

Tečaji Rdečega križa za žensko vaško mladino in medicinska sestra

France Demšar

Prav malo informacij o ustroju in delovanju človeškega telesa ter zdravstveni vzgoji dobijo otroci v splošno izobraževalnih, še mnogo manj pa v strokovnih šolah. V prvih dveh razredih obvezne šole utrdijo nekaj osnovnih higienskih navad in še nekoliko ponove tisto, kar je enim več, drugim manj nudil že dom sam. Še največ pozornosti posvečajo temu poglavju vzgoje elementarke, za njimi pa učitelji do 4. razreda, medtem ko je v višjih razredih ta skrb prepuščena kar učiteljem telovadbe. Ti se od časa do časa nekoliko pozanimajo za osebno čistočo učencev, kakor da bi bila osebna higiena s a m o stvar telesa. Nekaj zadevnih opozoril dobe otroci še enkrat pri moralni vzgoji, kjer jim predavatelji, pač zaradi pomanjkanja prave predmetne vsebine spet govorijo o umivanju in osebni higieni nasploh. Šele proti koncu obveznega šolanja, tam v sedmem in osmem razredu, zvedo učenci ponekod več podrobnosti o ustroju in delovanju človeškega telesa. To snov predavatelji bolj ali manj posrečeno povežejo z nekaterimi pojmi splošne in komunalne higiene, medtem ko jo nekateri kratko malo izpuste. Čeprav sta vsebina in obseg določena z učnim načrtom, ravno pri tem pouku manjkajo skoraj vsa pojasnila iz področja spolnega dozorevanja in dogajanja v telesu mladega človeka, dasi je prav tedaj sredi obdobja, ki je za življenje eno najvažnejših.

Lahko rečemo, da posreduje šola učencem za na pot v življenje kaj skopo odmerjeno snov s področja zdravstvene vzgoje, zato pa seveda natančne podatke o višini vrhov v Afriki in številu prašnikov v cvetovih koprivnic.

Pravzaprav nič takega, kar bi nas smelo presenetiti. Kdaj in kje sta pa učitelj ali profesor slišala, da sodobna opredelitev pojma »zdravje« (dr. Ahčin) zahteva nerazdružljivo enovitost telesnega in duševnega zdravja ter socialne blaginje. Kdaj le sta slišala, da je namen zdravstvene vzgoje vplivati na posameznika in celoto v toliki meri, da bosta spremenila svoje dosedanje zdravstvene in higienske navade, s katerimi želimo čimbolj vplivati na u t r d i t e v zdravja? Tega je zelo malo v programu higiene na učiteljskišči, prav nič pa pri biologiji na univerzi, zato bo pouk zdravstvene vzgoje na obvezni šoli še dolgo časa takšen, kot sem ga opisal.

Drugače pa je s tečaji Rdečega križa za žensko vaško mladino, ki stopajo letos že v sedmo leto. Ti so se v mnogih krajih, kjer so jih imeli, že tako uveljavili, da pomenijo danes malone redno obliko za zdravstveno vzgojo deklet. Razgovor s tečajnicami, z njihovimi starši, predvsem pa z materami in nekaterimi opazovalci iz vrst lokalnih javnih in družbenih delavcev, je razločno pokazal, da so tečaji v veliki meri dosegli svoj namen. Absolventke uporabljajo

pridobljeno znanje največ same zase, mnoge pa so vplivale tudi že na svoje matere, da so le-te spremenile dosedanje nepravilne higienske in prehranske navade o negi in prehrani dojenčkov. Neredko seže njihov vpliv tudi izven domače hiše. Nekatere so se uspešno vključile v ekipo za prvo pomoč, druge so v pomoč patronažnim sestram, tretje pa so uspešne aktivistke Rdečega križa.

Program za te tečaje je bil sestavljen leta 1952 in so danes na njem pač sledovi časa, v katerem je nastal. Izdelali so ga strokovnjaki, ki so s svojimi merili določali zdravstveni minimum, ki naj bi ga osvojila dekleta v tečaju. Ker pa ni dovolj upošteval njihovih potreb, je bil seveda precej statičen, zanje premalo življenjski in jih zato ni mogel ogreti oziroma pridobiti vseh v enaki meri.

Pa ni bil samo program, važnejšo vlogo so pri tem imeli predavatelji, ki so ta program oživljali vsak po svoje. Dobri so iz njega znali izluščiti zrno, manj prizadevni pa so se držali njegovih črk in zaradi te anemije so tečaji potem nujno shirali.

Torej predavatelji?

Da! Samo predavatelji so tisti, ki dajejo tečajem težo in ton, od njih je odvisno, ali bodo dekleta v tečaj hodila ali ne! Kako naj si drugače razložimo, da so v neki notranjski vasi dekleta, ki delajo sicer v tovarni, redno zamenjala izmeno, da so lahko prišla na tečaj. Kako naj drugače razumemo tisto gorenjsko mater, ki je hčerko opozarjala, da ima zvečer tečaj. Ali pa je — če pogledamo medaljo še z druge strani, — kaj čudnega, da jih je nekje na Dolenjskem, od 25 prijavljenih deklet ostalo nazadnje le še 6, in to meseca februarja, ko so obravnavali zanje razmeroma najzanimivejšo temo o nosečnosti in porodu, če pa je učiteljica celo uro sedela za mizo in samo docirala, ne da bi na tablo napisala eno samo besedo ali pokazala eno samo sliko. Kolika je v tem primeru krivda učiteljice, je seveda vprašanje zase.

Naj v ilustracijo navedem še nekaj primerov!

Poslušal sem predavanje o prehrani. Trajalo je neprekinjeno dve šolski uri, gospodinja učiteljica pa je enostavno čitala svoje zapiske, ki jih je delala v šoli. Sama suha teorija, ki ni deklet prav nič zanimala, zdravstvene vzgoje v njej pa niti za trohico! Medicinska sestra je predavala o anatomiji in fiziologiji ženskih spolnih organov ter intimni higieni žene. V desetih minutah je bilo predavanje opravljeno! Na vprašanje deklet je odgovarjala kratko in jedrnato: »Beli tok ni nič posebnega, ima ga vsako dekle med dvema menstruacijama, bolečine v času menstruacije so skoraj neizbežne in tu pač ni pomoči« itd. Učiteljica je pripovedovala dekletom, da bodo ob porodu od bolečin kričale, kar je pa nekaj povsem normalnega in da kričijo takrat pač vse žene. Sanitarni tehnik je govoril o asanaciji vasi in vrstah vodovoda. Povedal jim je vse, kar je treba vedeti sanitarnemu tehniku, prav nič pa ni upošteval, da vodovod na vasi ni samo žensko vprašanje, še manj pa vprašanje 16 do 20-letnih deklet. Tudi sem poslušal predavanje o negi dojenčka. V učilnici je bilo zbranih nad 30 deklet, mlada babica pa je sedela za katedrom in predavala. Imela je eno samo lutko in na njej prikazovala previjanje, dekleta pa so pri tem samo pasivno poslušala, tiste v prvih klopih tudi gledale. In kaj porečete, če zveste, da nekje dva sanitarna tehnika vodita tečaj za žensko vaško mladino v celoti? In še nekje sem slišal zdravnika. Predaval je 10 do 16-letnim otrokom o prehrani. Dejal je, da človek potrebuje za svojo rast beljakovine, in pri tem

na sliki, ki je tam slučajno visela, pokazal na »pljuča«. Te beljakovine morajo vsebovati vse potrebne aminske kisline! Razen beljakovin pa potrebuje človek še ogljikove hidrate, je nadaljeval isti predavatelj in pri tem na sliki brez pomisleka pokazal »želodec«. V tem smislu približno je šlo vse predavanje. Prepričan sem, da tudi dekletom v tečaju ne bi povedal nič drugače in nič drugega.

Videl sem pa tudi res odlične predavatelje, zdravstvene in pedagoške delavce, ki so se zavedali, kaj hoče Rdeči križ, in čutili tudi, kaj si želijo dekleta. Zaradi takih predavateljev so dekleta zamenjale svoje »ših-te«, k takemu predavanju je mati poslala svojo hčerko, te predavatelje so imeli v mislih vsi tisti, ki so rekli, da so tečaji koristni in uspešni.

Opazil pa sem, da je med predavatelji vse premalo medicinskih sester. Do tega so me napeljale tiste, žal prereditko posejane sestre, katerih odlično delo sem imel priliko občudovati v nekaterih tečajih.

Gre namreč za tole: Snov tečajev za žensko vaško mladino je specifična za dekleta med 16. in 20. letom. To niso samo informacije o ustroju in delovanju človeškega telesa, ki jih navsezadnje lahko posreduje vsak nekoliko izkušen predavatelj. Nasprotno! To je le ogrodje, na katero moramo nanizati vse tisto, kar zanima mlada dekleta. Oglejmo si samo nekatere teh stvari:

V poglavju o ustroju in delovanju človeškega telesa zanima dekleta vse bolj kakor število kosti in delovanje srca njihova osebna zunanost, kako naj se negujejo, oblačijo in obuvajo, ne samo zato, da bodo zdrave, ampak da bodo tudi prikupne. Zato je tu vsekakor na mestu, da zahteve zdravstva povežemo s potrebami mladosti. Gojiti in razvijati moramo pri teh dekletih tudi estetski čut, vendar s pridržkom, da prizadevanje za vnanost ne gre na škodo zdravja in notranje uravnovešenosti.

V velikem poglavju o gospodinjstvu in domači hiši jih ne zanima toliko pometanje samo in čiščenje stranišč ter ureditev gnojišča, če so pa radio in morda že v bližnji bodočnosti razni električni gospodinjski stroji, pralni stroji in celo televizorji, reden vsakdanji inventar tudi v kmečki hiši. Pa tudi tistih deklet, ki živijo nekoliko stran od kulturnega in gospodarskega centra, ne smemo jemati, kot da bi ušle nekje iz srednjega veka. V takih krajih vladajo pač posebne razmere in je tem seveda treba nekoliko prilagoditi tudi program, ki je izdelan za splošne razmere. To pa lahko brez posebnih težav opravijo predavatelj sami. Prehrana je za dekleta vsekakor zanimiva, vendar tečaja Rdečega križa ne moremo spremeniti v kuharski tečaj, čeprav je važen in potreben tudi ta. Toda prepustimo ga drugim, ki se s tem prvenstveno ukvarjajo, v tečaju Rdečega križa pa naj se prehrana obravnava predvsem z zdravstvene plati, saj gre tu bolj za načela kot pa za samo tehniko.

Težišče vsega pouka v tečajih za žensko vaško mladino pa je seveda v vzgoji za zakon. Pravzaprav to niti še ni prava vzgoja za zakon, saj imajo dekleta v tej starosti navadno še lep čas do poroke. Vsekakor naj bi pa v teh predavanjih dobile prve urejene predstave o delovanju in ustroju spolnih organov, o menstruaciji, spočetju, nosečnosti in porodu. Toda razen teh osnovnih informacij zanima dekleta še marsikaj drugega. Tudi same sredi duhovne renesance oziroma preroda so izredno sprejemljive za vprašanja iz psihologije mladega človeka in mentalne higijene, čeprav teh dveh terminov niti ne poznajo. Zanima jih prva ljubezen, erotika, izbira partnerja, vprašanje spolnih odnosov in po-

dobno, vse to celo neprimerno bolj kot pa anatomija in fiziologija spolnih organov.

Nega dojenčka je tem dekletom, rekli bi, napisana skoraj na kožo, zato pa tečaj ni — šola materinstva. Za to imajo dekleta še čas! Potrebno in važno je le, da jih v tečaju za te stvari pravilno pridobimo in motiviramo, da bodo pozneje, ko bodo same žene in matere, prihajale v posvetovalnico in razne dodatne tečaje.

Nanizal sem samo nekatere misli v zvezi s programom, vendar že te kažejo same, da bi moral biti predavatelj v teh tečajih prvenstveno zdravstveni delavec. Po dveh letih opazovanj sem prišel do zaključka, da je za delo v tečajih Rdečega križa še najbolj poklicana medicinska sestra, v kateri se posrečeno prepletajo vse štiri komponente: solidno strokovno znanje, poznavanje psihe in potreb mladih deklet, smisel za način dela z dekleti, predvsem pa mnogo volje in pripravljenosti za to delo. Medicinska sestra na terenu je v stalnem stiku z dekleti in pozna njihove reve in težave, tako da ima v tečajih najlepšo priliko oblikovati njih zdravstveno zavest in obenem v njih buditi občutek, da so lahko pomembni vzgojni činitelji.

Dr. Ahčin, direktor Centralnega higienskega zavoda, je v tem glasilu pred leti zapisal, da »gledamo v medicinski sestri borca za izboljšanje zdravstvenih razmer, zdravstvenega vzgojitelja v besedi in dejanju, ki stopa v žarišče naše pozornosti kot izredno važen činitelj«.

Isto velja tudi o tečajih za dekleta. Ti so izrazito zdravstveno-vzgojni tečaji, v katerih je poudarek na zdravstvu in na vzgoji. Informacije o anatomiji in fiziologiji človeškega telesa so samo lupina tečajev, pravo jedro pa je zdravstvena vzgoja, ki jo dekletom lahko res izdatno posreduje samo medicinska sestra. Zdravstveno stroko obvlada namreč bolj kot pedagoški delavci, v delu z dekleti je mnogo naravnejša kot zdravnik, stalni stik z dekleti na terenu pa ji daje v nastopu še posebno gotovost. Vse to pa so tisti osnovni elementi, ki so za uspehe v tečaju nujno potrebni.

Seveda bo od dela v tečajih Rdečega križa imela sestra še posebno korist. Navezala bo dekleta nase tako zelo, da ji bodo ostale zveste tudi pozneje kot mlade žene in matere. Tako bo delo v tečajih za žensko vaško mladino najboljše naložen kapital, od katerega bo potem živela vrsto let.

Seveda pa z vsem tem ne trdim, da morajo sedaj sestre prevzeti vse tečaje, izražam pa željo komisije za te tečaje pri Glavnem odboru Rdečega križa Slovenije, da bi se v vrsto predavateljev vključilo več sestra. To bi ne bilo v korist samo dekletom, ampak tudi sestram, ki bodo ob uveljavljanju svojega pedagoškega erosa doživljale srečo in zadovoljstvo.

Diareja pri otrocih

Dr. Krista Kocijančič

Diareja pri otrocih je še vedno nevarna bolezen. Posledica razširjene pediatrične mreže, boljše patronažne službe in večje prosvetljenosti naših mater je — manjša umrljivost najmlajših, ki jih ta bolezen najhuje prizadene. Umrlijivost je padla od 90 % na 2 — 4 %.

Diareja zaradi napačne prehrane — diarrhoe ex alimentatione — je posledica preobilne hrane, premrzle hrane, preveč ogljikovih hidratov ali maščob. Prekomerne beljakovine so pri nas le redko vzrok diareje. Tudi na prehitro odstavljanje od prsi dojenček pogosto reagira z drisko.

Pogosteje so diarejam vzrok patogene klice — diarrhoe ex infection. Povzročitelji, ki se naselijo v črevesju — enteralni infekt — so najrazličnejši, od najnevarnejših shigel, ki povzročajo grižo, salmonel, ki povzročajo tifus in paratifus, pa do patogenih koli-bacilov in klic, ki so običajni saprofiti črevesja, a so se v danih okoliščinah preveč namnožili in povzročili bolezen. Neredko izoliramo iz blata tudi stafilokoke in streptokoke.

Pri najmlajših pa diareja spremlja tudi druge bolezni, pri katerih se povzročitelji ne naselijo v črevesju — parenteralni infekt. Tako vidimo, da ima dojenček s pljučnico, z vnetjem srednjega ušesa, z ošpicami itd. zelo pogosto tudi diarejo.

Pri večjem otroku je, kot pri odraslem, pogosto izolirano vnetje debelega črevesja — kolitis, medtem ko je pri majhnem prizadeto tenko in debelo črevo — enterokolitis. Običajno ime za diarejo dojenčka je dispepsia. Največ diarej je poleti in jeseni. Zaradi vročine se klice v mleku in hrani hitreje množe, pa tudi toleranca prebavnih organov je pri pregretem dojenčku zmanjšana. Kako otrok reagira, je odvisno od njegove starosti, od jakosti infekta, od toksičnosti povzročitelja in od otrokovega zdravstvenega stanja. Bolezen se pa lahko poslabša tudi še z neprimerno dieto in neumestnimi zdravili. Čim mlajši je otrok, tem nevarnejša je zanj diareja. Od prejšnjih bolezni oslavljen otrok in otrok pod težo reagira močneje.

Pri diareji s pogostnim tekočim blatom, bruhanjem, potenjem in zaradi temperature pospešenim dihanjem, ko izpareva mnogo vode tudi iz pljuč, izgubi otrok veliko tekočine. Čim manjši je otrok, tem manj tekočine lahko izgubi brez katastrofalnih posledic.

Vemo, da vsebuje človeški organizem 70 % vode. Okrog 50 % vode je v celicah, 20 % pa v žilah in medceličnih prostorih. Ta izvencelična voda je zaloga, ki jo organizem po potrebi črpa. V normalnih razmerah je sprejemanje in oddajanje vode precej enako. Tako lahko izračunamo, da ima 75 kg težak odrasel človek 15 kg te rezervne izvencelične vode, 20 kg težak otrok samo 4 kg, 5 kg težak dojenček pa le 1 kg. Sedaj nam je jasno, da se majhen otrok, ki izgublja vodo s pogostnim blatom, bruhanjem, potenjem in s pospešenim dihanjem, zelo hitro izsuši. Njegova koža postane suha in neelastična. Ker je izgubil tudi vodo iz žil, je kri gosta. V tem stanju je krvna slika varljiva, ker ima tudi zelo anemičen otrok zaradi zgostitve krvi normalno ali celo večje število krvničk in tudi več beljakovin. Ne smemo pozabiti, da so te vrednosti izračunane iz ene enote, da pa je celotna količina krvi pri izsušenem otroku mnogo manjša.

Seveda ne trpi tak organizem samo zaradi pomanjkanja tekočine, temveč tudi zaradi izgube mineralov, ki so raztopljeni v izvencelični vodi. Z blatom izgublja natrijev klorid in natrijev bikarbonat, z bruhanjem solno kislino in natrijev klorid, z izparevanjem iz kože in dihanjem pa v glavnem le vodo. Ali se tekočina mineralov v enoti zniža ali zviša, pa je odvisno od razmerja, česa izgublja organizem sorazmerno več — mineralov ali vode. Tako pride do hipo- ali hiperelektrolitemije. Če traja diareja več dni, izgublja organizem tudi minerala kalij in fosfor, ki sta v celicah. Kalij je važen za življenje celic, ki ga zelo težko utrpe. Pomanjkanje kalija zelo hitro občuti srčna mišica.

Pri zdravem človeku je v krvi in medcelični vodi ravnotežje med kislinami in bazami, ki se pa pri gastroenterokolitisu kmalu poruši glede na to, kaj organizem izgublja. Z drisko izgublja v glavnem bazični element natrij, pri bruhanju pa kislinski element klor. Če v krvi zadobijo premoč kisline zaradi večjih izgub baz, govorimo o acidozi, v obratnem primeru pa o alkalozii. Iz izkušnje vemo, da je pri diarejah acidoza pogostnejša od alkaloze.

Če je v izvencelični tekočini zaradi večje izgube vode sorazmerno preveč mineralov, priskoči na pomoč celična voda, da razredči presoljeno izvencelično vodo. Celična izsušitev pa je brez hitre pomoči katastrofalna. Znaki celične izsušitve so poleg žeje zaspanost in apatičnost otroka, kasneje pa krči in nezavest.

Glede na stopnjo obolenja ločimo:

- a) lahki anterokolitis,
- b) težki gastroenterokolitis,
- c) alimentarno intoksikacijo.

Pri **lahkem enterokolitisu** so dojenčki nerazporejeni, izgube apetit in slabše spijo. Blato je pogostno in sluzavo. Včasih bruhaajo. Temperatura je za malenkost zvišana, še pogostejše pa je normalna. Otrok ni izsušen.

a) Dojenemu otroku predpišemo za 6 do 12 ur s saharinom sladkan lahek ruski čaj. Čaj lahko nadomestimo z mešanico $\frac{3}{4}$ 5% glukoze in $\frac{1}{4}$ Ringerjeve raztopine. 24-urna količina tekočine je 150–200 g na kg teže, torej za 12 ur polovico manj. Čaja ne dajemo otroku po obrokih, ampak večkrat manjšo količino. Naslednjih 24 ur mu nudimo izbrizgano posneto žensko mleko oziroma ga pustimo, da pije pri prsih le 3–4 minute na obrok, ker je prvo mleko manj mastno. Med obroki pa dobi s saharinom sladkan lahek ruski čaj po žličkah. Če traja diareja že nekaj dni, vključimo po čajni pavzi še dan korenjeve diete. V 24 urah damo otroku korenjeve juhe za $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{7}$ njegove teže. Korenje je priporočljivo tudi zato, ker vsebuje precej kalija (recept 1).

b) Umetno hranjenemu dojenčku — zalivančku je potrebna daljša čajna pavza 12–24 ur. V 24 urah potrebuje 150–200 g čaja na kg lastne teže.

Drugi dan preidemo na pektinsko dieto. Lastnost pektinov je, da se v črevesju napno in kasneje oddajo vodo črevesnemu epitelu. Absorbirajo pa tudi bakterije. V pošteb pride korenjeva juha in 5–7% rožičeva moka, zakuhana na vodi (recept 2). Znani preparati rožičeve moke so uvoženi Arobon in domača Ceratonia. Rožičeva moka iz špecerijskih trgovin za to dieto ne pride v pošteb. Otrokom nad osem mesecev nudimo naribana jabolka (recept 3). Če ni na razpolago jabolka, si pomagamo z domačim preparatom Aplosanom (recept 4). Ta pektinska dieta traja glede na otrokovo stanje 1–2 dni. Potem preidemo na kislo mleko z malo maščobe in dovolj beljakovinami. Najbolj znana preparata

sta Nestlejev Eledon in avstrijski Bumilen (recept 5), ki jih vmešamo v toplo prekuhano vodo, začenši z 2%, nakar stopnjujemo njuno količino za 2% dnevno ali vsakih nekaj dni, da dosežemo 10%. Sladkamo s 5% dekstrozo. Kasneje jih namesto v vodo vmešamo v 5% rižev sluz. Kadar ni teh preparatov na razpolago, si pomagamo s posnetim mlekom v prahu. Če je na razpolago le polnomastno mleko v prahu, ga moramo posneti. Začnemo s 5% posnetim kislim mlekom. Izračunamo potrebno količino, t. j. 150–200 g na kg teže. 100 gramom prekuhane vode dodamo 5% polnomastnega mleka v prahu (najprej zmešamo prah v manjši količini prekuhane tople vode in potem dodamo še ostalo vodo). Ko mleko 2 uri stoji, ga posnamemo, sladkamo s 5% dekstrozo in okisamo z limoninim sokom ali citronovo kislino. Za 100 g mleka potrebujemo $\frac{3}{4}$ kavne žličke limoninega soka ali za noževno konico citronove kisline, raztopljene v $\frac{1}{2}$ kavne žličke vrele vode. Limonin sok ali raztopljeno citronovo kislino počasi med žvrkljanjem zlivamo v toplo mleko, da se sesiri v finih kosmičih. Če je mleko prevroče ali če je kisline preveč, se mleko pregrebo sesiri. Naslednji dan dobi otrok že 10% posneto kislno mleko, v nekaj dneh, če se bolniku stanje kolikor toliko izboljša, pa mu damo že 15% posneto kislno mleko s 5% riževim sluzom ali mu postrežemo z domačim posnetim kislim mlekom Laktacidom, kjer je namesto riževega sluz z mleta ovsena in ječmenova moka. Laktacid predpisujemo 8, 12, 16, in 20%. Šele ko je otrok že nekaj časa zdrav, mu damo kravjega mleka in jedi, primerne njegovi starosti (zelenjavo, rumenjak...).

c) Večji otrok dobi po 12 do 24-urni čajni pavzi 1–2 dni naribana jabolka. Naslednji dan mu pripravimo prežganko brez maščobe, na vodi močno razkuhan, pretlačen riž, prepečenec in kakao na vodi. Kasneje dobi že pire krompir in korenje kot prikuho. Hrano pretlačimo ali vsaj dobro zmečkamo. Mleko, sladkor in maščobo le polagoma uvajamo v hrano. Priporočljivo je, da mu nekaj dni še 1-krat do 2-krat dnevno ponudimo naribana jabolka.

Težki enterokolitis se razvije iz lahke, nenevarne oblike ali pa se nevarno že začne. Blato je pogostno in sluzavo. Če je v njem kri in gnoj, posumimo na grižo. Otrok bruha in ima temperaturo. Je žejen. Kažejo se že znaki izsušenja. Tak otrok spada v bolnico.

Prav tako mora v bolnico otrok z **alimentarno intoksikacijo**. Tudi ta ima diarejo in bruha. V začetku je nemiren, kasneje pa postane zaspan, dobi krče in se končno onesvesti. Porušeno je ravnotežje v centralnem in vegetativnem živčevju. Dasi ima visoko vročino, ima mrzle ekstremitete. Diha hitro in globoko, pulz je slab, hiter, srčni toni so tihi. To so znaki kolapsa. Zaradi izsušitve je napon kože znižan. Kožna guba, ki jo dvignemo, se le počasi zravnja. Velika mečava je udrta, oči so tudi udrti, halonirane z izgubljenim pogledom. Z vekami redko utripa. Nos je šilast.

Borba proti porušenemu ravnotežju v organizmu ni mogoča izven bolnice. Prva terapija je zdravljenje šoka. S plazmo napolnimo prazne, kolabirane žile. Pomirimo živčni sistem. Z laboratorijskimi izvidi ugotovimo, kakšna tekočina je izsušenemu otroku potrebna, ali je v organizmu preveč elektrolitov ali premalo. Pri hiperelektrolitemiji je 5% raztopina glukoze najprimernejša, v obratnem primeru pa fiziološka oziroma Ringerjeva raztopina ali pa mešanica obojega. Najidealnejše je, če otrok uživa tekočino sam, ker je resorpcija najboljša. V nevarnih stanjih je hranjenje per os le redkokdaj mogoče, zato dajemo tekočino v kapalnih infuzijah pod kožo in predvsem v veno. Če ne moremo otroku

nuditi kalija s korenjem, mu ga moramo dati subkutano ali intravenozno. Porušeno bazično kislo ravnotežje popravimo z natrijevim bikarbonatom v primeru acidoze in z amonijevim kloridom peroralno ali parenteralno v primeru redkejša alkaloz.

Dokler otrok ni popolnoma pri zavesti, kakršno koli hranjenje per os sploh ne pride v poštev, ker je nevarnost aspiracije prevelika. Ves ta čas ga hranimo s kapalnimi intravenoznimi infuzijami. Ko ga začnemo hraniti per os, je dieta slična oni, ki smo jo opisali pri enterokolitisu, samo da je mnogo previdnejša, ker stopnjujemo hrano le počasi.

Povzročitelje iščemo v blatu, seču, krvi, likvorju, izcedkih in gnoju. Žal zaradi resnega stanja ne moremo čakati na izsledke mikrobiologa, ki nam klico izolira in določi njeno občutljivost za sulfamide in antibiotike. Pred tem izvidom dajemo zdravila, od katerih v danem primeru največ pričakujemo, po izvidu pa zdravila, za katera je po antibiogramu klica najbolj občutljiva.

Pri otroku z diarejo mora terenska sestra presoditi, v kakšnem stanju je otrok, ker spada vsak težji enterokolitis v bolnico. Pri otroku z lahkim enterokolitisom pa se ne smemo zadovoljiti z enkratnim obiskom in navodilom za dieto, ker se mu stanje v nekaj urah lahko usodno poslabša.

Recepti:

1. Korenjeva juha: $\frac{1}{2}$ kg na koleščke narezanega očiščenega korenja in ščepec soli kuhamo dve uri v 1 litru vode. Povreto vodo nadomeščamo s prekuhano vodo. Zmečkamo in trikrat pretlačimo skozi gosto sito. Sladkamo s saharinom. Če je vsega skupaj manj kot 1 liter, dodamo še prekuhano vodo. Preden nalijemo obrok v steklenico, vso količino dobro premešamo, da je enakomerno gosta. Obrok v steklenici pogrejemo v topli vodi.

2. Ceratonia

100 g vode	0 kalorij in saharin
7 g ceratonije	24,5 kalorij
100 g	24,7 kalorij

Priprava: Ceratonijo razžvrkljamo v mali količini mrzle vode, jo raztopljeno zlijemo v ostalo vrelo vodo in kuhamo 3 minute. Sladkamo s saharinom ($\frac{1}{2}$ tablete na 100 g tekočine);

3. Naribana jabolka

100 g jabolk	46 kalorij in saharin
------------------------	-----------------------

Priprava: Zrela, olupljena jabolka kisle vrste drobno nastrgamo in pustimo stati eno uro. Po potrebi sladkamo s saharinom.

4. Aplosan

87 g vode	0 kalorij
13 g aplosana	47 kalorij in saharin
100 g	47 kalorij

Priprava: V 100 g na 37° C ohlajene prekuhane vode damo 4–14 % aplosana. Pustimo stati 1 uro in dobro premešamo.

5. Bumilen

2 % bumilen na vodi

93 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
2 g bumilena	8,6 kalorij
100 g	28,6 kalorij

4 % bumilen na vodi

91 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
4 g bumilena	17 kalorij
100 g	37 kalorij

6 % bumilen na vodi

89 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
6 g bumilena	26 kalorij
100 g	46 kalorij

6 % bumilen s 5 % riževim sluzom

84 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
6 g bumilena	26 kalorij
5 g riža	20 kalorij
100 g	66 kalorij

8 % bumilen s 5 % riževim sluzom

82 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
8 g bumilena	34 kalorij
5 g riža	20 kalorij
100 g	74 kalorij

10 % bumilen s 5 % riževim sluzom

80 g vode	0 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
10 g bumilena	43 kalorij
5 g riža	20 kalorij
100 g	83 kalorij

6. Posneto kislo mleko

5 % posneto kislo mleko

95 g 5 % posnetega mleka	13 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
limonin sok in saharin	
100 g	33 kalorij

10 % posneto kislo mleko	
95 g 10 % posnetega mleka	26 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
limonin sok in saharin	
100 g	46 kalorij
10% posneto kislo mleko s 5 % riževim sluzom	
90 g 10 % posnetega mleka	24,50 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
5 g riža	20 kalorij
limonin sok in saharin	
100 g	64,50 kalorij
15 % posneto kislo mleko s 5 % riževim sluzom	
90 g 15 % posnetega mleka	36,75 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
5 g riža	20 kalorij
limonin sok in saharin	
100 g	76,75 kalorij

P

Od činiteljev, ki spr
neznanih. Da dobimo vsa
udomačila delitev v — ne
štejemo na prvem mestu
nekaj individualnega in i
opažamo, da posamezni k
sklepamo, da enemu tipu
da so prehladu podvrženi

Zunanji bolezenski č
torej fizikalni (mraz, toplota, vlaga...) in kemici faktorji ter paraziti in bakte-
rije. Pri prehladu imajo seveda prvo besedo fizikalni vzroki.

Ni pa nujno, da človek vedno zboli, čeprav ga k določenemu obolenju vodi
njegova konstitucija in okolje. Besedo ima še rezistenca, t. j. odpornost, ki jo
za nekatere bolezni lahko podedujemo že od staršev, za druge bolezni pa jo
pridobimo. Ta rezistenca spet je pogosto odvisna od okolja, ki jo lahko močno
zniža.

Naj bo ta uvod namesto pojasnila, da je za izbruh bolezni potrebno vedno
več faktorjev, ki se med seboj krepijo, vedno pa se gibljejo v krogu, ki ga
tvorijo notranji in zunanji činitelji in pa rezistenca.

Beseda prehlad v medicinskem jeziku pomeni prav malo, veliko več pa
vidijo v njem laiki. Prehlad jim je lažje samostojno obolenje, pa naj bo to
v glavi, prsnem košu, trebuhu ali ekstremitetah, glavno je, da je bolezen sprožil

znanih, veliko pa še
možico činiteljev, se je
initelje. Med notranje
i vsakem posamezniku
nstituciji. Dan na dan
ločenimi obolenji, zato
»varovala«. Znano je,
tucije.

a človeški organizem,

10 % posneto kislo mleko	
95 g 10 % posnetega mleka	26 kalorij
5 g dekstroze	20 kalorij
limonin sok in saharin	
100 g	46 kalorij

		% riževim sluzom	
90		24,50	kalorij
5		20	kalorij
5		20	kalorij
100		64,50	kalorij



		% riževim sluzom	
90		36,75	kalorij
5		20	kalorij
5		20	kalorij
100 g		76,75	kalorij

Prehladna obolenja

Dr. Marjan Jerše

Od činiteljev, ki sprožijo bolezen, jih je mnogo že znanih, veliko pa še neznanih. Da dobimo vsaj bežen pregled nad vso to množico činiteljev, se je udomačila delitev v — notranje in zunanje bolezenske činitelje. Med notranje štejemo na prvem mestu dispozicijo — dovzetnost, ki je pri vsakem posamezniku nekaj individualnega in ima svoje korenine v njegovi konstituciji. Dan na dan opazamo, da posamezni konstitucijski tipi obolevajo za določenimi obolenji, zato sklepamo, da enemu tipu manjkajo ena, drugemu druga »varovala«. Znano je, da so prehladu podvrženi najbolj ljudje limfatične konstitucije.

Zunanji bolezenski činitelji so vsi vplivi okolja na človeški organizem, torej fizikalni (mraz, toplota, vlaga...) in kemični faktorji ter paraziti in bakterije. Pri prehladu imajo seveda prvo besedo fizikalni vzroki.

Ni pa nujno, da človek vedno zboli, čeprav ga k določenemu obolenju vodi njegova konstitucija in okolje. Besedo ima še rezistenca, t. j. odpornost, ki jo za nekatere bolezni lahko podedujemo že od staršev, za druge bolezni pa jo pridobimo. Ta rezistenca spet je pogosto odvisna od okolja, ki jo lahko močno zniža.

Naj bo ta uvod namesto pojasnila, da je za izbruh bolezni potrebno vedno več faktorjev, ki se med seboj krepijo, vedno pa se gibljejo v krogu, ki ga tvorijo notranji in zunanji činitelji in pa rezistenca.

Beseda prehlad v medicinskem jeziku pomeni prav malo, veliko več pa vidijo v njem laiki. Prehlad jim je lažje samostojno obolenje, pa naj bo to v glavi, prsnem košu, trebuhu ali ekstremitetah, glavno je, da je bolezen sprožil

mraz. Kar neverjetno je, kako pomirjeni so ljudje, če jih medicinsko osebje »potolaži«: samo prehlajeni ste. Ker prihajamo prav sedaj v hladnejše in bolj vlažne mesece, ko se bo ta bolezen razcvetela in zajela mnogo ljudi, je prav, da spregovorimo nekaj več o njej, o njenih komplikacijah in zdravljenju, pa tudi o tem, kako se je najlaže ubranimo.

Naš patološki anatom prof. Hribar pravi, da je prehlad ali lokalna ali pa obča lažja in hitra shladitev telesa. Ta padec telesne temperature ni tolikšen, da bi neposredno oškodoval tkiva (n. pr. zmrznjenje), ampak se zaradi slabe prekrvljenosti ohlajenega dela telesa zniža odpornost prizadetega tkiva. Takim naglim ohladitvam je izpostavljena predvsem sluznica gornjih dihalnih poti, zato je prehlad medicinsko: rhino — pharyngo — laryngo — tracheo — bronchitis (rhinitis, pharyngitis, laryngitis, tracheitis, bronchitis). Obolenje je razmeroma benignega značaja, toda če upoštevamo, da so prav v nosu in žrelu vedno bakterije, ki jim je obolela sluznica izvrstno gnojišče, moramo tudi prehlad smatrati za resno obolenje.

