

Beata Babiarczyk¹, Joanna Swół², Małgorzata Schlegel-Zawadzka³

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała

²Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnów

³Zakład Żywności Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

A naliza sytuacji polskich pielęgniarek pracujących za granicą

Analysis of the status of Polish nurses working abroad

STRESZCZENIE

Wstęp. Pielęgniarstwo stało się w ostatnich latach dość mobilnym zawodem. Migracji pielęgniarek sprzyja swoboda przemieszczania się w krajach Unii Europejskiej, uznawanie ich kwalifikacji zawodowych oraz wciąż chłonny dla tego zawodu rynek pracy w krajach wysokorozwiniętych. Migracje pielęgniarek mogą być czynnikiem zarówno pozytywnie, jak i negatywnie modyfikującym sytuację w polskim sektorze ochrony zdrowia.

Cel pracy. Analiza motywów podjęcia decyzji o migracji oraz analiza początkowej i obecnej sytuacji polskich pielęgniarek pracujących w zawodzie poza granicami Polski.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w latach 2012–2013, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji. Do badania zakwalifikowano 25 pielęgniarek pracujących we Włoszech, 19 w Norwegii i 7 w Wielkiej Brytanii. Wszystkie badane były kobietami, średnia wieku wynosiła 40,8 lat. Za granicą pracowały średnio 6,4 roku.

Wyniki i wnioski. Najważniejszymi motywami podjęcia decyzji o migracji, niezależnie od kraju obecnego pobytu, były kwestia materialna oraz lepsze warunki pracy. Prawie wszystkie badane (97,8%) były ogólnie zadowolone z pracy za granicą i zdecydowana większość (86%) ponownie zdecydowałaby się na migrację. Ponad połowa badanych (60%) nie planuje migracji powrotnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 130–135

Słowa kluczowe: migracja; motyw; pielęgniarki; zadowolenie

ABSTRACT

Background. Nursing increasingly can be characterized as a mobile profession. The freedom of movement within the European Union, the recognition of professional qualifications and permanent nurses shortages in developed countries, facilitates their migration. Migration of nurses may be a factor in both positively and negatively modifying the situation in the Polish healthcare sector.

Aim. Analysis of the nurses' motivations to migrate and analysis of the initial and the current situation of Polish nurses working in the profession outside Polish borders.

Material and methods. The study was conducted in 2012–2013 and used a questionnaire method. The study included 25 nurses working in Italy, 19 in Norway and 7 in the UK. All study participants were women, their average age was 40.8 years. They worked abroad for an average of 6.4 years.

Results and conclusions. The main motives of the decision to migrate, regardless of country of the current residence, were financial incentives and better working conditions in the destination countries. Almost all study participants (97.8%) were generally satisfied with their work abroad and the vast majority (86%) again would decide to migrate. More than half of respondents (60%) do not plan the return migration.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 130–135

Key words: migration; motives; nurse; satisfaction

Adres do korespondencji: dr Beata Babiarczyk, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała, tel.: 33 827 91 98, e-mail: bbabiarczyk@yahoo.com

Wstęp

Migracja personelu medycznego, skala i ewentualne skutki tego zjawiska podlegają monitorowaniu w wielu krajach [1, 2]. Wyniki badań prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) mówią o „światowym kryzysie zasobów kadr medycznych”. Czynnikiem sprawczym tej sytuacji są między innymi zmiany demograficzne ludności, zmierzające w kierunku starzenia się społeczeństw, a co za tym idzie wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne [3].

