

Krystyna Łukasz-Paluch¹, Grażyna Anna Franek²

¹ Członek Komisji Historycznej przy Zarządzie Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach

² Przewodnicząca Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ruch zawodowy i przemiany w kształceniu podstawowym pielęgniarek na przełomie wieków

Professional movement and transitions in nurses elementary education
at the turn of centuries

Adres do korespondencji:

pielęgniarka, mgr pedagogiki
Krystyna Łukasz-Paluch
ul. Kopernika 42/12
41-300 Dąbrowa Górnicza
e-mail: nekton@interia.pl

STRESZCZENIE

Powstanie i rozwój ruchu zawodowego pielęgniarek i szkolnictwa pielęgniarskiego w XIX wieku w Europie, na ziemiach polskich w okresie zaborów i po odzyskaniu niepodległości oraz w okresie powojennym i na przełomie XX wieku miały odmienny charakter i poziom. Na rozwój ruchu zawodowego i kształcenia podstawowego pielęgniarek obok czynników politycznych, ekonomicznych, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, rozwoju nauki i techniki medycznej wpływały również czynniki natury ogólnej: rodząca się idea humanitaryzmu, intensywność ruchu feministycznego, działalność Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, stowarzyszeń narodowych, Międzynarodowego Czerwonego Krzyża. Bezpośredni wpływ odegrały: dążenia pionierki pielęgniarstwa do uniezależnienia zawodu, nowe modele opieki pielęgniarskiej i roli zawodowej pielęgniarki oraz nowe strategie kształcenia podstawowego pielęgniarek w ostatniej dekadzie XX wieku z inspiracji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*) i Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN, *European Federation of Nurses*).

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 173–180

Słowa kluczowe: ruch zawodowy, szkolnictwo pielęgniarskie, programy nauczania

ABSTRACT

Rise and development of nurses professional movement and nurse education in nineteenth century in Europe, polish lands during annexation and after regaining independence and also in post-war period and at the turn of the twentieth century had different type and standard.

Evolution of professional movement and elementary education of nurses, beside political and economic factors, medical needs of society, development of sciences and medical technique, took place also thanks to general factors: nascent idea of humanity, intensity of feminist movement, activity of International Council of Nurses, national associations and International Red Cross. Following factors exerted a direct influence: aspiration of nursing pioneers to profession's independence, new patterns of nursing care and professional role of nurse and new strategies of elementary education nurses during last decade of twentieth century by inspiration of World Health Organization, International Council of Nurses and European Federation of Nurses Associations.

Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 173–180

Key words: professional movement, nursing educational system, curriculums

Wstęp

Rozwój ruchu zawodowego i szkolnictwa pielęgniarskiego w XIX wieku i na początku XX wieku był na świecie bardzo zróżnicowany. W Europie czerpano wzory z pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii. Na ziemiach polskich będących pod zaborami poziom szpitalnictwa, służby pielęgniarsko-opiekuńczej, jak i szkolnictwa pielęgniarskiego był na bardzo niskim poziomie; pierwsze placówki zdrowia publicznego zaczęły powstawać dopiero na początku XX wieku. W kolejnych dekadach podstawowe szkolnictwo pielęgniarskie miało okresy stagnacji, jak również postępu i zmian. Reformatorska działalność przywódczyni pielęgniarstwa na świecie koncentrowała się wokół kształcenia profesjonalnej, świeckiej kadry pielęgniarek i pielęgniarzy o głębokich postawach humanitarnych; wiedzy i umiejętnościach opartych na prawach naukowych i zasadach nowoczesnego pielęgnowania. Ponadto dążono do integrowania się w ramach korporacji zawodowych, odrębności i usamodzielnienia zawodu, zapewnienia godnych warunków pracy i płacy, ciągłego doskonalenia zawodowego oraz wyeliminowania z zawodu osób nieprzygotowanych do pełnienia roli pielęgniarki.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ukazanie powstania szkolnictwa pielęgniarskiego w Wielkiej Brytanii i na ziemiach polskich pod zaborami oraz w kolejnych okresach odzyskiwania niepodległości w kontekście powstania pierwszych organizacji zawodowych pielęgniarek i ruchu reformatorskiego na rzecz rozwoju pielęgniarstwa świeckiego, naukowego jako odrębnej i samodzielnej dziedziny.

Początki ruchu zawodowego i profesjonalnego kształcenia pielęgniarek w Europie

W Europie w XIX wieku i na początku XX wieku największe osiągnięcia w zakresie praktyki pielęgniarskiej, rozwoju ruchu zawodowego i kształcenia pielęgniarek były widoczne w Wielkiej Brytanii. Wybitną postacią dokonującą rewolucyjnych zmian w pielęgniarstwie była Florence Nightingale (1820–1910) — twórczyni nowoczesnego, świeckiego pielęgniarstwa — jako samodzielnej dziedziny, opartej na prawach naukowych, zrywającej ze schematem zawodu niegodnego kobiety uczciwej, kulturalnej, inteligentnej, wykształconej, znającej języki obce oraz moralnej, bogatej, urodzonej w wyższych warstwach społecznych.

