała druga warszawska szkoła o charakterze szkoły Pielęgniarsko-Położniczej [4]. Po wojnie masowo organizowano kształcenie pielęgniarek, co powodowało mocne obniżenie poziomu nauczania. Program kształcenia był wzorowany na tym z okresu międzywojennego. W tym czasie możliwe było uzyskanie kwalifikacji pielęgniarskich aż na 18 sposobów. Szkoły pielęgniarskie w tym okresie różniły się odmiennymi warunkami przyjęcia, czasem przeprowadzania kształcenia czy programami. Jednocześnie tworzyła się socjalistyczna służba zdrowia, w wyniku czego w 1947 roku wprowadzono zmiany w programach nauczania i wychowania - od tego momentu prowadzone były one w duchu marksistowsko - leninowskim.

W 1949 roku w Warszawie powstał Ośrodek Szkolenia Instruktorów Pielęgniarstwa. Rok później doszło do upaństwowienia szkół, które otrzymały dofinansowanie z budżetu państwa. Co więcej, szkołę krakowską odłączono od Uniwersytetu Jagiellońskiego [5].

Wszystkie sprawy związane ze szkoleniem pielęgniarek były zależne od decyzji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, oraz podległym im wojewódzkich wydziałów zdrowia. Od 1952 roku funkcję tę przejął Departament Średnich Szkół Medycznych. W polskim pielęgniarstwie sukcesem było utworzenie w 1957 roku Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP), które w 1961 roku zostało włączone do ICN. Towarzystwo opublikowało w 1973 roku zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej, które jedenaście lat później stały się obowiązujące w środowisku pielęgniarstwie. Co więcej, Towarzystwo zajmowało się również wydawnictwem – przez wiele lat wydawało czasopismo dla pielęgniarek „Pielęgniarka i Położna” [6].

Czas trwania kształcenia pielęgniarek na średnim poziomie był odmienny, zależny od szkoły. Zdobywanie wiedzy z zakresu pielęgniarstwa możliwe było w: 2-letnim studium medycznym o kierunku ogólnym, 2,5-letnim studium o kierunku neuropsychiatrycznym/psychiatrycznym (dającym uprawnienia średniej szkoły zawodowej medycznej), 4-letnim liceum medycznym (wydłużonym później do 5 lat). W czasie nauczania przyszłe pielęgniarki przygotowywano nie tylko do pracy z człowiekiem, ale również do praktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. Rekrutacja do 5-letnich liceów została wstrzymana we wrześniu 1991 roku, a studium medyczne wydłużone zostało o pół roku (do 2,5 lat).

Tabela 1. Forma kształcenia pielęgniarek od 1950 roku

Forma kształcenia	Studium medyczne	Liceum medyczne	Studia wyższe magisterskie	3-letnie studia licencjackie
Lata wprowadzenia	1950-2003	1961-1991	1970-2004	od 1998 roku
Poziom wykształcenia	Średnie zawodowe	Średnie zawodowe	Wyższe magisterskie	Wyższe zawodowe
Tytuł zawodowy	Pielęgniarka	Pielęgniarka	Magister pielęgniarstwa (od 1972 roku)	Licencjat pielęgniarstwa
Wymagane przy przyjęciu	Od 1981 - LO, od 1996 - matura	Ukończenie 8 klasy szkoły podstawowej	Licencjat pielęgniarstwa	Świadectwo dojrzałości
Liczba godzin	2607 (2-letnie) 4600 (3-letnie)	3124	od 1970 - 3000 od 1985 - 3600	4854
Liczba lat	2-3 lat	4-5 lat	od 1970 - 3 lata, od 1972 - 4 lata	3 lat
Egzamin końcowy	Teoretyczny i praktyczny	Teoretyczny i praktyczny	Obrona pracy magisterskiej	Egzamin praktyczny i obrona pracy licencjackiej

Opracowanie własne na podstawie [6], [7].

Lata 70-te XX-ego wieku to czas, kiedy w zakresie kształcenia pielęgniarek zaczęły funkcjonować wyższe studia magisterskie. We początkowej wersji obejmowały one 3 lata nauki, jednak nie zapewniały one tytułu magistra. Tytuł magistra można było otrzymać kończąc 4-letnie studia dostępne od 1972 roku. Oddział tego typu początkowo pojawił się w Lublinie, kolejno w Katowicach, Poznaniu, Krakowie i Wrocławiu. Programy studiów obejmowały 3000 godzin dydaktycznych, które z czasem wielokrotnie modyfikowano. W roku 1985 liczba godzin wynosiła nie mniej niż 3600. Pierwotnie celem kształcenia na tym poziomie było przygotowanie kadr do nauczania na niższych poziomach. Następnie rozszerzono cele do przygotowania do zarządzania, promowania zdrowia i działalności naukowo-badawczej [7]. Była to kolejna alternatywna droga, którą mogła wybrać osoba chcąc kształcić się w kierunku pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo zostało wprowadzone na poziom studiów zawodowych (licencjackich) na Uniwersytetach i Akademiach Medycznych oraz w Wyższych Szkołach Zawodowych w Polsce w roku 1998. Stworzono również tzw. studia pomostowe, które pozwoliły na kształcenie pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy do roku akademickiego 2004/2005 byli absolwentami liceów medycznych i średnich szkół medycznych. Studia pomostowe pozwoliły na uzupełnienie wykształcenia, uzyskanie wyższego wykształcenia czy podejścia do kształcenia na studiach wyższych drugiego stopnia [8], dla osób, które ukończyły nieistniejące już licea medyczne czy studia medyczne.

Ważnym elementem zmian w programie nauczania było przeprowadzone eksperymentalnie 3-letniego programu nauki na poziomie licencjatu, który wprowadzono w 1998 roku. Obejmował on 6 szkół na terenie kraju i zawierał 4600 godzin nauczania. W następnym roku cztery kolejne szkoły wprowadziły ten program, jednak przetrwał on jedynie do 2003 roku [8]. Były to pierwsze 3-letnie studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwa w Polsce. Do roku 2003, gdy studium medyczne przestało funkcjonować, pielęgniarki miały prawo wyboru kształcenia w systemie studium medycznego lub na poziomie akademickim, wybierając studia licencjackie.

Już w 1993 roku, przygotowując się do przystąpienia do Unii Europejskiej, wprowadzono zmiany w systemie edukacji pielęgniarek i położnych, by dostosować prawo polskie do prawa unijnego. Podjęto decyzję, że kształcenie pielęgniarek i położnych będzie prowadzone wyłącznie na poziomie wyższym. Wszystkie pielęgniarki i położne, które ukończyły inne rodzaje kształcenia i pracowały w zawodzie, nie utraciły prawa do wykonywania zawodu. Od 1999 roku pierwsze uczelnie rozpoczęły nabór na 3-letnie studia zawodowe (studia I stopnia – licencjackie), a następnie na 2-letnie studia II stopnia (magisterskie). Do 2003 roku powstały kolejne wydziały pielęgniarstwa, które prowadziły 4-letnie studia medyczne, dające tytuł magistra, działające w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym.

1.2. Historyczne uwarunkowania funkcjonowania zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii

Pielęgniarstwo w Wielkiej Brytanii jest podobne do pielęgniarstwa Polskiego. Istnieją jednak różnice w jego funkcjonowaniu wynikające z odmiennego procesu wzrastania i kształtowania się tej dziedziny. Obejmuje to również kwestie kształcenia, samodzielności zawodowej, rejestracji, kompetencji czy wyglądu zewnętrznego.

Pielęgniarstwo w Wielkiej Brytanii odgrywa dużą rolę w pielęgniarstwie światowym. W 1860 roku w Londynie powstała pierwsza na świecie szkoła pielęgniarek, przy szpitalu św. Tomasza. Celem Florence Nightingale, jej założycielki, było kształcenie profesjonalistek, których zadaniem była opieka nad chorymi oraz potrzebującymi i zyskiwanie doświadczenia w swojej dziedzinie. Kształcenie pielęgniarek od początku związane było ściśle z pracą przy łóżku chorego. Nie jest bowiem możliwe nauczanie się tego praktycznego zawodu tylko w teorii. Dlatego też większość nauki odbywała się w formie praktycznej. Przyszłe adeptki zawodu były kształcone przez doświadczonych pielęgniarek, zwane matronami [9]. W pielęgniarstwie światowym to właśnie Florence Nightingale była osobą, która mocno wpłynęła na rozwój zawodu. To dzięki niej możliwy był tak szybki rozwój pielęgniarstwa, szczególnie w Stanach Zjednoczonych. Pojawiły się regulacje zawodowe oraz pierwsze organizacje zawodowe, które skupiały się na wymianie wiedzy oraz doświadczeń. Model ten przetrwał wiele dziesięcioleci i był inspiracją dla profesjonalistek na całym świecie. Działania Nightingale do dziś są aktualne i na stałe zostały wpisane do kształcenia personelu pielęgniarstwa. Jednocześnie pozwalają na obecne nowoczesne podejście do pielęgniarstwa [10].

Generalna Rada Pielęgniarstwa (GNC) przed II wojną światową wymagała minimalnego wykształcenia umożliwiającego rozpoczęcie szkolenia pielęgniarstwa. Jednakże po wybuchu wojny to wymaganie zostało zniesione (potrzebne były wszystkie chętne ręce do pracy), później nie zostało już ono wznowione. Negatywnym skutkiem tego działania był duży spadek poziomu opieki pielęgniarstwa. Wiele osób nie ukończyło bowiem odpowiednich szkoleń.

Mówiąc o szkoleniu pielęgniarek należy zwrócić uwagę na fakt, że różni się ono od szkolenia lekarskiego. Lekarze odbywali szkolenie uniwersyteckie, a pielęgniarki szkolenie praktyczne pod kontrolą matron. Studentki pielęgniarstwa były ważną częścią personelu szpitalnego. Typowe szkolenie pielęgniarek trwało trzy lata. Nowa

pielęgniarka, by uzyskać odznakę szpitalną, często musiała pracować jeszcze rok, co było również sposobem na zatrzymywanie pielęgniarek w szpitalach [11].

W latach 50-tych XX stulecia wprowadzono ustawę o pielęgniarkach, dająca większe możliwości edukacyjne Radzie Pielęgniarskiej. Dzięki nim możliwe było zatwierdzanie eksperymentalnych programów szkolenia. Jednym z nich był program z 1956 roku. Glasgow Royal Infirmary pilotowało program, w którym pielęgniarki otrzymywały status studenta. Ich nauczanie opierało się na dwóch pierwszych latach teorii oraz egzaminów, po których następował rok doświadczenia praktycznego. Wyniki programu pilotażowego były pozytywne. W Szkocji powstały Regionalne komitety Szkolenia Pielęgniarek, których zadaniem było promowanie udoskonalonych metod szkolenia pielęgniarek, a także działania doradcze względem GNC. Pierwsze fundusze na szkolenie pielęgniarek były przekazywane nie z funduszy szpitalnych, ale przy działaniu GNC i komitetów. Dzięki nim możliwe było zorganizowanie dni i bloków studyjnych. Fundusze wykorzystano również do wypłaty honorariów dla wykładowców [12].

Program kształcenia ogólnego został ukończony w 1952 r. Wprowadził on 300 godzin zajęć stacjonarnych w szkole wstępnej. Co ważne, nie obejmowały one nauk społecznych oraz technologii medycznej. W środowisku medycznym pielęgniarstwo było ignorowane. Spowodowało to duże niezadowolenie wśród studentów pielęgniarstwa. Ich dodatkowymi problemami były: nieprzewidywalna praca po godzinach, wykłady wieczorami, ścisła dyscyplina, odpowiedzialność, nocne dyżury, przypadkowe praktyki itp. RCN w 1957 roku opublikował dokument dotyczący szkolenia pielęgniarek, w którym zaproponowano zwiększenie kwalifikacji w szkoleniu. Dodatkowo, problemy ekonomiczne występujące w państwie wpłynęły na kontrolę płac w sektorze publicznym. W porównaniu z innymi grupami zawodowymi pensje pielęgniarskie uległy dużo większemu obniżeniu.

Praca pielęgniarki w Wielkiej Brytanii jest powiązana z modelem Narodowej Służby Zdrowia (NHS). System ten funkcjonuje od 1948 roku. W 1991 roku przeprowadzono reformę systemu, w której wprowadzono elementy mechanizmu rynkowego, takie jak rynek wewnętrzny i konkurencję. Zmiany oparto na systemie amerykańskim i skupiono się na wprowadzeniu na rynek niezależnych świadczeniodawców, konkurujących z sobą. Model ten spotkał się z negatywnym odbiorem nie tylko pacjentów, ale także opozycji środowiska. W 1997 roku zrezygnowano więc z tego modelu, skupiając się na mechanizmie współdziałania między

instytucjami należącymi do NHS. Następne modyfikacje opierały się na zwiększaniu udziału sektora prywatnego czy zwiększeniu samodzielności lekarzy rodzinnych. Działanie to nazywa się fund holdingiem.

2. Regulacje prawne zawodu pielęgniarki

2.1. Regulacje prawne zawodu Pielęgniarki w Polsce

Ustawy i regulacje powołujące struktury zarządzające pielęgniarstwem są bardzo ważne, ponieważ regulują w sposób sformalizowany działania i czynności, które pielęgniarka może wykonać w obrębie zawodu. Ustawy te wyznaczają również standardy edukacji i umożliwiają szkolenia oraz otrzymanie awansu w obrębie danej dziedziny pielęgniarstwa.

Tabela 2. Regulacje prawne zawodu pielęgniarki w Polsce

Regulacje prawne dotyczące zawodu pielęgniarki w Polsce				
Nazwa	Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej	Ustawa o samorządach pielęgniarek i położnych	Ustawa o szkolnictwie wyższym	Ustawa o działalności leczniczej, związkach zawodowych
Data powstania	15.07.2011	1.07.2011	20.07.2018	15.04.2011
Organ uchwalający	Sejm RP	Sejm RP	Sejm RP	Sejm RP
Regulacje prawne	Wykonywania zawodu, kształcenia zawodowego i podyplomowego.	Zapewniające prawo wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru, regulacja pracy w zawodzie.	Ustala plany i programy kształcenia.	Dotyczące rejestru podmiotów, czasu pracy pracowników, nadzoru nad instytucjami.

Opracowanie własne na podstawie [43], [44], [45], [46].

Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce

Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa z dnia 15 lipca 2011 r. odnosi się do zasad wykonywania zawodu oraz uzyskiwania prawa do jego wykonywania. Reguluje także kwestie związane z kształceniem zawodowym oraz podyplomowym [43]. Pielęgniarka zgodnie z ustawą zapewnia świadczenia zdrowotne, co wiąże się z: rozpoznawaniem potrzeb i problemów jednostki, planowaniem, organizowaniem opieki pielęgnacyjnej, zapewnieniem czynności ratunkowych, leczniczych, diagnostycznych czy rehabilitacyjnych, orzekaniem o formach i typie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, wykonywaniem zadań lekarskich w zakresie leczenia, diagnostyki czy rehabilitacji, zapewnieniem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. W zakres funkcji zawodu pielęgniarstwa wchodzi prowadzenie prac naukowo-badawczych z tego kierunku, nauczanie zawodu i doskonalenie zawodowe. Do niektórych ze świadczeń zaliczyć można: kierowanie na badania, rozpoznawanie ciąży oraz opieka nad kobietą ciężarną i dzieckiem (prowadzenie porodu), monitorowanie płodu, przyjmowanie porodów, podejmowanie działań leczniczych, które są wymagane, jeśli nie jest obecny lekarz, badanie noworodków, opieka nad nimi, zapewnianie świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych, zapewnianie opieki położniczo-ginekologicznej, prowadzenie działań edukacyjnych.

Zgodnie z założeniami ustawy zawód pielęgniarstwa i położnictwa może wykonywać jedynie osoba, która uzyskała prawo wykonywania zawodu. Tytuł zawodowy specjalisty jest zapewniony osobie, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne. Pielęgniarsce przysługuje także prawo do używania uroczystego stroju zawodowego [43]. Przy realizowaniu zadań wymagana jest sumienność i staranność, uwzględnienie etyki zawodowej oraz poszanowanie praw pacjenta i jego bezpieczeństwa. Pielęgniarka jest zobligowana do udzielania pomocy w przypadku zagrożenia zdrowia. Zgodnie z art. 12 może ona jednak odmówić wykonywania świadczenia w momencie, gdy nie jest ono zgodne z sumieniem czy posiadanymi kwalifikacjami.

Ustawa o samorządach pielęgniarek i położnych

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych odnosi się do zasad odpowiedzialności zawodowej [44]. Zgodnie z ustawą samorząd zawodowy dotyczy jednostek, które wykonują zawód pielęgniarki lub położnej, i stoi na straży należytego wykonywania funkcji. Zgodnie z art. 2 przynależność do samorządu jest obowiązkowa. W zakres jednostek organizacyjnych o charakterze prawnym wchodzi: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.

Samorząd odpowiada za wiele istotnych zadań, dotyczą one m.in.: zapewniania odpowiednich standardów zawodowych, jak i kwalifikacji, integracji środowiska, zapewnienia kontroli nad wykonywaniem zawodu, upowszechnienia zasad etyki, kontroli nad ich przestrzeganiem, ochrony zawodów i ich reprezentacji, obrony godności zawodowej, ustalania kierunków dalszego rozwoju, edukacji zdrowotnej, jak i promocji zdrowia. Samorząd zapewnia prawa do wykonywania zawodu, odpowiada za: prowadzenie rejestru, opinii, warunki pracy, płacę, wypowiada się w sprawach kształcenia zawodowego, uczestnictwa w komisjach konkursowych, jak i organizacji projektów. Samorząd realizuje także inne zadania: współpracuje z podmiotami badawczymi - rozwojowymi, szkołami wyższymi czy placówkami naukowymi, zapewnia informacje o kwalifikacjach zawodowych, współpracuje z podmiotami administracji publicznej, zapewnia funkcjonalność instytucji samopomocowych, realizuje działania wydawnicze.

Ustawa o szkolnictwie wyższym

Zgodnie z art. 94 z budżetu państwa uczelnia publiczna uzyskuje dotacje na zadania realizowane przez pielęgniarki i położne. Dofinansowane są tym samym kwestie z zakresu kształcenia oraz zdobywania doświadczenia zawodowego [45]. Szkoły wyższe pozwalają pielęgniarkom na pozyskanie odpowiednich uprawnień do realizacji zawodu. Zasady uczelni są adekwatne do wolności nauczania, prowadzenia badań naukowych. Stanowi to integralną część w pozyskiwaniu kwalifikacji do zawodu. Zgodnie z ustawą uczelnia posiada prawo do kształtowania warunków przyjmowania na studia, ustalania planów i programów kształcenia, weryfikowania wiedzy oraz zapewniania dyplomów.

Ustawa o działalności leczniczej, ustawa o związkach zawodowych

Ustawa dotyczy zasad wykonywania działalności leczniczej. Odnosi się do podmiotów wykonujących te kategorie działań, zapewnia rejestr podmiotów, normuje czas pracy pracowników i zapewnia nadzór nad wykonywaniem działań [46]. Działalność lecznicza realizowana jest poprzez świadczenia zdrowotne, także z zastosowaniem do tego systemów teleinformatycznych czy systemu łączności.

2.2. Regulacje prawne zawodu Pielęgniarki Wielkiej Brytanii

Pielęgniarstwo brytyjskie podobnie jak i polskie posiada ustawy, procedury, a także powołane jednostki regulujące standardy pielęgniarskie umożliwiające ciągłą ewaluację zawodu, rozwój, poprawę edukacji i nadanie prestiżu zawodu, a także nowe możliwości i klarowną drogę awansu zawodowego.

Tabela 3. Regulacje prawne zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii

Regulacje prawne dotyczące zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii				
Nazwa	The National Health Service Reform and Health Care Professions	The European Qualifications	The Health Care and Associated Professions	The Nursing and Midwifery
Data powstania	2014 rok	2014 rok	2014 rok	2014 rok
Organ uchwalający	NHS	WHO/NHS	WHO/NMC	NMC
Regulacje prawne	Świadczenie usług zdrowotnych jest realizowane przez pielęgniarkę. Gwarancja podstawowych usług medycznych.	Pielęgniarki są odpowiedzialne za opiekę ogólną i położniczą.	Dotyczące pracy i jej regulacji - pielęgniarki z pozostałych krajów Unii Europejskiej.	Dotyczące kontroli i nadzoru nad zawodem pielęgniarki i położnej, standardy i procedury.

Opracowanie własne na podstawie [47], [48], [49], [50].

The National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (Supplementary, Consequential etc Provisions) Regulations 2014

Regulacja ta dotyczy kształcenia i szkolenia podyplomowego. Niezależny lekarz do swoich działań wybiera pielęgniarkę, której przekazuje do wykonywania konkretne czynności. Jednostki te posiadają zatrudnienie na podstawie umowy i są zarejestrowane w Rejestrze Pielęgniarskim i Położniczym. Świadczenie usług zdrowotnych jest realizowane przy świadczeniach wykonywanych przez pielęgniarkę. Oznacza to gwarancję podstawowych usług medycznych. Wszelkie leki są przepisywane przez pielęgniarkę pod nadzorem lekarza [47].

The European Qualifications (Health and Social Care Professions and Accession of New Member States) Regulations 2014

Regulacja odnosi się do działań podejmowanych przez pielęgniarki. Wiąże się z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych i zawodu. Istotne jest przy tym przestrzeganie prawa wspólnotowego. Pielęgniarki są odpowiedzialne za opiekę ogólną jak i położniczą. Wykonywane działania muszą być adekwatne do kwalifikacji zawodowych [48].

The Health Care and Associated Professions (Indemnity Arrangements) Order 2014

Regulacja dotyczy położnych i niektórych pielęgniarek z państw europejskich. Odnosi się do systemu funkcjonowania pielęgniarek pochodzących z innych krajów członkowskich Unii Europejskiej. W ramach regulacji zostały zarządzone zmiany w zakresie zdrowia i opieki, umów odszkodowawczych oraz ubezpieczenia od odpowiedzialności zawodowej. Zastosowano podobne rozwiązania, jakie pojawiają się w regulacjach przepisów dla pielęgniarek i położnych, zawodów regulowanych przez Radę ds. zawodów medycznych i opieki. Wprowadzone wymogi regulują kwestie odszkodowania, ubezpieczenia jako warunku rejestracji. Regulacja ta zwraca uwagę

na konieczność stosowania praw unijnych dla pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Uwzględnia system odpowiedzialności zawodowej [49].

The Nursing and Midwifery (Amendment) Order 2014

Regulacja ta odnosi się do zakresu opieki i położnictwa, wprowadzając poprawki do rozporządzenia z 2001 roku. Jest to nowelizacja zarządzania pielęgniarskiego i położniczego. Wymagana jest odpowiednia kontrola i nadzór nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki, przewidziane są funkcje komisji śledczej w przypadkach do tego uzasadnionych [50].

3. Edukacja i awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim

3.1. Edukacja w pielęgniarstwie w Polsce

W momencie wejścia Polski do Unii Europejskiej konieczne było wprowadzenie szeregu zmian, które miały na celu sprostanie dyrektywom kształcenia w zawodzie. Dodatkowo zmiany niejako zostały wymuszone przez naciski środowiska pielęgniarstwa. Obecnie studia pielęgniarstwa w Polsce realizowane są zgodnie z zasadami Procesu Bolońskiego [21]. W krajach członkowskich UE kształcenie pielęgniarek, jego zakres i długość, jest regulowana dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych [22]. W dokumencie tym znajdują się zasady, zgodnie z którymi uznaje się kwalifikacje zawodowe uzyskane w innym (innych) państwach członkowskich UE i umożliwia wykonywanie zawodu w Polsce. Dzięki temu osoba uzyskująca kwalifikacje w swoim rodzimym kraju, może podjąć pracę w innym kraju, bez konieczności podjęcia na nowo studiów. Warunkiem podjęcia kształcenia medycznego na podstawowym poziomie jest posiadanie dyplomu lub świadectwa uprawniającego do dostępu do studiów uniwersyteckich na danym kierunku. Sam system kształcenia skupia się wokół trzech ważnych przepisów międzynarodowych, do których zalicza się:

- Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzone w Strasburgu 25 października 1967 roku. Ratyfikowane przez Polskę 13 grudnia 1995 roku [23],
- Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych z 1999 roku,
- Standardy kształcenia dla kierunku studiów Pielęgniarstwo [24].

Dana osoba, odbywając kształcenie pielęgniarstwa na poziomie podstawowym, ma wiedzę w zakresie nauk, na których opiera się medycyna i dobre zrozumienie metod naukowych (w tym zasad dokonywania pomiarów funkcji biologicznych, oceny naukowo ustalonych stanów faktycznych i analizy danych). Posiada ona wystarczającą znajomość anatomii, fizjologii i zachowania osób zdrowych i chorych. Zna też zależności między różnymi stanami zdrowia człowieka oraz posiada umiejętności konieczne do wykonywania zawodu pielęgniarki [24].

Drogi rozwoju pielęgniarki w Polsce [25]:

- studia na Uniwersytecie Medycznym na poziomie licencjata lub magistra – (3 letnie licencjackie, 2 letnie magisterskie) studia o charakterze stacjonarnym lub niestacjonarnym skupiające się na rozwoju zawodowym pielęgniarki,
- szkolenia podyplomowe – doszkalające przygotowanie do podjęcia zawodu pielęgniarki o wybranych specjalizacjach, odbywające się w sposób stacjonarny i niestacjonarny,
- studia doktoranckie – najwyższy poziom studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych, zapewniający tytuł doktora trwające, nie krócej niż 2, nie dłużej niż 4 lata,
- szkolenia specjalistyczne – zapewniające doksztalcanie w konkretnych dziedzinach tematycznych odbywające się w formie krótkich lub dłuższych szkoleń, trwające od minimum 15 miesięcy do maksimum 20 miesięcy,
- kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne – dodatkowe i z reguły krótsze (kilkumiesięczne) kursy zapewniające możliwość wykonywania zawodu lub podnoszące kompetencje. W wyniku kształcenia absolwent może podejmować się świadczeń zdrowotnych zarówno względem osoby dorosłej, starszej, jak i dziecka – obejmuje to promowanie, zachowanie zdrowia, wspomaganie zdrowia i opiekę [28].

Obecnie około 70 uczelni kształci pielęgniarki w Polsce na poziomie wyższym zawodowym w zakresie podstawowym (I stopnia; w trybie 3-letnim stacjonarnym), a część z nich także na studiach magisterskich uzupełniających (II stopnia; w trybie 2-letnim stacjonarnym i niestacjonarnym) [26]. Dzięki szeroko rozwiniętym formom nauczania pielęgniarek wykształcono profesjonalną kadrę zdolną do promowania zdrowia i przeprowadzania działań naukowo-badawczych [27, 28]. Opiera się to na systemie kształcenia nie tylko studiach wyższych, ale również praktykach w prestiżowych instytucjach medycznych.

3.2. Kształcenie podyplomowe

W zakres pielęgniarstwa wchodzi również system kształcenia podyplomowego. Obejmuje on takie rodzaje kształcenia jak: szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja) - możliwość szkolenia się w specjalizacji jest dostępna dla pielęgniarek o doświadczeniu zawodowym minimum 2 lat i kończy się egzaminem państwowym, kurs kwalifikacyjny, który dotyczy pielęgniarek z co najmniej rocznym stażem pracy w zawodzie czy kursy specjalistyczne.

Szkolenia specjalizacyjne obejmują różne dziedziny pielęgniarstwa, w których można uzyskać tytuł specjalisty. Są to między innymi: pielęgniarstwo anestezjologii i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, chirurgiczne czy pediatryczne. Dzięki odbyciu szkolenia, które trwa 2 lata, dana osoba uzyskuje dodatkowe uprawnienia do wykonywania czynności związanych z ukończoną specjalizacją. Fakt ukończenia szkolenia specjalizacyjnego powinien łączyć się z większą gratyfikacją finansową. Często jednak jest to jedynie jednorazowy dodatek do pensji.

Kurs specjalistyczny jest zazwyczaj dużo krótszy od szkolenia specjalizacyjnego i trwa od kilku miesięcy do 1 roku w zależności od rodzaju kursu. Kursy najczęściej ukierunkowane są na wykonywanie konkretnej czynności, procedury lub schematu działań, które osoba uczestnicząca w kursie ma przyswoić w stosunkowo krótkim czasie, związany jest on np. ze środowiskiem pracy lub też zainteresowaniem danym tematem. Z przykładowych kursów można wymienić: kurs wykonywania i interpretacji EKG, kurs dializoterapii, kurs resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

3.3. Awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim

Awans zawodowy pielęgniarki w Polsce dotyczy stanowisk: pielęgniarki naczelnej, oddziałowej, zastępcy oddziałowej, pielęgniarki epidemiologicznej, członka Komisji do spraw zakażeń, bardzo rzadko dyrektora szpitala. Wspomniane wyżej stanowiska są niestety pojedyncze i dla wielu nieosiągalne. Dodatkowo, jak w przypadku naczelnej pielęgniarki czy pielęgniarki oddziałowej w większości placówek decyduje tak zwane postępowanie konkursowe. Pytając środowisko pielęgniarskie w Polsce o awans

zawodowy bardzo często usłyszymy, że owszem jest on możliwy, ale dla większości przypadków nierealny, więc nie ma sensu się nad nim zastanawiać

W Polsce pielęgniarki uzyskują proporcjonalnie wyższe wynagrodzenie wraz ze wzrostem stażu pracy. Wzrost ten widoczny jest po okresie od 5 do 9 lat pracy w zawodzie. Niestety awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim nie jest tak dobrze rozgraniczony jak w innych krajach. Mimo posiadania wielu możliwości rozwoju droga uzyskania awansu zawodowego polskich pielęgniarek nadal nie jest prosta i klarowna. Szkolnictwo, a także szkolenia podyplomowe, pozwalają pielęgniarcze uzyskać dany tytuł, ale często nie wiąże się on z uzyskaniem awansu zawodowego. Brakuje wyraźnych ram prawnych oraz regulacji, które dałyby pielęgniarcze w Polsce realną możliwość uzyskania awansu. Niestety sytuacja ta, mimo upływu lat i rozwoju pielęgniarstwa polskiego, nie zmienia się. Bardzo często uzyskanie specjalizacji w danej dziedzinie nie łączy się z nabyciem dodatkowych uprawnień, choć w teorii uzyskany dyplom specjalisty na to właśnie wskazuje. Dodatkowo, często gratyfikacja finansowa nie jest wystarczająca bądź występuje tylko w formie jednorazowej. Obecnie utworzony przez Rząd system siatki płac poniekąd ma zachęcić pielęgniarki do rozwoju zawodowego. W systemie tym pielęgniarki zostały zaklasyfikowane do poszczególnych grup, w zależności od stopnia wykształcenia oraz ukończonych kursów i specjalizacji. Im wyższe wykształcenie, tym wyższa pozycja i większa pensja w tak zwanych widełkach płac.

3.4. Strategie i perspektywy rozwoju zawodu pielęgniarki w Polsce

Obecnie Polski system ochrony zdrowia zmaga się z wieloma problemami i wyzwaniem. Jednocześnie niepokojący jest trend zmniejszenia się liczby wykwalifikowanej kadry medycznej, również pielęgniarskiej. Dlatego też konieczne jest podjęcie wielu działań systemowych. W maju 2019 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”. Jedną z rekomendacji przedstawioną w dokumencie była konieczność przygotowania długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Strategia ta powinna określać, jakie są cele systemu z uwzględnieniem aktualnej sytuacji politycznej, społecznej i demograficznej. Warto również skupić się na wyzwaniach epidemiologicznych oraz priorytetowych kierunkach rozwoju [29].

W pielęgniarstwie działania tego rodzaju zostały, ponad 2 lata wcześniej, opracowane w koncepcji opisanej w dokumencie „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Powstanie dokumentu było jednym z ważniejszych osiągnięć polskiego pielęgniarstwa ostatnich lat. W strategii w sposób kompleksowy przedstawiono rozwiązania problemów, z którymi obecnie boryka się polska ochrona zdrowia. Jednocześnie ukazano, jakie kroki należy podjąć, by poprawić kondycję pielęgniarstwa w Polsce. Strategię opracował zespół ekspertów, który został powołany w 2017 roku przez Ministra Zdrowia. Oficjalne rozpoczęcie prac nastąpiło 16 maja 2017 roku, w międzynarodowym dniu pielęgniarki i położnej. Strategia tworzona była na 4 posiedzeniach plenarnych i 15 spotkaniach w podzespołach roboczych.

Celem głównym dokumentu jest zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarstwie. Cele pośrednie to zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne [30].

Zgodnie ze strategią, Minister Zdrowia będzie podejmował w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa działania, które mają wpłynąć na organizację oraz funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Jednakże jego działania są uzależnione od wielu czynników, takich jak chociażby ograniczone możliwości oraz zasoby (np. finansowe). Mimo to przedstawiona strategia jest jednym z ważniejszych narzędzi, które może umożliwić realizację polityki zdrowotnej w najbliższych latach [31].

Strategia obejmuje trzy perspektywy: 5-, 10- i 15-letnią. Problemy, które podzespoły rozpoznały w czasie swoich posiedzeń, zostały pogrupowane na 5 głównych obszarów tematycznych:

- kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek i położnych,
- rola i kompetencje pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia,
- normy zatrudnienia – określenie liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń,
- warunki pracy, wynagrodzenia i prestiż zawodów pielęgniarki i położnej,
- nowy zawód medyczny jako zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej (opiekun medyczny).

Skupiono się też na określeniu, skąd będą pochodzić środki finansowe na realizację poszczególnych założeń. Ostatecznie ustalono, że będą to środki z wielu źródeł, takich jak publiczne fundusze krajowe (budżet państwa i państwowe fundusze celowe), środki sektora finansów publicznych, publicznych środków wspólnotowych itp. Realizacja celów strategii ma być przeprowadzana cyklicznie w okresach pięcioletnich, w formie raportu [31].

Opisywana wyżej Strategia zyskała rangę dokumentu rządowego pod nazwą „Polityka wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. Dokument ten istnieje w wykazie prac legislacyjnych rządu [32].

Polskie pielęgniarstwo ma przed sobą wiele perspektyw. Jest ono jednak uzależnione od polityki i strategii, które przyjmowane są na szczeblu centralnym. Nieco mniejsze znaczenie będzie mieć podejście pielęgniarek i ich chęć do podjęcia nowych ról w systemie ochrony zdrowia oraz zastosowania w swojej praktyce zawodowej nowych technologii. W rozwoju polskiego pielęgniarstwa należy uwzględnić następujące perspektywy: możliwość ordynowania określonych produktów leczniczych (wypisywanie recept), projektowane kontaktowanie porady pielęgniarskiej, rozwijanie kształcenia pielęgniarek w kierunku pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki (ang. Advanced Practice Nursing – APN), telepielęgniarstwo, podejmowanie decyzji klinicznych, opartych na badaniach naukowych (ang. Evidence Based Nursing).

