

HISTORIE NIEOBOJETNE

TOM II



KĄDZIEL-KOŁYSKA-ŁOŻE



Atrybuty kobiecości
na przestrzeni dziejów



KĄDZIEL-KOŁYSKA-ŁOŻE

HISTORIE NIEOBOJĘTNE

TOM II



KĄDZIEL-KOŁYSKA-ŁOŻE

Atrybuty kobiecości
na przestrzeni dziejów

REDAKCJA NAUKOWA

Anetta Głowacka-Penczyńska

Katarzyna Grysińska-Jarmuła

Monika Opióła-Cegiełka



Bydgoszcz 2017

Komitet Redakcyjny
Jarosław Burczyk (przewodniczący)
Zygmunt Babiński, Grzegorz Domek, Grzegorz Kłosowski
Bernard Mendlik, Piotr Siuda, Małgorzata Święcicka
Ewa Zwolińska, Ireneusz Skowron (sekretarz)

Recenzent
Jarosław Dumanowski

Projekt okładki



Katarzyna Klonowska

Redaktor
Ewa Indykiewicz

Opracowanie typograficzne
ArtStudio | Anna Mreła

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz 2017

Utwór nie może być powielany i rozpowszechniany w całości ani we fragmentach
bez pisemnej zgody posiadacza praw autorskich

ISBN 978-83-8018-100-7

Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
(Członek Polskiej Izby Książki)
85-092 Bydgoszcz, ul. Ogińskiego 16
tel./fax 52 323 67 55, 323 67 29, e-mail: wydaw@ukw.edu.pl
www.wydawnictwo.ukw.edu.pl
Rozpowszechnianie tel. 52 323 67 30
Poz. 1697. Ark. wyd. 18,5

Wstęp	7
-------------	---

W poszukiwaniu kobiety idealnej

Justyna Żychlińska	
Przełamując (?) stereotyp – krótki szkic o roli i pozycji społecznej kobiety w pradziejach na przykładzie kultury łużyckiej	13
Witold Brzeziński	
Wizerunek kobiety w <i>De regimine principum</i> Idziego Rzymianina (ok. 1243-1316). Przyczynek do dziejów refleksji nad płcią żeńską w piśmiennictwie o wychowaniu okresu pełnego średniowiecza	33
Katarzyna Chmielewska	
Dewotka czy kusicielka? Obraz kobiety w średniowiecznych śląskich kronikach klasztornych	49
Agnieszka Jakuboszczak	
Żona doskonała. Obraz kobiety w staropolskich mowach weselnych ze zbiorów PAN Biblioteki Kórnickiej	63
Danuta Kowalewska	
Negatywny stereotyp niewiasty w literaturze polskiego oświecenia. Wybrane przykłady	77
Weronika Pawlik-Kwaśniewska	
Córka, żona, matka. Kobieca prywatność a oświeceniowy utilitaryzm	89
Marta Muzioł	
Kobieca tożsamość w tekstach XIX- i XX-wiecznych inskrypcji nagrobnych. Wstęp do badań	101

Kobieta w przestrzeni prywatnej

Barbara Kowalska	
Od narodzin do śmierci – o przeznaczeniu średniowiecznego łoża	115
Katarzyna Justyniarska-Chojak	
„Utensilia mulieris” – atrybuty kobiecości w mieszczańskich inwentarzach pośmiertnych z terenu Małopolski (w XVI-XVII wieku)	133
Anna Łysiak-Łatkowska	
Wpływ polskich arystokratek na aranżowanie małżeństw od drugiej połowy XVIII do początku XIX wieku	151

M Macierzyństwo Między przestrzenią prywatną a publiczną

Monika Nawrot-Borowska

Wzorzec idealnej piastunki, niani, opiekunki dziecięcej w świetle poradników polskich z II połowy XIX i początku XX wieku 169

Agnieszka Małek

Przygotowanie kobiet do macierzyństwa w świetle poradników dla rodziców z lat 1918-1970 193

Małgorzata Stawiak-Ososińska

Kształcenie pielęgniarek w Polsce w latach 1945-1961 w świetle artykułów z „Pielęgniarki Polskiej” i „Pielęgniarki i Położnej” 211

Agnieszka Wedel-Domaradzka

Macierzyństwo – od pewności do wątpliwości. Aspekty prawne i bioetyczne w kontekście urodzenia dziecka 235

K Kobieta w różnych kulturach

Anita Gostomska

„Pióro w wątych dłoniach”. Rozważania na temat chorwackich pisarek z przełomu XIX i XX wieku 255

Małdalena Dąbrowska

Kobiety w kulturze rosyjskiej na początku XIX wieku (na podstawie czasopism Piotra Szalikowa) 267

Barbara Techmańska

Być kobietą w Zagłębiu Miedziowym. Role mieszkanki Zagłębia Miedziowego od momentu ukształtowania się okręgu przemysłowego po czasy współczesne – zarys problematyki 283

Noty o autorach 295

Małgorzata Stawiak-Ososińska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego
Kielce

Kształcenie pielęgniarek w Polsce w latach 1945-1961 w świetle artykułów z „Pielęgniarki Polskiej” i „Pielęgniarki i Położnej”



raz z zakończeniem II wojny światowej i wyzwoleniem ziem polskich spod okupacji hitlerowskiej rozpoczął się długotrwały proces odbudowy szkolnictwa polskiego. Nie było to jednak łatwe zadanie. Powojenna oświata borykała się z wieloma problemami natury materialnej, ekonomicznej i kadrowej. W pierwszych latach po wojnie brakowało pomieszczeń szkolnych, podręczników, pomocy naukowych i nauczycieli. Na te wszystkie trudności nakładały się zmiany ustrojowe, które odcisnęły swoje piętno na programach kształcenia i życiu szkolnym, a na zewnątrz objawiały się wzmożoną kontrolą nad realizacją nowej ideologii politycznej, propagowaniem nowych haseł i sloganów partyjnych.

Szkolnictwo pielęgniarstwa odradzające się po wojnie borykało się z podobnymi trudnościami. Nowa ludowo-komunistyczna władza inaczej traktowała sprawy ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. W myśl socjalistycznych założeń służba zdrowia powinna być świecka i dostępna dla wszystkich obywateli. Zamierzano tak rozbudować system opieki zdrowotnej, by podstawowa pomoc medyczna była osiągalna dla każdego chorego, by każde polskie dziecko miało zapewniony podstawowy pakiet szczepień

ochronnych, a każdy robotnik miał na terenie zakładu pracy dostęp do zakładowej opieki zdrowotnej. Na pierwszy plan wysuwano wówczas walkę z epidemią duru, czerwonki, chorobami wenerycznymi i gruźlicą¹. Aby to zapewnić należało w pierwszej kolejności wykształcić jak najszybciej dużą grupę świeckich pracowników, którzy zastąpiliby przedwojenny personel kościelny i realizowali założenia socjalistycznej ideologii.

Szczytne założenia nowej władzy pozostawały w kolizji z polską powojenną rzeczywistością. W kraju brakowało szpitali i przychodni, panował wszechobecny niedobór lekarzy i średniego personelu medycznego, a zwłaszcza pielęgniarek świeckich². Aby przynajmniej w podstawowym stopniu realizować nowe założenia należało zapewnić wystarczającą liczbę wykwalifikowanych pielęgniarek, które mogłyby świadczyć usługi w przychodniach, szpitalach i innych instytucjach zdrowotnych w zakresie profilaktyki, opieki, rehabilitacji i usług medycznych. Działania władz poszły zatem w kierunku uruchamiania jak największej liczby szkół pielęgniarstwa oraz kursów.

Gwałtowny rozwój placówek służby zdrowia oraz warunki dyktowane sytuacją kraju przyczyniły się do organizowania w sposób spontaniczny, niekiedy nawet żywiołowy i ograniczony programowo, szkoleń masowych dla przygotowania średniego personelu medycznego³.

Odbicie tych działań znajdowało na bieżąco swój wyraz w artykułach poświęconych szkolnictwu pielęgniarstwu publikowanych na łamach ówczesnych czasopism pielęgniarstwa – „Pielęgniarki Polskiej” oraz „Pielęgniarki i Położnej”⁴. Wszystkie zamieszczane w pismach teksty związane

¹ A. Maksymowicz, *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym*, Warszawa 1977, s. 92.

² Polskie szkolnictwo pielęgniarstwa nie miało wówczas bogatych tradycji. Pierwsze szkoły przygotowujące pielęgniarki rozwinęły się w Polsce dopiero w okresie międzywojennym. Opieką szpitalną nad chorym zajmowały się specjalnie do tego celu powołane zgromadzenia zakonne. Siostry miłosierdzia, tak wówczas zwano zakonnice stanowiące personel medyczny szpitala, nie miały do tej posługi żadnego fachowego przygotowania. Doświadczenie w opiece nad chorym zdobywały w trakcie pracy. Zob. T. Żaczek, *Kształcenie pielęgniarek. Licea medyczne w województwie łódzkim 1959-1992*, Łowicz 2002, s. 34-55.

³ Ibidem, s. 90.