Pielęgniarstwo stało się również w ostatnich latach dość mobilnym zawodem. Zjawisko migracji polskich pielęgniarek monitorowane jest przez wydawanie zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych na potrzeby ich uznawania w krajach Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP), w okresie od wejścia Polski do Unii Europejskiej (UE) do końca 2009 roku 6,33% ogółu polskich pielęgniarek wystąpiło o wydanie takich zaświadczeń i procent ten miał tendencję wzrostową [4]. Przy czym należy pamiętać, że podawane dane nie są tożsame z rzeczywistą liczbą osób podejmujących za granicą pracę w zawodzie pielęgniarki i raczej należy je traktować jako jedynie wskaźnik zainteresowania podjęciem takiej pracy [4, 5]. Migracji pielęgniarek sprzyja swoboda przemieszczania się w krajach Unii Europejskiej, która to jest jedną z fundamentalnych wartości gwarantowanych prawem wspólnotowym. Korzystne dla pielęgniarek uwarunkowania prawne, pozwalające na wykonywanie zawodu na terenie UE, również są znaczącym czynnikiem wpływającym na skalę migracji tej grupy zawodowej. Kwalifikacje polskich pielęgniarek, dotychczas tylko tych, posiadających tytuł co najmniej licencjata pielęgniarstwa, uznawane były na zasadzie praw nabytych. Od listopada 2013 roku, kiedy to Komisja Europejska przyjęła zmiany modernizujące dyrektywę 2005/36/WE, zasada ta dotyczy także absolwentów liceów medycznych [5, 6]. Nowelizacja tej dyrektywy stworzyła więc nowe możliwości migracji dla polskich pielęgniarek, a podjęcie decyzji o migracji ułatwia im także wciąż chłonny dla tego zawodu rynek pracy w krajach wysokorozwiniętych, kilkakrotnie nawet wyższe pensje, lepsze warunki pracy i aktywność firm rekrutujących na terenie Polski [3, 7].

Migracje mają modyfikujący wpływ na sytuację na rynku pracy. Zjawisko to ma często bardzo pozytywny wydźwięk, może bowiem stwarzać pracownikowi większe możliwości rozwoju, czy sprzyjać wymianie doświadczeń [2, 7, 8]. Często przedstawia się je jednak jako jednostronny odpływ wysoko wykwalifikowanych pracowników, tak zwany *brain-drain*, co w przypadku pracowników służby zdrowia

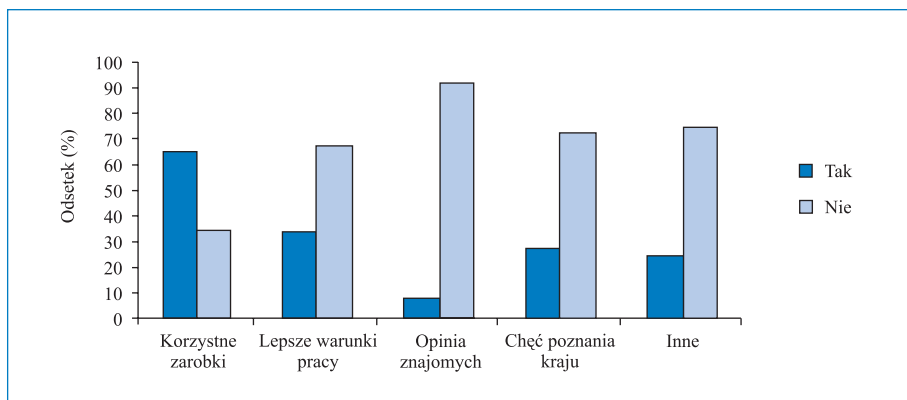
może wiązać się z niedoborami kadrowymi na rodzimym rynku pracy i gorszą jakością opieki [1, 9, 10]. Do oceny sytuacji pielęgniarstwa oraz poziomu jego rozwoju w poszczególnych krajach wykorzystywany jest często wskaźnik liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten jest najniższy ze wszystkich krajów UE i wynosi średnio 5,4/1 tysiąc mieszkańców. Zgodnie z danymi NRPiP od roku 2010 obserwuje się systematycznie rosnący niedobór pielęgniarek, niedostateczną wymianę pokoleniową w zawodzie i rosnącą liczbę pielęgniarek, które po zakończeniu szkoły nie wchodzi w ogóle do systemu [4]. Biorąc pod uwagę, że większość polskich pielęgniarek pracujących za granicą prawdopodobnie nigdy już nie powróci do kraju, migracja może doprowadzić do prawdziwego „kryzysu zasobów kadr medycznych” także i w Polsce.