Mnogi ljudje so za prehlad zelo občutljivi. Zadostuje jim, da so krajši čas izpostavljeni prepihu, da jih ob nalivu dež samo malo zmoči ali da razgreti popijejo kozarec mrzle pijače.

Naše razglabljanje bo slonelo torej samo na akutnem vnetju gornjih dihalnih poti, ker zdravniki samo to štejemo za — prehlad.

Nahod (rhinitis) je vsakomur dobro poznana bolezen, zato njene simptome ne bomo obnavljali. Poudariti je sicer treba, da je nahod, ki spremlja prehlad, po navadi kratkotrajen. Vendar se mu skoraj vedno pridruži virus, ki bolezen podaljša za kakih 5–7 dni, obenem pa dobi tudi kontagiozen značaj. Malokatero obolenje je tako nalezljivo in ima tako kratko inkubacijsko dobo kot ravno rhinitis. — Najnevarnejša, oziroma najpogostnejša komplikacija pri nahodu pa je gnojno vnetje obnosnih votlin — sinusitis. Zato naj bo vsak nahod, ki traja več ko teden dni in ga spremlja še glavobol ali celo temperatura, resen opomin, da je bolnika treba natančneje pregledati in ga ustrezno zdraviti.

Zdravljenje rinitisa je zgolj simptomatično. Največkrat predpisujemo $\frac{1}{2}$ — 1% raztopino efedrina v fiziološki raztopini ali pa nekatere specialitete, n. pr.: Privin, Privin-antistin (kombinacija z antihistaminikom). Vsi ti medikamenti delujejo na podoben način. Povzročajo namreč vazokonstrikcijo sluznice v nosu. Nabrekla, otekla sluznica za nekaj ur nekoliko upade, zmanjša se sekrecija, zato imajo bolniki subjektivno boljši občutek. Nekako pred dvema letoma pa je prišlo v navado predpisovanje PES kapljic. To je kombinacija efedrina, penicilina in streptomcina v fiziološki raztopini. Namen te kombinacije nam je jasen. Aplikacija teh kapljic z antibiotiki naj bi bila istočasen preventivni ukrep proti že omenjeni komplikaciji — proti sinusitisu. Vprašamo se le, če s takim zdravljenjem vedno koristimo. Znano je namreč, da lahko postane človeški organizem preko sluznic za določene medikamente preobčutljiv. To se lahko zgodi tudi z aplikacijo PES kapljic. Zato je prvotno navdušenje nad to kombinacijo kmalu popustilo. Današnje poznavanje alergičnih manifestacij pri osebah, ki so za antibiotike (predvsem za penicilin) preobčutljivi, nas opozarja, da moramo vselej resno premisliti, preden pri banalnem nahodu tvegamo senzibilizacijo.

Tudi tako upoštevani Privin ni brez nevarnosti. Dolgotrajnejša uporaba tega medikamenta lahko zapusti atrofijo sluznice, zato naj se brez zdravnikove kontrole ne uporablja več kot 7 dni.

Ker s tem sestavkom nimamo namena do nadrobnosti obdelati različne oblike rinitisa in redkejšje komplikacije, naj zadostuje že omenjena ugotovitev, da tudi običajni nahod lahko privede do resnejše komplikacije in ga je zato treba pravočasno zdraviti.

Vnetje žrela (pharyngitis) ni tako redko obolenje, kot bi mislili. Nekateri ljudje — zlasti še, če so kadilci — se prav radi nagibljejo k tej bolezni. Subjektivne težave so predvsem v nekem splošnem neugodju in pekočih bolečinah v žrelu. Bolezen lahko poteka afebrilno, včasih pa registriramo subfebrilne temperature. Objektivno opazimo, da je sluznica v žrelu pordela, otekla, včasih tudi pokrita s svetlim izločkom. Kaj radi uvrščamo to obolenje v skupino influenc, čeprav jasne klinične meje, brez podpore sodobnega virološkega laboratorija ne moremo potegniti.

Faringitis sam, izoliran, običajno ne vodi do hujših komplikacij in se ozdravi v nekaj dneh. Grgranje z raztopino hipermangana ali 3% vodikovega prekisa nima večjega terapevtskega učinka. Nekaj več koristi tuširanje z 1% raztopino pioktatina ali gencianskega modrila. Še največ subjektivnih težav pa odstranimo z običajnimi antipiretiki, med katerimi bi Acysal — aspirin lahko uvrstili na vidnejše mesto. Morda uporabljamo danes že vse preveč različnih kombinacij, učinek pa je, kar bi lahko trdili predvsem pri faringitisu, vedno isti.

Vnetje grla (laryngitis) je lahko samostojno obolenje ali pa se pojavlja obenem z vnetjem žrela in sapnika. Hripavost, ki se lahko stopnjuje do popolne izgube glasu, je najvidnejši znak te bolezni. Zdravljenje z antiflogistikami in inhalacijami mora biti skrbno, da bolezen ne zadobi kroničnega značaja. Ker se v mnogih primerih pridruži bakterijski infekt, so opazili naglo izboljšanje po energični terapiji s penicilinom.

Vnetje sapnika (tracheitis) je v akutni obliki bolezen, ki bolnika hudo prizadene. V ospredju njegovih težav so močne pekoče bolečine pod prsnico. Kašelj je suh in votel, bolniki se ga prav bojijo, ker jim vedno znova oživi bolečino. Bolezen traja nekaj dni. Ko prično bolniki izkašljevati, bolečine popuste in nastopi krajša rekonvalescenca.

Tudi pri tej bolezni običajno ne pride do resnejše komplikacije, če se obolenje ne razširi na bronhe. Zelo pogosto pa sta ravno traheitis in bronhitis v tesni zvezi.

V terapiji traheitisa prepovemo bolniku bivanje v zadimljenem prostoru, če pa je sam kadilec, mora kajenje seveda opustiti. S tem, da smo ga spravili na sveži zrak, so večidel prenehali tudi dražljaji, ki so ga silili h kašlju. Staro in preizkušeno zdravilo pri vnetju sapnika je aplikacija toplote na prsni koš. Pri tem moramo biti previdni, da bolnika ne opečemo ali mu kako drugače ne škodujemo. Še posebno moramo biti pazljivi pri bolnikih, ki imajo hujše okvare srca. Najboljše pa je, da pri njih vobče ne poskušamo z aplikacijo toplote.

Od medikamentov uporabljamo analgetike, antipiretike, morda tudi anti-tusike (Toclase, Ticarda, codein, cedonen). Različni »sirupi« pa bistveno ne vplivajo na bolezensko dogajanje.

Omenili smo že, da ima bolnik spočetka boleč, suh kašelj. Da sluznico vsaj nekoliko ovlažimo, si pomagamo z inhalacijami, lahko tudi z običajnimi hlapci pitne vode. Vodo zavremo in bolnik v primerni razdalji vdihava že delno ohlajene hlape. Če mu taka inhalacija ne prija zaradi prerazdražene sluznice, mu je ne kaže vsiljevati. Zelo moderna je uporaba aerosolov, kjer bolnik po

inhalacijski poti dobi različna zdravila, ki delujejo lahko samo lokalno (če delci zdravila niso manjši od 10 mikronov) ali pa se tudi absorbirajo. Tako so poznani aerosoli z eteričnimi olji (ol. Eucalypti, ol. Pini pum.) ali z efedrinom, adrenalinom, prokainom itd. Pri bakterijskih komplikacijah pa so včasih zelo dobrodošli aerosoli z antibiotiki (vendar moramo računati z morebitno senzibilizacijo!).

Vnetje dušnikov (bronchitis) je lahko samostojno obolenje ali pa je v zvezi z že prej omenjenimi obolenji. Akutni bronhitis je po svoji sliki na prvi pogled precej podoben traheitisu. Že sama bolnikova anamneza pa nam pove, da je obolenje zajelo že nižje dihalne poti. V ospredju ni več lokalizirana bolečina pod prsnico, pač pa spočetka suh, dražeč kašelj, ki bolnika utruja. Bolečina je razširjena na ves prsni koš, posebno na bazalni predel. Ta bolečina je topa, ne pa pekoča kot pri vnetju sapnika. Če jo bolnik projicira v lumbalno regijo ali na pljučne baze in se pri vdihu pojača, je to znak diafragmalgije. Pri takih bolnikih moramo biti posebno pazljivi pri pregledu, če se za običajnim bronhitisom ne skriva morda plevritis. Za grobo orientacijo nam služi analiza kašlja. Zamolkel, suh kašelj govori za bronhitis, nekako pokašljevanje ob istočasnih zbadajočih bolečinah, zlasti enostranskih, pa za plevritis.

Najpogostnejša komplikacija bronhitisa je pljučnica — pnevmonija. Zato nam je vsak bronhitis, pri katerem traja temperatura preko treh dni, sumljiv na pnevmonijo. Če pa bolnikov izmeček postaja krvavkast, imamo skoraj gotovo že opraviti z omenjeno komplikacijo.

Akutni bronhitis se ozdravi v dobrem tednu. Terapevtsko so nam na razpolago ista sredstva kot za zdravljenje pri vnetju sapnika. Aplikacija toplote na prsni koš seveda še zdaleč ne bo imela takega učinka, kot ga ima pri traheitisu. Bolniku moramo omogočiti izkašljevanje, kar dosežemo z nekaterimi ekspektoransi, ki jih vsebujejo že originalni »sirupi«. Ne smemo pa z antitusiki kašlja dobesedno udušiti.

Pri razpoznavanju naštetih obolenj, ki jih dajemo v skupni koš pod imenom prehlad, moramo vedno misliti, če gre res samo za običajni vnetni proces na sluznici gornjih dihalnih poti ali pa se je že pridružil infekt, ki vodi v komplikacijo. S tem opozorilom v zvezi je tudi vprašanje, kako je z aplikacijo antibiotikov pri prehladu. Danes se zavedamo, da so bili terapevti širom po svetu vse preširokosrčni, kar se tiče predpisovanja antibiotikov. Vendar še nismo prišli do tiste stopnje, da bi morali reči: po toči zvoniti je prepozno. Naloga zdravnikov je, da vsak primer posebej precenijo, ali potrebuje antibiotično zdravljenje ali ne, ali gre resnično za bolnika z bakterijskim infektom, ki bo reagiral na predpisani antibiotik ali pa bo ta terapija zgolj preventivnega značaja, morda celo samo poizkus. Pri mlajših ljudeh po navadi nikoli ničesar ne zamudimo, če počakamo kakšen dan, da se obolenje razvije, da je diagnoza točnejša in zato terapija tudi uspešnejša. Nekoliko bolj pa moramo biti popustljivi pri starčkih, posebno še, če so sicer slabotnega zdravja. Samo pri teh, pri diabetikih in včasih tudi pri kardialnih bolnikih ima preventivna aplikacija antibiotikov svojo osnovo. Starčki z emfizemom kaj radi zdrknejo iz običajnega bronhitisa v pnevmonijo, ki jim zaradi preobremenitve srca skrajša življenje. Sladkorno bolne infekt lahko privede v acidozo in komo, kardialnim bolnikom, zlasti onim, ki so preboleli endokarditis, pa lahko bolezen recidivira. Vidimo torej, da je preventivna uporaba penicilina, streptomcina, zlasti pa antibiotikov s

širokim spektrom (teramicina, avreomicina, aktomicina, geomicina, tetracina, kloromicetina itd.) upravičena v zelo neznatnem številu primerov. Še vedno velja pravilo: ordinirajmo antibiotik takrat, kadar imamo pred seboj infekt. takrat pa v zadostni količini in ne s homeopatskimi dozami!

Drugo zdravilo, ki ga menda le precenjujemo pri prehladu, je vitamin C. Dognano je, da vitamin C dviga odpornost organizma in da deluje antiflogistično (zmanjša propustnost kapilarnega ostenja). Vprašanje je le, če so potrebne tolikšne doze, kot jih nekateri predpisujejo. Ljudje z zdravo domačo mešano prehrano imajo tega vitamina dovolj. V bolezni se poraba resnično poveča, zato so v nekaterih primerih potrebne doze od 1000 do 1500 mg, to je 3 tablete dnevno. Bistvenega izboljšanja in skrajšanja bolezni pri dozah do 3000 mg nisem opazil. Če bi pri teh ljudeh preiskovali urin, bi gotovo našli, da se polovica zaužitega vitamina C izloči. Zato kaže pomisliti, če pri navadnem prehladu bolnik resnično potrebuje dodatek vitamina C, ki mu bo služil za zdravilo, ne pa samo za — limonado.

Preostalo nam je še vprašanje preventive pri prehladu. Že v začetku smo ugotovili, da je za izbruh bolezni velikega pomena predvsem okolje s fizikalnimi činitelji. V krajih, kjer je temperatura, zlasti pa nasičenost z vlago dokaj ustaljena — tropski in polarni predeli — prehlada skoraj ne poznajo. Zato je pametno, da se čimbolj izogibljemo naglih temperaturnih sprememb, da se oblačimo primerno temperaturi okolja, da skrbimo za svež zrak v delovnem prostoru in doma (ljude, ki se nagibajo k prehladu, zabranimo tudi kajenje), da izsušimo vlažna stanovanja in da skrbimo za večjo odpornost že pred sezono prehladov, torej že poleti. Limfatični konstituciji prija morska klima, kjer naj se ob zmernem sončenju in telovadbi telo pripravi na muhaste jesenske in spomladanske mesece.

Pg

V okolici človeka na govorimo o glivah, ne sm od njih. Zato si oglejmo n

Glive kvasovke so člo živil. Pivski kvas n. pr. vinske kvasovke so neogi in sirijo mleko. Njihove v oddajajo tod vrsto encin

Glive plesnivke imajo bakterijam pri razgradnji organskih ostankov. Ker nam kvarijo hrano in predmete, potrebne za življenje, bi sodili, da so nam samo škodljive. A novejši čas je pokazal, da je ravno med glivami plesnivkami mnogo zelo koristnih. Z antibiotiki, ki jih proizvajajo, dandanes rešujemo življenje marsikomu, ki bi prejšnje čase, ko niso še poznali njihovih dragocenih sposobnosti, čeprav so jih tu pa tam že slutili, moral pač umreti. Penicilin je n. pr. izvleček čopičaste plesni *Penicillium notatum*. Zemeljske glive *streptomicete* dajejo vrsto različnih antibiotikov, med njimi streptomycin, kloromicetin, avreomicin, teramicin, eritromicin,

pa tudi škodljive. Ko je dokaj odvisno tudi itja z glivami.

pripravo raznih važnih čajajo vzhajanje kruha, vlečne kvasovke kisajo. no pridejo v naše telo, ljenje važne vitamine. ogo. V zemlji pomagajo

širokim spektrom (teramicina, avreomicina, aktomicina, geomicina, tetracina, kloromicetina itd.) upravičena v zelo neznatnem številu primerov. Še vedno velja pravilo: ordinirajmo antibiotik takrat, kadar imamo pred seboj infekt, takrat pa v zadostni količini in ne s homeopatskimi dozami!

Drugo zdravilo, ki ga menda le precenjujemo pri prehladu, je vitamin C. Dognano je, da vitamin C dviga odpornost organizma in da deluje antiflogistično (zmanjša propustnost kapilarnega ostenja). Vprašanje je le, če so potrebne tolikšne doze, kot jih n zdravo domačo mešano prehrano imajo tega vi oraba resnično poveča, zato so v nekaterih prim 1500 mg, to je 3 tablete dnevno. Bistvenega bolj lozah do 3000 mg nisem opazil. Če bi pri teh lju o našli, da se polovica zaužitega vitamina C iz ri navadnem prehladu bolnik resnično potrebuj o služil za zdravilo, ne pa samo za — limonado.

Preostalo nam je še ugotovili, da je za izbruh činitelji. V krajih, kjer j ljena — tropski in polarni da se čimbolj izogibljem merno temperaturi okol, ... adu. Že v začetku smo sem okolje s fizikalnimi ost z vlago dokaj ustaznajo. Zato je pametno, ab, da se oblačimo pri delovnem prostoru in doma (ljude, ki se nagibajo k prehladu, zabranimo tudi kajenje), da izsušimo vlažna stanovanja in da skrbimo za večjo odpornost že pred sezono prehladov, torej že poleti. Limfatični konstituciji prija morska klima, kjer naj se ob zmernem sončenju in telovadbi telo pripravi na muhaste jesenske in spomladanske mesece.

Pogled v mikologijo

Dr. Zlata Stropnik

V okolici človeka najdemo mnogo koristnih gliv, pa tudi škodljive. Ko govorimo o glivah, ne smemo pozabiti, da je naše življenje dokaj odvisno tudi od njih. Zato si oglejmo najprej koristno stran našega sožitja z glivami.

Glive kvasovke so človeku najbliže. Omogočajo nam pripravo raznih važnih živil. Pivski kvas n. pr. je kultura kvasovk, ki omogočajo vzhajanje kruha, vinske kvasovke so neogibno potrebne pri vrenju vina, mlečne kvasovke kisajo in sirijo mleko. Njihove vloge pa s tem še ni konec. S hrano pridejo v naše telo, oddajajo tod vrsto encimov in tudi sintetizirajo za življenje važne vitamine.

Glive plesnivke imajo v človekovi okolici drugačno vlogo. V zemlji pomagajo bakterijam pri razgradnji organskih ostankov. Ker nam kvarijo hrano in predmete, potrebne za življenje, bi sodili, da so nam samo škodljive. A novejši čas je pokazal, da je ravno med glivami plesnivkami mnogo zelo koristnih. Z antibiotiki, ki jih proizvajajo, dandanes rešujemo življenje marsikom, ki bi prejšnje čase, ko niso še poznali njihovih dragocenih sposobnosti, čeprav so jih tu pa tam že slutili, moral pač umreti. Penicilin je n. pr. izvleček čopičaste plesni *Penicillium notatum*. Zemeljske glive *streptomicete* dajejo vrsto različnih antibiotikov, med njimi streptomycin, kloromicetin, avreomicin, teramicin, eritromicin,

karbomicin, rovamycin, neomicin in nistatin. Antibiotične so še številne druge zemeljske glive in plesni. Z njihovo pomočjo se zemlja očisti škodljivih bakterij.

Čeprav so kvasovkam sorodne glive in plesnivke v prirodi zelo razširjene, je med njimi po številu sorazmerno malo tistih, ki so škodljive rastlinam, živalim in človeku. Glivični povzročitelji rastlinskih bolezni povzročajo ogromno gospodarsko škodo. Pri človeku so glivična obolenja (epidermofitija, favus) razširjena v nekaterih pokrajinah enako kot obolenja, ki jih povzročajo bakterije in živalski paraziti. Vendar so smrtni primeri zaradi glivičnih obolenj sorazmerno redki, če jih primerjamo s smrtnostjo pri bakterijskih in virusnih obolenjih. Večinoma povzročajo glive bolezni, ki niso nevarne za življenje človeka, če izvajamo tiste redke oblike glivičnih obolenj, pri katerih je človek že v samem začetku bolezni obsojen na smrt. Tako nam povedo n. pr. statistični podatki o umrljivosti v ZDA, da znaša umrljivost zaradi glivičnih obolenj letno 0,03% splošne umrljivosti. Ta odstotek znese več kot polovico smrtnih primerov zaradi tifusa, tetanusa ali poliomielitisa in polioencefalitisa. Obenem pa je dvakrat tolikšen kakor skupno število vseh smrtnih primerov zaradi paratifoz, bruceloz, noric, stekline, gobavosti, kuge, kolere, rumene mrzlice in povratnega legarja v ZDA. Pri vseh teh bakterijskih in virusnih boleznih so preventivni ukrepi danes že znatno znižali umrljivost, pri glivičnih obolenjih pa profilaksa za zdaj še ni obvezna.

Sodobna medicina se trudi, da bi pri vseh vrstah obolenj ugotovila prave povzročitelje. Bolj in bolj postaja potrebno, da oddeli tudi glivam svoje mesto. V nekateri navidezni dolgoletni tuberkulozi so naknadno odkrili glivično obolenje, velik del trdovratnih kožnih ekcemov je samo občasni zunanji znak okužbe z glivami in tudi marsikateri možganski absces so že stvorile glive. V zadnjih letih narašča zanimanje za glivična obolenja po vsem svetu. Temu so morda vzrok z ene strani izboljšane metode pri spoznavanju bolezenskih povzročiteljev, z druge pa večje potrebe po ugotavljanju glivičnih obolenj v zvezi z uporabo antibiotikov. Naraščajoča uporaba antibiotikov je v zvezi s pojavi, ki jih v času pred antibiotiki nismo poznali: smrt v šoku med injekcijo penicilina, novi tipi infekcij v bolnišnicah in po važnosti ne na zadnjem mestu — usodne glivične komplikacije. Nevarnost glivične infekcije se je povečala tudi za bolnike, ki so jih dolgo časa zdravili s hormoni nadledvične žleze. Za prvotno boleznijo so sicer ozdraveli, naknadno pa so zboleli zaradi okužbe z glivami. Ker se splošna odpornost organizma po prejetju teh hormonov zniža, postanejo glive — prisotne kot saprofiti — človeškemu telesu naenkrat škodljive in povzročijo obolenje. Slavospevi antibiotikom in hormonom nadledvične žleze so upravičeni, dokler so te snovi v večjih rokah in dokler je bolnik, ki jih prejema, pod najstrožjo kontrolo. Vprašanje glivičnih infekcij pri človeku je posebno kočljivo, ker še do pred kratkim vsa številna sredstva za njihovo zdravljenje niso odtehtala enega dobrega antibiotika. Šele pred nekaj leti je uspelo odkriti nekaj uporabnih antibiotikov, ki je z njimi mogoče zavirati razmnoževanje gliv. To so candididin, amfotericin B in nistatin. Njihovo učinkovitost deloma že preizkušajo in ugotavljajo tudi obseg njihovega delovanja. Preventivno jih uporabljajo že med zdravljenjem z antibiotiki in hormoni nadledvične žleze, da bi v kali zatrli tlečo okužbo z glivami. V zvezi z ugotavljanjem glivičnih obolenj se je razvila veda o glivah ali mikologija (mykes pomeni grško goba, gliva). Medtem ko obravnava agronomska mikologija bolezni rastlin in se veterinarska veja mikologije pogloblja v glivična obolenja pri živalih, ima tudi medicina svojo vedo o glivičnih boleznih pri človeku. V nekaterih poglavjih se srečujeta medicinska

in veterinarska mikologija. Medicinska mikologija posega v vse veje medicine: v pediatrijo, interno medicino, dermatologijo, otorinolaringologijo, stomatologijo, ginekologijo, kirurgijo, nevrologijo in onkologijo. Diagnoze glivičnih obolenj prihajajo izpod mikroskopov histoloških in bakterioloških oziroma mikoloških laboratorijev. Ker je največ glivičnih obolenj ravno na koži, so bili prvi zdravniki mikologi med vrstami dermatologov. Tudi Francoz Sabouraud (izgovorimo Saburó), ki je prvi razvrstil povzročitelje kožnih glivičnih obolenj, je bil dermatolog.

Mikoze pri človeku

Obolenja, ki jih povzročajo glive, imenujemo mikoze. Pri glivičnem obolenju v ušesih govorimo o otomikozi (grško: *us*, *otós* = uho), na nohtih o onihomikozi (*ónyx*, *ónychos* gr. = noht), o pljučni, črevesni in vaginalni mikozi. Ker povzročajo n. pr. pljučno mikozo različne vrste gliv (*Actinomyces*, *Nocardia*, *Aspergillus*, *Mucor*, *Candida*, *Histoplasma* itd.) in želimo mnogokrat označiti tudi točno etiologijo, govorimo o pljučni aktinomikozi, nokardiozi, aspergilozi, mukormikozi, kandidijazi, histoplazmozi itd. Brez sodelovanja mikološkega laboratorija ni mogoče podati točno diagnozo glivičnega obolenja.

Vsa glivična obolenja delimo po lokalizaciji in tipu širjenja v dve veliki skupini: v površinska in globoka.

a) **Površinska glivična obolenja** prizadenejo kožo v vrhnjih plasteh. Povzročitelji površinskih glivičnih obolenj imajo večidel sposobnost, da rasto na tistih delih telesa, ki vsebujejo keratin. Z encimi rušijo kemične vezi keratina v koži, laseh in nohtih. Pri trihofitiji (*trix*, *trichós* gr. = las; *phytón* = rastlina, torej rastlinice, ki rastejo na laseh) lahko obolevajo koža, lasje in nohti obenem. Mikrosporija (*mikrós* gr. = majhen, *spóros* gr. = spora, seme), ki jo povzroča gliva z drobnimi sporami, je bolezen keratina v koži in laseh. Epidermofitija (*epidérmis* lat. = kožna povrhnjica, *phytón* = rastlina) pa napada le neporaščeno kožo in včasih nohte, največkrat je prizadeta koža rok in nog. Te vrste glivičnih obolenj imenujemo **dermatofitoze** (*dérma* gr. = koža), povzročitelje pa z eno besedo dermatofite. Tako jih že po skupnem imenu razlikujemo od vseh drugih glivičnih obolenj kože — od dermatomikoz.

Dermatofiti rastejo kot saprofiti na raznih živalskih in rastlinskih ostankih. Ker se zlahka prilagodijo parazitskemu načinu življenja, lahko rastejo po vdoru v povrhnjico dolga obdobja, ne da bi povzročili bolezenske spremembe. Od časa do časa vzplamene in se pokažejo ob zmanjšanju bolnikove splošne odpornosti, ob spremembi letnega časa ali klime. V teh primerih ni potrebna ponovna okužitev iz zunanjega vira, zadostuje le reaktivacija mirujočega mikroorganizma v telesu.

Dermatofitoze so najbolj razširjena glivična obolenja v svetu in tudi pri nas. Vir okužbe je lahko zelo različen. Prvotno nahajališče dermatofitov je žival. Mačka, pes in konj so še danes naravni gostitelji, od katerih se okužijo ljudje. V prostorih, koder se zadržujejo bolne živali, le-tim s kože odpadajo kužne luske in glive ostanejo na stelji ali na posušenem govnu žive še več let. Sčasoma so se nekatere vrste dermatofitov tako prilagodile na človeka, da niso več sposobne povzročati infekcije pri živalih. Bolezen se širi le od človeka do človeka. Med povzročitelji mikrosporije je n. pr. *Microsporum audouinii* izrazito človeški tip, *M. canis* živalski, ki pa napada tudi človeka, tretji tip *M. gypseum* pa je uspelo dokazati tudi v zemlji. Opisali so epidemijo mikrosporije med

delavci na kmetijskem posestvu v Hertforshire-u, kjer je nastala zaradi okužene zemlje. Od teh treh tipov ima le *M. audouini* lastnost, da izgine ob puberteti z lasišča. Takrat se bolezen sama po sebi pozdravi. Mislijo, da so pri spontanem ozdravljenju odločilne spremembe v delovanju notranjih žlez. Maščobne kisline na lasišču odraslih sicer ne delujejo fungicidno (*fungus* lat. = gliva, *caedere* = ubiti), a so pomembne za pridobitev imunosti proti mikrosporiji.

Dermatofiti se zadržujejo na vlažnih mestih, na lesenih tleh kopalnih kabin, na prevlekah naslanjačev, na naslonjalih v vlakih, avtobusih in kino dvoranah. Večje število mikoz so opazovali pri ljudeh, ki se kopljejo v javnih kopališčih in bazenih. Ker so epidermofitije zelo pogostne pri športnikih na nogah, imenujejo Američani to bolezen »atletska noga«.

V nekaterih primerih je poklic posredovalec kožnega obolenja. Neredko obolevajo ljudje, ki opravljajo delo pri živalih (živinorejci, živinozdravniki, vojaki). Kmetско prebivalstvo v splošnem pogostejše oboleva za favusom, katerega povzročitelj *Trichophyton schönleini* je živalskega izvora. Favus prenašajo miši in perutnina. Znano je, da so nehiigienske brivnice prostor, od koder se morejo širiti mikoze na lasišču in bradi.

b) Druga skupina gliv prehaja s površja v globino, prizadene tudi podkožje in vdira globoko v notranje organe. Sposobna je povzročati generalizirane ali sistemske mikoze. Obolenja te vrste imenujemo **globoke mikoze** in so v primeri s površinskimi redkejšje. Medtem ko so si povzročitelji površinskih mikoz med seboj zelo sorodni, najdemo v tej skupini glivična obolenja zelo različnih kliničnih potekov in povzročiteljev. Povzročitelj nokardioze, aspergiloze, mukormikoze, kriptokokoze, histoplazmoze, kokcidioidomikoze, severnoameriške blastomikoze, sporotrihoze, kromoblastomikoze imajo svoje nahajališče v zemlji, na rastlinah ali nekateri v živalskem gostitelju. V človeški organizem pridejo skozi poškodbe kože in sluznic ali z vdihavanjem. Te mikoze praviloma niso prenosljive od človeka na človeka, ob epidemijah se okuži navadno več ljudi iz istega vira.

Tipična globoka mikoza je kronično obolenje z nejasnim začetkom. Ker se razvija počasi, so začetne spremembe na mestu okužbe sprva komaj zaznavne. Nato se širi iz mesta okužbe v okolno tkivo, kasnejše tkivne spremembe zaradi razraščanja glive v globini pa imajo obliko abscesa s tvorbo gnoja ali pa obliko granuloma, podobno kot pri tuberkulozi, sifilisu in novih tvorbah. Ker so po poteku slične raznim drugim obolenjem, je spoznavanje globokih mikoz dolgotrajno in zvezano s težavami. Šele kadar pride v poznejšem stadiju do raztroskov po krvi ali limfi, napreduje bolezen zelo hitro in naglo vodi do fatalnega konca. Tak je tipičen potek globoke mikoze.

Izjemoma potekajo nekatere mikoze akutno. Kokcidioidomikoza je najbolj akutno od vseh glivičnih obolenj, razširjeno predvsem v ZDA. Ljudje se okužijo z vdihavanjem prahu v toplih poletnih mesecih, ko je malo padavin. Navadno poteka bolezen podobno kot influenza in se pozdravi sama. To benigno obliko bolezni imenujejo San Joaquinsko vročico po dolini San Joaquin v Kaliforniji. Ponovna okužitev ima enake posledice kot ponovna okužitev pri tuberkulozi. Spremembe nastajajo v bezgavkah, pljučih, kosteh, sklepih in možganih. Ta oblika kokcidioidomikoze je smrtna, imenujejo jo kokcidioidalni granulom.

c) Posebna oblika mikoze je **miceton**. To ime so uvedli že v prejšnjem stoletju za globoko infekcijo kože in podkožja, združeno z destrukcijo tkiva, od koder preide včasih tudi na kost. Nastajajo votline s fistulami, po katerih izteka

gnoj. V gnoju so čvrsta zrna raznih oblik, velikosti, trdote in barve. V njih je mogoče dokazati povzročitelja. Najpogostnejši micetomi so na stopalu. Ker so prve primere opazovali v Indiji okrog Madure, so bolezen imenovali »madurska noga«. Povzročajo jo lahko prav različne vrste gliv. Pri ranitvi pridejo v prirodi razširjene glive v tkivo in se tod razmnožujejo. Po mestu okužbe so micetomi možni tudi na rokah in na vseh drugih delih telesa. Včasih trajajo celo 15 do 20 let. Tudi bronhiektazije, tuberkulozne kaverne, ciste v pljučih najrazličnejšega izvora rade postanejo mesto, kjer se razvije pljučni micetom. Po vdihavanju glivičnih spor votlino prepletejo glivična vlakna. Ta preplet lahko po bolezenskih znakih posnema katerokoli drugo pljučno obolenje. Večina micetomov se navadno lokalno omeji in se ne razsejejo po organizmu. V domači literaturi je opisan pljučni aspergilom, ozdravljen s kirurškim posegom (Dr. Cestnik, Zdrav. vestnik 1958).

Pri okužitvi so pomembni različni činitelji. V nekaterih primerih je odločilno bivališče v endemičnem kraju, v drugih stalna izpostavljenost zaradi izvrševanja poklica, ki z gotovostjo zadene čas, ko je splošna odpornost organizma znižana. Bolezen se navadno začne na manj odpornem mestu telesa. In slednjič je odločilen činitelj tudi dolgotrajno zdravljenje z antibiotiki ali s hormoni nadledvične žleze.

Po viru okužbe delimo mikoze na **endogene** — povzročajo jih glive, ki so kot saprofiti že prisotni v človeškem telesu, in **eksogene** — pri katerih se človek okuži iz vira izven svojega telesa. Slabotni in slabo prehranjeni otroci z zmanjšano splošno odpornostjo pogosto zbole za gobicami (Soor). V ustih prisotne glive skupine *Candida* se obilno razrastejo v bele obloge ne le v ustih, pogosto tudi v črevesju.

Tudi pri aktinomikozi je vir okužbe v organizmu. Svoje dni so sicer verjeli, da so bolezenske aktinomycete razširjene v zemlji in na travnih bilkah in da se okužimo z žvečenjem rastlinskih stebelc. Danes pa je dokazano, da je večina aktinomycet v prirodi neškodljivih in da povzročitelja aktinomikoze pri človeku ni med njimi. Pač pa so ga našli v večjih množinah v ustih zdravih ljudi, in sicer v zobnem kamnu. Vendar je v njem le malo sposobnosti, da bi povzročil bolezen. Ta se razvije šele, če je splošna odpornost organizma močno znižana. Aktinomycete vstopajo iz ustne votline naravnost skozi poškodbe ustne sluznice v mehka tkiva, v pljuča z vdihavanjem ali pa pridejo pri ekstrakciji zob v krvni obtok.

Največ glivičnih obolenj nastane po okužitvi iz zunanega vira. Histoplazmoza je precej razširjeno glivično obolenje v nekaterih predelih Severne Amerike. Sistematično pregledujejo prebivalstvo v okuženih krajih tudi glede na mikoze, vključno kokcidioidomikozo in histoplazmozo. Ljudje se okužijo z vdihavanjem prahu, v katerem so spore glive *Histoplasma capsulatum*. Znana je epidemija histoplazmoze med skupino vojakov, ki so se zadrževali v opuščnem zaklonišču. V zemlji in na podpornih stebrih v zaklonišču so kasneje dokazali prisotnost histoplazme. Nekatero manjšo epidemijo so izbruhnile med ljudmi, ki so čistili kurnike in gospodarska poslopja v krajih, koder je histoplazma razširjena v zemlji.

Prve primere pljučnih aspergiloz so opazovali v določenih poklicih. V Franciji so se pojavile epidemije med krmilci golobov za trg in med lasuljarji. *Aspergillus fumigatus* je navadna sivozelena plesen, razširjena vsepovsod. Vsakdo vdihava in požira od časa do časa njene spore. Krmilci so dnevno žvečili surovo

žito in ga dajali golobom v požiralnik, lasuljarji pa so čistili lase s plesnivo moko. Tudi drugi poklici, ki so stalno v stiku z okuženim prahom, so v nevarnosti, da prej ali slej zbole za aspergilozo ali kako drugo mikozo. Izpostavljeni so posebno semenarji, delavci pri predelavi žita, tekstilnih in industrijskih rastlin in tudi soboslikarji, ki čistijo plesnive stene. Čeprav so nekateri ljudje močno izpostavljeni, so aspergiloze razmeroma redka obolenja. Najpogostejše se te saprofitne plesni naselijo v ušesu in povzročajo otomikozo. Tu se redko razširjajo v epitelu, navadno uspevajo kot saprofiti na ušesnem maslu.

Kdorkoli je imel kdaj opravka z mikozami, ga bo zanimalo vprašanje, ali je mogoče potrditi sumljivo mikozo z dokazovanjem protiteles v bolnikovi krvi, kot n. pr. pri tifusu ali pri luesu. Na žalost so obrambne reakcije človekovega organizma pri glivični infekciji v zvezi z neznatno tvorbo protiteles in še ta so navadno malo specifična. To pomeni, da od serološke reakcije pri mikozah navadno ne bomo dobili zaželenega rezultata.