⁴ Pierwszym pismem zawodowych pielęgniarek wychodzącym w latach 1929-1939, a po II wojnie światowej w latach 1948-1958 była „Pielęgniarka Polska”. W 1958 roku doszło do połączenia „Pielęgniarki Polskiej” z czasopismem „Położna” i od tej pory wychodziło jed-

tematycznie z kształceniem pielęgniarek pisały instruktorki lub nauczycielki bezpośrednio związane z tym procesem, dlatego wyraźnie odczuć można klimat ówczesnych placówek szkolnych i wpływ ofensywy ideologicznej na kształt publikowanych wypowiedzi. Teksty te stały się bazą źródłową do napisania niniejszego opracowania. Granice opisywanego przedziału czasowego wyznaczają z jednej strony zakończenie działań wojennych (1945 r.), a z drugiej zapoczątkowanie reformy oświatowej (na mocy Ustawy z 15 lipca 1961 roku o rozwoju systemu oświaty), której głównym celem było lepsze przygotowanie uczniów do dalszego kształcenia i zdobywania kwalifikacji zawodowych. W okresie tym wobec ogromnego zapotrzebowania na wykwalifikowany średni personel medyczny, przy jednoczesnym braku ugruntowanych wzorców kształcenia w tworzeniu różnych form przygotowania zawodowego pielęgniarek panował ogromny chaos i brak konsekwencji, co skutkowało częstymi zmianami przepisów. Stabilizacja nastąpiła dopiero po 1961 r. kiedy to podstawową formą przygotowania pielęgniarek stały się licea medyczne.

W pierwszych latach po wojnie ocalały personel przedwojennych szkół pielęgniarskich⁵ podjął działania w celu uruchomienia wszystkich placówek, które funkcjonowały w Polsce w 1939 roku. Szkoły organizowano pośpiesznie, opierając się na wzorach przedwojennych. Próbowano jednocześnie ściągnąć do nich możliwie najlepsze „siły fachowe dyrektorów i instruktorów”⁶. Do końca 1945 roku udało się uruchomić 3 szkoły⁷, w których realizowano program przedwojenny, stosowano ówczesne zasady i metody nauczania, nie prowadzono szkoleń ideologicznych i politycznego oddziaływania na uczennice⁸.

Dające o sobie znać braki kadrowe próbowano uzupełnić poprzez wprowadzenie krótkich form przyuczenia do zawodu. Polski Czerwony

no pismo kierowane zarówno do pielęgniarek, jak i położnych pt. „Pielęgniarka i Położna”. O czasopiśmie „Pielęgniarka Polska” zob. więcej: K. Łukasz-Paluch, G. Franek, *Rodowód czasopisma „Pielęgniarka Polska” – życie i działalność redaktor naczelnej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, nr 2-3, s. 88.

⁵ W 1939 r. było w Polsce 7 szkół pielęgniarstwa. Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 12, s. 16; A. Ginalska, E. Pytkowa, *U progu 100 rocznicy narodzin szkolnictwa pielęgniarskiego*, „Pielęgniarka i Położna” 1960, nr 12, s. 14.

⁶ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

⁷ W Krakowie, Warszawie i Gdańsku.

⁸ T. Żaczek, *Kształcenie pielęgniarek...*, s. 91.

Krzyż już w 1946 roku uruchomił kursy pielęgniarские zwane kursami siostr pogotowia sanitarnego. Przygotowanie kobiet w ramach tychże kursów było powierzchowne, uznano jednak, że dalsze uzupełnianie wiadomości i nabywanie umiejętności praktycznych będzie odbywało się w trakcie pracy zawodowej⁹.

Mimo iż działalność tych pierwszych placówek nie spełniała oczekiwań nowej władzy, to wobec uporczywego braku pielęgniarek tolerowano ich istnienie, zdając sobie sprawę, że realizacja pierwotnych zamierzeń będzie możliwa dopiero wówczas, gdy uda się wykształcić „poprawną ideologicznie kadrę kierowniczą i dydaktyczno-instruktorską” oraz stworzyć nową strukturę szkół pielęgniarских i nowe programy nauczania. Dużą przeszkodę w przygotowaniu przyszłych pielęgniarek do pracy zawodowej stanowił brak odpowiedniego zaplecza do odbywania praktyk. Aby temu zaradzić zdecydowano, że praktyki będzie można odbywać oprócz odpowiednich oddziałów w szpitalach, w powołanych specjalnie do tego celu działach szkoleniowych przy Ośrodkach Zdrowia (istniały od 1946 r.), w których pod nadzorem pielęgniarek dyplomowanych młode adeptki mogły zdobywać doświadczenie praktyczne¹⁰.

Zapotrzebowanie na pielęgniarki w pierwszych latach po wojnie było tak duże, że do pracy w szpitalach i przychodniach przyjmowano też osoby niewykwalifikowane. Kierowano je do pracy w charakterze personelu pomocniczego lub do takich działów, w których praca była łatwiejsza, a przyuczenie do wykonywania zawodu odbywało się w trakcie pracy pod okiem wykwalifikowanych pielęgniarek. Okazało się, że dość duża grupa osób przyjętych do pracy bez kwalifikacji odnajdywała się doskonale w pracy szpitalnej, łatwo przyswajała nowe umiejętności i rzetelnie wypełniała obowiązki. Aby pomóc takim osobom w nabyciu uprawnień zawodowych już w 1947 roku, przy szpitalu im. Karola i Marii w Warszawie przy ul. Działdowskiej uruchomiono Szkołę Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia RP.

Organizując tę szkołę Związek pragnął dać możliwość uzyskania pełnoprawnego dyplomu w swym zawodzie najzdolniejszym i uspołecznionym pracownikom fizycznym, które posiadając duży zasób doświadczenia zdobytego

⁹ H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarek w Polskim Czerwonym Krzyżu*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 9, s. 17.

¹⁰ W. Lankajtes, *Szkolnictwo pielęgniarские*, „Pielęgniarka Polska” 1948, nr 2, s. 16.

podczas pełnienia funkcji personelu pomocniczego tzw. salowych lub pomocy pielęgniarskiej nie miały podstawowego wykształcenia ogólnego i zawodowego. Nauka w Szkole Pielęgniarstwa Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia RP odbywała się według programu zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia. Ponadto słuchaczki uczęszczały na kursy ogólnokształcące z zakresu małej matury. Podczas dwuletnich studiów otrzymywały od Związku bezpłatne mieszkanie wyżywienie, pomoce naukowe i komplety książek. Słuchaczki otrzymywały poza tym pełnopłatne i niezmienione pobory z miejsca pracy, które delegowało je do szkoły lub niewielkie stypendia z Min. Zdrowia¹¹.

W 1948 r. na ogólną liczbę 10 548 pielęgniarek zaledwie 20% posiadało pełne kwalifikacje zawodowe¹². Przed władzami Polski Ludowej stało wyzwanie uzupełnienia wykształcenia osób niewykwalifikowanych pracujących w zawodzie i zapewnianie możliwości zdobycia pełnych kwalifikacji. W 1948 r. funkcjonowało już 19 szkół pielęgniarskich z 2- lub 2,5-letnim cyklem nauczania¹³. Część z nich prowadzona była przez Polski Czerwony Krzyż¹⁴. Do szkół dwuletnich przyjmowano dziewczęta, które ukończyły 9 klas szkoły ogólnokształcącej¹⁵, a do 2,5-letnich po ukończeniu nauki w 7-klasowej szkole podstawowej¹⁶. Wszystkie istniejące w omawianym czasie placówki borykały się z różnego rodzaju problemami natury lokalowej, finansowej i brakiem pomocy szkolnych. Brakowało w nich też wykwalifikowanej kadry oraz miejsc do odbywania praktyk spełniających odpowiednie wymogi dydaktyczne. „Dwuletnia nauka w szkole dawała wykształcenie teoretyczne i praktyczne, gdyż słuchaczki $\frac{3}{4}$ czasu szkolenia poświęcały pracy na oddziałach szpitalnych i w wzorowo zorganizowanych placówkach pielęgniarstwa społecznego”¹⁷. Szkolenie praktyczne od-

¹¹ Wizyta w szkole pielęgniarstwa. Reportaż własny „Pielęgniarki Polskiej”, „Pielęgniarka Polska” 1948, nr 1, s. 18.

¹² Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

¹³ *Głos pielęgniarek po egzaminie*, „Pielęgniarka Polska” 1956, nr 11, s. 5.

¹⁴ M.in. w Zabrze, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Nowym Sączu i Wrocławiu.

¹⁵ Od 1948 r. funkcjonowała w Polsce tzw. 11-letnia szkoła ogólnokształcąca składająca się z 7-klasowej szkoły podstawowej i 4-letniego liceum. O przyjęcie do średnich szkół zawodowych można było ubiegać się po klasie 9, gdyż pełne wykształcenie średnie nabywało się już w trakcie uczęszczania do dwuletniej szkoły zawodowej.

¹⁶ K. Kalinowska, *O szkołach służby zdrowia*, „Pielęgniarka Polska” 1953, nr 3, s. 2.

¹⁷ W. Lankajtes, *Szkolnictwo pielęgniarskie...*, s. 15-16.

bywało się na oddziałach wydzielonych przez szpital i oddanych szkołom ze swobodą zorganizowania wzorowej pracy i stosowania nowoczesnych metod pielęgnowania. Analogicznie odbywała się praktyka w dziale opieki otwartej w Ośrodku Zdrowia, w dziale higieny szkolnej i pielęgniarstwa domowego¹⁸. Zakładano ponadto, że ze względu na specyfikę kształcenia wszystkie uczennice szkół pielęgniarских musiały obowiązkowo mieszkać w przyszkolnych internatach (czego w pełni nie udało się zrealizować).

