

Samooocena przygotowania
zawodowego do wykonywania
zawodu
pielęgniarki/pielęgniacza
w opinii studentów
kierunku pielęgniarstwo



Charakterystyka narzędzia badawczego

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, skierowanego do studentów oraz absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Narzędzie badawcze miało na celu ocenę kompetencji psychospołecznych i zawodowych przyszłych pielęgniarzek/pielęgniarzy, a także analizę ich sytuacji zawodowej, planów rozwojowych oraz uwarunkowań socjodemograficznych.

Kwestionariusz składa się z 113 pytań, oznaczonych symbolami p1-p75 oraz z76-z113, które zostały pogrupowane tematycznie oraz zróżnicowane pod względem formy udzielanych odpowiedzi.

Struktura kwestionariusza badawczego

Konstrukcja autorskiego narzędzia badawczego opiera się na podziale odzwierciedlającym strukturę kształcenia wyższego w naukach o zdrowiu, czyli zróżnicowaniu na I stopień (studia licencjackie) oraz II stopień (studia magisterskie). Forma ta została bowiem zmieniona w odróżnieniu do lat wcześniejszych z uwagi na precyzyjne odseparowanie podstawowych kompetencji wykonawczych od zaawansowanych umiejętności zarządczych, klinicznych i naukowych. Odpowiedzi zostały skonstruowane w trójstopniowym systemie, obejmującym odpowiedzi potwierdzające opanowanie danej cechy, przeczące oraz opcję neutralną, zdefiniowaną jako brak możliwości oceny z powodu braku wcześniejszego doświadczenia w danej sytuacji. Układ ten, ustalony na posiedzeniu Komisji Programowo-Dydaktycznej dla kierunku Pielęgniarstwo pozwala nie tylko zmierzyć poziom realnych deficytów edukacyjnych (odpowiedzi negatywne), ale również zidentyfikować luki w procesie praktycznego kształcenia klinicznego, gdzie wysoki odsetek odpowiedzi neutralnych wskazuje na obszary, z którymi studenci nie mieli fizycznej styczności podczas zajęć.

W module dedykowanym studentom I stopnia struktura pytań koncentruje się wokół trzech fundamentalnych osi: twardych umiejętności manualno-zabiegowych (np. wykonywanie iniekcji, pomiary parametrów, zasady aseptyki), wiedzy teoretyczno-proceduralnej (np. znajomość aktów prawnych, dróg szerzenia drobnoustrojów, przeliczanie dawek leków) oraz kompetencji miękkich o charakterze psychospołecznym (np. empatia, zachowanie tajemnicy zawodowej, bezwarunkowe podejście do pacjenta).

Moduł dedykowany studiom II stopnia zmienia kierunek ewaluacji, przenosząc ciężar z wykonawstwa na samodzielność, przywództwo i naukę. Pytania w tej sekcji zostały sformułowane tak, aby ocenić gotowość magistrantów do pełnienia ról liderek, zarządzania zespołami ludzkimi i zasobami materiałowymi, prowadzenia zaawansowanej edukacji pacjenta, a także samodzielnego ordynowania leków i prowadzenia własnych badań naukowych w oparciu o paradygmat pielęgniarstwa opartego na faktach (Evidence-Based Nursing). Należy zaznaczyć, iż w kwestionariuszu znalazły się także pytania dotyczące zaawansowanej opieki pielęgniarstwa w obszarach specjalistycznych.

Cel badań

1. Określenie motywów wyboru kierunku pielęgniarstwo przez studentów Powiślańskiej Akademii Nauk Stosowanych.
2. Ocena samooceny absolwentów w zakresie stopnia przygotowania do wykonywania zawodu pielęgniarstwa/pielęgniarki.

3. Identyfikacja planów zawodowych studentów oraz ich zamierzeń dotyczących kontynuacji dalszego kształcenia.

Material i metody

Badaniem objęto ogół studentów kierunku pielęgniarstwo Powiślańskiej Akademii Nauk Stosowanych w okresie od maja do końca czerwca 2026. W niniejszym etapie badań uzyskano łącznie 363 dla I stopnia studiów i 312 dla II stopnia studiów prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankietowych, które poddano dalszej analizie statystycznej.

Badania miały charakter źródłowy i stanowiły kontynuację projektu badawczego zainicjowanego po raz pierwszy w 2020 roku.

Ankietyzacja została przeprowadzona w celu oceny jakości kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, stopnia przygotowania studentów do wykonywania zadań zawodowych, a także w celu poznania ich planów zawodowych oraz zamierzeń dotyczących dalszego rozwoju i kształcenia. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast jako technikę badawczą wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Narzędzie badawcze składało się z pytań metryczkowych charakteryzujących badaną grupę oraz pytań zasadniczych. Pytania zasadnicze dotyczyły m.in. predyspozycji do wykonywania zawodu pielęgniarstwa/pięgniarki, motywów wyboru kierunku studiów, samooceny przygotowania do wykonywania zawodu oraz realizacji wybranych, reprezentatywnych zadań zawodowych. Ponadto analizowano plany studentów związane z podjęciem pracy w zawodzie oraz kontynuacją dalszego kształcenia.

Udział w badaniu był dobrowolny, a ankieta miała charakter anonimowy.

Analiza odpowiedzi respondentów

Szczegółowa analiza deklaracji studentów studiów licencjackich ujawnia wysoki poziom pewności siebie w zakresie podstawowych postaw etycznych oraz elementarnych procedur medycznych, przy jednoczesnym zarysowaniu wyraźnych barier w obszarach wymagających zaawansowanej analizy matematycznej oraz opieki biurokratycznej. Obszarami o najwyższym wskaźniku pozytywnych wskazań są rygorystyczne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki (349 deklaracji pozytywnych wobec zaledwie 6 negatywnych), aktywne słuchanie i reagowanie na sygnały pacjenta (348 wskazań), zachowanie tajemnicy zawodowej w każdych okolicznościach (348 wskazań) oraz empatia i cierpliwość w nawiązywaniu kontaktu (347 wskazań). Studenci czują się również niezwykle pewnie w obszarze ochrony godności i prywatności pacjenta (346 wskazań) oraz precyzyjnego pomiaru podstawowych parametrów życiowych (345 wskazań). Wolne od uprzedzeń podejście do pacjenta zadeklarowały 344 osoby, a identyczna liczba respondentów potwierdziła swoją rzetelność w wypełnianiu poleceń. Bardzo wysokie noty odnotowano także w obszarze bezpiecznego podawania leków drogą doustną i dożylną (343 wskazania) oraz rozpoznawania zagrożeń w otoczeniu pacjenta (341 wskazań) i priorytetowego traktowania jego wezwań (341 wskazań).

Ponad trzystu respondentów deklaruje pełną wiedzę o drogach szerzenia się drobnoustrojów (332 wskazania), dobieraniu środków dezynfekcyjnych (334 wskazania), formułowaniu planów opieki (339 wskazania), współpracy w zespole (339 wskazania) oraz przyjmowaniu konstruktywnej krytyki (338 wskazań) i edukacji prozdrowotnej (334 wskazania). Prawidłowe wykonywanie iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych nie stanowi problemu dla 316 osób, a transport materiału biologicznego oraz znajomość mechanizmów chorobowych są dobrze znane odpowiednio 312 i 314 studentom.

Margines niepewności zaczyna się pojawiać przy zagadnieniach formalno-prawnych i organizacyjnych, gdzie wiedzę o aktach prawnych regulujących zawód deklaruje 297 osób (32 odpowiedzi negatywne), a umiejętność samodzielnego zaplanowania pracy na dyżurze potwierdza 294 respondentów przy stosunkowo wysokim odsetku osób niemających w tej materii doświadczenia (52 wskazania o braku doświadczenia). Identyczna liczba 295 osób deklaruje ogólną motywację i gotowość do samodzielnego objęcia stanowiska (38 odpowiedzi wprost negatywnych) oraz zdolność do udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej (aż 50 wskazań o braku doświadczenia w tych warunkach, co sugeruje deficyt kontaktu z sytuacjami nagłymi w realnych warunkach). Najpoważniejsze obszary wymagające dalszego wsparcia edukacyjnego zidentyfikowano jednak w trzech zakresach. Pierwszym jest praktyczne zastosowanie wiedzy z anatomii i fizjologii do interpretacji stanu pacjenta – choć 284 osoby deklarują posiadanie tej umiejętności, 51 respondentów wskazało, że nie miało dotychczas możliwości jej wykorzystania w sytuacji klinicznej. Drugim obszarem wymagającym wzmocnienia jest znajomość grup leków i ich działań niepożądanych, gdzie odnotowano 67 odpowiedzi negatywnych przy 258 pozytywnych. Trzecim i najbardziej wymagającym obszarem jest bezbłędne przeliczanie dawek leków, w tym dawek wyrażanych w mikrogramach (63 odpowiedzi negatywne), oraz prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z procedurami, które uzyskało najniższe wyniki w badanej grupie studentów studiów I stopnia – 242 wskazania pozytywne, 55 negatywnych i 66 neutralnych.

Ewaluacja deklaracji magistrantów ukazuje zupełnie inną specyfikę – studenci ci doskonale odnajdują się w relacjach interpersonalnych, interdyscyplinarnych oraz w zaawansowanej opiece klinicznej, wykazują jednak głęboki sceptycyzm i poczucie nieprzygotowania wobec ról czysto lidarskich, zarządczych i naukowych. Do najsilniejszych stron studentów II stopnia należy partnerska współpraca z przedstawicielami innych zawodów medycznych (266 wskazań pozytywnych przy zaledwie 5 negatywnych), aktywne promowanie zawodu w społeczeństwie (266 wskazań) oraz dzielenie się wiedzą z zespołem (264 wskazania). Ponadto magistranci czują się bardzo pewnie w samodzielnym modyfikowaniu planów opieki w obliczu dynamicznych zmian stanu pacjenta (262 wskazania przy tylko 8 negatywnych) oraz w identyfikowaniu zjawisk przemocy i innych problemów społecznych (262 wskazania). Wysoki poziom kompetencji odnotowano w opiece nad pacjentem w stanie krytycznym i terminalnym (257 wskazań), podejmowaniu szybkich decyzji w silnym stresie (253 wskazania) oraz wykorzystywaniu zaawansowanej wiedzy naukowej w paradygmacie Evidence-Based Nursing (244 wskazania). Studenci deklarują także wysokie umiejętności w budowaniu autorytetu (243 wskazania), optymalizacji kosztów poprzez zarządzanie zasobami (243 wskazania), nadzorowaniu procedur wysokospecjalistycznych (243 wskazania) oraz obiektywnej ocenie pracy innych i udzielaniu wspierającego feedbacku (241 wskazań). Zaawansowana dokumentacja medyczna (239 wskazań), zaawansowana edukacja rodzin (239 wskazań), wdrażanie nowych standardów (238 wskazań), negocjowanie warunków dla dobra pacjenta (235 wskazań) oraz odporność psychiczna na wypalenie (232 wskazania) również plasują się na stabilnym, pozytywnym poziomie. Ponad dwustu respondentów pozytywnie ocenia swoje umiejętności związane z interpretacją aspektów etyczno-prawnych w sytuacjach błędów medycznych (230 wskazań), mediacją konfliktów (228 wskazań) oraz samodzielnym ordynowaniem leków i wypisywaniem recept (213 wskazań pozytywnych wobec 28 negatywnych i 71 neutralnych).

Wyraźne załamanie krzywej samooceny w ocenie II stopnia następuje w obszarach stricte akademickich i zarządczych. Zdolność interpretacji skomplikowanych procesów patofizjologicznych w chorobach współistniejących potwierdza 210 osób, ale aż 85 przyznaje,

że nie miało okazji sprawdzić tego w praktyce. Samodzielne wyszukiwanie i analiza anglojęzycznych publikacji medycznych to bariera dla 40 osób (przy 60. wskazaniach o braku doświadczenia w tej materii), co koreluje z zaawansowaną farmakologią i interakcjami wielolekowymi (199 pozytywnych, 51 negatywnych, 62. związanych z nie uczestnictwem w tego typu działaniach).

Najniższe wyniki w całym badaniu odnotowano jednak w kompetencjach liderek i naukowych. Posiadanie umiejętności posługiwania się specjalistycznym językiem obcym potwierdza zaledwie 184 studentów, przy 60 odpowiedziach wprost negatywnych. Projektowanie i prowadzenie badań naukowych w obszarze pielęgniarstwa deklaruje 183 studentów, ale aż 97 przyznaje, że nigdy tego nie robiło w warunkach praktycznych. Przygotowanie do roli mentora i opiekuna praktyk dla młodszych kolegów potwierdza 173 respondentów, przy czym aż 101 osób wskazuje na brak możliwości oceny tej kompetencji w realnym środowisku. Drastyczne deficyty widać w obszarze interpretacji specjalistycznych badań diagnostycznych, takich jak RTG, EKG czy gazometrii, gdzie odnotowano aż 62 odpowiedzi negatywne i 78 związanych z brakiem doświadczenia w tej materii (tylko 172 pozycje subiektywnie pozytywne). Ostatecznym potwierdzeniem tej tendencji jest obszar zarządzania zespołem pielęgniarskim i organizowania pracy podległego personelu, gdzie zaledwie 167 osób czuje się kompetentnymi, a aż 94 przyznaje, że nigdy nie funkcjonowało w takich realiach.

W efekcie, całościowe, pełne przygotowanie do pełnienia ról liderek i specjalistycznych w systemie ochrony zdrowia deklaruje niespełna 58% respondentów (183 osoby), podczas gdy 50 osób ocenia swoje przygotowanie negatywnie, a 79 nie potrafi go ocenić z powodu braku adekwatnych doświadczeń w procesie edukacji.

Współczesna opieka zdrowotna, ukierunkowana na zapewnienie pacjentom jak najwyższej jakości wsparcia w osiąganiu i utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia, nadaje pielęgniarstwu coraz większe znaczenie jako kluczowej dziedzinie systemu ochrony zdrowia¹. Stopniowo wzrasta uznanie dla pielęgniarstwa polskiego nie tylko jako wyodrębnionej działalności praktycznej, lecz również jako odrębnej dyscypliny naukowej. Na przestrzeni lat dziedzina ta podlegała istotnym przeobrażeniom, których konsekwencją było poszerzenie znaczenia pielęgniarstwa oraz roli zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy, a także zmiany w systemie kształcenia oraz rozszerzenie zakresu kompetencji, zadań i uprawnień zawodowych. Współczesne pielęgniarstwo rozwija się dynamicznie, funkcjonując na styku nauk medycznych i humanistycznych². W związku z tym osoby wykonujące ten zawód powinny dysponować zarówno wysokim poziomem kompetencji merytorycznych i praktycznych, jak i rozwiniętymi kompetencjami społecznymi, niezbędnymi do efektywnej realizacji zadań zawodowych.

