

Plany zawodowe i migracyjne studentów położnictwa

Elżbieta Ustymowicz¹, Renata Bogusz²

¹ Koło Naukowe Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny; UM w Lublinie

² Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny; UM w Lublinie

Ustymowicz E, Bogusz R. Plany zawodowe i migracyjne studentów położnictwa. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(1): 82–87.

Streszczenie

Wprowadzenie. Deficyt kadry medycznej w wielu krajach jest już faktem. Zjawisko to postępuje między innymi w wyniku procesu globalizacji i umiędzynarodowienia profesji medycznych oraz na skutek starzenia się społeczeństw i wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne. Jednocześnie obserwuje się niechęć młodzieży do podejmowania nauki w zawodach medycznych, szczególnie takich, które są nisko opłacane i niedoceniane społecznie, a zarazem związane z dużą odpowiedzialnością i koniecznością nieustającego doksztalcania się (np. pielęgniarki i położne). Sytuację dodatkowo komplikuje „drenaż kadr medycznych” – migracja profesjonalistów z krajów biedniejszych do bogatszych.

Cel. Celem pracy jest identyfikacja planów zawodowych i migracyjnych studentów położnictwa.

Materiał i metoda. Badania ankietowe przeprowadzono w 2013 roku, wśród 41 położnych, kończących studia magisterskie na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Wyniki. Najczęstsze plany zawodowe badanych to podjęcie pracy w szpitalu (92,7%) i doksztalcanie się (70,7%). Co piąta respondentka planowała podjęcie pracy zawodowej za granicą (22,0%). Zdaniem badanych, wśród powodów skłaniających położne do wyjazdu i pracy za granicą dominują: lepsze zarobki (100%) i wyższy standard życia (82,9%), większy komfort wykonywanej pracy (63,4%) oraz niski status zawodu w Polsce (68,3%).

Wnioski. Migracja zarobkowa w sytuacji ankietowanych to poważna alternatywa dla pracy i kontynuowania rozwoju zawodowego w Polsce. Jednakże zakres przygotowań do wyjazdu, jak i optymistyczne postrzeganie możliwości rozwoju zawodowego w kraju, pozwalają przypuszczać, że faktyczna skala emigracji wśród badanych może być niższa od deklarowanej.

Słowa kluczowe

położne, migracja, plany zawodowe, przyczyny i skutki

WPROWADZENIE

Przemiany demograficzne (starzenie się społeczeństw, zmniejszanie dzietności, przekształcenia w obrębie rodziny, samotność demograficzna etc.), większe obciążenie społeczeństw chorobami i niepełną sprawnością, epidemie oraz rozwój technologii medycznych sprawiają, że zapotrzebowanie na pracę przedstawicieli zawodów medycznych stale wzrasta. Niestety, coraz częściej pojawiają się doniesienia wskazujące na deficyt tego typu kadry. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że obecnie brakuje 4,25 milionów pracowników opieki zdrowotnej na świecie. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w kumulujących się przez lata trudnościach, które powodowały brak odpowiedniego zabezpieczenia możliwości pracy i rozwoju tej grupy zawodowej. W konsekwencji, w środowiskach przedstawicieli różnych zawodów medycznych doszło do poważnych zaburzeń w zakresie podnoszenia kwalifikacji, rozwijania kariery, wcześniejszego odchodzenia na emeryturę, a także do migracji na poziomie krajowym oraz międzynarodowym [1, 2, 3].

Migracja kadry medycznej nie jest nowym zjawiskiem. Od dawna państwa wysoko rozwinięte zabiegały o uzupełnienie braków kadrowych w systemach ochrony zdrowia, stwarzając dogodne warunki życia i pracy, aby nakłonić do przyjazdu profesjonalistów pochodzących z biedniejszych regionów. W latach 60-tych XX wieku zjawisko to po raz pierwszy opisano jako „drenaż mózgow” [4].

Zrozumienie złożonych mechanizmów wpływających na podejmowanie decyzji o migracji, umożliwiająca opisana przez Lee teoria „push-pull”. Zdaniem autora, wśród czynników skłaniających do wyjazdu należy wymienić:

- czynniki wypychające (*push factors*) – wywołujące chęć opuszczenia danego miejsca;
- czynniki przyciągające (*pull factors*) – czynniki skłaniające do przyjazdu do miejsca docelowego, tworzące system zachęt i nowych możliwości dla jednostki;
- przeszkody pośrednie;
- czynniki osobiste [5].

