

Witold CHODŹKO

Służba społeczna w szpitalu. *)

Social Service in Hospitals.

Pojęciem „szpitala“ oznaczamy zwykle instytucję leczniczą, której części składowe stanowią: lekarze, pielęgniarki, administracja.

Lekarz, pielęgniarka, administracja cały zakres ich czynności, cały świat ich zainteresowań zaczyna się i kończy w obrębie murów i terytoriów szpitala....

Zupełnie inaczej czuje i myśli chory: przychodzi on do Szpitala z zewnątrz, przychodzi, mając już za sobą pewien mniej lub więcej długi okres życia, całą swoją przeszłość ze wszystkimi jej radościami i bólami, z tym wszystkim, co złożyło się na powstanie jego choroby; wychodząc ze szpitala wraca do domu, aby nawiązać przerwany chwilowo bieg swego bytu ze wszystkimi jego troskami, trudami, wysiłkami, ciężarami.

Codziennosc chorego szpitalnego, pomimo, iż choroba i jej dolegliwości, uciążliwość leczenia, nadzieje z nim związane, obawy o jego wynik pochłaniają nieomal całkowicie uwagę chorego, nie zamyka się jednakże w murach szpitala: ciężka troska o byt pozostałej bez jego opieki rodziny i o jej przyszłość nie daje mu spokoju, powoduje depresję, do udręki fizycznej dodaje znacznie trudniejszą do zniesienia udrękę moralną, która tak źle wpływa na proces leczenia i tak bardzo zmniejsza efekt pracy lekarza szpitalnego.

* * *

Twórca nowoczesnej metody służby społecznej w szpitalu, wielki lekarz-społecznik, Ryszard Cabot, zwraca uwagę, iż „w stanie zdro-

*) Wg. odczytu, wygłoszonego w Lubliskim Towarzystwie Lekarskim, w dniu 18 października 1947 r.

wia każdy osobnik znajduje się w posiadaniu nie tylko swej otoczki cielesnej, ale otacza go również atmosfera społeczna i atmosfera duchowa“.

„Znajdujący się w szpitalu pacjent jest całkowicie odcięty od społecznych i duchowych podnieć swego otoczenia i pozostaje samotny i odosobniony wśród otoczenia, nastawionego, jak mu się wydaje, wyłącznie na sprawy fizyczne“.

„My, co spędzamy wiele czasu w szpitalu — mówi dalej C a b o t — wpadamy w niebezpieczeństwo niemożności oglądania go oczyma człowieka chorego, który po raz pierwszy wchodzi w jego progę: lekarzom i pielęgniarce szpital bardzo szybko zaczyna się wydawać zupełnie naturalnym miejscem pobytu, przypominającym im bez mała własne mieszkanie. Ale dla chorego, wszystko co tam widzi, jest niezwykle odpychające, straszne. Już sam widok tak wielu chorych, zgromadzonych na łóżkach oddziału szpitalnego, sprawia półświadome, a dlatego szczególnie niepokojące wrażenie, iż cały świat jest chory, że jest on cały doliną płaczu, pełną grozy“.

„Szybkie załatwianie obowiązków przez lekarzy i pielęgniarki i ich całkowite i wyłączne zaabsorbowanie pracą lekarską i fizyczną stroną ich pracy, nawet gdy są oni uprzejmi i przyjacielscy, działa na duszę, i uczucia pacjenta mroząco i wyjaławiająco“.

„Świat ten wydaje mu się zimny, bezpłodny, zmechanizowany, beznadziejny.... Chory nie zdaje sobie przy tym dobrze sprawy z tego, co mu brakuje. Odczuwa on jedynie straszną tęsknotę za domem i wstret do egzystencji w warunkach szpitalnych. Pęd do zdrowienia w takich warunkach może zniknąć“.

Ze smutkiem podkreśla C a b o t: „czułem, że wysiłki moje, jako lekarza szpitalnego, były bezużyteczne i że pacjenci bardzo często niepotrzebnie zapisywali się do szpitala“.

Zasługuje na zaznaczenie, że nie uszły uwadze współczesnych nam lekarzy te trudności, jakie potęguje jeszcze sama istota nowoczesnego szpitala — określił to trafnie znany lekarz francuski, dr. A r m a n d — D e l i l l e, mówiąc:

„Sama organizacja i udoskonalenie nowych szpitali, specjalizacja oddziałów i czynności sprawiają, iż lekarz widzi tylko chorobę osobnika, umieszczonego na łóżku jego oddziału; po za obserwacją stanów patologicznych, lekarz nie zna warunków bytu swego chorego przed wybuchem choroby, nie wie jakie będą te warunki w chwili wyjścia chorego ze szpitala; jest mu całkowicie nieznan stan materialny chorego, jego stan moralny, a jeśli nawet czegokolwiek częściowo się dowiedział, nie może nic zdziałać, aby stan rzeczy zmienić, chyba udzielając szeregu rad, pozbawionych skutków praktycznych“.

Złe samopoczucie lekarzy szpitalnych, z których wielu już od dawna odeszło od myślenia wyłącznie laboratoryjno-mikroskopowego, a zwróciło

się nie tylko do myślenia klinicznego i biologicznego, ale również społecznego małuje równie wymownie lekarz niemiecki, dr. Goldmann, który mówi: „Wielu (lekarzy) uznawało nielogiczność takiego stanu rzeczy, iż wywiady chorego zawierały jedynie te informacje, które sam chory zechce udzielić, natomiast żadnych wiadomości o jego warunkach domowych, gospodarczych, zawodowych, iż rozpoznania klinicznego nie można było uzupełnić przez stwierdzenie, w jakim stopniu znajdujący się pod obserwacją lekarza proces choroby i indywidualność chorego są modyfikowane przez warunki współżycia społecznego, iż terapia lekarska musiała zatrzymywać się u progu leczenia społecznego. Wszyscy lekarze czuli, jak nieludzkim jest być zmuszony skierowywać chorego znowu w dawne jego, niepomysłne warunki bytu, a niektórzy obliczali, w jakim stopniu jest nieekonomiczne ponoszenie trudów i wydatków, o ile nie można zapewnić choremu widoków poprawy pod względem społecznym.

„Ale lekarz szpitalny nie miał żadnych środków pomocniczych, któreby mu pozwoliły wyjść poza zakres jego oddziału szpitalnego. Było mu bardzo trudne, prawie niemożliwe, otrzymanie rzeczowej anamnezy społecznej chorego, postawienie ścisłego rozpoznania społecznego, zdecydowanie o terapii społecznej, a wreszcie oddanie na usługi zapobiegawczych zarządzeń społecznych jako metody działania masowego, zarówno wyników obserwacji szpitalnej jak i indywidualnego leczenia“.

