

# Vloga in mesto medicinske sestre

Dr. Marjan Ahčin

*Na občnem zboru društva medicinskih sester Slovenije dne 24. aprila je spregovoril tudi direktor Centralnega higienskega zavoda dr. Marjan Ahčin o delu in vlogi medicinske sestre v sodobnem zdravstvu. V naslednjem prinašamo izveček njegovih izvajanj:*

V imenu Glavnega odbora RKS in v svojem imenu Vas prav prisrčno pozdravljam z željo, da bi današnje zborovanje obrodilo v Vašem bodočem delu čimveč uspehov.

Rad bi Vam povedal nekaj o vlogi in mestu medicinske sestre in svoje misli navezal na to, kar je tovarišica predsednica nakazala v svojem referatu.

Mislím, da je prav v sedanjem obdobju našega družbenega razvoja še posebno važno, da svoje delo vskladimo z razvojem družbenih odnosov in še posebej z razvojem družbenega upravljanja v zdravstvu, ki se vse bolj pogloblja in dobiva oblike pravega ljudskega samoupravljanja. To se ne omejuje več samo na zdravstvene zavode, temveč prehaja čedalje bolj na teren, med široke množice delovnih ljudi, ki so pripravljene sodelovati in dajati tudi pobude pri reševanju zdravstvenih problemov. Pri tem jim je seveda potrebna pomoč zdravstvenega osebja, zlasti medicinskih sester, ki jih morajo neprestano učiti in usmerjati, in še posebej pomoč Rdečega križa. Vse to se sicer na terenu že razvija na široki fronti, naloga medicinske sestre pa je, da bo znala metodo dela vskladiti z razvojem in ga s tem pospešiti. Na zdravstveno dejavnost in metodo dela odločilno vpliva družbena ureditev, ki v veliki meri določa tudi obseg dela in njegovo usmeritev. Zato je nujno potrebno, da medicinska sestra budno spremlja razvoj demokratizacije pri nas, družbeno upravljanje v zdravstvu in družbene odnose na splošno, ker bo sicer nujno prišla v navzkrižje z našo stvarnostjo in našo družbo.

Razen tega sta odločilna še dva činitelja: to so dognanja sodobne medicinske znanosti, ki si jih mora medicinska sestra sproti prisvajati in uporabljati, in okolje, v katerem dela. Okolje je v prvi vrsti človek in zgodovinsko pogojena stopnja v njegovem materialnem in kulturnem razvoju. Družbeni odnosi, znanost, gospodarstvo in kultura, vse to je v nenehnem razvoju in sili tudi medicinsko sestro — kot vsakega državljana — da se razvija kot član družbe z določeno ureditvijo, da spremlja razvoj znanosti in upošteva obstoječe možnosti na določenem področju dela. Zapletene naloge, ki iz tega izhajajo, zahtevajo povsem nov lik medicinske sestre, zahtevajo samostojnega, široko izobraženega sodelavca ob zdravniku. Kot povsod v naprednem svetu, sta se še posebej pri nas v naših posebnih družbenih razmerah vloga in mesto sestre bistveno spremenila oziroma se še spreminjata, ker je to proces, ki mu nasprotuje tradicija. Prej za medicinsko sestro ni bilo pravega mesta v bolnicah, ker so se temu uspešno upirale redovnice, v ambulantah je bila njena dejavnost omejena, patronažno delo pa je bilo šele v povojih in često celo nezaželeno. Nova vloga medicinske sestre si le počasi utira pot. Na žalost moramo ugotoviti, da je prav pri zdravnikih še malo razumevanja za to, včasih celo odkrit odpor in podcenjevanje, čeprav je sestra izredno važen strokovnjak ob zdravniku, na terenu pa lahko pravi pionir zdravstva, ki zasluži vso pozornost. Za priznanje njene vloge in za njeno

ujeljavljanje se bo treba še vztrajno boriti, tako med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci kakor tudi med samimi medicinskimi sestrami.

† Sodobno pojmovanje zdravstva je daleč napredovalo od nekdanjih nazorov, ko je bila vsa zdravstvena dejavnost osredotočena na zdravstvene zavode, na bolnice in ambulante, pa tudi od nekdanjega pojmovanja preprečitve, preprečevanja bolezni. Seveda je vsa ta dejavnost tudi danes sestavni del zdravstva, vendar so sodobna prizadevanja usmerjena predvsem na to, kako bomo utrdili zdravje, kako odpravili vzroke, ki ga slabe, in kako spremenili okolje, ki nanj kvarno vpliva. Danes torej ne čakamo več, da bi človek oboli, tudi preventivno ne ravnamo samo v nekdanjem smislu, da bi preprečili pojav bolezni šele kot reakcijo na določene škodljive vplive. Danes skušamo z uvajanjem ustreznih higienskih navad in z drugimi higienskimi ukrepi zelo aktivno vplivati na utrditev zdravja. S tem bomo zmanjšali smrtnost in podaljšali povprečno življenjsko dobo, ki je pri nas še relativno kratka. Pri tej priložnosti lahko rečemo, da smo po vojni dosegli že lepe uspehe. Čaka pa nas še veliko, zelo veliko dela.

Sodobna opredelitev pojma »zdravje« zahteva nerazdružljivo enovitost telesnega in duševnega zdravja ter socialne blaginje. Vsi ti činitelji so v medsebojni vzročni in hkrati posledični povezanosti, med seboj neločljivo pogojeni. Tega menda ni treba podrobneje razčlenjevati, ker to poznate iz svoje prakse, čeprav bi bilo treba o tem še veliko govoriti in pisati, da bi prodrlo v zavest slehernega človeka. Hočem povedati le to, da čaka sestre na terenu in v zdravstvenih zavodih zelo široka in zapletena problematika.

Danes nam je jasno, da je človek telesno in duševno enovit, da je duševno, intelektualno območje samo funkcija njegovega telesa, da dogajanja na njegovem telesu nujno vplivajo na duševno območje in obratno, da je torej vse to zapleteno medsebojno učinkovanje vzročno in posledično povezano. Prav tako vemo, da sta človek in njegovo okolje neločljiva enovitost, kjer deluje enaka zakonitost. Vendar to okolje ni samo »živa in mrtva« narava, stanovanje, tovarna, pokrajina, temveč predvsem tudi človek, človeška družba, najprej seveda družina, delovna skupnost, za nastajajoče bitje pa mati, ki ga nosi. Čas ne dopušča, niti ni to mesto primerno, da bi podrobneje razpravljali o tem, kar je marsikatera med vami spoznala v svoji praksi, verjetno na terenu lažje kot v zavodih. Bo pa nujno potrebno prikazati ta objektivna dejstva čim bolj jasno pri vzgoji in pouku mladih medicinskih sester — in seveda tudi pri vzgoji drugega zdravstvenega osebja.

O vsem tem bo treba še veliko razpravljati in pisati, da se bodo napredna naziranja počasi zasedrala v naši miselnosti in se prenesla tudi v prakso. Kajti tudi v zdravstvu — in mogoče zlasti tu — se v načinu, kako ravnamo z zdravim ali bolnim človekom, jasno razodeva, kako zakoreninjeno je tradicionalno idealistično naziranje o svetu, ki zanika razvoj človeka kot telesno-duševne enote in ga obravnava iztrganega iz njegovega okolja, ne da bi upošteval zgodovinsko pogojene navade in razvade in stopnjo njegove razgledanosti.

Pred našo medicinsko sestro se odpira danes veliko širša in v marsičem zanjo tudi nova problematika. To velja še prav posebej za medicinsko sestro na terenu, zlasti v ekonomsko in kulturno zaostalih razmerah, kjer ne nastopa pri bolniku samo kot samostojen in izredno važen zdravstveni delavec, temveč še večkrat kot vzgojitelj. Naenkrat se znajde pred zapletenimi psihološkimi

in pedagoškimi problemi, ki se z zdravstvenimi prepletajo in ki jih mora obvladati, če hoče imeti uspeh. Seveda s tem ni rečeno, da ne bi sodelovala z drugimi zdravstvenimi, socialnimi in pedagoškimi kadri. Nasprotno, tako sodelovanje bo čedalje bolj neogibno potrebno. Pač pa bo to prisililo medicinsko sestro, da bo venomer širila svoje obzorje in se oborožila s potrebnim znanjem ne samo s področja zdravstva, temveč tudi psihologije, pedagogike itd. V neposrednem, neprestanem stiku z ljudmi bo morala postati dober zdravstveni in splošno kulturni vzgojitelj, da bo znala v določenih razmerah reševati razne psihološke probleme, ki nastajajo pri posamezniku in v medsebojnih odnosih. Tu so le prepogosto izvori raznih duševnih konfliktov, ki privedejo do psihonevroz in psihoz, te pa se razodevajo tudi v telesnem območju z obolenjem enega ali več organov. Takih primerov je nešteto. Na žalost se dogaja, da organske pojave v teh primerih večinoma zdravijo medikamentalno in s tem fiksirajo psihonevrozo tudi organsko: V bolniku se utrdi občutek bolezn, namesto da bi mu z dobrimi psihološkimi prijemi in vplivom na okolico vrnili zavest zdravja, vzpostavili pravilne odnose med njim in družbo in s tem povečali tudi njegovo storilnost. Ti pojavi so prav zaradi množičnosti zelo resen problem. Srečujemo jih dan na dan v naših zdravstvenih zavodih in na terenu. Vzroki so najčesče razne težave v življenju in nepravilni odnosi v družini, v kolektivih itd. To je povsem razumljivo, saj se socialistični, to je kulturni in človečanski odnosi še porajajo, medtem ko zgodovinsko pogojeni vplivi še niso prenehali delovati. Zato je to dolgotrajen proces, ki pa se že razodeva in ki ga moramo podpreti in pospešiti.

Prav posebej bi vas, medicinske sestre, rad opozoril na izredno kvarne posledice, ki jih imajo slabi odnosi in prepiri v družini pri otrocih zlasti v najnežnejši mladosti. To izkrivi značaj mladega človeka, da potem na razne načine izraža svoj protest, tja do protesta proti družbi, do hude asocialnosti. V tem sklopu je alkoholizem v ospredju zaradi množičnosti in resnih moralnih in materialnih posledic. Saj demoralizira človeka in njegovo okolico, zlasti mladino, znižuje materialni standard posameznika, družine in družbe, hkrati pa slabi njegovo odpornost proti boleznim, posebno tuberkulozi. Danes vemo, da je pri okoli 80% primerov vzrok alkoholizma prav psihonevroza. Če hočemo odpraviti take pojave, mora biti naše delo usmerjeno na odpravljanje vzrokov. Zato je nujno potrebno, da začnemo z delom že pri majhnem otroku, dokler se njegov značaj še oblikuje — kasneje bo to težje — da vplivamo v takem smislu na njegovo okolico, zlasti na starše. Kjer pa otrok živi v družinskih razmerah, ki resno ogrožajo njegov duševni in telesni razvoj in jih ni mogoče — vsaj v doglednem času — popraviti, ga bo treba presaditi v tako družino, ki mu bo lahko nudila zdrav razvoj.

Naj se dotaknem še drugega problema. Na terenu so še zelo pogostni pojavi nizke zdravstvene in higienske ravni, ki izvirajo iz gospodarske zaostalosti, ta pa iz gospodarsko-politične zgodovine našega ljudstva. Lahko trdimo, da tega ni vselej in povsod kriva materialna beda, ampak večidel neznanje, praznoverje, vztrajanje na tradicionalnih običajih in primitivnem gospodarjenju ter nizka stopnja zdravstvene zavesti in splošne razgledanosti. Vse to ovira ljudi, da ne morejo ali ne znajo izkoristiti materialnih sredstev, ki so na terenu, ali da bi taka sredstva ustvarjali sami in pri tem izrabili vse možnosti, ki jih ne manjka. Teh pojavov je veliko, zaostalost pa zelo različna, kar seveda sili k različnim načinom dela. Lahko pa tudi trdimo, da so korenite

družbeno-politične in ekonomske spremembe ter zdravstveno-vzgojna dejavnost rodile vidne uspehe, da so marsikje preoblikovale miselnost ljudi, jih razgibale in oblikujejo novo zavest. Tudi v najbolj zaostalih vaseh se razodeva želja po boljšem, bolj kulturnem načinu življenja, vendar si ljudje ne znajo pomagati in ne vedo, kako bi to dosegli. V pretežni večini ljudje rade volje sprejemajo nasvete, se radi dajo podučiti, dostikrat pa si skušajo kar sami utreti pot do višje higienske ravni.

Bilo bi čisto zgrešeno, če bi pričakovali, da bodo sredstva pritekla nekje od »zgoraj«, od države, okraja. To je najbolj primitiven način reševanja, ker hroñi vsako iniciativnost, ne ustvarja pozitivnega odnosa človeka ali kolektiva do družbe in mora kot splošna praksa nujno zavreti napredek družbe, s tem pa tudi napredek posameznika. Tak način zavaja ljudi, da mirno in vdano vztrajajo v svoji zaostalosti, ker nihče ne skuša odpraviti njenih vzrokov. Na eni strani torej aktivna borba za napredek — v našem primeru ob moralno-strokovni pomoči zdravstvenega osebja — in pozitiven odnos do družbe, na drugi strani pa pasivizacija posameznika ali kolektiva z nepravilnim odnosom do družbe.

Brez dvoma so in bodo primeri, ko bo treba priskočiti na pomoč s podporami v nuji zaradi bolezni, nezgode ali njunih posledic, zaradi katerih je ogrožen obstanek posameznika ali družine. To velja še prav posebno, kadar gre za otroke. Mislim pa, da bo tudi v takih primerih treba prizadetim pomagati tako, da se zanje najde čimprej možnost zaslužka, samostojnega pridobivanja. Takih možnosti je več, pa najsi bo to primerna zaposlitev v podjetju, ročno delo ali domača obrt. To bo ugodno vplivalo na moralni razvoj osebnosti prizadetega in ga obvarovalo pred moralno okvaro oziroma celo psihičnimi spremembami bolezenskega značaja. Skratka, gre torej za to, da odpravimo vzroke zaostalosti, saj prav oni pospešujejo obolevnost ljudi in skrajšujejo povprečno življenjsko dobo. Mislim, da se mi tu ni treba spuščati v vso ogromno problematiko varstva matere in otroka, žene v prevenciji, še posebej nosečnice že v prvih tednih nosečnosti, smrtnosti in obolevnosti otrok. Predvsem se moramo zavedati, da je treba spremeniti življenjske navade oziroma nehigienske razvade; ljudi je treba opozoriti na vlogo nečistoče pri letnih driskah dojenčkov kot vzroka okužbe, jim pojasniti ogromen pomen smotrne prehrane za odpornost organizma na splošno in posebej pri nalezljivih boleznih, tuberkulozi, jim govoriti o pomenu zdrave pitne vode za zdravje, o pomenu higiennega odstranjevanja odplak itd. Pri tem bo naša zdravstveno vzgojna dejavnost usmerjena najprej na zrelejša dekleta kot bodoče matere in gospodinje in na žene kot osrednji kulturni činitelj v družini. Seveda pa tudi moških ne bomo zanemarjali. Spet lahko trdimo, da tako dejavnost že imamo na terenu in da so tudi že vidni uspehi.

Toliko o tej, če hočete strokovni plati celotne problematike, ki pa je seveda tudi družbena, saj gre za telesno-duševno zdravje družbe, od katerega je v veliki meri odvisen gospodarski napredek. Nasprotno pa napredek neposredno vpliva na zdravstveno raven skupnosti. Družbeni odnosi določajo obseg naše dejavnosti, jo usmerjajo in zahtevajo ustrezne metode dela. Z razvojem teh odnosov raste socialistična, z njo pa tudi zdravstvena zavest. Določena razvojna stopnja nam narekuje tudi določene naloge. Ker pa je ta proces pri nas zelo nagel, bo potrebna velika prožnost duha, da bomo svoje delo pravilno vskladili z razvojem.

Od administrativnega upravljanja v prvih letih po vojni, ki je bilo objektivno pogojeno, smo prešli na družbeno upravljanje, ki se na nekaterih področjih družbene dejavnosti uveljavlja hitreje, na drugih počasneje. To pomeni, da državna oblast odмира tu hitreje, tam bolj počasi in da jo postopoma zamenjuje ljudsko samoupravljanje. V procesu decentralizacije je z ministrstva za zdravstvo kot republiškega foruma državne uprave prešlo vedno več pristojnosti na ljudske odbore, poverjeništva pa so zamenjali sveti za zdravstvo kot organi družbenega upravljanja. Upravljanje zdravstvenih zavodov je prešlo od svetov na upravne odbore, ki jih upravljajo v imenu državljanov in jim za svoje delo tudi odgovarjajo. Že dosedanji uspehi so lepi, saj je demokratizacija sprostila iniciativnost delovnih ljudi in močno pospešila oblikovanje zdravstvene zavesti.

Z ustanavljanjem komun bo razvoj demokratizacije še hitrejši, ljudsko samoupravljanje pa poglobljeno. In prav v zdravstvu so podane za to največje možnosti, ker so za ljudi najbolj oprijemljive, najbolj neposredne. Še bolj kot doslej bo treba sprostiti iniciativnost ljudi na terenu, na vasi, v kolektivih, gospodarskih organizacijah. S pomočjo zdravstvenega osebja, zlasti pa naše medicinske sestre, bo treba smotro organizirati aktivno delo za izboljšanje zdravstvenih in higienskih razmer, za mobilizacijo materialnih sredstev in moralnih sil. Gre za to, da delovni človek tudi na tem področju družbene dejavnosti preneha s tradicionalnim pasivnim sprejemanjem in se spremeni v aktivnega ustvarjalca, ki bo znal najti sredstev in načinov dela, ne da bi čakal samo na pobudo od zgoraj. S tem se bo tudi na vasi izoblikovala nova zavest vzajemnega ustvarjanja in vzajemne samopomoči.

Z zadovoljstvom lahko rečemo, da se taka dejavnost na terenu že razvija in da se kažejo uspehi, ponekod večji, drugod manjši, le da manjka prave sistematične organiziranosti.

Poudariti moram, da prav na tem področju deluje Rdeči križ Slovenije kot mobilizator ljudstva s tem, da neposredno izvaja razne akcije, jih organizira ali pa daje zanje pobudo. Uspehi so — ponavljam — veliki in spodbudni. Naj omenim samo zdravstvenoprosvetne tečaje ženske mladine, ki že začena spreminjati zunanje lice naših naselij in življenjske navade v njih. Ali pa njegova prizadevanja na področju epidemiologije, ki se ne razodevajo samo v pomoči javni zdravstveni službi. Tu nastopa Rdeči križ kot prosvetitelj, ki neposredno pomaga odstranjevati izvore kužnih bolezni. Najbolj je otipljiv napredek pri malih asanacijah. V pičlih treh letih se je posrečilo razgibati teren tako, da je ta dejavnost zajela vso Slovenijo. Prav tu imamo prepričevalen dokaz, kako je mogoče mobilizirati lokalna sredstva in sile in prid skupnosti, saj je razmerje centralnih dotacij Rdečega križa in CHZ nasproti krajevnim prispevkom v denarju, materialu in prostovoljni delovni sili 1 : 5. Imamo pa že danes primere, ko vas, ne prosi drugega kot tehnično-strokovno pomoč. Tako razgibanost je Rdeči križ dosegel s tem, da je iniciativo prenesel na teren. Dal je pobudo za ustanavljanje okrajnih in vaških odborov za asanacijo in zdaj ti sami pripravljajo programe za izvedbo teh del. Teren je zaživel in si že sam zastavlja naloge! Te naloge pa imajo tudi svoj zdravstveno vzgojni pomen, so konkretna zdravstvena vzgoja. Vloga Rdečega križa se je v primeri z vlogo te organizacije v predaprilski Jugoslaviji bistveno spremenila. Naši družbeni odnosi terjajo novo vsebino, nove oblike dela in tudi

nove naloge, med katerimi je vzgoja ljudi za samostojno reševanje zdravstvenih zadev na terenu gotovo najvažnejša.

In vloga medicinske sestre v naši stvarnosti? Medicinska sestra — in seveda tudi drugo zdravstveno osebje — bi morala že po značaju svojega poklica biti član Rdečega križa, te humanitarne organizacije, ki ima pri nas tako široko torišče dela. Morala bi podpreti njeno delo z nasveti odborom in neposredno pomagati na terenu ter se zavedati, da je zdravstvena dejavnost sicer svojstvena, vendar pa le del naše družbene dejavnosti, ki mora biti s celoto vedno povezana — tako, kot se zdravstvena problematika ne da iztrgati iz celote, ker se živo prepleta z gospodarskimi, socialnimi, prosvetnimi in drugimi problemi. Medicinska sestra na terenu je neprestano v stiku z ljudmi, živi z njimi in ima torej največ možnosti in prilike, pa tudi dolžnost, da pomaga oblikovati njihovo zdravstveno zavest in da dela za zvišanje higienske ravni na vasi in v mestu. Tudi v mestu. Priliv prebivalstva z dežele v mesto je bil po osvoboditvi zaradi naglega razvoja industrije ogromen in bo tudi v prihodnje še velik. Ti ljudje so prišli s svojimi navadami in razvadami iz lagodnega življenjskega tempa v popolnoma novo okolje, v nov način dela in življenja. Res pa je, da se človek, presajen iz tradicionalnega okolja v nove razmere, ne more prilagoditi čez noč. Kakor je to nujen pojav, vendar nedvomno vpliva na človekovo telesno in duševno območje. Zato mu je tudi v teh primerih treba pomagati z nasveti, da se škodljive posledice vsaj omilijo, če se že ne dajo odpraviti.

Na medicinsko sestro gledamo danes kot na samostojnega, široko izobrazenega in razgledanega zdravstvenega delavca, ki spremlja naš družbeni razvoj, proučuje neposredno na terenu vzroke obolevnosti in smrtnosti, svetuje in pomaga reševati konkretne naloge. Res je, medicinskih sester je še premalo, posebno jih manjka na deželi. Toda sestra ima na tisoče aktivistov Rdečega križa, ki so opravili razne tečaje — zlasti tečaje za žensko mladino — in so voljni delati, pa tudi delajo. Medicinska sestra bi jih morala med seboj povezovati, usmerjati njih delo, jim svetovati in skrbeti za izpopolnjevanje njih znanja. Morala bi postati nekakšna matica med množico usposobljenih in dobrovoljnih tovarišic in preko njih bi bila tako rekoč vedno prisotna v vsaki vasi in skoro sleherni hiši svojega področja. Razen tega, da bo imela pri svojem delu več uspehov, bo medicinska sestra lahko zelo aktivno pospešila razvoj ljudskega samoupravljanja in vzajemno reševanje nalog. Imela bi lahko redne razgovore z aktivni Rdečega križa, kjer bi izmenjavala izkušnje, pretresla z njimi probleme, pregledala opravljeno delo in jim dajala napotke. Tako bi se tudi pri njih izoblikovala zavest, da so na področju zdravstva pomemben družbeni činitelj.

Pri tem pa ne gre za to, da bi začeli propagirati angleške klozete in podobno, če pa še vodovoda nimamo. To le za primer. Ne smeli bi torej obremenjevati ljudi s pretežkimi nalogami, ne da bi upoštevali objektivne razmere. Gre predvsem za to, da začnemo reševati velike naloge osebne higiene, higieno stanovanja in okolice hiše, dvorca, hleva, da začnemo uvajati pravilno in smotrno prehrano, da se začnemo organizirano boriti proti osnovnim pojavom zaostalosti in se pri tem opremo na same množice. Da se borimo za odpravo vzrokov raznih bolezni, pojavov hipo- in avitaminoz, za higienski režim nosečnice, pa najsi bo v hrani ali načinu življenja: oboje je lahko usodno že za nerojeno bitje, v veliki meri pa tudi za novorojenčka, kot nam kaže visoka

umrljivost dojenčkov ob porodu in prve mesece po porodu. Tudi pojavov letnih drisk, ki imajo največkrat svoj vzrok v nečistoči, ne kaže zanemarjati. Delo medicinske sestre se torej ne omejuje samo na nego dojenčka in na posvetovalnico za mater in otroka, temveč sega dalje v naselje, v družino in njeno okolje. V medicinski sestri gledamo borca za izboljšanje zdravstvenih razmer, zdravstvenega vzgojitelja v besedi in dejanju, ki se pri svojem delu opira na ljudstvo in zna pritegniti k sodelovanju zlasti aktive Rdečega križa na vasi, v mestu in tovarni. Medicinska sestra stopa v žarišče naše pozornosti kot izredno važen činitelj, ker bo v poglobljeni dejavnosti lahko našla in razvila nove oblike dela, pridobljene izkušnje pa koristno uporabila pri svojem bodočem delu.

Terensko medicinsko sestro postavljam na prvo mesto, ker se pretežni del zdravstvenih problemov rešuje na terenu samem tako, da se spreminja okolje in njegov vpliv na človeka. Od tod tudi poudarek na družbene organizacije in njihovo dejavnost na terenu, v prvi vrsti pa na vlogo Rdečega križa.

V bolnicah in ambulantah se individualno zdravijo posamezniki, pri katerih so posledice kvarnega vpliva okolja na duševno ali telesno zdravje postale očitne. Seveda znanost še ni vsega dognala, vendar lahko trdimo, da gre večidel za pomanjkljivo zdravstveno službo in nizko zdravstveno zavest. Zato se tudi trudimo, da bi zdravstvo čimbolj približali terenu in prebivalstvo čimbolj na široko pritegnili k aktivnemu sodelovanju, skratka, da bi to postalo del družbene dejavnosti. Če bi si naša zdravstvena politika zastavila cilj, da bi gradili samo nove bolnice in ambulante, teren pa pustili vnemar, bi bilo teh zavodov vedno premalo. Z delom na terenu pa smo že doslej uspeli, da n. pr. trahoma pri nas dejansko ni več, da smo na najboljši poti, da spolne bolezni prenehajo biti problem, in da smo z asanacijami odstranili vrsto žarišč črevesnih nalezljivih bolezni itd. Vse to v kratkem času.