Według danych na dzień 30 czerwca 2018 roku 3064 z 240 tys. pielęgniarek i położnych posiadało uprawnienia do wystawiania recept w ramach samodzielnej ordynacji oraz kontynuacji zleceń lekarskich. Do końca 2018 roku wystawiono ponad 387 tys. recept przez pielęgniarki i położne [33]. Jest to działanie, które w zakresie pielęgniarstwa europejskiego jest niezwykle istotne. W samej grupie wyszehradzkiej polskie pielęgniarki pracują na najbardziej zaawansowanym poziomie, szczególnie w zakresie kształcenia przed dyplomowego, czyli szkolnictwa wyższego oraz możliwości ordynowania leków i wystawiania recept [34].

Doświadczenia państw w zakresie rozwijania kształcenia pielęgniarek w kierunku pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki (APN) ukazują, że w wielu przypadkach rezygnuje się z kształcenia na II stopniu studiów na rzecz kształcenia specjalistycznego, co pozwala pielęgniarcie po ukończeniu studiów licencjackich posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa strategicznej dla kraju. Wiele badań przeprowadzanych w tym zakresie ukazuje, że reformy polegające na delegowaniu uprawnień (task-shifting reforms) i różnicowaniu kompetencji (skill-mix) są bardzo efektywne dla systemów

zdrowia w państwach, w których zostały wprowadzone [35]. W efekcie powstało stanowisko pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN). OECD już w 2010 roku wskazywało, że stanowisko to jest niezwykle istotne w zakresie opieki zdrowotnej. W 39 krajach w 2015 roku przeprowadzono badania, które obejmowały pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki. Ukazały one, że pielęgniarki przejmujące niektóre role od lekarzy wykonywały działania kliniczne na takim samym, a czasem wyższym poziomie [35]. Najwięcej pielęgniarek APN znajduje się w Stanach Zjednoczonych (68% wszystkich APN). W Europie stanowisko to dopiero jest w fazie rozwoju. Spotyka się ono z wieloma barierami, które wynikają z polityki oraz błędnie wprowadzanych działań organizacyjnych przy jednoczesnym braku typowych rozwiązań systemowych i regulacji prawnych.

Kierunki i perspektywy rozwoju pielęgniarstwa w Polsce powinny być zgodne z założeniami „Celów zrównoważonego rozwoju 2030”, przedstawionymi przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 2015 roku. Priorytetowe kierunki rozwoju i działania w pielęgniarstwie będzie określać cel nr 3. Związany jest on z zapewnieniem opieki pielęgniarskiej wszystkim ludziom, niezależnie od ich wieku, dobrobytu oraz zdrowia. Wynika z tego, że konieczne jest zatem wprowadzanie działań związanych z edukacją zdrowotną, profilaktyką czy promocją zdrowia [36].

W zakresie pielęgniarstwa można mówić również o pielęgniarstwie przyszłości. To dziedzina, która jest profesjonalna, w pełni autonomiczna oraz skupiająca się na rozwoju. W zakresie globalizacji musi być również kompletna kulturowo. Skupia się na człowieku oraz zwraca szczególną uwagę na zarządzanie posiadaną wiedzą i opieką nad pacjentem. Bierze też pod uwagę wszystkie wyzwania i problemy, które związane są z sytuacją społeczną, polityczną itp. W pielęgniarstwie przyszłości niezwykle ważne będzie wykorzystanie liderów oraz skutecznych menedżerów, inspirujących do podejmowania wielu działań rozwijających zawód i dbających o bezpieczeństwo człowieka, zarówno pracownika jak i pacjenta.

Na 27. posiedzeniu WHO rok 2020 określono rokiem pielęgniarek, co miało być uhonorowaniem ich wkładu w ochronę zdrowia. Jednocześnie wskazywało to na konieczność uwzględnienia tego zawodu w dialogu, a także rozwój i zwiększenie potencjału personelu, również pielęgniarskiego [37]. Dlatego też konieczne jest zastosowanie przemyślanej strategii oraz wykorzystanie polityki w dobry sposób, by w długoterminowy sposób wpłynąć na rozwój pielęgniarstwa. Jednocześnie należy w sposób prawidłowy wykorzystać w pielęgniarstwie zasoby ludzkie, co niewątpliwie

wpłynie zarówno na zadowolenie z pracy personelu, jak i na jakość opieki oraz bezpieczeństwo pacjentów.

Pielęgniarstwo w Polsce jest uzależnione od wielu czynników. Szybkie przemiany rozwojowe, szczególnie w zakresie edukacji, są tego doskonałym przykładem. Zakończono proces podwyższania poziomu kształcenia do poziomu akademickiego. Jednocześnie powstaje system kształcenia ustawicznego. Duże zmiany widoczne są w samej praktyce pielęgniarstwa. Rozszerza się jej zakres, poprawia się też efektywność oraz wartość praktyki pielęgniarstwa. Wszystkie opisane wyżej zmiany wynikają z wieloletniego edukowania personelu pielęgniarstwa zorientowanego na osiąganie celów. Nie mniej ważne jest skupienie się na praktycznym przygotowaniu do wykonywania zawodu. Przekłada się to na fakt, że po studiach pielęgniarki dużo szybciej wdrażane się do wykonywania zawodu, co w aspekcie braków kadrowych jest niezwykle ważne.

System kształcenia pielęgniarek w Polsce jest podobny do systemów w innych krajach europejskich. Wynika to z konieczności dostosowania systemu do obowiązującego prawa międzynarodowego. Dzięki temu oraz dzięki możliwości nostryfikowania dyplomu, możliwe jest wykonywanie zawodu pielęgniarki w różnych krajach. Należy jednak zwrócić uwagę, że system kształcenia w krajach europejskich jest różny. Przykładem mogą być pielęgniarki uczące się w Wielkiej Brytanii. Nauka tam skupia się na intensywnym rozwoju kształcenia podyplomowego. Coraz więcej pielęgniarek przejmuje kompetencje lekarzy, co jak dotąd było niespotykane. W Polsce proces ten jest dopiero w początkowych etapach i minie jeszcze wiele lat, zanim poziomy między Polską a Wielką Brytanią się wyrównają. Niekwestionowane jest, że zmiany rozwojowe w zakresie pielęgniarstwa są konieczne, co powoduje promocję specjalizacji kształcenia (pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki).

Współcześnie do kształcenia pielęgniarek w Polsce i za granicą zastosowanie mają również metody aktywizujące, symulacyjne, dobrze odzwierciedlające rzeczywistość. Obejmują one także e-learning. Celem e-learningu jest możliwość nauczania na odległość. Jego dużą zaletą jest także elastyczność formy nauczania. W wielu przypadkach e-learning jest jednak niewystarczający, dlatego często łączy się ten rodzaj nauki z tradycyjnym modelem nauczania. E-learning zazwyczaj prowadzony jest na uczelniach wyższych. W Polsce oraz na świecie funkcjonują również całe szkoły, które nauczają jedynie w formie e-learningowej. Poprzez wykorzystanie formy e-learningu oferuje się wybrane programy dyplomowe na wielu poziomach, w coraz

większej liczbie dziedzin nauki. Studenci takich szkół zobowiązani są poszerzenia swojej wiedzy wyłącznie online. Forma e-learningowego nauczania występuje również przy masowych otwartych kursach lub szkoleniach. W nauczaniu e-learningowym możliwe jest bowiem bezpośrednie wsparcie lektora, czy też nauczyciela. Uczeń ma możliwość odbywania rozmów z nauczycielem poprzez komunikatory internetowe. Zazwyczaj kursy, czy też szkolenia prowadzone formą e-learningu kończą się egzaminem również w formie internetowej.

4. Edukacja i awans zawodowy w pielęgniarstwie brytyjskim

4.1. Edukacja w pielęgniarstwie w Wielkiej Brytanii

W Anglii kształcenie odbywa się na poziomie undergraduate (studia licencjackie) i kończy się uzyskaniem dyplomu. W Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej obejmuje jedynie poziom undergraduate. Po zakończeniu studiów pielęgniarzkich możliwe jest podjęcie kształcenia na poziomie postgraduate (podyplomowym). Obejmuje ono zakres pielęgniarstwa, pielęgniarstwa klinicznego oraz organizacji pracy pielęgniarzkiej. Możliwe jest również podjęcie kariery akademickiej, co umożliwiają oferty kształcenia Master's (studia magisterskie) i PhD (studia doktoranckie). Co więcej, wykorzystuje się projekty pracy klinicznej, odbywające się w trybie wielu specjalizacji klinicznych [38].

Już na etapie studiów licencjackich można wybrać kierunek nauki w następujących obszarach:

- Pielęgniarstwo dorosłych (Adult Nursing) - obrębie tego programu w pierwszych dwóch latach nauki student uczy się przedmiotów ogólnych związanych z pielęgniarstwem i biologią człowieka, a dopiero na ostatnim roku uczy się pielęgnowania osób dorosłych.
- Pielęgniarstwo dzieci (Children Nursing) - na tym kierunku oprócz przedmiotów ogólnych studenci uczą się w głównej mierze opieki nad pacjentem niepełnoletnim, często z niepełnosprawnościami.
- Pielęgniarstwo psychiatryczne (Mental Health Nursing) - na tym kierunku studenci oprócz ogólnej wiedzy z dziedziny pielęgniarstwa uczą się opieki nad pacjentami z problemami psychicznymi.
- Położnictwo (Midwifery) to kierunek związany z opieką nad kobietą w ciąży i po porodzie, noworodkiem oraz patologią ciąży.
- Pracownik Socjalny (Nursing Social Work) - na tym kierunku studenci uczą się jak edukować podopiecznych, zabezpieczać ich sprawy socjalno-bytowe, pomagać wyjść z bezdomności.

Z kolei w ramach studiów magisterskich, które trwają 4 lata, możliwe jest kształcenie w następujących kierunkach:

- Master of Sciences (student zdobywa poszerzoną wiedzę w kierunku, który wcześniej wybrał na studiach licencjackich np. Children Nursing),

- Master of Art (wiedza w kierunku bardziej teoretyczno-humanistycznym),
- Master of Nursing (daje możliwość pogłębienia wiedzy z dwóch obszarów np. Adult i Children Nursing).

W Wielkiej Brytanii system kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy oraz położnych dzieli się na dwa główne etapy. Pierwszym z nich jest etap przed rejestracyjny, po którym następuje etap rejestracyjny. Etap przed rejestracyjny obejmuje wstępne szkolenie. Jest ono obowiązkowe dla każdego ubiegającego się o kwalifikacje pielęgniarskie i położnicze. Kolejne szkolenia odbywają się po zdobyciu kwalifikacji. Możliwe jest zdobycie kwalifikacji dyplomowanej pielęgniarki/pielęgniarsza na wiele sposobów. Zalicza się do nich: kurs przed rejestracyjny na poziomie dyplomu, studia na poziomie undergraduate (kształcenie licencjackie) połączone z kształceniem przed rejestracyjnym, przyspieszony kurs zapewniający postgraduate diploma (kształcenie podyplomowe) połączony z kształceniem przed rejestracyjnym, dla absolwentów studiów na poziomie undergraduate (studia licencjackie) z przedmiotu związanego ze zdrowiem, studia na stopień Master's połączone z kształceniem przed rejestracyjnym, dla absolwentów studiów na poziomie undergraduates (studia licencjackie) z przedmiotu związanego ze zdrowiem.

Osoby, które ukończą kurs przed rejestracyjny posiadają podwójne kwalifikacje. Są to kwalifikacje akademickie oraz zawodowe, uprawniające do rejestracji w dziale rejestru zawodowego. Za rejestrację odpowiada Nursing and Midwifery Council.(Rada Pielęgniarek i Położnych). Dodatkowe szkolenia porejestracyjne dostępne w Wielkiej Brytanii to między innymi: pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo w intensywnej terapii, pielęgniarstwo onkologiczne czy pielęgniarstwo ginekologiczne.

Pielęgniarki i pielęgniarze mają również możliwość skorzystania z innych kursów nauczania kończących się Certificate in Professional Studies for International Nurses (Profesjonalne szkolenie dla pielęgniarek międzynarodowych). Kursy specjalizacyjne trwają od kilku tygodni do kilku miesięcy. Są to jednak kursy, na które bardzo trudno się dostać – występuje bowiem wiele problemów z niedoborami wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej, która naucza. Kursy specjalizacyjne trwają około roku (w przypadku położnictwa min. 78 tygodni). Są one przeznaczone dla pielęgniarek i pielęgniarzy zarejestrowanych w rejestrze zawodowym NMC, chcących uzyskać wpis do dodatkowego działu. Możliwe jest skorzystanie z programu na poziomie undergraduates (studia licencjackie) bądź Master's (studia magisterskie) [39]. By móc

pracować jako pielęgniarka/pielęgniarz w Wielkiej Brytanii konieczne jest posiadanie kwalifikacji zawodowych i ich nieustanne podnoszenie (ang. Continuing Professional Development, CPD). Jednocześnie zawód pielęgniarki charakteryzuje duża autonomia zawodowa.

4.2. Kształcenie podyplomowe

W Wielkiej Brytanii w ramach kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy oddzielnie oferowane są kursy akademickie (taught), dzięki którym możliwe jest otrzymanie Postgraduate Diploma (szkolenie podyplomowe). Kursy te trwają ok. 9 miesięcy. Można również skorzystać z kursów na stopień Master's (magisterskie) trwających 12 miesięcy. Innym rodzajem kursów są kursy badawcze (2-letnie MPhil. oraz 3-letnie PhD) z wielu dziedzin pielęgniarstwa oraz położnictwa. Zalicza się do nich kursy z: organizacji pracy pielęgniarskiej, kształcenia pielęgniarek, pielęgniarstwa onkologicznego czy pielęgniarstwa katastrof. Niektóre kursy badawcze podzielone są na moduły, które mogą być selektywnie wybierane przez kursantów, zależnie od ich zapotrzebowania oraz dziedziny, w której pracują [40]. Dodatkowo w Wielkiej Brytanii dostępna jest szeroka gama klinicznych kursów podyplomowych, obejmująca wiele dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa. Zalicza się do nich np.: pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo w intensywnej terapii, opiekę nad osobami starszymi, pielęgniarstwo onkologiczne, pielęgniarstwo ginekologiczne, pielęgniarstwo w chorobach klatki piersiowej, opiekę nad noworodkami.

Pielęgniarki i pielęgniarze chcąc pracować w zawodzie w Wielkiej Brytanii muszą być zarejestrowani w Radzie Pielęgniarek i Położnych. Daje ono prawo do wykonywania zawodu. Licencje należy odnawiać co 3 lata, a jej odnowienie wymaga brania udziału w kształceniu podyplomowym, które musi zostać udokumentowane. W pielęgniarstwie możliwe jest też uzyskanie tytułu doktora oraz profesora (od 1970 roku).

Problemy występujące w pielęgniarstwie są powiązane z zawodem samym w sobie. Pielęgniarki i pielęgniarze muszą wykonywać dodatkowe obowiązki – NHS wymaga od nich działań takich jak sprzątanie oddziałów, co można interpretować jako działanie regresyjne, nierozwijające. Z jednej strony może to być podyktowane

oszczędnościami w kosztach, jednak wiele osób uznaje to za sposób ucisku pielęgniarzek przez osoby nieuznające pielęgniarstwa jako silnego zawodu.

4.3. Awans zawodowy w pielęgniarstwie brytyjskim

Band to jednostka klasyfikacji awansu pielęgniarki/pielęgniarza w Wielkiej Brytanii. Awans ten uzależniony jest od liczby lat przepracowanych w zawodzie oraz zdobytych kwalifikacji po ukończeniu odpowiednich szkoleń i specjalizacji. Występuje tutaj podział na: pielęgniarkę stomijną, pielęgniarkę pierwszego kontaktu, pielęgniarkę anestezjologiczną, pielęgniarkę epidemiologiczną, pielęgniarkę psychiatryczną. Pielęgniarki NHS (National Health System) są wynagradzane w zależności od tego jaką zajmują pozycję na skali wynagrodzeń i jak duże mają doświadczenie. System grupowania w „Bandy” (zespoły) pielęgniarzek NHS został stworzony w 2004 roku przez NMC (Nursing and Midwifery Council) jako część „Agendy na rzecz zmian”, aby zapewnić jasny system skal wynagrodzeń pielęgniarzek, gwarantujący, że każda rola pielęgniarki NHS jest spełniona i opłacana w sposób uzasadniony, tak aby umożliwić wszystkim jasny rozwój kariery. Skala bandów rozciąga się od 2 do 9, a roczne przyrostowe podwyżki płac są przyznawane w ramach każdego pasma. Tak więc dla wszystkich pielęgniarzek pracujących w ramach systemu grupowania oferowane są podwyżki płac, a także inne korzyści, pod warunkiem, że przechodzą odpowiednie szkolenia, które pozwalają im przenieść się w górę pasma.

- Band 2 (Healthcare assistant) - to pracownik opieki zdrowotnej, odpowiednik polskiego opiekuna medycznego, osoby wykonują czynności wspierające pacjenta pod kątem samoobsługi i higieny.
- Band 3 (Emergency care assistant) - to osoby pracujące jako dyspozytorzy w pogotowiu ratunkowym albo sanitariusze.
- Band 4 - to pracownicy bloku operacyjnego, których zadaniem jest transportowanie pacjentów na blok operacyjny, a także opieka nad sprzętem medycznym.
- Band 5 - to tzw. wykwalifikowana pielęgniarka, która posiada ukończone studia pielęgniarские na poziomie licencjata i rejestrację w NMC. Osoby imigrujące

z innych krajów, które posiadają już rejestrację w NMC zaczynają swoją ścieżkę rozwoju w pielęgniarstwie zawsze z poziomu Band 5.

- Band 6 - to pielęgniarka specjalista, czyli osoba, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne i stała się specjalistą w wybranej przez siebie dziedzinie w obrębie pielęgniarstwa.
- Band 7 - to osoby określane jako pielęgniarki zaawansowanej praktyki, w Wielkiej Brytanii nazywane „Senior Sister”. Osoby te mają najczęściej ukończone studia magisterskie oraz większy zakres obowiązków i odpowiedzialności. Często zajmują się nauczaniem młodych adeptów pielęgniarstwa lub też nowo przyjętych osób do pracy.
- Band 8 - to odpowiednik polskiej naczelniej pielęgniarki, w Wielkiej Brytanii nazywa się „Matron” – to osoba, która zarządza całym zespołem danego oddziału.
- Band 9 - to pielęgniarka specjalista wysokiego szczebla, konsultant w danej dziedzinie zajmujący się wyznaczaniem standardów i procedur. [20]

Dokształcanie ma formę kursów lub szkoleń, jednak daje ono prawdziwe możliwości. Osobie, która je ukończy gwarantuje bycie specjalistą w danej dziedzinie. Łączy się to również z większymi możliwościami wykonywania czynności zawodowych w obrębie danej dziedziny. Dzięki ukończonym szkoleniom zwiększa się niezależność zawodowa pielęgniarki/pielęgniарza, ale także otrzymuje ona/on odpowiedni wzrost wynagrodzenia.

4.4. Strategie i perspektywy rozwoju zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii

Badania międzynarodowe pokazują, że wzmocnienie pielęgniarstwa oraz inwestycja w zasoby ludzkie w pielęgniarstwie mają wiele zalet. Przykładem może być: skrócony czas oczekiwania na świadczenia medyczne, poprawa dostępu do opieki medycznej, zmniejszenie śmiertelności szpitalnej, skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu, obniżenie kosztów opieki medycznej oraz poprawa wyników klinicznych opieki medycznej [41]. Jednocześnie udowodniono, że w pielęgniarstwie konieczne jest wprowadzenie nowych ról. Daje ono wymierne korzyści finansowe dla całego

społeczeństwa [42]. Do tego rodzaju ról zaliczyć można m.in. przekazywanie niektórych kompetencji lekarskich pielęgniarkom, co może wpłynąć na lepsze rozłożenie zadań. W wielu krajach pielęgniarki mają uprawnienia do przepisywania leków. Najwięcej uprawnień mają, już od lat 70-tych, pielęgniarki w Stanach Zjednoczonych. Dyplomowana Pielęgniarka z Zaawansowaną Praktyką (ang. Advanced Practice Registered Nurse – APRN) [43].

Mnóstwo krajów, w tym również Polska i Wielka Brytania, boryka się z powszechnym zjawiskiem niedoboru kadry medycznej. Dlatego też konieczne jest wykorzystywanie przez rządy państw działań, które pozwolą na zwiększenie wydajności oraz efektywne i racjonalne gospodarowanie zasobami ludzkimi, również w pielęgniarstwie [44]. W ochronie zdrowia niezwykle ważne jest stworzenie strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa. Odbyna się ono m.in. przez wiele inicjatyw, które prowadzą do wzmocnienia oraz wspierania pielęgniarstwa. Jednocześnie konieczne jest podejmowanie międzynarodowych wysiłków w tym kierunku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od 2002 roku zwraca się ku tego typu działaniom. Opisuje je m.in. w dokumencie „Globalne, strategiczne kierunki wzmocnienia pielęgniarstwa i położnictwa 2016-2020.” (Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020), w którym przedstawia konieczności dostępu do opieki pielęgniarskiej, wysokiej jakości, a jednocześnie efektywnej kosztowo. Opisuje też kierunki działań na różnych szczeblach (globalnych, krajowych, regionalnych). Ich zadaniem jest wzmocnienie zawodu pielęgniarki [45].

W zasięgu globalnym konieczne jest zapewnienie odpowiedniej liczby pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy są kompetentni i zmotywowani do pracy, posiadają wysokie kwalifikacje i działają w ramach efektywnego systemu opieki zdrowotnej. Zasięg krajowy obejmuje działania polityczne, tworzenie planów krajowych czy działania z zakresu zarządzania. Nie mniej ważne jest partnerstwo i zarządzanie oraz wysoki poziom kształcenia. W zasięgu regionalnym znajdują się działania mobilizujące i lobbujące do inwestycji w efektywne i skuteczne pielęgniarstwo, odpowiadające na potrzeby społeczeństwa. Przedstawiane działania są zgodne z globalną strategią WHO dotyczącą zasobów ludzkich w ochronie zdrowia – „The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030” [46]. W wielu krajach tworzone w ten sposób strategie pozwalają od kilkadziesiąt lat wpływać pozytywnie na sytuację ochrony zdrowia w danym kraju. Wiele z nich było odpowiedzią na aktualny bądź prognozowany kryzys w ochronie zdrowia.

5. Organizacje pielęgniarские

5.1. Organizacje pielęgniarские w Polsce

Organizacje pielęgniarские i sama istota ich powstania była spowodowana faktem, iż pielęgniarstwo, podobnie jak cała medycyna, nieustannie się rozwija. Pielęgniarstwo na przestrzeni ostatnich lat przekształciło się w samodzielny, niezależny zawód, który wymaga, kontroli, wsparcia, respektowania regulacji i norm prawnych. Powstałe organizacje pielęgniarские mają właśnie na celu reprezentowanie pielęgniarstwa, jego wsparcie, nadzór nad całokształtem działalności. Ich celem jest również zachęcenie nowych pokoleń do wykonywania tego zawodu.

Tabela 4. Organizacje pielęgniarские w Polsce

Organizacje pielęgniarские w Polsce			
Nazwa	Samorząd Pielęgniarek i Położnych	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z Okręgami	Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Data powstania	1991 rok	1991 rok	1957 rok
Odpowiedzialność	Reprezentuje zawód, kieruje standardami kształcenia, oferuje samopomoc.	Stosowanie się do bieżących wytycznych i regulacji, które odnoszą się do sposobu wykonywania zawodu, ale również etyki.	Dbą o bezpieczne wykonywanie zawodu w trosce o dobro pacjentów, współpracuje z Międzynarodową Radą Pielęgniarek.

Opracowanie własne na podstawie [47], [48], [49].

Samorząd Pielęgniarek i Położnych

Samorząd Pielęgniarek i Położnych powstał w 1991 roku. Pierwszy okres rozwoju wiązał się z tworzeniem struktury organizacyjnej, jak i wyznaczaniem jej celów [47]. Dotyczyło to także przystosowania bazy materialnej, zapewnienia pomieszczeń i wyposażenia, zatrudnienia pracowników. Samorząd odpowiada za wiele istotnych funkcji i zadań. Do wybranych z nich należą: reprezentacja i ochrona zawodu pielęgniarki oraz położnej, kierowanie się zasadami i standardami kwalifikacyjnymi przy podnoszeniu wiedzy i umiejętności, opiniowanie programu kształcenia zawodowego, współdziałanie pod kątem dalszego rozwoju zawodu, zajmowanie stanowiska w przypadku zagrożeń, bezpieczeństwa zdrowia, podejmowanie współpracy ze szkołami i innymi jednostkami pod kątem rozwojowym, zapewnianie instytucji samopomocowych [47].

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) uznawana jest za jednostkę organizacyjną pielęgniarek, jak i położnych. Wyróżnia ją osobowość prawna. Wykonywane przez nią zadania obejmują reprezentacje osób wykonujących ten zawód, dbanie o interesy zawodowe - gospodarcze, jak i społeczne. Kluczowym zadaniem jest dbałość o system kształcenia i sposób wykonywania zawodu. Istotne znaczenie w NIPiP odgrywa poszanowanie prawa samorządowego, stosowanie się do bieżących wytycznych i regulacji, które odnoszą się do sposobu wykonywania zawodu, ale również etyki [48].

Do organów okręgowej izby pielęgniarek i położnych wchodzi: okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych, okręgowa rada pielęgniarek i położnych, okręgowa komisja rewizyjna, okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej [48].

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) to ogólnopolskie stowarzyszenie skierowane do tych osób, które chcą wykonywać zawodów w sposób bezpieczny, z troską o pacjentów. Powstało ono w 1957 roku i posiada charakter prawny. Przynależenie do niego jest związane z uiszczaniem składki wynoszącej aktualnie 84 zł. PTP jest także członkiem: Międzynarodowej Rady Pielęgniarek - International Council of Nurses (ICN), Europejskiego Forum Narodowych Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych oraz WHO - European Forum of National Nursing and Midwifery Associations (WHO EFNNMA), Europejskiego Forum Stowarzyszeń Pielęgniarskich przy UE - European Federation of Nurses Association (EFN), Europejskiej Grupy Pielęgniarek Badaczy - Workgroup of European Nurse Research (WENR) [49].

5.2. Organizacje pielęgniarские w Wielkiej Brytanii

Wielka Brytania wcześniej niż Polska dostrzegła potencjał, który zawarty jest w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza. Celem powstania organizacji miało być podobnie jak w Polsce uregulowanie postępowania wobec norm prawnych i regulacji, ulepszanie standardów edukacji oraz ukazywanie nowych możliwości dróg rozwoju zawodowego i osobistego.

Tabela 5. Organizacje pielęgniarские w Wielkiej Brytanii

Organizacje pielęgniarские w Wielkiej Brytanii					
Nazwa	The Royal college of nursing UK	Irish Nurses and Midwives Organisation	Nursing and Midwifery Council	UK Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting	Foundation of nursing studies
Data powstania	1916 rok	1919 rok	1983 rok	1983 rok	1987 rok
Odpowiedzialność	Dbanie o wykonywanie zawodu z zastosowaniem standardów i procedur.	Regulacja zawodu Pielęgniarki i położnej w Irlandii.	Regulacja zawodu pielęgniarki i położnej w Wielkiej Brytanii.	Źródło danych z zakresu opieki pielęgniarской.	Zapewnia rozwój praktycznych umiejętności pielęgniarских.

Opracowanie własne na podstawie [20], [50], [51], [52], [53].

Nursing and Midwifery Council

Nursing and Midwifery Council (NMC) skupia się na uregulowaniu zasad funkcjonowania pielęgniarek i położnych, dotyczy obszaru: Anglii, Szkocji, Walii, Irlandii Północnej. Formacja ta istnieje, aby zapewniać bezpieczeństwo zawodu, proklamować zachowania etyczne. Odpowiada również za tworzenie standardów szkolenia, edukacji i osiągnięć. Łączy zapewnienie kariery zawodowej z zachowaniem wysokiej jakości standardów opieki pielęgniarskiej. Dużą uwagę zwraca na standardy zawodowe, dochodzenie do praw w przypadku niespełnienia oczekiwań [20].

Irish Nurses and Midwives Organisation

Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO) to organizacja powstała w 1919 roku, posiada ponad 35 000 członków. Zajmuje się wyznaczaniem standardów w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa. Szczególną uwagę zwraca na kształcenie wykwalifikowanego personelu, wrażliwego na potrzeby pacjenta. Niektóre z zadań obejmują: sprawowanie opieki nad pacjentem, tworzenie kierunków rozwoju zawodu, dbanie o zachowania etyczne, współpracę ze szkołami i innymi podmiotami w celu dalszego rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa [50].

The Royal College of Nursing of the U.K.

Royal College of Nursing (RCN) to największy w ujęciu światowym związek pielęgniarski, a tym samym największa organizacja zawodowa. Reprezentuje interesy 435 000 pielęgniarek, położnych, asystentów opieki. Dotyczy nie tylko regionu Wielkiej Brytanii, ale również całego świata. Istotnym celem organizacji jest dbanie o wykonywanie obowiązku zawodowego z zachowaniem jak najwyższych standardów i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. W celu zapewnienia rozwoju, dąży do zapewnienia wysokich standardów kształcenia, obejmując zarówno strefę edukacji oraz praktyki zawodowej [51].

Foundation of Nursing Studies

Foundation of Nursing Studies to organizacja zapewniająca rozwój praktycznych umiejętności pielęgniarskich. Szczególnie skupia się na zapewnieniu skutecznej opieki zdrowotnej i efektywnego doboru oraz nieustającego doskonalenia umiejętności. Obejmuje działania z zakresu funkcjonowania systemu opieki pielęgniarskiej i potencjalnych dróg rozwoju [52].

U.K. Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting

U.K. Central Council For Nursing Midwifery and Health Visiting to rejestr funkcjonujący od 1983 roku skupiający różne typy pielęgniarstwa, poziomu w zakresie szkoleń i kwalifikacji, form zarejestrowanej opieki pielęgniarskiej. Jest to źródło danych z zakresu opieki pielęgniarskiej, które wskazuje zarówno różnorodne formy pomocy, jak i kształcenia [53].

6. Współczesne badania na temat edukacji i rozwoju zawodowego oraz satysfakcji z pracy w pielęgniarstwie w Polsce oraz Wielkiej Brytanii

Poszukiwanie współczesnych badań w odniesieniu do tematu pracy przeprowadzono przy użyciu wyszukiwarki PubMed, Google Scholar, a także wirtualnej biblioteki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, z użyciem zwrotów pomocniczych: edukacja w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim, awans zawodowy w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim, satysfakcja z zawodu, zadowolenie z pracy (zarówno w języku polskim jak i angielskim). Analizowana literatura pochodziła z lat 2011-2021. Z około 200 znalezionych pozycji wybrano 42, z czego 22 pozycje dotyczyły pielęgniarstwa polskiego, a pozostałe 20 pielęgniarstwa brytyjskiego.

Edukacja i rozwój zawodowy

Coraz częściej obserwuje się stopniowy postęp w dostrzeganiu przez badaczy mnogości czynników, które składają się na całokształt pielęgniarstwa jako osobnej dziedziny medycyny. W dzisiejszych czasach dużą wagę przykładają się do kontroli systemów edukacji, sprawdzając czy wiedza teoretyczna i praktyczna przekazywana na wydziałach pielęgniarstwa jest na tyle odpowiednia, by rzetelnie móc przygotować pielęgniarki do pracy zawodowej. Zauważa się również dużą rolę zajęć symulacyjnych odbywających się na uniwersytetach medycznych jako sposób na uzupełnienie zajęć praktycznych. System ten szczególnie przydatny okazał się podczas obecnej pandemii COVID-19, podczas której studenci nie mieli możliwości odbywania zajęć praktycznych na oddziałach szpitalnych. System nauki zdalnej i tzw. e-learning był niekiedy jedynym możliwym sposobem nauczania, co niestety niesło za sobą również wiele negatywnych konsekwencji dla studentów. Nic bowiem nie zastąpi zajęć praktycznych, podczas których należy przyswoić zdobytą teoretycznie wiedzę, mając kontakt nie tylko z pacjentem, ale także z interdyscyplinarnym zespołem medycznym.

Do podstawowych zadań badań własnych należało ustalenie ewentualnych różnic i zależności w obrębie badanej grupy podzielonej na pielęgniarki polskie i brytyjskie porównując miejsce ich pracy z edukacją, możliwościami awansu, zadowoleniem z pracy oraz możliwościami podnoszenia własnych kwalifikacji (por. część badacza).

Literatura przedmiotu oraz badania w tym zakresie skupiają się zazwyczaj nie tylko na samym kształceniu wymaganym do uzyskania tytułu pielęgniarki, ale także na dodatkowych możliwościach późniejszego kształcenia podyplomowego oraz szkoleń.

Badania U. Cisoń-Apanasewicz [54] na grupie przeszło 90 polskich pielęgniarek wykazały, że ankietowane pielęgniarki, mimo, iż przyznały, że kształcenie jest istotnym elementem ich pracy, to nie uzyskały specjalizacji podyplomowej. Pielęgniarki jednak najchętniej brałyby udział w kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych. Wbrew licznym doniesieniom nie tylko kwestie finansowe stają się istotnym motywatorem do podejmowania dalszego kształcenia [55], ale także chęć podnoszenia swoich kwalifikacji i umiejętności [56].

A. Bartosiewicz i wsp. [57] prowadzili ocenę programów edukacyjnych, studiów, a także późniejszego tzw. szkolenia podyplomowego w Polsce. Udział w tych badaniach brały pielęgniarki polskie. Z analizy odpowiedzi badanych wynika, że rozwój pielęgniarstwa i ekspansja możliwości związanych z zawodem odbyła się bardzo aktywnie przez ok. 20 ostatnich lat. System edukacji jest bardzo dobry, daje on również pielęgniarce możliwość rozwoju zawodowego w kolejnych latach i podjęcia ścieżki zawodowej, którą chce kontynuować w przyszłości. Według autorki badań na chęć podjęcia rozwoju i awansu wpływa szereg czynników osobniczych, ale także wykształcenie, zadowolenie z pracy oraz panującej w niej atmosfery, a także wiedza danej osoby o możliwościach zawodowych.