Z jej inspiracji powstała w Londynie 24 czerwca 1860 roku, w Szpitalu św. Tomasza, pierwsza szkoła pie-

lęgniarstwa, której zadaniem było szkolenie roczne kursantek (probantek) do pracy przy chorych w szpitalach przez specjalnie wybrane siostry oddziałowe, lekarza naczelnego szpitala (z zakresu elementarnej wiedzy z nauki o człowieku, chorób wewnętrznych, i chirurgii pacjentów objętych opieką) oraz aptekarza (prowadzącego naukę o lekach i środkach spożywczych). Absolwentki obowiązywał 2- lub 3-letni staż w szpitalu. Program szkolenia obejmował trwający miesiąc okres próbny. W czasie nauczania praktycznego (10-godzinnych dyżurów) uczennice prowadziły notatki z obserwacji chorych objętych przez nie opieką (*nursing care study*) i wpisywały własne przemyślenia. Oceny były ustalone w pięciostopniowej skali. Od 1900 roku wydłużono czas szkolenia do 3 lat dla kursantek posiadających lepsze przygotowanie ogólne, a w przypadku niższego przygotowania ogólnego — 4 lat. Program szkolenia poszerzano i zmieniano wraz z rozwojem medycyny i nauk pokrewnych, między innymi o opiekę nad chorym w domu [1]. W latach 1860–1887 szkołę ukończyło 500 pielęgniarek, z których ponad 50 objęło później kierownicze stanowiska w różnych szpitalach oraz jako dyrektorki nowo powstałych szkół pielęgniarstwa [2, s. 54].

Cele szkolenia pielęgniarek według koncepcji Florence Nightingale koncentrowały się na zdobyciu wiedzy i wyrobieniu charakteru, czyli uczeniu i wychowaniu; akcenty nauczania obejmowały nauczanie przy łóżku chorego, w pokoju chorego oraz na sali chorych. W koncepcji tej autorka podkreślała, że „chorzy nie są po to, aby służyć za przedmiot nauczania dla uczennic. Jeśli uczennice nie rozumieją, że są nie dla samych siebie, lecz dla chorych, lepiej, żeby ich wcale nie było” [2, s. 61]. Szkolenie miało przygotować uczennice „do jak najlepszego wykonania zaleceń lekarskich, nie jak maszyna, lecz jak istota rozumna i odpowiedzialna”. Rozumne wykonanie zleceń lekarskich według Florence Nightingale, umożliwia przede wszystkim obserwowanie objawów chorobowych i spostrzeganie „objawów pielęgnowania”: czyli co jest winą złego pielęgnowania, a nie szkodą wywołaną przez chorobę. (...) „Kwintesencją szkolenia jest dyscyplina”, która obejmuje porządek i metodę pracy, uczy systematyczności, oszczędzania na materiale, sile i przestrzeni, uczy również cierpliwości, zadowolenia z warunków pracy, pieczołowitości i staranności w wykonywaniu obowiązków.”

Florence Nightingale w swoich opracowaniach przestrzegała również przed niebezpieczeństwami grożącymi pielęgniarstwu, pisząc: „Już po jednym pokoleniu pielęgniarek: 1) (...) pielęgniarstwo staje się modne, przez co zbywa mu na powadze; 2) z drugiej — staje się jedynie kwestią pieniężną; 3) pielęgniarstwo staje się rzemiosłem zamiast powołaniem, (...) które można osiągnąć przez pielęgnowanie owego węża sympatii, który powstaje w ramach korporacji, dzięki wspólno-

cie dążeń i działalności w dobrym celu”. Niebezpieczeństwem nazywa również stanie w miejscu, brak rozwoju, brak stałego dokształcania pielęgniarki i rozwoju sztuki szkolenia i sztuki kierowania wraz z postępem wiedzy medycznej. Apeluje do pielęgniarek: „nie zastygajmy w przeciętności”.

Należy podkreślić, że idee Florence Nightingale w krótkim czasie objęły cały świat, a Ellen Key (szwedzka pedagog, działaczka feministyczna) nazwała ją „sumieniem Europy w zakresie pielęgniarstwa”; absolventki jej szkoły pracowały na terenie Europy, Ameryki Północnej i Australii [2, s. 55–64].

Nowatorskie działania w pielęgniarstwie brytyjskim podjęła również Ethel Bedford-Fenwick (1856–1947), z pochodzenia Szkotka, córka lekarza, a po jego śmierci pasierbica członka parlamentu angielskiego. Przełożona pielęgniarek w Szpitalu św. Bartłomieja w Londynie, redaktorka czasopisma zawodowego „Kronika Pielęgniarska/Tygodnik Pielęgniarek Brytyjskich” (*Nursing Record* przemianowanego na *The British Journal of Nursing*) w latach 1888–1941.