Seveda sem daleč od tega, da bi podcenjeval pomen in potrebo zdravstvenih zavodov, bolnic, ambulant in zlasti dispanzerjev. Tudi v teh zavodih je postala medicinska sestra izredno važen činitelj, seveda skladno z okoljem, v katerem dela. Najprej nas zanima njena kultura srca in ali so njeni odnosi do bolnika kulturni, človeški. Upoštevati moramo, da pomeni večina obolenj, zlasti resnejših, za bolnika hkrati duševni pretres. Pri dolgotrajnejših in hujših boleznih, kot sta n. pr. tuberkuloza ali rak, bolnika za daljšo dobo iztrgamo iz njegove sredine, v kateri je vajen živeti, iz družine, iz delovnega kolektiva. Naenkrat se mu spremeni življenje, bolezni se pridruži novo okolje, ki lahko vpliva nanj izredno hladno in mu povzroča neugodje in strah. Mnogi med njimi postanejo kasneje nevrotiki. Težko se kasneje zopet vživljajo v družbo in njene odnose, težko dobe veselje do dela; težko se jim spet povrne zavest zdravja. Tu nastopi sestra, ki v bolnici lahko ustvari toplo, človeško razmerje do bolnika in s tem znatno ublaži neugodni vpliv novega okolja nanj. Tako nastajajo odnosi, katerih središče je medicinska sestra: na eni strani zdravnik, na drugi bolničarka in bolnik, v sredi medicinska sestra, ki bedi nad bolnikom in njegovim počutjem. So sestre, ki pravilno pojmujejo obolenja, ki vedo, kakšne so posledice za osebnost bolnika, ravnajo z njim kulturno, človeško in mu znajo vrniti voljo do življenja, mu pomagajo najti pot nazaj v družbo, ki se ji je bil odtujil. Takega lika medicinske sestre pri nas na splošno še nimamo, treba jih bo za to šele usposobiti in vzgojiti. Z laizacijo zdravstvenega osebja smo v naših bolnicah prelomili s fatalizmom, na žalost

pa še nismo prelomili z nedialektičnim obravnavanjem človeka in njegove osebnosti, ki je najčešče niti ne upoštevamo, ker gledamo v njem le skupek organov in rezultat raznih fizikalno-kemičnih procesov. Tako si dajemo opravka s »primeri«, mogoče celo z »interesantnimi primeri«, obravnavamo jetra in želodec, mehur in vse mogoče organe, samo človeka kot celoto smo prezrli, pozabili na njegovo psihosomatično enovitost. Ne samo, da ne oboli en sam organ, ne da bi bilo prizadeto harmonično delovanje celotnega organskega sistema, ampak taka obolenja večinoma vplivajo tudi na duševno območje človeka in tudi to ubranost lahko prizadenejo do take mere, da pride do resnejših bolezenskih sprememb. Zelo pogosto pa je celo obratno, da se motnje na duševnem področju očitujejo na tem ali onem organu, ki ga zdravimo. S tem pa nevrozo fiksiramo tudi na organu, namesto da bi zdravljenje usmerili na njen izvor v duševnem območju. Kakor slišimo iz prakse, je takih primerov menda celo več kot obolenj organskega izvora.

V naših zavodih je precej splošen pojav, da obravnavamo človeka kot »primer«, iztrgan iz njegovega okolja, iz katerega prihaja in kamor se vrača. Vendar pa vemo, da sta človek in njegovo okolje med seboj neločljivo povezana in da v dobrem in slabem pomenu vplivata drug na drugega. Brez upoštevanja te enovitosti ni mogoče odkriti pravih bolezenskih vzrokov, ne dajati ustreznih navodil, pa tudi ne doseči pravih trajnejših uspehov. Res, da smo čitali v naših strokovnih listih prav lepe tovrstne razprave, vendar jih praksa preklicuje, ker ni v skladu z besedami. Zato so ostale deklaracije. Na žalost se tudi mladi kadri vzgajajo s takimi zaostalimi metodami in naziranj, da se navadijo obravnavati človeka predvsem kot fizikalno-kemični sklop organov. Mogoče je to najbolj očitno pri tuberkuloznih bolnikih. Že sama diagnoza je za človeka hud duševni stres. Če je bolj razgledan, se zaveda, da je postal nevaren okolici, družini, vidi pred seboj hude posledice in včasih tudi bližanje smrti, čeprav to ni utemeljeno. Iz vajenega okolja pride v bolnico ali sanatorij, med same istovrstne bolnike raznih stopenj, je duševno nezaposlen, pogosto ne vidi pred seboj prave bodočnosti, ne ve, kje bo dobil zaposlitev in kakšna bo, navadi se na brezdelje. Medtem ko ga zdravimo telesno, se njegova duševna struktura spreminja v nevrotični smeri ali celo v psihozo. Namesto da bi ga skušali takoj spočetka duševno uravnovesiti in mu pomagali, da se pravočasno vključi v družbo, zdravimo le njegova bolna pljuča. Tako objektivno pomagamo ustvarjati kasto tuberanov, pri katerih je nevroza fiksirana. Potem pa se čudimo, da imamo toliko asocijalnih, bolnikov ali prebolevnikov različnih stopenj tja do kriminalnih. Seveda se potem vprašujemo, kam z njimi in kakšni zavodi so nam potrebni. Vendar v tem ni rešitev vprašanja, vsaj v pretežni večini primerov ne. Rešitev je v pravočasnih psiholoških vzgojnih prijemih, brž ko je bolezen odkrita, v primerni telesno-duševni obremenitvi v času zdravljenja in pravočasna skrb za zaposlitev bolnika po odpustu.

Podobno je z nezgodami. Največkrat je duševni stres ponesrečenca hujši in ima zanj nevarnejše posledice kot telesna poškodba, posebno kadar gre za mladoletnika.

Tako obsežna in kočljiva problematika se razumljivo ne da izčrpati v kratkih obrisih. Hotel sem jo le nakazati, srečavate jo pa lahko vsak dan pri svojem delu. Morali se bomo potruditi in usposobiti, da bomo znali reševati tudi te prav tako važne naloge in da bomo pri delu v zdravstvenih zavodih upoštevali tudi družinsko in socialno povest (anamnezo) obolelega, ne pa samo



povest njegovih telesnih bolezni od rojstva naprej, pa še to več ali manj šablonsko.

Če na kratko povzamem, kar sem povedal, vstaja pred nami nov lik medicinske sestre: zelo samostojen zdravstveni delavec ob zdravniku, ki z živim zanimanjem spremlja razvoj znanosti in družbenih odnosov, v zdravstvu široko razgledan in dobro podkovan, psihološko in pedagoško usposobljen, s sodobnimi pogledi na zdravstvo in visokih etičnih in splošno človeških kvalitet. To naj bi bil hkrati zdravstveni, vzgojni in socialni delavec, ki mora dobro poznati našo družbeno stvarnost, če naj se znajde v njeni zelo zapleteni problematiki, ker mora sicer nujno priti z njo v navzkrižje. Mi vsi pa smo se dolžni boriti, da se bo tak lik ostvaril in uveljavil.

Prav zaradi izredno važne vloge medicinske sestre na terenu se moram nujno dotakniti vprašanja ustrezne materialne stimulacije. Ona dela v veliko bolj nepovoljnih razmerah kot sestra v zavodu. Imamo primere, da je njena dodatna plača manjša kot v zdravstvenem zavodu, čeprav so njeni fizični napori mnogo večji, delovno območje mnogo širše, saj mora ob vsakem vremenu in pogosto brez prometnih sredstev opravljati svoje delo, pešačiti kilometre in kilometre ter živeti v neugodnih osebnih razmerah, večinoma daleč od kulturnih centrov. Kljub temu lahko rečemo, da najbolj požrtvovalne vztrajajo pri svojem pionirskem delu in prav te so materialno zapostavljene. Zato niso redki primeri, da sestre zapuščajo teren in odhajajo v zavode. Na drugi strani pa so ponekod zaradi samofinansiranja potegnili patronažne sestre s terena v ambulante in tako oslabili patronažo. Marsikje bi lahko dobra bolničarka nadomestila medicinsko sestro v ambulanti. Treba se bo boriti tudi za to, da bi medicinsko sestro razbremenili administracije, ki je z njo ponekod tako preobložena, da ji ne preostaja časa za delo na terenu. Predvsem pa bo treba poskrbeti za boljše nagrajevanje terenske sestre.

Ko že govorimo o patronaži, naj povem nekaj besed o tem vprašanju, ki postaja vedno bolj aktualno. Včeraj je imela sestra Muskova o tem dober referat. Gre za vprašanje mono- ali polivalentnosti v patronaži, z drugimi besedami: ali specializirana sestra ali splošna.

Osebnostno sem mnenja, da bo nekakšna specializacija potrebna, če pomislimo na medicinsko sestro v bolnici na raznih oddelkih, morda v laboratorijih ali večjih ambulantah. Sem pa prepričan, da je specializacija v patronaži lahko samo škodljiva, ker enotno problematiko umetno razbija. Saj vemo, da so osnovni vzroki raznim boleznim in okvaram večinoma skupni, to so nizka zdravstvena zavest, splošna zaostalost, praznoverje itd.

Proti tuberkulozi se n. pr. ne moremo uspešno boriti v protituberkuloznih disperanzerjih, če ne bomo hkrati ljudem pomagali, da si smotrno uredijo prehrano, sanirajo prenatrpana in zaprašena stanovanja, se oprimejo higienskih življenjskih navad in odpravijo razne vzroke, ki slabijo odpornost človeka. Vse to je prav tako važno pri zaščiti matere in otrok, revmatizmu itd.

Medicinska sestra v patronaži mora imeti vse to pred očmi. Kaj naj napravi n. pr. v protituberkulozni patronažni službi, če enkrat ali dvakrat na leto obiše bolnika in da njemu in njegovi neposredni okolici nekaj napotkov. Vzrokov tuberkuloznih obolenj s tem ne bomo odpravili. Ali pa pri revmatizmu. Problema revmatizma ne bomo rešili v bolnicah ali zdravilnih kopališčih. Reševati ga bomo začeli pri dojenčku in v njegovem okolju, pri njegovi prehrani, čistoči, načinu oblačenja, sončenja itd. Pogostna obolenja srednjih ušes,

obnosnih votlin, črevesnih infekcij v ranem detinstvu so zametek tega kompleksa, kasneje pa kot posledica akutni revmatizem s komplikacijami na srcu, ledvicah in tako naprej. Medicinska sestra, ki bi se omejila samo na nego dojenčka in njegovo prehrano, ne more doseči večjih uspehov, če ne bo upoštevala še vseh drugih činiteljev. Ne bom ponavljal.

Pa vzemimo še sestro v industrijski patronažni službi. Ona mora, zajeti delavčevo okolje doma in na delovišču in ga mora pomagati spremeniti. Zato bo morala obvladati celotno zdravstveno higiensko problematiko!

Sedaj pa imamo patronažo za zaščito matere in otroka, ginekološko in protituberkulozno patronažo, zahtevamo jo proti alkoholizmu, pripravlja se industrijska, zahtevamo socialne delavce in morda še kaj. Cela vrsta ljudi bo obiskovala drug za drugim domove, vsak zase bo obravnaval umetno razbite probleme in vznemirjal ljudi, ki se bodo temu upravičeno uprli.

O tem bo treba resno razmisliti. Osebnost sem prepričan, da cepljenje, specializacija v patronaži lahko samo škoduje. Prav resno se bojim, da bomo napravili isto napako kot pri zdravnikih, ko je izginil dober, splošno razgledan hišni zdravnik, ki je poznal človeka, njegov telesni in duševni stroj in njegovo okolje že od rojstva. Zato pa je imel tudi lepe uspehe. Kar potrebujemo, je dobra, široko razgledana, temeljito podkovana splošna medicinska sestra na terenu, ki bo živela med ljudstvom in z njim in ki bo hkrati zdravstveni in vzgojni delavec. Pri tem se bo morala — ponavljam — nujno opirati na ljudstvo, na naše družbene organizacije in pritegniti k sodelovanju vse, ki so rade volje pripravljene sodelovati. Sama tega medicinska sestra ne bo zmogla.

Še nekaj besedi o Protiletalski zaščiti. Ne dvomim, da Vam je prva pomoč tudi pri Protiletalski zaščiti znana in še marsikaj, kar je s tem povezano. Zato se mi ne zdi prav nič važno, da morate tudi ve opraviti izpite, ki Vam gotovo ne delajo preglavic.

Važno pa je po mojem mnenju, da medicinska sestra vnese v to nekaj novega, kar terja od nje znanja in iznajdljivosti, sposobnost za improvizacijo in organizacijo. Znano Vam je, da so po prvi svetovni vojni spremenili vojno taktiko in začeli napadati nezaščiteno civilno prebivalstvo v zaledju. Pri tem prav gotovo niso imeli samo tega namena, da bi uničili strateško važno industrijo in prometna sredstva, temveč so hoteli hkrati dezorganizirati in demoralizirati civilno prebivalstvo. Že proti koncu prve svetovne vojne smo imeli nekaj takih poizkusov, čeprav šele »skromne« začetke. V vseh vojnah poslej se je to nadaljevalo in dobilo strahotne oblike v drugi svetovni vojni, ko je fašizem proglasil tako imenovano totalitarno vojno. Prve atomske bombe na koncu vojne in nadaljnji razvoj tega strašnega orožja so za nas resen opomin, da ne kaže zanemarjati zaščite civilnega prebivalstva v zaledju. Najboljša obramba proti atomskemu orožju je seveda v tem, da se prepove njegova uporaba. Za to se tudi borimo in z nami vse napredno človeštvo, saj danes človek ne obvlada več sproščenih jedrskih sil.

Protiletalska zaščita ima svoj smoter, pa še velik. Gre za to, da se že v mirni dobi psihološko pripravimo na možnost napadov iz zraka, da bi v resnem primeru kolikor mogoče preprečili preplah in brezglavost. To je naš najhujši sovražnik, ker ustvarja zmedo, demoralizira ljudi in po nepotrebnem večja število žrtev.

Za medicinsko sestro je posebej važna preselitev mater in otrok iz večjih naselij v varnejše kraje. S tem je povezana cela vrsta organizacijskih, epidemioloških, komunalnih problemov: kako čimbolje izvesti preselitev, pri tem pa pomirjevalno vplivati na otroke in matere, kako organizirati v novem okolju preskrbo s hrano in zdravo pitno vodo, kako preprečiti izbruh epidemij, kako urediti higiensko odstranjevanje odpadkov in odplak itd. Z vsem tem smo se v povojni dobi še prav malo ukvarjali, imamo pa že izkušnje iz narodnoosvobodilnih bojev. Tudi na to bo treba misliti in medicinska sestra ima skupno z družbenimi organizacijami — Rdečim križem, Društvom prijateljev mladine, Zvezo ženskih društev itd. — važno nalogo.

Tako sem hotel v zelo zgoščeni obliki povedati, da moramo — in na kakšen način moramo — vskladiti svoje delo z izsledki sodobne medicinske znanosti, s sodobno zamislijo zdravstvene dejavnosti in z našim družbeno-političnim in gospodarskim razvojem. Iz tega pa izhajajo velike in hvaležne naloge za Vaše društvo, predvsem da vpliva na vzgojo novih kadrov in na podiplomsko izpopolnjevanje sester, da ustvarimo tak lik medicinske sestre.

Pri tem Vam želim mnogo uspeha.

R

doma

Glede na to, da programa nenehno o lavce na terenu, mis cinske sestre o razvo

Rdeči križ je ši zadeva, da prepreči veštvo z vojnam in se združili v organiz

a pri izvrševanju svojega re, kot svoje najožje sode no tudi v glasilu za medi ia in v svetu.

ia organizacija, ki si pri i nesreče, ki zadevajo člo a smoter delajo vsi, ki so

Na pobudo Henryja Dunanta, ki je na svoje oči videl v bitki pri Solferinu leta 1859 grozote vojne in trpljenje ranjencev, se je osnoval v Ženevi poseben odbor za sklicanje mednarodne konference, ki naj bi rešila vprašanje glede zaščite ranjencev, boljše organizacije prve pomoči, zaščite ter nevtralizacije sanitetnega osebja itd. Odbor petih je postal zametek, iz katerega se je kasneje razvil Mednarodni komite Rdečega križa in ki je utrl pot, da je leta 1864 bila sprejeta prva ženevska konvencija, ki jo je ratificirala večina takratnih držav. Leta 1899 je bila sprejeta druga konvencija o zaščiti ranjencev, bolnikov in brodolomcev na morju.

Izkušnje prve svetovne vojne so pokazale, da je bila dotedanja zaščita vojnih ujetnikov nezadostna. Zato je bila leta 1929 sprejeta tretja ženevska konvencija o izboljšanju ravnanja z vojnimi ujetniki in leta 1949 je bila izdana četrta konvencija, izdelana v zaščito civilnega prebivalstva. O osnutku te konvencije se je razpravljalo že na konferenci leta 1934, vendar so bili napori Rdečega križa brezuspešni, ker so fašistične sile, ki so že pripravljale drugo svetovno vojno, bile tedaj močnejše.

Za medicinsko sestričstvo v varnejše kraje, demioloških, komunalnih pa pomirjevalno vpliva. Lju preskrbo s hrano. Kako urediti higiensko smo se v povojni dobi noosvobodilnih bojev. skupno z družbenimi mladine, Zvezo ženskih

Tako sem hotel v kakšen način moramo znanosti, s sodobno z

političnim in gospodarskim razvojem. Iz tega pa izhajajo velike in hvaležne naloge za Vaše društvo, predvsem da vpliva na vzgojo novih kadrov in na podiplomsko izpopolnjevanje sester, da ustvarimo tak lik medicinske sestre.

Pri tem Vam želim mnogo uspeha.

mater in otrok iz večjih sta organizacijskih, epidemi- organizirati v novem okoliščini, da se prepreči izbruh epidemij, odplak itd. Z vsem tem pa že izkušnje iz narod- medicinska sestra ima m, Društvom prijateljev

i, da moramo — in na edki sodobne medicinske i in z našim družbeno-

## Rdeči križ v svetu in doma

Olga Krajger

Glede na to, da se organizacije Rdečega križa pri izvrševanju svojega programa nenehno opirajo zlasti na medicinske sestre, kot svoje najožje sodelavce na terenu, mislimo, da je prav, če spregovorimo tudi v glasilu za medicinske sestre o razvoju in vlogi Rdečega križa doma in v svetu.

Rdeči križ je široka, mednarodna človekoljubna organizacija, ki si prizadeva, da prepreči ali vsaj v čim večji meri ublaži nesreče, ki zadevajo človeštvo z vojnami in elementarnimi nevarnostmi. Za ta smoter delajo vsi, ki so se združili v organizacijah Rdečega križa.

Na pobudo Henryja Dunanta, ki je na svoje oči videl v bitki pri Solferinu leta 1859 grozote vojne in trpljenje ranjencev, se je osnoval v Ženevi poseben odbor za sklicanje mednarodne konference, ki naj bi rešila vprašanje glede zaščite ranjencev, boljše organizacije prve pomoči, zaščite ter nevtralizacije sanitetnega osebja itd. Odbor petih je postal zametek, iz katerega se je kasneje razvil Mednarodni komite Rdečega križa in ki je utrl pot, da je leta 1864 bila sprejeta prva ženevska konvencija, ki jo je ratificirala večina takratnih držav. Leta 1899 je bila sprejeta druga konvencija o zaščiti ranjencev, bolnikov in brodolomcev na morju.

Izkušnje prve svetovne vojne so pokazale, da je bila dotedanja zaščita vojnih ujetnikov nezadostna. Zato je bila leta 1929 sprejeta tretja ženevska konvencija o izboljšanju ravnanja z vojnimi ujetniki in leta 1949 je bila izdana četrta konvencija, izdelana v zaščito civilnega prebivalstva. O osnutku te konvencije se je razpravljalo že na konferenci leta 1934, vendar so bili napori Rdečega križa brezuspešni, ker so fašistične sile, ki so že pripravljale drugo svetovno vojno, bile tedaj močnejše.

Prve tri konvencije so bile od svojega nastanka večkrat revidirane. Na diplomatski konferenci v Ženevi leta 1949 so bile sprejete vse štiri konvencije in so dobile veljavo 21. oktobra 1950.

Konvencije je do leta 1952 ratificiralo 68 držav in je naša država glede na svoje ogromne žrtve v drugi svetovni vojni med njimi na drugem mestu.

Prva nacionalna društva RK so bila ustanovljena leta 1863. Pravila društev morajo biti osnovana na mednarodnih določilih Rdečega križa. Načela so:

1. Država, ki ji društvo pripada, mora biti podpisnica Ženevske konvencije.
2. Društvo se ne sme osnovati v državi, v kateri je že kako društvo RK, ki je priznано od Mednarodnega komiteja RK.
3. Društvo mora vlada tiste države priznati kot pomožni organ vojne sanitete.
4. Nositi mora ime »Rdeči križ«.
5. Imeti mora znak: rdeči križ na belem polju.
6. Imeti mora Glavni odbor, ki ga predstavlja pri drugih nacionalnih društvih.
7. Delovno področje društva mora obsegati vso državo.
8. V svoje vrste mora sprejemati vse državljane ne glede na politično prepričanje, narodnost, vero, spol.
9. Izjaviti mora, da se bo v mirnem času pripravljalo za človekoljubno službo v primeru vojne.
10. Ravnati se mora po načelu moralne vzajemnosti in bratstva med narodi, ki družijo vsa nacionalna društva Rdečega križa.
11. Izjaviti mora, da bo vzdrževalo zveze z drugimi nacionalnimi društvi in Mednarodnim komitejem RK.

Izven teh načel pa si lahko vsaka država prikoji društvo po svojih notranjih razmerah in si izbere take organizacijske oblike, ki najbolj ustrezajo narodnim potrebam in njegovim posebnostim.

Za medsebojno pomoč, zlasti ob velikih in hudih neizgodah, kjer bi posamezno nacionalno društvo le težko moglo pomagati, je bila leta 1927 v Ženevi ustanovljena Mednarodna unija za pomoč.

Vsako nacionalno društvo ustanavlja tudi podmladek RK. Njegova naloga je, da mladino navaja k zdravemu higienskemu življenju in razvija v njej smisel za sodelovanje in vzajemno pomoč ter bratstvo in prijateljstvo med vsemi narodi sveta, zlasti med mladino.

Leta 1919 je bila v Parizu osnovana Liga društev Rdečega križa. Njen namen je:

1. Pomagati vsem nacionalnim društvom Rdečega križa.
2. Delati za izboljšanje ljudskega zdravja in preprečevanje bolezni.
3. Pomagati vsemu človeštvu, da se okorišča s pridobitvami medicinske znanosti.
4. Predstavljati nekak posredovalni organ, ki bo skrbel za pomoč v velikih narodnih in mednarodnih neizgodah.

Član Lige je vsako nacionalno društvo Rdečega križa.

Mednarodni komite Rdečega križa se je razvil iz Ženevskega društva za javno blaginjo. Njegova naloga je:

1. Posredovati med vladami in državami za mirno reševanje sporov, boriti se za mir, bratstvo in enakopravnost med narodi.
2. Skrbeti, da se ravna po Ženevski konvenciji vse civilizirane države, ter preprečevati kršitve njenih določil.
3. V času vojne organizirati pomoč predvsem za vojne ujetnike.
4. Obiskovati in nadzirati taborišča vojnih ujetnikov.

Ena njegovih najvažnejših nalog je, da javno pred vsem svetom obsoja nečloveške načine vojevanja s plini, bakterijami, bombardiranjem in atomskim orožjem.

Na ozemlju FLRJ je bilo prvo društvo Rdečega križa osnovano leta 1876 v Srbiji. Na Hrvaškem je bil osnovan leta 1878 kot Odbor za pomoč ranjenecem in bolnikom. V Sloveniji se je pokret začel leta 1879, ko je bilo osnovano »Deželno pomožno društvo za Kranjsko za pomoč ranjenecem in bolnikom.«

Rdeči križ predvojne Jugoslavije nastopa od svoje ustanovitve pa do leta 1941 v vojnih letih kot pomočnik vojaško sanitetne službe, v mirnih letih pa zbira prostovoljne prispevke, s katerimi pomaga socialno nepreskrbljenim otrokom in odraslim, poleg tega pa državi ob elementarnih nesrečah. Deluje tudi pri vzgoji zdravstvenega kadra — prostovoljnih bolničark. Po pravilih Mednarodnega Rdečega križa nudi pomoč tudi zunaj meja svoje države ljudem, ki jih je doletela nesreča.

Med narodnoosvobodilno vojno, v dobi ljudske revolucije se Rdeči križ ne čuti kot organizacija vse do svoje obnove v letu 1944. Od osvoboditve dalje pa dobiva njegovo delo s spremembo družbenega reda, z nastankom novih življenjskih razmer za delovne ljudi znotraj države novo vsebino in nove oblike.

Rdeči križ socialistične Jugoslavije se po načinu dela in po končnem cilju svojega delovanja popolnoma loči od Rdečega križa stare Jugoslavije. Delo Rdečega križa stare Jugoslavije je bilo konec koncev v tem, da je delil »miloščino« siromakom iz prispevkov, zbranih od bogatih ljudi, ki so se želeli na ta način uveljaviti v družbenem življenju.

Tudi danes deli Rdeči križ pomoč, le da je tisti, ki jo dobi, ne dobi več kot miloščino, temveč zato, ker ima do nje iz kakršnih koli razlogov pravico. Jugoslovanski Rdeči križ je poleg tega svoje delo v tej smeri zmanjšal na čim manjšo mero, ker v taki pomoči pač ni rešitve za izboljšanje življenjskega standarda posameznikov. Vprašanje socialno nepreskrbljenih rešuje naša nova Jugoslavija z vrsto socialnih zakonov, kot n. pr. z zakonom o socialnem zavarovanju, z zakonom o invalidih itd. Jugoslovanski Rdeči križ pa kot množična organizacija pomaga državi pri izvajanju teh zakonov in že s tem pomaga vsem tistim, ki so pomoči potrebni.