Decyzja o migracji jest więc zawsze, w sytuacji potencjalnego migranta, konsekwencją bilansowania czynników wypychających i przyciągających [6]. Przy czym, jak zauważa B. Liberska, bilans ten w zależności od pojawiających się przeszkód pośrednich (np. niemożność znalezienia zatrudnienia w wyuczonym zawodzie) może być w jednej chwili dodatni, a w innej ujemny. Ostatecznie jednak na decyzję o migracji wpływają czynniki osobowościowe takie jak: indywidualna wrażliwość, inteligencja, preferowane wartości, zobowiązania oraz przywiązanie do rodziny i kraju pochodzenia [7].

K. Diabło, analizując problematykę migracji kadr medycznych, zaproponował koncepcję, w której za punkt wyjścia przyjął klasyfikację typów migracji. Przy analizie skutków i strat wynikających z mobilności pracowników służby zdrowia uwzględnił: czas trwania wyjazdu (migracje krótkookresowe i długookresowe), miejsce (wewnętrzne i zewnętrzne), cel (praca w sektorze zdrowia bądź innym sektorze) oraz podział na kraje wysyłające i przyjmujące emigrantów [8].

Migracje wewnętrzne rozumiane są jako zmiana przestrzeni geograficznej w obrębie kraju lub przechodzenie pracowników pomiędzy sektorami gospodarki. Ta druga sytuacja, określana w literaturze jako „utrata mózgow,” łączy się z rezygnacją z prawa do wykonywania zawodu i podejmowaniem innej pracy, np. firmach farmaceutycznych [9, 10].

W przypadku migracji wewnętrznej lekarzy, pielęgniarek czy położnych, najczęściej dochodzi do przemieszczania się z biednych regionów (wsi bądź niewielkich miast) do bogatych regionów (duże miasta). Zjawisko to oceniane jest negatywnie ponieważ: *może prowadzić do zachwiania równowagi w poziomie opieki medycznej w poszczególnych regionach i spowodować poważne utrudnienia w dostępie do opieki specjalistycznej* [1]. W odniesieniu do personelu położniczego, na podstawie danych z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (tabela 1), można stwierdzić, że w Polsce na 1000 kobiet przypada średnio 1,12 położnych. Województwa, w których ten wskaźnik jest wyższy to: podkarpackie (1,44), podlaskie (1,3) i lubelskie (1,26). Natomiast najniższy wskaźnik zatrudnia położnych jest w województwach: pomorskim (0,91), opolskim (0,91) i dolnośląskim (0,96) [11].

Tabela 1. Wskaźnik zatrudnionych położnych na 1 tys. kobiet

JEDNOSTKA TERYTORIOLNA	Liczba kobiet w tys.	Liczba pracujących położnych	Położne – wskaźnik na 1 tys. kobiet
POLSKA	19868	22301	1,12
DOLNOŚLĄSKIE	1 512,8	1447	0,96
KUJAWSKO-POMORSKIE	1 080,9	1206	1,12
LUBELSKIE	1 120,8	1415	1,26
LUBUSKIE	524,7	590	1,12
ŁÓDZKIE	1 328,4	1478	1,11
MAŁOPOLSKIE	1 717,7	1938	1,13
MAZOWIECKIE	2 746,5	2983	1,09
OPOLSKIE	524,9	478	0,91
PODKARPACKIE	1 086,0	1568	1,44
PODLASKIE	615,5	803	1,30
POMORSKIE	1 166,1	1061	0,91
ŚLĄSKIE	2 394,1	2906	1,21
ŚWIĘTOKRZYSKIE	655,2	738	1,13
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	740,7	846	1,14
WIELKOPOLSKIE	1 770,4	1952	1,10
ZACHODNIOPOMORSKIE	883,2	892	1,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników: Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, GUS, Warszawa 2012.; Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035. NIPiP, Warszawa, kwiecień, 2013.

Migracje zewnętrzne „białego personelu” należy rozpatrywać w szerokim kontekście, uwzględniając czas pobytu pracowników na emigracji, a także konsekwencje, jakie w tej sytuacji mogą zaistnieć w kraju opuszczanym. Z punktu widzenia państwa odpływu, najbardziej jaskrawym przykładem negatywnych skutków emigracji jest deficyt kadr medycznych, który utrudnia zabezpieczenie niezbędnej opieki medycznej oraz prowadzi do obniżenia jakości świadczonych usług. Ponadto migracja wysoko kwalifikowanych specjalistów ogranicza możliwości rozwojowe kraju i jest powodem utraty nakładów finansowych przeznaczonych na wykształcenie profesjonalistów. Analizując natomiast negatywne skutki

emigracji z punktu widzenia stabilności i integralności struktury społecznej, trzeba pamiętać o potencjalnych zmianach w sferze relacji międzyludzkich. Migracje przyczyniają się do osłabienia lub rozpadu więzi rodzinnych, wzrostu rozwodów oraz zaniku struktur społecznych i kulturowych, poprzez które następuje reprodukcja i utrwalenie norm niezbędnych do sprawnego funkcjonowania zbiorowości [10, 12, 13, 14].

