

Kazenska odgovornost pomožnega zdravstvenega osebja*

Dr. Janez Milčinski

NEKATERA NAČELNA VPRAŠANJA

»Sodišče misli, da je krivca za ta smrtni primer treba iskati drugje, ne pa v osebi najnižje bolničarke, ki seveda ne more odgovornosti prevesti na nikogar več, ker ji pač nihče ni podrejen... Zato sodišče meni, da nikakor ni mogoče trditi, da je samo obtoženkinino nepravilno ravnanje imelo za posledico smrt te pacientke.« Tako pravi Okrožno sodišče v Ljubljani v sodbi K 292/55, s katero je bila bolničarka N. N. oproščena obtožbe zaradi hudega kaznivega dejanja zoper človeško zdravje po 3. odstavku 212. člena v zvezi z 2. in 3. odstavkom 203. člena Kazenskega zakonika.

Kaj je sprožilo ta kazenski postopek, ki je do navedene sodbe trajal celi dve leti?

Petintridesetletna bolnica je po enajstih letih zdravljenja zaradi hude pljučne tuberkuloze prišla v zdravilišče. Tjakaj so jo poslali zaradi morebitne radikalne operacije, ker vse dotedanje zdravljenje ni pomagalo. Pacientka je imela obsežne bronhiektazije po vseh levih pljučih, ki so bila skoraj povsem atelektatična. Glede na to, da je bila v dolgoletnem zdravljenju antibiotična rezerva dejansko izčrpana, je bila indicirana pulmektomija kot edina pot, da se odstrani nevarno žarišče infekcije.

Zavod, ki je bil prizorišče obravnavane nesreče, ima operacijsko službo urejeno tako, da s kirurške klinike prihaja popolna specializirana ekipa in opravi velike intervencije. Za pooperacijsko nego pa skrbi osebje zdravilišča.

V takih okoliščinah se je po navadni pripravi začela operacija, in sicer ob endotrahealni anesteziji v desni bronhus. Pri anesteziji so uporabili dušikov oksidul, kemital, eter, petantin in d-tubokurarin. Operacija, s katero je kirurg odstranil vsa leva pljuča, je bila brez komplikacij opravljena v treh urah. Pacientka se je začela buditi in so zato izvlekli bronhialni tubus. Da so lahko z bronhoskopom še enkrat pregledali dihalne poti in jih očistili, so bolnici dali še 40 mg sinkurola in ji vstavili trahealni tubus št. 10, nakar so jo prepeljali v sobo za operiranje. Tubus so ji pustili za transport in za vmesni čas do popolnega prebujenja. Anestezist je naročil, naj pacientka dobi »kisik po cevki v tubus«. Bolnico so nato odpeljali, anestezist pa je še ostal v operacijski sobi, da bi si umil roke.

Anestezistovo naročilo »kisik po cevki v tubus« je pomožna instrumentarka sporočila bolničarki N. N., ki ga je morala izvesti, ko je ostala v sobi

* Po predavanju v Makedonskem zdravniškem društvu v Skopju dne 21. junija 1957

sama s pacientko. Takoj je poskusila, da bi trahealni tubus, ki je pacientki molel iz ust, spojila s katetrom, nataknenim na cev, ki vodi od redukcijskega ventila na jeklenki (bombi) s kisikom. Ko pa je ugotovila, da je tubus mnogo širši od katetra in da ju neposredno ni mogoče spojiti, je snela kateter. Sedaj je bilo mogoče cev za kisik neposredno stakniti s tubusom; to je tudi storila in nato spustila operiranki kisik, in sicer 9 litrov na minuto. Pacientka, ki dotlej ni kazala vznemirljivih znakov, pa je takoj, ko ji je začel pritekati kisik, posinjela in nabuhnila v obraz in vrat. Bolničarka je to opazila in tudi spoznala, da nekaj ni, kakor bi moralo biti. Tekla je klicat zdravnika, ki je takoj prišel; pravijo, da je do njegovega prihoda preteklo minuto ali največ dve, odkar je operiranka začela dobivati kisik. Zdravnik je na prvi pogled spoznal napako. Zaprl je kisik in nato naglo odprl drenažo prsne votline na operirani strani, v napihnjeno podkožje na vratu in trupu pa je nasadil debelih punkcijskih igel, da bi ublažil nevarni podkožni emfizem. Ta čas se je pri pacientki še čutil pulz in tudi dihala je še sama. Toda stanje se ji je naglo slabšalo. Prenehala je dihati, pulz je izginil in z njim tudi drugi znaki življenja. Umetno dihanje ni pomagalo.

Dvanajst ur po smrti smo truplo obducirali in navajamo samo nekatere najznačilnejše spremembe iz obdukcijskega izvida:

Mrličev obraz je v spodnjem delu nenaravno širok in bled, spodnje veke so blazinasto nabrekle. Na obrazu, na vratu, na ramah in na prsih čutimo prasketanje plina pod kožo. Tubus, ki visi iz ust, ima zunanji premer 14 mm, notranjega 9 mm. Trebuh je napihnjen, trd. Ko režemo prsno in trebušno steno, prasketaje uhaja plin iz podkožja in iz mišičja. Mišice so na prerezu svetlordeče. Iz trebušne votline sikne plin pod pritiskom; prižgana vžigalica v tem plinu živahno vzplameni. Na trebušnih organih nas preseneti, da so jetra in pečica na površini zasušena, retroperitonealno tkivo pa napihnjeno. Prepona je na desni izbočena proti trebušni votlini in je napeta. V levi prsni votlini, iz katere so z operacijo odstranili pljuča, opazimo nekaj svetlordeče tekoče krvi. Iz desne prsne votline uhaja plin. Pljuča so skoraj popolnoma kolabirana, samo zgoraj, kjer so bila priraščena, imajo še nekaj zraka. Trahealni tubus je za mrličev sapnik razmeroma debel in gre tako tesno skozi jabolko, da praktično popolnoma zapira dihalno pot. V osrčniku ter v sluznici jabolka, sapnika in želodca so številne drobne krvavitve. Očiten je zastoj krvi v možganih in njihovih ovojnicah. Histološko opazimo v desnih pljučih neznatno maščobno embolijo, ki jo je lahko razložiti s poškodbo kostnega mozga pri resekciji rebra v uvodnem aktu operacije.

Vzrok smrti je bila brezdvomna zadušitev, ki jo je zakrivilo dovajanje kisika pod pritiskom v dihalne poti in skozi tkiva in v telesne votline.

Uprava zdravilišča je dogodek po predpisih prijavila. Javni tožilec je uvedel kazenski postopek zoper anesteziista in bolničarko, vendar je postopek zoper anesteziista ustavil, ko se je pokazalo, da ta ni mogel vedeti za novi položaj na oddelku: namesto dotedanje, bolj izkušene bolničarke v sobi za operirance so namreč brez opozorila postavili novo, to je N. N., poznejšo obtoženko.

Tako je ostala obtožena samo bolničarka N. N., in sicer za kaznivo dejanje nevestnega zdravljenja, storjeno iz malomarnosti, s hudo posledico, »ker je samolastno odstranila kateter s priprave za kisik in je kisikovo cev neposredno spojila s tubusom ter tako povzročila smrt pacientke zaradi zadušitve«.

Okrožno sodišče v Ljubljani je prvič oprostilo obtoženo N. N. Vrhovno sodišče LRS pa je glede na pritožbo Javnega tožilca sodbu razveljavilo in zadevo vrnilo sodišču prve stopnje s priporočilom, naj zasliši izvedenca o vprašanjih, ki niso bila dovolj pojasnjena. Na zahtevo prvo stopnega sodišča smo nato dali izvedensko mnenje, ki se nekoliko skrajšano glasi:

»Preden odgovorim na postavljena vprašanja glede konkretnega primera, se mi zdi neogibno potrebno, da obrazložim svoje načelno stališče do odgovornosti pomožnega zdravstvenega osebja. Kajti pozneje bom odgovarjal s tega svojega načelnega stališča.

Prvo: Če hočemo, da bo pomožni zdravstveni delavec v celoti odgovoren za svoje delo, mu smemo nalagati samo opravila, ki jih je po svoji strokovni izobrazbi in dejanski usposobljenosti upravičen in sposoben opraviti. S tem hočemo reči, da mora znati več kot samo tehnično plat naloženega opravka; poznati mora tudi njegove nevarnosti in pogostnejše komplikacije. Komplikacijo mora pravočasno prepoznati in vedeti, kako ravnati v takem primeru: ali ukrepati sam ali pa se zateči po ustrezno pomoč, kakor že zahteva narava komplikacije.

Drugo: Vodstvo ekipe, oddelka ali zavoda odgovarja za izbor osebja in razdelitev dela. Pooblastila in dolžnosti vsakega člana pomožnega (to je srednjega in nižjega) osebja naj bi se določale poimensko in individualno, z upoštevanjem strokovne izobrazbe in preizkušene usposobljenosti posameznega delavca ter v soglasju z njim.

Kadar ugotavljamo vzroke nezgod ali kritičnih situacij v zdravstvu, kaže preizkusiti organizacijsko trdnost delovišča. Pri tem lahko izhajamo iz vprašanja: Ali bi bila nezgoda ali kritična situacija nastala (gotovo, verjetno, mogoče) tudi, če bi na delovnem mestu, kjer je (ali pa bi bila lahko) nastala škoda, stal namesto tega kak drug enako usposobljen delavec. Če si na postavljeno vprašanje lahko odgovorimo pritrdilno, potem je treba vzrok dogodka iskati v dveh smereh: ali v nepredvidljivih slučajnih činiteljih ali pa v organizacijski pomanjkljivosti. Le-ta pa se najrajši kaže z neustrezno razvrstitvijo ljudi na delovnih mestih, ne glede na to, kakšni so vzroki take neustrezne razvrstitve. Da bi nevarnosti na določenem delovnem mestu odpravili in zanesljivo preprečili ponovitev enake nezgode v bodoče, moramo v takem primeru premotriti delovišče z organizacijskega vidika: Kdo je odgovoren, da je na občutljivem mestu v delovnem procesu (pri zdravljenju) stal delavec, ki je bil premalo kvalificiran, naj že bo teoretsko, praktično ali po osebnih lastnostih (vestnost, požrtvovalnost, inteligentnost). Pri tem se bo često pokazalo, da zaradi pomanjkanja ustreznih kadrov boljša razporeditev ni bila mogoča; v drugih primerih pa se bo razkrilo, da se je neusposobljeni ali premalo usposobljeni delavec znašel na nevarnem mestu zaradi nejasne razdelitve dela, skratka po krivdi šibke organizacije.

Kadar presojamo krivdo in odgovornost določenega delavca za nastalo nezgodo, nam včasih pomaga še tale indikator: Kadar se po nezgodi v zavodu omeje pooblastila neki skupini (tako imenovanemu profilu) zdravstvenih delavcev in se na delovišču uvedejo novi varnostni ukrepi, takrat vse kaže v večji meri na organizacijski vzrok nezgode kot pa na krivdo neposredno udeleženega posameznika.

V drugem delu tega mnenja pa so odgovori na vprašanja, ki jih je izvedencu postavilo sodišče:

Ali je bolničarka nasploh in ali je obtožena N. N. po svoji strokovni izobrazbi sposobna ravnati s kisikovim aparatom?

S »kisikovim aparatom« označujemo v tem primeru jeklenko s kisikom pod visokim tlakom (do 200 atm.), z redukcijskim ventilom in cevjo za dovajanje plina pacientu. Tak aparat nikakor ni preprosta naprava. Kdor hoče z njo ravnati, mora poznati njen mehanizem in njene nevarnosti. Kdor pa hoče uporabljati kisikov aparat pri pacientu, mora vedeti še kaj več o dihanju. Bolničarka bi se pač lahko priučila ravnanju s kisikovim aparatom, toda morala bi se tega učiti posebej, in sicer ne samo tako, da bi opazovala druge, kako to delajo. Po našem mnenju bi bolničarju ne smeli dati v roke aparata s kisikom pod visokim tlakom, dokler nismo (in sicer ne glede na to, ali se je v šoli o tem kaj učil ali ne) preizkusili, ali pozna mehanizem, delovanje in nevarnosti takega aparata. Prepričali smo se, da so pri nas zdravstveni delavci, celo visoko kvalificirani, o uporabi kisikovih aparatov in o zadevnih varnostnih ukrepih prav malo vedeli, dokler se ni pripetilo nekaj nesreč, med njimi tudi ta, ki o njej govorimo. Šele po teh nesrečah so v bolnicah začeli odločnejše odpravljati nevarne kisikove jeklenke iz operacijskih in bolniških sob in namesto njih po ceveh dovajati v te prostore od zunaj kisik pod nizkim tlakom.

Povprečna izobrazba bolničarke iz tega časa gotovo ni zadostovala, da bi jo usposobila za ravnanje s kisikovim aparatom. Podatki iz kazenskega spisa pa tudi ne kažejo, da bi bila obtožena N. N. dobila za takšno ravnanje potrebni posebni pouk.

V pojasnilo je treba pripomniti, da se gornje naše stališče strinja tudi z mnenji zdravnikov, ki so bili zaslišani v preiskavi o tej zadevi. Če se namreč govori, da je dajanje kisika prepuščeno srednjemu medicinskemu osebju, potem to pomeni medicinsko sestro ali medicinskega tehnika, medtem ko bolničarka šteje v nižje zdravstveno osebje.

Ali je bila obtoženka usposobljena za dovajanje kisika v posebnih okoliščinah pri osebi, ki je pravkar prestala veliko operacijo na pljučih?

Ko smo v prejšnjem odstavku pokazali, da bolničarska izobrazba nasploh in v posebnem primeru tudi izobrazba obtožene N. N. sama po sebi ne usposablja za ravnanje s kisikovim aparatom, moramo na to vprašanje odgovoriti odklonilno. Pojasniti moramo še, da že samo nadzorovanje pacienta po veliki operaciji na pljučih zahteva posebej usposobljeno osebo. Če mora to delo opravljati bolničarka, ker ni bolje kvalificiranih za to, potem mora bolničarka biti posebej pripravljena in preizkušena. Vse to pa velja poostreno za kakršno koli intervencijo pri takem operirancu, tako tudi za dovajanje kisika. Pri tem namreč ne gre samo za mehanično »dovajanje«, marveč za tehnično pravilno dovajanje ustrezne količine kisika na minuto; o tej količini pa odločata predvsem bolnikova potreba (glede na opravljeno operacijo) in njegovo trenutno stanje. Bolnikovo zdravstveno stanje je vodilo za sprotne določanje količine kisika; tega pa bolničarka ne zna presoјati in zato o tem tudi ne sme odločati. Obtoženka je res že dajala bolnikom kisik, toda kot pravi, vedno skozi nos. Ne vemo, ali so bili ti bolniki narkotizirani. Pri zavestnem bolniku je stvar bistveno preprostejša, ker bolnik sam sodeluje in ugotavlja učinek ter tako posredno pomaga, da je dovajanje tehnično v redu in glede na količino

ustrezno. Dovajanje kisika skozi nos pa se tudi po zunanji podobi in tehnični izvedbi toliko razlikuje od dajanja skozi kateter v trahealni tubus, da za razumevanje tega drugega načina bore malo pomaga, če je nekdo že pripravljaj oziroma urejal dovajanje kisika skozi nos. Uvajanje kisika s katetrom v tubus, tako da bolnik mimo katetra lahko še izdihava, je bistra in preprosta zamisel. Brez nadrobnega pojasnila in brez prejšnje nazorne predstave pa jo bo naglo doumel samo tisti, ki dobro pozna ustroj dihal in ustroj vsega kiskovega aparata. Po mojem mnenju ne moremo zahtevati od bolničarke, da bi v trenutku doumela smisel manipulacije, kateri bi gotovo posvetili vsaj nekaj minut predavanja, tudi če bi jo hoteli obrazložiti zdravniku.

Končno pa nam stopnjo usposobljenosti obtoženke dokaj dobro pokaže njeno ravnanje, ko je nastala komplikacija. Opazila je, kakor pravi, vznemirljive spremembe na bolnici, in je šla to takoj povedat zdravniku. Ni pa ji prišlo na misel, da bi prekinila dovajanje kisika.

Ali velja praksa, da mora skrbeti za dajanje kisika bolničarka, in sicer tudi za pričetek dovajanja in za montiranje priprave?

Če je taka praksa danes kje udomačena, potem bi bila opravičljiva kvečjemu v dveh primerih:

a) Kadar dela pri tem izkušena bolničarka, ki je za to posebej teoretsko in praktično usposobljena in preizkušena.

b) Kadar v sili resnično ni mogoče dobiti boljše usposobljenega delavca. V tem primeru pač zavestno tvegamo in je treba samo še presoditi, ali tvegamo več, če pacienta pustimo brez kisika, ali pa, če poverimo sestavljanje naprave in dovajanje kisika neusposobljeni osebi. Vendar tako odgovorna odločitve ne bi smela biti prepuščena komur koli, marveč samo tistemu, ki zanjo lahko prevzame odgovornost.

Še manj pa bi taka »rešitev« smela biti slučajna, rezultat vsakdanjih drobnih zapletov, kakršnih je v razgibanem operativnem obratu brez števila.

Ali lahko označimo ravnanje obtoženke kot povsem nepremišljen domislek?

Izhajajoč s predpostavke, da je obtoženka po svoji usposobljenosti o fiziologiji dihanja vedela malo, o izmenjavi plinov v pljučih še manj, o ustroju tubusa premalo ali nič, je bilo njeno ravnanje prej logično kot nesmiselno. Saj pri vsakem dovajanju tekočin ali plinov po ceveh težimo za čim popolnejšim in tesnejšim kontaktom pri stikanju dveh cevi. Nešteta opazanja škodljivih posledic rahlega stika dveh cevi iz vsakdanjosti so nam vcepila predstavo »dobrega« dovajanja po cevi, ki drži, in »slabega«, če cev pušča. Ideja uvajanja kisika v tubus pa je, kot smo rekli, bistra, a obenem nenavadna. Vsekakor je pri bolniškem delu primer takega spajanja cevi prav redek, če že ne osamljen.

Res je, da bi bila obtoženka morala narediti prav to in samo to, kar ji je bilo naročeno. Pri tem se je znašla pred nepričakovano zapreko: spojiti je bilo treba dve cevi (tubus in kateter), ki nista bili enako široki. Zapreko je bilo mogoče premostiti prav preprosto: sneti nastavek, ki je bil napoti tesnemu stiku obeh cevi.

Po mojem mnenju je dotedanji pouk nižjega zdravstvenega osebja premalo poudarjal načelo »Strogo se drži tega in samo tega, kar ti je naročeno!« in

so se bolničarji vse preveč razvijali v ozračju vsakovrstnih improvizacij. Zato se ne bi upal konkretno dejanje kratko malo označiti kot grobo samovoljnost ali pa tudi le kot nepremišljen domislek. V ponazoritev tega je značilna navedba iz strokovne ocene obtoženke: »... bolničarka srednjih kvalit. Navodila nadrejenih je sicer dobro izvrševala, vendar pa ni nikdar pokazala kake posebne samoiniciativnosti.«

Ali bi bila obtoženka pri danem položaju morala vprašati za nasvet zdravnika ali bolj izkušeno bolničarko, če se je že odločila za drugačen način ravnanja z aparatom?

Če bi bila obtoženka tako vzgojena, kot očitno ni bila, bi se tega dela sploh ne lotila, ker ji je bilo novo. Če bi veljala načela, ki smo jih nakazali v uvodu tega mnenja, bi ji to delo ne smelo biti naloženo. Ako pa bi se bila nepraviljena znašla v okoliščinah, katerim ne bi bila kos, bi se obrnila po pomoč. To bi vsekakor morala. Ne smemo pa pozabiti nekaterih posebnih okoliščin pri dogodku:

Prvo: Naloga je bila nujna. Očitno je bilo, da je pacientka morala dobiti kisik, in sicer takoj; ni bilo mogoče čakati dotlej, da si anesteziist umije roke. Drugo: Zdravnik in pomožne instrumentarke so bile res v neposredni bližini, toda nedosegljivi. Operacijski bolničarki sta zapustili obtoženko, brž ko sta ji oddali naročilo, anesteziist je bil še v operacijskem prostoru, obtoženka pa operiranje ni smela zapustiti, tudi za hip ne. Tretje: Bolje usposobljena bolničarka je oddala obtoženki naročilo anesteziista in odšla. Če anesteziist ni poznal obtoženke oziroma ni vedel, da ima le-ta prvič opravka pri novih operirancih, sta to vedeli bolničarki, ki sta ji predali naročilo. Ali ni tak način mogel zavesti obtoženko v prepričanje, da gre za povsem preprosto nalogo, ki jo more in mora sama opraviti in pri kateri ni kaj izpraševati, ker se nima kaj zgoditi?

Na podlagi vsega navedenega odgovarjamo na osnovno vprašanje:

Ali bi se obtoženka pri ugotovljenem dejanskem položaju, v katerem je izvršila dejanje, pri svoji izobrazbi in praksi mogla in morala zavedati, da bo s svojim ravnanjem povzročila smrt pacientke?

z »Ne«.

Ponovna glavna obravna, ki je bila potem, ko smo dali gornje izvedensko mnenje, ni odkrila novih dejstev.

Sodišče je iznova razpravljalo o vprašanju, do kdaj mora anesteziist ostati pri operirancu, pa tudi o tem, kakšna dela more in sme opravljati bolničar. Javni tožilec je zahteval, naj se zasliši medicinska sestra, ki je razporejala pomožno osebje; sodišče pa je ta predlog odklonilo, češ da ni odločilen za presojo o obtoženkini krivdi. Javni tožilec je vztrajal na obtožbi in opozarjal na neskladnost med navadno prakso v zdravilišču in trditvijo izvedenca, da bolničarki ne sme biti poverjeno tako zapleteno in odgovorno delo. Obtožbo je opiral predvsem na nesporno dejstvo, da je obtožena N. N. samolastno spremenila aparaturo, ne da bi zahtevala nadrobnejša pojasnila, ko je naletela na problem, ki je bil za njeno strokovno izobrazbo in usposobljenost preveč zapleten.

Po govoru zagovornika in po daljšem posvetovanju je sodišče razglasilo sodbo, s katero je obtoženo N. N. oprostilo krivde. V obrazložitvi sodbe je

sodišče usvojilo mnenje, da zapletena in zahtevna nega pacienta po operaciji ni delo za bolničarko, marveč za više usposobljenega zdravstvenega delavca, to je za medicinsko sestro ali medicinskega tehnika. Sodišče je spoznalo, da je smrt pacientke nastala kot rezultat kopičenja slučajnih neugodnih okoliščin in da nepravilno ravnanje obtoženke ni bilo edini vzrok komplikacije in s tem smrti bolnice. Sodišče je bilo prepričano, da bi v enaki situaciji enako kot obtoženka ravnal lahko vsak pomožni zdravstveni delavec z enako usposobljenostjo, a brez posebne prakse.

Oprostilna sodba je postala pravomočna.

Kakšni pa so naši sklepi ob tem tragičnem primeru?

Četudi je dogodek, kakršnega opisujemo, skrajnje redek in nenavaden, moramo vendar ugotoviti, da so njegove okoliščine povsem vsakdanje in na videz nenevarne. Ni bilo očitnih kršitev ali nerednosti: prav obratno, nesreča je nastala ob pogojih običajne prakse. Ker pa je taka praksa, to je nalaganje predgovornega dela premalo usposobljenemu zdravstvenemu delavcu, naveden pojav v mnogih zdravstvenih zavodih, zato moramo ugotoviti, da bi se enaka nesreča lahko pripetila tudi v kakem drugem zavodu ali na drugem oddelku ali v drugi delovni skupini.

Ta ugotovitve pa nam nikakor ne more biti opravičilo, da bi smeli ostati pasivni glede na te pojave. Obratno: biti nam mora najresnejši opomin. Res je, da se bodo kljub temu nesreče v zdravstvu še in še dogajale, pa tudi kljub največji previdnosti, take nesreče so krvava šolnina, s katero se plačujejo varnostni ukrepi v zdravstvu. Cena teh ukrepov — človeško življenje in zdravje — pa je tako visoka, da nikakor ne moremo moralno opravičiti stališča, da bi take dogodke bilo treba skrivati v povsem ozkem krogu, ker naj bi to bilo »v interesu ugleda zdravstvene službe«. Ne sme se zgoditi, da se tragičen dogodek, nevarna komplikacija ali strokovna napaka zaradi neznanja v enakih okoliščinah ponovi v drugi ali celo v isti ustanovi, in sicer zato, ker pri prvem primeru ostali niso bili opozorjeni na posebne nevarnosti. Tako obvestilo pa bi lahko preprečilo ponovno nezgodo. Naj bodo tudi te besede opozorilo, ki ima en sam namen: preprečevanje nesreč v zdravstvu in s tem varovanje življenja in zdravja ljudi.

O

Morda se zdi, da d
njegovi važnosti za naš
ovir in motenj prirodne

Prav gotovo smo do
umetne prehrane naših
potrebne propagande do
in otroka mnogo pripor
omogočeno. Vendar pa i
čeno, a so ga večje ali manjše ovire in motnje preprečile in prekinile.

nja

to pisati o dojenju in o
tja ter o premoščevanju

očju pravilne in uspešne
zanemarili pametne in
edbami o zaščiti matere
n materam bilo dojenje
dojenje bilo sicer omogo-

sodišče usvojilo mnenje, da zapletena in zahtevna nega pacienta po operaciji ni delo za bolničarko, marveč za više usposobljenega zdravstvenega delavca, to je za medicinsko sestro ali medicinskega tehnika. Sodišče je spoznalo, da je smrt pacientke nastala kot rezultat kopičenja slučajnih neugodnih okoliščin in da nepravilno ravnanje obtoženke ni bilo edini vzrok komplikacije in s tem smrti bolnice. Sodišče je bilo prepričano, da bi v enaki situaciji enako kot obtoženka ravnal lahko vsak pomožni zdravstveni delavec z enako usposobljenostjo, a brez posebne j

Oprostilna sodba je pa

Kakšni pa so naši skl
Četudi je dogodek, k
moramo vendar ugotoviti,
videz nenevarne. Ni bilo c
je nastala ob pogojih obi
predgovornega dela pren
den pojav v mnogih zdra
enaka nesreča lahko prip
oddelku ali v drugi delovi



red ek in nenavaden,
em vsakdanje in na
rav obratno, nesreča
aksa, to je nalaganje
temu delavcu, nava-
o ugotoviti, da bi se
vodu ali na drugem

Ta ugotovitev pa nam lo, da bi smeli ostati
pasivni glede na te pojave. Obratno: biti nam mora najresnejši opomin. Res
je, da se bodo kljub temu nesreče v zdravstvu še in še dogajale, pa tudi kljub
največji previdnosti, take nesreče so krvava šolnina, s katero se plačujejo
varnostni ukrepi v zdravstvu. Cena teh ukrepov — človeško življenje in
zdravje — pa je tako visoka, da nikakor ne moremo moralno opravičiti stališča,
da bi take dogodke bilo treba skrivati v povsem ozkem krogu, ker naj bi to bilo
»v interesu ugleda zdravstvene službe«. Ne sme se zgoditi, da se tragičen
dogodek, nevarna komplikacija ali strokovna napaka zaradi neznanja v enakih
okoliščinah ponovi v drugi ali celo v isti ustanovi, in sicer zato, ker pri prvem
primeru ostali niso bili opozorjeni na posebne nevarnosti. Tako obvestilo pa
bi lahko preprečilo ponovno nezgodo. Naj bodo tudi te besede opozorilo, ki
ima en sam namen: preprečevanje nesreč v zdravstvu in s tem varovanje
življenja in zdravja ljudi.

Ovire in motnje dojenja

Dr. Marij Avčín

Morda se zdi, da dandanes pri nas ni več potrebno pisati o dojenju in o njegovi važnosti za naš mladi rod, o omogočanju dojenja ter o premoščevanju ovir in motenj prirodne hranitve.

Prav gotovo smo dosegli velike uspehe tudi na področju pravilne in uspešne umetne prehrane naših najmlajših, vendar pa nismo zanemarili pametne in potrebne propagande dojenja. Hkrati smo z zakoni in uredbami o zaščiti matere in otroka mnogo pripomogli tudi, da je zlasti zaposlenim materam bilo dojenje omogočeno. Vendar pa še mnogokrat opažamo, da je dojenje bilo sicer omogočeno, a so ga večje ali manjše ovire in motnje preprečile in prekinile.

Prav gotovo lahko medicinska sestra, zlasti tista, ki poseča matere in otroke, pa tudi in zlasti — naša babica in naš zdravnik, mnogokaj pripomorejo proti razvadi nesmiselnega odstavljanja od materinih prsi, iz katerih naj bi dobival otrok »življenje«, ne pa samo hrane.

Zaradi tega smo se namenili, da po izkustvih, ki smo si jih pridobili z delom, spregovorimo o ovirah in motnjah dojenja ponovno, obenem pa pokažemo in povemo tudi, kako naj se vedemo ob posameznih priložnostih, ki so kdaj pa kdaj lahko močno nevšečne.

Po navadi razpravljamo o ovirah in motnjah dojenja še po starem, da jih ločimo v tiste, ki nastajajo na materini strani, in tiste, ki se javljajo pri dojenčku. Ovine s strani matere delimo v prvenske (primarne) in drugotne (sekundarne), ovire s strani otroka pa v anatomske in funkcionalne.

Vendar pa skušamo zlasti dandanes razlagati dojenje samo, njegove ovire in motnje predvsem na podlagi dogajanj, ki ovirajo dojenje kot pogojno — brezpogojni refleksi. Tako se bolj približamo življenju, okolici in njenim vplivom, odvisnosti matere in dojenčka od okolja ter dobimo vpogled v dogajanja, ki so bila pri nas na splošno še dokaj malo znana in proučevana.

Oglejmo si najprej prvenske (primarne) ovire in motnje, ki se pri dojenju pojavljajo zaradi matere.

Popolna nezmožnost za dojenje (primarna agalaktija) je razmeroma nepogostna ovira dojenja in je ne srečamo niti v 1% vseh ovir in motenj. Vzroki popolne nezmožnosti za dojenje so lahko anatomske in hormonalne. Med anatomske vzroke najdemo popolno nerazvitost tkiva mlečne žleze. Pri takih ženah je dojka le kožna tvorba z nekaj maščevine, okrnjenimi mlečnimi vodi in komaj razvitim in zakrnelim žleznim tkivom. Pri hormonalnih vzrokih popolne nezmožnosti za dojenje pa najdemo pomanjkanje hormonalnih osnov za razvoj dojke, za brstenje žleznega tkiva v nosečnosti in pa pripravo žleznega tkiva dojke za dojenje. Sprva je temu vzrok pomanjkanje ovarialno-laktacijskih hormonov, ki preide kasneje v pomanjkanje hipofizarnih prolaktinskih hormonov po porodu in v času, ko bi dojka morala biti trajno mlečna. Večinoma pa pri popolni nezmožnosti za dojenje najdemo obe osnovi — anatomske in hormonalne pri t. i. virilnih ženah — možačah, pri katerih igrajo znatno vlogo tudi duševni momenti v zgodnjem, porojstvenem materinstvu.

Primarno slaba mlečnost (primarna hipogalaktija) je pogostejša kot popolna nezmožnost za dojenje. Pri nas jo najdemo nekako v 10% vseh motenj in ovir dojenja. Vzrok zanjo so anatomske in hormonalne podlage, pa tudi vse okoliščine, ki motijo pogojno reflektorične osnove za dojenje. Nje vzrok je pa lahko tudi katera koli stalna motnja v refleksih dojenja in delovanja dojke.

Večinoma pa najdemo vzrok primarno slabe mlečnosti v anatomske spremembah dojke, zlasti pri starejših in starih privesnicah, pri katerih je žlezno tkivo manj reaktivno in se slabše odziva hormonalnim pobuditvam pa tudi nefiziološkim dražljajem s strani otroka. S tem seveda ni rečeno, da ne bi mogle starejše in stare privesnice uspešno dojiti. Po navadi pomaga čez ovire zrele duševne pripravljenost na materinstvo in želja in volja za dojenje.

Zdravljenje popolne nezmožnosti za dojenje, če je le-ta anatomske osnovane, je po navadi brezuspešno. Pri pomanjkljivih-hormonalnih osnovah pa je smotno hormonalno zdravljenje včasih do neke meje učinkovito.

Na primarno slabo mlečnost pa lahko uspešno vplivamo in omogočimo vsaj delno dojenje v večini primerov. Hormonalno šibkost lahko podpremo z dajanjem hormonov, tako imenovanih prolaktinov, dojko pa pripravimo do izdatnejše mlečnosti zlasti s previdnim in prizanesljivim ročnim odbrizgavanjem in izdatnim izpraznjevanjem po že opravljenem dojenju. Uporabljamo tudi fizikalne učinke — obsevanje, masaže, pregrevanje. Izredno važno je tudi, da na ženo vplivamo duševno, da jo bodrimo in ji dajemo poguma (in jo navdajamo s samozavestjo), obenem pa ji pomagamo iznebiti se strahu, češ da otrok ob šibki mlečnosti ne bo uspeval. Seveda moramo pri tem ravnati zelo previdno ter upoštevati koristi otroka kakor tudi razpoloženje, življenje in vse okolje matere z dojenčkom in šibko mlečnostjo. Vodila nas bodo pri tem in nam pomagala znanje, izkustvo in — srce.

Bolj pogostne kot primarne ovire in zapreke dojenja, ki nastajajo na materini strani, so sekundarne.

Sekundarno popolno nezmožnost za dojenje najdemo pri hudih duševnih boleznih, pa tudi ob hudih duševnih pretresih živčno razrvanih ali živčnih mater v času okrog poroda in neposredno po njem. Do sekundarne in začasne nezmožnosti za dojenje pride tudi ob raznih dogodkih v organizmu doječe matere, ki vodijo pri njej do tako imenovanega šoka. Sekundarna popolna nezmožnost za dojenje je največkrat le začasna, če so sicer anatomske, hormonalne in reflektorične podlage za dojenje ohranjene.

Pogostnejša od sekundarne popolne nezmožnosti za dojenje je pri nas sekundarna slabša mlečnost (sekundarna hipogalaktija), katere je zlasti po mestih in v industrijskih krajih, pa tudi na deželi čedalje več, saj jo pri motnjah in ovirah dojenja ugotovimo v kakih 20 do 30% primerov. Le redkokdaj pa je stalna in teže premostljiva ali sploh nepremostljiva (nekako v $\frac{1}{4}$ vseh primerov), tako da je večidel začasna in jo je mogoče odstraniti. Stalno slabšo mlečnost najdemo tam, kjer so vzroki za njen nastanek in trajanje stalni in neodstranljivi, začasna pa je, če vzroki minejo sami ali pa nam ob ustreznem prizadevanju uspe, da jih odstranimo.

Vzroki sekundarne slabše mlečnosti so predvsem motnje v zadevni funkciji in pa bolezen dojke same. Zlasti pogostni so tile vzroki: preobčutljivost in neopornost bradavice (mamile) ter kolobarja okrog nje (areole), kar vodi do oškodbe krovnih plasti na tem delu dojke, in sicer v obliki majhnih, komaj zaznavnih ranic. Vendar pa doječa žena namesto prijetnega, na dojenje vabečega občutka, že takoj ko otrok zagradi dojko, občuti bolečino, ki je lahko prav huda. Ta bolečina lahko sicer po prvih minutah dojenja nekoliko otopi, včasih pa traja in se stopnjuje ves nadaljnji čas obroka. Bolečina lahko tudi po reflektorični poti zavira in razdira pogojno reflektorično izločanje mleka.

V težji položaj kot preobčutljivost bradavice in kolobarja nas spravljajo razpoke in rane na bradavici, ki so lahko krožne ali podolžne, povrhnje in globoke. Značilna za njih je izredno nevšečna, režoča bolečina, ki iz matere dojičje često naredi pravo mučenico, da namesto v sreči, ugodju in zadovoljstvu doji z občutkom strogih bolečin, pritajeno ihteč. Razumljivo je, da je pri takem dojenju izdatnost manjša. Nevšečnosti in s tem ovire in zapreke se še povečajo, ker preobčutljivost in neopornost bradavice in kolobarja, razpoke in rane na bradavici privedejo do pravega vnetja bodisi samo bradavice (telitis) ali pa medstaničnine, žleznega tkiva ali celotnega tkiva dojke (mastitis).

Tudi druge, zlasti anatomske nepravilnosti v razvoju bradavic ali poškodbe (opekline, udarci, brazgotine) imajo za posledico stalne aličasne motnje dojenja. Pri tem se srečamo pri vsakdanjem delu največkrat s ploskimi in udrtimi bradavicami.

Pri ploskih bradavicah bradavica ni zadostno razvita ali pa je sicer anatomsko dobro zastavljena, a ni dovolj vzdražljiva (erektilna) in otrokovim ustom ne nudi zadostnega nastavka za žvečenje in sesanje. Otrok bolj sesa kot žveči bradavico, v kateri so mlečni vodi in bi si iz njih moral iztiskati mleko v usta. Zaradi tega je količina izsesanega mleka večinoma nezadostna, vsaj v začetku. Spretna mati pa lahko otroka na plosko bradavico povsem privadi, tako da ga zaradi tega še ni treba odstavljati od prsi in ga takoj hraniti povsem umetno. Ko mu doječa mati daje v usta tudi del kolobarja, na spreten način sploščenega z dvema prstoma (kazalcem in sredincem nasprotne roke), otroku s tem omogoči iztiskavanje začetnih mlečnih vodov in obenem tudi žvečenje.

Pri udratih bradavicah pa je stvar težja. Ker udrt bradavica povečuje ustno votlino, ko se otrok prisesa na dojko, in ker otrok ne žveči bradavice in kolobarja in tako tudi ne iztiska mlečnih vodov, temveč prijemlje z usti le kožno gubo, je razumljivo, da je — po navadi — pri močno udratih bradavicah dojenje kaj šibko.

Zdravljenje doslej omenjenih sekundarnih slabših mlečnosti in odstranjevanje ovir in zaprek, ki privedejo do njih, je lahko preprečevalno, simptomatično in vzročno.

Da preprečimo mnogo nevšečnosti na tem področju, moramo pričeti z negovanjem in utrjevanjem dojk, zlasti bradavic, že takoj po pričetku nosečnosti. Negujemo jih tako, da jim, sledeč spremenjajoči se obliki in rastoči teži, s pravilno krojenim nedrčkom omogočimo zadostno oporo. Utrjujemo jih pa tako, da jih izpostavljamo zraku in soncu, obsevamo z ultravijoličnimi žarki, redno umivamo s hladno vodo in bradavice mehanično držimo, ko jih previdno drgnemo s kako bolj grobo tkanino. Na ta način napravimo nežno krovno plast tkiva bradavice in kolobarja tršo, odpornejšo, debelejšo in manj občutljivo. Obenem pa tako povečujemo vzdražljivost bradavic in v njih krepimo mišična vlakna, ki so pogoj vzdražljivosti. Po utrjevanju, vsaj sprva, bradavico in kolobar natremo z mazilom, po navadi z borvazelinom.

Da zaščitimo preveč občutljivo bradavico, lahko uporabljamo razne nastavke za dojenje, s katerimi otroku pred neposrednim stikom z dojko razpremo usta. Taki nastavki so gumijasti ali stekleni, na katere pričvrstimo cucelj. Pogosto si moramo pomagati tudi z ročnim ali instrumentalnim izbrizgavanjem, da premostimo bolečino, ki nastaja zlasti pri razpokah in ranah na bradavici, in da pospešimo celjenje.