Pač pa odgovarja človeški organizem na glivično infekcijo na drug način, podobno kot pri tuberkulozi. Marsikdaj lahko potrdimo sum na določeno bolezen z alergično kožno reakcijo. Tako nam n. pr. trihofitin, t. j. izvleček kulture trihofitinov, potrdi, da se je bolnik okužil s povzročitelji trihofitije, prav tako kot s tuberkulinom potrdimo okužitev s povzročiteljem tuberkuloze. V nekaterih primerih globljih trihofitij so ga uporabljali uspešno tudi pri zdravljenju.

Ne le pri površinskih, tudi pri globokih mikozah služijo alergične reakcije za spoznavanje obolenja. Kokcidiodin (izvleček kulture *Coccidioides immitis*) je med najbolj specifičnimi. Le nizek odstotek ljudi, ki niso preboleli kokcidiodomikoze, odgovarja nanj pozitivno. Nekoliko manj specifičen je histoplazmin, ki daje križne reakcije včasih tudi pri drugih mikozah.

Najrazličnejše glivične spore so razširjene v prahu in v zraku, ki nas obdajata. Neredko se glive naselijo tudi v človeškem organizmu, ne da bi povzročale večje tkivne spremembe. Glive, ki so stalno prisotne v najbližji okolici ali v samem telesu (n. pr. v bronhih ali na črevesni sluznici), prav lahko postanejo pomemben vzročni činitelj pri nastajanju raznih oblik alergije. Bronhalna astma in kožni ekcemi so med najpogostnejšimi. Glive, ki najčešče povzročajo takšno preobčutljivost organizma, so iz vrst *Aspergillus*, *Candida*, *Alternaria*, *Puccinia* in druge.

Zdravljenje mikoz je specialno in zelo zapleteno delovno področje. Številna sredstva za zdravljenje površinskih mikoz se uporabljajo večinoma lokalno. Pri dermatofitozah se menjavajo mazila z močnimi dezinfekcijskimi sredstvi in sevanja z luščilnimi kurami. Aktinomikoza in nokardioza sta dostopni zdravljenju z antibiotiki in sulfonamidi, ki jih mora bolnik prejemati več mesecev. Niti ni mogoče naštetih vseh sredstev, ki so jih do pred kratkim uporabljali za zdravljenje globokih mikoz. Stopila so v ozadje v vseh tistih primerih, kjer je mogoče z uspehom uporabljati nove fungistatične oziroma fungicidne antibiotike. Poteklo je dolgo obdobje, preden smo dobili prve antibiotike, učinkovite pri mikozah. Poznamo jih še prekratko dobo, da bi jih imeli povsod in vedno na razpolago. Saj bi to niti ne bilo zaželeno. Prezgodaj je še, da bi mogli soditi, kakšne senčne strani skriva v sebi zdravljenje z amfortericinom, nistatinom, kandicidinom in drugimi sredstvi. Še vedno pa so nekatere mikoze, kjer tudi ti nazadnje odkriti antibiotiki niso učinkoviti. Pri aspergilozi pljuč in pri mukormikozii je uspeh zdravljenja še vedno odvisen od spretnih rok kirurga.

Duševno zdravje

Dr. M. Mackenzie

V veliko čast si štejem vabilo, da prisostvujem vašemu »Tednu socialne pediatrije«.

Pod strokovnim vodstvom dr. V. Čupića sem imela priliko, da si vsaj nekoliko ogledam vašo čudovito deželo. Resnično prevzeta sem bila ob napredku, ki ste ga dosegli v prizadevanju za zdrav narod, ob vaših načrtih za bodočnost in ob spoznanju, kolikšen pomen pripisujete »celoviti, neokrnjeni osebnosti«, ki mora biti telesno in duševno zdrava.

Problemi vaše dežele imajo svoje posebnosti, kot jih imajo tudi vse druge dežele. Zato zahtevajo ti problemi posebne ukrepe, ki bi ustrezali vašim specifičnim potrebam. Toda kadar gre za človeške odnose, se v nekem smislu najdemo na skupnem torišču. Zato bi predvsem rada spregovorila nekaj o duševnem zdravju kot znanosti o vzpostavljanju človeških odnosov. Če nam uspe, da zajamemo nekaj bistvenega od zastavljenih problemov, sem uverjena, da nam bo veliko lažje odbrati najboljši način, s katerim bo mogoče to znanje izkoristiti v vaših posebnih razmerah.

Naj začnem z zgodbo o Robertu, ki je z enajstimi leti začel izostajati iz šole, uhajati z doma in se pred sodišči zagovarjati zavoljo tatvine. Iz njegove zgodovine vidimo, da ga je njegova mati, ki ga je z ljubeznijo pričakovala, mogla dobiti samo nekaj tednov, dokler ni zbolela za rakom na dojki. Naslednjih petnajst mesecev, do njene smrti, je bil pri njej in je deloma skrbela zanj neka njena prijateljica. Od 15 mesecev do dveh let in pol ga je imela na skrbi teta, o kateri so govorili, da je ž njim lepo ravnala. Nato je prišel k drugi teti, ki je ostala brez ene roke. Ta je bila stroga in je lahko ž njim opravila tako rekoč na mig; pri njej je ostal leto dni. Nato je šel k drugi teti, o kateri je le malo znanega. Ko mu je bilo pet let, se je oče spet oženil in poslej je živel pri njem in mačehi, ki sta pa menila, da je kaj težko imeti ž njim opravka. Z enajstimi leti je Robert postal deček, ki ni zaupal nikomur več in tudi ni bil zmožen, da bi se kaj tesneje povezal s komerkoli od domače družine.

In imel je enajst let, preden se je sploh kdo domislil, da bi zahteval zanj kakršnokoli posebno pomoč. Toda ker je bil že s petimi leti na moč zavrt, je razumljivo, da so se težave, da bi mu kako pomagali, še neizmerno povečale tja do njegovega enajstega leta.

Vsi pač dobro poznamo takšne Roberte iz vsakdanjega življenja. Mnogo je razlogov, zakaj otrokom ne uspe, da bi ustvarili iskrene odnose do svojih mater ali oseb, ki jim nadomeščajo mater. V tem primeru pač nihče ni bil kriv, če mu mati ni mogla nuditi ustrezne materinske nege, ki mu je bila potrebna. Lahko se pa vprašamo, ali se je v preventivnem smislu sploh kaj ukrenilo, da bi preprečili njegov končni razvoj v asocialnega otroka, ki je že v enajstem letu svojega življenja prišel z zakoni navzkriž.

Smoter in prizadevnost vseh staršev težita za tem, da bi jim otroci dorasli telesno in duševno zdravi, zdravnik in zdravstveni pomočniki pa jim morajo pri tej nalogi pomagati.

* Od 11. do 16. X. 1956 v Beogradu. — Op. ur.

Zdravniki smatrajo pri svojem delu za potrebo bistvene važnosti temeljito znanstveno poznavanje anatomije in fiziologije telesa in patoloških procesov, ki spodkopavajo njihov normalni razvoj. Enako so mnenja, da je za duševno zdravje prav tako važno poznavanje etiološke terapije. Če se za trenutek povrnemo k analogiji s somatično medicino in če proučujemo njeno zgodovino, tedaj vidimo, da se znanje ni pojavilo takoj kot urejen sistem. Najprej opazujejo klinično sliko in klinični zdravniki otroške psihiatrije polagoma ob posameznih primerih zbirajo gradivo opazovanih dejstev.

Danes imamo že določeno število sprejetih teorij, ki pojasnjujejo naše opazovanje, čeprav je malo takih, ki zaslužijo, da jim priznamo značaj skrbne znanstvene študije. Kljub temu pa smo lahko optimisti, ker sta terapija in raziskovanje skozi stoletja šla vstric, navdihujoč drug drugega.

Na srečo se kliniki niso nikoli bali, da empirično izkoristijo svoje znanje. Naj navedemo samo en primer iz somatične medicine. Če bi kliniki čakali, da znanstveniki odkrijejo, da je vitamin C odločilen činitelj v preprečevanju skorbuta, bi človeštvo moralo čakati vsaj še poldrugo stoletje, da se reši tega zla. Profilaktična vrednost zelene povrtnine, limon in pomaranč je bila znana mnogo prej, preden so jo znanstveniki mogli dokazati.

Omajano duševno zdravje lahko opredelimo kot neuspeh posameznika v tem, da bi vzpostavil dobre in zadovoljive odnose z drugimi ljudmi. Študija duševnega zdravja pa je študija onih činiteljev, ki podpirajo ali ovirajo ljudi pri vsklajevanju njihovih medsebojnih odnosov. Prvi otrokov odnos do lastne matere — in pozneje do očeta — ali onih, ki mu nadomeščajo roditelje, je važen, ker pomeni temelj, na katerem se bodo gradili njegovi poznejši odnosi.

Prvi otrokov odnos do sveta je zelo neznačen, omejen na osebo njegove matere. Prve tedne največ dni prespi brez stika s svetom, skoraj kakor da še vedno živi v materinem telesu, kadar pa je buden, pokaže s svojimi gibi pri sesanju, da nekaj pričakuje od svoje okolice.

Ne rečem, da ima novorojenček kako jasno predstavo o tem, kar želi, lahko pa poskušamo oceniti značaj njegovih potreb, kakor instinktivno dela njegova mati, ko mu jih zadovoljuje. Na prvem mestu so tu njegove fizične potrebe.

Ne hrani se več tako, ne ogreva in tudi ne ščiti več pred pretresi kakor tedaj, ko je bil še v materinem telesu. Prirojen mu je močan nagon, da sesa in sprejema hrano, obenem pa ima tudi moč, da nase obrača pozornost s svojimi gibi in jokom, s čimer zbudi zanimanje svoje matere. Njegovo pojmovanje lastnih potreb v tem obdobju je difuzno in nediferencirano. Morda se emocionalno toliko naveže na svojo mater samo zato, ker sčasoma začenja v njem spoznavati osebo, ki zadovoljuje njegove potrebe. Nekateri so še vedno tega mnenja. Na drugi strani so pa razlogi, ki nam dajo misliti, da se otrok emocionalno veže na mater po svojem primarnem nagonu.

Opazili so na primer, da se čisto majhni otroci dostikrat na lepem pomirijo v materinem naročju, medtem ko so nemirni in jokajo, če jih ima v rokah kdo drug, in dostikrat od svoje matere srečni primejo za stekleničko, ki so jo pri kom drugem odklanjali. Sposobnost, da izrazi svoja razpoloženja v trenutkih zadovoljstva ali joka, otroku vsekakor pomaga, da mater priklene nase. Če zdaj iz tega povzamemo, da so trenutki, ko je otrok voljan priti z materjo v stik, in da otrok s svojim obnašanjem v največji meri spodbudi materinska čustva, tedaj pač lahko sprevidimo, da otrok brez dvoma ima svojo vlogo v obračanju materine pozornosti nase.

Middelemore in drugi so opazovali in ugotovili pri malih otrocih v njihovem najbolj zgodnjem obnašanju pri dojenju različne reakcije. Opazili so, da so nekateri otroci razdražljivi in nemirni že od samega začetka, da odklanjajo dojko; nekateri so nespomoglivi in brezbrizni, medtem ko nekateri drugi takoj krepko sesajo, a že kmalu izgubijo smisel in jih premaga spanec. Čeprav ne moremo izključiti dednostnega vpliva, se vendar zdi, da vse opažene spremembe v vedenju niso pod neposrednim vplivom dednosti. Tu ni bilo niti neposredne zveze med materinim in dojenčkovim vedenjem, vendar smo imeli podatke, ki so pokazali, da se dojenčki manj vznemirjenih mater lažje prilagajajo kakor dojenčki mater, ki so nervozne.

Spričo tega se zdi, ko da je v dojenčku neka skrivna moč za stvarjanje najbolj zgodnjih odnosov. In prav zato, ker je hranjenje tako tesno povezano z njegovimi prvimi družbenimi odnosi kakor tudi z njegovim telesnim napredkom, se mnoga njegova navzkrižja z ljudmi, predvsem pa z materjo, lahko očitno pokažejo v njegovih navadah pri jemanju hrane.

Obdobje vzajemnega prilagajanja matere in otroka lahko traja nekaj dni do nekaj tednov, kar ni odvisno samo od zadostne množine materinega mleka, temveč tudi od vzpostavljanja enakomernega ritma v otrokovem sesanju. Kadar gre vse dobro že v samem začetku, dobi pogum mati in z njo vred tudi okolica, vendar pa ni vedno tako. S silo potiskati bradavico otroku v usta, kadar jo odklanja, pomeni za otroka neprijetno izkustvo, materi sami pa jemlje pogum.

Če naprej razmišljamo o pričetku dojenja in o vlogi, ki jo ima dojenje v stvarjanju zveze med dvema bitjema, ki sta občutljivi za neuspeh, bomo lažje spregledali, da se nam s kakršnimkoli vsiljevanjem obeta še najmanj uspeha.

Iz narave prilagajanja samega, ki je potrebno za razvoj odnosa mati-otrok, se nam prikazuje nekaj važnih dejstev. Nikakor ni pričakovati, da bo ta odnos srečen, če je način življenja, okoli njiju preveč trd in jima ne da, da bi se pripravila drug na drugega, ko ne upošteva narave impulza z otrokove strani in pa načina, po katerem se vsak otrok lahko nauči, da obvlada svoje želje in jih prilagodi neki drugi osebi, dokler ni psihološko pripravljen. Otroka na primer ne priganjamo, da bi hodil, dokler njegovo živčevje in mišičevje fiziološko ni dovolj zrelo. Prav tako ne moremo od otroka pričakovati, da se bo pravilno vedel, dokler njegov psihološki aparat ni zrel. Zato ravno tudi želimo, da mu psiho obvarujemo deformiranja in telo zaščitimo pred nepravilnim razvojem.

Drugi pogoj, ki je potreben za ustvaritev vzajemnega zaupanja in gotovosti, je vsklajevanje iskrenih odnosov. Opisala sem že, kako da dojenček vedeti, da je pripravljen jesti. Ko otrok pride na svet, še ničesar ne ve o dnevnem programu, ki mu je namenjen, zanj je svet omejen na trenutke, kadar je buden. Če hočemo materi omogočiti, da izkoristi ta trenutek, ji moramo dati tudi kar največ možnosti, da bo čim več s svojim otrokom. V mnogih deželah so danes že daleč proč od rigoroznih metod glede hranjenja ob določenih urah. Mnogokje so izbrali metodo hranjenja, ob času, ko otrok želi sam. Ko presojamo, katera metoda je najboljša, tako za mater kakor za otroka, moramo odločati individualno. So otroci, ki se razmeroma hitro prilagodijo dnevnemu redu, in spet otroci, ki se ne morejo prilagoditi tako hitro. Vendar se je, kot se zdi, v obeh primerih izkazalo, da je prožnejši režim, v katerem lahko mati in otrok ujameta svoj ritem, za mater in otroka manj naporen.

Čeprav je moj predmet duševno zdravje, ste gotovo opazili, da sem se vse-skozi zadržala na območjih, ki jih lahko v celoti smatramo za področje pediatra. Glede na to bi pripomnila, da tako pediatri kakor otroški psihiatri študirajo isti predmet, razlika je le v poudarku, kajti področje raziskovanja je enim in drugim skupno, namreč — otrok. To je važno, ker bi dojenček ne mogel napredovati brez specifičnega znanja, ki ga ima pediater o fiziologiji presnove, sestavi mleka in potrebi po vitaminih. Ravno tako pa psihosomatični značaj hranjenja samega nalaga zdravnikom, medicinskim sestram in babicam, da operirajo s stvarmi, ki so vitalnega pomena za duševno zdravje. Ločiti psihični del od somatičnega ni mogoče niti bi ne bilo pravilno.

Vsa iskrena predanost, ki diha iz novorojenčka nasproti materi, in njegova nemoč ga delata povsem odvisnega od nje in ta odvisnost se v različnih stopnjah nadaljuje skozi vsa otroška leta. Nekako sredi njegovega prvega leta opazamo v njegovem odnosu do matere neko spremembo. Začenja jo razpoznavati kot določeno osebo in ločiti jo od drugih. To je lahko njegova mati ali katera koli druga oseba, ki po navadi skrbi zanj, kot n. pr. krušna mati ali dojilja. Otrok se je postopoma čedalje bolj oklepa in bolj kako prej protestira, kadar ga prepuste, da skrbijo zanj drugi. Čeprav lahko dopusti, da ga krajši čas čuva kdo od domačih, pa zahteva mater, kakor hitro se kaj poškoduje, utruji ali zboli.

To obdobje velike odvisnosti od matere se nadaljuje do tretjega leta, ko začne slabeti. Zatem je odvisnost postopoma vedno manjša, čeprav se od časa do časa pojavlja skozi vsa otroška leta prav do pubertete. Pri mladostniku pa se lahko zopet močno pojavi, samo v bolj komplicirani obliki, pod vplivom drugih kontradiktornih nagonov, ki so za to dobo značilni.

Toda vrnimo se k malemu otroku! Svoj čas so ljudje bili pogosto iznenadeni in razočarani, če je majhen otrok, ki so ga za krajši čas zaupali varstvu ljubeznivih ljudi — v okolju, kjer je prav vse bilo v smislu sodobne higiene in igrač na izbiro neprimerno več kakor pri njem doma — če je ta otrok vsemu temu pokazal hrbet, ne da bi mu bilo vsaj za hip hudo, da je le spet prišla njegova mati, dasi njena materinska skrb ni bila na višku. Vemo pa, da pri močnih emocionalnih občutkih redkokdaj prevladajo razumski argumenti. Mnogo je tudi podobnosti med predanostjo malega otroka materi in stanjem zaljubljenosti. In še popolnejša bi bila slika, ko bi nekaj rekla o materini predanosti otroku, o čemer pa upam, da bom več govorila pozneje. Zdaj bi rada obrnila vašo pozornost na njen močni, vdani in nesebični materinski nagon. Zato se ne smemo čuditi, če se majhen otrok ne meni za pozornost drugih ljudi, pa naj mu hočejo še tako dobro. Gradivo, ki ž njim razpolagamo, nam prepričljivo kaže, če malemu otroku damo priliko, da se dejansko naveže na mater, kako velike važnosti je to zanj, kadar se pojavijo pred njim naloge, dokler se ne usposobi, da prebije več ur dnevno brez matere, kot na primer tedaj, ko hodi v šolo.

V prvih treh letih napreduje in raste otrok v tempu, kot ga pozneje v življenju ne doseže nikoli več. Če se mora boriti s težavami, recimo tedaj, ko ga mati odstavlja, ko ga navaja na čistočo, ko ga uči hoditi in govoriti in še to in ono, mu je potreben občutek gotovosti, ki mu ga daje njena ljubezen in opora. Dobro znano je dejstvo, da se malim otrokom zelo pomembne zde njihove ekskrecije, da se zanimajo zanje in da ob njih uživajo. Če jih hočemo tega odvaditi, ne gre brez težav. Nasprotno, odločno prizadevanje, da otroka privadimo na čistočo, pogosto zadržuje ta proces, kar s svoje strani samo

podaljša otrokovo odvisnost. Nihče ne more dorasti, ne da bi doživel notranje težave in navzkrižja, toda preveč konfliktov hkrati prizadene otroku, dokler je še majhen, mnogo nepotrebnih težkih trenutkov.

Dokaj resnejši je primer otroka, ki klone pod pritiskom okolice, otroka, ki se prezgodaj prilagaja in postane — preveč neodvisen. Ker postaja deloma neodvisen od matere, od nje ne pričakuje več tiste nežnosti in ljubezni, kar nedvomno škoduje iskrenosti njunih odnosov.

Taki otroci dostikrat ne povzročajo nobenih težav in s svojim stanjem ne vzbujajo nobene pozornosti; dejansko si odrasli ljudje razlagajo njihovo dobro vedenje kot poslušnost, ne sprevidijo pa, kakšni notranji konflikti se skrivajo tudi v tem in ostanejo prikriti edinole zaradi otrokove lastne kontrole. Energije, ki na ta način krene v stran, ne moremo izkoristiti za zdrav napredek in razvoj osebnosti. Taki otroci so manj sposobni, da se spoprimejo z različnimi preokretji v življenju, in lahko se zgodi, da jih zruši kak emocionalni napor, kot je n. pr. rojstvo ali smrt v družini ali pretresljivo srečanje v mladosti. Bowlby je postal pozoren na otroka z neafektivnim značajem, kot je Robertov primer, ki sem ga že opisala. Fant se ni več zanesel, da bi komur koli zaupal. Vzemimo pesem, ki jo je napisal, ko ga je zdravil eden mojih kolegov:

»Deček je punčko imel, ki vsa v zelenem je bila.
Nekoč jo v papir je zavil in kraljici poslal.
Tej seve ni bila všeč — predebela je bila,
razbila jo je na kosce in mački poslala.
Mačka ni marala zanjo — presuha je bila,
razbila jo je na kosce in kralju poslala.
Kralju ni bilo do nje — prepočasna je bila,
zato jo prijel je in vrani skoz okno zagnal.«

Pesem malone očitno izraža nekaj od občutkov otroka, ki je pogrešal ljubezni. Takšne skrajne primere je lahko odkriti, toda so razlogi, ki dajo misliti, da je razmeroma mnogo otrok, ki imajo zmanjšano sposobnost za stvarjanje iskrenih odnosov. Taki otroci pa le s težavo izrazijo nekaj navzven in zavolje tega pri njih že v mladosti ali kasneje v zakonu oziroma materinstvu pride hitreje do zloma.

Danes je osvojeno splošno stališče, da majhen otrok čuti primarno potrebo po topli, iskreni in stalni zvezi s svojo materjo ali osebo, ki mu trajno nadomešča mater, in tudi, da se ji bo, če se nanjo naveže v zgodnjih letih, lahko sam začel normalno odmikati, tako da bo dosegel neko trdno neodvisnost, ki bo izvirala iz njegovih lastnih nagonskih teženj po dozorevanju brez njenih pobud.

V tem so daljnosežne posledice, za katere so odgovorni vsi tisti, ki imajo otroke na skrbi. Če se izrazimo na kratko, samo v glavnih potezah, bi rekli, da razlikujemo tri skupine izkustev, ki zmanjšujejo sposobnost za vzpostavljanje dobrih odnosov z ljudmi.

V prvo skupino spada otrok, ki dorašča v ustanovi ali bolnici od svojega rojstva in nima nobene prilike, da bi se navezal na katerokoli osebo in zaeno občutil, da pripada njej; z drugimi besedami, otrok trpi zaradi stanja primarne oropanosti, oropan je nečesa, kar bi normalno moral imeti, pa doslej nikoli ni imel.

V drugo skupino spada otrok, ki je, kot Robert, vzpostavil zveze z materjo in so ga pozneje od nje ločili — stanje oropanosti. To je včasih usoda nezakonskih otrok, ki po določenem obdobju z materjo dobijo vrsto krušnih mater ali preživijo velik del svoje mladosti po domovih. To je tudi usoda nekaterih otrok, ki morajo biti dolgo časa v bolnici in so popolnoma ločeni od svojih mater, dokler so tod. Po nekem obdobju viharnega zadovoljstva, ki od primera do primera variira, se otroci pomirijo, postanejo dobri in se v nekem smislu prijateljsko vedejo nasproti vsem. To dostikrat tolmačijo kot njihovo pomirjenje in prilagoditev. Res pa je pogosto narobe! Če analiziramo globlje, vidimo, da je vse prijateljsko vedenje samo navidezno in zunanje in da v njem ni pravega čustva.

Posledica take izkušnje bo variirala in bo odvisna od več činiteljev. Če je otrok že pred ločitvijo od matere vzpostavil zvezo in če ta ločitev ni trajala dolgo, tedaj lahko na to neprijetno izkušnjo sčasoma pozabi. Dobro je znano, da se po vrnitvi domov mnogi otroci vedejo, kakor da so majhni otročički. in se določen čas nočejo ločiti od matere. Vendar pa se vselej ne poudarja dovolj, da je otrok tem bolj nejevoljen, kadar ga mati zapusti, čim tesnejše so bile med njima vezi. Otrok protestira dalj časa, ker ga njegova vera v mater navdaja z zaupanjem, da se bo ona vrnila, in se dlje lahko vda upanju, da ga resnično ni zapustila. Šele ko ga to upanje mine, postane resigniran in miren, toda njegovo zaupanje vanjo je nedvomno prizadeto in otrok postane, ko se zares vrne k materi, kljub temu da je nanjo bolj navezan, tudi bolj agresiven.

Če podrobneje pogledamo, kaj se dogaja, kadar dojenčku ali malemu otroku o pravem času ne zadovoljimo vseh potreb, tedaj se zdi, da je za njegovo osebnost skoraj gotovo škodljiv ravno ta konflikt med njegovimi libidinoznimi potrebami (njegovimi potrebami, da ljubi in da je ljubljen) in sovraštvom, ki ga ob ločitvi od matere prevzame, ker se je prej čustveno navezoval nanjo.

Ravno zaradi te posebne vezi med otrokom in materjo se otroci dostikrat vedejo norčavo, ko so z materjo — kar dobromiselni ljudje prav pogosto zavračajo na premalo resno vzgojo; toda prav zato, ker je mati tista osebnost, na katero se otrok lahko opre v svojih najboljših in najslabših trenutkih, mu ona nudi idealne pogoje, da se lahko nauči, kako se znajti v konfliktih, ki normalno spremljajo slehernega človeka. V odsotnosti matere je konflikt v marsičem hujši, otrok sam pa brez normalnih sredstev, ki bi mu pomogla, da ga prebrede.

V tretjo skupino spada otrok, ki fizično ni ločen od matere, a ga lahko opredelimo kot otroka, ki je od matere ločen duševno. Tu mislim na otroke, katerih matere so tudi same čustveno neuravnovešene. Tak otrok ne čuti ustrezne materinske ljubezni, ker materi njeni lastni problemi jemljejo sposobnost, da bi ustvarila z otrokom dobre odnose. Izkazalo se je, da so taki roditelji praviloma ljudje, ki so tudi sami imeli nesrečna otroška leta, in očitno je povsem brez koristi, če se koncentriramo samo na otrokove motnje, ne da bi upoštevali tudi njegovo mater. O tem pa imam namen, da povem nekaj več v svojem naslednjem predavanju.

Nekatere oblike otroškega varstva v stanovanjski skupnosti

Olga Vipotnik

VII. kongres Zveze komunistov Jugoslavije določa v svojem programu, da bodi ena poglavitnih nalog — razvijanje najširših oblik široke sistematične in stalne družbene skrbi za otroke. Takole pravi: »Ne da bi zmanjševala vlogo družine pri vzgoji otrok, ki je nezamenljiva, se bi Zveza komunistov zavzemala za to, da se bodo tudi v prihodnje razvijale najširše oblike družbenega varstva za otroke, ki bodo nudile tudi tisto, česar pri vzgoji otrok družina, sestojeca iz staršev in otrok, posebno če je mati zaposlena, otroku ne more dati. Neposredno angažiranje staršev pri razvijanju družbenega varstva za otroke, njihovo sodelovanje v upravljanju vseh teh ustanov za otroke omogoča, da kar najbolj spoznavamo možnosti in potrebe družine in ustvarimo hkrati enotnost družbene in družinske vzgoje.«

Da bi misel, ki jo izraža program, lahko ustvarjalno razvili, je potrebno, da vsaj delno orišemo dosedanje delo, uspehe in pomanjkljivosti na tem področju, ker bomo tako lažje razpravljali o vprašanjih, kako pomagati družini pri varstvu otrok v stanovanjski skupnosti.

V zadnjih letih smo položili temelje širokemu kompleksnemu družbenemu delu za otroke. Odkrivali smo sodobni otroški svet in njegovo problematiko ter probleme naše družine. Nekatera področja smo že proučili ali vsaj osvojili enotna stališča glede poglavitnih vprašanj. V delu za družino in otroka smo si nabrali tudi precej praktičnih izkušenj.

V dosedanje delo za otroka in družino je v Sloveniji vključenih 23 društvenih organizacij. Njihovo prizadevanje je vedno bolj enotno.

Poglavitna pomanjkljivost našega dosedanjega dela je deloma v tem, da nismo mogli pomagati vsem otrokom in družinam, ki so potrebne pomoči, deloma pa v nezadostni sistematičnosti in akcijski smotrnosti. Krive so pa tega deloma tudi materialne težave.

Vendar moramo naglasiti, da postajajo starši v skrbi za svojega otroka vedno bolj aktivni. To je važna subjektivna sila za nadaljnje razvijanje in uveljavljanje družbene skrbi za družino. Razvija se tudi nova zvrst družbenih in strokovnih delavcev za razna nova vzgojna področja. Za izpopolnjevanje tega kadra smo pričeli organizirati tečaje, seminarje in posvetovanja. Nekaj problematike v delu z otroki in z družino polagoma že vnašamo kot učno snov v programe tistih šol, v katerih se izobražujejo prosvetni, zdravstveni in socialni delavci.

Problematika družine in otroka je združila do zdaj različne družbene in strokovne delavce v enotni akciji: zdravnike, pedagoge, pravnike, sociologe, kulturne delavce in tehnični kader. V skupnih naporih so bila sprejeta enotna stališča in enotno prizadevanje tako različnih strokovnjakov je rodilo vidne uspehe.

Danes imamo že precej literature, ki z raznih vidikov obravnava otroka in družino. To so razni priročniki, revije in strokovna glasila, kot na primer: Mladi svet, Naša žena, Sodobno gospodinjstvo, Medicinska sestra na terenu, Babiški vestnik, Vestnik Rdečega križa itd. Vzgojnim problemom posveča vedno večjo pozornost tudi dnevno časopisje. Pripomniti pa bi bilo, da je priročnikov razmeroma še malo, da so le sporadični in da niso dovolj poljudni.

Družbeni upravljalci prosvetnih, zdravstvenih, socialnih in vzgojnih ustanov so se ob pomoči družbenih organizacij dokopali v zadnjem obdobju do spoznanja, da zajema vzgoja otroka tudi skrb za materialne pogoje otroka, skrb za zdravje, izobrazbo, razvedrilo in da je pri tem važen faktor tudi družina. Zato skušajo te ustanove v praktičnem delu vedno bolj vsklajevati svoje delovanje s potrebami družine in obravnavati otroka z vseh vidikov.

V zadnjem razdobju je bilo nešteto skupnih akcij staršev, družbenih organizacij in organov družbenega upravljanja, ki so si prizadevale, da izboljšajo med drugim tudi materialne pogoje posameznih ustanov. Izkazalo se je pa, da je njih resorna delitev na vzgojne, zdravstvene in socialne ustanove ovira za razvoj v nakazani smeri. Poglavitna težava pa je v tem, ker je ustanov za otroke absolutno premalo, saj smo jih še konec lanskega leta (1957) imeli komaj 155.

Z razvojem družbenega upravljanja in demokracije smo dosegli, da postajajo občine vedno bolj organizatorke kompleksne skrbi za vse otroke in da se ta skrb iz kurativne vse bolj spreminja v preventivno skrb. Vedno bolj načrtna in smotrna zaščita in varstvo otrok ter družine je rezultat vedno večje povezanosti med družbenimi organizacijami, organi družbenega upravljanja in organi oblasti.

Zmerom širša aktivnost je narekovala ustanovitev svetov za varstvo družine pri občinah, ki naj bi pripomogli k načrtnejšemu delu občin na tem področju. Delovno področje svetov je jasno določeno, naloge pa so razmeroma težke. Z razvojem stanovanjske skupnosti se ustvarjajo pogoji, da se bodo ti sveti uveljavili tudi v praktičnem delu.

Iz navedenega je razvidno postopno osveščanje družbe in njena skrb za otroke in družino. To pomeni, da smo opravili veliko delo, s katerim smo pomagali družini pri izpolnjevanju nalog, ki jih sama ne zmore. Tako smo pripomogli k vedno večjemu vsklajevanju družinske in družbene vzgoje in ustvarili take pogoje, da bomo lahko v stanovanjski skupnosti še uspešneje reševali najbolj pereča vprašanja, ki tarejo naše delovne družine.

Vedno več je takih družin, da sta zaposlena oče in mati. Ustanove in službe, kjer naj bi otrok prebil čas, ko so starši na delu, pa so zelo slabo razvite. Še najbolj nam te razmere osvetlijo številke. Samo poglejmo!

V Sloveniji je 121 868 zaposlenih žena. Največ jih je zaposlenih v industriji, in sicer 56 610, v gradbeništvu pa 25 843. V teh panogah je zaposlenih največ nekvalificiranih žena, zato je tudi njihov zaslužek majhen. Pač pa je v kulturno-prosvetnih ustanovah, državni upravi in trgovini zaposlenih več kvalificiranih žena. Žal nimamo točnih podatkov, koliko mater je med temi zaposlenimi ženami. Čeprav razpolagamo danes že z najrazličnejšimi statističnimi pokazovalci za razna področja, teh podatkov vendarle še nimamo.

V Sloveniji je 427 927 otrok v starosti do 14 let. Od teh jih je 9865 v ustanovah za otroke, in sicer 4101 otrok uslužbencev, 3762 otrok delavskih staršev, samo 10% pa je tod otrok od mater samohranilk.

Zadeva je toliko bolj pereča, ker imamo v Sloveniji 232 000, to je 75% tako imenovanih malih družin, ki jih sestavljajo oče, mati in otroci, brez ožjih sorodnikov (ki bi lahko pomagali družini pri vzgoji in vzreji otrok). Ne da bi opozarjali na druge probleme, nam že ti skromni podatki govorijo, da si moramo močno prizadevati, če hočemo realizirati nujno pomoč družinam. Prvenstveno bomo morali misliti na delavsko družino, koder sta zaposlena oba roditelja, in pa na matere samohranilke.

Razumljivo je, da postavlja zakon o stanovanjski skupnosti skrb za otroke na prvo mesto. Ob diskusiji osnutkov zakona o stanovanjskih skupnostih se je skrb za otroke tako povečala, da se zdaj pospešeno razvijajo razne občasne oblike dela z otroki: izleti, organizirane igre, prireditve itd. V mnogih krajih se pripravljajo igrišča, ki bodo pod stalnim varstvom ene osebe. Za šolskega otroka skušamo organizirati pomoč pri učenju, najpotrebnejšim pa preskrbeti kosilo. Marsikje že pripravljajo vrtce za predšolske otroke v prostorih, ki so se zanje že dolgo borili. Vendar so to še vedno predvsem le delovni programi Društva prijateljev mladine in drugih organizacij, tako da o zadostni aktivnosti stanovanjske skupnosti na tem področju še ne moremo govoriti. Stanovanjska skupnost se le počasi loteva organizacije varstva otrok, kar je deloma razumljivo, saj gre za oblikovanje mladega človeka, kar pa je dokaj težje od vsega drugega dela, ki si ga nalaga stanovanjska skupnost. Vendar mislimo, da je delni vzrok te počasnosti tudi v tem, da smo premalo pojasnjevali naš koncept in načela o varstvu otrok v stanovanjski skupnosti in da jih nismo dovolj obrazilili in utemeljili. Šele z razstavo »Družina in gospodinjstvo« v Zagrebu in ob »Tednu otroka« razvijamo o teh vprašanih široko javno diskusijo.

Oblike pomoči, ki jih moremo in tudi moramo že danes realizirati, da pomagamo družinam pri varstvu otrok v stanovanjski skupnosti

Od konkretnih oblik bomo opisali najprej tiste, ki jih je lažje uresničiti, a družini vendarle pomenijo nemajhno pomoč. Zatem pa bomo orisali oblike, ki zahtevajo več stalnega prizadevanja staršev, a tudi večje materialne dajatve.