Niektórzy autorzy podejmują próbę oceny możliwości awansu i rozwoju zawodowego już wśród studentów pielęgniarstwa. Niestety jednak, jak widać na przykładzie pracy autorstwa G. Stasiak [58], już studenci (grupa ok. 253 studentów z Lublina) zauważają brak możliwości jasnej ścieżki rozwoju dla zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza. Prestiż zawodu pielęgniarki w Polsce nadal jest bardzo niski, i mimo licznych kampanii zachęających do wykonywania tego zawodu, wciąż nie udaje się przekonać dostatecznej grupy maturzystów do wyboru tej ścieżki zawodowej. Dodatkowo ankietowani zauważyli, że środki masowego przekazu nadal kreują zły wizerunek zawodu, co również nie podnosi prestiżu i nie zachęca do podjęcia edukacji w tym kierunku.

Badania wykonane przez K. Szczeszek i wsp. [59] na grupie 120 polskich pielęgniarek przeprowadzonych w formie sondażu potwierdziły fakt, iż podwyższanie przez pielęgniarki kwalifikacji daje im wyłącznie satysfakcję osobistą, nie łączy się zaś ani z gratyfikacją finansową ani z awansem zawodowym. Do podobnych wniosków

doszli także autorzy G. Gawęł i wsp. [60], prowadzący badania w środowisku polskich pielęgniarek, którzy po analizie przeprowadzonego sondażu za czynnik motywujący do podnoszenia kompetencji zawodowych podali satysfakcję własną oraz nadzieję na dodatek finansowy.

Kwestia możliwości awansu w piśmiennictwie rozpatrywana jest jako składowa zadowolenia z własnej pracy pielęgniarek. Rzadko uwaga skupiona jest bezpośrednio na chęci awansu wśród pielęgniarek, częściej pada pytanie o samą możliwość awansu. Na gruncie polskim niezwykle niepokojące wyniki uzyskali M. Tomaszewska i wsp. [61]. Ich badania wskazywały na utrudniony dostęp do szkoleń, spowodowany, ich zdaniem, nie tylko ograniczeniami finansowymi, ale także ograniczeniami w dostępności do tychże szkoleń poprzez kadrę zarządzającą.

W Wielkiej Brytanii pielęgniarstwo i jego rozwój pełniło istotną rolę już od czasów Florencji Nightingale. Jego dobra passa trwa po dziś dzień. Potwierdza to nie tylko literatura, rozmowy, opinie osób związanych z zawodem, a także własne doświadczenia autorki niniejszej pracy, jako pielęgniarki, związane z pracą i życiem w Wielkiej Brytanii. Zarówno edukacja, jak i samo kształcenie, wypracowane standardy i procedury mające na celu ulepszenie drogi rozwoju pielęgniarki są nieustannie badane i weryfikowane. Wszelkie nieprawidłowości lub problemy są dogłębnie omawiane, by usprawnić system w przyszłości.

Istotnym czynnikiem poruszonym w literaturze zajmującej się pielęgniarstwem brytyjskim jest fakt dużej zależności, która występuje między edukacją w pielęgniarstwie a rozwojem i awansem zawodowym (np. *Journal of Clinical Nursing* bardzo często porusza tematy związane z edukacją i rozwojem w pielęgniarstwie identyfikując je jako ważne). Praktyka i rozwój ustawiczny pomagają pracownikowi uzyskać zarówno satysfakcję z pracy, jak i poczucie ważności zawodu, jego prestiżu, własnej samorealizacji. Szczególnie istotne jest to zwłaszcza w pierwszych latach pracy, by początkujące pielęgniarki i pielęgniarze mieli możliwość uzyskania wsparcia oraz pomocy od pracodawcy i współpracowników.

Nieustannie powstają nowe programy pomagające w rozwoju nowego pracownika, nie tylko po zakończonej edukacji, ale także pomagające pracownikom medycznym pochodzącym z innych krajów dostosować się do rynku pracy w Wielkiej Brytanii. Są to tzw. preceptorship programmes. Dzięki programowi każdy nowy pracownik jest wspierany zarówno przez menedżera, jak i przez przydzielonego do danej osoby opiekuna. Pracownik ten przez pewien czas wykonuje prace w tzw. cieniu, czyli

pod okiem opiekuna. Po upływie określonego czasu pracownik jest oceniany, na podstawie tej oceny podjęta zostaje decyzja o możliwości rozpoczęcia samodzielnej pracy, którą udoskonala już we własnym zakresie. Często kursy i różnego typu programy szkoleniowe są finansowane przez szpital, co jest dodatkową korzyścią dla pracownika.

Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii wskazują na pozytywne podejście pielęgniarek do idei kształcenia ustawicznego [62]. Pielęgniarki są przede wszystkim zmotywowane do uczestnictwa w programach i kursach, ponieważ są one konieczne do utrzymania pracy i rozwijania umiejętności praktycznych. CPE (program stałego kształcenia zawodowego) (ang. Continuous Professional Education) jest postrzegany jako narzędzie do świadczenia usług wysokiej jakości [63]. Zarówno polskie, jak i zagraniczne badania wskazują na te same bariery dla dalszej edukacji pielęgniarek i pielęgniarzy. Zidentyfikowane bariery dla ustawicznego kształcenia zawodowego obejmowały finanse, postawę menedżerów usług i ich style przywództwa. Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii potwierdzają fakt, że pielęgniarki, które pracują w systemie zmianowym chcąc aktualizować swoje umiejętności i wiedzę, napotykają na ograniczenia czasowe i kosztowe, mogące stanowić istotny problem [64].

Badając fakt działania CPE (Continuous Professional Education) w Polsce stwierdzono, że wymagania pracodawców wpływają na uczestnictwo w szkoleniach, w przypadku gdy programy ustawicznego kształcenia są organizowane poza instytucją opieki zdrowotnej [65]. Dlatego też uczenie się w ramach miejsca zatrudnienia ma istotny wpływ na uczestnictwo pielęgniarek w CPE. Od kierowników pielęgniarek oczekuje się tworzenia elastycznych grafików, które pozwolą pielęgniarkom na uczestnictwo w programach CPE poza miejscem pracy. Bariery w uczestnictwie pielęgniarek w Polsce w CPE obejmują również brak wsparcia ze strony pracodawcy [66], które przybierają formę konfliktów w harmonogramie, niechęci kierowników pielęgniarek do organizowania pokrycia kosztów dla personelu w celu uczestniczenia w prezentacjach, niedostatecznego zawiadomienia lub informacji o szkoleniach. Zadaniem kierownictwa pielęgniarek jest zatem wprowadzenie strategii, które zachęcą pielęgniarki do udziału w programach CPE, zarówno w szpitalu, jak i poza nim.

Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wśród pielęgniarek pracujących w społecznościach wiejskich i odległych przez Penz i wsp. [67] wykazało izolację pielęgniarek wiejskich, ograniczenia czasowe i finansowe jako istotne bariery uczestnictwa w działaniach z zakresu kształcenia ustawicznego. Autorzy ci wyjaśnili, że nie jest realnym oczekiwanie od pielęgniarek, które pracują w systemie zmianowym,

są zatrudnione w pełnym wymiarze godzin i mieszkają w odizolowanych obszarach, aby podróżowały i ponosiły koszty związane z działaniami w zakresie kształcenia ustawicznego, które są zazwyczaj organizowane w ośrodkach miejskich.

Autorzy prac często zauważają, że w większości przypadków osób pracujących na oddziałach szpitalnych i podwyższających jednocześnie swoje kwalifikacje na studiach niestacjonarnych, doszkalanie odbywało się z prywatnych pieniędzy, motywowane było zaś własną satysfakcją. Tylko w niektórych przypadkach dominowały korzyści finansowe. Nie łączyło się to jednak z faktycznym rozwojem i awansem, jak to miało miejsce w przypadku zawodu lekarza, który po uzyskaniu odpowiedniego szkolenia czy tytułu ma możliwość awansu zawodowego. W takich przypadkach zdecydowanie trudniej jest osobom pracującym w zawodzie pielęgniarstwa znaleźć sens dalszego doskonalenia własnych umiejętności i edukacji. Możliwość awansu zawodowego w Polsce, o którym szeroko mówimy, nie jest dokładnie określona, brakuje w nim konkretnych ścieżek, które stanowiłyby element motywacji.

Mówiąc o badaniu wpływu edukacji i samokształcenia na jakość pracy i satysfakcję wśród pielęgniarek warto wspomnieć o pracy A. Mcvicar i wsp. [68], którzy zestawili ze sobą dostępną literaturę przedmiotu, a także publikacji A. Bartosiewicz i wsp. [69], w której zastosowano nowe narzędzie do samooceny rozwoju RELD (readiness of employees for learning and development). Wyniki potwierdziły powyższe tezy, a mianowicie, że osoby młodsze były bardziej zadowolone z pracy i chętne do samorozwoju. Badania wykonano na dużej grupie pielęgniarek (756) z różnych szpitali w Wielkiej Brytanii. Narzędzie to wymaga dalszych badań [69].

R. Watson [70] zwraca uwagę na fakt, że mimo iż edukacja pielęgniarek w Wielkiej Brytanii jest na wysokim poziomie, nadal brakuje odpowiedniej liczby godzin praktycznych podczas studiów. Często absolwenci przystępują nieprzygotowani pod tym kątem do pracy i dopiero w niej uczą się praktycznego podejścia do zawodu. Inaczej niż w naszym kraju, gdzie studenci, oprócz zajęć teoretycznych, mają stosunkowo dużą ilość zajęć praktycznych. Oczywistym jest to, że dopiero praca rewiduje braki w posiadanych umiejętnościach i pozwala absolwentowi na właściwe wdrożenie się w wykonywany zawód. Dodatkowo autor zauważa, że mnogość kursów i szkoleń, czasami niesprawdzanych pod kątem merytorycznym przez instytucje do tego powołane, utrudnia wybór szkolenia. W powyższym artykule występuje jednak krytyka NHS (National Health Services) czyli narodowego systemu zdrowia w Wielkiej Brytanii, który choć jest w stosunkowo dobrej kondycji finansowej, mimo wszystko mocno oszczędza

na opiece medycznej i pracownikach. Na korzyść autor przedstawia fakt występowania zawodu pomocy pielęgniarstwie. Tacy pracownicy, poprzez zwiększenie swoich kompetencji, mogą odciążyć pielęgniarki w ich obowiązkach zawodowych. Niestety w Polsce występowanie zawodu pomocy pielęgniarstwie/opiekuna jest ciągle stosunkowo rzadkie.

Ważnym elementem, który nie może zostać pominięty omawiając edukację i rozwój zawodu pielęgniarki jest fakt, że zawsze, bez względu na możliwości jakie daje nam medycyna i pielęgniarstwo, każda pielęgniarka powinna kierować się kodeksem etyki obowiązującym w jej własnym kraju. To on uwzględnia wiele czynników, w tym jakie relacje powinna mieć pielęgniarka z pacjentem, jego rodziną, a także pomaga wydawać decyzje w sytuacjach trudnych. Pojęcie etyki zawodowej jest nierozdzielne z zawodem już na etapie edukacji oraz trwa przez cały okres rozwoju i pracy pielęgniarstwie danej osoby.

Satysfakcja z pracy

Temat zadowolenia z pracy jest szeroko podejmowany w polskim piśmiennictwie. D. Kunecka [71] w swoich badaniach ustaliła, że wśród polskich pielęgniarek największy wpływ na poziom satysfakcji zawodowej mają: wizerunek firmy, atmosfera w miejscu pracy oraz wykonywane zadania. Poziom wynagrodzenia nie miał bezpośredniego wpływu na satysfakcję z pracy w badanym środowisku. Miał natomiast istotny wpływ na odczuwane przez pielęgniarki niezadowolenie. Ze względu na fakt, że na poziom satysfakcji zawodowej w grupie polskich pielęgniarek istotny wpływ mają elementy charakteryzujące się jako rzeczywiste motywatory, w celu podniesienia jej poziomu menedżerowie powinni przede wszystkim umiejętnie dobierać styl zarządzania spośród tych, które opierają się na tezie, że pracownik jest najważniejszy [71]. A. Gawęda i wsp. zauważają, że dla ankietowanych korzystnymi czynnikami w pracy były: dobre relacje w zespole, atmosfera w pracy, pewność zatrudnienia. Czynnikiem najbardziej utrudniającymi była biurokracja. Gawęda i wsp. [72] udowodnili, że wraz z wiekiem i stażem pracy rosła satysfakcja z wykonywanej pracy, oraz że najczęstszym czynnikiem decydującym o rozważaniu na temat zmiany pracy jest niska płaca. M. Ostrowicka i wsp. [73] zwrócili uwagę, że wraz ze stopniowym poszerzaniem zakresu obowiązków

pielęgniarki pojawia się konieczność nowego zdefiniowania roli pielęgniarki w interdyscyplinarnym zespole medycznym. Nowe umiejętności muszą wtórować predyspozycjom oraz rozległej wiedzy, nie tylko z zakresu medycyny, ale również z umiejętności zarządzania. Celem tych badań była analiza wpływu różnych czynników, które determinują motywację i satysfakcję z pracy w tej nowej roli. Badaniami objęto 200 pielęgniarek: 100 pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz 100 pielęgniarek zatrudnionych w prywatnym sektorze medycznym. Większość pielęgniarek (łącznie 80%) dokonała świadomego wyboru zawodu. 80,5% badanych respondentek wskazało na zadowolenie z wykonywanej pracy, większość tej grupy była zatrudniona w prywatnych placówkach medycznych. Pielęgniarki zatrudnione w prywatnym sektorze medycznym są również bardziej zmotywowane do pracy niż pielęgniarki zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Przyczyną takiego wniosku może być lepsza organizacja pracy w prywatnych placówkach ochrony zdrowia. Satysfakcja z pracy wpływa na motywację do pracy i jakość świadczonych usług. Oprócz gratyfikacji finansowej czynnikiem motywującym mogą być również opłacane przez pracodawcę szkolenia [73].

By pracownicy ochrony zdrowia mogli nieść pomoc potrzebującym pacjentom sami muszą być nie tylko w dobrej kondycji fizycznej, ale również psychicznej. Dlatego E. Kupcewicz, W. Szczypiński i A. Kędzia [74] w swoich badaniach postanowili sprawdzić sferę psychiczną ankietowanych. W badaniu uczestniczyło 110 pielęgniarek pracujących w olsztyńskich szpitalach. Udało się ustalić, że badana grupa wykazała przeciętny poziom satysfakcji. Niekorzystny wpływ na jej poziom miały niskie płace, zła atmosfera w pracy, brak współpracy w zespole, ale także czynniki indywidualne danej osoby, czyli to jak podchodzi do pracy, jak przystosowuje się do sytuacji trudnych, czy posiada motywację do rozwoju.

D. Kunecka [75] po wykonaniu badań ankietowych na 1066 polskich pielęgniarkach dotyczących edukacji i zadowolenia z pracy zauważyła, że u polskich pielęgniarek bardzo duże znaczenie ma wizerunek zawodu i jego prestiż. Być może jest to spowodowane tłem historycznym rozwoju zawodu w Polsce i dawnym podejściem do niego.

Ciekawą publikacją jest praca B. Dobrowolskiej i wsp. [76], w której możemy znaleźć nie tyle ocenę aspektów związanych z pracą w obrębie zawodu, czyli zadowolenia, warunków pracy, finansów, ale całej istoty etosu pielęgniarstwa. Autorzy szczegółowo porównali kodeks etyki i norm prawnych regulujących pielęgniarstwo

w Polsce, Wielkiej Brytanii i Irlandii. Badania potwierdziły różnice pomiędzy powyższymi krajami w aspekcie historycznym, a także mentalnym.

Warto na zakończenie wskazać na bardzo negatywny aspekt związany z satysfakcją z pracy - wypalenie zawodowe. Wyniki badań przeprowadzonych przez Dębską i Cepuch [77] wskazują, że u pielęgniarek zatrudnionych w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej objawy wypalenia zawodowego występują w małym nasileniu. Można to, zdaniem autorek, powiązać ze stosunkowo wysokim poziomem poczucia własnej wartości w pracy, średnim poziomem wyczerpania emocjonalnego oraz niskim poziomem depersonalizacji. Dodatkowo badanie to wykazało, że poczucie własnej wartości wzmacniane jest u badanych pielęgniarek wsparciem społecznym. Badania nad wypaleniem zawodowym pielęgniarek prowadziła także Sowińska i współpracownicy [78]. Badania te wykazały, że zjawisko wypalenia zawodowego występuje u ponad połowy badanych, a jego główną przyczyną jest przede wszystkim niskie wynagrodzenie oraz warunki pracy. Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych przez Ogińską i Żuralską [79], które stwierdziły, że w badanej przez nie grupie można zauważyć cechy pojawiającego się wypalenia zawodowego. Do czynników temu sprzyjających można zaliczyć: przeciążenie pracą, nadmiar dokumentacji, dyżury nocne, niską płacę i złą organizację pracy. O podobnych czynnikach mówili także badani w wywiadach prowadzonych w ramach badań własnych.

Z kolei J. Pawlik i wsp. [80] przeprowadzili badanie na grupie polskich pielęgniarek pracujących we Włoszech, Norwegii i Wielkiej Brytanii w celu porównania warunków pracy i zadowolenia z niej przez polskie pielęgniarki pracujące w Polsce i za granicą. Zaobserwowano, że wszystkie osoby pracujące za granicą były zadowolone z pracy, żadna z nich nie wykazywała chęci powrotu do kraju. Warunki pracy, odpowiednie wynagrodzenie finansowe, dobra praca w zespole i jasna droga awansu to czynniki, które ankietowani w większości zaznaczali jako korzyść pracy za granicą. Jest to bardzo istotny, a zarazem przykry wniosek, że mimo rozwoju pielęgniarstwa polskiego, osoby pracujące w tym zawodzie są nadal niezadowolone z warunków pracy i poszukują swojej zawodowej drogi zagranicą. Historię tego jak zmieniało się pielęgniarstwo polskie na przestrzeni lat ukazuje w swoich badaniach T. Słosarz [81].

Mówiąc o satysfakcji i zadowoleniu z pracy polskich pielęgniarek warto przytoczyć prace E. Goździak i I. Main, w której autorki badały poziom zadowolenia z pracy i satysfakcję pielęgniarek polskich pracujących w Norwegii. Pielęgniarki jako

czynniki korzystne wykonywanej pracy wymieniały: poczucie prestiżu, szacunku do zawodu oraz aspekt finansowy. Jako czynniki negatywne zakwalifikowane zostały rozłąka z rodziną i czasami trudna aklimatyzacja w nowym kraju i pracy [82].

Jak się okazuje, niezadowolenie z pracy oraz braki kadrowe z tym związane są nie tylko polskim problemem. Obecny niedobór pielęgniarek i wysoka fluktuacja kadr są powodem do niepokoju w wielu krajach ze względu na wpływ, jaki wywierają na wydajność i skuteczność każdego systemu opieki zdrowotnej. Rekrutacja i późniejsze utrzymanie pielęgniarek na stanowiskach pracy są stale powiązane z poziomem satysfakcji z pracy. Praca badawcza H. Lu i wsp. przeprowadzona w Wielkiej Brytanii analizuje coraz częstsze doniesienia dotyczące satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek. Badacze doszli do wniosku, że potrzeba kolejnych badań, aby zrozumieć względne znaczenie wielu zidentyfikowanych czynników dla poziomu satysfakcji z pracy. Argumentują to brakiem solidnego modelu przyczynowo-skutkowego obejmującego zmienne organizacyjne, zawodowe i osobiste. Podważają tym samym rozwój interwencji mających na celu poprawę utrzymania pielęgniarek w zawodzie [83].

Jak zauważają S. Mousazadeh i wsp. wśród brytyjskiego personelu pojęcie satysfakcji z pracy nie jest pojedynczym czynnikiem, a wypadkową takich czynników jak warunki i relacje panujące w miejscu pracy, system organizacyjny zatrudnienia oraz czynniki społeczne, kulturowe i ekonomiczne. Celem ich pracy było zbadanie wyzwań związanych z satysfakcją z pracy u pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii. Na podstawie analizy danych opracowano 6 tematów, w tym: "edukacja pielęgniarska", "zasoby organizacyjne", "zarządzanie", "wiele stresów zawodowych", "wyniki zawodowe" i "tożsamość zawodowa". Niezadowolenie z pracy wśród pielęgniarek jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na ich odejście z pracy, co w konsekwencji zwiększa zapotrzebowanie na liczbę pielęgniarek, zwiększa obciążenie pracą pozostałych pielęgniarek, prowadząc do ich niezadowolenia. Badanie to pozwoliło na lepsze i pełniejsze zrozumienie wyzwań związanych z satysfakcją z pracy pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii. Dlatego też dyrektorzy i kierownicy oddziałów muszą – według przywołanych badaczy – określić czynniki wpływające na satysfakcję zawodową pielęgniarek, kontrolować czynniki obniżające satysfakcję oraz podjąć działania mające na celu zwiększenie poziomu satysfakcji z pracy. Powinni również brać pod uwagę czynniki związane z pracą kierownika oraz czynniki środowiskowe, aby móc okresowo oceniać skuteczność podejmowanych działań w celu poprawy satysfakcji z pracy. Wykorzystanie wyników ich badań może być

pomocne w opracowaniu programów menedżerskich celem wspierania czynników wpływających na satysfakcję z pracy pielęgniarek i pielęgniarzy oraz sposobów jej promowania [84].

Badanie poziomu satysfakcji z pracy pielęgniarek cieszy się dużym zainteresowaniem wśród polskich i brytyjskich badaczy. A. Guppy i wsp. [85] przeprowadzili badanie na grupie 234 pielęgniarek z różnych oddziałów, przeprowadzając wywiady otwarte. Wyniki badań pokazały, że u osób młodszych, poziom satysfakcji z pracy był większy. Dodatkowo, na zadowolenie z pracy miało wpływ środowisko pracy. Zatem im oddział, w którym pracowały pielęgniarki był cięższy pod kątem nakładu pracy i stanu zdrowia oraz liczby pacjentów, tym osoby tam zatrudnione wykazywały mniejszy poziom satysfakcji z pracy. Podobnie T. Murrells [86] potwierdził tezę, że zaczynające swoją karierę zawodową pielęgniarki brytyjskie wykazywały znacznie większy poziom zadowolenia z pracy. Być może jest to związane z tym, że osoby młodsze mają jeszcze większy zapał i nie są zmęczone rutyną pracy lub trafiły na dobre środowisko pracy.

A. J. Baglioni i wsp. [87] i P. Blade [88] zauważają w swoich badaniach nad poziomem satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek pracujących w NHS (National Health Services), że wiek, środowisko pracy, oddział i jego specyfika mają zasadniczy wpływ na poziom satysfakcji z pracy. Jednak w badaniach często nie są brane pod uwagę indywidualne cechy jednostki, czyli np. brak zdolności aklimatyzacji, niechęć do samokształcenia, niezadowolenie z życia, choroby psychiczne. Fakt ten zauważyli A. Adams i wsp. [89] i B. Kirkaldy [90].

Niektórzy autorzy wysuwają przypuszczenie, że poziom zadowolenia z pracy jest ściśle związany również z tym w jakim stopniu pielęgniarki/pielęgniarze podnoszą swoje kwalifikacje. Czy faktycznie zauważają, że edukacja, rozwój zawodowy oraz samokształcenie daje im też pewność w pracy, poczucie wiedzy, a tym samym opcje ewentualnej gratyfikacji. Właśnie takie badania, w grupie brytyjskich pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach, posiadających różny poziom wykształcenia przeprowadzili H.P. Bartlett i wsp. [91] oraz D. Cory [92].

Toode i wsp. [93] doszli do wniosku, że pomimo ograniczonych dowodów empirycznych można dojść do wniosku, iż personel pielęgniarstwa pracujący w brytyjskich szpitalach wydaje się być zmotywowany do pracy. Zidentyfikowano pięć kategorii czynników wpływających na ich motywację do pracy: cechy miejsca pracy, warunki pracy, cechy osobowości, priorytety indywidualne oraz wewnętrzne stany

psychologiczne. Potrzebne są dalsze badania, aby uzyskać pełniejszy wgląd w motywację do pracy pielęgniarek i czynniki na nią wpływające. Można to osiągnąć poprzez jak najdokładniejsze zdefiniowanie pojęcia motywacji do pracy, wypracowanie odpowiedniej metodologii badawczej, a następnie opracowanie i przetestowanie teoretycznego modelu motywacji do pracy pielęgniarek.

Brytyjski badacz D.T. Cowan [94] zastosował kwestionariusz dla pielęgniarek, w którym znalazły się pytania dotyczące edukacji, zadowolenia z pracy oraz oceny swoich kompetencji. Swoje badania przeprowadził w szpitalach w Niemczech, Belgii, Grecji i Hiszpanii. Na podstawie wyników ocenił, że kraj wykonywania zawodu nie był istotnym czynnikiem zadowolenia z edukacji, pracy czy oceny kompetencji. Najważniejszymi elementami było wykształcenie, środowisko pracy, warunki pracy i finanse oraz niekiedy właśnie wiek i staż pracy.

Interesujące wyniki otrzymali także E. Asghari i wsp. Według nich satysfakcja z pracy to pozytywne odczucia i nastawienie do wykonywanej pracy. Identyfikacja efektywnych czynników wpływających na satysfakcję z pracy jest ważna, ponieważ odgrywa ona istotną rolę na wyniki organizacji, a nawet na życie osobiste. Celem ich pracy było określenie efektywnych czynników wpływających na satysfakcję z pracy pielęgniarek. Było to badanie przekrojowe, opisowe, w którym wykorzystano kwestionariusz Waretal dotyczący satysfakcji z pracy. Próba składała się ze wszystkich pielęgniarek pracujących w szpitalach edukacyjnych w mieście Rasht, w Iranie. Większość badanych pielęgniarek (62,9%) przejawiała umiarkowaną satysfakcję z pracy, natomiast większość pielęgniarek o wysokim poziomie satysfakcji z pracy była w wieku powyżej 41 lat (29,5%), zamężna (19,8%), zatrudniona na roczny kontrakt (24,5%) i na stanowiskach kierowniczych (75%). Gdyby pielęgniarki, uwzględniając ich wiek i płeć, były przydzielone do ulubionych oddziałów, a także otrzymały odpowiedzialność kierowniczą, miałyby wyższą satysfakcję z pracy [95]. Tym samym warto rozważyć również scenariusz, w którym bada się możliwości przydzielania pielęgniarek do ich ulubionych prac oraz zwiększa się ich odpowiedzialność w obowiązkach służbowych.

Podsumowanie

W analizowanej literaturze związanej z tematem niniejszej pracy możemy zaobserwować dobrą tendencję zainteresowania pielęgniarstwem i istotnie ważnymi aspektami tego zawodu. Fakt ten obecny jest zarówno w pielęgniarstwie brytyjskim, jak i polskim. Edukacja i jej analiza powinna być traktowana jako jeden z kluczowych filarów pielęgniarstwa. Bez odpowiedniego rozwoju edukacji oraz oceny programów edukacyjnych pielęgniarstwo nie miałoby możliwości rozwoju. Ocena poziomu edukacji w oczach samych pielęgniarek pozwala stwierdzić czy faktycznie jest ona adekwatna do zawodu wykonywanego w praktyce. Poziom satysfakcji z pracy powinien być pozytywnym wykładnikiem, do którego się dąży. Dzięki badaniom przeprowadzonym przez powyższych autorów wśród środowiska pielęgniarstwa możliwe było zidentyfikowanie problemów, z którymi borykają się pielęgniarki w ich codziennej pracy. Duże zainteresowanie tematem zawodu pielęgniarki i aspektami z nim związanymi pozwala pozytywnie patrzeć w przyszłość. Dzięki powyższym badaniom możliwe jest bowiem podjęcie próby naprawy i uleczenia współczesnego pielęgniarstwa.

CZĘŚĆ II

1. Problemy i hipotezy badawcze

Problemy i hipotezy zostały ustalone na podstawie analizy literatury przedmiotu, własnych doświadczeń, przemyśleń, a także zebranych wywiadów, rozmów z pielęgniarkami oraz ich doświadczeń.

- Pytanie 1: Czy występują różnice w zadowoleniu z systemu edukacji pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 1: Występują różnice w zadowoleniu z systemu edukacji pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. Wyższy poziom zadowolenia zauważa się w grupie pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii.
- Pytanie 2: Czy występuje zwiększona tendencja do wskazywania plusów bądź minusów systemu edukacji wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 2: Występuje zwiększona tendencję do wskazywania plusów systemu edukacji wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii.
- Pytanie 3: Czy występują różnice w zadowoleniu z pracy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 3: Występują różnice w zadowoleniu z pracy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii. Wyższy poziom zadowolenia z pracy zauważamy wśród pielęgniarek pracujących w Wielkiej Brytanii.

- Pytanie 4: Czy występuje zwiększona tendencja do wskazywania plusów bądź minusów zadowolenia z pracy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 4: Występuje zwiększona tendencja do wskazywania plusów zadowolenia z pracy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii.
- Pytanie 5: Czy występują różnice w uczęszczaniu na szkolenia pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 5: Występują różnice w uczęszczaniu na szkolenia pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. Częściej na szkolenia uczęszczają pielęgniarki i pielęgniarze w Wielkiej Brytanii.
- Pytanie 6: Czy występują różnice w możliwościach awansu pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 6: Występują różnice w możliwości awansu pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. Możliwości realnego awansu występują tylko w pielęgniarstwie brytyjskim.
- Pytanie 7: Czy występują różnice w posiadaniu woli awansu pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii?
- Hipoteza 7: Występują różnice w woli awansu pomiędzy pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. Pielęgniarki pracujące w Wielkiej Brytanii wykazują większą wolę awansu.
- Pytanie 8: Czy wiek i staż pracy wpływają na zadowolenie z pracy zawodowej oraz możliwości i wolę awansu?
- Hipoteza 8: Wiek nie jest wyznacznikiem zadowolenia z pracy zawodowej.
- Hipoteza 9: Wiek nie jest wyznacznikiem możliwości awansu.

- Hipoteza 10. Wiek nie jest wyznacznikiem woli awansu.
- Hipoteza 11. Staż nie jest wyznacznikiem zadowolenia z pracy zawodowej.
- Hipoteza 12. Staż nie jest wyznacznikiem możliwości awansu.
- Hipoteza 13. Staż nie jest wyznacznikiem woli awansu.

Przesłanką do postawienia hipotez dotyczących wieku i stażu pracy było przekonanie, że system organizacji pracy, w którym funkcjonują pielęgniarki/pielęgniarze, polski bądź brytyjski, ma kluczowe znaczenie dla ich zadowolenia z pracy oraz możliwości i chęci awansu zawodowego. Pod pojęciem organizacji pracy należy rozumieć wpływ środowiska pracy w postaci bezpieczeństwa, standardów zawodowych, procedur, a także odpowiedniego wynagrodzenia wpływającego na poczucie ważności wykonywanego zawodu, co daje motywację do pracy. Założono zatem, że wiek i staż pracy nie mają w tej kwestii znaczenia, choć można by przypuszczać, że młodsze pielęgniarki i pielęgniarze o krótszym stażu pracy będą mieli większe możliwości i chęci awansu i będą jednocześnie w związku z tym bardziej zadowolone z pracy. Gdyby jednak powyższą możliwość wykluczyć weryfikując hipotezy 8-13, a jednocześnie zweryfikować pozytywnie hipotezy dotyczące różnic w zadowoleniu z pracy i postrzeganiu możliwości oraz chęci awansu zawodowego, to można by z większym prawdopodobieństwem przypisać źródło tych różnic właśnie różnicom systemowym w organizacji pracy.

2. Materiał i metody

2.1. Miejsce prowadzenia badań

Miejscem przeprowadzenia badań były oddziały Anestezjologii i Intensywnej Opieki, czyli bardzo specyficzne, trudne środowisko pracy pielęgniarskiej. Oddziały te charakteryzują się opieką nad pacjentami w bardzo ciężkiej kondycji ogólnej. Praca na tych oddziałach wymaga zatem bardzo dużej gotowości i uwagi w działaniu. Środowisko pracy na tych oddziałach już samo w sobie jest wysoce stresogenne dla pracujących tam osób.

Miejscem prowadzenia badań w Polsce były: Wielospecjalistyczny Szpital im. J. Strusia, w Poznaniu - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki oraz Szpital im. J. B. Kraszewskiego w Puszczykowie - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki. Miejscem prowadzenia badań w Wielkiej Brytanii były: Royal Surrey County Hospital, w Guilford - Intensive Care Unit oraz Papworth Hospital, w Papworth Everard - Intensive Care Unit.

2.2. Próba

Dobór osób do próby był okolicznościowy. Grupa badana składa się z 72 pielęgniarek i pielęgniarzy polskich pracujących w Polsce, 61 pielęgniarek i pielęgniarzy brytyjskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 25 pielęgniarek i pielęgniarzy hiszpańskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 20 pielęgniarek i pielęgniarzy włoskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 30 pielęgniarek i pielęgniarzy portugalskich pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 50 pielęgniarek i pielęgniarzy polskich pracujących w Wielkiej Brytanii. Badana grupa obejmowała zarówno mężczyzn, jak i kobiety w różnym wieku, o różnym stażu pracy i o odmiennym poziomie edukacji. Proporcje te omówione są w dalszych częściach pracy. Zróżnicowanie ankietowanych grup widoczne jest zwłaszcza pod kątem płci. Występuje bardzo duża dysproporcja liczby kobiet w stosunku do mężczyzn na niekorzyść płci męskiej. Feminizacja środowiska pielęgniarskiego widoczna jest zwłaszcza w Polsce.

Tabela 6. Demografia ogólna grupy badanej

Zmienna	Wartość
ogólna liczba badanych osób	n=258
wiek	$\bar{X}$ =42 min=27 max=62 Q1=33 Q2=41 Q3=50 SD=9,98
płeć	K=184 (71,3%) M=74 (28,7%)
staż pracy	$\bar{X}$ = 8,5 min=1 max=23 Q1=5 Q2=8 Q3=11 SD=4,76
liceum medyczne	65 (25,2%)
studia licencjackie	144 (55,8%)
studia magisterskie	49 (19%)
liczba pielęgniarek i pielęgniarzy polskich pracujących w Polsce	72 (27,91%)
liczba pielęgniarek i pielęgniarzy brytyjskich pracujących w Wielkiej Brytanii	61 (23,63%)
liczba pielęgniarek polskich pracujących w Wielkiej Brytanii	50 (19,38%)
liczba pielęgniarek i pielęgniarzy portugalskich pracujących w Wielkiej Brytanii	30 (11,63%)
liczba pielęgniarek i pielęgniarzy hiszpańskich pracujących w Wielkiej Brytanii	25 (9,69%)
liczba pielęgniarek włoskich pracujących w wielkiej Brytanii	20 (7,75%)

$\bar{X}$ - średnia, K - Kobiety, M - Mężczyźni, Q1 - dolny kwartył, Q2 - mediana, Q3 - górny kwartył, min - minimum, max- maksimum, SD - odchylenie standardowe

2.3. Metody

W pracy zastosowano wywiad ustrukturyzowany. Do przeprowadzenia badania posłużył autorski kwestionariusz wywiadu zawierający 13 pytań, w tym: 3 pytania w 5-stopniowej skali Likerta, 6 pytań związanych z danymi demograficznymi, 2 pytania w skali nominalnej oraz dwa pytania otwarte (zob. Aneks). W przypadku pytań zamkniętych prowadząca wywiad uzupełniała odpowiedzi w kwestionariuszu na podstawie wypowiedzi respondentów. W przypadku pytań otwartych prowadząca wywiad notowała wypowiedzi respondentów w formie narracyjnej. Wypowiedzi te zostały później zakodowane przez dwóch badaczy w celu przeprowadzenia dalszych obliczeń statystycznych.