O pozytywnych konsekwencjach emigracji personelu medycznego dla państwa wysyłającego można mówić przy założeniu, że migracja ma jedynie charakter czasowy. Korzyści, jakie się wówczas pojawiają to: tworzenie sieci powiązań między krajem emigracji a krajem pochodzenia, transfer wiedzy i środków finansowych, jak też zdobycie przez migrujących pracowników nowych doświadczeń, umiejętności, a tym samym wzrost jakości świadczonych przez nich usług po powrocie do kraju pochodzenia oraz przekazywanie zdobytej wiedzy współpracownikom [12, 13, 14].

W wyniku akcesji Polski do Unii Europejskiej oraz uznawalności dyplomów i kwalifikacji zawodowych pracowników służby zdrowia, skala mobilności tej grupy znacznie się zwiększyła. Emigracja kadr medycznych stała się istotnym tematem politycznym i społecznym. Zaczęto dostrzegać trudności w funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia, które skłaniają pracowników do podejmowania decyzji o wyjeździe. Jednakże, większość publikacji poświęconych tym zagadnieniom dotyczy lekarzy i pielęgniarek, brakuje natomiast prac analizujących skalę zjawiska wśród położnych [15, 16, 17].

Dane dotyczące emigracji polskich położnych mają wyłącznie charakter szacunkowy i ukazują bardziej zainteresowanie podjęciem pracy za granicą, niż rzeczywistą skalę migracji. Monitoring prowadzony jest na podstawie rejestru wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych [18]. W okresie od 1 maja 2004 do końca 2011 roku, wydano 1189 tego typu dokumentów, co dotyczyło 4,76% wszystkich położnych zatrudnionych wówczas w placówkach ochrony zdrowia w Polsce. Największą liczbę zaświadczeń wydano w trakcie pierwszych pięciu lat członkostwa Polski w UE, w kolejnych latach obserwowana jest tendencja spadkowa. Odsetek zaświadczeń wydawanych w stosunku do ogółu zatrudnionych położnych w 2011 wyniósł zaledwie 0,32% (tabela 2).

Celem pracy jest identyfikacja planów zawodowych i migracyjnych studentek położnictwa.

Tabela 2. Zestawienie liczbowe zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych, które wydano położnym od 1.05.2004 do końca 2011 roku

Lata	Liczba wydanych zaświadczeń	Liczba położnych zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia	Wskaźnik natężenia w %
od 1 maja 2004 do 31 grudnia 2007	751	25 562	2,94
2008	161	24 182	0,67
2009	119	25 258	0,47
2010	78	21 962	0,36
2011	80	24 844	0,32
Ogółem	1189	-	4,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: Liczba pielęgniarek i położnych, które otrzymały zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonania zawodu zgodnie z prawem UE, <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/stat/268-migracja>; Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych, <http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/stat/265-zarejestrowane>.

MATERIAŁ I METODA

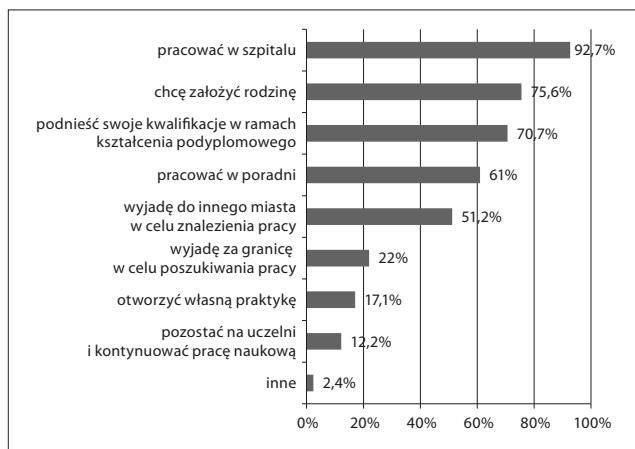
Badania ankietowe z zastosowaniem ankiety audytoryjnej przeprowadzono w 2013 roku. W pracy zastosowano celowy dobór próby badawczej [19]. Do badań wybrano wszystkie dyplomowane położne, które były w trakcie kończenia II roku studiów magisterskich na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Przebadano 41 osób (98% założonej próby badawczej). Wśród respondentek dominowały panny (90,2%). Większość wśród położnych stanowiły mieszkanki miast (53,6%). Ankietowane najczęściej oceniały swoją sytuację materialną pozytywnie (73,2%). Większość respondentek (90,2%) twierdziła, że zna język angielski w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy zawodowej za granicą (tabela 3).