Ko skušamo zdraviti vzročno in odstranjevati glavne vzroke ovir in zaprek dojenja, se borimo proti preobčutljivosti in neodpornosti bradavice in kolobarja z raznimi mazili. Tem so pridana anestetična sredstva, ki zmanjšujejo in odstranjujejo bolečine (anestezin, kokain). Z mazili, ki pospešujejo celjenje, skušamo doseči, da se morda prostim očem nevidne ranice na bradavici čimprej pokrijejo. Vendar pa je uspeh vedno počasen. Povedali smo že, da take dojke sušimo tudi na svežem zraku in soncu ali pa jih obsevamo z ultravijoličnimi žarki.

Razpoke in ranice na bradavici nam delajo pri zdravljenju največ preglavic. Ravno tedaj namreč, ko se po vsakokratnem dojenju začno celiti, se

naredijo na novo in otroku poglabljajo usta. V glavnem jih zdravimo slično kot preobčutljivo bradavico. Če so pa ranice in razpoke zagnojene, jih zdravimo z antibiotiki lokalno. Mnogokrat se hitro ozdravijo, če jih najprej očistimo, nato pa namažemo s procain-penicilinom, ki tudi manjša in odstranjuje bolečino.

Pri ploskih bradavicah skušamo doseči večjo vzdržljivost tako, da jih ovlažimo in zatem nalahno ohladimo. S tem ojačujemo vzdražljivostni refleks. Dražimo jih tudi mehanično, dokler jih ne izvabimo. To ponavljamo večkrat na dan.

Pri močno ploskih bradavicah in udratih bradavicah skušamo po cevki steklenega nastavka, iz katerega izsesamo zrak, s podtlakom izvleči bradavico kar se do mogoče na površino. Vendar se večinoma ne nadejamo večjega uspeha, če bradavica anatomsko ni dovolj zastavljena in razvita.

Med najpogostnejšimi vzroki s strani matere za sekundarno zmanjšano mlečnost je pri nas vnetje dojke (mastitis).

S pravim mastitisom, ki se razvije po okužbi dojke z raznimi klicami, ne smemo zamenjati t. i. »fiziološkega mastitisa«, ki ga opažamo ob 3. do 5. dnevu po pristavitvi k prsim, ko mleživo ali kolostrum preide v mleko dokončne sestave in lastnosti. Mleko takrat »šine« iz dojke, ki se poveča, boli, je rdeča in ki nekaj časa tudi manj izloča. Torej se pojavijo vsi znani znaki vnetja. Vedeti pa moramo, da je edino pravo zdravilo za to stanje — izdatno pitje otroka pri prsih. Če pa tega nikakor ne moremo doseči, tedaj izredno previdno izčrpavamo z roko. Večkrat ravno to fiziološko stanje, zlasti če ne ravnamo pravilno, preide v pravo vnetje, ker daje zastoj mleka klicam ugodna tla za naselitev. Če pa dojenje pravilno vodimo čez ta, nekoliko majavi prag, nam »steče« in traja dolgo časa otroku v blagor ter materi v zadovoljstvo.

Za razvoj pravega, kužnega mastitisa morajo biti dani pogoji in vzroki.

Med pogoji srečujemo po navadi splošno neodpornost otročnice ali doječe matere proti infekcijam, zlasti gnojnim. Zdi se, kakor da se obrambne sile materinega organizma za časa otroške postelje osredotočijo okrog obrambnega zidu v maternici, ki je po porodu velika rana, jako prikladna za infekcijo. Med pogoji za nastanek mastitisa najdemo skoraj vedno tudi nenormalno funkcioniranje dojke, zlasti zastoj mleka, ki nastane zaradi neskladnosti med tvorbo mleka in izdatnostjo pitja otroka pri prsih. Zato se mastitis mnogokrat pojavlja tam, kjer imamo opraviti s prvenskimi in drugotnimi ovirami dojenja s strani otroka, pri nedonošenčkih, šibkih in zaspanih otrocih.

Tudi rane in razpoke na bradavici, ki skozi njih lahko klice brez težave vdoro v medstaničje prsne žleze in v razširjena mlečna izvodila, od tod pa v samo žlezno tkivo organa, tudi te ranice in razpoke so važen pogoj za nastanek raznih oblik mastitisa. Razna gnojna žarišča drugod na telesu so, ob istočasni zmanjšani odpornosti, po navadi vzrok za naselitev klic v dojko, kamor pridejo po krvni poti ali pa od zunaj in zaradi nehijskega ravnanja povzročijo okužbo.

Vzrok za vnetje dojke iščemo in najdemo po navadi vedno v vzponu gnojnih klic pri nehijskem dojenju in zadržanju žene. Zlasti je okužbi vzrok premajhna higiena s porodnimi izločki iz maternice. Klice pa se lahko prenesejo tudi od dojenčka, zlasti če ima razna gnojenja na popku in na koži. Tudi osebe, ki otročnici strežejo, lahko prenesejo in prinesejo okužbo, bodisi naravnost ali pa po kakih predmetih. Da razumemo razne vrste vnetja dojke in njih potek, moramo poznati posamezne patološko-anatomske oblike masti-

tisa. Po navadi ločimo medstaničevne (intersticijske), žlezne (parenhimatozne) in mešane oblike vnetja dojke.

Pri medstaničevnem vnetju dojke je vneto vezivo organa in medstaničevje okrog žlezni celic in med njimi. Celice same niso naravnost prizadete, temveč le posredno, kolikor so glede dovoda žil in opore odvisne od medstaničevja. Vnetje se lahko širi kot ploskovno vnetje, ki zajema posamezne predele in sloje medstaničevja (flegmonozno vnetje), lahko pa se stvarjajo abscesi z gnojenjem in odmiranjem posameznih odrejenih okolišev v medstaničevju ali pa se vnetje širi površinsko, slično kot šen (erizipeloidno vnetje). Pri vnetju žleznega tkiva samega so prizadete žlezne celice, žlezni grozdi in žlezna izvodila. Pri mešani obliki vnetja pa sta prizadeti obe glavni sestavini organa: medstaničevje in žlezno tkivo. Ta oblika mastitisa je najpogostnejša in privede, če ne pričnemo pravočasno in smotrno zdraviti, do vnetja celotne dojke (panmastitis). To je lahko septično in kljub vsem antibiotikom za mater smrtno nevarno, zlasti v dobi otroške postelje.

Izredne važnosti je, da vnetje dojke preprečujemo, tako po porodnišnicah kakor doma. Smernice za smotrno in uspešno delo so razvidne že iz vzrokov in pogojev za nastanek in razvoj mastitisa.

Dvigniti moramo splošno odpornost nosečnice ter skrbeti za splošni in higienski standard otročnice in doječe matere. Urediti ji moramo prehrano, dajati razna krepila in vitamine, skrbeti za odmor ter dobre telesne in duševne pogoje, obenem pa gledati, da bo mati pravilno pristavila k prsim, ter pravilno voditi vse njeno zgodnje sožitje z otrokom, da se mlečna žleza pravilno prazni, da ne pride do zastoja mleka. Preprečevati moramo nastanek vstopnih poti za kužnino, zlasti nastanek razpok in ranic na bradavici. Skrbeti moramo za pravilen položaj in s tem za nemoten krvni obtok v organu. Higiena porodnih izločkov iz maternice mora biti res skrbna. Iz okolja matere moramo odstraniti vire okužbe, morebitna gnojenja na njeni koži pa omejiti in ozdraviti.

Ali naj mati v času mastitisa doji, je večkrat sporno vprašanje. Rešujemo ga v vsakem primeru posebej, in to v skladu s pediatričnimi, ginekološkimi in kirurgičnimi smernicami. Pediatrična načela, morda včasih tudi preveč po vsi sili, zastopajo koristi otroka. Kirurgična načela se ravna po tem, da se lahko in nemoteno pozdravi le mirujoč organ. Ginekološka načela zahtevajo zlasti za časa otroške postelje, pa tudi kasneje, čimprejšnjo odstranitev gnojenja kjerkoli na telesu. Težko pa se je v posameznih primerih odločiti za eno samo načelo, ne da bi pretehtali vse okoliščine. Zato je edino primerno, da se odločimo za postopek, ki rešuje blaginjo otroka in matere. Zaradi tega prilagajujemo zdravljenje in vse ravnanje z materjo in otrokom splošnemu stanju matere, potrebam otroka in življenjskim okoliščinam.

V splošnem lahko torej glede ravnanja z vneto dojko dajemo samo okvirne smernice.

Matere z medstaničevnim (intersticijskim) mastitisom lahko dojijo skoro vedno, tudi če pride do kirurškega posega. V primerih medstaničevnega vnetja dojke velja načelo, da ni pogoj za ozdravitev samo mirovanje organa, temveč je važno in odločilno tudi prirodoslovno načelo, da normalno funkcioniranje daje organom moči za premagovanje bolezni. Funkcija organa namreč pospešuje regeneracijo oškodovanega tkiva.

Pri vnetju žleznega dela dojke velja v glavnem isto načelo. Vendar pa je odločitev, da li bomo dopustili dojenje in ga nasvetovali, odvisna od primesi gnojnih celic v mleku, z njimi v zvezi od množine kužnih klic, ki se z mlekom

izločajo, ter od prirode in vrste klic. Zdrav dojenček jih bo v zmerni množini prenesel lahko in brez škode. Slabotni otroci, nedonošenčki in prebavno bolni so pa zaradi zvišane prehodnosti črevesne sluznice v nevarnosti, da zbolijo za septičnimi procesi. V takih primerih dojenje seveda začasno prekinemo, skrbimo pa za nadomestno in izdatnejše delovanje dojke na zdravi strani. Od oblike vnetja na dojki, od materinega stanja in starosti, dalje od prehranjenosti in odpornosti dojenčka pa je odvisno, da li bomo mleko na bolni strani izčrpavali ali ne in kdaj zopet bomo pristavili otroka k prsim.

Tudi pri mešanih oblikah vnetja dojke se ravnamo po istih smernicah, če gre za vnetje lažje vrste. Pri hujših vnetjih, zlasti kadar so vneta vsa tkiva dojke, pa smo rajši popustljivejši, kakor da bi trdovratno vztrajali in od matere zahtevali, da otroka doji.

Tudi glede zdravljenja vnete dojke ne moremo vedno slediti enotnim načelom. Kirurški principu mirovanja se po navadi pridružijo še protivnetni učinki, ki jih dosežemo s hladnimi obkladki. S temi pa se funkcija organa, ki je že sama po sebi slabša, še zmanjšuje ali celo preneha. Zato nam uspešneje služi načelo, da skušamo gnojenje omejiti na določeno ognjišče, ki naj bi bilo čimprej zrelo za izpraznitev s kirurškim posegom. To dosežemo s toplimi ovitki in z gretjem, s čimer spravimo proces tudi vse bolj pod površino, tako da se gnoj izprazni včasih tudi sam po sebi.

V izredno nevarnih, septičnih primerih pa moramo zaustaviti izločanje mleka tako, da stalno menjamo hladne ovitke, da vbrizgavamo hormone, ki zmanjšujejo izločanje mleka (n. pr. proginton v večjih količinah) in dajemo močna odvajalna sredstva (n. pr. karlovarsko sol, magnezijev sulfat). Hkrati pa izvršimo kirurške posege.

Razumljivo je, da skušamo v vsakem primeru iz gnoja najti klice-povzročiteljice in določiti njihovo občutljivost za antibiotike in sulfamide, da nato s primerno izbranim zdravilom pomagamo zdravilni moči prirode. Kirurg pa, seveda glede na proces, odstranjuje gnoj bodisi z vbodom, z rezom ali z drenažo. Razumljivo je, da v času mastitisa dojka izloča manj mleka in da imamo opravka z začasno zmanjšano mlečnostjo. Vendar pa se izločanje, ob primernem ravnanju, lahko povsem obnovi in doseže količine, ki niso nič manjše kot pred boleznijo. Za žlezno tkivo dojke je znano, da ima veliko zmogosten regeneracije, in to z brstenjem novih žleznih grozdičev. Poleg doslej navedenih vzrokov za začasno znižano mlečnost dojke, ki so vsi bolj telesne prirode, so lahko vzroki za hipogalaktije tudi izrazito duševni. Tako so važne zlasti razne oblike in stopnje tzv. laktacijske psihoze.

Kako si razlagamo nastanek takih duševnih motenj in kateri vzroki lahko privedejo do njih? Vsekakor je že sam porod velik dogodek, ki močno vpliva tudi na celotno psiho žene. Ta vpliv je tem večji, če žena na materinstvo ni pripravljena ali zanj zrela ali pa nosi in rodi v neprimernih okoliščinah, zlasti če po rojstvu njej in otroku ni zagotovljena varna bodočnost in žena nima primerne pomoči in opore za svoje zgodnje materinstvo. Že normalno prevzame sleherno mater takoj po rojstvu otroka zavest silne odgovornosti za prehranitev in nastanitev otroka. Vsemu temu se pridružijo še pozitivna čustva, osredotočena okrog novorojenčka. Razumljivo je, da taka duševna dogajanja lahko pri raznih značajih in duševnih tipih žena potekajo različno in da je pot na meje bolezenskih dogajanj včasih krajša kakor sicer.

Največkrat najdemo zaradi psihičnih motenj zmanjšano mlečnost pri nevrasteničnih ženah, zlasti če so po nosečnosti in porodu izčrpane ali bolne.

Opazamo pomanjkanje samozavesti z dvomi o lastni zmogljivosti in zmožnosti za materinstvo, zlasti za prirodno hranitev. Če se takemu duševnemu stanju pridružijo količkej resne motnje dojenja, zlasti zgodnje pristavitve k prsim, če otroku preko mere pade teža, če otrok kakorkoli zbolí ali je od poroda oškodovan itd., potem se opazijo v zadržanju matere do otroka značilne spremembe. Po navadi zasledimo preveliko, prenatanko in skorajda vsiljivo vestnost v negi otroka, ki se kaže v mnogih pretiranostih in nesmislih glede nege in prehrane otroka. Močno se zasidra pri ženi bojazen pred otrokovo lakoto, kljub sicer povsem uspešnemu dojenju. Bojazen pred lakoto se stopnjuje do strahu pred izgladovanjem in smrtjo otroka. Misel na to jo lahko tako zelo prevzame, da izključuje vse trezne dokaze o otrokovem uspevanju in zdravju. Pri tem lahko pride do nesmisla, da se mati dojenju odpove in da otroka, ki je v tem času po navadi utrpel že prve oškodbe zaradi začetne nedohranjenosti, odstavi in preide na umetno prehrano, kar je včasih, zlasti če se to zgodi nenadoma, jako tvegano za otrokov razcvet. V takem razpoloženju je mati vsa zbegana. Z otrokom hodi od posvetovalnice do ambulatorijev, od zdravnikov do sester in prevzema slepo in nekritično najbolj navzkrižne nasvete. Razumljivo je, da otrok zaradi stalnih sprememb v režimu prehrane in nege — zbolí, kar si mati tolmači kot posledico svoje materinske nezmožnosti ali manjvrednosti. Iz tega se v skrajnosti razvije duševni zlom, ki privede večkrat tudi do poizkusov ali izvršitve samomora. Razumljivo je tudi, da se je mati z laktacijsko psihozo znašla v mnogoterih situacijskih konfliktih s svojim neposrednim okoljem, z možem, z materjo, s sosedi in — z zdravstvenimi ustanovami in delavci, kar je poslabšalo otrokov telesni in materin duševni ter nemara tudi socialni položaj.

Vendar pa skrajnih oblik laktacijske psihoze, ki bi se končale usodno, vsaj pri nas, ne srečujemo pogosto. Vse češče imamo opravka z različnimi sličnimi, toda milejšimi pojavi, ki so pa za otroka in — za naše delo, lahko jako nevšečni. Pri tem mislimo na preveč vsiljivo skrb za otroka, ki vodi do pravega nasilja nad otrokom in ga omejuje v zdravem življenju ter njegovih malih in osnovnih svoboščinah v obdobju zgodnje rasti in razvoja. Otrok nima nikdar miru, mati ga stalno previja in nadzoruje, stalno gleda, ali je uriniral, in če je imel blato, kakšno ter kolikokrat, neprestano ga hrani in dohranjuje, zdaj s tem, zdaj z onim. Razumljivo je, da se otrok lahko razvije v izrazitega sekundarnega nevropata, ki prej ali slej tudi sam vpliva na nevzdržnost v sožitju biološke dvojice matere z otrokom, tako da se lahko pojavi indikacija za sprejem otroka v zavod, ločeno od matere.

Izredno težko je voditi mater in otroka preko vseh situacij, v katere ju spravlja laktacijska psihoza. Takšno delo ne zahteva od nas samo rutinskega postopka, temveč tudi izrednega znanja in izkustva, pa tudi sugestivne osebnosti, ki zna ravnati po osnovnih psihoterapevtskih načelih. Zahteva doslednosti, potrpežljivosti in širokosrčnosti.

V mnogočem sta kriva, zlasti pri nevrasteničnih materah, za razvoj prehodne slabše mlečnosti tudi tehnična in termometer, če dopustimo, da ju mati uporablja nekritično ali pa če celo sami ne ravnamo z njima smotno.

Glede tehnice v zvezi z zmanjšano mlečnostjo ne mislimo rednega tehtanja, to je otrokovega tehtanja v rednih razdobjih, n. pr. na 14 dni ali na 3 do 4 tedne. Mislimo pa nepotrebno tehtanje pred vsakim obrokom in po njem, zgolj z namenom, da bi se ugotovila količina mleka, ki ga je otrok izpil pri posameznih obrokih, nemara celo v napačnem prepričanju, da so vsi obroki

pri prsih vsakič in vsak dan enaki. Nepravilno vrednotenje zadevnih izsledkov lahko slednjič privede mater do tega, da začne izgubljeni samozavest in trdnost, da postane vsa zaskrbljena, da prezgodaj odstavi in začne prezgodaj dohranjevati, iz otroka pa se lahko razvije več ali manj prizadet nevropat. Zaradi tega v primerih nevrasteničnih in laktacijsko psihotičnih mater vedno odsvetujemo domače tehtanje. Če pa je kontrola potrebna, ugotavljamo izdatnost dojenja v zavodu, seveda ob upoštevanju vseh potrebnih duševno higienskih načel.

Slično kot s tehtnico je s termometrom. Prevelika prizadevnost in zaskrbljenost vodi do prepogostnega merjenja temperature in do napačnega vrednotenja izmerjenih temperatur. Mati pri tem ne upošteva, da utegne otrok po obroku imeti lahko zvišano temperaturo, da ima lahko že blato samo, ki se nabere v koncu danke, višjo temperaturo od okolice zaradi procesov gnitja. Tudi ne računa s tem, da imajo nekateri, zlasti nevropatični otroci, že kar tako nekoliko višjo temperaturo, ker jim normalna temperatura malo poraste pač zaradi stalne živčne vzdraženosti in s tem tudi centrov za urejanje presnove, izgorevanja in toplote. Vse kaže, da je takim materam, ki zaradi nekritičnosti pri merjenju temperature spravljajo svojega otroka navidezno v bolezen, treba tak postopek odsvetovati. Zaskrbljenost, strah pred boleznijo itd. seveda močno vpliva na mlečnost, tako da se zmanjša nje izdatnost.

Med ovirami in zaprekami dojenja, ki se javljajo s strani otroka, naštevamo anatomske in funkcionalne ovire.

Med anatomske ovirami in zaprekami dojenja, ki nastajajo s strani otroka, srečujemo predvsem razne iznakaženosti ustnic, čeljusti, ustne votline in žrela. Tako zlasti pogosto moti in ovira izdatno pitje pri prsih zajčja ustnica, razcep zgornje čeljusti, razcep trdega in mehkega neba. Vendar se pri zajčji ustnici (razcepljena je le zgornja ustnica) dojenje večinoma da ohraniti, če je otrok spretno pristavljen na dojko in če oblika bradavice to dopušča. Razpoke v trdem in mehkem nebu onemogočajo pitje pri prsih, ker ne dopuščajo, da bi se v ustni votlini stvarjal potreben podtlak. Dojenček si kvečjemu z zvečenjem bradavice lahko iz mlečnih vodov iztisne nekaj kapljic mleka.

Poleg raznih razpok lahko ovirajo pitje pri prsih tudi različne druge nepravilnosti v zgradbi ustne votline in čeljusti. Pogosto srečujemo kot vzrok takim oviram visoko in ozko, t. i. gotsko nebo, ki povzroča še večje težave, če se mu pridruži še premajhna spodnja čeljust z nazaj postavljeno, majhno brado. Prav takšna ovira je prevelika in preveč naprej štrleča zgornja čeljust. Zlasti nastajajo ovire, če se omenjene motnje izražajo v toliko, da lahko govorimo o tzv. ptičjem obrazu: nos, sedeč na preveč štrleči zgornji čeljusti, kljunasta usta z drobno, nerazvito spodnjo čeljustjo s komaj izraženo brado stvarjajo v profilu videz ptičje glave.

Prav tako srečujemo kot ovire in zapreke dojenja s strani otroka razne tumorje in otekline ob ustih, v njih in pod spodnjo čeljustjo, bodisi da zmanjšujejo ustno votlino ali pa ovirajo in onemogočajo izdatnejše premikanje spodnje čeljusti. To so razni tumorji ožilja in mezo-ovnic, tumorji iz ostankov embrionalnega tkiva, vnetja bezgavk z močno oteklo vneto reakcijo okolice, vnetja žlez slinavk itd. Važna in nevšečna ovira je tudi oškodba ali zlom spodnje čeljusti ob porodu, ki pri obraznih legah ni tako redka.

Ovira dojenja iz anatomske spremembe otroka je tudi slaba razvitost sesalnih blazinic v ostenju lic, prav tako kakor spremembe na sluznici ustne

votline in na dlesnah (soor, razna vnetja ustne sluznice in dlesen, kasneje tudi težje zobljenje itd.). Vse doslej naštete anatomske ovire dojenja s strani otroka so lahko stalne ali začasne, odstranljive in neodstranljive. Razumljivo je, da so zlasti ob nepravilnem ravnanju z otrokom in nestrokovnem vodenju matere vzrok začasni ali stalni zmanjšani mlečnosti, pa tudi prenehanju dojenja. Zato je treba dokaj veščine in izkustva, kadar uravnavamo sožitje med materjo in otrokom.

Med funkcionalnimi ovirami in zaprekami dojenja, ki nastajajo s strani otroka, se najčešče pojavljajo živčne ovire sesanja in požiranja. Take motnje se takoj ali kmalu po rojstvu pojavljajo zlasti zaradi možganskih oškodb pri porodu, predvsem zaradi možganskih krvavitev. Lahko so jim vzrok tudi tetanus ali klice davice, ki so se naselile n. pr. v nosu, na pregibih, na popku, na kožnih izpuščajih, zlasti ekcemu, in s svojimi strupi hromijo živce. Tudi pri raznih vnetjih možganskih ovojev in vnetij možgan je često opaziti, da otrok ne more piti pri prsih.

Pri dojenčkih, pri katerih se bolezensko krči mišica (»vratar«) ob izhodu iz želodca in ki zaradi tega močno in pogosto bruhajo, zlasti še, če je mišica zadebeljena in je izhod še bolj zožen ali celo popolnoma stisnjen, nastaja nevšečna ovira dojenja s strani otroka in — razumljivo — tudi s strani matere.

Med najpogostnejše funkcionalne in začasne ovire s strani otroka prištevamo razna vnetja nosu in žrela z nahodom, ki otroka pri dojenju ovira, da ne more hkrati piti in dihati, kar je prvi pogoj za uspešno sožitje otroka z materjo ob aktu dojenja. Razumljivo je, da so še večja ovira anatomske motnje v nosni votlini (n. pr. zaprte, preozke nosnice, pretesna in preozka pot za zrak zaradi izkrivljenosti nosnega pretina, prevelike nosne školjke, prekomerno povečana žrelnica, tumorji v nosu in žrelu, razni tujki v nosu itd.). V vseh takih primerih pije otrok na poseben način: nadiha se, zagrabi dojko, nasrka mleka v usta, požre mleko, nato spusti dojko in se nadiha.

Razumljivo je, da se otrok tako ne more izdatno nahraniti pri prsih.

Pri dolgotrajnejšem in nevšečnem, šibkem izcedku iz nosa, zlasti s krvavkastimi primesmi, ne smemo izpregledati — davice v nosu. Pri razpokanih, krastavih in s krvavkastim izcedkom zamašenih nosnicah pa pomislimo na vrojeni sifilis, pri katerem je taka vrsta »nahoda« včasih edini, zgodnji in značilnejši znak.

Posledica vseh naštetih motenj utegne biti začasno bolj ali manj znižana mlečnost dojke.

Prav tako je pri nenadnih, zlasti z vročico potekajočih boleznih dihal (bronhitisi, bronhiolitisi, razne vrste pljučnic), pri katerih je dihalna površina zmanjšana in dihanje otežkočeno. Slične težave se pojavijo tudi pri srčnih boleznih, zlasti pri vrojenih in prirojenih srčnih napakah, pri nepravilnostih v razvoju in delovanju požiralnika, še posebno pri krčevitem zapiranju želodčnega ustja.

Morda bi bilo omembe vredno še marsikaj, kar nam ovira in moti dojenje s strani otroka, vendar pa je najpogostnejša ovira in zapreka dojenja in zato tudi vzrok nastali manjši mlečnosti — celoten otrok, bodisi da je šibak ali nedonošen, zaspan ali živčen.

Največkrat je »funkcionalna« ovira dojenja slaboten, šibkorojen in nedonošen otrok. Otrok še ni toliko razvit, zlasti nima še utrjenega refleksa, ni še toliko močan, da bi lahko pil pri sicer dobro delujočih dojkah, zlasti ne, če so katerekoli, čeprav manjše ovire dojenja tudi s strani matere. Nedo-

nošenost zahteva seveda čisto posebnih postopkov pri negi in hranitvi. Pri slabotnih in šibkorojenih otrocih pa je vodenje sožitja med materjo in dojenčkom velika veščina, če hočemo, da se otrok, kljub slabosti pri pitju, izdatno nahrani z materinim mlekom. Posebno je treba paziti, da mlečnost ne zastane zaradi nezadostnega in nepopolnega praznjenja dojke, da ne pride do zastoja mleka in do vnetja dojke. Pri slabotnih otrocih moramo mnogokrat računati tudi z več ali manj zaskrbljeno, neuravnovešeno in mnogokrat celo psihotično materjo.

Tudi preveč zaspan ali dremav otrok, zlasti če je zaspanosti vzrok bolezen centralnega živčnega sistema (n. pr. zaradi močne zlatenice, oškodbe možganov pri porodu), je lahko nevšečna in težko premostljiva ovira dojenja.

Prav tako je živčno razdražen otrok ovira dojenja že sam po sebi. Dojke sploh ne prime ali jo vsak čas izpušča, pitje prekinja, kriči, se živčno zvija in brca z nogami in krili z rokami, gleda nazaj, se krivi, bruha in požira zrak obenem z mlekom. Stresa mater za bradavico, diha neredno in bruha. Kopiči zrak v želodec, ki ga izpušča v črevo, kar vodi do krčev s kolikami, do napetega trebuha, neutešenega joka in — razbitja vse tiste zbranosti, ki je otroku in materi potrebna, da je obrok pri prsih izdaten in da otroka po njem prevzame krepilni spanec.

Dobrega znanja, večjega izkustva in mnogo potrpežljivosti, smisla in spretnosti zahteva premoščevanje ovir in odstranjevanje zaprek dojenja, ki se javljajo s strani otroka. Mnogokrat se je treba povsem »znajti«, zaradi tega lahko strnemo glavna navodila le v skromen okvir. Vedno in vsepovsod tudi tukaj velja pravilo, da naj se upoštevajo vse okoliščine, ki ovirajo pravo sožitje med materjo in otrokom, skušajo naj se odstraniti ali vsaj omiliti, da se otroku zagotovi »življenje« iz materinih prsi in da se prezgodaj ne prične z dohranjevanjem ali da ne sledi celo — odstavitev od prsi.

Odstranjevanje ovir in premoščevanje zaprek dojenja, ki nastajajo zaradi otroka, prav tako zahteva od nas strokovnega znanja, spretnosti in izkustva, mnogo potrpljenja in še več človečnosti.

Pri nepravilnih razvitostih ustne votline, nosne votline, čeljusti in žrela, pri tumorjih in raznih vnetnih oteklinah na vratu — je potrebna pomoč kirurga. Seveda je ta — razen pri vnetnih oteklinah — možna večinoma šele kasneje in ne že tedaj, ko bi odstranitev razvojne motnje ali hibe lahko omogočila dojenje. Zato moramo v večini primerov nadomestiti pitje pri prsih z dajanjem odvzetega materinega mleka ali umetne hrane, pripravljene po primerni formuli. Razne nevšečnosti in bolezni sluznice v ustih, zlasti soor, moramo čimprej odstraniti, tako da otroka mažemo n. pr. s 3 do 5%-nim metilenskim modrilom.

Živčne ovire sesanja in žvečenja nam delajo mnogo preglavic, zlasti kadar je prizadeto požiranje. Takrat moramo hraniti po sondi skozi nos, sicer je otrok, zlasti novorojenček, v nevarnosti, da mu mleko zaide v dihalna pota.

Zdravljenje raznih oblik nahoda zaradi vnetja nosne in žrelne votline iz najrazličnejših vzrokov ima namen vzpostaviti neovirano dihanje skozi nos za časa pitja pri prsih. V ta namen moramo pred dojenjem in včasih tudi za časa dojenja odstranjevati izcedek iz nosa; v nosnico pa nanesti mehkejšega mazila z dodatkom snovi, ki zmanjšujejo prekrvljenost sluznice (n. pr. mazilo Eftiazol, mazilo z aluminijevim bazičnim acetatom in adrenalinom itd.). Če so pa dihalne poti v nosu ozke in zlasti v zgornjih predelih zaradi nabrekanja sluznice zaprte, dajemo zdravila rajši v obliki kapljic.

Razumljivo je, da davica v nosu in spremembe v nosu pri sifilisu zahtevajo svojevrstnega zdravljenja.

Ob raznih boleznih dihal, zlasti vročinskih, je ohranitev dojenja včasih velika večšina, ker je otrok splošno prizadet, dremav, vročičen. Slabo pije, hitro se utruji. Večinoma bomo morali, če so obroki pri prsih šibki, v času bolezni dohranjevati še z odvzetim materinim mlekom po žlički ali steklenički. Več preglavic nam bo delal otrok, ki je zaradi bolezni bolj ali manj razdražen, zlasti če ima vnetje srednjih ušes, vnetje ali draženje možganskih mren ali katerokoli bolezen, pri kateri se pojavljajo močnejše bolečine, in to zlasti tedaj, ko otroku spremenimo položaj (prelomi kosti, vnetja okrog sklepov, večji abscesi in flegmone, črevesni katarji s kolikami, kile z motenim prehajanjem črevesne vsebine itd.). Le smotrno vzročno zdravljenje privede čimprej do uspeha, ki naj poleg ozdravitve — vsebuje tudi ohranitev dojenja.

Zdravljenje raznih oblik bruhanja (zaradi zoženega vhoda ali izhoda iz želodca, zaradi živčnosti, zaradi požiranja zraka itd.) zahteva posebnih posegov in postopkov, če hočemo, da nam bruhanje ne bo oviralo ali onemogočilo izdatne hranitve pri prsih. Koder pa anatomske okoliščine ne dopuščajo hrani prostega prehoda skozi požiralnik, vhoda v želodec in izhoda v dvanajstnik, nam bo pomogel večinoma le kirurški poseg. Zdravljenje bruhanja na živčni osnovi zahteva zdravljenje vsega otroka in — vsega okolja. Redni izdatni obroki, mir, dobra in redna nega, pomiritev okolja, bivanje na prostem zraku in pomirjevalno zdravlilo (2 do 4%-ni natrijev bromat, luminal v najmanjših dozah) nam bodo pomagali umiriti otroka. Če pa otrok med pitjem požira zrak, mu moramo omogočiti neovirano dihanje skozi nosnice, zraku pa med pitjem preprečiti vstop skozi usta ter omogočiti, da se v želodcu nabrani zrak redno sprošča. To dosežemo tako, da otroku očistimo dihalne poti v nosu, usta pa mu zatisnemo s tem, da mu vanje damo ne le bradavico, temveč tudi del dojkega kolobarja, obenem pa s prsti spretno uravnamo dojko, da ob ustnih kotih zrak med sesanjem ne more v usta. Po delnih obrokih, ki trajajo sprva 1—2 minuti, proti koncu 3—5 minut, odstavimo otroka in prekinemo pitje, postavimo ga pokonci, trepljamo po hrbtu z dlanjo, da odide zrak, in šele potem nadaljujemo z dojenjem. Po končanem pitju storimo isto, položimo nato otroka z glavo na vzglavje, ga podložimo, lahko obrnjenega v levo. Prisotni moramo biti, vse dokler je nevarnost, da otrok hkrati z odhajajočim zrakom tudi bruhne in morda — vdihne želodčno vsebino v pljuča.

Nedonošenčki, slabotni — šibkorojeni otroci zahtevajo individualnih postopkov. Pristavitev nedonošenčka k prsim je le redkokdaj mogoča pri teži pod 2000 g. Zaradi tega ga hranimo sprva po sondi, nato po žlebasti žlički, steklenički z odvzetim mlekom in poskusimo pri prsih šele takrat, ko lahko že sesa in žveči in ko nemoteno in varno požira. Slabotni otroci pravtako včasih zahtevajo v začetku druge oblike hranitve in šele po okrepitvi nam uspe, da steče dojenje v izdatnih obrokih. Dobre učinke dosežemo po navadi že s tem, da uvedemo pogostnejše obroke pri prsih, n. pr. na 2 do 2½ ure po 8-krat do 10-krat dnevno. Po končanem obroku odvajamo materi mleko in dohranjujemo po žlički. Vendar pa zahteva tak način hranitve, zlasti ponoči, jako individualnega postopka, pri čemer gledamo, da tako materi in otroku dopustimo čim več počitka, seveda če otrok ni bolezensko zaspan.

Zaspan in dremav otrok, ki zaspi, kakor hitro pride na prsi in po nekaj požirkih preneha s pitjem, nam dela mnogo preglavic. Mnogokrat nam uspe, da ga zdramimo z raznimi dražljaji, včasih pa moramo seči po zdravilih (5 do

10½-na raztopina kofeina ali kardiazola, 2—3 kapljice pred obrokom, nekajkrat dnevno). Bolezenska zaspanost zaradi dogajanj na otrokovem centralnem živčnem sistemu nas večinoma sili, da najdemo druge oblike hranitve.

Ne smemo pa vedno iskati vzroka za več ali manj neuspešno dojenje samo pri otroku. Zato se moramo vedno tudi pri slabotnih, zaspanih in živčnih otrocih ali tistih, ki imajo kakršno koli motnjo ali oviro dojenja, nastalo z otrokove strani, prepričati, če je vzrok res pri njem in če ne gre prvenstveno za šibko mlečnost. To napravimo z enostavnim preizkusom: pustimo otroka, da pije v presledkih 3-krat po 4 do 5 minut na eni strani. Po prvih 5 minutah določimo s tehtanjem količino spitega mleka, isto napravimo po drugem in tretjem pitju. Če imamo opravka s slabotnim, zaspanim ali živčno — odmaknjenim otrokom, potem bodo količine spitega mleka pri vsakem izmed delnih obrokov enake. Če gre pa za šibko mlečnost dojke, potem pije otrok prvih 5 minut največ, v naslednjih delnih obrokih čedalje manj. Tudi čutimo, da so prsi mehke, medtem ko v prejšnjih primerih ostajajo trše.

S pravilnim ravnanjem nam često uspe, da otroku še dolgo v prvo leto starosti omogočimo vso blagodat sožitja z materjo ob polnih prsih.

Za

jenčka

V letu 1956 je iz obravnavajo vprašanje Med njimi je tudi član Istega leta je izdal Če so: Doječi materi, Sadi sadne kaše, Gost mleč prehrana, Kravje mlel 4 mesecev in Prehra:

materam, ki imajo otroke, v njih so razloženi osnovni principi prehrane kakor tudi tehnična stran pripravljjanja hrane. Letos se je v okviru Pediatrične sekcije v Ljubljani vršil simpozion o prehrani otroka vseh starostnih obdobj. Na temelju analize in statističnih podatkov je bilo ugotovljenih več dejstev: Med ostalim je najbolj pomembna ugotovitev, da zauživajo pri nas doječe matere premalo živalskih beljakovin (mesa, jajc, mleka in mlečnih produktov) in rudninskih snovi (zelenjave, sadja), zaradi česar ni mogoče izkoreniniti rahitisa pri njihovih dojenčkih, čeprav ti redno dobivajo vitamin D od 3. tedna dalje. V umetni prehrani dojenčka matere pretiravajo s hranjenjem z ogljikovimi hidrati (riž, moka, ovseni kosmiči, drobtine), zaradi česar oboli preveč otrok za močnato okvaro in rahitisom.

Da bi se izognili škodljivim posledicam pretirane hranitve dojenčkov z mokami, je bilo na simpozionu predlagano, naj se uvede tam, kjer so za to dane možnosti, bolj izrazita beljakovinska prehrana ob minimalnem dodajanju mok. Beljakovinska shema prehrane ni povsod možna, ker je nekoliko dražja in tudi beljakovine povsod in vedno niso dosegljive. Z malo dobre volje pa je možno skoro povsod omiliti pretirano hranjenje z ogljikovimi hidrati na minimum. Zaradi teh spoznanj ne trdimo, da so navodila, ki so bila napisana

renu« nekaj člankov, ki njih starostnih obdobjih. redno prehrano dojenčka. lžani več letakov, kakor dojenčke, Zelenjavne in o, Mlečna kava, Umetna tretjinsko, Zalivanje do a. Letaki so namenjeni

10%-na raztopina kofeina ali kardiazola, 2—3 kapljice pred obrokom, nekajkrat dnevno). Bolezenska ~~zameznost zaradi dojenja na~~ otrokovem centralnem živčnem sistemu nas ve

Ne smemo pa vedno pri otroku. Zato se m otrocih ali tistih, ki im otrokove strani, prepriča za šibko mlečnost. To da pije v presledkih 3-k določimo s tehtanjem l tretjem pitju. Če imamo njenim otrokom, potem obrokov enake. Če gre 5 minut največ, v nasled prsi mehke, medtem ko



oblike hranitve. Neuspešno dojenje samo h, zaspanih in živčnih viro dojenja, nastalo z če ne gre prvenstveno ssum: pustimo otroka, ni. Po prvih 5 minutah pravimo po drugem in n ali živčno — odmak-i vsakem izmed delnih potem pije otrok prvih anj. Tudi čutimo, da so rše.

S pravilnim ravnanjem nam često uspe, da otroku še dolgo v prvo leto starosti omogočimo vso blagodat sožitja z materjo ob polnih prsih.

Za boljšo prehrano dojenčka

Docent dr. Leon Matajč

V letu 1956 je izšlo v »Medicinski sestri na terenu« nekaj člankov, ki obravnavajo vprašanje prehrane pri otrocih v različnih starostnih obdobjih. Med njimi je tudi članek, ki obravnava naravno in umetno prehrano dojenčka. Istega leta je izdal Centralni higienski zavod v Ljubljani več letakov, kakor so: Doječi materi, Sadni in zelenjavni sokovi, Juhe za dojenčke, Zelenjavne in sadne kaše, Gost mlečni zdrob, Jajčni rumenjaki, Meso, Mlečna kava, Umetna prehrana, Kravje mleko-polovično, Kravje mleko-dvetretjinsko, Zalivanje do 4 mesecev in Prehrana dojenčka od 5.—10. meseca. Letaki so namenjeni materam, ki imajo otroke, v njih so razloženi osnovni principi prehrane kakor tudi tehnična stran pripravljanja hrane. Letos se je v okviru Pediatrične sekcije v Ljubljani vršil simpozij o prehrani otroka vseh starostnih obdobjih. Na temelju analize in statističnih podatkov je bilo ugotovljenih več dejstev: Med ostalim je najbolj pomembna ugotovitev, da zauživajo pri nas doječe matere premalo živalskih beljakovin (mesa, jajc, mleka in mlečnih produktov) in rudninskih snovi (zelenjave, sadja), zaradi česar ni mogoče izkoreniniti rahitisa pri njihovih dojenčkih, čeprav ti redno dobivajo vitamin D od 3. tedna dalje. V umetni prehrani dojenčka matere pretiravajo s hranjenjem z ogljikovimi hidrati (riž, moka, ovseni kosmiči, drobtine), zaradi česar oboli preveč otrok za močnato okvaro in rahitisom.