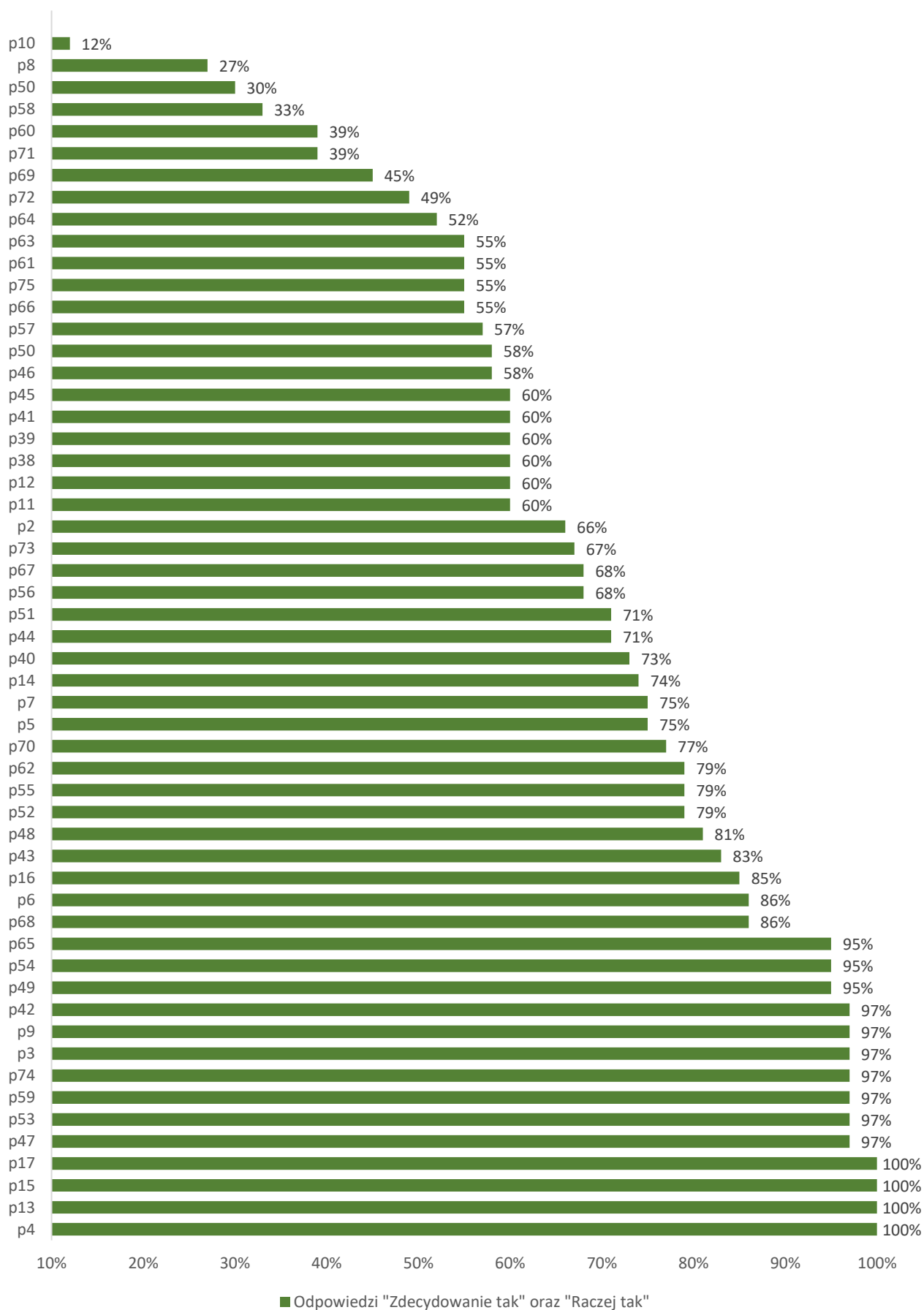
Działania ewaluacyjne, stanowiące integralny element poszczególnych etapów procesu kształcenia oraz jego podsumowanie końcowe, dostarczają istotnej informacji zwrotnej zarówno absolwentom, jak i kadrze akademickiej, pełniąc funkcję miernika efektywności procesu edukacyjnego. W kształceniu na kierunku pielęgniarstwo podejście to znajduje szczególne uzasadnienie i jest powszechnie stosowane, ponieważ istotą zawodu jest umiejętność wykonywania określonych czynności pielęgniarzkich zgodnie z obowiązującymi standardami, z poszanowaniem dobra pacjenta oraz bezpieczeństwa własnego. Ewaluacja nie

¹ Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.) *Podstawy pielęgniarstwa*, t.1., *Założenia teoretyczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 21-25.

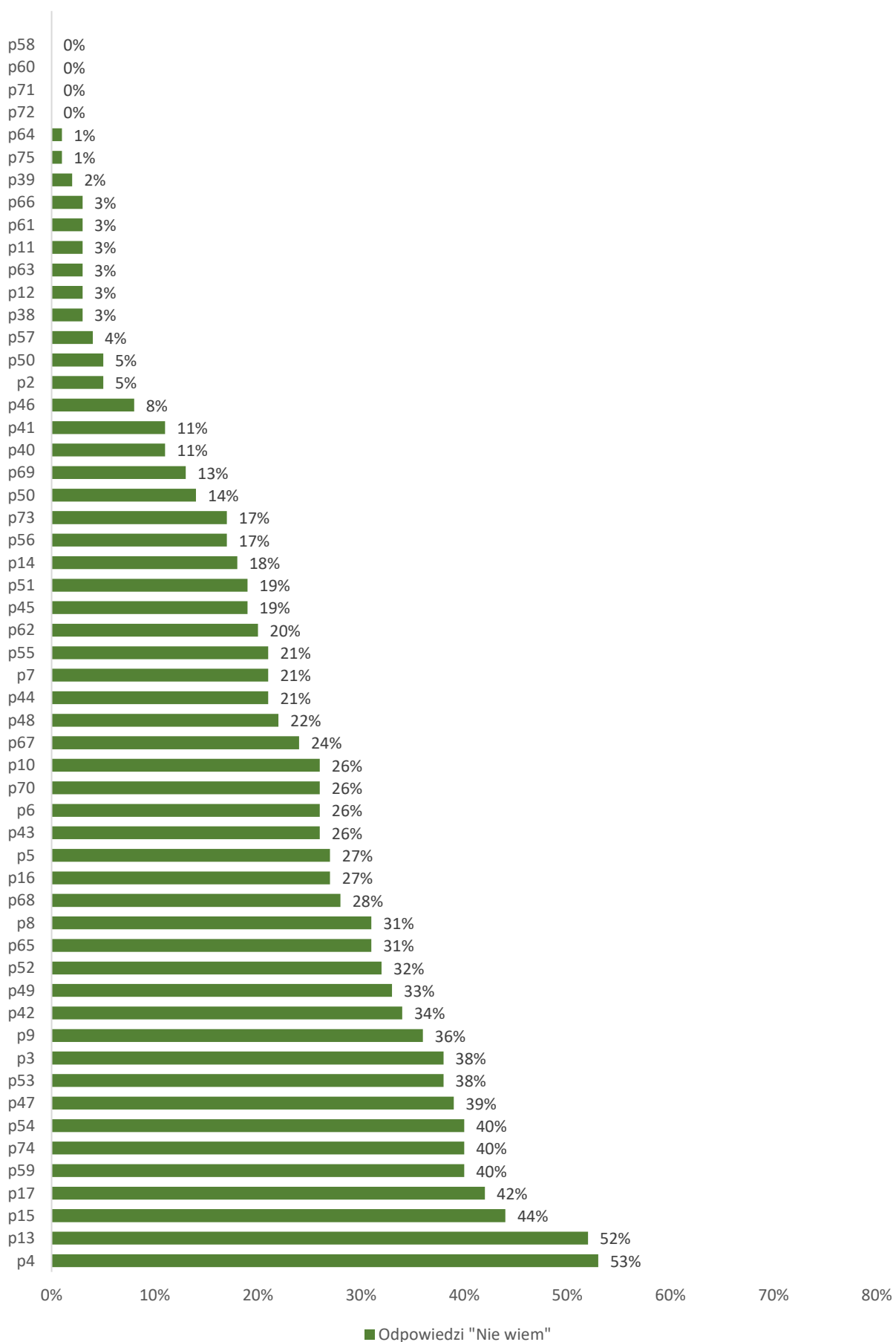
² Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s.44.

powinna jednak ograniczać się wyłącznie do weryfikacji kompetencji niezbędnych do wykonywania zawodu pielęgniarki lub pielęgniarza, lecz powinna być stosowana szerzej w kształceniu profesjonalistów wykonujących zawody o wyraźnym charakterze praktycznym, takich jak lekarz, pielęgniarka, dietetyk czy kosmetolog, których działania są bezpośrednio ukierunkowane na drugiego człowieka. Wynika to z faktu, że współczesny człowiek, niezależnie od poziomu własnej wiedzy medycznej, wymaga wsparcia i opieki specjalistów ochrony zdrowia. Uczestnictwo w procesie pielęgnowania zdrowia innych osób, a także świadomość odpowiedzialności za podejmowane działania, powinny stanowić fundament wykonywania tego zawodu. Jako członek zespołu terapeutycznego pielęgniarka lub pielęgniarz aktywnie uczestniczy we wszystkich etapach opieki nad pacjentem, a nadrzędną wartością tych działań pozostaje zdrowie i bezpieczeństwo osoby objętej opieką, która powierzając się profesjonalnej opiece, niejednokrotnie powierza także swoje życie. Każdy sukces terapeutyczny, współudział w skutecznych działaniach edukacyjnych oraz obserwowana zmiana stylu życia pacjenta na prozdrowotny powinny stanowić istotne źródło motywacji do dalszego rozwoju zawodowego oraz być postrzegane jako osobisty sukces zawodowy.

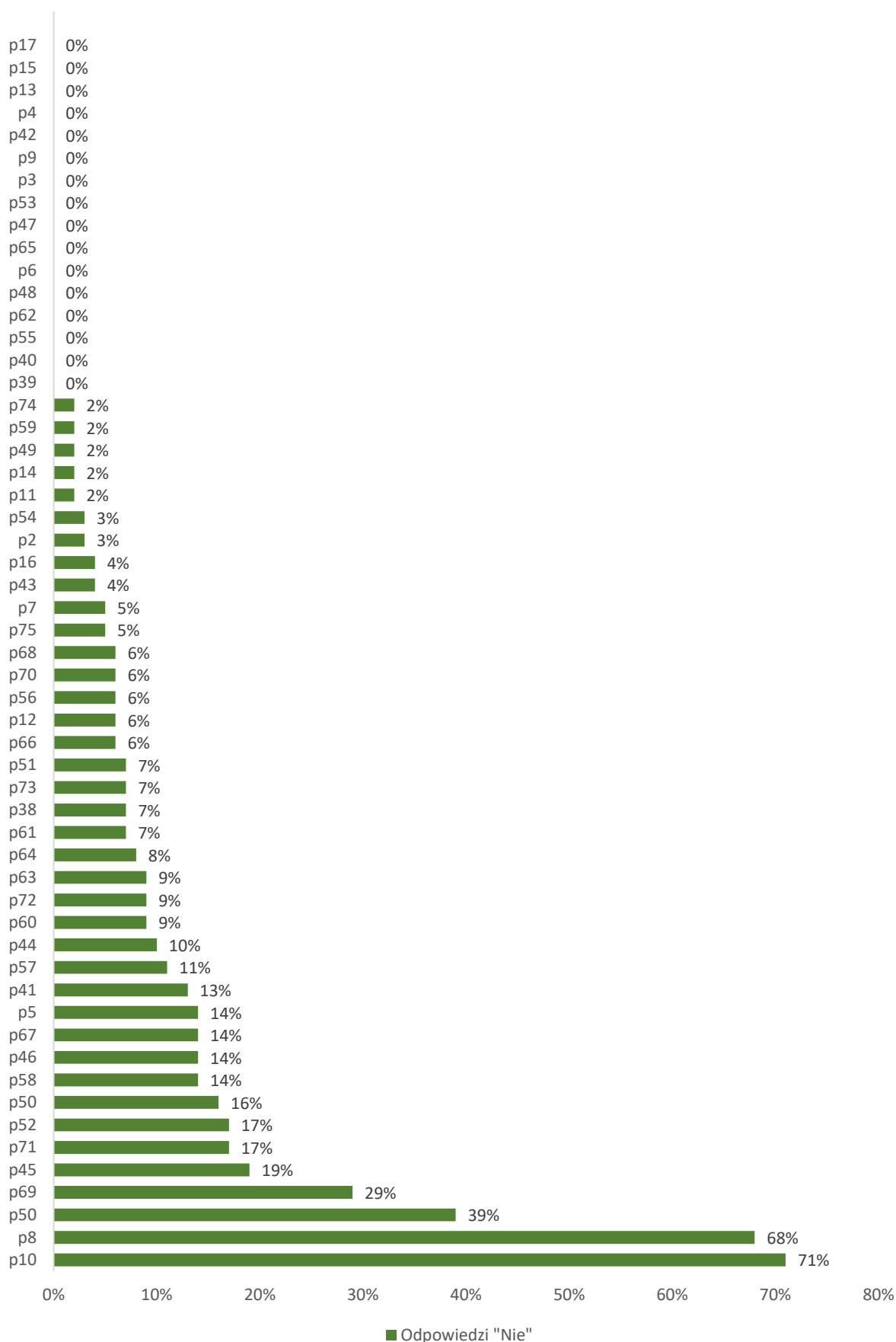
Odpowiedzi pozytywne ("Zdecydowanie tak" oraz "Raczej tak")



Odpowiedzi neutralne ("Nie wiem")



Odpowiedzi negatywne ("Zdecydowanie nie" oraz "Raczej nie")



Na podstawie całościowej analizy wyników ankiety można sformułować wniosek, że badana grupa studentów charakteryzuje się wysokim poziomem dojrzałości oraz wyraźnie ukształtowanymi podstawami etycznymi i interpersonalnymi, przy jednoczesnym zróżnicowaniu w zakresie kompetencji strictly specjalistycznych i zaawansowanej wiedzy klinicznej. Uzyskany obraz jest spójny z heterogenicznym charakterem próby badawczej, obejmującej zarówno absolwentów, jak i studentów na wczesnym etapie kształcenia, w tym osób z trzeciego semestru, których doświadczenie zawodowe opiera się głównie na zajęciach praktycznych o charakterze obserwacyjno-dydaktycznym.

Najmocniejsze wyniki odnotowano w pytaniach odnoszących się do postaw zawodowych, odpowiedzialności oraz relacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym. Przykładem są pytania p4 „Jestem zaangażowana/ny w wykonywaną pracę i mam poczucie odpowiedzialności za podejmowane działania i ich następstwa”, p15 „Łatwo nawiązuję kontakty z ludźmi i potrafię skutecznie komunikować się z innymi”, p17 „Potrafię wczuć się w sytuację innej osoby” oraz p59 „Potrafię zachować tajemnicę zawodową”, które uzyskały niemal stuprocentowy odsetek odpowiedzi pozytywnych. Podobnie wysokie wyniki dotyczą podstawowych umiejętności praktycznych, co ilustrują pytania p47 „Potrafię dokonać bezpiecznego i skutecznego pomiaru parametrów – temperatury, tętna, oddechu, ciśnienia” oraz p74 „Potrafię udzielić pacjentowi pomocy przedlekarskiej”. Świadczy to o skutecznym przekazywaniu fundamentalnych kompetencji pielęgniarских oraz o internalizacji standardów bezpieczeństwa i odpowiedzialności zawodowej już na wczesnym etapie edukacji.