Walczyła przez 30 lat — w tym z Florence Nightingale — o wprowadzenie ogólnego rejestru wszystkich uprawnionych pielęgniarek na podstawie egzaminu złożonego przez absolventki przed państwową komisją pielęgniarską w celu ochrony społeczeństwa i zawodu pielęgniarskiego przed niekompetentnymi osobami. Sukces odniosła dopiero w 1919 roku, również dzięki staraniom Narodowej Rady Pielęgniarek Brytyjskich i Północnej Irlandii. W działaniach tych wspierało ją założone z jej inicjatywy Brytyjskie Towarzystwo Pielęgniarskie (1887), walczące o przyznanie wykwalifikowanym pielęgniarkom uprawnień zawodowych.

Jej dziełem o znaczeniu światowym było zaproponowanie utworzenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) na dorocznym spotkaniu Rady Przełożonych Wielkiej Brytanii i Irlandii podczas Kongresu Międzynarodowej Rady Kobiet w Londynie w 1899 roku, „po to, aby pielęgniarki mogły mówić”.

Zdaniem Poznańskiej, do szczególnych osiągnięć pielęgniarek brytyjskich należy:

- powołanie Instytutu Pielęgniarstwa im. Królowej Wiktorii (*Queen's Victoria Jubilee Institute for Nurses*) w 1887 roku, którego głównym zadaniem było szkolenie pielęgniarek po szkole pielęgniarstwa szpitalnego oraz kształcenie położnych (*The Midwifery School of The Queens Institute*);
- powołanie Królewskiego Kolegium Pielęgniarskiego (*Royal College of Nursing*) w 1916 roku koncentrującego się na podniesieniu poziomu kształcenia, rozwoju praktyki zawodowej, kształceniu podyplomowym oraz wprowadzeniu rejestru pielęgniarek o bardzo wysokiej ocenie zawodowej. Z inspiracji Kolegium powstała również organizacja studentów w 1925 roku — *The Student Nurses Association* [3].

Kształcenie pielęgniarek na ziemiach polskich pod zaborami i po uzyskaniu niepodległości

W drugiej dekadzie XIX wieku w Królestwie Polskim szpitale były nadzorowane przez Rady Dozorcze, a w latach 70. przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Petersburgu. W zaborze pruskim funkcjonowały szpitale państwowe, samorządowe, stowarzyszeń religijno-charytatywnych, społeczne oraz prywatne, w zaborze austriackim od 1868 roku szpitale nadzorował samorząd miejski [5].

Osobami zajmującymi się pielęgnowaniem chorych były siostry miłosierdzia, które łączyły czynności pielęgnacyjne z administracją oddziału, felcerzy, którzy większą część swoich zajęć koncentrowali na dyżurach w kancelarii szpitalnej, „układaniu sprawozdań, relewach, prowadzeniu ksiąg chorych” oraz posługacze szpitalni, którzy „łączyli czynności gospodarcze z załatwianiem potrzeb chorych i udzielali pierwszej pomocy”; stąd, jak pisał doktor Męczykowski, „o właściwym pielęgnowaniu chorych, jak to bywa w szpitalach francuskich, niemieckich, angielskich, mowy nie ma” [5].

Inny z lekarzy, Krajewski, pracownik Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, po powrocie z Wiednia (1885), oceniając pracę personelu oddziału chirurgicznego, pisał: „nasze siostry nie są dostatecznie obznajmione z pielęgnowaniem chorych, jako też z innymi powierzonymi im czynnościami lekarskimi. Wprawdzie obecne siostry miłosierdzia spełniają część medycznej posługi koło chorych, czyli: rozdają lekarstwa, dozorują i kontrolują wypełnianie przepisów lekarza, przygotowują i przechowują materiały opatrunkowe itp. Kierują się jednak w tych wszystkich czynnościach więcej przecuciem — intuicją, niż pewnymi naukowymi zasadami” [6].

Mimo negatywnej oceny poziomu pracy osób zajmujących się pielęgnowaniem chorych — wydanej przez doktora Sawickiego, inspektora szpitali we Lwowie — oraz jego propozycji utworzenia przy szpitalach szkół dla posługaczy i posługaczek w Krakowie i Lwowie wydłużał się spór kompetencyjny między lekarzami i siostrami miłosierdzia o prawo do ich utworzenia oraz zakres uprawnień kwalifikacyjnych felcerów, dozorców, dozorzycz szpitalnych i posługaczy [7]. Należy podkreślić, że pielęgniarki ze stowarzyszeń religijnych na podstawie ustawy z 1897 roku miały wysoką pozycję; (...) „Pielęgnowanie chorych, prowadzenie kuchni i spiżarni, tudzież nadzór nad służbą, będzie powierzone siostrze miłosierdzia, ewentualnie innemu stowarzyszeniu duchownemu. Jedynie w razie niemożności pozyskania dla powyższych czynności osób należących do stowarzyszeń, mogą one być powierzone osobom świeckim” [8].