Wywiad prowadzony był w różnych środowiskach, w większości było to środowisko szpitalne w tzw. pokoju socjalnym, poza godzinami pracy, w niektórych przypadkach podczas tak zwanej przerwy. W pokoju socjalnym w momencie udzielania wywiadu była tylko osoba odpowiadająca oraz badacz. Nie odnotowano żadnych bodźców zakłócających. Wywiad przebiegał sprawnie, bez żadnych problemów. Osoby w większości przypadków odpowiadały tylko na zadawane pytania. U kilku osób wywiad przeprowadzony był w domu, pod nieobecność innych domowników, bez innych elementów zakłócających. Badania wykonywane były w latach 2017-2019.

2.4. Świadoma zgoda

Badana na potrzeby niniejszej pracy populacja pielęgniarek i pielęgniarzy różnych narodowości składała się z osób dorosłych pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii. Wywiad nie obejmował pytań dotyczących danych wrażliwych oraz spraw osobistych. Dlatego po dyskusji z doświadczonym gronem na zebraniu Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, gdzie przedstawiono koncepcję niniejszej pracy, stwierdzono, że nie wymaga ona zgody Komisji Bioetycznej. Wszystkie osoby, które udzielały wywiadu były informowane w jakim celu jest on zbierany, znany był im także temat pracy. Zgodę na udział w badaniu respondenci wyrazili ustnie. Wszystkie ankietowane osoby chętnie udzielały odpowiedzi na pytania. Wywiad nie wywoływał negatywnych emocji u uczestników badania.

2.5. Narzędzia

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 13.0 (testy Chi-kwadrat, Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, oraz r Spearmana).

Odpowiedzi na pytania otwarte (nr 12 i 13) dotyczące plusów i minusów edukacji oraz pracy w zawodzie zostały zakodowane indukcyjnie w następujący sposób. Najpierw prowadząca wywiad oraz promotor pracy zapoznali się z transkryptami odpowiedzi respondentów w formie notatek. Następnie pogrupowano treści biorąc pod uwagę powtarzające się wątki i tematy. Ostatecznie zaś wyodrębniono zbiorcze kategorie: pięć w odniesieniu do edukacji (wiedza teoretyczna, wiedza praktyczna, finanse, wymiar społeczny, satysfakcja osobista) oraz sześć w odniesieniu do pracy w zawodzie (rozwój zawodowy, nowoczesność, finanse, wymiar społeczny, satysfakcja osobista, praca zespołowa). Należy zaznaczyć, że nazwy kategorii mają charakter jedynie umowny - zostały wybrane, by w sposób jasny i krótki móc odnieść się do wyników analizy statystycznej dotyczących różnych wymiarów edukacji oraz pracy. Istotniejsze od nazwy kategorii są ich treści, które jasno pojawiały się w wywiadach. I tak, dla przykładu, kategoria wiedza teoretyczna grupuje te treści, które dotyczą teoretycznego wymiaru wiedzy uzyskiwanej w trakcie edukacji tj. korzyści poznawczych, poziomu wykładowców, trudności materiału, zróżnicowania zakresu nauczania. Sens poszczególnych kategorii przedstawiają Tabela 7 i 8.

Tabela 7. Kategorie dot. plusów i minusów edukacji

Kategoria	Co oznacza?
Wiedza teoretyczna	• korzyści poznawcze płynące z samej edukacji bądź ich brak • wysoki bądź niski poziom edukacji • łatwy bądź trudny materiał do przyswojenia • dobrzy bądź słabi wykładowcy • zróżnicowanie zakresu edukacji bądź brak
Wiedza praktyczna	• wiedza posiadająca bądź nieposiadająca przełożenia na pracę zawodowa • treści edukacji przystające bądź nieprzystające do warunków pracy w danym kraju • dostępność bądź brak praktyk zawodowych • przydatność bądź nieprzydatność dyplomu • edukacja jako strata czasu (konieczność późniejszego doksztalcania) bądź jako dobrze wykorzystany czas
Finanse	• pozytywne bądź negatywne przełożenie edukacji na przyszłe zarobki
Wymiar społeczny	• pozytywne bądź negatywne relacje i kontakty towarzyskie • prestiż wykształcenia bądź jego brak • korzyści w postaci możliwości pracy w innych krajach (znajomość języków) bądź ich brak
Satysfakcja osobista	• dobre wspomnienia bądź ich brak • duma z edukacji bądź jej brak • powołanie dydaktyczne bądź jego brak

Tabela 8. Kategorie dot. plusów i minusów pracy w zawodzie

Kategoria	Co oznacza?
Rozwój zawodowy	• dodatkowe szkolenia finansowane przez pracodawcę bądź ich brak • klarowne możliwości awansu i ścieżki rozwoju zawodowego bądź ich brak • pozytywne bądź negatywne przełożenie wiedzy na pracę zawodową • wsparcie ze strony pracodawcy bądź jego brak
Nowoczesność	• jasne i przejrzyste bądź niejasne i nieprzejrzyste procedury postępowania • jasne reguły pracy, dobra organizacja bądź ich brak (chaos, dezorganizacja) • nowoczesny sprzęt, technologie, leki bądź ich brak • poczucie pracy w zawodzie nowoczesnym bądź nienowoczesnym • adekwatna ilość personelu bądź jego braki
Praca zespołowa	• dobra bądź zła atmosfera współpracy w zespole • brak bądź występowanie problemów komunikacyjnych i językowych w zespole • konflikty o podłożu rasistowskim bądź ich brak • poczucie bycia częścią zespołu bądź poczucie obcości w środowisku
Finanse	• dobre bądź złe zarobki (konieczność pracy na kilku etatach) • poczucie bezpieczeństwa socjalnego bądź jego brak • dofinansowanie szkoleń ze strony pracodawcy bądź jego brak
Społeczeństwo	• prestiż bądź brak szacunku wobec zawodu pielęgniarki • poczucie bycia docenianym przez pacjentów i ich rodziny bądź jego brak (pretensje z ich strony)
Satysfakcja osobista	• praca jako spełnienie marzeń bądź pogodzenie z pracą jako losem (nie jest to szczyt marzeń) • bliskość i czas dla rodziny bądź rozłąka z rodziną i poczucie osamotnienia • zadowolenie z pracy, brak przeciążenia bądź przeciążenie pracą (stres, zmęczenie, problemy emocjonalne) • praca jako powołanie (realizacja misji) bądź konieczność

	• satysfakcja z pomagania i opieki nad pacjentem bądź jej brak
--	--

Jak widać, nazwy dwóch kategorii się powtarzają, co wynika ze zbliżonych treści, które się za nimi kryją. Warto jednak podkreślić, że treści te nie są identyczne, gdyż np. satysfakcja osobista w odniesieniu do edukacji jest czym innym niż satysfakcja osobista odnosząca się do pracy, co widać w treściach ujętych zbiorczo w drugiej kolumnie.

Po ustaleniu nazw poszczególnych kategorii oraz przypisanych im treści, wypowiedzi respondentów zostały zakodowane w taki sposób, że oznaczono pojawiające się w nich kategorie jako: 1) plus - czyli aspekt pozytywny 2) minus - czyli aspekt negatywny oraz 3) brak występowania w danej wypowiedzi. W jednej wypowiedzi mogła występować więcej niż jedna kategoria (np. respondent mógł podkreślić, że edukacja przyniosła mu dużą satysfakcję osobistą (satysfakcja osobista +), a jednocześnie stwierdzić, że wiedza, którą posiadał nie posiada przełożenia na pracę zawodową (wiedza praktyczna -). Na tym etapie, kodowanie wypowiedzi miało zatem charakter dedukcyjny w tym sensie, że odnosiło się do gotowego i zamkniętego zbioru kategorii. Z racji, że większość kryjących się za kategoriami treści nie pojawiała się w poszczególnych wypowiedziach, kodowanie treści jako "brak występowania" danej kategorii było najczęstsze. Należy jednak zauważyć, że oznacza to jedynie, że dany respondent nie podejmował określonego tematu. Jako, że pytania miały charakter całkowicie otwarty, niepodjęcie danego wątku, np. satysfakcji osobistej, przez respondenta, można potraktować nie jako brak odpowiedzi, lecz jako brak występowania treści przynależącej do danej kategorii i w tym sensie interpretować pozytywnie.

Treści odpowiedzi na pytania otwarte zostały zakodowane, tj. przyporządkowane do dostępnych kategorii oraz wartościowane (plus, minus, bądź nie występuje) przez 2 niezależnych badaczy (promotora i autora pracy). Obliczono współczynnik Kappa. Do wyznaczenia Kappa wykorzystano oprogramowanie Graphpad, gdzie zakres poszczególnych wartości w interpretacji współczynnika Kappa określony jest jako:

- Kappa <0: Brak porozumienia.
- Kappa między 0,00 a 0,20: Nieznaczna zgodność.
- Kappa między 0,21 a 0,40: Lekkie porozumienie.
- Kappa między 0,41 a 0,60: Umiarkowana zgodność.

- Kappa między 0,61 a 0,80: Zasadnicza zgodność.
- Kappa między 0,81 a 1,00: Prawie doskonała zgodność.

W większości przypadków zgodność badaczy była najczęściej zasadnicza, a niekiedy doskonała. Wyniki obrazują Tabele 9 i 10. Po ocenie zgodności ustalono wspólnie ostateczne kodowanie treści.

Tabela 9. Wyniki kodowania dla pytania nr 12

Pytanie	Współczynnik Kappa	Zgodność
Wiedza teoretyczna	0,555	Umiarkowana zgodność
Wiedza praktyczna	0,538	Umiarkowana zgodność
Finanse	0,839	Doskonała zgodność
Wymiar społeczny	0,775	Zasadnicza zgodność
Satysfakcja osobista	0,667	Zasadnicza zgodność

Tabela 10. Wyniki kodowania dla pytania nr 13

Pytanie	Współczynnik Kappa	Zgodność
Rozwój osobisty	0,612	Zasadnicza zgodność
Nowoczesność	0,807	Doskonała zgodność
Finanse	0,748	Zasadnicza zgodność
Społeczeństwo	0,650	Zasadnicza zgodność
Satysfakcja osobista	0,765	Zasadnicza zgodność
Praca w zespole	0,845	Prawie doskonała zgodność

3. Statystyki opisowe w podziale na grupy

W poniższej analizie zastosowano następujące podziały: I. Na osoby pracujące w Polsce i w Wielkiej Brytanii. II. Na osoby narodowości polskiej, pracujące w Polsce vs osoby narodowości polskiej, pracujące w Wielkiej Brytanii. III. Na narodowości bez względu na kraj pracy. Podział na osoby pracujące w Polsce i w Wielkiej Brytanii był kluczowy ze względu na temat pracy. Pozostałe podziały miały pomóc w odpowiedzi na pytanie, czy narodowość ma wpływ na poziom zadowolenia z pracy oraz możliwość i chęci awansu. Szczegółową charakterystykę demograficzną oraz różnice pomiędzy grupami przedstawiają poniższe tabele. Tabela 11. przedstawia demografię próby z podziałem na grupy osób pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii, Tabela 12 to demografia próby z podziałem na narodowości, zaś Tabela 13 przedstawia grupę Polaków wobec wszystkich pozostałych narodowości.

Tabela 11. Demografia grup ze względu na kraj pracy

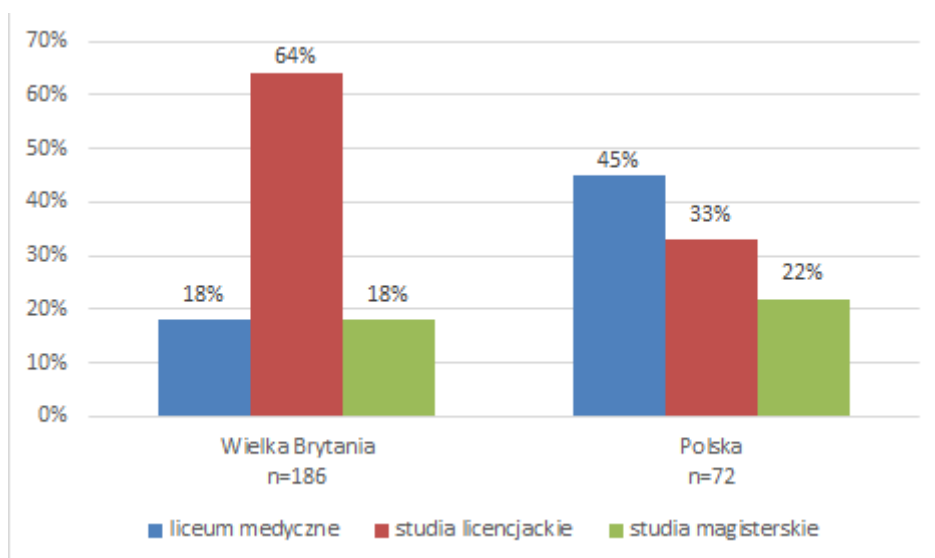
Zmienna	Polska	Wielka Brytania
liczba badanych osób	n=72 (28%)	n=186 (72%)
wiek*	$\bar{X}$ = 45 min=28 max=61 Q1=36 Q2=45 Q3=54 SD=9,48	$\bar{X}$ = 41, min=27 max=62 Q1=32 Q2=40 Q3=48 SD=9,99
płeć**	K=64 (89%) M=8 (11%)	K=120 (65%) M=66 (35%)
staż pracy***	$\bar{X}$ = 10 min=2 max=23 Q1=7 Q2=10 Q3=12 SD=5,25	$\bar{X}$ = 8 min=1 max = 23 Q1=4, Q2=7, Q3=11, SD=4,4
wykształcenie****	liceum medyczne 32 (45%) studia licencjackie 24 (33%) studia magisterskie 16 (22%)	liceum medyczne 33 (18%) studia licencjackie 120 (64%) studia magisterskie 33 (18%)

$\bar{X}$ = - średnia, Q1 - dolny kwartył, Q2 - mediana, Q3 - górny kwartył,
min - minimum, max- maksimum, SD - odchylenie standardowe

* test Manna-Whitneya $p < 0,05$, ** test Chi2(1); $p < 0,01$,

test Manna-Whitneya $p < 0,001$, * test Chi2 test Chi2(2); $p < 0,05$.

Jak widać, występują statystycznie istotne różnice wieku, płci i stażu pracy pomiędzy osobami pracującymi w Polsce oraz w Wielkiej Brytanii. W grupie osób pracujących w Polsce jest proporcjonalnie więcej kobiet. Osoby pracujące w Polsce są także nieco starsze oraz mają dłuższy staż pracy. Porównywane grupy różniły się także pod względem stopnia edukacji – test Chi2(2); $p < 0,05$. Wśród osób pracujących w Polsce większość ukończyła liceum medyczne. Natomiast wśród osób pracujących w Wielkiej Brytanii najliczniejszą grupę stanowiły osoby z ukończonym licencjatem (64%). Pomimo, że osób z wykształceniem wyższym magisterskim było w Polsce więcej niż w Wielkiej Brytanii (22% wobec 18% w Wielkiej Brytanii), to sumarycznie osób z wykształceniem wyższym, zarówno licencjackim jak i magisterskim, było więcej w Wielkiej Brytanii (82% wobec 55% w Polsce). Szczegóły przedstawia Wykres 1.



Wykres 1. Stopień edukacji a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Tabela 12. Polacy w Polsce a Polacy w Wielkiej Brytanii

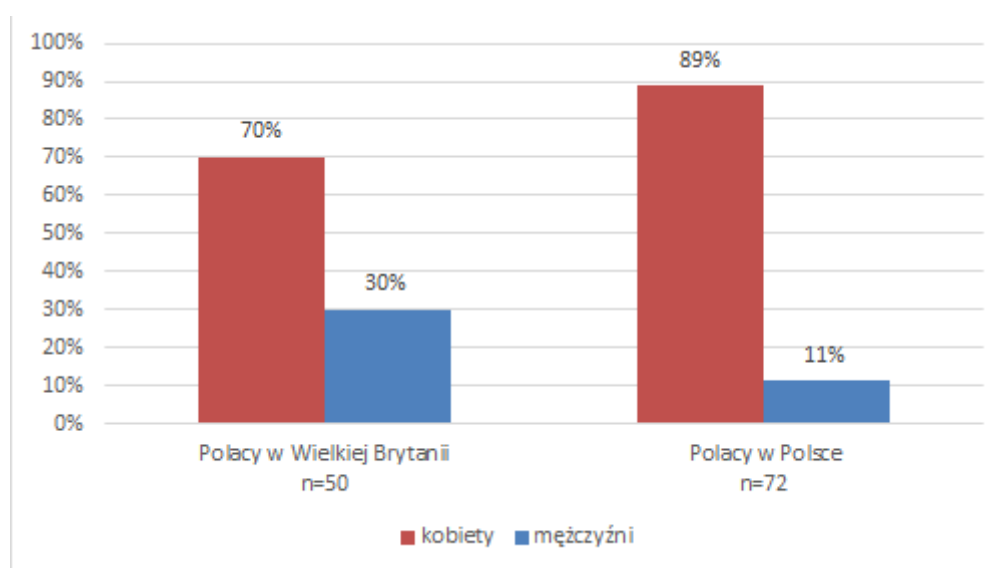
Zmienna	Polacy w Polsce	Polacy w Wielkiej Brytanii
liczba badanych osób	n=72 (59%)	n=50 (41%)
wiek*	$\bar{X}$ = 45 min=28 max=61 Q1=36 Q2=45 Q3=54 SD=9,48	$\bar{X}$ = 41 min=28 max=59 Q1=32 Q2=37,5 Q3=49 SD=9,86
płeć**	K=64 (89%) M=8 (11%)	K=35 (70%) M=15 (30%)
staż pracy***	$\bar{X}$ = 10 min=2 max=23 Q1=7 Q2=10 Q3=12 SD=5,25	$\bar{X}$ = 7,5 min=1 max=15 Q1=5 Q2=7 Q3=11 SD=3,69
wykształcenie****	liceum medyczne 32 (45%) studia licencjackie 24 (33%) studia magisterskie 16 (22%)	liceum medyczne 5 (10%) studia licencjackie 35 (70%) studia magisterskie 10 (20%)

$\bar{X}$ = średnia, Q1 - dolny kwartył, Q2 - mediana, Q3 - górny kwartył,
min - minimum, max- maksimum, SD - odchylenie standardowe

* test Manna-Whitneya; $p < 0,05$, **test Chi2(1); $p < 0,01$,

test Manna-Whitneya; $p < 0,01$, * test Chi2(2); $p < 0,05$

Jak widać, występują statystycznie istotne różnice wieku, płci i stażu pracy pomiędzy Polakami pracującymi w Polsce oraz Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii. W grupie Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii jest proporcjonalnie więcej mężczyzn (30% wobec 11% w Polsce). Proporcje te są także wyższe niż wśród wszystkich Polaków niezależnie od miejsca pracy (19% - zob. Tabela nr 13 niżej). Oznacza to, że choć w próbie Polaków niemal co piąta osoba kończąca studia pielęgniarские była mężczyzną, to osoby te częściej niż kobiety wyjeżdżają do pracy za granicę. Może to być spowodowane faktem, że proporcje między płciami w tym kraju są inne i łatwiej w związku z tym o integrację w środowisku (por. Tabela 13 niżej). Dodatkowo w Wielkiej Brytanii nie ma przeświadczenia, które ciągle dominuje w Polsce, że zawód pielęgniarki nie jest odpowiedni dla mężczyzny. W Polsce zawód ten jest określany często jako zawód tzw. damski. Związane jest to również z historią zawodu w naszym kraju, gdyż na początku pielęgniarkami były zakonnice. W konsekwencji, ostatecznie jedynie jedna na dziesięć osób pracujących w Polsce jest mężczyzną. Szczegóły przedstawia Wykres 2.

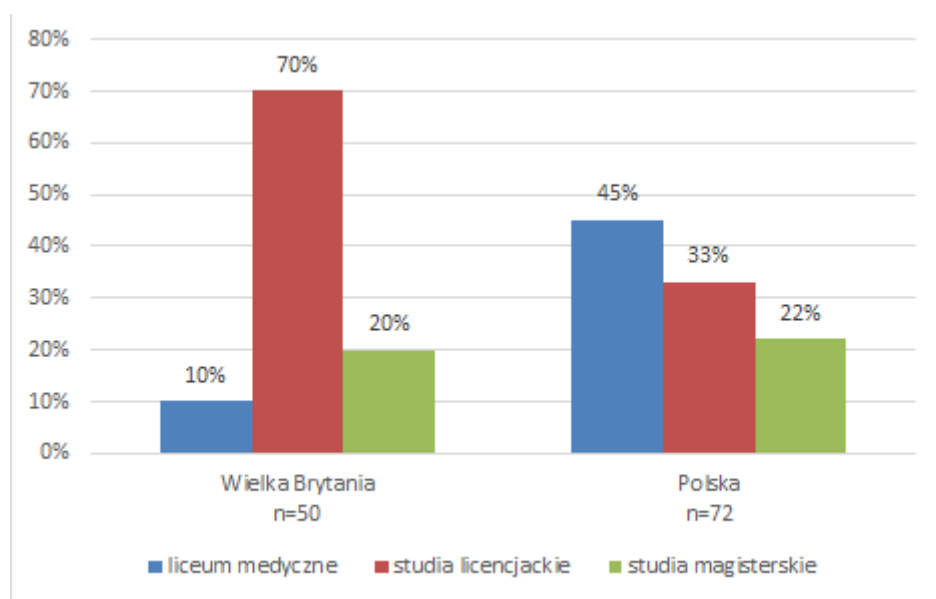


Wykres 2. Płeć a kraj pracy Polaków (test $\chi^2(1)$; $p=0,01$)

Polacy pracujący w Wielkiej Brytanii są także nieco młodszy niż ich rodacy w Polsce oraz mają krótszy staż pracy. Osobom młodszy i z krótszym stażem pracy, które podejmą pracę w zawodzie w Polsce często bardzo trudno jest się w niej odnaleźć. W zderzeniu z rzeczywistością to, czego uczyli się na studiach, najczęściej jest zupełnie

różne na niekorzyść środowiska pracy. Chcą dążyć do lepszych standardów, do zmian, są bardziej otwarci i nie boją się tego. Osoby, które już pracują w danym środowisku, nawet jeśli wiedzą, że nie jest ono takie jakie by oczekiwali, wielokrotnie poprzez przyzwyczajenie, obawę przed nowym, nie podejmują próby wyjazdu. Często barierą jest również nieznajomość języka, a także takie zdolności osobnicze jak aklimatyzacja, godzenie się na rozłąkę ze znajomymi, rodziną czy z poprzednim środowiskiem pracy.

Osoby pracujące w Polsce różniły się także od Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii pod względem stopnia edukacji. W grupie osób pracujących w Wielkiej Brytanii jedynie 10,00% stanowiły osoby z wykształceniem na poziomie liceum medycznego, 70,00% to osoby z licencjatem, a 20,00% osoby z ukończonymi studiami magisterskimi. Oznacza to, że do Wielkiej Brytanii emigrowały najczęściej osoby mające wyższe wykształcenie pierwszego stopnia, które w grupie wszystkich Polaków stanowiły 49% (zob. Tabela 13 niżej). Najprawdopodobniej trend ten wiąże się też z wiekiem - licea medyczne zakończyły działalność w 1991 roku, a więc osoby z wykształceniem średnim są starsze i trudniej jest im wyjechać za granicę. Szczegóły przedstawia Wykres 3.



Wykres 3. Stopień edukacji Polaków a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Tabela 13. Demografia próby w podziale na narodowości

Zmienna	Polska	Włochy	Portugalia	Hiszpania	Wielka Brytania
liczba badanych osób	122 (47%)	20 (8%)	30 (11%)	25 (10%)	61 (24%)
wiek	$\bar{X}$ = 43 min=28 max=61 Q1= 34 Q2= 43,5 Q3=52 SD=9,78	$\bar{X}$ = 38 min=27 max=55 Q1= 29,5 Q2= 35 Q3=45,5 SD=9,36	$\bar{X}$ = 38 min=27 max=49 Q1= 33 Q2= 38,5 Q3= 44 SD=6,71	$\bar{X}$ = 45 min=28 max=62 Q1= 33 Q2= 45 Q3=56 SD=11,68	$\bar{X}$ = 42 min=27 max=60 Q1= 32 Q2= 41 Q3=53 SD=10,53
płeć*	K=99 (81%) M=23 (19%)	K=14 (70%) M=6 (30%)	K=19 (63%) M=11 (37%)	K=15 (60%) M=10 (40%)	K=37 (61%) M=24 (39%)
staż	$\bar{X}$ = 9 min=1 max=23 Q1= 5 Q2= 9 Q3=12 SD=4,84	$\bar{X}$ = 7 min=1 max=16 Q1= 4 Q2= 6,5 Q3=10 SD=4,05	$\bar{X}$ = 7,4 min=1 max=18 Q1= 4 Q2= 7 Q3=10 SD=4,38	$\bar{X}$ = 6,8 min=1 max=15 Q1= 3 Q2= 7 Q3=9 SD=4,1	$\bar{X}$ = 9 min=1 max=23 Q1= 5 Q2= 9 Q3=12 SD=5,02
wykształcenie	liceum medyczne 37 (30%) studia licencjackie 59 (49%) studia magisterskie 26 (21%)	liceum medyczne 5 (25%) studia licencjackie 13 (65%) studia magisterskie 2 (10%)	liceum medyczne - studia licencjackie 24 (80%) studia magisterskie 6 (20%)	liceum medyczne 9 (36%) studia licencjackie 12 (48%) studia magisterskie 4 (16%)	liceum medyczne 14 (23%) studia licencjackie 36 (59%) studia magisterskie 11 (18%)

$\bar{X}$ - średnia, Q1 - dolny kwartył, Q2 - mediana, Q3 - górny kwartył,
min - minimum, max- maksimum, SD - odchylenie standardowe

* test Chi2(4); p<0,05

Jak widać, pomiędzy narodowościami występują statystycznie istotne różnice dotyczące płci, gdzie wśród Polaków pielęgniarzy jest najmniej - 19% (test $\chi^2(4)$; $p < 0,05$). Jeśli natomiast porównamy ze sobą osoby narodowości polskiej (bez względu na kraj pracy) z grupą, w skład której wchodzi wszystkie pozostałe narodowości, a więc osoby pochodzące z czterech krajów "starej" Unii Europejskiej, to zobaczymy, że w pozostałych grupach pielęgniarze stanowią 37% (test $\chi^2(1)$; $p < 0,001$; zob. Tabela 14). W pozostałych grupach narodowościowych pracuje więc dwa razy więcej mężczyzn. Oznacza to, że edukacja pielęgniarstwa w Polsce, a w konsekwencji zawód pielęgniarki, jest znacznie bardziej sfeminizowany niż na Zachodzie. Jest to tendencja niestety związana z historycznym podłożem zawodu, gdyż pielęgniarkami w Polsce były tylko kobiety. Mężczyźni często wstydzą się podejmować zawód pielęgniarza, który ciągle uważają za tzw. niemęski. Ponadto, jak widzieliśmy wyżej, polscy pielęgniarze, mniej liczni niż w innych krajach, częściej niż pielęgniarki wyjeżdżają do pracy na Zachodzie, co jeszcze bardziej zwiększa trend feminizacji zawodu w Polsce.

Nie zaobserwowano natomiast statystycznie istotnych różnic w wieku i stażu pracy ze względu na narodowość (test Kruskala-Wallisa, $p > 0,05$). Nie zaobserwowano też statystycznie istotnej różnicy w stopniu edukacji ze względu na narodowość i jednocześnie kraj pochodzenia (test $\chi^2(2)$; $p > 0,05$). Jest to o tyle ważne, że pozwoli w dalszej części porównać zadowolenie z edukacji poszczególnych grup narodowościowych, nie oglądając się na zmienne w postaci wieku i poziomu edukacji.

Tabela 14. Demografia - narodowość polska względem pozostałych narodowości

Zmienna	Narodowość Polska	Pozostałe narodowości
liczba badanych osób	n=122 (47%)	n=136 (53%)
wiek	$\bar{X}$ = 43 min=28 max=61 Q1= 34 Q2= 43,5 Q3=52 SD=9,78	$\bar{X}$ = 41 min=27 max=62 Q1=32 Q2=40 Q3=47 SD=10,07
płeć*	K=99 (81%) M=23 (19%)	K=85 (63%) M=51 (37%)
staż	$\bar{X}$ = 9 min=1 max=23 Q1= 5 Q2= 9 Q3=12 SD=4,84	$\bar{X}$ = 8 min=1 max=23 Q1=4 Q2=7,5 Q3=11 SD=4,64
wykształcenie	liceum medyczne 37 (30%) studia licencjackie 59 (49%) studia magisterskie 26 (21%)	liceum medyczne 28 (20%) studia licencjackie 85 (63%) studia magisterskie 23 (17%)

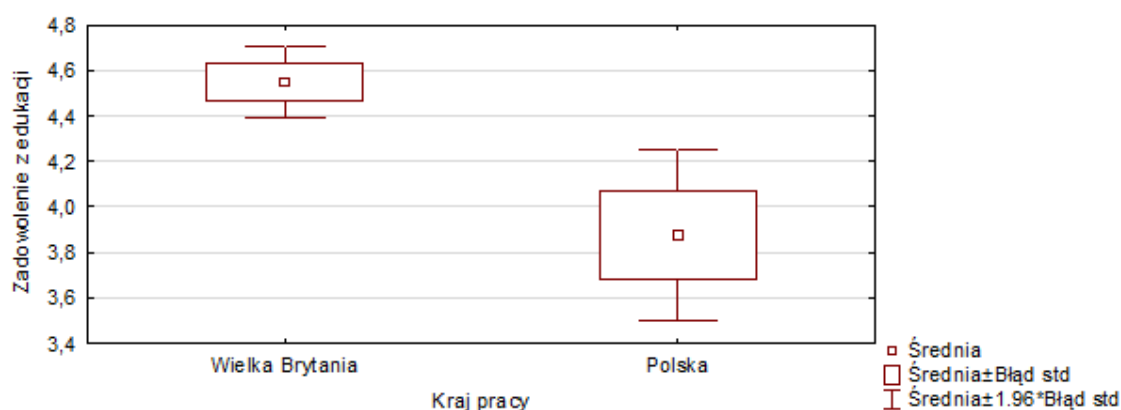
$\bar{X}$ - średnia, Q1 - dolny kwartył, Q2 - mediana, Q3 - górny kwartył,
min - minimum, max- maksimum, SD - odchylenie standardowe

*test Chi2(1); p<0,001

4. Wyniki badań

4.1. Edukacja

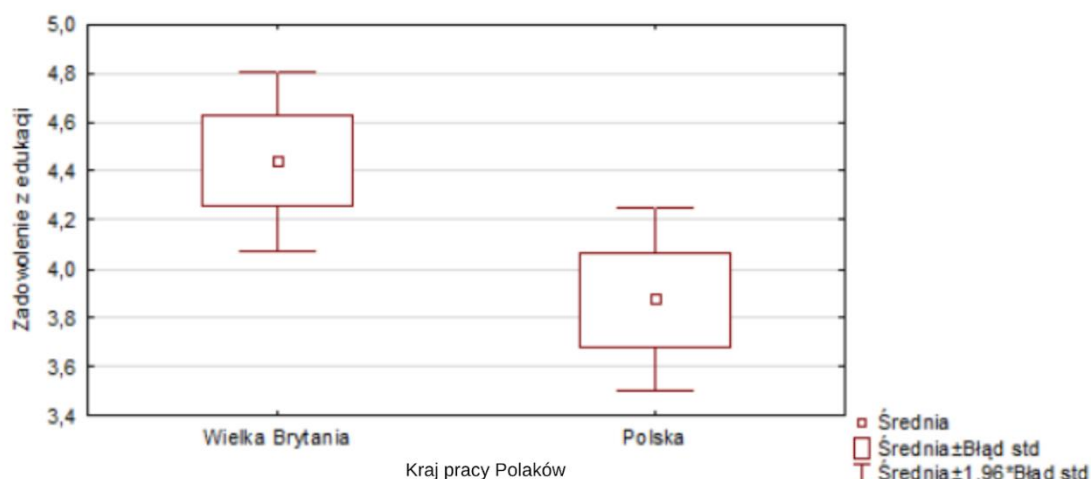
Wystąpiła różnica w zadowoleniu z edukacji (test Manna Whitneya $p < 0,05$). Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii zadowolenie ze swojej edukacji oceniały średnio na 4,55 w pięciostopniowej skali Likerta, natomiast osoby pracujące w Polsce zadowolenie ze swojej edukacji oceniały średnio na 3,88, gdzie odpowiedź “tak” wynosi 5, “raczej tak” 4, “nie wiem” 3, “raczej nie” 2, a “nie” 1. Szczegóły przedstawia Wykres 4.



Wykres 4. Zadowolenie z edukacji a kraj pracy (test Manna Whitneya; $p < 0,05$)
Wielka Brytania - $n=186$; Polska - $n=72$.