Za obszar względnej siły należy również uznać deklarowaną gotowość do pełnienia roli zawodowej, co znajduje odzwierciedlenie w wysokim odsetku odpowiedzi pozytywnych w pytaniu p38 „Jestem przygotowana/-ny do samodzielnego wykonywania zawodu Pielęgniarki”. Choć deklaracja ta może częściowo wynikać z subiektywnej oceny i aspiracji zawodowych, wskazuje ona na silną identyfikację studentów z przyszłą rolą zawodową oraz poczucie sensu i wartości wybranego kierunku kształcenia.

Największe trudności oraz najwyższy udział odpowiedzi „nie wiem” i negatywnych koncentrują się w obszarach wymagających pogłębionej wiedzy teoretycznej, doświadczenia klinicznego i samodzielnego podejmowania decyzji. Do najsłabszych wyników należą m.in. pytanie p10 „Jestem kreatywna/kreatywny”, które charakteryzuje się bardzo wysokim odsetkiem odpowiedzi negatywnych, a także pytania z zakresu farmakologii i wiedzy specjalistycznej, takie jak p50 „Znam grupy leków i mechanizmy ich działania”, p54 „Znam uboczne działania większości leków” czy p75 „Potrafię posługiwać się specjalistycznym językiem obcym w stopniu komunikatywnym”. Również pytania dotyczące konstruowania indywidualnych planów opieki oraz dokumentowania procesu pielęgnowania, jak p45 „Potrafię skonstruować indywidualny plan opieki nad pacjentem” i p60 „Potrafię opracować dokumentację opieki nad pacjentem w oparciu o obowiązujące przepisy”, ujawniają istotny poziom niepewności respondentów.

Rozkład odpowiedzi wskazuje, że studenci znacznie lepiej oceniają kompetencje, które mogą być rozwijane poprzez obserwację, modelowanie zachowań i ćwiczenia podstawowe, natomiast ostrożniej wypowiadają się w obszarach wymagających samodzielności, odpowiedzialności prawnej oraz integracji złożonej wiedzy teoretycznej z praktyką kliniczną. Odpowiedzi „nie wiem” należy w tym kontekście interpretować jako przejaw realistycznej samooceny, a nie jako jednoznaczny brak kompetencji. Taka postawa jest szczególnie pożądana w zawodach medycznych, gdyż sprzyja bezpieczeństwu pacjenta i gotowości do dalszego uczenia się.

Zagadnieniem o szczególnym ciężarze gatunkowym w kontekście odporności psychicznej przyszłych kadr medycznych jest zdolność do radzenia sobie ze stresem oraz odporność na wypalenie zawodowe. Analiza deklaracji studentów studiów magisterskich ujawnia w tym obszarze relatywnie stabilne poczucie własnej skuteczności, jako że 232 respondentów potwierdza posiadanie wysokiej odporności psychicznej w trudnych sytuacjach klinicznych. Równolegle aż 253 osoby deklarują, że potrafią podejmować szybkie i prawidłowe decyzje pod wpływem silnego stresu, co świadczy o wysokim poziomie opanowania operacyjnego. Niemniej jednak, niepokojący jest fakt, że grupa 52 studentów II stopnia nie potrafi jednoznacznie ocenić swoich mechanizmów obronnych przed wypaleniem, a 28 osób wprost sygnalizuje deficyty w tym zakresie. W połączeniu z wynikami studentów I stopnia, gdzie aż 50 osób wykazało bezradność lub brak doświadczenia w sytuacjach nagłych wymagających udzielenia pierwszej pomocy, zarysowuje się wyraźna potrzeba wdrożenia do programu studiów systemowego wsparcia psychologicznego. Stresogenny charakter pracy pielęgniarskiej wymaga, aby obok twardych procedur medycznych, studenci obydwu stopni byli rutynowo szkoleni z technik redukcji napięcia, radzenia sobie z traumą oraz przeciwdziałania chronicznemu zmęczeniu, co pozwoli im zachować dobrostan psychiczny w przyszłej pracy zawodowej.

Dodatkowo od pielęgniarki/pielęgniарzа wymagane jest prowadzenie dokumentacji, obsługa sprzętu i urządzeń medycznych, zbieranie wywiadu o stanie zdrowia pacjenta, edukacja prozdrowotna pacjentów i ich rodzin oraz promocja zdrowia. Każda z tych czynności wymaga różnych zdolności, predyspozycji i umiejętności^{3 4 5 6 7}. Pielęgniarki/Pielęgniарze pracują również pod wpływem presji czasu. Często pojawiają się sytuacje nieprzewidywalne, np. nagłe pogorszenie się stanu pacjenta czy też reanimacja, podczas której minuty decydują o życiu podopiecznego. Doprowadzają one do postępującego⁸ zmęczenia i spadku efektywności pracy oraz do obniżenia komfortu psychicznego pielęgniarki/pielęgniарzа^{9 10}. Występują także sytuacje związane z poczuciem braku kontroli, np. gdy pielęgniarka/pielęgniарz opiekuje się pacjentem nieprzytomnym lub zaintubowanym. Nie ma wówczas możliwości nawiązania z nim kontaktu i uzyskania informacji zwrotnej, czy jej/jego praca przynosi zamierzone efekty. Brak lub ograniczenie kontroli jest ważnym czynnikiem zaburzającym dobre samopoczucie i prowadzi do wyczerpania emocjonalnego^{11 12}. Dodatkowo wiele problemów stwarzają pielęgniарce/pielęgniарzowi relacje ze współpracownikami, pacjentami i ich rodzinami, które czasami przebiegają w atmosferze dużego napięcia

³ Andruszkiewicz A.: Poziom poczucia koherencji a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Pielęg Pol.* 2005, 19,1, 58-62.

⁴ Brzeska H.: Czynniki związane ze stresem zawodowym pielęgniarek oddziałowych. *Antidotum* 1998, 7, 9, 63.

⁵ Kamińska-Tymińska S., Smorawska B., Nowak A., Nawrocka A.: Wypalenie zawodowe konsekwencją stresu u pielęgniarek anestezyjologicznych. W: IV Zjazd: Pielęgniарstwo w anestezyjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia. Poznań, 2005, 126-144.

⁶ Korzeniewska J.: Zawód: pielęgniarka. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999, 10, 8-10.

⁷ Kliś M.: Rola empatii w sztuce uzdrawiania. *Sztuka Leczenia* 2002, 8, 3, 109-117.

⁸ Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: *Psychologia: Podręcznik akademicki*, 3. Red. Strelau J.: Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, 2000.

⁹ Płotka A., Golec D., Czernikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales UMCS*, sect.D. Medicina, Polonia 2000, 45, supl. 7, 229-237.

¹⁰ Wiklak B., Lenartowicz D., Luzyńczyk S., Diduch J.: Personel pielęgniарski oddziałów anestezyjologicznych szpitali wielospecjalistycznych wobec czynników stresogennych. *Pielęgniарstwo Polskie* 1997, 7, 39-48.

¹¹ Marcinkowski J.T.: Zróżnicowanie źródeł stresów w zawodzie lekarskim. W: *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Red. Marcinkowski J.T. Poznań: Wydaw. Lekarskie PZWL, 2003.

¹² Źródła stresu. Red. Terelak J.F. Warszawa: Wydaw. Akademii Teologii Katolickiej, 1999.

emocjonalnego [2,7,10]. Ze względu na specyfikę pracy w tej grupie zawodowej zaburzony zostaje rytm całodobowy, co niesie za sobą ujemne skutki zdrowotne i emocjonalne. Praca pielęgniarki/pielęgniarsza może być także źródłem zagrożenia dla jej zdrowia, gdyż podczas wykonywania różnych czynności ma bezpośredni kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym pochodzącym od chorego (krew, wydzieliny, wydaliny). Przepełnione sale chorych, pomieszczenia bez klimatyzacji, powietrze zanieczyszczone oparami środków dezynfekcyjnych i leków prowadzą do szybkiego wyczerpania fizycznego organizmu^{13 14}. W polskich warunkach wykonywanie zawodu pielęgniarki jest dodatkowo trudne, gdyż związane jest nadal ze zbyt niskim prestiżem społecznym zawodu, małą możliwością rozwoju i awansu oraz niedostateczną w wielu przypadkach satysfakcją materialną^{15 16 17}.

Pielęgniarki/Pielęgniarze, w aktualnej sytuacji systemu ochrony zdrowia, to jedna z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych. Wśród źródeł stresu dla tej grupy pracowników wymienia się między innymi: źle zorganizowaną pracę; zmienność pracy zakłócającą naturalny rytm biologiczny organizmu; pracę nierytmiczną, powodującą okresowo duże przeciążenia; brak satysfakcjonującego wynagrodzenia; brak uznania w opinii przełożonych; brak perspektyw rozwoju zawodowego oraz zły przepływ informacji w zespole. Wymieniając źródła stresu w pracy pielęgniarek/pielęgniarzy, nie sposób podkreślić szerokiego zakresu odpowiedzialności związanej z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi, presji bycia niezawodnym i dyspozycyjnym oraz oczekiwań ze strony pacjentów i ich rodzin^{18 19 20 21}.

Pielęgniarki/Pielęgniarze pracujące w oddziałach o znacznym ryzyku kontaktu z przewlekłym umieraniem i śmiercią deklarują, że największe źródła stresu w pracy zawodowej to: umieranie i śmierć pacjenta, obserwowanie rozwoju choroby oraz jej skutków, a także psychospołeczne warunki pracy (konflikty w zespole terapeutycznym, relacje pielęgniarka – pacjent – rodzina i organizacyjne warunki pracy)²².

Interpretacja przedstawionych wyników pozwala na pogłębioną ocenę profilu psychologiczno-zawodowego badanej grupy studentów, ze szczególnym uwzględnieniem motywacji, stylu pracy, podejścia do odpowiedzialności, zmian oraz funkcjonowania w sytuacjach wymagających samodzielności i odporności psychicznej. Uzyskany obraz jest

¹³ Kalinowska E.: Pielęgniarka jako naturalny rzecznik praw pacjenta. *Lęk i Depresja* 2003, 8, 1, 554-559.

¹⁴ Płotka A., Golec D., Czernikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales UMCS*, sect.D. Medicina, Polonia 2000, 45, supl. 7, 229-237.

¹⁵ Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: *Psychologia: Podręcznik akademicki*, 3. Red. Strelau J.: Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, 2000.

¹⁶ Kamińska-Tymińska S., Smorawska B., Nowak A., Nawrocka A.: Wypalenie zawodowe konsekwencją stresu u pielęgniarek anestezjologicznych. W: *IV Zjazd: Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia*. Poznań, 2005, 126-144.

¹⁷ Pines A.M.: Wypalenie – w perspektywie egzystencjonalnej. W: *Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Red. Sęk H.: Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN, 2000.

¹⁸ Płaskowska-Żywko L., Tobolewska-Albrycht K.: Źródła stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek oddziałów kardiologicznych – wyniki wstępne. *IV Zjazd: Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia*. Poznań, 2005, 110-125.

¹⁹ Płotka A., Golec D., Czernikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales UMCS*, sect.D. Medicina, Polonia 2000, 45, supl. 7, 229-237.

²⁰ Płotka A., Radwan M., Makara-Studzińska M.: Psychospołeczne konsekwencje stresu zawodowego. *Annales UMCS*, sect.D, 2000, 43, 213-219.

²¹ Rogala-Pawelczyk G., Parkitna J.: Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek pediatrycznych. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 5, 8-10.

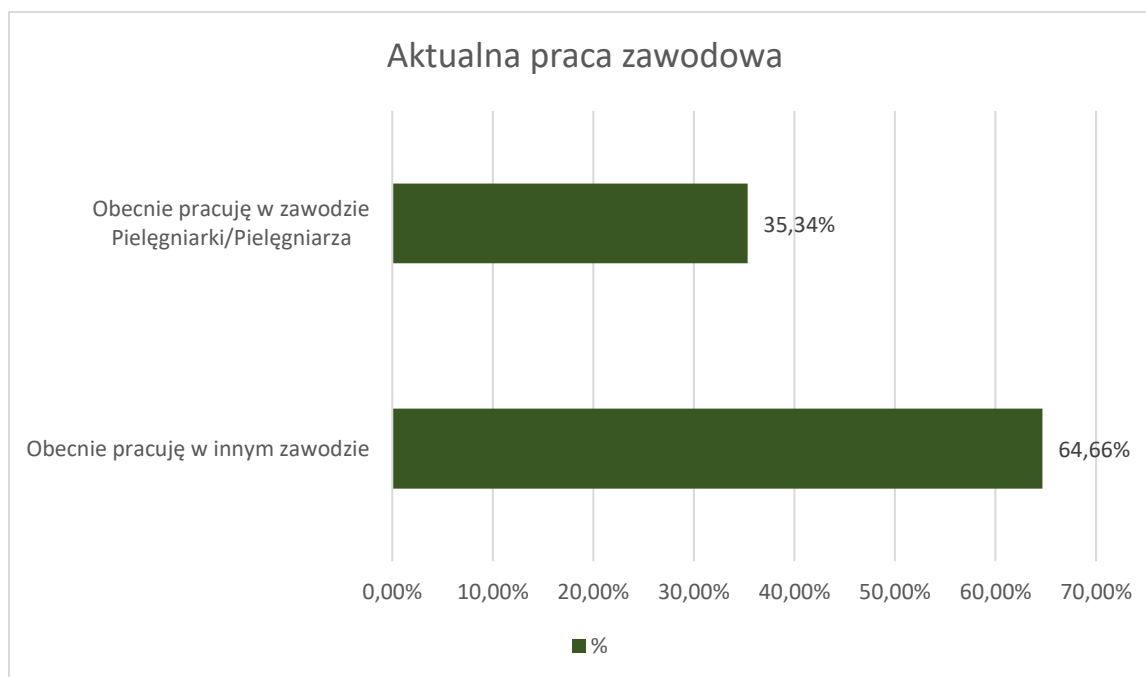
²² Muraczyńska B.: Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales UMCS*, 2000, 34, 165-168.

wewnętrznie spójny, a jednocześnie silnie powiązany z etapem kształcenia i ograniczonym doświadczeniem zawodowym respondentów.