Dvorišče — igrišče

Uredimo otrokom igrišča, da se bodo tod lahko igrali. Otroku je gibanje v naravi nadvse potrebno predvsem zato, ker koristi njegovemu zdravju, njegovemu fizičnemu razvoju. To je danes, ko so stanovanja vedno tesnejša, da otrok v njih skoraj nima prostora, še posebno važno. Na dvoriščih se zbirajo otroci, družijo se mlajši s starejšimi. Za otroka pomeni dvorišče prvi korak v svet, v kolektiv. V mnogih blokih in hišah so se starši že lotili urejanja dvorišč za otroke (na primer v Mariboru in Ljubljani). Z urejenim dvoriščem zelo pomagamo staršem, ki lahko med delom v stanovanju otroke nadzorujejo. Še bolje je, če ima dvorišče varuha. Pri tem varuštvu lahko izmenoma pomagajo starši iz hiše. Lahko pa opravlja to delo varuh, ki ga za to nagradimo.

Naslednja oblika varstva so tako imenovana igrišča. Danes jih imamo že precej. Na nekaterih igriščih se otroci zelo radi mudijo in tudi matere jih rade pošiljajo tja. Imamo pa tudi igrišča, ki ne morejo zaživeti. Zakaj ne? Igrišča so navadno bolj oddaljena od hiše kakor dvorišča, zato matere otrok ne morejo nadzorovati, če ne gredo z njimi ali če igrišče nima varuha. Igrišča brez varuštva torej niso deležna pravega obiska otrok in ne izpolnjujejo tiste naloge, ki bi jo

morala. V bodoče se moramo te stvari drugače lotiti. In kazalo bi omeniti še nekaj! Ko smo urejevali igrišča, smo mislili predvsem na manjše otroke, vse premalo pa smo upoštevali večjega otroka in njegove potrebe po igri, razvedrilu in fizični okrepitevi. Zato v tem smislu preuredimo in razširimo igrišča, kjer je to mogoče. Izkušnje govore, da se otroci različnih dob lepo razumejo med seboj, da se v skupnem sožitju razvijajo med njimi boljši odnosi in da se v igri dopolnjujejo. Zato ne ločujemo igrišč strogo po starostni dobi. Otroci se grupirajo navadno po dejavnostih, ki jih osebno najbolj zanimajo, kot n. pr. šport, mirne ustvarjalne igre in podobno. Zato skušajmo igrišča razdeliti z živimi mejami ali kako drugače, da se bodo na posameznih odsekih otroci lahko nemoteno izživiljali v igrah, ki jih zanimajo. Seveda bomo glede na vrsto dejavnosti otroke njihovi starosti primerno porazdelili v ustrezne skupine. Zlasti velja to za učenje in podobno.

Kaj pa z malčki na igrišču? Ti so še zelo nebolgljeni. Odmerimo jim poseben prostor s peskovnikom in še s kakšnimi drugimi primernimi igračkami, prostor pa zavarujemo z zeleno ograjo. Te otroke je treba nadzorovati, zato naj se žene med seboj pogovorijo o varuštvo.

Opozoriti moramo na izkušnje, po katerih ne kaže urejati prevelikih centraliziranih igrišč. Organizirajmo jih rajši več, pa manjša. Na prevelikih igriščih se otrok ne more vživeti v igro, zato se tod težko ustvari otroški kolektiv.

Še nekaj besed o opremi igrišč. Na splošno so ljudje mnenja, da je ureditev igrišč zelo draga. Doslej smo vedno planirali teren za igrišča, ga posuli s peskom, postavili naprave, ki so bile marsikdaj zelo drage, niso pa otroku dajale prilike za večjo aktivnost. Zato je vse to bilo največkrat odveč, kajti otrok potrebuje naravno okolje tudi na igrišču in hoče ustvarjati tudi tukaj: zato ga oskrbimo z enostavnim in cenenim materialom, z žebli, deskami, gradbenim materialom in podobno. Ustrezno in poceni opremo za igrišča smo prikazali na letošnji razstavi »Družina in gospodinjstvo« v Zagrebu. Ravnajmo tako vsaj pri bodočih igriščih! Vendar je poglavitno, da izpopolnimo njih mrežo. Igrišča so potrebna zlasti v strnjenih starih blokih hiš, kjer ni sončnih dvorišč. Igrišče bo nudilo otrokom varstvo od zgodnje pomladi do pozne jeseni, posebno če ga opremimo z lopami za deževne in hladnejše dni. Do danes smo še vse premalo govorili o vlogi in nalogah igrišč, pa tudi premalo pomagali ljudem na terenu, da bi se igrišča čimbolj uveljavila — in tudi razširila.

Še nekaj občasnih oblik varstva

Danes se vedno bolj razvijajo tudi najrazličnejši načini dela z otroki, ki jih ne smemo prezreti, ko obravnavamo konkretne oblike varstva v stanovanjski skupnosti. Razvijajmo jih še naprej! Te oblike ne terjajo skoraj nikakih materialnih sredstev in tudi organizacijsko niso težko izvedljive. Nekaj dobre volje in razumevanja staršev, pa bomo imeli v bodoče še več skupnih sprehodov, izletov otrok, ogledov znamenitosti in pomembnosti mesta in bližnje okolice, skupnih obiskov raznih predstav, kopanja in podobnega. V nekaterih krajih so se zelo razvila poldnevna in celodnevna letovanja. Običajna letovanja so danes že vsem znana oblika. Potrebno pa je, da še bolj organiziramo zimsko veselje otrok, sankanje in smučanje, drsanje in podobno, kakor tudi najrazličnejše druge zaposlitve: na primer kulturne, športne, tehnične, ki se lepo razvijajo v društvih

in pionirskih organizacijah v šoli, dalje skupna praznovanja itd. Pri vsem tem nam bodo v veliko pomoč mladinci in mladinke, saj mnoge teh oblik niso tako zelo zahtevne in jim bodo mladi ljudje gotovo kos. Tako bomo razbremenjevali starše, dopolnjevali njihovo vzgojno delo z otroki in prispevali k zdravemu razvoju otroka, njegovih duševnih in fizičnih sposobnosti.

Varstvo otroka, ko so starši zaposleni

Delovni ženi oziroma družini najbolj pomagamo, če poskrbimo za varstvo otroka v času zaposlitve. **Kakšno naj bo to varstvo?** Na manjše otroke je treba paziti, da se jim kaj ne pripeti, ker so še nebolgljeni. Omogočimo jim igro in razvedrilo. Za starejše, šolske otroke pa poskrbimo, da se bodo redno učili. **Tako varstvo** moramo poskušati realizirati v stanovanjski skupnosti. Kaj moramo tu predvsem upoštevati? Da vskladimo delovne izmene staršev in šolske izmene otrok! Poleg tega morajo imeti starši občutek, da je njihov otrok v varnih rokah. Tako potem ženo in moža na delu ne bo skrbelo, kaj je z otroki. Duševna mirnost pa je za zvišanje delovne storilnosti zelo važna.

V takšna varstva bomo sprejemali otroke raznih starosti, vendar jih v enem varstvu ne bo smelo biti preveč, če hočemo, da bo otroški kolektiv zaživel. Glede na vrsto dejavnosti bomo upoštevali starost otrok in njih zanimanje ter jih temu primerno razdelili v ustrezne skupine, kar smo omenili tudi že pri otrocih na igrišču. Otroci, ki se bodo zbirali v varstvu, posebno šolski, bodo odhajali tudi v šolo, krožke, društva in se vračali nazaj, kjer jih bo čakal varuh kakor doma starši.

Pri organizaciji tega varstva so poglobitnega pomena prostori. Ti prostori, bodisi pod streho bodisi na prostem, so lahko zelo preprosti, skromno opremljeni. Za opremo lahko porabimo staro pohištvo, posebno v začetku. Nujno pa moramo paziti, da se bo otrok razvijal v čistem, svetlem in zračnem prostoru in da bo zadoščeno osnovnim sanitarnim predpisom. Kleti in podstrešja niso primerna za varstva. Varstva, ki bodo v zaprtih prostorih, moramo dopolniti s prostori v naravi, z igrišči.

Stanovanjske skupnosti, ki imajo več sredstev in bodo opremljale svoje prostore za otroke z novo opremo, naj opozorimo, da mora biti ta oprema funkcionalno zadovoljiva. Zato pa ni treba, da bi bila dražja, lahko je celo cenejša. Na razstavi v Zagrebu je bila razstavljena oprema sobe za šolskega in predšolskega otroka, ki je po predračunih za serijsko proizvodnjo poceni in funkcionalno zadovoljiva. Ta oprema omogoča najrazličnejše delo z otroki in jo po potrebi lahko tudi razstavimo.

Kako priti do prostorov? V začetku tudi z razširitvijo kapacitet ustanov, ki jih že imamo. Vendar bo tak ukrep zaradi majhnega števila ustreznih ustanov pomenil le majhen prispevek k varstvu otrok. **Saj imamo v Sloveniji le 147 otroških vrtcev**, ki so pravzaprav edine ustanove splošno varstvenega tipa za otroke. V te vrtce je vključenih danes 8436 otrok, torej samo 7%. Da bi se vsaj delno pomagalo najbolj potrebnim družinam, se je 17 vrtcev že razširilo v tako imenovane kombinirane otroške ustanove za predšolske in šolske otroke. Vendar so zdaj zasedeni za 20% preko svoje zmogljivosti. **Nešteto prošenj za sprejem** je bilo odbitih. Pri sprejemanju imajo prednost otroci samohranilk in zaposlenih mater. Prostori vrtcev bi se dali še bolj izkoristiti, ker so odprti nekateri le do četrte ali pete ure popoldne. Poleg tega moramo boljše izkoristiti

prostore v naših kulturnih, športnih in podobnih domovih. Poiščimo prostore tudi v ustanovah! Izkoristimo kar najbolj racionalno tudi poslovne prostore raznih organizacij! Socialistična zveza delovnih ljudi okraja Ljubljana je na primer že dala na razpolago svoje terenske prostore. Zatečemo se lahko tudi k ustrežnejšim rešitvam, kot so n. pr. posebni prostori v stanovanjskih blokih.

Kako se bo razvijalo to varstvo? Verjetno v eni sobi, kjer bo pa mogoče — v dveh ali pa celo v več sobah. Glede na utesnjene možnosti se bomo pač morali ozirati tudi na družinske potrebe in bomo pri sprejemanju ponekod upoštevali bolj predšolskega otroka, drugod zopet pa šolskega otroka.

Marsikje bomo rešili problem varstva — samo z novo zgradbo, kar bo tudi smotrnejše.

Varstvo, pa čeprav v eni sami sobi, pomeni že svoje vrste ustanovo, saj gre za stalno in bolj urejeno delo z otroki. Te ustanove bomo imenovali »družinske ustanove«, da tako poudarimo družinsko atmosfero, ki naj bi vladala v njih.

V tem smislu se razvija že lepo število varstev. Posebno lepe uspehe žanje vrtec v Šiški (Lepodvorska ulica). Tod vključujejo šolske, predšolske otroke in celo dojenčke. V vrtec lahko prihajajo otroci za nekaj ur dnevno, bodisi na igrišče ali v vrtec. Tudi če starši zbolijo, je za otroke preskrbljeno. V tem primeru lahko otroci prenočujejo v vrtcu. Ta ustanova deluje tudi ob praznikih, nedeljah in počitnicah. V nekem takem domu v Zagrebu (Tkalčičeva ulica) so pritegnili k delu tudi laike, mladince in starše, tako da je ustanova v celoti zelo povezana z domačim okoljem.

Jasno je, da ob družinskih ustanovah ni izključeno ustanavljanje domov, ki zajemajo bolj eno starostno dobo, kot na primer šolske ali predšolske otroke. Nasprotno, tudi ti so nam potrebni in tudi te moramo razvijati.

V vseh teh ustanovah **gre predvsem** za to, da se ob slehernem delu uveljavi »družinsko« ozačje, kar pomeni čim večjo povezanost ustanov z okoljem, sproščeno aktivnost staršev in drugih državljanov pri delu ustanove ter vedno večje vsklajevanje aktivnosti v teh ustanovah s potrebami družbe in otroka. Le tako bo ustanova v resnici nadomestila starše v času, ko je otrok prepuščen sam sebi.

Gradnja objektov za otroke

Arhitekti in urbanisti se v zadnjih letih vedno intenzivneje ukvarjajo z graditvijo in ureditvijo stanovanj in celotnih naselij, ki naj bi čimbolj ustrezala potrebam delovnega človeka. Sestavni del tega vprašanja so prostori oziroma potrebni objekti za otroke.

Ko se je pričelo razpravljati o stanovanjski skupnosti, zlasti še, ko so urbanisti in arhitekti pripravljali gradivo za razstavo »Družina in gospodinjstvo«, so se vedno bolj pretresala tudi ta vprašanja. V reviji »Progres«, ki je izšla kot dopolnitev razstave in je posvečena stanovanjskim skupnostim, se pri obravnavi stanovanj in naselij posveča še posebna pozornost prostorom za otroke. Razumljivo je, da se v »Progresu« čuti vpliv zahoda in urejanja prostorov za otroke na tamkajšnji način, **kajti pri nas se ta vprašanja temeljiteje obravnavajo** šele kratak čas. V mislih imamo dosledno ločitev objektov za otroka po starostnih dobah tako v poslopih kakor na prostem. Vsekakor je prizadevanje arhitektov v tej smeri vredno pozornosti in ga je treba pozdraviti. **Upoštevati moramo namen revije »Progres«** — kot prispevek k diskusiji o stanovanjski skup-

nosti. Mislimo, da je ta prispevek dragocen za naše področje in da pomeni osnovo za nadaljnje delo. Treba bo nadaljevati in še poživiti razpravljanje o prostorih za otroke ter doseči čimprejšnjo specializacijo nekaterih arhitektov in urbanistov za to gradbeno področje. To problematiko naj bi upoštevali učni načrti visokih šol, ki usposablajo ustrezne strokovnjake. Danes, ko gradimo toliko stanovanj in naselij, je zelo potrebno realizirati zahtevo, da se pri novih gradnjah določijo prostori za otroke — tako v poslopjih kot na prostem. Nekateri ljudski odbori, na primer Ljubljana, Kranj, Maribor, so že sprejeli ustrezne sklepe. **Potrebno pa je, da to store vse občine.** Ureditev teh prostorov moramo doseči tudi pri stavbah, ki se že gradijo.

V že obstoječih naseljih — posebno v starejših — je problem prostorov za otroke še bolj pereč, zato ga moramo reševati vzporedno z novimi gradnjami.

Naloga šole v stanovanjski skupnosti

Šola je v okviru stanovanjske skupnosti najbolj organizirana družbena ustanova, kjer se ustvarjajo osnovni pogoji družbene skrbi za varstvo, izobrazbo in vzgojo otroka. Zato je ena pglavitnih nalog, da ocenimo dosedanje napore šole v tej smeri in da vse pozitivne izkušnje, vse razvite oblike varstva in vzgoje otrok v okviru šole razvijamo dalje. Z reformo šolstva se nam že v bližnji bodočnosti odpirajo izredne možnosti, da bomo še nadalje poglobljali in razširjali vlogo šole, ki naj nam tako ustvari boljše pogoje za varstvo in vzgojo otroka. Predvsem moramo poudariti izredno prizadevnost, razumevanje in požrtvovalnost prosvetnih delavcev, ki so večidel aktivno sodelovali pri uveljavljanju novih oblik varstva in vzgoje otrok in s tem omogočili, da je naša šola še razširila svoj vpliv in področje svoje dejavnosti. Druga, nič manj pomembna ugotovitev pa je, da je zanimanje staršev in ostalih državljanov spričo vse večje skrbi šole za otroka vzporedno raslo in da so starši v odnosu do šole pokazali več kot le zanimanje za svojega lastnega otroka, saj so se začeli aktivno udeleževati pri mnogih širših nalogah šolskega in izvenšolskega dela z mladino. Vse te osnovne spremembe so dobile svojo objektivno podlago, ko se je vzporedno z gospodarstvom začelo v šolstvu razvijati in utrjevati družbeno upravljanje. Obenem pa se je izredno razmahnila tudi aktivnost društvenih in družbenih organizacij v skrbi za pritegnitev, aktivizacijo in vzgojo otroka. Naj omenimo za primer aktivnost v društvi prijateljev mladine, ki so nenehno in vztrajno pritegovala v starešinske pionirske svete in druge komisije vse tiste državljane, ki so pokazali ljubezen in veselje do dela z otroki. Danes je ob šolah 790 pionirskih starešinskih svetov z nad 6500 aktivnimi državljani, razen tega pa 4264 inštruktorjev krožkov, sekcij ter klubov, od katerih je več kot polovica laikov, se pravi neprosvetnih delavcev. Upoštevati pa moramo tudi še, da jih je od 185 000 šoloobveznih otrok bilo v lanskem šolskem letu 105 000 vključenih v najrazličnejše interesne krožke, klube in družine. Razen tega so se vsi otroci najmanj desetkrat v letu udeležili različnih praznovanj, prireditev, tekmovanj, izletov, ekskurzij in podobnega. Kar se tiče varstva in vzgoje otroka, so torej ti društveni organi ob pomoči šolskega odbora, prosvetnih delavcev in ostalih organizacij izvršili pomembno nalogo.

Prav tako uspešno pot v šolo so našle še druge organizacije, ki so v povezavi in koordinaciji s pionirskimi starešinskimi sveti ter občinskimi in okrajnimi

komisijami sodelovale v okviru pionirske organizacije — odreda na šoli ali pa so ustanovile svoje posebne podmladke, sekcije in klube. Ko govorimo danes o stanovanjskih skupnostih, njihovih nalogah, pomenu in vlogi, so nam dose-danji navori šole in vseh subjektivnih činiteljev lahko za primer in vzgled, kako naj med državljeni vzbujamo smisel in zanimanje in kako naj jih pri-tegnemo k tako pomembni in zahtevni nalogi, kot je vzgoja otroka.

Naj to ponazorimo z nekaj primeri. Večja praznovanja, kot teden mladosti, dan vstaje, občinski prazniki, 29. november, 22. december, novoletna jelka in druga, zajemajo vso šolsko mladino. Odveč bi bilo govoriti o moralni, o patrio-tični vrednosti takih praznovanj. Poudariti pa je treba, da so ta in druga praznovanja dobila bogato vsebino in da skoraj ni organizacije in društva, ki ne bi kakorkoli prispevala k njihovi obogatitvi. Dobra koordinacija šole, dru-švenih in družbenih organizacij, armade itd. je v letošnjem tednu mladosti zagotovila bogat in pester program prireditvev, akcij in vsesplošno dejavnost pionirjev in mladine ter sprostila neverjetno iniciativo in ustvarjalnost mladega rodu in starejših v spomladanskem času.

Koordinacija pa ni značilna samo za razna praznovanja. Široko sodelovanje se čedalje bolj uveljavlja tudi pri drugih oblikah vzgoje in varstva mladega rodu.

Lep primer za to je vsakoletna zimska akcija Smučarske zveze, Zveze pri-jateljev mladine, celotnega šolstva in Centralnega komiteja ljudske mladine Slovenije, ki koordinirano organizirajo tečaje množičnega smučanja in pionirske zimske športne igre v smučanju in sankanju. Na desettisoče otrok in mladine se tako vsako zimo uči smučanja pod varstvom in vodstvom. Ob taki in podobni koordinaciji zagotavljajo društva in organizacije najširšemu krogu otrok tudi ostalo športno dejavnost: izletništvo, športne igre, plavanje, elemente atletike, kar vse dopolnjuje splošno fizično vzgojo v šoli. Velikega pomena, ki ga ima za splošno fizično vzgojo društvo Partizan kot najbolj množična telesnovzgojna organizacija pri nas, ni treba še posebej razčlenjevati.

Po zaslugi koordiniranega dela beležimo velik uspeh tudi pri tehnični vzgoji mladine. Ljudska tehnika je v koprodukciji z Zvezo prijateljev mladine, s Centralnim komitejem ljudske mladine Slovenije, s Svetom za šolstvo in sin-dikati v celoletni akciji pod geslom: »**Tehniko pionirjem in mladini**«, dosegla izredne uspehe. S pomočjo najrazličnejših faktorjev so bile ustanovljene in usposobljene mnoge — nove tehnične delavnice in tehnični kotički na šolah. Od nekaj sto pionirskih tehničnih krožkov je naraslo to število v enem letu na 1152 (medtem ko se je povečalo število tehničnih delavnic za 200; v seminarjih pa so se usposobili številni laiki za inštruktorje krožkov). Prav tako so koordi-nacijski odbori za tehnično vzgojo pomagali šoli pri uvajanju tehničnega pouka. Akcija, ki se še nadaljuje oziroma je prerasla okvir običajne akcije, je svoj največji uspeh dosegla prav z aktivizacijo subjektivnih sil, ki so pripomogle, da se je vprašanje tehnične vzgoje v Sloveniji premaknilo z mrtve točke.

Take in podobne oblike koordinacije bi lahko ugotovili na vseh področjih: pri mladinskem tisku, kmetijski vzgoji, na letovanjih, pri organizaciji izletov, partizanskih pohodih itd., itd.

Posebej bi še omenili tajništva za notranje zadeve, ki so širom po Slo-veniji organizirala mrežo pionirskih prometnih krožkov, izdelala program, za-gotovila kadre ter z vso iznajdljivostjo z dobrimi prijemi in oblikami dela med pionirji vzbudila množično zanimanje za prometno vzgojo.

Pomembno vlogo pri delu z mladino imajo mlečne in šolske kuhinje. Ob kuhinjah se že v 200 šolah razvija sistematični pouk gospodinjsko-gospodarske vzgoje. Vse to pa je rezultat dolgoletnega skupnega prizadevanja družbenih organizacij: Ženske zveze, Rdečega križa, Zveze prijateljev mladine, Zavoda za napredek gospodinjstva, Sveta za socialno varstvo, za šolstvo, za zdravstvo in drugih.

Povsem samostojno mesto ima na šoli poleg pionirske organizacije Podmladek Rdečega križa, ki vzgaja otroke v zdravstveno higienskem smislu in zavzema v zadnjih letih vedno bolj pomembno mesto pri izvenšolski vzgoji otrok.

Tako se torej ob naši šoli pojavlja vrsta organizacij in društev, ki hočejo izpolniti, razširiti in poglobiti vzgojna in izobrazbena prizadevanja šole. Vse te organizacije in društva si prizadevajo, da bi bile njihove oblike dela zasnovane na principih prostovoljnosti, na principih otroške organizacije, na principih čim večje samostojnosti, iznajdljivosti, iniciativnosti, odgovornosti in ustvarjalnosti — skratka na načelu otroške samouprave, zato je vloga vseh teh činiteljev še posebno dragocena.

Ker pa je vsa ta dejavnost prostovoljna in opravljajo tako prosvetni delavci kot laiki vse to bogato in široko zasnovano delo brezplačno, nas tudi pri ustanavljanju stanovanjskih skupnosti spremlja misel, da bi se oprli na nesebično žrtvovanje državljanov za splošne koristi skupnosti. V takem položaju bo šola imela v stanovanjski skupnosti važno mesto.

Perspektiva osemletne šole je — postopno uveljavljanje in realizacija šolske reforme. Med naše prve naloge spada vsekakor nadaljnje poglobljanje in razširjanje šole kot družbene ustanove, ki v največji meri vključuje vse subjektivne faktorje pri vzgoji in izobrazbi. Zato bo šola ob pomoči vseh pristojnih činiteljev krepila vse oblike vzgoje in izobrazbe, istočasno pa razširjala in uveljavljala potrebne objekte — delavnice, kuhinje, vrtove, poskusne parcele, športna in druga igrišča, knjižnice, klubske prostore in drugo. Tako bi za otroke v stanovanjski skupnosti bila šola tudi središče njihove zaščite in varstva. Z bogatimi izkušnjami in razvitimi društvenimi in družbenimi organi (šolski odbori, pionirski starešinski sveti, odbori Rdečega križa) ter v povezavi z organizacijami in društvi, ki aktivno sodelujejo pri vzgoji otrok, lahko nudi šola še strokovno pedagoško pomoč organom stanovanjske skupnosti, prevzame del skrbi za varstvo otrok in pomaga aktivizirati in usposobiti kadre, ki bodo prevzeli varstvo v stanovanjski skupnosti.

Katere so bistvene naloge šole v stanovanjski skupnosti

Vsaka šola bo prvenstveno skušala zagotoviti pomoč učencem, ki v šoli slabše uspevajo. Danes se mnogo otrok vozi v šolo. Zanje bo treba urediti prostore, kjer se bodo pripravljali za pouk. Šola bo morala posvečati večjo pozornost tudi drugim otrokom naših zaposlenih družin in jim ustvariti pogoje za izpopolnjevanje šolskih obveznosti v šoli ali v prostorih izven nje. Zato bodo šolski odbori v povezavi z organi stanovanjske skupnosti, z društvi prijateljev mladine in drugimi organizacijami našli primeren prostor v okviru šole, v stanovanjskem bloku, v društvenih prostorih ali kje drugje, kjer se bodo zbirali otroci dopoldne ali popoldne, se učili in delali naloge. Tem otrokom bo treba zagotoviti varstvo oziroma pomoč starejših, da bo učenje potekalo kar se da uspešno.

Šole bodo ob pomoči društev, družbenih organizacij in staršev skušale rešiti vprašanje glede prehrane otrok zaposlenih staršev, in to morda v okviru šolske kuhinje ali na drug ustrezen način. Nedvomno bi lahko subjektivni faktorji pripomogli, da bi bila taka prehrana poceni in izdatna.

Šole bodo še nadalje v koordinaciji, kakršno poznajo zdaj, skušale izkoristiti vse razpoložljive kapacitete, dobiti potrebne prostore za delavnice, klube, igrišča itd. in zaposliti v prostem času v okviru pionirske in drugih organizacij čimveč otrok in mladine. Šolski odbori skupno s starešinskimi sveti lahko izkoristijo iniciativo in ustvarjalnost Ljudske mladine Slovenije, ki je s prostovoljnim delom zgradila že mnogo igrišč. Pri tem delu bodo pomagali tudi starši, z navdušenjem pa starejši pionirji. Šole bodo podprle tudi organe stanovanjske skupnosti, da bi zgradili čimveč preprostih igrišč v bližini stanovanj.

Šola bo skupno z ostalimi organizacijami pomagala usposobiti laične kadre za varstvo otrok v okviru štanovanjske skupnosti. Še posebno dragocena bo strokovna pedagoška pomoč. Laike bo treba izobraziti predvsem za praktično delo, zato bodo izkušnje pionirskih starešinskih svetov in inštruktorjev v krožkih nadvse dragocene.

GOSPODARSKA VPRAŠANJA

Družbene in društvene organizacije za delo z otroki — so v preteklih letih prejemale dotacije, ki niso kdo ve kaj podprle njihovega prizadevanja. V proračunih ljudskih odborov so postavke za celotno delo na tem področju majhne, vendar bi se marsikje vsaj deloma lahko zvišale, če bi bilo več dobre volje in razumevanja. V splošnem lahko ugotovimo, da te postavke niso bile v pravem sorazmerju z ostalimi. Ustanavljali so se tudi skladi, ki naj bi pripomogli k razvijanju zaščite otrok in pomagali utrjevati predvsem nove oblike dela. Leta 1954 je bil na pobudo Zveze društev za varstvo otrok in mladine Jugoslavije **ustanovljen sklad za varstvo otrok**. V letu ustanovitve se je v veliki akciji zbralo 40 milijonov dinarjev, ki so jih prispevala predvsem podjetja. Naslednja leta je **sklad upadel** (leta 1955 je znašal nekaj nad 10 milijonov dinarjev). **Dajatve so pričele bremeniti plačilne sklade podjetij**. Danes pa, ko podjetja brez omejitve razpolagajo s skladom za zvišanje življenjske ravni, bodo ti skladi veliko pomenili za varstvo otrok. V zadnjih letih je naša republika prejela tudi iz **zveznega sklada za varstvo otroka** 12 milijonov dinarjev. S to vsoto smo podprli razvoj šolskih kuhinj, delavnic, knjižnic, letovanj itd.

Da se izboljšajo pogoji za dopuste delavcev in uslužbencev, je bilo iz zadevnega sklada razdeljenih približno 237 milijonov dinarjev. Zveza borcev, Počitniška zveza, Zveza prijateljev mladine, Združenje tabornikov in deloma Centralni komite ljudske mladine Slovenije so prejeli od te vsote 115 milijonov dinarjev. S tem so se utrdile stalne baze za letovanja in izpopolnila oprema, posebno za taborjenje, 122 milijonov dinarjev pa so prejele sindikalne organizacije in Planinska zveza ter Turistična zveza, ki so del te vsote uporabile za izboljšanje otroških letovanj.

Ustanove za otroke in mladino, predvsem domovi in specialne ustanove za otroke, **pa so prejemale pomoč iz sklada za prekrške** (to se pravi predvsem socialne ustanove). 315 milijonov dinarjev, ki so jih od leta 1952 dalje prejele, so porabile za izboljšanje prehrane in za izpopolnitev inventarja. Precej teh sredstev pa se je uporabilo za šolske kuhinje in letovanja. To so le nekateri glavni skladi.

Vlogo skladov pa bo treba glede na nastajanje stanovanjskih skupnosti natančno proučiti.

Ko govorimo o materialnih vprašanjih, moramo omeniti tudi pomoč Unicefa (t. j. Mednarodnega sklada Združenih narodov za nujno pomoč otrokom), ki jo vsi poznamo.

V teh letih smo pri gospodarjenju z materialnimi in finančnimi sredstvi dosegli velik napredek. Tudi skladno delovanje družbenih organizacij je pripomoglo k boljšemu izkoriščanju teh sredstev.

Proračunske ustanove so danes samo šole, medtem ko se jasli, vrtci, domovi itd. vzdržujejo sami. Te ustanove dobivajo iz **proračunskih sredstev** kritje za **plače vzgojnega kadra in za izdatke, ki naj omogočijo vzgojno delo ustanove**. Prispevki staršev pa krijejo vedno bolj režijo uslug, to se pravi predvsem prehrano. Prispevki staršev **so enaki za vse**, socialno potrebnim pomaga socialno skrbstvo s tem, da jim prispeva za vzdrževalnino. Tako plačujejo n. pr. starši približno 2600 dinarjev za šolskega ali predšolskega otroka, ki je v ustanovi ves dan in dobi v njem dve malici in kosilo. Dotacija občinskega ljudskega odbora znaša za tega otroka 3210 dinarjev, **ekonomska cena** pa je 5810 dinarjev. V ustanovah, kjer preživi otrok 8 ur in dobi v tem času tudi izdatno malico, prispevajo starši 600 din, 2320 pa občine. Podobno je tudi v ostalih ustanovah za otroka.

Mislimo, da so otroci, kar jih je zdaj sprejetih v domove, v primeri z drugimi — **v nekem smislu privilegirani**.

Novi zakon o šolstvu nakazuje smer nadaljnjega razvoja v finansiranju šol in delno tudi ostalih ustanov za otroke (predšolskih in dijaških ustanov, internatov ipd.), in to v smislu še večjega prispevanja skupnosti podjetij, družbenih organizacij in državljanov samih. Ta zakon določa, **da lahko postanejo soustanovitelji ustanov za otroke** tudi gospodarske in družbene organizacije, ki se s tem obvežejo, da skupno z ustanoviteljem prevzamejo redno skrb za vzdrževanje ustanov (pri investicijskem in proračunskem vzdrževanju). Prav sedaj potekajo priprave za izdajo ustanovnih listin. Tako listino mora imeti vsaka ustanova.

Zakon o šolstvu se dopolnjuje z zakonom o stanovanjski skupnosti, ki določa, da naj stanovanjska skupnost za pomoč zaposleni ženi in družini pri vzreji in vzgoji otrok ustanavlja ustrezne ustanove. Te ustanove lahko ustanovijo dve ali tri stanovanjske skupnosti, možne pa so ustanove samo za potrebe določenih naselij koristnikov določenih zgradb ali skupine zgradb. Tudi pri ustanavljanju teh ustanov bomo **uveljavili načelo soustanoviteljev**.

Preidimo zdaj k financam, ki omogočajo ustanavljanje varstva v stanovanjski skupnosti — in sicer k dohodkom stanovanjske skupnosti, iz katerih se bodo po zakonu o stanovanjski skupnosti financirale ustanove in službe za vsakdanjo pomoč družini. To so poleg samoprispevka državljanov predvsem dotacije občinskih in okrajnih odborov. **Zelo sprejemljiva oblika te dotacije je dolgoročni kredit**, ki so ga nekatere stanovanjske skupnosti v Ljubljani že prejele. Posebno pa moramo poudariti finančni doprinos gospodarskih podjetij kakor tudi možnost, da se z odlokom ljudskega odbora odredi od stanarine in zakupnine procent, ki ostane stanovanjski skupnosti. Nekateri ljudski odbori so sprejeli že določbo, da morajo investitorji stavb 15% celotne vsote, ki je potrebna za gradnjo, nameniti ustreznim objektom za zvišanje družbenega standarda. Posebno važno je, da bomo v mnogih stanovanjskih skupnostih lahko iz samodoprinosov državljanov ustanovili ustanove za otroke. Samoprispevek se

po zakonskem osnutku odreja v denarju (ali materialu), in sicer ustrezni odstotek od dohodkov posameznih državljanov. Zbor volivcev **pa je tisti organ, ki odreja samoprispevek** in tudi določi, v kakšne namene se sme uporabiti. Seveda je potrebno, da sklep odobri občinski ljudski odbor. To so možnosti, da ustvarimo potrebna finančna sredstva za ureditev otroških ustanov v stanovanjski skupnosti.

Naslednje vprašanje, ki ga moramo obravnavati v zvezi z ustanavljanjem otroških varstev v stanovanjskih skupnostih, pa je vzdrževanje. Pri tem moramo čimbolj uveljaviti načelo, da vzdržujejo te ustanove **starši in koristniki sami** s svojimi prispevki v denarju, materialu in delu. Po predlogu zakona o stanovanjski skupnosti se cene za uporabo električne energije, kurjave in vode ne bodo odrejale v višjem iznosu kakor za gospodinjstvo. Prav tako nakazuje zakon možnost, da se socialno zavarovanje in prispevek v proračun od plač uslužbencev pavšalira ali odreja po pavšalni lestvici. Stanovanjska skupnost ima tudi pravico skleniti občasno delovno razmerje z osebami, ki so občasno zaposlene pri delih v stanovanjski skupnosti. Na osnovi teh postavk smo poskušali sestaviti približen predračun za vzdrževanje takšne ustanove za 60 otrok (šolskih in predšolskih). Seveda naj **služi ta proračun samo za približno orientacijo in v ilustracijo**. V tej ustanovi se mudi otrok 8 ur, čeprav je delovni čas ustanove seveda veliko daljši (od 14 do 16 ur). Taka ustanova bi potrebovala dva do štiri honorarne uslužbence, ki bi bili izmenoma zaposleni po 8 oziroma po 4 ure. Tem bi morali pri delu nujno pomagati starši in prevzeti nekatere obveznosti — n. pr. organizirati sprehode in podobno.

Pri tej ustanovi bi starši prevzeli skrb za čiščenje, za nabavo raznih potrebščin, ki jih potrebujemo pri delu, skoro v celoti sredstva za popravila, ne pa za material za popravila in čiščenje, in končno še razne druge drobne stvari, ki jih je treba urediti. Starši bi v taki ustanovi plačevali za svojega otroka 611 din. Seveda nismo pri izračunu za ceno upoštevali najemnine, ker se bo verjetno povsod krila iz sklada stanarin.

Če bi otrok v ustanovi dobival izdatno malico, bi ta stala približno še 600 din na mesec (po izkušnjah vrtcev).

Starši bi torej za varstvo z malico vred plačevali mesečno 1211 din, v drugem tipu (kjer bi najeli poklicne snažilke) pa 1433 din.

V vrtcih stane kosilo in dvojje malic za enega otroka mesečno 2860 din. Če se režija kuhinje prenese v skupne stroške večjega prehranskega qbrata, bi se hrana za otroka v tej ustanovi pocenila. Stala bi le 2100 din. Te primere navajamo, ker bo prehrano treba uvesti tudi v otroških ustanovah stanovanjskih skupnosti.