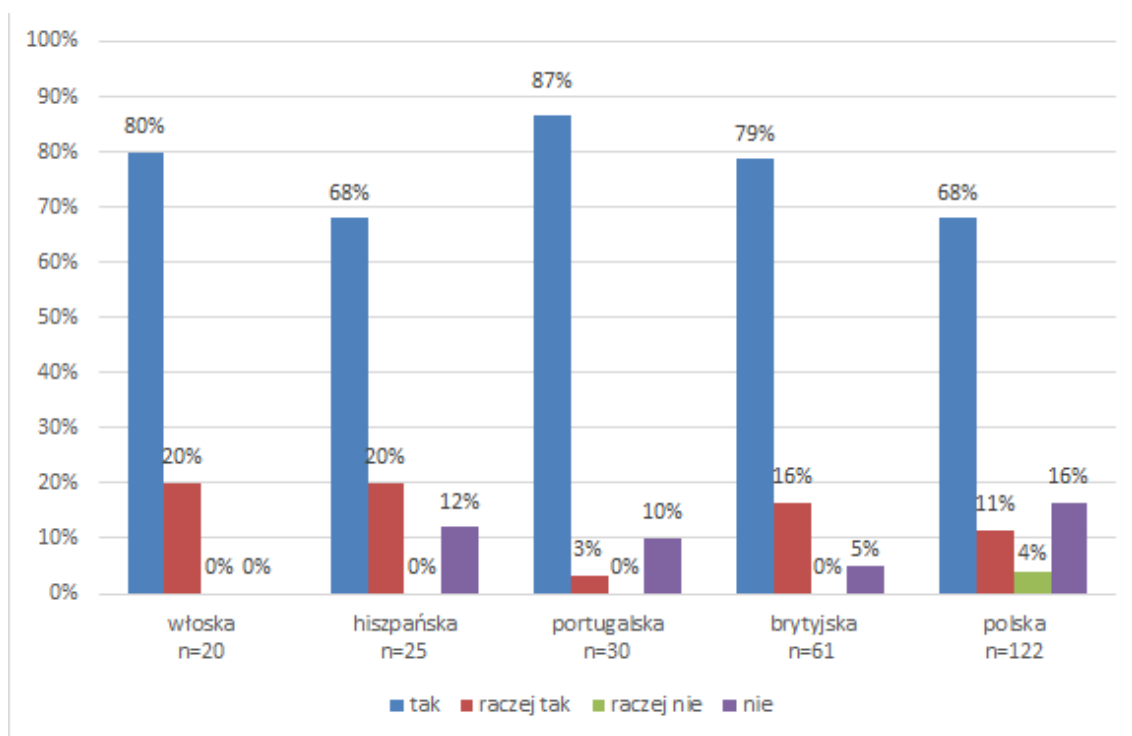
Ponieważ w grupie osób pracujących w Wielkiej Brytanii znajdowali się Polacy wyedukowani w Polsce, oraz Hiszpanie, Portugalczycy i Włosi wyedukowani w swoich krajach macierzystych, z powyższych danych można jedynie wysnuć wniosek, że osoby pracujące w Wielkiej Brytanii, niezależnie od tego, gdzie były wykształcone, są zadowolone z edukacji bardziej, niż Polacy wykształceni i pracujący w Polsce. Ze statystyk opisowych wynikało, że osoby narodowości polskiej pracujące w Wielkiej Brytanii miały najczęściej wykształcenie wyższe licencjackie, zaś te pracujące w Polsce wykształcenie średnie. Jednocześnie zaobserwowano różnice w zadowoleniu z edukacji pomiędzy Polakami pracującymi w Polsce a Polakami

pracującymi w Wielkiej Brytanii (test Manna Whitney; $p < 0,05$). Średnie zadowolenie z edukacji Polaków pracujących w Polsce ocenione w 5 stopniowej skali Likerta wynosiło 3,88, a Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii 4,44. Szczegóły przedstawia Wykres 5.



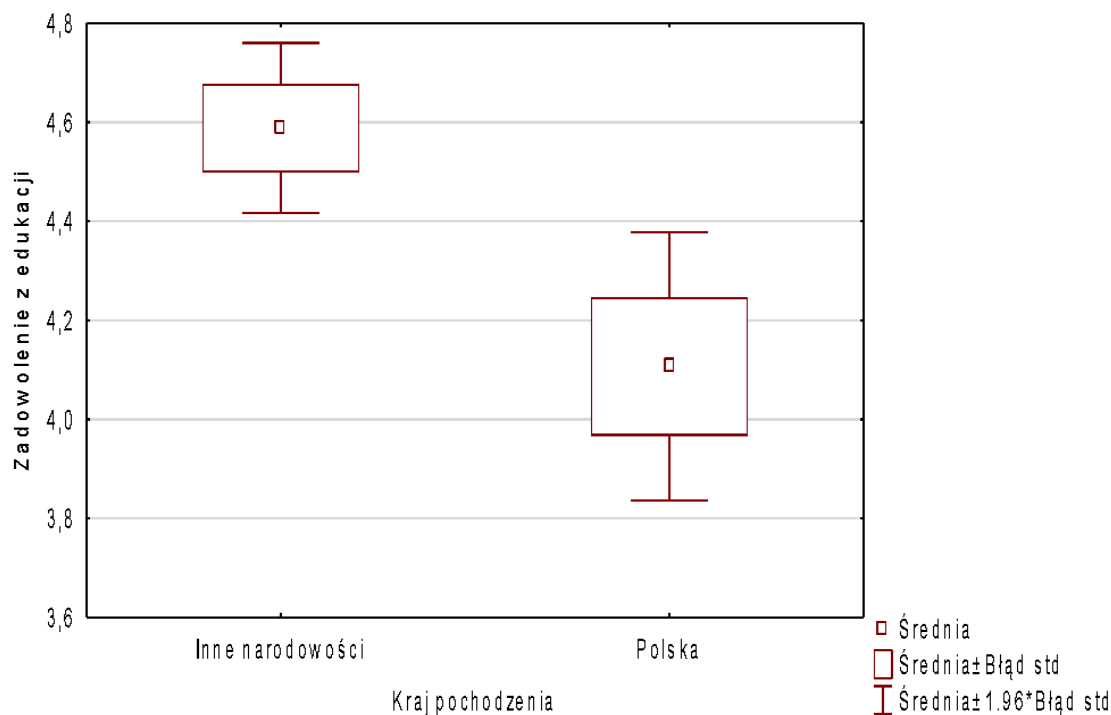
Wykres 5. Zadowolenie z edukacji a kraj pracy Polaków (test Manna Whitney $p < 0,05$)
Wielka Brytania - $n=50$; Polska - $n=72$.

Nie można oczywiście wykluczyć faktu, że kraj, w którym dana osoba pracuje, tj. Wielka Brytania, i jej aktualna sytuacja zawodowa, rzutuje post-factum na obraz własnej edukacji w przeszłości i ewentualnego zadowolenia z niej. Dla przykładu, obraz tej samej edukacji może ulec zmianie, jeśli w jednej sytuacji prowadzi ona do poprawienia warunków bytowych, a w drugiej do braku poprawy. Jednak na ten temat nie posiadamy żadnych informacji i owego wpływu nie jesteśmy w stanie bezpośrednio w tym wypadku zmierzyć. Z tego względu posłużymy się podziałem na narodowości. Szczegóły przedstawia Wykres 6.



Wykres 6. Narodowość a zadowolenie z edukacji (test Chi2(12); $p > 0.05$)

Nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy w zadowoleniu z edukacji pomiędzy narodowościami (test Chi2(12); $p > 0.05$). Jak widać poziom zadowolenia jest bardzo wysoki wśród wszystkich nacji, a suma odpowiedzi tak i raczej tak wynosi co najmniej 79%. Jeśli jednak porównamy Polaków (zarówno pracujących w Wielkiej Brytanii jak i w Polsce, wszystkich wyedukowanych w Polsce) z pozostałymi narodowościami, różnica okaże się istotna statystycznie (test Chi2(3); $p < 0,05$). Porównując wartości tej zmiennej możemy zauważyć, że średnie zadowolenie z edukacji wszystkich Polaków (wyedukowanych w Polsce) wynosi 4,11, natomiast pozostałych narodowości rozpatrywanych razem 4,59 (test Manna-Whitneya; $p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 7.

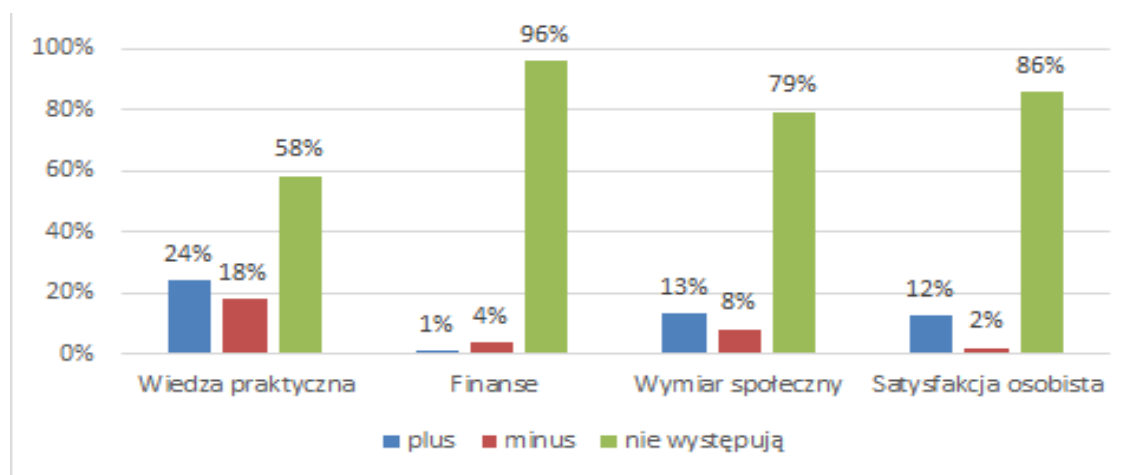


Wykres 7. Zadowolenie z edukacji inne narodowości vs. Polska (test Manna Whitneya; $p < 0,05$)

Dlaczego pomiędzy poszczególnymi narodowościami rozpatrywanymi osobno nie ma różnicy w zadowoleniu, natomiast jeśli porównamy Polaków z krajami “starej” Unii Europejskiej różnica ta się pojawia? Jak widzieliśmy na Wykresie 6, Włosi i Brytyjczycy to bardzo zadowolone narody, w których nie ma odpowiedzi negatywnych (Włosi), bądź jest ich bardzo mało (Brytyjczycy). Natomiast Portugalczycy i Hiszpanie prezentują większy odsetek odpowiedzi negatywnych, choć wciąż mniejszy niż Polacy. Przy porównywaniu każdej narodowości z osobna występuje bardzo dużo mało licznych pól, przez co różnice się rozmywają i nie są istotne statystycznie. Natomiast przy porównaniu narodowości “starej” Unii Europejskiej razem otrzymujemy większe licznosci i różnica jest już widoczna. Patrząc całościowo można zatem wysnuć wniosek, że Polacy wyedukowani w Polsce są mniej zadowoleni ze swojej edukacji, niż osoby innych narodowości wyedukowane w pozostałych krajach. Ma to znaczenie, tym bardziej że jak widzieliśmy wyżej, nie występują statystycznie istotne różnice wieku ani poziomu edukacji pomiędzy tymi grupami.

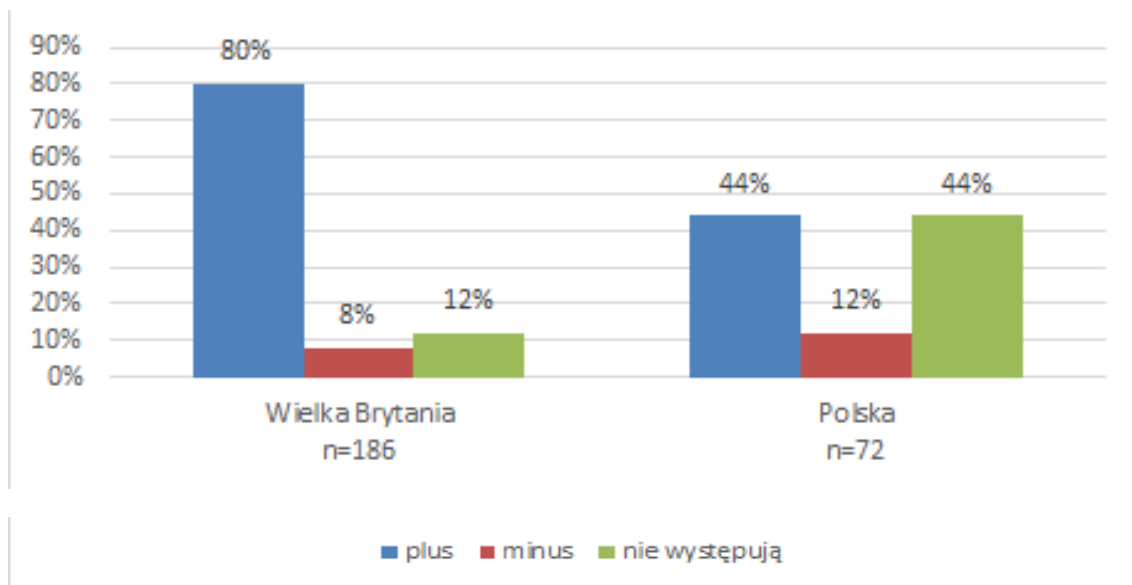
Więcej szczegółów dotyczących postrzegania własnej edukacji w porównywanych grupach przynoszą odpowiedzi na pytanie otwarte o plusy i minusy otrzymanego wykształcenia. Jeśli chodzi o kategorie wiedza praktyczna, finanse, wymiar

społeczny oraz satysfakcja osobistą nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic w odpowiedziach respondentów (test $\chi^2(2) p > 0,05$). Różnice te nie występowały zarówno przy porównaniu osób pracujących w Polsce z osobami pracującymi w Wielkiej Brytanii, Polaków pracujących w Polsce i w Wielkiej Brytanii, oraz Polaków i wszystkich innych narodowości. Wątki przynależące do tych kategorii były też znacznie rzadziej poruszane przez respondentów. Wartości dla wszystkich grup przedstawia Wykres 8.



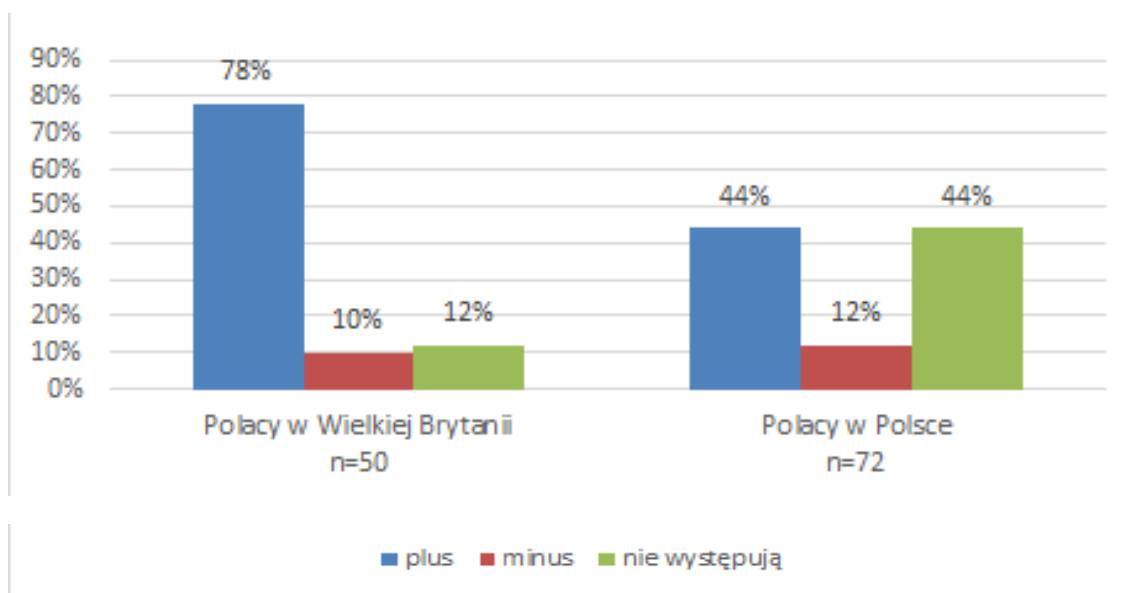
Wykres 8. Plusy i minusy otrzymanego wykształcenia dla całej badanej populacji (test $\chi^2(2) p > 0,05$)

Istotne statystycznie różnice wystąpiły jedynie w kategorii wiedza teoretyczna, która była też kategorią najczęściej poruszaną w wypowiedziach. W kategorii tej zawierają się przekonania dot. korzyści poznawczych płynących z edukacji, poziomu edukacji i zróżnicowania jej zakresu, oraz poziomu wykładowców. Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii były dwa razy częściej zadowolone z otrzymanej wiedzy w aspekcie teoretycznym (80%) niż osoby pracujące w Polsce (44%). Niezadowolonych było 8% osób mieszkających w Wielkiej Brytanii oraz 12% osób pracujących w Polsce. Wątku tego nie poruszyło 12% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 44% osób pracujących w Polsce (test $\chi^2(2); p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 9.



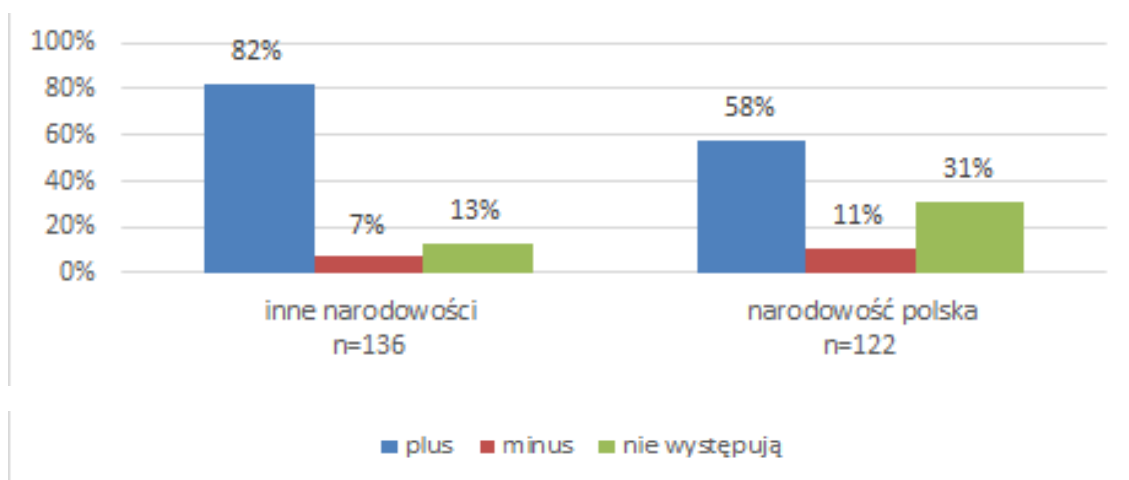
Wykres 9. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Istotne statystycznie były też różnice w odpowiedziach pomiędzy Polakami pracującymi w Polsce a Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii (test Chi2(2); $p < 0,05$). Polacy pracujący w Wielkiej Brytanii byli prawie dwa razy częściej zadowoleni z otrzymanej wiedzy w aspekcie teoretycznym (78,00%), niż Polacy pracujący w Polsce (44). Niezadowolonych było 10,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 12,00% Polaków pracujących w Polsce. Odpowiedź nie wystąpiła u 12,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii oraz u 44,00% Polaków pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 10.



Wykres 10. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna a kraj pracy Polaków (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Być może, analogicznie wobec pytania o zadowolenie z edukacji, do Wielkiej Brytanii emigrują osoby dostrzegające plusy edukacji w aspekcie teoretycznym, gdyż są to, jak widzieliśmy analizując statystyki opisowe, najczęściej osoby z wykształceniem wyższym. Z kolei porównanie między sobą wszystkich Polaków z pozostałymi narodowościami prowadzi do analogicznego wniosku, że Polacy wyedukowani w Polsce rzadziej wskazują na plusy otrzymanej edukacji i częściej na minusy niż osoby innych narodowości wyedukowane w krajach “starej” Unii Europejskiej, pomimo tego, że nie występują statystycznie istotne różnice wieku oraz poziomu edukacji w tych grupach. Osoby narodowości polskiej rzadziej wskazywały bowiem na plusy otrzymanej wiedzy teoretycznej (58%) niż osoby z innych narodowości (82%) (test Chi2(2); $p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 11.



Wykres 11. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna. Polacy a inne narodowości (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Warto jednak zauważyć, że większość Polaków pytana o plusy i minusy swojej edukacji, mimo wszystko najczęściej wskazuje na jej plusy w wyróżnionym aspekcie teoretycznym, nawet jeśli ma to miejsce rzadziej niż w innych nacjach. Jednocześnie, wartości dodatnie są przypisywane edukacji w aspektach teoretycznych częściej niż w pozostałych wymiarach, a wartości ujemnych jest procentowo mniej, niż w ocenie aspektów praktycznych edukacji we wszystkich grupach (por. Wykres 8).

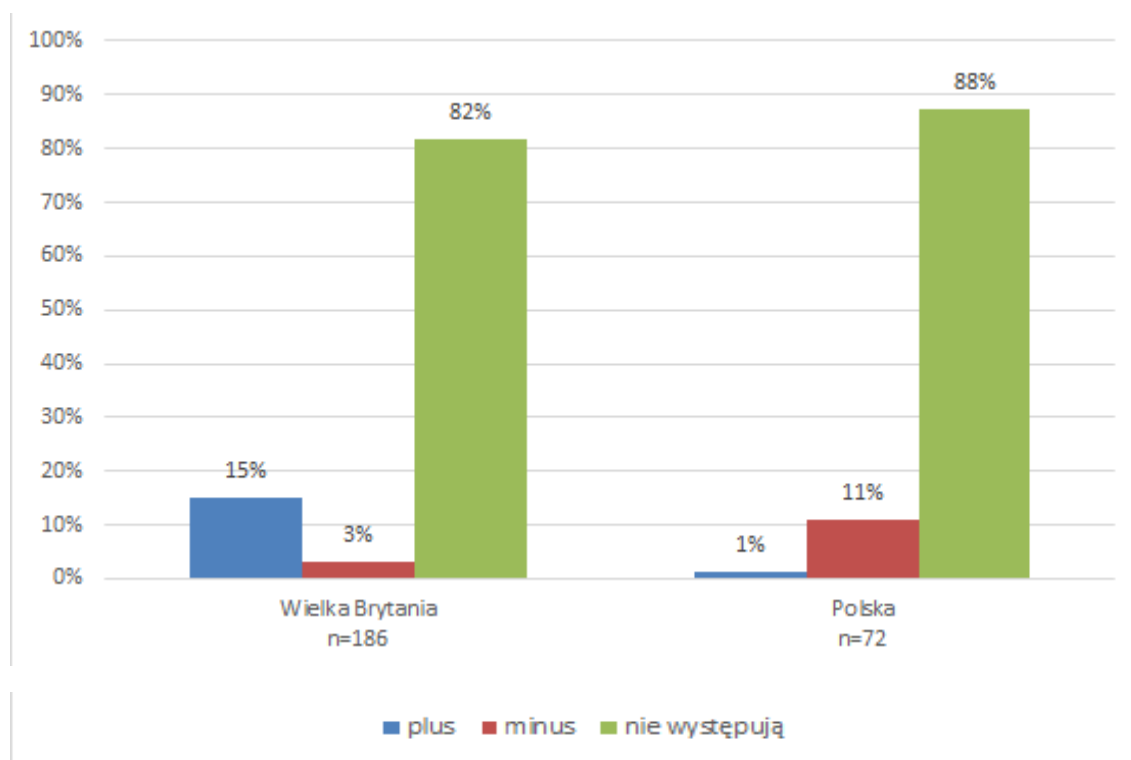
4.2. Praca

Nie występują różnice w zadowoleniu z pracy pomiędzy osobami pracującymi w Polsce a osobami pracującymi w Wielkiej Brytanii (test Manna Whitneya, $p > 0,05$). Średni wynik zadowolenia z pracy mierzony w skali Likerta dla osób pracujących w Polsce wynosił 3,18, a u osób pracujących w Wielkiej Brytanii 3,69 (gdzie odpowiedź “tak” wynosi 5, “raczej tak” 4, “nie wiem” 3, “raczej nie” 2, a “nie” 1). Nie występują także różnice w zadowoleniu z pracy pomiędzy polskimi pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w Polsce a Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii (test Manna Whitneya, $p > 0,05$), gdzie średni wynik zadowolenia z pracy mierzony w skali Likerta dla Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii wynosił 3,82. Ponadto nie zaobserwowano różnic w zadowoleniu z pracy pomiędzy Polakami (średnia 3,48) a osobami innych narodowości (średnia 3,59; test Manna Whitneya, $p > 0,05$). Wszystkie badane grupy,

niezależnie od pochodzenia i miejsca pracy, okazują się raczej zadowolone ze swojej pracy (średnia wartość to 3,55).

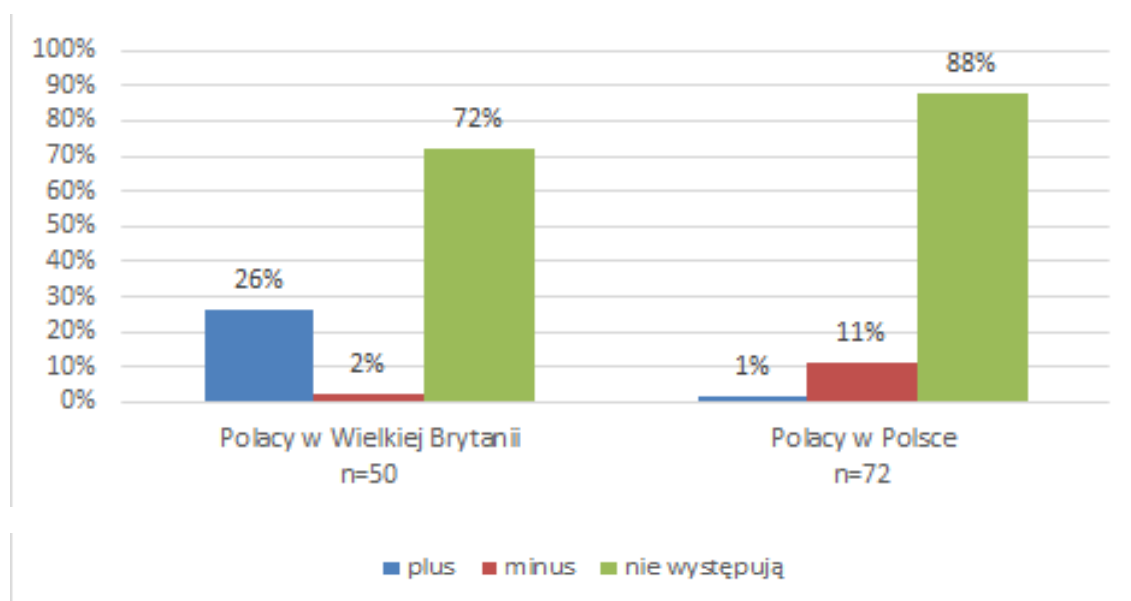
Różnice w postrzeganiu plusów i minusów pracy w zawodzie pojawiają się natomiast w odpowiedziach na pytanie otwarte w odniesieniu do kategorii rozwoju zawodowego, nowoczesności, pracy zespołowej, finansów oraz satysfakcji osobistej (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$). Nie zaobserwowano natomiast różnic w odniesieniu do kategorii społeczeństwo.

15% ankietowanych pracujących w Wielkiej Brytanii traktuje rozwój zawodowy jako plus pracy i opisuje go w kategoriach pozytywnych wobec zaledwie 1% w Polsce. Przypomnijmy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów pracy jak szkolenia, możliwości awansu i wsparcie pracodawcy (por. Tabela 8 wyżej). Kwestie związane z rozwojem zawodowym jako minus pracy wskazuje 3% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 11% osób pracujących w Polsce. Wątku tego nie poruszyło jednak aż 82% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 88% osób pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 12.



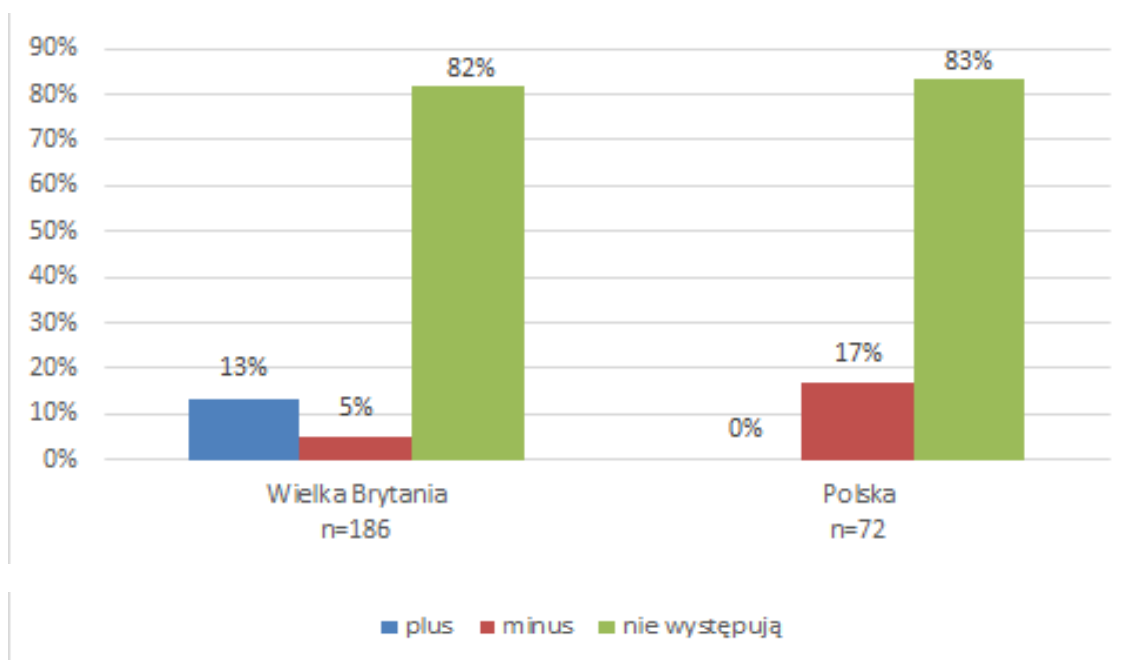
Wykres 12. Plusy i minusy pracy w zawodzie - rozwój zawodowy a kraj pracy (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

Różnice w postrzeganiu rozwoju zawodowego widać także między Polakami pracującymi w kraju i za granicą (test Chi2(2); $p < 0,05$), co pozwala wykluczyć możliwość, że to polski charakter narodowy bądź np. fakt odbycia edukacji w Polsce jest za tę różnicę odpowiedzialny. Spośród Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii 26,00% wskazało na rozwój zawodowy jako pozytywny aspekt pracy (wobec wspomnianego 1% w Polsce), zaś jako minus pracy wskazało go 2,00% badanej grupy (wobec wspomnianych 11% w Polsce). Wątku tego nie poruszyło 72,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 88% pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 13.



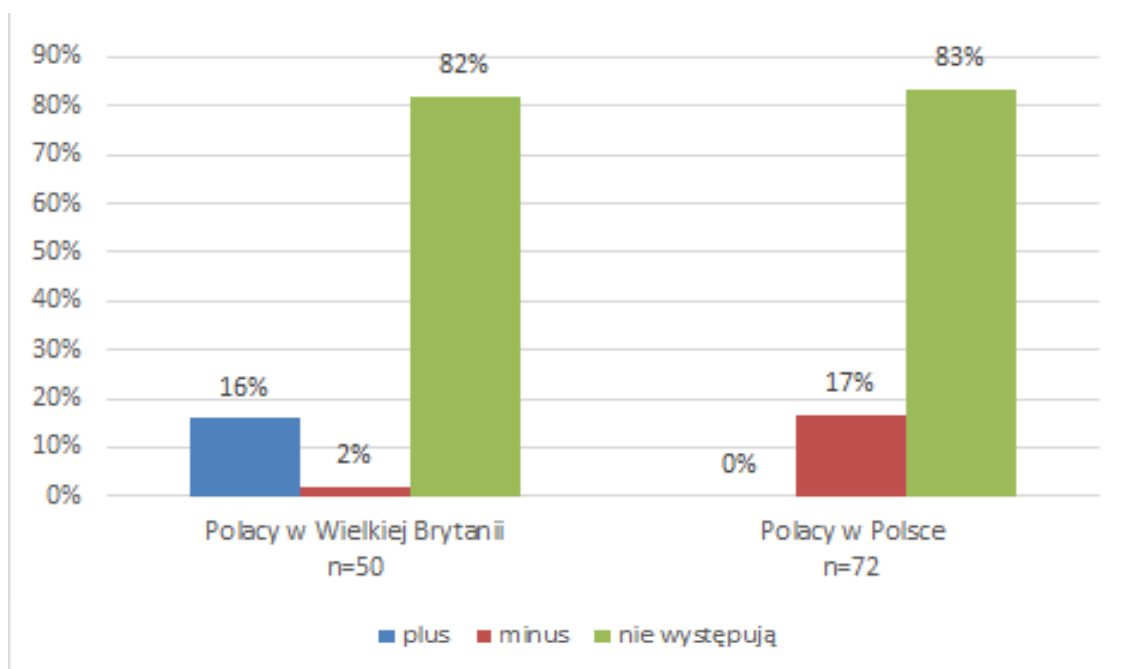
Wykres 13. Plusy i minusy pracy w zawodzie - rozwój zawodowy a kraj pracy Polaków (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Na elementy związane z kategorią nowoczesności jako na plus pracy w zawodzie wskazuje 13% ankietowanych pracujących w Wielkiej Brytanii i żadna z osób pracujących w Polsce. Przypomnimy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów pracy jak procedury postępowania i dostępność nowoczesnych technologii, w tym leków (zob. Tabela 8). Brak nowoczesności jako minus pracy w zawodzie traktuje 5% osób mieszkających w Wielkiej Brytanii oraz 17% osób pracujących w Polsce. Wątku tego nie poruszyło jednak aż 82% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 83% pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 14.



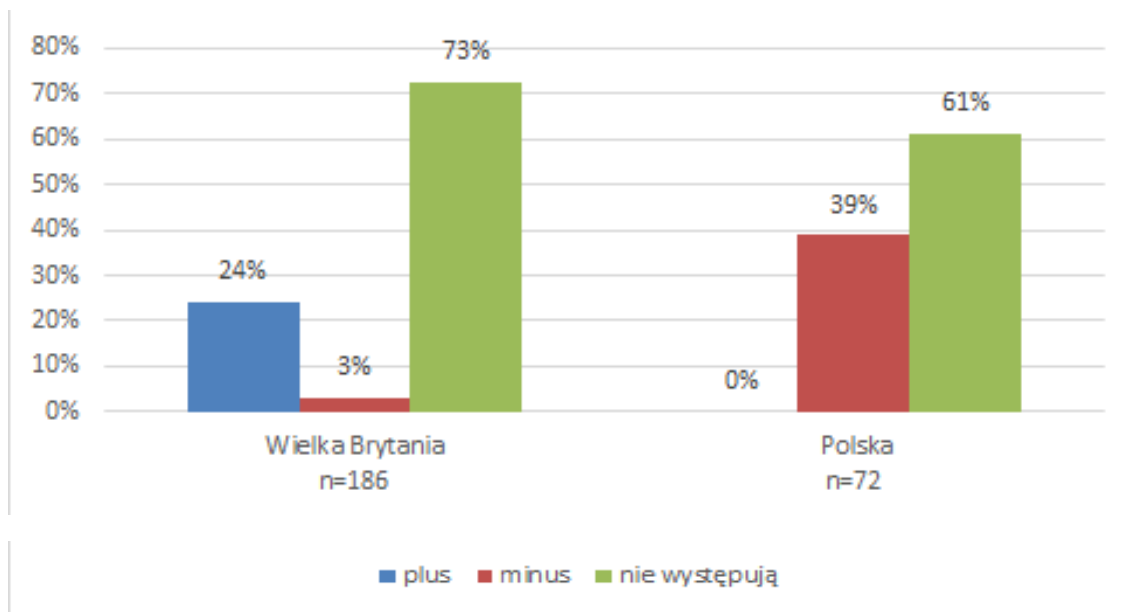
Wykres 14. Plusy i minusy pracy w zawodzie - nowoczesność a kraj pracy (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

Różnice na korzyść Wielkiej Brytanii w postrzeganiu elementów nowoczesności jako zalety pracy w zawodzie widać także w przypadku porównania grupy Polaków tam pracujących z rodakami w Polsce, co analogicznie jak wyżej pozwala wykluczyć kwestię narodowości jako czynnik wpływający na postrzeganie tego aspektu pracy w zawodzie. 16,00% Polaków z Wielkiej Brytanii wskazało na te elementy jako na plusy pracy w zawodzie, a jedynie 2,00% jako na minusy. Nie wypowiedziało się 82,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii. Szczegóły przedstawia Wykres 15.