Wielowymiarowa analiza motywacji do pracy oraz determinantów wyboru ścieżki rozwoju zawodowego stanowi kluczowy element oceny trwałości przyszłych kadr pielęgniarских. W kohorcie studentów studiów licencjackich aż 295 osób deklaruje silną, wewnętrzną motywację do podjęcia zatrudnienia oraz subiektywne poczucie gotowości do samodzielnego objęcia stanowiska pielęgniarского tuż po ukończeniu edukacji. Tak wysoki odsetek pozytywnych deklaracji świadczy o trafnym wyborze kierunku studiów i silnej identyfikacji z rolą zawodową na etapie bazowym. Zjawisko to ewoluuje jednak w interesujący sposób na poziomie studiów magisterskich. Choć motywacja do ciągłego podnoszenia kwalifikacji poprzez udział w specjalistycznych kursach i konferencjach naukowych pozostaje tam na bardzo wysokim poziomie, angażując aż 274 respondentów, to motywacja zorientowana na awans pionowy i leaderski ulega wyraźnemu osłabieniu. Zaledwie 167 magistrantów czuje wewnętrzny impuls i predyspozycje do zarządzania zespołami ludzkimi, a blisko jedna trzecia badanych wykazuje w tym obszarze bierność lub brak jasnych intencji zawodowych. Wskazuje to na wyraźny rozdźwięk – o ile studenci pielęgniarstwa posiadają ogromną, stałą motywację do rozwoju eksperckiego i klinicznego (chcą być coraz lepszymi specjalistami przy łóżku pacjenta), o tyle wykazują głęboki sceptycyzm wobec motywacji menedżerskiej. Z perspektywy strategicznej zarządzania uczelnią, dane te implikują konieczność wzmocnienia bodźców motywacyjnych o charakterze prestiżowym i leaderskim, aby absolwenci studiów drugiego stopnia widzieli realną wartość i osobistą satysfakcję w obejmowaniu stanowisk kierowniczych w strukturach ochrony zdrowia.

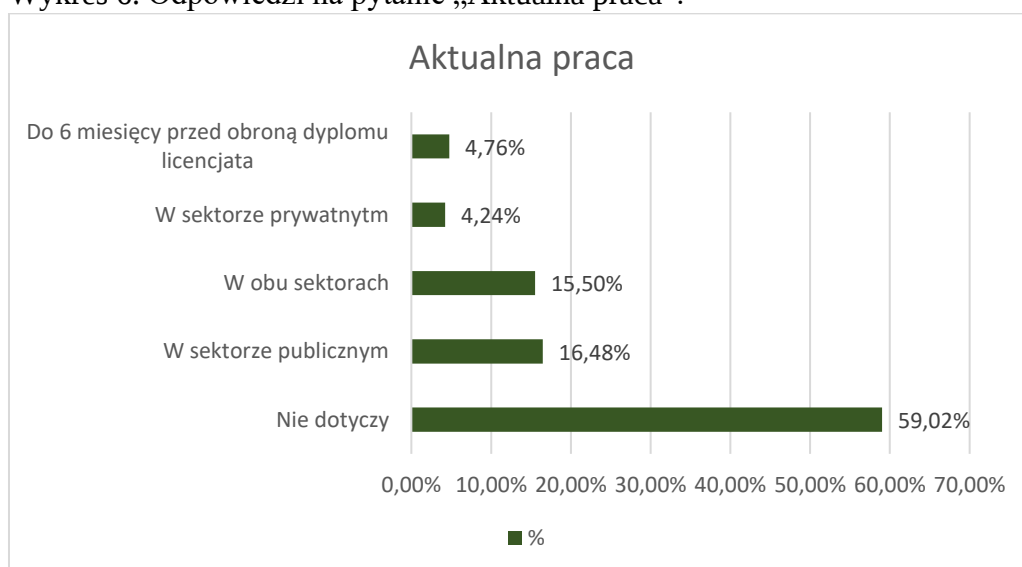
Autonomia zawodowa, stanowiąca jeden z najważniejszych filarów nowoczesnego pielęgniarstwa, jawi się w deklaracjach badanych w sposób niejednoznaczny, ukazując wyraźny rozdźwięk pomiędzy poczuciem niezależności w relacji z pacjentem a lękiem przed pełną odpowiedzialnością prawną-decyzyjną. Na poziomie studiów licencjackich studenci deklarują wysoką samodzielność w podstawowych procesach opiekuńczych, o czym świadczy fakt, że aż 339 osób potrafi autonomicznie sformułować plan opieki na podstawie rozpoznanych potrzeb pacjenta, a 326 bez problemu samodzielnie przygotowuje chorego do badań diagnostycznych. Co więcej, aż 348 osób czuje się w pełni niezależnymi w kwestii zachowania tajemnicy zawodowej. Sytuacja komplikuje się jednak w kohorcie II stopnia, gdzie autonomia wkracza w sferę zaawansowanych uprawnień klinicznych. Choć zdecydowana większość magistrantów (262 osoby) deklaruje zdolność do samodzielnego modyfikowania planu opieki w warunkach dynamicznych zmian stanu zdrowia pacjenta, to kluczowy atrybut rozszerzonej autonomii, jakim jest ordynowanie leków i wypisywanie recept, budzi już znaczny opór. Jedynie 213 studentów studiów magisterskich czuje się do tego przygotowanymi, podczas gdy 28 ocenia swoje kompetencje negatywnie, a aż 71 osób w ogóle nie miało okazji przetestować tej niezależności w praktyce. Ta ostrożność, połączona z faktem, że blisko jedna trzecia magistrantów (94 osoby) nie posiada kompetencji do organizowania pracy podległego personelu, sugeruje, że studenci wciąż postrzegają autonomię w kategoriach tradycyjnego wykonawstwa i opieki przy łóżku chorego, wykazując głęboki dystans wobec autonomii zarządczej i decyzyjnej, która wiąże się z samodzielnym ponoszeniem ryzyka prawnego.

Wykres 5. Odpowiedzi na pytanie „Aktualna praca zawodowa”.



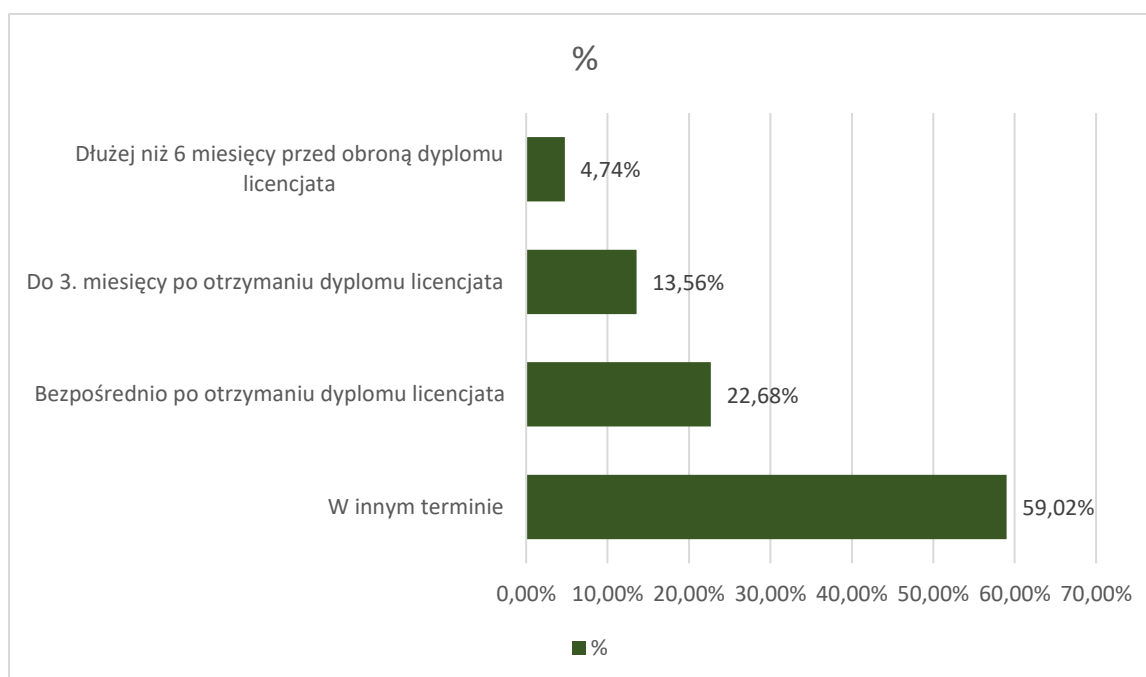
Zdecydowana większość respondentów (64,66%) wykonuje obecnie pracę poza zawodem pielęgniarki, natomiast 35,34% pracuje zgodnie z wyuczonym kierunkiem. Wynik ten należy interpretować w kontekście struktury badanej grupy, w której znaczną część stanowią studenci znajdujący się dopiero na wczesnym etapie kształcenia, po zajęciach praktycznych, a niekiedy jeszcze bez odbytych praktyk zawodowych. Podejmowanie pracy w innym zawodzie może mieć charakter dorywczy i wynikać głównie z potrzeb finansowych, a nie z rezygnacji z przyszłej pracy w zawodzie pielęgniarki.

Wykres 6. Odpowiedzi na pytanie „Aktualna praca”.



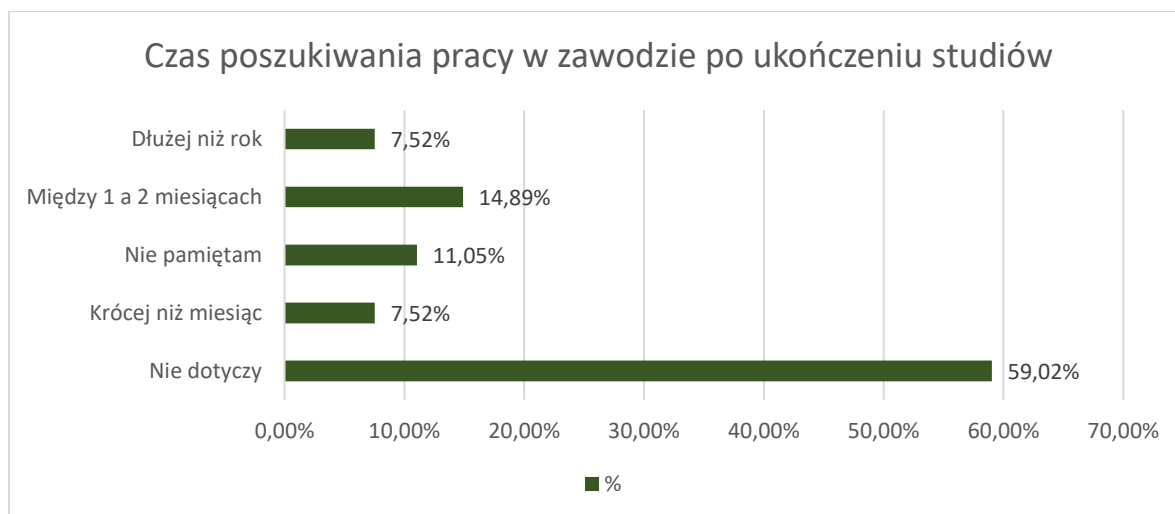
Najliczniejszą kategorię stanowią odpowiedzi „nie dotyczy” (59,02%), co jednoznacznie potwierdza, że większość respondentów nie funkcjonuje jeszcze w pełni na rynku pracy pielęgniarstwa. Wśród osób aktywnych zawodowo dominują zatrudnieni w sektorze publicznym (16,48%) oraz łączący pracę w sektorze publicznym i prywatnym (15,50%), natomiast marginalny odsetek pracuje wyłącznie w sektorze prywatnym (4,24%). Niewielki udział osób podejmujących pracę jeszcze przed obroną dyplomu wskazuje, że wcześniejsze wejście na rynek pracy nie jest zjawiskiem powszechnym.

Wykres 7. Odpowiedzi na pytanie „Od kiedy rozpoczęła Pani/Pan poszukiwanie pracy w zawodzie?”.



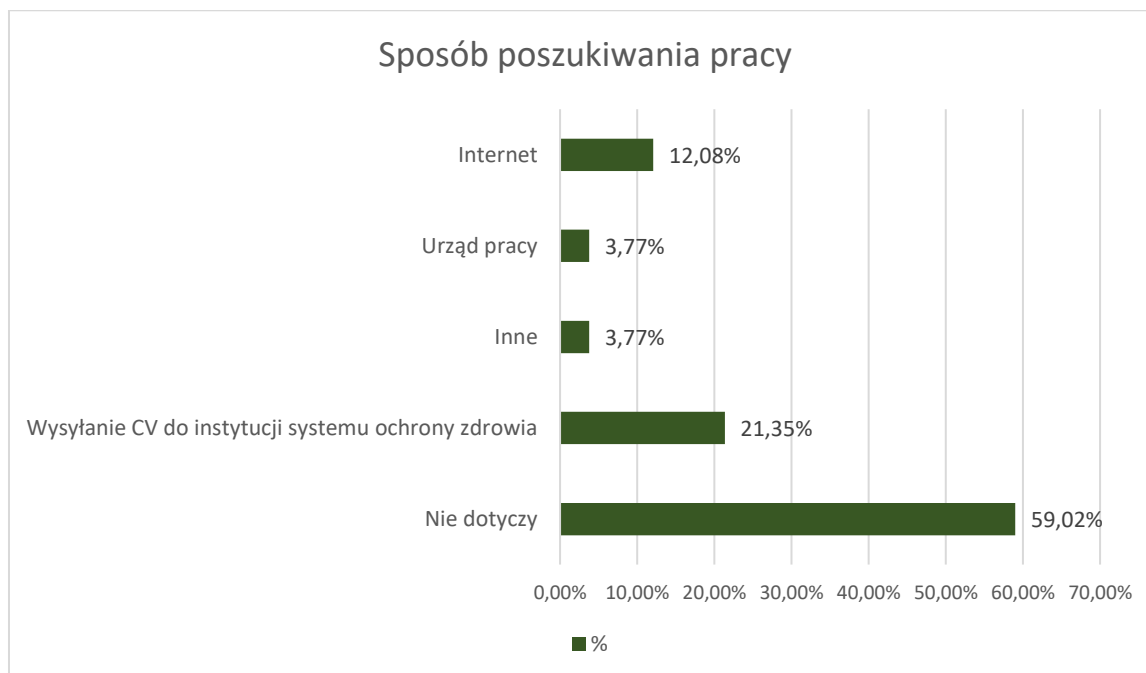
Największa grupa respondentów (59,02%) wskazała odpowiedź „w innym terminie”, co ponownie potwierdza, że znaczna część badanych nie rozpoczęła jeszcze aktywnego poszukiwania pracy w zawodzie. Jednocześnie niemal jedna czwarta ankietowanych (22,68%) rozpoczęła poszukiwania bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu, co świadczy o wysokiej gotowości części absolwentów do szybkiego wejścia na rynek pracy. Skrajnie niski odsetek osób poszukujących pracy znacznie przed obroną dyplomu wskazuje, że takie działania mają charakter jednostkowy.

Wykres 8. Odpowiedzi na pytanie „Jak długo po ukończeniu studiów I stopnia szukała Pani/Pan pracy w zawodzie?”.



Ponad połowa respondentów (59,02%) zaznaczyła odpowiedź „nie dotyczy”, co jest konsekwencją faktu, że wielu badanych nadal studiuje. Wśród osób, które poszukiwały pracy, dominuje relatywnie krótki czas poszukiwań, do dwóch miesięcy, co może wskazywać na stosunkowo dobrą chłonność rynku pracy. Jednocześnie istotny jest skrajny wynik 7,52% osób poszukujących pracy dłużej niż rok, co może świadczyć o indywidualnych barierach lub ograniczeniach lokalnych.