Charakterystykę świeckich dozorzycz chorych, kształconych ówczesnie w Europie, przedstawił Tho-

mas Billroth (niemiecki chirurg) w przedmowie do niemieckiego tłumaczenia książki o pielęgnowaniu chorych, wydanej w Warszawie w 1882 roku w Królestwie Polskim. Podkreślał, że osobie chcącej wykształcić się na dozorczynię chorych „ (...)potrzeba nie tyle nadzwyczajnych lekarskich wiadomości, ile raczej pewnych właściwości charakteru i przymiotów osobistych (serca i umysłu). Zmysł praktyczny, jasny pogląd na rzeczy, znajomość ludzi, bezstronność, cierpliwość, uprzejmość, poczucie godności, spokój i siła charakteru — to przymioty, które czynią zarówno kobietę, jak i mężczyznę zdarnymi do przewodzenia innym”. (...). „Prawdziwe zamiłowanie swego powołania, dobroć, rozsądek, spokojne usposobienie muszą łączyć się z talentem, który polega na bezwiednym zwykle darze spostrzegawczym”. Autor wymienia również wśród talentów: „zamiłowanie prawdy, porządku, sumiennosc, powolność poleceńiom lekarza oraz ochędóstwo” (czystosc). Pisząc o miejscu kształcenia powtarza wielokrotnie: „szkoła dozorczyń w wielkim mieście posiadającym przeważnie obszernie szpitale, tylko wtedy pomyślnie rozwinąć się może, gdy połączona jest z umyślnie do tego przeznaczonym zakładem leczniczym” [9].

W ostatniej dekadzie XIX wieku i na początku XX wieku rozszerzył się na ziemiach polskich ruch na rzecz przygotowywania zawodowego osób chcących podjąć pielęgnowanie osób chorych. Z inicjatywy postępowych lekarzy, Czerwonego Krzyża, pomocy finansowej Sejmu organizowano kursy pielęgnowania chorych w szpitalach oraz chorych w domach prywatnych. Przy Szpitalu Lwowskim w 1895 roku powstała jednoroczna — ze 123 godzinami zajęć — szkoła dozorczyń, w której od 1910 roku uczyły się osoby zakonne, w większości szarytki, oraz szkolono posługaczki (salowe). Szkolenia kobiet — interesujących się pielęgnowaniem chorych — prowadziła w Warszawie hrabina Julia Aleksandrowicz, która uczyła się wcześniej w Berlinie, Paryżu i Wiedniu. Organizowano kursy w założonym przez ks. prałata Pelczara „Przytulisku Służebniczek Serca Jezusowego”. Wydział opieki nad ubogimi w magistracie miasta Poznania zainicjował akcję werbowania osób „chcących dobrowolnie i bezpłatnie poświęcić się pielęgnowaniu chorych”. W 1904 roku na ziemiach polskich pod zaborem pruskim wydano rozporządzenie zobowiązujące „osoby zajmujące się dozowaniem i pielęgnowaniem chorych do składania egzaminu państwowego”. W 1905 roku otwarto jednoroczną szkołę pielęgniarstwa doktora Fruchtmana w Warszawie; wykłady prowadzono z anatomii, fizjologii, higieny, dietetyki, ratownictwa, wodolecznictwa i pielęgniarstwa oraz prowadzono zajęcia praktyczne przy łóżku chorego.

W literaturze przedmiotu z początków XX wieku odnajdujemy również wzmiankę, że w 1906 roku założono w Warszawie Stowarzyszenie Pielęgniarek (przy

ul. Złotej 28). W skład zarządu wchodził: Aleksandra Jagielska, doktor Stępniewski, Łucja Szaulińska i Zofia Wagner [10].

Ponadto z inicjatywy Stowarzyszenia Panien Ekonomek: Anny Rydlówny, Marii Epsteinówny, Marii Wiszniewskiej-Drzewieckiej, 5 listopada 1911 roku otwarto dwuletnią — rekrutującą uczennice po przynajmniej 4 klasach wydziałowych — pierwszą Zawodową Szkołę Pielęgniarstwa Stowarzyszenia PP. Ekonomek św. Wincentego a Paulo w Krakowie. Tym aktem nawiązano do działalności proboszcza francuskiego, założyciela Stowarzyszenia Pań Miłosierdzia i Zgromadzenia Sióstr (szarytek) w XVII wieku, które oddane były pielęgnowaniu chorych i opiece nad dziećmi. W szkole prowadzono wykłady z: anatomii i fizjologii, higieny, nauki o chorobach zakaźnych, odkażaniu, pielęgnowaniu chorych, pierwszej pomocy w nagłych wypadkach; realizowano roczną praktykę na oddziałach szpitalnych i w ambulatorium. W procesie wychowawczym szkoła akcentowała wychowanie moralne i religijne. Ideą „Starej” Szkoły Krakowskiej była maksyma: „Pielęgniarstwa trzeba się uczyć i traktować je jako wyodrębniony, samodzielny zawód”. Ponieważ w ocenie Helen Scott Hay, naczelnej pielęgniarki Misji Amerykańskiego Czerwonego Krzyża w Paryżu, kształcenie w Szkole Krakowskiej już w latach 20. XX wieku nie odpowiadało poziomowi nowoczesnych szkół pielęgniarstwa w Europie — w 1921 roku szkoła została zamknięta [11].