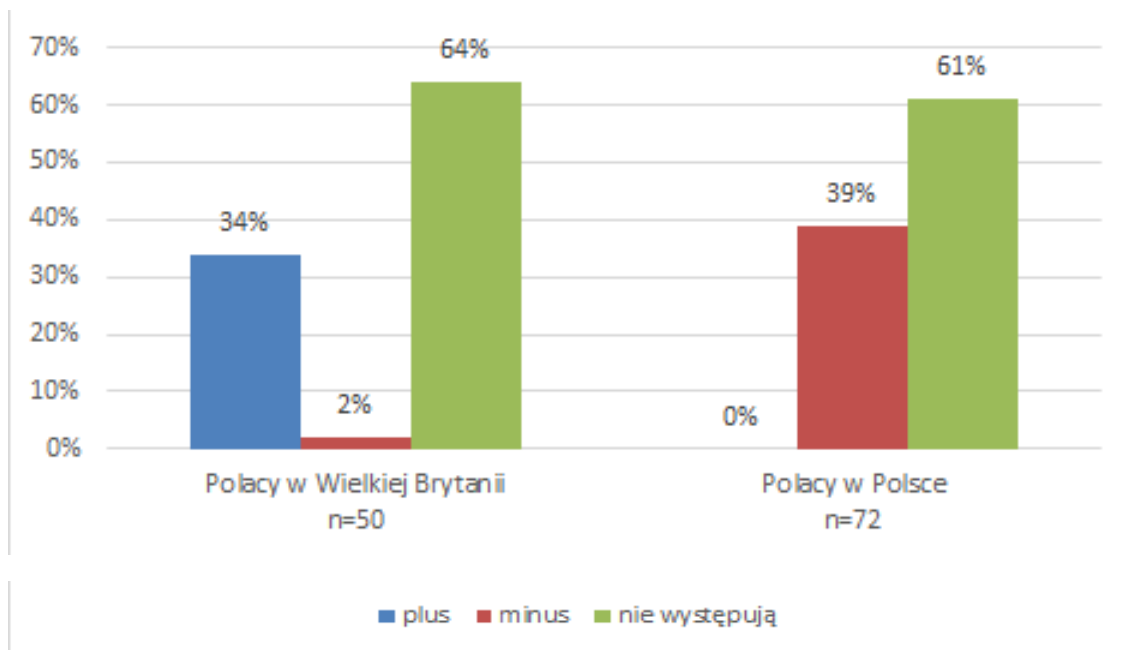
Wykres 15. Plusy i minusy pracy w zawodzie - nowoczesność a kraj pracy Polaków (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

W odniesieniu do kategorii finanse 24% ankietowanych, którzy pracowali w Wielkiej Brytanii wskazało na korzyści finansowe płynące z pracy w zawodzie, natomiast nie wskazała na nie żadna z osób pracujących w Polsce. Przypomnijmy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów pracy jak zarobki, poczucie bezpieczeństwa socjalnego oraz dofinansowanie szkoleń (por. Tabela 8 wyżej). Na niekorzyść kwestie finansowe traktuje 3% osób mieszkających w Wielkiej Brytanii oraz 39% osób pracujących w Polsce. Wątku tego nie poruszyło 73% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 6% pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 16.



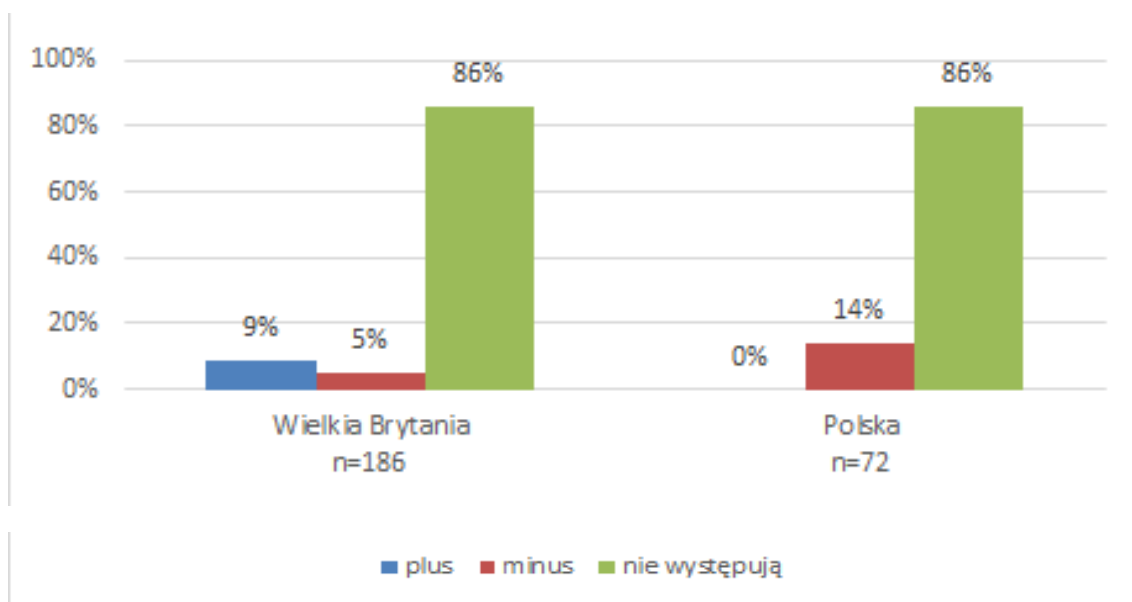
Wykres 16. Plusy i minusy pracy w zawodzie - finanse a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Jeśli zaś chodzi o samych Polaków, to 34,00% spośród tych pracujących w Wielkiej Brytanii traktuje finanse jako korzyść płynącą z pracy w zawodzie, a jedynie 2% jako minus tej pracy. Nie wypowiedziało się 64,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii. Szczegóły przedstawia Wykres 17.



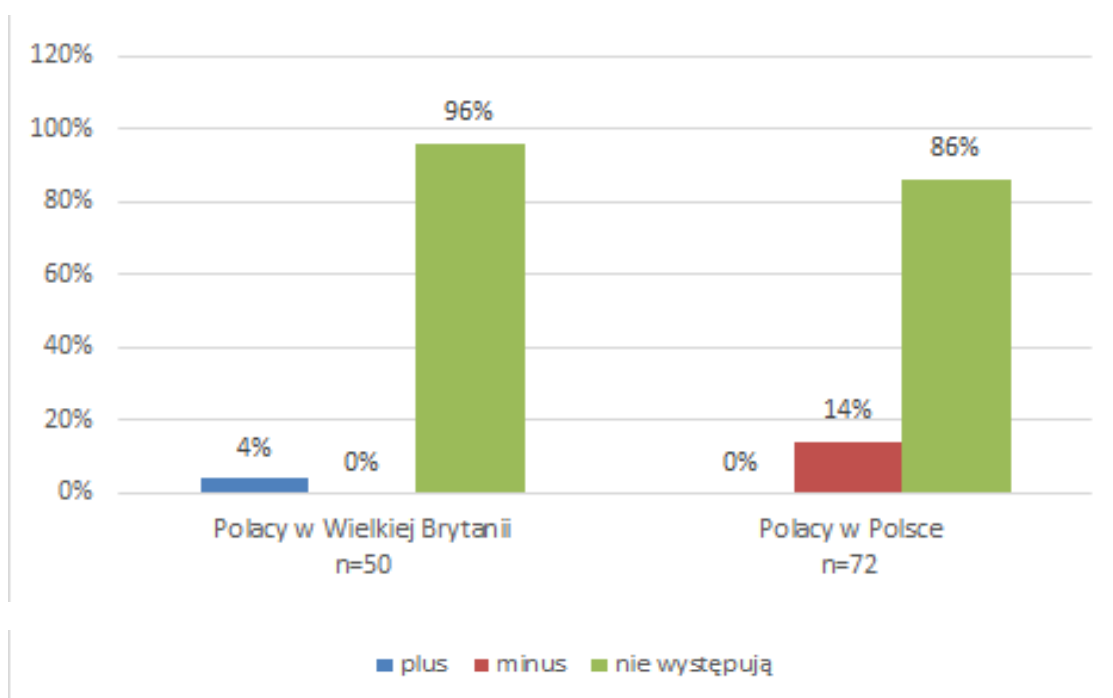
Wykres 17. Plusy i minusy pracy w zawodzie - finanse a kraj pracy Polaków (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Na elementy pracy w zespole jako na plus pracy w zawodzie wskazało 9% ankietowanych, którzy pracowali w Wielkiej Brytanii, natomiast takich plusów nie wskazała żadna z osób pracujących w Polsce. Przypomnijmy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów pracy jak atmosfera pracy, poczucie przynależności do zespołu, kwestie komunikacji w zespole, (por. Tabela 8 wyżej). Na elementy pracy w zespole jako na minusy pracy w zawodzie wskazało z kolei 5% osób mieszkających w Wielkiej Brytanii oraz 14% osób pracujących w Polsce. Na ten temat nie wypowiedziało się 86% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 86% pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 18.



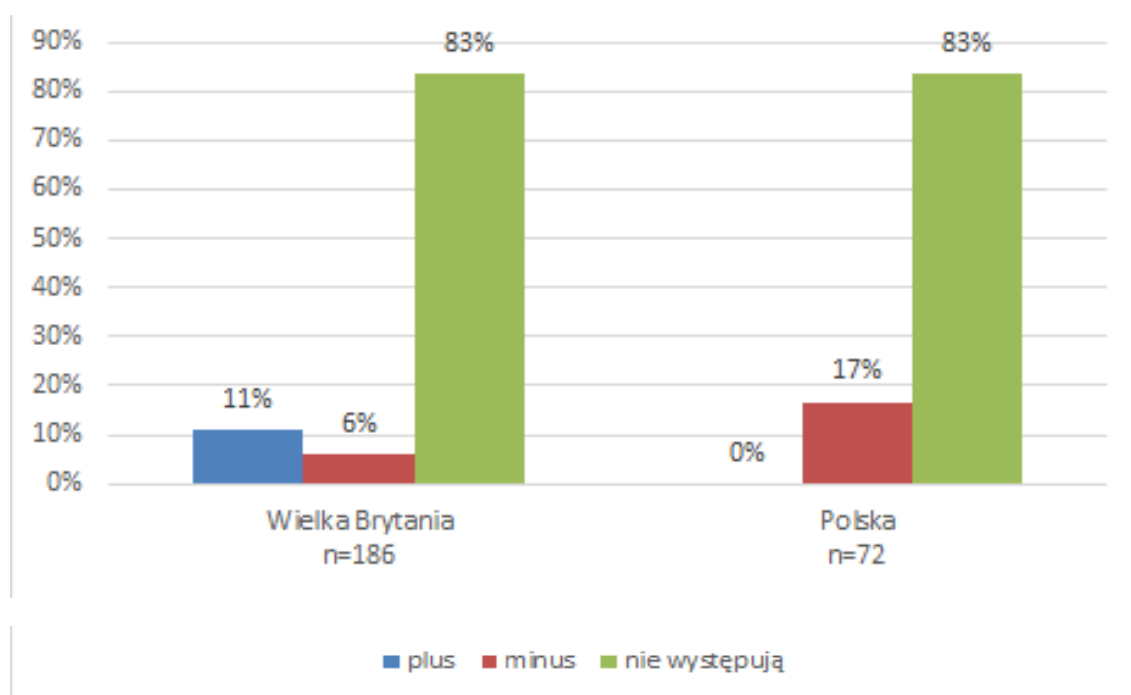
Wykres 18. Plusy i minusy pracy w zawodzie - praca w zespole a kraj pracy (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

Jeśli chodzi o samych Polaków, to różnica także była statystycznie istotna. 4,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii wskazało na elementy pracy w zespole jako plus pracy w zawodzie, natomiast nikt nie wskazał tego elementu jako minusa. Na ten temat nie wypowiedziało się 96% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii. Szczegóły przedstawia Wykres 19.



Wykres 19. Plusy i minusy pracy w zawodzie - praca w zespole a kraj pracy Polaków (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

Na pozytywne zjawiska w aspekcie satysfakcji osobistej wskazało 11% ankietowanych, którzy pracowali w Wielkiej Brytanii, natomiast nie wskazała ich żadna z osób pracujących w Polsce. Przypomnijmy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów pracy jak poczucie spełnienia, powołania, satysfakcja z niesienia pomocy czy kwestie rodzinne (por. Tabela 8 wyżej). Kwestie związane z kategorią satysfakcji osobistej traktuje jako minus pracy w zawodzie 6% osób mieszkających w Wielkiej Brytanii oraz 17% osób pracujących w Polsce. Wątki dotyczące satysfakcji osobistej nie pojawiły się w wypowiedziach 83% osób pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 83% osób pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 20.



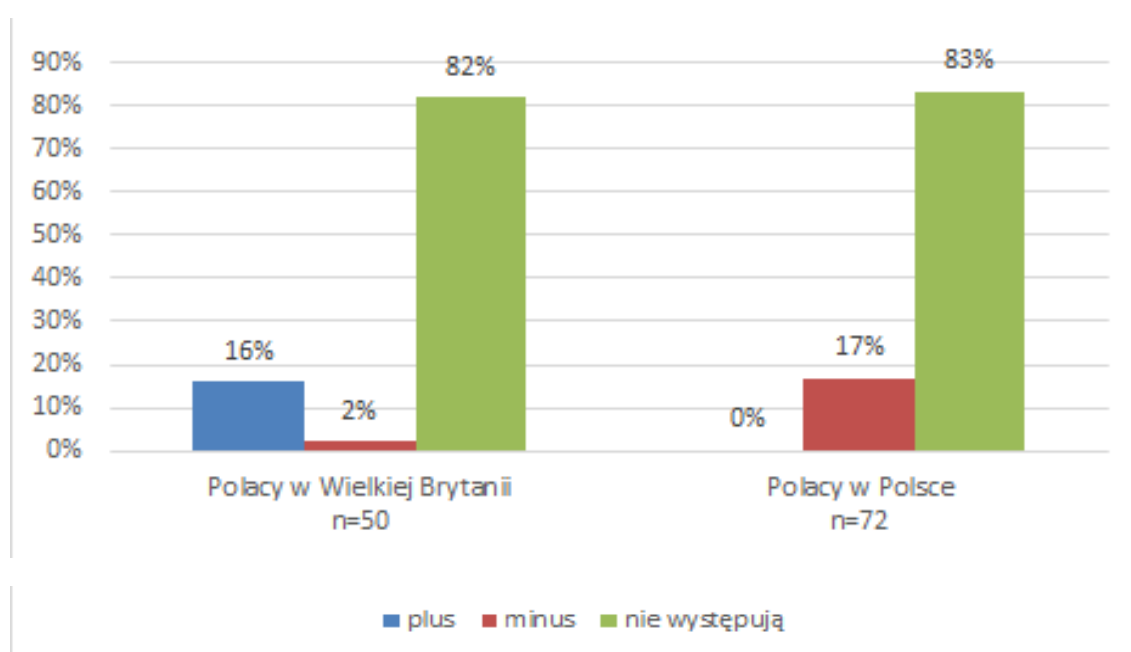
Wykres 20. Plusy i minusy pracy w zawodzie - satysfakcja osobista a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

Przy porównaniu grup Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii i Polsce nie zaobserwowano różnic w wypowiedziach dotyczących satysfakcji osobistej (test Chi2(2); $p > 0,05$). Kategoria satysfakcji osobistej jest zatem jedyną kategorią, która nie różnicuje Polaków pracujących w kraju i za granicą, a także nie odróżnia polskich pielęgniarzy i pielęgniarek od kolegów i koleżanek po fachu z innych badanych krajów, co widzimy porównując wszystkich Polaków z grupą narodów “starej” Unii Europejskiej (test Chi2(10); $p > 0,05$).

Różnice pomiędzy Polską a Wielką Brytanią nie występują z kolei w odniesieniu do kategorii społeczeństwo. Przypomnijmy, że kategoria ta dotyczy takich aspektów

pracy jak poczucie prestiżu i szacunku ze strony społeczeństwa oraz bycia docenianym przez pacjentów i ich rodziny (por. Tabela 8 wyżej). 8% respondentów obu grup traktuje elementy tej kategorii jako plus pracy, a 9% jako minus (kategoria ta nie pojawia się w wypowiedziach 83% respondentów).

Natomiast 16% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii wobec nikogo z pracujących w Polsce traktuje prestiż społeczny jako plus pracy w zawodzie, zaś 2% jako minus wobec 17% osób pracujących w Polsce (χ^2 ; $p < 0,05$). Tej kwestii nie poruszyło 82,00% Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii oraz 83% pracujących w Polsce. Szczegóły przedstawia Wykres 21.



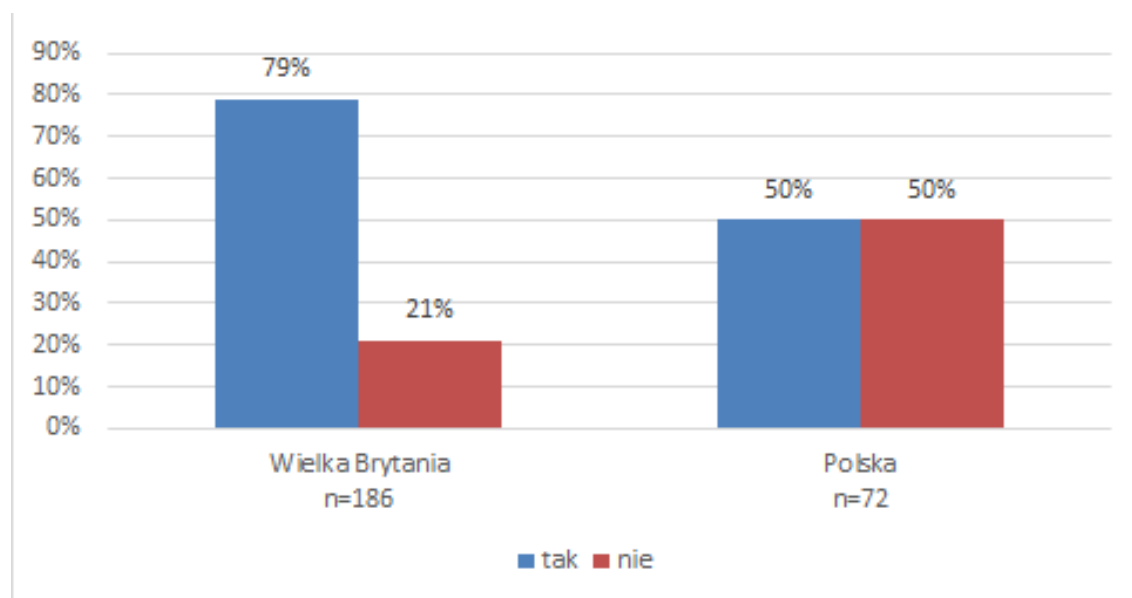
Wykres 21. Plusy i minusy pracy w zawodzie - społeczeństwo a kraj pracy Polaków (test $\chi^2(2)$; $p < 0,05$)

O ile zatem nie występują statystycznie istotne różnice w zadowoleniu z pracy pomiędzy osobami pracującymi w Wielkiej Brytanii i Polsce (a także, jak widzieliśmy, Polakami pracującymi w tych krajach), gdyż wszystkie te osoby są raczej z pracy zadowolone, to już bardziej szczegółowe informacje zebrane w odpowiedziach respondentów na pytanie otwarte pozwalają stwierdzić, że osoby pracujące w Wielkiej Brytanii, w tym także Polacy, jako plusy pracy w zawodzie traktują znacznie częściej niż Polacy pracujący w Polsce, oraz jako minusy pracy w zawodzie znacznie rzadziej niż Polacy pracujący w Polsce, te aspekty pracy, które są związane z wyróżnionymi kategoriami interpretacyjnymi awansu zawodowego, nowoczesności, finansów oraz

pracy w zespole. Ponadto osoby różnych narodowości pracujące w Wielkiej Brytanii wskazują na element satysfakcji osobistej związanej z pracą, czego nie czynią osoby pracujące w Polsce. Należy podkreślić, że żaden z polskich respondentów pracujących w Polsce nie wskazał na pozytywne aspekty pracy w zawodzie dotyczące nowoczesności, gratyfikacji finansowej, pracy w zespole, satysfakcji osobistej czy pozytywnego stosunku otoczenia społecznego. Tylko jeden badany pozytywnie wypowiedział się na temat możliwości rozwoju zawodowego. Obraz środowiska pracy polskich pielęgniarek i pielęgniarzy wyłaniający się z wyników badań, zwłaszcza w zestawieniu z opiniami pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii, nie budzi optymizmu.

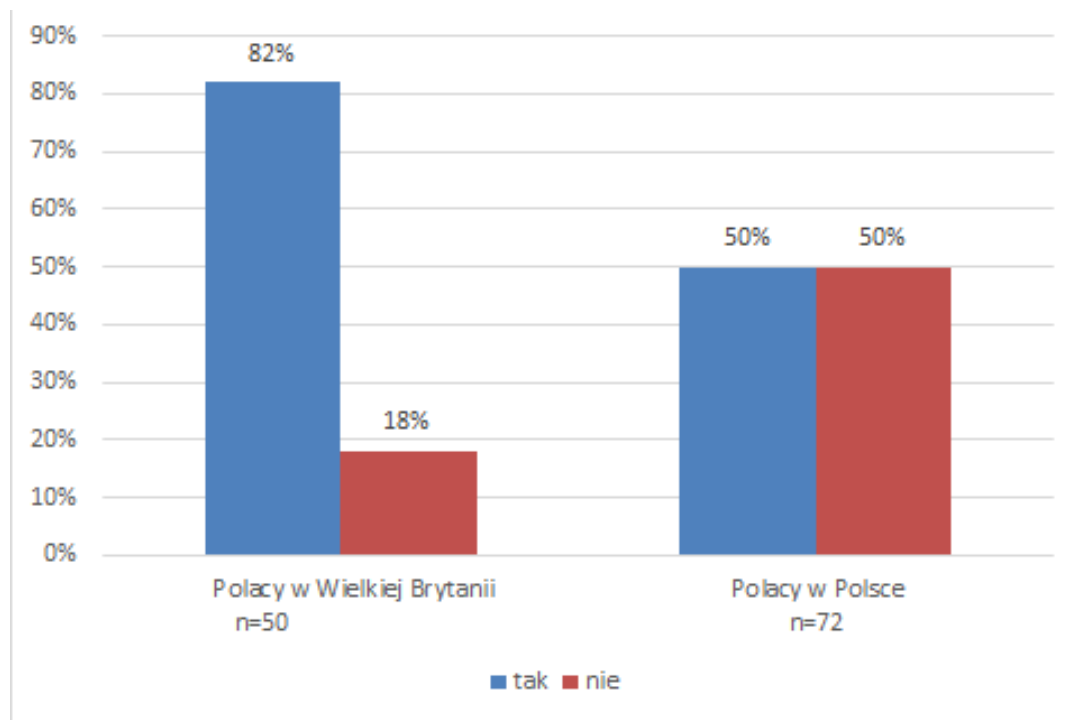
4.3. Awans

Wśród osób różnych narodowości pracujących w Wielkiej Brytanii, 79% deklaroowało wolę awansu, natomiast wśród Polaków pracujących w Polsce jedynie 50,00% ankietowanych (test $\chi^2(1)$; $p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 22.



Wykres 22. Wola awansu a kraj pracy (test $\chi^2(1)$; $p < 0,05$)

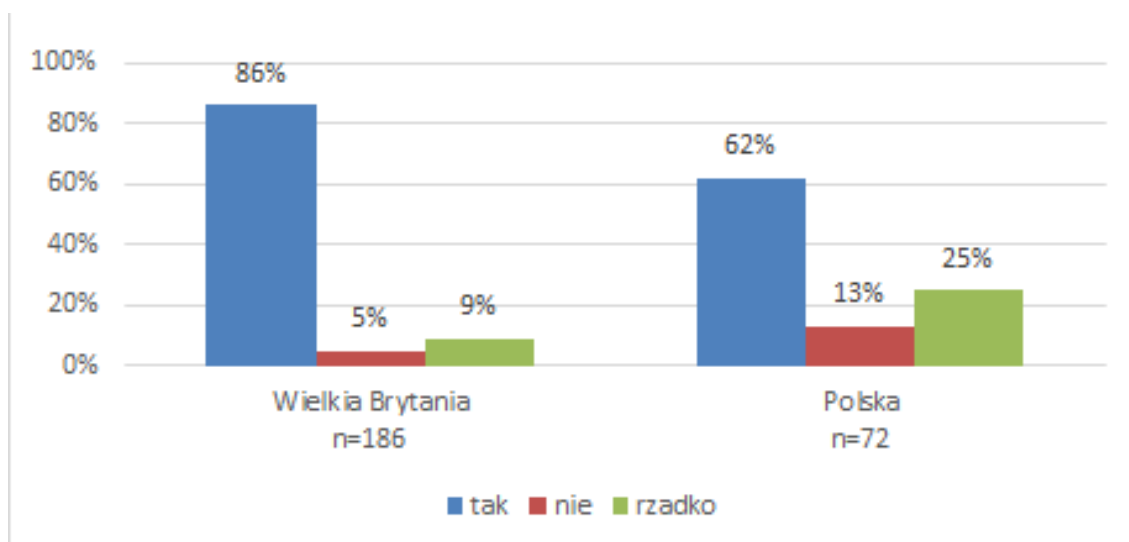
Jednocześnie, wśród Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii, 82% deklaruowało wolę awansu, wobec 50% Polaków pracujących w Polsce (test Chi2(1); $p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 23.



Wykres 23. Wola awansu a kraj pracy Polaków (test Chi2(1); $p < 0,05$)

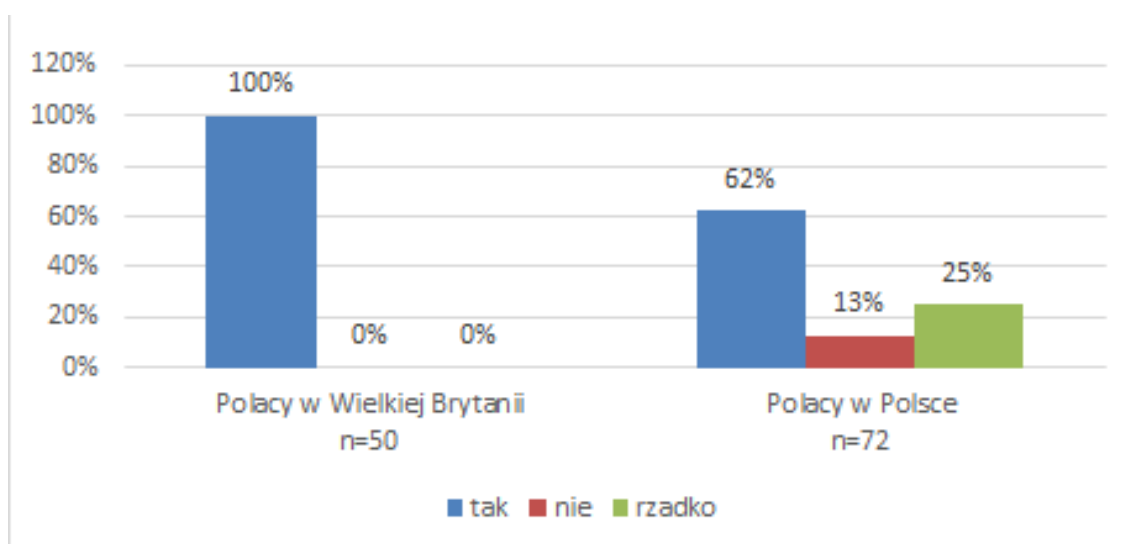
W związku z powyższym można wysnuć wniosek, że to nie narodowość polska i kryjący się za nią system edukacji decyduje o woli awansu, gdyż Polacy wykształceni w Polsce i pracujący w Wielkiej Brytanii znacznie częściej deklarują wolę awansu. Być może wynika to z faktu, że osoby bardziej ambitne wyjeżdżają do pracy za granicę.

Ambicja i wola awansu mogą także decydować o podejmowaniu szkoleń podnoszących kompetencje zawodowe. Zaobserwowano bowiem różnicę w deklarowanej częstości uczęszczania na szkolenia pomiędzy osobami różnych narodowości pracującymi w Wielkiej Brytanii a Polakami pracującymi w Polsce (test Chi2(2); $p < 0,05$). Wśród osób pracujących w Wielkiej Brytanii 86% uczęszczało na szkolenia, 9% uczęszczało rzadko, a 5% wcale. Natomiast wśród osób pracujących w Polsce jedynie 62% osób uczęszczało na szkolenia regularnie, 25% rzadko, a 13% wcale. Szczegóły przedstawia Wykres 24.



Wykres 24. Uczęszczanie na szkolenia a kraj pracy (test Chi2(2); $p < 0,05$)

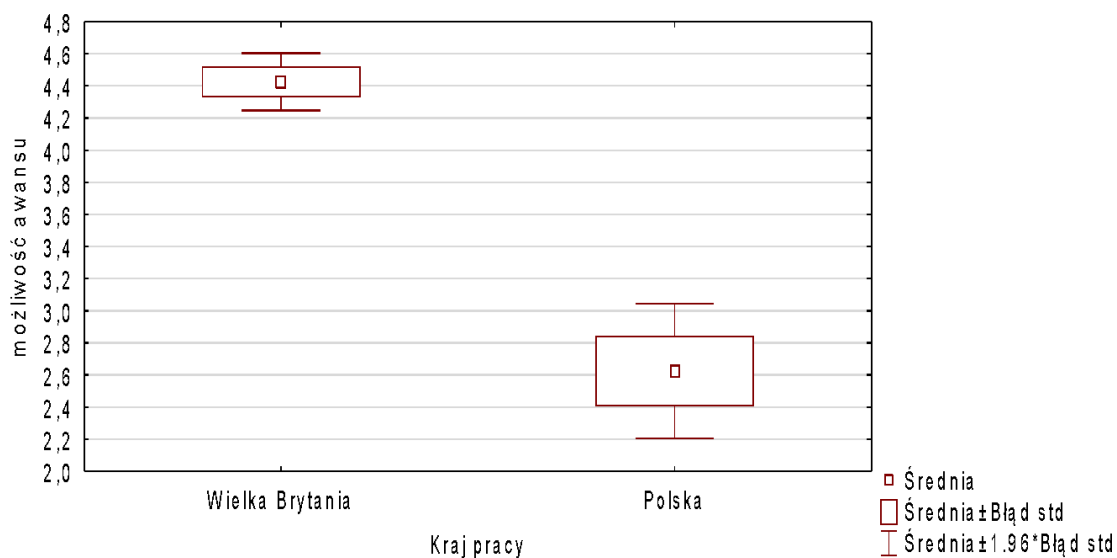
Jednocześnie zaobserwowano różnicę w częstości uczęszczania na szkolenia pomiędzy Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii a Polakami pracującymi w Polsce (test Chi2(2); $p < 0,05$). Wśród Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii 100% uczęszczało na szkolenia. Szczegóły przedstawia Wykres 25.



Wykres 25. Uczęszczanie na szkolenia a kraj pracy Polaków (test Chi2(2); $p < 0,05$)

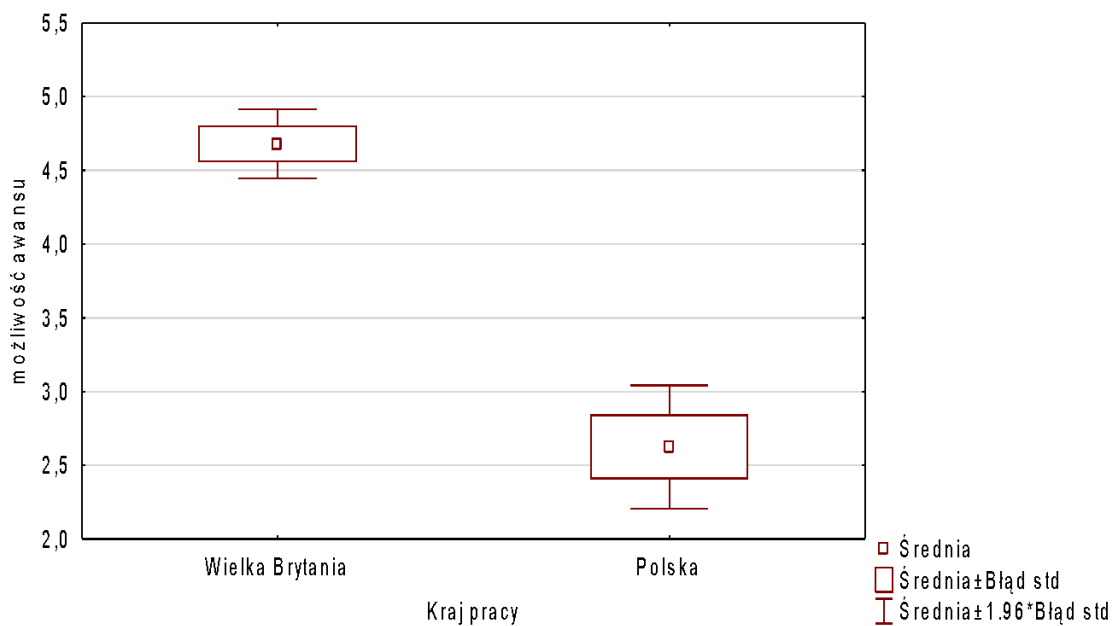
Można zatem wykluczyć możliwość, że to narodowość bądź miejsce otrzymania edukacji decydują o uczęszczaniu na szkolenia. Decydujące znaczenie ma tutaj system organizacji pracy, w którym funkcjonują pielęgniarki i pielęgniarze.

Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii oceniały także wyżej możliwość awansu (średnio 4,42) niż osoby pracujące w Polsce (średnio 2,63 (test Manna-Whitneya; $p < 0,05$)), gdzie odpowiedź “tak” wynosi 5, “raczej tak” 4, “nie wiem” 3, “raczej nie” 2, a “nie” 1. Szczegóły przedstawia Wykres 26.