Cele

1. Analiza motywów podjęcia decyzji o migracji.
2. Analiza początkowej i obecnej sytuacji polskich pielęgniarek pracujących w zawodzie poza granicami Polski.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w latach 2012–2013, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Posłużono się kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała 30 pytań dotyczących sytuacji demograficznej badanych (wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, wykształcenie), ich sytuacji zawodowej (doświadczenie w pracy pielęgniarki), motywów podjęcia decyzji o migracji, początkowej i obecnej sytuacji na obcym rynku pracy oraz planów dotyczących ewentualnej migracji powrotnej. Uczestnictwo w badaniu było anonimowe i całkowicie dobrowolne. Badaniem objęto 51 pielęgniarek pracujących w trzech wybranych państwach europejskich (Norwegia, Wielka Brytania, Włochy), które prawidłowo wypełniły i zwróciły drogą mailową ankietę. Otrzymane wyniki były kodowane w przygotowanej na potrzeby badania bazie Excel programu Microsoft Office 2007, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica PL 10.0. Do opisu struktury badanej populacji wykorzystano liczebności i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego. W ocenie różnic pomiędzy grupami posłużono się testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya dla prób niepowiązanych, a dla zmiennych nominalnych testem χ^2 z poprawką Yatesa. Za poziom istotności przyjęto wartość $p < 0,05$.



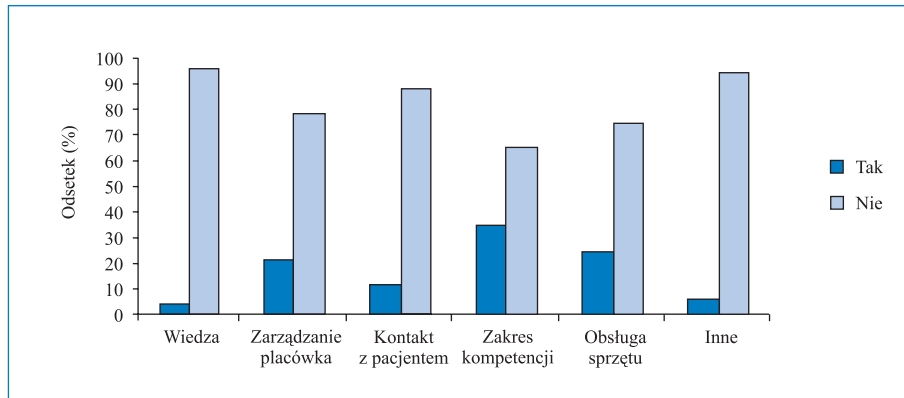
Rycina 1. Motywy podjęcia decyzji o migracji (Inne: łączenie rodzin, brak pracy w Polsce)

Figure 1. Motives of migration decision making (Other: family reunification, unemployment in Poland)