Tabela 3. Charakterystyka zbadanej grupy

Cechy społeczno-demograficzne		N	%
Stan cywilny	Panna	37	90,2%
	Mężatka	4	9,8%
Miejsce zamieszkania	Wieś	19	46,4%
	Miasto poniżej 30 tys. mieszkańców	3	7,3%
	Miasto 30–100 tys. mieszkańców	8	19,5%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	11	26,8%
Znajomość języków obcych	Język angielski	37	90,2%
	Język niemiecki	8	19,5%
	Język rosyjski	8	19,5%
	Język francuski	2	4,9%
	Język hiszpański	1	2,4%
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	8	19,5%
	Dobra	22	53,7%
	Ani dobra, ani zła	10	24,4%
	Zła	1	2,4%

WYNIKI

Na podstawie analizy uzyskanych danych można stwierdzić, że badane położne, kończąc studia na poziomie magisterskim, miały sprecyzowane plany zawodowe i osobiste (rycyna 1). Po zakończeniu studiów prawie wszystkie plano-

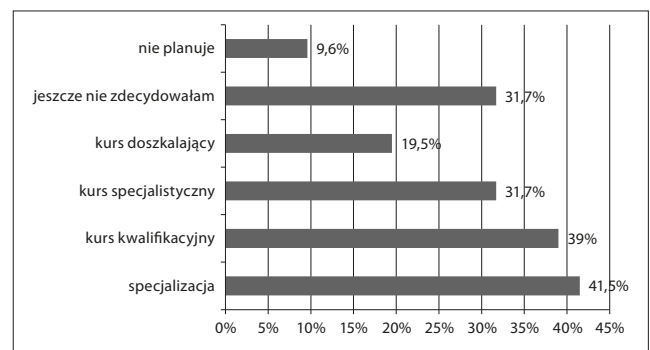


Rycyna 1. Plany zawodowe i osobiste respondentek.

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku kategorii odpowiedzi

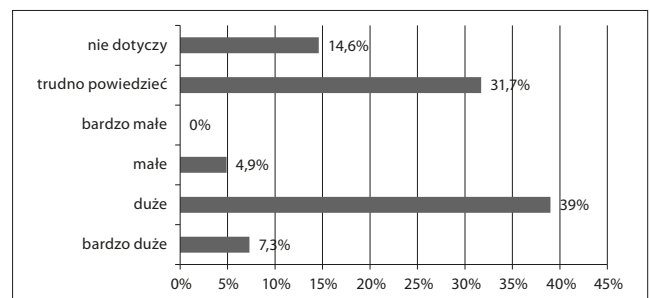
wały podjąć pracę w szpitalu (92,7%). Niemal 3/4 badanych planowało podnieść swoje kwalifikacje zawodowe w ramach kształcenia podyplomowego (70,7%). Co piąta położna (22%), zadeklarowała chęć wyjazdu do pracy za granicę. Niezależnie od planów zawodowych, priorytetem dla większości badanych były plany matrymonialne (75,6%).

Studentki, które planowały kontynuować naukę w ramach kształcenia podyplomowego, najczęściej deklarowały chęć zrobienia specjalizacji (41,5%) i udział w kursach kwalifikacyjnych (39,0%). Rzadziej wybierane formy podniesienia własnych kwalifikacji to udział w kursach specjalistycznych (31,7%) i doszkalających (19,5%). Przy czym, niemal co trzecia ankietowana nie posiada jeszcze sprecyzowanych planów dotyczących rozwoju zawodowego, a co dziesiąta respondentka przyznała, że obecnie nie planuje podnieść swoich kwalifikacji zawodowych (rycyna 2). Zdaniem 46,3% ankietowanych, szanse na zrobienie specjalizacji w Polsce są duże bądź bardzo duże (rycyna 3).



Rycyna 2. Plany studentek dotyczące rozwoju zawodowego.

*Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku kategorii odpowiedzi.

