

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA
Nr. 27,

Rok III.

Dr. T. MOGILNICKI

**SPOŁECZNE ZADANIA LEKARZA
MAŁEGO PROWINCJONALNEGO
SZPITALA**



1933



Dr. T. MOGILNICKI

SPOŁECZNE ZADANIA LEKARZA
MAŁEGO PROWINCJONALNEGO
SZPITALA



614.2:362

1933

i drobnomieszkańskich, do których niełatwo docierają zdrowe zasady dobrze pojętej higieny.

Zadanie szpitala jako ośrodka zdrowia jest bardzo szczerne, ale też i niezmiernie trudne go zrealizowania.

Na czele prowincjonalnego szpitala powinien stać lekarz nie tylko jako dobry fachowiec, znający wszystkie tajniki medycyny, który potrafi wykonać szereg operacji, być dobrym położnikiem, znać się na pedjatrii, internie, okulistyce, lecz musi być jednocześnie człowiekiem o szerokim poglądzie społecznym, rozumieć, że w małym prowincjonalnym szpitalu nie dosyć być dobrym wykonawcą zasad lecznictwa, ale trzeba spełniać jednocześnie zadanie kapłana zdrowia swego miasteczka czy dzielnicy, potrafić czuć społecznie i społecznie myśleć. Niewątpliwie, wymagania, które stawiamy dla lekarza małego szpitala są niezmiernie duże i odpowiedzialność takiej jednostki ogromna, ale też tam lekarz może słuszniej i umiejętniej spełniać swoje obowiązki jako orędownik zdrowia.

Obok lekarza niezbędnym czynnikiem w pracy społecznej w szpitalu powinna być dobrze wyszkolona higienistka czyli pielęgniarka społeczna, bezpośrednio od lekarza zależna, która, będąc siłą lekarską pomocniczą, wypełnia socjalną rolę, jaką na szpital nakładają obecne wymagania szpitalnictwa. Bez takiej fachowej pomocy lekarz sam nie mógł by spełniać swego społecznego zadania. Pielęgniarka odwiedza rodziny chorych, leżących w szpitalu, roztaczając nad nimi opiekę, informuje się na miejscu o bezpośrednich przyczynach choroby pacjenta, dzieli się swymi spostrzeżeniami ze swym zwierzchnikiem lekarzem, notuje swoje uwagi w karcie szpitalnej, uzupełniając w ten sposób wywiady. Pielęgniarka społeczna opiekuje się również chorym po powrocie do domu. W ten sposób pozostaje on i jego rodzina jeszcze poza szpitalem w dalszym ciągu pod opieką szpitala.

Poglądy dzisiejsze na zadania szpitala wymagają, żeby przy szpitalu lub w bezpośrednim z nim kontakcie istniały poradnie dla ludności zdrowej, przede wszystkim dla kobiet ciężarnych i matek karmiących swe dzieci. Doświadczenia ostatnich lat kilkudziesięciu wskazują wyraźnie jaki ogromny wpływ na zmniejszenie się śmiertelności, szczególnie małych dzieci, mają takie poradnie. Niema dziedziny, w której przesady, tak bardzo rozpo-

wszechnione na wsiach i małych miasteczkach były by bardziej szkodliwe jak właśnie w poglądach ludności na wychowywanie i żywienie dzieci. Pomimo wysiłków tysięcy lekarzy higienistów ta dziedzina wszędzie jest jeszcze bardzo zaniedbana. Niewątpliwie, im społeczeństwo stoi wyżej, tem pielęgnowanie i karmienie niemowląt jest bardziej umiejętnie stosowane i że miernikiem kultury społeczeństwa jest zachorowalność, a szczególnie śmiertelność niemowląt i małych dzieci. Wszędzie jednak można ją zmniejszyć przez rozpowszechnianie racjonalnych zasad wychowawczych i djetetycznych. I tutaj praca lekarza jest niezmiernie wdzięczna.

To samo dotyczy poradni dla ciężarnych, które, dając wskazówki jak się ma kobieta zachować, wpływają i na stan jej zdrowia i pośrednio na dziecko mające przyjść na świat. W poradniach tych ogromną rolę odgrywa pielęgniarka społeczna, jako ta, która dopilnowuje, żeby wskazania lekarskie były należycie wykonywane.