Internat daje możliwość nauki uczennicom z prowincji, zapewnia nie tylko odpowiednie warunki i opiekę, lecz wychowuje w życiu zespołowym. Uczennice wyrabiają sobie charakter i postawę wobec obowiązku, uspołeczniają się i wcześniej, jeszcze w życiu szkolnym powstaje silna więź z przyszłym zawodem¹⁹.

Mieszkanki internatów pozostawały pod ciągłym nadzorem instruktoerek wychowawczyń, które mieszkaly także w internatach, razem ze swoimi uczennicami²⁰. Niestety tego założenia nie udało się z przyczyn obiektywnych w pełni zrealizować. Wiele szkół funkcjonowało bez internatów.

Przełomowym momentem w zakresie kształcenia pielęgniarek był rok 1949. Uchwałą Rady Ministrów z października tegoż roku całe szkolnictwo średniego personelu Służby Zdrowia zostało upaństwowione, a w związku z tym ujednolicono programy kształcenia oraz wprowadzono obowiązkowe szkolenie ideowe w postaci wykładów społeczno-politycznych²¹. Pod nadzór Ministerstwa Zdrowia przeszły też wszystkie szkoły dotychczas prowadzone przez PCK²². Nieco wcześniej, bo 4 lipca 1949 r. Minister Zdrowia wydał zarządzenie w sprawie rekrutacji kandydatek do szkół pielęgniarstwa. Za dobór „właściwego elementu” odpowiedzialne były społeczne komisje przyjąć. Z uwagi na to, że o przyjęcie do szkół pielęgniarских ubiegało się coraz więcej dziewcząt wprowadzono egzamin wstępny, po to by zapewnić przyjmowanie kandydatek z odpowiednim przygotowaniem ogólnokształcącym oraz by zmniejszyć późniejszy odsiew szkol-

¹⁸ Ibidem, s. 16.

¹⁹ Ibidem, s. 15.

²⁰ A. Kowalska, *Metody wychowania w szkołach pielęgniarских*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 10, s. 12.

²¹ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia*, „Pielęgniarka Polska” 1950, nr 9, s. 3.

²² L. Mirocznik, *W sali pokazów i ćwiczeń. Urządzenie i organizacja pracy*, „Pielęgniarka Polska” 1954, nr 12, s. 12; *Zjazd absolwentów szkół pielęgniarstwa PCK*, „Pielęgniarka Polska” 1958, nr 2, s. 9.

ny. Dyrektorom szkół pielęgniarskich zalecono, by podczas przyjmowania nie kierowali się liczbą miejsc w internacie, lecz przyjmowali również eksternistki²³. Magnesem przyciągającym do szkół pielęgniarskich dla wielu ubogich kandydatek pochodzących z biednych środowisk była możliwość uzyskania stypendium²⁴, a potem awansu społecznego, gwarancja zatrudnienia, otrzymywania stałych zarobków, a nawet perspektywa otrzymania przyszpitalnego mieszkania²⁵. Jak wynikało z zestawień prowadzonych przez ówczesne placówki, do szkół pielęgniarskich uczęszczały przede wszystkim dziewczęta z rodzin robotniczych (w 1951 r. około 42%), inteligencji pracującej (ok. 22%), chłopów małorolnych (ok. 20%), chłopów średniorolnych (ok. 11%)²⁶.

W 1949 r. wobec ciągłego niedoboru pielęgniarek zdecydowano się uruchomić kursy tzw. Młodszych Pielęgniarek. Kursy te miały wyposażyć słuchaczki w podstawową wiedzę ogólną i pediatriczną, wymagającą dalszego uzupełniania już w trakcie pracy zawodowej²⁷. Przyjmowano na nie osoby, które ukończyły 16 lat i posiadały ukończone 7 klas szkoły podstawowej (najwięcej kursów Młodszych Pielęgniarek uruchomił PCK). Sądzone, że dzięki tej formie do pracy przy chorych będą trafiały kobiety przynajmniej częściowo zapoznane ze specyfiką pracy pielęgniarskiej oraz posiadające minimum wiedzy wymaganej w tym zawodzie. Szybko jednak okazało się, że realizacja tego zamysłu nie jest prosta. Brakowało budynków szkolnych, pomocy naukowych, odpowiednio zorganizowanych i wyposażonych baz szkolenia praktycznego oraz odpowiednio przygotowanego personelu instruktorskiego, co z kolei wpływało na poziom przygotowania młodszych pielęgniarek²⁸. Starano się tak zorganizować proces kształcenia, aby słuchaczki brały udział w zajęciach z zakresu oświaty sanitarnej, same organizowały pod kierunkiem instruktorek pokazy i pogadanki na temat higieny kobiety ciężarnej, higieny niemowlęcia i dziecka,

²³ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 4.

²⁴ Dla dziewcząt niezamożnych przewidziane były stypendia, z zastrzeżeniem, że pobierać je może jedynie 50% zespołu. J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 4.

²⁵ H. Stefańska, *Rekrutacja kandydatek do szkół pielęgniarskich*, „Pielęgniarka i Położna” 1960, nr 10, s. 21.

²⁶ J. Belońska, *O szkołach średniego personelu medycznego*, „Pielęgniarka i Położna” 1951, nr 6, s. 5.

²⁷ A. Biernacka, *Doszkalamy młodsze pielęgniarki*, „Pielęgniarka Polska” 1952, nr 2, s. 11.

²⁸ Z. Branowitzer, *Szkolenie młodszych pielęgniarek*, „Pielęgniarka Polska” 1950, nr 8, s. 4-5.

brały udział w propagowaniu szczepień ochronnych, pełniły opiekę nad domami dziecka, domami starców itp.²⁹ Jednakże

wskutek krótkiego okresu szkolenia, jego masowości, nie pozwalającej często na staranny dobór uczennic, wskutek niewystarczającego dla zawodu poziomu wykształcenia ogólnego, a także tego, że wiele kursów w pośpiechu odbywało się bez internatu – przeciętny poziom tych kadr nie był najlepszy³⁰.

Mimo tych trudności w latach 1949-1953 PCK wyszkolił na 6-miesięcznych kursach w ośrodkach młodszych pielęgniarek aż 19 827 osób³¹.

Absolwentki kursów miały samodzielnie uzupełniać braki w wiadomościach w trakcie pracy zawodowej. Dyrektorom placówek, w których młodsze pielęgniarki podejmowały pracę, zalecano, aby umożliwili im poszerzanie i uzupełnianie umiejętności i wiadomości oraz by ułatwiali zdobywanie pełnych kwalifikacji pielęgniarskich³².

Poza nauką, w czasie pracy praktycznej, należy im pomóc drogą systematycznie organizowanych seminariów, czy kursów wieczorowych, które by ułatwiły złożenie egzaminu państwowego. Wydaje się słuszne zorganizowanie na wzór zespołów studenckich, mających na celu wspólną naukę, zespołów młodszych pielęgniarek w każdej instytucji, w której jest to możliwe. Szczególnie ważną rolę mają tu do spełnienia wicedyrektorzy szpitali, przełożone pielęgniarek, jak również pielęgniarki dyplomowane³³.

W 1950 r. funkcjonowało 36 szkół średniego personelu służby zdrowia. Poza tym prowadzone były 3 kursy doszkalcające dla pielęgniarek, 6-miesięczne kursy instruktorek pielęgniarstwa, 3-miesięczny kurs dla przełożonych szpitali i 3-miesięczny kurs przygotowawczy do pracy w lecznictwie otwartym. Oprócz wymienionych szkół i kursów czynnych było 27 Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek z internatem i ok. 30 kursów – bez internatu. „Roczne szkoły piastunek w Warszawie i Wrocławiu zostały (...) przekształcone na 2-letnie szkoły pielęgniarstwa pediatrycznego, zaś szkoła w Bielsku – na Ośrodek Szkolenia Młodszych Pielęgniarek”³⁴.

²⁹ H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarek w Polskim Czerwonym Krzyżu...*, s. 17.

³⁰ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16; Z. Kryńska, „Czy mogą być przełożone?”, *„Pielęgniarka i Położna”* 1960, nr 4, s. 10.

³¹ H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarek w Polskim Czerwonym Krzyżu...*, s. 17.

³² A. Biernacka, *Doszkalamy młodsze pielęgniarki...*, s. 12-13.

³³ *Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1952*, „Pielęgniarka Polska” 1952, nr 5, s. 6-7.

³⁴ H. Matysiak, *Szkolenie kadr pielęgniarskich*, „Pielęgniarka Polska” 1950, nr 9, s. 7.

Jednakże okazało się, że drogą normalnego, kilkuletniego szkolenia w żaden sposób nie będzie można zaspokoić rosnącego zapotrzebowania na kadry. Toteż stale przyjmowano do pracy pielęgniarki tzw. przyuczone (osoby nie posiadające żadnego przeszkolenia fachowego, a zdobywające wiadomości w toku pracy zawodowej. Stąd mimo wzrostu liczby pielęgniarek następowało obniżanie poziomu i wydajności pracy pielęgniarskiej³⁵.