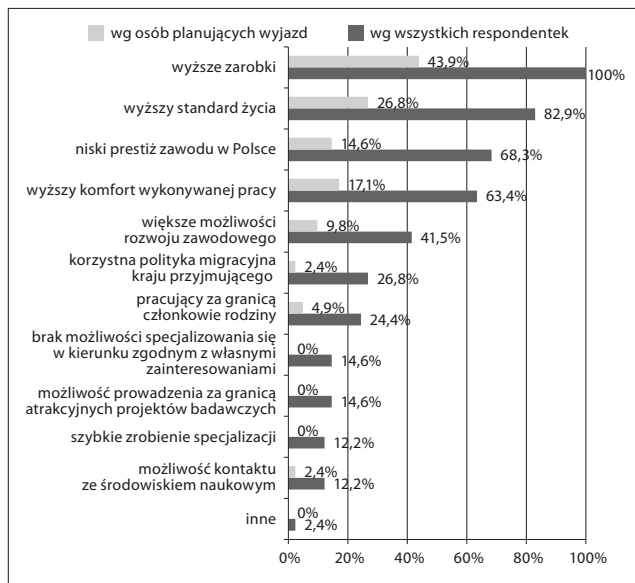


Rycyna 3. Ocena szans na zrobienie specjalizacji w Polsce.

W kolejnym etapie badań poproszono respondentki o wskazanie powodów, dla których położne decydują się na emigrację ukierunkowaną na podjęcie pracy zawodowej (rycyna 4). W opinii ogółu badanych najważniejsza przyczyna to wyższe zarobki (100%). Na kolejnych pozycjach, wśród czynników skłaniających położne do wyjazdu uplasowano: wyższy standard życia za granicą (82,9%), niski status zawodu w Polsce (68,3%), wyższy komfort wykonywanej pracy (63,4%) oraz większe możliwości rozwoju zawodowego (41,5%).

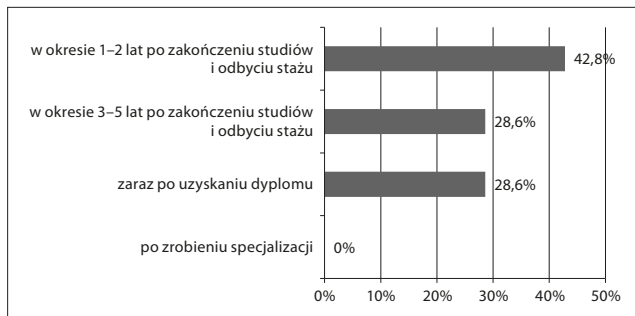
Wśród osób deklarujących emigrację największy odsetek stanowiły położne, które planowały wyjechać w perspektywie 1–2 lat po ukończeniu studiów i odbyciu stażu (42,8%). Jednakże część respondentek (28,6%) była zdecydowana na wyjazd tuż po uzyskaniu dyplomu (rycyna 5).

Największą grupę wśród respondentek, które zadeklarowały chęć podjęcia pracy zawodowej za granicą, stanowiły



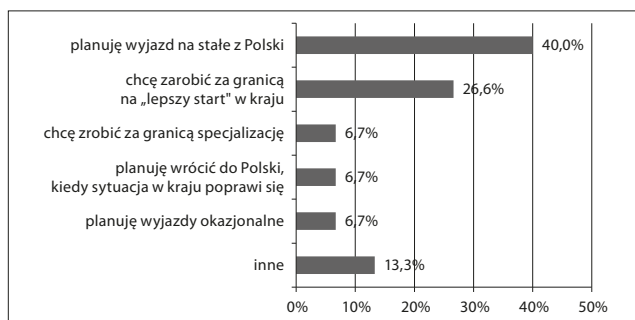
Rycina 4. Przyczyny wyjazdu położnych za granicę.

*Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku kategorii odpowiedzi



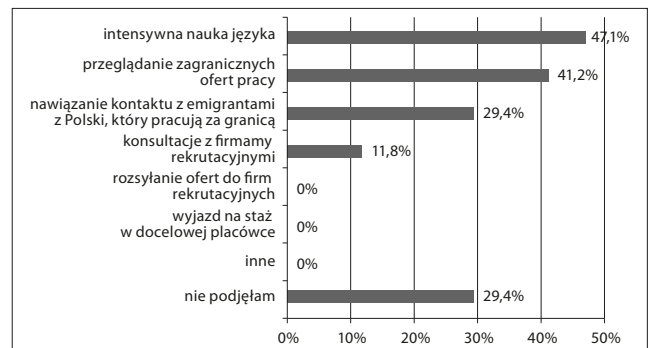
Rycina 5. Deklaracje studentek dotyczące czasu planowanego wyjazdu za granicę

osoby planujące osiedlić się w innym kraju na stałe (40%). Dla pozostałych najistotniejsze były względy ekonomiczne – zarobienie na „lepszy start” i powrót do Polski (26,6%). Część studentek (6,7%) planowała wyjazd z zamiarem zrobienia specjalizacji (rycina 6).