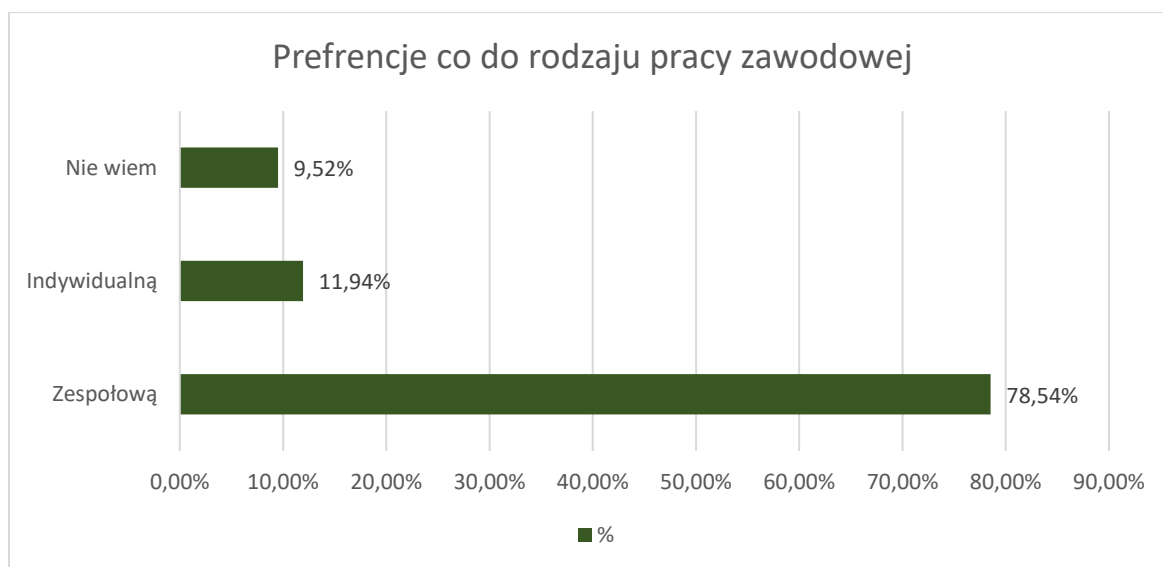
Wykres 9. Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób po ukończeniu studiów I stopnia szukała Pani/Pan pracy w zawodzie pielęgniarstwa?”.



Z uwagi na dużą liczbę studentów, odpowiedź „nie dotyczy” ponownie dominuje (59,02%). Wśród aktywnie poszukujących pracy najczęściej wskazywano bezpośrednie

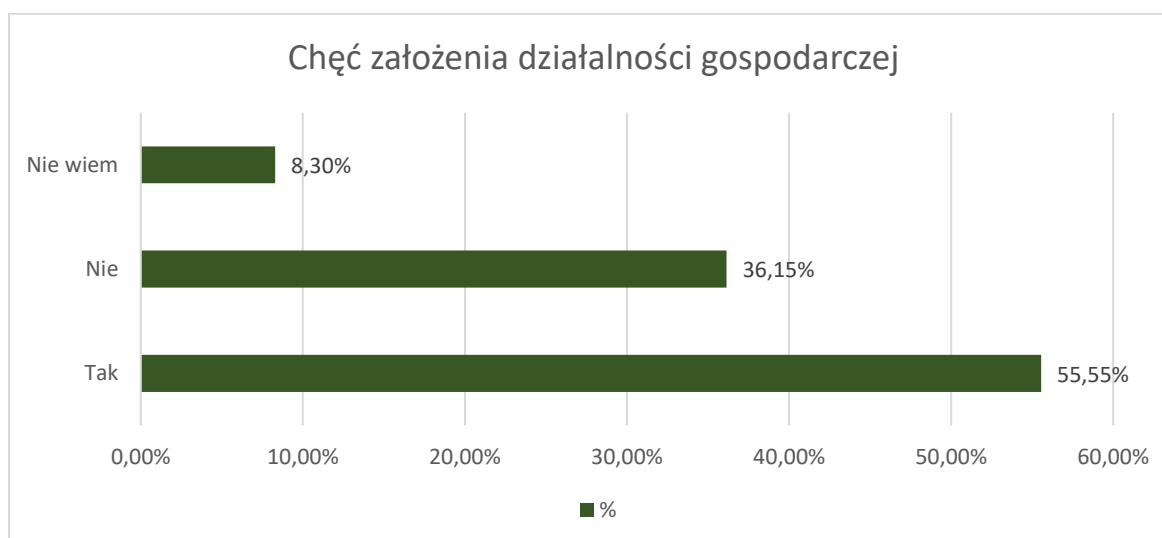
wysyłanie CV do instytucji ochrony zdrowia (21,35%), co sugeruje samodzielny i bezpośredni charakter działań absolwentów. Znacznie rzadziej korzystano z urzędów pracy lub innych form wsparcia, co może świadczyć o ograniczonym znaczeniu tych instytucji w procesie rekrutacji pielęgniarzek.

Wykres 10. Odpowiedzi na pytanie „Preferencje co do rodzaju pracy zawodowej”.



Zdecydowana większość respondentów (78,54%) preferuje pracę zespołową, co jest zgodne ze specyfiką zawodu pielęgniarstwa, opartego na współpracy interdyscyplinarnej. Niewielki odsetek osób preferujących pracę indywidualną oraz deklarujących brak sprecyzowanych preferencji może wynikać z ograniczonego doświadczenia zawodowego części badanych.

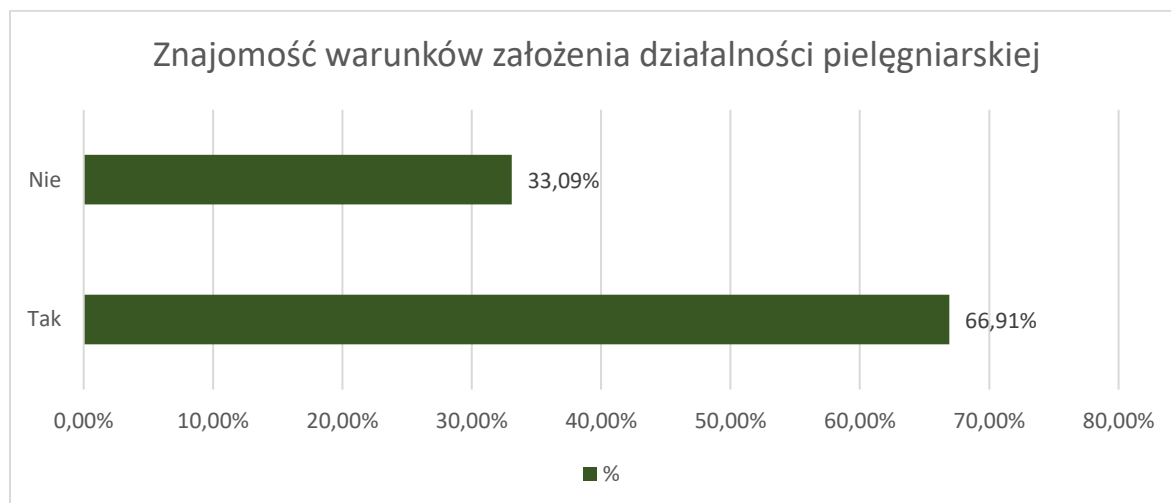
Wykres 11. Odpowiedzi na pytanie „Chęć założenia działalności gospodarczej”.



Ponad połowa respondentów (55,55%) deklaruje chęć założenia własnej działalności gospodarczej, co stanowi istotnie wysoki wynik. Jednocześnie ponad jedna trzecia

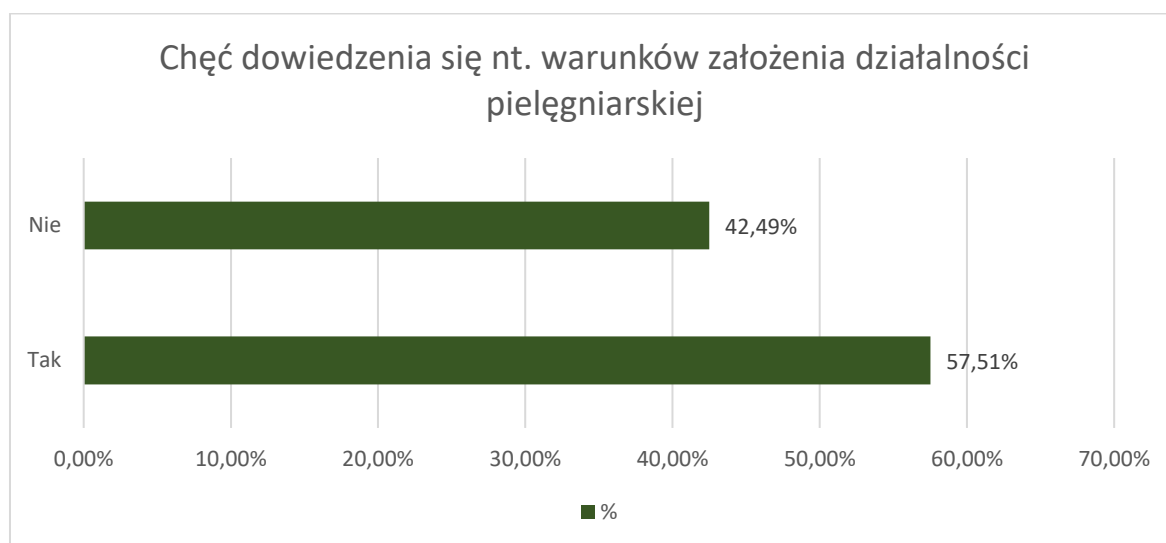
ankietowanych nie jest zainteresowana tą formą aktywności, co może wynikać z obaw przed odpowiedzialnością oraz brakiem doświadczenia zawodowego. Skrajnie niski odsetek odpowiedzi niezdecydowanych wskazuje na stosunkowo wyraźne postawy wobec samozatrudnienia.

Wykres 12. Odpowiedzi na pytanie „Czy zna Pani/Pan warunki założenia własnej działalności pielęgniarstwa?”.



Większość respondentów (66,91%) deklaruje znajomość warunków zakładania działalności pielęgniarstwa, co może świadczyć o rosnącym zainteresowaniu alternatywnymi formami zatrudnienia. Jednocześnie jedna trzecia badanych nie posiada takiej wiedzy, co w kontekście dużej liczby studentów jest zjawiskiem zrozumiałym.

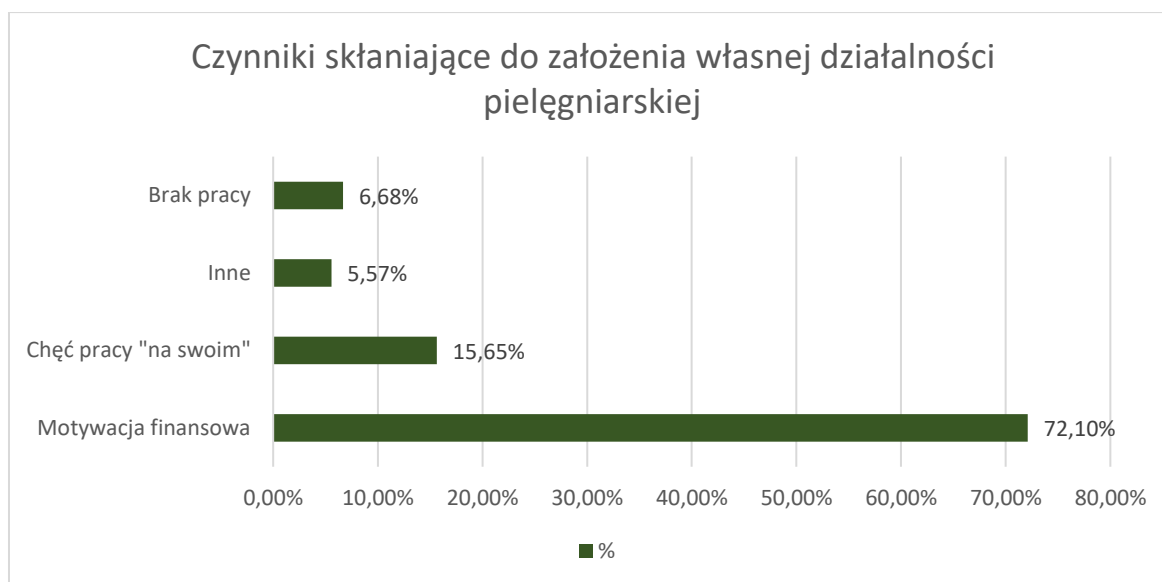
Wykres 13. Odpowiedzi na pytanie „Czy chciałaby się Pani/Pan dowiedzieć jakie są warunki założenia własnej działalności pielęgniarstwa?”.



Ponad połowa respondentów (57,51%) wyraża chęć pogłębienia wiedzy w zakresie zakładania działalności gospodarczej, co wskazuje na potencjał rozwojowy tej formy pracy.

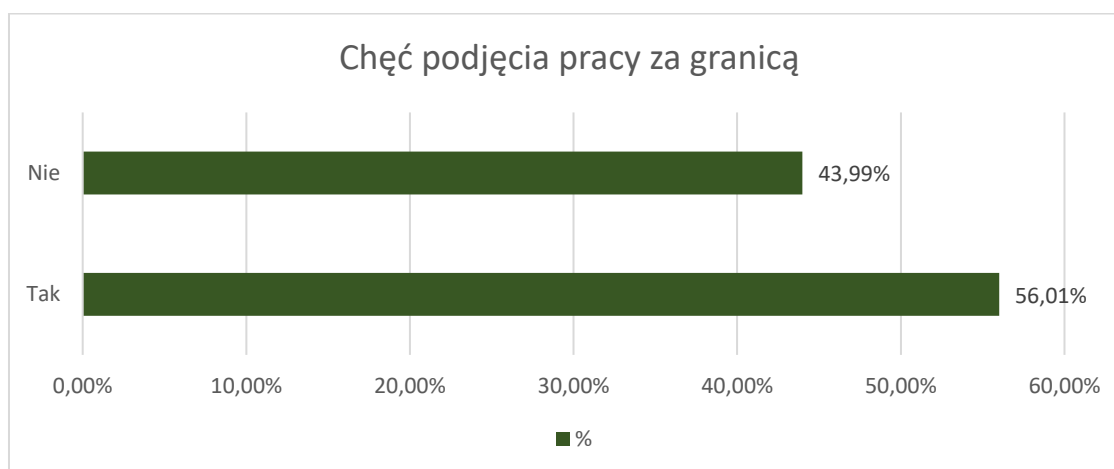
Jednocześnie wysoki odsetek odpowiedzi negatywnych może sugerować, że część badanych preferuje tradycyjne formy zatrudnienia lub nie rozważa jeszcze długofalowej ścieżki zawodowej.

Wykres 14. Odpowiedzi na pytanie „Jakie czynniki skłoniłyby Panią/Pana do założenia własnej działalności pielęgniarstwa (działalności gospodarczej)?”.