Nie można wyobrazić sobie szpitala na prowincji bez dobrze prowadzonego ambulatorjum dla chorych przychodzących, w którym lekarz szpitalny wchodzi w bliższy kontakt z ludnością, lecz szereg mniejszych cierpień nie nadających się do umieszczenia w szpitalu i zwalczą stopniowo przesady tkwiące w każdym społeczeństwie. Taki lekarz, udzielający porady choremu, poucza go jak ma postępować, żeby jaknajszybciej wrócił do zdrowia i żeby jego zachorowanie nie rozszerzało się na innych.

Dzisiaj żądamy, żeby przychodnie w szpitalach wchodziły w bezpośredni związek z rodziną pacjenta za pomocą pielęgniarki społecznej. Lekarz badając chorego, interesuje się jego położeniem materjalnem, zawodem, stanem jego mieszkania i odżywiania. Po stwierdzeniu np. otwartej gruźlicy u pewnego osobnika nie wystarcza zapisanie choremu proszków czy lekarstw i danie mu odpowiednich wskazówek, jak się ma zachowywać, należy jeszcze głębiej zainteresować się nim samym i jego otoczeniem. Do mieszkania takiego chorego wysyła się pielęgniarkę, której zadaniem jest dopilnowanie, żeby pacjent miał te wygody, o jakich wspominał lekarz, żeby był możliwie odosobniony, o ile warunki na to pozwalają, od swego otoczenia, szczególnie od małych dzieci. Higienistka wskazuje choremu na konieczność udania się do odpo-

wiedniego sanatorjum, nie tylko dlatego, żeby on się sam wyleczył i mógł dalej pracować w swoim zawodzie, ale i dlatego, żeby rodzina mogła się zabezpieczyć od ewentualnego zarażenia się. Jeżeli umieszczenie w sanatorjum jest niemożliwe, należy w każdym poszczególnym wypadku zorjentować się, co można zrobić, żeby choremu było jaknajlepiej i żeby nie był on źródłem zarażenia się innych. Takiego chorego trzeba ostrożnie uświadomić o stanie jego cierpienia.

Jakże często samo poznanie choroby wystarcza, żeby ją lepiej zwalczać i żeby na nią innych, szczególnie swoich najbliższych, nie narażać. Chory taki powinien być pouczony o korzystnej potrzebie otwierania okien szczególnie w nocy, o zdrowotnym znaczeniu czystości bielizny i ciała, o konieczności unikania kurzu, zaduchu, szkodliwości palenia, używania alkoholu i t. p.

Pielęgniarka, odwiedzając niejednokrotnie chorego i mając go pod swoją stałą opieką, dopilnowuje, żeby wskazania lekarza były wykonywane i dzięki temu sama jest jakgdyby ekspozyturą szpitala nazewnątrz, łącznikiem pomiędzy lekarzem i tą komórką społeczną, jaką jest rodzina. Spełnia ona w ten sposób zadanie propagatorki zdrowia. Jeżeli chory gruźliczy jest umieszczony w szpitalu, obowiązkiem higienistki jest zwrócenie uwagi na stan zdrowia rodziny chorego, na konieczność zbadania podejrzanych członków rodziny, żeby w razie stwierdzenia początków gruźlicy, łatwiej ją można było wyleczyć.

To samo dotyczy i ostrych chorób zakaźnych umieszczonych w szpitalu. W razie zachorowania na płonicę, błonicę czy dur brzuszny zadaniem pielęgniarki jest stwierdzenie stanu zdrowia otoczenia chorego, dopilnowanie, żeby dzieci i rodzeństwo jego nie chodziły do szkoły w okresie utajenia cierpienia, wyszukanie ewentualnego źródła zarazy, wysłanie wody ze studni do pracowni bakterjologicznej i t. p.

Lekarz czy pielęgniarka zawiadamiają kierownika szkoły o wypadku choroby zakaźnej, żeby otoczenie chorego po przebytym okresie kwarantanny było dokładnie zbadane, zanim zostanie wydane pozwolenie uczęszczania do szkoły.

To samo, co mówiłem w ogólnych zarysach przy gruźlicy i chorobach zakaźnych ostrych, dotyczy nie w mniejszym stopniu chorób wenerycznych, a przedewszystkiem kiły. Stwierdzenie np.

w przychodni szpitalnej kiły wrodzonej u dziecka wymaga nie tylko przeprowadzenia kuracji samego chorego, ale również systematycznego leczenia rodziców dziecka. A jeżeli kobieta już zarażona kiłą zajdzie w ciążę, trzeba ją uświadomić o konieczności energicznej kuracji właśnie w okresie ciąży, żeby mogła urodzić zdrowe dziecko. Po urodzeniu tego nowego dziecka trzeba się również niem zaopiekować i w wypadku stwierdzenia objawów kiły leczyć je racjonalnie.