Rycina 6. Długość planowanego pobytu za granicą

Odpowiadając na pytanie dotyczące podejmowanych przez studentki działań mających na celu ułatwienie znalezienia pracy za granicą, niemal co trzecia respondentka (29,4%) przyznała, że nie podjęła żadnej aktywności w tym zakresie. Natomiast osoby, które rozpoczęły przygotowania do wyjazdu stwierdzały, że intensywnie uczą się języka (47,1%), przeglądają zagraniczne ofert pracy dla kadry medycznej (41,2%), utrzymują kontakty z polskimi emigrantami

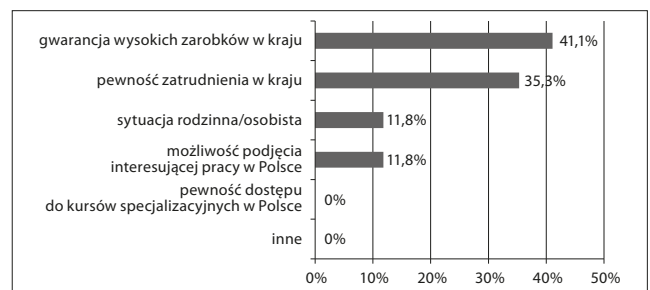


Rycina 7. Działania podejmowane przez respondentów w celu znalezienia pracy za granicą.

*Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku kategorii odpowiedzi

w krajach docelowej migracji (29,4%) lub konsultują się z firmami rekrutacyjnymi pracowników medycznych do pracy za granicą (11,8%) (rycina 7).

Zdaniem badanych, alternatywą dla planów emigracyjnych w grupie położnych, mogłaby być perspektywa wysokich zarobków (41,1%) i pewność zatrudnienia w kraju (35,3%) (rycina 8).



Rycina 8. Czynniki, które mogą wpłynąć na zmianę planów migracyjnych wśród położnych

DYSKUSJA

Podstawą efektywności każdego systemu opieki zdrowotnej jest odpowiednio wykształcony, dobrze zmotywowany i profesjonalnie świadczący swoje usługi personel medyczny [3]. Deficyt tego typu kadry postrzegany jest przez WHO jako jeden z powodów kryzysu systemów ochrony zdrowia w skali świata [20]. Niestety, analizy prognozywno-pokoleniowe pokazują, że ze względu na postępujące przemiany społeczno-demograficzne, w kolejnych latach zapotrzebowanie na pracę „białego personelu” będzie wzrastać, a liczba pracowników, szczególnie pielęgniarek i położnych, będzie się zmniejszać [2, 3].

Według raportu przygotowanego w 2006 roku przez polskie Ministerstwo Zdrowia w placówkach ochrony zdrowia brakowało 312 położnych [18]. Z kolei Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych alarmuje, iż od lat liczba położnych wchodzących do systemu nie zapewnia wymiany pokoleniowej. Liczba położnych nabywających prawo wykonywania zawodu jest mniejsza od liczby położnych osiągających wiek emerytalny, w tej sytuacji szacuje się, że w roku w roku 2020 będzie brakować 4817 położnych [11, 21]. Dodatkowo, jak zauważa J. Wojteczek, poważnym problemem jest struktura demograficzna przedstawicieli zawodów medycznych, powoduje ona zjawisko tzw. luki pokoleniowej [22]. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, średnia

wieku położnych wynosi 44,6 lat [21]. Największą grupę (20,2%) stanowią położne w wieku 46–50 lat, najmniejszą (17,4%) w wieku 21–35 lat [11].

Badania własne pokazują, że wszystkie położne biorące udział w badaniach planowały, po zakończeniu nauki, podjąć pracę w wyuczonym zawodzie i zdecydowana większość z nich chciałaby podnosić swoje kwalifikacje w ramach kształcenia podyplomowego. Respondentki były przede wszystkim zainteresowane robieniem specjalizacji. Taka postawa jest zbieżna z obserwowanym od kilku lat wśród pielęgniarek i położnych zainteresowaniem poszerzania kompetencji zawodowych [23]. Niemal co druga wśród badanych pozytywnie oceniała szanse zrobienia specjalizacji w Polsce, natomiast w badaniach Palczewskiej na ograniczone (ze względów finansowych) możliwości korzystania z kształcenia ustawicznego wskazało 70,39% pielęgniarek i położnych [24].

W kontekście wzrastającego od 2004 roku zainteresowania polskich pracowników ochrony zdrowia emigracją, na szczególną uwagę zasługuje wśród badanych grupa 22%, deklarujących zamiar podjęcia pracy zawodowej za granicą. W badaniach Wdowiak i Charzyńskiej-Guli zainteresowanie wyjazdem do pracy za granicą, głównie z powodów finansowych, potwierdziło 18,4% studentów pielęgniarstwa na poziomie licencjatu [25]. Z badań Wójcik i wsp. wynika natomiast, że w warszawskim środowisku studentów pielęgniarstwa, aż 53% ankietowanych dalszy rozwój swojej kariery zawodowej wiązało z wyjazdem [15].