„*Takie stosunki odbijały się niekorzystnie i na samym chorym.* Uważał on, że traktuje się go jako „material” podczas gdy tu przecież człowiek walczył ze swym losem. Chory wyczuwał coś bezosobowego w jego leczeniu, czuł się, będąc odosobniony i oderwany od swego zwykłego otoczenia, podwójnie bezradny, oddzielony jakgdyby murem od życia zewnętrznego“.

Wśród takiej atmosfery psychicznej świata lekarskiego w trzech wielkich krajach zachodu narodziła się idea służby społecznej szpitala.

Ruch ten zainicjował wspomniany już wyżej lekarz amerykański dr Ryszard C. Cabot, powołując w r. 1905 do życia w Bostonie w szpitalu „Massachusetts General Hospital” („Szpital Powszechny Stanu Massachusetts”), gdzie pełnił czynności ordynatora, t. zw. „Szpitalną Służbę Społeczną” (Hospital Social Service”) którą określił krótko:

„Pomoc społeczna w szpitalu jest zastosowaniem zdrowego rozsądku do leczenia chorego“; ruch ten natrafił w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej na grunt tak podatny, iż r. 1929 liczone już 1500 pielęgniarek służby społecznej; za przykładem Ameryki poszła Anglia i Francja, gdzie w r. 1913 wprowadził słynny prof. Marfan „asystentki społeczne” („assistantes sociales”) do paryskiego szpitala dziecięcego („Hopital des Enfants Malades”) — w samym Paryżu obecnie znajduje się 61 grup pielęgniarek społecznych w szpitalach; instytucję tę posia-

dały również Niemcy od 1914 r. z inicjatywy dra Alicji Salomon; przed pierwszą wojną światową służbę społeczną wprowadzono już do 145 szpitali publicznych niemieckich—inne kraje europejskie jak Austria, Belgia, Finlandia, Holandia, Szwecja etc. poszły za przykładem powyższych krajów.

Tym ciekawsze jest zjawisko szybkiego rozpowszechnienia się idei służby społecznej w szpitalach, iż dotąd nie zdołano ustalić jednolitej definicji tej instytucji. Każdy naród posiada własną definicję — przytaczamy tu dla ilustracji definicję francuską, która, jako naogólniej sformułowana, wydaje się najsłuszniejsza:

Według *Armand-Delille'a*: „tym co cechuje szpitalną służbę społeczną jest fakt, iż jej punktem wyjścia jest chory, którego usiłujemy pokrzepić materialnie i moralnie, zreorganizować jego warunki materialne i rodzinne w ten sposób, ażeby te zmiany pozwoliły mu całkowicie wyzdrowieć i nie wpaść ponownie w chorobę w poprzedni sposób“.

* * *

Zakres zadań szpitalnej służby społecznej. Obejmuje sprawy następujące: Dokładne zbadanie, możliwie szybko po przyjęciu chorego do szpitala, warunków jego bytu, który mogły podziałać szkodliwie na usposobienie do choroby, powstanie choroby oraz jej przebieg, ewentualnie przez zasięgnięcie informacji we właściwych instytucjach sanitarnych i opiekuńczych, z którymi chory miał uprzednio do czynienia. Wyniki tej ankiety winny być tak opracowane, aby mogły być przedstawione lekarzowi prowadzącemu kurację w szpitalu i zużytkowane przez tegoż dla ustalenia rozpoznania choroby oraz nakreślenia planu leczenia.

Przez rozmowy z chorym należy zasięgnąć informacje o jego kłopotach i obawach, usiłować je rozproszyć jeżeli są bezpodstawne, usunąć je za pomocą właściwych środków zaradczych o ile są uzasadnione, a w ten sposób ułatwić choremu przezwycięzenie przykrości jego przeżycia chorobowego; ażeby ten cel osiągnąć niezbędne jest ślałe porozumiewanie się z lekarzem, kierującym leczeniem. Należy uwzględnić chęć chorego do rozrywki i odwrócenia uwagi od swego cierpienia, należy starać się uchronić go od rozmyślań o swojej chorobie, podnosić jego nastrój psychiczny, wzmacniać jego pęd do zdrowienia; rozmowa, głośne czytanie książek, pogadanki, radio są najodpowiedniejszymi środkami do osiągnięcia tego celu; na wielką wagę tych sposobów w procesie leczenia zwrócił uwagę polskiego świata lekarskiego Dyrektor Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, zmarły w czasie okupacji niemieckiej w Oświęcimiu, zasłużony działacz, b. wice-minister Zdrowia Publicznego, dr Jerzy Bujalski.

Wyzyskać należy wszystkie możliwości, jakie daje ustawodawstwo społeczne u nas obowiązujące, oraz jakimi rozporządzają nasze instytucje publiczne i prywatne, ażeby doprowadzić do poprawy bytu chorego

i jego rodziny; w tym celu jest niezbędne bezpośrednie i osobiste porozumienie pomiędzy chorymi a publicznymi i prywatnymi instytucjami opieki społecznej. Należy dalej zająć się przygotowaniem ponownego społecznego zaszeregowania chorego po wypisaniu go ze szpitala; należy wreszcie nawiązać kontakt z rodziną chorego a przez to umożliwić zabezpieczenie jej od szkód zdrowotnej i społecznej natury, związanych z nieobecnością chorego względnie jego powrotem do domu.

Wszystkie powyższe czynności powierza się do wykonania *pielęgniarkom* specjalnego typu, *pielęgniarkom służby społecznej*.

Działalność praktyczną takiej pielęgniarki tak przedstawia Goldman:

„Działalność jej obejmuje wszystkie działy opieki społecznej. Pisze ona list niewprawnemu w pisaniu choremu, udziela mu dokładnych informacji o wszystkich w jego sprawach niezbędnych urzędach i biurach opieki społecznej, tak publicznej, jak i prywatnej. Skłania go do terminowego i zgodnego z przepisami zwrócenia się do władz, które na podstawie ustaw albo w drodze decyzji udzielają określonych świadczeń, w szczególności zaś stara się o to, ażeby chory nie stracił uprawnień, wynikających z ubezpieczenia społecznego i ażeby przejęło ono we właściwym czasie ponoszenie kosztów leczenia, stara się pociągnąć prywatne instytucje opieki społecznej do odpowiednich świadczeń dodatkowych i zainteresować je losami chorego. Osobom nadającym się do wypisania ze szpitala pielęgniarka ułatwia przyjęcie do pracy po długotrwałym pobycie w szpitalu, co jest w szczególności niezbędne dla kobiet w celu uchronienia ich od powiększenia kadr prostytutek. W jednym wypadku wystarczy osobista rozmowa z poprzednim pracodawcą, aby uzyskać ponowne przyjęcie do pracy, w innym — udaje się wynaleść odpowiednią posadę czy zarobek, w innym znowu — zużytkowuje się instytucję pośrednictwa pracy, ażeby uzyskać oficjalne stwierdzenie stopnia zmniejszenia się zdolności do zarabkowania, albo do pracy zawodowej i ułatwić ewentualną zmianę zawodu. Ażeby nie zmarnować pomyślnych wyników leczenia szpitalnego przez złe warunki bytu i brak zarobku, pielęgniarka stara się o udzielenie jednorazowego czy też dłużej trwającego wsparcia pieniężnego, niezbędnej odzieży, dodatkowej żywności, opału i t. p., stara się dostarczyć w razie potrzeby drobnych środków czy przyrządów pomocniczych jak bandaże przepuklinowe, okulary, wózek dla chorego etc., stara się o dostarczenie pielęgniarki (obłożnie chorym), któraby co jakiś czas odwiedziła mieszkanie, założyła jakiś prosty opatrunek, o dostarczenie pomocy do prowadzenia gospodarstwa domowego, ażeby umożliwić należyty odpoczynek w okresie rekonwalescencji, albo zapewni opiekę pielęgniarską w mieszkaniu chorego. Kiedy ustaje potrzeba dalszego pobytu w szpitalu, społeczna opieka szpitalna starać się musi o należyte umieszczenie chorego w innych zakładach leczniczych. Przeniesienie do