Aby podnieść poziom przygotowania pielęgniarek przyuczonych, a jednocześnie umożliwić im nabycie pełnych kwalifikacji zawodowych zdecydowano się uruchomić egzaminy pielęgniarskie. W drugiej połowie 1950 r. wszedł w życie dekret (z 21 września tegoż roku) „O przejściowym trybie nabywania uprawnień pielęgniarki (pielęgniarza)”. W myśl dekretu do egzaminu pielęgniarskiego mogły być dopuszczone osoby posiadające odpowiednie warunki fizyczne, wykazujące odpowiednią postawę społeczną, mające wystawioną dobrą opinię z przebiegu pracy i te, które:

- miały ukończoną pełną 7-klasową szkołę podstawową,
- miały ukończone 20 lat (i nie przekroczyły 50 roku życia),
- pracowały przez okres 5 lat jako pomoc pielęgniarska i ukończyły 3-miesięczny kurs szkoleniowy,
- pracowały przez 3 lata („w tym po 6 miesięcy na oddziałach szpitalnych – wewnętrznym, chirurgicznym i pediatrycznym oraz w ośrodku zdrowia, a ponadto ukończyły zorganizowany przez Polski Czerwony Krzyż, bądź przez służbę zdrowia wojskową lub bezpieczeństwa publicznego 6-miesięczny kurs dla młodszych pielęgniarek”),
- były absolwentkami 6-miesięcznego kursu młodszych pielęgniarek i pracowały przez 2 lata „jeżeli zatrudnienie było połączone z systematycznym doszkalaniami w zakresie wiadomości teoretycznych”,
- ukończyły szkołę pielęgniarstwa za granicą obejmującą przynajmniej 1-roczone nauczanie, ukończyły 3-miesięczny kurs szkoleniowy oraz pracowały 2 lata³⁶.

³⁵ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

³⁶ Do egzaminu pielęgniarskiego nie dopuszczano osób, które pracowały w wymaganym okresie tylko w lecznictwie otwartym (ośrodkach zdrowia, jako higienistki w szkołach, ambulatoriach), gdyż nabyta w trakcie pracy wiedza nie obejmowała nawet elementarnych zagadnień i umiejętności z zakresu pielęgnowania chorych. J. Belońska, *Właściwa droga do awansu*, „Pielęgniarka Polska” 1953, nr 1, s. 4.

Aby pomóc osobom pragnącym nabyć pełne uprawnienia zawodowe, uruchomiono kursy przygotowawcze do egzaminów państwowych. Początkowo były one prowadzone przez wydziały zdrowia,

a od 1956 r. prowadzi je także ośrodek PCK w Ząbkowicach Śląskich. Ośrodek PCK w Warszawie przy ulicy Pięknej w latach 1952-1957 prowadził dla absolwentek półrocznych i rocznych kursów PCK kursy specjalistyczne: instrumentariuszek, pediatryczek, stymulantek, które oprócz specjalizacji dawały pełne uprawnienia zawodowe³⁷.

W 1953 r. po zaspokojeniu najpilniejszych potrzeb służby zdrowia i dokładnym przeanalizowaniu wyników nauczania na kursach młodszych pielęgniarek PCK w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia postanowił przedłużyć okres szkolenia do roku. Ośrodki szkolenia młodszych pielęgniarek zostały przekształcone na ośrodki szkolenia pielęgniarek PCK, w których obowiązywał internat. Ponadto wydłużono okres nauki w 2,5-letnich szkołach do lat 3 (przyjmowano do nich kandydatki między 14, a 16 rokiem życia, mające ukończoną pełną siedmioletnią szkołę podstawową). Równocześnie przystąpiono do szkolenia personelu pedagogicznego, instruktorskiego i kierowniczego na 4- lub 6-tygodniowych kursach organizowanych w Warszawie. Kursy szkolenia pielęgniarek istniały do końca 1956 r. Na przestrzeni lat 1953-1956 kursy PCK ukończyło 13 360 pielęgniarek³⁸.

Istotnym problemem, z jakim borykało się szkolnictwo pielęgniarskie w pierwszych latach powojennych był brak wykwalifikowanej kadry nauczycielskiej – głównie nauczycieli zawodu (tzw. instruktorek szkolnych lub klasowych). Niektórzy z wykładowców trafiali do szkół bezpośrednio po ukończeniu szkoły, nie mając żadnego doświadczenia i warsztatu pracy, nie mieli ponadto przygotowania pedagogicznego³⁹. Część zajęć prowadzili lekarze, którzy notorycznie spóźniali się na zajęcia, co powodowało nie-

³⁷ H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarek w Polskim Czerwonym Krzyżu...*, s. 17.

³⁸ Ibidem, s. 17.

³⁹ Zdawano sobie sprawę z tego, że właściwie przygotowana do pracy instruktorka „powinna mieć odpowiednie przygotowanie pedagogiczne, w takim, co najmniej zakresie, jakiego wymaga się od każdego nauczyciela, a więc znajomość podstawowych założeń teorii nauczania i teorii wychowania, organizacji szkoły, dobrą znajomość metodyki nauczania własnego przedmiotu”. R. Hutner, *Instruktorka pielęgniarstwa – nauczycielką zawodu*, „Pielęgniarka Polska” 1955, nr 3, s. 10.

zrealizowanie wszystkich treści programowych⁴⁰. Wobec tych niedoborów starano się by przynajmniej do placówek trafiały kobiety schludne, skromne, budzące zaufanie, bystre, systematyczne, uczciwe, pracowite, konsekwentne, dążące do ponoszenia kwalifikacji i uzupełniania wiedzy, odznaczające się odpowiednią postawą społeczno-ideologiczną⁴¹. Zalecano też, by zatrudniać takie, które posiadały wrodzone umiejętności dydaktyczne i były dobrze zorganizowane oraz operatywne⁴². W skład rad personelu pedagogicznego szkół pielęgniarskich wchodziły oprócz nauczycieli i instruktoerek szkolnych przełożone pielęgniarek szpitali i placówek otwartych, w których uczennice odbywały praktyki (otrzymywała z tego tytułu dodatek instruktorski do pensji)⁴³. W latach 1950-1955 Ministerstwo Zdrowia chcąc zapewnić szkołom pielęgniarskim wykwalifikowaną kadrę, otwierało dla czynnych zawodowo instruktorek i dyrektorek różnego rodzaju kursy i szkolenia⁴⁴. Już w 1949 r. zorganizowano Szkołę Instruktoerek Pielęgniarstwa, przekształconą w 1957 r. w Studium Nauczycieli Średnich Szkół Medycznych⁴⁵. We wrześniu 1958 r. PCK otworzył w Warszawie Szkołę Pielęgniarek Dyplomowanych dla osób z pełnym średnim wykształceniem (mających maturę), w której przygotowywano kadry instruktorskie dla ośrodków PCK i dla wojskowej służby zdrowia⁴⁶. Negatywnym i jednocześnie nagminnym zjawiskiem było obsadzanie stanowisk dyrektorek szkół pielęgniarskich osobami nieposiadającymi wykształcenia pielęgniarskiego, lecz wybitnie zaangażowanymi członkiniami PZPR⁴⁷.

Podstawą nauczania w szkołach pielęgniarstwa były wykłady, pokazy, ćwiczenia i egzaminy z zasad i techniki pielęgnowania⁴⁸. W przygotowaniu do pracy pielęgniarskiej bardzo ważną rolę pełniło kształcenie prak-

⁴⁰ K. Kalinowska, *O szkołach służby zdrowia...*, s. 2; Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

⁴¹ A. Kowalska, *Metody wychowania w szkołach pielęgniarskich...*, s. 12; L. Blum-Bielicka, *Instruktor – wychowawczyni*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 7, s. 12.

⁴² R. Wroczyński, *Zagadnienia pedagogiczne w pracy pielęgniarskiej*, „Pielęgniarka Polska” 1952, nr 5, s. 15.

⁴³ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 5.

⁴⁴ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

⁴⁵ Ibidem, s. 16.

⁴⁶ H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarek w Polskim Czerwonym Krzyżu...*, s. 17.

⁴⁷ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 17.

⁴⁸ L. Mirocznik, *W sali pokazów i ćwiczeń...*, s. 12.

tyczne. Przeznaczano na nie $\frac{3}{4}$ czasu podczas całego cyklu kształcenia⁴⁹. Praktyki odbywały się codziennie w trakcie roku szkolnego, w systemie trzymianowym (w związku z czym ciężko było zebrać wszystkie uczennice na zajęciach szkolnych)⁵⁰.