Da bi se izognili škodljivim posledicam pretirane hranitve dojenčkov z moki, je bilo na simpoziju predlagano, naj se uvede tam, kjer so za to dane možnosti, bolj izrazita beljakovinska prehrana ob minimalnem dodajanju mok. Beljakovinska shema prehrane ni povsod možna, ker je nekoliko dražja in tudi beljakovine povsod in vedno niso dosegljive. Z malo dobre volje pa je možno skoro povsod omiliti pretirano hranjenje z ogljikovimi hidrati na minimum. Zaradi teh spoznanj ne trdimo, da so navodila, ki so bila napisana

v »Medicinski sestri na terenu«, in pa »Letaki« izgubili svojo vrednost. Sestre, ki delajo v posvetovalnicah in v patronaži, bodo z lahkoto prilagodile nova spoznanja v dani situaciji. Tako n. pr. bodo v krajih, kjer je veliko močnatih okvar, propagirale hranjenje po dosedanjih principih, ki se navajajo v teh letakih, vendar bodo svetovale, da se v zelenjavnih juhah, mesnih juhah, zelenjavnih kašah in jabolčnih kašah črta dodatek moke oziroma drobtin. Prav tako ni potrebno, da se pripravlja polovično ali dvetretjinsko kravje mleko vedno s sluzom. Kjer so razmere takšne, da ni mogoče nabaviti beljakovin, bo ostala seveda dosedanja prehrana neizpremenjena. Priobčujemo 2 shemi za hranjenje otrok v prvem letu starosti in svetujemo, da zdravnik ali sestra na terenu glede na pogostnost močnatih okvar in rahitisa na njenem področju sama presodita, katera od obeh je prikladnejša, če se jima ne zdi najprikladnejša celo kombinacija obeh.

SHEMA Z MLEČNIMI MEŠANICAMI

1. mesec: 6-krat polovično kravje mleko s 5 do 8% sladkorja (6-krat 100 do 120 g).
Od 3. tedna po 2000 I. E. vitamina D dnevno.
Vitamina C v tabletah po 30—60 mg dnevno.
Pri nas ga ne dajemo tako, kot ga predpisujejo Angleži in Amerikanci.
2. mesec: 6-krat polovično riževo mleko (4% sluz) ali z ovsenimi kosmiči ali z 2 do 4%-no močnato zakuho in s 5% sladkorja (6-krat 120—130 g).
Vitamin C v obliki sadnih sokov. Začnemo s 5 kapljicami, nato pa dajemo vsak dan 1 kapljico več.
Vitamin D kakor v prvem mesecu.
3. mesec: 6-krat dvetretjinsko kravje mleko z riževim sluzom, ovsenimi kosmiči ali moko (6-krat 130—150 g).
Sadni sok.
Vitamin D kakor prej.
4. mesec: 6-krat dvetretjinsko kravje mleko (6-krat 140—160 g), s cerealijami in zelenjavno juho (50 g).
Sadni sok.
Vitamin D kakor prej.
V tem mesecu vadimo dojenčka na uživanje goste hrane po žlici, pri čemer uporabljamo 3—5 kavnih žlic gostega pšeničnega zdroba na mleku ali pa sadno oziroma zelenjavno kašo.
5. mesec: 4-krat dvetretjinsko kravje mleko s cerealijami (4-krat 160—180 g).
1-krat gost zdrob po žlici (100—150 g).
Nastrgano sadje, zelenjavna juha.
Vitamin D kakor prej.
6. mesec: 3-krat dvetretjinsko kravje mleko s cerealijami (3-krat 180—200 g).
1-krat kosilo (juha iz telečjega mesa ali telečjih kosti ali zelenjave), krompir, zelenjava.
1-krat gost zdrob na mleku (150 g).
Nastrgano sadje.
Vitamin D kakor prej.

7. mesec: Vse isto kakor v šestem mesecu, le za zajtrk namesto mleka žitno kavo s kruhom. Količine mleka oziroma kave na obrok ostanejo približno enake do konca 1. leta.

8. mesec: Vse isto kakor v šestem ali sedmem mesecu, razen tega 2-krat tedensko po $\frac{1}{2}$ —1 jajčni rumenjaki.

Od 9. meseca dalje: Mešana pretlačena hrana.

SHEMA UMETNE PREHRANE BREZ CEREALIJ V PRVIH DVEM TROMESEČJIH

1. mesec: 6-krat polovično kravje mleko s 5 do 8% sladkorja (6-krat 100 do 120 g).

Od 3. tedna 800 I. E. vitamina D dnevno.

2. mesec: Vse isto kakor prejšnji mesec. Poleg tega sadni sok kakor pri prehrani z mlečnimi mešanicami. Količina posameznih obrokov je 120—130 g.

3. mesec: 6-krat dvotretjinsko kravje mleko (6-krat 130—150 g).

800 I. E. vitamina D dnevno.

Sadni sok.

50 g zelenjavne ali telečje juhe.

4. mesec: 5-krat dvetretjinsko kravje mleko (4-krat 140—160 g).

1-krat rumenjarkovo mleko (uporablja se mehko kuhano jajce). Količina mleka je 140—160 g.

50 g zelenjavne ali telečje juhe.

4—5 kavnih žlic zelenjavne ali sadne kaše.

Sadni sok.

800 I. E. vitamina D dnevno.

5. mesec: 3-krat dvetretjinsko kravje mleko (3-krat 160—180 g).

1-krat rumenjarkovo mleko (160—180 g).

1-krat kosilo: juha + krompirjev pire + belo meso + zelenjavna kaša.

Opomba: Uporabljamo 5—10 g telečjega mesa, kuhanega v slani vodi in sesekljanega ter pomešanega v krompirju, zelenjavni kaši ali juhi. Enkrat tedensko damo namesto mesa enako količino jeter.

Nastrgana jabolka.

800 I. E. vitamina D dnevno.

6. mesec: 3-krat polno mleko (3-krat 180—200 g).

1-krat kosilo kot v 5. mesecu.

1-krat rumenjarkovo mleko (180—200 g).

Nastrgano sadje.

800 I. E. vitamina D dnevno.

7. mesec: 3-krat polno mleko ali žitna kava ali kakao (3-krat 180—200 g).

1-krat kosilo kot v 5. mesecu.

1-krat gost zdrob (večerja) z rumenjarkom (150—180 g).

Nastrgano sadje.

800 I. E. vitamina D dnevno.

8. mesec: Vse isto kot prejšnji mesec.

Od 9. meseca dalje: Mešana pretlačena hrana.

Opomba: Rumenjakovo mleko se pripravlja takole: Skuhaj celo jajce mehko (naj vre kaki 2 minuti). Nato odlij rumenjak in ga razžvrkljaj v mlačnem mleku. Pred 6. mesecem starosti uporabljamo polovično ali dvetretjinsko kravje mleko, po 6. mesecu polno mleko.

Nekaj besed je potrebno povedati še o antirahitični profilaksi s preparati vitamina D, ki so pri nas v rabi. Izkazalo se je, da ni pri nas noben otrok zaščiten pred rahitisom, niti dojenček, niti umetno hranjeni. Za antirahitično profilakso imamo na razpolago ribje olje, Plivit D, A + D₃. Glede ribjega olja pripominjamo, da vsebuje zelo malo vitamina D. V 1 g ribjega olja je 80 I. E. vitamina D, medtem ko ga je v 1 g preparata Plivit D 20 000 I. E. Preparat A + D₃ vsebuje v 1 g 6000 I. E. in je vodna raztopina omenjenih dveh vitaminov. Za doziranje vitamina D veljajo na splošno sledeči principi: Vitamin D se začne dajati 3. teden po rojstvu. Vitamin D se daje neprestano, torej brez prekinjanja, v enakih dnevni dozi, ob istem dnevnem času vsaj eno leto. Količina vitamina D in preparat, ki ga izberemo, sta odvisna od otrokovega stanja in od načina prehrane. Predčasno rojenim, pa tudi dvojčkom ali trojčkom, ki slabo resorbirajo olja, dajemo vodno raztopino, t. j. A + D₃ v dnevni dozi 3000 I. E., kar pomeni 20 kapljic tega preparata. Otrokom, ki so se rodili z nižjo porodno težo kot 3000 g, dajemo prav tako A + D₃, ker se ti otroci ponašajo kakor nedonošeni in potrebujejo zaradi tega dnevno 3000 I. E. vodne raztopine preparata. Otroci z normalno porodno težo, ki jih hranimo po beljakovinski shemi, dobivajo dnevno 800 I. E. oljnate raztopine vitamina D (Plivit D), kar znaša 2—3 kapljice. Za računanje količine vitamina D si zapomnimo pravilo, ki velja za oljnate raztopine: 1 g olja = 40 kapljic. Če hranimo dojenčke po shemi z ogljikovimi hidrati, je potrebno zvišati količino vitamina D v hrani tako, da je pri otrocih, rojenih z normalno porodno težo, dnevna doza 2000 I. E.

O v

čkov

Posebni pojavi, ki j
razumljivejši, če poznan
če posežemo v delovanj
jujejo nastanek teh poj.
življenje.

Nezrelost dihalnega

Često opazujemo pri ma
nošenčkih najhujše dihaln

krizi dihanje za dalj časa zastane in zaradi pomanjkanja kisika nedonošenček pomodri, včasih celo zamre. Možno je, da apnoično krizo sprožimo sami pri hranjenju ali pri negi nedonošenčka, zlasti če z njim ne ravnamo dovolj nežno in obzirno. To resno stanje prekinemo, če otroka previdno trepljamo s prsti po prsnem košu ali pa mu ustno sluznico dražimo z mehko gumijasto cevko. Tudi če privzdignemo nedonošenčku prsni koš tako, da mu glavica pade vznak, sprožimo ponovno dihanje. Dovajanje kisika večinoma prekine to nevarno stanje.

nošenčku, so nam vse
ika. Zato ne bo odveč,
in organov, ki pogo-
likokrat ogrožajo tudi

tvo in neenakomerno.
u poškodovanih nedo-
čne krize. Ob apnoični

nedonošeni in potrebujejo zaradi tega dnevno 3000 I. E. vodne raztopine preparata. Otroci z normalno porodno težo, ki jih hranimo po beljakovinski shemi, dobivajo dnevno 800 I. E. oljnate raztopine vitamina D (Plivit D), kar znaša 2—3 kapljice. Za računanje količine vitamina D si zapomnimo pravilo, ki velja za oljnate raztopine: 1 g olja = 40 kapljic. Če hranimo dojenčke po shemi z ogljikovimi hidrati, je potrebno zvišati količino vitamina D v hrani tako, da je pri otrocih, rojenih z normalno porodno težo, dnevna doza 2000 I. E.



hranjeni. Za antirahitično D, A + D₃. Glede ribjega A D. V 1 g ribjega olja je arata Plivit D 20 000 I., E. raztopina omenjenih dveh na sledeči principi: Vitamin daje neprestano, torej brez nem času vsaj eno leto. Kolvisna od otrokovega stanja dvojčkom ali trojčkom, ki A + D₃ v dnevni dozi 3000 I., ki so se rodili z nižjo pose ti otroci ponašajo kakor

150

Vzroki dihalnih motenj so številni in različni:

Pri težkem ali hitro potekajočem porodu se dihalni center zaradi krvavitve ali edema v možganih poškoduje ali pa center pri zelo nezrelih plodih še ni dovolj razvit. Pljučno tkivo je neprožno ter ima le malo alveol in krvnega ožilja, ki posredujejo izmenjavo plinov. Dihalno mišičje le malo sodeluje pri dihanju, ker je še slabotno. Majhni nedonošenčki še ne morejo kašljati, ker ni živčevje dovolj razvito.

Nezrelost sistemov za vzdrževanje telesne toplote. Nedonošenček ni sposoben vzdrževati stalno telesno toploto in je podoben mrzlokrvnim bitjem, ki uravnavajo svojo telesno toploto po okolici. Zato se nedonošenček v hladu kaj hitro ohladi, v vročini pa rad tudi pregreje.

Vzroki za motnje v vzdrževanju telesne toplote so tile:

Center za uravnavanje telesne toplote v možganih še ni dovolj razvit ali pa je celo poškodovan. Telesna površina je v primeri s težo nesorazmerno velika, zaradi česar telo izžareva preveč toplote. Koža je tanka, nima znojnic, ki bi telesu pomagale oddati presežek toplote, na drugi strani pa v podkožju ni maščobe, ki bi zadrževala telesno toploto. Ker je nedonošenček slaboten, ker nima krepkega mišičja in leno giblje z udi, zato tudi proizvaja le malo toplote.

S pravilnim ogrevanjem preprečimo nestalnost nedonošenčkove telesne toplote.

Nezrelost prebavil. Sposobnost prebavljanja je odvisna od stopnje nedonošenčkove zrelosti. Želodec je majhen in se želodčna vsebina zaradi slabotnega zapornika med požiralnikom in želodcem pogosto zliva v požiralnik nazaj. Zato nedonošenčki često bruhamo. Bruhanje je nevarno, ker zaide želodčna vsebina v sapnik, saj nedonošenček ne zna kašljati in se zato lahko zaduši ali pa zboli za pljučnico.

Prebava mleka ni popolna, ker je v sluznici prebavil le malo žlez, ki izločajo prebavne sokove. Zlasti slabo prebavlja in vsrkava nedonošenček mlečno maščobo, ki se zavoljo tega izloča neizrabljena.

Številni so znaki, ki govorijo za nezrelost jeter. Izločevanje žolčnih barvil je pomanjkljivo, zato pri nedonošenčku pogosto opazimo močan ikterus. Krvnih beljakovin je malo, zaradi nizke vrednosti protrombina pa se nedonošenček pogosto nagiba h krvavenju. Menijo, da je tudi nizka vrednost krvnega sladkorja posledica nezrelosti tega važnega organa.

Zavoljo nezrelosti prebavil potrebuje nedonošenček posebno prehrano in poseben način hranjenja.

Nezrelost ledvic. Delovanje ledvic je v veliki meri odvisno od zrelosti ploda. Zato se pri nedonošenčku pogosto pojavijo trdovratne otekline, ker se v tkivih kopičijo soli in voda, ki jih nezrele ledvice ne morejo izločati v zadostni meri. Prve dni po rojstvu pogosto najdemo beljakovine v seču.

Zaradi nezrelosti ledvic stradamo nedonošenčka, dva, tri pa tudi štiri dni po rojstvu, da ledvice lahko izločijo presežek vode in soli iz nezrelih tkiv.

Nezrelost obtočil in krvi. Nizek krvni tlak, ohlapnost in krhkost ožilja, len krvni obtok in neredno bilo, ki je sprva počasno in se kasneje sprevrže v hitro z do 130 udarci na minuto, to so pojavi, ki so značilni za nezrelost obtočil.

Čeprav je ob rojstvu število krvničk v krvi običajno večje in je množina železa v njih večja kot pri novorojenčku, oboli nedonošenček v prvih mesecih

življenja za močno slabokrvnostjo zaradi nezrelosti kostnega mozga in premajhnih zalog železa.

Nezrelost živčevja. Globoko spanje in nezvesti ali navidezni smrti podobna stanja srečujemo le pri nedonošenčkih. Nezrelost življenjsko važnih centrov v možganih povzroča nedonošenčku silne težave, kot so motnje pri dihanju in vzdrževanju telesne toplote itd. — o čemer smo že govorili. Refleksi za kašljanje, požiranje in sesanje so slabotni ali pa jih sploh ni.

Neodpornost za okužbe. Nedonošenček je za okužbo bolj občutljiv kakor novorojenček. Nedonošenčki, ki ne umro zaradi nezrelosti ali porodnih poškodb, umirajo kasneje najčesče zavoljo okužb. Verjetno je, da izvira nedonošenčkova neodpornost iz pomanjkljive sposobnosti za samostojno tvorbo protiteles, saj je njihovih nosilk — krvnih beljakovin pri nedonošenčku le malo. Prezgodnja prekinitev zveze med plodom in materjo prepreči prenos materinih zaščitnih, imunih teles v plodov krvni obtok. Razen tega so nežna koža in sluznice zelo občutljive in ranljive, kar mikrobom olajša vdor v telo. Že najmanjše okužbe dihal, kože, sluznic ali popka vodijo često do najhujših obolenj, ki se tudi smrtno končajo.

Ker zaradi okužb grozi nedonošenčku velika nevarnost, je potreben posebne nege, ki prepreči vsako, še tako majhno možnost vdora bolezenskih klic.

PRAVILNA NEGA NEDONOŠENČKA

Nedonošenčki, ki srečno prebrodijo nevarnosti ob rojstvu in takoj po njem ter so zdravi, nam praviloma ne smejo umreti. Nekaj tednov po rojstvu odloča o njihovem življenju in zdravju pravilna nega. Če poznamo morfološke in fiziološke posebnosti nedonošenčka in bolezenska stanja, ki so s temi posebnostmi v neposredni zvezi, nam je razumljivo, da zahteva nega nedonošenčkov veliko pažnjo in da je dokaj težavna. S pravilno nego odstranjujemo težave zavoljo nezrelosti in preprečujemo okužbe, ki so za nedonošenčke hudo nevarne. Nedonošenček potrebuje posebno nego ob rojstvu, prve dni po njem in v prvih tednih življenja, dokler ne doseže 3000 g telesne teže.

Nega ob rojstvu. Porod je za nedonošenčka težja preizkušnja kakor za donošenega novorojenca. Spričo tega je razumljivo, da jih največ umre ob rojstvu in prvih 48 ur po njem. Zato je pravilna nega v tem času izredno važna in z njo znatno zmanjšamo zgodnjo smrtnost nedonošenčkov. Najboljše nege je ob rojstvu deležen nedonošenček v porodnišnici, le da prezgodnji porod žal večino žena preseneti na domu.

Ob rojstvu in takoj po njem groze nedonošenčku številne nevarnosti. Če je porod težak, se nedonošenček rodi zamrt in ga je treba oživljati. Porodne poškodbe, zlasti možganske krvavitve, so pri nezrelih plodovih pogostnejše kakor pri drugih novorojenčkih. Takoj po rojstvu moramo paziti, da se nedonošenček ne ohladi preveč, in skrbno ga moramo varovati morebitnih okužb.

Z nego ob rojstvu moramo preprečiti oziroma odstraniti raznovrstne nevarnosti.

Pravilno vodstvo poroda prepreči mnoge porodne poškodbe. Če materi med porodom dovajamo kisik, vitamina K in E ter ji pravočasno v zadostnem obsegu prerežemo presredek, tedaj zmanjšamo nevarnost možganske krvavitve in zamrtja, kar so pri nedonošenčku dokaj pogostni pojavi. Z istim namenom injiciramo nedonošenčku tudi 2,5 mg vitamina K. Večje količine vitamina K

bi povzročile močan ikterus, zato so nevarne. Porodne poškodbe zahtevajo takojšnjo zdravniško pomoč in zdravljenje v zavodu.

Nezrelost dihal in poškodbe dihalnega centra vodijo do zamrtja zavoljo pomanjkanja kisika. Takšno stanje moramo z oživljanjem takoj odstraniti, če hočemo nedonošenčka ohraniti živega. Brž ko vidimo, da se je nedonošenček rodil zamrt in da ne diha, ga zavijemo v toplo plenico, položimo na hrbet, mu glavico obrnemo po strani, iz žrela pa z mehkim gumijastim aspiratorjem odstranimo sluz in plodovnico. Ko so dihalna pota očiščena in je nedonošenček zadihal, mu dovajamo v zavodih kisik — v kisikovem šotoru, v inkubatorju ali z masko na obrazu. Če nedonošenček po aspiraciji sluzi in žrela ni zadihal, običajno dovajanje kisika ne zadostuje in je potrebno vpeljevanje kisika v sapnik ali v želodec, kar lahko store le v tem postopku izvežbane osebe. Če moramo nedonošenčka oživljati doma, kjer nimamo pri roki kisika, si v sili pomagamo tako, da nedonošenčku v usteca vpihavamo zrak iz ust. Zrak vpihavamo zelo previdno iz ust in ne iz pljuč. Da novorojenca ne okužimo, vpihavamo zrak skozi več plasti sterilizirane gaze. Nikoli ne poskušamo oživljati nedonošenčka z umetnim dihanjem ali tako, da bi ga oblivali oziroma drgnili s hladno vodo. Tak način oživljanja namreč lahko nedonošenčka poškoduje. Pri še tako obzirnem umetnem dihanju srečujemo številne prelome reber. Vzburljajočih sredstev za dihalni center, kot sta kafa ali lobelin, takoj po rojstvu ne injiciramo, saj ž njimi često le poglobimo asfiksijo, ker vzburiimo one dele dihalnega centra, ki dihanje zavirajo. Oblivanje s hladno vodo in izmenične kopeli pa nedonošenčka ohladijo in povzročijo pri njem še hujši šok, ki navadno vodi do resnične smrti. Včasih nam oživljanje uspe in nedonošenček zadiba, če menjavamo lego telesca tako, da previdno nihamo iz vodoravne v poševno lego, pri čemer spuščamo navzdol zdaj glavico zdaj noge.

Nedonošenčka ob rojstvu resno oškoduje izguba telesne toplote. Ohlajenje preprečimo, če žena poraja v zelo toplem prostoru in če nedonošenčka takoj zavijemo v toplo plenico, ga ovijemo v vato in položimo v segreto zibelko. Doma grejemo zibelko s termofori, segretim vrečkami peska, z električnimi ogrevalniki itd. Paziti moramo, da vsa ta sredstva ne pridejo v stik z nedonošenčkom, ker ga lahko hudo opečemo. Najbolje je, da zibelko oblečemo v prevleko z žepi in v te položimo steklenice ali pa steklenice ovijemo v plenice ter jih položimo ob vznožju in ob straneh znotraj zibelke. Tja, kjer nedonošenček leži, položimo sobni toplomer, da od časa do časa odčitamo temperaturo. Zibelko grejemo od 29 do 33° C. Pa tudi nedonošenčku samemu moramo večkrat dnevno zmeriti telesno toploto.

Vsi predmeti, ki pridejo v stik z nedonošenčkom, morajo biti sterilizirani. Z aseptično oskrbo popka preprečujemo okužbo na tem mestu, kjer se mikrobom odpira široka pot za vdor v telo. Ko popkovina neha utripati, jo prevezemo s svilo, ne pa s širokim vlažnim trakom, ki preprečuje pravilno sušenje popkovine. Okužbe oči preprečimo s kapljicami (Targezin, Penicillin), možnost kožnih okužb pa zelo zmanjšamo, če ne odstranjujemo verniksa. Nedonošenčka po rojstvu ne kopamo.

Nega prve dni po rojstvu. V tem času je opazovanje nedonošenčka izredno važno. Mnoge porodne poškodbe, možganske krvavitve in krvne neskladnosti opazimo šele tedaj. Bledica, cianoza, apnoične krize, močan ikterus, krči itd. nujno zahtevajo nego oziroma zdravljenje v zavodu. Če je otrok rojen doma, ga odpeljemo čimprej v zavod, najbolje kar v topli zibelki, obdani s termofori.

V tem času pustimo nedonošenčka, da popolnoma miruje, ne kopamo ga, mu ne čistimo kože in ga ne hranimo. Najnujnejše previjanje opravimo izredno previdno. V zibelko ga položimo z rahlo dvignjenim gornjim delom prsnega koša, kar mu olajša dihanje. V ta namen mu pljuča podložimo s svitkom plenice. Nato z 2 do 3-dnevnim stradanjem razbremenimo nezrele ledvice, da izločijo tekočino, ki se je nabrala v nezrelih tkivih.

V prvih dneh po rojstvu so apnoične krize pogostne in nedonošenčku ogrožajo življenje. Včasih zadostuje, da med apnoično krizo ob dovajanju kisika kanemo nedonošenčku v usta in na prsi kapljico razredčenega alkohola in ga nežno trepljemo s prsti po prsnem košu, da sprožimo dihanje. Če sumimo, da so dihalna pota zamašena, z vso obzirnostjo ponovimo aspiracijo žrela in sapnika. V tem času že injiciramo ob apnoični krizi sredstva, kot sta kofein in lobelin, ki vzbujajo dihalni center, ali pa mu na jezik kanemo kapljico adrenalina, konjaka ali koramina.

Zrak vselej vlažimo, ker suh, topel zrak pospešuje respiratorne težave in mikrobom skozi izsušene sluznice omogoča vstop.

Nega v prvih tednih življenja. V zavodu negujemo nedonošenčke, ki tehtajo ob rojstvu manj kot 1500 g, ker jih povečini ne moremo vzrejati doma. Taki nedonošenčki potrebujejo nego izvežbanega osebja. Prav tako ne moremo doma negovati nedonošenčkov, ki so sicer težji od 1500 g, a ne znajo sesati, imajo pri dihanju motnje, so pri porodu poškodovani ali bolni.

V sodobni negi nedonošenčkov so najvažnejši tile ukrepi: Vzdrževanje stalne telesne toplote z gretjem in vlaženjem zraka, dovajanje kisika, preprečevanje okužb, pravilna telesna nega, ustrezna prehrana in takojšnje zdravljenje komplikacij.

Vzdrževanje stalne telesne toplote. Nedonošenček prilagodi telesno toploto okolici. Z ovijanjem nedonošenčka v vato, z gretjem zibelke in prostorov ublažimo vpliv hladnega ozračja in preprečujemo padec telesne toplote.

V sodobnih centrih za vzrejo nedonošenčkov in v porodnišnicah uporabljajo električno segrevane inkubatorje, kjer z uravnavanjem dosežejo zaželeno toploto. Doma vzdržujemo telesno toploto na način, ki smo ga že prej omenili. Če se je nedonošenček ob rojstvu ali med prevozom v zavod zelo ohladil in je njegova telesna temperatura pod 35° C, ga moramo ogrevati previdno in postopoma, ker je naglo segrevanje zelo škodljivo in vodi do smrti. Nedonošenček potrebuje tem vlažnejši zrak, čim mlajši in manjši je, zlasti pa, če ima dihalne motnje. V inkubatorju uravnavamo vlažnost v skladu s toploto od 50% do 90% relativne vlage. Doma vlažimo zrak z izparivanjem vode.

Kisik dovajamo nedonošenčku le izjemoma, kadar je sicer brez kisika njegovo življenje ogroženo, n. pr. pri apnoičnih krizah, pri močni cianozi, pri koaspiracijah plodovne vode, pri možganskih krvavitvah itd. Kisik je za nedonošenčka dvorezni meč. Če mu ga dovajamo več dni zdržema in večje količine (več kot 30 vol. %) , tedaj lahko pri njem pride do resne okvare očesnega ozadja, ki vodi do slepote. Dovajanje kisika in koncentracijo kisika v zraku v inkubatorju moramo strogo nadzorovati z oksimetrom.

Preprečevanje okužb je najtežavnejši in najvažnejši del v negi nedonošenčka in zahteva res izvežbano osebje. Na videz nenevarne okužbe, ki nastanejo zaradi nepazljivosti osebja, imajo lahko smrtonosne posledice.

Nedonošenček se okuži lahko že v maternici, med porodom ali kasneje. Nedonošenčka lahko okužijo klice, ki so v zraku, še pogosteje se okuži pri

negi, zlasti če si negovalke ali mati, ki ga neguje, rok ne umivajo dovolj in pogosto. Važen vir okužb so kapljice s kužnimi klicami, ki se razprše v zraku ob govorjenju, smejanju, kašljanju in kihanju. Takšno širjenje okužb uspešno preprečujemo s trajno nošnjo mask. Ker je maska kužen predmet, ki zadržuje vse mikrobe, prihajajoče iz nosa in ust pri dihanju in govorjenju, je nujno, da so negovalke poučene o pravilni uporabi maske. Maske nosijo zavezane preko brade in nosu. Menjavamo jih vsake 3 ure in si po vsakem dotiku z njo temeljito umijemo roke. Ko masko snamemo, jo namočimo v razkužilu. Prenos mikrobov z otroka na otroka znatno omejimo, če nedonošenčka negujemo in hranimo vselej v zibelki ali v inkubatorju. Skupne kopalne kadi, previjalne mize, tehtnice so vir najresnejših okužb med nedonošenčki. Plenice, hrana in vsi predmeti, ki pridejo v stik z nedonošenčkom, morajo biti brez mikrobov. Vsak nedonošenček naj ima svoj lastni pribor in vse, kar je potrebno za telesno nego.

Negovalka najpogosteje okuži nedonošenčka z neumitimi rokami. Pogostno umivanje rok je najenostavnejši in najučinkovitejši ukrep v borbi proti okuženju nedonošenčkov.

Pravilna telesna nega. Čim manjši je nedonošenček, tem obzirneje moramo z njim ravnati. Zato nudimo majhnim, slabotnim, nezrelim nedonošenčkom, ki jim že z dotikom ali hranjenjem sprožimo cianotične ali apnoične krize, le najnujnejšo nego. Nedonošenčka pod 2000 g hranimo, previjamo, umivamo in oblačimo v zibelki ali inkubatorju. Tako jih ne vznemirjamo z nepotrebnim prenašanjem, jih ne ohladimo in tudi verjetnost okužbe zmanjšamo. Umivamo, čistimo in previjamo nedonošenčka vselej pred hranjenjem, da se izognemo nevarnosti bljuvanja in aspiracije izbruhkov.

Nega kože. Nedonošenčkova koža je zelo nežna, se rada vname, poškoduje in okuži.

Prve dni po rojstvu opuščamo vsako čiščenje kože, kasneje čistimo kožne gube 1-krat dnevno s prečiščenim, steriliziranim mineralnim ali olivnim oljem, ali z mešanico razredčenega alkohola in glicerina. S temi sredstvi očistimo umazane predele vsakokrat ob previjanju. Olje je zelo primerno za nego kože, ker je ne vnema, je ne suši in bolje zadržuje telesno toploto. Pred čiščenjem olje segrevamo. Čim krepkejši postaja nedonošenček, tem temeljiteje ga lahko čistimo, vendar pričnemo z običajnim kopanjem v topli vodi in z milom šele, ko doseže težo 2500 g.

Oblachenje. V inkubatorju leže nedonošenčki goli, oviti le s plenico, ki pokriva spodnji del trebuha in spolovilo. Nedonošenčki, ki leže v zibelkah, potrebujejo primerno obleko, ki zadržuje telesno toploto in ne ovira dihanja in gibanja.

Tehtanje. Nedonošenčka tehtamo v zavodu vsak dan, ker le tako lahko zasledujemo dnevni prirastek telesne teže.

Nega nedonošenčka doma. Doma negujemo nedonošenčke, ki znajo sesati in so zdravi. Večinoma so to nedonošenčki, ki tehtajo več kot 2000 g. Sprva naj pomagata materi z nasvetom in poukom babica in patronažna sestra, ki morata seveda poznati osnovna načela nege in prehrane nedonošenčka. Najbolje je, če je nedonošenček doma osamljen in ga neguje le ena oseba, po možnosti mati. Toploto vzdržujemo doma z gretjem sobe in zibelke, kot smo omenili, zrak vlažimo z izparivanjem vode. Za telesno nego veljajo prav ista pravila doma kot v zavodu.

PRAVILNA PREHRANA NEDONOŠENČKA

Nedonošenček hitro raste in je njegova potreba po beljakovinah, mineralih in vitaminih zelo velika. Pravilna prehrana mora zato premostiti težave zavoljo nezrelosti prebavil in omogočiti naglo rast in razvoj. Poleg mlečnih mešanic je potrebno dajati in omogočiti naglo ohranjanje Žds3cŠab-a mešanic je potrebno dajati hrani še vitamine. Dnevno potrebuje nedonošenček 50 mg vitamina C, 2 do 3 tisoč vitaminov A in D. Vsakega nedonošenčka hranimo v skladu z njegovo zrelostjo, težo, sposobnostjo sesanja in požiranja.

Vrste mleka. Najboljša prehrana za nedonošenčka v prvih tednih in mesecih življenja je žensko mleko. Res je, da ne nudi žensko mleko nedonošenčku dovolj mineralov in beljakovin, vendar je lažje prebavljivo, ne vsebuje kužnih klic in ima večjo biološko vrednost kakor kravje mleko. Nedonošenčki slabše vsrkavajo mlečno maščobo, zato žensko mleko posnemamo prve tedne vsem nedonošenčkom, ki tehtajo manj kot 1700 g, seveda dodajamo v tem primeru vitamina A in D v vodni raztopini. Žensko mleko lahko obogatimo z beljakovinami z 1 do 2%-nim dodatkom topnih, delno že prebavljenih mlečnih ali jetrnih beljakovin (proteolizin). Le kadar nimamo ženskega mleka, hranimo nedonošenčka s kravjim mlekom. Sveže kravje mleko prekuhamo in ga okisamo s citronovo kislino, da zvečamo prebavljivost mlečnih beljakovin. Mlečno maščobo delno posnemamo, mlečnim mešanicam pa dodajamo ogljikove hidrate, in sicer sprva 5%, nato pa 10%. Tako pripravljeno mleko redčimo le na $\frac{1}{3}$ z vodo. Razen svežega kravjega mleka dajemo 12 do 14%-ne razredčine delno posnetega kravjega mleka v prahu, 8 do 10% albuminskega mleka in preparate lahko prebavljivih vrst kislega mleka (10% Laktacid in Bumilen).

Količina hrane. Prevelike množine so nedonošenčku bolj nevarne kakor premajhne, ker povzročajo bruhanje, driske in meteorizem. Po rojstvu nedonošenčka popolnoma stradamo 2 do 3 dni, kot smo že večkrat omenili. Tako odstranimo tkivno tekočino in odvrnemo prezgodnje respiratorne motnje, do katerih pride med hranjenjem. Prva hrana, ki jo nedonošenček dobi, je 5%-na glukoza, ki mu je dajemo pri vsakem obroku 5 do 10 ccm. Vsak dan dodajamo glukozi po 5 ccm več ženskega mleka, ki je torej razredčeno, šele po nekaj dnevih preidemo na polno žensko mleko. Količina hrane pri enem obroku je odvisna od nedonošenčkove telesne teže.

Pri telesni teži	znaša količina enega obroka:
pod 1000 g	5 ccm
od 1000 do 1200 g	20 ccm
od 1500 do 2000 g	40 ccm
od 2000 do 3000 g	50 do 100 ccm

Nedonošenčku ne spreminjamo količine hrane, dokler se dnevno zredi za 20 do 30 g. Ob zastoju teže večamo količino za 5 do 10 g oziroma obogatimo mleko z beljakovinami, če bi nedonošenček slabo prenašal zvišano količino. Nedonošenček potrebuje po prvem tednu 100 do 125 g tekočine na kg telesne teže, kasneje 150 do 200 g dnevno.

Število obrokov. Nedonošenčki s telesno težo 1000 g naj imajo dnevno po 12 obrokov. Do teže 2000 g zadostuje 10 obrokov, pri teži od 2000 do 2400 g 8, pri teži od 2400 do 3000 g pa 7 obrokov.

Način hranjenja. Najmanjše nedonošenčke, ki ne znajo sesati in požirati, ohranimo pri življenju le s hranjenjem po cevki. Tako hranimo tudi bolne nedonošenčke, bruhače in vse, ki imajo respiratorne težave. Nekateri priporočajo, da se hranijo po cevki vsi nedonošenčki s telesno težo pod 1500 g. Hranjenje po cevki zahteva izvežbano osebje in je v nevesitih rokah lahko nevarno. Nedonošenčku privzdignemo glavico in gornji del prsnega koša, ko mu uvajamo cevko. Na vrhu cevke namestimo lijak, v katerega vlivamo mleko počasi in zdržema. Ob koncu hranjenja cevko čvrsto stisnemo, čakamo nekaj časa, da se izprazni, in jo previdno in počasi izvlečemo iz požiralnika. Mleko od cevke ne sme kapljati, ko nehamo s hranjenjem. Hranjenje po cevki je nevarno, ker lahko, če cevko takoj po hranjenju naglo vlečemo iz požiralnika, z ostanki mleka zalijemo sapnik. S hranjenjem po cevki lahko uvedemo večje količine hrane naenkrat, zato zadostuje 6 do 8 obrokov dnevno tudi za manjše nedonošenčke.

Nedonošenčka, ki že zna sesati in požirati, ki je zdrav in se pri tem ne utruji preveč, hranimo po steklenički. Pri pitju leži nedonošenček v zibelki z dvignjenim gornjim delom telesa, obrnjen v desno. Tudi po končanem pitju pustimo nedonošenčka nekaj časa v tej legi, da ne začne bljuvati in da si hitreje izprazni želodček. Ko je nedonošenček že krepkejši, ga hranimo v naročju. Ko pa že dovolj dobro pije po cuclju in je zadosti krepak, ga vztrajno pristavljamo k prsim. Ker je spočetka dojenje utrudljivo, ga hranimo nekaj obrokov še po cuclju.

Ravnanje ob boleznih. Vsa številna patološka stanja, ki izvirajo iz nezrelosti organov in organskih sistemov, nedonošenčku ogrožajo življenje. Pogostne so še porodne poškodbe, okužbe, neskladnosti krvi med materjo in plodom, bolezni osnovne presnove, rahitis in prirojene okvare. Vsak nedonošenček, ki je bolan, pa je potreben takojšnjega zdravljenja v zavodu.

BODOČNOST NEDONOŠENČKOV

Trditve, da nedonošenček v telesnem in duševnem razvoju nikoli ne doseže pravočasno rojenih otrok, ne drže. Res je, da se češče porajajo nedonošenčki s prirojenimi napakami in da so porodne poškodbe, ki puščajo hude telesne in duševne okvare, pri njih dokaj pogostne. Taki otroci v telesnem in duševnem razvoju zaostajajo, kar pa ni posledica nedonošenosti same. Če se nedonošenček rodi zdrav in mu pravilna nega še nadalje ohrani zdravje, tedaj v 4. ali 5. letu življenja skoraj gotovo v svojem razvoju dohiti pravočasno rojene sovrstnike in se razvije v telesno in duševno polnovrednega, za delo in napore enako sposobnega človeka.

(Konec.)

Za še boljše zdravstvenoprosvetno delo

Med. sestra Neža Jarnovič

Temeljni pogoj za zdravstveno zaščito otroka je zdravstvena prosvetljenost matere. Zato je zdravstvena vzgoja žene-matere tista glavna naloga naših zdravstvenih ustanov, mimo katere ne more noben zdravstveni delavec, zlasti pa ne medicinska sestra, ki dela na sektorju zdravstvene zaščite matere in otroka.

Že članek »Vloga in pomen otroških ustanov v zdravstveni prosveti« (gl. Medicinska sestra na terenu 1955, št. 3, str. 169—180), je nakazal smernice, kakšno naj bo področje dela, kakšna naj bodo načela zdravstvene vzgoje ter vzgojne metode in sredstva.