Wykres 26. Możliwość awansu a kraj pracy (test Manna-Whitneya; $p < 0,05$)

Aby wykluczyć ewentualne narodowe bądź edukacyjne podłoże, porównano Polaków pracujących w Wielkiej Brytanii z tymi, którzy zostali w Polsce. Rzeczywiście, Polacy pracujący w Wielkiej Brytanii oceniali wyżej możliwość awansu (średnio 4,68) niż Polacy pracujący w Polsce (średnio 2,63) (test Manna-Whitneya $p < 0,05$). Szczegóły przedstawia Wykres 27.



Wykres 27. Możliwość awansu względem kraju pracy Polaków (test Manna Whitneya; $p < 0,05$)

Otwarte pozostaje pytanie czy odkryte różnice w możliwościach awansu zawodowego oraz woli awansu, które zostały przypisane różnicom w funkcjonowaniu systemowym, nie wynikają z innej zmiennej, która mogłaby mieć tutaj kluczowe znaczenie, a mianowicie wieku, bądź stażu pracy. Średni wiek i staż pracy pomiędzy narodowościami był wprawdzie podobny, widzieliśmy natomiast, że ich wartości różniły się w przypadku osób pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii oraz Polaków pracujących w Polsce i tych w Wielkiej Brytanii. Być może zatem to wiek i staż pracy przekłada się także na możliwości oraz wolę awansu?

Nie zaobserwowano jednak statystycznie istotnych różnic w wieku i stażu pracy pomiędzy osobami chcącymi, bądź nie chcącymi awansu (test Manna Whitneya $p > 0,05$), a więc różnice w kwestii stosunku do własnej kariery lepiej tłumaczą zmienne systemowe. Wiek i staż pracy okazują się natomiast korelować z możliwościami awansu (zob. Tabela 15). Korelacje te są jednak bardzo słabe. Ponieważ wyniki są ujemne to możemy powiedzieć, że wraz z wiekiem i stażem pracy maleje możliwość awansu niezależnie od systemu, w którym dana osoba pracuje. Ani wiek, ani staż pracy nie różnicują zatem chęci awansu, co czyni system organizacji pracy. Wiek i staż są natomiast ujemnie skorelowane z możliwościami awansu, wraz z wiekiem i stażem pracy maleje możliwość awansu.

Tabela 15. Korelacja Wiek i stażu pracy z możliwościami awansu i zadowoleniem z pracy u pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii

r Spearmana	N Ważnych	R Spearman	t(N-2)	p
wiek & możliwość awansu	258	-0,175109	-2,84571	<0,01
staż pracy & możliwość awansu	258	-0,136171	-2,19922	<0,05

5. Dyskusja

Niniejsza praca powstała dzięki zainteresowaniom autorki badań tematem różnic pomiędzy pielęgniarstwem polskim i brytyjskim. Dzięki poczynionym obserwacjom własnym, doświadczeniom zawodowym i przemyśleniom, powstała idea skonfrontowania i porównania tych dwóch systemów.

Uzyskane wyniki badań własnych wymagają zestawienia i porównania z wynikami innych autorów. Podkreślenia wymaga fakt, że literatura jest stosunkowo uboga w badania korespondujące z badaniami autorki. Niemniej jednak, tematyka edukacji w pielęgniarstwie oraz oceny poziomu satysfakcji pracy mają wiele aspektów wspólnych. Powyższe zagadnienia są coraz częściej zauważane jako ważny aspekt współczesnego pielęgniarstwa.

Należy pamiętać, że środowisko pracy osób, które uczestniczyły w niniejszym badaniu, jest bardzo specyficzne. Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Opieki są jednymi z najbardziej wymagających środowisk pracy pielęgniarki. Wymuszają na osobach pracujących w nich nie tylko bardzo dobrej wiedzy medycznej, ale także umiejętności działania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jak również bardzo dobrych umiejętności praktycznych. Jest to także jedno z najbardziej stresogennych środowisk pielęgniarskich.

Oddziały, na których zostały wykonane badania w Polsce znajdują się w ośrodkach wielospecjalistycznych nie będących szpitalami klinicznymi. Trafiają na nie pacjenci w sytuacjach zagrażających życiu, w pogorszeniu kondycji ogólnej. Obydwa szpitale cieszą się bardzo dobrą opinią w powiecie poznańskim. Szpital Wielospecjalistyczny Strusia w Poznaniu posiada 2 oddziały Anestezjologii i Intensywnej Opieki, każdy po ok. 12 łóżek, z bardzo dużymi możliwościami pod kątem różnych specjalności medycznych. Wiek personelu medycznego jest zróżnicowany. Niestety występuje tu dość duża rotacja personelu wpływająca na staż pracy na oddziale – maksymalny to 6 lat. Drugi wybrany do badań szpital, Szpital w Puszczykowie, przechodził w ostatnich latach dynamiczny rozwój pod kątem dostępności procedur medycznych. Maksymalny staż pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki to 20 lat. Środowisko pracy od wielu lat znane z autopsji autorce badań.

Szpitaly wybrane do badań w Wielkiej Brytanii to dwa bardzo dobre szpitale, wysoko oceniane przez osoby korzystające z ich usług. Royal Surrey Hospital mieści się pod Londynem, jest to szpital wielospecjalistyczny z bardzo przyjazną atmosferą. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki specjalizuje się w opiece nad pacjentami z zaburzeniami układu pokarmowego i związanymi z tym dysfunkcjami zagrażającymi życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia. Jest to oddział 45-cio łóżkowy, z młodym personelem, różnej narodowości z bardzo dobrym wyposażeniem w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny. Typowy reprezentant środowiska szpitali brytyjskich, zaczynając od opieki nad pracownikiem nowoprzyjętym, przestrzegania norm i procedur, kończąc na samej opiece, leczeniu, dbaniu o dobro pacjenta i personelu. Drugim szpitalem był Szpital Papworth, który w momencie prowadzenia badań zlokalizowany był pod Cambridge, w zeszłym roku przeniesiony do Cambridge, obecnie funkcjonuje jako Royal Papworth Hospital. Ośrodek już wtedy bardzo duży, ceniony zwłaszcza pod kątem wykonywania przeszczepów wątroby i serca, posiadający bardzo dobrą opinię wśród Brytyjczyków. Badania zostały przeprowadzone na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki o specjalności kardiologicznej. Jest to oddział 65-cio łóżkowy z dużą liczbą personelu medycznego o zróżnicowanym wieku i narodowości. Jest on również bardzo dobrym ośrodkiem akademickim, prowadzącym zajęcia dla studentów.

Grupy badane różniły się między sobą płcią, wykształceniem, wiekiem i stażem pracy. Pielęgniarki pracujące w Polsce są grupą wiekowo starszą, z niższym poziomem wykształcenia i z dłuższym stażem pracy niż osoby różnych narodowości pracujące w Wielkiej Brytanii. Także Polacy pracujący w Wielkiej Brytanii są nieco młodszy niż ich rodacy w Polsce, posiadają również krótszy staż pracy. Grupa badanych pielęgniarek pracujących w Polsce jest starsza i w znacznym stopniu zaczynała swoją karierą pielęgniarską, gdy w Polsce system nauczania prowadzony był w liceach medycznych lub w studiach medycznych. Kwestią indywidualną pozostawało zatem uzupełnienie edukacji podczas studiów podyplomowych. Ciekawym spostrzeżeniem dotyczącym płci badanej grupy jest większa liczba polskich pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii w porównaniu z tymi pracującymi w Polsce. Zależność ta występowała także wśród narodowości innych niż polska. Aspekt ten został zauważony również w literaturze [96]. W pielęgniarstwie polskim cały czas dominuje silne sfeminizowanie zawodu, co może być związane z jego historycznymi aspektami. Zawód ten bowiem przez długie lata był

wykonywany wyłącznie przez kobiety. Istotnym elementem jest tutaj również nieustanne przypisywanie temu zawodowi w Polsce roli służalczości. W Wielkiej Brytanii podejście do zawodu jest zupełnie inne, dlatego częściej i chętniej jest on również wykonywany przez mężczyzn. Pielęgniarstwo jest traktowane jako zawód cieszący się dużym zaufaniem społecznym i pozytywnym odbiorem społeczeństwa brytyjskiego. Niemniej stosunek liczby mężczyzn wobec kobiet w badanej próbie i tak jest znacznie wyższy niż w populacji, co może wynikać ze specyfiki oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. W Polsce, wg raportu ogłoszonego przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i położnych, opracowanego na podstawie zarejestrowanych w izbach pielęgniarskich pielęgniarek i pielęgniarzy w całym kraju w latach 2008-2021, w badanej populacji występuje znaczna większa dysproporcja płci na korzyść kobiet, pomimo widocznego w ostatnich latach trendu wzrostu udziału mężczyzn (zob. Tabela 16). [97]

Tabela 16. Stosunek płci w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara w Polsce

Rok	Liczba pielęgniarek w Polsce (%)	Liczba Pielęgniarzy w Polsce (%)
2008	263 259 (98,23%)	4756 (1,77%)
2009	266 665 (98,32%)	4569 (1,68%)
2010	269 503 (98,29%)	4678 (1,71%)
2011	270 781 (98,37%)	4494 (1,63%)
2012	273 666 (98,27%)	4830 (1,73%)
2013	275 075 (98,23%)	4964 (1,77%)
2014	277 334 (98,16%)	5188 (1,84%)
2015	279 861 (98,07%)	5515 (1,93%)
2016	282 547 (97,97%)	5848 (2,03%)
2017	285 542 (97,86%)	6248 (2,14%)
2018	288 777 (97,73%)	6707 (2,27%)
2019	292 437 (97,60%)	7182 (2,40%)
2020	295 571 (97,48%)	7640 (2,52%)
2021	299 604 (97,33%)	8228 (2,67%)

Natomiast w Wielkiej Brytanii wg raportu Nursing and Midwifery Council z 2021 roku, spośród 745,000 zarejestrowanych pielęgniarek i pielęgniarzy, 10.8% jest mężczyznami. A zatem także w Wielkiej Brytanii zawód pielęgniarki jest poniekąd sfeminizowany, choć w mniejszym stopniu niż w Polsce. [98]

5.1. Edukacja

Przeprowadzone badania wykazały, że pielęgniarki pracujące w Wielkiej Brytanii są zdecydowanie bardziej zadowolone z systemu edukacji niż pielęgniarki pracujące w Polsce. Odnotowano również, że wszystkie badane narodowości brane pod uwagę ogółem są bardziej zadowolone z otrzymanej edukacji niż osoby narodowości polskiej. Co ciekawe, pielęgniarki polskie pracujące w Wielkiej Brytanii są znacznie bardziej zadowolone ze swojego systemu edukacji od polskich pielęgniarek pracujących w Polsce, choć pytanie odnosiło się przecież do tego samego systemu edukacji. Można zatem zastanowić się czy nie jest to związane z poprawą warunków ekonomiczno-bytowych danej osoby, która poniekąd również dzięki otrzymanej edukacji przyniosła im korzyści w wielu sferach życia zawodowego i osobistego.

W momencie prowadzenia badań Wielka Brytania należała do Unii Europejskiej, zatem standardy i programy nauczania nie różniły się od siebie. W Wielkiej Brytanii, co potwierdziły badania własne, znacznie więcej osób uzyskuje poziom licencjata w edukacji. W Polsce natomiast pielęgniarki, które ukończyły studia licencjackie częściej decydują się ukończyć studia magisterskie. Stopień magistra w Wielkiej Brytanii kojarzy się z nauczaniem przyszłych adeptów pielęgniarstwa. Pielęgniarka pracująca w szpitalu kończy studia licencjackie, a później skupia się na doskonaleniu wiedzy poprzez uczestnictwo w kursach, szkoleniach, specjalizacjach itp. [62]. W Polsce o kontynuowaniu nauki na studiach magisterskich decydują być może większe ambicje uzyskania kolejnego stopnia edukacji, ale również aspekt finansowy związany z podwyższeniem kwalifikacji.

Badania wykazały, że wszystkie ankietowane osoby spoza Polski, bez względu na narodowość, są bardziej zadowolone z otrzymanej edukacji niż osoby narodowości polskiej. Warto się zastanowić, czy w momencie pytania o edukację i zadowolenie z niej, ankietowane osoby, poprzez poprawę jakości życia w kraju emigracji, nie miały błędnego

obrazu tego, o co zostały zapytane. Z drugiej strony, być może miały one na myśli, że to właśnie dzięki tak dobrej edukacji są tu i teraz i realizują się w sposób o jakim marzyli. Można stwierdzić, że pozostałe narodowości są narodami o pogodnym, optymistycznym nastawieniu za jakie uważani są Włosi czy Hiszpanie, ale wśród ankietowanych mamy również grupę pielęgniarek i pielęgniarzy polskich, którzy są bardziej zadowoleni z edukacji niż ich rodacy, którzy zostali w Polsce. Nasuwa się zatem wniosek, że to nie narodowość determinuje zadowolenie z edukacji, a kraj pracy.

Ciekawym aspektem podejścia do edukacji przez Brytyjczyków, który niestety nie pojawia się często w Polsce, jest fakt, że wiek, w jakim podejmie się edukacji i zmieni zawód nie ma znaczenia. W Polsce osoba zmieniająca zawód i zaczynająca nowy kierunek studiów określana byłaby prześmiewczo pojęciem „wiecznego” studenta. Autorka badań zaobserwowała, że dane demograficzne nie miały co prawda wpływu na udzielane odpowiedzi, ale nie dyskryminowały też osób pod względem dostępności do wiedzy. Jak zauważyli Penz i wsp. [67] edukacja w pielęgniarstwie w Wielkiej Brytanii skupia się w dużej mierze na dużej liczbie godzin teoretycznych, a mniejszej praktycznych. Pielęgniarki uczą się praktyki dopiero w środowisku pracy, dzięki temu odbywają bardzo dużo obowiązkowych kursów i szkoleń, np. kurs kaniulacji dożylnych, przygotowywania leków dożylnych itp.

W pytaniu otwartym dotyczącym zalet i wad edukacji respondenci wszystkich narodowości najczęściej wskazywali na zalety aspektów teoretycznych edukacji. Grupą nieznacznie dominującą w liczbie pozytywnych odpowiedzi były pielęgniarki włoskie, które nie wskazały żadnych wad systemu edukacji oraz pielęgniarki brytyjskie. Być może jest to związane z ich pogodnym nastawieniem do życia oraz umiejętnością dostrzegania plusów w każdej sytuacji. Mniejszą liczbę odpowiedzi pozytywnych wskazywały pielęgniarki portugalskie, hiszpańskie i polskie. Niemniej osoby pracujące w Wielkiej Brytanii częściej niż osoby pracujące w Polsce wskazywały na pozytywne aspekty swojego wykształcenia w aspekcie teoretycznym.

Pielęgniarki polskie pracujące w Polsce na tle innych grup zauważają niewiele zalet swojej edukacji. W swoich badaniach K. Szczeszek [59] sformułował tezę, iż edukacja i podnoszenie kwalifikacji nie dają pielęgniarkom ani motywacji, gdyż awans jest nierealny, ani konkretnej gratyfikacji finansowej, a najczęściej jedynie satysfakcję osobistą. Do podobnych wniosków dochodzi A. Cison-Apanasiewicz [54] – często tylko aspekt finansowy jest czynnikiem motywującym do podejmowania dalszej edukacji i szkoleń przez pielęgniarki i pielęgniarzy. Należy zaznaczyć, że w szpitalach w Polsce

przed wyznaczeniem siatki płac nie zawsze były przyznawane dodatki finansowe, co demotywoвало samych zainteresowanych do kontynuowania edukacji.

W literaturze temat edukacji pielęgniarek często analizowany jest poprzez ukazanie postępu jaki nastąpił w zawodzie pod kątem uzyskiwania danych kwalifikacji, a także zauważenie, że system edukacji w pielęgniarstwie musiał się zmienić przystosowując się do obecnej rzeczywistości. Coraz liczniejsze kursy specjalizacyjne i szkolenia, które pojawiły się na przestrzeni lat niestety nadal nie mają odzwierciedlenia w praktyce. Pielęgniarki i pielęgniarze polscy bardzo często podkreślają, że mimo ukończenia danej specjalizacji tak naprawdę nie czują się traktowani jako specjaliści w danej dziedzinie. Utrudnia to również fakt braku klarownej ścieżki awansu zawodowego w Polsce, czy też możliwości wykorzystania ukończonej specjalizacji, ukierunkowania się na pracę w obranej dziedzinie, jak to ma miejsce w przypadku zawodu lekarza. W badaniach dotyczących oceny poziomu zadowolenia z edukacji pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach, zauważono, że pielęgniarki podkreślały, iż edukacja dała im bardzo dobre przygotowanie teoretyczne, jednak pod kątem praktycznym to dopiero praca utwierdziła ich w wyborze zawodu i przygotowała do jego wykonywania w pełni profesjonalnie [58], [59], [60]. Wyniki te zostały również potwierdzone w niniejszej pracy. Ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze polscy pracujący w Wielkiej Brytanii w zaletach dotyczących zadowolenia z edukacji częściej zaznaczali jej aspekt teoretyczny niż praktyczny. Warto zatem dokonać zmian w programie nauczania, by pomóc przyszłym pracownikom i nie zwiększać liczby zajęć praktycznych na wydziałach pielęgniarstwach. Mimo, iż pielęgniarki brytyjskie są zadowolone i dobrze radzą sobie zarówno na etapie edukacji, jak również pracy w zawodzie, zaleca się okresowe kontrole i ocenę jakości systemów edukacji, zarówno pod kątem praktycznym jak i teoretycznym [70].

5.2. Praca

W zakresie zadowolenia z pracy nie znaleziono różnic ani pomiędzy osobami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii ogółem, ani pomiędzy Polakami pracującymi w Polsce i Wielkiej Brytanii. Należy zastanowić się dlaczego wszyscy ankietowani odpowiadając na ogólne pytanie dotyczące pracy wykazują zadowolenie. Oceniając

miejsce pracy i wszystkie związane z nim aspekty jakie prezentują brytyjskie szpitale, możemy to z łatwością zrozumieć. Jednocześnie dziwić może fakt, że polskie pielęgniarki i pielęgniarze, mimo słyszanych głosów niezadowolenia przedstawianych w środkach masowego przekazu, w wynikach badań nie odbiegają od poziomu zadowolenia pozostałych ankietowanych osób. Być może jest to związane z przyzwyczajeniem się do takiego, a nie innego stanu rzeczy. Należy jednak dociekać czy takie podejście jest dobrym wyznacznikiem dla pracownika. Z jednej strony fakt zaakceptowania stanu rzeczy pomaga im przetrwać w określonych, nie do końca korzystnych warunkach, z drugiej strony zaś takie pogodzenie się z sytuacją nie będzie motywowało do zmian, a w dalszej kolejności podjęcia awansu czy szkolenia się. Upływający czas tym bardziej nie będzie działał na korzyść tej sytuacji. Niepokojącym może być fakt, że ogólna negatywna opinia o zawodzie pielęgniarki jest już zauważana przez maturzystów, przed którymi stoi zadanie wyboru ścieżki zawodowej, a nawet przez samych studentów pielęgniarstwa, co potwierdził w swoich badaniach G. Stasiak [58]. Zmiana tego sposobu myślenia wymagałaby nie tylko zmian w całym systemie ochrony zdrowia w kontekście pracy pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce, ale także konieczności kreowania pozytywnego wizerunku pielęgniarki/pielęgniarza jako profesjonalisty/ki i promowania samego zawodu.

U respondentów w odpowiedzi na pytania otwarte zaobserwowano różnice w temacie wad i zalet pracy w zawodzie pomiędzy osobami pracującymi w Polsce a osobami pracującymi w Wielkiej Brytanii w kwestii rozwoju zawodowego, nowoczesności, pracy zespołowej, finansów oraz satysfakcji osobistej. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, osoby pracujące w Wielkiej Brytanii zdecydowanie lepiej oceniają te aspekty pracy w zawodzie. Nie wystąpiły natomiast różnice w postrzeganiu prestiżu zawodu. Może być to związane z kluczowym faktem, że na tle innych narodowości pielęgniarka polska niestety nadal nie może poszczycić się odpowiednio wysokim wynagrodzeniem. Nie posiada również możliwości uzyskania faktycznego rozwoju zawodowego. Często jest zmuszona martwić się o braki w lekach, w potrzebnym sprzęcie, brakuje również jasnych reguł postępowania w określonych przypadkach medycznych. Nie odczuwa także korzyści płynących z pracy zespołowej. Zespół interdyscyplinarny, o którym tak dużo się mówi, praktycznie nie istnieje w polskim środowisku. Pielęgniarki cały czas nie czują się partnerami do pracy dla swoich współpracowników. W dużej mierze jest to związane z obecnym przeświadczeniem zaczerpniętym jeszcze z czasów historycznych, gdzie rola pielęgniarki była mocno

ograniczona. Wszystkie wymienione wyżej czynniki sprawiają, że nie czują one satysfakcji z wykonywanej pracy. Analogicznie zaobserwowano różnice w odpowiedziach dotyczących wad i zalet pracy w zawodzie pomiędzy Polakami pracującymi w Polsce a Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii w zakresie: rozwoju zawodowego, nowoczesności, pracy zespołowej, finansów. Polacy pracujący w Wielkiej Brytanii lepiej oceniają możliwość rozwoju zawodowego, nowoczesność placówek, w których pracują, jakość pracy zespołowej, kwestie finansowe niż Polacy pracujący w Polsce. Różnic tych nie zaobserwowano w aspekcie satysfakcji osobistej. Pozwala to na wyciągnięcie wniosku, że to kraj pracy i miejsce, a nie narodowość jest wyznacznikiem tego w jaki stopniu będziemy zadowoleni z pracy i jakie pozytywne aspekty w nim zauważymy.

Satysfakcja z pracy nierozdzielnie wiąże się z zadowoleniem z jej wszystkich aspektów. Z przeprowadzonej analizy można wysnuć powierzchowne wnioski jakoby wszyscy ankietowani byli ogólnie zadowoleni z pracy. Czy oznacza to jednak, że w pełni odczuwają satysfakcję z jej wykonywania? Niestety nie. Dogłębna analiza uzyskanych odpowiedzi ukazała wszelkie mankamenty pracy pielęgniarki polskiej. Kolejną kwestią, którą należy poddać rozważaniom, jest fakt specyficznego miejsca pracy (środowisko Anestezjologii i Intensywnej Opieki) osób ankietowanych. Można jednak podejrzewać, że to nie rodzaj oddziału, na którym wykonuje się zawodowe obowiązki ma wpływ na kształt odpowiedzi. Uzyskane wyniki mogłyby być podobne w przypadku wykonania ich na grupie pielęgniarek pracujących na innych oddziałach, problemy w systemie pielęgniarstwa polskiego są bowiem dość uniwersalne. W bardzo dobry sposób satysfakcję z pracy określił S. Mousazadeh i wsp. [84] jako wypadkową: systemu organizacji pracy, czynników społeczno-bytowych, warunków i dobrej atmosfery w pracy.

Wszystkie negatywne aspekty pracy takie jak przeciążenie, niska satysfakcja, brak znalezienia swojego miejsca w zespole, niskie wynagrodzenie finansowe mogą prowadzić do wystąpienia wypalenia zawodowego czy depresji. Ten aspekt jest bardzo często zauważalny i podejmowany w publikacjach [77], [78], [79]. Analizując pod tym kątem grupę badaną w niniejszej pracy dodatkowym czynnikiem ryzyka jego wystąpienia jest bardzo specyficzne i wymagające środowisko pracy. Wypalenie zawodowe w konsekwencji może doprowadzić nawet do odejścia z zawodu. Dlatego badania prowadzone nad poziomem satysfakcji pielęgniarek z pracy są ważnym elementem,

dzięki którym można odpowiednio wcześniej dostrzec ewentualne zagrożenia związane z pogorszeniem się stanu psychicznego badanej osoby.

Polska, podobnie jak inne kraje, spotyka się z przeciwnościami dotyczącymi braków kadrowych. Aspargi i wsp. [95] potwierdzają fakt istnienia braków kadrowych w zawodzie pielęgniarstwie w Wielkiej Brytanii. Słusznie podkreślają pilność rozwiązania problemów dotyczących personelu, z którymi boryka się obecnie NHS. Uważają, że braki kadrowe nie powinny być postrzegane wyłącznie jako liczby w arkuszu kalkulacyjnym – problem ten wpływa bowiem na prawdziwych pacjentów i ich rodziny. Pielęgniarki, pielęgniarze i położne są profesjonalistami pracującymi w szpitalach i środowiskach społecznych, powinny odgrywać kluczową rolę w skutecznym zapewnianiu inicjatyw w zakresie poprawy ochrony zdrowia publicznego. W Wielkiej Brytanii istnieją doskonałe przykłady pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na różnych poziomach: indywidualnym, społecznym i całej populacji. Wspierają oni jednostki ochrony zdrowia, są członkami komitetów i organizacji działających na rzecz ochrony zdrowia, pracują nad poprawą zdrowia w społeczeństwie i mogą być silnymi orędownikami koniecznych zmian. Potencjalnie pielęgniarki i pielęgniarze mają do odegrania wyjątkową i ważną rolę w rozwiązywaniu złożonych wyzwań związanych ze zdrowiem publicznym naszych czasów, w tym: wypadków, zdrowia psychicznego, otyłości, bezdomności i wszelkich nierówności w dostępie do opieki medycznej.

Chociaż w ciągu ostatnich trzech dekad ukazało się wiele publikacji zachęcających pielęgniarki i pielęgniarzy do podejmowania większej liczby ról promujących zdrowie, przeciwstawiają się im analizy opisujących bariery, które hamują pielęgniarki i pielęgniarzy w podejmowaniu takich działań. Wśród barier tych autorzy wymieniają: troskę o własne zdrowie, brak szkoleń, duże obciążenie pracą oraz kwestie dotyczące braków kadrowych. Wyniki badań ukazują, że chociaż czują się oni szanowani przez członków społeczeństwa, niestety presja na nieustanne zapotrzebowanie na pracę kliniczną często oznacza, że promocji zdrowia nie traktuje się priorytetowo [80], [83]. Działania z zakresu promocji zdrowia wykonywane na wysokim poziomie mogą być wymagające, a brak czasu i odpowiednich zasobów, często w połączeniu z nieodpowiednim szkoleniem, dodatkowo utrudnia pielęgniarkom i pielęgniarzom rolę jaką mogliby pełnić w aspekcie promocji zdrowia.

Badacze wskazują, że miejsce pracy może mieć wpływ na zdrowie pracowników oraz ich postawę i wyniki w pracy. Koszty złego stanu zdrowia pracownika dla organizacji i korzyści z tworzenia zdrowego miejsca pracy są duże [74]. Kwestie

te wydają się także ważne dla osób biorących udział w badaniu, zarówno tych, które pracują w Polsce, jak i osób zatrudnionych w Wielkiej Brytanii. Publikacje angielskie wskazują na fakt, że tworząc zdrowe środowisko pracy poprawia się życie zawodowe pielęgniarek. Zdrowe środowisko pracy przyczyniłoby się również do zachęcenia większej liczby adeptów do kształcenia w zawodzie oraz do pozostania dłużej w zawodzie przez doświadczonych pielęgniarzy [83]. Zasugerowano, że rekrutacja międzynarodowa jest jednym z elementów rozwiązania kryzysu kadrowego i chociaż bardzo ceni się pracowników z innych krajów, istotne są również względy etyczne tego procederu. Ważne jest, aby Wielka Brytania nie pozbawiała krajów o niskich i średnich dochodach ich specjalistycznej kadry pielęgniarstwa, ponieważ ostatecznie zapotrzebowanie tych krajów na wyspecjalizowanych pracowników będzie większe niż brytyjskie. W związku z tym zaleca się, aby dokonać zmian w kształceniu pielęgniarek na studiach licencjackich i podyplomowych w Wielkiej Brytanii [93]. Niewątpliwie wielu uczniów w Wielkiej Brytanii czuje, że nie może podjąć studiów pielęgniarstwa ze względu na brak odpowiednich zasobów finansowych na potrzebne szkolenie. Nuffield Trust zaleca, aby rząd znacznie zwiększył wsparcie finansowe dla studentów pielęgniarstwa, poprzez zapewnienie stypendiów na utrzymanie i pokrycie kosztów czesnego. Potrzebne są teraz pilne i skoordynowane działania w rozwiązaniu globalnego niedoboru pielęgniarek i sprostaniu niektórym z nagłych wyzwań związanych ze zdrowiem publicznym.

5.3. Awans

W wyniku analizy przeprowadzonej na potrzeby niniejszej pracy zaobserwowano, że pracujący w Wielkiej Brytanii mieli większą wolę awansu i wyżej oceniali jego możliwość. Zaobserwowano także istotną różnicę pomiędzy Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii, a Polakami pracującymi w Polsce, w zakresie możliwości i chęci awansu. Wielka Brytania, jak się okazuje, deklasuje również Polskę w kwestii możliwości uczęszczania na szkolenia. Fakt istnienia realnej drogi awansu oraz znacznie lepszych warunków pracy zachęca do rozwoju, w przeciwieństwie do Polski, gdzie droga awansu jest bardzo ograniczona oraz usiana wieloma ograniczeniami, które odbierają chęć samorozwoju i motywację. Ograniczeniem jest także częsty brak czasu.

Z powodów finansowych pielęgniarki w Polsce decydują się na pracę na dwóch etatach, w oparciu o dodatkową umowę zlecenie czy podejmując pracę na kontraktach, co w konsekwencji wiąże się z ograniczeniem możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji. Pielęgniarki i pielęgniarze polscy pracujący w Wielkiej Brytanii bardzo dobrze odnajdują się w brytyjskim środowisku pracy. Ankietowani zwracali uwagę autorce badań, że to czego uczyli się na studiach w Polsce, samo podejście do zawodu, ma odzwierciedlenie w brytyjskich realiach pracy. W Wielkiej Brytanii mogą bowiem uczestniczyć w dowolnie wybranych przez siebie szkoleniach, obierając swoją własną ścieżkę rozwoju, a szkolenia te często są finansowane przez szpitale. W Polsce, mimo iż przeważnie pracownik jest zmuszony sam opłacić szkolenie, to zdarzają się kadry zarządzające, które i tak uniemożliwiają mu jego odbycie. Do takich niepokojących wniosków doszła M. Tomaszewska [61].

Wiek i staż wszystkich osób badanych nie wpływał na ich wolę awansu, choć miał nieznaczny wpływ na samą możliwość awansu – malejącą wraz z wiekiem i długością stażu pracy. Badacze J. Baggion [87], Murrels [86], Blade [88] odnotowali fakt, że osoby pracujące krócej wykazują większą tendencję możliwości i chęci awansu, satysfakcji z pracy, są pełne ambicji i motywacji. W niniejszej pracy badania nie potwierdziły tego faktu. Należy zatem w przyszłości dogłębnie przyjrzeć się tej zależności. Z pewnością popadanie w rutynę pracy, ogólne zniechęcenie, upływ czasu, przewlekłe zmęczenie nie sprzyjają woli awansu i motywacji do zmian.

Należy jednak po raz kolejny podkreślić i zauważyć, że w pracy w Polsce pozostały osoby w ogóle posiadające niższe aspiracje i dążenie do samokształcenia, na co wskazuje mniejszy odsetek osób o wykształceniu wyższym, za to zdecydowanie większy o wykształceniu średnim. Wszystkie te elementy należą w znacznej mierze do zakresu ambicji własnych jednostki, zatem próżno oczekiwać, że pracownik, który nie chce podnosić swoich podstawowych kompetencji, jakimi jest jakość wykształcenia, zechce rozwijać się w innych aspektach, oraz że będzie realnie rozważał awans w swoim miejscu zatrudnienia, który przecież wiąże się nie tylko z gratyfikacją finansową, ale także ze zwiększonym spektrum obowiązków oraz podejmowanej odpowiedzialności za pracę całego zespołu. W Wielkiej Brytanii większość osób posiada wykształcenie licencyjne, w głównej mierze skupiając się na uczestnictwie w kursach, specjalizacjach, czyli tzw. szkoleniu podyplomowym, a ścieżka awansu zawodowego jest klarowna. Dzięki utworzeniu bandów, z którymi wiąże się nałożenie dodatkowych obowiązków i odpowiedzialności następuje także proporcjonalne zwiększenie zarobków. Awans

zawodowy w pielęgniarstwie polskim jest zaś rzadki, nie ma realnego i dostępnego systemu stanowisk. Nie jest jednak prawdą, że awans w Polsce jest kompletnie niemożliwy. Jest jednak bardzo ograniczony i nie jest on dostępny dla wszystkich.

Warto zaznaczyć fakt, że dotychczas prowadzonych było bardzo mało badań w temacie oceny awansu w pielęgniarstwie. W Polsce jest to spowodowane bardzo ograniczonymi możliwościami takiego awansu. Wielka Brytania ma zaś jasno określoną ścieżkę rozwoju i awansu zawodowego, z dużą liczbą specjalności do wyboru. Dzięki przeprowadzonym badaniom zauważono, że osoby pracujące w Wielkiej Brytanii istotnie częściej odbywają szkolenia niż pracownicy w Polsce. Zaobserwowano także różnicę w częstości uczęszczania na szkolenia pomiędzy Polakami pracującymi w Wielkiej Brytanii a Polakami pracującymi w Polsce. Jak się okazało, osoby polskiego pochodzenia pracujące w Wielkiej Brytanii miały większą możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji za pomocą szkoleń, niż miało to miejsce w Polsce. Mimo wszystko należy zauważyć, że ponad połowa polskich pielęgniarek w Polsce uczęszczała na szkolenia. Mówiąc o całym procesie kształcenia ustawicznego bardzo dobrą inicjatywą wykonywaną w Wielkiej Brytanii, a w Polsce pojawiającą się coraz częściej, jest analiza funkcjonowania systemów szkoleń, których celem jest ich naprawa i udoskonalenie. Badacze opisali ten system jako CPE (Continous Education Profesional) [62], [63], [64,], [65], [66]. O ile system ten działa już sprawnie w Wielkiej Brytanii, w Polsce niestety jest dopiero w początkowej fazie.

Ścieżki awansu w Wielkiej Brytanii są bardzo konkretne i jasne, dzięki odbyciu odpowiednich szkoleń, kursów, zdobyciu większego doświadczenia dana osoba może uzyskać wyższy band, który łączy się z możliwością wykonywania dodatkowych funkcji, prestiżem i odpowiednio wyższym wynagrodzeniem. Dodatkowo, istnieje możliwość wyboru dla siebie swojej drogi w pielęgniarstwie poprzez ukończenie odpowiedniej specjalizacji. W Polsce niestety istnieje tylko kilka stanowisk umożliwiających awans, ale nie są one dostępne dla wszystkich i jest ich za mało, by każdy kto chce uzyskać awans miał taką możliwość. Niestety polskie specjalizacje dla pielęgniarek, choć nadają tytuł specjalisty, nie pozwalają dostatecznie wykorzystać nabytej wiedzy i umiejętności w praktyce.