Część umiejętności praktycznych uczennice nabywały w szkołach w specjalnie do tego celu urządzonych salach pokazowych. Bazy szkolenia praktycznego starano się, mimo wielu trudności, wyposażać we wszystkie potrzebne instrumenty lekarskie oraz sprzęt gospodarczy i techniczny niezbędny do szkolenia przyszłych pielęgniarek⁵¹. Celem zajęć praktycznych i praktyk w placówkach zamkniętych i otwartych było opanowanie określonych umiejętności, procedur, zasad postępowania oraz nabycie pożądanых nawyków. Zajęcia w sali pokazowej odbywały się w mniejszych grupach (zalecano podzielić klasę na 12-osobowe grupy, z których każda miała 1 godzinę ćwiczeń dziennie). Nadzór nad uczennicami podczas ćwiczeń praktycznych pełniła instruktorka. Podczas pierwszych ćwiczeń instruktorka zapoznawała uczennice z wyposażeniem sali, z narzędziami znajdującymi się w szafach oraz regulaminem ćwiczeń praktycznych. Kiedy przystępowano do ćwiczeń z techniki zabiegów pielęgniarskich instruktorka pierwsza prawidłowo pokazywała, jak należy wykonywać dany zabieg i szczegółowo go omawiała. Później wyznaczała kolejność i do czynności praktycznych przystępowały uczennice. Na instruktorce spoczywała odpowiedzialność, by tak „zorganizować pracę i w takim tempie, aby każda z uczennic ćwiczącej grupy miała możliwość przećwiczyć jeden zabieg, powinna również otrzymać polecenie, aby po skończonym zabiegu obserwowała pracę jednej z koleżanek według własnego wyboru”⁵². Każdy zabieg, który uczennica wykonywała po raz pierwszy musiał być najpierw przez uczennicę ustnie opisany (w ten sposób odbywała się kontrola wiadomości teoretycznych i znajomości procedur i zasad wykonywania zabiegu), a potem praktycznie wykonany w obecności innych uczennic pod pełną kontrolą instruktorki. Instruktorka nie powinna ingerować w to, co robiła uczennica, mogła to zrobić tylko w sytuacji, gdy czynności praktykantki mogły odbić się nie-

⁴⁹ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 5.

⁵⁰ K. Kalinowska, *O szkołach służby zdrowia...*, s. 2.

⁵¹ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 5.

⁵² L. Mirocznik, *W sali pokazów i ćwiczeń...*, s. 13.

korzystnie na zdrowiu pacjenta⁵³. Na samodzielną pracę każdej uczennicy było przeznaczone około 20 minut, kolejne 10 instruktorka przeznaczała na omówienie tej pracy. Omówienie to prowadzone było tak, by każda z uczennic obserwujących miała możliwość się wypowiedzieć, zapytać, uzupełnić swoją wiedzę. Każdego dnia jedna instruktorka miała 3 godziny ćwiczeń w sali pokazowej. Odpowiedzialność za porządek w sali pokazowej spoczywała na uczennicach⁵⁴. Na zakończenie każdego ćwiczenia instruktorka wpisywała oceny (opisowe) do specjalnie do tego celu przeznaczonego zeszytu. Zalecano nawet, by wyraźnie w ocenie zaznaczyć indywidualny wkład każdej z uczennic w dany „dyżur”⁵⁵. Uczennice miały nauczyć się systematyczności, zachowania porządku w miejscu pracy (każda rzecz zawsze musiała leżeć na swoim miejscu – „wszystko na swoim miejscu i miejsce dla wszystkiego”), oszczędnego gospodarowania środkami higienicznymi i opatrunkowymi, prawidłowego przeznaczenia i wykorzystania narzędzi oraz odpowiedzialności za instrumenty medyczne, współpracy w zespole⁵⁶.

Po zakończeniu nauki w sali pokazowej przychodził czas na odbycie kilkutygodniowej praktyki w oddziale szkolnym, urządzonym najczęściej w szpitalu położonym w pobliżu szkoły. Zazwyczaj przed rozpoczęciem praktyk kierowniczka szkolenia wraz z przełożoną pielęgniarek szpitala opracowywała harmonogram praktyk oraz rozkład dyżurów⁵⁷. Praktyka w oddziale szkolnym podzielona była na tzw. praktykę pierwszą (dla uczennic po tzw. „pierwszej teorii”) i praktykę drugą. Prawidłowo urządzony oddział szkolny miał 30-40 łóżek. Zazwyczaj jednak taka mała liczba chorych nie wystarczała do prawidłowego odbycia praktyki, dlatego starano się organizować na potrzeby szkoły dla uczennic „po pierwszej teorii”, oddziały: chirurgiczne, wewnętrzne i neurologiczne. Aby praktyka w oddziale szkolnym okazała się jak najbardziej kształcąca zalecano tak dobrać chorych, którymi miały opiekować się uczennice, by około 70% z nich było ciężko chorymi. Uczennice miały dyżury w tych oddziałach przez całą dobę. Na

⁵³ W. Bojanowska, *Prawidłowa ocena – waleń wychowawczy*, „Pielęgniarka i położna” 1961, nr 9, s. 8-9.

⁵⁴ L. Mirocznik, *W sali pokazów i ćwiczeń...*, s. 13.

⁵⁵ Ibidem, s. 14.

⁵⁶ Ibidem, s. 12.

⁵⁷ L. Mirocznik, *Oddział szkoleniowy*, „Pielęgniarka Polska” 1950, nr 5, s. 16-17; J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 5.

dyżurze przed- i popołudniowym obecna była instruktorka, na dyżurze nocnym pozostawały same uczennice, którym w razie zaistnienia jakiejś trudnej sytuacji było wolno wezwać dyrektorkę szkoły lub instruktorkę⁵⁸.

W omawianym okresie stosowano dwie metody kształcenia praktycznego. Pierwsza, wskazywana jako lepsza i skuteczniejsza, polegała na tym, że praktykantka była odpowiedzialna za wszystkie czynności związane z pielęgnowaniem chorych (za utrzymanie czystości chorych i ich otoczenia, za wykonanie zleceń, za prowadzenie sprawozdań i kart gorączkowych itd.). Druga sprowadzała się do podziału całokształtu opieki nad chorym na odrębne czynności (np. dwie uczennice tylko ścieliły łóżka, kolejne dwie były odpowiedzialne za higienę osobistą chorych, inne zaś za wykonywanie zleceń⁵⁹.

Za prawidłowy przebieg praktyk odpowiedzialna była instruktorka. To ona sporządzała grafik praktyk, przydzielając na jedną zmianę 5-6 uczennic. Do jej obowiązków należało czuwanie nad zakresem kształcenia praktycznego. W czasie pierwszej praktyki uczennice opanowywały następujące umiejętności: właściwe opiekowanie się ciężko chorymi (główny nacisk kładziono tu na utrzymanie ich higieny osobistej), zapewnienie chorym bezpieczeństwa i wygody, ściśle wykonywanie zleceń lekarzy, prawidłowe podawanie chorym lekarstw, dopilnowanie, by zachowana była w określonych przypadkach właściwa dieta, wykonywanie podstawowych zabiegów należących do obowiązków pielęgniarki. Wszystkie obowiązki i czynności, z którymi praktykantki po raz pierwszy spotkały się w oddziale szkolnym były najpierw omawiane i demonstrowane przez instruktorkę.

Demonstrując np. ten lub inny zabieg, zwraca uczennicom uwagę nie tylko na technikę wykonania, ale i na sposób, w jaki należy podejść do chorego, uzależniając to: od psychicznego stanu pacjenta, od rozpoznania i przebiegu choroby,

⁵⁸ L. Miocznik, *W sali pokazów i ćwiczeń...*, s. 12.

⁵⁹ Uważano, że stosując metodę pierwszą u uczennic rozwija się samodzielność i zaradność. „Będąc odpowiedzialną za całokształt pracy, uczennica musi pracę swoją planować i radzić sobie we wszystkich trudniejszych sytuacjach. Metoda ta uczy słuchaczki odpowiedzialności za całokształt opieki nad chorym i wyrabia w niej inicjatywę. W rezultacie metoda ta daje pielęgniarce większą satysfakcję w pracy i rozszerza jej horyzont wiedzy. (...) Druga metoda daje wyniki gorsze, wytwarza się tu bowiem rodzaj pracy zmechanizowanej, może i szybszej pod względem czasu, jednak mniej korzystnej dla chorego. Przy metodzie tej: zatracą się indywidualne podejście do chorego, wytwarza się odpowiedzialność jedynie za techniczne wykonanie pracy, z pominięciem pewnego klimatu życzliwości, troski i pamięci o wszystkich, co stanowi wygodę dla ciężko chorego”. L. Miocznik, *Oddział szkoleniowy...*, s. 16-17.

od poznanych nawyków chorego, od reakcji chorego na dany zabieg, od jego zaufania do lekarza, od zaufania do umiejętności pielęgniarki, od jego wiary w skuteczność zabiegu, od stosunku chorego do opieki szpitalnej w ogóle itp.⁶⁰

Podczas praktyki w oddziale szkolnym uczennice miały opanować umiejętność właściwego pielęgnowania chorych, ukształtować postawę sumienności w wykonywaniu zabiegów, nauczyć się odpowiedniej obserwacji objawów chorobowych oraz zmian, które zachodzą w stanie ciężko chorych, nauczyć się należytego podejścia do ciężko chorych, prawidłowego funkcjonowania w zespole medycznym, właściwego żywienia ciężko chorych, zachowania prawidłowej gospodarki na oddziale⁶¹.

W ramach tej praktyki instruktorki uzupełniały wiedzę słuchaczek wiadomościami z zakresu oświaty sanitarnej, uczyły je prawidłowego prowadzenia obserwacji chorych, rozwijały w uczennicach „współczującą troskliwość wobec chorych”, wyrabiały poczucie „odpowiedzialności za całość inwentarza, ład i estetykę swego odcinka, uczyły grzecznie i rozumnie przyjmować uwagi”, oraz kulturalnych form obcowania w zespole. Zakres obowiązków instruktorki w ramach pierwszych praktyk próbowano poszerzyć o oddziaływanie na osobowość wychowanek. Uważano, że instruktorka ma tak oddziaływać na swoje podopieczne, by wyrobić w nich „takie cechy charakteru, jak: sumiennność, prawdomówność, ofiarność, poczucie odpowiedzialności (...), samodzielność myślenia i szybką orientację”⁶², życzliwość, gotowość niesienia bezinteresownej pomocy, cierpliwość, opanowanie, optymizm, takt, punktualność („cecha niezbędna przy wydawaniu chorym leków”), karność (przestrzeganie przepisów i lojalnie podporządkowanie się poleceniom władz zwierzchnich)⁶³, umiejętność współpracy w zespole, dbałość o schludny wygląd i higienę osobistą⁶⁴. Było

⁶⁰ L. Miocznik, *Praca instruktorki na oddziale szkoleniowym*, „Pielęgniarka Polska” 1956, nr 5, s. 7.