Z vzgojo pomožnega sanitetnega kadra se je ukvarjal tudi RK predvojne Jugoslavije, vendar je pritegnil na tečaje le določeno število mestnega prebivalstva. V novih razmerah pa zbira Jugoslovanski Rdeči križ pri vzgoji pomožnega sanitetnega kadra okrog svoje organizacije stotisoče ljudi iz mest, vasi, podjetij, šol, gradbišč, ustanov in tako uresničuje svoj končni smoter, da ustvari iz vsakega člana svoje organizacije v mirnem času aktivnega borca za zdravje, v vojni pa odločnega in aktivnega borca za obrambo svoje zemlje.

Da bi se podčrtala razlika med današnjim in predvojnim Rdečim križem, je treba poleg tega omeniti naloge, ki jih Jugoslovanski Rdeči križ opravlja na mednarodnem področju. Aktivno sodelovanje in podpiranje vsake akcije dobromiselne svetovne javnosti za ohranitev miru je ena izmed važnih nalog. Jugoslovanski Rdeči križ nastopa s svojim delovanjem na vseh konferencah mednarodnega pomena kot dosledni borec za mir in sodelovanje narodov. In tako posnema vzgled svoje države na področju borbe za ohranitev miru in dobrih odnošajev v svetu. Pri tem svojem delu si je Jugoslovanski Rdeči križ pridobil zaupanje drugih držav, včlanjenih v Ligi društev Rdečega križa in Mednarodnem komiteju RK, ki se tudi borijo za mir.

Glavni organ in pravno telo Jugoslovanskega Rdečega križa je skupščina. Jugoslovanski Rdeči križ deluje na podlagi pravil o delovanju društev Rdečega križa v okviru Zakona o Rdečem križu, ki ga je sprejela Ljudska skupščina FLRJ.

Z nastankom FLRJ oziroma z nastankom šestih ljudskih republik se je spremenila organizacijska struktura RK v primeri z organizacijsko strukturo Rdečega križa stare Jugoslavije.

V vseh ljudskih republikah FLRJ so glavni odbori RK, ki združujejo delo okrajnih, občinskih in vaških odborov Rdečega križa, usmerjajoč in nadzorujoč njihovo delo. Delo vseh glavnih odborov pa združuje Centralni odbor JRK, ki poleg tega zastopa JRK tudi v mednarodni organizaciji RK.

*Da ponazorimo, kako se je razvilo delo Rdečega križa pri nas, priobčujemo*

Predlog delovnega programa Glavnega odbora Rdečega križa Slovenije za leto 1955.

### **Organizacija**

V zvezi s predvideno združitvijo nekaterih okrajev še v teku letošnjega leta se bo povečalo število profesionalnih oziroma honorarnih tajnikov, katerim bo treba nuditi izdatno pomoč v njihovem tekočem delu. Treba pa jim bo dati tudi več teoretičnega znanja glede na posamezne naše dejavnosti. Zato bomo organizirali dve vrsti seminarjev, in sicer:

- a) seminar za tajnike, ki so že obiskovali naše dosedanje seminarje;
- b) seminar za naše nove kadre.

### **Zdravstveno vzgojno delo**

1. **Predavanja.** Več pozornosti moramo posvetiti zdravstvenim predavanjem, ki pa bodo odigrala svojo vlogo le, če jih bomo poživili z nazornimi sredstvi, kot n. pr. s filmi, flanelografi, diafilmi, diapozitivi. V ta namen mora biti naše sodelovanje z ljudsko prosveto in drugimi organizacijami, ki tudi raz-

polagajo s temi sredstvi, tesnejše. Zlasti moramo izkoristiti vse kinoprojektorje, kar jih je v posameznih okrajih pri različnih organizacijah in v društvih. Naša skrb bo v zvezi s tem nadalje, da si nabavi vsak okrajni odbor:

- a) serijo zdravstvenih filmov in da si uredi lastno kinoteko, ki naj bi se iz leta v leto izpopolnjevala z novimi filmi;
- b) komplet diafilmov, ki naj bi se prav tako dopolnjevali z novimi diafilmi;
- c) komplet flanelografov.

Pri glavnem odboru naj se uredi laboratorij za izdelovanje kopij diafilmov, da bodo te kopije čim cenejše.

2. Zdravstveno prosvetni tečaji za dekleta. a) Da se izboljša kvaliteta teh tečajev zlasti v pogledu praktičnega pouka, je potrebno organizirati preko šolskih počitnic za določene predmete posebne seminarje, in sicer v okrajnem merilu. Teh seminarjev naj bi se udeležili izrecno oni predavatelji, ki bodo v prihodnjem letu določeni predmet predavali na tečaju. Tako n. pr. naj bi bil poseben seminar o malih asanacijah, o vzgoji za zakon in družino ipd.

b) Glede na zaostali način pripravljanja hrane je potrebno poleg teoretičnega pouka o zdravi prehrani in praktičnih kuharskih tečajev zagotoviti, da bodo imele gospodinje potrebno sočivje in zelenjavo tudi na lastnem vrtu. Zato organizirajmo skupno z Zvezo zadružnic široko akcijo za ureditev primernih zelenjavnih vrtov pri vsakem domu. To naj bo obenem praktičen zaključek letošnjega prvega letnika zdravstveno prosvetnih tečajev. Pritegniti pa je k tej akciji vsa dekleta, ki so končale naše tečaje v lanskem letu.

c) Še pred začetkom drugega letnika zdravstveno prosvetnih tečajev v jeseni, ko je sočivje in sadje zrelo za vlaganje in konserviranje, naj vodstva tečajev poskrbijo, da bodo tečajnice v nekajdnevni tečajih vložile in konservirale za zimo, kar jim bo zraslo na njihovih lastnih vrtovih.

č) Več skrbi moramo posvetiti zdravstveno prosvetni vzgoji mladih delavk in vajevek. Kolikor zajamejo ta kader tečaji PAZ, je potrebno program teh tečajev sporazumno z vodstvom tečajev dopolniti s predmeti, ki se nanašajo na ženo — bodočo mater. Za vsa ostala dekleta oziroma žene pa je potrebno organizirati tečaje sporazumno z vodstvi podjetij in jih prilagajati posebnim razmeram posameznih podjetij in delavk.

3. Tečaji za nudenje prve pomoči. a) Pomagati pri znižanju velikega števila obratnih nezgod ni samo skrb Zavoda za socialno zavarovanje in Zavoda za varstvo dela, temveč je tudi naša naloga, da s sistematično zdravstveno vzgojo delavstva in z usposabljanjem posebnih ekip, ki bi bile v primeru potrebe sposobne nuditi pravilno prvo pomoč, aktivneje pomagamo pri tem vprašanju. Glavni odbor naj izdela v ta namen potrebne programe in nudi instruktažno pomoč okrajnim odborom.

b) Naša nadaljnja naloga v tekočem letu je, da učvrstimo mrežo postaj prve pomoči na vaseh, in sicer tako v pogledu opreme kakor tudi v pogledu strokovno dobrega vodstvenega kadra. Marsikje vodijo te postaje neprimerni ljudje, katere bomo morali nadomestiti z boljšimi. V zvezi s tem naj bi okrajni odbori proučili sedanje stanje in med letom organizirali dopolnilne tečaje za vodje teh postaj. Glavni odbor pa naj pripravi za te tečaje primeren program.



4. Tečajji za hišno nego bolnika. Glede na to, da še nimajo vsi okraji usposobljenih sester za vodstvo teh tečajev, je potrebno organizirati v letošnjem letu še dva tečaja, v katera bomo pritegnili medicinske sestre izrecno iz teh okrajev.

Izdati je potrebna skripta za predavateljice.

5. Služba nege bolnika. To vprašanje je zelo pereče zlasti v industrijskih centrih. Potrebno ga je temeljito proučiti z Zavodom za socialno zavarovanje in Zavodom za napredek gospodinjstva in še letos storiti potrebne ukrepe.

6. Založništvo. V tem letu nameravamo izdati v naši založbi sledeče brošure zdravstveno vzgojne vsebine: Priročnik za zdravstveno prosvetne tečaje št. 2 in št. 3, ponatis: Mali bolnik št. 1 in št. 2, O tuberkulozi, Transfuzija krvi, Male asanacije, Zbornik člankov o alkoholizmu (strokovni), Zbornik člankov o alkoholizmu (poljudni), Učbenik iz zdravstva za učitelje, Oslovski kašelj.

Da bodo prišle te brošure čimprej v roke tistih bralcev, katerim so namenjene, je potrebno izboljšati kolportažo, in sicer:

a) seznaniti z vsebino teh knjig vse ljudske knjižničarje in prodajalce knjig v knjigarnah, morda na posebnem posvetovanju;

b) razširjati te vrste literaturo po dekletih, ki obiskujejo zdravstveno prosvetne tečaje;

c) skrbeti, da bo zdravstveno prosvetna literatura v vseh ljudskih knjižnicah, čitalnicah, šolskih knjižnicah in knjigarnah.

### **Borba proti tuberkulozi**

Sekcija za borbo proti tuberkulozi pri Glavnem odboru bo na podlagi ugotovitev in sklepov zadnje seje Sveta za zdravstvo in socialno politiko LRS proučila in konkretizirala naloge, ki naj jih izvaja Rdeči križ in obenem daje pobudo za čim širše množično delo na terenu.

Da se izboljša delo okrajnih sekcij in da se te kadrovske izpopolnijo in da se jim da konkretna vsebina dela, bo sklical Svet za zdravstvo in socialno politiko LRS konferenco s predsedniki okr. svetov in predsedniki okrajnih sekcij za borbo proti tuberkulozi.

Po tej konferenci naj bi se vršila na vseh okrajnih središčih širša posvetovanja o konkretni problematiki tuberkuloze na določenem področju. Teh posvetovanj naj bi se udeležili poleg zdravstvenih in socialnih delavcev tudi predstavniki okrajnih ljudskih odborov, zborov proizvajalcev, podjetij, sindikata, okrajnih združenih zvez in množičnih organizacij.

Za pomožno osebje v dispanzerjih bo Glavni odbor RKS organiziral nadaljevalni dopolnilni tečaj za preventivno protituberkulozno službo, ki ima zlasti namen usposobiti to osebje za sodelovanje v družbeni dejavnosti protituberkulozne službe, predvsem z aktivni Rdečega križa.

Za patronažne sestre bo organiziral podoben tečaj Inštitut na Golniku. Okrajnim organizacijam RK priporočamo, da organizirajo sami, kjer je možno in pereče, seminar za aktiviste Rdečega križa, ki imajo do teh nalog posebno veselje, da bodo lahko pomagali patronažni sestri pri njenem delu.

Skrb za tuberkuloznega bolnika se mora pričeti že za časa njegovega zdravljenja v sanatoriju, in sicer na ta način, da se mu med tem časom uredijo družinske in eksistenčne razmere. To bo naloga socialnih delavcev, ki jih bo usposobil GO RKS v posebnem tečaju. Sanatoriji bodo te delavce nastavili kot svoje uslužbence.

Že sekcija pri CO JRK je v zvezi z zaposlitvijo in usposabljanjem tuberkuloznih invalidov in ozdravelih bolnikov sprejela vrsto sklepov. V zvezi s tem bo sekcija pri GO RKS sklicala informativni sestanek s člani socialnega zavarovanja, biroja za delo in sindikata, na katerem se bodo konkretizirale naloge rehabilitacije.

Glavni odbor RKS bo nudil pomoč pri vseh množičnih protituberkuloznih akcijah in vzgojnih nalogah. Pomagal bo pri problemih, ki izhajajo iz analize lanskoletne ankete v Trbovljah, in pri anketi, ki se bo vršila v Tolminu in Novem mestu.

Prevzel bo izdajo enotnih letakov in lepakov za fluorografske akcije. Prav tako bo GO RKS na novo izdal brošuro o fluorografiji. Da se prepreči nenačrtno izdajanje publikacij v zvezi s tem delom, se bodo pregledale vse dosežane publikacije po obliki in vsebini. GO RKS bo tudi pripravil gradivo za izdajo nove brošure oziroma napotila za delo z zdravstvenimi aktivimi.

Po sklepu Centralnega in Glavnega odbora JRK se bodo tudi v bodoče vršili protituberkulozni tedni. V letu 1955 je v Sloveniji predviden Teden borbe proti tuberkulozi v mesecu maju. Namen tega Tedna je predvsem seznaniti javnost o gibanju tuberkuloze na konkretnem področju, dati obračun dela v preteklosti in poglobiti delo v naprej.

### **Borba proti alkoholizmu**

V zvezi z zdravljenjem alkoholikov naj komisija skupno s Svetom za zdravstvo in socialno politiko čimprej prouči vprašanje ambulantnega zdravljenja alkoholikov pri nekaterih internih oddelkih naših bolnišnic.

Z ureditvijo tega vprašanja je neposredno povezano vprašanje patronažne službe, to je vprašanje usposobitve posebnega profila socialnih delavcev, ki bodo vzdrževali zvezo med zdravnikom, alkoholikom in njegovo družino ter bodo na ta način v pomoč enim kot drugim.

Skrb za propagiranje treznosti med šolsko mladino se nalaga predvsem prosvetnemu kadru, učiteljskemu in profesorskemu združenju ter vsem organizacijam in društvom, ki imajo v svojem programu delo z mladino. V teh programih naj bi ta naloga bila posebno poudarjena. Teh društev je v Sloveniji 23 in naša naloga je, da jim damo pobudo za sistematično delo pri tem vprašanju.

V pomoč pa bo vsem poseben zbornik poučnih člankov in statističnih podatkov, katerega bo pripravil GO RKS.

Posebno skrb je nadalje posvetiti preko teh organizacij organiziranju mlečnih kuhinj, brezalkoholnih restavracij itd.

Popularizirati je treba s primernim komentarjem obstoječe uredbe in zakone, ki prepovedujejo točenje alkoholnih pijač mladini pod 18 let starosti.

S pomočjo Zveze sindikatov moramo doseči, da bodo imele vse tovarniške kantine, bifeji in restavracije na zalogi vse vrste brezalkoholnih pijač in mlečnih izdelkov, v tovarnah pa, kjer je delo take narave, da morajo delavci nadomestiti zaradi znojenja izgubljene tekočine z novimi, naj bi delavci v obliki deputata dobili brezalkoholne pijače, v prvi vrsti mleko. Na ta način bomo pomagali, da bodo delavci, ki si želijo zdravih pijač, prišli do njih, ostalim pa dali priliko, da se jih privadijo.

V zvezi s predlogom zakona o vinu mora znanstvena podkomisija pripraviti svoje predloge in dopolnitve.

Poleg nakazanih konkretnih nalog bo komisija poglobila svoje delo v propagandnem smislu preko časopisov in s stalnimi radijskimi oddajami ter dala vso pomoč v instruktajnem smislu okrajnim komisijam, katerih delo se mora razviti v smislu prednjih nalog, vendar upoštevajoč razmere konkretnega terena.

### **Male asanacije**

Ena osnovnih nalog v zvezi z asanacijami bo še tudi v naprej učvrstitev tistih okrajnih odborov za male asanacije, kjer je delo zaradi manj delavnih odborov v preteklem letu pešalo. Podobna naloga pa čaka okrajne odbore, da se namreč pri posameznih objektih tudi organizirajo odbori, kajti od teh je odvisno, ali dela potekajo v redu in ali je gradbeni strokovnjak v polni meri izkoriščen. Prav tako bo treba dosledno vztrajati, da se po končanih delih vsepovsod formirajo odbori, ki bodo nadalje skrbeli za vzdrževanje objekta.

Nadaljnja naša skrb letos bo, da se bodo nadaljevala vsa lani začeta dela, oziroma da se prvenstveno začne z deli na tistih objektih, kjer so že izvršena vsa pripravljana dela in meritve. Okrajni odbori se morajo boriti, da se bodo vršila tudi vsa asanacijska dela, ki jih organizira okrajna zadružna zveza sporazumno z odborom za asanacije. Zato naj bi se skupno določalo, kje naj bi se prvenstveno gradile gnojne jame glede na higiensko stanje vasi.

V zvezi z asanacijo vasi vzdolž gradnje avtne ceste Ljubljana—Zagreb bo posebna skrb komisije pri GO RKS in okrajnih odborov za male asanacije v okrajih Ljubljana-okolica, Novo mesto in Krško.

S pomočjo CHZ, oddelka za komunalno higieno, bomo izdelali tipizirane načrte za gnojišča, stranišča in kapnice za različne terene in izdali to v poljudni izdaji. Ti načrti bodo znatno olajšali delo in gradbeni strokovnjak bo v tem primeru potreben predvsem v začetni fazi del.

### **Služba brezplačnega krvodajalstva**

Naše dosedanje delo pri akcijah je bilo usmerjeno v to, da prebivalstvo seznanimo s pomenom krvodajalstva in transfuzijske službe. Sedaj pa bo naša naloga:

a) pridobivati stalne krvodajalce v neposredni okolici bolnišnic za tekoče potrebe teh bolnišnic. Število teh krvodajalcev naj bi bilo tolikšno, da bi prišel vsak krvodajalec na vrsto le enkrat letno;

b) organizirati še nadalje akcije s pomočjo ekipe Zavoda za transfuzijo krvi v Ljubljani in mariborske transfuzijske postaje v centrih, ki so oddaljeni od bolnišnic, da bi se s to krvjo kril primanjkljaj v ljubljanskih kliničnih bolnišnicah in izpolnila obveza v zvezi z našim prispevkom za izdelavo suhe plazme;

c) zaradi vse večje uporabe transfuzije v modernem zdravljenju se bo morala služba krvodajalstva še poglobljati in razširjati, tako da bo sleherni zdrav državljan čutil moralno obvezo, da podari vsaj enkrat na leto nekaj svoje krvi za zdravje sočloveka. Zato bo potrebno intenzivnejše propagandno delo. Uvede naj se redna mesečna radijska oddaja, uredi prenosna razstava in izda poljudna brošura o pomenu krvodajalstva v zvezi s transfuzijo krvi. Za večkratne krvodajalce je potrebno izdelati posebna odlikovanja v obliki značk.

### **Podmladek Rdečega križa**

Da se bo delo v Podmladku glede na njegov zdravstveni in socialno vzgojni program razvijalo načrtneje in bolj poglobljeno, je potrebno:

a) organizirati pri vseh okrajnih odborih RK komisije, ki se bodo pečale izrecno s tem vprašanjem;

b) za vodje teh okrajnih komisij prirediti pri GO dvodnevni seminar;

c) v ta seminar vključiti tudi učitelje tistih šol, ki naj se po programu UNICEF uredijo v vzorne šolske centre;

č) glede na to, da je učitelj praktično nosilec zdravstvene prosvete med šolsko mladino, bo treba doseči v sporazumu s Svetom za prosveto in kulturo, da dobijo že učiteljišniki v tem pogledu primerne napotke, in sicer s posebnim desetdnevnim tečajem v V. letniku, ki naj bi postal del učnega programa zadnjega letnika;

d) posebna skrb komisije za Podmladek pri GO bo, da začne z zdravstveno vzgojo preko Pionirskega lista in mladinskih radijskih oddaj. V zvezi s tem bi bilo prav, če bi pošiljali prispevke tudi nižji odbori, ki imajo več konkretnih primerov iz vsakdanje prakse;

e) ugotavljamo, da imajo mládsinske knjige in slikanice mnogokrat nepravilni izbor barv in črk glede na starostno stopnjo otrok in neprimerne ilustracije glede na zdravstveno vzgojni vpliv. Zato bomo s pomočjo Centralnega higienskega zavoda, oddelka za šolsko higieno, pripravili o tem vprašanju posebna navodila in organizirali z odgovornimi ljudmi posvetovanja.

### **Savudrija**

Glede na to, da je to naše mladinsko obmorske okrevališče na področju okraja Buje, ki spada pod bodočo zvezo komun Pulj, vztrajajo tamkajšnji politični in oblastveni forumi na tem, da jim to okrevališče ob koncu letošnje sezone prepustimo za otroke iz Istre. V zvezi s tem so se vršili tudi razgovori v Bujah in rezultat teh razgovorov je, da bomo že letos začeli s pripravami za ureditev novega okrevališča na Debelem rtu pri Valdoltri.

# Medicinska sestra in male asanacije

Dr. Srdan Sevnik

Prehrana in okolje sta brez dvoma tista činitelja, ki v največji meri vplivata na razvoj, odpornost in na zdravje človeka. Prav tako odločilen činitelj je način življenja. Zavestno, načrtno in dosledno utrjevanje in razvijanje telesa in duševnosti je zdravju samo v prid in ga vsestransko krepi. Neredno življenje in prekomerno izčrpavanje ali celo zlorabljanje organizma pa zdravje vsestransko slabi. Od prehrane, okolja in načina življenja je odvisno, v koliki meri bodo prišle do izraza katere od podedovanih zasnov. V daljšem razdobju številnih rodov pa ti činitelji nedvomno spreminjajo samo genetično strukturo.

Če mislimo na posameznika ali na skupnost, na sedanost ali bodočnost ali na vse skupaj, je nas, zdravstvenih delavcev dolžnost, da tem trem činiteljem posvečamo prvenstveno in stalno skrb.

Kdor pozna razmere v Sloveniji, bo moral pritrditi, da so razmere pri nas, ravno v pogledu teh faktorjev, slabe. Borimo se z zaostalostjo. Nujno in čimprej moramo urediti to, kar je bilo v preteklosti zamujeno. Nehigiensko okolje, v katerem živi človek na vasi pa tudi v mestu, slaba oziroma napačna prehrana in slab način življenja, ki ga živi večina ljudi, je posledica pomanjkljive izobrazbe, zlasti kar se tiče poznavanja higijene. To velja za ljudi na deželi in prav tako za ljudi v mestu. Državam, ki so nam vladale nekoč, in nekdanjim družbenim sistemom iz razumljivih razlogov ni bilo do tega, da bi izobraževali naše ljudi. Čim višja je stopnja izobrazbe, tem manjša je možnost izkoriščanja! Iz istih razlogov prejšnje države tudi niso načrtno vlagale sredstev in izvajale javnih del, od katerih je odvisen zdravstveni napredek ljudi in s tem daljšanje njihove življenjske dobe. Ljudi je bilo dovolj. Kadar je omagal eden, ga je zamenjal drugi. Škoda je bilo torej kakih posebnih izdatkov v korist zdravja in udobnosti posameznikov oziroma izkoriščanega razreda. S tem bi se zmanjšali dohodki razreda izkoriščevalcev, ki je pa seveda za svoje zdravje in udobnost storil vse, kar je bilo znano in možno. Vodovode in druge javne sanitarne naprave, ki so jih napravili, je zgradil vladajoči razred v svojo korist. Vojne so razmere še poslabšale. Uničile ali pokvarile so še tisto, kar je zgradila država in kar so mogli ustvariti posamezniki. Tudi šolanje in izobraževanje, kolikor je bilo že vpeljano, je trpelo.

Obnova vsega tistega, kar je za življenje osnovno in najbolj nujno, in osamosvojitve naše države — vse to je po zadnji vojni zahtevalo maksimalnih naporov in sredstev od nove države in njenih državljanov. To nas je dolga leta izčrpavalo in nam še danes otežuje gospodarski položaj. Branilo nam je, da bi vlagali velika sredstva za dvig dežele iz higienske zaostalosti. Zaviralo nas je pri načrtni in hitri asanaciji okolja. Zaviralo je pa tudi pospešeno izobraževalno in zdravstveno vzgojno delo. Poleg tega pa je treba upoštevati, da je izobrazba človeka vedno dolgotrajen proces!

To so vzroki, zaradi katerih je Slovenija, v primeri z drugimi evropskimi deželami, še vedno higiensko zaostala.

Iz vsega do sedaj napisanega je tudi razvidno, da je za dvig zdravstvenega stanja potrebna izobrazba, da so pa za to potrebna tudi denarna in materialna sredstva. Pa še nekaj: potrebno je načrtno in organizirano delo.

Izobrazba je prav gotovo pogoj za vsak napredek. Kdor ne čuti potrebe po nečem in ne ve, kaj bi, temu tudi denarna in materialna sredstva niso potrebna. Če jih ima, mu leže neizkoriščena. Posamezne take primere smo pri nas v zadnjih časih že zasledili!

Nasprotno pa izobražen človek, ki ve, kaj hoče, lahko mnogo stori v korist zdravju tudi brez velikih izdatkov, včasih celo brez kakršnih koli izdatkov. To velja v polni meri za ureditev higienskega načina življenja, v veliki meri tudi za ureditev zdrave prehrane in v precejšnji meri tudi za ureditev zdravega okolja. Tudi take primere lahko v Sloveniji že opažamo.

Povsem neupravičeno je torej mnenje, da je za dvig zdravstvene ravni ljudstva potreben samo denar. Kadar je pa potreben denar, takrat spet odloča prepričanje in zavest ljudi, da je stvar, ki jo hočemo urediti, v resnici nujna in za zdravje potrebna. To prepričanje pa ustvarja v človeku izobrazba, znanje.

S katerega koli vidika torej gledamo, vedno se vrnemo na dejstvo, da je tudi pri delu za dviganje zdravstvene ravni potrebno osnovno izobraževanje in zdravstveno prosvetljevanje ter vzgajanje ljudi.

Cilj, ki ga ima pred očmi terenska medicinska sestra, je brez dvoma dviganje zdravstvene ravni prebivalstva. Obiskovanje in zdravljenje bolnikov ter podobno je le majhno področje njenega dela. S tem pravzaprav že popravlja posledice, ki so jih povzročile nezdrave razmere, v katerih so ti ljudje živeli. Terenska medicinska sestra in zdravnik bi morala dobiti svojo oceno po tem, koliko bolnikov imata v svojem okolišu. Kolikor manj bolnikov, toliko boljša stal!

Ker je zdravje ljudi v največji meri odvisno od prehrane, načina življenja in od okolja, mora tudi medicinska sestra tem trem činiteljem posvečati največjo skrb in sistematično ter organizirano delati za njihovo izboljšanje. Pri tem si mora biti na jasnem, da je v naših razmerah še vedno osnovnega pomena izobraževanje. Na drugem mestu šele je vprašanje denarnih sredstev.

To trditev bi želel dokazati, ko bomo obravnavali vprašanje okolja, torej tisto vprašanje, ob katerem mnogi, tudi zdravstveni kadri, enostavno izjavljajo: »Za to je treba samo denarja«.