W literaturze autorzy oceniając chęci pielęgniarek do podnoszenia kwalifikacji i odnoszenia awansu zawodowego zauważyli, że większą tendencję ku temu mają osoby młodsze, o krótszym stażu pracy, natomiast w przeprowadzonym badaniu własnym ani

wiek, ani staż nie korelował z wolą awansu. Z drugiej strony osoby młodsze często mają także większą tendencję do odejścia z zawodu, dlatego należy wdrożyć systemy naprawcze mające na celu utworzenie takiego środowiska pracy, by zatrudniane w nim osoby utrzymać jak najdłużej na stanowisku pracy [65], [83]. Rozbieżność między uzyskaną na drodze swojej edukacji wiedzą, a praktyczną rzeczywistością pracy pielęgniarskiej jest często zbyt obszerna. Spowodowane jest to wadą systemu pracy pielęgniarek, a dokładniej ich rzeczywistą rolą jaką powinny odgrywać jako członek zespołu interdyscyplinarnego. Brak realnej drogi awansu, dla młodej osoby dopiero wkraczającej w zawód, jest dodatkowym czynnikiem zniechęcającym. Zderzenie ambicji własnych i obrazu zawodu, który został przekazany w toku szkolenia uniwersyteckiego z realiami pracy są często bardzo trudne i bolesne.

5.4. Podsumowanie

W zestawieniu wyników badań i literatury sytuacja zawodowa pielęgniarek polskich pracujących w Polsce nie jest optymistyczna. W aspekcie poziomu zadowolenia z edukacji i wskazania zalet systemu edukacji przewagę posiadają pielęgniarki pracujące w Wielkiej Brytanii, bez względu na ich narodowość i miejsce uzyskania dyplomu. Pytanie zamknięte sprawdzające poziom zadowolenia z pracy nie wykazało różnic pomiędzy badanymi. Jednak pytanie otwarte dotyczące zalet i wad pracy pozwala dostrzec istotne różnice w postrzeganiu zawodu na korzyść Wielkiej Brytanii. Ukazuje to mnogość obszarów pielęgniarstwa polskiego, które wymagają przeprowadzenia reform i wdrożenia systemów naprawczych. Pielęgniarki pracujące w Wielkiej Brytanii częściej zauważają możliwość i wykazują wolę awansu. Częściej uczestniczą również w szkoleniach, do których mają łatwiejszy dostęp dzięki dofinansowaniom, które otrzymują od brytyjskich pracodawców. Niestety droga awansu wśród pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce ciągle nieogólnie dostępna. Fakt ten niezaprzeczalnie wpływa na brak podejmowania działań w kierunku uzyskania awansu przez pielęgniarki i pielęgniarzy wykonujących swój zawód w Polsce, ponieważ nie widzą oni realnych korzyści z jego uzyskania. Badania jednoznacznie wskazują na fakt, że to kraj pracy i wszystkie składowe z nim związane: sprzęt i infrastruktura, atmosfera pracy, wynagrodzenie, wsparcie pracodawcy, poczucie bycia częścią zespołu są decydujące dla

poziomu satysfakcji i możliwości rozwoju zawodowego. Należy zatem dążyć do nieustających zmian i poprawy systemu pracy pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Polsce na wzór systemu brytyjskiego.

6. WNIOSKI I REKOMENDACJE

6.1. Wnioski

1. Występują różnice w zadowoleniu z edukacji pomiędzy osobami pracującymi w Polsce i w Wielkiej Brytanii. Wyższy poziom zadowolenia występuje w grupie osób pracujących w Wielkiej Brytanii.
2. Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii częściej wskazują na pozytywne aspekty otrzymanego wykształcenia w aspekcie teoretycznym niż osoby pracujące w Polsce. Pomiędzy grupami nie występują natomiast różnice w aspektach praktycznym, finansowym, społecznym oraz satysfakcji osobistej z edukacji.
3. Osoby pracujące w Polsce i w Wielkiej Brytanii deklarują podobny, wysoki poziom zadowolenia z pracy.
4. Jednocześnie, osoby pracujące w Polsce rzadziej niż osoby pracujące w Wielkiej Brytanii bądź wcale nie wskazują na pozytywne aspekty pracy w zawodzie w odniesieniu do aspektów nowoczesności środowiska pracy, rozwoju zawodowego, pracy zespołowej, finansów oraz satysfakcji osobistej. Nie występują natomiast różnice w postrzeganiu prestiżu zawodu.
5. Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii częściej niż osoby pracujące w Polsce uczęszczają na szkolenia.
6. Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii mają lepsze możliwości awansu zawodowego niż osoby pracujące w Polsce.
7. Osoby pracujące w Wielkiej Brytanii wykazują większą wolę awansu zawodowego niż osoby pracujące w Polsce.
8. Wiek badanych osób nie wpływa na ich zadowolenie z pracy zawodowej.
9. Wiek badanych osób wpływa nieznacznie na możliwości awansu, które wraz z wiekiem maleją.

10. Wiek badanych osób nie wpływa na ich wolę awansu.
11. Długość stażu pracy badanych osób nie wpływa na ich zadowolenie z pracy zawodowej.
12. Długość stażu pracy badanych osób wpływa nieznacznie na możliwości awansu, które maleją wraz z długością stażu pracy.
13. Długość stażu pracy badanych osób nie wpływa na ich wolę awansu.

6.2. Rekomendacje

1. Rekomenduje się zwiększenie nacisku na możliwości wykonywania czynności praktycznych przez studentów w ramach zajęć. Ponadto zaleca się wprowadzenie do programów nauczania wszystkich zawodów medycznych nauczania zasad komunikacji w zespole.
2. Zaleca się zwiększone wsparcie i opiekę nad osobami świeżo przyjętymi do pracy na oddziale poprzez przydzielenie mentora/opiekuna na wzór programów wdrażania nowych pracowników w Wielkiej Brytanii.
3. Procedury stosowane w danej jednostce leczniczej, danym oddziale (np. procedura monitorowania poziomu glikemii u pacjentów, przygotowania danego leku itp.) powinny być jasne, zrozumiałe dla każdego i egzekwowane.
4. Rekomenduje się utworzenie zespołów zadaniowych na poszczególnych oddziałach (np. zespół leczenia ran, RKO) celem usprawnienia pracy na wzór brytyjski. Warto także zatrudnić zwiększoną liczbę opiekunów medycznych, którzy podobnie jak w Wielkiej Brytanii odciążą pielęgniarki z niektórych czynności w obrębie zadań, do wykonywania których zostali wyszkoleni.
5. Usprawnieniu systemu pracy pielęgniarek polskich sprzyjałoby wyznaczenie drogi awansu zawodowego na wzór systemu brytyjskiego. Ponadto rekomenduje się zwiększenie dostępności szkoleń oraz kursów poprzez dofinansowanie ich przez

pracodawcę na wzór Wielkiej Brytanii. Ścieżki awansu powinny wiązać się z gratyfikacją finansową.

6. Rekomenduje się zwrócenie uwagi na zastosowanie wiedzy zdobytej przez pielęgniarki podczas szkoleń specjalizacyjnych, która, inaczej niż w przypadku zawodu lekarza, nie jest w pełni wykorzystywana.

7. Należy walczyć z negatywnym kreowaniem wizerunku pielęgniarki w środkach masowego przekazu poprzez programy edukacyjne przybliżające zawód i zachęcające do niego przyszłych adeptów. Zaleca się jednocześnie podjęcie próby defeminizowania zawodu poprzez zachęcanie również mężczyzn do podjęcia pracy w zawodzie.

8. Rekomenduje się powtórzenie niniejszych badań na większej grupie w celu sprawdzenia jakie zmiany zaszyły w ocenie edukacji, zadowolenia z pracy oraz woli i możliwości awansu w pielęgniarstwie polskim, z nadzieją na uzyskanie bardziej optymistycznych rezultatów.

7. STRESZCZENIE

Mgr Ewelina Wasielewska

Promotor: Prof. UM dr hab. Marcin Moskalewicz

Temat: „Edukacja i możliwości awansu zawodowego w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim - studium porównawcze.”

Wstęp: Tematem niniejszej pracy była ocena i analiza różnic w edukacji i możliwościach awansu zawodowego pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii. Praca została podzielona na dwie części. W pierwszej części pracy przedstawione zostały aspekty historyczne powstawania zawodu pielęgniarki, zarówno na ziemiach polskich, jak i na brytyjskich. W tej części omówiono także rozwój edukacji w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim od momentu powstania zawodu pielęgniarki do dziś. Przedstawiono także współczesne możliwości awansu zawodowego w pielęgniarstwie polskim i brytyjskim. Przeanalizowane zostały również normy prawne i instytucje regulujące pielęgniarstwo w obydwu krajach. Dzięki obecności tych regulacji prawnych zawód pielęgniarki ma swoją odpowiedzialność zawodową i ramy działań, które osoba reprezentująca zawód może wykonywać lub nie. W części pierwszej przedstawione zostały także organizacje pielęgniarskie, których zadaniem jest między innymi wspieranie środowisk pielęgniarskich i reprezentowanie ich poza granicami kraju. Część pierwszą kończy przegląd literatury przedmiotu.

Cel pracy: Celem obecnej pracy było sprawdzenie postawionych hipotez, w oparciu o odpowiedzi osób badanych.

Material i metody: Druga część pracy ma charakter badawczy. Grupą badaną były zespoły pielęgniarskie pracujące w 2 Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Opieki w Polsce i w 2 Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Opieki w Wielkiej Brytanii. Grupa badana składa się z 72 pielęgniarek i pielęgniarzy polskich pracujących w Polsce, 61 pielęgniarek i pielęgniarzy brytyjskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 25 pielęgniarek i pielęgniarzy hiszpańskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 20 pielęgniarek i pielęgniarzy włoskich pracujących w Wielkiej Brytanii, 30 pielęgniarek i pielęgniarzy portugalskich pracujących w Wielkiej Brytanii oraz

50 pielęgniarek i pielęgniarzy polskich pracujących w Wielkiej Brytanii. Pytania zadawane były przy użyciu autorskiego kwestionariusza wywiadu, który zawierał 13 pytań, z których 11 pytań miało charakter zamknięty, a 2 pytania były otwarte. Kwestionariusz wywiadu był ukierunkowany na weryfikację konkretnych hipotez oraz zebranie informacji dotyczących plusów i minusów edukacji oraz pracy w zawodzie. W celu zakodowania odpowiedzi na pytania otwarte zastosowano indukcyjne kategorie interpretacyjne. Zakodowane odpowiedzi zostały wykorzystane do badań statystycznych. Do badań statystycznych wykorzystano program Statistica 13.0.

Wyniki badań: Wyniki badań przyniosły informacje dotyczące zadowolenia z edukacji, zadowolenia z pracy oraz możliwości i woli awansu, a także uczęszczania na szkolenia w grupach badanych. Porównano grupę osób pracujących w Polsce narodowości polskiej z osobami kilku narodowości pracującymi w Wielkiej Brytanii, a następnie osoby narodowości polskiej pracujące w Polsce z osobami narodowości polskiej pracującymi w Wielkiej Brytanii. W pytaniach dotyczących edukacji porównano ze sobą także poszczególne grupy narodowościowe. Badania pokazały, że osoby pracujące w Wielkiej Brytanii są bardziej zadowolone z edukacji, częściej wykazują jej plusy, częściej uczęszczają na szkolenia, mają większą wolę i możliwości awansu. Decydujące znaczenie miało przy tym miejsce (kraj) pracy i związany z tym system organizacji pracy, a nie narodowość i miejsce uzyskania wykształcenia.

Wnioski: W literaturze przedmiotu istnieje bardzo dużo prac związanych z tematem edukacji i satysfakcji z pracy, brakuje natomiast prac, które badałyby możliwości awansu w pielęgniarstwie oraz różnice pomiędzy krajami. Edukacja pielęgniarek jest na dobrym poziomie, zwłaszcza w kontekście wiedzy teoretycznej, która często była wskazywana jako plus. W Wielkiej Brytanii do zadowolenia z pracy najczęściej prowadzi możliwość awansu, poczucie satysfakcji, prestiżu, dobra atmosfera w pracy, praca zespołowa i odpowiednia gratyfikacja finansowa. Niestety, jeśli chodzi o awans w pielęgniarstwie polskim brakuje systemu stanowisk, podobnego do brytyjskiego, który dawałby realną szansę samorealizacji. W realiach polskich kursy i szkolenia często muszą być opłacane przez pielęgniarki, a nie, jak w systemie brytyjskim, przez pracodawcę. Fakt ten nie zachęca do ich podejmowania, gdyż często brakuje na nie środków i czasu z powodu konieczności pracy na kilku etatach.

Wnioski płynące z przeprowadzonych badań uświadamiają duże różnice w systemie pracy pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii, na niekorzyść Polski i wskazują na konieczność zmian systemu pracy pielęgniarek polskich na wzór brytyjskiego, z uwzględnieniem wszystkich aspektów, które pomogłyby w pracy pielęgniarek i całego zespołu interdyscyplinarnego, którego największym zadaniem i wyzwaniem jest przecież walka o zdrowie i życie ludzkie, a także nieustanna pomoc pacjentom. Tak jak w każdej chorobie kluczem do sukcesu jest postawienie odpowiedniej diagnozy, a następnie wdrożenie odpowiedniego leczenia, tak i w sytuacji, w której oceniamy pielęgniarstwo polskie, konieczne jest wyegzekwowanie zmian naprawczych systemu.

8. SUMMARY

Ewelina Wasielewska MSc

Major advisor: Prof. UM dr hab. Marcin Moskalewicz

Topic: “Education and career advancement opportunities in Polish and British nursing - a comparative study.”

Introduction: The subject of this work was the assessment and analysis of differences in education and career advancement opportunities for nurses in Poland and Great Britain. The work is divided into two parts. The first part presents the historical aspects of the emergence of the nursing profession in both Polish and British lands. This part also presents the development of education in Polish and British nursing from the beginning of the nursing profession to the present day. The current aspects of professional advancement in Polish and British nursing are also presented. Legal norms and institutions regulating nursing in both countries are analyzed. Thanks to these legal regulations, the nursing profession has its professional responsibility and determinants of possible activities. The chapter then presents nursing organizations whose task is, among other things, to support the nursing community and represent them abroad. An overview of the scientific literature is presented at the end of part one.

Objectives: The present study aimed to test the hypotheses based on the respondents' answers.

Material and Methods: The second part presents the outcomes of the research. The data collection places were 2 Polish and 2 British Intensive Care Units. The study group consisted of nursing teams working in hospitals in Poland (Polish nurses N=72) and Great Britain: British (N= 61), Polish (N=50), Portuguese (N=50), Spanish (N=25) and Italian (N=20), nurses (Total N=258). The answers were collected using the proprietary interview questionnaire, which contained 13 questions, of which 11 were closed-ended and 2 open-ended. The interview questionnaire aimed to verify specific hypotheses and collect information on positive and negative aspects of education and work. Open questions were coded with inductive interpretative categories and analyses statistically. Statistica 13.0 program used for statistical analysis.

Results: The results of the research bring information concerning satisfaction with education and work, opportunities and will for promotion, as well as attending training in study groups. First, a group of Polish nurses working in Poland was compared with those of any nationality working in Great Britain. Second, the Polish nurses working in Poland were compared with Polish nurses working in Great Britain. As far as education is concerned, different national groups were also compared. The research showed that nurses working in Great Britain are more satisfied with education, present its advantages more often, are more satisfied with work, attend training more often, have a greater will to be promoted, and have more opportunities for professional advancement. Decisive for the answers was the country of work and its system of work organization, and not nationality and the place of education.

Conclusions: There is much research on the topic of education and job satisfaction, but little on the promotion in nursing and differences between the countries, which is a positive aspect of this research for the future. Education among nurses is on a very good level, especially in the context of theoretical knowledge, which was often indicated as its positive aspect. In Great Britain, job satisfaction is conditioned by the opportunities for promotion, prestige, a good atmosphere at work, teamwork, and appropriate financial glorification. Unfortunately, when it comes to promotion in Polish nursing, there are no system positions that would give a chance for self-fulfillment similar to the British one. Courses and training in the Polish reality often have to be paid for by nurses and not by the employer, as in the British system. This fact does not encourage employees to take, especially since they often lack finances and time due to working several jobs.

Unfortunately, the presented conclusions make us aware of the significant differences in the work system of nurses in Poland and Great Britain, to the disadvantage of Poland. They call for changes in the work system of Polish nurses similar to the British one, taking into account all aspects that would help in the work of nurses and the entire interdisciplinary team, whose greatest task and challenge are to fight for health and life.

9. PIŚMIENNICTWO

1. W. Ciechaniewicz. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych, tom 1 i 2, Warszawa 2010.
2. H. Chrzanowska. Dzieje Krakowskiej Szkoły Pielęgniarek. Lata 1925-1939 i okupacja. W: Krakowska Szkoła Pielęgniarek im. Anny Rydlówny (praca zbiorowa), Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków 1986: 9–24; Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988.
3. M. Jezierska. Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921–1945. Tom I. Stowarzyszenie Redaktorów, Warszawa 1991. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950. Cz. III. CMDNŚSM, Warszawa 1988.
4. T. Kulczyńska. Życiorys. Kraków 1981 (i wcześniejsze wersje: 1951, 1964, 1974). Salonik Historii Pielęgniarstwa. IPIP WNZ UJ CM, Kraków.
5. B. Dobrowolska. Materiały Historyczne Pielęgniarstwa Polskiego — przyczynek do dziejów pielęgniarstwa polskiego XX wieku. Oficyna Wydawnicza MA, Łódź 2013.
6. A. Maksymowicz. Zagadnienia zawodowe na tle historycznym. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977.
7. E. Ziarko, A. Majda, J. Zalewska-Puchała. Akademickie kształcenie pielęgniarek w Krakowie w latach 1975–2010. W: K. Zahradniczek . (red.). Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2011: 459–508.
8. E. Walewska, T. Radzik. Krakowska Szkoła Pielęgniarek i jej działalność w latach 1950–2001. W: K. Zahradniczek. (red.). Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2011: 301-369.
9. S. Poznańska. Istota wielkiej teorii koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale: w: Filozofia i teorie pielęgniarstwa, red. J. Górąjek – Jóźwik, Lublin 2007, s. 273-277.
10. I. Wrońska. E. Krajewska – Kułak. Europejskie organizacje pielęgniarskie, w: Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa europejskiego, red. I. Wrońska, E. Krajewska – Kułak, Lublin 2007, s. 145-156.
11. B. Mortimer. "The history of nursing: yesterday, today and tomorrow", New Direction in Nursing History, 2004.
12. N. Black. Rise and demise of the hospital: a reappraisal. BMJ 2005;331: 1394-6.
13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.
14. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz.

15. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365.
16. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 8 września 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638).
17. The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2015.
18. The National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (Supplementary, Consequential etc Provisions) Regulations 2014.
19. The Health Care and Associated Professions (Indemnity Arrangements) Order 2014.
20. <https://www.nmc.org.uk> (data dostępu 21.03.2021).
21. D. Zarzycka, B. Ślusarczyk. Podstawy Pielęgniarstwa Tom 1, 2017.
22. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego I Rady z dnia 7 września 2005 r (Dz.U.UE.L.05.255.22). Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek (Dz.U. 1996 nr 83 poz. 384).
23. M. Dziubińska-Michalewicz, „Systemy kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach europejskich (Danii, Finlandii, Grecji, Holandii, Norwegii), Biuro Analiz i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Warszawa 2003.
24. T. Cuber, K. Figarska, B. Ślusarska, D. Zarzycka, B. Dobrowolska. Deklaracje europejskie i ich wpływ na współczesne kształcenie pielęgniarek, Pielęgniarstwo XXI wieku, 2011, tom 36, nr 3, s. 45-49.
25. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz.U. 2019 poz. 1573.
26. K. Zdziebło, S. Głuszek, E. Makiela. „Wybrane determinanty transformacji kształcenia pielęgniarek w Polsce”, Warszawa 2011.
27. T. Slosorz. „Zmiany akademickiego systemu kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce w latach 1969-2000.studium historyczno-edukacyjne” rozprawa doktorska Poznań, UMP, 2014.
28. J. Felińska. Kształtowanie się wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego. W: Urbanek B. (red.). Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
29. Najwyższa Izba Kontroli, Raport z dnia 14.05.2019 r. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki. Strategia rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.
31. G. Iwanowicz-Palus, I. Wrońska. Kompetencje zawodowe położnych w Polsce a założenia Europejskiej Strategii WHO kształcenia pielęgniarek i położnych, Ann. Acad. Med., Łódź 2002, Nr 4.
32. Polityka wobec pielęgniarek i położnych w wykazie prac legislacyjnych rządu; dokument rządowy z dnia 09.07.2018 r., załącznik do uchwały Rady Ministrów.
33. Porada pielęgniarska powinna z założenia być samodzielną decyzją pielęgniarki. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 23 września 2019 r.

35. D. Kilańska. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki i jej rola w systemie opieki zdrowotnej. Cz. I. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie 2018; 1: 6-10.
36. Realizacja Celów Zrównoważonego rozwoju w Polsce. Raport Najwyższej Izby Kontroli 2018.
37. The Executive Board designates 2020 as the “Year of the Nurse and Midwife”; 9th WHO Global Forum of Government Chief Nursing and Midwifery Officers, June 2020.
38. M. Lord. Making a difference: the implications for nurse education. Nursing Times 98: 20–38.
39. <http://www.nmc-uk.org/Registration/Useful-information/Registration-qualifications>; (data pobrania: 20.03.2014).
40. W. Kapała, P. Rucki. Pielęgniarskie stanowiska kierownicze w UK. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012; 1–2: 54.
41. Nursing and Midwifery strategic plan 2015–2019. Metro South Health, 2015.
42. D. Kilańska. EBN, czyli pielęgniarstwo oparte na faktach. Służba Zdrowia 2019; 9-16: 54-58.
43. J. Ball. Implementing Nurse Prescribing. An updated Review of Current Practice Internationally. ICN 2009.
44. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014, poz. 1136). Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 2504).
45. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. World Health Organization, 2016.
46. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2020-2022. World Health Organization, 2020.
47. <https://nipip.pl/samorząd/> (data dostępu: 22.02.2021).
48. <https://nipip.pl/> (data dostępu: 22.02.2021).
49. <https://www.ptp.net.pl> (data dostępu: 21.03.2021).
50. <https://www.inmo.ie> (data dostępu: 21.03.2021).
51. <https://www.rcn.org.uk> (data dostępu: 27.03.2021).
52. <https://www.fons.org> (data dostępu: 27.03.2021).
53. <https://discovery.nationalarchives.gov.uk> (data dostępu 28.03.2021).
54. U. Cisoń-Apanasewicz. Kształcenie poddyplomowe a szansa na samodzielność zawodową. Materiały z III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt. Samodzielność w pielęgniarstwie. Nowy Sącz, 2005.
55. A. Szumska, A. Woderska, I. Nowakowska, D. Jachimowicz-Wołoszynek. Stan motywacji i motywowanie w polskim pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2006; 1–2 (14–15): 71.

56. U. Cisoń-Apanasewicz i wsp. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego, *PROBLEMY PIELĘGNIARSTWA* 2009, tom 17, zeszyt nr 1, s. 32-37.
57. A. Bartosiewicz, E. Łuszczki, A. Różański, A. Nagórska „Analysis of Determinants of Readiness for Professional Development Among Polish Nurses.”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 21 May 2019.
58. G. Stasiak. ”Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodu pielęgniarki w Polsce.”. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017.
59. K. Szczeszek, M. Kampioni, M. Witczak, M. Kampioni-Zawadka. “Miejsce edukacji w karierze zawodowej pielęgniarek.”, *Polish Journal of Continuing Education* 4/2015.
60. G. Gawęł, U. Cisoń-Apanasewicz, D. Ogonowska, H. Potok. ”Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego.”, *Nursing Topics* 2008;17(1):32-37.
61. M. Tomaszewska i wsp. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, tom 16, zeszyt nr 1, 2, s. 43.
62. I. Bidzińska i wsp. Motywy podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, *PROBLEMY PIELĘGNIARSTWA* 2007, tom 15, zeszyt nr 2, 3, s. 197-202.
63. K. Zdziebło, S. Głuszek, E. Makiela ”Wybrane determinanty kształcenia pielęgniarek w Polsce.”, Warszawa 2009.
64. K. Trzpiel. ”Wizerunek Pielęgniarki XXI wieku.”, *Sztuka Pielęgowania* nr.4 (4), 2012.
65. G. Iwanowicz-Palus, I. Wrońska. ”Kompetencje zawodowe Pielęgniarek.”, Łódź, 2010.
66. K. Wardak, M. Nagórska. ”Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.”, Uniwersytet Rzeszowski 102/2018.
67. K. Penz, C. D’Arcy, N. Stewart, J. Kosteniuk, D. Morgan, B. Smith, B. Barriers. to participation in continuing education activities among rural and remote nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 38 (2), 58-66.2007.
68. A. McVicar, C. Munn-Giddings. ”Exploring the development of action research in nursing and social care in the UK:A comparative bibliometric review of action research designs in social work (2000-2010).”*Action Research*, 2012.
69. A. Bartosiewicz, E. Łuszczki, A. Różański, M. Nagórska. ”Analysis of Determinants of Readiness for Professional Development Among Polish Nurses.”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019, 16 (10).
70. R. Watson. „Cruel Britannia: A personal critique at nursing in UK eContent of Management Contemporary nurse 2009;32(1-2), s.42-54.
71. D. Kunecka, Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarskiej w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2016; 14 (1), s. 26–31.

72. A. Gawęda, A. Śnieżek, B. Serzysko. Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek. *Piel Zdr Publ.* 2018;8(4):269–276. doi:10.17219/pzp/91608.
73. M. Ostrowiecka, B. Walewska-Zielecka, D. Olejniczak. Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11 (2): 191–209.
74. E. Kupcewicz, W. Szczypiński, A. Kędzia. "Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek *Publ.*" *Piel. Zdr. Publiczne* 2018;8(1):27–32.
75. D. Kozanecka "Satysfakcja z zawodu Pielęgniarek" *Pielęgniarstwo* 2000.
76. B. Dobrowolska, I. Wrońska, W. Fidecki, M. Wysokiński. "Moral Obligations of Nurses. Based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of Ethics for nurses.". *Nursing Ethics* 2007, 14(2).
77. G. Dębska, G. Cepuch. "Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej.", *Problemy Pielęgniarstwa* 3/2008 vol.16.
78. K. Sowińska, K. Kretowicz, A. Gaworska-Krzemińska, D. Świetlik. "Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek.", *Nursing Topics* 2012,20(3):361-368.
79. J. Ogińska, R. Żuralska. "Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych.", *Problemy Pielęgniarstwa* 4/2010 vol.18.
80. J. Pawlik, D. Schneider-Matyka, A. Jurczak, M. Szkup, E. Grochans „Ocena satysfakcji zawodowej pielęgniarek zatrudnionych w Polsce i w Norwegii.", *Hygeia Public Health* 2017, 52(3): 249-254.
81. T. Słosorz "Zmiany akademickiego systemu kształcenia pielęgniarek i Położnych w Polsce w latach 1969-2009 Studium historyczno-edukacyjne." rozprawa doktorska UMP, 2014.
82. E. Goździk, I. Main. "I making good money but... The precarious situation of polish nurses in Norway.", *International Migration* 2021;00:1-14.
83. L. Hong, E.A. While K.L. Barriball. Job satisfaction among nurses: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 42, Issue 2, 2005, Pages 211-227.
84. S. Mousazadeh, S. Yektatalab, M. Momennasab, S. Parvizy. Job Satisfaction Challenges of Nurses In The Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019; 12:233-242.
85. C. Murphy, C. Cross, D. McGuire. The motivation of nurses to participate in continuing professional education in Ireland. *Journal of European Industrial Training* 30 (5), 365-384.
86. T. Murrels. "Job Satisfaction trevor during nursing early career." *BMC Nursing* 7, 2008.

87. A.J. Baglioni, C.L. Cooper, P. Hingley. "Job stress, mental health and job satisfaction among UK senior nurses.", *Stress & Health* volume 6 ,2018, Issue 1.
88. P. Blaboe. "Impact of job satisfaction components to leave and turnover for hospital-based nurses: review of the research literature.", *International Journal of Nursing Studies* 2007.
89. A. Adams, B. Hons, S. Bond. "Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics", *Leading Global Nursing Research* 2007.
90. B. Kirkcaldy. "Job stress and satisfaction among nurses individual differences.", *Stress Medicine* 2000 (16) 77-89.
91. H.P. Bartlett, V. Simonite, E. Westcott. "A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes.", *Journal of Clinical Nursing* 2000.
92. D. Cory, D. Church. "Defining Competence in nursing and its Relevance to Quality care.", *Journal for Nurses in Professional Development* 9/10 2016 ,Volume 32(5).
93. K. Toode, P. Routasalo, M. Helminen, T. Suominen. "Hospital nurses working conditions in relation to motivation and patient safety", *Nursing Management* 2021(10) 31-41.
94. D.T. Cowan, D.J. Wilson-Barnett, I.J. Norman, T. Murrells. "Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe.", *International Journal of nursing Studies* 45(2008) 902-913.
95. E. Asghari, T. Khaleghdoust, F. Asgari, E. Kazemnejad. Effective Factors On Nurses' Job Satisfaction. *Journal Of Holistic Nursing And Midwifery*, 20(64), 1-7.87.
96. U. Kluczyńska. "Mężczyźni w pielęgniarstwie. W stronę męskości opiekuńczej.", Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu 2017.
97. Raport naczelnej rady pielęgniarek i położnych z dn. 24.01.2022 r. o zarejestrowanych pielęgniarzach i położnych w latach 2008-2021.
98. Raport NMC z dn. 31.01.2022 odnośnie do zmian w pielęgniarstwie brytyjskim w latach 2017-2021.

10. SPIS TABEL

Tabela 1. Forma kształcenia pielęgniarek od 1950 roku.....	13
Tabela 2. Regulacje prawne zawodu pielęgniarki w Polsce.....	18
Tabela 3. Regulacje prawne zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii.....	21
Tabela 4. Organizacje pielęgniarskie w Polsce.....	39
Tabela 5. Organizacje pielęgniarskie w Wielkiej Brytanii.....	42
Tabela 6. Demografia ogólna grupy badanej.....	61
Tabela 7. Kategorie dot. plusów i minusów edukacji	64
Tabela 8. Kategorie dot. plusów i minusów pracy w zawodzie.....	65
Tabela 9. Wyniki kodowania dla pytania nr 12	67
Tabela 10. Wyniki kodowania dla pytania nr 13	67
Tabela 11. Demografia grup ze względu na kraj pracy.....	69
Tabela 12. Polacy w Polsce a Polacy w Wielkiej Brytanii.....	70
Tabela 13. Demografia próby w podziale na narodowości	73
Tabela 14. Demografia - narodowość polska względem pozostałych narodowości.....	75
Tabela 15. Korelacja Wiek i stażu pracy z możliwościami awansu i zadowoleniem z pracy u pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii.....	98
Tabela 16. Stosunek płci w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce.....	101

11. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Stopień edukacji a kraj pracy	70
Wykres 2. Płeć a kraj pracy Polaków.....	71
Wykres 3. Stopień edukacji Polaków a kraj pracy.....	72
Wykres 4. Zadowolenie z edukacji a kraj pracy.	76
Wykres 5. Zadowolenie z edukacji a kraj pracy Polaków.....	77
Wykres 6. Narodowość a zadowolenie z edukacji.....	78
Wykres 7. Zadowolenie z edukacji inne narodowości vs. Polska	79
Wykres 8. Plusy i minusy otrzymanego wykształcenia dla całej badanej populacji	80
Wykres 9. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna a kraj pracy	81
Wykres 10. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna a kraj pracy Polaków	82
Wykres 11. Plusy i minusy otrzymanej edukacji - wiedza teoretyczna. Polacy a inne narodowości	83
Wykres 12. Plusy i minusy pracy w zawodzie - rozwój zawodowy a kraj pracy	84
Wykres 13. Plusy i minusy pracy w zawodzie - rozwój zawodowy a kraj pracy Polaków	85
Wykres 14. Plusy i minusy pracy w zawodzie - nowoczesność a kraj pracy	86
Wykres 15. Plusy i minusy pracy w zawodzie - nowoczesność a kraj pracy Polaków ..	87
Wykres 16. Plusy i minusy pracy w zawodzie - finanse a kraj pracy	88
Wykres 17. Plusy i minusy pracy w zawodzie - finanse a kraj pracy Polaków.....	89
Wykres 18. Plusy i minusy pracy w zawodzie - praca w zespole a kraj pracy.....	90
Wykres 19. Plusy i minusy pracy w zawodzie - praca w zespole a kraj pracy Polaków ..	90
Wykres 20. Plusy i minusy pracy w zawodzie - satysfakcja osobista a kraj pracy	91
Wykres 21. Plusy i minusy pracy w zawodzie - społeczeństwo a kraj pracy Polaków ..	92
Wykres 22. Wola awansu a kraj pracy	93
Wykres 23. Wola awansu a kraj pracy Polaków.....	94
Wykres 24. Uczęszczanie na szkolenia a kraj pracy	95
Wykres 25. Uczęszczanie na szkolenia a kraj pracy Polaków.....	95
Wykres 26. Możliwość awansu a kraj pracy	96
Wykres 27. Możliwość awansu względem kraju pracy Polaków	97

12. ANEKS

Załącznik nr 1 - Kwestionariusz Wywiadu

1. Płeć
2. Wiek
3. Kraj pracy
 - Polska
 - Wielka Brytania
4. Kraj pochodzenia/Narodowość
 - Hiszpania
 - Polska
 - Portugalia
 - Wielka Brytania
 - Włochy
5. Stopień edukacji
 - liceum medyczne
 - studia licencjackie
 - studia magisterskie
 - doktorat
6. Staż pracy
7. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej edukacji?
 - tak
 - tak raczej
 - nie wiem
 - raczej nie
 - nie
8. Czy uczęszcza Pani/Pan na szkolenia?
 - tak
 - rzadko
 - nie

9. Czy ma Pani/Pan możliwość zdobycia awansu?

- tak
- raczej tak
- nie wiem
- raczej nie
- nie

10. Czy chciałaby/chciałby Pani/Pan awansować?

- tak
- nie

11. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej pracy?

- tak
- raczej tak
- nie wiem
- raczej nie
- nie

12. Jakie są plusy i minusy otrzymanego wykształcenia? (pytanie otwarte)

13. Jakie są plusy i minusy pracy w zawodzie? (pytanie otwarte)