⁶¹ Eadem, *Oddział szkoleniowy...*, s. 16-17.

⁶² Eadem, *Praca instruktorki na oddziale szkoleniowym...*, s. 5.

⁶³ Bardzo dużo uczennic przejawiało „brak karności, co widoczne było m.in. w bałaganiarstwie, przebywanie poza internatem bez wiedzy i zgody wychowawców, spóźnianiu się, nieodrabianiu lekcji, nieposłuszeństwie, krnąbrności, kłamstwie, drobnych kradzieżach, znęcaniu się nad zwierzętami, braku zrozumienia ważności zawodu, do którego się przygotowywały”. A. Kowalska, *Metody wychowania w szkołach pielęgniarskich...*, s. 11.

⁶⁴ T. Kulczyńska, *Etyka zawodowa pielęgniarek*, „Pielęgniarka Polska” 1957, nr 5, s. 3-4, 9; A. Kowalska, *Metody wychowania w szkołach pielęgniarskich...*, s. 11; T. Kulczyńska, *Etyka zawodowa pielęgniarek*, „Pielęgniarka Polska” 1957, nr 9, s. 7-9.

też dobrze widziane, gdy instruktorki egzekwowały prawidłowe wyrażanie się praktykantek, ciche zachowywanie się w miejscu racy, kształtowały zamiłowanie do porządku (nabycie tej umiejętności w przyszłości zapobiegało pomyłkom np. w dawkowaniu leków), tępiły gadulstwo, wymagały zachowania tajemnicy zawodowej⁶⁵.

Każdego dnia podczas praktyki zalecane było wygospodarowanie godziny ciszy (najlepiej po obiedzie), którą zalecano wykorzystać na odprawę. Odprawa miała sprowadzać się do

krytyki pracy uczennic i ich osiągnięć, omówienia przypadków specjalnych, omawiania przebiegu choroby u poszczególnych chorych oraz tłumaczenia wyników przeprowadzanych badań. Na koniec, w czasie odprawy zgłaszają uczennice swoje dezyderaty i bolączki w pracy. Odprawa taka powinna trwać krótko i odbywać się codziennie. Godzina ciszy na oddziale może być również wykorzystana na pokazy kliniczne, które prowadzi lekarz oddziałowy lub ordynator, pokazy te znacznie rozszerzają wiadomości teoretyczne uczennic⁶⁶.

Uczennice odbywające praktyki podlegały dwóm rodzajom oceny: częściowej i ostatecznej. Ocena częściowa wystawiana była w specjalnie do tego celu założonym zeszycie. Każda uczennica po samodzielnie wykonanym zabiegu była oceniana przez instruktorki, które zapisywały na bieżąco oceny i ewentualne uwagi. Oprócz tego ocenie częściowej podlegała dokumentacja prowadzona przez uczennice podczas dyżurów. Zazwyczaj wymagano, by praktykantka postępowała zgodnie z określonymi procedurami, prawidłowo prowadziła opis danego przypadku chorobowego, odnotowywała kolejność zabiegów, dawkowanie leków, postępy leczenia. Instruktorki mogły także weryfikować zdobytą w trakcie nauki szkolnej wiedzę teoretyczną i np. przy łóżku chorego „odpytać” uczennicę z wiążących się z danym przypadkiem wiadomości z zakresu fizjologii, anatomii, mikrobiologii, pielęgniarstwa ogólnego, higieny osobistej, receptury, pediatrii, położnictwa, epidemiologii, podstaw wiedzy o gruźlicy, wenerologii, higieny pracy, higieny szkolnej, żywienia itp.⁶⁷

⁶⁵ T. Kulczyńska, *Etyka zawodowa pielęgniarzek*, „Pielęgniarka Polska” 1957, nr 4, s. 6-8; T. Kulczyńska, *Etyka zawodowa pielęgniarzek*, „Pielęgniarka Polska” 1957, nr 7, s. 4.

⁶⁶ L. Miroczyński, *Oddział szkoleniowy...*, s. 16-17.

⁶⁷ W. Bojanowska, *Prawidłowa ocena – walor wychowawczy*, „Pielęgniarka i Położna” 1961, nr 9, s. 8-9.

Zadaniem instruktorek była też ocena zaangażowania uczennic w wykonywane zadania. Pod uwagę brano samodzielność,

sumienność w wypełnianiu swych zadań, poczucie obowiązku w stosunku do chorych, do szpitala, do szkoły, prawdomówność (instruktorka musi być absolutnie pewna swego, gdy zarzuca uczennicy kłamstwo), pracowitość, zainteresowanie chorymi, dbałość o ich dobro i wygodę, umiejętność współpracy z koleżankami, poczucie odpowiedzialności za swe czyny, przyznanie się do popełnionych błędów, chęć naprawy błędów, reakcję na zwracanie uwagi i ocenę pracy, czy jest skutek zwracanych uwag, wygląd zewnętrzny, punktualność (...) zdolności organizacyjne i ogarnianie całości pracy, dobra pamięć, zainteresowanie specjalne danym działem pracy⁶⁸.

Ocena ostateczna odnosiła się do zdobytych w trakcie praktyk umiejętności oraz do postawy danej uczennicy. Była ona wystawiana przez instruktorkę odpowiedzialną za uczennice na zakończenie praktyki. Z uwagi na to, że praktyki odbywały się na różne zmiany i nie zawsze pracę praktykantek nadzorowała instruktorka jej obowiązkiem było wcześniej skonsultować się z innymi instruktorkami, wymienić się swoimi spostrzeżeniami i uwagami. Zalecano też, aby ocenie ostatecznej poświęcić zawsze więcej czasu, dlatego zazwyczaj w soboty organizowano spotkania tzw. „schodzących” z praktyki uczennic z instruktorkami szpitalnymi. Podczas spotkań jawnie była omawiana każda ocena, instruktorka musiała ponadto wskazać, co dana praktykantka opanowała dobrze, a co powinna uzupełnić w dalszych praktykach, pozwalano także dokonać samooceny poszczególnym dziewczętom⁶⁹.

W podobny sposób były oceniane praktyki odbywające się w otwartej opiece zdrowotnej. Szczególną uwagę zwracano na praktyki w żłobkach, podczas których praktykantki musiały nauczyć się prawidłowo prowadzić obserwacje dzieci, dostrzegać wpływ „warunków bytowo-socjalnych i zdrowotności środowiska na rozwój dziecka”, dobrać i zestawić odpowiednią dietę dla dzieci, prowadzić zajęcia, podczas których były kształtowane nawyki sanitarne i higieniczne u wychowanków⁷⁰.

⁶⁸ Ibidem, s. 8-9.

⁶⁹ Ocena postawy uczennic była szczególnie trudna, bo na wiele zachowań mogło mieć wpływ wychowanie wyniesione z domu rodzinnego lub cechy charakteru praktykantek. Dlatego też przestrzegano wszystkie instruktorki odpowiedzialne za uczennice, aby oceny tej nie dokonywały pochopnie, by raczej najpierw dobrze poznały daną uczennicę, a dopiero potem poddawały ją ocenie. Ibidem, s. 8-9.

⁷⁰ W. Bojanowska, *Prawidłowa ocena – walor wychowawczy...*, s. 8-10.

Podczas drugiej praktyki uczennice miały do opanowania nieco inny zakres umiejętności. Tu kładziono nacisk na dokładne i wszechstronne obserwowanie chorych, pielęgnowanie ciężko chorych, pomaganie lekarzowi w czasie obchodu, prowadzenie książki zleceń i raportów, zwięzłe referowanie o stanie chorego, przyjmowanie i zdawanie dyżuru, kierowanie pracą młodszych koleżanek, „obchodzenie się z rodziną chorego w czasie odwiedzin, wykonywanie zabiegów zręcznie, szybko, dokładnie i systematycznie”⁷¹.

W ostatnim etapie praktyk uczennice tzw. starsze musiały nauczyć się sporządzać dzienny raport kończącego się dyżuru. Raport był podsumowaniem pracy całego zespołu pełniącego dyżur, wymianą obserwacji i doświadczeń, utrwaleniem nabytych wiadomości⁷². W opracowywaniu raportu powinien być pomocny specjalny wzór opracowany dla danego oddziału. W zaleceniach dla instruktorek wskazywano, że każdy raport „musi zawierać wnikliwy opis rzeczywistego stanu pacjentów, oraz to, co wykonano u nich w zakresie leczenia i pielęgnacji w czasie dyżuru. Ma zawierać wytyczne dla przejmujących dyżur. W warunkach szkolnych napisany raport powinna przed odczytaniem sprawdzić instruktorka. Każdy raport powinien być podpisany przez instruktorkę, gdyż na niej spoczywała odpowiedzialność za to, co napisała uczennica. Przed zdaniem raportu osoba odpowiedzialna za dyżur musiała obowiązkowo przejść cały oddział i skontrolować: karty, gorączkę, porządek na salach, porządek w pomieszczeniach pomocniczych oraz w dyżurce (gotowość wszystkich narzędzi i przyborów do natychmiastowego użycia), zapas tego, co może być potrzebne na następującym dyżurze, stan uporządkowania narzędzi po wykonanych zabiegach, czystość i porządek ogólny. Jeśli na dyżurze

przybył jakiś chory z nową jednostką chorobową lub był wykonany jakiś ciekawy zabieg albo rzadko stosowane badanie, których istoty uczennice jeszcze nie znają, nie rozumieją – w takich wypadkach instruktorka musi podać objaśnienie o nowej jednostce chorobowej, czy też omówić zabieg, badanie – podać ich zasady, cel i metody wykonania⁷³.