Pri asanaciji okolja je pitna voda vedno prvo in osnovno, kar mora človek urediti. Poskrbeti moramo, da bo vsak človek dobival tako vodo, da njegovemu zdravju ne bo škodovala ali da se z njo ne bodo širile bolezni. Če ljudje, ki pijejo neko vodo, nimajo tifusa, griže ali driske, to še ni dokaz, da voda ne škoduje. Lahko so se navadili na klice, ki jih z vodo stalno uživajo. Ustvarjanje protiteles, uničevanje mikrobov, ki jih z vodo vnašamo v telo, snovi, ki pri tem nastajajo itd., vse to pa vendar zahteva od organizma posebnih naporov. Težko si je zamisliti, da to organizma ne bi obremenjevalo in ga izčrpavalo. Težko si je zamisliti tudi, da pri tem ne bi nastajale nobene okvare na posameznih organih, zlasti na jetrih, na vranici in na ledvicah. Upravičeno lahko sklepamo torej, da stalno uživanje okužene vode skrajšuje življenje.

Samo laboratorijski izvidi so odločilni, kadar presojava kakovost vode! Ti izvidi pa nam kažejo, da preko 60 % Slovencev uživa bakteriološko neprijetno vodo. Preko 50 % vodovodov daje okuženo vodo, ravno tako preko 70 % vodnjakov in kapnic ter studencev.

Ni se torej treba čuditi, če imamo večkrat tipične vodne epidemije tifusa, če imamo vsako leto številne primere griže, drisk in drugih obolenj, ki se ši-

rijo oziroma prenašajo z vodo. Okuženi vodi moramo pripisati tudi delež pri tem, da dočaka Slovenec povprečno le 55 let starosti, medtem ko dočaka Evropejec 67 let, od severnih Evropejcev pa Fince celo 75 let.

Glavni viri, od koder se okužujejo naše pitne vode, so neurejena gnojišča, stranišča in smetišča ter vsakovrstna nesnaga, ki leži po tleh. Mikrobi, ki se zadržujejo v teh razkrajajočih se organskih snoveh, pronicajo z vodo, ki izpira površino zemlje, do talne vode. Ali pa zatekajo take okužbene površinske vode kar z vrha v nepravilno ali slabo narejene vodnjake in druge objekte za pitno vodo.

Da je procent neprimernih vod tako visok, je povsem razumljivo, če vemo, da imamo samo 7 % gnojišč higienskih, torej kakih 13 000 od približno 186 000 vseh naših gnojišč! Prav tako imamo od približno 300 000 vseh naših stranišč le okrog 19 % takih, da ustrezajo higienskim zahtevam. Vasi so brez kanalizacij, mestne kanalizacije pa odvajajo neprečiščene odplake v vodotoke.

Jasno je, da se mikrobi iz odpadnih snovi ne prenašajo samo z vodo, ampak tudi po najrazličnejših dobro poznanih poteh prihajajo do človeka in v človeka.

Dalje so odpadki hrana muham in pogoj za njihovo razmnoževanje, saj vemo, da muhe ležejo vanje svoja jajčeca ter omogočajo ali celo pospešujejo tudi razvoj druge, človeškemu zdravju škodljive golazni. S plini, ki nastajajo ob njihovem razkrajanju, kvarijo zrak, kar spet škoduje zdravju in deluje na telo, pa tudi na duševno razpoloženje. Ob sušenju in drobljenju odpadkov nastaja prah, za katerega vemo, da igra tudi pomembno vlogo pri zdravju človeka itd.

Iz takih in podobnih razlogov so odpadne snovi drugi problem, ki ga moramo v prvi vrsti urediti, kadar asaniramo okolje.

Tretji problem pa je stanovanje, in sicer od načrta za hišo pa do opreme in vzdrževanja samega stanovanja. Tudi v tem pogledu so razmere pri nas — posebno na deželi — slabe in vlada zaostalost.

Kadar bomo te tri probleme v našem okolju uredili, takrat šele bomo lahko iskali novih oziroma se lotili reševanja ostalih, manj važnih.

Že od l. 1951 na organiziran in načrten način popravljamo razmere v zvezi s pitno vodo in z odpadnimi snovmi. Izboljšujemo stare vodovode, vodnjake, studence, kapnice, gnojišča, stranišča itd. in gradimo nove. Popravljamo in gradimo torej tiste objekte, od katerih je odvisna kakovost pitne vode. Vse te objekte gradijo ljudje-koristniki sami, z majhno podporo države v denarju oziroma materialu. Prva leta je vsa dela organiziral in strokovno vodil Centralni higienski zavod. Potrebno je bilo veliko prepričevanja in nagovarjanja ljudi, da so pričeli delati. Ob prvih popravljenih in zgrajenih objektih pa so uvideli, da se je delo izplačalo. Sosednje vasi so jih začele posnemati in prihajalo je vedno več zahtev in želja po »malih asanacijah«, kot smo imenovali taka dela. Kot množična organizacija je prvi uvidel korist teh del in potrebo, da se čimbolj razširijo, Rdeči križ Slovenije. Glavni odbor RK je pričel aktivno sodelovati s Centralnim higienskim zavodom. Iz svojih sredstev daje vsako leto tudi denarno pomoč.

Tudi okraji in občine, ki sprva niso razumele pomena malih asanacij, so kmalu spoznale, kako koristne in potrebne so. Tudi oni so našli finančna sredstva, s katerimi zdaj leto za letom pomagajo širiti male asanacije. Danes obstoji v vsakem okraju tzv. odbor za male asanacije, v katerem so vključeni

vidni predstavniki ljudske oblasti in množičnih organizacij z Rdečim križem na čelu. V njem so zastopani zdravstveni in gradbeni strokovnjaki. Ti odbori samostojno odločajo o tem, kaj se bo vsako leto delalo v njihovem okraju. Pri tem upoštevajo epidemiološke in socialne indikacije ter želje, zahteve in pripravljenost ljudi za male asanacije. Ti odbori skrbijo za finančna sredstva in dobivajo od Republiške komisije za male asanacije, ki je sestavljena analogno kot okrajni odbori za male asanacije, le malenkostno podporo. CHZ le še strokovno sodeluje, izdeluje večje načrte in strokovno vodi težja dela. Okrajni odbori za male asanacije se bodo morali vedno bolj osamosvojiti v vsakem pogledu. Nastaja že potreba, da se osnujejo odbori za male asanacije po občinah. Za pravilno organizacijo in izvajanje del na posameznih objektih se vsakokrat osnujejo lokalni odbori za gradnjo tistih objektov. Sestavljajo jih običajno: ljudski odbornik, član ali aktivist RK in predstavniki še kakih drugih množičnih organizacij. Ti odbori so dolžni, da tudi pozneje, ko je objekt že urejen, skrbijo za njegovo vzdrževanje.

Pri delu za male asanacije je vpeljana tesno sodelovanje zlasti z Zadružno zvezo, ki daje v zadnjem času kmetom velike ugodnosti za gradnjo gnojišč. Njihov gospodarski interes se spaja z našim zdravstvenim interesom.

Male asanacije so postale stvar družbe. Družba jih je prevzela, ona jih razvija dalje. To dokazuje, da so v resnici potrebne, to jim pa tudi zagotavlja uspeh. Leta 1952 n. pr. je bilo asaniranih in zgrajenih 26 objektov, leta 1954 pa že 632! Vrednost teh objektov je v letu 1954 znašala okrog 140 milijonov dinarjev. Država, Glavni odbor RK, okraji in občine so dali le okrog eno petino tega denarja. Vse ostalo so ustvarili ljudje-koristniki teh objektov s svojim delom in svojim materialom.

Moral sem vsaj v najkrajši obliki seznaniti terensko medicinsko sestro z malimi asanacijami. Mislim, da mi ni treba posebej poudarjati, da se mora na neki način vključiti v to organizirano delo pri malih asanacijah vsak, kdorkoli dela za dviganje naše zdravstvene ravni. Terenska medicinska sestra pa ima pri tem najpomembnejšo vlogo.

Iz opisa razvoja malih asanacij pa je tudi razvidno, kakšno vlogo igra pri ustvarjanju nečesa izobrazba in zavest ljudi, da je stvar potrebna. Kakor hitro namreč ljudje spoznajo, čemu je treba popraviti n. pr. vodnjak, se ne ustrašijo dela in navora in tudi finančna in materialna sredstva zberejo, kolikor je to le v njihovi moči. Res je torej, da je denar drugotnega pomena in da je prvenstvene važnosti hotenje. Da pa nekaj hočemo, moramo imeti dovolj močan razlog. Ta razlog je v našem primeru zavest, da je asanacija iz zdravstvenih razlogov potrebna. Do te zavesti nas pa privede znanje. Res je torej, da je tudi pri malih asanacijah izobraževanje prvo, s čimer moramo pričeti, če hočemo, da bomo imeli uspehe!

Iz tega mora medicinska sestra povzeti prvo napotilo za svoje sodelovanje pri malih asanacijah. *Z zdravstveno prosvetnim delom, s prikazovanjem nujnosti, da se asanirajo posamezni objekti, bo pomagala pri širjenju malih asanacij.*

Medicinski sestri prav gotovo ne bo težko vključiti to nalogo v program svojega rednega dela. Ko bo obiskovala družine, bo iskala tudi objekte, ki bi prišli v poštev za asaniranje. Učila bo ljudi, zakaj je to potrebno, svetovala jim bo, naj stopijo v stik z okrajnim ali občinskim odborom za male asanacije in se dogovorijo o vseh podrobnostih za pričetek dela.



Razlagala jim bo, po kakšnih načelih izvajamo male asanacije, in jim povedala že vnaprej, da bodo morali sami prispevati v delu in materialu, kolikor le morejo. Nekvalificirana dela bodo morali opraviti sami, brezplačno, dati bodo morali tak material, ki ga imajo doma. To je n. pr. pesek, gramoz, les in podobno. Oskrbeti bodo morali tudi prevoze za material. Odbor za male asanacije pa navadno daje cement in železo, poskrbi za načrte in za pravilno strokovno vodstvo del. Plača tudi kvalificirano delovno silo. Gospodarsko šibkim krajem nudi več, gospodarsko močnejšim pa manj. Včasih ljudje zberejo sami vsa denarna sredstva in ves potreben material. Kljub temu pa je prav, če se tudi v takih primerih obrnejo na odbor za male asanacije in zaprosijo za načrte ter za strokovno pomoč. Gradnja vodnjakov, kapnic, zajetij, pa tudi gnojšč in posebno greznic ni enostavna stvar, ki bi jo obvladal vsak zidar. Za ta dela je potrebna posebna izobrazba. Odbor za male asanacije jim bo načrte in strokovno pomoč preskrbel brezplačno, sami pa se lahko lotijo dela z zavestjo in prepričanjem, da bodo zgradili res pravilne in higiensko neoporečne objekte. Velikokrat namreč opazimo, da so v tem ali onem kraju vložili veliko denarja v objekt, ki je napačno zgrajen. Higienske napake naknadno zelo težko popravljamo, včasih pa to celo ni mogoče. Gospodarske škode pa sploh ne moremo nadoknaditi. To je treba ljudem zelo dobro in nazorno dopovedati. Zlasti radi gradijo ljudje brez načrtov kapnice. Čisto brez kakih filtrov so in deževnico napeljejo z žlebom kar po zraku, naravnost v kapnico. Za tako kapnico je škoda vsakega denarja in popravila so večkrat sploh nemogoča!

Druga naloga, ki jo ima medicinska sestra v zvezi z malimi asanacijami, pa je, da se zanima za objekte, ki se gradijo ali pa so že zgrajeni. Kadar koli pride v tako vas, kjer nekaj asanirajo oziroma gradijo, naj bi se pomenila z lokalnim odborom za tisto gradnjo, kako dela napredujejo. Koliko brezplačnega dela so že vložili posamezniki v objekt, ali vodijo kontrolo o tem, ali razpravljajo in poročajo o delu na vaških sestankih? Ali vedo, kdo je najbolj marljiv, ali so ga že pohvalili? Katera množična organizacija se pri delu najbolj udeležuje? Zanimala naj bi se za težave, ki jih imajo. Če nastajajo kaki spori ali nesoglasja, bi morala pomagati, da se take zadeve pravilno uredijo. Često potrebujejo ljudje spodbude. Dela so mnogokrat težka in dolgotrajna. Nagaja vreme in poljsko delo. Zasuje se že dokončan izkop itd. V takih primerih je večkrat za nadaljnje delo odločilna beseda nekoga, ki pride od drugod in ki uživa pri ljudeh ugled. To je pa prav gotovo dobra medicinska sestra.

Zelo važno je, da gre medicinska sestra, ko pride v vas, pogledat tudi objekt, ki ga gradijo. Pozanima naj se, ali gradijo objekt tako, kot je treba, to se pravi, ali ga delajo točno po načrtu. Vem, da medicinska sestra ni gradbenik. Vem pa tudi, da ima široko izobrazbo in da se je v šoli učila, po kakšnih higienskih načelih se morajo graditi razni sanitarni objekti. To ji popolnoma zadostuje, da bo zasledila grobo odstopanje od načrta. Če bo na to opozorila ljudi in če bo to sporočila tudi odboru za male asanacije, bo s tem veliko koristila skupnosti.

Ker hodi medicinska sestra dan za dnem po terenu, bo z lahkoto posredovala med odborom za gradnjo objekta in med odborom za male asanacije v okraju ali občini. Večkrat je treba prenesti kako sporočilo z ene ali druge strani. Često gre pošta prepočasi in pismo tudi ne zaleže tako, kot živa beseda.

Medicinska sestra bo tako tudi v tem pogledu lahko naredila usluge enim ali drugim. Vsekakor pa bo na ta način tudi pomagala pri delu za izboljševanje higienskih razmer, v katerih živimo.

Dela na objektih pa bo medicinska sestra lahko prav uspešno izkoristila tudi drugim svojim nalogam v prid. Na objektu ima zbranih veliko ljudi hkrati. Prav lahko za kratek čas prekine delo ali pa jih po končanem delu zadrži in se z njimi pogovori o raznih aktualnih stvareh. To prilikoma bo izkoristila torej za splošno izobraževanje oziroma za splošno zdravstveno prosvetljevanje. Govori jim lahko tudi o pomenu, ki ga bo imel objekt za njihovo zdravje in udobnost, ko bo končan. Zvečer jih lahko pričaka s kinoprojektorjem ali s skioptičnim aparatom in s slikami podkrepi in napravi svoje besede še bolj zanimive. Če jim bo pokazala kake fotografije, kjer se bodo videli pri delu, bodo ljudje prav gotovo navdušeni.

Na take in podobne načine bo medicinska sestra poglobljala kontakt z ljudmi. Njeno delo bo vedno lažje in vedno bolj uspešno. V sami vasi se bodo našli ljudje, ki si bodo želeli biti njeni pomočniki. Prav gotovo jih bo znala in imela s čim zaposliti. Že samo v zvezi z gradnjo objekta jim bo lahko dajala razne naloge. Dajati jim bo le morala stalno navodila in paziti, da jih bo z delom povezala. Njihovo delo mora biti organizirano in koordinirano. Tako od posameznika nujno pridemo na organizacijo. Ker pri nas že imamo organizacijo, ki zelo aktivno dela za zdravstveni napredek ljudi, je povsem prirodno in logično, vključiti v to organizacijo posameznike, ki hočejo isto. Ta organizacija je Rdeči križ. Ljudje, ki se bodo medicinski sestri ponudili za pomoč, bodo verjetno večinoma že člani Rdečega križa. Morda so dovršili celo razne tečaje, ki jih je Rdeči križ organiziral. Ker so pa po opravljenih tečajih ostali brez prave povezave z okrajnim odborom RK, ker velikokrat niso dobivali dovolj konkretnih nalog in ker si sami niso znali poiskati pravega dela, so sčasoma postali vedno bolj pasivni. Tako seveda skupnosti gotovo ne nudijo tistega, kar je RK pričakoval, ko jih je izobraževal v tečajih.

Medicinska sestra ima torej prilikoma, da v zvezi z deli pri malih asanacijah najde nekdanje aktiviste RK in da pridobiva nove člane in aktiviste RK. Ima prilikoma, da s konkretnimi zaposlitvami poživlja aktivnost teh ljudi in da na vasi učvrsti organizacijo RK. To je tisto, kar si mora vsaka medicinska sestra želeli in si prizadevati, da ustvari! S tem bo ustvarjala mrežo sodelavcev, preko katerih bo lahko delala načrtno in organizirano. Medicinska sestra je lahko še tako dobra, lahko še toliko ve in sama še toliko dela, vendar pa se bo njeno delo le malo poznalo, če ga ne bo znala organizirati. Delo za zdravstveni napredek je lahko uspešno edinole, če je množično!

Ko so objekti v grobem že dovršeni, velikokrat kar taki ostanejo. Ljudje še nimajo dovolj razvitega čuta za lepo in ne vedo, da se objekti hitro kvarijo, če niso tudi na zunaj povsem dovršeni. Tako n. pr. cementni omet ni narejen samo zaradi lepšega. Stena, ki je bolj gladka, se lažje čisti, teže se zadržuje na njej nesnaga in z njo mikrobi. To je higienski pomen ometa. V tehničnem pogledu pa je taka stena veliko bolj trpežna in odporna proti vremenskim in drugim razdiralnim vplivom.

Kapnice n. pr. ne zasujemo samo zaradi lepše zunanosti. Vsaj 40-centimetrovska plast zemlje nad njo nam služi za toplotno izolacijo vode v kapnici.

In še in še! Včasih ostanejo dograjeni objekti brez oskrbnika oziroma nikogar ni, ki bi zanje odgovarjal in skrbel za njihovo vzdrževanje in popravila. Medicinska sestra naj bi tudi pri reševanju teh vprašanj pomagala, kadar prihaja v vasi.

Vse naloge v zvezi z malimi asanacijami, ki sem jih do sedaj naštel, lahko opravlja medicinska sestra tako rekoč mimogrede. Treba je le, da nanje misli. Mišljenje, da posega v tuje področje, je napačno. Skrb in delo za zdravstveni napredek je pravica vsakega državljana in dolžnost vsakega zdravstvenega delavca!

Ker je pa delo toliko bolj uspešno, kolikor bolj povezani so tisti, ki pri stvari delajo, je prav in vsem v prid, če *medicinska sestra vzpostavi aktivni stik z odborom za male asanacije svojega okraja ali svoje občine*. Vse svoje ugotovitve in vse, kar koli opazi v zvezi z malimi asanacijami, naj redno poroča zadevnemu odboru. Po drugi strani pa naj od odbora za male asanacije zahteva posebna napotila za pomoč, ki jo s svojim delom lahko nudi odboru oziroma stvari malih asanacij. V tem primeru si ne bo naložila nobenega posebnega in novega dela. Pri malih asanacijah bo pomagala prav tako »mimogrede«, vendar bo ta njena pomoč bolj smotrna.

Napredek naših higienskih razmer pa ni odvisen samo od gradnje novih sanitarnih objektov in od morebitne asanacije starih objektov s cementom in drugim kupljenim materialom. Vedeti moramo, da v te namene lahko uporabljamo tudi material, ki nam je doma na razpolago. To je predvsem kamen, ilovica in šibje. Nekatere gradnje in asanacije s tem materialom, če jih naredimo pravilno in v redu vzdržujemo, so v higienskem pogledu lahko povsem enakovredne tistim, ki so narejene s cementom.

40 cm debeli sloj ilovice nam vsak objekt zaščiti pred zatekanjem ali otekanjem vode. Nehigienski, iz kamna zgrajeni vodnjak lahko asaniramo n. pr. z ilovico, če nimamo možnosti za napravo betonske stene. Treba je le skopati okrog njegovih sten kolobar, ki naj sega čim globlje. Najboljše je kopati v obliki lijaka, to je tako, da je odkopani prostor na vrhu zelo širok, potem pa se proti dnu zožuje. To nam olajša kopanje in v higienskem pogledu še bolj zavaruje vodo. V ta odkopani kolobar namreč navozimo in nabijemo ilovico, ki bo varovala vodo v vodnjaku pred zatekanjem okužene površinske vode z vrha ali od strani. Med ilovico je dobro vložiti preplet iz vrbovega ali kakega drugega šibja. Sloj ilovice s tem učvrstimo in zmanjšamo nastajanje razpok. Ko smo nabili ilovico do ravnine tal, naložimo nanjo ploščatega kamenja in na tega potem nasujemo sloj gramoza. Vsa ta površina mora biti nagnjena od vodnjaka navzven. S tem preprečimo nastajanje blata okrog vodnjaka. Vodo, ki se zliva pri črpanju iz vodnjaka, lahko speljemo po lesenem žlebu, ki ga zložimo iz kamenja ali opeke na ilovnatu podlagi, kakih 5 do 8 metrov proč od vodnjaka. Tu skopljemo približno meter globoko jamo in jo napolnimo z grobim kamenjem, na tega pa vsaj 40 cm visoko nasujemo finega peska. Čezenj naphamo zemlje ali ilovice in posadimo travo oziroma površino, kolikor se da, izenačimo z okolico. Tako smo naredili ponikalnik za vodo, ki se pri uporabljanju vodnjaka razliva. Na preprost način, brez kupljenega materiala, smo torej zadostili vsem higienskim zahtevam.

Na sličen način lahko zgradimo iz ilovice in šibja ter kamenja tudi gnojišče. Ko smo preračunali potrebno velikost gnojišča, naredimo za gnojišče podlago

iz kamenja ali prepleta. Iz prepleta naredimo tudi ogrodje sten. Najboljše je narediti dvojni preplet. Ena in druga vrsta naj bosta vsaksebi za debelino stene. Torej najmanj 40 cm. Ko s tem končamo, nabijemo ilovico v potrebni debelini na dno in med obe vrsti stenskega prepleta. Dno obložimo ponovno s ploščatim kamenjem ali z gostim prepletom, da tako preprečimo nastajanje blata na dnu gnojišča. Na podoben način naredimo tudi gnojnično jamo. Tako gnojišče bo v higienskem pogledu enakovredno betoniranemu gnojišču. Treba ga bo le nekoliko skrbneje vzdrževati. Važno pa je, da bo narejeno brez stroškov za material. Kmet bo moral vanj vložiti le trud. Če bo vedel, čemu je tako gnojišče dobro, kakšne koristi bo od njega imel, bo prav gotovo našel čas za to!

Navedel sem torej dva primera, ki nam jasno dokazujeta, da za asanacijo okolja ni potreben samo denar in da se da tudi brez denarja veliko narediti, če le ima človek smisel za izboljšanje higienskih razmer. Primarno je torej hotenje in znanje.

S tem pa sem tudi nakazal terenski medicinski sestri četrto nalogo, ki jo ima v zvezi z malimi asanacijami. *Učiti mora namreč ljudi in jim svetovati, kako naj asanirajo razne sanitarne objekte brez cementa, z materialom, ki ga imajo doma na razpolago.* V ta namen bi morala medicinska sestra zbirati in študirati primerno literaturo, ki govori o improvizacijah sanitarnih objektov ter o higienskih in tehničnih načelih. Takih knjig in brošuric imamo že nekaj. Predvsem v srbohrvaščini, pa tudi v slovenščini. Tako n. pr.:

Ing. Milivoj Petrik: Opskrba vodom i otpadne tvari,

Ing. arh. B. Iveković: Zahodi,

Ing. P. Čepurnjak: Male asanacije,

Higiena gradjevinskih objekata,

Ing. Stojan Guzelj: Asanacija malih naprav za preskrbo z vodo,

Ing. France Dolničar: Male in hišne čistilne naprave odplak.

Predvsem pa je potrebno, da medicinska sestra o takih improvizacijah sama razmišlja in da pogloblja svojo iznajdljivost. Pozabiti ne sme, da je tudi od tega odvisno zdravje ljudi!

Z izrazom male asanacije imamo v mislih izboljševanje našega okolja v najširšem smislu. Sem torej ne uvrščamo samo objektov za pitno vodo in za odpadne snovi. Mislimo na tako urejevanje našega okolja, kot je možno z razmeroma majhnimi stroški ali pa celo brez kakih stroškov — samo s privzganjem higienskih navad. Sem prištevamo torej tisoč majhnih in večjih opravil, ki jih moramo poznati in jih redno delati, ker z njimi svoje zdravje varujemo ali ga celo krepimo.

Vzdrževanje snage in reda vsepovsod je pravzaprav tudi pri malih asanacijah osnovna stvar. Kaj pomaga n. pr. higiensko zgrajeno gnojišče, če pa kmet, ki ga je zgradil, nima smisla za čistočo. Če je gnoj kljub temu raztresen po vsem dvorišču. Kmeta je treba naučiti, kako važno je pravilno zlaganje gnoja v higienskem in gospodarskem oziru. Tak gnoj je več vreden, obenem pa s pravilnim postopkom uničujemo v njem jajčeca in ličinke muh, jajčeca črevesnih parazitov in patogene mikrobo.

Vročina, ki se razvija v gnoju, kateréga smo 3—4 dni potem, ko smo ga pripeljali na gnojišče in tam rahlo naložili — dobro stlačili, ubije vse te škodljivce. To je tako imenovano »toplo skladanje gnoja«.

Če gnoj pokrijemo z vejami ali ga zadelamo s slojem zemlje ali ilovice, znatno zmanjšamo površino, do katere bodo prihajale muhe in na kateri sicer dobivajo svojo hrano.

Muhe ležejo jajčeca v svež hlevski gnoj. Ne v star gnoj na gnojišču. Ležejo jih tudi v kuhinjske odpadke. V letnem času se preko ličinke iz njih že v 8—12 dneh razvije odrasla muha. Pri zatiranju muh je važno, da jim onemogočamo že razvoj. Jasno je, da vzdrževanje čistoče v hlevu in v stanovanju ter v njegovi okolici jemlje muham pogoje, ki so jim potrebni za razvoj iz jajčeca. Če svežih odpadkov ni, muhe nimajo kam leči jajčeca. Če pa so taki odpadki, moramo skrbeti, da jih redno in sproti ter pravilno odstranjujemo. Če delamo to, onemogočimo življenje ličinkam iz tistih jajčec, ki so jih muhe legle v sveže odpadke. To dosežemo s skladanjem gnoja na opisani način in z zakopavanjem smeti. Naši kmetje tega ne vedo. Muh se branijo tako, da zapirajo okna in jih zastirajo z zavesami. Celo poletje živijo tako marsikje v zatohlih in temnih sobah oziroma v takih sobah puščajo dojenčke in male otroke, kadar gredo na njive.