V občutku žive potrebe, da bi zdravstvenovzgojno delo v dispanzerjih in posvetovalnicah na terenu zaživel, se je odsek za zaščito matere in otroka pri Centralnem higienskem zavodu odločil, da s konkretno pomočjo podpre zdravstvene ustanove na terenu:

1. Na sedežu vseh okrajev je v prvi polovici letošnjega leta sklical enodnevne seminarje za medicinske sestre z vseh ustanov za zaščito matere in otroka.

2. Poskrbel je za skripta »Okvirne smernice za tečaj o zdravi prehrani dojenčka«.

3. Pripravil je mapo krojev, skic in navodil za tečaje »O higieni oblačil in oblačenja«.

Ti enodnevni seminarji za medicinske sestre so zaradi izredne zgoščenosti imeli poudarek predvsem na metodi pouka, podali so splošne pedagoške smernice za pouk v tečajih ter nakazali okvirno osnovo za prireditev takšnih tečajev, ki naj bi jih organizirale posamezne ustanove bodisi same ali pa v sodelovanju z množičnimi organizacijami.

Tečaje o zdravi prehrani dojenčka naj bi vodile medicinske sestre. Na teh kratkih večernih tečajih naj bi se matere ob praktičnem pouku naučile, kako se dojenčku pravilno pripravi normalna in kako po potrebi tudi dietična hrana. Obenem naj bi se jim obrazložile nekoliko tudi funkcije in razvoj otrokovega organizma. Matere, ki so o tem poučene, bodo namreč neprimerno bolj upoštevale in se laže ravnale po navodilih, ki jih dobe v posvetovalnici ali ob obisku sestre na domu. Edino primerna metoda na takšnih tečajih je razgovorna metoda v majhni skupini tečajnic. Aktiven praktični pouk naj se prepleta s poučnim razgovorom o tem, kar je značilnega za pravilno sodobno prehrano, za prehrano nosečnice in doječe matere, kolikega pomena je dojenje za pravilen duševni in telesni razvoj otroka, ter končno o umetni prehrani zalivančka, ki lahko nadomesti dojenje, le če je pripravljena pravilno in smotrno.

Skripta »Okvirne smernice za tečaj o zdravi prehrani dojenčka«, s katerimi je Centralni higienski zavod oskrbel teren, obsegajo poleg pedagoških in strokovnih smernic tudi recepte raznovrstne dojenčkove prehrane ter seznam najnujnejšega inventarja, ki ga voditeljica takega tečaja potrebuje, razen tega pa še seznam živil, ki so potrebna za kuhanje hrane v tečaju. Ti osnovni napotki, ki jih nudijo skripta, naj bodo medicinski sestra za orientacijo, kakšnih tečajev si želimo. Nikjer ne utesnjujejo organizatorja in voditeljice tečaja,

da bi tovrstne dejavnosti ne mogli prilagoditi trenutnim razmeram in pogojem, ki nastajajo na terenu.

Tega dela se lotimo lahko na več načinov. Predvsem naj tovrstno dejavnost — po možnosti v svojih prostorih — razvije zdravstvena ustanova sama. Mati naj ve, da lahko poišče zdravstveno ustanovo tudi takrat, ko potrebuje pouka, kako zdravje ohraniti, in ne samo takrat, ko družino obišče bolezen. Za tovrstne tečaje je v prostoru zdravstvene ustanove treba ustvariti bolj domače, intimno vzdušje. Najprimernejši prostor za ta namen je čakalnica, ki jo sestra z malo iznajdljivosti lahko preuredi za večerne ali popoldanske tečaje. Če je voditeljica tečaja tudi strokovno dobro pripravljena, je uspeh zagotovljen in skupine žena se bodo vrstile od tečaja do tečaja.

Medicinska sestra, ki dela v posvetovalnicah in ima za patronažo med tednom strnjen čas, bo opravila lepo zaokroženo delo, če bo patronaži v vasi, priključila zvečer še kratek tečaj o pripravljanju hrane za dojenčka. Uspeh bo še večji, če bo našla prav v kmečki hiši primeren prostor, kjer bo lahko za nekaj večerov zbrala matere ter jim praktično pokazala in obrazložila prehrano dojenčka. S tem si bo prihranila mnogo časa, ker bo imela skupaj več žena, ki bodo za takšen pouk že iz njenih obiskov motivirane. Sestra, ki je imela takšen tečaj v vasi Ribno pri Bledu, je bila navdušena nad uspehom in načinom dela.



Tečaj za prehrano dojenčka v dispanzerju za otroke

V sodelovanju z množičnimi organizacijami pa odpadejo marsikateri objektivne težave in nevšečnosti, ob katerih bi marsikatera pri vsej dobri volji obupala. Zavod za napredek gospodinjstva, Zveza združenj, Rdeči križ prirejajo vrsto tečajev za vaško in delavsko mladino. Če bi se sestra povezala s temi organizatorji, ki imajo v svojih programih tudi zdravstveno prosvetljevanje tečajnic, bi lahko njihovim tečajem priključila še del svojega programa in bi tako za trdno uspela.

Vse našete oblike, kako naj se delo organizira, lahko rodijo uspeh, če so priprave in metode dela pravilne in je delo opravljeno z ljubeznijo. Takšni tečaji s štirimi do šestimi ženami naj bodo tisto drobno in sistematično delo, ki ne teži za velikimi številkami, temveč si prizadeva, da žene res prevzgoji, da bodo v bodoče delale to, kar želimo. Te žene v vasi bodo potem zdravstveni ustanovi živ primer, kaj pomeni za otroka pravilna prehrana v prvem letu življenja. Kako se da prilagoditi organizacija dela terenskim razmeram, nas je najbolj prepričala medicinska sestra z zdravstvene postaje Predgrad pri Kočevju. Kmalu po seminarju nam je poslala poročilo, ki nas je zelo razveselilo in ga ob tej priliki tudi priobčujemo:

»Začeli smo s tečajem za zdravo prehrano dojenčka v vasi Sodevci pri Kolpi, občina Predgrad. Tu je bilo nekaj mater, ki imajo pri hiši dojenčka in so zato bile za tečaj navdušene. Vendar pa jih z babico nisva mogli pridobiti, da bi tečaj priredili v nekaj popoldnevih ali večerih. Zato sem imela tečaj 3 nedelje popoldne. Tako so se matere vsaj nekoliko poučile o tem, kako se pripravlja hrana za dojenčka. Tečaj sem naredila v takšni obliki, kot smo se na seminarju pogovorili. Žene sem vse poznala od obiskov po domovih, tako da smo bile kar domače in so žene brez zadrege in strahu spraševale o stvareh, ki jih niso vedele. Napisale so si vse, kar se je v tem kratkem času dalo. Ravno tako so tudi poizkusile kuhati, kar se mi je že po obiskih na domovih zdelo najbolj potrebno, da jim pokažem iz normalne in dietalne prehrane dojenčka. Najmlajša mati je bila stara 19 let, najstarejša 32 let. Tečajnice so bile že vse matere. Bil jih je pet in je to število za tak tečaj ravno pravi. Med tečajnice sem razdelila mapo »Mamica in očka«, vsaki sem dala tudi nekaj vitaminskih kapsul za njenega dojenčka. Zadnji dan tečaja smo poleg vsega spekle še otroške piškote, samo da so žene z večjim navdušenjem in zadovoljstvom odšle s tečaja.

Takšne tečaje nameravam čez leto še narediti v bolj oddaljenih krajih, ki so mi pozimi bolj težko dostopni za patronažo od hiše do hiše. Pri delu mi veliko pomaga babica, ki je na tečaju povedala nekaj najvažnejšega o prehrani nosečnice, občinski ljudski odbor pa nam je odobril din 3000 za nabavo živil in najpotrebnejših stvari za tečaje. Po vaseh me zdaj že sprašujejo, kdaj bo tak tečaj tudi pri njih.«

Tako nam piše medicinska sestra, ki je sama v oddaljeni vasi na Kočevskem. To njeno poročilo nas samo potrjuje v prepričanju, da ga ni terena, kjer bi medicinska sestra ne mogla začeti s to vrsto dejavnosti, čeprav v še tako skromni obliki.

Novo organizirani dispanzer za žene in otroke v Novi Gorici pa nam je lep primer iznajdljivosti, spretnosti in požrtvovalnosti sestre, ki je smotno in obenem tudi sodobno uredila vse pripomočke za pouk o pripravljanju hrane dojenčku in za demonstriranje dojenčkove nege. V prostorih dispanzerja, ki funkcionalno ne ustrezajo docela, je s pomočjo arhitekta rešila problem omar in vetrin v čakalnici, ki ji služi tudi kot prostor za tečaje in individualni pouk.



V čakalnici dispanzerja za otroke v Gorici je v posebej pripravljenih vitrinah stalna razstava predmetov za nego, prehrano in vzgojo dojenčka



Tečaj za higienska oblačila za matere in otroke

V čakalnici je sestra med ordinacijskim časom stalno med ženami, ki jih s praktičnimi primeri sproti poučuje, kako pripravimo mleko in kako pravilno negujemo otroka. Čakalnica pa je istočasno tudi razstavni prostor, kjer mati lahko vidi stvari, ki o njih čuje v posvetovalnici.

Z materialom, ki ga vsebuje mapa » O higieni oblačenja in higienskih oblačil za žene in otroka« pa želimo usmeriti zdravstvenovzgojno delo nekako takole: Medtem ko si bodo matere ali žene, ki še pričakujejo otroka, izbirale in šivale v tečaju za nje same ali za dojenčka oziroma malega otroka ustrezen in čimbolj praktičen kroj, naj jim sestra nekaj več pove o higieni oblačil. Brez dvoma namreč drži, da o vprašanju pravilnega kroja, materiala za obleke in obutev ter načinu oblačenja vse premalo govorimo, da vse premalo učimo naše najobčutljivejše varovance, to so nosečnice in matere, in sicer glede njih samih kakor tudi otrok v razdobju od rojstva do konca pubertete, ko se telo do kraja razvije in doraste. Pa ne samo mati, tudi šivilja je v tem pogledu nepoučena. Zato bi bilo prav, če bi v ta pouk vključili tudi vaške šivilje, da bodo iz materiala, ki jim ga mati zaupa, znale sešiti otroku in nosečnici obleke ne samo po trenutni modi, ampak tudi v skladu z zahtevami higiene. Takšni tečaji o higieni oblačil in oblačenja bi se lahko uspešno priključili tečajem za šivanje, ki jih v zimskih mesecih po terenu organizirajo Zavodi za napredek gospodinjstva in druge organizacije. Poudarjamo pa, da bo namen le delno dosežen, če bo mati dobila samo pravičen kroj in pa pouk, kako naj si po kroju sama sešije zaželena oblačila. Ti kroji in šivanje naj bodo le sredstvo, da materam posredujemo z njimi tudi tisto znanje o higieni oblačenja in pa o osebni higieni, ki ga zdravstvena služba nič kolikokrat tako zelo pogreša pri bodoči materi in pri materi z dojenčkom in z malimi otroki.

Pri tem prizadevanju za sistematično zdravstveno vzgojo matere, ki jo po pravici smatramo za nositeljico higienskega režima v družini, pa je važno predvsem to, da zdravstveni delavec čuti živo potrebo po tovrstni dejavnosti. Kdor se zaveda, da je zdravstveno prosvetljen človek največji uspeh preventivnega zdravstvenega delavca in zdravstvene službe v celoti, si bo pač znal najti pravo delovno torišče v naših zdravstvenih ustanovah, pa čeprav mu bo treba premagati marsikatero objektivno zapreko.

Tako je to stvar razumela sestra v Predgradu in se lotila dela izven svojih rednih opravil, ki jih sicer dovolj najde že v ustanovi, kjer dela. Ravno tako tudi sestra v Novi Gorici, ki nima pred očmi samo naloge, da je matere treba učiti in vzgajati, temveč se živo zaveda tudi dejstva, da je dispanzer zdravstvenovzgojna ustanova, kjer mora obiskovalce v smislu zdravstvene zaščite matere in otroka vzgajati sleherni predmet.

Prepričani pa smo, da bodo marsikatero od sestra, ki so bile na seminarju in jim učni material morda leži še v delovnih mizah, zdaj tudi pričele razmišljati in pripravljati program dela za vzgojo žena na svojem področju, saj si žene našega podeželja v jesenskih in zimskih večerih najlažje odmerijo čas tudi za takšen pouk.

Pojem pozitivnega zdravja nalaga zdravstveni vzgoji naloge, ki se ne omejujejo samo na preprečevanje bolezni, temveč si prizadevajo ustvariti pogoje, da se dosežejo in ohranijo čimboljše telesne in duševne sposobnosti človeka. Takšna vzgoja pa terjaja trajen delovni proces, katerega rezultati bodo vidni komaj čez leta ali pa šele v naslednjih generacijah.

O načelih zdravljenja in preprečevanja psihičnih motenj v otroški dobi

Dr. Marijan Košiček

šef oddelka za higieno otrok in mladine
pri Centralnem higienskem zavodu v Zagrebu

Svetovna zdravstvena organizacija je človeško zdravje opredelila kot fizično, psihično in socialno blaginjo bodisi posameznika ali družbe. To pomeni, da napredna medicinska misel čedalje več pažnje posveča tudi duševnemu delu človekove osebnosti. Praksa je namreč pokazala, da zgolj fizično zdravje nikakor še ni poročstvo, da je nekdo resnično zdrav. Danes na zdravje ne gledamo več s čisto biološkega stališča, to se pravi, da nam pravilno odvijanje posameznih fizioloških dogajanj v nas ni več izključno merilo zdravja. Glede na to, da je človek družabno bitje in da je to njegova osnovna življenjska značilnost, ocenjujemo z istega vidika tudi njegovo zdravje. Torej moramo, kadar pri nekom ugotavljamo zdravstveno stanje, upoštevati ne le medsebojni odnos posameznih funkcij v njegovem organizmu, temveč tudi odnos tega posameznika nasproti življenjski stvarnosti in družbenemu okolju. Ravno to dvojje pa je merilo za duševno zdravje. Odnosi, kakršne ima nekdo do osnovnih vprašanj, ki jih predenj postavlja življenje v človeški skupnosti, nam najboljše kažejo, ali njegova emocionalna zrelost zadovoljuje ali ne. Za samostojno, konstruktivno in družbeno koristno delo zrela je tista osebnost, ki zavzema realen, optimističen in pogumen odnos do vrste nalog, težav in ovir, ki nanje človek naleti v življenjski stvarnosti. Na probleme zadenemo v glavnem na treh področjih. Predvsem v odnosu do drugih ljudi, t. j. do skupnosti, v kateri živimo — pa naj bo to družina, prijatelji, zakonska skupnost, delovni kolektiv, kaka družbena organizacija ali širša družbena skupnost; nato pri svojem delu, v poklicu, v družbeni ali kaki drugi dejavnosti; in končno v pogledu spolnosti, v odnosu do spolnega življenja in v odnosu do drugega spola. Dostikrat se zgodi, da skuša posameznik te svoje osnovne življenjske probleme nekako obiti, ne da bi se z njimi spoprijel, in jih rešiti po poti manjšega odpora, torej nestvarno, navidezno. Tedaj človek nehotе preide v nekoristno in z družbenega stališča negativno ponašanje, v hujših primerih pa v izrazito asocialnost ali celo v antisocialen odnos. V takih okoliščinah govorimo o motnjah duševnega zdravja, ki se lahko pojavljajo s prav različno intenzivnostjo, seveda na izredno široki lestvici vseh mogočih prehodov iz stanja duševnega zdravja v stanje duševne bolezni.

Da neki nezreli, nepravilno razviti in deformirani osebnosti lahko pomagamo oziroma ji zboljšamo psihično zdravje, moramo imeti možnost, da v tako osebnost prodremo, da jo spoznamo in dojamemo. To možnost nam daje medicinska psihologija z raznimi svojimi smermi in šolami, počenši od klasične Freudove šole preko Adlerja in Jungove psihologije pa vse do sodobne bionamične psihologije, ki temelji na eksperimentalnem in statističnem proučevanju človekovega vedenja. Naj so se te šole med seboj še tako razlikovale in si tu pa tam tudi nasprotovale, vendar so si v enem osnovnem spoznanju edine prav vse. To je izkustveno dejstvo, da je za razvoj človeške osebnosti, za dosego emocionalne zrelosti oziroma za stopnjo duševnega zdravja, ki jo doseže posameznik, silne važnosti otroška doba, in to ravno zgodnja otroška

leta. Če pri nekom hočemo razumeti njegove psihične in karakterne lastnosti, če hočemo najti pot za odstranitev kake motnje v psihičnem ravnotežju, tedaj moramo do podrobnosti spoznati vse tiste činitelje, ki so že v otroški dobi vplivali na oblikovanje te osebnosti. V tem življenjskem obdobju je človek najbolj dostopen vplivom svojega okolja, zato tudi je življenjska okolica otroka odgovorna za njegovo duševno zdravje ne samo v otroških letih, temveč tudi v odrasli dobi.

In še iz enega razloga je medicinska psihologija težišče svoje dejavnosti osredotočila na otroško dobo. Praktične izkušnje nas uče, da je motnjo v osebnosti odraslega človeka tem težje odstraniti, v čim bolj zgodnji razvojni dobi se je pojavila, čim globlje je zajela strukturo osebnosti in čim dlje traja. Mnogih nevrotičnih motenj, psihopatičnih potez v značaju, zlasti pa psihotičnih pojavov v odrasli dobi ne moremo več popraviti. Zato nas je praksa primorala, da se pozanimamo za vprašanje, ali se motnje duševnega zdravja dajo na kak način preprečiti. Če imamo pred očmi dejstvo, da lahko vsako, količjakaj resnejšo težavo posameznika, da bi se na realen in konstruktiven način prilagodil nalogam življenja v skupnosti, spremljamo vse do zgodnje otroške dobe, tedaj nam bo jasno, da moramo motnje duševnega zdravja preprečevati že v otroški dobi. To je naloga psihohigijene.

Ona raziskuje vse tiste činitelje, ki vplivajo na oblikovanje otroške osebnosti, bodisi v pozitivnem ali negativnem smislu. Ko je spoznala te vplive, si psihohigijena prizadeva, da od njih odstrani ali vsaj ublaži negativne vplive, obenem pa čimbolj izkoristi in okrepi pozitivne vplive. Kadar otrok dorašča v psihološko in socialno bolj zdravem in bolj urejenem življenjskem okolju, tedaj lahko pričakujemo, da bo njegov duševni razvoj krenil po več ali manj pravilni poti. Tako lahko preprečimo odstopanje psihičnega razvoja od norme. Toda psihohigijena se ne peča samo s preventivnim delom v ožjem smislu te besede. Njena naloga je tudi preventivna terapija. To se pravi, da si psihohigijena prizadeva čimprej odkriti prve začetne in še neznatne odklone od psihičnega zdravja v otroški dobi. Takšne sorazmerno majhne motnje osebnosti zdravimo, obenem pa na ta način odstranjujemo že nastale psihične motnje in preprečujemo globlje okvare duševnega zdravja.

Vse to so razlogi, da se danes posveča zdravljenju psihičnih motenj pri otrocih čedalje več pažnje. Psihijatrija kot povsem terapevtična stroka, je v okviru svojega delovnega področja razvila posebno stroko — otroško psihijatrijo. Psihohigijena, kot preventivna dejavnost, pa se prav tako peča največ s psihičnimi problemi otroške dobe. V mnogih deželah delujejo ustanove, ki so specializirane za zdravljenje motenj duševnega zdravja v otroški dobi. Te ustanove imajo različna imena, kot: Medikopsihološki center, Mediko-pedagoška posvetovalnica, Klinika za prevzgojo otrok itd. Delo v njih je različno organizirano, pač po delovnem področju, po kvalifikaciji osebja in po specifičnih krajevnih problemih. Kakega enotnega tipa teh ustanov ni, celo v isti državi ne. Tudi pri nas imamo že nekaj ustanov, ki se pečajo s problemom zaščite duševnega zdravja naših otrok. Tako deluje na tem področju Dispanzer za psihohigijeno v Zagrebu, najstarejša ustanova te vrste v naši državi, potem Medicinskopsihološka posvetovalnica v Beogradu, Posvetovalnica za vzgojo otrok in mladine v Zagrebu in Ljubljani, Mediko-pedagoška posvetovalnica v Mariboru in Celju in druge. Zadnji čas število podobnih ustanov vedno bolj raste. Tako je Zveza društev »Naša djeca« (Zveza prijateljev mladine) pred kratkim v Zagrebu odprla Posvetovalnico za vzgojo otrok v družini.

Danes je postalo že pravilo, da se s psihičnimi motnjami v otroški dobi ne peča samo ena profesija, temveč vedno skupina različnih strokovnjakov, ki posamezne probleme rešujejo skupno, medtem ko jih motrijo vsak s svojega stališča. V zamejstvu najčesteje naletimo na ekipo, ki sestoji iz zdravnika, psihologa in socialnega delavca. Ekipo vodi po navadi zdravnik, okrog jedra, ki ga tvorijo ti trije člani, pa se po večjih ustanovah zbirajo tudi drugi strokovnjaki, kot pedagog, defektolog, logoped, pravnik i. dr. Vendar je praksa pokazala, da niti eden od teh strokovnjakov po svoji poklicni kvalifikaciji ni dovolj usposobljen za delo v nekem centru za zdravljenje psihičnih težav pri otrocih. Vsi si morajo pridobiti še specialno izobrazbo. Tako se mora zdravnik specializirati v otroški psihiatriji oziroma psihoterapiji, psiholog se mora seznaniti z medicinsko psihologijo, pedagog mora biti večš psihoterapije itd. Da bi si vsi člani ekipe pridobili dovolj izkušenj in strokovnega znanja, se od njih zahteva, da po zaključku svojega rednega študija prakticirajo vsaj še dve leti v kaki večji in dobro organizirani ustanovi, ki se peča z zaščito duševnega zdravja otrok.

V ustanovo pridejo otroci z najrazličnejšimi duševnimi motnjami. Tu se dobe mali pacienti z nevrotičnimi motnjami, kot so jecljanje, močenje v posteljo, strah pred nočjo itd. Zatem pridejo razne motnje v vedenju, kot na primer agresivnost, plašljivost, kljubovalnost, lenoba ipd. Semkaj pridejo tudi otroci, ki v šoli ne napredujejo, potem otroci, ki se potepajo in kradejo ali kažejo kakršne koli znake nevrotične osebnosti in psihopatičnega značaja. Posvetovalnica redno sodeluje z vsemi ustanovami, ki so kakorkoli zadolžene s skrbjo za otroke, torej s šolami, dečjimi domovi, vzgojnimi zavodi, otroškimi in šolskimi dispanzerji, s sodiščem za mladoletne ter ustanovami za socialno zaščito otrok in mladine. Vse te ustanove napotijo posamezne primere v posvetovalnico, mnogo otrok pa privedejo tudi starši sami.

Pa si oglejmo nekoliko, kako se v posvetovalnici lotevajo reševanja posameznih problemov! Za razliko od drugih ustanov, ki zdravijo razne bolezni, mediko-psihološka posvetovalnica ne smatra za pacienta samo enega človeka, t. j. pripeljanega otroka. Enako, dostikrat pa še bolj je bolna njegova okolica. To se pravi, če hočemo otroku pomagati, moramo spremeniti ravnanje in vedenje onih ljudi, ki živijo z otrokom v stalnem stiku in vplivajo na oblikovanje njegove osebnosti. To so predvsem starši, nato stara mati, bratje in drugi člani družine, potem učitelji, otrokovi tovariši v igri in v šoli itd. Otrok namreč se ne vede na neki določeni način sam od sebe ali iz nekakšne svojeglavosti, temveč je njegovo vedenje vedno osebni način, s katerim reagira na ravnanje okolice. Torej je vsaka motnja v otrokovem vedenju, ki se v nji kaže neka okvara njegovega duševnega zdravja, dejansko posledica nekega nesoglasja ali celo spora in medsebojnega nerazumevanja med otrokom in njegovo okolico. Zato moramo pri zdravljenju otroških psihičnih motenj obenem vplivati na otroka, da spremeni svoj odnos do svojih vzgojiteljev in drugih, kakor tudi na to okolico, da spremeni svoje ravnanje z otrokom. To je razlog, da mora posvetovalnica priti v stik s čim večjim številom ljudi iz okolice malega pacienta. Delati mora vzporedno z njimi vsemi v smislu posvetovanja, kako bi otroku dali psihološko čimbolj zdravo okolje. Čimbolj vsestransko zajamemo otrokovo okolico, tem večjega uspeha se lahko nadejamo.

Kakor pri vsakem medicinskem delu z bolnikom, tako se tudi tu deli delo v dve fazi: v diagnostiko in v terapijo. Docela razumljivo je, da se ne moremo lotiti zdravljenja, dokler ne spoznamo bolezni. To se v našem primeru pravi

spoznati otrokovo življenjsko okolje, tako sedanje kakor tudi ono v dobi njegovega razvoja. To hkrati pomeni tudi spoznati vse motive otrokovega vedenja, njegov smisel in vzroke. To pa ni vselej lahka in tudi ne kratkotrajna naloga. Diagnostično delo se po navadi porazdeli med člane ekipe takole: socialni delavec najprej razišče življenjsko okolje malega pacienta. Tu se zanimamo za družinsko okolje, za strukturo tiste družine in za odnose v njej. Nato za vse vzgojne vplive, bodisi doma ali v šoli, dnevnem zavetišču, otroškem domu in drugod. Nadalje nas bodo zanimale socialne in ekonomske razmere, v katerih živi otrok. Končno bomo proučili tudi izkušnje, ki jih ima otrok v zvezi s spolnim vprašanjem in o medsebojnem odnosu ljudi različnega spola. Po tej t. i. družinski in socialni anamnezi prevzame pacienta po navadi zdravnik, ki med pregledom otroka izpopolni anamnezo z medicinskimi oziroma psihiatričnimi podatki. Zatem naredi psiholog z otrokom razne specialne psihološke preizkuse s pomočjo testov. Če ima ekipa še druge strokovnjake, lahko pri diagnostičnem delu sodelujejo tudi ti. Ko je to delo končano, se ekipa sestane, da razpravlja o primeru in si po vzporeditvi vseh dobljenih podatkov in izvidov ustvari skupno sodbo o značaju primera in o tem, kaj je treba z njim napraviti. Vsepovsod v svetu so mnenja, da niti en strokovnjak ne more sam dobiti popolnega vpogleda v motnjo otrokove osebnosti. Zato se vedno zahteva sodelovanje omenjenih profesij, da bi se vsak ugotovitev lahko vzporedil z drugimi in bi se šele potem določil njegov pravi pomen.

Ko ekipa dobi vpogled v značaj psihičnih motenj, zaradi katerih je otrok prišel v posvetovalnico, se lotijo zdravljenja teh motenj. Poudarili smo že, da ni dovolj zdraviti samo otroka, temveč da se moramo hkrati in v enaki meri, včasih še celo bolj pozanimati za otrokovo okolico, t. j. za njegove vzgojitelje. Zato ne prevzame zdravljenja samo eden, ampak več članov posvetovalnične ekipe. Eden dela z otrokom, drugi z njegovimi starši, tretji z učitelji itd. Kateri član ekipe bo prevzel določeno nalogo, je odvisno od vrste psihičnih motenj pri otroku in od problemov, s katerimi se tu srečamo. Zato bo zdravljenje otroka v tem primeru prevzel zdravnik, v drugem pedagog, v tretjem pa logoped.

Zdaj pa nastane vprašanje, v čem pravzaprav obstoji psihično zdravljenje otroka. Tudi to je odvisno od vrste motenj pa tudi od otrokove starosti. Pri predšolskih otrocih na primer izvajamo t. i. terapijo z igro. Načelo te metode je, da otroku damo priliko, da s pomočjo raznih tipičnih igrač izrazi svoje negativne emocije in agresivne odnose nasproti svoji okolici. Ko se otrok v igri sprosti notranje napetosti, ko se umiri, tedaj laže sprejme naše pozitivne sugestije, prav tako pa v pozitivnem smislu spremenjeno ravnanje svojih vzgojiteljev. Pri starejšem otroku lahko uporabimo razne metode neposredne psihoterapije. Tedaj si bomo s pomočjo slikanic, pravljič, risb, filmov in podobnih sredstev najprej pridobili otrokovo zaupanje in dosegli dober emocionalni odnos. Zatem bomo z njim postopoma razčlenili njegove življenjske okoliščine. Pri tem bomo otroku previdno in kar se da obzirno obrazložili posamezna ravnanja okolice, prav tako pa tudi otrokove reakcije nanje. Tako otroka spodbujamo in ga navajamo k samospoznanju, usposabljam ga za spoznavanje svojih lastnih motivov, prav tako pa tudi ravnanja drugih. V obliki prostih razgovorov in diskusij navajamo otroka k bolj stvarnemu, koristnemu in konstruktivnemu odnosu do svoje okolice in k večji kritičnosti do lastnega vedenja. Razen tega lahko uporabimo še druge psihoterapevtične metode, kot analizo sanj, analizo risb, analizo vedenja posameznih junakov

iz kakih povesti in podobno. Pri nekaterih otroških nevrozah si moramo pomagati tudi s kakšnimi posebnimi terapevtičnimi metodami, kot n. pr. z logopedskimi vajami pri jecljanju, z vajo v kontroli svojega sečnega mehurja pri močenju v posteljo itd.

Vzporedno z zdravljenjem otroka imamo posvetovanja z njegovimi starši, učitelji in drugimi vzgojitelji. V vrsti razgovorov jih seznamimo z motivi otrokovega vedenja in z vzroki njegovih psihičnih motenj. Nato jim svetujemo, kako naj spremenijo in popravijo svoje ravnanje z otrokom, da bi se iznebil svojih duševnih težav, da bi se bolje znašel v svoji okolici in se uspešneje prilagodil svojim življenjskim nalogam.

Motnje psihičnega ravnotežja v otroški dobi lahko preprečimo, če poskrbimo, da bodo vplivi okolice na razvoj otrokove duševnosti čimbolj pozitivni. Za te vplive si moramo prizadevati v družini, v šoli oziroma v družinski in šolski vzgoji in v širši družbeni javnosti. Pozitivni bodo in koristni, če v otroku razvijajo samostojnost, občutek gotovosti, samozaupanje in življenjski optimizem, vzporedno s tem pa v njem gradijo čut za skupnost, socialni interes oziroma sposobnost za konstruktivno sodelovanje v človeški družbi. Hkrati si moramo prizadevati, da po možnosti odstranimo ali vsaj ublažimo tiste vplive, ki neugodno delujejo na razvoj otrokove osebnosti. To so pa vse tiste življenjske izkušnje, ki otroku jemljejo pogum, ga navdajajo z negotovostjo in bojaznijo pred življenjsko stvarnostjo, obenem pa ga delajo patološko egocentričnega, asocialnega in nesposobnega za koristen doprinos skupnosti.

Dosegli bomo, da bo otrokovo okolje bolj zdravo, če bomo z načeli psihohigiene seznanili vse tiste ljudi, ki vplivajo na otrokov duševni razvoj. To so predvsem starši in učitelji pa strokovni vzgojitelji, zdravniki, medicinske sestre, otroške negovalke, socialni delavci in drugi. Vse te je v obliki seminarjev in po metodi skupinske diskusije poučiti o tem, kako moramo ravnati z otroki in kakšno emocionalno okolje jim moramo ustvariti, da njih duševno zdravje ne bo prizadeto in da bo njihov razvoj šel po pravi poti.

Hišni obisk

P

Ko govorimo o o predvsem zavedati, d kakor tudi po obliki : tudi objektivno kori je potrebno, da smo vprašanj in pa njegovih bistvenih elementov. Ravno ta potreba nam daje tudi pobudo, da se bomo kar zapovrstjo vsaj na kratko pomenili o nekaterih najvažnejših točkah.

Omenili smo že pripravo za obisk. Tu imamo v mislih dvoje vrst pripravo: tehnično in moralno.

kulozne borbe

arman

»Mednarodnem tečaju za 6 imela Yvonne Turpin,

niku na domu, se moramo h prilikah tako po vsebini očemo, da bo takšen obisk n smislu pripraviti. Zato mem vsaj glede načelnih

iz kakih povesti in podobno. Pri nekaterih otroških nevrozah si moramo pomagati tudi s kakšnimi posebnimi terapevtičnimi metodami, kot n. pr. z logopedskimi vajami pri jecljanju, z vajo v kontroli svojega sečnega mehurja pri močenju v posteljo itd.

Vzporedno z zdravljenjem učitelji in drugimi vzgojitelji otrokovega vedenja in z njimi, kako naj spremenijo, iznebi svojih duševnih težav, uspešneje prilagodijo svojir

Motnje psihičnega ravnanja bimo, da bodo vplivi okolice. Za te vplive si moramo pri šolski vzgoji in v širši družini razvijajo samostojnost, optimizem, vzporedno s tem pa oziroma sposobnost za ko

si moramo prizadevati, da po možnosti odstranimo ali vsaj ublažimo tiste vplive, ki neugodno delujejo na razvoj otrokove osebnosti. To so pa vse tiste življenjske izkušnje, ki otroku jemljejo pogum, ga navdajajo z negotovostjo in bojznijo pred življenjsko stvarnostjo, obenem pa ga delajo patološko egocentričnega, asocialnega in nesposobnega za koristen doprinos skupnosti.

Dosegli bomo, da bo otrokovo okolje bolj zdravo, če bomo z načeli psihohigiene seznanili vse tiste ljudi, ki vplivajo na otrokov duševni razvoj. To so predvsem starši in učitelji pa strokovni vzgojitelji, zdravniki, medicinske sestre, otroške negovalke, socialni delavci in drugi. Vse te je v obliki seminarjev in po metodi skupinske diskusije poučiti o tem, kako moramo ravnati z otroki in kakšno emocionalno okolje jim moramo ustvariti, da njih duševno zdravje ne bo prizadeto in da bo njihov razvoj šel po pravi poti.

a z njegovimi starši, seznanimo z motivi nj. Nato jim svetujemo z otrokom, da bi se svoji okolici in se

reprečimo, če poskrbimo čimbolj pozitivni. Vse to v družinski in koristni, če v otroku in življenjski optimizem, socialni interes večji družbi. Hkrati

ublažimo tiste vplive,

Hišni obisk v službi protituberkulozne borbe

Priredila med. s. Anica Čarman

Po referatu, ki ga je na »Mednarodnem tečaju za tuberkulozo« v Istanbulu l. 1956 imela Yvonne Turpin, glavna med. sestra Francije.

Ko govorimo o obisku medicinske sestre pri bolniku na domu, se moramo predvsem zavedati, da je njeno posredovanje ob takih prilikah tako po vsebini kakor tudi po obliki in obsegu zelo raznovrstno. Če hočemo, da bo takšen obisk tudi objektivno koristen, se moramo zanj v nekem smislu pripraviti. Zato je potrebno, da smo si v zvezi z obiskom na jasnem vsaj glede načelnih vprašanj in pa njegovih bistvenih elementov. Ravno ta potreba nam daje tudi pobudo, da se bomo kar zapovrstjo vsaj na kratko pomenili o nekaterih najvažnejših točkah.

Omenili smo že pripravo za obisk. Tu imamo v mislih dvojje vrst pripravo: tehnično in moralno.

TEHNIČNA PRIPRAVA

S to pripravo je zajeto predhodno zbiranje osnovnih podatkov.

Proučiti moramo okoliš po njegovi strukturi, in to z različnih vidikov. Tako n. pr. je okoliš treba proučevati glede na njegovo družbeno-gospodarsko strukturo. Seveda je za to potrebno, da v tem okolišu živimo, saj ga včasih lahko na ta način tudi že nekoliko preoblikujemo. Vsekakor pa se moramo dela lotiti z ljubeznijo, saj se še tako utegne zgoditi, da posamezne stvari presojamo preveč po svoje. Medicinska sestra si mora med ljudmi pridobiti zaupanje in ga ozariti z nadihom resničnega prijateljstva. V ta namen pa se mora pozanimati, kako se preživljajo posamezne družine in v kakšnih razmerah živijo (preobljudenost, nezdrava stanovanja). Proučiti mora tudi morebitne prejšnje ankete in socialne statistike za to področje.

Pri proučevanju okoliša v zdravstvenem pogledu in ko bo ugotavljala frekvenco tuberkuloze na tem področju, bo medicinska sestra poizvedela najprej za število registriranih smrtnih primerov tuberkuloze, potem, kakšno je razmerje med umrljivostjo za tuberkulozo in splošno umrljivostjo (n. pr. v razdobju 5—10 let), dalje število tuberkuloznih obolenj, ki jih je v okraju preteklo leto ugotovil dispanzer (pri čemer ne smemo pozabiti, da je število dejanskih primerov višje), in končno, kaj je vzrok, da je umrljivost v nekaterih predelih okraja večja, oziroma kateri poklici so za to bolezen dovzetnejši in kateri živelj prevladuje: kmetijski, delavski ali nameščenski (raziskati je treba vzroke).

Tudi ko proučujemo okoliš s psihološkega vidika, je važnih več stvari.

Predvsem se zavedajmo, da tuberkuloza v svojem razvoju bolniku močno spremeni duševnost in čustveno razpoloženje. Tuberkulozni prestaja, ne da bi se tega vselej zavedal, neko moralno krizo, v kateri pozabi na nekatere prirojene vrednote.

Večkrat postane brezbrizen do okolice, ki ga obdaja, in ta brezbržnost ga včasih naredi sebičnega. To je trenutni odpor posameznika — reakcija obrambe. To dokazuje, da tuberkulozni občuti potrebo, da se zavaruje, da ostane sam s svojo boleznijo, da misli nase, in to včasih celo zelo dolgo.

Poznala sem mlada zakonca. Mož, ugleden zdravnik in skrben oče, je obolel za tuberkulozo. Čeprav po poklicu zdravnik, se nekaj let ni prav nič zanimal za svoj dom. Ko je ozdravel, pa je svoj dom zopet našel in bil vse do smrti — na žalost prezgodnje smrti — ljubeč oče in vzoren soprog.

Za tuberkuloznega bolnika je dostikrat značilen beg pred disciplino. Nič kolikokrat jim je treba dopovedovati, da je njih bolezen sicer res prenosljiva, vendar pa tudi ozdravljiva. Poleg prirodnega zdravljenja (čist zrak, počitek, prehrana) nam dandanes nudi medicina še razna druga sredstva.

Čas kužnosti in izolacija se da močno skrajšati. To je nadaljnji vzrok, da pacientom čimprej dopoveš, kako nujno je, da se podredijo disciplini in vsa naša priporočila čimbolj upoštevajo.

Naloga medicinske sestre je, da ugotovi, kdo od bolnikovih bližnjih — oče, mati, otrok, prijatelj — je zanj najvplivnejši. Tega naj potem sestra pridobi za sodelovanje pri posredovanju zdravstvene in socialne pomoči bolniku.

To je končno smisel socialnega kontakta, ki ga dosežemo z razgovori, intervjuji itd. v neposredni bolnikovi okolici.

Dobro poznavanje zdravstvenih in socialnih ekip (služb) po okrajih oziroma okrožjih in deželi (pri nas: v občini, okraju, republiki) je drugi del tehnične priprave, ki medicinsko sestro podpira pri njenem delu.

Četudi imamo popolno kartoteko z naslovi, telefon, imena odgovornih činiteljev, se s tem še ne smemo zadovoljiti. Prizadevati si moramo, da bo naše znanje tudi življenjsko. Gledati moramo, da bomo v osebnih stikih z vsakim izmed organov, s katerimi je treba sodelovati, ne da bi pozabili na kake odločilne osebnosti in predstavnike ustanov.

Na zdravstvenem področju je nujno potrebno, da temeljito poznamo dispanzerje, bolnične centre, sanatorije, preventorije, okrevališča, rehabilitacijske zavode, ustanove za duševno higieno, protialkoholne dispanzerje, potem jasli, dečje domove, otroška okrevališča.