Motywy, jakie w sytuacji planowania wyjazdu wskazywały położne (wyższe zarobki, wyższy standard życia, większe możliwości rozwoju i niski status zawodu położnej w Polsce), są zbieżne z wynikami innych autorów w tym zakresie. W badaniach Szczepańskiej i wsp., także ponad połowa studentów (44%) fizjoterapii i ratownictwa medycznego zadeklarowała chęć podjęcia pracy za granicą ze względu na: wyższe zarobki (100%), lepsze warunki pracy (84%) oraz lepsze perspektywy rozwoju (74%) [26]. W badaniach Joško i wsp. stwierdzono, że 42,8% studentów medycyny planowało migrację, a wśród motywów wyjazdu najczęściej pojawiały się wyższe zarobki (75%) i lepsze perspektywy rozwoju zawodowego (69%) [27]. Natomiast w opinii 42% położnych, badanych przez Chmiel-Połeć i wsp., perspektywa wyjazdu za granicę była tożsama z uzyskaniem lepszej pozycji zawodowej w przyszłości [28].

Wśród położnych, które deklarowały wyjazd, największą grupę stanowiły osoby planujące możliwość osiedlenia się w innym kraju na stałe. Taką samą formę emigracji wskazało także 26% studentów fizjoterapii i pielęgniarstwa biorących udział w badaniach Szczepańskiej [26] i aż 49% studentów medycyny badanych przez Joško i wsp. [27].

Exodus pracowników służby zdrowia w Polsce, nie ma masowego charakteru, ale na pewno nie można go lekceważyć. Zdaniem badanych, alternatywą dla planów emigracyjnych w grupie położnych, mogłaby być perspektywa wysokich zarobków i pewność zatrudnienia w kraju. Do ograniczenia negatywnych skutków, związanych z malejącymi, także z powodu emigracji, zasobami a wzrastającym popytem na personel medyczny, potrzebne są jednak z pewnością wielokierunkowe działania. Wśród analizowanych w tym zakresie strategii wymienia się m.in. dostosowanie szkoleń zawodowych do potrzeb rynku, polepszenie warunków zatrudnienia pracowników oraz ułatwianie pracownikom powrotu do kraju po okresie pracy za granicą [16, 22, 29].

WNIOSKI

1. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na to, że respondenci chcą pracować i dalej kształcić się w wyuczonym zawodzie. Jednakże w obliczu realiów funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, ponad 1/5 studentek deklarowała chęć migracji zarobkowej, traktując wyjazd jako poważną alternatywę wobec kontynuowania rozwoju zawodowego w kraju.
2. Wobec deficytu narzędzi monitorujących emigrację polskich położnych i braku tego typu piśmiennictwa naukowego, trudno jest przedstawić realną skalę zjawiska. Istniejące dane, w tym także prezentowane wyniki badań własnych, są jedynie pośrednie, świadczą jednak o potencjalnym zagrożeniu dla systemu opieki medycznej.
3. Umiarkowane zaangażowanie w przygotowania do wyjazdu, jak i generalnie optymistyczne opinie badanych studentów o możliwościach rozwoju zawodowego w kraju pozwalają przypuszczać, że faktyczna skala emigracji w tej grupie będzie niższa od deklarowanej.