Nie mniejsze znaczenie ma opieka nad rodziną chorego na gonorheę. Nie dosyć, że lekarz stwierdzi np. stan zapalny jajników na tle gon. i leczy wyłącznie samą chorą. Trzeba ją uświadomić o zaraźliwości cierpienia, dopilnować, żeby po powrocie do domu ze szpitala nie brała pod żadnym pozorem dzieci do swego łóżka, wskazać jej, że tryper jest zaraźliwy nie tylko podczas stosunków płciowych, ale również i za pośrednictwem prześciera-deł, ręczników czy gąbek.

Jakże często małomiasteczkowa rodzina ma jedyną miednicę, która służy dla całej rodziny do mycia rąk, twarzy i jednocześnie dla kobiet do obmywania narządów rodnych. Na tę niewłaściwość zwraca na miejscu uwagę lekarz czy pielęgniarka społeczna, bo przecież po matce chorej może w tej samej nie odkażonej miednicy umyć swoje narządy płciowe córka i zarazić się. W wypadku gonorhei u kobiety ciężarnej, trzeba uświadomić ją o niebezpieczeństwie tryprowego zapalenia oczów noworodka, któremu nie wolno wówczas zaniedbać wpuszczenia do oczów zaraz po urodzeniu roztworu lapisu lub protargolu. Rozpoznanie gonorhei u ojca lub matki zmusza nas do zbadania córek chorych na obecność gęstych gryzących upławów. Może się zdarzyć, że 2 dziewczynki spiąją w jednym łóżku, zdrowa z chorą na vulvo-vaginitis gonorhoica. Takie rzeczy trzeba, że się tak wyrażę, wyłowić, chorego leczyć, a zdrowych zabezpieczyć od możliwości zachorowania.

Minęły już czasy, kiedy lekarz szpitalny ograniczał swoją pracę do sal chorych, dzisiaj wymagamy, żeby szpital rozszerzył swoją zdrowotną działalność i poza murami szpitala, mając nadzór ogólny nad zdrowiem swoich pacjentów i ich rodzin w szpitalu i po za szpitalem. Musi on w ten sposób nie dopuszczać do szerzenia się choroby i propagować zasady zachowania zdrowia.

Lekarz społecznik w małym mieście, w którym często leczy całą ludność, udzielając jej sam, za pośrednictwem swego asystenta, czy pielęgniarki społecznej porad zdrowotnych, działa w myśl zasad medycyny zapobiegawczej. W mieszkaniu pacjenta udaje się stwierdzić, jak żyje dana rodzina, jak się odżywia, czy zachowuje zasady higieny, czy okna są dostatecznie często otwierane, czy małe dzieci nie są przegrzewane, trzymane w zaduchu, czy są wynoszone na powietrze, jak często bywają kąpane, czy karmienie jest racjonalnie przeprowadzane i t. p. To samo dotyczy i dopilnowywania stosowania szczepień ochronnych.

Przez bliższe wniknięcie w życie swych pacjentów udaje się niejednokrotnie wykryć np. chorobę skóry, jak herpes tonsurans lub świerzb, o których rodzina zupełnie nie wiedziała, że są zaraźliwe i że trzeba je systematycznie leczyć. Nie mniejsze znaczenie ma ujawnienie jaglicy, tak rozpowszechnionej w małych miastach i skierowanie jej do szpitala. To społeczne zadanie lekarza jest nie mniej doniosłe dla zdrowia ludności, niż umiejętność i fachowe leczenie w szpitalu.

Powyżej naszkicowałem, jakie powinny być społeczne zadania lekarza małego miasta. Niestety, trzeba przyznać, że dotąd przeważnie w szpitalu prowincjonalnym tych zadań lekarze nie wypełniają. W myśl zadań szpitalnictwa nowoczesnego reforma jest niezbędna i konieczna. Stwierdzamy obecnie, że lekarz szpitalny interesuje się pacjentem znajdującym się w szpitalu pod jego opieką, starając się dać mu jaknajlepsze warunki i jak najprędzej go wyleczyć. Ale ten sam lekarz, o ile nie jest społecznie wyrobiony, przeważnie już się przestaje chorym opiekować z chwilą, gdy ten opuścił mury szpitalne, co nie może dobrze się odbić na ciągłości leczenia. Lekarz nie dowiaduje się, w jakich warunkach odbywa się rekonwalescencja, nie zdaje sobie sprawy, czy pacjent może się zabrać do normalnej pracy, czy na skutek niepomysłnych warunków w domu choroba nie powtórzy się lub się nie obostrzy. Dla przykładu weźmy chorego na ostry gościec stawowy, który wraca do wilgotnego mieszkania lub lokalu i zaczyna ponownie pracować po chwilowej poprawie choroby serca. Lekarza szpitalnego również najczęściej nie obchodzi los pozostałej w domu rodziny chorego. Nikt w szpitalu nie stara się dowiedzieć, co się dzieje w mieszkaniu pacjenta po opuszcze-