Z gospodarskimi ukrepi, ki jih predlaga zakon o stanovanjski skupnosti, bodo ustanove za otroke v stanovanjski skupnosti postale živa stvarnost.

VPRAŠANJE KADROV

Zaradi pocenitve in širšega vključevanja ljudi v delo za otroke bomo angažirali predvsem laike. Ta rešitev je realna, ker tudi danes nimamo zadostnega števila kvalificiranega kadra. Kvalificirani kadri pa bodo lahko veliko pomagali z inštruiranjem in mentorstvom, in sicer zlasti pedagogi z više organiziranih ustanov, kot so vrtci in šole in v nekaterih krajih tudi pionirski domovi.

Kakšne naj bodo osebe, ki jih bomo izbirali za organizirano vodstvo

Mnogo je danes ljudi, ki so si v raznih organizacijah in društvi pridobili nekaj izkušenj pri delu z otroki in dokazali, da imajo do otrok dober odnos in da se zavedajo odgovornosti tega dela. V poštev pridejo predvsem žene, ki še niso zaposlene, kakor tudi starejši ljudje, ki nimajo več stalne službene obveznosti in seveda mladinci. V varstvu bodo lahko zaposleni nekaj ur, pač po svoji zmogljivosti in razpoložljivem času. S tem bo realizirana oblika naprednejše delitve družinskega dela in vsaj delna zaposlitev žena izven doma. Najbolj prizadevnim in sposobnim kadrom, ki bodo imeli voljo poglobljati se v ta vprašanja, bo treba pomagati do kvalifikacije za poklicno izvrševanje tega dela.

Poiskati moramo torej za to varstvo primerne ljudi in jih usmeriti v delo s tečaji, seminarji, hospitacijami v vzornih ustanovah kakor tudi z drugimi oblikami instruktaze in s primernimi priročniki. Tudi strokovna združenja pedagogov bodo morala pomagati pri rešitvi tega vprašanja. Društvo vzgojiteljic že dela v tej smeri in povezuje vzgojiteljice iz vrtcev s kadri na igriščih, v hišnih vrtcih ipd.

Del pedagogov je že ob konceptu varstva imel pomisleke glede na veliko vlogo laičnega kadra pri varstvu otrok v stanovanjski skupnosti in glede na združevanje otrok različnih starostnih dob, kar je gotovo tudi oviralo dosedanje razvoje na tem področju. Vendar ne gre za podcenjevanje in poenostavljanje vzgojnega dela z otroki, kakor so nekateri mogoče mislili, temveč za to, da oskrbimo potrebno pomoč otrokom, ki so je potrebni. Zavedamo se vrednosti strokovnega kadra in prav od njega pričakujemo veliko pomoč pri našem delu, saj bo ravno od te pomoči prav zelo odvisen razvoj otroškega varstva v stanovanjski skupnosti.

Pri delu v varstvih naj bi prevzemali čim več dela starši, n. pr. z občasnimi nadzornimi urami pri pisanju šolskih nalog, pri tehničnih, estetskih zaposlitvah in podobnem. Saj je mnogo staršev, ki znajo te stvari. V mislih imamo na primer tehnike, inženirje, obrtnike, umetnike, skratka strokovnjake vseh vrst.

Za ustrezní razvoj raznih varstvenih oblik za otroka in mladino v stanovanjski skupnosti, predvsem stalnih varstev, ki so naši družini najbolj potrebna, pa bodo morale občine, posebno sveti za varstvo družine, sveti za zdravstvo in šolstvo še marsikaj storiti. Inšpekcijska služba, tako zdravstvena kakor prosvetna in socialna, se bo morala znatno okrepiti in prevzeti vlogo inštruktorja za novi kader v nastajajočih ustanovah stanovanjske skupnosti.

PRIPRAVIMO KONKRETNI PROGRAM POMOČI OTROKU IN DRUŽINI V STANOVANJSKI SKUPNOSTI

Orisali smo nekatere najvažnejše in najosnovnejše oblike otroškega varstva v stanovanjski skupnosti. Da naš program uresničimo, bo treba pri izvršnih in iniciativnih odborih stanovanjske skupnosti čimprej organizirati komisije za varstvo otroka in družine. (Od 19 stanovanjskih skupnosti v Ljubljani ima takšno komisijo doslej ena sama.) Nadaljnje razvijanje dela v stanovanjski skupnosti narekuje izvršnim odborom stanovanjske skupnosti pripravo konkretnih programov za varstvo otrok in družine. Ti programi naj bodo sestavljeni samo na podlagi potreb in dejanskih materialnih možnosti. Zato morajo nujno sodelovati pri sestavi ne samo vsi družbeni činitelji, ampak tudi držav-

ljani oziroma družine. Že pripravljanje programa mora aktivizirati družine in zagotoviti uresničenje.

Vse delo, ki se nam odpira v stanovanjski skupnosti, ko gre za varstvo otroka, terja pri delu večjo načrtnost, hkrati pa enotnost vseh društev in organizacij ter staršev in državljanov.

Družbene organizacije gotovo že razmišljajo o svojih nalogah, metodah dela in o vključitvi v enotni program. Tako n. pr. ima Zveza prijateljev mladine že v načrtu podrobno razpravljanje o vlogi in nalogah njenih društev v stanovanjski skupnosti.

S tem pa vprašanje o varstvu otroka in družine v stanovanjski skupnosti še ni obdelano v celoti. V mislih imamo tudi še socialno in zdravstveno obravnavanje otroka in družine v stanovanjski skupnosti itd. Postopno uveljavljanje stanovanjskih skupnosti, ko gre za pomoč družini, pa zajema kot eno bistvenih vprašanj današnjega časa tudi vprašanje socialističnih odnosov med ljudmi.

Tule smo skušali v zvezi z varstvom otrok v stanovanjski skupnosti zbrati in obdelati samo osnovne probleme, vendar z željo, da se kritično še pretresejo, posamezna stališča pa dopolnijo in popravijo.

Razširjeno g v s

1. Pojem gospodinj

Ko govorimo o tem, liko z odločilnim vplivo: razširjenem gospodinjstvu o njegovi vlogi v gospod

Gospodarski proces
Gospodinjstvo ima svoje

potrošnji. Večji del dobrin, ki jih je ustvarila proizvodnja, se steka preko razdelitve in menjave v gospodinjstvu, v zameno pa dajejo gospodinjstva proizvodnji delovno silo, ki je osnovni pogoj gospodarskega procesa. Obseg dobrin, ki se trošijo v gospodinjstvih, je ogromen. Od skupnega narodnega dohodka so v letu 1956 potrošila gospodinjstva 848 milijard dinarjev ali skupno z investicijami za družbeni standard, ki so znašale v tem letu 131 milijard, torej 64,9% vsega narodnega dohodka.

Te številke kažejo, kako važen činitelj so gospodinjstva v gospodarskem procesu.

Perspektivni družbeni plan za leto 1956—1961 predvideva v osebni potrošnji povprečen letni dvig za 7,3%, to se pravi: vedno večji delež narodnega dohodka se bo stekal v gospodinjstva za zadovoljevanje potreb, za dvig življenjske ravni.

Ni pa važen samo obseg družbenega bogastva, to je količina dobrin in storitev, ki jih gospodinjstva trošijo, važen je tudi način zadovoljevanja potreb, ki se kaže v strukturi potrošnje. Tudi struktura potrošnje se bo po navedenem planu izboljšala s povečano potrošnjo industrijskih proizvodov.

gove oblike sti

darskem procesu

rost novo družbeno ob-
sa, o tako imenovanem
esed o gospodinjstvu in

menjavo in potrošnjo.
podarskega procesa — v

ljani oziroma družine. Že pripravljanje programa mora aktivizirati družine in zagotoviti uresničenje.

Vse delo, ki se nam o otroka, terja pri delu večjo organizacijo ter staršev in državo.

Družbene organizacije in o vključitvi v enotni plan že v načrtu podrobno razpravljajo v stanovanjski skupnosti.

S tem pa vprašanje o še ni obdelano v celoti. V navajanje otroka in družine stanovanjskih skupnosti, ki vprašanj današnjega časa

Tule smo skušali v zvezi s stanovanjskimi skupnostmi in obdelati samo osnovne probleme, vendar z željo, da se kritično še prepresejo, posamezna stališča pa dopolnijo in popravijo.

, ko gre za varstvo teh društev in organizacij.

alogah, metodah dela prijateljev mladine in društev v stanovanjski skupnosti.

anovanjski skupnosti in zdravstveno obravnavo kot eno bistvenih odnosov med ljudmi. Stanovanjski skupnosti zbrati

Razširjeno gospodinjstvo in njegove oblike v stanovanjski skupnosti

Cilka Malešič

1. Pojem gospodinjstva in njegovo mesto v gospodarskem procesu

Ko govorimo o tem, da pomeni stanovanjska skupnost novo družbeno obliko z odločilnim vplivom na življenje delovnega človeka, o tako imenovanem razširjenem gospodinjstvu, moramo spregovoriti nekaj besed o gospodinjstvu in o njegovi vlogi v gospodarskem procesu.

Gospodarski proces obsega proizvodnjo, razdelitev, menjavo in potrošnjo. Gospodinjstvo ima svoje mesto v zaključnem delu gospodarskega procesa — v potrošnji. Večji del dobrin, ki jih je ustvarila proizvodnja, se steka preko razdelitve in menjave v gospodinjstvu, v zameno pa dajejo gospodinjstva proizvodnji delovno silo, ki je osnovni pogoj gospodarskega procesa. Obseg dobrin, ki se trošijo v gospodinjstvih, je ogromen. Od skupnega narodnega dohodka so v letu 1956 potrošili gospodinjstva 848 milijard dinarjev ali skupno z investicijami za družbeni standard, ki so znašale v tem letu 131 milijard, torej 64,9% vsega narodnega dohodka.

Te številke kažejo, kako važen činitelj so gospodinjstva v gospodarskem procesu.

Perspektivni družbeni plan za leto 1956—1961 predvideva v osebni potrošnji povprečen letni dvig za 7,3%, to se pravi: vedno večji delež narodnega dohodka se bo stekal v gospodinjstva za zadovoljevanje potreb, za dvig življenjske ravni.

Ni pa važen samo obseg družbenega bogastva, to je količina dobrin in storitev, ki jih gospodinjstva trošijo, važen je tudi način zadovoljevanja potreb, ki se kaže v strukturi potrošnje. Tudi struktura potrošnje se bo po navedenem planu izboljšala s povečano potrošnjo industrijskih proizvodov.

Izpolnitev plana, ki pomeni bistveno izboljšanje življenjske ravni, pa je odvisna od tega, za koliko se bo povečala produktivnost dela.

Osnovni pogoj za ohranjanje in porast storilnosti pa se ustvarjajo v gospodinjstvu, ki zadovoljuje potrebe po hrani, oblačenju, počitku in razvedrilu ter kulturnem življenju.

Gospodinjstvo lahko kaj različno zadošča vsem tem pogojem. Ne smemo pozabiti na dejstvo, da je gospodarski razvoj v letih po osvoboditvi močno vplival na strukturo gospodinjstev. Število zaposlenih raste, vedno več žena gre v poklicno delo in se zaposluje bodisi v družbeni proizvodnji ali na drugih področjih življenja.

Ves ta proces menja strukturo gospodinjstva v smeri vse večjega zaposlovanja žene izven doma in načjenja s tem nove probleme, ki jih pomaga reševati oblast s pomočjo aktivnosti državljanov. O tem je razpravljal tudi Brionski plenum, ki je dal smernice, kako bomo na organiziran način uspešneje reševali vprašanja, ki zadevajo družine zaposlenih ljudi.

V stanovanjskih skupnostih se že porajajo najrazličnejše oblike pomoči gospodinjstvom, kot so servisi in službe, organizacija preskrbe, ki delajo predvsem za razbremenitev družine in za boljše zadovoljevanje potreb. Zarodki teh oblik so sad dela družbenih organizacij; stanovanjska skupnost, temelječa na medsebojni pomoči državljanov, pa jih s svojim programom povezuje v nedeljen sistem razširjenega gospodinjstva na določenem območju.

2. Kako se oblikuje pomoč družinam v mejah stanovanjske skupnosti

Preden preidemo na pomoč družini v mejah stanovanjske skupnosti, moramo predvsem predstaviti tiste oblike, ki že obstoje in doprinašajo znaten delež k razbremenitvi in zadovoljevanju najnujnejših potreb delovnih ljudi in njihovih družin v mestih in industrijskih centrih.

Poudariti pa moramo, da bomo lahko z uspehom reševali vse probleme družin v stanovanjskih skupnostih edinole, če nam bo uspelo vključiti v delo kar najširši krog državljanov. Le tako bomo lahko ugotovili najnujnejše potrebe, proučili vse možnosti in z njimi seznanili ljudi, nato pa skupno poiskali tudi rešitev. Prvi pogoj za vsak uspeh pa je seveda akcija, ki povezuje čim širši krog prizadetih ljudi. Samodoprinos državljanov se začneja že s tem, da ljudje sami mislijo in iščejo rešitve skupno z aktivom, obenem pa skušajo najti možnosti, da bi razne oblike pomoči vzdrževali prvenstveno sami v mejah svoje stanovanjske skupnosti. Le če je problem tak, da ga ni mogoče rešiti drugače, gredo iskat pomoč od zunaj. Spoznati pa morajo tudi možnosti, ki z njimi razpolagajo občine in gospodarske organizacije za pomoč skupnostim.

DRUŠTVENA PREHRANA IN PREHRANA OTROK

Vse analize družinskih problemov ugotavljajo, da je najtežje vprašanje, kako organizirati prehrano za družino zaposlene žene. Priprava hrane je tista vrsta gospodinskega dela, ki ga mora žena opravljati najmanj trikrat na dan in ki potegne za seboj celo verigo drugih opravil — nakup in donos živil, pospravljanje, donašanje kurjave itd. Po anketi, ki jo je izvedel Zvezni zavod za napredek gospodinjstva v Sloveniji, porabi zaposlena mati dveh otrok vsak dan polovico svojega časa samo za pripravo hrane in nakup, čeprav porabi v primeri

z njo poklicna gospodinja za pripravo hrane neprimerno več časa. To pomeni, da ima zaposlena žena za to opravilo na razpolago le malo časa in da mora napeti vse sile, če hoče spraviti skupaj zajtrk, obed in večerjo, medtem ko je kvaliteta hrane še vprašanje zase. In posledice v družbenem smislu? Zaposlena gospodinja, ki pripravlja hrano v takih okoliščinah in pod takimi pogoji, je prikrajšana pri nujno potrebnem počitku za obnovitev delovne sposobnosti. Razen tega hrana ni pripravljena ob pravem času in je največkrat tudi enostranska — tako da ne zadovoljuje potreb družinskih članov. Predvsem seveda gre tu za tako imenovani glavni obrok hrane, zajtrk in večerja sta manj zahtevna, tudi je tedaj glede na prosti čas več možnosti za pripravo sveže hrane. Priprava glavnega obroka pa je tem težja, če imajo zaposleni starši šoloobvezne otroke, katerih urnik se ne ujema z njihovim delovnim časom. Če prenesemo glavni obrok izven doma, s tem tudi že dosežemo, da se družini bistveno zboljša način življenja.

Prehrana predšolskega otroka zaposlenih staršev se mora reševati skupno s splošno skrbjo za tega otroka, prehrani šolskega otroka pa je posvetiti še večjo pozornost.

Družine zaposlenih staršev, zlasti delavcev, so pretežno navezane več ali manj same nase. Za prehrano njihovih otrok so doslej res veliko storile edinole šolske mlečne kuhinje.

Šolske mlečne kuhinje

Posvet o družbeni prehrani, ki ga je organizirala Zveza ženskih društev s prizadetimi organizacijami in zavodi na svojem ustanovnem občnem zboru, je bistveno pomagal pospešiti njihov razvoj. Z načrtnim povezovanjem vseh činiteljev in z ustanovitvijo okrajnih zavodov za pospeševanje gospodinjstva, ki so mnogo pripomogli k utrditvi in izboljšanju prehrane v šolskih kuhinjah, smo opravili veliko delo, toda izpolnili smo s tem le del sklepov, sprejetih na tem posvetovanju.

Na področju Slovenije je obratovalo v januarju t. l. 1406 šolskih mlečnih kuhinj, v katerih je prejemale malico 217 815 otrok, kuhinje so torej zajele 88,5% vseh šolarjev. Pomen šolskih mlečnih kuhinj je večstranski: otrokom nudijo dopolnilno prehrano, predvsem tiste elemente hrane, ki jih doraščajoči organizem zaradi slabega načina prehrane pri nas najbolj pogreša: živalske beljakovine in kalcij;

pomenijo delovno in finančno razbremenitev gospodinjstva — predvsem zaradi tega, ker večina ne bi mogla nuditi otrokom tako izdatne malice;

imajo velik vzgojni pomen: v prvi vrsti navajajo otroke k večjemu uživanju mleka, to je k ustrežnejši prehrani, h kulturnemu občevarju pri hrani in k temu, da se uče ceniti, kar jim nudi skupnost.

Število oskrbovancev se je v primeri z letom 1955 štirikrat pomnožilo, to pa predvsem po prizadevanju družbenih organizacij: Rdečega križa, Zveze ženskih društev, Zveze zadružnic ter državnih organov in ustanov, svetov za socialno varstvo in zavodov za pospeševanje gospodinjstva, zlasti pa šolskih odborov. Finančno pomoč so nudili okrajni zavodi za socialno zavarovanje in občinski ljudski odbori. Ti so samo v mariborskem okraju v letu 1957 dali 9 milijonov za opremo šolskih mlečnih kuhinj. Mnogo pa si je prizadeval tudi pedagoški kader, saj je na večini šol vse breme upravljanja z mlečnimi kuhinjami ravno na učitelstvu.

Če primerjamo promet šolskih mlečnih kuhinj v letu 1954 s prometom v letu 1957, ugotovimo, da v letu 1954 starši niso krili niti 25% obratovalnih stroškov (inozemski pomoč tu ni vračunana), medtem ko so jih lani krili nad 50%. To dokazuje, da tudi starši razumejo pomen šolskih mlečnih kuhinj in so ponekod celo sami predlagali zvišanje prispevkov.

Ne glede na to, da za poslovanje šolske mlečne kuhinje nimamo ustreznih pravnih predpisov, je spričo njihovega pomena Svet za šolstvo LRS v začasna priporočila o novih gradnjah vnesel določilo, da mora prostor za mlečno kuhinjo imeti vsaka šola. Za uspešen nadaljnji razvoj šolskih mlečnih kuhinj pa je potrebno:

da jim ustrezni zakonski predpisi zagotovijo stalnost. Zlasti veliki so problemi v nekaterih kmečkih področjih, kjer imamo zaradi zaostalosti in velike obremenitve kmečke matere v proizvodnji številne primere nedohranjenih otrok. Šolske mlečne kuhinje so na vasi vsaj tolikega pomena kot v mestih. Imamo pa še primere, ko starši za zajtrk dajejo otrokom zavreto šmarnico. Slabe prehranske navade so najbolj trdovratno zlo in jih je mogoče spremeniti samo s sistematičnim delom. Zato je v šolskih mlečnih kuhinjah treba postopoma uvesti strokovno vodstvo, ki bi ga prevzele bodisi strokovne učiteljice gospodinjstva in bi se jim delo v šolski mlečni kuhinji štelo v obvezne tedenske ure, ali pa bi ga prevzela v občini nastavljena učiteljica gospodinjstva, ki bi bila zadolžena s prehrano mladine. Doslej so zavodi za pospeševanje gospodinjstva prirejali tečaje za kuharice v šolskih mlečnih kuhinjah, kot člani koordinacijskih odborov pa so obenem vodili strokovni nadzor. Pri taki razširitvi mlečnih kuhinj in ob tolikšnem pomanjkanju strokovnega kadra na teh zavodih ter spričo obilice drugih dolžnosti bi pa oni sami ne mogli več dajati strokovne pomoči sleherni šolski mlečni kuhinji.

Poleg zakonske afirmacije in sistematičnega nadzora nad šolskimi mlečnimi kuhinjami pa se mora še nadalje utrjevati družbeno upravljanje teh ustanov. V ljubljanskem okraju je Svet za socialno varstvo že izdal navodila za poslovanje posebnih odborov za mlečne kuhinje, ki jih vodijo člani šolskega odbora. Ti odbori rešujejo vse probleme, tako materialne kot organizacijske. Problematiko šolskih kuhinj obravnavajo že skoraj povsod šolski odbori na svojih sejah, treba pa bi bilo storiti še korak naprej in razbremeniti pedagoške delavce vseh upravnih poslov. Seveda je potrebno, da za kuhinjo tudi v šoli odgovarja eden od pedagoških delavcev. Med letom je treba napraviti in že v proračunu šolske mlečne kuhinje predvideti vse priprave zanj, tako da začne šolske mlečne kuhinje poslovati obenem z začetkom pouka, česar letos niso storile vse šole.

Šolske mlečne kuhinje so važen člen v prehrani otrok, niso pa edina oblika, ki bi mogla rešiti vso težko problematiko družinske prehrane. Le počasi se uvajajo

šolske kuhinje z opoldanskim obrokom, dijaške kuhinje z vso hrano in druge oblike prehranjevanja otrok

Brez dvoma so te vrste kuhinj zahtevnejše glede opreme. Že materialni izdatki za hrano so višji kot v mlečni kuhinji, ki temelji za zdaj na mednarodni pomoči. Potrebe pa so pereče. Zato si moramo resno in na vso moč prizadevati, da rešimo vprašanje otroške prehrane na svojem področju. Naj samo za primer navedem: pred kratkim so na dveh ulicah v Ljubljani analizirali življenje otrok, ki so prvič stopili v šolo, v predšolski dobi pa so se oskrbovali v vrtcu. Ugotovili

so, da se brez redne prehrane potepa 30 najmlajših šolarčkov, ki so jih nato vključili v šolsko kuhinjo oziroma v vrtec za šolske otroke. Imamo pa primere, da se vozijo vajenci iz oddaljenih naselij v šolo, kjer čakajo tudi do 11. ure zvečer na vlak in se vračajo pozno ponoči domov, ne da bi tudi po 12 ur užili kaj toplega. Problem vajencev je najbolj pereč in povezati ga moramo s problemom vseh otrok, ki se vozijo v šolo. Za ureditev njihove prehrane so dane razne možnosti, ki jih morajo šolski odbori po temeljiti analizi sedanjega stanja iskati skupno z odbori stanovanjskih skupnosti.

V Kranju se 120 šolskih otrok hrani v vrtcu, ki so ga uredili v nekdanji gostilni. Tu kuhajo v treh izmenah, v prvi za 80 otrok, ki žive v vrtcu, in v dveh izmenah za 60 otrok, ki so se na novo vključili vanj. Na Vrhniki so prav tako organizirali šolsko kuhinjo v vrtcu za predšolske otroke, kjer tudi kuhajo v dveh izmenah. V Trzinu se hranijo v tamkajšnjem dijaškem internatu šolarji, ki nimajo doma urejene prehrane. Šolske kuhinje v Šentvidu, na Viču, v Litiji in Mengšu zajemajo vajece, osnovnošolske otroke in dijake. Potrebno je, da dodele tudi tem šolskim kuhinjam okrajni oziroma občinski koordinacijski odbori Rdečega križa hrano iz mednarodne pomoči, ker je ta prvenstveno namenjena otrokom. Čeprav šolske mlečne kuhinje in vse podobne oblike otroške prehrane še daleč ne zadovoljujejo potreb, pa je z njimi že dana možnost za njihov širši razmah. Od šolskih odborov in od aktivizacije prebivalcev v mejah stanovanjske skupnosti pa je odvisno, kako se bo reševalo to vprašanje.

V Sloveniji imamo 37 šolskih kuhinj s 6045 oskrbovanci. Lotimo se dela, začnimo s samoprispevkami staršev in z mobilizacijo vseh sredstev, namenjenih za dvig standarda. Tudi gospodarske organizacije so v preteklem letu že prispevale del sredstev v te namene (Impol v Slov. Bistrici in tovarna dušika v Rušah). Večja naselja s popolnimi osnovnimi šolami bodo morala poskrbeti za otroke, ki bodo iz oddaljenih področij hodili v višje razrede osnovne šole. Te šolske kuhinje naj temelje na samoprispevkih, in to v naturalijah in v denarju. Lepe primere šolskih kuhinj na vasi imamo v Savinjski dolini, prve začetke na Robu na Dolenjskem in v vasi Raven nad Sečoveljami, kjer vzdržujejo kuhinje starši predvsem s prispevki v materialu. Kakor pri šolskih kuhinjah, tako je tudi pri vseh drugih oblikah otroške prehrane v skupnih obratih nujno potrebno, da se uvede strokovno vodstvo v kuhinjah in sistematično nadzorstvo sanitarne inšpekcije. V nomenklaturi poklicev so po prizadevanju Zveze ženskih društev in Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva že uvedeni novi gospodinjski poklici, med njimi tudi zavodska kuharica. Ta je predvidena za obrate družbene prehrane. Postopno bi moral strokovno večš kader prevzeti predvsem obrate mladinske prehrane, vodstvo in nadzor nad njimi pa bi morala imeti gospodinjska učiteljica na šoli ali v občini. Lahko se pa prehrana otrok vključi tudi v obrate družbene prehrane v stanovanjski skupnosti, pri čemer ostane potreba po sistematični vzgoji kuharskega kadra in po strokovnem vodstvu gospodinjske učiteljice še nadalje ista.

Pri ustanavljanju šolskih kuhinj moramo predvsem gledati, če so kje na področju neizkoriščene kapacitete drugih kuhinj, ker so sicer za novo šolsko kuhinjo potrebna visoka investicijska sredstva. Primeri, ki smo jih navedli, pa dokazujejo, da ni vse, kar hočemo storiti, vezano na nedosegljive investicije. Saj se ravno prehrana otrok da začasno ali dokončno urediti bodisi v vrtcih, internatih ali pa pri obratih družbene prehrane, od koder se lahko prenaša v prostor, kjer se otroci zadržujejo, v poletnem času pa tudi na igrišče.

Prehrana odraslih

se odvija že sedaj v veliki meri v obratnih kuhinjah, delavsko-uslužbenskih restavracijah in gostinskih obratih.

Obratne kuhinje imajo po Odredbi o stroških menz in delavskih restavracij, ki jih šteje gospodarska organizacija med svoje materialne stroške, velike možnosti za razvoj in so najboljši način za prehranjevanje delavcev. Podatkov, s katerimi bi lahko prikazali točno sliko sedanjega stanja, nimamo. Ne vemo, koliko je od skupnih abonentov delavcev in koliko uslužbencev. Potrebna bi bila primerna evidenca, ob kateri bi mogli spremljati razvoj obratnih kuhinj.

Toda oglejmo si številke, ki jih imamo na razpolago. V Sloveniji je v proizvodnji zaposlenih okroglo 70 000 žena. Razmeroma zelo malo med njimi pa se jih okorišča z ugodnostmi, ki jim jih nudijo podjetja. Tako se v obratnih kuhinjah hrani skupno le 5108 delavk, kar ni niti 10% vseh zaposlenih. Mariborska industrija zaposluje 15 750 delavk, v tovarniških menzah pa se jih hrani le 909, v Celju pa od 11 623 zaposlenih le 759. Še manj jih zajemajo obratne menze v nekdanjem trboveljskem okraju. Tu je v 12 večjih podjetjih zaposlenih skupno 8485 ljudi, od tega 1537 žena. V obratnih menzah petih podjetij se hrani 737 abonentov, med njimi 22 žena.

V ljubljanskem okraju brez okraja Trbovlje je zaposlenih 19 117 žena, to se pravi 44% vseh zaposlenih. Število obratnih kuhinj je 37, v njih pa se hrani le 1383 delavk. Malico prejemaajo delavci v okrog 30 podjetjih. Povprečna cena kosila je 70 din, enolončnice pa stanejo 30 do 50 din. Sorazmerno večje število žena jemlje enolončnice. Da se ženske v večjem številu ne hranijo v obratnih kuhinjah, pa je vzrok v tem, da si delavke z otroki ne privoščijo hrane, čeprav je sorazmerno poceni, samske delavke pa porabijo svoje dohodke predvsem za obleko, čevlje itd. Od skupnih 10 883 abonentov, ki se hranijo v delavsko-uslužbenskih restavracijah, odnaša na dom hrano le 108 delavcev in 411 uslužbencev. Iz tega je razvidno, da delavske družine v primeri s številom zaposlenih le prav malo uporabljajo obrate družbene prehrane. Na tem področju nas čaka še ogromno dela, predvsem med delavsko mladino. Treba se je lotiti poučevanja in ljudem vztrajno dopevedovati, kolike važnosti je pravilna prehrana. To delo vzgojnega značaja bodo še z večjim prizadevanjem morale poprijeti predvsem zdravstvene organizacije in pa zavodi za pospeševanje gospodinjstva (zlasti mladi ljudje često namreč dajo tudi na luksuzna oblačila več kakor na hrano).

Po drugi strani pa si moramo prizadevati, da se v tovarnah uvede izdaten obrok hrane v prvi polovici delovnega časa, ker prihajajo ljudje na delo od daleč in slabo hranjeni. S takim obrokom dosežemo, da se pri delu prekomerno ne izčrpavajo, hkrati pa koristneje trošijo sprejete kalorije; oboje vpliva ugodno na delovno kondicijo in s tem na storilnost delavca kakor tudi na njegovo zdravje. Prav zaradi tega smo mnenja, da bi se morala sredstva, ki so v podjetju namenjena za prehrano, uporabiti predvsem za navedeni obrok, tega pa postopoma nuditi čim večjemu številu delavcev.

Z rešitvijo prehrane otrok bi bila delovna žena zelo razbremenjena. Z uvedbo rednega obroka med delovnim časom pa bi pomagali ohraniti zdravje prenekateri materi, ki misli bolj na svojo družino kot nase. Hrana bi morala biti seveda poceni, da bi tako res bila dostopna vsem delavcem.

Hrano bi lahko pocenili s prispevki podjetij, z nabavo živil od proizvajalca oziroma grosistične trgovine s špecerijskimi proizvodi ter s tako organizacijo dela, ki zahteva čim maj delovne sile. Posredništva poslovnih združnih zvez bi morala biti za obrate družbene prehrane čim cenejša, saj se s posredništvom dviga cena predvsem pri kmetijskih pridelkih, kjer se zaračunajo poleg stroškov za transport še visoki transportni in skladiščni kalo ter režijski stroški posrednika. Ko je Centralni zavod za napredek gospodinjstva lani analiziral stroške in organizacijo dela v obratih družbene prehrane, je ugotovil, da izdajo menze 60 do 70,6% vseh izdatkov za prehranske artikle, predvsem za kmetijske pridelke. Ta odstotek se v pomladanski sezoni dvigne in menze krijejo višje izdatke iz drugih virov. Posledica pa je, da si delavsko-uslužbenske menze skušajo pomagati z uvedbo restavracijske hrane, bifejev itd. Zelo važno je, da razpolagajo obrati z ustreznimi skladišči, kar jim omogoča nabavo ozimnice.

Organizacija dela v menzi bistveno pripomore k pocenitvi prehrane le, če se delo mehanizira. Z mehanizirano pripravo hrane, s samopostrežbo in odnašanjem obrokov na dom je možno v menzi, ki oskrbuje preko 500 abonentov, znižati število zaposlenih od povprečno 20 na ca. 8 in s tem zbiti ceno hrane za ca. 9% pri obroku.

Hrano pa je možno poceniti tudi tako, da se združi več gospodarskih organizacij in organizira skupen prehranski center. Ugodno rešujejo vprašanje prehrane delavcev tudi povsod tam, kjer dovažajo hrano delavcem na gradbišče. Tak način prehrane gradbenih delavcev so uvedli v Mariboru s sodelovanjem Zavoda za pospeševanje gospodinjstva in v Novem mestu pri gradbenem podjetju Pionir.

Družini, v kateri so starši zaposleni, brez dvoma najbolj ustreza menza za odnašanje hrane na dom, ker je kombinirana s samopostrežbo, in pa možnost nabave na pol pripravljene hrane. Koder poslujejo obratne kuhinje in je njihova kapaciteta dovolj velika, bi bilo za delavke z družinami zelo ugodno, če bi lahko odnesle kosilo s seboj domov, seveda če ne stanujejo predaleč. Poleg tega bi pa obratne menze, ki izdajajo v glavnem obrok med delom, to je dopoldne oziroma popoldne, lahko svojo kapaciteto še bolj izkoristile s tem, da bi uvedle kosila ne le za svoje uslužbence, temveč tudi za ljudi, ki stanujejo v bližnji okolici podjetja. Skupna nabava surovin in uporaba iste opreme za pripravo hrane omogoča skupnosti, ki živi na področju tovarne, da uredi vprašanje glede prehrane svojih stanovalcev brez posebenih investicij.

Glede prehrane v družbenih obratih moramo pripomniti še naslednje: Ko je Centralni zavod za napredek gospodinjstva pregledal internatske kuhinje in kuhinje raznih zavodov, je ugotovil, da je osebje vajeno pripravljati hrano po starem načinu in kaj malo sprejemljivo tako za delo na strojih kot za uvedbo sodobnejše prehrane. Sodobna priprava in razdeljevanje hrane zahtevata podrobneja proučevanja, ki se ga je načelno lotil omenjeni zavod.

Medtem ko vodijo obratne kuhinje organi delavskega upravljanja, pa je pri delavsko-uslužbenskih restavracijah ponekod že upravni odbor ali svet tisti, ki skrbi za pravilno politiko obrata. Predvsem je skrb upravnih organov, da se bore zoper neupravičeno dviganje cen in za kvaliteto hrane. Šele s postopnim usposabljanjem kuharic, ki bodo za dosego naziva »zavodske kuharice« v obratih družbene prehrane morale napraviti tečaje ali ustrezno šolo, ter z uvedbo instruktazne službe okrajnih zavodov oziroma občinskih centrov za pospeševanje gospodinjstva bo možno postopoma dvigati kvaliteto hrane.

DRUGI SERVISI IN SLUŽBE

Pranje je v gospodinjstvu med vsemi deli najtežje. Centralni zavod za napredek gospodinjstva je v preteklem letu preizkušal pralne stroje, letos pa preštudiral razne ureditve pralnic in s tem v zvezi pripravil gradivo, ki bo izšlo v posebni brošuri. K temu ga je prisilila dejanska družbena potreba. Hišni sveti, pa tudi stanovanjske skupnosti in posamezniki so začeli kupovati ustrezne stroje.

Večina pralnih strojev je bila uvoženih, pa tudi domača industrija se je letos lotila izdelave predvsem malih strojev turbulentnega sistema, ki so za skupno uporabo neprimerni, za posamezna gospodinjstva pa nerentabilni. Po preizkušnjah, ki jih je opravil Centralni zavod za napredek gospodinjstva, in po rezultatih inštitutov so najboljši in najekonomičnejši pralni stroji bobnastega sistema. Ti so zaradi svoje zmogljivosti, solidne konstrukcije kakor tudi zaradi dobrega pralnega učinka najprimernejši za skupno uporabo. V sorazmerno hitrem času so zrasle številne mehanizirane pralnice v Ljubljani, Celju in Mariboru ter v posameznih podjetjih. Posebno priporočljive so manjše pralnice v stanovanjskih skupnostih. V navedenih mestih uporablja takšne pralnice že večje število gospodinjstev. Stanovalci posameznih blokov ali pa več blokov skupaj so se zedinili za nakup pralnega stroja. Kjer je ena sama hiša kupila pralni stroj, se je že v začetku pokazalo, da kapaciteta stroja ne bo docela izrabljena. Pri tem mislimo zlasti na prej omenjeni bobnasti stroj s kapaciteto 6 — 8 kg perila, ki ga izdeluje Hidromontaža v Mariboru in ki je edini, katerega Centralni zavod lahko priporoča za skupno uporabo. Tak stroj služi 60 pa tudi do 100 gospodinjstvom, če peremo v pralnici najmanj po 8 ur dnevno in operemo določeno količino perila, to je 6 — 8 kg, v slabih 2 urah. Prav zaradi tega so nekatere hišne pralnice razširile svojo dejavnost na večje območje gospodinjstev. Manjše pralnice so posebej priporočljive zaradi tega, ker lahko v njih gospodinje perejo svoje perilo same.