PIŚMIENNICTWO

1. Wyrozębska A. Ostatni gasi światło. Dobre i złe skutki migracji polskiego personelu medycznego. *Menedżer Zdrowia* 2010; 10 (7): 33–34.
2. Nosowska K. Wdowiak L. Problemy medyczne i społeczne środowiska życia i pracy. *Medycyna Ogólna* 2006; 12 (3–4): 137–138.
3. Domagała A. Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie. *Polityka Społeczna* 2008; 7: 5–11.
4. Dustmann C, Fadlon I, Weiss Y. Return Migration, Human Capital Accumulation and the Brain Drain. *CReAM Discussion Paper Series* 2010; 13 (10): 28–37.
5. Lee ES. A Theory of Migration. *Demography* 1966; 3 (1): 47–57.
6. Firlit-Fesnak G. Migracje międzynarodowe a modernizacja systemu politycznego i społecznego. Warszawa: IPS; 2008.
7. Liberska B. Migracja kadr wysoko kwalifikowanych z krajów rozwijających się (drenaż mózgow). Warszawa: PWN; 1977.
8. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses and challenges. *Biulletin of the World Health Organization* 2004; 82 (8): 601–607.
9. Duszczyk M. Migracje z Polski do innych krajów członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego na początku XXI wieku – bilans strat i kosztów. W: Firlit-Fesnak G, (red). *Migracje międzynarodowe a modernizacja systemu politycznego i społecznego*. Warszawa: IPS; 2008: 109–110.
10. Kawczyńska-Butrym Z. *Migracje. Wybrane zagadnienia*. Lublin: UMCS; 2009.
11. Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035. *Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych*. Warszawa, 2013.
12. Krajewski – Siuda K. *Prognoza skali migracji lekarzy z Polski*. Bytom: Wydział Zdrowia Publicznego. Zakład Polityki Zdrowotnej; 2008.
13. Derkacz M. *Lasowanie mózgow*. Służba Zdrowia. 2005; 15: 34–37.
14. Kaczmarczyk P, Tyrowicz J. *Migracje osób z wysokimi kwalifikacjami*. Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych; 2008. http://www.bezrobocie.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/biuletyny_fise/biuletyn_fise_nr4_kwalifikowani.pdf, data pobrania 15.04.2013 r.
15. Wójcik G, Sienkiewicz Z, Wrońska I. *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15 (2, 3): 120–127.
16. Leśniowska J. *Problem migracji polskiej kadry medycznej*. *Polityka Społeczna* 2005; 4: 18–22.
17. Jędrkiewicz H. *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (1): 216–222.
18. *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*. Raport z realizacji programu w 2006 roku. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2006.
19. Babbie E. *Podstawy badań społecznych*. Warszawa: PWN; 2009.

20. WHO. Human Resources for Health in the WHO European Region, Report, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
21. Wstępna analiza zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 2010.
22. Wojteczek J. Pięć lat bez lekarzy. Menedżer Zdrowia 2005; 5: 23.
23. Szlendak B. Kształcenie podyplomowe w latach 2004–2008. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2009; 5: 8.
24. Palczewska A. Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na północno-wschodnim Mazowszu. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 285-292.
25. Wdowicz M, Charzyńska-Gula M. Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo XXI w. 2010; 3–4: 17–20.
26. Szczepańska B, Szady-Grad M, Klawe J, Kołodziejska K, Złotowska A. Plany zawodowe studentów fizjoterapii i ratownictwa medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy. Probl Hig Epidemiol 2010; 91 (4): 704–707.
27. Joško J, Kostkiewicz M, Mazurek M, Wojcieszek P. Ojczyzna czy obczyzna – plany zawodowe studentów Śląskiej Akademii Medycznej. Probl Hig i Epid 2007; 88: 20–23.
28. Chmiel-Połeć M, Binkowska-Bury L, Boratyn-Dubiel. Możliwości rozwoju zawodowego w opinii studentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa. Probl Hig Epidemiol 2008; 89 (3): 407–413.
29. Bińkowska-Bury M, Nagórska M, Januszewicz P, Ryżko J. Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. Rzeszów 2010; 4: 497–504.

Occupational and migration plans of students of obstetrics

Abstract

Introduction. A deficiency of medical staff in many countries has already become a fact. This phenomenon is progressing due, among other things, to globalisation and internalisation of medical professions. Other factors which contribute to the deficit mentioned above, are the ageing of societies and an increased demand for medical services. Simultaneously, it is observed that adolescents become unwilling to undertake studies in medical professions, especially those which are low-paid or socially underestimated and, at the same time, connected with a high responsibility and the necessity to extend one's knowledge (e.g. nurses and midwives). The situation is being complicated even more by the 'drainage of medical staff' – a migration of professionals from the poorer to the wealthier countries.

The aim of the study is to identify the professional and migration plans of the students of obstetrics.

Material and methods. Survey studies were carried out in 2013, among 41 midwives completing Master's studies at Medical University in Lublin.

Results. The occupational plans most frequently reported by the respondents related to undertaking a job in a hospital (92.7%) and expansion of knowledge (70.7%). Every fifth respondent planned to work abroad (22.0%). The main reasons for which the respondents tended to leave the country and work abroad were: higher salary (100%), better living conditions (82.9%), greater comfort of performing the occupation (63.4%) and a low status of the chosen profession in Poland (68.3%).

Conclusions. Financial migration, in the situation of the surveyed, is a serious alternative to earning money and continuing a professional career in Poland. Nevertheless, the range of preparations for departure and optimistic visions of expanding a professional career within the country allow one to assume that the actual scope of migration among the researched can be lower than that declared.

Key words

midwives, migration, occupational plans, causes and effects