Na socialnem področju se moramo seznaniti z delovnim področjem raznih ustanov, od katerih pričakujemo sodelovanja. To so uradi za socialno varstvo in razne socialne institucije: otroški domovi, počitniška letovanja, rejniške družine, domovi za stare in onemogle, gospodinjski servisi, vzgojni in šolski centri, centri za prevzgojo, zavodi za poklicno preusmeritev, posredovalnice za delo itd.

Poznati moramo vlogo občin in delavskih ustanov. Vedeti moramo končno tudi za imena odgovornih v posameznih službah in zavodih.

MORALNA PRIPRAVA NA HIŠNI OBISK

Kot smo že omenili, je za obisk na domu poleg tehnične potrebna tudi moralna priprava. Pri tej pa je osnovnega pomena naš pravilen notranji odnos do naše naloge.

To, kar družina od nas pričakuje, je občutek varnosti, ki zagotavlja zopet mir in zaupanje ter na novo pritegne k delovanju ono neizmerno, neprecenljivo človeško moč, to je resnično moralo. Ta občutek namreč veliko pripomore do ozdravljenja (Dr. Berthet),

Občutek varnosti, ki ga mora navdihniti medicinska sestra, je rezultanta njene osebnosti. Ta pa je odvisna od njene razumnosti, srca, disciplinirane občutljivosti in razsodnosti.

Ne pozabimo nikdar, da moramo družini, ki jo obiščemo — biti naklonjeni, biti do nje obzirni in jo spoštovati!

Kar bolnik od nas pričakuje, pa je čimbolj dovršeno znanje in izvrševanje našega poklica.

Naše vsakdanje naloge moramo izpolnjevati vestno in redno. Tudi to je del temeljitega proučevanja. Vedno moramo gledati bolnika v njegovem socialnem, poklicnem in družinskem življenju in glavno, kar nas je pripeljalo v družino, je iskrena želja, da bo ta družina po našem odhodu srečnejša, kot je bila prej.

Če se ne držimo teh bistvenih pravil, naše delo ni več socialno in človekoljubno.

Naj sledi nekaj praktičnih nasvetov.

Zapomnimo si, da je za uspešno posredovanje treba upoštevati dvoje:

Nikdar ne obiskujemo družine, če ne vemo, čemu. Imejmo za obisk kar se le da utemeljen vzrok.

Vzbujajmo optimizem! Toda kako? Bodimo veselo razpoložene, da bi prenesle naše razpoloženje tudi na bolnika, in pokažimo pri vsakem obisku, v še tako težki situaciji čimveč dobre volje.

Razgovarjajmo se z družino o stvareh, ki jih ima, tudi takrat, kadar govori le o tem, česar nima. Z zadoščenjem bomo opazili, kako popušča trpek izraz obličja in se v družino vrača vedro razpoloženje.

Bodimo optimisti v vsem, tudi v podrobnostih!

Da si pridobimo zaupanje za težave družine, se moramo zanimati za usodo vsakega posameznika.

Bodimo si vselej do kraja na jasnem tudi o našem trenutnem delu.

Vse razpravljanje moramo prilagoditi posebnostim posameznika.

Znati moramo opazovati, molčati, nato pa na obziren način ponuditi pomoč bolniku ali njegovi družini, kadar je to potrebno.

Končno si zapomnimo:

Če smo pri nekom vzbudili zaupanje, se to pravi, da smo mu vrnili zaupanje v samega sebe.

Obrazložimo družini tudi vzrok našega obiska: Povejmo jim, kdo smo, kdo nas pošilja in zakaj smo prišli. Oprostimo se jim, ker jih motimo in zadržujemo, zlasti če so poizvedbe številne. Če jih vprašamo za družinske dokumente, ravnajmo z njimi spoštljivo.

Spoštujemo družinsko življenje in družinsko zaupnost.

Nikoli nikar ne pokažimo, da se nam mudi ali da nas kaka stvar preveč zanima.

Skušajmo ustvariti vtis, da je obravnavani primer res svojevrsten, oseben in torej uradno anonimen.

Vedeti moramo, da nam bo družina zaupala le, kolikor bo sama hotela, in končno, da bo o svojih stvareh odločala ona sama.

Zaupanih tajnosti, ki smo zanje izvedeli, se ne dotikajmo in nikoli ne začnimo govoriti o njih sami.

Zapomnimo si tudi, da je zaupanje — delo vzgoje — dosegljivo edinole ob popolni svobodi posameznika.

Šele ob upoštevanju takih in podobnih načel medicinska sestra lahko začne z delom po domovih.

VZROKI ZA INTERVENCIJO V DRUŽINI

Rekli smo že, da morajo medicinsko sestro pri opravljanju obiskov po domovih voditi res utemeljeni vzroki, zaradi katerih se odloči za morebitno intervencijo v družini. Taki vzroki so:

Napredovali, srednji in začetni primeri tuberkuloze.

Dvomljivi primeri, ko nekdo kaže znake, podobne tuberkuloznim, a diagnoza še ni zanesljivo določena.

Sumljivi primeri, ko je nekdo bil v dotiku s tuberkuloznim. Tu pridejo v poštev predvsem otroci.

Iskanje izvora okužbe (vzgojitelj, stari oče, dobavitelj ali včasih celo umrli itd.).

Nadzorstvo nad bolnikom, ki čaka na hospitalizacijo.

Nadzorstvo nad poklicno preusmeritvijo itd.

Postopek pri obisku

Kako naj medicinska sestra ravna pri popisu osebe?

V mnogih deželah, posebno pa v Franciji, izvršuje medicinska sestra hišne obiske ne glede na socialni položaj obolelega: svoje nasvete in svojo pomoč s taktom nudi enim in drugim.

V splošnem je povsod dobro sprejeta in njen obisk je pogosto prav zaželen.

Pri prvih obiskih se medicinska sestra ne sme dati zavesti svoji trenutni vnemi.

Če družino že pri prvih obiskih zasuje z vsemi priporočili in nasveti hkrati, bo vse skupaj brez koristi, kakor če bi otroka hoteli naučiti vso abecedo v enem samem dnevu.

Narava bolezni same je taka, da je kakršno koli prehitovanje odveč.

Treba je postaviti solidne temelje za poznejši pouk. Več je vredno, če se izognemo nerazpoloženju družine, kakor če prehitro ravnamo, ker v tem primeru je nevarnost, da izgubimo vse.

Medicinska sestra se sprva omeji samo na bistvene predpise, ostale nasvete pa prihrani za pozneje, ko bolnik dobro razume osnovna pravila.

Zdaj si prizadeva predvsem, da je bolniku čimbolj udobno in da mu olajša stanje.

Novega bolnika prve tedne pogosto obišče. To pa zato, da čim hitreje vzpostavi dobre vezi in da po malem daje potrebne nasvete.

Nato začne s podrobno profilakso: z izolacijo bolnika, z discipliniranjem ter navajanjem bolnika k počitku, sprehodom itd., zvesto sledeč zdravniškim navodilom.

Za to seveda mora imeti veliko potrpljenja, da nauči bolnika, kako naj usmeri svoje življenje in da pri tem vendarle ohrani še dokaj energije.

Medicinska sestra mora doseči, da sodeluje pri njeni nalogi tudi družina.

Paziti pa mora na nevarnost, da bolniku po fizičnem ozdravljenju ne upade morala.

Kako usmeriti morebitno intervencijo?

Tu se bomo zadržali samo pri nekaterih bistvenih točkah.

a) Iskanje izvora okužbe.

Vseh družin, ki spadajo v njeno področje, najbrž ne bo zmogla zajeti v svoje nadzorstvo. Brez dvoma bo prvi obisk vselej koristen, nujen pa tam, kjer so okužbi bili izpostavljeni otroci.

Spominjam se primera, ki očitno dokazuje uspehe zdravstveno socialnega dela v družini, obenem pa povezanost z disperzerjem, s preventivnimi in zdravstvenimi ustanovami:

Pri g. N... je 2 meseca stanoval 44-letni brat njenega moža, marca 1953 so pri njem odkrili odprto pljučno tuberkulozo in ga poslali v zdravilišče. Še preden so pri njem ugotovili tuberkulozno obolenje, je okužil petero njenih otrok. Helena, stara 18 let, strojepiska, se je morala podvreči zdravljenju z umetnim pnevmotorakom in je sedaj v nekem višinskem zdravilišču. Pacientka se ne more okoristiti z dajatvami »dolge bolezni«, ker je bila premalo časa zaposlena.

Jože, star 14 let, je po enomesečnem zdravljenju v bolnišnici odšel za 3 mesece v otroško okrevališče.

Dorica, stara 10 let, je bila 3 mesece v preventoriju.

Tudi Julija in Pavla (v starosti 11 in 5 let) sta obe v preventoriju.

Trije otroci torej so že več mesecev zdoma. Stroške za njih vzdrževanje krijejo deloma karitativne ustanove.

G. N... je sicer poravnala del stroškov, toda še vedno ima 34 380 frankov dolga za zdravljenje otrok v bolnici in po sanatorijih.

Mnenja smo, da bi izredna podpora tej družini, ki jo tako težko preizkuša bolezen, zaslužila čim toplejše priporočilo, zlasti ker so otroci zelo dobro vzgojeni in oskrbovani.

Starši so lastniki skromne, a snažno vzdrževane enonadstropne hišice.

b) Bolnik čaka na hospitalizacijo

Medicinsko sestro obvestijo o novem bolniku, ki stanuje v strnjem naselju — v velikih blokih.

V bolnici ni razpoložljivih postelj, bolnik mora čakati, da pride na vrsto. Vsekakor pa je glede na svoje stanje nujno potreben čimprejšnjega intenzivnega zdravljenja.

V takih okoliščinah mora pa zdravnik odločiti, do kod segajo dolžnosti medicinske sestre, ker gre za zaščito kolektivnega zdravja. Vse dokler je bolnik doma, bo pretežno breme na medicinski sestri, ker je pacient večidel doma in je tod nevarnost okužitve največja.

Možnost infekcije je več ali manj odvisna seveda od tega, kako dolgo traja ta kontakt. Brez dvoma pa je glavno središče morebitnih okuženj bolnikov dom, kamor mora medicinska sestra osredotočiti ves svoj trud. To je mesto, kjer mora bolnikovo okolico prepričati o potrebi profilaktičnih ukrepov, ji iskreno predložiti njih daljnosežnost ter jo opozoriti na dolžnost, da se po njih ravna prav vsi.

V takem primeru seveda mora biti enotno in skladno tudi prizadevanje vseh članov ekipe — zdravnikov, bolničark in medicinskih sester, da se na eni strani zadovoljijo bolnikove potrebe, na drugi strani pa se kljub njegovemu bivanju in zdravljenju doma prepreči okuženje družine.

Gledati pa moramo, da poiščemo in izkoristimo vse možnosti, ki nam jih s svojo pomočjo lahko nudijo razne javne in privatne ustanove.

c) Priprava bolnika na odhod v zdravilišče

Minili so časi, ko je medicinska sestra morala ure in ure dolgo prepričevati bolnika o nujnosti zdravljenja v zdravilišču.

Mnogo je k zadevnemu napredku pripomogla splošna vzgoja.

Pojasnit bolniku, zakaj mora iti v zdravilišče, je manj važno kakor prikazati mu, kako mora iti tja.

Vsekakor mora biti pomirjen glede stvari, ki se tičejo družine. Sama obljuba, da bo ta ali ona socialna ustanova uredila vse potrebno, še ni dovolj.

Tudi oprema, ki jo vzame s seboj, mora ustrezati zahtevam ustanove, kamor se odpravlja, saj nihče ni rad na slabšem od drugih.

Čeprav so to majhne stvari, pa vendar tuberkuloznim v zdravilišču osrečujejo življenje.

Medicinska sestra opiše bolniku življenje v zdravilišču takšno, kakršno bo. Vedeti mu da, da ne gre v zdravilišče samo zato, da bo tam ozdravel, temveč da se bo naučil zdraviti sam sebe.

Zaželeno bi bilo, da bi medicinska sestra od časa do časa obiskala bolnike svojega okoliša tudi v bolnici ali zdravilišču: s tem bi bila vzpostavljena še ena vez med bolnikom, družino in sanatorijsko medicinsko sestro.

Ne pozabimo, da je nekatere bolnike zaradi poslabšanja bolezni treba včasih ponovno hospitalizirati.

Preiščimo tak primer vselej na novo!

Pacient, hranilec družine, star 36 let mora zopet v zdravilišče, ker se mu je bolezen po zadnji 6-mesečni zaposlitvi spet ponovila.

Žena je zdrava, redoljubna, dobra gospodinja.

Otroci so bili vsi testirani in pod strogim nadzorstvom.

Vendar je mali sinček Gvido januarja 1953 moral v bolnico, pozneje pa še v zdravilišče. Mati bi rada obdržala 3 otroke doma, skrbeli pa so jo izdatki za kurjavo. Pritlično stanovanje na dvorišču je bilo mrzlo in vlažno, vendar prezračeno. Potrebovali bi kurjavo, da bi stanovanje bilo primerno. Vkljub žalosti zaradi ponovne ločitve od moža ni ga. S. pokazala nobene bojzani in je moža celo hrabrila, da je še enkrat odšel v zdravilišče.

č) Nadzorstvo nad bolnikom, ki je prišel iz zdravilišča

Prehod od prisilnega brezdelja v zdravilišču k ponovni zaposlitvi je poln nevarnosti, ker bolnik tudi postopoma le težko zopet prične z delom. Edinole zdravnik lahko določi, kolikšen fizični napor je za rekonvalescenta dopusten, kljub temu pa dostikrat kaj težko doseže ureditev primerne delovne kure (postsanatorijska pomoč ipd.).

Dejavnost medicinske sestre ob njenem obisku bo zelo važna: uredila bo, kolikor bo v njeni moči, z delodajalcem pogoje polne ali delne zaposlitve ob ustreznih denarnih odbitkih (pogoji v Franciji).

Ublažila bo sunke, do katerih pogosto pride po bolnikovi vrnitvi domov, bodisi ker se bolnik ne čuti več neogibno potrebnega ali pa ga zahteve svojcev zavoljo pretežkega bremena stro.

Treba je nežne in odločne prepričevalne avtoritete, da pouči ženo, ko se povrne v družinsko življenje, ki je bilo dolgo časa zanemarjeno, da mora varčevati s svojimi močmi: kajti kljub ozdravljenju se te vračajo le polagoma.

Medicinska sestra nadalje opozarja, kako zelo je treba paziti na ponovne, tudi najneznatnejše pojave starih simptomov.

Vrnitev v normalno življenje ima po navadi za posledico malenkostno izgubo teže, ki jo je treba kontrolirati in tudi javiti.

d) Ob smrti ali preselitvi bolnika z odrto tuberkulozo

Medicinska sestra mora polna spoštovanja razumeti bolečino družine, ko se loteva naloge, da poskrbi za asanacijo prostorov, v katerih je bival bolnik z odrto tuberkulozo.

Brez občinske ali javne razkuževalnice je razkuževanje predmetov, ki se ne dajo umiti ali prekuhati, kaj težavna stvar.

Medicinska sestra mora zato poiskati vsa razpoložljiva sredstva, da kje morda v dar dobi — posteljnino in razne druge vsakdanje potrebščine, ki si jih družina s svojimi sredstvi sama ne more nadomestiti. V tem primeru bo apelirala na družino, da se pač omeji samo na najpotrebnejše.

POROČILA O OBISKIH

Medicinska sestra mora imeti vedno v redu evidenčni in dokumentarni material: seznam varovancev, osebno kartoteko ter zdravstvene in socialne mape.

Poleg izsledkov, ki jih je mogoče kontrolirati (rednost obiskov, zaprosena in dobljena pomoč, namestitve itd.), je v njenem delovnem področju še nič koliko opravil, ki jih ni mogoče zajeti in oceniti časovno. Poudarili smo že, kako zamudno je njeno delo, koliko vzgajanja in prepričevanja je treba, da bolnika in njegovo okolico pridobi za sodelovanje.

Ko vodi socialne mape, ima tudi možnost, da se neprestano spopolnjuje v vzgojnem delu.

V zvezi s službo pa mora o svojem delovanju periodično predlagati poročila, ki morajo s svojimi ugotovitvami in mnenji biti službi in njej koristna osnova za nadaljnje delo. Zato jih sestavlja kar se da pazljivo, jasno, nepristransko in preudarno.

Ne boji se izraziti svojega osebnega mnenja in predočiti morebitne ovire pri delu.

Zaveda se, da bodo njena poročila v službi čitali in o njih razmišljali. V posebnih okoliščinah utegnejo služiti za osnovo dela na sestankih, kjer jih bodo ocenjevali v zvezi s celoto problemov in razpravljali o utemeljenosti sporočenih opažanj.

Poročila in mape mora voditi tako, da se v primeru njene tudi daljše odsotnosti nemoteno lahko nadaljuje začeto delo, in to brez škode za katero koli družino in brez težav za kolegico, ki delo prevzame za njo.

DELO V EKIPI

»Ekipa«, je rekel Lyautey, — »je res družina skupne dejavnosti, povezane med seboj s potrpljenjem in ljubeznijo.«

Ekipa bo v delovanju takšna, kakršno bomo osnovali: imela bo svojo moč, svojo disciplino, svojo organizacijo, svojo požrtvovalnost, svoj pogum in svoje mišljenje.

Borba proti tuberkulozi ima preveč važno nalogo, da bi si mogli misliti njeno delo uspešno brez dobre ekipe.

Vse to požrtvovalno delo mora biti pravilno razdeljeno po strokah in sposobnostih posameznikov.

Temeljnega pomena za vrednost ekipe pa je, da ima sposobnega šefa, ki ume voditi in zagotoviti povezavo z organi oblasti in socialnimi ustanovami. Člani ekipe seveda si morajo prizadevati, da zaupano jim nalogo po njegovih navodilih izvršijo do konca.

V dispanzerju, ki naj bo po svoji vlogi ustanova z dobro urejenim skupinskim delom, mora vse strokovno, tehnično in netehnično osebje biti med seboj skladno povezano (tako n. pr. zdravnik ftiziolog, šef dispanzerja in pomožni zdravniki, medicinske sestre, specializirane in sektorske, zatem bolničarke, tajnik, administratorji, inšpektor za delo, poklicni svetovalec itd.).

Ekipa torej združuje moške in ženske različnih poklicev, katerih sleherni mora vršiti svojo določeno nalogo v okviru celote pod vodstvom zdravnika.

Tu gre za enotnost različnih dejavnosti, kot so odkrivanje in nadziranje tuberkuloznih bolnikov, izvajanje profilaktičnih ukrepov in izvrševanje tehnične službe.

Za uresničenje dela v zdravstveno socialni ekipi

Pogojev za uspešno delo zdravstveno-socialne ekipe je več. Predvsem je za začetek potreben res točen načrt, nato pa na bolezen organiziran protinapad. Dalje mora ekipo družiti navdušena volja za skupno dejavnost in pa osnova skupnih načel.

Razen tega se moramo zavedati, da je odgovornost, ki jo prevzame en član ekipe, skupna odgovornost vseh.

Ali razumemo, koliko moči in zadovoljstva daje človeku takšno skupinsko delo?

»Zdravstveno-socialna ekipa vodi k medicini, polni človekoljubja, k medicini, ki hoče ščititi posameznika v družini, ki varuje predvsem mladino, ki išče poti, da zagotovi bistvene potrebe, in bo nato lahko določala življenjski minimum, ki je prvi člen socialne pravice.« (Dr. Dolore.)

Vežbanje delovne ekipe

Ali je katera med nami, ki osamljena na svojem sektorju, v svojem dispanzerju oziroma zdravilišču ni bila tu pa tam kdaj malodušna, ki je sama v svoji dejavnosti bila izpostavljena protislovjem in kritiki?

Pri delu v ekipi te neposredne nevarnosti ni. Za delo v ekipi pa je ljudi treba vzgajati.

Zato je naloga šefa zdravnika in glavne medicinske sestre, da drug za drugim obiskujeta člane delovne ekipe, da v njih budita ljubezen do poklica in pa čut odgovornosti na katerem koli mestu; da tesno sodelujeta z vsakim članom ekipe v sporazumu z vodstvom ustanove, ki jo ta član zastopa; da jih združujeta k proučevanju problemov na širšem področju (bodisi da gre za skupino prebivalcev v neki pokrajini ali pa za narodno oziroma mednarodno področje); da jih seznanjata z odkritji, ki so preusmerila tehniko odkrivanja bolezenskih primerov in njihovega zdravljenja; da medicinske sestre poučita o koristi in važnosti, ki jo ima zbiranje nekaterih podatkov, zlasti statističnih, tako da se številke, zabeležene v kateri koli mapi, lahko v danem trenutku takoj ustrezno razporedijo za proučevanje v narodnem ali mednarodnem merilu; in končno, da občasno organizirata sestanke celotnega kolektiva ali ene same strokovne skupine zaradi skupne proučitve posameznih problemov in sugestij glede na mnenja in izkušnje enih oziroma drugih.

Ali ste že imeli kdaj priliko videti na delu ekipo v kakih izredno težkih okoliščinah med vojno ali pri komplikaciji med kirurškim posegom? Ali ste dojeli veličino takega trenutka? Nekaj silnega je zavest, da smo odgovorni za življenje drugih.

In vendar »V žrtvovanju za druge boste obogateli!«

Nikoli ne smemo pozabiti, da je v borbi proti tuberkulozi tistih, ki kličejo, še vedno ogromno število — tiste, katerih čakajo, pa ste ve.

Dieta pri ulkusni bolezni

Bogomil Vargazon

Le prav malo bolezni poznamo, za katere bi razni avtorji v teku zadnjih desetletij priporočali toliko različnih dietnih predpisov, kot so jih priporočali za najpogostnejšo bolezen prebavil — za peptični ulkus. Ta nastane samo v onih prebavnih predelih, kamor sega vpliv želodčnega soka oziroma solne kisline. Važnost te kisline — kot bomo videli še pozneje — bomo morali upoštevati tudi pri prehrani ulkusnih bolnikov, ki imajo visok odstotek hipercidnosti. Čeprav je prisotnost solne kisline važen činitelj pri nastanku razjede, bo pa zaradi obtočnih motenj prišla do izraza le pri že prej okvarjeni sluznici, ki postane bolj sprejemljiva za vpliv solne kisline in pepsina (Bergmanova teorija o nastanku ulkusa zaradi žilnih ali muskularnih nevrogenih spazmov). Zato ga tudi najdemo najčešče na duodenalnem bulbusu, pilorusu in mali krivini želodca, torej v predelih, kjer so nepravilnosti v preskrbi s krvjo najpogostnejše. Ena glavnih značilnosti tega obolenja je izrazita nagnjenost k recidivom, ki se navadno ponavljajo v spomladanskih in jesenskih mesecih. Jakost subjektivnih težav in tudi njih trajanje se neredko stopnjuje iz leta v leto.

Kako naj si razložimo zopetnjo ponovitev ulkusa ter posledičnih bolečin in drugih nevšečnosti tudi pri bolnikih, ki so se strogo držali dietnih predpisov? Številna izkustva iz druge svetovne vojne so pokazala, kako važno je za nastanek in poznejše komplikacije peptičnega ulkusa pri predisponiranih osebah psihično stanje in razni živčni pretresi. Tako so v londonskih bolnišnicah zabeležili najvišje število perforiranih ulkusov od septembra 1940 do maja 1941 — torej v času najhujših nemških zračnih napadov. O podobnih opazovanjih so poročali tudi Nemci, ko so med bombardiranjem najbolj porušeni nemških mest Hamburga, Kölna in Berlina večkrat ugotavljali akutni nastanek peptičnega ulkusa. Te navedbe so važne zaradi tega, da bi pri vsakem ulkusnem bolniku pravilno ocenili važnost telesnega in duševnega miru kot najvažnejših činiteljev pri zdravljenju te bolezni. Pri tem naletimo večkrat na težave, zaradi posebnih karakternih značilnosti ulkusnega bolnika. Ta je že po svoji naravi bolj nemiren, neuravnovešen, preobčutljiv in živi v stalni notranji napetosti. Ti ljudje so sicer zelo delavni, ambiciozni, vedno se jim mudi in tudi pri jedi si ne vzamejo toliko časa, da bi dobro prežvečili hrano in v miru zaužili svoj obrok. Čeprav je marsikateri ulkusni bolnik na zunaj navidezno zelo miren, ga bo pa v njegovi notranjosti tem bolj prizadela vsaka življenjska nevšečnost. Vse to moramo vedeti zaradi ustrezne psihoterapije in pravilne ureditve bolnikovega življenja.

Pri ulkusni bolezni je glavni simpton bolečina, ki je v posredni ali neposredni zvezi z jedjo, saj je znano, da nastopajo bolečine kmalu ali nekaj ur po jedi. Zato so že od nekdaj iskali tak način prehrane, ki bi mogla preprečiti ali vsaj olajšati bolečine in pomagati pri celjenju ulkusne razjede. Nekateri so dajali svojim bolnikom v kratkih časovnih presledkih (na eno ali dve uri) le mleko oziroma mlečne jedi (Sippy, Hurst), medtem ko so drugi dodajali več beljakovin — predvsem v obliki jajc (Lenhartz), pa tudi belega mesa, sadja, zelenjave — vse v pretlačeni obliki (Meulengracht). Danes na splošno

odklanjamo pri navadnem ulkusu dolgotrajnejšo mlečno dieto, ki sama po sebi za pacienta ni posebno prijetna, tudi nima zadostne kalorične vrednosti in vitaminov, razen tega veže in nevtralizira mlečna dieta manj učinkovito solno kislino kot mešana in kompaktnejša prehrana.

Natančne primerjalne študije v najnovejšem času so pokazale, da se ulkus zaceli tudi pri običajni bolniški prehrani — brez strogih omejitev — če bolnik leži in če nam ga uspe v zadostni meri umiriti. Tako so Doll in sodelavci (1) pri kritičnem opazovanju ulkusnih bolnikov — zdravljenih z lahko dieto ali z navadno bolniško prehrano — prišli do zaključka, da sama prehrana ni bistveno vplivala na celjenje ulkusa, čeprav so bile subjektivne težave pri dietnem zdravljenju manjše kot pri bolnikih, ki so uživali navadno hrano. O podobnem izkustvu je poročal tudi Lawrence (2), zaradi česar se zavzema za manj stroge dietne omejitve pri ulkusni bolezni. Omenjene navedbe dovolj prepričljivo dokazujejo, da je pri zdravljenju ulkusnih bolnikov od diete same vsekakor važnejši duševni in telesni mir. To je pa ravno tisto, na kar le preradi pozabljamo, ko ulkusnim bolnikom dajemo navodila. Ta se navadno končajo z odločitvijo dietne prehrane, s predpisom kaknega sredstva za zmanjšanje hiperacidnosti.

Čeprav so ti pripomočki sicer važen činitelj pri zdravljenju, je le na prvem mestu počitek z ležanjem, ki naj traja nekaj tednov, ko nam bo uspelo tudi psihično umiriti bolnika. To bomo dosegli le takrat, če bomo dobobra poznali njegove življenjske razmere in vse tiste okoliščine, ki neugodno vplivajo na psiho (materialne skrbi, žalost, bolezen v družini, nezadovoljstvo v poklicu, pre zaposlenost — četudi večkrat le umišljena itd.). Pred kratkim se je zdravil na kliniki zaradi krvavečega ulkusa okrog 50 let star bolnik, pri katerem so se že nekaj dni po sprejemu začeli kopičiti na posteljni omarici celi snopi aktov, uradnih listov in pošte. Hotel je vse to delo opraviti med zdravljenjem svoje — ne sicer lahke — bolezni na kliniki. Tovrstni »počitek« seveda ne bo pripomogel k prenehanju krvavitve in k celjenju razjede. Če tiči vzrok za bolnikovo razdraženost v neurejenih družinskih razmerah, bo uspeh zdravljenja boljši v bolnici, kjer se laže doseže res striktno ležanje in bolje izvaja tudi psihoterapija.

S tem pa nikakor ne bi hotel podcenjevati važnosti zmerne dietne prehrane — predvsem v aktivnem obdobju ulkusa, ki navadno traja kak mesec ali dva, a le izjemoma tudi dalj časa. V teh tednih naj bolnik uživa res »lahko prebavljivo« dieto, vse jedi pa naj bodo pripravljene tako, da mehanično kar najmanj dražijo želodčno sluznico (pretlačeno). Tudi pri tej dieti mora biti zagotovljena zadostna množina beljakovin v obliki jajc, nemastne perutnine in rib ter mlade teletine. Prepovedane so tiste jedi, ki mehanično dražijo želodčno sluznico in pospešujejo izločanje večjih količin želodčnega soka. To pa le s težavo dosežemo pri bolnikih s hiperacidnostjo, ki najraje uživajo zelo pikantna in močno začinjena jedila, torej prav tista, ki vsaj deloma pospešujejo nastanek ulkusa. Sem sodijo vse ostre začimbe — posebno paprika —, kisle jedi, alkoholne pijače, goveja juha, močan čaj ali kava; presna zelenjava, solata, kumare, paradižniki, gobe; mastno ali prekajeno meso in ribe, salame, klobase, trda govedina; pečena ali ocvrta jedila katere koli vrste; svež kruh in močnate jedi; presno sadje, nadalje rozine, fige, orehi in lešniki. Posebno bolniki, ki se nagibajo k stalnim recidivom, naj se držijo opisanih dietnih

principov več ali manj skozi vse življenje. Pri vsem tem pa moramo paziti, da ne nastopijo simptomi zaradi pomanjkanja vitamina C. Zato dajemo bolniku vsak dan presne zelenjave in sadne sokove (ne tovarniške!).

Davidson in Anderson (3) dajeta v zvezi s predpisovanjem kakršne koli diete zelo tehtne napotke, ki bi se v strnjeni obliki glasili nekako takole:

Vsaka dieta naj vsebuje poleg zadostne množine kalorij, maščob, beljakovin in ogljikovih hidratov tudi ustrezne količine vitaminov in mineralov, ki jih naj po potrebi kot medikamente še dodajamo. — Če je vsa naša pozornost usmerjena le na dietno zdravljenje določenega simptoma, n. pr. driske ali želodčne bolečine, bo prizadeta bolnikova kondicija in s tem tudi zmanjšana odpornost proti infektu ter sposobnost za celjenje razjede. — Upoštevaj bolnikov poklic in predpiši tako dieto, ki bo ustrezala za vsak posamezni primer. Dietni predpis za uradnika se bo razlikoval od dietnih predpisov za rudarja ali nočnega čuvaja.

S tem pa še nismo izčrpali vseh ukrepov pri prehrani ulkusnega bolnika. Eden bistvenih pogojev za uspeh je strog dnevni red pri jedi, ki naj jo bolnik uživa po možnosti vedno ob istem dnevnem času. Med posameznimi obroki naj presledki ne bodo daljši kot kvečjemu 4 ure. Najbolj škodljivo je tešenje lakote s cigareto (Lawrence — 2).

Povsem drugačne dietne principe pa uveljavljamo takrat, kadar nastopijo komplikacije, od katerih je najpogostnejša močna krvavitev. Tako zdravljenje bomo le redkokdaj izvajali na domu, vendar pa mora sestra za tak primer vsaj v glavnih obrisih poznati dietno zdravljenje. Čeprav vidimo to komplikacijo kaj često, še vedno ni povsem enotnih vidikov za njego zdravljenje. Sama ugotovitev krvavitve nam običajno ne povzroča težav: bruhanje krvi ali kavnemu sesedku podobne tekočine (hematemeza) in iztrebljanje smolastega blata (melena) so znaki, ki jih skorajda ne moremo prezreti. Izkustvo tudi kaže, da izhaja taka krvavitev skoraj vedno iz odprte žile v ulkusu. Tako je Jones (4) (cit. po Ungeheuer-u) pri 2000 primerih s hematemezo in meleno ugotovil v 90% ulkus kot vzrok krvavitve. Med najvažnejše pripomočke konservativnega zdravljenja pri taki krvavitvi sodi dieta. O tem, kakšna naj bo ta, pa za zdaj še ni enotnega stališča: od zagovornikov absolutnega posta pa do pristašev že skoraj povsem normalne prehrane (Meulengracht — 5) srečamo bolj ali manj stroge dietne sheme. Meulengracht je že leta 1931 začel dajati bolnikom s hematemezo in meleno od prvega dne dalje lahko hrano, vendar v poljubni množini, to se pravi, kolikor je pač bolnik želel oziroma hotel. Dnevna kalorična vrednost se giblje okrog 2300 kalorij. Avtor te diete opravičuje svoje stališče s tem, da potrebujejo bolniki v hudem šoku zaradi krvavitve veliko tekočine, a tudi soli, kalorij in vitaminov. Na Interni kliniki imamo za te primere že vsa leta po vojni ustaljen dietni režim, ki je nekako v sredi med obema prej navedenima ekstremnima stališčema. V času močne krvavitve dajemo bolnikom le hladno mleko, ki ga pijejo v krajših časovnih presledkih. Desetletna statistika izkazuje pri 108 zaradi močne krvavitve zdravljenih naših bolnikov (Bohinjec-6) en sam smrtni primer, kar je izredno lep uspeh in potrjuje pravilnost našega zdravljenja. Ko krvavitev preneha, preidemo na mlečno hrano z dodatkom riža, pretlačenega krompirja, prepečenca in sadnih ter zelenjavnih sokov.

Zaključek

Z gotovostjo moremo trditi, da bo hitri tempo sodobnega življenja v naslednjih letih še povečal že tako in tako veliko število ulkusnih bolnikov. Pri njih nastanku pa ni glavni vzrok nepravilna prehrana, temveč motnje v prekrvitvi sluznice želodca in dvanajstnika ter sekundarni vpliv želodčne kisline na okvarjeni predel. Z ustreznimi medikamenti in opisano dieto bomo vplivali na hipersekrecijo in vsaj deloma tudi na hiperacidnost in omogočili hitrejše celjenje ulkusa. Predvsem pa bomo skušali odstranjevati vplive, ki bi lahko povzročili recidiv, namreč živčno napetost, skrb in razne konflikte, ki se jim ulkusni bolniki pač težje izognejo kot drugi ljudje.

Slovstvo

1. Doll, R., Friedlander, P., Pygott, F.: Lancet **270**, 5, (1956).
2. Lawrence, J. S.: Lancet **262**, 482, (1952).
3. Davidson, L. S. P. in Anderson, J. A.: A Textbook of Dietetics Hamish Hamilton Medical Books, 1947.
4. Jones, F. A. (cit. po Ungeheuer E.: Dtsch. med. Wschr. **81**, 2025, (1956).
5. Meulengracht, E.: Münch. med. Wschr. **84**, 1565 (1937).
6. Bohinjec, J.: Zdr. V. (v tisku).

Stopoge

Človek je s svojo telo vendar pa osnovno gibalo bodisi da gre za pridobivanje udeleževanja posameznik zmožljivostjo zmanjšuje odraslega. Vendar prav poklanjamo nikake pozore boleznim. To je tedaj, ko je v tem pogledu boljše, in zdraviti.

Človek vrtoglave brzine, in zmožljivo stopalo, osebnost ali športno ali stopalo z okrnjeno delovno ustvarjalnost pozabljamo in mu ne nismo težave ali celo to pozabiti, da je tudi ečevati kakor pa jih

Časi, ko so ljudje pretežno ali vsaj v veliki meri hodili bosi, so za nami. Sodobni način življenja nam vsiljuje obuvalo — nujno zlo —, ki hromi ravno tiste sile, ki so pri naših prednikih vzdrževale in krepile zmožljivost stopala. Zato je potrebno, da se obuvalo čimbolj približa in prilagodi anatomskim oblikam stopala in da ustreza njegovim fiziološkim in funkcionalnim zahtevam. Tega pa žal pri sodobni obutvi prepogosto pogrešamo.

Anatomija in fiziologija stopala v osnovnih pojmi

Za pravilno izdelavo čevljev še ni dovolj, da poznamo material, kroje in oblike ter tehnološki proces proizvodnje. Potrebno je, da temeljito poznamo tudi, kakšne naloge ima stopalo in kako jih opravlja. Zaradi tega moramo poznati zgradbo stopala. Samo tako bomo mogli razlikovati zdravo od bolnega, oceniti deformacijo in izločiti primere, ki spadajo v zdravljenje.

Zaključek

Z gotovostjo moremo trditi, da bo hitri tempo sodobnega življenja v naslednjih letih še povečalo ulkusnih bolnikov. Pri njih nastanku pa n v prekrvitvi sluznice že kisline na okvarjeni pre vplivali na hipersekrecij hitrejše celjenje ulkusa. bi lahko povzročili recid ki se jim ulkusni bolniki

ilo ulkusnih bolnikov. hrana, temveč motnje ndarni vpliv želodčne in opisano dieto bomo racidnost in omogočili lstranjevati vplive, ki rb in razne konflikte, adje.



1. Doll, R., Friedlande 956).
2. Lawrence, J. S.: La
3. Davidson, L. S. P. in etetics Hamish Hamil-
4. Jones, F. A. (cit. po Ungeheuer E.: Dtsch. med. Wschr. 81, 2025, (1956).
5. Meulengracht, E.: Münch. med. Wschr. 84, 1565 (1937).
6. Bohinjec, J.: Zdr. V. (v tisku).

Stopalo in njegove naloge

Dr. Rado Bobič

Človek je s svojo tehniko v zadnjih desetletjih dosegel vrtooglave brzine, vendar pa osnovno gibalno je in ostane še vedno zdravo in zmogljivo stopalo, bodisi da gre za pridobitveno dejavnost, obrambno sposobnost ali športno udejstvovanje posameznika ali skupnosti. Bolno stopalo ali stopalo z okrnjeno zmogljivostjo zmanjšuje življenjsko radost otroka in delovno ustvarjalnost odraslega. Vendar prav na ta del telesa, na ta organ pozabljamo in mu ne poklanjamo nikake pozornosti, vse dokler nas ne opomni težave ali celo bolezni. To je tedaj, ko je včasih že prekasno. Ne smemo pozabiti, da je tudi v tem pogledu boljše, lažje in cenejše bolezni preprečevati kakor pa jih zdraviti.

Časi, ko so ljudje pretežno ali vsaj v veliki meri hodili bosi, so za nami. Sodobni način življenja nam vsiljuje obuvalo — nujno zlo —, ki hromi ravno tiste sile, ki so pri naših prednikih vzdrževale in krepile zmogljivost stopala. Zato je potrebno, da se obuvalo čimbolj približa in prilagodi anatomskim oblikam stopala in da ustreza njegovim fiziološkim in funkcionalnim zahtevam. Tega pa žal pri sodobni obutvi prepogosto pogrešamo.

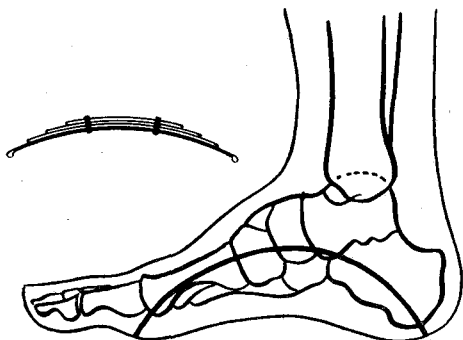
Anatomija in fiziologija stopala v osnovnih pojmi

Za pravilno izdelavo čevljev še ni dovolj, da poznamo material, kroje in oblike ter tehnološki proces proizvodnje. Potrebno je, da temeljito poznamo tudi, kakšne naloge ima stopalo in kako jih opravlja. Zaradi tega moramo poznati zgradnjo stopala. Samo tako bomo mogli razlikovati zdravo od bolnega, oceniti deformacijo in izločiti primere, ki spadajo v zdravljenje.