Pri tem si olajšajo delo za svojih 70%, čas pranja pa se skrajša za 67%. Če perejo same, se tudi močno zniža cena pranja. Ker so pralnice nameščene v neposredni bližini stanovanj, gospodinje ne izgubljajo mnogo časa s prenašanjem perila, za matere pa je odločilnega pomena to, da lahko med pranjem večkrat puste delo in opravijo kako kratko pot, nadzorujejo obenem otroke in podobno. Pranje v teh strojih je organizirano tako, da zahtevajo posamezne faze 10 do 20 minut obratovanja in se v tem času perica lahko popolnoma sprost. Možno pa je organizirati delo tako, da honorarni uslužbenec, upokojenec ali gospodinja spremlja pranje v stroju, gospodinja pa perilo samo vloži v stroj, doda pralna sredstva in kasneje perilo odnese. Taka pralnica pa potrebuje: 1 ali 2 stroja bobnastega sistema za 6 — 8 kg perila in centrifugo za isto ali manjšo količino perila, mizo za prebiranje perila, voziček za prevažanje in odlaganje perila. Z instalacijami in s potrebnimi adaptacijskimi deli stane taka pralnica približno 1,5 milijona dinarjev. Pralnicam v okviru stanovanjske skupnosti v mestih in industrijskih središčih, kjer ni stanovanjski prostor primeren za sušenje perila, pa priporočamo, da si nabavijo oziroma uredijo sušilne naprave, ki stanejo ca. 500 000 din. Ko urejamo pralnice, jih nikar ne opremimo takoj z večjim številom strojev. Začnimo z manjšim številom strojev in po potrebi zvišujemo kapaciteto pralnice. Zato je dobro, da si rezerviramo v njej prostor za morebitne dodatne priključke.

Isto velja tudi, ko pripravljamo program za večje servisne pralnice, ki jih bodo organizirale velike strnjene skupnosti. Pri teh je še posebej važno, da prej analiziramo potrebe, ki jih bo morala kriti, da napravimo točen investicijski program in pustimo prostor za instalacije in naknadno razširitev pralnice. Če je pa potreba po pralnici le prevelika, jo je treba v celoti in definitivno opremiti. Tudi servisne pralnice so povečini opremljene s stroji, ki z enkratno polnitvijo operejo perilo, kar se ga je eni družini nabralo v 14 dneh ali v enem mesecu. Kjer pa imamo številne internate, zavode, živilske obrate in pa mnogo samskih gospodinjstev, bomo najceneje prali, če nabavimo večje stroje z zmogljivostjo 25 do 50 kg. Te pralnice morajo biti obvezno opremljene s sušilnimi napravami in likalnimi stroji, zelo koristno pa je, da jim priključimo tudi ročne likalnice in krpalnice. Opremo moramo razmestiti tako, da ustreza delovnemu procesu in da pri tem izgubimo čim manj časa. Dobro izurjena perica streže lahko tudi štirim pralnim strojem.

Šivalnice in krpalnice

so povečini še ustanove, ki so jim pomagale na noge družbene organizacije. Rentabilnost krpalnic je težko doseči, ker zahteva krpanje stare obleke, ki je izgubila že dokaj svoje vrednosti, več časa kakor pa šivanje nove. Zato so si šivalnice organizirale šivanje in krpanje na domu ali pa imajo servis, kamor hodijo gospodinjke same šivat. Razen tega pa prevzemajo šivalnice tudi kako postransko dejavnost, kot je n. pr. popravilo nogavic ali kravat, s čimer krijejo izgubo. Usluge sedanjih šivalnic so do 20% cenejše od uslug, ki jih nudijo obrtni obrati, zato so opravile krpalnice kljub večnim težavam in bojem za obstoj mnogo koristnega dela. Treba bi jih bilo razvijati z vidika, da bi se žene učile v njih krpati, šivati vsaj enostavne obleke in perilo, negovati, prati, čistiti in likati oblačila iz raznih tkanin. Tu naj bi se žene spoznavale s higieno oblačenja pa tudi z modnimi novostmi. Šivalnice bi lahko posredovale ženam kroje otroških oblačil in delovnih oblek, ki jih izdeluje Centralni zavod za napredek gospodinjstva. Prostori, ki jih čez dan uporablja šivalnica, bi ob večerih lahko služili za navedeno vzgojno delo, s čimer bi se dvignila tudi rentabilnost šivalnice.

Gospodinjški biroji

so servisna služba, ki je organizirana v Ljubljani, Mariboru in Kranju. Kljub prizadevanju vodstva je cena uslug v teh birojih za gospodinjstva s povprečnimi prejemki nedostopna. Zato pridejo za zdaj v poštev samo za premožnejša gospodinjstva. Vzrok temu je predvsem v neproduktivnosti gospodinjkega dela, kljub temu da so delavke opremljene s sesalniki, loščilniki itd. Biroji se borijo tudi s fluktuacijo delovne sile, kar jim onemogoča, da bi izurili pomočnice, zato morajo povezovati različne dejavnosti: šivanje, krojenje, pranje itd. Glede na univerzalni značaj teh uslužnosti pa je pomoč družini v takšni obliki najbolj idealna, če ima biro stalno na razpolago izurjene delavke z visokimi osebnimi kvalitetami. Samo take delavke res lahko nudijo najboljšo pomoč gospodinjstvom v času bolezni ali v kakih drugih težkih okoliščinah.

Velik del učinkovite pomoči lahko nudi gospodinjstvom tudi **urejena pre-skrba**. Z uvedbo ves dan odprtih trgovin, dežurnih stojnic, s prinašanjem mleka in špecerije na dom so se gospodinjke osvobodile mnogih potov in težkih bremen. Z nadaljnjim razvojem v tej smeri, kot n. pr. s prinašanjem kruha na dom, z uvedbo samopostrežnih trgovin, kjer lahko dobiš razen mleka vse artikle za

vsakdanjo potrošnjo, s prodajanjem živilskih polizdelkov, raznih vrst testa, pripravljenega mesa, očiščene zelenjave itd., bo preskrba lahko še mnogo pripomogla k izboljšanju življenja v družini. Za uvedbo sodobne prodaje blaga govore naslednje številke: za prodajo embaliranega blaga potrošimo povprečno 37 sekund na 1 artikel, pri navadnem trgovanju pa 60 sekund.

Poleg navedenih dejavnosti je še skoraj neizčrpna vrsta možnosti, da pomagamo družini, saj je gospodinjski obrat po vsebini svojih opravil brez dvoma najpestrejši. Že zdaj imajo skupnosti prepotrebne delavce za mala popravila v gospodinjstvu, večje stanovanjske skupnosti pa bi lahko zaposlovale delavce za umivanje oken, struženje in loščenje parketov, za transport in spravljanje kuriva, vskladiščenje ozimnic, urejevanje kleti in podstrešij, manjša pleskarska in slikarska ter tapetniška dela — torej za vse tisto, na kar morajo gospodinjstva čakati mesece, da jim obrt ustreže. S stanovanjsko skupnostjo, v katero so vključeni ljudje raznih poklicev, ki so pripravljeni delati v skupnostih, bi bilo možno priti do sorazmerno poceni uslug. Profesionalni stalni uslužbenci so za organizacijo takih služb dragi, zato je treba zaposliti predvsem ljudi, ki so bodisi v delovnem razmerju pri obrtnih podjetjih, upokoјence, gospodinje, ki so večje opravljjanja raznih del. Te bi mogle na primer pripravljati ozimnico za več gospodinjstev skupaj, pripravljati hrano ob različnih priložnostih, plesti in krpati obleke.

Organizirati je možno izposojanje predmetov, ki jih gospodinjstva potrebujejo samo ob določenih priložnostih ali za določen čas. Taki predmeti so na primer sokovniki, posoda za konserviranje, lepša posoda in pribor za posebne prilike, aparati za čiščenje stanovanja, vozički za manjše Transporte, smuči, sanke, skiroji, kotalke, oprtniki, gorilniki in druga oprema za izlete, kovčki, zaboji za selitve itd.

Taka organizacija daje nešteto možnosti za medsebojno pomoč povsod, koderkoli se ljudje zblizujejo, spoznavajo potrebe drug drugega in si žele pomagati.

Poleg osnovnih uslug, to je prehrane in servisov za težja gospodinjska dela ter za pranje, pa druge, tako težko pričakovane službe ne zahtevajo mnogo sredstev. Seveda bi bilo zelo napačno, če bi večje servise začeli z velikimi investicijami, ne da bi prej natančno analizirali, če res so potrebe po tako velikih servisih in kakšne so možnosti za njihovo obratovanje. **Poceniti usluge in približati jih gospodinjstvom, v tem je osnovni smisel razširjenega gospodinjstva.**

Na vseh področjih življenja nas čakajo številne naloge, ki so vse vsaj v posredni zvezi med seboj. Spričo tega torej nikakor ne gre, da bi dvig življenjske ravni pojmovali enostransko. Pogoј za boljše življenje niso le zvišani dohodki prebivalstva, kajti višji dohodki so vezani na višjo storilnost. Le-ta je pa odvisna od ureditve cele kopice vprašanj, ki se tičejo gospodinjstva in pa zadovoljevanja potreb, osebnih in skupnih. Slehernemu človeku je treba dati možnost, da sodeluje v proizvodnji in v javnem življenju. **Ker sta pa znanje in sproščenost prvi pogoј za uspeh pri delu, moramo iz gospodinjstev izločiti vsa dolgotrajna in naporna opravila ter hkrati z vrsto drobnih uslug izboljšati pogoје njihovega življenja.**

Mehanizacija individualnih gospodinjstev ne bi razbremenila družine, pač pa močno obremenila družinske proračune in člane gospodinjstva še bolj vklenila v gospodinjsko delo. Le s skupnim prizadevanjem, s tem, da drug drugemu

nudimo svoje znanje in pomoč, lahko v stanovanjski skupnosti organizirano izboljšamo življenje socialistične družine.

Omejila sem se le na nekatere konkretne oblike dela za razbremenitev družine, kot se že organizirajo v okviru stanovanjske skupnosti. Je pa to delo prvenstvena naloga vseh družbenih organizacij kakor tudi oblastvenih in upravnih organov. Zavedati se namreč moramo, da bomo uspeli le tedaj, če bomo znali drug drugega pritegniti z medsebojnimi interesi, v skupno akcijo pa vključiti čim večje število stanovalcev.

Med za

Na podlagi 35. člena z
stvenih domovih in zdravstvenih
(Uradni list LRS, št. 2)
Svet za zdravstvo LRS.

PRAVILNIK

**o nalogah, notranji ur
zdravstvenih strokovnih
stveno varstvo žena, otrok
dine v zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah**

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Zdravstvene strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah opravljajo praviloma vse preventivno in kurativno zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine,

* Tu objavljeni »Pravilnik« je izšel 26. sept. 1957 v Uradnem listu LRS št. 35 in čez čas v »Vestniku Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za socialno varstvo LRS«.

Zaradi pomembne vsebine smo nanj še posebej opozorili tudi v našem glasilu št. 3/1957, kjer smo v posebnem članku podali in obrazložili njegove osnovne misli. Na željo zdravstvenih delavcev s terena pa ga to pot ponatiskujemo v celoti, da bi ga tako res imeli vsak trenutek čimbolj pri rokah in se z njim kar se da temeljito seznanili. — Op. ur.

rstva ne opravljajo drugi
odi po posebnih predpi-

2. člen

varstvo žena, otrok in
se opravlja v zdravstve-
postajah) po načelu enot-
avstvenega varstva.

nih domovih (postajah), ki
imajo vec kot enega zdravnika, mora
biti določen praviloma poseben za to
usposobljen zdravnik, ki vodi in urav-
nava vse delo strokovnih enot za zdrav-
stveno varstvo žena, otrok in šolske mla-
dine in daje predloge za skladnost nji-
hovega dela z delom drugih zdravstvenih
strokovnih enot zdravstvenega doma (po-
staje).

V zdravstvenih domovih, kjer vodijo
strokovne enote za zdravstveno varstvo
žena, otrok in šolske mladine različni
zdravniki, sestavljajo vodje teh enot in
medicinska sestra, ki vodi patronažno
službo, ožji strokovni kolegij. Ožji stro-
kovni kolegij daje upravniku in strokov-
nemu kolegiju zdravstvenega doma pred-
loge za izboljšanje dela in za čim širšo
preventivno-kurativno delo strokovnih
enot za zdravstveno varstvo žena, otrok
in šolske mladine.

3. člen

Zdravstveno varstvo žena, otrok in
šolske mladine v zdravstvenih domovih

nudimo svoje znanje
boljšamo življenje so-

Omejila sem se
družine, kot se že or-
prvenstvena naloga
upravnih organov. Z
bomo znali drug dru-
pa vključiti čim večj



skupnosti organizirano iz-

ke dela za razbremenitev
e skupnosti. Je pa to delo
akor tudi oblastvenih in
bomo uspeli le tedaj, če
interesi, v skupno akcijo

Med zakoni in uredbami

Na podlagi 35. člena zakona o zdrav-
stvenih domovih in zdravstvenih postajah
(Uradni list LRS, št. 21—93/56) izdaja
Svet za zdravstvo LRS.

PRAVILNIK*

**o nalogah, notranji ureditvi in delu
zdravstvenih strokovnih enot za zdrav-
stveno varstvo žena, otrok in šolske mla-
dine v zdravstvenih domovih in zdrav-
stvenih postajah**

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Zdravstvene strokovne enote za zdrav-
stveno varstvo žena, otrok in šolske mla-
dine v zdravstvenih domovih in zdrav-
stvenih postajah opravljajo praviloma
vse preventivno in kurativno zdravstveno
varstvo žena, otrok in šolske mladine,

* Tu objavljeni »Pravilnik« je izšel 26.
sept. 1957 v Uradnem listu LRS št. 35 in
čez čas v »Vestniku Sveta za zdravstvo
LRS in Sveta za socialno varstvo LRS«.

Zaradi pomembne vsebine smo nanj
še posebej opozorili tudi v našem glasilu
št. 3/1957, kjer smo v posebnem članku
podali in obrazložili njegove osnovne
misli. Na željo zdravstvenih delavcev s
terena pa ga to pot ponatiskujemo v celoti,
da bi ga tako res imeli vsak trenutek
čimbolj pri rokah in se ž njim kar se da
temeljito seznanili. — Op. ur.

kolikor tega varstva ne opravljajo drugi
zdravstveni zavodi po posebnih predpi-
sih.

2. člen

Zdravstveno varstvo žena, otrok in
šolske mladine se opravlja v zdravstve-
nih domovih (postajah) po načelu enot-
nosti tega zdravstvenega varstva.

V zdravstvenih domovih (postajah), ki
imajo več kot enega zdravnika, mora
biti določen praviloma poseben za to
usposobljen zdravnik, ki vodi in urav-
nava vse delo strokovnih enot za zdrav-
stveno varstvo žena, otrok in šolske mla-
dine in daje predloge za skladnost nji-
hovega dela z delom drugih zdravstvenih
strokovnih enot zdravstvenega doma (po-
staje).

V zdravstvenih domovih, kjer vodijo
strokovne enote za zdravstveno varstvo
žena, otrok in šolske mladine različni
zdravniki, sestavljajo vodje teh enot in
medicinska sestra, ki vodi patronažno
službo, ožji strokovni kolegij. Ožji stro-
kovni kolegij daje upravniku in strokov-
nemu kolegiju zdravstvenega doma pred-
loge za izboljšanje dela in za čim širšo
preventivno-kurativno delo strokovnih
enot za zdravstveno varstvo žena, otrok
in šolske mladine.

3. člen

Zdravstveno varstvo žena, otrok in
šolske mladine v zdravstvenih domovih

(postajah) opravljajo tele strokovne enote oziroma službe:

1. dispanzer ali posvetovalnica za žene,
2. materinski dom,
3. dispanzer za otroke ali posvetovalnica za otroke,
4. šolska poliklinika, šolski dispanzer ali šolska ambulanta,
5. patronažna služba,
6. babiška služba.

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine ne smejo imeti drugačnih imen, kot so določena v prejšnjem odstavku.

Če zdravstveni dom (postaja) nima v svojem sestavu vseh teh enot, morajo opravljati zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine ustrezne ambulanste in zdravniki zdravstvenega doma (postaje).

4. člen

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine se ustanovijo po določbah 33. člena zakona o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah glede na krajevne potrebe in velikost območja.

Preden se ustanovi posamezna strokovna enota za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine oziroma preden začne z delom, mora posebna komisija pregledati, ali ustrezajo prostori in oprema. Komisijo imenuje upravni odbor zdravstvenega doma (postaje); v komisiji obvezno sodelujeta okrajni sanitarni inšpektor in ustrezeni zdravnik specialist.

5. člen

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine opravljajo svoje naloge v vsem okolišu zdravstvenega doma (postaje).

Ljudski odbor lahko določi, da opravlja zdravstveni dom posamezne ali vse strokovne naloge zdravstvenega varstva žena, otrok in šolske mladine tudi za okoliš drugega zdravstvenega doma (postaje) na območju občine.

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine lahko opravljajo svoje naloge za območje druge občine na podlagi sporazuma ljudskih odborov prizadetih občin. Občinski ljudski odbori določijo v takem primeru s pogodbo, kolikšen del stroškov za temeljne investicije in za delo takih strokovnih enot gre v breme posamezne občine.

6. člen

Za opravljanje svojih nalog zdravstvenega varstva žena, otrok in šolske mladine morajo imeti zdravstveni domovi (postaje) organizirano tudi patronažno službo.

Splošna naloga patronažne službe je, da aktivno nadzoruje žene, otroke in šolsko mladino na domu ter njihovo okolico; da skrbi za povezavo med njimi in zdravstvenim zavodom; da ugotavlja in odstranjuje škodljive pojave, ki utegnejo vplivati na njihovo zdravje; da odkriva in preprečuje obolenja ter da zdravstveno-prosvetno in vzgojno dela v družinah in med ljudstvom.

Patronažna služba mora biti načrtna. O njenem delu mora zdravstvena strokovna enota voditi evidenco. Osebe v patronažni službi protituberkuloznih dispanzerjev ne sme obenem opravljati patronažne službe zdravstvenega varstva žena, otrok in šolske mladine.*

Patronažno službo vodi po navodilih šefa strokovne enote za to usposobljena medicinska sestra ustreznega dispanzerja (posvetovalnice) ali zdravstvenega doma (postaje).

7. člen

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine sodelujejo po zdravstvenem domu (postaji) z drugimi zavodi za zdravstveno varstvo žena in otrok, z zavodi za higiensko

* Poslednji stavek v tem odstavku je črtan po sklepu Sveta za zdravstvo LRS na 14. seji dne 30. X. 1957. — Op. ur.

službo, z zavodi za socialno zavarovanje, z organi socialnega varstva, z Rdečim križem, z Društvom prijateljev mladine ter z ženskimi in drugimi društvi, ki imajo v svojem programu varstvo žena, otrok in mladine.

8. člen

Strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih (postajah) na sedežu občine lahko opravljajo za ljudski odbor upravne strokovne naloge in pomagajo pri delu njegovim upravnim organom.

II. DISPANZER ZA ŽENE

9. člen

Dispanzer za žene je strokovna enota zdravstvenega doma (postaje), ki opravlja praviloma celotno preventivno in kurativno zdravstveno varstvo žena na določenem območju.

Dispanzer za žene se lahko ustanovi v kraju, kjer to narekujejo krajevne potrebe, če je zagotovljeno potrebno zdravstveno osebje in če so izpolnjeni tudi drugi predpisani pogoji za ureditev in delo dispanzerja po tem pravilniku.

10. člen

Dispanzer za žene opravlja svojo službo v samem zavodu in v svojih pomožnih strokovnih enotah, po patronažni službi pa tudi na domu nosečih žen in porodnic.

Dispanzer za žene ima zlasti te naloge:

1. opravlja preglede žena; skrbi po potrebi za specialne preglede in za zdravljenje žena v ustreznih zavodih ter odreja druge ukrepe za varstvo njihovega zdravja;

2. zdravi ginekološko obbolele žene, noseče žene in žene po porodu;

3. opravlja patronažno službo pri nosečnicah in otročnicah ter po potrebi tudi pri drugih ženah;

4. opravlja sistematske preglede nosečnic in porodnic;

5. daje strokovne nasvete in izvaja preventivno-kurativne ukrepe za varstvo zdravja žena in novorojenca;

6. bori se proti splavom in sterilnosti; izvaja kontracepcijo;

7. odkriva rakasta obolenja žena;

8. prijavlja žene, obbolele za boleznimi, za katere je predpisana obvezna prijava, in jih pošilja na zdravljenje v ustrezne zavode;

9. zbira in obdeluje podatke o problematiki porodnic in novorojencev ter podatke o boleznih in umrljivosti žena, daje zdravstvenemu domu (postaji) za občinski ljudski odbor letno, po potrebi pa tudi občasno poročilo o svojem delu ter mu predlaga ukrepe za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti;

10. daje mnenje o trajanju dopusta pred porodom in o razporeditvi žena, nosečnic in mater z otroki do treh let k drugemu lažjemu delu;

11. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami ter državnimi organi glede določanja delovnih mest za žene v zvezi s predpisi o zaposlovanju žena;

12. obvešča druge strokovne enote zdravstvenega doma (postaje) oz. druge zdravstvene zavode o drugih boleznih, ki jih je odkril pri ženi, ženo pa pošlje na zdravstveni pregled;

13. opravlja zdravstveno prosvetno delo med ženami ter organizira akcije za zdravstveno varstvo nosečih žena, porodnic in novorojencev in sodeluje pri takih akcijah, ki jih drugi organizirajo;

14. vodi delo babic; opravlja splošno nadzorstvo nad njihovim delom; skrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje.

11. člen

Patronažna služba in zdravstveno prosvetno delo dispanzerja morata imeti svoje delo organizirano in določeno z načrtom, ki ga določi šef dispanzerja po zaslišanju ožjega strokovnega kolegija.

12. člen

Patronažna služba skrbi za povezavo dispanzerja z nosečimi ženami, porodnicami in ženami po porodu.

Patronažna služba ima zlasti tele naloge:

1. aktivno nadzoruje noseče žene na domu in jim priporoča zdravstvene preglede že v zgodnji nosečnosti; jih poučuje o higieni nosečnosti, o pravilni prehrani in o pripravah za porod; jih poučuje o pomenu materinstva in jih navaja na redne preglede med nosečnostjo; jih poučuje o pravicah v zvezi z nosečnostjo in porodom;

2. poučuje žene o dojenju in pravilni negi otroka;

3. nadzoruje, ali se žene ravna po zdravnikovih odredbah; jim priporoča čim pogostejše zdravniške preglede v dispanzerju;

4. navaja žene k obiskovanju dispanzerja (posvetovalnice) za otroke;

5. obvešča šefa dispanzerja o vseh ugotovitvah, ki utegnejo škodljivo vplivati na zdravje žene ali novorojenca;

6. proučuje osebne, družinske, socialne, delovne in druge razmere nosečih in porodnic, ki utegnejo vplivati na njihovo ali otrokovo zdravje, ter posreduje, da se škodljive okoliščine odpravijo.

13. člen

V večjih krajih izven sedeža dispanzerja za žene, kjer ni ugodnih razmer za ustanovitev dispanzerja ali posvetovalnice za žene, lahko ustanovi upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) s pritrditvijo sveta za zdravstvo občinskega ljudskega odbora pomožno posvetovalnico kot svojo pomožno strokovno enoto.

Pomožno posvetovalnico vodi medicinska sestra ali babica, ki dela po navodilih in pod nadzorstvom dispanzerja za žene.

Pomožno posvetovalnico mora vsaj enkrat mesečno obiskati zdravnik dispanzerja za žene.

Medicinska sestra ali babica v pomožni posvetovalnici opravlja v odsotnosti zdravnika zlasti tele naloge:

1. pregleduje nosečnice in otročnice ter jim daje nasvete;

2. pregleduje urin na beljakovino in jemlje kri na WaR;

3. pošilja nosečnice, porodnice in otročnice na preglede in zdravljenje v zdravstveni dom (postajo);

4. opravlja patronažno službo;

5. širi zdravstveno prosveto;

6. vodi borbo proti splavom.

14. člen

Vsak dispanzer za žene mora imeti tele prostore: čakalnico, sobo za sprejem, sobo za pregled s priročnim laboratorijem, slačilnico s pomožnimi prostori ter sanitarije.

Poleg teh prostorov mora imeti dispanzer za žene v večjih središčih tudi sobo za zdravnika in pa prostore za laboratorij, za zobno ordinacijo, za rentgen in za fizikalno terapijo.

Razporeditev prostorov in oprema dispanzerja za žene morajo biti taki, da zagotavljajo kulturnost, zaupnost in popolno higieno pri delu.

V čakalnici dispanzerja mora biti primeren zdravstveno prosvetni material (slike, brošure, letaki itd.).

15. člen

Dispanzer za žene mora imeti najmanj specialni zdravniški instrumentarij, po možnosti pa še kolposkop, mikroskop in rentgenski aparat.

16. člen

Dispanzer za žene mora imeti vsaj enega za to usposobljenega zdravnika in vsaj eno stalno medicinsko sestro ter babico.

17. člen

Dispanzer za žene neposredno vodi in organizira njegovo delo šef dispanzerja za žene.

Njegove naloge so zlasti:

1. skrbi, da je strokovno delo dispanzerja na sodobni višini in da se opravljajo vse naloge iz 10. čl. tega pravilnika,

2. skrbi, da je dispanzer oskrbljen s potrebnim instrumentarijem in opremo,

3. določa razpored dispanzerskega dela,

4. nadzoruje strokovno delo osebja dispanzerja, ga razmešča na delo in je njegov neposredni starešina,

5. skrbi, da se pravilno in pravočasno vodijo predpisane knjige in evidence ter da se redno pošiljajo predpisana poročila.

Medicinska sestra in babica opravljata po navodilih in pod nadzorstvom zdravnika preventivno zdravstveno službo dispanzerja, všteti preventivne preglede nosečih in patronažno službo, ter pomagata zdravniku pri njegovem delu.

18. člen

Dispanzer za žene opravlja svoje notranje delo praviloma vsak dan, najmanj po dvakrat na teden.

Delovni čas dispanzerja določi upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) v sporazumu s šefom dispanzerja in organom, ki je pristojen za zadeve in naloge zdravstvenega doma (postaje). Delovni čas mora biti določen v skladu s krajevnimi potrebami in prometnimi razmerami v okolju dispanzerja.

Noseče žene se morajo pregledovati v drugem času kot druge žene.

Sistematične preglede mora opraviti dispanzer ob posebej določenem času izven delovnega časa po drugem odstavku tega člena.

19. člen

Dispanzer za žene se ravna pri svojem delu po strokovnih metodoloških navodilih više organiziranih zavodov za zdravstveno varstvo žena ter jim daje potrebne podatke.

Dispanzer za žene se lahko obrača za strokovno pomoč pri delu na ustrezne oddelke bolnišnic.

Dispanzer za žene daje bolnicam in dobiva od njih potrebne podatke za delo.

20. člen

Dispanzer za žene vodi o svojem strokovnem delu evidenco in dokumentacijo, ki jo predpiše Svet za zdravstvo LRS.

III. POSVETOVALNICA ZA ŽENE

21. člen

Posvetovalnica za žene je preventivna strokovna enota zdravstvenega doma (postaje), ki daje ženam nasvete in izvaja preventivne ukrepe za varstvo bodočega otroka in ukrepe, da se obvaruje zdravje žene, zlasti noseče žene in porodnice.

Posvetovalnica za žene opravlja zlasti preventivne zdravstvene naloge iz 4. in 6. do 14. točke tretjega odstavka 10. člena in vse naloge patronažne službe iz 12. člena tega pravilnika.

22. člen^o

Posvetovalnica za žene se lahko ustanovi kot strokovna enota zdravstvenega doma (postaje) v kraju, kjer razmere niso primerne za ustanovitev dispanzerja za žene.

23. člen

Posvetovalnico za žene vodi za to usposobljen zdravnik.

Posvetovalnica za žene mora imeti stalno medicinsko sestro ali stalno babico, ki opravlja naloge iz drugega odstavka 21. člena tega pravilnika.

Zdravnik mora delati v posvetovalnici za žene vsaj enkrat na teden.

24. člen

V posvetovalnici za žene se mora pri nosečih ženah opraviti poleg pregleda vsaj še tehtanje, merjenje krvnega pritiska, mala analiza urina, preizkus krvi na WaR, določitev hemoglobina po Sahliju in posvet.

25. člen

Posvetovalnica za žene ima lahko v večjih krajih, zlasti pri pomožnih zdravstvenih postajah, svoje pomožne posvetovalnice. Pomožno posvetovalnico ustanovi upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) s pritrditvijo sveta za zdravstvo občinskega ljudskega odbora.

Pomožno posvetovalnico vodi medicinska sestra ali babica po navodilih in pod nadzorstvom posvetovalnice za žene.

Določbe tretjega in četrtega odstavka 13. člena tega pravilnika veljajo primerno tudi za te pomožne posvetovalnice.

26. člen

Posvetovalnica za žene ima praviloma tele prostore: čakalnico, sobo za sprejem in pregled s priročnim laboratorijem, slačilnico s pomožnimi prostori in sanitarije.

Prostori posvetovalnice za žene se uporabljajo praviloma samo za potrebe posvetovalnice. Če se opravljajo v teh prostorih še druga zdravstvena dela, se smejo opravljati samo v času, ko ne dela posvetovalnica.

Glede razporeditve in opreme prostorov veljajo primerno določbe tretjega in četrtega odstavka 14. člena tega pravilnika.

27. člen

Določbe 12. in 17. člena, drugega, tretjega in četrtega odstavka 18. člena ter 19. in 20. člena tega pravilnika veljajo tudi za posvetovalnice za žene.

IV. MATERINSKI DOM

28. člen

V kraju, kjer je splošna bolnica z ginekološko-porodniškim oddelkom ali porodnišnica, se lahko ustanovi materinski dom kot zdravstvena strokovna enota zdravstvenega doma, če razmere niso primerne za ustanovitev materinskega doma kot samostojnega zavoda.

29. člen

Materinski dom ima kot preventivna zdravstvena strokovna enota zdravstvenega doma zlasti te naloge:

1. sprejema in oskrbuje socialno in zdravstveno ogrožene nosečnice v zadnjih mesecih nosečnosti ter skrbi za pravočasno in strokovno porodniško pomoč,

2. skrbi za specialistične zdravniške preglede sprejetih nosečnic in jih pošilja k zdravnikom specialistom, če šef materinskega doma sam ni specialist,

3. poučuje žene in matere o higieni nosečnice in porodnice, o negi in prehrani otrok in o splošnih higienskih načelih,

4. poučuje žene in matere o njihovih pravicah v zvezi z nosečnostjo in porodom,

5. sodeluje s patronažno službo zdravstvenih domov (postaj), z organi socialnega varstva in z drugimi organi in organizacijami zaradi ustrezne zaposlitve, stanovanja in zaradi odstranitve drugih težkih osebnih razmer socialno ogroženih nosečnic; sodeluje z bolnicami in porodnišnicami.

Nosečnice z nalezljivimi boleznimi se ne smejo sprejeti v materinski dom, temveč jih je treba poslati v ustrezni zdravstveni zavod.

30. člen

Materinski dom vodi praviloma zdravnik dispanzerja za žene. Zdravnik mora biti vsak čas dosegljiv. Materinski dom mora imeti stalno zaposleno babico ali medicinsko sestro, izučeno za porodniško pomoč.

31. člen

V materinskih domovih se ne opravljajo porodi razen v nujnih primerih, ko nosečnice ni več mogoče pravočasno poslati v bolnico (porodnišnico).

32. člen

Materinski dom mora imeti potrebno število higiensko urejenih prostorov za primerno razmestitev nosečnic, prostor za zdravniške preglede in ustrezen specialni zdravniški instrumentarij.

V. DISPANZER ZA OTROKE

33. člen

Dispanzer za otroke je strokovna enota zdravstvenega doma (postaje), ki opravlja praviloma celotno preventivno in kurativno zdravstveno varstvo dojenčkov, malih otrok in predšolskih otrok.

Dispanzer za otroke se lahko ustanovi v kraju, kjer to narekujejo krajevne potrebe, če je zagotovljeno potrebno zdravstveno osebje in če so izpolnjeni tudi drugi predpisani pogoji za ureditev in delo dispanzerja po tem pravilniku.

Dispanzerji za otroke se ustanovijo praviloma tako, da pride na enega dispanzerskega zdravnika 1500 do 2500 otrok.

34. člen

Dispanzer za otroke opravlja svojo službo v samem zavodu in v svojih pomožnih strokovnih enotah, po svoji patronažni službi pa tudi na domu otrok in v otroških socialnih zavodih.

Dispanzer za otroke ima zlasti te naloge:

1. skrbi načrtno za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti dojenčkov, malih in predšolskih otrok ter izvaja s tem v zvezi potrebne ukrepe;

2. daje strokovne nasvete materam glede ravnanja, nege in prehrane dojenčkov, malih in predšolskih otrok ter jim pri tem pomaga;

3. aktivno in sistematično zdravstveno nadzoruje vse predšolske otroke, posebno pa novorojene, nedonošene, zdravstveno ogrožene, defektne, bolne in tiste, ki živijo v neugodnih socialnih ali zdravstvenih okoliščinah;

4. odkriva vse škodljive vplive na zdravje predšolskih otrok in posreduje, da se odpravijo;

5. vodi evidenco o gibanju obolevnosti in umrljivosti predšolskih otrok, posebno pa evidenco o obolevnosti in umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni in zaradi obo-

lenj, ki so posledica slabih socialnih, gospodarskih in higienskih razmer;

6. sodeluje pri izvajanju protiepidemijskih ukrepov glede predšolskih otrok; opravlja oziroma organizira predpisana cepljenja, opravlja sistematske preglede predšolskih otrok in jih pošilja oziroma predlaga za zdravljenje ali okrevanje v drugih zavodih;

7. organizira zbiranje in razdeljevanje materinega mleka za potrebe dojenčkov;

8. nadzira zdravstveno strokovno delo zavodov za socialno-zdravstveno varstvo predšolskih otrok; opravlja preglede otrok v teh zavodih; bdi nad higienskim stanjem zavodov za predšolske otroke in daje s tem v zvezi ustrezne predloge pristojnim organom;

9. sodeluje z organi in organizacijami za socialno varstvo, da se preprečijo zdravstveno škodljive posledice zaradi slabih socialnih razmer;

10. organizira in opravlja zdravstveno vzgojno delo med prebivalstvom, zlasti med materami, s predavanji, filmi in tečaji o higieni, negi in prehrani otroka;

11. organizira in vodi razne druge akcije za varstvo predšolskih otrok in sodeluje pri takih akcijah, če so jih organizirali drugi organi ali zavodi;

12. zdravi obolele predšolske otroke in jih pošilja po potrebi na specialno zdravljenje; organizira specialistično službo, zlasti zobozdravstveno službo predšolskih otrok, če ni posebne predšolske zobne ambulante;

13. daje zdravstvenemu domu (postaji) za občinski ljudski odbor letno, po potrebi pa tudi občasno poročilo o svojem delu ter mu predlaga ukrepe zaboljšanje zdravstvenega varstva predšolskih otrok.

35. člen

Dispanzer za otroke ima lahko pomožne posvetovalnice za otroke kot svoje pomožne strokovne enote; za njihovo ustanavljanje veljajo primerno določbe prvega odstavka 13. člena tega pravilnika.