W okresie drugiej Rzeczypospolitej (1918–1939), po uzyskaniu niepodległości Polski, nastąpił szybki rozwój świeckiego szkolnictwa pielęgniarskiego. Uwarunkowany był postępem medycyny, profilaktyki, wprowadzeniem nowych metod leczenia, pomocą Fundacji Rockefellera i Amerykańskiego Czerwonego Krzyża oraz inspiracją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i działalnością pionierek nowoczesnego pielęgniarstwa: Zofii Szlenkierówny, Marii Epsteinówny, Anny Rydel, Marii Babickiej-Zachertowej, Hanny Chrzanowskiej, Teresy Kulczyńskiej, Elżbiety Rabowskiej i Jadwigi Romanowskiej.

W okresie drugiej Rzeczypospolitej jako pierwsze spośród 9 szkół powstają: Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu (21 lipca 1921 r.), Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa (19 października 1921 r.), Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie (8 lipca 1923 r.) kształcąca młodzież pochodzenia żydowskiego, Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek w Krakowie (12 grudnia 1925 r.). Organizacja kształcenia, programy, formy i metody nauczania były wzorowane na doświadczeniach szkół pielęgniarskich w Stanach Zjednoczonych. Pierwsze dyrektorki tych szkół (Ita MacDonell, Helen Bridge, Amelia Greenwood) pochodziły również ze Stanów Zjednoczonych. Na pracę szkół — w tym ujednolicenie programów nauczania i metod pracy — duży wpływ miało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, które powstało z inspiracji Helen Bridge,

amerykańskiej pielęgniarki, absolwentki *Columbia University* — bakałarza nauk ścisłych w zakresie pielęgniarstwa, dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa i inicjatorce powstania Koła Absolwentek (1923 r.).

Do szkoły pielęgniarskiej przyjmowano po ukończeniu 18. roku życia i 6. klasach gimnazjum starego typu, w którym ukończenie 8. klasy dawało prawo ubiegania się o przyjęcie na studia wyższe. Po reformie szkolnictwa w 1932 roku, warunkiem przyjęcia było ukończenie 4 klas gimnazjum („małej matury”), które funkcjonowało na podbudowie 7-klasowej szkoły podstawowej. Szkoły pielęgniarskie przygotowywały do pracy w szpitalach i placówkach profilaktycznych. Czas kształcenia w pierwszych latach ich funkcjonowania trwał 2 lata, później 2 lata i cztery miesiące. Programy w poszczególnych szkołach różniły się przedmiotami i liczbą godzin, na przykład: Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu realizowała 555 godzin teoretycznych, Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa 681 godzin, Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie — 609 godzin oraz ćwiczenia gimnastyczne, Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek w Krakowie — 703 godziny (nie realizując fizyki, psychologii, wychowania fizycznego, masażu), Szkoła PCK w Warszawie — 731 godzin. Zajęcia praktyczne w podstawowych oddziałach trwały zazwyczaj 2–3 miesiące, a praktyka społeczna 2–4 miesiące. Szkoły w pracy wychowawczej, w kształtowaniu cech charakteru eksponowały zasady religii rzymsko-katolickiej [12].

Różne rozwiązania organizacyjne szkół uregulowała dopiero Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 roku i Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1936 roku o pielęgniarstwie (Dz.U. RP nr 28, poz. 229.), w myśl którego: „Okres szkolny w szkole pielęgniarstwa trwa przynajmniej 2 lata, wliczając w to 2 miesiące wakacji w całym okresie szkolnym. Nauczanie obejmuje działy: pielęgnowanie chorych, zapobieganie chorobom i propaganda higieny. Nauczanie składa się z wykładów, ćwiczeń oraz praktyki w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych oraz w dziale higieny szkolnej” [13].

Szkolnictwo pielęgniarskie po 1945 roku

Brak pielęgniarek po zakończeniu II wojny światowej spowodował intensywny rozwój szkolnictwa pielęgniarskiego. Według Rocznika Statystycznego, w 1947 roku w kraju było 5840 pielęgniarek, w tym 1000 ukończyło szkołę pielęgniarską. Jak pisze Stefania Poznańska „Cechą charakteryzującą szkolnictwo polskie tamtego okresu było tworzenie coraz to nowych typów szkół, które po krótkim czasie ulegały likwidacji, przechodząc przedtem wiele przemian”. Pracę nad stabilizacją systemu szkolnictwa pielęgniarskiego i działania na rzecz zorganizowania wyższej uczelni pielęgniarskiej podję-

ło Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, utworzone w 1957 roku i jego przewodniczące: Halina Stefańska, Stanisława Kierzkowska i Irena Stefaniak.