Človeško stopalo je rezultat dolgega razvojnega procesa. Zgodovina razvoja se je začela v zelo odmaknjeni pradavnini pred desetlinami milijonov let. Tedaj so se pri vretenčarjih začeli razvijati in izpopolnjevati udi. Daljni človekovi predniki so živeli na drevesih, njihova stopala so služila predvsem za oprijemanje in plezanje. Prednji del stopala je bil zelo razvit, gibek in močan, medtem ko je bila peta slabo razvita, saj je niso potrebovali. V tem obdobju je značilen močan palec. Peta se je razvila in dobila večji pomen šele tedaj, ko so ta bitja stopila na tla. Pokončna drža in hoja po tleh sta zahtevali preustroj stopala, ker je teža telesa pričela padati v večji meri na zadajšnji del stopala. Izraz tega preustroja je krepitev Pete in oblikovanje stopalnih lokov. Z razvojnega vidika so te pridobitve razmeroma mlade in neustaljene. To nam tudi razjasnjuje v dokajšnji meri, zakaj so te formacije še danes tako pogosto šibke in ne dovolj odporne. V človeškem telesu nahajamo še druga taka manj odporna mesta, eno od teh je križni del hrbtenice.

Skelet človeškega stopala sestavlja 26 kosti, ki so različne oblike in velikosti. Kosti stopala imajo zelo svojstven in smotrni raspored in medsebojno skladnost. Razmeroma številne stopalne kosti so med seboj povezane z mnogimi sklepi. Tak ustroj daje stopalu čudovito gibljivost in prožnost. Gibkost stopala omogoča prožno hojo in zmanjšuje sunke, ki nastajajo pri udarjanju stopala ob tla.

Zaradi boljšega razumevanja in lažjega opisovanja delimo stopalo v tri dele: peto, nart in prste. Na prvi pogled vidimo, da so kosti zadajšnjega dela stopala čvrste, močne in v svoji obliki čokate, saj je ta del stopala narava določila, da blaži sunke in udarce, ki nastajajo pri dotiku telesa s tlom. Te kosti sprejemajo pri hoji težo celega telesa in jo prenašajo na prednji del stopala, ki ga sestavljajo podolgovate in tanjše kosti. Prednji del stopala odlikuje gibkost in prožnost, ki je zelo važna pri odvijanju stopala od tal, kakor tudi pri odgonu. Okostje stopala je tako sestavljeno, da tvori tri loke. Na notranji strani imamo vzdolžni lok, ki se tudi s svojimi mehкими deli in kožo ne dotika tal. Na zunanji strani imamo krajši in nižji vzdolžni lok, njegovi mehki deli se dotikajo tal. Imamo še tretji, t. j. prečni lok, ki ga tvorijo metatarzalne kosti. Z glavicami metatarzalnih kosti se zaključuje stopalni svod, ki se nam kaže kot vdolbeni ali votli del stopala in ki ga na zadajšnji strani zapira peta. Jasno je, da je petnica zelo važen sestavni del stopala, prav tako



tudi prva metatarzalna kost, t. j. tista, ki leži na strani palca. Ta kost je debelejša in močnejša od ostalih prav zaradi večjih nalog, ki jih ima pri hoji. Če dodamo še glavico Pete metatarzalne kosti, imamo tri glavne oporne in nosilne točke stopala. Notranji vzdolžni lok je pri normalnem stopalu dvignjen od tal, njegova zgradnja je močna, deluje kot vzmet in daje hoji gibkost in prožnost.

Stične površine kosti so naplaščene s hrustancem, ki omogoča drsenje kostnih sklepnih površin. Močne vezi po-

vezujejo med seboj posamezne kosti in so sestavni del sklepne ovojnice. Sklepna ovojnica je močna vlaknasta prevleka, ki v celoti ovija sklep. Sklepi so lahko sedež vnetij in drugih bolezenskih dogajanj. Pokostnica je prevleka, ki obdaja vsako posamezno kost našega telesa, je založena z živci in zaradi tega je vsaka poškodba in že udarec na kost boleč. V njej potekajo krvne žile, ki skrbijo za prehrano kosti. Mišice, razne velikosti in debeline, različne po dolžini, jakosti in važnosti, so aktivna gibala našega telesa: Mišice vršijo svojo nalogo preko močnih kit ali tetiv, ki se pripenjajo na kosti. Včasih so kratke, včasih pa izredno dolge. Mišice sodelujejo s kostmi pri vzdrževanju pravilne telesne drže. Osnovni pogoj za dobro in uspešno hojo je pravilna zgradnja kostnih delov, nemoteno gibanje v sklepih, prosto in neovirano delovanje mišic in pravilna drža. Omeniti moramo tudi živce in krvne žile, ki so v stopalu in goleni zelo bogato razpredene in so lahko tudi sedež obolenj.

Stopalo v funkciji

Stopalo izvršuje statične in dinamične naloge. Nosi težo telesa, vzdržuje pokončno držo, skrbi za stabilnost in ravnotežje. Za to delo je stopalo idealen organ, dokler je neokrnjeno in neokvarjeno. Te naloge opravlja prožno, in to vse od trenutka, ko peta sprejme obremenitev telesne teže, pa do trenutka, ko jo z odgonom celega telesa odda drugemu stopalu. Stopalo je tako zgrajeno, da ublaži sunke in udarce, ki nastajajo pri hoji, teku in doskoku, tako da se v znatno zmanjšani meri prenašajo na telo. Stopalo je vsem tem nalogam kos pač zaradi svoje smiselne zgradnje. Pri tem morajo sodelovati kosti, vezi in mišice ter ostali mehki sestavni deli. Okvara že enega samega sestavnega dela otežkoča delovanje celega organa.

Zelo važna je ugotovitev, kako pri hoji prehaja teža telesa od petnice v smeri prstov. Pri hoji nam stopalo ne služi kot telo, ki bi se togo premikalo v prostoru in pasivno nosilo težo telesa. Stopalo sodeluje s svojim gibanjem zelo aktivno pri hoji in pri tem spreminja svojo obliko, točke nosilnosti, obremenitve in dotika s tlom. Od trenutka, ko peta sprejme težo telesa, pa do trenutka, ko ga dvignemo od tal, niti za trenutek ne obremenimo hkrati in enako vseh delov stopala. Obremenitev stopala poteka po neki stalni, točno odrejeni poti in zapovrstju, od pete proti korenu petega prsta in od tod proti palcu. Nosilne črte stopala ne izraža premica, temveč ukrivljena črta. Ta dognanja nam omogočajo, da spoznamo gibanje stopala in da pravilno vrednotimo njihovo važnost. Gibanje celega stopala v gležnju je eden od osnovnih in najvažnejših gibov.

Zato je katera koli obutev pravilna le tedaj, če ne ovira osnovnih gibov stopala v celoti in pa gibov, ki jih vršijo posamezni deli stopala. Velike važnosti je, da ne oviramo prostega gibanja prstov. Mišice, ki gibljejo prste, so namreč velikega pomena pri vzdrževanju oblike stopala in njegovih lokov. Palec z močnim pritiskom ob tla zaključi odvijanje stopala in daje telesu odgon ali zalet. Da bi mogel opravljati svoje naloge, je narava pripela na palec sedem mišic. Teh mišic ne sme obutev ovirati pri njihovi funkciji.

Pravilne in nepravilne oblike stopala

Neredko se srečamo z vprašanjem, ali je neko stopalo normalno ali ne. To je važno za tistega, ki čevlji izdelava, in pa za potrošnika, ki bo čevlji nosil. Kaj je torej normalno in kaj ni več normalno? Nekateri trdijo, da v civiliziranih deželah sploh ni več normalnega stopala. Civilizacija vsiljuje načine življenja in pogoje dela, ki niso prirodni za stopalo. Stopalu je narava namenila nalogo, da prožno premika telo po neravnih tleh: po zemlji, travi, pesku, kamenju, po tleh različne trdnosti ali konsistence in različne konfiguracije ali oblike, nikakor pa ne hoje v čevljih po trdem zglajenem tlaku in asfaltu. Bosa hoja po naravnih tleh različne sestave, različne oblikovitosti in konsistence zahteva stalno prilagajevanje stopala, sili mišice stopala in krače k delu in prav to delo krepi stopalo in vzdržuje njegovo zmogljivost. Prirodno, neokvarjeno stopalo se lahko prilagodi neravnim tlom in se s prsti oprime podlage. Vzdržljivost stopala sloni na zaporednih gibih mišic. Vsak korak na neravnih tleh zahteva drugačno držo in delo drugih mišic: ene delajo, druge počivajo. Kako pa v čevlju? Hoja v čevljih terja od stopala vedno iste gibe in delo istih mišic. Ene so preobremenjene, druge pa zaradi brezdelja slabijo. Človek, ki mu stopalo že od otroške dobe tiči v čevlju, ravna sliče kot stroj goseničar, ki se premika na gosenicah, tako da njegova nosilna kolesa ne pridejo v dotiko z neravnino hrapavih tal. S tem, da stopalo ščitimo z obutvijo, zmanjšujemo tudi naloge stopala. Omejujemo njegovo gibanje in njegovo delo ali funkcijo, zmanjšujemo vse tiste činitelje, ki — kakor vemo — vzdržujejo in krepijo zmogljivost stopala. Nepravilno izdelana in nepravilno oblikovana obutev stiska prste in jim ne dopušča njihovega osnovnega dela, to je gibanja. Delo pa vendarle ohranja in krepi posamezne organe in ves organizem. Brezdelje ga uničuje. Poleg tega postavljamo stopalu razne zahteve, ki niso prirodne. Samo pomislimo na tako delo, ki pogosto zahteva skoro nepremično stoji na nogah brez možnosti gibanja. Vemo namreč, da mirna stoji bolj utruja kakor pa hoja, ker pri hoji sodeluje izmenoma večje število mišic, medtem ko ene delajo, druge počivajo. Iz vsega tega moramo zaključiti, da smo našim stopalom naložili povsem neprirodne naloge, jih primorali k delu pod neprimernimi pogoji, za katere jih priroda ni usposobila. Razumljivo je torej, da se stopala oddaljujejo od narave in da izgubljajo prirodno obliko in prvotne prirodne značilnosti in zmogljivost. Upravičena je torej trditev, da je stopalo civiliziranega človeka neprirodno, kot so neprirodni pogoji, pod katerimi živi in dela. Ne moremo pa posplošiti trditve, da so vsa stopala, ki nimajo svojih prvotnih prirodnih značilnosti, že samo zaradi tega nenormalna. Pogosto opazujemo, da je tudi stopalo, ki ima na primer nekoliko nižan ali povešen stopalni lok, kljub temu sposobno za normalno delo. Je torej s praktičnega vidika kljub vsemu vendarle normalno in zato ni norme za višino stopalnega loka. Točne meje med normalnim in nenormalnim ni. Za normalna stopala bomo imeli tista zdrava stopala, ki so sposobna za delo in jim ustreza običajna kategorija kopit, ki jih industrija izdeluje, upoštevajoč dolžinsko zaporedje kakor tudi možnost različnih širin za vsako posamezno dolžino. So tudi večji in manjši individualni odkloni, ki jih pa ne moremo imeti za abnormalnosti. Stopala so različna prav tako, kot so različni nosovi — trdi prof. Schede. Razlike so celo med desnim in levim stopalom pri isti osebi.

Delo in funkcija oblikujeta ves organizem in posamezne organe, torej tudi stopalo. Ljudje in rodovi, ki hodijo bosi, imajo drugače oblikovana stopala kakor oni, ki hodijo stalno obuti, ki se pretežno vozijo ali pa hodijo — če že hodijo — po ravnih, tlakovanih in trdih površinah. Nujno je, da se vse te okolnosti kažejo na obliki stopala.

Od kod težave v stopalih?

Med poljedelskim prebivalstvom, ki živi bolj prirodno in mnogo hodi boso, so težave v stopalih redkejšje kakor med industrijskim in mestnim prebivalstvom, ki se čedalje bolj oddaljuje od prirodnega načina življenja. To se občutno kaže že pri otrocih, ki živijo v mestih in industrializiranih centrih. V industrijo prihaja mnogo delavcev, ki nimajo vedno vseh potrebnih fizičnih pogojev za svoje delo. Mnogo žensk opravlja dela, ki niso v sorazmerju z njihovo fizično zmogljivostjo. Ta dejstva vplivajo na splošno delovno zmogljivost. Zle posledice se javljajo v raznih oblikah, z raznimi težavami, med katerimi niso najmanjše ravno težave v stopalih. O tem nam pričajo številni obiskovalci zdravniških ambulant. Občutki nelagodnosti, utrujenosti, pekočine in bolečine v stopalih so zelo pogostni. Težave v golenih, v kolenih in križu mnogokrat izvirajo iz slabe nosilne sposobnosti stopal. Slaba drža stopal zaradi neprimerne obutve povzroča motnje v celotni drži telesa, povzroča hitro utrujanje raznih mišičnih skupin in bolečine vse do križa. Nosečnice so za te nepravilnosti še bolj občutljive. Znano je, da zaradi neprimerne obutve trpijo ženske v večji meri kot moški, saj so na splošno ženski čevlji s higienskega vidika bolj pomanjkljivi kot moški. Tudi ko gre za primerno delovno obutev, so večje težave z žensko obutvijo kakor pa z moško, deloma zato, ker ženske izbirajo obuvalo bolj po lepi zunanosti, deloma pa tudi zato, ker je na trgu težko nabaviti po zmernih in dosegljivih cenah takšno obutev, ki bi hkrati ustrezala estetskim in zdravstvenim zahtevam. Sicer pa prevladuje nepravilno naziranje, da se pri delu zadovoljimo z že ponošenimi in dosluženi čevlji ali s cenejšimi in neprimerne kakovosti. Taka obutev že sama po sebi kvarno vpliva na stopalo. Boljše čevlje pa naj bi po takšnem mnenju obuli šele po delu in za razne družbene obveznosti.

Čevelj ne daje samo osnove, na kateri bi počivalo telo, temveč vemo, da obuvalo vpliva na delovanje stopala, lahko poveča ali zmanjša njegove delovne in nosilne sposobnosti. Mnogo težav v stopalih, nogah in križu lahko odpravimo s primernim higieničnim obuvalom. Kdor koli pa trpi zaradi opisanih težav, nas postavlja pred problem, ki ga moremo rešiti le, če bo proizvajalec pri izdelavi obutve upošteval higienske predpise. Seveda pa mora v tem smislu biti pravilno podučen tudi potrošnik. Le tedaj bo namreč znal res izbirati in bo odklanjal slabo obutev, obenem pa prisilil proizvajalca, da bo izdeloval obutev, ki bo ustrezala potrebam stopala. Kdo je bolj poklican kot zdravstveni delavci, da pravilno poduče potrošnika. Takrat, ko se zateče v ambulantno, je okvara navadno že tu. Najuspešnejše delo bo, če nam okvaro uspe preprečiti. Kdo je bolj poklican in kdo ima večje možnosti kot medicinska sestra, ki so ji odprta sleherni vrata in je poklicana, da nadzira razvoj otroka in da svetuje v težavah odraslim.

Kaj sem videla na Škotskem

(Nekaj drobnih vtisov iz zdravstvene in socialne službe)

Med. s. Marta Hočevar

Proučevanje zdravstvenih in socialnih služb v zamejstvu je izrednega pomena za vse one, ki žele doprinesiti k razvoju teh — zlasti za našo družbo — tako važnih vprašanj. Kakšni so zunaj pogledi na različna vprašanja socialno-medicinskega značaja, kakšne so možnosti in kakšna je organizacija za njih reševanje? Kje je tisti ključ, ki bi ga uporabili tudi mi, da bi skrajšali našo, sicer uspešno pot pri urejanju teh — za človeka — najobčutljivejših problemov?

O tem sem začela razmišljati, ko se mi je ponudila prilika, da za nekaj kratkih tednov odpotujem na Škotsko. Naenkrat me je natančneje pričelo zanimati vse: kje leži ta dežela, kakšna je in kako urejena.

Nekaj splošnih podatkov najdemo skoraj v vsakem leksikonu: Škotska je danes sestavni del Zedinjene kraljevine Vel. Britanije in Sev. Irske. Dežela leži na severu Britanskega otoka in obsega blizu 80 000 km² površine, torej približno eno tretjino Jugoslavije. Ima svojih 787 otokov. Je po večini hribovita, ima oceansko podnebje s pretežno deževnimi poletji in milimi zimami. V deželi, ki šteje dobrih 5 milijonov prebivalcev, je zelo razvita zlasti tekstilna industrija in pa ladjedelstvo. Obdelovalne zemlje imajo bolj malo, zato pa zaradi bogatih pašnikov tem bolj uspeva živinoreja. Škoti govorijo večinoma angleško, le na skrajnem severu je deloma še ohranjen keltski jezik. Glavno mesto Edinburgh (izg. edinber) z blizu pol milijona prebivalcev, z vseučiliščem, zvezdarno in drugimi znanstvenimi ustanovami ter številnimi reprezentančnimi poslopji velja za eno najlepših mest Evrope.

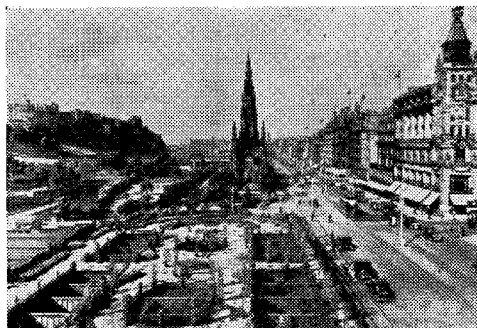
Toliko o Škotski sami! Naj preidem zdaj k nekaterim zdravstveno socialnim vprašanjem in se mimogrede ustavim še pri posameznih ustanovah, ki so z reševanjem te problematike v neposredni zvezi.

Kakor v nekaterih drugih deželah je tudi na Angleškem eno temeljnih družbenih vprašanj — rastoče število ostarelih ljudi in njih sodobna preskrba. Z napredkom zdravstvene službe in z izboljšanjem življenjskih razmer se je močno znižala umrljivost in obolevanje prebivalstva, s tem seveda pa se je podaljšala tudi življenjska doba posameznikov. To ugotavljajo tudi na Angleškem in pripisujejo zadevne uspehe pač dobri organizaciji in skrbnemu izvažanju splošne zdravstvene službe. Koliko višjo starost v povprečju doživijo posamezniki, nam kažejo tudi statistični podatki. Tako n. pr. nam splošna zdravstvena služba v Edinburghu prikazuje, kako v odstotkih postopoma narašča število starih ljudi. Naslednji odstotki se nanašajo na glavno mesto Edinburgh.

Od skupnega mestnega prebivalstva je v posameznih letih bilo:

v letu 1901 —	4,4% ljudi starih nad 65 let
v letu 1921 —	6,2% ljudi starih nad 65 let
v letu 1931 —	7,7% ljudi starih nad 65 let
v letu 1951 —	11,4% ljudi starih nad 65 let
v letu 1954 —	11,6% ljudi starih nad 65 let

*Pogled na Edinburgh,
glavno mesto Škotske*



Isti pojav se opaža tudi pri starostni skupini od 45—65 let. Medtem ko je odstotek te skupine v letu 1901 znašal 14,9, se je do l. 1954 dvignil že na 25,1%.

Strokovnjaki za ta vprašanja so mnenja, da je pričakovati še nadaljnjega vzpona, in računajo celo, da bo starostna skupina 60—65 let in več (pogoj za normalno upokožitev pri njih je starost 65 let za moške in 60 let za ženske) na Angleškem nasploh dosegla v letu 1964 že 15,3%, medtem ko bo l. 1979 znašala že 18,2% celotnega prebivalstva.

Spričo tako visokega in še vedno naraščajočega odstotka starih ljudi ni seveda nobeno naključje, če so jim začeli posvečati vse več skrbi in pozornosti. Poleg javne zdravstvene službe si zanje prizadevajo in jim nudijo pomoč tudi razne karitativne organizacije in klubi, tako n. pr. organizacija Rdečega križa, dobrodelna ženska društva itd.

Ko sem si ogledovala posamezne zdravstvene ustanove za zaščito mater in otrok, ki na splošno opravljajo podobno delo kot naše posvetovalnice, me je povsod zanimalo predvsem tisto, česar pri nas v taki obliki ne poznamo ali vsaj nimamo. V obmorskem mestu Aberdeenu (izg. eberdin), ki po številu prebivalstva ni dosti večje od Ljubljane, me je v takšni novo zgrajeni posvetovalnici (Northfield) presenetilo, ko sem v ordinacijskem prostoru na tleh opazila majhno kad. Ker se mi je za kopanje ali umivanje zdela premajhna in tudi prenizka, sem vprašala, čemu jim sploh služi. Pojasnili so mi, da so jo tja namestili za pedikiranje starih ljudi. V ta namen imajo določene posebne dni, tako da to opravilo lahko prav lepo kombinirajo z dejavnostjo posvetovalnice, seveda časovno ločeno. Pedikiranje tod v večini primerov organizira Rdeči križ in je za stare ljudi brezplačno. Če je kdo med njimi nespomoglji, tako da niti z doma ne more sam, pride pediker tudi na dom. Kakor sodijo po obisku in izjavah, je starim ljudem s tem zelo ustrezno, saj jim prihrani marsikatero bolečino, prav gotovo pa jim olajša hojo.

V Edinburghu pa sem si v zdravstvenem centru (Siht hill) ogledala novo moderno zgradbo, ki so jo postavili z namenom, da bi zdravstveno dejavnost približali ljudem, obenem pa izboljšali stike med zdravniki splošne prakse in zdravniki specialisti. Tu so mi pokazali sobo oziroma prostor, ki ga uporabljajo za vse mogoče namene. Na eni strani meji to sobo raztegljiva stena oziroma raztegljiva vrata, za katerimi je demonstracijska kuhinja. Tako se oba prostora skupaj lahko uporabljata za demonstracijske potrebe in za pouk o zdravi prehrani, ki mu tod posvečajo veliko pozornost. Razen tega prirejajo

tukaj predavanja, predvajajo zdravstvene filme, imajo sestanke in tečaje za zdravstveno osebje itd.

Enkrat na teden pa uporablja ta prostor oziroma ima v njem svoje prireditve tako imenovani klub starčkov. Udejstvovanje starih ljudi v klubu je kaj raznovrstno in pestro. Večkrat priredijo tod kako čajanko, imajo kako predavanje ali tudi pevsko prireditev in podobno. Nemalo me je presenetilo, ko so mi povedali, da imajo poleg pevovodje še posebnega plesnega učitelja, ki jih uči raznih folklornih plesov, za katere je med njimi veliko zanimanje, saj se skoraj vsi zelo aktivno udeležujejo vaj. Najmlajši član kluba je star 65 let. Mnogi med njimi pa se prostovoljno javijo in dajo zdravnikom na razpolago za razne znanstvene raziskave.

Pa tudi na cesti, po zasebnih hišah in javnih lokalih, skratka povsod opaziš nenavadno aktivnost starih ljudi. In kar se tiče obleke, se skorajda ne razlikujejo od mladih ljudi. Tako n. pr. se starejša gospa ne obleče nič manj skrbno in pazljivo, pri čemer seveda nima nobenih pomislov proti oblačilom še tako svetlih in živih barv (belo, roza, svetlomodro, rdeče itd.).

Ko so me v družbi некоč vprašali, kako je s starimi ljudmi pri nas, sem povedala, da je zanje danes mnogo boljše oziroma neprimerno boljše preskrbljeno, kakor je bilo pred vojno. Da sem ustregla njihovem zanimanju, sem jim na kratko opisala tudi v podrobnosti, kako je z njihovo preskrbo pri nas. Pripomnila sem pa, da se pri nas počutijo stari ljudje na splošno mnogo starejše, da se to kaže tudi v umirjeni barvi njihovih oblačil in da starejše žene pri nas zlepa ne bi pripravili do tega, da bi se oblačila tako svetlo, kot je navada pri njih.

Seveda so mi ugovarjali, češ da imajo oblačila svetlih barv vendarle neko prednost. Poudarjali so, kolikega pomena je tu že psihološki moment, saj obleka žive in svetle barve navdaja tudi starega človeka z občutkom vedrine in mu kajkrat prav do poznih let ohranja zavest čilosti in življenjske sposobnosti. Nemara imajo prav!

In terenske medicinske sestre? Strokovno se za svoje delo usposabljaajo in izpopolnjujejo v posebnih podiplomskih tečajih. Na področju svojega terena pa imajo pregled tudi (polivalentna in patronažna služba!) nad starimi ljudmi in potrebno skrb zanje predvsem one. Da ne prezre kake važne stvari, si terenska sestra pomaga s posebno kartoteko, kjer ima zbrane vse potrebne podatke. Le-te potem sproti še izpopolnjuje, seveda ne med obiskom, temveč v uradu. Tako si lahko vsak trenutek ustvari kolikor toliko vsestransko sliko o razmerah, v katerih živi ta ali oni od starih ljudi, kako stanuje, kako je materialno oskrbljen, kakšno je njegovo duševno stanje, ali mu svojci oziroma prijatelji posvečajo kaj pozornosti in v kakšni obliki, ter končno, kakšne so njegove osebne želje in potrebe.

Če to zahtevajo okoliščine, tedaj mu terenska sestra bodisi preko splošne zdravstvene službe ali pa posameznih organizacij poskrbi za ustrezno pomoč in razvedrilo. Pomoč, ki jo nudijo starim ljudem, je kajpada različna. Če je nekeje potrebna pomoč v gospodinjstvu, jo poskrbe za nekaj ur dnevno ali tudi za ves dan, kakršne so pač potrebe in možnosti. Je pa včasih tudi težko ustreči, ker je povpraševanje po gospodinjski pomoči po navadi precej večje, kakor je zadevna zmogljivost. Za skoraj polmilijonsko mesto Edinburgh imajo v ta namen stalno zaposlenih 100 uslužbenk. Tako večkrat ni drugega izhoda, če ne gre za izredno nujno potrebo, da dodeljujejo gospodinjsko pomoč po vrstnem redu, pri čemer upoštevajo mnenje terenske medicinske sestre in

morebitnih drugih pristojnih činiteljev. Plačilo za dodeljeno gospodinjsko pomoč se ravna največkrat po finančnih zmogljivostih posameznika.

Skrb za stare, onemogle in bolne ljudi pa gre še dalje. Poleg že omenjenih uslug v gospodinjstvu jim nudijo izdatno pomoč tudi z dostavljanjem tople hrane na dom. Tako n. pr. je v Edinburghu prevzela to delo ženska organizacija (women voluntary service). Žal pa prijavljenim dostavljajo toplo kosilo samo po 2-krat tedensko. To hrano razvažajo v razne predele mesta sleherni dan s tremi avtomobili. Vozijo in dostavljajo pa jo članice ženske organizacije same, in sicer ena šofira, dve do tri pa dostavljajo hrano v stanovanje in poberejo obenem tudi prispevek po 9 penijev (po nedavnem uradnem tečaju bi to zneslo pri nas din 31,50). Seveda ta znesek ne pomeni dejanske cene, temveč krije primanjkljaj še splošna zdravstvena služba.

Ker je število prosilcev razmeroma zelo veliko, pomagajo na ta način le najpotrebnejšim, na splošno pa se ravna po vrstnem redu prijav.

Za nespomogljive bolnike, ki žive pri svojcih, lahko hišni zdravnik ali pa terenska sestra predlaga 1 do 2-kratno dnevno nego v postelji, po potrebi razna zdravila, od časa do časa pa tudi kopeli, ki jim denejo izredno dobro in so po njih zelo zadovoljni in kar nekam prerojeni. Sploh so nespomogljivi bolniki deležni lepe in skrbne nege, tako da skoraj ni primera s kakimi preležaninami. Te vrste pomoč je po posameznih krajih sicer različno organizirana, vendar pa v bistvu vsepovsod po istem načelu.

Sodelovanje med zdravniki in sestrami poteka v obojestransko zadovoljstvo. O vseh morebitnih spremembah se obveščajo sproti. So v stalnih stikih, sporazumevajo se pa, kakor je v danih okoliščinah pač možno in potrebno, bodisi neposredno ustno ali pa po telefonu oziroma pismeno.

Toda naj preidem k zanimivemu primeru, ki mi je o njem iz svoje dolgotrajne prakse pravila neka starejša, zelo izurjena sestra. Še ni dolgo tega, ko je negovala 70 let staro bolnico. Ko jo je vprašala, kdo ji pravzaprav streže, je odvrnila, da sicer ne potrebuje ničesar, ker ji vse poskrbi in uredi njena mati. Ta pa je bila stara že nad 100 let in vendar za svoja leta še vsa sveža, dobro ohranjena in tako rekoč stalno na nogah.

Kadar gre za stare ljudi, ki so huje bolni, pa nimajo doma ustrezne nege in preskrbe, jih skušajo spraviti v bolnico, kar seveda tudi tam ni vselej lahko. Tako so mi na upravi zdravstvene službe za mesto Edinburgh (Public health department) pravili, da jim včasih šele čez dolgo časa uspe, da v bolnici dobijo mesto za starega bolnika.

Za primer, kako zelo so bolnice zasedene, naj navedem samo porodnišnico (Simpson Memorial Hospital), v kateri so že za pol leta naprej rezervirane vse razpoložljive postelje. Seveda je v tej porodnišnici takšna stiska za prostor v precejšnji meri tudi zaradi slovesa te ustanove. Žene, ki hočejo roditi v tej bolnici, hodijo tod na redne preglede že od vsega začetka nosečnosti. Zaradi velikega navala pa sprejmejo v zavod samo privesnice in žene z zdravstvenimi indikacijami. Vsem drugim poskrbi socialni delavec bolnice prostor v kaki drugi od peterih mestnih porodnišnic.

Kar se tiče domov za onemogle, se o kakem enotnem tipu danes še ne da govoriti. Predvsem se po velikosti precej razlikujejo med seboj. Vendar pa v novem času prevladuje težnja, da se te vrste ustanove gradijo manjše. Ljudje se namreč počutijo v njih vse bolj ugodno in domače. Take domove organizirajo in vzdržujejo dostikrat tudi razne verske in druge organizacije.

Enega takšnih domov za stare in onemogle (The Elins) sem si ogledala v Edinburghu. Odprt je bil lani, ustanovila pa ga je škotska narodna cerkev. Prostora je v njem za 44 ljudi. Sobe imajo po eno, dve ali tri postelje. Čeprav je zgradba adaptirana in deloma dozidana, vendar odlično služi svojemu namenu. Stanovalci tega doma so zelo zadovoljni z notranjo ureditvijo prostorov, zlasti pa z obsežnim vrtom okrog stavbe.

Kopalnice imajo preprosto, žal še vse premalo vpeljano stvar — opremljene so z ročaji, da se človek varno in brez težave dvigne iz kadi. Poleg drugih sanitarnih naprav, kot so stranišča, posebne kadi za umivanje nog itd., ima ta dom še 3 lepo urejene dnevne prostore: enega za ženske, enega za moške in en skupni prostor. V skupnem prostoru je tudi televizijski aparat. Sploh so vsi prostori zelo lepo urejeni. Opremljeni so z umetniškimi slikami. Povsod je tudi cvetje. Številni okrasni predmeti so seveda darovi posameznikov. Tudi dom sam je zrasel povečini iz prostovoljnih prispevkov. Pohištvo v sobah je novo, vse enotno, vendar nadvse praktično, lepo in lično. Vsak ima pri postelji svojo namizno svetilko s fluorescentnim gumbom za vžiganje, da vidi tega tudi ponoči. Razen tega ima tudi zvonec, če mu je slučajno potrebna nujna pomoč. Če kdo pozvoni, tedaj v spalnici upravnice in njene namestnice zagori luč, ki ostane prižgana, dokler ne gre ena ali druga in ne uredi, kar je potrebno. Vsaka od njiju ima na skrbi pol hiše.

Službeno osebje tega doma sestavljajo: upravnica in njena namestnica, 1 administrativna moč, 1 kuharica, 2 pomočnici in 2 snažilki. Za večje čiščenje pa od časa do časa najamejo še kako pomoč.

Lažja dela opravljajo stari ljudje v domu tudi sami. Tako n. pr. čistijo očesa pri krompirju, ki ga sicer lupijo na stroj, dalje izvrše manjša opravila na vrtu, zalivajo rože, premenjajo cvetju vodo itd.

Tedenska oskrbnina za eno osebo znaša 2 funta 7 šilingov in 6 penijev. Po nedavnem uradnem tečaju bi to bilo din 1995.— (mesečno 7980.— din). Če kdo nima na razpolago dovolj sredstev, mu za drobne osebne potrebe pustijo tedensko 7 šilingov, torej po našem din 294.— (mesečno 1176.— din). Razliko oziroma primanjkljaj pri oskrbnini pa krijejo s prostovoljnimi prispevki.

Dom je stalno popolnoma zaseden, tako da zaradi razmeroma majhnega števila razpoložljivih mest niti ne morejo ustreči vsem prosilcem, ki bi želeli priti v ta dom. Ob času mojega obiska n. pr. je čakalo na rešitev za sprejem kakih 100 prošenj. V poštev pridejo samo prosilci, ki so stari nad 65 let in so ob sprejemu še pokretni.

Za zakonske pare so v novejšem času začeli na vrtovih takih domov zidati majhne hišice. Eno sem si ogledala pri domu za onemogle v Aberdeenu. Hišica je v neposredni bližini glavnega poslopja, vendar ima vse potrebne prostore: kuhinjo, sobo, kopalnico in stranišče. Tod si zakonci ali recimo dve sestri gospodinji čisto sami. Pred hišico imajo na razpolago svoj vrtniček, ki ga za lastne potrebe obdelujejo in posadijo, kakor jih je volja.

Le tu pa tam pride na obisk tudi upravnica doma, da vidi, ali gre vse v redu, in se obenem prepriča, ali ljudem tod ni morda potrebna kakšna pomoč.

Slednjič naj omenim še drugo obliko skrbi, ki jo posamezne organizacije izkazujejo starim, bolnim ali onemoglim ljudem, ko jim z obiski na domu od časa do časa nudijo razvedrilo ter jim z nakupi potrebnih stvari lajšajo vsakdanje življenje.

Torej je skrb za stare, onemogle in bolne ljudi res mnogostranska. Vendar je pa življenje na Škotskem razmeroma drago in so cene posebno za usluge precej visoke. Najvišje pokojnine, ki znašajo 50—60% od plače aktivnih uslužbencev, so prenizke. Čeprav so tamkajšnji ljudje izredno skromni in za vsako njim izkazano uslugo zelo hvaležni, si vendarle želijo, da bi bili manj odvisni od karitativnih organizacij. V nekem časopisu sem brala poziv oblastem, da uredijo primernejše pokojnine, da bi si stari ljudje lahko sami plačevali potrebno pomoč in krili druge izdatke.

Pri nas posveča družba starim ljudem razmeroma veliko pozornost. Lahko pa še mnogo storimo zanje s takimi oblikami dela, ki niso vezane zgolj na finančna sredstva. Tako bi kazalo razviti vrsto drobnih uslug in osebne pozornosti. Tu se medicinskim sestram nudi obsežno in bogato področje, namreč v tem smislu, da bi kot patronažne sestre v družinah gojile dober odnos in razumevanje za ostarelega člana družine, organom socialnega varstva in družbenim organizacijam pa bi dajale pobude za pomoč onim, ki nimajo svojcev ali pa njihovi najbližji nimajo za njih razumevanja.

KAKO SE ZBOLJŠUJEJO ZDRAVSTVENE RAZMERE V INDIJI?

V drugem petletnem načrtu od leta 1956 do 1961, naj bi se zdravstvene razmere v Indiji še nekolikoboljšale.

Še najbolj nujno vprašanje je kontrola rojstev. Prebivalstvo Indije naraste namreč vsako leto za 5 milijonov. Do leta 1961 imajo v načrtu ustanovitev 300 mestnih in 2000 podeželskih posvetovalnic za kontrolo (zmanjšanje) rojstev.

Pred prvim petletnim načrtom (1942 do 1947) je bila umrljivost v Indiji na 1000 živčih (številke v oklepajih veljajo za ZDA): 21,8 (9,6); umrljivost otrok 158 (29); starost, ki jo je lahko pričakoval novorojenček, pa 26 let (65 let). Leta 1956 je bila umrljivost 13,4, otroška umrljivost se je zmanjšala na 116, starost, ki jo je lahko pričakoval novorojenček, pa se je zvečala na 32 let.

Pred prvo petletko je bila umrljivost mater 20 na 1000 porodov. Na enega zdravnika je odpadlo 6100 prebivalcev (danes je to razmerje 1 : 5100). Še bolj je naraslo število izučenih bolniških sester, in sicer od 1 : 21 000 na 1 : 13 000. Preiskrba z izšolanimi babicami se je izboljšala od 1 : 20 000 na 1 : 13 000. Število dispanzerskih sester pa se je povečalo od 1 : 600 000 na 1 : 450 000.

Namesto 30 medicinskih šol jih je sedaj 42; število študentov medicine pa je naraslo od 2500 na 3500. M. K.

KAKO SE JE ŠIRILA AZIJSKA GRIPA

Domnevajo, da je tako imenovana azijska gripa, ki je lani mučila prebivalce skoraj vsega sveta, izšla iz Tibeta. Prva poročila o tej bolezni so prišla v drugi polovici aprila iz nekega begunskega taborišča v Hongkongu in iz Singapura. V maju so za gripo obolevali tudi že na Japonskem, v Indoneziji, v Kambodži, na Formozi, na Filipinih, na Borneu in v Indokini. Začetka julija je bila gripa tudi že v Indiji in Karačiju.

Posamič se je azijska gripa pojavljala tudi v nekih mestih in lukah pa tudi na vmesnih postajah transkontinentalnih zračnih prog. Na Zahod je prišla azijska gripa konec junija, in sicer v neke iranske luke in v Turčijo; razsajala pa je tudi po Koreji in Braziliji. Konec julija je bila azijska gripa v Afriki, zlasti v Džibutiju in v Sudanu. Sredi avgusta je prišla ta gripa na obisk v Etiopijo, v Taganjiko, v Egipt, v Mehiko in v Novo Zelandijo. Hitro se je širila tudi po Avstraliji, kamor so jo zanesli potniki z avioni. Kmalu so jo občutili tudi že v Združenih državah Amerike, pozneje pa še v holandski Gvineji, v Teheranu, na Bahreinskih otokih, v Kuvaitu, v Adenu in v Jemenu.

V Evropi so opazili prve primere v začetku avgusta na Holandskem in v Češkoslovaški republiki. Kmalu so imeli gripo tudi v drugih delih Evrope, zlasti v lukah Hamburgu in Neaplju ter končno še v Moskvi, na Angleškem in v Španiji. V tem času smo jo občutili tudi pri nas. M. K.

Za razbremenitev delovne žene

Iz poročila tov. Angele Ocepke na plenumu Zveze ženskih društev Slovenije dne 22. aprila 1957.

V zvezi z današnjim položajem zaposlenih žena v družini, v poklicu in na delovnem mestu stopa v vsakdanjem življenju čedalje bolj v ospredje vprašanje, kako razbremeniti zaposlene žene. Zato je potrebno, da se na kratko seznanimo, kakšno je v tem pogledu stanje pri nas danes in kakšnih nalog bi kazalo, da se na tem področju lotimo v bodoče.