Wyniki

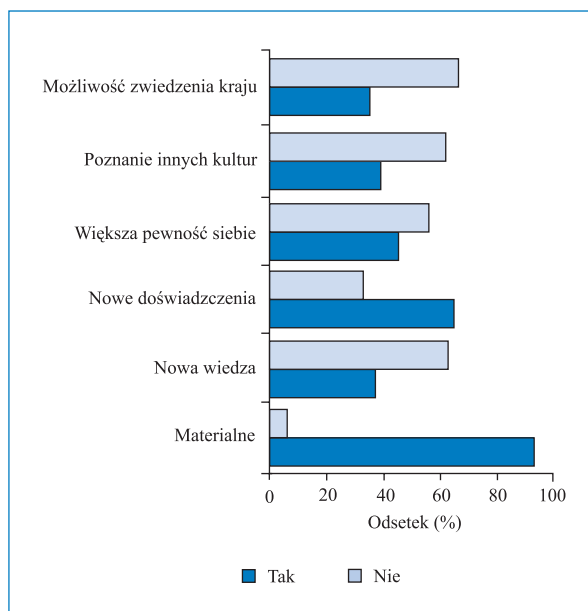
Do badania zakwalifikowano 25 pielęgniarek przebywających we Włoszech (49%), 19 z Norwegii (37,3%) i 7 z Wielkiej Brytanii (13,7%). Wszystkie badane były kobietami, ich średni wiek wynosił $40,8 \pm 6,8$ lat (zakres: 29–58 lat), przy czym pielęgniarki z Włoch były statystycznie istotnie starsze od reszty badanych ($p = 0,02$). Większość respondentek była mężatkami (64,7%), zdecydowana większość miała też dzieci (78,4%). W przypadku ponad połowy badanych najbliższa rodzina mieszkała z nimi (58,8%), podczas gdy u 39,2% rodzina mieszkała w Polsce, a u 2% (jedna badana) była podzielona na dwa kraje. Badane przebywały za granicą średnio $6,4 \pm 2,7$ lat (zakres: 0,08–12 lat). Analizując sytuację zawodową badanych, stwierdzono, że prawie połowa z nich (49%) ukończyła liceum medyczne, podczas gdy 29,4% posiadało ukończone studia magisterskie, 13,7% licencjackie, a 7,8% ukończyło studium medyczne. Pielęgniarki podejmujące pracę we Włoszech statystycznie częściej były absolwentkami liceów medycznych, a w Norwegii studiów magisterskich ($\chi^2 = 31,34$; $p < 0,001$). Prawie wszystkie badane (90,2%) pracowały w zawodzie pielęgniarki przed wyjazdem za granicę, średnio $9,7 \pm 9$ lat (zakres: 0–32 lata) i 86,3% z tych badanych uważało, że doświadczenie w pracy pielęgniarki pomogło im w pracy za granicą. Motywy podjęcia decyzji o migracji przedstawiono na rycinie 1. Badane przebywające we Włoszech istotnie rzadziej decydowały się na migrację z powodu korzystnych zarobków ($\chi^2 = 9,21$; $p = 0,01$), a badane przebywające w Wielkiej Brytanii istotnie częściej kierowały się opinią znajomych przy podejmowaniu decyzji ($\chi^2 = 14,18$; $p < 0,01$). Średni czas poszukiwania pracy za granicą od momentu podjęcia decyzji do wyjazdu wynosił $9,5 \pm 6,6$ miesięcy (0–36 miesięcy). Ponad połowa badanych (62,7%) skorzystała z ofert agencji

rekrutujących do pracy za granicą, 11,8% badanych wyjechało za pośrednictwem Urzędu Pracy, a 25,5% skorzystało z własnych kontaktów. Wszystkie pielęgniarki pracujące we Włoszech zostały zatrudnione za pośrednictwem agencji rekrutujących ($\chi^2 = 27,87$; $p = 0,002$). Jeśli chodzi o znajomość języka w momencie rozpoczęcia pracy, to 33,3% badanych oceniło go na komunikatywny, po 25,5% na średni lub słaby, a 15,7% na zaawansowany. Stwierdzono, że osoby deklarujące w momencie migracji słaby stopień znajomości języka istotnie częściej podejmowały pracę w domach opieki ($\chi^2 = 33,90$; $p = 0,004$). Większość badanych (68,6%) uczyła się języka w kraju, przed wyjazdem. Ponad połowa badanych (58,8%) nie musiała odbywać dodatkowych kursów w celu uzyskania licencji pielęgniarskiej, a 41,2% musiało uzupełnić wykształcenie pielęgniarskie o kursy dotyczące na przykład farmakologii, ochrony zdrowia, odbyć dodatkowe praktyki (najczęściej w dziedzinie geriatry) lub w przypadku dwóch osób — nostryfikować dyplom. Badane pracują obecnie w różnych placówkach medycznych, największy odsetek (41,2%) pracuje w domach starców. Miejsce obecnej pracy jest inne niż w pierwszym okresie migracji w przypadku 60,8% badanych. Bariery jakie respondentki zauważyły w trakcie pracy za granicą, wynikające z nauczania w polskiej szkole pielęgniarskiej, przedstawiono na rycinie 2. Prawie wszystkie badane (96,1%) oceniły, że polska szkoła przygotowała je do wykonywania zawodu pielęgniarki za granicą. Korzyści, jakie respondentki wyniosły z podjęcia pracy za granicą przedstawiono na rycinie 3. Analiza odpowiedzi na pytania o relacje z przełożonymi wykazała, że połowa badanych określiła je jako bardzo dobre i prawie połowa jako poprawne. Żadna z respondentek nie określała ich jako złych. Jeśli zaś chodzi o relacje z pacjentami, to zdecydowana większość (70,6%) oceniła je jako