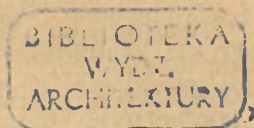
niu przez ojca warsztatu pracy, jak żyje jego żona i dzieci, czy mają co jeść, czy otrzymują zapomogę z kasy chorych, magistratu lub gminy, czy ma się im kto o tę zapomogę wystarać, czy w razie zachorowania matki, dzieci są pod należytą opieką, chodzą do szkoły, są myte, kąpane i t. p.

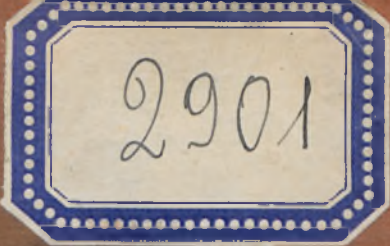
Brak pielęgniarki społecznej odbija się również fatalnie i na psychice pacjenta, który, będąc chorym w szpitalu, nie przestaje myśleć o swoim domu i swoich bliskich, a niema nikogo, ktoby mu o nich doniósł. Takim łącznikiem powinna być pielęgniarka społeczna spełniająca zewnętrzne zadania szpitala.

Jeszcze bardziej rażąca jest sprzeczność z tem, co być powinno pod względem socjalnym, a tem, co jest niestety w bardzo wielu miejscach, szczególnie na prowincji, to rola przychodni szpitalnej. Bardzo często panuje tam wszechwładnie szablon. Lekarz zapisuje lekarstwo i proszki często bardzo schematycznie, stosuje opatrunki, ale nic nie wie o dalszym losie chorego. Nie interesuje się i często nie może się interesować tem co się dzieje z chorym, wymagającym niekiedy systematycznej kuracji. Niezmiernie często niezbędna jest ciągłość ambulatoryjnego leczenia np. w kile, lub jaglicy. Chory taki, czy to przez zaniedbanie, czy przez brak zrozumienia konieczności kuracji sam się nie leczy i zaraża innych, a ambulatorjum szpitalne zajmuje się nim tylko o tyle, o ile chory zjawia się powtórnie do przyjęcia. Przez utworzenie posad pielęgniarek społecznych tacy chorzy byli by już w stałej ewidencji, było by dopilnowanie wykonywania wskazań lekarskich. W ambulatorjum szpitalnem pielęgniarka mogła by również sprawdzić, czy zwracający się o poradę bezpłatną nie nadużywają dobroczynności szpitala, czy nie leczą się ludzie za- możni, zabierając miejsca ubogim.

Wskazania społeczne szpitala często będą trudne do przeprowadzenia ze względu na brak środków danej instytucji leczniczej, ale przecież państwo lub miasto powinny łożyć na utrzymanie pielęgniarek społecznych, które, same nie lecząc, przeciwdziałają fuszercze lekarskiej, eliminują znachorów i felczerów; które, pracując w myśl zadań profilaktyki, nawet z punktu widzenia ekonomicznego zawsze się opłacają, choroba bowiem wcześniej rozpoznana, szybciej jest leczona i chory, który stale jest ciężarem dla społeczeństwa i państwa, mniej kosztuje.

Może ktoś zarzucić, że jest to muzyka dalekiej przyszłości, że dzisiaj trudno jest mówić o tak pojętej roli lekarza szpitala prowincjonalnego. Ale czyż zrealizowanie powszechnego nauczania nie było trudniejsze? A jednak zostało ono przeprowadzone, chociaż państwo ma z tego powodu ogromne wydatki. A dopilnowanie powszechnego szczepienia ospy, dające takie zbawienne wyniki, czy łatwe było do wykonania, a jednak teraz cała ludność państw kulturalnych jest pod ścisłą kontrolą i dzięki temu ospa znikła prawie zupełnie na kontynencie Europy. Dlaczegożby szpital miał tkwić w swoim szablonie i nie wyjść ze swoich ciasnych ram? Dla dobra całej ludności miast prowincjonalnych było by niezmiernie pożądane, żeby powyższe zasady wysunięte przez kongres szpitalnictwa jaknajszybciej weszły w życie.





2901