Zdecydowanie dominującym czynnikiem motywującym jest aspekt finansowy (72,10%), co podkreśla ekonomiczne uwarunkowania decyzji zawodowych respondentów. Znacznie rzadziej wskazywano potrzebę niezależności czy brak pracy, co sugeruje, że samozatrudnienie postrzegane jest głównie jako sposób poprawy sytuacji materialnej, a nie jako rozwiązanie przymusowe.

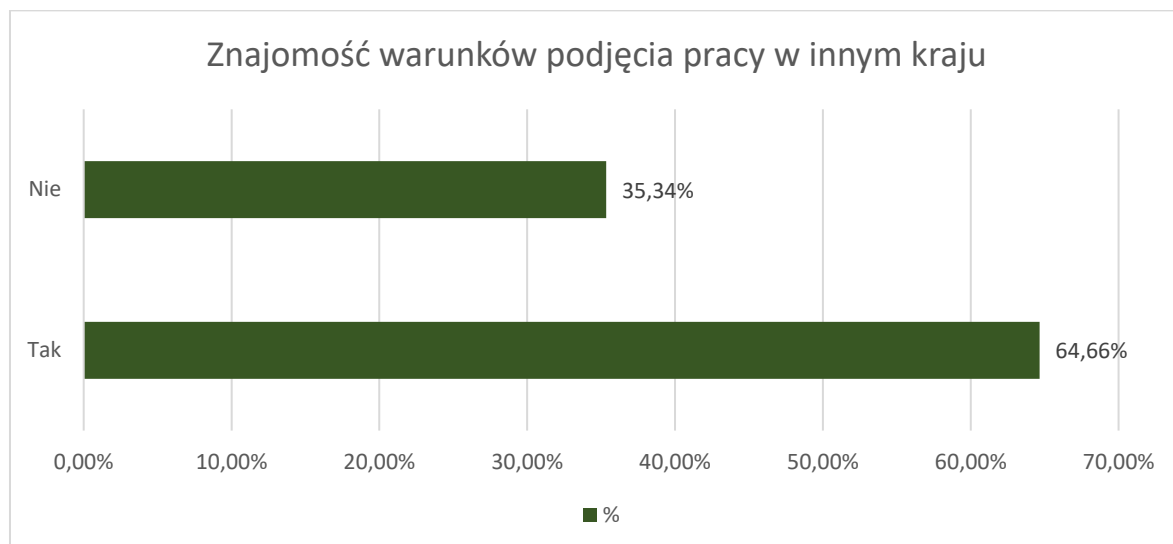
Wykres 15. Odpowiedzi na pytanie „Czy myślała Pani/Pan o podjęciu pracy w innych krajach poza granicami Polski?”



Ponad połowa badanych (56,01%) rozważała możliwość podjęcia pracy poza granicami Polski, co wskazuje na istotny potencjał migracyjny wśród przyszłych i obecnych pielęgniarek.

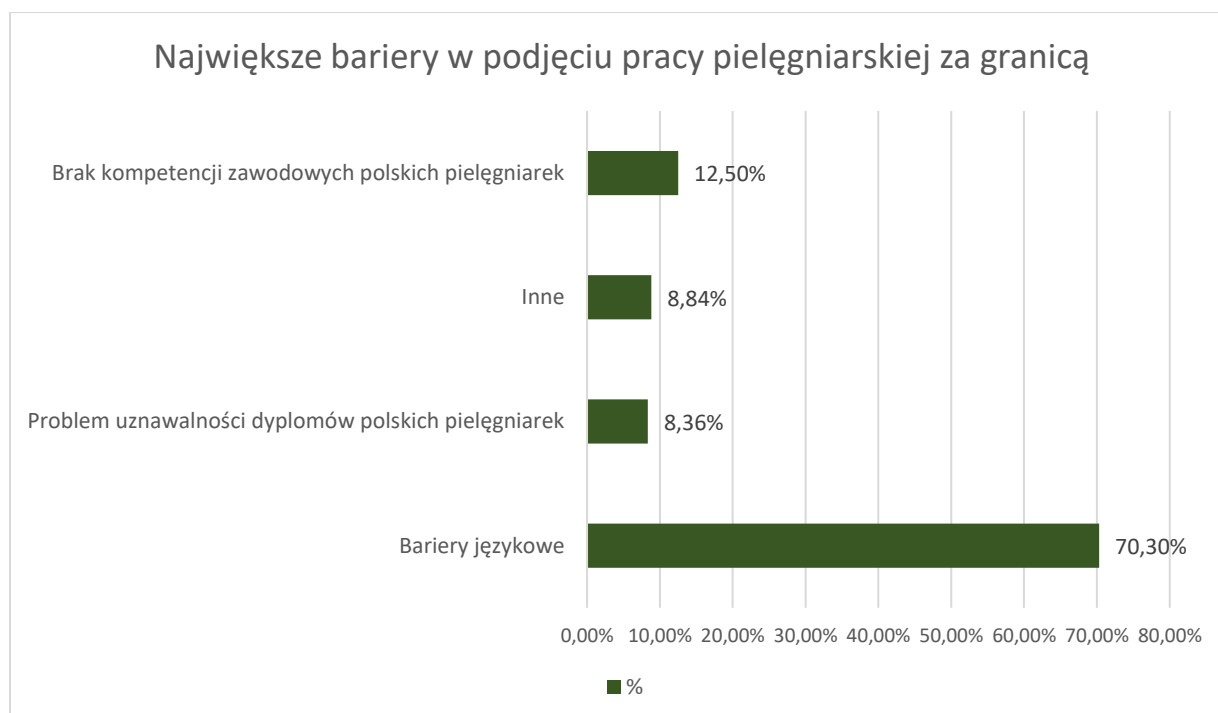
Jednocześnie wysoki odsetek odpowiedzi negatywnych sugeruje, że emigracja zawodowa nie jest rozwiązaniem jednoznacznie dominującym.

Wykres 16. Odpowiedzi na pytanie „Czy zna Pan/Pani warunki podejmowania pracy w innych krajach przez polskie pielęgniarki?”



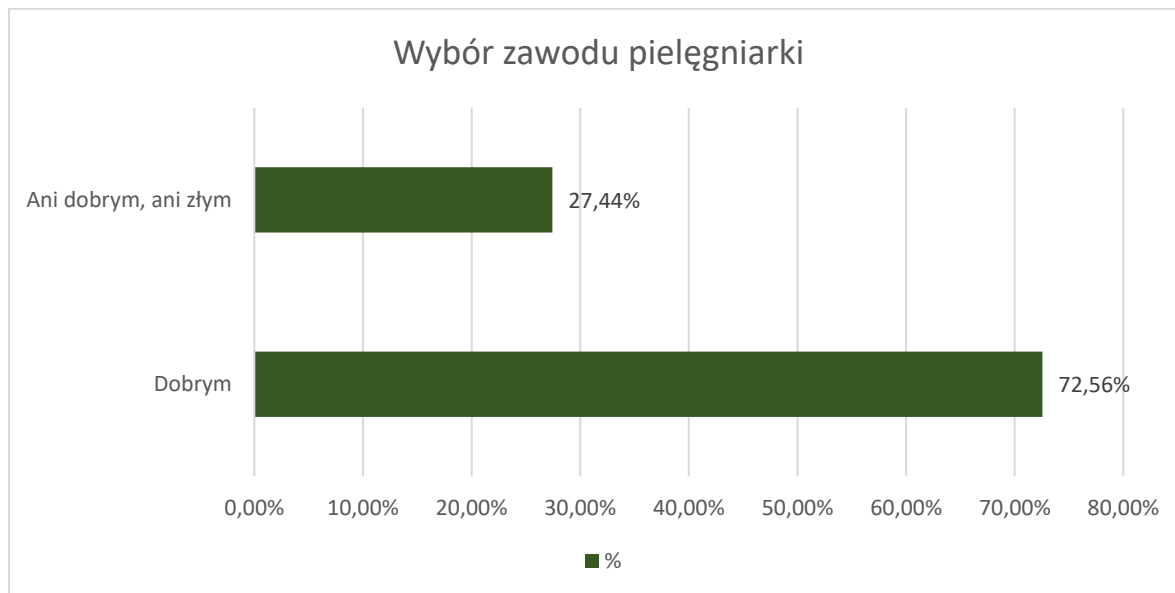
Większość respondentów (64,66%) deklaruje znajomość warunków podejmowania pracy w innych krajach, co może świadczyć o aktywnym poszukiwaniu informacji i porównywaniu rynków pracy. Jednocześnie ponad jedna trzecia badanych nie posiada takiej wiedzy, co może ograniczać realne decyzje migracyjne.

Wykres 17. Odpowiedzi na pytanie „Jakie są Pani/Pana zdaniem największe bariery w podejmowaniu pracy w zawodzie pielęgniarki w innych krajach?”.



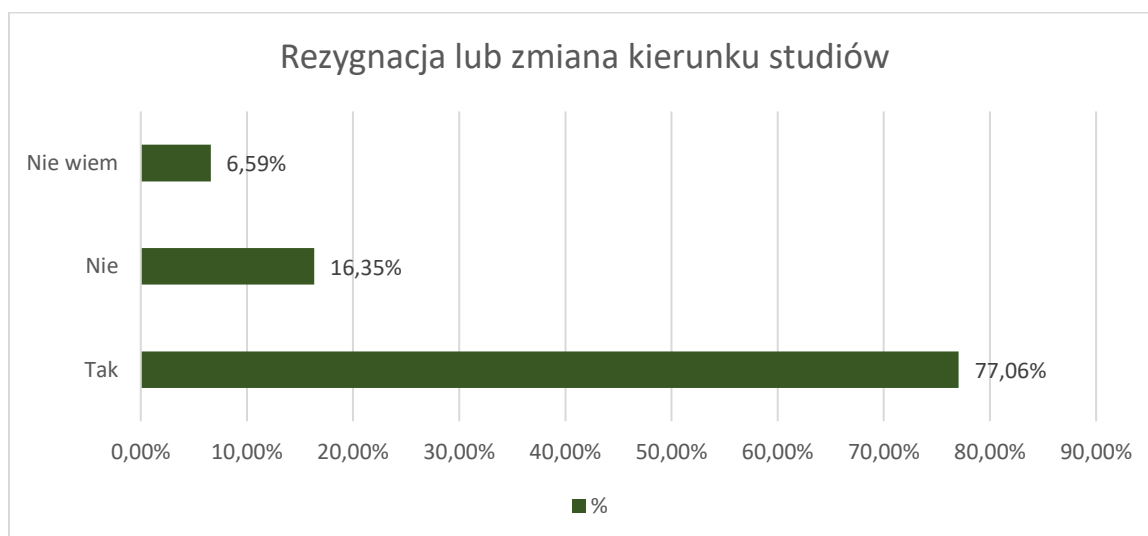
Najczęściej wskazywaną barierą są bariery językowe (70,30%), co stanowi wyraźnie dominujący problem. Znacznie rzadziej wskazywano kwestie uznawalności dyplomów czy brak kompetencji, co sugeruje, że respondenci postrzegają swoje przygotowanie zawodowe jako wystarczające, natomiast kluczową przeszkodą pozostają umiejętności językowe.

Wykres 18. Odpowiedzi na pytanie „Wybór zawodu pielęgniarki był dla Pani/Pana wyborem”.



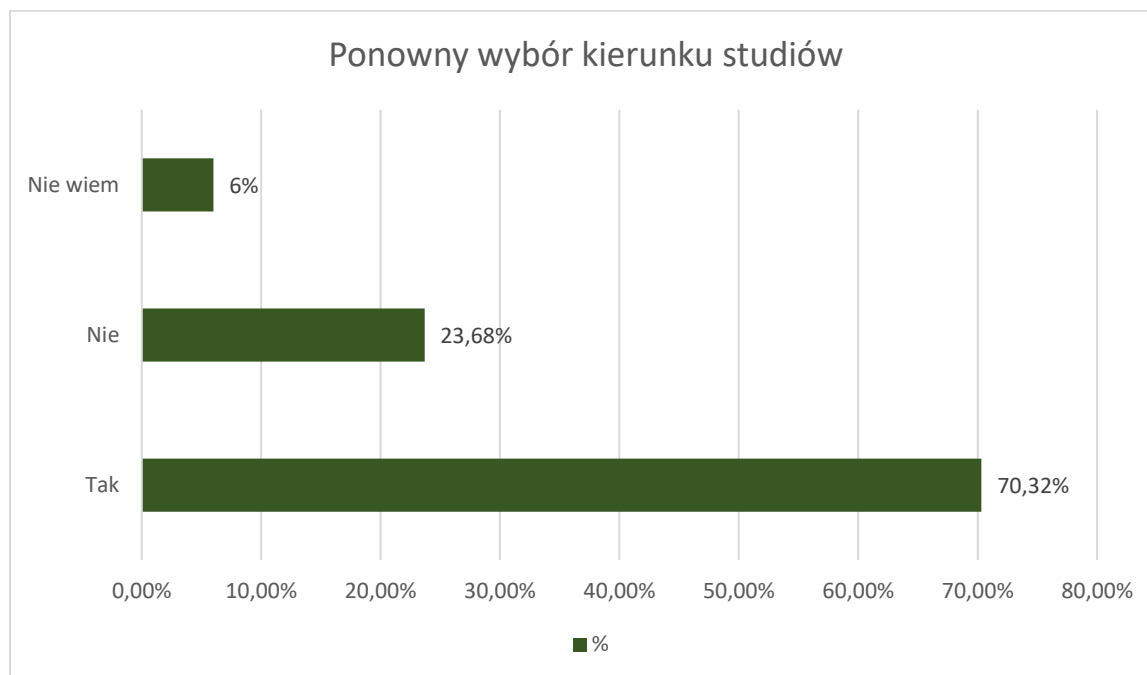
Większość respondentów (72,56%) ocenia wybór zawodu pielęgniarki jako dobry, co świadczy o pozytywnej identyfikacji z przyszłą profesją. Jednocześnie ponad jedna czwarta badanych prezentuje postawę neutralną, co może być związane z ograniczonym doświadczeniem zawodowym lub trudnościami napotykanymi w trakcie studiów.

Wykres 19. Odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek podczas studiów myślała Pani/Pan o tym, żeby zrezygnować/zmienić kierunek studiów?”.



Bardzo wysoki odsetek respondentów (77,06%) deklaruje, że w trakcie studiów rozważał rezygnację lub zmianę kierunku, co stanowi wynik skrajny i istotny interpretacyjnie. Może to wskazywać na wysokie obciążenie psychiczne i organizacyjne studiów pielęgniarzkich oraz konfrontację oczekiwań z realiami kształcenia.

Wykres 20. Odpowiedzi na pytanie „Czy gdyby Pani/Pan miał ponowną szansę wybrania kierunku studiów wybrałaby Pani/Pan ten sam kierunek?”.



Pomimo wcześniejszych wątpliwości, zdecydowana większość respondentów (70,32%) deklaruje, że ponownie wybrałaby ten sam kierunek studiów. Zestawienie tego wyniku z wysokim odsetkiem myśli o rezygnacji wskazuje na ambiwalentny, lecz ostatecznie pozytywny stosunek do zawodu pielęgniarstwa.