sanatorium przeciwgruźliczego, albo do przytułku dla kalek, zapośredniczenie w umieszczeniu w uzdrowisku, mającym specjalne środki lecznicze, jak kąpiele gazowe, czy kąpiele borowinowe, umieszczenie w przytułku dla rekonwalescentów, albo w domu wypoczynkowym, wysłanie na wypoczynek na wieś, wystąpienie o ulokowanie na stałe w zakładzie dla chronicznych, starca — w przytułku dla starców, bezdomnego w schronisku dla bezdomnych i t.d., wszystko to są zadania, które ze szczególną wyrazistością dowodzą, w jak wysokim stopniu praca szpitalnej służby społecznej w dziedzinie roztoczenia opieki indywidualnej odpowiada interesowi społecznemu. *Gospodarka planowa w dziedzinie szpitalnictwa jest ściśle związana z istnieniem sprawnej służby społecznej w szpitalach*“.

Słusznie jednak podkreśla się skądinąd, iż działalność szpitalnej służby społecznej w żadnym razie nie może odzwyczajać osobnika z niej korzystającego od poczucia odpowiedzialności i radzenia sobie samemu.

Służba społeczna ma zastosowanie nie tylko w szpitalach, ale również w poliklinikach, ambulatoriach, przychodniach etc.

Ilość łóżek szpitalnych, obsługiwanych przez jedną pielęgniarkę służby społecznej jest bardzo różna: według ankiety Annie Tüllmann wypada na jedną pielęgniarkę —

w Stanach Zjedn. Ameryki Półn.	minimum łóżek 53,	maximum ł.	2921
we Francji	„	„	226
w Anglii	„	„	476
w Holandii	minimum łóżek 150,	„	500
w Szwajcarii	„	„ 126,	„ 836

Wysokie ilości łóżek spotyka się jedynie w szpitalach psychiatrycznych, gdzie ruch chorych jest mniejszy, niż w szpitalach ogólnych.

* * *

Bieżąca praca pielęgniarki służby społecznej w szpitalu polega na odwiedzaniu oddziału szpitalnego, załatwianiu przyjęć chorych i omawianiu spraw, związanych z obsługą chorych, z lekarzem oddziału szpitalnego.

Najłatwiej udaje się uchwycić wszystkie przypadki, wymagające interwencji i opieki pielęgniarki, jeżeli ma ona zapewnioną możliwość stawiania się codziennie w kancelarii szpitala w celu przejrzania dokumentów przyjęcia nowowstępujących chorych i zorientowania się, który z nich mógłby ewentualnie potrzebować jej pomocy; poza tym od szpitalnej pielęgniarki oddziałowej otrzymuje zawiadomienie, czy i który chory sam zażądał jej odwiedzin; we Francji pielęgniarka służby społecznej asystuje podczas obchodu lekarza oddziałowego na sali chorych, w Niemczech zwyczaj ten nie istnieje.

O ile stan chorego na to pozwala, pielęgniarka służby społecznej przeprowadza z nim rozmowy w pokoju przyjęć, który szpital winien od-

dać jej do dyspozycji wraz z telefonem i pomieszczeniem na kartotekę; praca pielęgniarki wymaga skupienia i uwagi, warunków niezbędnych do nawiązania istotnego kontaktu z chorym, zwracającym się do niej o pomoc, i przynajmniej minimalnych ułatwień technicznych dla porozumiewania się z odpowiednimi instytucjami i organami opieki społecznej. Jest rzeczą oczywistą, że *szybkość w dostarczaniu pomocy* choremu i jego rodzinie jest tak nieodzownym warunkiem powodzenia i wydajności pracy pielęgniarki służby społecznej w szpitalu oraz należytego oddziaływania na psychikę chorego i przebieg jego kuracji, iż wszelkie biurokratyczne przeszkody winny być usuwane z drogi pracy tej pielęgniarki.

Pielęgniarka służby społecznej jest *niezbędną współpracownicą lekarza* oddziałowego, dla którego staje się ona *sekretarką społeczną*. Lekarz, kierujący oddziałem szpitalnym, udziela jej dyrektyw o charakterze lekarskim z jednej strony, sprawdza zaś i kontroluje, w jaki sposób realizuje ona swoje zadania społeczne — z drugiej.

Lekarz Szpitala St. Louis w Paryżu, dr L o u s t e , stwierdza: „ten nowy dla lekarza obowiązek może wydawać się niezwykle na pierwszy rzut oka, ale stopniowo staje się on dla lekarza co raz bardziej interesujący, płodny w dobre skutki, powiem nawet — fascynujący.

„Zainteresowanie lekarza wzrasta równoległe ze wzrostem działalności społecznej jego oddziału szpitalnego, lekarz zaczyna towarzyszyć swoim chorym nawet po za murami szpitala, zapoznając się z rodzinami swoich chorych w mieście. Asystenci i elewi jego oddziału przystosowują się do tej postaci wzajemnej pomocy, której doniosłość szybko sobie uświadamiają i kiedy rozpoczną samodzielną praktykę lekarską, są już dostatecznie obznajomieni z ustawami społecznymi, metodami opieki społecznej“.

„*Nie można narzucać lekarzowi oddziałowemu usług szpitalnej służby społecznej*; ale jak dotąd, wszyscy ci lekarze, którzy ją poznali, nigdy już nie zgadzali się na jej usunięcie ze szpitala i nie są już w stanie pojąć, aby ich oddział szpitalny mógł się obejść bez służby społecznej“.

„Taka organizacja odpowiada najlepiej naszej koncepcji lekarskiej i społecznej, naszej rasie“.

Takie jest francuskie ujęcie sprawy stosunku lekarza szpitalnego do pielęgniarki służby społecznej w szpitalu. Sądzę, że odpowiada ono najlepiej również naszemu charakterowi narodowemu i psychice naszych lekarzy.