Rycina 2. Bariery jakie badane zauważyły w trakcie pracy za granicą, wynikające z nauczania w polskiej szkole pielęgniarskiej (inne: techniki przesuwania pacjentów, relacje z lekarzami)

Figure 2. Barriers noticed by respondents while working abroad, arising from teaching in a Polish school of nursing (other: lifting and moving techniques, relationships with physicians)



Rycina 3. Korzyści z podjęcia pracy za granicą

Figure 3. Benefits of working abroad

bardzo dobre i 29,4% jako dobre. Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące ewentualnej migracji powrotnej wykazała, iż prawie połowa badanych (47,1%) raczej nie zamierza tego robić, 29,4% być może zdecyduje się na powrót, ale za kilka lat, podczas gdy po 11,8% badanych deklaruje, że wróci na pewno lub że na pewno nie wróci. Oceniając swoje ogólne zadowolenie z pracy za granicą 45,1% badanych odpowiedziało, że są bardzo z tego zadowolone, 52,9% raczej zadowolone, a jedna osoba jest niezadowolona. Jeśli chodzi o powody niezadowolenia to respondenci wymieniały między innymi trudności w uzyskaniu awansu (13,7%), złą organizację pracy (7,8%), zbyt-

nią pobłażliwość w usprawiedliwianiu nieobecności w pracy (9,8%), zazdrość współpracowników (7,8%) czy redukcję kosztów na szkolenia (7,8%). Zdecydowana większość respondentek (86,3%) ponownie zdecydowałaby się na migrację.

Dyskusja

Koncepcja „Pielęgniarstwo bez granic” stała się w XXI wieku faktem. Największa zmiana geopolityczna, której doświadczyliśmy w ostatnich latach na terenie Europy, jaką było rozszerzenie UE, wpłynęła na zwiększenie migracji obywateli Polski, w tym również personelu służby zdrowia [11]. Wśród czynników potencjalnie sprzyjających podjęciu decyzji o migracji, wyróżnia się czynniki wypychające, tak zwane push factors oraz przyciągające pull factors [2, 12]. W przypadku polskich pielęgniarek, do najważniejszych czynników wypychających należą czynniki związane z wykonywaną pracą: warunki płacy, niekorzystne warunki pracy (wiele placówek ma wciąż problemy z zabezpieczeniem logistycznym, brakiem leków, sprzętu), ale także zakres roli i uprawnień na stanowisku pracy oraz mierne możliwości własnego rozwoju [2, 12, 13]. Czynniki te mają decydujący wpływ na poziom satysfakcji z pracy pielęgniarek [14, 15]. Wśród czynników przyciągających należy wymienić przede wszystkim braki personelu medycznego w krajach wysokorozwiniętych i w związku z tym popyt na pracę cudzoziemską, lepsze warunki pracy, lepszy system opieki społecznej, a także dobrze rozbudowaną sieć migracyjną [2, 11, 16]. W badaniu własnym potwierdzono, że najważniejszymi czynnikami wypychającymi, a jednocześnie przyciągającymi, niezależnie od kraju obecnego pobytu, były kwestia materialna oraz lepsze warunki pracy. Określając obszary, z których respondenci były najbardziej zadowolone podczas swojej pracy za granicą, wskazały one także