Od początku swego istnienia człowiek podejmował pewne czynności związane z utrzymaniem zdrowia i życia, ale były to działania instynktowne. Rozwój cywilizacyjny spowodował wyodrębnienie się nauk medycznych, a co za tym idzie zawodów z nimi związanych²³. Zawód pielęgniarstwa/pielęgniarski obecnie to profesja, która wymaga od jego przedstawicieli nie tylko bardzo dobrego warsztatu, a w związku z tym zdolności manualnych, przygotowania merytorycznego tj. wiedzy ogólnej na temat procesów warunkujących zdrowie i chorobę, ale również wiedzy szczegółowej niemal z każdej dziedziny medycyny. Knowles i wsp. zwracają uwagę na całościowe rozumienie wykonywanego zawodu, które polega na integralnym postrzeganiu siebie jako pracownika wykonującego obowiązki, ale również jako osoby wchodzącej w nową rolę społeczną. Taki ogląd pozwala nowemu pracownikowi łączyć wiedzę merytoryczną, umiejętności i sprawności w spójną całość, która decydować będzie o osiągniętych wynikach²⁴.

²³ Pawłowska K., Doboszyńska A., *Oczekiwania środowiska pielęgniarstwa wobec procesu kształcenia*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 1/2012 (38), s. 15-18.

²⁴ Knowles M. S., Holton III E. F., Swanson R. A., *Model rozwoju pracowników. Skuteczne działanie w nowych rolach i środowisku* [w:] *Edukacja dorosłych*, M. S Knowles, E. F. Holton III, R. A. Swanson, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 286.

Obecność przy pacjencie stanowi jeden z kluczowych elementów pracy pielęgniarki/pielęgniarza i w istotnym stopniu współtworzy jakość procesu terapeutycznego. Uczestnictwo w tym procesie nie ogranicza się wyłącznie do wykonywania czynności technicznych czy procedur medycznych, lecz obejmuje również wymiar relacyjny, oparty na uważności, empatii i gotowości do dialogu. Znajduje to potwierdzenie w wynikach badań ankietowych, które wskazują na wysoki poziom otwartości poznawczej respondentów oraz ich skłonność do modyfikowania własnych poglądów pod wpływem rozmowy i wymiany argumentów. Gotowość do słuchania, przyjmowania informacji zwrotnych i funkcjonowania w relacji opartej na wzajemnym szacunku sprzyja budowaniu terapeutycznej więzi z pacjentem, w której znaczenie ma nie tylko działanie, ale również sama obecność i postawa pielęgniarki/pielęgniarza.

Oprócz przygotowania praktyczno-merytorycznego, jakie uzyskuje się w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, nie sposób pominąć umiejętności komunikowania się i empatii. Dla współczesnego pielęgniarstwa zagadnienie komunikacji interpersonalnej to szczególnie temat. Pomimo to, że komunikowanie się jest niemal od zawsze związane z pielęgniarstwem, to dopiero od kilku lat znajduje się w programach studiów i doskonalenia pielęgniarek/pielęgniarzy, realizowanych na różnych poziomach kształcenia. Komunikacja interpersonalna lub inaczej relacja interpersonalna, to najogólniej stosunek, jaki zachodzi pomiędzy dwiema stronami: pielęgowaną (podmiot opieki) a pielęgnującą (pielęgniarka/pielęgniarz)²⁵. Człowiek, który ze względu na istniejące wątpliwości co do stanu zdrowia, jego załamania lub z powodu choroby decyduje się na pobyt w szpitalu lub akceptuje taką decyzję, staje przed sytuacją, którą od dawna w psychologii określa się jako sytuację trudną poznawczo i emocjonalnie. W rzeczy samej jest to sytuacja trudna, ponieważ nie wynika z fizjologicznego funkcjonowania człowieka tj. z jego życia i bytowania na porządku dziennym, ale z jego okresowej dysfunkcji, jaką jest choroba²⁶.

W naukach społecznych mianem „profesja” określa się te zawody, które wymagają długotrwałego przygotowania, zwykle ukończenia studiów wyższych, a często również odbycia stażu zawodowego, bądź znaczną część kształcenia stanowią zajęcia praktyczne i/lub praktyki zawodowe. Profesje powstają w określonym celu. W pielęgniarstwie celem jest utrzymanie zdrowia. Powstanie pielęgniarstwa jako zawodu zapoczątkowało proces profesjonalizacji. Należy dodać, iż w charakteryzowaniu profesjonalistów wskazuje się na wysoki poziom ich sprawności, specjalistycznej wiedzy oraz umiejętności.

Pielęgniarstwo jako profesja charakteryzuje się istnieniem określonych atrybutów, do których zalicza się wypracowanie kompleksowego modelu pielęgniarstwa, możliwość uzyskania tytułu zawodowego licencjata lub magistra pielęgniarstwa, a także funkcjonowanie samorządu zawodowego, przy czym członkostwo w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych stanowi warunek uzyskania prawa wykonywania zawodu. Istotnym elementem jest również posiadanie Kodeksu Etyki Zawodowej pielęgniarki i położnej oraz zapewnienie kształcenia na poziomie akademickim, które umożliwia zdobywanie wysokich kompetencji zawodowych i ich stałe doskonalenie. Wszystkie te czynniki sprzyjają osiągnięciu statusu profesji oraz utrzymaniu go na wysokim poziomie. Profesjonalizm oznacza wysoki standard świadczonych usług, natomiast profesjonalizacja jest długotrwałym procesem, w ramach

²⁵ Górajek-Jóźwik J., *Komunikowanie w pielęgniarstwie* [w:] *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, W. Ciechaniewicz (red.), t.1., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 32.

²⁶ Heszen I., Sęk H., *Psychologiczne aspekty opieki zdrowotnej* [w:] *Psychologia zdrowia*, I. Heszen, H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 232.

którego dana grupa zawodowa podejmuje działania zmierzające do systematycznego pogłębiania wiedzy i rozwoju kompetencji^{27 28}.

Szereg różnych cech charakteru wynikających z osobowości danego człowieka oraz określone predyspozycje z pewnością będą pomocne podczas wykonywania obowiązków zawodowych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarsza. Dodatkowo, zdolność przewidywania, obserwowania i wnioskowania, jak również radzenie sobie w sytuacjach nietypowych, bywa bardzo przydatne w pracy pielęgniarki/pielęgniarsza, ponieważ nie zawsze istnieją okoliczności czy sytuacje, które pozwalają na zastosowanie określonego standardu postępowania. Proces kształcenia, w toku którego osoba edukowana zdobywa określony zasób wiedzy, umiejętności oraz wykształca pewne postawy, nadaje określone kompetencje, które umożliwiają wypełnianie obowiązków zawodowych. Charzyńska-Gula podkreśla, iż działania pielęgniarskie w zakresie promocji zdrowia to najczęściej fragment „większej całości”, element jakiegoś dużego programu skierowanego do określonego odbiorcy (...). Pielęgniarka jest jednym z wielu członków „koalicji na rzecz zdrowia”, często bardzo ważnym. Umiejętność dostrzeżenia innych członków tej koalicji i nawiązania z nimi współpracy to standardowy element aktywności pielęgniarki/pielęgniarsza w zakresie promocji zdrowia i jednocześnie jeden z warunków optymalnie realizowanego procesu pielęgnowania²⁹. Tradycja ograniczania się jedynie do pełnienia funkcji terapeutycznych uniemożliwia włączenie ochrony zdrowia do działań promujących zdrowie. Zgodnie bowiem z ideą promocji zdrowia, pracownicy medyczni powinni umieć reagować na różne potrzeby zdrowotne pacjentów i ich rodzin, nie tylko te związane z leczeniem określonych dolegliwości. Reorientacja ochrony zdrowia dla jego promocji wymaga dokonania zmian zarówno w profilu szkolenia kadr medycznych i paramedycznych, jak i znaczących przemian instytucjonalnych³⁰.

W drodze doskonalenia zawodowego pielęgniarka/pielęgniarsza ma obowiązek poszerzania swoich kompetencji tj. zdobycia kwalifikacji uprawniających ją do wykonywania określonych czynności. Pielęgniarka/Pielęgniarsza z szerokim i gruntownym zakresem wiedzy, w wyższym stopniu wpływa na jakość i efektywność pracy³¹. Konieczna jest znajomość przepisów prawa oraz obowiązków regulujących wykonywanie określonych zawodów, gdyż znajomość aktów prawnych jest ważnym aspektem w każdej profesji, zatem również w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza³². Nieznajomość przepisów prawa nie usprawiedliwia w przypadku popełnienia błędu i nie może stanowić uzasadnienia, którego celem jest uniknięcie odpowiedzialności.

Wybór pielęgniarstwa jako zawodu wymaga poważnego namysłu. Zapewnienie troskliwej pomocy pielęgniarstwu w sprawach zdrowia i życia tym, którzy jej potrzebują, ma bowiem ogromne znaczenie społeczne i może dawać wiele okazji do poczucia zadowolenia i satysfakcji. Poza tymi, którzy tego wyboru dokonali, stawia jednak także wiele trudnych

²⁷ Kieczka K., *Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* Nr 1-2 (30-31) /2010, s. 86.

²⁸ Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 25-31.

²⁹ Charzyńska-Gula M., *Proces pielęgnowania jako element promocji zdrowia* [w:] *Zrozumieć promocję zdrowia*, M. Charzyńska-Gula (red.), Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010, s. 27.

³⁰ Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna* [w:] *Edukacja zdrowotna*, E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 81.

³¹ Tomaszewska M., Cieśla J., Czerniak J., Dykowska G., *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, s. 16, 41.

³² Kieczka K., *Repetytorium z prawa. Kompetencje polskiej pielęgniarki*. *Magazyn pielęgniarki i położnej* 11/2010 [online] http://www.nursing.com.pl/Medinf_Kompetencje_polskiej_pielgniarki__301.html, [dostęp 22.03.2020]

zadań. Od pielęgniarki/pielęgniara wymaga się nie tylko wiedzy i sprawności technicznych, ale także twórczości, innowacyjności, złożonej refleksyjności, świadomości siebie – swoich mocnych i słabych stron; poznawania i rozumienia człowieka i jego potrzeb; twórczej wyobraźni; ciągłej gotowości do świadczenia różnorodnej pomocy. W poczynaniach tych powinna dominować etyczna zasada osiągania dobra przez tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc³³. Zdaniem Dobrowolskiej i Wrońskiej³⁴, pielęgniarstwo jako jedno z najważniejszych ogniw systemu ochrony zdrowia, podlega od dłuższego już czasu, lecz nieustannie wielu zmianom, które determinowane są wieloma czynnikami, spośród których wymienili najważniejsze tj.:

- wzrastająca liczba osób starszych z wieloma zdrowotnymi problemami i niesprawnościami;
- rosnąca liczba osób wykazujących emocjonalne i psychiczne niedomagania;
- styl życia, który sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych;
- pojawienie się problemów społecznych mających wpływ na utrzymanie zdrowia;
- wzrastająca liczba chorób nowotworowych;
- wzrost problemów związanych z zaburzeniami w zakresie funkcjonowania układu krążenia i przemiany materii, również u osób młodych.

Obecnie profesjonalizm, samodzielność oraz szeroki zakres kompetencji wypierają służalczą rolę pielęgniarek/pielęgniarzy, która była podstawą wykonywania zawodu przez wiele lat. Pielęgniarstwo ulega przemianom głównie dlatego, że pacjenci stają przed nowymi problemami zdrowotnymi, są coraz bardziej wykształceni i świadomi własnych praw, zmienia się zakres świadczonej opieki.

Według raportu Centrum Badań Opinii Społecznej z 2019 roku, pielęgniarka znajduje się na czwartym miejscu w rankingu prestiżu zawodów – według 77% badanych pielęgniarki cieszą się dużym poważaniem wśród społeczeństwa³⁵ ³⁶. Badanie motywów wyboru określonego zawodu przez konkretne osoby czy grupy jest praktykowane i prowadzone z różnych przyczyn. Jedną z nich jest w pewnym sensie poznanie obrazu badanej grupy, gdyż na podstawie uzyskanych odpowiedzi i ich analizie, taki obraz można uzyskać. Inną zapewne przyczyną jest określenie cech, którymi dana osoba czy grupa dysponuje, pod kątem przydatności do wykonywania konkretnej profesji. Jeszcze innym powodem realizacji takich badań jest uzyskanie informacji zwrotnej, na temat jakości procesu kształcenia, wprowadzenia ewentualnych modyfikacji czy wreszcie konieczności kształcenia poszczególnych grup zawodowych. Podobne badania do wyżej opisywanych, prowadzili również inni badacze. Dobrowolska opisuje wyniki własnych badań dotyczących motywów wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniara. Podobnie jak w wynikach uzyskanych w niniejszej publikacji, nadrzędnym motywem wyboru zawodu była potrzeba/chęć pomagania innym³⁷. Analogiczne badania przeprowadziła m.in. Sobczak i uzyskała identyczne wyniki³⁸. W badaniach ankietowani wskazywali również na możliwość uzyskania dobrego zawodu, pracy w kraju

³³ Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 25-31.

³⁴ Dobrowolska B., Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 55.

³⁵ Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), *Prestiż zawodów*, Warszawa, styczeń 2019.

³⁶ Kozłowska L., Pawłowska K., Doboszyńska A., *Wizerunek pielęgniarki XXI wieku*, Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie 10/2012, s. 22-23

³⁷ Dobrowolska B., *Dlaczego pielęgniarstwo?*, Sztuka pielęgnowania, 1/2012, s. 27-28.

³⁸ Sobczak M., *Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek*, Problemy Pielęgniarstwa, 18 (2) 2010, s. 207-211.

i za granicą, realizowanie marzenia z dzieciństwa a nawet wskazywali na dokonanie przypadkowego wyboru zawodu.

Pomimo, iż obecny system kształcenia kadr pielęgniarских daje prawo wykonywania zawodu po ukończeniu trzyletnich studiów licencyjnych, to współczesne środowisko pielęgniarские podejmuje trud dalszego kształcenia, zarówno w przypadku uzupełniającej formy kształcenia na kierunku pielęgniarstwo jak i na studiach magisterskich oraz podyplomowych³⁹. Kamińska w swoich badaniach podkreśla, iż ankietowani podjęli proces dalszego kształcenia, ponieważ najczęstszym powodem podjęcia studiów była chęć zdobycia wiedzy, doświadczenia i poszerzenia horyzontów. Ten motyw do podjęcia dalszej nauki wśród pielęgniarek jest ukazany również w innych badaniach⁴⁰.