⁷¹ L. Miocznik, *Praca instruktorki na oddziale szkoleniowym...*, s. 6.

⁷² W. Bojanowska, *Sposób prowadzenia raportu w szkolnym oddziale*, „Pielęgniarka i Położna” 1961, nr 12, s. 7.

⁷³ Ibidem, s. 7.

Raport powinien się zaczynać punktualnie o oznaczonej godzinie, termin ten obowiązuje wszystkie osoby rozpoczynające pracę. Instruktor-ka w razie potrzeby miała wyznaczyć uczennicę, która musiała zostać na sali, przy ciężko chorych, pooperacyjnych, podczas kroplówki itp. Do raportu należało odpowiednio ustawić uczennice: po jednej stronie dyżur schodzący, po drugiej – przychodzący. „Starsza zdająca raport stoi obok instruktorki obejmującej dyżur, która może wzrokowo stwierdzać czytaną treść. Z drugiej strony starszej zdającej powinna stać starsza odbierająca – dla tych samych powodów”⁷⁴. Prawidłowe sporządzenie raportu było jedną z ważniejszych umiejętności, którą należało opanować w trakcie praktyki szkolnej, gdyż od tego jak został on napisany i przekazany kolejnej zmianie mogło zależeć ludzkie życie. Poświęcano temu dużo uwagi.

Uzupełnieniem drugich praktyk były pogadanki na tematy zawodowe, prelekcje lekarzy, szczegółowe omawianie raportów pielęgniarskich, ale też zapoznanie ze strukturą szpitala, z pracą pielęgniarki oddziałowej, z zasadami organizacji pracy na oddziale szpitalnym⁷⁵. Do zadań instruktorki szpitalnej należała ponadto stała kontrola wiadomości teoretycznych uczennic, utrwalania i pogłębiania ich wiedzy w zakresie teorii⁷⁶.

Od 1948 roku wprowadzono do wszystkich szkół pielęgniarskich tzw. wychowanie ideologiczno społeczne. Miało ono być realizowane poprzez akcje świetlicowe, pogadanki, odczyty, zapewnianie socjalistycznych i propagandowych lektur do samodzielnego czytania⁷⁷. Odpowiedzialność za propagowanie idei socjalizmu spoczywała na powołanych specjalnie do tego celu wicedyrektorkach społeczno-wychowawczych. Miały one za

zadanie zadbać o to, by nauczanie odbywało się w duchu marksizmu, by w uczennicach ugruntować świadomość klasową, wyrobić odpowiednie po-
dejście społeczne, powiązać nauczanie z organizacjami społecznymi – przede
wszystkim z ZMP. Praca w świetlicy i samorządzie szkolnym i ZMP miała być
dla uczennic szkołą pracy socjalistycznej i harmonijnego życia w ustroju so-
cjalistycznym⁷⁸.

⁷⁴ Ibidem, s. 7.

⁷⁵ L. Mirocznik, *Praca instruktorki na oddziale szkoleniowym...*, s. 6.

⁷⁶ Ibidem, s. 7.

⁷⁷ W. Lankajtes, *Szkolnictwo pielęgniarskie...*, s. 16.

⁷⁸ J. Belońska, *O socjalistyczną służbę zdrowia...*, s. 4.

Nad wszystkimi uczennicami „opiekę” miała roztoczyć Podstawowa Organizacja Partyjna oraz koła Związku Młodzieży Polskiej⁷⁹. W szkoleniach ideologicznych zalecano opierać się na wzorach radzieckich, by wychować „przodujących, krzewicieli postępowych idei, propagatorów kultury”⁸⁰.

Część szkolenia ideologicznego odbywała się w ramach przedmiotu „Nauka o społeczeństwie i Polsce współczesnej”. Światopogląd uczennic miał być jednak kształtowany także w pracy pozalekcyjnej.

W szkołach służby zdrowia, a szczególnie w szkołach pielęgniarstwa, realizacja tego zadania napotyka na specyficzne trudności ze względu na stosunkowo niedawną klerykalną przeszłość tych szkół i na istniejącą jeszcze na terenie niektórych szpitali specyficzną atmosferę. W tych warunkach walka o naukowy światopogląd nabiera znaczenia specjalnego i musi być niestrudzenie prowadzona ze szczególnym uwzględnieniem najłabszych pod tym względem punktów⁸¹.

Krzewieniu wśród uczennic nowej ideologii sprzyjało przebywanie w internatach⁸². Dziewczęta włączane były do prac świetlicowych, bibliotecznych, do różnego rodzaju współzawodnictwa i rywalizacji⁸³. Łatwiej też było zebrać je wieczorem na odczytach, prasówkach, wieczorach dyskusyjnych, literackich czy świetlicowych, sztukach teatralnych (o określonym przesłaniu), motywować do podejmowania dyskusji. Z czasem bardziej aktywne jednostki angażowane były do opracowania „ciekawego” referatu, przygotowania wieczornicy z okazji uroczystości i rocznic państwowych⁸⁴. „Aktywistki ZMP brały też czynny udział w pracach komisji porządkowej na terenie szkoły, dbając o ład i czystość w salach i internacie, o zwalczanie marnotrawstwa dobra społecznego i pracy ludzkiej”⁸⁵.

⁷⁹ A. Biernacka, *Doszkalamy młodsze pielęgniarki...*, s. 11.

⁸⁰ Organizacje te powinny zainteresować się każdą, nowoprzybyłą młodszą pielęgniarką, przeprowadzić z nią rozmowę indywidualną (bez względu na jej przynależność organizacyjną lub brak takiej przynależności), powinny zainteresować się jej warunkami bytowymi, stanem rodzinnym i ewentualnymi aspiracjami społecznymi. O podwyższenie poziomu średniego personelu służby zdrowia, „Pielęgniarka Polska” 1955, nr 1, s. 12.

⁸¹ K. Kalinowska, *O szkołach służby zdrowia...*, s. 3.

⁸² Ibidem, s. 3.

⁸³ A. Biernacka, *Doszkalamy młodsze pielęgniarki...*, s. 12.

⁸⁴ B. Malawska, *Rola ZMP w szkole pielęgniarstwa*, „Pielęgniarka Polska” 1953, nr 1, s. 7; A. Kowalska, *Metody wychowania w szkołach pielęgniarstwach...*, s. 13.

⁸⁵ B. Malawska, *Rola ZMP w szkole pielęgniarstwa...*, s. 7.

Oddziaływanie ideologiczne nie sprowadzało się tylko do okresu nauki szkolnej. Uważano, że powinno ono być kontynuowane także w trakcie pracy zawodowej np. „w czasie narad produkcyjnych, w czasie odpraw, a także w toku codziennej pracy każdego zakładu leczniczego”⁸⁶.

Stan przygotowania po pracy pielęgniarskiej po tak różnych formach kształcenia, jakie istniały na początku lat pięćdziesiątych był różny. Wpływ na to miała ukończona szkoła, warunki szkolenia praktycznego, wiek i ogólny cenzus kandydatek. Niemal każda pielęgniarka podejmująca pracę zawodową po ukończeniu kształcenia wymagała opieki i pomocy ze strony starszych koleżanek i nadzoru ze strony przełożonej⁸⁷. Ze względu na niedobór sił pielęgniarskich w dalszym ciągu do zawodu przyjmowano wszystkie chętne kobiety nieposiadające odpowiedniego przygotowania i przeszkolenia, a często nawet takie, które nie posiadały nawet wykształcenia ogólnego na poziomie szkoły podstawowej⁸⁸.

Istniejący w pierwszej połowie lat pięćdziesiątych system kształcenia pielęgniarek spotkał się szybko z ostrą krytyką ze strony lekarzy i innych pracowników szpitali. Zarzucano mu, że wiele pielęgniarek nie ma gruntownego przygotowania do tej odpowiedzialnej pracy, a fragmentaryczne przygotowanie nie daje im odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Z podobnymi zarzutami spotkało się doksztalcenie. Uważano, że jest ono prowadzone domowymi sposobami nieadekwatnymi do wymagań⁸⁹. Dyrekcje szpitali skarżyły się na niedostateczne przygotowanie praktyczne podejmujących pracę zawodową pielęgniarek, a z kolei absolwentki szkół pielęgniarskich były zaskoczone skalą stawianych im wymagań w szpitalach. Doprowadzało to do częstych konfliktów między pracodawcami, a pracownicami⁹⁰. W odpowiedzi na krytykę od 1955 r. wprowadzono przyjmowanie do 2-letnich szkół pielęgniarskich osób mających pełne wykształcenie średnie. Wszystkie szkoły pielęgniarskie obowiązkowo miały stać się placówkami z internatem⁹¹. Oprócz tego wydłużono czas nauki

⁸⁶ W. I. Dmitriewa, *Praca polityczno-wychowawcza wśród pielęgniarek*, „Pielęgniarka Polska” 1952, nr 11, s. 16.