W tej tak ważkiej i zasadniczej sprawie wypowiedział się też wspomniany wyżej lekarz amerykański, dr R. C a b o t :

„Jeżeli lekarze i urzędnicy szpitala nie rozumieją zadań służby społecznej i nie wzywają pielęgniarki tej służby do pomocy, nie będzie ona mogła pracować z pożytkiem. *Nie może ona nikomu narzucić swoich usług*. Ale w większości szpitali potrzeba nie wielu miesięcy wzorowej

pracy pielęgniarki tego typu, ażeby przekonać lekarzy (jak i ja sam się przekonałem) o tem, iż nie mogą *należycie i skutecznie wykonywać swej pracy bez pomocy w dziedzinie społecznej*".

* * *

Metody organizacyjne szpitalnej służby społecznej nie są dotąd jednolite; spotyka się następujące główne typy organizacji tej służby:

- 3^o Służbę społeczną wykonywa siostra, należąca do zgromadzenia siostr szpitalnych — jest to postać służby społecznej, spotykana najczęściej w szpitalach wyznaniowych;
- 2^o służbę społeczną wykonywa siostra, albo pielęgniarka, wchodząca w skład personelu szpitala, ale w szpitalu nie mieszkająca; podlega ona bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala — taką organizację spotykamy najczęściej w Anglii, częściowo w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej;
- 3^o służbę społeczną wykonywa pielęgniarka, wydelegowana do pracy w szpitalu przez właściwą władzę z poza szpitala; pielęgniarka może być wydelegowana n. p. przez instytucje komunalne albo przez Urzędy Zdrowia, Urzędy Opieki Społecznej, Urzędy opieki nad młodzieżą etc. — taki typ spotyka się w Niemczech i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej;
- 4^o służbę społeczną wykonywa pielęgniarka wydelegowana do szpitala z zewnątrz przez organizację prywatną — taki typ organizacji spotyka się w Paryżu, Hamburgu, Wrocławiu, St. Louis i tp.

G o l d m a n n domaga się, aby pielęgniarka służby społecznej w szpitalu była „w pierwszej linii i przede wszystkim *pomocą dla lekarza szpitalnego*, a dopiero następnie wykonawczynią poleceń innej instytucji lekarskiej albo nielekarskiej. Dlatego ideałem dla każdego większego szpitala musi być, aby taka pielęgniarka należała do personelu szpitala”.

* * *

Rozległy zakres zadań i pracy pielęgniarki służby społecznej w szpitalu wymaga, aby obok niezbędnych zalet charakteru i inteligencji posiadała ona *odpowiednie przygotowanie zawodowe, oparte na uprzednim wykształceniu*.

Zarówno amerykańskie, jak francuskie i niemieckie są zgodni co do tego, że najlepszą kandydatką na pielęgniarkę służby społecznej w szpitalu jest *wykwalifikowana pielęgniarka chorych*, której wykształcenie musi być jednakże odpowiednio uzupełnione; pielęgniarka taka winna być zaopatrzona w aprobatę urzędową po złożeniu niezbędnych egzaminów.

We Francji „asystentki szpitalne” mające dyplom szkoły pielęgniarek przechodzą kurs w szkole specjalnej — „szkole służby społecznej”

(„Ecole de Service Social“); program takiego kursu przedstawia się jak następuje (w/g. L o u s t e ' a) :

Higiena społeczna — wykładów	40	godzin
Higiena społeczna — wycieczek do instytucji higieny społecznej	28	„
Nauka obywatelska —	16	„
Psychologia dziecka i rodziny	16	„
Wychowanie fizyczne — wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne	—	„
Metodyka służby społecznej,	—	„
Pedologia,	—	„
Ustawodawstwo społeczne,	—	„
Istota służby społecznej	5	„
Kształcenie instynktów społecznych	6	„
Rewindykacje pracy najemnej	6	„
Kurs Czerwonego Krzyża	—	„
Kurs gospodarstwa domowego	40	„

Kurs taki zająłby 2 — 3 miesiący.

Rząd francuski w celu uregulowania sprawy pielęgniarek społecznych ogłosił w dniu 18 lutego 1938 r. Dekret Prezydenta Republiki, wprowadzający państwowe dyplomy pielęgniarzy i pielęgniarek służby społecznej („assistants ou assistantes du service social“) obok takichże dyplomów dla pielęgniarzy i pielęgniarek szpitalnych („Infirmiers ou infirmieres hospitalières“, w myśl art. 3 dekretu, dla otrzymania dyplomu pielęgniarki szpitalnej należy się wykazać wyszkoleniem conajmniej 2-letnim, dla otrzymania dyplomu pielęgniarki społecznej — wyszkoleniem 3-letnim; w myśl art 8 dekretu dla obu kategorii pielęgniarek pierwszy rok studiów jest wspólny, dopiero od drugiego roku studiów szkolenie specjalizuje się na 2 działy odrębne; na studia przyjmuje się kandydatki z ukończoną szkołą średnią albo też osoby które zdały egzamin wstępny (art. 4); oprócz zwykłych dyplomów art. 14 dekretu przewiduje dyplomy państwowe wyższych studiów dla pielęgniarek obu kategorii, które odbyły dodatkowo jeden rok studiów w „Wyższych Szkołach Służby Szpitalnej i Społecznej“ („Ecoles Superieures de service hospitalier et social“); do szkół tych będą przyjmowane pielęgniarki, mające conajmniej lat 30 skończonych, conajmniej 3 lata służby szpitalnej albo społecznej i nie wcześniej, niż w 5 lat po otrzymaniu dyplomu zwykłego; w myśl art. 18 egzamin końcowy odbywa się przed Komisją państwową („Jury d'État“) wyznaczoną przez Ministra zdrowia publicznego; dyplom studiów wyższych jest wymagany do mianowania na stanowiska dyrektorek, instruktorek albo na inne wyższe stanowiska tego rodzaju (art. 20).

W Anglii przygotowaniem pielęgniarek służby społecznej w szpitalach („ladies almoners“) zajmuje się „Institute of Hospital Almoners“ —

od kandydatek nie wymaga się dyplomu szkoły pielęgniarstwa—wyszkolenie trwa 2 lata i jest podzielone w sposób następujący (Cummins):

4 miesiące pracy całodzienniej w biurze dużej organizacji opieki społecznej — w tym okresie kandydatka zapoznaje się z praktyczną pracą społeczną, nabiera doświadczenia w załatwianiu osób, poszukujących pomocy, w odwiedzinach domowych, korespondencji, prowadzeniu ksiązek; ma ona jednocześnie sposobność zaznajomienia się z pracą innych organizacji społecznych i z instytucjami publicznej opieki nad ubogimi;

9 miesięcy wykładów teoretycznych z fizjologii, ekonomii politycznej, ustawodawstwa społecznego, prawa administracyjnego i dziedzin pokrewnych;

11 miesięcy zajęć praktycznych w szpitalu pod kierunkiem wykwalifikowanej pielęgniarki, podczas których kandydatka zapoznaje się teoretycznie i praktycznie z zadaniami pielęgniarek służby społecznej w szpitalu, oraz techniką administracji szpitalnej.