na fakt zdobycia nowych doświadczeń czy większej pewności siebie. Kwestia finansowa nie jest więc jedynym czynnikiem przyciągającym polskie pielęgniarki. Planując działania systemowe skierowane na zwiększenie atrakcyjności zawodu, powinno się więc uwzględnić, obok zwiększenia systemu wynagrodzeń, także umocnienie roli pielęgniarek w miejscu zatrudnienia, zwiększenie ich uprawnień czy zapewnienie im możliwości rozwoju [12]. To właśnie dzięki takim długofalowym działaniom, uwzględniającym planowanie zasobów pielęgniarskich, Anglia i Norwegia stały się krajami, w których przewiduje się osiągnięcie stabilizacji pod względem liczby pielęgniarek w ciągu najbliższych 10 lat [7]. Dla prawie 10% badanych migracja była szansą na podjęcie w ogóle pracy w zawodzie. Bezrobocie jest poważnym czynnikiem, które wpływa na prognozowany odpływ pracowników z Polski [8]. Zgodnie z danymi Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS), w drugim półroczu 2013 roku aż 3985 pielęgniarek było zarejestrowanych jako bezrobotne [17]. Biorąc nawet poprawkę na fakt, że część z nich nie uprawiała czynnie tego zawodu (podczas rejestracji podaje się zawód wykształcony, a nie wykonywany), to i tak trzeba przyjąć, że wiele z tych osób będzie szukać zatrudnienia za granicą.

Podejmując decyzję o migracji, należy brać pod uwagę obecność różnorodnych barier w nowym miejscu pracy, związanych na przykład z koniecznością znajomości języka kraju przyjmującego (w przypadku pielęgniarek także terminologii medycznej) czy innych standardów pracy [10, 11]. Wśród barier, które zauważyły nasze respondentki w czasie początków swojej pracy za granicą, najważniejszą wydaje się być szerszy zakres kompetencji pielęgniarek za granicą. Większość naszych badanych nie zauważyła natomiast barier w poziomie wiedzy, co więcej 96,1% z nich stwierdziło, że polska szkoła dobrze ich przygotowała do wykonywania zawodu. Opiera się on w dużej mierze na prawidłowym komunikowaniu się z pacjentem, jego rodziną i innymi pracownikami [11]. Większość z badanych określiła swoją znajomość języka kraju przyjmującego w momencie rozpoczęcia pracy jako „komunikatywny” lub „zaawansowany”. Kraje przyjmujące migrujące pielęgniarki powinny być zaangażowane nie tylko w zapewnienie właściwej jakości wykonywanej przez nie pracy, ale także w proces ich integracji [18]. Większość badanych skorzystała z ofert firm rekrutujących, a część także z sieci migranckich, co ułatwiało na pewno proces adaptacji. Wydaje się, że badane są dość dobrze zintegrowane z otoczeniem. Zdecydowana większość pozytywnie określa zarówno swoje relacje z pacjentami i przełożonymi. Żadna z badanych nie określiła tych relacji jako złych, ale w odpowiedzi na pytanie o powody ewentualnego niezadowolenia pojawiły się odpowiedzi odnoszące się do relacji w miejscu

pracy, a mianowicie „trudność awansu” czy „zazdrość współpracowników”. W porównaniu jednak do doniesień międzynarodowych, które mówią o mobbingu pielęgniarek z zagranicy, celowym udawaniu niezrozumienia, deprecjonowaniu kwalifikacji oraz izolacji społecznej [11, 18, 19], sytuacja badanych wydaje się być dobra. Świadczyć może też o tym fakt, że prawie wszystkie badane są ogólnie zadowolone z pracy za granicą (45% badanych nawet bardzo) i 86,3% z nich ponownie zdecydowałaby się na migrację.