⁸⁷ B. Saldak, „Nowe pielęgniarki”, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 9, s. 2.

⁸⁸ Ibidem, s. 1.

⁸⁹ E. Mazurkiewicz, *Czy przyszłe losy pielęgniarstwa zależą od eksperymentu?* „Pielęgniarka i Położna” 1960, nr 6, s. 12.

⁹⁰ Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 16.

⁹¹ „Doświadczenie nauczyło, że szkoły bez internatu, szkoły o typie specjalistycznym, a także 3-letnie technikum dla dziewcząt po 7 klasach – nie zdają egzaminu życiowego”.

z roku do dwóch lat w placówkach prowadzonych przez PCK. Do szkół tych przyjmowano absolwentki szkoły podstawowej. Po dwuletnim okresie nauki absolwentki zostawały tzw. asystentkami pielęgniarstwu (nie miały pełnych uprawnień pielęgniarstwu, a zabiegi mogły wykonywać tylko pod nadzorem lekarza lub wykwalifikowanej pielęgniarki)⁹².

W maju 1956 roku Minister Zdrowia wydał „Instrukcję” dotyczącą organizacji baz szkolenia praktycznego średnich szkół medycznych. W myśl nowych przepisów szkolenie praktyczne powinno odbywać się w najlepiej zorganizowanych szpitalach i klinikach. Podjęto starania zorganizowania zaplecza szkoleniowego zgodnie z nowymi wymogami.

Na potrzeby szkolenia praktycznego powinny [bowiem – przyp. MSO] być przeznaczone – w danym szpitalu oddziały lub ich części, jako odcinki szkoleniowe, liczące po 15 łóżek na oddziałach dziecięcych oraz od 25 do 30 łóżek na innych oddziałach. Odcinki szkoleniowe powinny być zaopatrzone w sprzęt, bieliznę i środki do utrzymania czystości w takiej ilości, aby umożliwić prowadzenie wzorcowego szkolenia uczniów. Obsadę pielęgniarstwu (...) odcinka szkoleniowego powinny stanowić w miarę możliwości pielęgniarki (położne) posiadające kilkuletni staż pracy, wysokie kwalifikacje zawodowe, odpowiedni poziom ogólny oraz zamięłowanie i uzdolnienie do pracy instruktorskiej. Obsada pielęgniarstwu (...) odcinka szkoleniowego powinna odpowiadać pełnej normie obsady, ustalonej dla danej liczby łóżek, i nie może być zmniejszona w związku ze szkoleniem praktycznym uczniów, zarówno w czasie dnia jak i na zmianach nocnych⁹³.

Dyrektorów szkół pielęgniarstwu instrukcja zobowiązywała do precyzyjnego uzgodnienia z dyrektorem szpitala lub kliniki liczby uczennic mających odbywać praktyki, opracowania rozkładu zajęć praktycznych oraz określenia rodzaju i zakresu czynności, jakie mają one wykonywać w ramach szkolenia praktycznego, czasu trwania szkolenia⁹⁴.

Z. Konderska, *Piętnaście lat pielęgniarstwa polskiego...*, s. 17; I. Nieliwódzka, *Zawód pielęgniarki też może być atrakcyjny*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 9, s. 15; H. Stefańska *Reforma szkolnictwa pielęgniarstwu*, „Pielęgniarka i Położna” 1961, nr 11, s. 15.

⁹² H. Stefańska, *Szkolenie pielęgniarstwu w Polskim Czerwonym Krzyżu...*, „Pielęgniarka i Położna” 1959, nr 9, s. 17.

⁹³ F. S., *Szkolenie praktyczne uczniów szkół medycznych*, „Pielęgniarka Polska” 1957, nr 1, s. 16.

⁹⁴ Ibidem, s. 16.

Przygotowaniu wykwalifikowanych nauczycieli i instruktorek do pracy w szkolnictwie pielęgniarskim oraz dyrektorek, przełożonych klinik i dużych szpitali miała służyć Wyższa Szkoła Pielęgniarska przy Akademii Medycznej.

Departament Średnich Szkół Medycznych w ramach swojej pracy zaplanował również organizację Ośrodka Metodycznego dla nauczycieli średnich szkół medycznych. W ośrodku tym dyrektorki i instruktorki szkół będą mogły dzielić się swymi doświadczeniami dydaktyczno-pedagogicznymi, przy pomocy konsultantów i specjalistów wypracowywać nowe formy pracy, dyskutować na interesujące je zagadnienia, uzupełniać swoje wiadomości oraz otrzymywać wskazówki i nastawienie dla swoich trudnych i odpowiedzialnych obowiązków⁹⁵.

Zdecydowano też o uruchomieniu specjalistycznych studiów podyplomowych z zakresu pediatrii, psychiatrii i „instrumentowania”⁹⁶.

Kolejne wytyczne dotyczące szkolnictwa pielęgniarskiego pojawiły się wraz z wejściem w życie reformy strukturalnej szkolnictwa polskiego. Od 1961 r. wydłużono okres nauki w szkole podstawowej do 8 lat⁹⁷. Od tegoż roku według nowych wytycznych miały funkcjonować 2 rodzaje szkół kształcących pielęgniarki: 2,5-letnie dla kandydatek po maturze i 4-letnie licea pielęgniarskie dla kandydatek posiadających ukończone 9 klasy szkoły ogólnokształcącej (program nauczania liceów obejmował zakres 10 i 11 klasy szkoły ogólnokształcącej oraz pełny zakres nauki zawodowej szkoły pielęgniarskiej 2,5-letniej)⁹⁸. Z uwagi na to, że szkoły pielęgniarskie nie były w stanie przygotować wystarczającej liczby pracowników, wobec

rosnących potrzeb służby zdrowia (...) postanowiono przeprowadzić dwustopniowość w zawodzie pielęgniarskim. Do wykonywania pewnych czynności wchodzących w zakres pielęgniarstwa tj. bezpośredniej opieki nad chorym oraz wykonywania mniej skomplikowanych zabiegów nie należy wymagać kwalifikacji pielęgniarki dyplomowanej, wobec czego do tych prac powstał nowy zawód asystentki pielęgniarskiej, które szkolone miały być w specjalnie do tego celu funkcjonujących szkołach. Od r. 1962 miały być prowadzo-

⁹⁵ H. Stefańska, *Reforma szkolnictwa pielęgniarskiego...*, s. 15.

⁹⁶ B. Saldak, „*Nowe pielęgniarki*”..., s. 1.

⁹⁷ Ustawa z dn. 15 lipca 1961 roku o rozwoju systemu oświaty i wychowania, Dz.U. 1961, nr 32, poz. 160.

⁹⁸ H. Stefańska, *Reforma szkolnictwa pielęgniarskiego...*, s. 13.

ne 2 typy szkół dla asystentek: szkoły 3-letnie (dla kandydatek z ukończoną szkołą podstawową i z ukończonym 15 rokiem życia, których program miał obejmować pełny program zawodowy obejmujący przygotowanie do wykonywania czynności asystentki pielęgniarstwa oraz pewien zakres z klasy 8 i 9 szkoły ogólnokształcącej) i szkoły roczne (dla kandydatek z ukończoną klasą 9 szkoły ogólnokształcącej lub 2 klasami szkoły zawodowej, której zakres przedmiotów ogólnokształcących odpowiada potrzebom szkolenia asystentek i z ukończonym 17 rokiem życia, których program obejmował będzie jedynie przedmioty zawodowe. Ten drugi typ miał być przejściowy⁹⁹.

Pełne uprawnienia zawodowe miały dawać przede wszystkim 5-letnie licea medyczne o profilu pielęgniarstwie, do których wstęp mieliby kandydaci po ukończeniu nauki w szkole podstawowej. Pierwsze liceum 5-letnie powstało w roku szkolnym 1961/1962. Miało ono w przyszłości stać się podstawową placówką (obok dwuletnich szkół pomaturalnych) przygotowującą do pracy wykwalifikowane pielęgniarki¹⁰⁰.

Teksty publikowane na łamach analizowanych czasopism pisane były na bieżąco przez osoby blisko związane z ówczesnym szkolnictwem pielęgniarstwie. Dzięki ich relacjom można poznać warunki, w jakich tworzyły się podwaliny nowoczesnego systemu kształcenia średniego personelu medycznego.

Summary

The texts published in the pages of the first journal of nursing perfectly reflect the changes that occurred after the Second World War, in education and in the way the optimal model of education of Polish nurses was built. Specific, extremely difficult time for rebuilding the country and a political indoctrination had a profound impact on the shape of the postwar nursing education. Low levels of education, the introduction of socio-political subjects into the school curriculum, lack of qualified teaching staff and appropriate places for apprenticeship, resulted in poor-qualified graduates from schools and courses. It turned out, however, that all these shortcomings became a driving force to modernize, improve and develop better methods and ways of learning, and thus provided a foundation for the formation of modern institutions of medical education.

⁹⁹ Ibidem, s. 14.

¹⁰⁰ T. Żaczek, *Kształcenie pielęgniarów...*, s. 129.