Po ukończeniu szkolenia kandydatki zdają egzaminy i otrzymują dyplom, a wtedy stają się członkami „Instytutu Pielęgniarek Społecznych Szpitali” („Institute of Hospital Almoners”).

*

*

*

Organizacja służby społecznej w szpitalach nie tylko oddaje szereg usług bezpośrednich niezamożnym warstwom społeczeństwa, w osobie ich najniezwyklejszych i najbardziej przez los upośledzonych członków, ale informuje dokładnie osoby zainteresowane o niewyzyskanych źródłach i możliwościach pomocy w ich niedoli, co tym bardziej jest konieczne, że apatia i niezaradność ludzi, przyciśniętych nędzą, są często istotnie niezrozumiałe i beznadziejne.

Według sprawozdań Uniwersyteckiej Kliniki Ginekologicznej w Berlinie w okresie od 1.IV.1925 do 31.III.1926 r. spośród 2.416 położnic — 975 (= 40%) do tego stopnia nie znalazło przepisów o pomocy dla położnic, że ich pretensje z tego tytułu mogły, bez pomocy postronnej, całkowicie przepaść. zaś 35% ich liczby nie wiedziało nawet, gdzie się znajduje sekcja opieki nad niemowlętami ich własnej dzielnicy.

Poza tymi głównymi dobroczynnymi skutkami pracy służby społecznej w szpitalu, występują, mówiąc językiem lekarskim, jeszcze działania uboczne dużej wagi.

Według Goldmann'a im lepsza jest organizacja tej służby, tym większe wynikają oszczędności głównie *dzięki skróceniu przeciętnego okresu pobytu chorego w szpitalu*: w Kilonii n. p. działalność *jednej* pielęgniarki służby społecznej w szpitalu dała miastu około 78 000 marek oszczędności w rubryce kosztów leczenia; przeciętny okres pobytu chorego w szpitalu w Norymberdze po wprowadzeniu służby społecznej spadł z 30 do 23,4 dnia; podobne obliczenia podają relacje paryskie i amerykańskie,

Według obliczeń dra Prochazki, b. czeskiego ministra zdrowia, „gdyby można było zmniejszyć przeciętny okres leczenia przynajmniej o tydzień, oznaczałoby to z jednej strony zwiększenie liczby chorych, leczonych w szpitalu w ciągu roku prawie o $\frac{1}{4}$, a wtedy zapotrzebowanie na nowe łóżka spadłoby również o $\frac{1}{4}$, z drugiej strony możnaby poczynić poważne oszczędności w kosztach leczenia“; słusznie zastrzega się dalej dr Prochazka: „oczywiście to skrócenie pobytu w szpitalu nie może jednak w żadnym razie być dokonywane ze szkodą chorego, a pielęgniańska służba społecznej nie może być narażona przez jej władze przełożone na konflikt z jej sumieniem społecznym“.

Niezmiernie ważną dla działalności lekarskiej i naukowej szpitala jest możliwość *dalszej obserwacji* nad chorym po opuszczeniu przez niego szpitala, co da się osiągnąć jedynie z pomocą służby społecznej.

Jest również rzeczą niewątpliwą, iż wprowadzenie w szpitalach *zajęć* na salach chorych, będących tak ważnym czynnikiem psychicznym i tak doniosłą częścią składową leczenia, nie jest do pomyslenia bez czynnej pomocy szpitalnej służby społecznej.

Wprowadzenie służby społecznej do szpitali może niewątpliwie w wielu razach zastąpić tworzenie nowych przychodni higieny społecznej w rozmaitych działach specjalistycznych. *Czy z tej tendencji rozwinię się centralizacja całej opieki społeczno-lekarskiej w szpitalach — w tej chwili orzec trudno.* Tu i ówdzie, w krajach takich jak Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Francja, Anglia, warunki społeczne i organizacyjne wysuwać się zdają szpital na plan pierwszy, jako punkt centralny opieki społeczno-lekarskiej — nie można jednak zapominać, że n.p. w Polsce rozwój sieci szpitalnej idzie bardzo powoli naprzód, szczególnie wobec olbrzymich zniszczeń, spowodowanych przez drugą wojnę światową, że szpital nie może dotrzeć tak głęboko do ludności jak ośrodek zdrowia, że pomimo teoretycznego uzasadnienia tych dążeń, nie poczyniono dotąd na naszym terenie prób w tym względzie dostatecznie przekonywujących. W każdym razie dopóki szpital nie stanie się *ustawowo* częścią składową ogólnej i planowo przemyślanej organizacji służby zdrowia publicznego jako *organizacji Państwowej*, o jego roli w tej dziedzinie trudno jeszcze poważnie myśleć.

W sprawie nowej roli szpitala wypowiedział się niemiecki znawca szpitalnictwa Alter w sposób następujący:

„Wszędzie na świecie wysuwają się dwie nowe linie kierownicze w dziedzinie powszechnej opieki zdrowotnej: zasadnicze dążenie do powiązania jej ścisłego, organicznego i rzeczywistego ze szpitalem i tendencja ku przystosowaniu szpitala do tego związku, do wcielenia jego dotychczasowych, wyłącznie klinicznych czynności w zakres społecznej opieki zdrowotnej, do powierzenia mu bezpośrednich, zapobiegawczych i następczych istotnych funkcji opiekuńczych, a wreszcie w ogóle do

przetworzenia go na mniej lub więcej kompletną centralę całej społecznej opieki zdrowotnej. Zapewne i ta linia rozwojowa znajduje się dopiero w zaczątkach; jednak wbrew wszystkim oporom kierunek ten musi zwyciężyć, gdyż lepiej czyni zadość prawu oszczędzania sił, niż wszelka inna postać opieki zdrowotnej“.

Alter żąda, aby szpitale w samej swej budowie z góry przystosowały się do tych nowych zadań.

Podobne zadania stawia również szpitalom publicznym Procha z ka. *Dyrektor Generalny Szpitali Paryskich*, dr L. Mourier zaznacza, iż „szpital dąży coraz usilniej, aby stać się nie tylko ośrodkiem leczniczym, ale również zapobiegawczym i sanitarnym. Nie jest on już dziś dawniejszą izolowaną instytucją, nie mającą żadnego związku z życiem całego kraju“; Mourier ilustruje powyższą tezę na przykładzie organizacji współczesnych szpitali paryskich, które biorą czynny udział w akcji higieniczno-społecznej stolicy Francji.