I. O VZGOJI PREBIVALSTVA ZA BOLJŠI NAČIN PREHRANJEVANJA

V zvezi s prosvetljevanjem prebivalstva je doslej veljala prva skrb vzgoji strokovnih ljudi in ustanavljanju posebnih ustanov za pospeševanje gospodinjstva. Republiškim in okrajnim zvezam je ob sodelovanju organizacij in oblastvenih organov slednjič uspelo, da so po vseh okrajih ustanovili Zavode za napredek gospodinjstva, ki ob pomoči organov družbenega upravljanja, organizacij in društev vodijo prosvetno pospeševalne akcije na področju prehrane. Uspehi tega dela se že kažejo v krajših seminarjih in številnih tečajih.

Tako je v pretekli zimski sezoni število tečajev in udeleženk naraslo, kar priča, da so potrebni in da se za to izobrazbo zanima veliko ljudi (preteklo leto je bilo 700 tečajev z 20 000 udeleženci). Pri tem ugotavljamo, da so na nekaterih tečajih seznanjali udeleženske s sodobnimi osnovami zdrave prehrane in z načinom pripravljanja te hrane. Ponekod pa se je poučevalo po starem, našim težnjam nasprotnem načinu. Vzrok temu je brez dvoma v pomanjkanju strokovnih predavateljev. Vendar ne moremo pustiti stvari tako, kot je, ne da bi poizkušali najti tudi iz tega položaja kak izhod. Zato je treba v bodoče poskrbeti, da bodo kadri pravilno razmeščeni in polno zaposleni v svoji stroki. Poleg strokovnjakov pa moramo zbirati priučene žene, absolventke enoletnih gospodinjskih šol, kmetijsko-gospodinjskih šol, njihovo znanje pa dopolnjevati v posebnih seminarjih.

Glede na to, da imamo te vrste strokovnih kadrov premalo, je naloga ženskih in drugih društev, da mobilizirajo žene in prevzamejo vsa organizacijska tehnična dela pri tečajih oziroma seminarjih. Tako bodo zelo razbremenile strokovni kader.

Ker je za sodoben in zdrav način prehranjevanja potrebno vsaj minimalno znanje iz zdravstva in higiene, naj bi naši državljani to znanje pridobivali tudi v tečajih pri pouku o zdravem načinu prehranjevanja itd., vse dokler otroci ne bodo dobili tega znanja že v osnovni šoli.

Poleg posebnih gospodinjskih tečajev pa imamo že nekaj let v zimskem času tudi kmetijsko-gospodinjske šole, ki jih je v Sloveniji 251, potem tečaje

Rdečega križa za kmečka dekleta in za delavke v tovarnah. Menimo, da je ta oblika pošolskega izobraževanja v normalni rasti, ki ob drugi izobrazbi daje tudi gospodinjsko izobrazbo. Zato naj se ti strokovni kadri, kar jih teren premore, usmerjajo prvenstveno v te tečaje.

Za načrtno gospodinjsko vzgojo in za vzgojo v zdravi prehrani je glavni odbor Zveze ženskih društev s pomočjo posebne komisije pripravil predlog za učni načrt o pouku gospodinjstva v osnovnih šolah in ga obravnavajo tudi že v Zveznem zavodu za proučevanje šolstva. Bogato osnovo za izdelavo tega predloga je dal pouk gospodinjstva v nekaterih šolah Slovenije.

Pogoje za praktične poskuse z gospodinjskim poukom v šolah je omogočilo predvsem dvoje: I. plenum Zveze ženskih društev Slovenije in številna posvetovanja o tem predmetu po okrajih, zlasti pa to, da so se na teren vrnile tovarišice aktivistke, ki so v Grobljah dokončale gospodinjsko šolo. In danes lahko trdimo, da je prvi poskus uspel: v tem šolskem letu se na 61 šolah (nižjih gimnazijah in osemletkah) v republiki poučuje gospodinjstvo. Pouk zaradi objektivnih težav ni še povsod na zadovoljivi višini, vendar vsebuje tista osnovna načela, ki jih je postavila naša organizacija. Pomen te dejavnosti, ki ne čaka, kaj bo predpisala nova šolska reforma, ni samo v konkretnih vzgojnih uspehih pri mladini, temveč tudi v tem, da smo za gospodinjski pouk pridobili mnogo zaveznikov v okrajnih prosvetnih organih, posebno pa starše. Naše gospodinjske učiteljice, Zavodi za napredek gospodinjstva in Zveza ženskih društev so se na ta način vključili v delo za praktično reformiranje naše osnovne šole. Mislim, da naš današnji plenum lahko zaključi edinole, da je treba s tem delom nadaljevati, in obenem izrazi priznanje tovarišicam učiteljicam, ki kot pionirke tega pouka na šolah rušijo stare predsodke in uresničujejo naše skupne težnje. Pospeševalno in izobraževalno delo pa zahteva strokovno literaturo, ki jo izdaja Centralni zavod za napredek gospodinjstva. To so knjižice, kot n. pr. »Preprosta kosila«, primerna za obratne menze, »Malice in še kaj« za šolske kuhinje, »Prehrana nosečnic«, »Koline«, »Dieta za sladkorne bolezni«, »Dieta pri želodčnih boleznih«, nadalje mesečnik »Sodobno gospodinjstvo«, ki tudi spremlja te probleme, in letak »Čuvajmo živila pred okvaro«. Naklada izdanih brošur je bila 42 000 izvodov, letakov 27 000 in »Sodobnega gospodinjstva« 108 000 izvodov, skupaj 177 000 izvodov naklade. Izšle bodo še brošure »Zelenjava in sadje za zimsko zalogo« in brošure, ki bodo prinesle dietne jedilnike za druge bolezni. Pri Prešernovi družbi bodo izšli »Jedilniki po letnih časih«. Zveza združnic je v založbi Kmečke knjige izdala knjigo »Več zelenjave, več zdravja« že v drugi nakladi po 6000 izvodov. Prav tako pa tudi »Naša žena« in dnevni tisk v svojih prilogah za dom in družino obravnavajo posamezna vprašanja o prehrani. Propagandno gradivo v listu »Sodobno gospodinjstvo« in omenjene brošure so ogromno pomagale strokovnim kadrom, ki praktično delajo na področju teh vprašanj, pa tudi raznim kolektivnim gospodinjstvom in ženam pri vsakdanji kuhi. Vendar je to gradivo do sedaj le delno zadostilo potrebam. Poudarjamo pa, da je pri bodočih izdajah te vrste posvetiti vso pozornost metodološki obdelavi učnega gradiva. Da bi v bodoče čim gospodarneje izkoristili strokovne moči in materialna sredstva, je med vsemi izdajatelji teh publikacij potrebno tesno sodelovanje.

II. KVALITETA IN PREHRAMBNI OBRATI, MENZE IN SOCIALNO ZDRAVSTVENE USTANOVE

V zvezi z zaključki s posvetovanja o prehrani, ki se nanašajo na izboljšanje prehrane v obratih družbene prehrane, je Centralni zavod za napredek gospodinjstva organiziral seminarje za strokovno osebje v menzah. Pripravil je tudi jedilnike za take obrate družbene prehrane. Pravkar pa proučuje organizacijo dela in racionalno opremo v menzah, ki je osnova za kvalitetnejšo in cenejšo hrano v teh obratih.

Glede na ugotovitve posvetovanja o nezadovoljivi kvaliteti in enoličnosti prehrane v menzah ter ugotovitve o obremenjenosti obstoječih menz pa moramo priznati, da se to stanje bistveno ni spremenilo. Ne moremo trditi, da ni bilo prizadevanja v tej smeri, saj so bile ustanovljene menze po sodobnih principih v Kranju, Trbovljah, Ljubljani in Mariboru. Tudi si že v obstoječih menzah prizadevajo, da se omogoči odnašanje hrane na dom. Glavni vzrok, da sedanje stanje menz še ni zadovoljivo, pa je v tem, ker ni prave jasnosti, kdo je dolžan ustanavljati in vzdrževati menze in iz kakšnih sredstev naj bi se ustanavljale.

Ne razpolagamo sicer s točnimi podatki o številu obratnih menz in številu njihovih koristnikov, vemo pa, da število menz in abonentov počasi le narašča. Da bi se izboljšala tudi hrana, ki jo obratne menze med delovnim časom delijo delavcem, je Centralni zavod za napredek gospodinjstva izdal brošuro »Preprosta kosila«, kot del svoje naloge v zvezi z obratnimi menzami. Še letos pa bo proučil njihovo organizacijo dela, pripravo hrane, skratka vse, kar vpliva na kvaliteto obratovanja, hrane in njene cene.

III. PROIZVODNJA IN POSREDOVANJE DEFICITNIH PREHRAMBNIH ARTIKLOV

Za večjo in boljšo proizvodnjo živil si veliko prizadeva Zveza zadružnic. V svojem načrtu, ki ga že izvajajo, skušajo predvsem povečati in izboljšati gojenje zelenjave, rejo perutnine, uvesti skušajo bolj higiensko predelavo mleka itd. Podčrtati pa moramo, da so žene zadružnice v svojih kmečkih gospodarstvih same dajale predloge za proizvodnjo nekaterih kmečkih proizvodov, ki dotlej po našem podeželju niso bili znani. Na številnih seminarjih in tečajih pa so kmečke žene in dekleta dobile strokovno pomoč za kmetijsko proizvodnjo ter sodobna navodila za pridelovanje in konzerviranje sadja, zelenjave, mesa ter pridobivanje brezalkoholnih sadnih sokov. Seveda so to šele prvi koraki, toda kmetijska proizvodnja po količini in raznovrstnosti vendarle že narašča.

Pozabiti pa ne smemo, da je prehrana le del problematike, ki zadeva našo družino. Pri izvajanju zaključkov s posvetovanja o prehrani smo vzporedno organizirali razne dejavnosti, ki ženo razbremenjujejo nekaterih del tudi v družini.

Položaj, v katerem so ženske pri nas danes, je bistveno drugačen, kot je bil pred desetimi leti oziroma pred vojno, saj je danes v delovnem razmerju tretjina vseh žensk v Sloveniji, pri čemer pa niso vštete kmečke žene. Med zaposlenimi je precejšnja večina poročenih žena, mater in obenem gospodinj. Število zaposlenih žensk pa bo predvidoma še naraščalo. Z možnostjo, da se v

tolikem številu vključujejo v proizvodnjo, smo pa mnoge med njimi dvojno obremenili, ker jim obenem nismo omogočili, da bi bile razbremenjene dela v družini. Tako so ženi ostala v glavnem vsa tista dela, ki jih je opravljala takrat, ko je bila sama doma in ji je bila skrb za družino osnovna in edina naloga. To stanje pa neugodno vpliva na ženo kot strokovno in javno delavko, vpliva na njen razvoj in jo, če je vrh tega še mati oziroma gospodinja v družini, vse to zdravstveno ogroža in čez mero izčrpava tudi fizično.

Vendar se je zadnji čas v tem pogledu vsaj po večjih centrih marsikaj le izboljšalo. »Non-stop« trgovine so čas dela prilagodile prostemu času delavcev, uvedlo se je odvažanje špecerije in mleka na dom, imamo tudi že dežurne stojnice na zelenjadnih tržiščih itd.

Toda današnji čas daje še vse več možnosti za razbremenitev ženske. Na pobudo ženskih zvez in društev je bilo v Sloveniji ustanovljenih nekaj gospodinjskih birojev, krpalnic, ponekod tudi pralnic, vrtcev, menz itd. Za določeno obdobje je ta dejavnost vsaj deloma pomagala reševati najnujnejše probleme. Ker se pa razmere pri nas vedno bolj normalizirajo, bo tudi ta vprašanja treba reševati načrtno in organizirano.

Sedanja gospodarska politika, ki že daje del družbenih sredstev za dvig življenjskega standarda in s tem obenem tudi za organizirano pomoč družini, nakazuje v organiziranju te dejavnosti drugačen razvoj. Družbena samouprava v tovarnah, občinah in stanovanjski skupnosti pa daje stvarno podlago za proučevanje, kakšna pomoč je zaposleni ženi potrebna.

S teh vidikov in po dosedanjih izkušnjah daje Zveza ženskih društev Slovenije v pretres naslednje oblike dejavnosti za razbremenitev zaposlene žene oziroma za pomoč družini.

1. Oblike in možnosti prehranjevanja izven družine

a) **Menze.** Predvsem bo treba tam, kjer to še ni, pravno urediti, da se obrati družbene prehrane po svojem položaju izenačijo z gospodinjstvi v privatnih družinah — to se pravi: cena za vodo, kurjavo, elektriko in plin mora biti tu in tam ista. Občinski ljudski odbori ne smejo menz smatrati za pridobitna podjetja, kar se tiče njihovih obveznosti do občinskih LO. Ugotoviti je, kdo je dolžan ustanavljati obrate družbene prehrane in od kod dobiti sredstva v ta namen. Posebno paznjo je posvetiti kadru v obeh obratih. V večini primerov je to le priučen kader. Od tod tudi slaba in nezadovoljiva hrana, ker njene kalorične in biološke vrednosti največkrat niti ne preračunavajo.

b) **Privatna gospodinjstva, ki kuhajo za abonente.** Nekaj takih gospodinjstev je v Ljubljani, Mariboru in še po nekaterih drugih središčih. Lahko bi jih bilo pa več, če bi jih ponekod ne omejevali s previsokimi dajatvami. Mnenja smo, da je taka gospodinjstva treba razvijati. Marsikje namreč se ne izplača organizirati menzo, imamo pa ljudi, ki morajo iskati hrano izven doma, n. pr. učitelje, zdravstvene delavce, sezonske delavce itd.

Gostinska zbornica meni, da takih gospodinjstev ne kaže razvijati, ker ni možno nadzorstvo glede strokovnosti in snage. Ker pa imamo zavode za napredek gospodinjstva že po vseh okrajih, bi strokovne moči od tod lahko po sodobnih vidikih usmerjale gospodinjne, ki kuhajo za abonente. Zato predlagamo, da občinski ljudski odbori dajo posameznim gospodinjam, ki imajo

doma ustrezne higienske pogoje, možnost in pravico, da sprejemajo na hrano abonente. Taka gospodinjstva naj se na občini registrirajo, gospodinje same pa naj se hkrati obvežejo, da se bodo strokovno usposabljevale, da bodo skrbale za red in snago ter nudile zadostno in zdravo prehrano. Higienska inspekcija pa naj bi imela pravico, da jih nadzira.

c) **Obratne menze.** Obrok hrane na delovnem mestu je velikega pomena za zdravje in delovno zmogljivost delavcev. Poleg tega pa bi obrok hrane med delovnim časom, če bi ga uvedli povsod, vplival tudi na vrstni red prehrane v družini. Tu mislimo na primere, kjer sta oba od staršev zaposlena in dobivata hrano na delovnem mestu, ter na otroke teh staršev, ki naj bi enega od glavnih obrokov hrane dobili v šoli. Tako bi zaposlena mati po vrnitvi z dela v poznih popoldanskih urah lahko v miru pripravila skupni družinski obrok. To vprašanje naj bi za svoje območje glede na potrebe in pogoje skupno reševali delavski sveti, sindikalne organizacije, oblastveni organi in družbene organizacije.

č) **Šolske kuhinje in šolske mlečne kuhinje.** Ta oblika prehranjevanja otrok je izredno važna za njih zdravje, obenem pa pomemben prispevek k razbremenitvi zaposlenih staršev.

Od vseh obratov družbene prehrane so se v letu 1956 najbolj razširile šolske kuhinje. Leta 1955, torej pred republiškim posvetovanjem o prehrani, je šolske kuhinje obiskovalo svojih 45 000 otrok, konec leta 1956 pa že okrog 101 000. V Sloveniji ima šolske kuhinje več kot tretjina šol. Poleg teh je še 27 šolskih kuhinj, kjer dobiva 4169 otrok kosilo. Tu seveda še niso vštete kuhinje dijaških domov in študentovske menze. Takšen porast šolskih mlečnih kuhinj je predvsem zasluga večje aktivnosti raznih družbenih organizacij, društev, občinskih ljudskih odborov, organov družbenega upravljanja, oblastvenih in drugih javnih organov ter organizacije Rdečega križa.

Mlečne kuhinje so izredno važna oblika dopolnilne prehrane za zdravje otrok, ki so bodisi socialno zdravstveno ogroženi ali pa so njih starši zaposleni. Zato moramo razmišljati, kako bi v bodoče uspešneje pomagali takim otrokom ali otrokom, ki so oddaljeni od šol in nimajo urejene prehrane.

Posebno skrb moramo posvetiti doraščajoči mladini, zlasti vajencem in srednješolcem. Sporazumno z gospodarskimi organizacijami in obrtnimi zbornicami je treba rešiti problem vajenske mladine. Ponekod so v tem pogledu dosegli že lepe uspehe. (Tako n. pr. v Kočevju, kjer imajo vsi vajenci topel dopolnilni obrok malice med delovnim časom.) — Izkušnje v zadnjem letu pa kažejo na veliko iniciativo državljanov samih, ki so pod najtežjimi pogoji in ob pomanjkanju osnovnih sredstev, zlasti prostorov, opreme in posode, organizirali veliko število šolskih kuhinj.

Naša prva naloga v bodoče pa bi morala biti, da organiziramo šolske kuhinje s polnim obrokom hrane, in to predvsem v industrijskih središčih in mestih. Tako bi najhitreje dvignili življenjski standard naše delavske in nameščenske družine.

Bodoča šolska kuhinja mora postati naša stalna oblika pomoči otrokom zaposlenih staršev in otrokom, ki so oddaljeni od šole. Poskrbeti bi tudi morali, da bi otroci zaposlenih staršev opravili šolske dolžnosti v okviru šole pod nadzorstvom pedagoškega kadra. V ta namen bi v mestih in industrijskih centrih bilo treba na vsaki šoli dobiti primeren prostor ali šolski vrtec, in to prvenstveno za otroke, kjer sta od staršev zaposlena oba.

S šolskimi kuhinjami bomo obenem iz leta v leto utrjevali materialno podlago, ki bo priprava za praktičen pouk domačega gospodinjstva, kakršnega uvaja vrsta šol širom po Sloveniji. Praktična vzgoja učencev pa bo eden izmed osnovnih momentov za uspešnejši pouk v novi reformirani šoli.

Za neoviran nadaljnji razvoj obojih šolskih kuhinj pa bo treba zadevno uredbo iz leta 1949 spremeniti oziroma dopolniti. Poleg upravne in notranje ureditve ter funkcije same naj predvideva tudi strokovni nadzor in pomoč s strani zavodov za napredek gospodinjstva ter nadzor nad higienskim poslovanjem šolskih kuhinj. Nadalje naj predvideva potrebne osnovne finančne obveznosti ustanovitelja, množičnim organizacijam in društvom pa naj dopusti široke možnosti za zbiranje potrebnih sredstev, vse dokler izdatkov za funkcionalne stroške šolskih kuhinj ne bo mogoče predvideti v rednih proračunskih sredstvih.

2. Doprinos trgovinske mreže k razbremenitvi žene

V nekaterih večjih krajih smo uvedli že stari način postrežbe — donašanje špecerije in mleka na domove. Trgovska mreža naj bi v bodoče to delo sprejela v sestavni del postrežbe. S tem pa še daleč niso izčrpane vse možnosti. Odprtih je še cela vrsta vprašanj. — Predvsem naj bi trgovska zbornica ob pomoči potrošniških svetov, stanovanjskih skupnosti in družbenih organizacij v bodoče proučila in reševala vprašanje, kot je pravilna in smotrna razmestitev trgovin, v katerih morajo ljudje kupovati blago vsak dan. To so špecerijske in zelenjavne trgovine, mlekarne, prodajalne kruha in mesnice, ki naj bodo po lokaciji čimbolj strnjene, da potrošnik s potjo ne izgubi preveč časa.

Dalje bi bilo nujno potrebno organizirati prodajo na pol pripravljenih živil, zelenjave, mesa, juh in nekaterih močnatih izdelkov. V ta namen bi kazalo pač ugotoviti, kaj vse se da za prehrano ljudi že v industrijski proizvodnji predelati v na pol pripravljeno hrano.

Na trgu je čedalje večja izbira raznih gospodinjskih proizvodov in pripomočkov, kot n. pr. pralni praški, umetne mase, vlakna itd. Treba bo potrošnike vzgojiti, da bodo ta sredstva znali tudi uporabljati, saj je končni njihov namen vendar razbremenitev gospodinje. Zato je z njimi treba potrošnike seznaniti. Tu nam mnogo lahko pomagajo tisk, radio, predavanja in demonstracije v neposredni bližini potrošnikov.

Marsikaj tega in še drugega bi uspešno lahko rešili potrošniški sveti. Žal se ti največkrat ukvarjajo le z notranjimi problemi trgovine, premalo pa s koristimi potrošnikov. Zato po pravici pričakujemo od žena, da same s svojimi pobudami aktivneje posežejo v delo potrošniških svetov in v čim primernejši obliki posredujejo svoje težnje.

3. Skrb za otroke med odsotnostjo zaposlene matere

V družini, kjer sta zaposlena oče in mati, pa je poleg prehrane prav tako pereč tudi problem, komu in kje pustiti v varstvo otroke, dokler sta onadva na delu.

Reševanje tega vprašanja samo z vrtci in jaslmi se nam zdi nekoliko preozko. Prav gotovo ne podcenjujemo teh ustanov, saj so potrebne, toda s svojo ureditvijo ne zadovoljujejo vseh raznovrstnih potreb sodobnega življenja in tudi drage so.

Na raznih mestih je bilo predloženih že več načinov, kako bi kazalo čim uspešneje reševati družbeno skrb za otroke med odsotnostjo zaposlenih staršev bodisi v mestu ali na vasi.

V Sloveniji imamo vrsto industrijskih centrov, kamor se vozijo na delo delavci iz okoliških krajev, kjer vsaka družina po svoje rešuje probleme v zvezi z varstvom otrok. Vsekakor tod ne moremo reševati zadevnega vprašanja na isti način kakor v strnjenem naselju, kjer že imamo vsaj nekaj organiziranih vrtcev s celodnevno oskrbo.

Poleg tega pa se kaže tudi še potreba po organizirani javni službi za čuvanje in vzgojo otrok v različnih oblikah, kot so dnevni vrtci brez hrane, organizirani sprehodi predšolskih in šolskih otrok, čuvanje dojenčkov, vodenje malih otrok na zrak ob sončnih urah, ko je mati na delu, nadalje pomoč materam z več otroki zlasti v primeru bolezni in v izrednih družinskih okoliščinah. Potem nadzor nad otroki na igriščih, kjer bi matere lahko pustile otroke, ko gredo po opravkih, čuvanje otrok v stanovanjih ob večerih in ob raznih drugih prilikah, ko morajo starši z doma. — Končno je tu še problem šolskega otroka glede nadzora in pomoči pri učenju. Mati morda ne utegne ali pa mu s svojim znanjem tudi ne more pomagati, ker je današnja šola, zlasti v višjih razredih zahtevnejša, kakor je bila nekoč.

Razne vrste takšne pomoči proti plačilu bi v večjih centrih lahko razvili s pomočjo študentske organizacije in drugih primernih ljudi. Na posvetovanju o izobraževanju staršev je tov. Vida Tomšičeva nakazala sledečo rešitev: »Stanovajska skupnost je sposobna zaposliti celo vrsto starejših, že upokojenih ljudi, in sicer pri raznih administrativnih delih, pri čuvanju otrok ponoči itd. S tem jim bomo dali občutek potrebnosti in večje človeške vrednosti, potem ko so že izgubili sposobnost, da bi še nadalje delali na svojem delovnem mestu.«

Za delo z otroki na terenu pa je največja ovira — pomanjkanje primernih prostorov. Zato bi pri vseh novih gradnjah, ki rasto v novih naseljih, morali na to misliti ter planirati samo za otroke enega ali več prostorov, kjer bi se večji učili, manjši pa v njih prebili čas ob slabem vremenu. Predvideti bi bilo treba tudi igrišča, ob njih pa postaviti lopo, kjer bi otroci bili lahko ob slabem vremenu.

Gre za celo kopico problemov. Zato bi bilo priporočljivo, da se v ta namen zberejo strokovnjaki, ki se že pečajo s temi vprašanji, predvsem pa zdravstveni in pedagoški delavci, psihologi in arhitekti ter vse tiste družbene organizacije, ki jim je do rešitve teh vprašanj (Zveza prijateljev mladine, Zveza ženskih društev itd.). Ob upoštevanju dosedanjih pobud in izkušenj naj bi proučili razpoložljive možnosti in zasnovali načrt za ureditev navedenih vprašanj.

Misliti bi bilo tudi na to, od kod naj bi se v ta namen stekala potrebna sredstva.

Ob vsem tem bi pa vendarle ne bilo prav, če bi čakali na neke idealne pogoje, ki bodo za naše gospodarstvo sprejemljivi šele kdaj v bodoče. Izhajati moramo iz potreb terena in si prizadevati, da v skupni akciji najdemo primerne oblike, ki so izvedljive tudi že v sedANJI situaciji.

4. Konfekcijska oblačila — vsaj za otroke

Mnogo dela, skrbi, časa in tudi denarja bi si matere prihranile, če bi v trgovini dobile ustrezna že izdelana oblačila vseh vrst in za otroke vseh starosti. Zveza prijateljev mladine in Zveza ženskih društev s Centralnim zavodom za napredek gospodinjstva sta že proučili in še proučujeta kroje in blago, ki bi bilo primerno za otroška oblačila. Tudi so po večjih središčih v ta namen urejene šivalnice, ki pa same ne morejo zadovoljiti stvarnih potreb. Zato bi bilo potrebno, da to dejavnost prevzame večja obrtna proizvodnja z mehaniziranimi obrati. Tako bi se izdelki zelo pocenili. Tu čaka tovarne po naših tekstilnih industrijskih centrih hvaležna naloga. Obrt pa naj bi izdelavo ustrezne otroške konfekcije razvila vsaj v tolikšni meri, kot ji je to uspelo pri konfekciji za odrasle.

5. Servisna služba za pomoč družini

Takšno službo imajo nekatera večja središča Slovenije deloma že urejeno. Glavne dejavnosti te službe so: posredovanje delavk za delo v družini, za pranje, krpanje, likanje, pospravljanje stanovanj, v manjšem obsegu tudi izdelovanje otroških oblačil in razna šiviljska dela, čuvanje otrok ipd. Naj tu omenimo, da so v Trbovljah ustanovili javno pralnico, opremljeno s pralnimi stroji. Semkaj hodijo prati po določenem vrstnem redu gospodinje same. V Postojni pa nameravajo servisno službo razširiti tudi na nego bolnikov in starih ljudi.

Seveda pa si moramo prizadevati, da dejavnosti servisne službe v navedenih smereh še izpopolnimo, jih kvalitetno dvignemo in usluge pocenimo. To bo pa mogoče le, če v ta namen strokovno usposobimo kadre ter vse delo čim smotrneje organiziramo in mehaniziramo.

Ker se ekonomski institut in sindikati komunalnih delavcev v zadnjem času zelo zanimajo za te vrste dejavnosti in proučujejo tudi možnosti, kako to službo pravilno opredeliti in ji dati pravno osnovo, zato predlagamo:

a) Da se uredi status te službe, ki ni pridobitna dejavnost in je zato ne gre istovetiti s proizvodno obrtno dejavnostjo.

b) Uredba naj predvidi, kdo je dolžan ustanavljati te službe ter jih izpopolnjevati in razvijati.

c) Vso to dejavnost naj vodi organ družbenega upravljanja ob sodelovanju koristnikov, družbenih organizacij in članov kolektiva.

Z navedenimi dejavnostmi servisne službe pa še niso izčrpane vse oblike pomoči, ki jo lahko nudimo družini. V mislih imamo še organizirano medsebojno pomoč v večjih stanovanjskih hišah, naseljih in komunalnih skupnostih. Tod žive razni upokoenci, študentje in gospodinje, ki od časa do časa v drugih družinah opravljajo določeno delo, kot je n. pr. čuvanje otrok, pranje, čiščenje stanovanja, sekanje drv, donašanje premoga itd.

Kakšna bo organizacijska oblika te medsebojne pomoči, v naprej pač ni mogoče predvideti. Razvijala se bo ob dejanskih potrebah in možnostih. Stanovanjske skupnosti oziroma hišne svete pa čaka naloga, da organizirajo to vrsto pomoči in opravljanje teh poslov poverijo primernim ljudem. Seveda bi se pa organizacija te službe ne smela komplicirati z administrativnimi posegi, n. pr. z obvezno registracijo te službe, s predpisovanjem kakih dajatev družbi itd.

Sklep

Ko zaključujemo to poročilo, bi želeli poudariti še eno! Ustavili smo se pri uspehih, ki smo jih že dosegli, toda še večja je vrsta vprašanj, ki nas čakajo v neposredni bodočnosti in katerih rešitev ne trpi odloga. Moramo si pa prizadevati, da javnost pride do spoznanja, da je reševanje teh problemov stvar celotne naše družbe, predvsem pa političnih in družbenih organizacij, ki se v skrbi za človeka borijo za napredek skupnosti.

Kor

Zveza prijateljev r
stalno in čimbolj načr
vzgoji. Staršem želi po
o otroku.

Izobraževanje starš
za zavestno dru
ljanju tistih ustanov, k
šol, telesnovzgojnih dr

skupnosti. S svojo zavestno družbeno aktivnostjo bodo starši lahko neposredno vplivali na izboljšanje svojega položaja in položaja svojih otrok.

Drugič bodo starši pod vplivom novih spoznanj o družbi, o družini itd. spremenili in izboljšali tudi svoj odnos do sočloveka, svoje medsebojne odnose in tako tudi odnos do otrok.

Da bi ta izredna, obširna in zahtevna naloga dobila trajno obliko, da bi se tudi dobro izvajala, snuje Zveza prijateljev mladine pri okrajnih odborih prijateljev mladine Komisijo za vprašanja družine. Ponekod so te komisije že dokaj aktivne in s svojimi dosedanjimi uspehi živ dokaz, da so to dejavnost starši toplo sprejeli. Drugod zopet pa so društva pred težko nalogo, ker delo komisij zahteva predvsem dobro sestavo. Člani komisije morajo namreč poleg lastnega nagiba za te vrste udejstvovanje imeti tudi določeno strokovno in moralno-politično kvalifikacijo. Poleg dobrih pedagogov, ki so si z raznimi predavanji in ob neposrednem delu s starši pridobili ugled, pa bodo za delo komisije zelo dobrodošli psiholog, dober zdravnik in medicinska sestra, zlasti če gre za dvojce takšnih zdravstvenih delavcev, ki jima starši povsem zaupajo, ne le v zdravstvenih, marveč tudi v svojih osebnih težavah. Medicinske sestre in babice, ki po svoji službeni dolžnosti stalno obiskujejo družine, pa bi kot članice komisije posredovale različno aktualno problematiko družin ter s tem nudile možnost za realno in bogato delo pri izobraževanju in vzgajanju staršev. Njim bi se pridružili še posamezniki iz zavodov ali društev za pospeševanje gospodinjstva oziroma za pomoč ženi in družini, pa bi lahko dajali pobude za izobraževanje staršev v tej smeri. Za delo te komisije so pomembni odgovorni ljudje s sodišč in iz notranje uprave, ki poznajo probleme mladih delinkventov, zakonskih razvez itd.

žini

osredno staršem samim
stnem izobraževanju in
ružbi, človeku, zlasti pa

naj jih usposablja
sodelovanje pri uprav
o, in to od jasli, vrtcev,
i zavodov do stanovanj-

Ko zaključujemo
uspehih, ki smo jih že
v neposredni bodočnosti
devati, da javnost pri
celotne naše družbe, in
skrbi za človeka borijo



eno! Ustavili smo se pri
vprašanj, ki nas čakajo
oga. Moramo si pa prizna-
nje teh problemov stvar
jenih organizacij, ki se v

Komisije za pomoč družini

C. B.

Zveza prijateljev mladine si prizadeva, da bi neposredno staršem samim stalno in čimbolj načrtno pomagala pri njihovem lastnem izobraževanju in vzgoji. Staršem želi posredovati mnoga spoznanja o družbi, človeku, zlasti pa o otroku.

Izobraževanje staršev ima dvojen pomen. Prvič naj jih usposablja za zavestno družbeno aktivnost — za sodelovanje pri upravljanju tistih ustanov, ki se pečajo z otroki in mladino, in to od jasli, vrtcev, šol, telesnovzgojnih društev, socialnih in zdravstvenih zavodov do stanovanjskih skupnosti. S svojo zavestno družbeno aktivnostjo bodo starši lahko neposredno vplivali na izboljšanje svojega položaja in položaja svojih otrok.

Drugič bodo starši pod vplivom novih spoznanj o družbi, o družini itd. spremenili in izboljšali tudi svoj odnos do sočloveka, svoje medsebojne odnose in tako tudi odnos do otrok.

Da bi ta izredna, obširna in zahtevna naloga dobila trajno obliko, da bi se tudi dobro izvajala, snuje Zveza prijateljev mladine pri okrajnih odborih prijateljev mladine Komisijo za vprašanja družine. Ponekod so te komisije že dokaj aktivne in s svojimi dosedanjimi uspehi živ dokaz, da so to dejavnost starši toplo sprejeli. Drugod zopet pa so društva pred težko nalogo, ker delo komisij zahteva predvsem dobro sestavo. Člani komisije morajo namreč poleg lastnega nagiba za te vrste udejstvovanje imeti tudi določeno strokovno in moralno-politično kvalifikacijo. Poleg dobrih pedagogov, ki so si z raznimi predavanji in ob neposrednem delu s starši pridobili ugled, pa bodo za delo komisije zelo dobrodošli psiholog, dober zdravnik in medicinska sestra, zlasti če gre za dvoje takšnih zdravstvenih delavcev, ki jima starši povsem zaupajo, ne le v zdravstvenih, marveč tudi v svojih osebnih težavah. Medicinske sestre in babice, ki po svoji službeni dolžnosti stalno obiskujejo družine, pa bi kot članice komisije posredovale različno aktualno problematiko družin ter s tem nudile možnost za realno in bogato delo pri izobraževanju in vzgajanju staršev. Njim bi se pridružili še posamezniki iz zavodov ali društev za pospeševanje gospodinjstva oziroma za pomoč ženi in družini, pa bi lahko dajali pobude za izobraževanje staršev v tej smeri. Za delo te komisije so pomembni odgovorni ljudje s sodišč in iz notranje uprave, ki poznajo probleme mladih delinkventov, zakonskih razvez itd.

S tem, da bodo v komisiji za vprašanja družine zastopani vsi, ki na kakršen koli način lahko pripomorejo k razvoju družine, bo to problematiko vse lažje obravnavati pravilno in s hitrejšimi uspehi.

To je glavna vsebina pisma, ki so ga prejela društva prijateljev mladine. Obenem pa je to pismo poziv, da bi v »Tednu otroka« začeli z dejavnostjo, ki naj pripomore, da med starši in otroki ustvarimo urejene in pristrčne odnose.

V glavnem bodo z delovnim programom teh komisij v bodoče zajeta naslednja vprašanja:

1. Organizacija stalnega, sistematičnega izobraževanja mladih ljudi kot priprava za zakon, posebej staršev v šolah za starše, na roditeljskih sestankih, v dispanzerjih za žene, v dispanzerjih za otroke ter šolsko-zdravstvenih zavodih.
2. Usposabljanje staršev za aktivno sodelovanje pri razvijanju družbene skrbi za družino, zlasti za matere in otroke (samoupravljanje šol, vrtcev, internatov, zdravstvenih in socialnih zavodov).
3. Organizacija konkretne pomoči pri vzgoji in negi otrok.
4. Analiza stanja in pojavov v družinah na določenem področju in določenih okoliščinah.
5. Ustanavljanje družinskih knjižnic.
6. Vzpostavljjanje najtesnejšega sodelovanja s sveti za varstvo družine pri občinskih ljudskih odborih.

ŠTEVILO ZDRAVNIKOV V SOVJETSKI ZVEZI IN AMERIKI

V Sovjetski zvezi je že pred dvema letoma bilo 300 tisoč zdravnikov (en zdravnik na 666 prebivalcev), medtem ko jih je bilo v Združenih državah Amerike v tem času le 209 tisoč (en zdravnik na 790 prebivalcev).

Isto jesen se je v 75 sovjetskih medicinskih šolah vpisalo 27 tisoč novih študentov, v Ameriki pa le 7500. V juliju istega leta je v SZ zapustilo visoke šole 20 tisoč diplomiranih zdravnikov, v ZDA pa le 7 tisoč. Najbolj značilno za SZ je veliko število zdravnic in študentk medicine, ki jih je 60%; v ZDA pa je 12 000 zdravnic in le 6% študentk medicine.

Zdravniški poklic je v Rusiji zelo spoštovan in priljubljen, zato je tudi dotok na medicinske šole zelo velik.

M. K.

V FRANCIJI SO UGOTOVILI, DA OSKRBA OTROK ZARADI ZAPOS- SLITVE MATER NE TRPI MNOGO

V Franciji je zaposlenih 33% vseh žensk; od poročenih žena jih je v službi 22%, od mater pa 19%.

Natančne poizvedbe so pokazale, da odsotnost mater zdoma ne oškoduje mnogo razmerja do otrok, če so le matere ob določenih urah doma ali če lahko dovolj časa posvetijo svojim materinskim dolžnostim. Da, odnos otrok do delovnih mater je mnogokrat še celo boljši ko do mater, ki so samo gospodinje. Veselje otrok do mater lahko postane prav zaradi tega večje, ker mati ni stalno v stiku z otrokom. Zakaj vzgojni vpliv na otroke in duhovno povezanost z otroki mnogo prej ogrožajo tiste matere, ki zaradi nenehnega sožitja z otroki postanejo nestrpne in nervozne.

M. K.

Novi predpisi o zdravstvenem varstvu žena, otrok in šolske mladine

S. Plut

Po zadnjih statističnih podatkih smo imeli v LR Sloveniji 18 dispanzerjev za žene, 70 posvetovalnic za žene, 33 dispanzerjev za otroke, 277 posvetovalnic za otroke, 4 materinske domove, 3 šolske poliklinike, 20 šolskih ambulant, poleg tega pa še 13 šolskih zobnih ambulant. Že to veliko število raznovrstnih otroško-materinskih zavodov, ki so živeli in delali brez kake medsebojne povezave, je terjalo, da se vse delo na področju zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine uredi po enotnem kriteriju. Za to je govorila tudi nova komunalna ureditev in nova upravno-pravna ureditev države.

Doslej smo imeli pravno urejeno samo zdravstveno varstvo žena v zveznem pravilniku o ustanovitvi, organizaciji in delu dispanzerja za žene (Ur. list FLRJ št. 96/49) in pravno varstvo otrok v pravilniku o ustanovitvi ter organizaciji in delu dečjih (t. j. otroških) dispanzerjev (Ur. list FLRJ št. 88/49); materinski domovi pa so bili prav na kratko pravno obdelani v Splošnih navodilih o organizaciji zaščite in povzdige ljudskega zdravja (Ur. l. FLRJ št. 48/48). Vsi drugi zavodi oziroma zdravstvene strokovne enote za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine, pa so pravno bile sploh še neurejene, oziroma se je v njih delalo po predpisih ali bolje rečeno po tradiciji iz bivše Jugoslavije. Neurejenost in zastarelost pravnih predpisov je imela kaj neugodne posledice tudi za samo zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine. Vsebina dela enakovrstnih materinsko-otroških ustanov je bilo v različnih krajih različno. Dispanzer se ni ločil od posvetovalnice; imena za istovrstne ustanove so bila različna (ponekod posvetovalnica, drugod dispanzer); ponekod so bili dispanzerji za žene združeni s posvetovalnicami za otroke; posvetovalnice so ponekod vodile medicinske sestre, posvetovalnice za žene pa tudi same babice. Zdravnik pa je prišel — če je prišel — v tako posvetovalnico na vsakih 14 dni, vsak mesec ali še bolj poredkoma. Še cela vrsta drugih takih in podobnih napak je nujno terjala novo ureditev zdravstvene službe za varstvo žena, otrok in mladine.