Pogosto vidimo gnojišče tik pod kuhinjskim oknom ali pred stanovanjsko hišo. Tudi novo gnojišče postavijo tako. Često sta gnojišče in vodnjak skupaj, ali je gnojišče nad vodnjakom, vodnjak pod vasjo itd.

Gnojišče in vodnjak ne spadata skupaj! Tudi ne stanovanje in gnojišče. Najboljše je, če je gnojišče nekje za hlevom in če je med hlevom in gnojiščem ter stanovanjsko hišo kaj drevja ali grmovja.

Mlake in mlakuže, ki jih vidimo po vaseh, so leglo bolezni. Voda v njih je taka, da je ne more piti niti živina. Če bi jo pa pila, je nevarna tudi zanjo. Treba jih je torej zasuti. To bo ljudem samo v korist.

Često gradijo hiše brez kakih načrtov. Postavijo jih pod hrib v vlago in v senco. Napačno jih orientirajo nasproti stranem neba, napačno razvrstijo prostore v njih itd. Stranišča še vedno postavljajo ločeno od stanovanja. Greznice gradijo nepravilno z enim samim prekatom. Vzdrževanje čistoče v samih stanovanjih je velikokrat pomanjkljivo in zastarelo, ljudje ne poznajo vpliva ultravijoličnih žarkov, svetlobe, čistega zraka itd.

Takih in podobnih stvari mnogi naši ljudje ne vedo. Niso imeli prilike, da bi se o tem učili. Samo neznanje je pogosto krivo slabih higienskih razmer, v katerih ljudje živijo. Samo od znanja je v teh primerih odvisna asanacija okolja.

Medicinska sestra mora torej tudi o takih stvareh učiti ljudi. *Vzgajati mora v njih higienske navade. Biti jim mora res učiteljica in prijateljica.* To je peta njena naloga v zvezi z malimi asanacijami, obenem pa tisto izhodišče dela za dvig zdravstvene ravni, s katerim sem članek začel in h kateremu sem se moral znova in znova vračati.

Nujno in dosledno s tem moram članek tudi končati s poudarkom: Pri delu za napredek higiene na deželi je v naših razmerah še vedno osnovnega pomena izobraževanje!

# Nekaj o prehrani nosečnice

CHZ, Oddelek za higieno prehrane

Dr. Vera Ragaci

Danes je že splošno znano, da nezadostna in neuravnovešena prehrana vodi do akutnih in kroničnih motenj v našem zdravju. Eksperimentalna raziskovanja na ljudeh in živalih so dala neštete dokaze o različnih vplivih prehrane na človeški organizem.

V deželah, kjer so se vršila raziskovanja posebno za časa druge svetovne vojne, je zbrani material pokazal neposredni vpliv prehrane na mortaliteto in morbidnost.

Posebno važno mesto zavzema nedvomno prehrana nosečnice, ki je bila predmet ponovnih raziskovanj. Dobra prehrana bodoče matere je bistveni faktor za zdravje matere in otroka. Gledano s širšega stališča je to vprašanje važno za zdravje naroda. Če zagotovimo pogoje za zdrav razvoj ploda, bomo s tem znižali število nedonošenčkov, dosegli bomo boljše stanje otroka ob porodu, znižali število prirojjenih nakaz in sprejemljivost za infekcije. Slabe prehrabene navade in nepoučenost ter včasih tudi težke socialne razmere so krive, da je pri mnogih nosečnicah oskrba z zaščitnimi snovmi, posebno z beljakovinami živalskega izvora, vitamini in rudninami nezadostna.

Bodoča mati mora skrbeti za svoj organizem, mora pa tudi zalagati plod z novimi snovmi za izgradnjo telesa, sintezo encimov, hormonov in drugih elementov. Plod je navezan izključno na materine rezerve; od tam črpa vse snovi, ki so potrebne za njegovo rast in razvoj. V prvem trimesečju lahko zaradi bruhanja, slabosti in s tem v zvezi nevarnih motenj v prebavi nastopijo pri nosečnici simptomi pomanjkanja posameznih snovi; v drugem delu nosečnosti pa plod intenzivneje raste in njegove zahteve po vitaminih in rudninah še bolj narastejo. Iz vseh teh vzrokov je nujno potrebno, da s pravilno prehrano, ki bo vsebovala zadostno količino beljakovin, vitaminov in rudnin, dosežemo optimalno stanje za mater in otroka. Tega ne dosežemo s tem, da jemlje nosečnica večje količine hrane; važna je pravilna sestava hrane. Kalorična vrednost hrane naj se znatno ne poveša, to uredi žena sama običajno z boljšim tekom. Važna je predvsem oskrba s tako imenovano zaščitno hrano; to so pa prej omenjene beljakovine, vitamini in rudnine.

Beljakovine so sestavljene iz aminokislin. So gradbeni material za plod, placento in ovojnice. Važno je, da plod z beljakovinami dobi tako imenovane esencialne aminokisliline, ki jih organizem sam ne more sintetizirati, ker šele s temi lahko gradi telesu lastne beljakovine. V največji meri jih imamo v beljakovinah mesa, mleka in jajc. Če teh primanjkuje, se plod ne more razvijati. Pogosto nastopijo splavi in prezgodnji porodi. Mati sama ne dobi dovolj gradbenega materiala za svoj organizem, dušikovo ravnotežje je moteno. Žene, ki jim v prehrani primanjkuje živalskih beljakovin, postanejo pogosto neodporne proti raznim infektom. Opazovali so pri teh ženah tudi večje število toksemij. Potreba po beljakovinah je med nosečnostjo zvišana, znaša 100 g dnevno, v zadnjih treh mesecih nosečnosti pa 120 g dnevno. Da bi se zagotovila zadostna količina živalskih beljakovin, je potrebno, da dobi nosečnica 120 g mesa, 1 jajce in najmanj liter mleka dnevno.

Mnogi avtorji so raziskovali vpliv vitaminov in mineralov na nosečo ženo in novorojenega otroka. Merili so količino vitaminov v krvi nosečnice in ugotovili, da se količina posameznih vitaminov nekoliko zniža tudi pri normalni hrani. Iz tega so sklepali, da se potrošnja vitaminov v nosečnosti zviša v glavnem zaradi metabolične funkcije vitaminov. Klasične avitaminoze pri nosečih ženah so danes redke, vendar hipovitaminoze, ki se pojavljajo zaradi pomanjkanja posameznih vitaminov, niso nič nenavadnega.

Najbolj pogosto so ugotovili pomanjkanje vitaminov skupine B. Tu je na prvem mestu vitamin B<sub>1</sub>, katerega pomanjkanje lahko povzroči nespecifične simptome, kot so utrujenost, slabost itd. Ti simptomi se nato stopnjujejo do perifernih nevritisov, katerim se pridruži zbadanje okrog srca in pa gastrointestinalne težave. Občutljivost mišic na mečih, mravljinci na udih, krči mišic na mečih se popravijo po dovedu vitamina B<sub>1</sub>. Vitamin B<sub>6</sub> se je obnesel pri zdravljenju emesis in hyperemesis gravidarum. Skupina vitaminov B velikokrat dobro vpliva na nosečnostne psihoze. To velja zlasti za vitamin PP, ki preprečuje pelagro. Na poskusnih živalih so pri pomanjkanju vitamina B<sub>2</sub> opazovali zajčjo ustnico, nerazvitost zgornje čeljusti, zraščenost prstov na udih. Seveda te rezultate lahko le s pridržkom sprejmemo tudi glede na ljudi, vendar so nam pa opozorilo, da resno pomanjkanje vitaminov ne bi bilo brez posledic. Dnevno potrebuje nosečnica naslednje količine vitaminov: B<sub>1</sub> — 1,9 mg, B<sub>2</sub> — 2,7 mg, B<sub>6</sub> — 2,6 mg in PP — 22,5 mg. Potreba po vitaminu B<sub>1</sub> se zviša, če nosečnica uživa hrano, ki vsebuje mnogo ogljikovih hidratov. Vitamine skupine B vsebujejo črni kruh, pivski kvas, ovseni kosmiči, drobovina, in sicer jetra, ledvice in možgani (B<sub>1</sub>), mleko, jajca, grah, meso (B<sub>2</sub>), kvas, mleko, drobovina, krompir (B<sub>6</sub>).

Delno pomanjkanje vitamina C lahko povzroča vnetje dlesen, ki je pri nosečnicah precej pogostno. Vitamin C zvišuje tudi elastičnost vezivnega tkiva in vpliva s tem na prožnost trebušne stene. V plodovem organizmu so ugotovili precejšnje zaloge tega vitamina, ki ugodno deluje na njegov kostni sistem in zobovje. Vitamin C omogoča tudi boljšo resorpcijo železa. Razen tega potrebuje placenta vitamin C za pravilno hormonalno funkcijo. Vse to nam dovolj pojasnjuje zvišane potrebe po vitaminu C med nosečnostjo. Na poskusnih živalih so pri popolnem pomanjkanju tega vitamina dobili tudi prirojene nakaze. Dnevno potrebuje nosečnica 130 mg vitamina C (predvsem v zadnjih mesecih). Največ vitamina C je v zelenjavi, kot je n. pr. peteršilj, paradižnik, cvetača, ohrovt, špinača, zelena solata in tudi krompir. Ker kuhanje uniči precej vitamina, je važno, da nosečnica uživa tudi svežo zelenjavo.

Vitamin A preprečuje nočno slepoto, ki ni redka pri bodočih materah, vpliva tudi na ohranitev normalne funkcije kože in sluznic. Zlasti je to važno za sluznico sečevodov, ki je zaradi zastoja že predisponirana za vnetja. Kot so pokazali živalski eksperimenti, povzroča pomanjkanje vitamina A splave in prezgodnje porode. Ugotovili so tudi prirojene nakaze, kot nerazvitost oči, motnje pri razvoju ledvic in sečevodov. Vitamina A potrebuje nosečnica dnevno 6000 mednarodnih enot (I. E.). Veliko tega vitamina vsebujejo ribje olje, maslo, mleko, nekatere morske ribe, rumenjaki.

Kalcij, fosfor in vitamin D so metabolično med seboj povezani in so posebno važni zaradi vpliva na plod. Vitamin D je nujno potreben za resorpcijo kalcija in fosfora iz prebavnega sistema in deluje na fiksacijo obeh v kostnem sistemu. Če je oskrba matere s kalcijem, fosforom in vitaminom D

nezadostna, bodo nastopile okvare na zobeh, bolečine v križu, občutljivost simfize na pritisk, pri hujšem pomanjkanju pa že znaki osteomalacije. Otrok, ki od matere ne dobi zadostne količine kalcija, fosfora in vitamina D, bo predisponiran za rahitis. Ta predispozicija ostane dolgo. Kalcij vpliva tudi na pravilen razvoj zob, ki so zaradi hipoplazije emajla in dentina okvarjeni in pozneje podvrženi kariesu. Najbogatejši izvor kalcija sta mleko in sir. Za nosečnico se priporoča mlad nepikanten sir, ker vsebuje manj soli. Vitamin D imamo v mleku, jajcih, govejih jetrih, maslu, pri obsevanju s soncem se razvija iz provitamina v koži. Fosfor nam v najboljšem razmerju daje mleko. Dnevna potreba kalcija znaša 2,5 mg, vitamina D pa 364 mednarodnih enot.

Vitamin K je važen, ker sodeluje pri stvarjanju protrombina v jetrih; ta vpliva na pravilno strjevanje krvi. Pri nezadostnih količinah vitamina K lahko za časa poroda nastopijo možganske krvavitve, ki se jih pri novorojenčku tako bojimo. Vitamin K sintetizirajo koli bakterije v črevesju. Ko vemo, da je črevesje novorojenčka sterilno in da se vitamin K mehanično ne stvarja več, tedaj šele spoznamo, kolike važnosti je dovajanje tega vitamina preko matere. Nekateri celo priporočajo dajanje vitamina K še posebej v tabletah od 7. meseca nosečnosti naprej, da se tako preprečijo možganske (intrakranialne) krvavitve in da mati ob porodu ne izgubi preveč krvi. Potreba po vitaminu K znaša 3 mg dnevno. Vsebujejo ga jetra, špinača, cvetača, paradižnik, grah, jagode.

Vpliv vitamina E se še raziskuje, vpliva menda na plodnost. Dokazano je, da materino mleko vsebuje velike količine vitamina E. Opazovali so nekaj uspeha pri dajanju vitamina E nedonošenčkom in pa materam, ki imajo v anamnezi habitualne abortuse. Dnevna potreba vitamina E znaša 26 mg. Dobimo ga v žitnih kalčkih (črni moki), rumenjaku, maslu, solati.

Še dve rudnini sta važni za pravilen potek nosečnosti. To sta železo in jod.

Mnoge žene so anemične že na začetku nosečnosti zaradi preobilnih menstruacij ali zaradi nezadostnega dovoda železa v hrani. K temu se pridruži še fiziološka anemija v nosečnosti, ki nastopi zaradi povečanega volumena plazme. V zadnjih mesecih gravidnosti so tudi zahteve ploda po železu veliko večje.

Iz teh vzrokov lahko nastopi anemija, ki pomeni nevarnost za mater samo in za razvoj ploda ter zavlačuje porod.

V tem stanju pomenijo porodne krvavitve resno nevarnost za materino zdravje. Potreba železa znaša 18 g dnevno. Živila, bogata z železom, so: jetra, meso, jajca, stročnice, suho sadje, kakao.

V nosečnosti je potreba po hormonu zaščitne žleze zvišana. Da bi ji mogla zadostiti, jemlje ščitnica bolj intenzivno jod iz krvi. Zaradi te hiperaktivnosti se žleza lahko poveča že pri normalni nosečnosti. Če pa je joda premalo, se ščitnica še bolj poveča. V njej nastopijo bolezenske spremembe; posledica je struma. Tudi za novorojenca ima pomanjkanje joda usodne posledice. V krajih, kjer je v hrani in vodi premalo joda, najdemo primere kretenizma. Važno je, da se v krajih z endemično strumo daje nosečnicam jod, posebno če sol, ki jo uporabljajo, ni jodirana. Potreba po jodu znaša 0,53 mg dnevno. Jod vsebujejo vsa živila, če je geološki sestav zemlje tak, da daje rastlinam zadosti joda. Zlasti ga vsebujejo morske ribe.



Priporoča se še, da uživa bodoča mati, zlasti če se močno redi, v zadnjih mesecih nosečnosti manj soli. Sol zadržuje v organizmu tekočino in s tem pospešuje nastop edemov. Pri ženah, ki uživajo preslano in premastno hrano, so opazovali več preeklampsij in eklampsij. Seveda to ne pomeni, da naj uživa popolnoma neslano, ker bi v tem primeru lahko prišlo do resnejših okvar.

Še dve bistveni sestavini naše prehrane moramo omeniti. To so ogljikovi hidrati in masti. Uvrščamo jih med hranila, ki dajejo predvsem toploto in energijo telesu. Masti so še nosilci esencialnih mastnih kislin, ki jih organizem ne more pogrešati. Če dnevni obrok hrane ne vsebuje dovolj ogljikovih hidratov in masti, bo organizem razgrajeval beljakovine v energetske namene. S tem se zmanjšuje količina gradbenega materiala za mater in otroka. Vendar v tem pogledu ne smemo pretiravati, kajti sladkor močno redi nosečnico, ker se spreminja v maščobo. Velike količine masti lahko zamastijo jetra in s tem okvarijo njih funkcijo, zlasti če nosečnica ne dobi zadosti aminokislin z beljakovinami.

Da lahko zboljšamo prehrano nosečnice, moramo poznati njene prehrabene navade. Če so te slabe, jih skušamo zboljšati s tem, da ji svetujemo jedila, ki naj bi jih dodala svoji običajni prehrani, oziroma ji svetujemo, katera jedila naj uživa v manjši meri. S pravilno sestavljenimi obroki mora dobiti žena vse vitamine, beljakovine in rudnine kakor tudi ogljikove hidrate in maščobe v optimalni količini. Za časa nosečnosti priporočamo hrano, ki naj ima dnevno okrog 2500 kalorij, v zadnjih mesecih nosečnosti pa 3000 kalorij. Glede osnovnih hranil, vitaminov, mineralov pa veljajo količine, ki smo jih navedli zgoraj. Tedenske količine živil pri taki prehrani bi znašale:

Mleko — 7 l (najmanj 1—1½ l dnevno).

Meso — 1100 g (od tega 1-krat tedensko drobovino; v centrih, kjer so na razpolago ribe, pa večkrat ribe, ker vsebujejo jod).

Jajca — 7 (1 jajce dnevno).

Sir — 350 g.

Maslo — 210 g.

Ostale maščobe (olje, mast) — 70 g (svinjsko mast v manjši količini).

Kruh — 2100 g (črn, zmesni kruh, 30 dkg dnevno).

Testenine — 140 g.

Krompir — 2100 g.

Sveža in kuhana zelenjava — 2100 g (izogibati se je prevelikih količin stročnic).

Sadje — 2100 g.

Sladkor — 210 g.

Riž — 35 g.

Te količine so le približne in se ravna po velikosti žene in njeni presnovi. Zato je nosečo ženo treba stalno tehtati in uravnavati potrebe po njeni teži. Teža nosečnice se lahko poveča največ do 10 kg.

#### Literatura:

Martial Dumont: Les vitamines lu obstétrique.

L'alimentation et la vie (Numeros 7, 8, 9).

Dr. A. Mojić i prof. dr. Novak: Priručnik za praktičan rad sa trudnim i bolesnim ženama.

# Profilaksa kariesa

Dr. Valter Krušič

V tem delu bi se dotaknil profilakse zobnega kariesa, ki je za nas nadvse važna, ker ne bomo nikoli prav uspeli, če ji ne bomo posvečali največje pažnje. Zobozdravstvo si je docela v svesti, da je ravno profilaksa torišče njegovega delovanja in da se morajo zastaviti vse sile za sistematično izvajanje te profilakse. Uspehi, ki smo jih dosegli, so prav lepi, vendar z njimi še ne smemo biti zadovoljni, ker nas čaka še silno velika naloga: to pa je izvajanje profilakse tudi pri predšolski mladini, od 3. do 6. leta. Šele ko bo docela organizirana profilaksa te mladine, bomo videli uspehe pri profilaksi šoloobvezne mladine. Šele ko bodo s sistematično obdelavo vključeni otroci predšolske starosti, bodo izostali vsi globoki kariesi in vse gangrene šestic, pojav, ki je danes ob sistematičnem pregledu zobovja pri šoloobveznih otrocih še popolnoma razumljiv.

Razen naloge, da v profilakso vključimo predšolsko mladino, nas pa čaka še ena velika naloga. S pravilno propagando in primernimi predavanji in članki ter v ozki povezanosti z ginekologij moramo organizirati prenatalno profilakso. K temu nas vodi dejstvo, da se pri večini mlečnih zob sklenina in dentin tvorita intrauterino in da ima prvi molar tudi sklenino in dentin že pred rojstvom. Ta profilaksa naj bi se praktično izvajala pri gravidnih ženah.

Torej obsega borba proti gnilobi tri etape:

1. Prenatalno skrbstvo.
2. Predšolsko skrbstvo do izrasta mlečnih zob in vstopa v šolo.
3. Skrbstvo pri šolski mladini, ki obsega zdravljenje mlečnih in stalnih zob.

Ad 1. Na žalost zobozdravnik ne pride v poštev za prenatalno skrbstvo, kvečjemu če se taka nosečnica slučajno zdravi pri njem in jo pouči. V veliki večini pa matere ne prihajajo k zobozdravniku, da bi jih ta poučil o načinu prehrane med gravidnostjo, marveč pridejo, ker imajo zobe slabe in zdravljenja potrebne.

Med širokimi ljudskimi množicami je bolj znano dejstvo, da vsak otrok velja mater nekaj zob, kakor pa dejstvo, da nima vrsta in način materine prehrane velike važnosti samo za razvoj embrija, ampak tudi za razvoj kostnega sistema in zobovja. V času gravidnosti pri ženah je dolžnost splošnega zdravnika kakor tudi ginekologa, da skrbita in po svojih močeh delata za profilakso kariesa. Ker pride bodoča mati h ginekologu gotovo večkrat pred porodom, je in tudi mora biti njegova dolžnost, kot sem že dejal, da zastopa interese zobozdravstva.

Naloga zobozdravnika pa bi bila, da se tudi sam bolj udeležuje, in sicer s strokovnimi kakor tudi poljudnimi predavanji v okviru množičnih organizacij. Čim več bo predavanj v tem smislu, tem več bo uspeha. Tedaj šele bodo matere uvaževale vrsto in način prehrane za časa gravidnosti. Tedaj šele bodo vedele, da morajo v njihovi prehrani biti vse snovi, ki so važne za razvoj zob in čeljusti. Predvsem torej kalcij, beljakovine in mineralne soli. Seveda mora hrana vsebovati tudi dovolj ogljikovih hidratov in maščob. Kalcija in fosfora je, kot vemo, dovolj že v mleku. V  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{1}{4}$  l ju je dovolj.

Vitamine najdemo predvsem v sveži zelenjavi. Seveda pa mora biti zelenjava tako pripravljena, da ne gredo vitamini v zgubo. Dalje so vitamini tudi

v sadju, paradižnikih, limonah itd. Velike važnosti za izgradnjo kosti in zob je poleg vitaminov A, B in C tudi vitamin D, v večji količini ga imamo pa v maslu. Vse zelenjave in solate vsebujejo vitamine A, B in C, vitamina D pa zelo malo ali pa sploh ne. Kar se tiče hrušk, vsebujejo zelo malo vitaminov. Od zelenjave pa ima največ vitaminov špinača. Zaradi tega je špinača med nosečnostjo zelo priporočljiva.

Največ vitamina D je v ribjem olju. Vendar pa ima eno slabo stran, da ni preveč okusno in ga ravno gravidne žene, ki imajo bolj občutljiv želodec, ne pijejo rade. V zimskem času, ko ni zelenjav, lahko gravidne žene uporabljajo preparate, ki vsebujejo kalcij in vitamine. Vendar pa se je treba varovati prevelikega uživanja preparatov in jih smatrati samo za nadomestek.

Ad 2. Skrbstvo dojenčka spada v kompetenco pediatra. Na žalost ima tudi pri teh otrocih zobozdravnik malo možnosti, da bi vplival na mater in otroka. Tu je predvsem naloga pediatra zastopati interese zobozdravstva. V tej dobi je največje važnosti prehrana z materinim mlekom, bodisi za razvoj zobovja kakor tudi za razvoj celotnega organizma. Materino mleko ima mnogo več kalorij kot pa kravje mleko, razen tega pa še dovolj kalcija in vseh potrebnih vitaminov. Nadvse velike važnosti pa je sesanje prsi, ker se pri tem delu, ki ga otrok opravlja, jači miškulatura ust, kar zopet zelo ugodno vpliva na rast čeljusti in zob. Tudi mora vsak vedeti, da opravlja dojenček pri sesanju prsi 60-krat večje delo, kot ga opravlja, če se hrani umetno iz steklenice z gumijastim cucljem.

Tudi pozneje, ko otroku dodajamo že drugo hrano, je treba paziti, da je v tej hrani dovolj kalcija, mineralnih soli in vitaminov. Mnogo mleka je v vsakem primeru priporočljivo.

Posebno ko izrastejo prvi mlečni zobje, je vrsta in način prehrane velike važnosti. Jabolka, trd, ržen kruh, sploh bolj groba hrana nam jamčijo, da se v zadostni meri uporablja mišičevje, razen tega pa je ravno cilj take vrste hrane mehanično čiščenje zob s hrano samo. Torej vidimo, da taka hrana zobe ščiti pred kariesom.

Nasprotno pa mehak kruh, slaščice in druga testenasta hrana pospešuje karies, ker se prilepijo na zobe in ne vrše mehničnega čiščenja. Razen tega vsebuje taka hrana mnogo ogljikovih hidratov, ki povzročajo vrenje mlečne kisline, na ta način pa tudi razpadanje mlečnih zob. V tej starosti morajo tudi starši paziti na nekatere razvade otrok, saj je znano, da se pri sesanju prstov ali cuclja ali grizenju ustnic kaj rade razvijejo ortodontske anomalije.

Ko izrastejo prvi zobje, je treba pričeti z njih čiščenjem. Očistiti jih moramo ostankov hrane, ki so nanje prilepljeni, in sicer po vsakem obroku. Prve čase v ta namen popolnoma zadostuje vata, namočena v vodi. Ko izrastejo vsi mlečniki, je treba počasi otroka navaditi na čiščenje zob z zobno ščetko. Ta naj bo manjša kakor pa ščetka za odrasle. Dober vzgled, ki naj ga dajejo starši, bo otrok kmalu posnemal.

Od 2. leta naprej naj se prične sistematična obdelava pri zobozdravniku. Da je to važno in potrebno, moramo vedno znova dopovedovati našemu narodu, in sicer toliko časa, dokler ljudje ne bodo smatrali tega za nekaj samo po sebi razumljivega. Na žalost še vedno pridejo danes starši šele tedaj z otrokom k zobozdravniku, ko postane zobobol neznosen. Navadno pa je mlečno zobovje takrat že tako zelo kariozno, da zobozdravnik pri večini zob ne more ničesar več ukreniti. Vse te okvare zobovja pa bi se ob pravem času dale

prav lepo popraviti in ohraniti, četudi je otrok boječ in občutljiv, ter bi potem služilo mlečno zobovje svojemu namenu. Na žalost pa so še danes taki starši mnenja, da mlečno zobovje ni kaj prida vredno, ker tako izpade in ga nadomesti stalno zobovje. Zato je naša dolžnost, da z vsemi sredstvi, ki so nam na razpolago, torej s predavanji, letaki, časopisi, radiom itd. pobijamo to zmotno naziranje. Velika in težka naloga je to, vendar se je moramo lotiti, ker gre za zdravje našega naroda.