Wysokie walory szpitalnej służby społecznej znajdują zasłużoną ocenę w coraz szerszych kołach lekarzy — klinicyistów; według relacji prof. Melanowskiego z Warszawy na XV Międzynarodowym Kongresie Okulistów w Kairze (8—14 grudnia 1937 r.) delegat Francji dr Bailliar t mówił o roli pielęgniarstwa społecznego „wiążącego szpital z domem i dającego możność wglądu w warunki bytu chorego i jego otoczenia“; dr Louis H. Carrie i Eleanor Brown Mervie omawiali rolę pracowników społecznych w dziedzinie zapobiegania ślepotcie; zainteresowanie się okulistów sprawą pielęgniarstwa społecznego dowodzi, jak różnorodne dziedziny ogarnąć może ten typ pielęgniarstwa — zmontowane u nas wielkim i godnym uznania wysiłkiem zabitego przez Niemców w czasie powstania warszawskiego w r. 1944 ś. p. dr M. Zacher t a przychodzi do walki z jaglicą, kierowane obecnie z wielką energią przez dra Rostkowskiego, już od dawna zresztą korzystają z dużym powodzeniem z usług higienistek społecznych.

Nie można więc nie zgodzić się z Goldm an n e m, który w następujący sposób określa *ostateczny cel i sens szpitalnej służby społecznej*: „ustala ona związek pomiędzy chorym a jego rodziną, wzmacnia nici łączące lekarza i pielęgniarzkę chorych z jednej strony, chorego i jego otoczenia z drugiej, buduje most pomiędzy zamkniętą a otwartą opieką społeczną, pomiędzy szpitalem a społeczeństwem, a w ten sposób przyczynia się skutecznie do stopienia w jedną całość pracy indywidualno-lekarskiej z pracą społeczną“.

*

*

*

W Polsce w początkach zeszłego stulecia nasz wielki Jędrzej Śniadecki miał już przecucie szpitalnej służby społecznej, gdy w swej klinice wileńskiej wprowadził obowiązkowe i regularne odwiedzanie przez studentów chorych, którzy opuścili klinikę, w ich mieszkaniach

zarówno celem badania warunków ich życia, jak i dalszej naukowej obserwacji ich choroby; przykład ten niestety nie znalazł naśladowców na innych naszych uniwersytetach i podszedł u nas w zapomnienie, jak wiele innych pożytecznych inicjatyw lekarskich.

Dopiero w okresie powojennym znajdujemy w Polsce niepodległej pewne poczynania, oparte na idei pielęgniarstwa społecznego: w r. 1927 Polski Komitet do Zwalczenia Raka w Warszawie powołał do życia Komitet Pań, organizację, przeznaczoną do wypełniania zadań społecznej opieki nad chorymi. Koło to miało do swej dyspozycji „opiekunki szpitalne” i „opiekunki domowe”; w r. 1928 Warszawskie Towarzystwo Pomocy Lekarskiej i opieki nad nerwowo i psychicznie chorymi utworzyło „Sekcję Opieki Pozazakładowej”, mającą „instruktorki” do odwiedzania w domu psychicznie chorych, wypisanych ze Szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie; szpital ten, jak również Szpital Św. Łazarza w Warszawie dla oddziału wenerycznie chorych kobiet i dla oddziału ginekologiczno-położniczego już od r. 1931 posiadały pewne sumy w swoich budżetach na utrzymanie „instruktorek” (pielęgniarek społecznych).

Zaznaczyć należy, że w dniu 12 kwietnia 1927 r. Zarząd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego powziął uchwałę, stwierdzającą niezbędną potrzebę utworzenia stanowisk „pielęgniarek społecznych” w szpitalach i ambulatoriach i wystąpił do Magistratu m. st. Warszawy z memoriałem w tej sprawie; Rada Szpitalna oceniła tę inicjatywę bardzo życzliwie. Na posiedzeniu społecznym Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w dniu 5 maja 1927 r. doc. dr Wł. Mikułowski wygłosił odczyt pod tytułem „O potrzebie pielęgniarek wizytujących w instytucjach dziecięcych” — w dyskusji prof. Szenajch podkreślił, iż idzie „o stworzenie u nas nowej instytucji pielęgniarek wizytujących, ściśle związanych ze szpitalami, ambulansami, jak również o uwzględnienie potrzeb chorych wypisanych ze szpitala” (*Pediatrics Polska* — r. 1927 — tom VII).

Na życzenie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa opracowałem w roku 1932 referat, obrazując stan pielęgniarstwa społecznego w szpitalach zarówno na terenie międzynarodowym, jak i w Polsce i wygłosiłem go na jednym z posiedzeń Towarzystwa. Brak wszelkich postanowień i przepisów, regulujących prawa, obowiązki i kwalifikacje pielęgniarek służby społecznej był zapewne przyczyną, iż realizacja tej instytucji na szerszą skalę w Polsce nie doszła do skutku.

W międzyczasie Rząd ogłosił ustawę o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. (Dz. Ust. Nr. 27 poz. 199), której art. 1 głosi: „Przez praktykę pielęgniarstwa rozumie się zawodowe wykonywanie następujących czynności:

- a) pielęgnowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych;
- b) wykonywanie zleceń lekarza przy chorych;

- c) pracę w zakładach leczniczych, instytucjach zapobiegawczych, zakładach opiekuńczych, instytucjach społecznych, szkołach, zakładach przemysłowych oraz domach prywatnych w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii, oraz zapobiegania chorobom”.

Pod punkt c) art. 1 ustawy podpadają zatem również „pielęgniarki służby społecznej w szpitalu”, jako wykonywujące pracę „w zakładach leczniczych”, w „zakładach opiekuńczych” oraz w „instytucjach społecznych”.

Nadmienić należy, że w okresie drugiej wojny światowej w chwili opuszczenia Warszawy przez ówczesny Rząd powstał w Warszawie t. zw. „Stołeczny Komitet Samopomocy Społecznej” pod przewodnictwem p. Artura Śliwińskiego, który rozpoczął swoje czynności w dniu 1 października 1939 r., a pracował już w dniu 8 września 1939 r. W łonie tego Komitetu istniała Sekcja Zdrowia, która zorganizowała osobny dział pod nazwą „Służby Społecznej w Szpitalach” w marcu 1940 r., który miał na celu opiekę nad rodziną chorego podczas jego pobytu w szpitalu oraz nad chorym w chwili opuszczania przez niego szpitala. Do marca 1941 r. objęto stopniowo 11 szpitali warszawskich, w których pracowało 7 wykwalifikowanych pielęgniarek (mniejsze szpitale załatwiała po 2 jedna pielęgniarka, większe n. p. Szpital Ujazdowski miały po 3 pielęgniarki) — w dniu 1 września 1940 r. pielęgniarki miały pod swoją opieką 742 chorych, w dniu 1 października 1940 r. — 724 chorych. Oto jak się przedstawiała praca tych pielęgniarek:

Pielęgniarki wyjechały dla chorych następujące świadczenia:

we wrześniu 1940 r. — październiku 1940 r.

zapomogi pieniężne dla osób	152	129
„ żywnościowe „ „	16	14
„ odzieżowe „ „	9	28
pomoc lekarską „ „	2	11
wyszukanie pracy „ „	6	21
dostarczenie biletów kolejowych	9	9
umieszczenie na posadach prywatnych	3	3
„ w schroniskach	22	53
udzielenie porad prawnych	2	3
innej pomocy dostarczono dla osób	34	79
dokonano wywiadu w rodzinach	300	570
różnych spraw chorych załatwiono dla osób	591	655

Wywiady odbywały się według drukowanych schematów; co miesiąc każda pielęgniarka społeczna składała pisemne sprawozdanie ze swoich czynności. Ordynatorzy szpitalni współpracowali bardzo chętnie z pielęgniarkami — na ich czele stała specjalna starsza pielęgniarka; organizacja była czynna aż do wybuchu powstania w dniu 1 sierpnia 1944 r. Pie-

łęgniarki były opłacane przez Sekcję Zdrowia Stołecznego Komitetu Samopomocy Społecznej.