Kształcenie pielęgniarek w systemie pomaturalnym rozpoczęto w 1956 roku, a w 1959 roku już funkcjonowały 42 szkoły tego typu. Pierwsze 2-letnie, pomaturalne szkoły pielęgniarstwa powstały w Warszawie, Poznaniu, Krakowie (1955 r.), Łodzi i Białymstoku (1956 r.) oraz Lublinie (1959 r.).

Działy również szkoły po 7 klasach szkoły podstawowej i 2 klasach liceum ogólnokształcącego. W 1961 roku na mocy Ustawy o rozwoju systemu oświaty i wychowania z dnia 15 lipca 1961 roku zorganizowano nowy typ szkoły — 5-letnie liceum medyczne, do którego rekrutowano uczennice ze świadectwem szkoły podstawowej. W pierwszych latach nauki w większości realizowano przedmioty ogólnokształcące, a nauczanie zawodu dominowało w klasach czwartej i piątej. Na 4828 godzin przedmiotów ogólnokształcących i zawodowych w całym okresie nauczania — przedmioty zawodowe obejmowały 2296 godzin, a praktyka zawodowa 48 tygodni. W latach 80. przedmioty zawodowe na medycznych studiach zawodowych obejmowały 2467 godzin, a zablokowane zajęcia praktyczne — 4 tygodnie. Absolwenci liceów — do których rekrutację wstrzymano dopiero w roku szkolnym 1991/1992 — przygotowywani byli głównie do pracy z chorymi [14].

W opisanym kontekście należy podkreślić, że mimo wydanego 25 października 1967 roku europejskiego porozumienia w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonego w Strasburgu — zobowiązującego do 3-letniego pomaturalnego kształcenia podstawowego pielęgniarek (w wymiarze 4600 godzin), a kandydatki do posiadania kwalifikacji wymaganych przy przyjęciu na wyższą uczelnię — rząd polski ratyfikował ten dokument dopiero 30 stycznia 1996 roku. Ze względów ekonomicznych przesunął termin realizacji dokumentów ratyfikacyjnych do 2000 roku. Decyzja ta w konsekwencji wpłynęła w późniejszym okresie na decyzję Unii Europejskiej nierespektowania na podstawie postanowień Dyrektywy 2005/36/WE kwalifikacji polskich pielęgniarek posiadających podstawowe wykształcenie zawodowe.

Przemiany w kształceniu podstawowym pielęgniarek w ostatnich dekadach XX wieku

Punkt zwrotny w reorientacji kształcenia podstawowego pielęgniarek w ostatnim 30-leciu XX wieku na świecie i w Europie uwidaczniają poniższe dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*):

— **Oświadczenie z Alma Aty z 1978 roku** — w którym nadano podstawowej opiece zdrowotnej bezwzględ-

ny priorytet. Kształcenie podstawowe pielęgniarek miało przygotować uczniów nie tylko do realizacji zadań w szpitalu, ale również do bezpośredniej opieki nad jednostkami, rodzinami, społecznościami; nauczania i nadzoru nad pomocniczymi pracownikami społecznej służby zdrowia; efektywnej pracy z personelem z wielu dziedzin i interdyscyplinarnym zespołem [15].

— **Poradnik do korekty programu nauki w podstawowym kształceniu pielęgniarek** — w którym autorzy próbowali udzielić odpowiedzi na pytania: W jaki sposób i jak najbardziej efektywnie może dostrzegać pielęgniarstwo jako zawód potrzeby zdrowotne społeczeństwa? Jakie zmiany są konieczne w związku z tym w kształceniu pielęgniarek i jaką mają mieć formę, aby efektywność ich była największa? Jak daleko zmiany te powinny być uwzględnione w podstawowym kształceniu pielęgniarek? [16]

— **Przegląd i reorientacja programu podstawowego kształcenia pielęgniarek**. Dokument ten utożsamia istotę proponowanej zmiany w kształceniu pielęgniarek z misją pielęgniarstwa, która polega w edukacji (przy zachowaniu właściwych proporcji) na koncentrowaniu się raczej na zdrowiu niż na chorobie i przejściu przez pielęgniarkę nowej roli polegającej na ułatwianiu i umożliwianiu ludziom osiągnięcia optymalnego poziomu zdrowia. W zmianach programowych „największe znaczenie powinno się przypisać pielęgniarstwu, jego koncepcjom, naukowej wiedzy teoretycznej, umiejętnościom i praktyce w powiązaniu ze studiowaniem zdrowia”. Filozofia nowego programu powinna się koncentrować na misji pielęgniarstwa według WHO (skupiającej się na: promowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobom, łagodzeniu cierpienia) i kodeksie etyki Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, eksponującym szacunek dla życia, poszanowanie człowieka, jego praw niezależnie od narodowości, rasy, wieku, koloru skóry, płci, politycznego i społecznego statusu [17].