Migracja pielęgniarek mogłaby być pozytywnym zjawiskiem dla środowiska zawodowego, gdyby nie była migracją na stałe. Jeśli część z emigrantek zdecydowałaby się wrócić do Polski, wykorzystać swoją wiedzę i nowe doświadczenia we wzmacnianiu pozycji zawodu w naszym kraju, moglibyśmy powiedzieć o scenariuszu zastępczym dla wspomnianego brain-drain, a mianowicie o tak zwanym brain gain [11]. Jednak jak wynika z badania własnego, prawie 60% badanych nie zdecydowałoby się na migrację powrotną. Niedobory z tego wynikające, nakładające się na inne niekorzystne trendy w pielęgniarstwie, takie jak odchodzenie od zawodu, brak zainteresowania podjęciem pracy w zawodzie czy brak wymiany pokoleniowej, mogą więc być znaczące dla funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej w Polsce.

Wnioski

- Najważniejszymi motywami podjęcia decyzji o migracji, niezależnie od kraju obecnego pobytu, były kwestia materialna oraz lepsze warunki pracy.
- Prawie wszystkie badane są ogólnie zadowolone z pracy za granicą i zdecydowana większość ponownie zdecydowałaby się na migrację.
- Ponad połowa badanych nie planuje migracji powrotnej.

Piśmiennictwo

1. Buchan J., Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82: 587–594.
2. WHO publications. Country Case Studies and Policy Implications. Dostępny w Internecie: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/102402/E88366.pdf; data pobrania: 30.12.2013.
3. Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej. Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Dostępny w Internecie: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=48&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>; data pobrania: 29.12.2013.
4. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035. Warszawa 2013. Dostępny w Internecie: <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2010-analiza-liczby-zarejestrowanych-i-zatrudnionych-pielegniarek-i-polozonych-w>

- roku-2011-oraz-prognoza-liczby-zarejestrowanych-i-zatrudnionych-pielęgniarek-i-położnych-na-lata-2015-2035; data pobrania: 16.04.2014.
5. Nosowska K., Goryński P. Migracja personelu medycznego do pracy za granicą w okresie pierwszego roku po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2006; 87 (1): 55–60.
 6. Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej. Uznanie kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek na zasadzie praw nabytych — 9 października 2013 r. Parlament Europejski. Dostępny w Internecie: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=610&ml=pl&mi=610&mx=0&mt=&my=603&ma=032816>; data pobrania: 29.12.2013.
 7. Binkowska-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.* 2010; 4: 497–504.
 8. Iglicka K., Olszewska O., Stachurski A., Żurawska J. Dylematy polityki migracyjnej Polski. W: *Seria: Prace migracyjne nr 58.* Instytut studiów społecznych UW, Warszawa 2005.
 9. Jędrkiewicz H. Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93 (1): 216–222.
 10. Bieski T. Foreign-educated nurses: an overview of migration and credentialing Issues. *Nurs Econ.* 2007; 25 (1): 20–23.
 11. Kingma M. Nurses on the move: a global overview. *Health Res. Educational Trust.* 2007; 42 (3): 1281–1298.
 12. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I. Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. *Probl. Pielęg.* 2007; 15 (2–3): 120–127.
 13. Leśniowska J. Problem migracji kadry medycznej. *Polit Społ.* 2005; 4: 18–22.
 14. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L. i wsp. Satisfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl. Pielęg.* 2009; 17 (3): 167–172.
 15. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. *Badanie wstępne.* *Probl. Pielęg.* 2007; 15 (2): 192–196.
 16. Horgen Friberg J., Napierała J. Polscy migranci w Norwegii. W: Kaczmarczyk P. (red.) *Mobilność i migracje w dobie transformacji, wyzwania metodologiczne.* Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2011: 38–67.
 17. MPIPS. Zarejestrowani bezrobotni oraz oferty pracy według zawodów i specjalności w I półroczu 2013 roku. Dostępny w Internecie: <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynek-pracy/rejestrowanibezrobotniorazofertypracywedugzawodwispecialnoci/rok2013>; data pobrania: 27.01.2014.
 18. Raatiniemi J. Informasjon, opplæring og inkludering kan forebygge stress og utbrenthet hos fremmsedspråklige sykepleiere. *Sykepleien.* 2012; 100 (13): 68–70.
 19. Winkelman-Gleed A., Seeley J. Strangers in a British world? Integration of international nurses. *Brit. J. Nurs.* 2005; 14 (17): 899–906.