Delovno področje pomožne posvetovalnice določi svet za zdravstvo pristojnega občinskega ljudskega odbora; če to ni določeno, opravlja taka enota naloge posvetovalnice za otroke.

Pomožno posvetovalnico vodi medicinska sestra; njeno delo usmerja in nadzira zdravnik dispanzerja za otroke, ki mora vsaj enkrat na mesec obiskati pomožno posvetovalnico.

36. člen

Dispanzer za otroke ima praviloma tele prostore:

- a) prostor za triažo otrok z registraturo;
- b) bokse za izolacijo ali vsaj čakalnico za otroke z nalezljivimi boleznimi;
- c) čakalnico;
- č) prostor za zdravniške ordinacije;
- d) druge pomožne prostore in sanitarije.

Boksi za izolacijo ali čakalnica za otroke z nalezljivimi boleznimi morajo biti tako urejeni in opremljeni, da zdravnik otroke lahko pregleda v boksu oziroma čakalnici.

Čakalnica mora biti svetla in dovolj velika. Opremljena sme biti s previjalnimi mizami. V čakalnici mora biti tudi primeren zdravstveno-prosvetni material (brošure, letaki, slike itd.). Registracija, tehtanje in merjenje se opravi v čakalnici ali v drugem primernem prostoru.

Zdravniške ordinacije morajo biti tako opremljene, da se v njih lahko opravijo manjše intervencije.

Če se sprejemajo v dispanzer za otroke hkrati zdravi in bolni otroci, mora imeti dispanzer posebne prostore za bolne otroke, ki imajo poseben vhod in so popolnoma ločeni od prostorov za zdrave otroke.

Dispanzer za otroke ima po možnosti posebne prostore tudi za laboratorij, rentgen in fizikalno terapijo, po potrebi pa tudi za specialistične ordinacije (ortopedsko, otološko itd.).

Če ima dispanzer tudi mlečno kuhinjo za preskrbovanje otrok z mlekom in z dietno hrano, mora biti za to določen poseben prostor.

Pri večjih dispanzerjih, kjer so vzorne (demonstracijske) mlečne kuhinje, ki so namenjene pouku za pripravo prehrane dojenčka, morajo imeti za te namene še primerne posebne prostore.

Vsi prostori morajo biti tako urejeni, da zagotavljajo popolno higieno pri delu.

37. člen

Dispanzer za otroke mora imeti najmanj specialen zdravniški instrumentarij in ustrezno laboratorijsko opremo, po možnosti pa še rentgenski aparat in sredstva za fizikalno terapijo.

38. člen

Dispanzer za otroke mora imeti vsaj enega stalnega zdravnika in vsaj eno stalno medicinsko sestro ter ustrezno število administrativnega osebja. Za notranje delo ima dispanzer lahko tudi otroško negovalko.

39. člen

Dispanzer za otroke neposredno vodi in organizira njegovo delo šef dispanzerja.

Šef dispanzerja za otroke mora biti za to usposobljen zdravnik.

Glede njegovih nalog se primerno uporabljajo določbe drugega odstavka 17. člena tega pravilnika.

Medicinska sestra opravlja po navodilih in pod nadzorstvom zdravnika preventivno zdravstveno službo in patronažno službo, dela v prostoru za triažo otrok in pomaga zdravniku pri pregledovanju otrok.

Otroška negovalka pomaga zdravniku pri pregledih otrok in opravlja druga dela, ki jih določi zdravnik v mejah delovnega področja otroške negovalke.

40. člen

Patronažna služba dispanzerja za otroke ima zlasti te naloge:

1. poučuje starše o splošnih higienskih načelih, o pravilni negi in prehrani zdravih in bolnih dojenčkov, malih in predšolskih otrok;

2. navaja matere, da prinašajo dojenčke in male otroke na preglede, posvetovanje in zdravljenje v dispanzer;

3. aktivno nadzira dojenčka, male in predšolske otroke na njihovem domu, zlasti pa nedonošene, slabotne, slabokrvne, zahirane, od tuberkuloze ogrožene, defektne in take, ki imajo motnje pri prehrani in prebavi, ter socialno ogrožene; posebno pozornost mora posvečati obolelim otrokom in otrokom, ki živijo v neugodnih socialnih okoliščinah;

4. odkriva na otrokovem domu in v socialnih zavodih za predšolsko mladino vse škodljive okoliščine, ki utegnejo vplivati na otrokovo zdravje, in posreduje, da se odpravijo;

5. obvešča šefa dispanzerja o stanju in razvoju posameznih otrok ter o tem, kako se matere ravna po zdravnikovih odredbah in priporočilih.

41. člen

Dispanzer za otroke dela praviloma vsak dan; notranje delo pa opravlja najmanj dvakrat na teden.

Delovni čas dispanzerja določi upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) v sporazumu s šefom dispanzerja in organom, ki je pristojen za zadeve in naloge zdravstvenega doma (postaje). Delovni čas mora biti določen v skladu s krajevnimi potrebami in prometnimi razmerami v okoliščini dispanzerja.

Pri določanju delovnega časa je treba gledati na to, da se pregledi in zdravljenje obolelih otrok opravlja ločeno od pregledov zdravih otrok.

Sistematične preglede otrok mora opraviti dispanzer ob posebej določenem času izven delovnega časa po drugem odstavku tega člena.

Če se kurativna zdravstvena pomoč obolelim otrokom ne more dajati vsak dan v dispanzerju za otroke ali na domu, mora šef dispanzerja sporazumno z upravnikom zdravstvenega doma (postaje) poskrbeti, da bo zdravstveni dom (postaja) v svojih ordinacijah ali z dežurno službo lahko dajal vsak dan zdravstveno pomoč otrokom.

42. člen

Dispanzer za otroke se ravna pri svojem delu po strokovnih metodoloških navodilih višje organiziranih zavodov za zdravstveno varstvo otrok.

Dispanzer za otroke se lahko obrača za strokovno pomoč pri delu na ustrezne oddelke bolnic in druge zavode, katerih delo se tiče zdravstvenega varstva otrok (porodnišnice, dispanzerji za žene, šolske poliklinike in ambulate, splošne ambulate itd.).

Dispanzer za otroke daje bolnicam in dobiva od njih potrebne podatke za delo.

43. člen

Glede vodstva evidenc in strokovne dokumentacije velja 20. člen tega pravilnika.

VI. POSVETOVALNICA ZA OTROKE

44. člen

Posvetovalnica za otroke je preventivna strokovna enota zdravstvenega doma (postaje), ki daje materam strokovne nasvete glede ravnanja, nege in prehrane predšolskih otrok ter izvaja preventivne ukrepe za zdravstveno varstvo predšolskih otrok.

Posvetovalnica za otroke opravlja zlasti vse preventivno zdravstvene naloge iz 1. do 4., 7., 9. do 11. in 13. točke drugega odstavka 34. člena ter vse naloge patronažne službe iz 40. člena tega pravilnika.

Posvetovalnica za otroke ne sme sprejemati bolnih otrok na zdravljenje. Izje-

moma lahko pregleda bolne otroke v posvetovalnici zdravnik, vendar ločeno od zdravih otrok in tako, da pri tem niso ogroženi zdravi otroci.

45. člen

Posvetovalnica za otroke se lahko ustanovi kot strokovna enota zdravstvenega doma (postaje) v kraju, kjer ni pogojev za ustanovitev dispanzerja za otroke.

46. člen

Posvetovalnico za otroke vodi za to usposobljeni zdravnik.

Posvetovalnica za otroke mora imeti tudi stalno medicinsko sestro, za notranje delo pa ima lahko tudi otroško negovalko.

Zdravnik mora delati v posvetovalnici za otroke vsaj enkrat na teden. Poleg tega mora dajati medicinska sestra v posvetovalnici za otroke vsaj še enkrat na teden strokovne nasvete materam.

47. člen

Posvetovalnica za otroke ima lahko v večjih in bolj oddaljenih krajih svoje pomožne posvetovalnice. Pomožno posvetovalnico ustanovi upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) s pritrditvijo sveta za zdravstvo občinskega ljudskega odbora.

Pomožno posvetovalnico vodi medicinska sestra po navodilih in pod nadzorstvom posvetovalnice za otroke.

Pomožno posvetovalnico mora vsaj enkrat na mesec obiskati zdravnik posvetovalnice za otroke.

48. člen

Posvetovalnica za otroke ima praviloma tele prostore:

- a) čakalnico z registraturo,
- b) zdravniško ordinacijo,
- c) garderobo in druge pomožne prostore ter sanitarije.

Čakalnica mora biti svetla in dovolj velika, da se lahko v njej otroci tudi

preoblačijo, tehtajo in merijo. V čakalnici mora biti primeren zdravstvenoprosvetni material.

Če je pri posvetovalnici tudi mlečna kuhinja za preskrbo dojenčkov z mlekom in z dietno hrano, mora imeti za to določen poseben prostor.

Prostori posvetovalnice za otroke se uporabljajo praviloma samo za posvetovalnico. Če se opravljajo v teh prostorih še druga zdravstvena dela, se smejo opravljati samo v času, ko ne dela posvetovalnica.

49. člen

Določbe drugega, tretjega in četrtega odstavka 41. člena ter 42. in 43. člena tega pravilnika veljajo tudi za posvetovalnice za otroke.

VII. STROKOVNE ENOTE ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠOLSKE MLADINE

Šolska zdravstvena služba

50. člen

Zdravstvena služba za šolsko mladino ima tele splošne naloge:

1. skrbi za pravičen telesni in duševni razvoj šolske mladine;
2. bdi nad higieno okolja, v katerem živi šolska mladina v šoli in izven šole;
3. predlaga pristojnim organom ustrezne ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja in okolja šolske mladine;
4. posveča posebno skrb organizaciji šolske zobozdravstvene službe in skrbi, da se organizira šolska zobozdravstvena služba;
5. sodeluje pri izvajanju ukrepov za zatiranje nalezljivih bolezni v šolah in drugih zavodih ter v krajih, kjer se zbira šolska mladina zaradi pouka, stanovanja, prehrane, razvedrila in podobno;
6. organizira akcije za zdravstveno vzgojo šolske mladine, zdravstveno prosvetljevanje učnega osebja in staršev ter

sodeluje pri takih akcijah, ki jih organizirajo drugi;

7. proučuje zdravstveno stanje in zdravstveno problematiko šolske mladine;

8. sodeluje z državnimi organi in družbenimi organizacijami, ki imajo v svojem programu skrb za mladino, v vseh vprašanih socialnozdravstvenega varstva šolske mladine;

9. zdravi obolelo šolsko mladino in obiskuje težko bolne na njihovem stanovanju.

51. člen

Pod zdravstveno službo za šolsko mladino spadajo učenci osnovnih in srednjih šol, nižjih in srednjih strokovnih šol ter vajenci.

52. člen

Šolsko zdravstveno službo opravljajo tele zdravstvene strokovne enote zdravstvenega doma (postaje):

1. šolska poliklinika,
2. šolski dispanzer,
3. šolska ambulanta.

1. Šolska poliklinika

53. člen

Šolska poliklinika je zdravstvena strokovna enota zdravstvenega doma, ki je strokovno najvišje organizirana in opravlja praviloma celotno preventivno in kurativno zdravstveno varstvo šolske mladine.

Šolska poliklinika se lahko ustanovi v kraju z večjim številom osemletnih in drugih šol.

54. člen

Šolska poliklinika ima zlasti te naloge:

1. sistematično in kontrolno pregleduje šolsko mladino; sistematično mora biti pregledan vsak otrok oziroma učenec vsake šole ob vstopu v šolo in nato vsako

drugo, najmanj pa vsako tretje leto, vajenci pa vsako leto. Kontrolni pregledi pri mladini, pri kateri se je ob sistematskem pregledu ugotovila okvara ali sum na okvaro zdravja, se opravljajo po potrebi tudi večkrat na leto;

2. pregleduje duševno ali telesno zaostalo šolsko mladino zaradičasne ali trajne oprostitve od obveznega šolanja ali zaradi razvrstitve v specialne šole ali zavode;

3. pregleduje učno in drugo osebje vseh šol in drugih zavodov, ali ne boleha za boleznimi, ki bi utegnile ogroziti zdravje šolske mladine;

4. pošilja šolsko mladino na specialistične preglede in zdravljenje v druge ustrezne zdravstvene zavode, kolikor tega ne opravlja sama;

5. izdaja na zahtevo šolskih vodstev in drugih organov potrdila in mnenja o zdravstvenem stanju šolskih otrok in mladine (n. pr. potrdila za oprostitev od telovadbe, risanja, petja, o izostankih od pouka, pri vajencih tudi mnenja o zmožnosti za poklic in o potrebi spremembe poklica itd.); v zadnjem šolskem letu daje mnenje o zmožnostih za določen poklic;

6. predlaga, da se pošljejo bolehní in zdravstveno ogroženi šolski otroci in mladina v okrevališča, naravna zdravilišča in podobne zavode ter na letovanja;

7. sodeluje pri izvajanju ukrepov za zatiranje nalezljivih bolezni po šolah in zavodih; opravlja specialne preglede šolske mladine, učnega in drugega osebja po šolah in zavodih; opravlja oziroma organizira predpisana cepljenja; predlaga sanitarnemu inšpektoratu začasno ukinitve šolskega pouka ali druge sanitarno epidemiološke ukrepe;

8. bdi nad higienskih stanjem šolskih stavb, šolskih vodovodnih naprav, naprav za odstranjevanje odpadkov, šolske opreme, nad čistočo v vseh šolskih prostorih, zlasti straniščih, nad razsvetljavo, ogrevanjem, prezračevanjem in podobno; bdi nad higienskim stanjem socialnih in dru-

gih zavodov ter prostorov, kjer se zbira ali zadržuje šolska mladina;

9. bdi nad higienskimi razmerami v dijaških stanovanjih pri tujih družinah in nad zdravstvenim stanjem teh družin, kolikor bi to lahko ogrozilo zdravje šolske mladine;

10. pazi, da so sestava prehrane, pripravljanje prehrane in higiensko stanje v šolskih kuhinjah, dijaških menzah, socialnih zavodih itd. primerni in neoporečni;

11. daje sanitarnim inšpektoratom predloge, da se odpravijo higienske pomanjkljivosti v šolah, prostorih in krajih, kjer se zbira šolska mladina, kolikor teh pomanjkljivosti ni bilo mogoče odpraviti s posredovanjem in s predlogi pri šolskih vodstvih, njihovih nadzornih in drugih organih;

12. ugotavlja po svoji patronažni službi ali patronažni službi zdravstvenega doma socialno in čustveno okolje, v katerem živi šolska mladina, ki kaže nepravilnosti v razvoju in v telesnem ali duševnem zdravju;

13. zbira in analizira podatke sistematskih pregledov in obolevanj šolske mladine ter proučuje celotno zdravstveno problematiko šolske mladine; obvešča o svojih ugotovitvah ljudske odbore, zdravstvene in šolske organe ter jim daje ustrezne predloge;

14. zdravi obolele otroke, in sicer težko bolne tudi na njihovem stanovanju; obvešča neposredno ali po patronažni službi o zdravstvenem stanju otroka starše, šolska vodstva pa, če je to potrebno zaradi zdravstvenega varstva samega otroka ali zaradi varstva drugih otrok;

15. utrjuje s specialnimi predavanji in s poukom v seminarjih zdravstveno zavest učnega osebja; daje predloge glede poučevanja šolske higiene;

16. organizira zdravstveno prosvetne in druge akcije za izboljšanje zdravja šolske mladine in za zdravstveno pro-

svetljevanje staršev ter sodeluje pri takih akcijah, ki jih organizirajo drugi;

17. daje strokovno pomoč nižje organiziranim enotam za zdravstveno varstvo šolske mladine;

18. sodeluje pri strokovnem izpopolnjevanju osebja, ki dela v šolski zdravstveni službi.

55. člen

Šolska poliklinika mora imeti poleg splošne ordinacije vsaj še stomatološko, rentgenološko, okuliščno in ortopedsko specialistično ordinacijo.

56. člen

Šolska poliklinika dela vsak dan, specialistične ordinacije pa lahko delajo tudi samo ob določenih dnevih.

Šolsko polikliniko vodi za to usposobljen zdravnik.

57. člen

Prostori, specialni zdravniški instrumentarij, število in vrste specialističnega in drugega zdravstvenega osebja morajo ustrezati obsegu in nalogam šolske poliklinike.

2. Šolski dispanzer

58. člen

Šolski dispanzer je zdravstvena strokovna enota zdravstvenega doma (postaje), ki opravlja preventivno in kurativno zdravstveno varstvo šolske mladine.

Šolski dispanzer se lahko ustanovi v kraju, kjer ni mogoče ustanoviti šolske poliklinike.

59. člen

Šolski dispanzer opravlja vse naloge šolske poliklinike iz 54. člena tega pravilnika, obseg njegovega dela pa se ravna po številu in vrstah ordinacij in zaposlenega zdravstvenega osebja.

Šolski dispanzer mora imeti najmanj splošno in stomatološko ordinacijo.

60. člen

Šolski dispanzer dela praviloma vsak dan, najmanj pa trikrat na teden.

Šolski dispanzer vodi za to usposobljen zdravnik.

3. Šolska ambulanta

61. člen

Šolska ambulanta opravlja preventivno in kurativno zdravstveno varstvo šolske mladine.

Šolska ambulanta se ustanovi praviloma kot zdravstvena strokovna enota zdravstvene postaje.

62. člen

Šolska ambulanta mora opravljati vse naloge iz 1., 3., 5., 8. in 14. točke 54. člena tega pravilnika, druge naloge pa v mejah svoje strokovne in tehnične zmogljivosti.

63. člen

Šolska ambulanta dela najmanj dvakrat na teden.

Šolsko ambulanto vodi za to usposobljen zdravnik.

VIII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

64. člen

Zdravstveni domovi (postaje) morajo prilagoditi organizacijo in poslovanje strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine določbam tega pravilnika v šestih mesecih potem, ko začne ta pravilnik veljati.

65. člen

Zdravniki, ki vodijo strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine, se morajo najpozneje v dveh letih po uveljavitvi tega pravilnika

usposobiti za to delo. Zdravniki se usposabljaajo na posebnih tečajih v zavodu, ki ga določi Svet za zdravstvo LRS.

66. člen

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi v »Uradnem listu LRS«.

Št. 07/1-1308/6.

Ljubljana, dne 30. avgusta 1957.

Svet za zdravstvo LRS

Predsednik:

Mr. ph. Olga Vrabič

PREDPISI O ORGANIZACIJI ZDRAVSTVENE SLUŽBE IN VARSTVU MATERE IN OTROKA*

I. Organizacija zdravstvene službe

Ustavni zakon o temeljih družbene in politične ureditve FLRJ in zveznih organov oblasti (Ur. l. FLRJ 3/53).

Ustavni zakon o temeljih družbene in politične ureditve in organih LRS (Ur. l. LRS 3/53), zlasti čl. 87, 92—94.

Poslovnik zveznega zbora ljudske skupščine (Ur. l. FLRJ 47/58) čl. 76, 88, 124.

Poslovnik republiškega zbora ljudske skupščine LRS (Ur. l. FLRJ 5/54) čl. 54, 58—74, 78, 83—101, 108—118.

Zakon o državni upravi (Ur. l. FLRJ 13/56) čl. 36—40, 63—65.

Zakon o zveznih organih uprave (Ur. l. FLRJ 13/56.) čl. 4, 24.

Uredba o organizaciji in delu zveznega zavoda za ljudsko zdravstvo (Ur. l. FLRJ 50/57).

* Objavljamo seznam zdaj veljavnih predpisov z namenom, da našim zdravstvenim delavcem olajšamo zadevni pregled, s tem pa delo v zdravstveni službi sami in pomoč pri uveljavljanju pravic, ki jih zakon daje varovancem dispanzerjev in posvetovalnic za žene in otroke. — Op. ur.

Zakon o upravnih organih v LRS (Ur. l. LRS 13/56) čl. 9—19, 25, 42—57.

Uredba o organizaciji in delu Sveta za zdravstvo LRS (Ur. l. LRS 17/57).

Poslovnik o notranji organizaciji, delovnem področju in poslovanju organizacijskih enot Sekretariata za zdravstvo LRS (Vestnik Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za soc. varstvo LRS št. 5—6/1957).

Temeljni zakon o ljudskih odborih (Ur. l. FLRJ 22/52) čl. 60—64.

Zakon o okrajnih ljudskih odborih (Ur. l. LRS 19/52) čl. 29—58, 129, 140, 143—152.

Zakon o občinskih ljudskih odborih (Ur. l. LRS 19/52) čl. 12, 98—107.

Splošni zakon o ureditvi občin in okrajev (Ur. l. FLRJ 26/55) čl. 24 (54)—29 (59).

Zakon o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov in njihovih organov (Ur. l. FLRJ 52/57) čl. 52—53, 95—98.

Uredba o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov in njihovih organov (Ur. l. FLRJ 52/51) čl. 113—135, 222—224.

Zakon o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov (Ur. l. LRS 49/57) čl. 24—31, 60—64.

Uredba o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov (Ur. l. LRS 49/57) čl. 29—42, 84.

Odlok o finansiranju in finančnem poslovanju zdravstvenih zavodov (Ur. list FLRJ 14/53, 24/57).

Zakon o zobozdravstveni službi (Ur. l. LRS 5/55).

Zakon o lekarniški službi (Ur. l. LRS 14/55).

Zakon o bolnicah (Ur. l. 21/56).

Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah (Ur. l. LRS 21/56).

Zakon o zdravstvenem strokovnem nadzorstvu nad zdravstvenimi zavodi (Ur. l. LRS 21/56).

Pravilnik o zdravniških obiskih, ki jih opravljajo zdravniki zdrav. doma in postaj na bolnikovem domu (Ur. l. LRS 36/57).

Zakon o zasebni zdravstveni praksi v LRS (Ur. l. LRS 43/57).

Zakon o javnih uslužbencih (Ur. list FLRJ 53/57) čl. 3, 14, 65, 66, 295—337.

II. Varstvo matere in otroka

Osnovni zakon o zakonski zvezi (Ur. l. FLRJ 29/46).

Zakon o državnih matičnih knjigah (Ur. l. FLRJ 29/46) čl. 2, 13, 15, 22—32.

Temeljni zakon o razmerju med starši in otroki (Ur. l. FLRJ 104/47).

Temeljni zakon o skrbništvu (Ur. list FLRJ 30/47).

Zakon o posvojitvi (Ur. l. FLRJ 30/47).

Splošna navodila o organizaciji službe za varstvo in dvig ljudskega zdravja (Ur. l. FLRJ 48/48) (Ustanove za zaščito matere in otrok).

Uredba o obračunavanju in plačilu stroškov v državnih zdravstvenih ustanovah (Ur. l. FLRJ 56/48), brezplačnost poroda (5 tč. 6 čl.), otroci do 3 let in mati, ki spremlja in doji otroka (7. tč. 6 čl.), plačilo 1/2 oskrbnine predšolskih otrok, učencev in študentov, ki nimajo pravice do brezplačnega zdravljenja.

Uredba o osnovanju otroških jaslí in otroških vrtcev (Ur. l. FLRJ 81/48).

Navodila o organizaciji in delu otroških jaslí (Ur. l. FLRJ 48/49).

Pravilnik o delu in organizaciji porodnišnic (Ur. l. FLRJ 106/49).

Uredba o obveznem zdravniškem pregledu nosečih žena (Ur. l. LRS 6/51).

Kazenski zakonik (Ur. l. FLRJ 13/51).

Kazenska odgovornost mladine čl. 5, 64—77.

Kazenska dejanja zoper zak. zvezo in rodbino čl. 90—198.

Kazenska dejanja zoper človeško zdravje čl. 199—212.

Uredba o postopku za dovoljeno odpravo plodu (Ur. l. FLRJ 4/52).

Zakon o babiški službi in porodniški pomoči izven zdravstvenih zavodov (Ur. l. LRS 26/54).

Zakon o socialnih zavodih (Ur. l. LRS 26/54).

Pravilnik o nalogah, notranji ureditvi in delu zdravstvenih strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah (Ur. l. LRS 35/57).

Zakon o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev (Ur. l. FLRJ 51/54).

Pravice v primeru nosečnosti in poroda (čl. 38, 39), pomoč za opremo novorojenčka (čl. 40, 41), nadomestilo za plačo ob bolezni otroka (čl. 33).

Uredba o izvajanju zakona o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev (Ur. l. FLRJ 55/54) čl. 41—43.

Uredba o otroškem dodatku (Ur. list FLRJ 36/55, 1/56).

Odlok o cepljenju prebivalstva proti nalezljivim boleznim (Ur. l. FLRJ 24/57).

Zakon o delovnih razmerjih (Ur. list FLRJ 53/57).

Posebno varstvo žena (čl. 61—81).

Prepoved nočnega dela žena (čl. 249—255).

Nosečnici in materi z otrokom do 8 mesecev starosti ni mogoče odpovedati (čl. 330).

Kazni (čl. 393, 394).

Pravilnik za izvajanje odloka o cepljenju prebivalstva proti nalezljivim boleznim (Ur. l. FLRJ 24/58).

20. XII. 1958

Beležke

VESTNIK SVETA ZA LRS IN SVETA ZA S VARSTVO LRS

V letu 1958 so po dve številke. V štev. 1—2 so objave, ki jih je na svojih sejah za zdravstvo glede organizacije higijenske službe v LRS, o skrbi z zdravili, dalje pravilnik o ustanavljanju, nalogah in organizaciji bolniških oddelkov pri zdravstvenih zavodih, o zobozdravstveni službi itd. Posebej opozarjamo na »Pomembnejše določbe iz zakona o javnih uslužbencih in iz zakona o delovnih razmerjih«, kjer so ponatisnjeni važnejši členi iz poglavij zakona o javnih uslužbencih, ki urejajo položaje, nazive in prejeme zdravstvenih delavcev.

Iz zakona o delovnih razmerjih pa so ponatisnjena: načela o delovnih razmer-

ih iz delovnega razpisa, *posebno varstvo* ter posebno varstvo do.

Je objavljen sklep o po- in položajnih plačah v o javnih uslužbencih. V odlokih pa je obrazloženo, do podaljšanega letnega dopusta, kako je s povračilom potnih stroškov zdravstvenemu osebju, ki se udeležuje občinskih zborov, seminarjev in konferenc strokovnih društev. Sledi še vrsta drugih pojasnil v zvezi z zdravstveno službo.

Ponovno opozarjamo na »Vestnik«, kjer so poleg člankov ponatisnjeni zakoni, uredbe in pravilniki, ki urejajo zdravstveno službo, kakor tudi vse okoliščine, ki jih izdajata navedena sveta.

N. J.

Uredba o postopku za dovoljeno odpravo plodu (Ur. l. FLRJ 4/52).

Zakon o babiški službi in porodniški pomoči izven zdravstvenih zavodov (Ur. l. LRS 26/54).

Zakon o socialnih zavodih (Ur. l. LRS 26/54).

Pravilnik o nalogah, nalogah in delu zdravstvenih strojstov, zdravstveno varstvo žena, mladine v zdravstvenih zavodih in zdravstvenih postajah (Ur. l. LRS 26/54).

Zakon o zdravstvenem varstvu delavcev in uslužbencev (Ur. l. LRS 51/54).

Pravice v primeru nosečnosti (čl. 38, 39), pomoč za opremo novorojenčka (čl. 40, 41), nadomestilo za plačo ob bolezni otroka (čl. 33).

Uredba o izvajanju zakona o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev (Ur. l. FLRJ 55/54) čl. 41—43.

Uredba o otroškem dodatku (Ur. list FLRJ 36/55 1/56).

jenju prebivalstva proti mizernosti (Ur. l. FLRJ 24/57).
vseh razmerjih (Ur. list

tvo žena (čl. 61—81).
nega dela žena (čl. 249—

materi z otrokom do 8
i ni mogoče odpovedati

3, 394).

izvajanje odloka o cepjenju prebivalstva proti nalezljivim boleznim (Ur. l. FLRJ 24/58).

20. XII. 1958

Beležke ob knjigah

VESTNIK SVETA ZA ZDRAVSTVO LRS IN SVETA ZA SOCIALNO VARSTVO LRS

V letu 1958 so po dve skupaj izšle 4 številke. V štev. 1—2 so objavljeni sklepi, ki jih je na svojih sejah sprejel Svet za zdravstvo glede organizacije in nalog higienске službe v LRS, o problemu preskrbe z zdravili, dalje pravilnik o ustanavljanju, nalogah in organizaciji bolniških oddelkov pri zdravstvenih zavodih, o zobozdravstveni službi itd. Posebej opozarjamo na »Pomembnejše določbe iz zakona o javnih uslužbencih in iz zakona o delovnih razmerjih«, kjer so ponatisnjeni važnejši členi iz poglavij zakona o javnih uslužbencih, ki urejajo položaje, nazive in prejemke zdravstvenih delavcev.

Iz zakona o delovnih razmerjih pa so ponatisnjena: načela o delovnih razmer-

jih, temeljne pravice iz delovnega razmerja, plačan letni dopust, *posebno varstvo nosečnic in mater* ter posebno varstvo mladine in invalidov.

V štev. 3—4 je objavljen sklep o posebnih dodatkih in položajnih plačah v zvezi z zakonom o javnih uslužbencih. V pojasnilih in navodilih pa je obrazloženo, kdo ima pravico do podaljšanega letnega dopusta, kako je s povračilom potnih stroškov zdravstvenemu osebju, ki se udeležuje občinskih zborov, seminarjev in konferenc strokovnih društev. Sledi še vrsta drugih pojasnil v zvezi z zdravstveno službo.

Ponovno opozarjamo na »Vestnik«, kjer so poleg člankov ponatisnjeni zakoni, uredbe in pravilniki, ki urejajo zdravstveno službo, kakor tudi vse okrožnice, ki jih izdajata navedena sveta.

N. J.

DIETA PRI ŽELODČNIH BOLEZNIH

Po knjižici je veliko povpraševanje. Zato je Centralni zavod za napredek gospodinjstva oskrbel že tretjo izdajo. Knjižica obsega 67 strani in stane din 180.—

Napisali sta jo dr. Božena Zajec-Lavrič in Jožica Pirc. V prvem delu navaja knjižica želodčna obolenja, pri katerih je ta dieta indicirana, in daje v zvezi z dieto splošna navodila.

V drugem delu pa so praktični nasveti za pripravljane dietične hrane ter deset celodnevni jedilnikov za želodčno bolne. Pri receptih za te jedilnike je naznačena tudi množina kemičnih snovi in kalorije, ki jih vsebuje posamezna jed.

Imenovani zavod je izdal še več drugih knjižic, na katere ob tej priliki tudi opozarjamo:

Dieta za sladkorno bolne (prof. dr. Ljudevit Merčun in dr. Božena Zajec. Cena din 150.—).

Dieta pri jetrnih boleznih (dr. Božena Lavrič in Marija Gams. Cena din 150.—).

Dieta pri ledvičnih in srčnih boleznih (dr. Majda Mazovec in Zofka Keržič-Poženelova. Cena din 180.—).

Prehrana nosečnic (dr. Bogdan Tekavčič in Marija Dernovšek. Cena din 150.—).

N. J.

O NEKATERIH OBLIKAH POMOČI DRUŽINI V STANOVANJSKI SKUPNOSTI

Pod tem naslovom je Zveza prijateljev mladine Slovenije v samostojni brošuri izdala referate s posebnega posvetovanja v »Tednu otroka.« Brošura obsega 32 strani in stane din 30.—. Referate za to posvetovanje so pripravile naslednje organizacije:

Zveza prijateljev mladine (Olga Vipotnik) je pripravila referat: *Nekatere oblike varstva otrok v stanovanjski skupnosti*, Zveza ženskih društev in Cent. zavod za napredek gospodinjstva (Cilka

Malešič): »Razširjeno gospodinjstvo in njegove oblike v stanovanjski skupnosti«, Republiški svet Zveze sindikatov (Leopold Krese) pa »Pomen sindikata in gospodarskih organizacij pri stanovanjskih skupnostih«.

Osrednja tema vseh referatov je: varstvo otroka — pomoč družini. V njih se z vseh strani nakazani tudi drugi problemi, ki so v zvezi z osrednjim vprašanjem in je v marsičem od njih odvisno tudi njegovo reševanje.

Referati so na posvetovanju, ki so se ga udeležili vsi najvažnejši organizatorji stanovanjske skupnosti v naši republiki — od zastopnikov množičnih organizacij, komun, strokovnih združenj pa do političnih forumov — sprožili plodno razpravo.

Prispevek Lidije Šentjunc k razpravi pa objasnjuje, kje in kako se je gospodarsko in organizacijsko lotiti nakazanih oblik pomoči družini v stanovanjski skupnosti.

Na koncu so objavljeni s posvetovanja tudi sklepi. Pripravile so jih komisije iz skupin, ki so razpravljale o posameznih referatih.

Opozarjamo medicinske sestre na to brošuro, ker lahko v njej najdejo smer za strokovno sodelovanje z množičnimi organizacijami pri delu zdravstvenega varstva otrok in družine v stanovanjski skupnosti.

N. J.

VARUJ SE SPOLNIH BOLEZNI

Pravkar je izšla brošurica, ki jo je napisala dr. Franja Završnik, specialist za kožne in spolne bolezni, izdal pa Okrajni antivenerični dispanzer v Celju. Obsega 30 strani in stane din 30.—.

Avtorica knjižice pravi v uvodu, da ima razlaga spolnih bolezni dvojni namen: mladega človeka, ki vstopa v življenje, poučiti o tem, kar mora vedeti o spolnih boleznih, da se bo znal varovati okužbe; kdor se je okužil, pa naj bi ga navdala s pogumom in zavestjo, da so

spolne bolezni ozdravljive, in ga obenem pridobila, da se z zaupanjem obrne na zdravnika.

Pisateljica vsebinsko strnjeno in zelo poljudno razpravlja o razširjenosti spolnih bolezni, o razliki med kožnimi in spolnimi boleznimi, o alkoholizmu in prostituciji v zvezi s temi obolenji. Odgovarja pa tudi na vprašanja: kako spoznamo spolne bolezni, ali spolne bolezni ustvarjajo imunost, ali so ozdravljive, kako se jih obvarujemo, kje je vzrok, da še niso zatrte in v čem je nevarnost spolnih bolezni za skupnost.

Zaradi priročne oblike in poljudnega obravnavanja bo knjižica uspešno služila svojemu namenu.

N. J.

MEDNARODNI ČASOPIS ZA ZDRAVSTVENO PROSVETO

Mednarodna zveza za zdravstveno prosveto je letos začela izdajati prvi mednarodni časopis za zdravstveno prosveto »International journal of health education«. Izhaja četrtletno v angleščini in francoščini. V uredniškem odboru zastopa Jugoslavijo generalni sekretar Rdečega križa dr. Olga Milošević.

Dr. Z. S.

PREPREČIMO GLISTE IN OTROCI BODO BOLJ ZDRAVI!

Centralni higienski zavod v Ljubljani je izdal letak o glistah, ki je ilustriran (dvobarvni tisk), obsega 4 strani in stane din 3.—

Letak obravnava vrste glist in okužitev z njimi. Objasnjuje tudi, kaj naj ukrenemo proti njim in kako preprečujemo glistavost. Ilustracije ob robu letaka ponazarjajo in dopolnjujejo vsebino letaka. Ker je glistavost pri nas zelo razširjena, ne le pri otrocih, temveč tudi pri odraslih, bo letak dobrodošel ne samo v otroških posvetovalnicah in dispanzerjih, temveč bo tudi v zdravstvenih ustanovah nasploh dobro služil za tovrstno zdravstveno vzgojo ljudi.

Letak se naroča pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani.

N. J.

MAMICA IN OČKA!

Centralni higienski zavod v Ljubljani je poskrbel za ponatis te mape, ki je našim zdravstvenim ustanovam dobro poznana in je že nekaj časa veliko povpraševanje po njej, ker jo matere zelo rade kupujejo.