Mam przed sobą sprawozdania z dnia 31 marca 1941 r. z inspekcji pracy pielęgniarek służby społecznej w szpitalach warszawskich; Św. Łazarza, Dzieciątka Jezus, Zakonu Maltańskiego, Św. Jana Bożego, Ujazdowskim, Św. Rocha, Przemienienia Pańskiego, Św. Ducha na Czystem. — Sprawozdanie wykazuje, jak intensywna i owocna jest praca pielęgniarek społecznych w szpitalach. Dla przykładu przytaczam tu in extenso notatkę z lustracji pracy pielęgniarce społecznej w Szpitalu Św. Rocha w Warszawie, odbytej w dniu 26 lutego 1941 r. przez starszą pielęgniarke:

„Chorych tego szpitala ma w swej opiece pielęgniarce dyplomowana, p. Bielowa Wanda, która objęła ten szpital w połowie stycznia, jako zupełnie nowy teren do zorganizowania. Na 130 chorych w szpitalu ogólnie, 32 znajduje się u niej w opiece. Chorych potrzebujących opieki zgłaszają ordynatorzy i kancelaria.

Pracę swą pielęgniarce społeczna zorganizowała następująco: -

Od 8.30 do 11.30 robi wywiady i załatwia sprawy petentów w instytucjach. Pracę tę ułożyła sobie w ten sposób, że grupuje na jeden dzień sprawy chorych należących do jednego rejonu, jednocześnie robi wywiady w domu, jest w odpowiednim okręgu Stołecznego Komitetu Samopomocy Społecznej i Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej.

Od 11.30 do 12 tej omawia sprawy chorych z lekarzami, którzy coraz przychylniej patrzą na tę pracę. Niejednokrotnie żądają informacji o środowisku chorego, o wpłyńecie na rodzinę, lub nawet na samego chorego itp.

Od 12-tej do 13-tej przyjmuje u siebie w kancelarii interesantów z miasta. Chorzy chodzący nie przychodzą do niej, gdyż nie ma na to możliwości — musieliby przejść przez podwórze.

Od 13-tej przechodzi oddziały i omawia z chorymi ich sprawy. Wróciwszy prowadzi swą robotę kancelaryjną. Pracę kończy między 15 tą a 15.30. Kartoteka prowadzona sytematycznie i bardzo porządnie. Drobne przeoczenia wynikły z nieoswojenia się jeszcze z wymaganiami karty. Wyjątkowo jasno prowadzi ewidencję spraw będących w załatwieniu przez oznaczanie spraw różnego koloru żabkami i spinaczami. Prowadzi skorowidz nazwisk dla odszukiwania kart i zeszyt pomocniczy przy pracy.

Ocena. P. Bielowa pracuje z ogromnym zaangażowaniem. Ponieważ nie ma zbyt dużo podopiecznych, ma czas dobrze się nimi zająć. Wskutek tego praca jej może służyć za wzór, jak powinna wyglądać w zasadzie pielęgniarce społecznej, nie przeładowanej nadmierną ilością petentów i ich potrzeb. P. Bielowa bardzo interesuje się rodzinami chorych. Zdobyła już sobie uznanie na terenie szpitala, co daje się zauważyć przede wszystkim w zmianie postawy dyrektora szpitala,

który zaczyna iść jej na rękę, widząc w jej pracy wyraźną korzyść dla szpitala. Ordynatorzy ustosunkowują się również pozytywnie”.

Jest wdzięcznym zadaniem powstałym przed drugą wojną światową, a może dotąd jeszcze istniejących gdzieś towarzystw przyjaciół poszczególnych szpitali ułatwienie realizacji idei pielęgniarstwa społecznego w szpitalach, bez którego nie podobna już sobie wyobrazić nowoczesnego szpitala.

Pozwalam sobie zakończyć moje wywody przytoczeniem słów znanego pediatry chicagowskiego, dr Brennema:

„Atmosfera moralna szpitala czyni, albo niszczy jego reputację i jego wydajność. Dziecko chore może być jaknajlepiej pielęgnowane; sztab lekarski szpitala może się składać z najzdolniejszych klinicystów i badaczy; intendent może być tak mądry jak sam Salomon i tak sprawiedliwy jak Arystydes i może twierdzić, że cała maszyna administracyjna szpitala jest jaknajlepiej naoliwiona, a jej wyekwipowanie techniczne jest bez zarzutu; pielęgniarki mogą być jaknajinteligentniejsze i jaknajlepiej wyszkolone; interni i lekarze miejscowi mogą być jaknajlepiej wyćwiczeni i przygotowani do spełniania swoich obowiązków, mogą rzeczywiście wychodzić punktualnie dopiero o 7-ej wieczorem i nie spóźnić się nigdy na śniadanie, a jednak będzie tu brakowało iskry życiowej, jeśli całej instytucji nie będzie przenikał duch współpracy i życzliwości... ów *pierwiastek miłości*, przenikający wszędzie, jak subtelny eter”.

Szpitalna służba społeczna w rękach lekarza szpitalnego nadaje temu szlachetnemu pierwiastkowi kształty realne.