Oglejmo si vrednost zob in sicer zgolj s stališča funkcije. Če postane kariozen en zob ali celo več, pri žvečenju kmalu nastopijo bolečine. Otrok hrane ne prežveči dobro, ker se boji bolečin, skuša zobovju prizanašati ali ga varovati bolečin. Hrana se v takem primeru premalo prežveči, primešane ji je premalo kisline. V takem stanju pride hrana v želodec in dalje v črevo. Posledica tega so motnje v prebavi, kar je nadvse škodljivo za razvoj in rast mladega organizma. Na drugi strani pa nastopijo zaradi fokalne infekcije resne okvare organizma, ki se pri mladem človeku manifestirajo v veliko močnejši in hujši obliki. Poudarjam na tem mestu ponovno, da je treba obravnavati mlečno zobovje od sile natančno in z nič manjšo eksaktnostjo kakor stalno zobovje.

Ad 3. Šoloobveznim otrokom, torej od 7. leta dalje pa moramo posvetiti prav posebno skrb. Pri njih imamo poleg mlečnih zob že stalne zobe. Zobozdravniška kontrola je v tej starosti silno važna, ker so stalni zobje, ki rastejo v bližini karioznih mlečnikov, v veliki nevarnosti. Nikakor ne smemo biti mnenja, češ da v tej dobi, torej tik pred izpadom mlečnih zob njih sanacija ni potrebna. To bi bila velika napaka. Često namreč ravno ti mlečniki inficirajo stalne zobe, ki jih moramo predčasno plombirati. V tej starosti moramo ekstrahirati vse korenine mlečnih zob, ki še niso resorbirane, ker tudi te lahko povzročijo karies na sosednih stalnih zobeh in razen tega še gingivitis.

Od stalnih zob daje zobozdravniku največ dela in skrbi 1. molar. Ta je zelo nagnjen h kariesu in je često hipoplastičen. Ravno zaradi številnih fisur na njegovi grizni ploskvi je dana možnost, da se ostanki hrane v teh zadržujejo in da se sklenina dekalificira. Pri veliki večini otrok je šestica v 7., najkasneje v 8. letu že globoko kariozna. Da se izognemo težkočam, ki jih imamo z lečenjem šestice pri korenini, bi bilo treba propagirati, naj se šestice, ki se po svoji obliki nagibajo h kariesu, plombirajo, še preden postanejo kariozne. Vse fisure, ki segajo dokaj globoko, bi morali izpreparirati ter zaliti z amalgamom.

Ravno prvi stalni kočnik je neprecenljivega pomena za razvoj vsega zobovja v času, ko mlečni zobje izpadajo drug za drugim.

Prvi stalni kočniki so temelj vsega stalnega zobovja. Oni skrbijo za potrebno razdaljo, določajo na ta način višino griza in gledajo, dokler se ne izvrši menjava zob, da se čeljusti druga drugi ne moreta preveč približati, tako da po izpadanju mlečnih zob stalni zobje lahko nemoteno dorastejo v pravo višino. Če ti kočniki predčasno segnijejo ali jih celo izderemo, zobovju med menjavo zob manjka glavna opora in če prehitro segnijejo še mlečni kočniki, deluje ves pritisk pri žvečenju hrane na še nedorasle sprednje stalne zobe. Zato se ti ne morejo razviti in se mnogokrat nagnejo tudi poševno navzven.

Kot sem že omenil, so prvi stalni kočniki zelo nagnjeni h kariesu. To dejstvo in pa dejstvo, da velika večina mater oziroma staršev smatra prvi molar za mlečni zob in da ravno zaradi tega ne pripisuje temu zobu nobene

važnosti, nas uči, da se profilaksa ne more izvajati zgolj na pacientu samem. Nujno potrebno je zagadelj, da ljudstvu v obliki predavanj prikažemo vse napake in njih posledice ter ga poučimo, kako naj sodeluje z zobozdravnikom, da se pri profilaksi dosežejo čim večji uspehi.

Drug način take profilakse je tuširanje mlečnega kariesa z raztopino Arg. nitricum. Ta način se večinoma uporablja pri majhnih otrocih, ki so jako občutljivi za bolečine. Pri takih otrocih z ekskavatorji iz karioznega zoba odstranimo razpadle snovi in to kaviteto impregniramo z Ag NO<sub>3</sub>. Vendar ta način ni priporočljiv. Omenjam ga le, ker se mnogo uporablja. Po mnenju večine avtorjev sicer res nadraži srebrni nitrat pulpo, da proizvaja sekundarni dentin, vendar lahko povzroči gangreno na eni strani, na drugi strani pa povzroča otroku, če ga apliciramo v globljo kaviteto, izredno hude bolečine, tako da ga nekateri avtorji, kot n. pr. Miller in Black, odklanjajo.

Vse to, o čemer sem zdaj govoril, so bile smernice za izvajanje splošne profilakse. Razen tega pa poznamo tudi še lokalno profilakso, ki je po svojem bistvu in važnosti splošni profilaksi enakovredna. Mislim pri tem na čiščenje zob. To je, bi mislil, tako vsakdanje opravilo, da ga pozna vsak. Vendar pa to na žalost ni tako. Od desetih otrok si bodo pravilno čistili zobe kvečjemu 3 do 4. Kdor koli ima sam otroke, ve, da se snaženju zob izmikajo kar se le da ali pa je čiščenje silno kratko, tako da je brez praktične vrednosti. Za čiščenje zob nam služi zobna ščetka, s katero odstranimo retinirane ostanke jedi v fisurah griznih ploskev, v aproksimalnih prostorih in gingivalnih žepkih. Torej je naloga ščetke, da očisti vsa mesta, ki se ne čistijo že sama pri žvečenju hrane.

Kar se tiče patogenosti zobne ščetke, je ne moremo zanikati. Zato moramo uporabljati čim bolj sterilne ščetke. Pri pregledu kupljenih zobnih ščetk so našli gnojne koke, hemolitične streptokoke in koli bakterije. Vendar tudi na zobnih ščetkah, ki so v rabi, najdemo zelo različno bakterijsko floro. Zato je nujno potrebno, da zobno ščetko pred vsako uporabo dezinficiramo. Prekuhanje ni priporočljivo, ker se ščetka pri tem pokvari. Kemična dezinfekcija s formalinom, kalijevim permanganom ali jodom nima pravega učinka. Najboljše razkužilo za zobno ščetko je 5%-na raztopina kloramina. V 1/2—1%-ni raztopini uničimo stafilokoke in streptokoke v 3 do 5 minutah. Raztopina kloramina umori celo trose vraničnega prisada. Neprijeten duh po kloru lahko ublažimo, če dodamo spiritus menthae.

Važno je vprašanje, kakšno zobno ščetko naj uporabljamo, da bo res vršila svojo nalogo. Splošno priznano je, da je najboljša ščetka, ki ima šopke ščetinice redko postavljene, da je med njimi dovolj prostora za kroženje zraka. Ščetinice morajo biti dobro pritrjene in dovolj trde, da z njimi lahko sežemo v medzobne prostore. Zobna ščetka, ki je od sline ali vode postala premehka, ne služi več svojemu namenu.

Premehke zobne ščetke moramo odločno odsvetovati. Ščetko je treba po vsakokratni uporabi dobro oprati z milom in vodo in potresti s stolčeno soljo, nato pa obesiti, da se posuši in da postanejo ščetinice zopet trde.

Z uporabo zobne ščetke hočemo doseči dvoje:

1. da vse ploskve zoba res očistimo in preprečimo nabiranje zobnega kamna,
2. da masirane dlesne postanejo odporne.

Zadostuje, če si zobe čistimo takole:

- a) žvekalne ploskve v zgornji in spodnji čeljusti dobro skrtačimo,
- b) masiramo dlesne s ščetko na ta način, da drgnemo z njo ob zgornji čeljusti od zgoraj navzdol, ob spodnji čeljusti od spodaj navzgor, vedno proti zobni kroni,
- c) da očistimo medzobne prostore, nastavimo zobno ščetko navpično na zobe in z lahkim pritiskom ter kroženjem potisnemo posamezne ščetinice med zobe. Če to večkrat ponovimo, odstranimo vse ostanke jedi med zobmi.

Ščetka je izrazito mehanično sredstvo, ki naj služi čiščenju zob. Razen ščetke pa uporabljamo za čiščenje zob še kemična sredstva. Ta so prav različna in imajo prav različen okus. Z nobenim kemičnim sredstvom ne moremo iz ust odstraniti vseh bakterij. Ni zobne paste, s katero bi usta lahko popolnoma razkužili. Sredstva, ki so dovolj močna za uničenje bakterij, bi škodovala ustni sluznici in jo tako pokvarila, da bi z njih uporabo dosegli ravno nasprotno, kakor želimo. Zato jih moramo rabiti tako razredčena, da ne kvarijo ustne sluznice. Vendar pa vsaj začasno vplivajo razkužilno, ko ovirajo preveliko razmnoževanje bakterij in uničujejo strupe, ki se iz njih izločajo. Če se na ta način razkužimo vsak dan, spremenimo bakterijam življenjske pogoje tako zelo, da postanejo manj virulentne. Da, še več! Pri stalnem, ponavljajočem se razkuževanju nastanejo iz uničenih bakterij in razkrojjenih strupov antigeni, ki store sluznico proti infekcijam odpornejšo.

Kakor so se pa v vseh panogah medicine ravno zadnjih 10 let začele izvajati nove, epohalne metode zdravljenja, kot je n. pr. zdravljenje s penicilinom, s streptomycinom in še celo vrsto drugih sredstev, s pomočjo katerih so doslej težke bolezni napravili lahke — tako je tudi zobozdravstvo obogatelo z novim, res učinkovitim načinom za profilakso kariesa, to je v prvi vrsti množično profilakso s pomočjo fluora.

Prizadevanje, da se uporablja fluor v profilaksi zobne gnilobe, temelji na dejstvu, da se odpornost zobne sklenine proti kariozni demineralizaciji zviša, če znižamo njeno topljivost v kislinah. To dosežemo, če jo izpostavimo učinku fluorovih raztopin. V izdatni meri dokazujejo to uspehi, ki so jih pri svojih poizkusih imeli ameriški in ruski avtorji. Z lokalno uporabo fluoridov se da zmanjšati število kariesa in zasluži ta postopek pozornost zlasti pri mladinski profilaksi zobne gnilobe.

Tako nam je dana možnost množičnega fluoriziranja in temu ustrezno tudi možnost, da odstotek kariesa načrtno znižamo na čim manjše število.

Pri tem načinu se v profilaksi kariesa uporablja 1—2 %-na raztopina Na F v obliki aplikacije obkladkov. Pri odraslih ne deluje v globino, ker so se na površini izvršile razne ionizacije, ki vsrkavanje F preprečujejo.

Najugodnejša življenjska doba je od 5. ali 6. do 12. leta. Aplikacija v poznejši dobi je manj učinkovita. Samo pri modrostnih zobeh, ki so bolj nagnjeni h kariesu in pa tudi pozneje izrastejo, se vrši fluorizacija pri starejših osebah.

Tudi se v precejšnji meri opazuje manjše nagnjenje h kariesu oziroma rezistenca mlečnikov proti kariesu v krajih, kjer pitna voda vsebuje dovolj fluorovih raztopin (okrog 2,3 mg F na liter). Vendar je taka odpornost pred-eruptivnega značaja, ker je sklenina že pri svojem razvoju bila bogata s F.

# Poglobimo predporodno zaščito matere in otroka

Dr. Boga Škrinjar

Zboljšanje zdravstvenega stanja in ohranitev zdravja matere in otroka je osnovni zakon zdravstvene službe, otroška smrtnost v 1. letu pa je najobčutljivejše merilo zdravstvene ter socialne dejavnosti v tej smeri. Ni dovolj le delo v posvetovalnici, nasvet, ki ga damo materi in ženi, preiskava otroka, sprejem v porodnišnico. Poleg medicinskih so velikega pomena v zdravju matere in otroka tudi socialni, ekonomski ter psihološki faktorji, zato je delo prav v zaščiti matere in otroka zelo široko. Poudarek je na ohranitvi in izboljšanju zdravja matere in otroka, ne več samo na zdravljenju in preprečevanju obolenj in smrti, zato je medicinski sestri in posetni službi prav gotovo v tem delu poverjeno prvo mesto.

Smrtnost dojenčkov se je v Sloveniji od predvojne dobe znižala skoraj na polovico tedanje vrednosti in je v primerjavi s predvojnimi leti v splošnem na zadovoljivi višini, tudi smrtnost porodnic je nižja in procent mrtvorojenih je znatno padel. Vendar nam primerjava teh števil s številkami nekaterih drugih držav pove, da še nismo izpolnili vseh zahtev, ki se postavljajo v delu za zaščito matere in otroka, in da še nismo izrabili vseh pridobitev, ki nam jih nudijo izkušnje zdravstvene službe drugih držav pa tudi že naše opažanje v zadnjih letih. Razumljivo je, da se pravilna skrb za pravilen potek poroda, za ohranitev materinega zdravja po porodu ter ohranitev novorojenčkovega življenja in zdravja začne že pred otrokovim rojstvom. Verjetnost, da novorojeni otrok preživi prvo leto, zlasti pa prvi teden in prvi mesec življenja, ko je otroška smrtnost največja, je v veliki meri odvisna od zdravja matere v času nosečnosti. Zato je zniževanje otroške smrtnosti, zlasti v tej prvi dobi, odvisno predvsem od dobre predporodne oskrbe, ustrezne porodne pomoči, pravilne prehrane matere ter njene vzgoje.

Smrtnost te zgodnje dobe pri nas v znatni meri obremenjuje otroško smrtnost sploh. Bolezni, ki jih označujemo kot bolezni, lastne zgodnji otroški dobi, pa so zastopane pri nas dvakrat pogosteje kakor v številnih drugih državah. Pa si zberimo nekaj števil iz naših letnih poročil in jih ocenimo!

Od 1000 živorojenih je umrlo	1921. leta	1935. leta	1949. leta	1954. leta
V 1. mesecu življenja	72	51	37	27,6
V 2.—12. mesecu življenja	99	69	45	27,6
Skupaj v 1. letu	171	120	82	55,2

Umrljivost dojenčkov	Padec umrljivosti, izražen v %		Od 100 umrlih dojenčkov umrlo		
	1935-54	1949-54	1931-35	1949	1954
V 1. mesecu življenja	23	9	40,7	45	50
V 2.—12. mes. življenja	41	17	59,3	55	50
Skupaj v 1. letu	64	26	100,0	100	100

Povedali bi lahko tole: Umrljivost dojenčkov v Sloveniji postopoma in stalno pada. Tako n. pr. je v preteklem letu od 1000 živorojenih umrlo 115 otrok manj kot v letu 1921, 64 manj kot v letu 1935 in 26 manj, kot jih je umiralo še pred šestimi leti. Prav gotovo, znaten uspeh zdravstvene službe! Če pa pogledamo stvar podrobneje, vidimo, da gre to strmo znižanje otroške smrtnosti predvsem na račun strmega padca v številu umrlih dojenčkov po 1. mesecu starosti, medtem ko je padec umrljivosti v zgodnji življenjski dobi počasnejši. Tako smo v preteklem letu zabeležili prav toliko umrlih v 1. mesecu starosti kot v 11 nadaljnjih mesecih življenja! Zdi se pa, po prvih podatkih letošnjega leta, da se procent še nadalje nagiba na stran umrljivosti v zgodnji življenjski dobi. V nekaterih okrajih je ta poudarek očiten že iz lanskoletnih števil. Blizu 100 lističev je izpisanih mesečno v Sloveniji v matičnih uradih za dojenčke — umrle v najzgodnji življenjski dobi in ob pregledovanju podatkov o poteku bolezni, ki je privedla do smrti, bi vsakdo, komur je skrb za zdravje naroda prva dolžnost, često »obstal« v iskanju onega pravega vzroka, ki je privedel do bolezenskega stanja, poteka bolezni in končnega vzroka otrokove smrti, ko bi tega vzroka na lističu ne zasledil. Težak porod s poškodbo otroka, porojstvena asfiksija, nedonošenost, slabotno rojen, atrofija, je napisala babica ali mrliški oglednik ob prijavi smrti na vprašanje o vzroku smrti. Pravi vzrok pa bi iskali nazaj, v dobi pred otrokovim rojstvom. In v to smer bomo morali poglobiti naše delo, če nam je cilj nadaljnje zniževanje otroške smrtnosti ter zboljšanje zdravja otroka in matere.

Zdravstvena zakonodaja zagotavlja ženi v zvezi z nosečnostjo in porodom zdravstveno zaščito s strokovnim delom posvetovalnic — dispanzerjev za žene, z možnostjo sprejema v materinski dom socialno in medicinsko ogroženih žena, z brezplačno porodno pomočjo na domu ter brezplačno zdravstveno oskrbo za časa poroda v porodnišnici. Cilj predporodne zaščite je, da zagotovi zdravo nosečnost, normalen porod zdrave matere in rojstvo zdravega otroka. Dispanzerju — posvetovalnici za žene je v tem delu poverjena glavna vloga, ki pa jo bo uspešno izpolnil le ob tesnem sodelovanju področne babice, medicinske sestre in zdravnika. Da zagotovimo zdravo nosečnost, zahtevamo zdravstveni nadzor vseh žena. Prvič naj bi bila žena zajeta pod nadzor dispanzerja — kot je pravilo nekaterih držav — v 12. tednu nosečnosti, oziroma že prej, če je bila prejšnja nosečnost nepravilna ali če sedanja ni normalna. Pregled naj bi bil splošni klinični in ginekološki. Patronažna služba medicinske sestre pa naj bi podala sliko o socialnih in ekonomskih razmerah njene družine. Pri normalni



nosečnosti zahteva porodničar za pravilen nadzor noseče žene ponoven pregled vsake 4 tedne do 28. tedna, vsaka 2 tedna do 36 tednov nosečnosti in nato tedensko do poroda. Ponovne preglede zdravih žena — pregled urina, RR, tehtanje, merjenje, poslušanje plodovih utripov — izvrši babica, vse dvomljive primere zdravja pa preda zdravniku. Medicinski sestri pa je poverjena patronažna služba z reševanjem družinskih problemov, ki nastajajo v zvezi s porodom; oskrba s porodno opremo pri ženah, ki nameravajo roditi doma, preskrba družine z otroki za časa poroda doma ali v porodnišnici, pomoč pri delu po vrnitvi domov... Dalje ji je poverjeno zdravstveno vzgojno delo med ženami — priprava žene na porod, pritegnitev v dispanzer, pouk o prehrani, o negi dojenčka — tako ob priliki hišnih obiskov kot tudi z organizacijo krajših sestankov in tečajev v posvetovalnici. Gotovo se bo žena rada odzvala povabilu, da pride v dispanzer na zdravniški pregled in poslušat kratke nasvete oz. predavanja o pripravi hrane, o šivanju primernih oblačil za dojenčka, o dietetiki v nosečnosti, o pripravi za porod, kar bi vse sledilo po končanih pregledih. Brez dvoma bi vpliv okolja in psihična pripravljenost na podano tematiko doprinesla k uspehu tovrstnega vzgojnega dela. Napotilo za porodnišnico daje psihično in zdravstveno pripravljeni ženi dispanzer, ki obenem opozori porodničarja na medicinske ter socialno-ekonomske ugotovitve, važne glede poteka poroda ter vrnitve domov. Ženo, ki ji socialno in zdravstveno stanje dovoljujeta porod doma, prevzame v oskrbo področna dispanzerska babica, ki ji s pravilno porodno pomočjo ter pravilno poporodno oskrbo do 4. tedna nudi vso gotovost za ohranitev njenega zdravja ter rojstvo in življenje zdravega otroka.

Podatke o zdravstvenih ugotovitvah pri ženah njenega področja dobiva babica v posvetovalnici, s katero je tudi organizatorno povezana. Posvetovalnica pa vodi kartotečno evidenco o ženah ustreznega področja ter na tej osnovi vodi in nadzira delo področnih babic. Po končani poporodni oskrbi preda babica točne zapiske o poteku poroda ter poporodne dobe in o svojem delu v tej dobi posvetovalnici, kjer se podatki priključijo osnovni kartoteki žene. Glede žena, ki so rodile v porodnišnici, vzdržuje zvezo s porodniškim oddelkom dispanzer. Ob izpisu žene iz porodnišnice prejme dispanzer kartotečni list žene, izpopolnjen z glavnimi podatki o poteku poroda in o novorojenčku. Dispanzer pa obvesti področno posvetovalnico, da z babico področja sprejme mater in novorojenčka v ustrezno poporodno oskrbo za vso dobo 4 tednov.

Pa si oglejmo nekaj številok o tem delu pri nas!

Leto	Število disp. — posvet.	Od 100 nosečih žen zajetih pod nadzor disp. - posvet.			Od 1000 pregledanih bilo soc. zav.	Povpr. pregledov v noseč.	Hišnih obiskov	
		Skupaj	v prvi polovici noseč.	v 9. mesecu			nosečnic	otročnic
1949	25	8,7	2,3	2,2	65	1,3	1290	190
1954	58	43,0	8,4	9,7	80	3,1	1697	3057

Leto	Število babic		Delov. ur v posvet. na 1 babi- co meseč.	Od 100 novoroj. je bilo rojenih		Na eno babico porodov letno	Obiskov po porodu	
	krajev- nih	od teh zaposle- nih v posvet.		v bolnici	brez. strok. pom.		pov- prečno na 1 porod	na 1 porod doma
1949	398	16	3 ½	34,6	5,3	44	4,2	7,7
1954	425	58	4 ½	55,9	1,9	30	9	23

Iz številke bi lahko povzeli, da je pokazalo delo za zaščito žene pred porodom in po njem v zadnjih šestih letih znaten razvoj. Večje je število dispanzerjev oziroma posvetovalnic, večje število babic je vključenih v delo posvetovalnic, odstotek žena, zajetih pod nadzorstvo dispanzerja, je višji, število pregledov v nosečnosti večje, več žena rodi v porodnišnicah, odstotek rojstev brez strokovne pomoči je padel in žene, ki rode doma, imajo boljše poporodno oskrbo. Kljub temu pa delo še ni zadovoljivo. Odstotek žena, zajetih pod nadzorstvo dispanzerja, je še vedno premajhen. Zlasti ob misli, da je zajetje žena iz posameznih socialnih skupin zelo neenakomerno, da so tudi po okrajih velike razlike, ta odstotek še ne zadovoljuje. Tudi dejstvo, da je bilo v prvi polovici nosečnosti zajetih le 8 % vseh nosečnic, v 9. mesecu pa še vedno samo 10 %, kaže, da je zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre v tej smeri nujno potrebno. Omenili smo, da porodničar zahteva za zagotovitev pravnega nadzorstva za časa nosečnosti redne preglede žene v ustanovi od 12. tedna nosečnosti do poroda. V lanskem letu pa se je žena, ki je prišla prvič v posvetovalnico, oglasila povprečno le še dvakrat pred porodom. Če primerjamo optimalno zahtevo 12 pregledov, trije pregledi prav gotovo še ne zagotavljajo dobrega varstva zdrave nosečnosti. Tudi v tej smeri bo medicinska sestra s pravilnim prepričevanjem doprinesla k zaželeni rešitvi zadevnega vprašanja. Število babic v Sloveniji je dokaj zadovoljivo in 2—3 porodi mesečno ne preobremenjujejo babice. Zato preseneča nizka številka onih babic, ki so vključene v delo posvetovalnice za žene. Babice na terenu organizatorno često niso povezane v neki center in je to velika škoda za delo, ki bi ga babice lahko uspešno vršile. Število hišnih obiskov pri nosečih ženah je minimalno. Pa bi babica pod pravilnim vodstvom medicinske sestre lahko tudi na tem delovnem področju prevzela velik delež. Tudi posetna služba po porodu, ki je babici poleg poroda samega prav gotovo prva dolžnost, ni zadovoljiva. S hišnimi obiski zajema babica predvsem le žene, ki jim je nudila porodno pomoč, medtem ko žene, ki so rodile v porodnišnici, čeprav so se včasih že konce prvega tedna vrnil domov, često po porodu niso bile dovolj oskrbovane. Povprečno 9 poporodnih obiskov prav gotovo ni zadovoljivo, vedeti pa moramo, da številnih žena po vrnitvi iz porodnišnice babica sploh ne obiše. Mislim, da ne bo napak, če iščemo krivdo v slabi povezavi babiške terenske službe s patronažno sestrsko službo ter nezadovoljivi organizaciji dispanzerskega dela. Objektivnih zaprek pa prav v tem vprašanju često ni in medicinska sestra, kot organizator dobre zaščitne službe v zaščiti matere in otroka, bo obstoječe težave s pravnimi prijemi prav gotovo prešla. Važno je tudi vprašanje povezave s področno porodnišnico. Že dolgo zahtevana medicinska sestra, zadolžena kot socialno medicinski delavec v bolnici ter še prav posebno v porodnišnici, bi v

tej povezavi prevzela važno vlogo. Seveda pa ima prednost povezava teren-skega kadra samega v dispanzerskem delu.

Še nekaj besed o raziskovalnem delu na področju zdravstvene zaščite ma-tere in otroka. Tudi študij zdravstvenega stanja prebivalstva področja in raz-mer, ki vplivajo na zboljšanje ali poslabšanje zdravja matere in otroka, študij socialnih razmer v družinah, potem prehrane prebivalstva, prehrane nosečih žena, vse to je bistveni del onega dela, ki je posvečeno zdravstveni zaščiti žene in otroka na terenu. Le točno poznavanje področja lahko pravilno usmerja naše delo; najsi bo to delo visoko organiziranega dispanzerja za žene, terenske posvetovalnice ali pa komaj osnovane patronažne službe medicinske sestre in babice v okraju. V nekaterih okrajih so tudi v tem delu medicinske sestre za-stavile prvi korak. Poleg točnega vpisovanja podatkov o bolezenskih stanjih, ki jih je ugotovil dispanzerski zdravnik v ambulanti dispanzerja, in rednega iz-polnjevanja statističnih poročil so prešle na terensko proučevanje vzrokov mrtvorodnosti, zgodnje otroške smrtnosti ter tako neposredno na proučevanje zaščite in oskrbe žene pred porodom in po njem. V tesnem sodelovanju s kra-jevno babico in povezavi s porodnišnico, če žena ni rodila doma, zbirajo medi-cinske sestre po enotnem obrazcu podatke o porodu, o predporodni in poporodni oskrbi matere, o novorojenem otroku, o socialnih razmerah družine, za vsakega živorojenega, mrtvorojenega ter v zgodnji dobi umrlega otročiča na njihovem področju, da tako prispevajo svoj delež k razjasnitvi teh vprašanj v svojem okraju in s tem posredno v Sloveniji sploh.