Pa tudi sami temelji in razvoj zdravstvene službe so zahtevali drugačno vsebino dela in razširitev nalog v zavodih oziroma strokovnih enotah za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine nasproti tistim nalogam, ki so jih določali že zastareli predpisi iz leta 1949 ali celo iz stare Jugoslavije.

Vse to je privedlo republiške organe, ki imajo na skrbi zdravstveno službo, da so izdali pravilnik o nalogah, notranji ureditvi in delu zdravstvenih strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolsko mladino. Pravilnik je bil objavljen v Uradnem listu LRS št. 35 z dne 26. IX. 1957. Ker je v teh enotah največje torišče dela za medicinske sestre in ga morajo torej dobro poznati, se bomo tu pomenili o njem nekoliko podrobneje.

Pravilnik uvaja nasproti dosedanjemu stanju celo vrsto posebnosti ter postavlja nekatera načela, ki so skupna vsem enotam za zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine. Take posebnosti oziroma načela so zlasti:

1. Vse zdravstvene enote za varstvo žena, otrok in mladine so praviloma sestavni del zdravstvenega doma ali zdravstvene postaje, ki veljata po naših predpisih in o sistemu zdravstvenih zavodov, za temelj vse zdravstvene službe. Zato mora biti tudi zdravstvena služba za žene, otroke in mladino oprta na zdravstveni dom (postajo) in z njim tudi tesno povezana. Pravilnik sicer ne izključuje, da se ustanovijo tudi samostojni zavodi za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine (n. pr. okrajni ali republiški zavodi za zdravstveno varstvo žena in otrok ali okrajni Centralni dispanzerji za žene ali otroke, samostojne šolske poliklinike itd.), vendar so to le strokovno više organizirani in bolje opremljeni zavodi, ki obenem v strokovno metodoloških zadevah pomagajo in usmerjajo niže organizirane; za take izjemoma samostojne zavode pa mora biti izdan še republiški predpis po 54. členu zakona o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah.

V 29. členu zakona o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah je določeno, da mora obvezno imeti vsak zdravstveni dom vsaj eno strokovno enoto za šolsko mladino (dispanzer, ambulantno ali polikliniko), vsaj eno strokovno enoto za žene (dispanzer ali posvetovalnico), vsaj eno enoto za otroke (dispanzer ali posvetovalnico), poleg tega pa še patronažno in babiško službo. Neobvezno pa ima lahko v svoji sestavi še materinski dom in druge enote za varstvo mater in otrok. Ako zdravstveni dom nima naštetih obveznih strokovnih enot, ne more biti zdravstveni dom, ampak samo zdravstvena postaja, za katero pa je obvezna le posvetovalnica za otroke oziroma žene s patronažno in babiško službo; seveda pa ima tudi zdravstvena postaja neobvezno lahko v svoji sestavi tudi druge enote za varstvo žene, otrok in zlasti šolske mladine (n. pr. šolsko ambulantno ali šolski dispanzer).

Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah (8. člen) določa, da je važna naloga zdravstvenega doma (postaje) zdravstveno varstvo nosečih žen, mater, dojenčkov, predšolske in šolske mladine. Logična posledica tega določila je zato predpis novega pravilnika, da mora zdravstveni dom (postaja) — tudi če nima v svoji sestavi vseh enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine — organizirati in izvajati njihovo zdravstveno varstvo po drugih svojih ustreznih ambulantah oziroma po svojih zdravnikih. To je zelo važna določba, ki onemogoča n. pr. izgovor, da se zdravstveno varstvo žena ali otrok ne opravlja, ker zdravstveni dom (postaja) nima ustreznega dispanzerja (posvetovalnice) ali šolske ambulante.

2. Drugo načelo novega pravilnika je enotnost zdravstvenega varstva žena, otrok in šolske mladine. To načelo je utemeljeno v ugotovitvah sodobne medicine, da ni mogoče skrbeti za zdravje otroka, če nisi poprej že zadosti poskrbel za zdravje žene, posebno noseče žene, in pa da ne moreš dovolj jamčiti za zdravje šolske mladine oziroma sploh mladine, če se poprej nisi zadosti brugal za otroka, tako med nosečnostjo matere, po porodu in v predšolski dobi. Vsaka posledica ima svoj vzrok, to velja še prav posebno tudi za medicino; posebno pa je ta vzročna zveza podana med materjo in otrokom. Zaradi tega je treba tudi zdravstveno varstvo žena in otrok opravljati in ocenjevati po enotnih kriterijih in — kar je še bolj važno — med seboj ni povezavi vseh zdravstvenih enot, ki delajo na tem sektorju zdravstva.

Da pa se zagotovi ta enotnost, mora zdravstveni dom (postaja) določiti posebnega zdravnika, ki vsklajuje delo vseh strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine in ki skrbi za njihovo sodelovanje (dajanje podatkov, obveščanje v konkretnih primerih itd.). Poleg tega pa mora

ta zdravnik dajati upravniku zdravstvenega doma (postaje) predloge za skladnost dela z drugimi enotami (n. pr. splošno ambulanto, raznimi dispanzerji, higiensko postajo). Ni pa pravilnik uredil vprašanja, koliko ta zdravnik lahko sam vsklajuje medsebojno delo neposredno s šefi drugih enot. Mislimo, da je to mogoče vedno, kadar ne gre za načelna vprašanja (organizacijska, finančno ekonomska itd.) ali za strokovno metodološka (kjer more dati svoje mnenje tudi strokovni kolegij), ampak gre za čisto tehnična vprašanja.

Poseben poudarek enotnosti zdravstvene službe za varstvo žena, otrok in šolske mladine je dan tudi s tem, da tvorijo vodje teh enot in medicinska sestra, ki vodi patronažno službo, »ožji strokovni kolegij«. Ta ožji strokovni kolegij je poklican razpravljati o vseh problemih zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine, ki se pojavljajo v samem zdravstvenem domu. To je posvetovalni organ, ki sam sicer ne sme ničesar ukrepati, sme in mora pa dajati upravniku in strokovnemu kolegiju predloge za izboljšanje otroškega in materinskega zdravstvenega varstva.

Enotnost te zdravstvene službe je poudarjena še na več mestih pravilnika (sodelovanje s sorodnimi zavodi, higiensko službo, organi socialnega varstva, pomoč upravnim organom ljudskega odbora, priprava načrta za zdravstveno-prosvetno delo in za patronažno službo itd.).

3. Tretje načelo novih predpisov je poudarjeno v preventivno zdravstvenih nalogah vseh strokovnih enot za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine. V pravilniku so prav pri vsaki posamezni enoti (dispanzerju, posvetovalnici, šolski ambulanti itd.) konkretno navedene tudi njene preventivno zdravstvene naloge. Ker se preventivno zdravstvene naloge ne opravljajo samo v dispanzerju, posvetovalnici, šolski ambulanti itd., ampak predvsem na samem terenu, zato je izredno močno poudarjen na več mestih pravilnika pomen patronažne službe kot jedra preventivne zdravstvene službe. Patronažno službo mora imeti organizirano vsaka otroško-materinska enota zdravstvenega doma (postaja); patronažna služba mora biti načrtna ter se mora o njenem delu voditi evidenca. Patronažna služba pa je lahko monovalentna, to je, da se lahko (če je seveda na razpolago zadosti kadra) organizira pri vsaki zdravstveni enoti za varstvo žena, otrok in šolske mladine, ali pa je polivalentna, to je, da se opravlja po splošni patronažni službi, ki jo mora imeti organizirano vsak zdravstveni dom (postaja) za vse svoje strokovne enote skupno. Načelno vprašanje, ali naj bo patronažna služba polivalentna ali monovalentna, sicer ni še rešeno, pravilnik dopušča obe možnosti. Ker pa govori mnogo več medicinskih in psiholoških razlogov za polivalentno patronažno službo, za to bo določba pravilnika, da osebje, ki opravlja patronažno službo za protituberkulozni dispanzer, ne more pa opravljati enake službe za otroško-materinske enote zdravstvenega doma (postaje), razveljavljena. S tem se namreč preveč omejuje polivalentnost in sploh učinkovitost patronažne službe. Ne bomo naštevali splošnih in konkretnih nalog patronažne službe v posamezni enoti, ker so v pravilniku podrobno obdelane. Eno pa moramo poudariti, da je od dobre patronažne službe — to se pravi z drugimi besedami od dobre medicinske sestre, ki vodi oziroma opravlja patronažno službo — v veliki meri odvisen uspeh ali neuspeh dela v vseh otroško-materinskih zdravstvenih enotah.

4. Novi predpisi hočejo uvesti v otroško-materinske enote zdravstvenega doma večjo kvaliteto dela in obenem čimvečjo raznovrstnost dela. Zdravstveni službi danes ne gre več za število, to je za kvantiteto enot za

zdravstveno varstvo žena, otrok in šolske mladine, ampak za njihovo kvaliteto. Bolje malo dobrih kot veliko slabih enot, to je načelo novih predpisov. Da se to izvede, je pravilnik postavil določene pogoje za ustanovitev in za pričetek z delom v teh enotah s tem, da je uvedel poprejšnji komisijski pregled prostorov in opreme; določil je vrsto in število prostorov ter minimalno opremo; določil je, da mora samo posebej usposobljeni zdravnik voditi strokovne enote in delati v njih določen čas (v dispanzerjih praviloma vsak dan, najmanj pa dvakrat tedensko, v posvetovalnici pa najmanj enkrat tedensko); zdravniku — šefu dispanzerja (posvetovalnice) so bile določene tudi konkretne dolžnosti. Kot že prej povedano je predpisana načrtna patronažna služba, načrtno zdravstveno prosvetno delo, uveden ožji strokovni kolegij pri zdravstvenem domu (postaji). Konkretno so navedene vse naloge strokovnih enot na sektorju varstva žena, otrok in mladine itd. Z vsem tem in s celo vrsto še drugih določb se skuša doseči boljša kvaliteta dela.

5. Novi pravilnik je razčistil tudi nekatere nejasne pojme. Pojem in vsebina dela dispanzerja oziroma posvetovalnice sta bila nejasna. Četudi sta obe enoti izrazito preventivno zdravstvene narave, je vendar v dispanzerjih (za žene oziroma za otroke) po novih predpisih dana v večji meri možnost zdravljenja obolelih, medtem ko ostane posvetovalnica še naprej izključno preventivna enota, v kateri se lahko izjemoma opravljajo v pravilniku navedene kurativne dejavnosti.

Novi pravilnik je razčistil pojme tudi glede same nomenklature zdravstvenih enot za varstvo žena, otrok in mladine, ki so se doslej kaj različno imenovali. Odslej se bodo morale te enote imenovati samo tako, kot je določeno v pravilniku in nič drugače.

Doslej smo imeli za naše razmere izredno veliko število posvetovalnic za žene oziroma za otroke, ki so opravljale samo deloma svoje naloge; tudi njihovo vodstvo ni vselej ustrezalo pojmu »posvetovalnice«. Poslovale so malokrat, 14-dnevno ali celo mesečno, statistično pa so se vodile kot »posvetovalnice«. To vse je zavajalo v zmoto državne organe in samo zdravstveno službo. Po novih predpisih se take, recimo »na pol posvetovalnice«, ne bodo mogle več voditi kot »posvetovalnice«, ampak bodo lahko obstajale še naprej samo kot »pomožne posvetovalnice« za žene oziroma otroke; to bodo samo pomožna delovna mesta v oddaljenih krajih, organizacijsko pa bodo spadale v sestavo dispanzerja oziroma posvetovalnice. Seveda je z novimi predpisi določena tudi vsebina dela teh pomožnih posvetovalnic.

6. Novi predpisi so prinesli jasnost tudi glede nalog vsake posamezne zdravstvene enote za varstvo žena, otrok in mladine in jasnost glede dolžnosti osebja v teh enotah. Naloge so bile namenoma zelo izčrpno obdelane in našteje, da v bodoče ne bo moglo priti do tega, da bi strokovne enote in osebe v njej ne vedelo za obseg svojega dela ali da bi delo nižje organizirane enote nasprotovalo ali celo presegalo delo višje organizirane enote.

Ne moremo na tem mestu naštevati, kakšne naloge ima vsaka posamezna enota, to bi bilo preobširno. Opozoriti pa moramo le na to, da bodo morali šefi teh enot in medicinske sestre biti temeljito poučeni o njihovem delu, če hočemo, da bo v teh enotah zaživel delo tako, kot zahteva novi pravilnik. Šefi teh enot, upravni odbor zdravstvenega doma (postaje) in nadzorni organi (posebno občinski sveti za zdravstvo) pa bodo morali tudi stalno zasledovati, ali opravlja posamezna enota res vse naloge v vsem svojem obsegu.

7. Z novimi predpisi je čisto s temelja urejena šolska zdravstvena služba, pod katero spadajo učenci osnovnih in srednjih šol, učenci strokovnih šol in vajenci. Šolsko zdravstveno službo opravljajo šolske poliklinike, šolski dispanzerji in šolske ambulante. Vse te strokovne enote imajo skupne osnovne naloge, zlasti vse preventivno zdravstvene naloge. Razlika med njimi je le kvantitativna, po obsegu dela, ki ga zmore vsaka posamezna izmed njih glede na število oddelkov, tehnično opremo in razpoložljivo osebje. Šolski polikliniki je predpisan minimum splošne ordinacije in vsaj štiri specialistične ordinacije ter velja za strokovno najvišje organizirano enoto, ki mora poslovati vsak dan. Šolski dispanzer mora imeti vsaj splošno in stomatološko ordinacijo, delati pa mora vsaj trikrat tedensko; šolska ambulanta mora imeti vsaj splošnega, za delo v šolski ambulanti posebej usposobljenega zdravnika in mora delati vsaj dvakrat tedensko. Šolske poliklinike se ustanavljajo le pri zdravstvenih domovih v krajih, kjer je mnogo šol; šolski dispanzerji v krajih, kjer ni pogojev za ustanovitev šolske poliklinike; šolske ambulante pa prvenstveno v manjših krajih, kjer obstajajo zdravstvene postaje.

8. Kot posebnost novih predpisov za varstvo žena, otrok in mladine lahko navedemo tudi to, da je v njih posebno poudčrtana vloga medicinske sestre. Medicinska sestra mora biti zaposlena prav v vseh zdravstvenih enotah za varstvo žena, otrok in mladine; v odsotnosti zdravnika sloni vse delo teh enot na njenih ramah; ona dela sama v strokovni enoti in tudi na terenu kot vodja patronažne službe; ona je član ožjega strokovnega kolegija itd. Skratka, medicinska sestra je tista, od katere sta v veliki meri odvisna kvaliteta in uspeh dela v vseh enotah za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine.

Glede na pomen sestrške službe v teh enotah smo mnenja, da bi se za to službo odločile predvsem sestre, ki imajo vsaj nekaj strokovnih in življenjskih izkušenj.

Novi predpisi ne obravnavajo podrobneje babiške službe, šolskih in predšolskih zobnih ambulant, ki po vsebini svojega dela tudi spadajo v sestavo zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine. To pa ni bilo niti potrebno, ker delo teh enot in služb urejajo specialni predpisi v zakonu o babiški službi in zakon o zobozdravstveni službi.

V novih predpisih tudi ne sme motiti to, da so bile vanje prevzete še aktualne določbe doslej veljavnih pravilnikov.

Novi predpisi pomenijo vsekakor velik korak naprej v organizaciji zdravstvenega varstva žena, otrok in šolske mladine. Povezava tega varstva s splošno zdravstveno službo, enotnost v reševanju vseh problemov zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine, poudčrtana vloga preventivnega zdravstva in patronažne službe, razširjene in konkretno navedene naloge vseh enot tega varstva, jasno opredeljeni pojmi in naloge osebja, vse to zagotavlja splošni napredek na področju zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine. Potrebno je le še eno — in to je glavno — da se bodo tudi zdravstveni domovi (postaje), njihovi upravni odbori, strokovni kolegiji in odgovorno osebje zavedali pomena novih predpisov ter jih z vsemi silami in sredstvi uveljavili tudi v življenje.

Beleške ob knjigah

Priročnik za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Knjižico je v juniju 1957 izdal Okrajni zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani in stane 50 din.

Priročnik pojasnjuje zavarovancem, kakšne pravice imajo pri zdravstvenem zavarovanju, in to predvsem z namenom, da bi v potrebi lahko v čim krajšem času uveljavili svoje pravice brez kakršnega koli zavlačevanja in sporov, ki nastajajo zaradi nepoučenosti zavarovancev. Upravičenci do pravic zdravstvenega zavarovanja pogosto ne vedo, kdaj in kako lahko svoje pravice uveljavljajo, večkrat pa jim niti ni znano, kakšne pravice jim v posameznih primerih daje zakon o zdravstvenem zavarovanju delavcev in uslužbencev.

V priročniku so zbrana najvažnejša navodila in pojasnila o pravicah zavarovancev in njihovih družinskih članov, osnovno in širše zdravstveno varstvo, nadomestilo plače za skrajšan delovni čas, za čas poročniškega dopusta, podpora za opremo dojenčka. Nato sledijo pojasnila o pravici do pritožbe na presojo delozmožnosti ter pritožbe zoper odločbe Zavoda za socialno zavarovanje in njihovih podružnic. Priročnik bo dobro služil tudi zdravstvenim delavcem, ki morajo svojim varovancem nič kolikokrat pomagati pri izvajanju socialno zdravstvene službe v zdravstvenih ustanovah.

N. J.

Poliomielitis -s podnaslovom »Kaj moramo vedeti o njem — Kako se proti njemu borimo«, je 48 strani obsegajoča knjižica, ki jo je izdal Centralni higienski zavod LRS. Spisala sta jo dr. Emil Hinko in doc. dr. Ivan Bonač, uvodno besedo pa je napisal urednik dr. Dušan Reja.

V poglavju »Kaj moramo vedeti o poliomielitisu« obravnava dr. Emil Hinko najprej bolezen samo, zatem preide k povzročitelju poliomielitisa, opiše vhodna pota virusa v organizem ter obrazloži, kako se bolezen širi, kako se je obvarujemo in kaj vemo o cepljenju proti poliomielitisu.

Poglavje »Skrb za boljše zdravje šolske mladine — temelj borbe proti poliomielitisu«, je napisal doc. dr. Ivan Bonač. Avtor navaja, da borba za preprečevanje te nevarne infekcijske bolezni zajema širše področje preventivne medicine. Treba je dvigniti telesno in duševno odpornost

ljudi, zlasti šolske mladine, hkrati pa v slehernem kolektivu neprestano izvajati osnovne sanitarno higienske ukrepe, to se pravi, osebno in kolektivno higieno. S takšnimi ukrepi pa istočasno uspešno zatiramo tudi druge infekcijske bolezni.

Pri zatiranju poliomielitisa nakazuje avtor važne naloge šolam. Navaja ukrepe, ki so potrebni v šoli sami, in to od zračenja učilnic, higiene šolskih stranišč, delitve oziroma zauživanja malic, šolskih kuhinj, oskrbe s pitno vodo pa do ureditve šolske okolice sploh. Naštete so konkretne naloge, ki jih ima pedagoški kader. Pri svojem rednem delu naj pedagogi stalno skrbijo, da se v šoli s sodelovanjem Rdečega križa vzdržuje vsaj higienski minimum. Prizadevati si morajo, da se mladina okrepi in si razvije telesne moči ter si tako pridobi »pozitivno zdravje«.

Po odstavku »Kaj moramo ukreniti, če se pojavi nalezljiva bolezen« pa avtor preide k prvim zadevnim ukrepom v šoli in na domu učenja, nakar zaključuje svoje poglavje z razkuževalnimi sredstvi in z načeli dezinfekcije.

Knjižica bo dobrodošla pomoč tako pedagogom kakor vsem zdravstvenim delavcem ravno zdaj v intenzivni akciji za zatiranje poliomielitisa.

N. J.

Duševna higiena. Spisal dr. Milan Bedenič. Izdala založba »Zora«, Zagreb 1956, cena 800 din.

Knjigo »Duševna higiena v vsakdanjem življenju« je avtor napisal po svojih dolgoletnih praktičnih izkušnjah, ki si jih je pridobil kot šolski zdravnik v Osijeku. Obširna snov knjige iz psihohigiene ima namen pomagati vsem, ki kakor koli delajo pri vzgoji otroka in jim je zaupano življenje in bodočnost otroka. Predvsem pa je namenjena pedagogom, zdravnikom, srednjemu medicinskemu kadru, socialnim delavcem, pravnikom in vzgojiteljem v otroških domovih. Iz tisočerihih primerov, ki jih je dan na dan obravnaval v posvetovalnici in v ambulanti, navaja številne življenjske primere tudi v knjigi in z njimi ilustrira svoja dognanja, kar daje delu še posebno vrednost.

V začetku podaja knjiga kratek zgodovinski pregled psihoanalize, obravnava individualno psihologijo, telesno defektnost, zunanost in značaj človeka ter vpliv družbenega in gospodarskega položaja na

oblikovanje značaja. Obširneje razpravlja o vplivu vzgoje na razvoj osebnosti, govori pri tem o obćih smernicah vzgoje, o negotovosti vzgojitelja, o popustljivosti in razvadah, o osebnosti in vzgoji vzgojitelja samega ter o problemu kaznovanja.

Posebej obravnava avtor duševne krize v letih pubertete, vpliv spola na značaj in seksualno pedagogiko. Tako nas pri obdelavi obsežne snovi privede do zrelega obdobja človekovega življenja, ko si izbira zakonskega tovariša, ter preide nato k seksualnim motnjam, njih terapiji in splošnim problemom, ki nastopajo v zakonu.

Knjigo zaključujejo nasveti za izbiro poklica, razpravljanje o alkoholizmu kot socialni bolezni in nekaj podrobnosti o delu šolske poliklinike v Osijeku in njenih psihohigienskih posvetovalnicah.

Snov, ki jo je iz obsežnega in plodnega življenjskega dela zbral v knjigo, potrjuje avtorjevo trditev, da je treba vsakega pacienta smatrati za družbeno bitje z vso njegovo okolico vred, ne pa kot izoliranega posameznika.

Izkustva na področju duševne higiene kot posebne socialno-medicinske stroke, ki jih je dr. Bedenić strnil v tej knjigi, so lahko kašipot in pomoč vsem, ki delajo ali kakor koli sodelujejo pri vzgoji otroka in reševanju življenjskih problemov naše vsakdanjosti.

N. J.

Dr. Mirko Černić — Slovenski zdravstveni besednjak — Ljubljana 1957. Cena 1250 din.

Avtor pravi, da je s tem besednjakom imel namen pomagati zdravstvenemu osebju, da bi laže doumelo zdravstveno besedo, ki ima izredno mnogo latinskih in grških oznak. Za tuje besede je skušal najti obstoječo slovensko besedo, kjer je ni, pa jo je napravil sam po zakonih slovenske ljudske govorice. V primerih, ko tudi to ni mogoče, pa latinsko ali grško besedo obrazloži. V besednjaku, ki obsega 707 strani, je pokojni dr. Mirko Černić skušal zbrati slovenske zdravstvene besede in jih tako uvrstiti v splošni slovenski besedni zaklad. S svojim življenjskim delom se je vredno uvrstil med največje pionirje slovenske strokovne besede.

N. J.

Dr. Drago Chloupek, Putevi zdravstvenog odgoja naroda. Izdala Zastita zdravlja, Zagreb 1952.

Avtor je napisal to knjigo z gledišća, da si dejavnosti preventivne medicine ne moremo misliti brez sodelovanja vseh in vsakogar, kajti od sodelovanja strokovnih ljudi z laiki je odvisen uspeh ali neuspeh pri večini preventivnih akcij. Pri vsaki analizi obolevanja ljudi se kot rdeća nit vleče — neznanje. Varovanci zdravstvene službe ne vedo za delež, ki ga morajo v delo splošne preventivne dejavnosti vnesti sami. Vsak človek namreć ima pri zdravstvenem delu svoje jasne naloge in dolžnosti. Če zanje ne ve, tedaj smatramo takšno stanje za zdravstveno neprosvetljenost, ki se jasno kaže tudi pri obolevanju ljudi.

Knjiga objasnuje vsa sredstva za zdravstveno prosvetljevanje in zdravstveno vzgojo: živo besedo, tisk, slike, film, taktiko in organizacijo zdravstvenoprosvetne dejavnosti in metodiko pouka.

Avtor pravi, da je knjižica skica za sodobno zdravstveno prosvetljevanje in obenem poizkus, da se iz dosedanje prakse izdela teorija — strokovna veja medicinske znanosti, ki naj bo neprekinjeno delo. Zdravstveno prosvetljevanje ljudi je akcija brez konca in mora biti kot »...kraljestvo, v katerem sonce nikdar ne zaide«.

N. J.

Obćina in družina. Pod tem naslovom je Zveza prijateljev mladine Slovenije pravkar izdala zbornik referatov in razprav z zborovanja dne 1. in 2. X. 1957 v Ljubljani. Knjižica obsega 76 strani in stane din 50.—. Naj navedemo samo naslove posameznih razprav, ki so vse do zadnje po svoji vsebini izredno aktualne: Socialno varstvo družine v obćini, Zdravstvena zaščita družine v obćini, O stanovanjskih skupnostih, Materialne možnosti obćine za zboljšanje življenjskih pogojev družine, Pereći problemi vzgoje otrok. — Za zaključek je na zborovanju spregovorila tudi tov. Vida Tomšić in v pregledni obćli v zvezi s prejšnjimi izjavami prikazala obćino kot organizatorja družbene skrbi za človeka.

ENO LETO DELA SZO V PREDELU ZAPADNEGA PACIFIKA (leto 1954-55)

Na področju zaščite matere in otroka je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) posvetila v Kambodži, Hongkongu, Filipinih in Vietnamu pozornost predvsem varstvu porodnice, okrepitevi nadzora nad delom praktičnih babic in izpopolnjevalnim tečajem, ki jih prirejajo zanje.

Da se uvede zdravstvena služba za doraščajočega otroka v Hongkongu, Filipinih in Singapur, je spodbudo prav tako dala SZO. Tudi je ta organizacija pomagala na Japonskem utrditi že vpejano zdravstveno službo in razširiti varstvo na pohabljenе otroke.

Kar se tiče sestrskega kadra, so njih šole izpopolnili predvsem s tem, da sestre pripravljajo tudi za vzgojiteljske naloge.

Pomoč so nudili tudi na ta način, da so razširili klinični pouk in izboljšali sestrsko službo. Izdali so nacionalne predpise, ki naj stopnjujejo odgovornost sestrskega vodstva. Ob sodelovanju sester iz posameznih dežel je SZO izdelala tudi številna učila.

SZO je pomagala številnim deželam pri sanitaciji okolja. Na Japonskem, na Sevu, Borneu, Saravatu, Tajvanu in na Kitajskem je ta pomoč bila v tem, da so odkrivali pereče probleme in pomagali izdelati dolgoročne načrte za izboljšanje higienske službe.

Nalezljive bolezni. Organizacija se je trudila, da bi prepričala vlade, da v malarčnih predelih razširijo svoj načrt za protimalarično borbo. Tako so nekatere države spremenile svoj dosedanj program, druge pa sprejele nove načrte za delo.

V protituberkulozni akciji je pomoč SZO prišla do izraza predvsem pri besežiranju, koder namreč niso te akcije izvedle države same.

Po programu SZO-UNICEF je za preprečevanje spolnih bolezni bilo ustanovljenih 22 zdravstvenih centrov, 365 zdravstvenih postaj in več bolnic. Seroško pregledanih je bilo več kot 250 000 ljudi.

Pri preprečevanju rumene mrzlice je SZO sodelovala s tem, da je pomagala razširiti obstoječe delovne načrte in vzpostaviti nove.

SZO daje pomoč številnim vzgojnim zavodom in jo bo v bodoče še razširila. Dodelila je tudi 87 štipendij za študije na 34 različnih področjih: od javno zdravstvene administracije do sanitacije okolja pa od nege duševnih bolnikov do klinične patologije in praktične psihologije.

F. N.

PROTITRAHOMSKA AKCIJA V EGIPTU

V Egiptu je trahom zelo razširjen, vključ temu da je možno nabaviti za to učinkovita sredstva, kot so razna antibiotika in sulfamidni preparati. V deželah, kjer je zelo razširjena tako nevarna in nalezljiva očesna bolezen, kot n. pr. trahom, je potrebna množična akcija. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health organization) in UNICEF sta z egiptsko vlado začela s široko protitrahomsko akcijo. Na šolah so med starejšimi letniki izbrali bistro in najvestnejše učence, ki so po opravljenih tečajih združeni v »zdravstveni šolski odbor«. Njim je poverjena naloga, da pod nadzorstvom zdravnika redno pregledujejo svoje součence in jim dajejo tudi predpisana zdravila. Tako so po poročilu Svetovne zdravstvene organizacije — vključ izrednemu pomanjkanju strokovnih kadrov — storili prvi korak k izkoreninjenju tega zla. O mladini Egipta pa pravijo, da s tem, ko navdušena sodeluje pri tej zdravstveni akciji, piše novo stran v zgodovini svoje domovine.

(World Health, 3/4 - 57) — C. B.

ZDRAVSTVENO STANJE PRI VOZAČIH AVTOMOBILOV

V Medicinskopsihološkem inštitutu za prometno varnost v Stuttgartu so preiskali 1000 avtomobilistov, ki so zagrešili kakšno prometno nezgodo. Od teh jih je 50% bolehalo za kakšno duševno ali živčno boleznijo, 20% je imelo organske okvare možgan, 14% je bilo karakterno nenavadnih, 10% je bolehalo za obolenji oči, ušes ali notranjih organov, le pri 6% niso mogli ugotoviti nič bolezenskega.

M. K.

V ZAHODNI NEMČIJI NAMERAVAJO GRADITI NOV TIP BOLNIŠNIC ZA PRIMERE LAŽJIH BOLENJ

Ker so bolnišnice tudi v Zahodni Nemčiji prenapolnjene, ker se mnogo sodobnih preiskav ne more izvršiti na bolnikovem domu in ker je zaradi naraščajoče zaposlenosti žena nega na bolnikovem domu vedno bolj otežkočena, je ing. W. Keyl v Bonnu predlagal novo vrsto bolnišnic za primere lažjih obolenj. Le-tam naj bi se namestili bolniki, katerih obolenje še ni tako hudo, da bi se morali zdraviti v specialnih oddelkih, hišni zdravnik pa bi lahko nadaljeval z zdravljenjem. Svojci bi mogli vsak dan obiskovati bolnika in bi mu v bolnišnici lahko tudi stregli. Bolnično osebje bi pravzaprav prevzelo samo »tehnični« del bolniške nege, kot n. pr. merjenje temperature, dajanje zdravil, kopanje, masiranje, splošno preskrbo bolnikov itd. Takšne oskrbovalnice, ki ne bi terjale kakšnih posebno dragih naprav, bi zahtevale tudi mnogo manj gradbenih stroškov. Ker bodo v Zahodni Nemčiji v prihodnjih letih potrebovali vedno več domov za ostarele ljudi, meni Keyl, da bi takšne domove mogli kombinirati z njegovimi oskrbovalnicami za primere lažjih obolenj.

Zato pravi Keyl, da bi inženirji, ki načrtujejo nove dele mest, morali vselej misliti tudi na takšne stavbe, ki naj bi bile na svežem zraku, obrnjene proti soncu in obiskovalcem vendar lahko dosegljive, čeprav bi od glavnega prometa bile nekoliko oddaljene.

M. K.

NAJSTAREJŠA DOSLEJ ZNANA MEDICINSKA PISMENA PRIČA

V razvalinah mesta Nippur so pred nedavnim našli tablico, na kateri je zapisanih več receptov za mazila in druga zdravila. Ta sumerijski napis izvira iz časa 3. dinastije v Uru (Mezopotamija), torej nekako iz leta 2100 pred našim štetjem.

Zanimivo pri tem je, da v besedilu teh receptov ni nikjer govora o kakšni prošnji bogovom ali o nekem zagovoru.

Ta zdravila so zvečine sestavljena iz rastlin in pripravljena s pivom ali vinom. Vsaj del teh zelišč so morali dobivati iz daljnih dežel.

M. K.

OSKRBNI STROŠKI V PARIŠKIH BOLNIŠNICAH

Po zadnjih poročilih znaša oskrbni dan na medicinskih klinikah 3450 frankov, na kirurških klinikah 4755 frankov, v bolnišnicah za tuberkulozo 2530 frankov, na zavodih za kronično bolne pa 1750 frankov.

Pri 45 milijardah frankov, ki jih porabijo na leto za bolnišnice, odpade 60% na plače za osebje.

M. K.

V ANGLIJI SO POSTALI POZORNI NA NEZGODE, KI SE DOGAJAJO PO SAMIH BOLNIŠNICAH

Spričo vznemirljivega števila nezgod po bolnišnicah so v Angliji začeli iskati vzroke in so pri tem dognali naslednje: mimo previsokih postelj za bolnike je najbolj nevarna zlasti prevelika skrb za tla po bolnišnicah, ki so se doslej morala čimbolj svetiti.

Zato so predlagali, naj opuste doslednje »poliranje« tal, ki naj bi se odslej samo umivala. Na gladkih tleh namreč je brez dvoma večja nevarnost, da človeku spodrskne. Važno vlogo ima pri tem tudi neprimerna obutev bolnikov.

M. K.

PRISTAJALIŠČE ZA HELIKOPTERJE NA STREHI BOLNIŠNICE

V Linzu (Gornja Avstrija) so pri razširitvi bolnišnice napravili tudi novo pristajališče za helikopterje. S tem upajo, da bodo ob morebitnih katastrofah poškodovance lahko kar se da hitro spravili na kraj ustreznega zdravljenja.

M. K.

PO NORVEŠKIH ZDRAVILIŠČIH ZA PLJUČNO JETIKO PREVEČ POSTELJ

Na Norveškem so od leta 1946 zaradi stalnega upadanja obolevnosti za tuberkulozo ukinali že 52 zdravilišč s skupnim številom 1241 postelj. V preostalih zdraviliščih s 1470 posteljami računajo še z novimi skrčenji.

M. K.

MEDICINSKA SESTRA NA TERENU

UREDILA CITA BOLE

LETO IV. — 1957

IZDAJA CENTRALNI HIGIENSKI ZAVOD V LJUBLJANI

KAZALO

Članki

Dr. Avčin Marij: Pregled čez antenatalno medicino	19,	64
Ovire in motnje dojenja		135
Dr. Bedjanič Milko: K vprašanju poliomielitisa		24
Dr. Bobič Rado: Stopalo in njegove naloge		179
Prof. dr. Craig W. S.: Medicinska sestra kot enakopravna sodelavka v socialni pediatriji		82
Med. s. Čarman Anica: Hišni obisk v službi protituberkulozne borbe		167
Med. s. Hočevar Marta: Kaj sem videla na Škotskem		184
Med. s. Jarnovič Neža: Za še boljše zdravstvenoprosvetno delo		158
Dr. Jerše Marjan: O bolečinah v križu		28
Dr. Konjajev Zora: O vprašanju nedonošenčkov	80,	150
Dr. Kostnapfel Janko: Važnost spoznavne in zdravljenja notranjih bolezni pri duševnih bolnikih		89
Dr. Košiček Marijan: O načelih zdravljenja in preprečevanja psihičnih motenj v otroški dobi		163
Dr. Likar Miha: Okužitve v bolnici		91
Doc. dr. Matajc Leon: Za boljšo prehrano dojenčka		147
Dr. Milčinski Janez: Kazenska odgovornost pomožnega zdravstvenega osebja		129
Med. s. Musek Majda: Medicinska sestra v izvenbolnični zdravstveni službi		12
Dr. Reja Dušan: Zdravstvena vzgoja in rak		108
Med. s. Urbančič Dina: Medicinska sestra v bolnični službi		1
Dr. Vargazon Bogomil: Dieta pri ulkusni bolezni		176

Aktualna družbena vprašanja

Arko Nika: Organizacija socialne službe		53
Beltram Živa: Gospodinjstvo izobraževanje kot eno izmed sredstev za socialistično preobrazbo družine		114
B. C.: Komisije za pomoč družini		198
Dr. Potrč Jože: Ali je družina res samo potrebno zlo?		31
Svetina Mira: Zdravstveno prosvetljevanje in vzgoja družine		97
* * * Za razbremenitev delovne žene		190

Med zakoni in uredbami

P. S.: Medicinske sestre v zdravstvenem domu		17
P. S.: Novi zdravstveni zakoni		40
Plut Stanko: Novi predpisi o zdravstvenem varstvu žena, otrok in šolske mladine		200
Dr. Skaberne Bronislav: Nekaj novosti v našem rodbinskem pravu		119

Beleške ob knjigah

Problem prehrane prebivalstva v Sloveniji	45
Helena Puhar: O spolni vzgoji	45
Dr. M. Avčin in dr. S. Lunaček: Otrok od spočetja do pubertete	45
Dr. A. Mojić: Pobačaji i regulisanje začeca	45
Dr. D. Černelč in dr. F. Rostaher: Moj otrok	46
Dr. B. Tekavčič in med. s. Marija Dernovšek: Prehrana nosečnic	46
Dr. A. Mojić in dr. F. Novak: Priročnik za delo v dispanzerju za žene	123
Skrbimo za zdravje naših otrok in mladine	123
Dr. M. Bedjanič: Infekcijske bolezni	124
Vestnik Sveta za zdravstvo in Sveta za socialno varstvo	124
Mladi svet, revija za starše in vzgojitelje	125
Prof. G. Šilih, dr. S. Lunaček, H. Puhar: Naš otrok ni več otrok	125
Priročnik za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja (N. J.)	205
Dr. Hinko Emili in doc. dr. Ivan Bonač: Poliomielitis (N. J.)	205
Dr. Milan Bedenič: Duševna higiena v vsakdanjem življenju (N. J.)	205
Dr. Mirko Črnič: Slovenski zdravstveni besednjak	206
Dr. Drago Chloupek: Putevi zdravstvenog odgoja naroda (N. J.)	206
Občina in družina	206

Obzornik

Mednarodni tečaj za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi (med. s. Anica Čarman)	46
Obolevnost za tuberkulozo pri besežiranih otrocih v Varšavi (dr. M. Karlin)	50
Alergija — družbeni problem (F. N.)	51
Prizadevanje FAO za izboljšanje prehrane človeštva (F. N.)	126
Na Švedskem že razmišljajo o tem, kdaj bodo lahko prenehali z množičnim besežiranjem (Dr. M. Karlin)	127
Kako se zboljšujejo zdravstvene razmere v Indiji? (M. K.)	189
Kako se je širila azijska gripa? (M. K.)	189
Število zdravnikov v Sovjetski zvezi in Ameriki (M. K.)	199
V Franciji so ugotovili, da oskrba otrok zaradi zaposlitve mater ne trpi mnogo (M. K.)	199
Eno leto dela SZO v predelu zapadnega Pacifika v letu 1954/55 (F. N.)	207
Protitrahomska akcija v Egiptu (C. B.)	207
Zdravstveno stanje pri vozačih avtomobilov (M. K.)	207
V Zahodni Nemčiji nameravajo graditi nov tip bolnišnic za primere lažjih obolenj (M. K.)	208
Najstarejša doslej znana medicinska pismena priča (M. K.)	208
Oskrbni stroški v pariških bolnišnicah (M. K.)	208
V Angliji so postali pozorni na nezgode, ki se dogajajo po samih bolnišnicah (M. K.)	208
Pristajališče za helikopterje na strehi bolnišnice (M. K.)	208
Po norveških zdraviliščih za pljučno vnetje preveč postelj (M. K.)	208