— **Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia — europejska strategia kształcenia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa przygotowana przez WHO**. Ten dokument, opracowany przez Biuro Europejskie WHO, podkreśla, że „większy nacisk kładziony jest obecnie na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, przeniesienie opieki zdrowotnej jak najbliżej miejsca zamieszkania i pracy ludzi oraz pełną dostępność usług zwłaszcza dla najsłabszych grup społecznych”. Pielęgniarki powinny być przygotowane do kształcenia pacjentów i ich rodzin w zakresie techniki samoopieki, udzielania pomocy w radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi, objęcia pełną opieką osób z grup najbardziej zagrożonych. Cele strategii ukierunkowane są na kształcenie i szkolenie zorientowane na kompetencje, zwrócenie uwagi w tre-

ściach kształcenia na cele programu WHO „Zdrowie dla wszystkich” w nowym stuleciu, strategię kształcenia, uczenie się i proces ewaluacji zgodnie z zasadami edukacji dorosłych (ustawicznego dokształcania się). Według strategii kształcenia (...), „Nauczanie, uczenie się, ocena i praktyka muszą nauczyć studenta: jak się uczyć oraz koncentrować się na: systematycznej, opartej na wiedzy naukowej, zindywidualizowanej opiece, skierowanej na potrzeby pacjenta lub osoby zdrowej, rozwoju postawy opiekuńczej, niedokonującej osądów, przyjęcia postawy umysłu otwartego na nową wiedzę, możliwości myślenia analitycznego i krytycznego, umiejętności optymalnego wykorzystania technologii informacyjnej, umiejętności rozwiązywania problemów, współpracy zespołowej, umiejętności przywódczych, współpracy partnerskiej, wspólnego podejmowania decyzji”. Czas kształcenia podstawowego pielęgniarek powinien objąć minimum 4600 godzin (tj. 3 lata) [18].

Trzyletnie kształcenie pomaturalne pielęgniarek w Polsce zostało zainicjowane dopiero w roku szkolnym 1993/94 pod kierunkiem działającego ówczesnie Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego. Początkowo, od roku szkolnego 1996 w 6 szkołach (ZSM Chełm, MSZ nr 1 Kraków, MSZ Lublin, ZSM Ostrów Wielkopolski, ZSM Poznań, MSZ Wrocław), a od 1997 roku w 4 kolejnych (ZSM Katowice, Szczecin, Gdańsk, Warszawa). Program obejmował 1620 godzin zajęć teoretycznych, 2065 godzin zajęć praktycznych, 915 godzin samokształcenia. Innowacja pedagogiczna trwająca do 2000 roku była możliwa dzięki współpracy Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z Norweskim Towarzystwem Pielęgniarskim. Absolwenci uzyskali ogólne wykształcenie pielęgniarskie uprawniające do podjęcia pracy we wszystkich placówkach służby zdrowia, placówkach opiekuńczych, wychowawczych i kształcenia, jak również podjęcia praktyki prywatnej. Absolwenci nie uzyskali tytułu licencjata, ponieważ ówczesne szkoły funkcjonowały na zasadach medycznej szkoły pomaturalnej.

Wejście studentów pielęgniarstwa na poziom studiów zawodowych, licencjackich na uczelniach akademickich i wyższych szkołach zawodowych w Polsce nastąpił dopiero w 1998 roku.

Nowe rozwiązania systemowe związane z dostosowaniem obowiązujących w Polsce przepisów regulujących dostęp do zawodu pielęgniarki i położnej oraz zasady ich wykonywania zgodnie z wymogami prawa Unii Europejskiej i realizacją założeń deklaracji bolońskiej przyniosła zmiana Ustawy o zawodzie pielęgniarek i położnych z 3 lutego 2001 roku [19]. Postanowienia ustawy weszły w życie 23 marca 2001 roku, w tym również przepisy mówiące o akredytacji. Zgodnie z realizacją założeń deklaracji bolońskiej oraz

dyrektywami Unii Europejskiej kształcenie musi być realizowane w cyklu 3-letnim i obejmować 4780 godzin, z czego 50%, czyli 2300, powinno się przeznaczyć na zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe. Przyjęto, że wymaganym standardem w warunkach naszego kraju jest kształcenie w systemie 3-letnich studiów wyższych zawodowych i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa [20].

Dalsze doskonalenie modelu kształcenia podstawowego pielęgniarek można znaleźć w dokumencie opracowanym przez ICN, EFN, UE pod tytułem: Projekt „Tuning dla pielęgniarstwa”. Kluczową cechą tego projektu, jak czytamy na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, jest rozwój kompetencji pielęgniarstwa ogólnego w pierwszym cyklu szkolenia (licencjat lub dyplom) wraz z rejestracją/prawem wykonywania zawodu zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej 77/452/EEC wraz z późniejszymi zmianami. Projekt ten umożliwił wypracowanie metodologii dla tworzenia programów nauczania dla pielęgniarek oraz kompetencji, jakie powinna posiadać pielęgniarka po ukończeniu studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia oraz studiów drugiego stopnia [21].