Razjasnitev teh vprašanj pa bo ob organizacijsko pravilno urejeni službi zdravstvene zaščite matere in otroka v okraju ter pripravljenosti medicinskega kadra za to delo prav gotovo doprinesla k zboljšanju predporodne zdravstvene zaščite žene in tako tudi k znižanju še vedno dokaj visoke smrtnosti dojenčkov pri nas, v Sloveniji.

**Ortop**

**dobe**

Med najpogostnejšim kolku (Luxatio coxae) kažejo mnogi znaki, da izpahov kolka in celo, Tako je bilo n. pr. l. Ljubljani 32 primerov število znašalo 69. Tega

le okolnosti, da je teritorij, ki gravitira na našo ortopedsko ustanovo, sedaj nekoliko povečan, prav tako ne more to biti posledica boljšega in hitrejšega odkrivanja takih primerov v povojni dobi; verjetnejše je, da imamo opravka z absolutnim naraščanjem takih primerov.

i nas prirojen izpah v h statističnih podatkov, m odstotkom prirojenih tevilno občutno narašča. dsek Splošne bolnice v enje, l. 1952 pa je to

ne moremo pripisovati

tej povezavi prevzela važno vlogo. Seveda pa ima prednost povezava teren-kega kadra samega v dispanzerskem delu.

Še nekaj besed o raziskovalnem delu na področju zdravstvene zaščite ma-tere in otroka. Tudi študij ~~zdravstvenega stanja~~ nrehivalstva področja in raz-mer, ki vplivajo na zbol-  
socialnih razmer v druž-  
žena, vse to je bistveni c-  
in otroka na terenu. L-  
naše delo; najsi bo to de  
posvetovalnice ali pa kc  
babice v okraju. V neka  
stavile prvi korak. Poleg  
jih je ugotovil dispanze:  
polnjevanja statističnih  
mrtvorodnosti, zgodnje  
zaščite in oskrbe žene p  
jevno babico in povezav  
inske sestre po enotnem obrazcu podatke o porodu, o predporodni in poporodni  
oskrbi matere, o novorojenem otroku, o socialnih razmerah družine, za vsakega  
živorojenega, mrtvorojenega ter v zgodnji dobi umrlega otročiča na njihovem  
področju, da tako prispevajo svoj delež k razjasnitvi teh vprašanj v svojem  
okraju in s tem posredno v Sloveniji sploh.

Razjasnitev teh vprašanj pa bo ob organizacijsko pravilno urejeni službi  
zdravstvene zaščite matere in otroka v okraju ter pripravljenosti medicinskega  
kadra za to delo prav gotovo doprinesla k zboljšanju predporodne zdravstvene  
zaščite žene in tako tudi k znižanju še vedno dokaj visoke smrtnosti dojenčkov  
pri nas, v Sloveniji.

## Ortopedija prve življenjske dobe

Prof. dr. Bogdan Breclj

### I. Prirojen izpah v kolku

Med najpogostnejše prirojene okvare štejemo pri nas prirojen izpah v kolku (*Luxatio coxae congenita*). Čeprav nimamo točnih statističnih podatkov, kažejo mnogi znaki, da smo mi dežela z relativno visokim odstotkom prirojenih izpahov kolka in celo, da nam v povojnih letih to število občutno narašča. Tako je bilo n. pr. l. 1938 sprejetih na Ortopedski odsek Splošne bolnice v Ljubljani 32 primerov prirojenega izpaha v zdravljenje, l. 1952 pa je to število znašalo 69. Tega več kot stoo odstotnega porasta ne moremo pripisovati le okolnosti, da je teritorij, ki gravitira na našo ortopedsko ustanovo, sedaj nekoliko povečan, prav tako ne more to biti posledica boljšega in hitrejšega odkrivanja takih primerov v povojni dobi; verjetnejše je, da imamo opravka z absolutnim naraščanjem takih primerov.

Poleg omenjenih 69 primerov prirojenega izpaha kolka pa smo v istem letu 1952 opazovali še 5 delnih izpahov in 55 slabo ali nedokončno razvitih kolčnih sklepov, ki so prav tako zahtevali ustrezajoče ortopedsko zdravljenje.

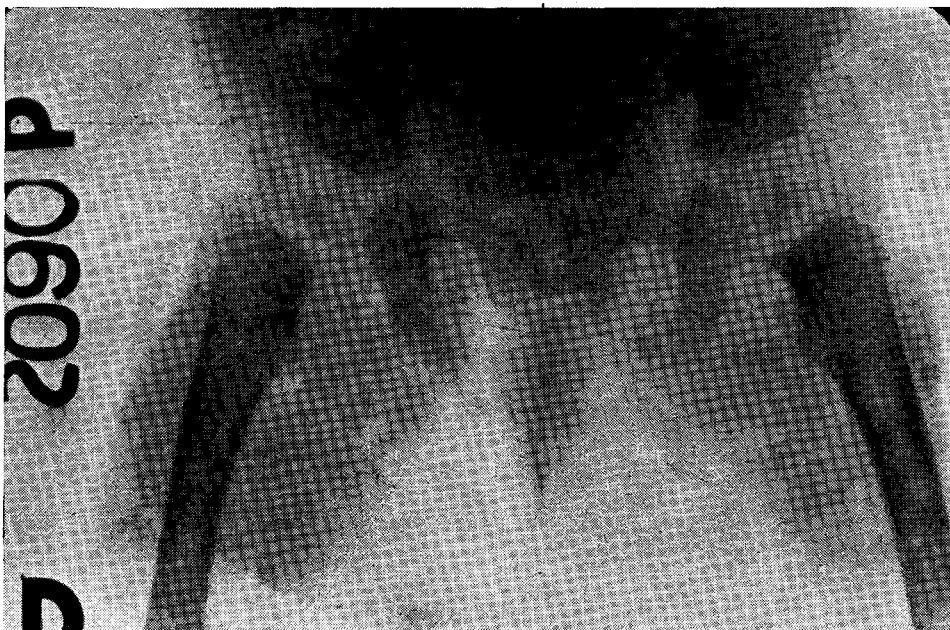


*Slika 1. Obojestranski prirojeni izpah kolčnih sklepov pri 6-letni deklici. V oči udarja ogromno povečana lumbalna lordoza*

Tudi ti podatki govore v korist mišljenju, da gre za absoluten porast prirojenih izpahov kolka v povojni dobi, kar ima verjetno globlje vzroke v smislu opažanj, ki smo jih omenili v uvodu teh poglavij.

### **Znaki prirojenega izpaha**

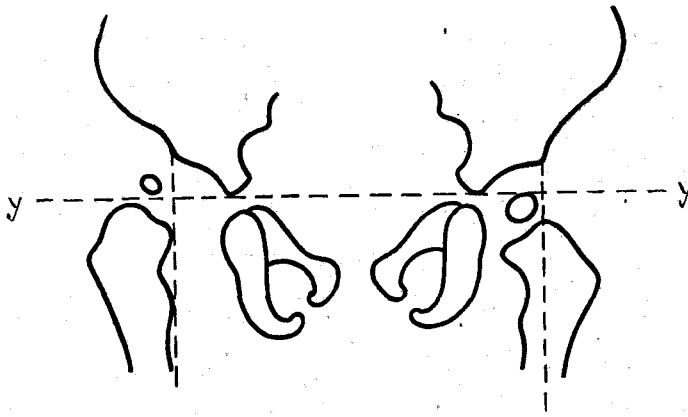
Znano je, da je prirojen izpah v kolku lahko enostranski ali obojestranski, lahko je popoln ali pa samo delen (Subluxatio). Od tega so v veliki meri odvisni znaki, ki jih opažamo pri otroku. Taki otroci navadno kasneje shodijo in njihova *hoja je zibajoča v eno* (enostranski izpah) ali *v obe strani* (obojestranski izpah). Taki hoji pravijo tudi »racanje«. Izpahnjena nogica je vselej *krajša* od zdrave. Razumljivo je, da je skrajšanje ekstremitete opazno le pri enostranskem izpahu, kjer lahko primerjamo dolžino ene ekstremitete z dol-



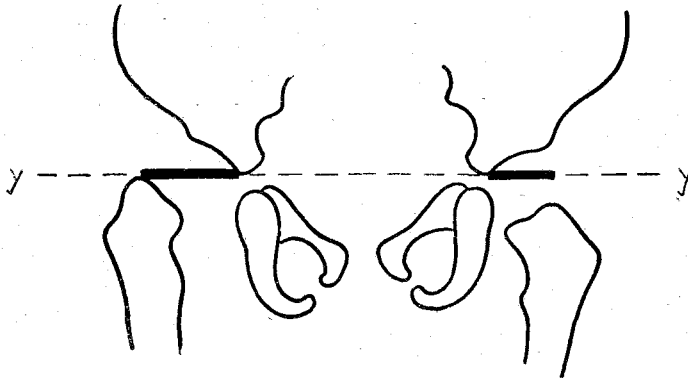
*Slika 2. Rentgenogram prikazuje prirojeno displazijo desnega kolka s plitvim acetabulom in majhnim jedrom. Levi kolk kaže normalno stanje.*



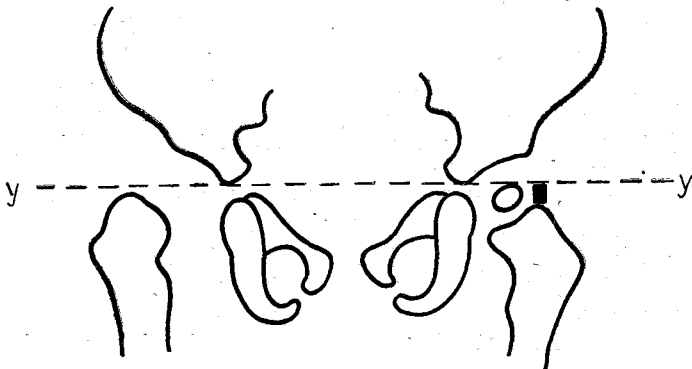
*Slika 3. Rentgenogram kaže prirojen izpah desnega kolka: jedro glavice leži izven ponvice. Levi kolk normalen*



Slika 4. Na skici je razvidna razlika med normalnim in izpahnjnim kolkom. Horizontala  $y - y$  in vertikala, ki jo potegnemo skozi zgornji rob ponvice, delita sklep v 4 kvadrante. Pri normalnem kolku leži jedro v notranjem spodnjem kvadrantu, na izpahnjni strani leži jedro v zgornjem zunanjem kvadrantu



Slika 5. Na sliki je prikazana razlika v horizontalni distanci. Na izpahnjni strani je horizontalna distanca med zgornjim robom femorja in dnom ponvice povečana



Slika 6. Na skici vidimo razliko v vertikalni distanci. Na izpahnjni strani se zgornji rob femorja skoraj dotika črte  $y - y$

žino druge, odpade pa pri obojestranskem izpahu, kjer nimamo možnosti take primerjave.

Za obojestranski izpah v kolku je poleg hoje predvsem značilna otrokova drža: *medenica* je močnejše nagnjena, *lumbalna lordoza* je pojačena, *kolka* sta štrleča, *medstegenje* je prazno, *kolena* se pri stoji ne dotikajo, *zgornji trup* je nagnjen nazaj. Pri enostranskem izpahu opazujemo mesto povečane lumbalne lordoze in nagnjenosti medenice na izpahnjeno stran *izbočeno hrbtenico* in na isto stran *povešeno medenico*.

Vsi naštetih znaki so že na zunaj in od daleč vidni in diagnoza je povečini jasna, še preden otroka slečemo in preiščemo. Z vsakim letom se znaki stopnjujejo, otrok zaostaja pri hoji in igri za zdravimi, hitreje se utruja, nima pa običajno nobenih bolečin. Te se pojavijo praviloma šele v puberteti, ko so na izpahnjem kolku že resne patološke spremembe in so koščeni deli sklepa spričo nastalih deformacij izgubili svoje prvotne oblike. Taka zastarela luksacija je nepopravljiva in povzroča pri človeku trajno invalidnost.

Poleg omenjenih, na zunaj vidnih znakov, ki govore za prirojen izpah v kolku, uporabljamo za ugotovitev in potrditev naše diagnoze še rentgensko sliko. Znake izpaha bomo na rentgenu z lahkoto ugotovili, če le pomislimo, da imamo opravka z otroškim skeletom, pri katerem zakostenitev še ni končana in so rastne cone še hrustančaste. Spričo tega je ponvica (acetabulum) kolčnega sklepa v sredini prekinjena, od bodoče glavice femorja pa vidimo od sedmega meseca dalje le jedro. Na priloženih skicah in rentgenogramih vidimo razliko med normalnim in izpahnjem kolkom. Pri slednjem je *ponvica plitva*, *streha* je *strma*, *jedro* je *manjše* kot na zdravi strani in leži bolj *odmaknjeno in višje*. Na skici je dalje prikazano, kako si za boljšo orientacijo začrtamo dvojce črt, horizontalno skozi oba presledka v ponvicah, vertikalno pa skozi zgornji rob ponvice in na ta način razdelimo prostor v štiri kvadrante. *Pri normalnem kolku leži jedro v spodnjem notranjem kvadrantu*.

Ako najdemo jedro v spodnjem zunanem kvadrantu, govorimo o *delnem izpahu* ali *subluksaciji*. Kadar pa leži jedro v zgornjem zunanem kvadrantu, imamo pred seboj *popoln izpah* kolka.

### Osnove rane diagnoze

Vse, kar smo povedali v prejšnjem odstavku, je jasno in razumljivo, vzbuja upanje in celo prepričanje, da odkrivanje prirojenih izpahov ne bo tako težko in zamotano, kot smo morda mislili. Za otroka s prirojenim izpahom, ki je že shodil, še celo pa za odraslega z zastarelo luksacijo to tudi v polni meri velja.

Vprašanje pa je, ali je odkritje prirojenega izpaha pri otroku, ki je že shodil, dovolj rano, ali je še pravočasno in ali je tako odkritje sploh to, kar sodobna medicina v teh primerih zahteva?

To vprašanje moramo odločno zanikati in takoj priznati, da smo si s tako pozno postavljenjo diagnozo pridobili kaj malo zaslug za pogoje otrokovega zdravljenja in njegove ozdravitve. Resnici na ljubo moramo povedati, da je v takem poznem stadiju ugotavljal prirojene izpahe že Hipokrat pred 2000 leti — in to seveda brez rentgena.

Kakor je po eni strani diagnoza popolnega izpaha v kolku lahka in nedvomljiva, tako je po drugi strani v tem stadiju že zamujen nadvse dragoceni čas za zdravljenje, *zamujenega je prav toliko časa, kolikor je otrok star*.

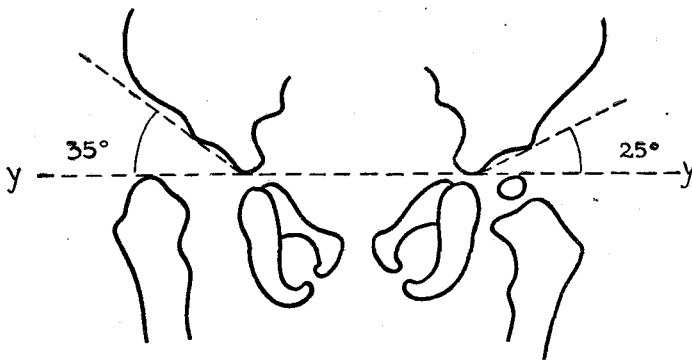


Naša naloga ni potemtakem *ugotavljati prirojene izpahe* takrat, ko so vsi njegovi znaki že v klasični meri razviti, marveč *čimprej po rojstvu*, ko so pogoji za zdravljenje neprimerno boljši. Videli bomo, da je *zgodnje zdravljenje ena najvažnejših zahtev*, ki jih postavlja sodobna medicina ne le v primeru prirojenega izpaha v kolku, marveč tudi pri večini drugih prirojenih napak skeleta.

Pogoj vsakemu zdravljenju pa je predhodna in pravočasna ugotovitev bolezni oziroma napake. Vprašanje je, ali imamo osnovo za rano odkrivanje prirojenega izpaha v prvih dnevih ali tednih po rojstvu, vsekakor v prvih življenjskih mesecih? V tej rani dobi si seveda ne bomo mogli pomagati z znaki, ki smo jih spoznali v prejšnjem odstavku in ki jih z drugo besedo nazivamo tudi direktne (neposredne) znake. Večinoma si moramo v tej fazi pomagati z indirektnimi (posrednimi) znaki, ki nas navajajo k pravočasnemu odkrivanju okvare, če le na njo tudi pomislimo.

Množični klinični in rentgenološki pregledi novorojenčkov so v novejši dobi bistveno spremenili nekatera ustaljena mišljenja o prirojenem izpahu. Ti pregledi so namreč pokazali, da se novorojenček le redkokdaj rodi s popolnim izpahom in da je torej »prirojen izpah« v resnici redkost. V večini primerov opazujemo ob rojstvu le slabo razvit ali *nedokončno razvit sklep — displazijo*. V pravem smislu prirojena je torej neka *dispozicija* k luksaciji, luksacija sama se razvije šele pozneje, običajno v prvih šestih mesecih po rojstvu.

Iz navedenega smemo sklepati, da prirojen izpah kolka ni neko definitivno stanje, marveč je to proces, ki ima svoje prenatalne vzroke in svojo postnatalno evolucijo in da je prirojena le *nerazvitost sklepa v celoti ali pa posameznih njegovih delov*, ki jo imenujemo displazijo. Znaki prirojene displazije so potemtakem osnove za rano diagnozo.



Slika 7. Na skici je prikazan acetabularni kot, ki je na izpahnjeni strani večji od 30°

Pri količkaj vestnem pregledu novorojenčka ne bomo spregledali znakov, ki vzbujajo sum na nerazvitost kolčnega sklepa: *asimetrične kožne gube na stegnih, nekoliko skrajšana ekstremiteta, stopalce v zunanji rotaciji, zmanjšana aktivna gibljivost ekstremitete*. Našteti znaki nas, kot rečeno, opozarjajo na možnost displazije, niso pa še dokaz zanjo. Dejansko okvaro kolka lahko ugotovimo šele na *rentgenski sliki*, ki jo ob takih primerih moramo vselej napraviti.

Čitanje rentgenograma je nekoliko težje, ker pri novorojenčku osifikacijska jedra še niso vidna in zaradi tega ne moremo uporabljati že poznanih nam kvadrantov. Kako si v takih primerih pomagamo, nam najboljše pojasnjujejo skice. Mesto jedra nam služi za orientacijo zgornji rob femorja in njegova odmaknjenost od dna ponvice (*horizontalna distanca*) ter razdalja do spojne črte med obema ponvicama (*vertikalna distanca*). Obliko ponvice razvidimo na *acetabularnem kotu* (glej skico), katerega normalna vrednost je pri novorojenčku do 30°. Ako je kot večji, imamo pred seboj *plitvo ponvico s strmo streho*, kar nam da misliti, da gre za displazijo.

Na možnost prirojenega izpaha bomo pomislili vselej tudi tedaj, če iz familiarne anamneze izvemo, da je v rodu že bil tak ali podoben primer; znano je namreč, da je ta prirojena okvara v približno 20% dedna. Novorojenčke iz takih družin moramo obvezno poslati na rentgenski in ortopedski pregled, tudi če ne opazimo znakov, ki smo jih pravkar opisali.

### Zdravljenje izpaha nekdanj in sedaj

Čeprav je zdravljenje izpaha v kolku in drugih prirojelih okvar naloga specialista ortopeda, je vendar potrebno, da principe tega zdravljenja pozna tudi medicinska sestra, predvsem pa, da spozna, kolikega pomena za otrokovo nadaljnjo usodo je *zgodnje zdravljenje*. *Uspehi zdravljenja so odvisni namreč od pravočasnega pričetka in so tem boljši, čim prej je tako zdravljenje uvedeno*. Tega ne bi še posebej poudarjali, ako ne bi vedno znova naleteli na ugovor, češ da je novorojenček že prešibak, da je bolje počakati, da se okrepi, morebiti se bo izpah sčasoma celo sam po sebi »urastel«. Kako zmotno je tako naziranje, smo dodobra spoznali, ko smo v prejšnjih odstavkih opisali prirojeno nerazvitost kolka in ugotovili, da pri rojstvu niti nimamo opravka še s pravim izpahom. Z odlašanjem zdravljenja pravzaprav omogočimo, da se iz displazije razvije pravi in popolni izpah.

Tem ugotovitvam pripisujemo daljnosežen pomen, saj so odprle nove možnosti v zdravljenju kongenitalnih luksacij ter nam pokazale boljšo in zanesljivejšo pot do zaželenega cilja. *S pravočasnim zdravljenjem prirojene displazije preprečimo namreč nastanek luksacije*, kar je nedvomno največja pridobitev na tem področju medicine. Način tega zdravljenja je kaj preprost in izvedljiv v še tako skromnih razmerah. Da zagotovimo pravilno rast slabo razvite glavice in da dosežemo zadostno poglobitev ponvice, pričvrstimo novorojenčku obe spodnji ekstremiteti na *abdukcijsko opornico* in že sam tak položaj zadošča, da preprečimo izpah in da se sklep odslej nadalje normalno razvija.

Na sliki vidimo novorojenčka v taki abdukcijski opornici, ki omogoča normalno nego otroka z vsakdanjim kopanjem, za kar mati sama opornico sname in jo nato zopet namesti. Otrok se tej legi kmalu privadi, ker mu ne povzroča nikakih bolečin in ker mu dopušča nekaj gibljivosti v kolkih. Opornica prav tako dopušča poljubno menjanje otrokove hrbtna lege z ležanjem na trebuhu.

Na vprašanje, koliko časa bo trajalo tako zdravljenje, ne moremo vnaprej odgovoriti in je različno od primera do primera. Otroka obdržimo v tem položaju vse dotlej, dokler na rentgenski sliki ne opazimo dovolj razvitega jedra glavice in zadostno poglobljene ponvice, za kar je navadno potrebna doba



*Slika 8. Na sliki je otrok v abdukcijski opornici, katero mu mati vsak dan lahko sname in zopet namesti*

3 do 6 mesecev, včasih pa tudi več. Na splošno vidimo, da otroci ta način zdravljenja kaj dobro prenašajo brez kakršnih koli motenj v njihovem siceršnjem razvoju, veliko slabše pa ga prenašajo starši. Nestrpne matere, še bolj pa razburjeni očetje ne vidijo kraja »trpinčenju otroka«. V takih primerih je naša naloga poučiti starše o nujnosti takega zdravljenja, o njihovi soodgovornosti za nadaljnjo usodo otroka, skratka pridobiti jih moramo in prepričati jih o tem, da nam je njihova pomoč pri zdravljenju ne le zaželena, marveč potrebna. Vse zdravljenje se namreč vrši ambulantno in zdravnik vidi otroka le vsakih 6 tednov na kontrolnem pregledu. — Vsa ostala skrb za redno negovanje in oskrbovanje otroka je prepuščena materi.

Način zdravljenja, ki smo ga pravkar opisali, je v svojem bistvu *profilaktično zdravljenje* in razumljivo je, da so uspehi takega zdravljenja v tej rani dobi neprimerno boljši od onih, ko moramo zaradi starosti otroka uporabljati drugačne metode. Kot rečeno, najidealnejši čas za pričetek takega

zdravljenja so prvi tedni po rojstvu. Z vsakim nadaljnjim mesecem pa se stanje v sklepu slabša in je upanje na uspešnost profilaktičnega zdravljenja manjše. Po šestem mesecu starosti, še celo pa po dovršenem prvem letu se je iz displazije razvil že popoln izpah in pogoji za zdravljenje so bistveno drugačni.

Tak otrok mora v bolniško oziroma klinično zdravljenje in potrebne so bodisi nekrvave repozicije, bodisi krvave operacije, ki zahtevajo leto dni, pa tudi dve, da otrok prične obremenjevati operirano ekstremiteto. Še resnejše so sevede okoliščine pri tako imenovanih zastarelih luksacijah, to je v tistih primerih, ko je otrok že več let hodil z izpahnjnimi kolki in so na sklepih nastale hude deformacije skeleta, ki zahtevajo plastično rekonstrukcijo posameznih delov sklepa s pomočjo notranjih protez. Ne glede na to, da pomenijo tovrstne operacije za otroški organizem težko preizkušnjo, se tudi najbolj uspele plastike ne morejo meriti z rezultati profilaktičnega zdravljenja, kjer nam je ob pravem času uspelo preusmeriti razvojno anomalijo v pravilno rast in ostvariti fiziološke pogoje v sklepu.

Ko smo se tako po močno skrajšani poti in v poenostavljeni obliki dokopali do bistvenih spoznanj v obširni problematiki prirojenega izpaha v kolku in spoznali velike možnosti, ki so nam na razpolago z doslednim izvajanjem profilaktičnega zdravljenja, se moramo zavedati, da uvajanje vsake novosti ni niti lahka niti enostavna zadeva. Težja od zdravljenja samega je često borba z nepoučenostjo, zaostalostjo in predsodki, ki še vedno vladajo med našimi preprostimi ljudmi, še težja pa je naloga mlajših generacij zdravstvenih delavcev v uveljavljanju novodobnih principov nasproti starejšim generacijam, ki čvrsto vztrajajo na svojem. Zgodnje odkrivanje in rano zdravljenje kongenitalnih displazij je velik uspeh sedanjosti, na katerem se krhajo klasične metode preteklosti — uspeh, ki more občutno zmanjšati invalidnost med našo mladino.