*

*

*

Zacznijmy nową pracę na tym terenie lubelskim, tak płodnym w inicjatywę społeczną, w chwili, kiedy współpraca Wydziału Lekarskiego naszego Uniwersytetu z Lubelskim Ciałem Lekarskim, mającym tak piękne tradycje, zdaje się wchodzić w nową fazę, dla dobra naszych szpitali i naszych chorych.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Alter — ing. Wehner. Das Krankenhaus als Wohlfahrtszentrale der Inneren Mission — Gesundheitsfürsorge. 1931, Nr. 8.
- 2) Brennemann. Human Side of the Hospital. Journ. Amer. Med. Assoc. 1931, November 14.
- 3) Cabot R. C. Social Service and the Art of Healing — New York. 1928 7 th Edit.
- 4) Cabot R. C. Was ist Fürsorgedienst im Krankenhaus — Zeitschr. f. d. Gesamte Krankenhauswesen. 1928, 11, 19.
- 5) Chodźko W. Opieka otwarta nad psychicznie chorymi. Lekarz Wojsk. r. 1929.
- 6) Cummins A. G. Die Ausbildung der englischen Krankenhausfürsorgerin Zeitschr. f. d. Gesamte Krankenhauswesen. 1928, Nr. 19.
- 7) Delille A. L'assistance sociale. Paris 1922.
- 8) Delille A. Le service social dans les collectivités contemporaines. Paris 1929.
- 9) Goldman F. Sociale Krankenhausfürsorge. Handbuch d. Sozialen Hygiene VI Bd. Berlin 1927.
- 10) Holdbrook J H The ideal Hospital of the Future. Canadian Med. Assoc. Journ. 1932. Nr. 2.
- 11) Jędrzejewska M. O potrzebie pracy społecznej w szpitalach. „Zdrowie“ 1930 r. Nr. 23.
- 12) Louste. Les assistantes sociales. Médecine Sociale. Paris 1924.
- 13) Mikułowski Wł. O potrzebie pielęgniarek wizytujących w instytucjach dziecięcych. Pediastra Polska 1927. Tom VII.
- 14) Mourier L. L'Hopital dans l'ensemble de l'action hygienique et sanitaire en France. Nosocomieion 1932, Nr. 1.
- 15) „Nowotwory“ oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka. 1929 r. Sprawozdanie Zarządu Komitetu.
- 16) Prochazka L. Les hopitaux, leur but, leur repartition et les rapports qu'ils ont avec l'hygiene publique. Bulletin mensuel de l'Office Internat. d'Hygiène Publique. 1928. Nr. 10.
- 17) Prochazka L. Office International d'Hygiène Publ. Session d'octobre 1931 r. Procés — Verbaux des Séances. Paris 1931.
- 18) Sprawozdanie z działalności Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Warszawa 1931 r.
- 19) Sprawozdanie z działalności Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi za rok 1929/30 — Warszawa 1930 r. i za rok. 1930/31, Warszawa 1931 r.
- 20) Tüllmann A. Eindrücke von d. Pariser Internationalen Doppelwoche (1-15 juli 1928) Zeitschr. f. d. Gesamte Krankenhauswesen. 1928, Nr. 19.
- 21) Tüllmann A. Der Fürsorgedienst im Krankenhaus.
- 22) Wortman J. L. Auxiliary Hospital Actives. Nosocomieion 1931 Supplementary Number.

S U M M A R Y

Under the term „hospital“ we generally understand a medical institution in which patient obtains medical treatment. It consists of physicians, nurses, office workers etc. Their work, their interest, their whole professional life is connected very intimately with the hospital.

The feelings and thoughts of a patient are quite different; when he is admitted to hospital he leaves outside his whole previous life with all sorrows and joys. After the recovery he returns to his everyday life with its hardships and troubles. His life, even when lying seriously ill and when disturbed by his sufferings and pains, I repeat, even then, his life is not restricted to hospital. The anxiety about his family and his wellbeing aggravate his condition. This moral depression has a very bad influence on the process of recovery and renders the work of a physician more difficult.

In many countries the authorities managing the hospitals introduced special Hospital Social Service in order to reduce these difficulties. This idea came from great physician, Richard Cabot. He thought that the life of a man depends not only on the conditions of bodily health, but also on social and spiritual atmosphere he is living in. Patient in hospital is completely isolated from his social and spiritual environments. In his loneliness he feels himself outside of the actual surroundings, which seems to him being occupied only by physical pains and sufferings. The hospital life is for him foreign, strange, mechanised. Patient longs for home and thinks about hospital with aversion. The will to recover very often in these conditions disappears completely. „I felt—wrote Dr Cabot—that my best efforts were useless and that patients would do better if they did not come to hospital“. Similar complains we can find in writings of German physician Dr Goldman and Frenchman Armand-Delille. Armand-Delille rebuked practitioners for not taking an interest in patient's previous life, in surroundings that patient come from, in the future life of a patients after his recovery.

No wonder that in such atmosphere among best physicians, arouse the idea of Hospital Social Service. We have to mention here American practitioner Dr Cabot from Boston who in 1905 introduced this Service in Massachusetts General Hospital. The movement has spread

quickly over whole U.S.A. In 1921 the Hospital Social Service was introduced in 286 American hospitals, and in 1929 there were in U. S. A. 1.500 social nurses. France followed example — in 1913 renowned specialist in children's diseases, prof. Marfan introduced „social assistants“ in parisian children's Hôpital, „Hopital des Enfants Malades“. In England welfare nurses were introduced by Cummins; they are known there by the name „ladies almoners“. In Germany initiative came in 1914 from Dr Alice Salomon; before the first world war 145 hospitals were provided with this Service. Austria, Belgium, Finland, Holland, Sweden and other followed this example.

The best definition of Hospital Social Service gave us Dr Armand-Delille.

The most important feature of Social Service is the fact that it is interested not in the disease exclusively, but in a patient as a man. It is trying to make patient feel comfortable both physically and spiritually. It takes care of his family and relatives. In this way it makes his recovery more easy and to some extent protect him from the relapse. Social nurse being in permanent touch with physician and trying to alleviate social just as spiritual sufferings of a patient is able to hasten the recovery.

We must insist upon the importance of amusement and recreation in hospitals; conversation, reading of books, lectures, wireless. It makes patient forget, at least for a moment, his sorrow and sufferings; it creates the proper atmosphere for patient's spiritual health and strengthens his will.

Hospital Social Service should use to the at most all possibilities inclusively with Government and private Social Welfare Institutions — in order to alleviate financial and others difficulties and troubles of patient's family. It is indispensable for the social nurse to be in personal contact with all these Government and private Institutions and to become some kind of go-between between them and a patient.

Personal contact with patient's family is just as necessary. It is Hospital Social Service's duty to protect patient's family from sufferings, caused by patient's absence.

The duties and functions of Hospital Social Nurse are following. To make detailed inquiry, when possible at once after patient's admittance, about patients social environment, with special consideration for conditions unfavorable for patient's health. To investigate the possible source of infection and course of disease in the past. When needed to get into touch with any Social and Medical Institutions which took care of the patient previous to his admittance to the hospital.

The results of these investigations should be submitted to physician in such a form that he may use them for diagnosing and planning

of the treatment. The nurse should try to learn all about patient's troubles; she should cheer him up, make him forget his suffering and help him. Such are the duties of a Social nurse, a new type of hospital nurse.

„The planned economy of a hospital depends to a great extent upon well organised and well functioning Hospital Social Service“ wrote Dr Goldmann.

Shortly — the duties of welfare nurse are: visiting the wards, receiving new patients and maintaining permanent contact with physician. The training of social nurses should be specially planned with strong stress on organization of Social Service in the country.

The most fit for these duties are hospital nurses after additional 2 — 3 months training.

During the second German occupation Committee of Welfare created in Warsaw in 1941 a special branch: „Hospital Social Service“. This service was introduced in 11 hospitals with 750 patients and 7 welfare nurses.