Mapa »Mamica in očka« je vsebinsko zaokroženo zdravstvenovzgojno čtivo o dojenčku. Njen glavni namen pa je, da matere spravljajo vanjo letake in brošure, ki jih seznanjajo s pravilno nego, prehrano in boleznimi otrok. Naroča se pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani. Cena din 25.—

N. J.

NEKAJ MISLI O LEVIČNOSTI IN LEVIČARJIH

Zbral dr. M. Karlin

Znani švicarski list za praktične zdravnike »Ars medici« je pred nedavnim načel vprašanje levičnosti pri otrocih. Odzvalo se je več izvedencev. Ker bo ta problem nedvomno zanimal marsikateriga naših bralcev, sem se namenil zbrati nekaj teh odgovorov tudi za naš časopis.

Šolski zdravnik iz Züricha E. Braun je govoril takole:

Paul Sarasin je med orodji iz kamene dobe našel približno enako število za uporabo z desnico kakor z levico. Izrazita enoročnost, zvečine desničnost, je pri človeku nastala šele pozneje, menda vzporedno z govorom. Težnja po levičnosti pa je še danes precej pogostna, n. pr. levičnost oči ali nog pri desničarjih, prav tako kot težnja po desničnosti pri levičarjih. Še danes ni dognano, ali je enoročnost določena že ob rojstvu ali pa se razvije šele med individualnim razvojem. Težnje po levičnosti lahko že popuste in torej niso utrjene v zasnovi, čeprav se levičnost pojavlja familiarno. Pri majhnih otrocih enoročnost pogosto še ni za trdno določena. Če dajejo prednost levi roki, jih nikar ne vznemirjajmo s tem, da bi jih prestrogo navajali na desničnost, ker jih zastran tega lahko naradimo živčne. Približno deset odstotkov šolarčkov kaže bolj ali manj izraženo levičnost. Za vse spretnosti jim raje pustimo svobodno izbiro roke: pri pisanju pa jih poskušajmo navaditi na desno roko. Pri neobveznih (fakultativnih) levičarjih gre to kaj lahko; pri 3 do 5% obveznih (obligatnih) levičarjev, med katerimi je 66% dečkov, jim spočetka kar pustimo, da pišejo z levo roko, hkrati pa jih s potrpljenjem in razumevanjem skušajmo navaditi na pisanje tudi z desnico.

To je načelno prav tako mogoče, kakor desničarje lahko naučimo pisati z levico. Sčasoma bo tudi obligatni levičar rajši pisal z desnico, ker je prilagojevanje na okolico njemu samemu v prid. Če pa je ta preobrazba za šolarčka preveč težavna, naj bi mu učitelj dovolil pisanje z levico in poskrbel za ustrezno metodo. Vsekakor ne smemo otroku dopovedovati, da s svojo desnico ne bo mogel nič pravega opraviti. Levičnost ni manjvrednost, temveč samo neka inačica (varianta). To trditev potrjujejo tudi mnogi slavni levičarji.

Uredništvo omenjenega mesečnika je o vprašanju levičnosti zbralo naslednje podatke:

Med levičarji je bilo in je še dosti vrhunskih športnikov. Mimo tega je znano, da je bil univerzalni genij Leonardo da Vinci (1452 do 1519) levičar; nemški slikar A. v. Menzel (1815 do 1905) pa je lahko z levico prav tako slikal kakor z desnico.

Možnost, da enakomerno izučimo obe roki, kakor je terjal že grški filozof Platon (427 do 347 pred n. št.), je vsekakor dana. Pred prvo svetovno vojno so v berlinskih šolah poskušali, da bi šolarčke vzgojili k obojeročnosti, vendar so s temi poskusi prenehali, ker so videli, da takšna izučitev ne daje nobene prednosti za duševni razvoj otrok.

Levičnost je večkrat združena z motnjami govora. Zastran tega meni R. Müller, da je priučevanje otrok k obojeročnosti nepotrebno, ker je prevlada ene možganske polovice potrebna za izobrazbo višjih možganskih centrov, zlasti središča za govor.

R. A. H. Pearce je dognal, da med normalnimi šolarčki prevladuje popolna desničnost okončin, ušes in oči samo v 49,3%; popolnih levičarjev je 4%; pri 46,7% pa sta se strani križali, največkrat

roka z očesom. Pri 70 % otrok, ki so imeli kakšne težave, zlasti pri branju, pisanju in govorjenju, sta se strani križali (lateralnost). Spretnost roke se more razviti samo v usklajevanju (koordinaciji) z očesom. Desničarja n. pr. moti prevladovanje levega očesa. Razumni otroci križano lateralnost kmalu premagajo; povprečno nadarjeni in duševno razburljivi šolarčki pa potrebujejo medicinsko-pedagoško pomoč. Nepazljivost, nemir ali nenadno odklanjanje učenja so prva svarilna znamenja. Levični otroci kažejo težnjo, da bi črkovali od desne proti levi. Če jim oko prisilimo tako, da zlogujejo od leve proti desni, kdaj pa kdaj še malo uidejo na levo, zaradi česar posamezne črke berejo v obrnjenem zapovrstju. Posledica je, da ne dojemajo smisla besede. Ta težava pa takoj mine, če črke postavimo navpično, ali če pustimo, da otrok vsako črko zasleduje z levim kazalcem. Jecljanje pri nasilnem prešolanju nekega levičarja naj bi po Pearceu nastalo zaradi spopada (konflikta) za prevlado med obema možganskima poloblama (hemisferama). Subirana pa meni, da pri levičnih otrocih ne prevladuje le desna hemisfera, marveč da prevlada (dominanca) ni v nobeni polobli povsem razvita. Levičnost po njegovem torej ni neka pozitivna lastnost, marveč le nezadostna desničnost.

K. Binder pa je povedal tole:

Na podlagi raziskovanja družin lahko rečemo, da je levičnost dedna. Vera Kovarsky je pri 72 levičarjih ugotovila, da jih je 43% levičnost podedovalo od očeta, 41,7% od matere, 15,3% pa od obeh. Od teh otrok je še 28% imelo brata ali sestro, ki so bili tudi levični.

Poleg prirojene levičnosti poznamo tudi pridobljeno, pri čemer ima zgodaj preboleno vnetje možgan (encefalitis) v mnogih primerih posebno vlogo. Ni zgolj slučaj, da je v dunajskih pomožnih šolah posebno veliko levičnih otrok.

Vprašanje levičnosti ali desničnosti je bržčas v nekakšni zvezi s telesno nesi-

metričnostjo. Šele danes ta dan vidimo, da je problem drugoročnosti mnogo bolj zapleten, kot smo spočetka domnevali, in da zanj še ne poznamo pravih vzrokov in temeljev.

SKRB ZA DEFEKTNE OTROKE

Leta 1956 smo imeli za defektne otroke 51 domov s 3410 varovanci, in to s posebnimi šolami pri teh domovih.

Najvišji odstotek slepih otrok, in sicer 45% od njihovega skupnega števila, je zajetih s specialnimi šolami.

Od gluhonemih otrok — čeprav je njih število po domovih in šolah za gluhoneme otroke naraslo od 470 v letu 1939 na 1402 v letu 1956 — pa jih je po nekaterih zadevnih popisih še vedno 5373, ki jih šola ni zajela. V večjem obsegu še nismo začeli z ustanavljanjem posebnih oddelkov pri osemletkah, kar je izvedljivo in cenejše za vsa mesta z večjim številom gluhonemnih otrok. Za zdaj so takšni oddelki samo v Beogradu in Bitolju.

Tudi za preskrbo duševno zaostalih otrok še ni storjeno dovolj. Za te otroke imamo danes 15 domov z 841 varovanci.

V zadnjih letih se čedalje več pozornosti posveča rehabilitaciji invalidnih otrok. V štirih specialnih zavodih za invalidne otroke je v letu 1956 bilo 290 otrok. Hkrati se ustanavljajo otroški oddelki po vseh večjih centrih za rehabilitacijo. Rehabilitacija invalidnih otrok se izvaja kompleksno in se ob medicinski organizira zaeno tudi socialna in poklicna rehabilitacija.

B. S.

ERITROMICIN IN SORODNI ANTIBIOTIKI

Navdušenje ob odkritju penicilina je kmalu začelo popuščati. Velika uporaba tega antibiotika je povzročila namreč nekatere neprijetne pojave. Upravičeno je izzvala val zaskrbljenosti zlasti ugotovitev, da so bolezenske klice, ki so prej

bile za novo sredstvo občutljive, proti njemu čedalje odpornejše. Zato je tudi odkritje novih antibiotikov s širokim obsegom delovanja (teramicin, avreomicin, tetracin, akromicin in drugi tetraciklini) le za kratek čas rešilo vprašanje, kako zdraviti obolenja, ki jih povzročajo bakterije, odporne za penicilin. Prav zgodaj so opazili, da postajajo bakterije bolj in bolj odporne tudi za antibiotike s širokim obsegom delovanja. To se je dogajalo prav v deželah, kjer z antibiotiki pri zdravljenju niso varčevali. In še nekaj! Pri ljudeh, ki so jih zdravili s teramicinom, se je razvila odpornost bakterij ne le za teramicin, ampak obenem tudi za avreomicin in druge tetracikline. Ta pojav so imenovali križno rezistenca.

Sledila je doba, ko so odkrili precejšnje število novih antibiotikov. Priznali so jim vrednost le, če so pri njih ugotovili povsem druge lastnosti, kot jih imajo že znani in rabljeni antibiotiki. Velik napredek je pomenilo odkritje eritromicina leta 1952. Žal so ga v ZDA takoj dali v najširšo porabo, tako da so prav kmalu zasledili visok odstotek bakterij, ki so odporne za eritromicin in tudi za vse druge antibiotike. Od vseh bakterij razvije odpornost za antibiotike najprej gnojni stafilokok. Obolenja s takimi bakterijami potekajo dandanes smrtno, ker smo kljub velikemu številu antibiotikov čisto brez moči. Da ne bi prišlo do podobnega stanja tudi drugod po svetu, so omejili uporabo eritromicina in ga priporočajo le za najnujnejše primere. Ta namembna omejitev je neprecenljive vrednosti. Tudi v naši državi je dosegla zaželeni namen. Pri nas so danes le redka stafilokokna obolenja odporna za zdravljenje z eritromicinom.

Odkritju eritromicina so sledila odkritja antibiotikov, ki učinkujejo podobno kot eritromicin. Ti antibiotiki so karbomicin, spiromicin (s tovarniškim imenom rovamicin) in oleandomicin (matromicin, imenovan tudi romicil). Sigmamicin je

tovarniški izdelek s kombinacijo oleandomicina in tetraciklina.

Eritromicin po sestavi ni soroden niti penicilinu niti tetraciklinom, čeprav je po obsegu delovanja podoben penicilinu. Karbomicin, spiromicin in oleandomicin delujejo zelo podobno kakor eritromicin, le da je njihov učinek pri zdravljenju šibkejši. Da so ti antibiotiki med seboj resnično sorodni, priča tudi križna rezistenca, ki se pred njimi ne razvije vedno, včasih pa vendarle. Če se razvije pri uporabi enega antibiotika iz eritromicinske skupine rezistenca tudi za ostale antibiotike te skupine, tedaj ni mogoče uspešno uporabljati nobenega od njih. Zato je njihova uporaba upravičena le pri tistih izjemnih obolenjih, kjer so drugi antibiotiki kontraindicirani, n. pr. penicilin zaradi bolnikove preobčutljivosti ali ker povzročitelj obolenja ni občutljiv za nobenega od antibiotikov, kar jih je na razpolago (zlasti velja to za stafilokokna obolenja).

Izjemoma je možno, da je določena bakterija odporna le za enega od antibiotikov iz eritromicinske skupine. V takem primeru mnogokrat rešimo bolniku življenje, če pravočasno ugotovimo z laboratorijsko metodo, kateri drugi antibiotiki so v njegovem primeru še učinkoviti za zdravljenje.

Takšno je stanje glede zdravljenja z eritromicinom in sorodnimi antibiotiki danes. Njihova vrednost v bodoče je odvisna od nas samih, če jih bomo uporabljali za zdravljenje samo v najnujnejših primerih, tako se da njih uporabnost ne bo mogla občutno zmanjšati.

Dr. Z. S.

SMRTNE NEZGODE PRI OTROCIH

V Evropi in v ZDA so nezgode glavni vzrok smrti pri otrocih. V raznih pokrajinah pa so otroci žrtev prav različnih nevarnosti. V Skandinaviji in Franciji se največ otrok utopi. V Španiji so otroci

izpostavljeni zlasti nevarnosti opeklin na odprtih ognjiščih. To nevarnost občutno zmanjšujejo sodobna stanovanja. Prav tako je kamin z odprtim ognjem pogosten vzrok smrtnih opeklin pri angleških otrocih. V Italiji in na Poljskem so še vedno številne nezgode ob eksplozijah razne municije iz zadnje vojne. V ZDA, Švici in na Švedskem umre mnogo otrok zaradi zastrupitve s kemikalijami, ki jih starši hranijo v stanovanju. V Franciji, Belgiji, na Danskem in Švedskem beležijo precej smrtnih primerov majhnih otrok, ki so se zadušili, ko so se igrali s torbami iz plastične snovi, vtikali vanje glave in si jih potem niso mogli pravočasno sneti.

Svetovna zdravstvena organizacija je analizirala vse te različne vzroke smrti na seminarju. Majhni otroci še ne razumejo nevarnosti, zato jih je treba nadzorovati in odstraniti z nevarnih mest. Ko pa otroci rastejo, naj se polagoma seznanjajo z nevarnostmi, ki jih obdajajo v vsakdanjem življenju. Plezajo naj in skačejo, nauče naj se ravnati z noži, vilicami in škarjami, spoznajo naj koristnost in nevarnost vžigalic in ognja in nauče naj se tudi plavati. Pravočasno se morajo privaditi hoje po prometnih cestah in vožnje z javnimi vozili. Pametni starši bodo sami presodili, kako dolgo je potrebno zaščititi otroka pred nevarnostjo, ki za otroka še ne more biti poučna. Ne bodo pa umikali otrok pred malimi nezgodami, ker jim s tem dajo priliko, da se nauče, kako se jim drugič lahko ognejo. Tako je mogoče s kombinacijo lahkih otroških nezgod kot drobnih izkušenj in z istočasno odstranitvijo smrtnih nevarnosti iz vsakdanje okolice občutno zmanjšati število nezgod. Kot se trudimo na eni strani, da bi znižali umrljivost zaradi nalezljivih bolezni, je potrebno na drugi strani, da znižujemo tudi umrljivost zaradi nezgod, saj je število smrtnih nezgod pri otrocih za sedaj še vedno večje kot skupno število vseh drugih smrtnih primerov med njimi.

Dr. Z. S.

CEPLJENJE PROTI POLIOMIELITISU V ANGLIJI

V času od leta 1956—1958 so cepili proti poliomielitisu v Angliji nad 6 milijonov otrok. Od vseh cepljenih je zbolelo v prvih 30 dneh po cepljenju 33 otrok. Od odraslih, ki so bili cepljeni, pa sta za poliomielitisom zbolela dva. Cepljenje proti poliomielitisu torej ne ščiti proti obolenju stoddostno, čeprav je odstotek obolenj po cepljenju zelo nizek.

Dr. Z. S.

CEPLJENJE PROTI OSLOVSKEMU KAŠLJU

Oslovski kašelj spremlja pri otrocih do enega leta toliko smrtnih komplikacij, da umre za oslovskim kašljem več dojenčkov kakor za davico, škrlatinko in raznimi meningitisi. Cepivo proti oslovskemu kašlju more zaščititi dojenčka pred tem nevarnim obolenjem. Dajejo ga na dva načina: adsorbirano na aluminijske soli ali pa neadsorbirano skupaj z difteričnim in tetaničnim anatoksinom.

Da bi preizkusili oba načina cepljenja, so v Parizu cepili 15 000 otrok. Ugotovili so, da adsorbirana vakcina zaščiti v 98% primerov, neadsorbirana pa v 64%. Pokazalo se je, da je najbolje cepiti dojenčke z adsorbirano vakcino in jih revakcinirati čez eno leto z neadsorbirano. Najbolje je začeti s cepljenjem med prvim in tretjim mesecem starosti. Nikakor pa ne pred prvim mesecem, ker otrok še ni sposoben tvoriti gama globulinov. Otrok, ki so bili v zadnjem mesecu cepljeni proti kozam, ni priporočljivo cepiti še proti oslovskemu kašlju. Prav tako ne otrok, ki so v zadnjem času preboleli katerokoli virusno infekcijo ali pa imajo okvare na centralnem živčevju.

Dr. Z. S.

MO-PI TUBERKULINSKI TEST

Mantouxjeva metoda z intrakutanim vbizganjem razredčenega alt-tuberkulina velja za najtočnejšo in najzanesljivejšo reakcijo pri ugotavljanju alergije na tuberkulin. Infiltrat premera 6 mm po 48—72 urah pomeni pozitivno reakcijo. Izvedba reakcije je obenem tudi najhitrejša in najbolj ekonomična.

Nekoliko slabše rezultate daje Pirquetova reakcija. Na kožno skarifikacijo (0,5—1,0 cm) kanemo kapljo alt-tuberkulina. Infiltracija premera 4 mm, ki jo beremo tretji dan, velja za pozitivno reakcijo.

Najmanj občutljiva je Morojeva reakcija: levkoplast namažemo s tuberkulinsko mastjo in ga prilepimo na kožo. Zaradi enostavne tehnične izvedbe je primerna za testiranje otrok, vendar je ne priporočajo za otroke nad 12 let starosti.

Da bi izboljšali uspešnost praktične Morojeve metode, so na inštitutu za tuberkulozo LR Srbije v Beogradu pokrili skarifikacijo po Pirquetu z obližem, namažanim s tuberkulinsko mastjo. S to metodo (Moro-Pirquet) so primerjali rezultate Mantouxjeve metode, ki so jih označili kot 100-odstotne. Z Mo-Pi testom so dobili pozitivne reakcije v 93%, z Morojem pa le v 76%.

Dr. Z. S.

OTROŠKO OKREVALIŠČE DEČJE SELO

Švedska organizacija za zaščito otrok Rädga Barnen je dala leta 1957 na razpolago sredstva, da je Komite za izgradnjo ustanov pri nas postavil v Promajni blizu Makarske naselje sedmih montažnih zgradb, namenjenih za bivanje otrokom madžarskih beguncev. Ko so madžarski otroci v letošnjem januarju zapustili Jugoslavijo, so naselje preuredili v zdravstveno ustanovo za jugoslovanske otroke. Tako je bilo že 18. maja letos otvorjeno okrevališče za rekonvalescente po obolenjih dihal, po revmatizmu, anemijah in

alergičnih obolenjih. Ker je okrevališče namenjeno otrokom od 7 do 14 let, in to skozi vse leto, bo poskrbljeno tudi, da otroci v okrevališču ne bodo zaostali v šolskem pouku. Okrevališče leži ob mor-ski obali s prelepo plažo in sega z drugim delom v borov gozd, ki ga ščiti pred vetrovi. V sedanjem stanju lahko sprejme naenkrat 187 otrok.

Dr. Z. S.

ZAŠČITA PRED OŠPICAMI

Virusni povzročitelj ošpic ne vstopa v naš organizem skozi dihala, kot so mislili nekoč, temveč skozi očesno veznico. S tem spoznanjem je v zvezi tudi novi način zaščite otrok, ki so bili v stiku z bolniki. Prvih 10 do 16 ur po kontaktu so jim kanili v oči rekonvalescentni serum in otroci niso zboleli za ošpicami. Na isti način je mogoče zaščititi z ustreznim rekonvalescentnim serumom tudi pred noricami in mumpsom. Ta enostavna metoda je zelo uspešna in primerna za preprečevanje epidemij na otroških oddelkih v bolnicah, po dečjih domovih, zavetiščih in drugih otroških ustanovah.

Dr. Z. S.

NOVA ODREDBA O UPORABI RAČJIH JAJC V NEMČIJI

Zvezno ministrstvo za prehrano v Zahodni Nemčiji je poostrilo poprejšnjo odredbo o uporabi račjih jajc, za katera vemo, da se ž njimi kaj lahko prenašajo tifusna obolenja.

Račja jajca, ki zdaj prihajajo v Nemčiji na trg, morajo imeti jasno čitljiv napis: »Račje jajce! 10 minut kuhati«. V prodajalnah morajo izvesiti napise, na katerih kupce opozarjajo, da račjih jajc ne smejo uživati surovih ali mehko kuhanih. Prav tako jih ne smejo uporabiti za pripravo pudingov, majonez, raznih jajčnih jedi, tort, sladoleda itd., ker se pri tem ne razgrejejo na 100°C vsaj za 10 minut.

M. K.

VZROKI SLEPOTE PRI OTROCIH SO SE SPREMENILI

V Angliji so ugotovili, da so se v zadnjih sto letih vzroki oslepelosti pri otrocih zelo spremenili. V stoletju od leta 1790 do 1890 so slepoto v polovici primerov povzročale osepnice, ošpice in druge infekcijske bolezni. Pri sistematičnem pregledu učencev po šolah za slepe so leta 1884 ugotovili, da jih je 30% oslepel zaradi oftalmije pri novorojenčkih, ki je pa v zadnjih dvajset letih skoraj ne opažajo več. Zdaj gre za dvoje drugih bolezni, ki povzročata slepoto otrok. To sta tuberkulozni meningitis, zlasti pa retrolentalna fibroplazija. Od 164 slepih otrok nekega angleškega zavoda jih je 63 imelo prirojeno slepoto, 101 otrok pa je oslepel pozneje. Od le-teh je bilo 84 slepih zaradi retrolentalne fibroplazije. Ta bolezen od leta 1946 še stalno narašča.

M. K.

ALI MORA ZDRAVNIK PRED VSAKIM POSEGOM OPOZORITI BOLNIKA NA NEVARNOSTI, KI SE MU LAHKO PRI TEM PRIMERIJO?

Pojasnila, ki jih je zdravnik dolžan dati bolniku pred vsako operacijo, so odvisna od nevarnostne stopnje posameznih posegov. Nemški pravniki so mnenja, da je etična naloga zdravnika v tem, da bolnika poprej pouči o nezaželenih postranskih pojavih vsake operacije, ki jo operater misli na njem izvršiti. Ta dolžnost pojasnjevanja sodi po mnenju juristov k dolžnostim zdravniškega poklica. Zdravnik torej ne sme pustiti vnemar bolnikove osebnosti in integritete (neokrnjenosti) njegovega telesa. Bolnik mora tudi nasproti zdravniku načelno ostati »gospodar svojega telesa«.

Seveda zdravnik ne sme bolnika preveč strašiti s tem, da bi mu po nepotrebnem govoril o hudih nasledkih, ki jih lahko povzroči takšen poseg. Neizogiben

primanjkljaj pri tem pa je, da zdravniška pojasnila lahko močno potlačijo bolnikovo razpoloženje in mu pokvarijo njegovo splošno počutje.

M. K.

NEKAJ O ZATIRANJU LEPRE V MEHIKI .

Število gobavih bolnikov po vsem svetu ocenjujejo strokovnjaki prav različno. Nekateri menijo, da jih je pet milijonov, medtem ko drugi cenijo število vseh »gobavcev« na deset ali dvanajst milijonov, od katerih jih je v Evropi (v Španiji, na južnem Francoskem, v Italiji in na Balkanu) le še prav majhen odstotek.

V predkolonialni dobi po vsej Ameriki in tudi v Mehiki gobavosti sploh še ni bilo. Spolne bolezni in lepro so tjakaj zanesli šele evropski zavojevalci.

Po uradni statistiki so v Mehiki leta 1938 našli 5 000 leproznih, leta 1955 pa je ministrstvo za zdravstvo objavilo število gobavih bolnikov, ki naj bi znašalo 30 do 40 tisoč. Znani mehiški dermatolog F. Latapi pa meni, da je v njegovi državi nekako petdeset tisoč leproznih bolnikov. Število »gobavcev« se torej v Mehiki veča in to menda zaradi zboljšanja prometnih poti.

Največ leproznih bolnikov v Mehiki je v subtropskih in tropskih delih države, ob obali Mehškega zaliva, zlasti pa ob Tihem Oceanu. Značaj sedanje lepre v Mehiki še zdaleč ni več tako strašen, kakor ga opisujejo v starem in srednjem veku. Današnji strokovnjaki za zatiranje lepre dobro vedo, da je nalezljivost te bolezni mnogo manjša kot pri spolnih boleznih ali pri tuberkulozi.

Nasproti poprejšnjim nazorom lepre nimajo več za dedno bolezen, temveč trdijo, da za gobavostjo lahko oboliš, samo če imaš kako individualno sprejemljivost zanjo ali pa če si večkrat

in za dalj časa v stiku z bolnikom, ki boleha za odprtimi gobavimi ranami.

Tudi staro razdelitev lepre so danes opustili. Zategadelj gobave bolnike delijo samo še v takšne s »progresivno lepromatozo«, ki je prognozično manj ugodna in relativno kužljiva, ter v bolnike s »tuberkuloidno obliko« lepre, ki ni nalezljiva in ki jo danes s sulfoni lahko ozdravimo. Preparati sulfona so pri zdravljenju leproznih bolnikov v rabi od decembra 1946.

Spričo kroničnosti in socialnega značaja lepre je kakor pri tuberkulozi danes važno, da zdravnik, ki zdravi leprozne, pozna razen klinike te bolezni tudi še okolje, v katerem bolnik živi, njegov socialni položaj, psihološko stanje, njegovo delovno razmerje itd. Leprozne bolnike po možnosti premeščajo v Mehiki iz tropskega ali subtropskega podnebja v kraje z zmerno ali celo s hladno klimo. Pri tem pazijo, da so bolniki čim več na svežem zraku in da se dobro hranijo. Sploh so sodobni strokovnjaki za zdravljenje lepre nmenja, da je treba predvsem zatirati bolezen ne pa bolnika. Zastran tega zdravijo lepro v Mehiki po humanih in socialnih vidikih, pri čemer prvenstveno skušajo odpravljati predsodke, nevednost in praznoverje. Zavoljo tega v Mehiki bolnikov s tuberkuloidno obliko lepre v splošnem ne izolirajo več, marveč jih puste na svobodi in pri svojem delu.

Največji leprozorij v Mehiki (s 500 posteljami) je ob avtomobilski cesti nedaleč od glavnega mesta države. Zdravljenje teh bolnikov je prilagojeno značaju prebivalstva. Čeprav so »izolirani«, jim dovoljujejo obiske sorodnikov, kdaj pa kdaj pa jim dajo celo »dopust«, da gredo na svoje domove. Ambulantni leprozni bolniki se v Mehiki zdravijo v 21 dermatoloških centrih, ki so sodobno urejeni.

Kakor pri tuberkulozi in raku je tudi pri lepri najvažnejša zgodnja diagnoza in čimprejšnje zdravljenje.

M. K.

ALI NAJ OTROKE OBREZUJEMO?

V Angliji se vse bolj zavzemajo za to, da bi novorojene dečke obrezovali. Že pred nekaj leti so le-tam ugotovili, da je bilo od 2428 moških otrok do četrtega leta 24% obrezanih, večina že v prvem letu starosti.

To navado so začeli uvajati Angleži, ki so živeli v Indiji in so tam primerjali izkušnje na neobrezanih Indijcih hindujske vere z obrezanimi muslimani. V ZDA so leta 1950 v neki bolnišnici od 1669 novorojenčkov obrezali kar 91,6% (žal to poročilo ne navaja števila židovskih novorojenčkov). To vprašanje so obravnavali tudi že na 10. mednarodnem kongresu v Londonu, kjer je *Marchionini* predlagal, da bi cirkumcizijo uvedli v vseh deželah kot nekaj rutinskih higienskih ukrepov.

Današnji zagovorniki obrezovanja navajajo v svoj zagovor naslednja dejstva:

1. Preprečevanje karcinoma na penisu. Razpadajoča smegma ima zlasti pri fimozii menda karcinogene lastnosti.

2. Preprečevanje balanitisa, zlasti v toplih krajih. (V drugi svetovni vojni je balanitis delal vojakom v puščavi velike težave).

3. Zmanjšana nevarnost okuženja z luesom. Spremenjeni epitel glavice je po obrezanju bolj odporen za infekcije.

4. Seksualni psihologi pa priporočajo obrezovanje zaradi zmanjšane občutljivosti glansa, kar zmanjšuje nagnjenje k ejakulatio praecox.

Seveda ima obrezovanje tudi nasprotne, ki trdijo, da je novorojenček po naravi v vsakem pogledu popoln in da ga ni treba nič korigirati. Neki nasprotnik obrezovanja je vzkliknil: »Zakaj pa novorojenčkom takoj po rojstvu ne odrežemo tudi nebnic, slepiča in morda še kaj drugega?«.

M. K.

MEDICINSKA SESTRA NA TERENU

UREDILA CITA BOLE

LETO V. — 1958

IZDAJA CENTRALNI HIGIENSKI ZAVOD V LJUBLJANI

Natisnila in klišeje izdelala Tiskarna »Jože Moškrič« v Ljubljani

K A Z A L O

ČLANKI

Asist. dr. Accetto Bojan: O anemijah	33
Med. s. Anžlovar Neda: Zdravstvena prosveta v komuni	72
Dr. Avčin Marij: Pogojni refleksi v sožitju matere in otroka pri dojenju	20
Med. s. Berčič Mara: Zdravstvena vzgoja v ustanovah zaprtega tipa	78
Dr. Bobič Rado: Higienično obuvanje	93
Doc. dr. Borštnar Marijan: O odnosu medicinske sestre do bolnika	2
Prof. dr. Breclj Bogdan: Ortopedija prve življenjske dobe	15
Dr. Candau M. G.: Zdravje sveta — deset let napredka (Svetovni dan zdravja — 7. april 1958)	1
Prof. Demšar France: Tečaji Rdečega križa za žensko vaško mladino in medicinska sestra	123
Med. s. Jarnovič Neža: »Šola materinstva«	81
Dr. Jerše Marjan: Prehladna obolenja	132
Med. s. Klemenc Mira: O odnosih do bolnika z vidika medicinske sestre	6
Dr. Kocijančič Krista: Diareja pri otrocih	127
Dr. Kostnapfel Janko: Dve važni živčni obolenji	36
Soc. del. Koželj Francka: Medicinska sestra in socialni delavec v zdravstvenem domu	10, 84
Dr. Mackenzie M.: Duševno zdravje	142
Dr. Reja Dušan: Osnove in načela zdravstvene vzgoje	57
Dr. Stropnik Zlata: Današnje gledanje na stafilokokne infekcije	30
Kandida in kandidijaze	99
Pogled v mikologijo	136
Med. s. Škrabec Slava: Zdravstvena vzgoja v šoli za medicinske sestre	66
Dr. Žitko Jožica: O vplivih na rakavo obolenje materničnega vratu	28

AKTUALNA DRUŽBENA VPRAŠANJA

Bole Cita: Tudi v kontracepciji je zdravstveno varstvo matere in otroka	102
Dr. Lunaček Slava: Dvorišče-igrišče v stanovanjski skupnosti	107
Malešič Cilka: Razširjeno gospodinjstvo in njegove oblike v stanovanjski skupnosti	161
Tomšič Vida: Družina in gospodinjstvo v bodočem razvoju komun	39
Vipotnik Olga: Nekaterne oblike otroškega varstva v stanovanjski skupnosti	148

MED ZAKONI IN UREDBAMI

Dr. Skaberne Bronislav: Novi in razširjeni predpisi o varstvu zaposlene žene	43
Pokojnina vdov	111
Pravilnik o nalogah, notranji ureditvi in delu zdravstvenih strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah	171
Predpisi o organizaciji zdravstvene službe in varstvu matere in otroka (zbral dr. Bronislav Skaberne)	183

BELEŽKE OB KNJIGAH

Dr. Stane Lajevec in dr. Dušan Reja: Delo, zdravje in starost (N. J.)	49
Jožko Nograšek: Posledice tuberkuloze v gospodarstvu Slovenije (N. J.)	49
Dr. Leon Žlebnik: Ljubezenska čustva in odnosi (N. J.)	50
Dr. France Novak: Spočetje po naši volji ali kontracepcija (N. J.)	50
Dr. V. Matić in dr. M. Jojić: Vaspitanje deteta (N. J.)	51
Malice in še kaj — Izdal Centralni zavod za napredek gospodinjstva (N. J.)	51
Charles S. Cameron: Istina o raku (N. J.)	51
Zdravstveno prosvetevanje sestavni dio rada svakog zdravstvenog radnika i celokupne zdravstvene službe (N. J.)	51
Arh. S. Kliska: Zdravstvena stanica i dom zdravlja (N. J.)	115
Vestnik Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za socialno varstvo LRS (N. J.)	116, 185
Socijalna politika, mesečnik za socijalno-ekonomska pitanja (N. J.)	116
Bogdan Teodorović, Higijena stanovanja i naselja (N. J.)	116
Dr. Božena Zajec-Lavrič in Jožica Pirc: Dieta pri želučnih boleznih (N. J.)	186
O nekaterih oblikah pomoči družini v stanovanjski skupnosti (N. J.)	186
Dr. Franja Završnik: Varuj se spolnih bolezni (N. J.)	186
Mednarodni časopis za zdravstveno prosveto (Dr. Z. S.)	187
Preprečimo gliste in otroci bodo bolj zdravi! (letak — N. J.)	187
Mamica in očka! (mapa — N. J.)	187

OBZORNIK

Poročilo o življenjskih usodah 500 alkoholikov (M. K.)	38
Plavanje na dolge proge (M. K.)	38
Poraba vode stalno narašča (M. K.)	48
Problemi geriatrije (Dr. M. Karlin)	52
Problemi golšavosti (N. N.)	53
Škodljivost kajenja zaradi izgube askorbinske kisline (N. N.)	54
O kajenju in obolenju koronark (N. N.)	54
Kajenje in umrljivost (N. N.)	54
Kako skušajo ponekod zatirati umetni splav (M. K.)	98
Ce zdravnik odreče pomoč (M. K.)	117
Socialnomedicinski napor v boju proti sladkorni bolezni v ZDA (Dr. M. Karlin)	118
Obsojeni kirurg in instrumentarka (M. K.)	120
Bolniki in potovanje z letali (M. K.)	120
Delovni čas sester po bolnišnicah je v raznih državah prav različen (M. K.)	121
Pravica do zdravja si utira pot (Dr. Paul J. J. van de Calseyde)	121
Nova priprava za cepljenje brez igle (M. K.)	122
Nov termometer za merjenje telesne toplote (M. K.)	122
Fluoriranje pitne vode je učinkovit pripomoček proti zobni gnilobi (M. K.)	122
Nekaj misli o levičnosti in levičarjih (dr. M. Karlin)	188
Skrb za defektne otroke (B. S.)	189
Eritromicin in sorodni antibiotiki (dr. Z. S.)	189
Smrtne nezgode pri otrocih (dr. Z. S.)	190
Cepljenje proti poliomielitisu v Angliji (dr. Z. S.)	191
Cepljenje proti oslovskemu kašlju (dr. Z. S.)	191
Mo - Pi tuberkulinski test (dr. Z. S.)	192
Otroško okrevališče Dečje selo (dr. Z. S.)	192
Zaščita pred ošpicami (dr. Z. S.)	192
Nova odredba o uporabi račjih jajc v Nemčiji (M. K.)	192
Vzroki slepote pri otrocih so se spremenili (M. K.)	193
Ali mora zdravnik pred vsakim posegom opozoriti bolnika na nevarnosti, ki se mu lahko pri tem primerijo? (M. K.)	193
Nekaj o zatiranju leppe v Mehiki (M. K.)	193
Ali naj otroke obrezujemo? (M. K.)	194

RAZNO

Centralni higienski zavod je pripravil nazorna sredstva za zdravstveno vzgojo (N. J.)