Problem starzenia się społeczeństwa, jak również choroby cywilizacyjne powodują, że istnieje coraz więcej biorców działań opiekuńczych, w tym przede wszystkim działań profesjonalnych, a więc pielęgniarских. W tej sytuacji pojawia się swoisty dysonans wynikający z dysproporcji biorców i dawców opieki, co wynika po pierwsze z powyższych uwarunkowań, a po drugie ze zmniejszającej się liczby kandydatów na studia pielęgniarские (Poviślańska jest ewenementem w skali kraju, gdyż liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo ulega stałemu wzrostowi). Warto zatem zastanowić się nad formą zachęty i promocji potencjalnych kandydatów na studia pielęgniarские, do wybrania tego właśnie kierunku. Nie leży to wyłącznie w gestii władz uczelni, ale w znacznej mierze dyrekcji placówek ochrony zdrowia zatrudniających absolwentów i przede wszystkim decydentów na szczeblu państwowym. Nie trudno wyobrazić sobie perspektywiczną sytuację, w której polski pacjent jest pozostawiony bez profesjonalnej opieki, lub ze względów oszczędnościowych, opieka jest sprawowana przez jedną pielęgniarkę/pielęgniarszą w stosunku do kilkudziesięciu pacjentów, bowiem nie może być i nigdy nie będzie opieką efektywną, ze względu na ilość realizowanych działań pielęgniarских.

³⁹ Pawłowska K., Doboszyńska A., *Oczekiwania środowiska pielęgniarского wobec procesu kształcenia*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 1/2012 (38), s. 15-18.

⁴⁰ Kamińska M., *Motywy kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim*. *Pielęgniarstwo Polskie*. 1/2002, (13), s.50-59.

Wnioski

Przedstawione wyniki badań empirycznych stanowią jasny drogowskaz dla władz uczelni w zakresie niezbędnych modyfikacji programowych i infrastrukturalnych, mających na celu eliminację zidentyfikowanych luk kompetencyjnych. W odniesieniu do studiów I stopnia, kluczowym i bezwzględny priorytetem musi stać się radykalne zintensyfikowanie kształcenia w zakresie farmakoterapii, ze szczególnym uwzględnieniem matematycznego przeliczania dawek leków w stanach nagłych i dawkach krytycznych (mikrogramach). Rekomenduje się wprowadzenie obligatoryjnych warsztatów z kalkulacji medycznych oraz wdrożenie symulowanych, komputerowych i recepturowych paneli ćwiczeniowych, które wyeliminują lęk i błędy przed wejściem na oddziały szpitalne. Równie pilną kwestią jest reforma nauczania z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej. Zamiast teoretycznych wykładów, uczelnia powinna wdrożyć w laboratoriach i salach symulacji rzeczywiste, elektroniczne systemy informacji medycznej (oprogramowanie klasy HIS), aby studenci licencjatu rutynowo i od podstaw uczyli się wprowadzania danych pacjenta, prowadzenia kart obserwacji oraz raportów pielęgniarских w formie cyfrowej. Dodatkowo, wysoki odsetek odpowiedzi neutralnych przy pytaniach o pierwszą pomoc przedlekarską oraz aplikację anatomii w praktyce implikuje konieczność przesunięcia punktu ciężkości w Monoprofilowych Centrach Symulacji Medycznej z prostego wykonywania procedur manualnych na zaawansowane scenariusze kliniczne typu Case-Based Learning, zmuszające studenta do samodzielnej interpretacji objawów i podejmowania decyzji ratunkowych pod presją czasu.

W odniesieniu do studiów II stopnia, rekomendacje muszą bezpośrednio uderzyć w zdiagnozowany syndrom „wykonawcy bez cech lidera”. Aby przełamać barierę przed obejmowaniem ról kierowniczych i mentorskich, konieczne jest przebudowanie programu praktyk zawodowych i wprowadzenie modułu asystenckiego, w ramach którego studenci studiów magisterskich pełniliby funkcję formalnych, nadzorowanych opiekunów i mentorów dla studentów I stopnia podczas ich zajęć na oddziałach lub w centrach symulacji. Poważna luka w umiejętności interpretacji badań wysokospecjalistycznych (RTG, EKG, gazometria) wymaga uruchomienia dedykowanego, intensywnego kursu certyfikowanego z diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej w pielęgniarstwie, prowadzonego przez lekarzy praktyków i doświadczonych diagnostów. W sferze kompetencji naukowo-lingwistycznych, uczelnia powinna bezwzględnie zintegrować seminaria magisterskie z praktyczną nauką języka angielskiego medycznego (Medical English). Zamiast teoretycznych wykładów o metodologii, studenci powinni pracować wyłącznie na bazie międzynarodowych, anglojęzycznych baz danych (np. PubMed, Scopus), przygotowując autorskie przeglądy systematyczne i projekty badawcze osadzone w realiach Evidence-Based Nursing. Ostatnią, strategiczną rekomendacją jest stworzenie w ramach studiów II stopnia interaktywnego modułu z zakresu przywództwa, negocjacji i zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia, opartego na grach decyzyjnych i symulacjach zarządczych, co pozwoli przyszłym magistróm pielęgniarstwa zyskać realną pewność siebie niezbędną do kierowania zespołami terapeutycznymi.

Analiza odpowiedzi ankietowych wskazuje na wysoki poziom samooceny studentów kierunku Pielęgniarstwo w obszarach etycznych, interpersonalnych oraz podstawowych umiejętności praktycznych. Najbardziej wyraźnie zaznacza się gotowość do pracy w zespole, empatia wobec pacjenta oraz poczucie odpowiedzialności za podejmowane działania. Prawie

wszyscy respondenci pozytywnie ocenili swoje postawy etyczne i kompetencje interpersonalne – przykładem są pytania p4 („Jestem zaangażowana/-ny w wykonywaną pracę i mam poczucie odpowiedzialności za podejmowane działania i ich następstwa”), p15 („Łatwo nawiązuje kontakty z ludźmi i potrafię skutecznie komunikować się z innymi”), p17 („Potrafię wczuć się w sytuację innej osoby”) oraz p59 („Potrafię zachować tajemnicę zawodową”), które uzyskały niemal stuprocentowy odsetek odpowiedzi pozytywnych. Podobnie wysoki poziom uzyskały pytania dotyczące podstawowych umiejętności praktycznych, np. p47 („Potrafię dokonać bezpiecznego i skutecznego pomiaru parametrów życiowych”) czy p74 („Potrafię udzielić pacjentowi pomocy przedlekarskiej”). Wyniki te pokazują, że studenci dobrze przyswajają fundamenty zawodu pielęgniarki i internalizują standardy bezpieczeństwa i odpowiedzialności już na wczesnym etapie edukacji.

Również motywacja zadaniowa i orientacja na efekt pracy stanowią mocną stronę badanej grupy. Aż 93% respondentów w pytaniu p25 („Lubię widzieć efekty swojej pracy, sukcesy dodają mi energii do pracy”) potwierdziło motywację do osiągnięć, a 84% w pytaniu p24 deklarowało sumienność i obowiązkowość w wykonywaniu powierzonych zadań. Wysoki poziom otwartości poznawczej i elastyczności myślenia został potwierdzony przez 84% badanych w pytaniu p35 („Zdarza mi się zmieniać poglądy pod wpływem dyskusji z innymi ludźmi”), wskazując na gotowość do uczenia się i przyjmowania informacji zwrotnych. Ponadto, 93% respondentów negatywnie odpowiedziało na pytanie p26 („Nie toleruję sprzeciwu”), wybijając wysoką tolerancję, umiejętność pracy zespołowej i gotowość do dialogu z innymi członkami zespołu terapeutycznego.

Jednocześnie wyniki ankiety ujawniają obszary wymagające dalszego rozwoju i wsparcia dydaktycznego. Największe trudności dotyczą kompetencji wymagających pogłębionej wiedzy specjalistycznej, samodzielności decyzyjnej oraz doświadczenia klinicznego. Do najsłabszych wyników należą m.in. pytania dotyczące farmakologii i znajomości leków (p50, p54), wykorzystania języka obcego w pracy zawodowej (p75), tworzenia indywidualnych planów opieki (p45) oraz dokumentowania procesu pielęgnowania zgodnie z obowiązującymi przepisami (p60). W tych obszarach znaczący odsetek studentów wskazywał odpowiedzi neutralne („nie wiem”) lub negatywne, co należy interpretować w kontekście wczesnego etapu kształcenia, ograniczonego doświadczenia praktycznego oraz braku pełnej odpowiedzialności klinicznej.

Wyniki ujawniają także niepewność w radzeniu sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Chociaż 71% respondentów deklaruje zdolność do samodzielnej mobilizacji do pracy (p27), aż 42% nie potrafiło opracować planu działania w obliczu wyzwania (p28), a 49% nie wiedziało, jak skoncentrować energię na zadaniu w trudnej sytuacji (p30). Ponadto 72% badanych uznało stres za czynnik niemotywuujący (p18). Niska gotowość do przywództwa została potwierdzona w pytaniu p20 („Lubię kierować grupą ludzi”), gdzie tylko 18% odpowiedzi było pozytywnych, przy jednoczesnym wysokim udziale odpowiedzi negatywnych i neutralnych. Wyniki te wskazują na potrzebę systematycznego wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem, rozwijania autonomii decyzyjnej oraz kompetencji przywódczych.

Na podstawie uzyskanych wyników można sformułować rekomendacje dydaktyczne i działania naprawcze. Wskazane jest wzmocnienie nauczania w zakresie:

- pogłębionej wiedzy specjalistycznej, farmakologii i procedur klinicznych,
- konstruowania indywidualnych planów opieki i dokumentacji medycznej,

- praktycznej nauki języka obcego w kontekście zawodowym,
- strategii radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi,
- rozwoju kompetencji przywódczych oraz samodzielności decyzyjnej w warunkach klinicznych.

Wdrożenie powyższych działań mogłoby zwiększyć spójność między wysokimi postawami etycznymi, interpersonalnymi i motywacją studentów, a ich kompetencjami zaawansowanymi, wymagającymi samodzielności i doświadczenia klinicznego. Ponadto, zachowanie wysokiej jakości zajęć praktycznych czy ćwiczeń w symulacji będzie kluczowe dla utrwalenia mocnych stron studentów i zapewnienia płynnego przejścia do pełnej roli zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza.

Bibliografia

1. Andruszkiewicz A.: Poziom poczucia koherencji a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Pol.* 2005.
2. Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna* [w:] *Edukacja zdrowotna*, E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
3. Brzeska H.: Czynniki związane ze stresem zawodowym pielęgniarek oddziałowych. *Antidotum* 1998.
4. Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS), *Prestiż zawodów*, Warszawa, styczeń 2009.
5. Charzyńska-Gula M., *Proces pielęgnowania jako element promocji zdrowia* [w:] *Zrozumieć promocję zdrowia*, M. Charzyńska-Gula (red.), Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010.
6. Dobrowolska B., *Dlaczego pielęgniarstwo?*, *Sztuka pielęgnowania*, 1/2012.
7. Dobrowolska B., Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
8. Górąjek-Jóźwik J., *Komunikowanie w pielęgniarstwie* [w:] *Pielęgniarstwo ćwiczenia*, W. Ciechaniewicz (red.), t.1., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
9. Heszen I., Sęk H., *Psychologiczne aspekty opieki zdrowotnej* [w:] *Psychologia zdrowia*, I. Heszen, H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
10. Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: *Psychologia: Podręcznik akademicki*, Strelau J.(red) Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, 2000.
11. Iskra-Golec I., Costa G., Folkard S., Marek T., Pomorski J., Smith L.: Stres pracy zmianowej: przyczyny, skutki, sposoby przeciwdziałania. Kraków: Universatis, 1998.
12. Kalinowska E.: Piel. jako naturalny rzecznik praw pacjenta. *Lęk i Depresja* 2003.
13. Kamińska M., *Motywy kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie akademickim*. *Pielęgniarstwo Polskie*. 1/2002, (13).
14. Kamińska-Tymińska S., Smorawska B., Nowak A., Nawrocka A.: Wypalenie zawodowe konsekwencją stresu u piel. anestezyjologicznych. W: IV Zjazd: Piel. W anestezyjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia. Poznań, 2005.
15. Kieczka K., *Opieka profesjonalna i zakres kompetencji pielęgniarek w Polsce w świetle prawa w ostatnim stuleciu*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* Nr 1-2 (30-31) /2010.
16. Kieczka K., *Reperytorium z prawa. Kompetencje polskiej pielęgniarki*. Magazyn pielęgniarki i położnej 11/2010
http://www.nursing.com.pl/Medinf_Kompetencje_polskiej.
17. Kliś M.: Rola empatii w sztuce uzdrawiania. *Sztuka Leczenia* 2002.
18. Knowles M. S, Holton III E. F., Swanson R. A., *Model rozwoju pracowników. Skuteczne działanie w nowych rolach i środowisku* [w:] *Edukacja dorosłych*, M. S Knowles, E. F. Holton III, R. A. Swanson, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
19. *Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 r.*, przyjęty uchwałą nr 9 na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych.
20. Korzeniewska J.: Zawód: pielęgniarka. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999.

21. Kozłowska L., Pawłowska K., Doboszyńska A., *Wizerunek pielęgniarki XXI wieku*, Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie 10/2012.
22. Marcinkowski J.T.: Zróżnicowanie źródeł stresów w zawodzie lekarskim. W: Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Red. Marcinkowski J.T. Poznań: Wydaw. Lekarskie PZWL , 2003.
23. Muraczyńska B.: Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales UMCS* , 2000.
24. Pawłowska K., Doboszyńska A., *Oczekiwania środowiska pielęgniarskiego wobec procesu kształcenia*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 1/2012 (38).
25. Pines A.M.: Wypalenie – w perspektywie egzystencjonalnej. W: Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Red. Sęk H.: Warszawa: Wyd. PWN , 2000.
26. Płaskowska-Żywko L., Tobolewska-Albrycht K.: Źródła stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek oddziałów kardiochirurgicznych–wyniki wstępne. IV Zjazd: Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia. Poznań, 2005.
27. Płotka A., Golec D., Czernikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales UMCS* , sect.D. Medicina, Polonia 2000.
28. Płotka A., Radwan M., Makara-Studzińska M.: Psychospołeczne konsekwencje stresu zawodowego. *Annales UMCS* , sect.D, 2000.
29. Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
30. Rogala-Pawelczyk G., Parkitna J.: Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek pediatrycznych. *Pielęgniarka i Położna* 2003.
31. Romanowska U., D. Lizak Samoocena przygotowania absolwentów Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego kierunku pielęgniarstwo, do wykonywania zawodu pielęgniarki – badania pilotażowe, *Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych*, 2014.
32. Sobczak M., *Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (2) 2010.
33. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.) *Podstawy pielęgniarstwa*, t.1., *Założenia teoretyczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
34. Tartas M., G. Derewicz, M. Walkiewicz, W. Budziński, *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu psychicznym i fizycznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2009.
35. Tomaszewska M, Cieśla J, Czerniak J, Dykowska G., *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek-potrzeby a rzeczywistość*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008.
36. Witczak I., *Prawo o zawodach medycznych* [w:] *Zdrowie publiczne*, A. Felińczak, A. M. Fal (red.), Wyd. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010.
37. Wrońska I., *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa* [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, t.1., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
38. Źródła stresu. Red. Terelak J.F. Warszawa: Wyd. Akademii Teologii Katolickiej, 1999.

39. Wiklak B., Lenartowicz D., Luzyńczyk S., Diduch J.: Personel pielęgniarstwa oddziałów anestezyjologicznych szpitali wielospecjalistycznych wobec czynników stresogennych. Pielęgniarstwo Polskie 1997.