Podsumowanie

Przedstawiony zarys początków ruchu zawodowego pielęgniarek i przemian w kształceniu podstawowym pielęgniarek na przełomie wieków, a szczególnie w ostatnich dekadach XX wieku należy uzupełnić o sformułowanie zawarte w europejskiej strategii „Pielęgniarki i położne dla zdrowia” (1999): „(...) Ponieważ pielęgniarstwo — szczególnie w krajach Europy Środkowej i Wschodniej — nie ma poczucia własnej tożsamości, jest źle zorganizowane i ma trudności w obronie swoich spraw zawodowych, niezbędne są odpowiednie narzędzia prawne, dające im władzę i odpowiedzialność” — jednymi z nich w zakresie kształcenia podstawowego pielęgniarek są wymienione dokumenty w niniejszym artykule.

To od nas zależy, w jakim stopniu potrafimy zrealizować nowe wyzwania stojące przed polskim pielęgniarstwem, ruchem zawodowym i szkolnictwem pielęgniarstwem w nowym tysiącleciu.

Wnioski

1. Ruch zawodowy pielęgniarek oraz powstanie szkół pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii i na ziemiach polskich miały zróżnicowany charakter, uwarunkowany czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

2. Zmieniająca się w ostatnich dekadach XX wieku misja pielęgniarstwa zorientowana na zdrowie społeczeństwa, uwarunkowana nowymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa, wpływa na reorientację modelu kształcenia pielęgniarek na świecie, w Europie i w Polsce.
3. Systematycznie modyfikowane treści nauczania zorientowanych na społeczeństwo stanowią gwarancję przygotowania profesjonalistów „żywo reagujących” na potrzeby zdrowotne ludzi.
4. Przeszłość wciąż inspiruje teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa; wykorzystajmy więc jako hasło jubileuszowego X Kongresu Pielęgniarek Polskich w roku 2010 warte przemyśleń i dostosowania do zachodzących zmian słowa Florence Nightingale: „Nie zastygajmy w przeciętności”.

Piśmiennictwo

1. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. I. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1987: 17–21.
2. Szenajch Wł. Trzy pielęgniarki. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1974.
3. Poznańska St. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988: 75–76.
4. Maksymowicz A. Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1977: 33.
5. Męczykowski. W sprawie niższej służby szpitalnej. *Zdrowie* 1906; 5: 333–343. W: Minczewska M. Teksty wybrane z historii pielęgniarstwa w Polsce. Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Warszawa 1974.
6. Krajewski. W.H. Kronika Lekarska. Warszawa 1885, nr 9; 385–416. W: Minczewska M. Teksty wybrane z historii pielęgniarstwa w Polsce. Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Warszawa 1974.
7. Stella Sawicki J. Stan szpitali powszechnych w Galicji roku 1874. *Przegląd Lekarski*, Kraków 1875; 18: 175–176. W: Minczewska M. Teksty wybrane z historii pielęgniarstwa w Polsce. Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Warszawa 1974.
8. Zarzycki J., Lachowicz Z. Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych. T.I., Lwów 1899: 459.
9. Billroth Th. O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu. Przekład z drugiego wydania niemieckiego. Warszawa 1882; 1–19. W: Minczewska M. Teksty wybrane z historii pielęgniarstwa w Polsce. Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Warszawa 1974.
10. Kalendarz Informacyjno-Encyklopedyczny na rok przestępny 1908; 340. W: Minczewska M. Teksty wybrane z historii pielęgniarstwa w Polsce. Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych, Warszawa 1974.
11. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój Pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. I. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1987: 36–44.
12. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój Pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. II. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989: 10–28.

13. Ustawa o Pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1936 r. o pielęgniarstwie (Dz.U. RP nr 28, poz. 229).
14. Łukasz-Paluch K. Przemiany w procesie podstawowego kształcenia pielęgniarek. W: Nasze Sprawy. Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Listopad 2004.
15. Alma Ata 1978. Podstawowa Opieka Zdrowotna. WHO UNICEF. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1986.
16. Poradnik do korekty programu nauki w podstawowym kształceniu pielęgniarek. Orientacja w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia społecznego. Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa 1985.
17. Przegląd i reorientacja programu podstawowego kształcenia pielęgniarek. Broszura Nr 4: Reviewing and reorienting the basic nursing curriculum. Health for all Nursing Series. World Health Organization, Regional Office for Europe. Kopenhaga 1991.
18. „Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia”. Europejska strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych. Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionalne w Europie. Kopenhaga, 14 maja 1999.
19. Ustawa z dnia 3 lutego 2001 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 16, poz. 169).
20. Dudkiewicz W., Nowak-Starz G., Ździebło K. Polskie pielęgniarki i położne wobec obecnych i przyszłych wyzwań procesu bolońskiego. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek w świetle wymogów Unii Europejskiej. Pińczów-Kielce 2005.
21. Tło programu „Tuning Pielęgniarstwa”. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, styczeń 2007, kopia robocza tłumaczenia: P. Rucki, D. Kilańska.