---

Kontracepcija je r  
prečimo zanositev. Že  
tomcev. Pri zavestnem  
in kontracepcijo. Kon  
važnih vprašanj, saj je

Ko danes govorim  
gar nič novega. Ne g  
mernih postopkov s s  
žene, ki so je najbolj

žena, ki imajo po 15 in več otrok. Zelo malo. Če izvzamemo sterilne in starejše zakonce, uporabljajo torej kontracepcijo malone vsi. Ker ne poznajo in nimajo sodobnih sredstev, si pomagajo, kakor vedo in znajo.

Urejeno spolno življenje je eden prvih pogojev za srečen zakon. Abortus je prepovedan, in sicer po pravici, ker je škodljiv. Mimo teh ugotovitev ne smemo, ker ni pričakovati, da se bodo stvari že kako uredile same od sebe. Tako ravnanje vodi ženo, ki je prepuščena sama sebi, v roke mazačem in izkoriščevalcem. Tako se vsak dan začenjajo številne nesreče. Z vprašanjem

spolnem občevanju pre-  
al odločiti o številu po-  
rabljjal detomor, abortus  
vati ločeno od nekaterih

vedati, da ni to za niko-  
več za zamenjavo nepri-  
a nekatere zelo zaostale  
oliko je danes poročenih

zdravljenja so prvi tedni po rojstvu. Z vsakim nadaljnjim mesecem pa se stanje v sklepu slabša in je upanje na uspešnost profilaktičnega zdravljenja manjše. Po šestem mesecu starosti, še celo pa po dovršenem prvem letu se je iz displazije razvil že popoln izpah in pogoji za zdravljenje so bistveno drugačni.

Tak otrok mora v bolniško oziroma klinično zdravljenje in potrebne so bodisi nekrvave repozicije, bodisi krvave operacije, ki zahtevajo leto dni, pa tudi dve, da otrok p... ekstremiteto. Še resnejše so sevede okoliščine; luksacijah, to je v tistih primerih, ko je otrok ni kolki in so na sklepih nastale hude deformacije stično rekonstrukcijo potrebne sameznih delov sklepa; glede na to, da pomenijo tovrstne operacije za izkušnjo, se tudi najbolj uspele plastike ne morejo izvedeti, nam je ob pravem rastičnega zdravljenja, kjer nam je ob pravem rasti in ostvariti fiziološko

Ko smo se tako spoprijeli do bistvenih spodbud in spoznali velike možnosti profilaktičnega zdravljenja

niti lahka niti enostavna zadeva. Težja od zdravljenja samega je često borba z nepoučenostjo, zaostalostjo in predsodki, ki še vedno vladajo med našimi preprostimi ljudmi, še težja pa je naloga mlajših generacij zdravstvenih delavcev v uveljavljanju novodobnih principov nasproti starejšim generacijam, ki čvrsto vztrajajo na svojem. Zgodnje odkrivanje in rano zdravljenje kongenitalnih displazij je velik uspeh sedanjosti, na katerem se krhajo klasične metode preteklosti — uspeh, ki more občutno zmanjšati invalidnost med našo mladino.

## Kontracepcija

Prof. dr. Franc Novak

Kontracepcija je način in postopek, s katerim pri spolnem občevanju preprečimo zanositev. Že v davnih časih je človek skušal odločiti o številu potomcev. Pri zavestnem omejevanju števila otrok je uporabljal detomor, abortus in kontracepcijo. Kontracepcije ne bi smeli obravnavati ločeno od nekaterih važnih vprašanj, saj je posledica reševanja le-teh.

Ko danes govorimo o kontracepciji, se moramo zavedati, da ni to za nikogar nič novega. Ne gre torej za njeno uvedbo, temveč za zamenjavo neprimernih postopkov s sodobnejšimi. Nova bo morda za nekatere zelo zaostale žene, ki so je najbolj potrebne. Poglejmo samo, koliko je danes poročenih žena, ki imajo po 15 in več otrok. Zelo malo. Če izzamemo sterilne in starejše zakonce, uporabljajo torej kontracepcijo malone vsi. Ker ne poznajo in nimajo sodobnih sredstev, si pomagajo, kakor vedo in znajo.

Urejeno spolno življenje je eden prvih pogojev za srečen zakon. Abortus je prepovedan, in sicer po pravici, ker je škodljiv. Mimo teh ugotovitev ne smemo, ker ni pričakovati, da se bodo stvari že kako uredile same od sebe. Tako ravnanje vodi ženo, ki je prepuščena sama sebi, v roke mazačem in izkoriščevalcem. Tako se vsak dan začenjajo številne nesreče. Z vprašanjem

kontracepcije se pri nas ne ukvarjamo zato, ker bi morda mislili, da je otrok preveč, tudi ne zato, ker bi si želeli manjši prirastek prebivalstva, kot delajo v nekaterih drugih državah. Vprašanje načenjamo zato, da bi bilo manj abortusov, manj bolnih in sterilnih žena, da bi se otroci rodili v srečnejših okolnostih, da bi bili zaželeni in zato bolj ljubljeni. Kontracepcija in seksualno vprašanje sta po našem mnenju sestavni del sodobne zaščite matere in otroka in mentalne higijene. Dobro urejene posvetovalnice za kontracepcijo bi znižale število abortusov, ki jih je pri nas več, kot mislimo. Javnost izve le za nekatere posebno kričeče primere. Abortus ni problem neporočenih, temveč predvsem poročenih žena. Zaradi abortusa umre precej žena, ki zapuste majhne otroke. Precej žena pa rešimo, ker pridejo pravočasno po pomoč. Ker naš napredni zakon ne kaznuje takih žena, prihajajo zvečine pravočasno na zdravljenje.

Abortus je najbolj nevaren, če ga napravi mazač ali babica. Nevaren je celo tedaj, če ga izvrši strokovnjak v bolnišnici. Tega laiki ne vedo in nočejo vedeti. Večina tako pogostnih vnetij rodil in plodil je posledica abortusov. Prav to velja za večino primerov izvenmaternične nosečnosti. Mnogo komplikacij v nosečnosti, med porodom in po porodu je posledica abortusa. Posebno nevarna je prekinitvev prve nosečnosti. Tudi če ni vnetja, je žena vendarle potem dostikrat sterilna.

Ginekologi vsak dan ugotavljamo, koliko dragih in dragocenih zdravil trošimo pri abortusih in njih posledicah. Množično opažamo izostanke od dela in slabo ter površno delo zaradi vnetij po abortusih. To se ne dogaja samo v službi, temveč tudi doma. Take žene ne morejo prav skrbeti za otroke in jih ne vzgajajo tako, kot bi jih lahko, če bi bile zdrave. Statistike nas uče, da je od vseh žena, ki so prebolele vročinski splav, kasneje komaj ena tretjina popolnoma delozmožnih.

Tudi če abortus ne zapusti na ženi nobenih posledic, se ji ne obeta nič rožnatega. Ali naj ob ponovni zanositvi zopet napravi abortus, če na primer še vedno boleha za neozdravljivo srčno hibo ali če so socialne razmere še vedno hude? Koliko časa naj si da delati splave?

Pri abortusih pa ni prizadeto samo telo, temveč tudi duševno stanje žene. Abortus kot kirurški poseg že sam na sebi pomeni pri večini psihično harmonično razvitih žena travmatizacijo. Računati pa moramo še na specifično psihično konstitucijo žene. Reaktivne depresije pri abortusih srečujemo tako pogosto, da ne moremo videti v njih naključje. Končno pa bi se žena ob pogostnih abrazijah, ki bi se ob legalizaciji splava prav gotovo delale, počutila ponižano, saj bi v glavnem le na njo odpadla vsa fizična in psihična neprijetnost za užitek obeh, pogosto pa celo zgolj njenega partnerja. Psihopatične, močno nevrotične, psihotične žene niso dobre vzgojiteljice svojih potomcev. Prav isto velja tudi za odnose in položaj žene v delovnem kolektivu in v družbi. Ginekolog ugotavlja, da ima abortus večkrat za posledico sterilnost žene. Mentalni higienik ve in pozna, kakšne so posledice neplodnosti za duševnost žene. Neplodna žena je oropana materinstva, je v zakonu psihični invalid.

Oglejmo si še populacijsko vprašanje. Vsi želimo, da bi imela naša država čim več zdravih in srečnih državljanov. Rodnost je pri nas zelo velika, vendar ne v vseh delih države. Zadnja leta se je rodilo v ožji Srbiji, na Hrvaškem in v Sloveniji manj otrok na 1000 prebivalcev kot v Združenih državah Amerike. V Sloveniji je rodnost od srede preteklega stoletja, odkar imamo dokaj

zanesljive podatke, stalno padala. Leta 1952 je zdrknila na 22,3 promile in se je lani dotaknila že meje »enostavne reprodukcije« 20 promile. To velja za povprečno rodnost. V posameznih okrajih Slovenije je celo pod 15 promile.

To konstantno padanje natalitete nedvomno ni znak neke biološke degeneracije, ampak je izraz množičnega zavestnega omejevanja porodov, proces, ki se kaže v vsem svetu in ki je zajel tudi našo deželo. Pri sedanji akciji torej ne gre sploh za vprašanje, da bi z modernimi kontracepcijskimi sredstvi želeli ali hoteli še nadalje zmanjševati število porodov, ampak gre za preprosto priznanje dejstva, da naši ljudje že desetletja v velikem obsegu zavestno omejujejo rojstva, in pa za dejstvo, da opravljajo to omejevanje na načine, ki so zdravstveno kot tudi družbeno in ekonomsko zelo škodljivi. Vprašanje sodobnih kontracepcijskih sredstev je torej z ene strani v bistvu borba proti tem škodljivim načinom, z druge strani pa nam daje v roke tudi pomembna sredstva, ki jih lahko uporabimo za srečo družine in za zdrav, zaželen naraščaj.

Velika rodnost je povsod združena s prav tako veliko otroško smrtnostjo. Tudi mi v FLRJ nismo izjema. V pokrajinah, kjer žene veliko rode, niso redki primeri, da ima žena po desetih porodih le nekaj živih otrok. Napačno se je pri tem tolažiti, da so ti zato močnejši, ker to ne drži. Ni naključje, da prav v krajih z veliko rodnostjo umre toliko otrok. Če otroka spravimo na svet, mu moramo nuditi hrano, obleko, zdravo okolje in veliko ljubezni, ker drugače propade. Žena, ki rodi kar naprej in brez nehanja, je zaradi stalnih nosečnosti, porodov, dojenja in nege otrok poleg vsega drugega dela slabokrvna in oslabela. Otopela je za vse. Zaradi brezsmotrnih in brezuspešnih nosečnosti in porodov, ki ji nalagajo le nove težave in trpljenje, je zgarana in stalno utrujena. Otrokom ne more nuditi tiste nege in ljubezni, ki jo potrebujejo. Žena živi v zavesti, da je desetkrat rodila. Pri njej že v nosečnosti ni več tistega velikega veselja in navdušenega pričakovanja kot pri ženah z manj otroki. Ker ji otroci zvečine niso dragoceni, jih neguje in vzgaja bolj površno. Enak odnos do otrok imajo tudi drugi družinski člani. Zato preživita od desetih otrok morda le dva. Če bi živela zakonca bolj racionalno, bi lahko z veliko manjšim naporom zredila pet zdravih otrok in še bi imela čas zase in za dom.

Nekateri mislijo, da o veliki otroški smrtnosti v Sloveniji ne bi smeli več govoriti. Primerov, da bi od desetih otrok preživela le dva, res ni več. Vendar v prvem letu v Sloveniji na 1000 umre 58 otrok, medtem ko jih na Švedskem umre le 19. Nezakonskih otrok pa v Sloveniji v prvem letu umre celo 170 od 1000.

### **O tehniki kontracepcije**

Kontracepcijo lahko izvajamo na zelo različne načine.

Fiziologija zanositve je naslednja: V modniku dozore semenčice, v jajčniku pa jajčeca. Semenčica oplodi jajčece praviloma v jajcevodu. Oplojeno jajce nato počasi potuje skoz jajcevod in se razvija. Ko dospe v maternico, je prav toliko razvito, da se vgnezdi v maternični sluznici, ki je prav tedaj zrahljana in pripravljena. Nato mora jajce dobivati vsa potrebna hranila za nemoten razvoj in rast.

Če to strnjeno vrsto dogajanja na katerem koli mestu prekinemo, žena ne zanosi. Pravimo, da izvajamo kontracepcijo. Postopkov in sredstev je nešteto, vendar je dobrih, neškodljivih in zanesljivih malo. Dandanes se najpogosteje uporabljajo sredstva in načini, ki preprečujejo semenčici dostop do jajčeca. Za pravilno razumevanje kontracepcije je treba poznati ta sredstva in tudi postopke, ki so teoretično možni. Za to potrebna sredstva uporabljamo že danes pri zdravljenju. Vendar so nekatera draga in nevarna. Imajo to prednost, da jih lahko uživamo v obliki lingvalet. Hormonske tablete na primer pusti mož raztopiti pod jezikom, da se tam resorbirajo (s tem se izogne prebavi želodca, ki lahko uniči ali oslabi delovanje hormonov), in tako zavre razvoj spermijev. S podobnimi lingvaletami lahko žena prepreči dozorevitev jajčeca. Če jajčece ne dozori (če ni ovulacije), žena ne more zanosit. Indijanci poznajo napoj iz posebne bilke (infuz iz lithospermum ruderale), ki ga pijejo žene. Ta zavira izločanje snovi, ki urejuje delovanje spolnih žlez (hipofiznih gonadotropinov) in tako ni ovulacije. Uporaba estrogenov ali progesterona deluje na gibljivost jajcevoda. Tako se da doseči, da dospe jajčece v maternico prezgodaj, ko še ni godno za vgnezdjenje, in propade.

Zelo znana je Ogino - Knausova metoda. Jajčece je po ovulaciji sposobno za oploditev najbrž le nekaj ur, kvečjemu še en dan. Spermiji pa so sposobni oploditi jajčece le dva dni po občevanju. Če bi torej natančno vedeli, kdaj je ovulacija, bi lahko z nekajdnevno vzdržnostjo preprečili nosečnost. Sedaj lahko ugotavljamo čas ovulacije z opazovanjem temperaturne krivulje in z mikroskopskimi pregledi nožnične sluzi; nekateri pa se trudijo, da bi izdelali preprosto metodo za določitev trenutka ovulacije. Če bi imeli za to na primer nekakšen reagenčni papir, ki bi ga omočili v nožnični sluzi, bi bila kontracepcija zelo preprosta. Računanje rodovitnih in nerodovitnih dni, kot ga priporoča Knaus, pa je dokaj nezanesljivo.

Spermijem lahko preprečimo dostop do jajčeca s prekinjenim spolnim občevanjem (coitus interruptus), s kondomom, z diafragmo, ki razpolovi nožnico v dva dela, z raznimi mazili, ki ohrome spermije in zalepijo maternično ustje itd.

Spermij prodre v jajčece le s pomočjo posebnega encima, ki se imenuje hialuronidaza. Če uživata mož in žena 3 do 4-krat na dan po 100 mg fosforiliranega hesperidina, ki učinkuje kot anti-hialuronidaza, žena ne zanosi. Donositev preprečuje aminopterin, ki uničuje za razvoj jajca nujno potrebno folno kislino. Aminopterin pa je nevaren strup.

Indijci preizkušajo neko rastlino (pisum sativum), ki se uživa. Način učinkovanja še ni dognan.

Našteli bi lahko še mnogo sredstev in postopkov, ki so znanstveno utemeljeni. Vendar lahko nekatera naštetá in nenašteta sredstva izzovejo v organizmu nered in mu tako škodujejo. Zato bo še dolgo treba uporabljati sredstva, ki so se že sedaj dobro obnesla.

Moderna kontracepcijska sredstva so bolj dovršena, kot se to običajno misli. V civiliziranem svetu žene največ uporabljajo diafragmo hkrati s posebnim kontracepcijskim mazilom. Sredstvo je praktično in zanesljivo, če ga pravilno in vestno uporabljamo.



## Diafragma

Zdi se, da je najboljše, kar imamo za sedaj, diafragma. To je prepona iz fine gume. Skoraj za dlan velik, okrogel kos gume je ohlapno razpet preko obroča. Obroč je napravljen iz močnega jeklenega peresa, podobnega peresu, kot je v budilkah. Naloga diafragme je, da razdeli vagino poševno v dva dela.

Nekateri imenujejo diafragma tudi pesar. Ta naziv ni pravilen. Pesarji so obroči, ki podpirajo spuščeno maternico ali mehur. Ti obroči niso prevlečeni z gumo, temveč imajo v sredini široko odprtino. Pravilno ime je torej diafragma, to je prepona, ki deli dvojno votlin.

Diafragem je po velikosti več. Vsaka žena dobi diafragma po meri. Premer najmanjše diafragme, ki je v serijski izdelavi, je 47 in pol mm. Premer vsake naslednje je za 2 in pol mm večji. Največja diafragma, ki je v prodaji, ima premer 105 mm. Žena ne uporablja vse življenje diafragma iste velikosti. Po porodu, splavu, operaciji itd. je zvečine treba menjati velikost diafragme. Prav tako po prenehanju dojenja. Pri premajhni ali preveliki diafragmi zaščita ni dobra in žena zanosi. Pravo velikost izbere vedno edinole zdravnik.

Ko pride žena k zdravniku prvič po diafragma, jo zdravnik najprej pregleda. Ako ugotovi kako bolezen, ji priporoči zdravljenje. Ako misli, da je nespametno pomagati si s kontracepcijo, tedaj to ženi pove. Nato izbere diafragma pravilne velikosti in jo vloži. Pred vložitvijo iztisne iz tube na obod in na obe strani diafragme pol do eno žličko kontracepcijske maže.

Diafragma leži tako, da poševno deli vagino. Spredej se opira na sramno kost, zadaj v zadnji nožnični obok.

Žena nekaj dni sama vlaga diafragma po pravkar dobljenih navodilih. Vendar pri občevanju ravna tako, kot da je diafragma ne štiti. Po enem tednu se vrne z diafragma, kakor jo je vložila doma. Če kontrolni pregled pokaže, da je vložena popolnoma pravilno, prične računati z zaščito, ki jo nudi diafragma. Nato prihaja na pregled vsakih 3 do 6 mesecev.

Diafragma mora ostati v vagini najmanj 8 do 10 ur po občevanju. Pri ponovnem občevanju, preden preteče 8 do 10 ur od predhodnega občevanja, ne smemo odstraniti diafragme ali jo premakniti, temveč vložimo globoko v vagino pol do eno žličko maže.

Diafragma odstranimo šele 8 do 10 ur po zadnjem občevanju. Več kot 10 ali 12 ur diafragme po možnosti ne pustimo v vagini. Ako ima diafragma pravilno velikost in je pravilno vložena, ne dela nobenih težav. Žena je niti ne občuti. Ni škodljiva. Ne ovira pri hoji, pri sedenju, športu itd. Ščiti enako varno pri vseh načinih občevanja. Moški diafragme niti ne zapazi. Tudi žena se je ne zaveda. Pravilno vložena torej ne moti občevanja.

Diafragma naj vedno vlaga žena in ne mož. Izkazalo se je namreč, da so pri tem žene veliko bolj natančne, ker so bolj prizadete od moža, če pride do zanositve. Razen tega lahko vložijo diafragma nekoliko prej, ko so še popolnoma mirne in pazljive. Pred občevanjem potem sploh ni več nobene kontracepcijske manipulacije, medtem ko coitus condomatus zaradi svoje tehnike pogosto popači lepoto spolne združitve.

## Indikacije za kontracepcijo

Indikacije za kontracepcijo so navidezno najbolj zamotana zadeva, ki jo je treba rešiti. Ali naj dajemo navodila in sredstva samo tedaj, če so razlogi medicinski in socialni, podobno kot pri indikacijah za abortus? Potem bi večina interesentk ostala brez kontracepcijskih sredstev. Ali naj bo odločilna starost? Nekateri so se zelo zavzemali, da se dovoli abortus prav mladim, neizkušenim dekletom. Ginekologi pa smo najbolj odločno nastopali prav proti prekinitvi prve nosečnosti, ki pogosto zapušča sterilnost. Nekateri mislijo, da bodo mlada dekleta postala lahkomiselna, če jim damo v roke kontracepcijska sredstva. Ti prav gotovo nimajo prav. Če bodo namreč dekleta imele pravilno vzgojo, zlasti še spolno vzgojo, ne bodo posegale po kontracepcijskih sredstvih. Do diafragme žena ne pride lahko. Iti mora h ginekologu, ki določi pravilno velikost diafragme. Zdravnik bi tedaj lahko izkoristil priliko in poučil mlado dekle o nepravilnosti njenega stališča in ji povedal, da dajemo ta sredstva praviloma le poročenim ženam. Po mojem mnenju bi bilo pravilno, da ji diafragma kljub temu da. Če ji diafragme ne da, bo uporabljala druga, včasih tudi manj zanesljiva sredstva. Kontracepcijska sredstva naj bi se dajala v roke vsem ženam, ki to žele. Indikacija naj bi bila lastna želja. Potruditi pa se moramo, da poboljšamo vzgojo nasploh in da pričnemo s seksualno vzgojo. Če bi bili za omejitev kontracepcijskih sredstev, potem bi morali tudi prepovedati prodajo kondomov, saj je kondom, ki ga dobi vsakdo, kdor ga hoče imeti, ob pravilni uporabi prav tako zanesljivo kontracepcijsko sredstvo kot diafragma, z edino razliko, da ga uporablja moški.

### Od kontracepcije ne smemo pričakovati preveč

S kontracepcijo ne bomo takoj dosegli vsega, kar se da doseči, niti ne vsega, kar mislimo, da bomo dosegli. Kakor vsaka stvar, se bo tudi kontracepcija uveljavljala le počasi in marsikaj bo šlo še narobe. Tako bodo ta sredstva najprej uporabljale tiste žene, ki že brez tega pazijo, ne bodo pa sredstva prišla do tistih, ki jih najbolj potrebujejo. Kmetice v zaostalih krajih, žene z mnogimi porodi, katerim otroci prepogosto umirajo, delavke, gospodinjske pomočnice, torej žene, ki so najbolj potrebne, sprva ne bodo zajete. Zajeta pa bodo nekatera dekleta, ki bodo to zlorabljala, vendar bodo ostala vsaj zdrava itd. Abortusov in nezakonskih otrok, ki so bili spočeti ob prvem poznanstvu, ne bo manj. Šele po nekaj letih bo kontracepcija začela dobivati pravo obliko.

Tudi ne smemo pričakovati, da bo kontracepcija kar mimogrede odpravila razne, že obstoječe pomanjkljivosti. Precej govorimo o seksualni vzgoji. V tem pogledu smo storili zelo malo ali nič. Še tam, kjer kaj je, morda bolj škoduje kot koristi.

Prav tako ne smemo pripisovati prevelikega vpliva uvedbi sodobnejših kontracepcijskih sredstev na zniževanje števila rojstev, predvsem pa na število prirastka prebivalstva. V Jugoslaviji je ta povpreček visok. Vendar so kraji, kjer je število novorojencev zelo nizko. Ena od takih pokrajin je Slovenija. Visoko število rojstev imamo v manj razvitih področjih države. Na željo po velikem številu otrok negativno vpliva višja splošna življenjska raven

in z njo v zvezi preračunavanje, kultura, izobrazba, moralni oziri, poklicna okupiranost, študij, občutek odgovornosti moža in žene za družino itd. Vendar so tu še drugi činitelji. Po popisu l. 1948 (povsem podobni so tudi podatki iz leta 1931 in 1953) je znašal odstotek samskih žena v starosti 40 do 44 let v Sloveniji 20 %. Ta odstotek se v višjih letih več ne niža, ker se žene po tej dobi le redko poročijo. To pa pomeni, da ostaja povprečno vsaka peta odrasla Slovenka neporočena. Gre za družbeni pojav. Takšno stanje neporočenosti pomeni neke vrste družbeno sterilizacijo. Če tem 20 odstotkom prištejemo še 10 odstotkov sterilnih zakonov, kakršno je splošno povprečje v svetovnem merilu, vidimo, da je skupno »sterilna«, to je družbeno in medicinsko, pri nas že skoraj tretjina vseh žena. Ne moremo pričakovati, da bo tudi ta družbeni pojav kar mimogrede odpravila uvedba sodobnejših kontracepcijskih sredstev. Dalje ne smemo pozabiti, da je takoj po vsaki vojni želja po otrocih velika. Zdaj imajo te družine že po dva do tri otroke. Ko bodo socialne razmere ugodnejše, si bodo morda zaželele še otrok. Za sedaj pa jih ne žele več. Tudi tu bo kontracepcija sposobna le nadomestiti abortus in nič več. Razlika je samo ta, da po abortusu žena kasneje morda ne bi več bila sposobna zanositi, tudi če bi to želela.

### **Prednosti kontracepcije**

Od kontracepcije pričakujemo tudi nekatere dobre posledice. Upamo, da bo sčasoma celo več otrok. V zelo razvitih deželah so namreč opazili, da se je prej nizka rodnost pričela razveseljivo dvigati. Ker bodo prav gotovo otroci bolj zaželeni, bodo starši bolj pazili nanje in jih bo manj umrlo.

Problem nezazelenih otrok ima tudi s stališča mentalne higiene važno mesto v prenatalni zaščiti otroka. Da je zdravo, v vseh pogledih harmonično družinsko okolje edini milje za pravilni duševni in telesni razvoj otroka, o tem danes ne moremo več dvomiti. Otrok, ki je bil spočet slučajno, »po nesreči«, ki je nošen ob negodovanju matere in očeta, prav gotovo ne more pričakovati tega, kar imenujemo zdravo družinsko okolje. Če velja to za zakonce, potem pa velja seveda še bolj in v prvi vrsti za neporočene matere. Tak otrok ima vse pogoje, da se bo duševno nepravilno razvil, najmanj v neubrano osebnost, če ne v kaj hujšega.

Marsikaterega splava zaradi kontracepcije ne bo. Naše sedanje izkušnje nas uče, da žena, če ji prvostopna komisija odkloni abortus, trmasto zahteva tudi od drugostopne komisije, da ji dovoli umetni splav. Ko ženi svetujemo, naj tega otroka še rodi, in ji obljubimo, da ji bomo dali potem kontracepcijska sredstva, se kaj rada z nosečnostjo sprijazni, saj si v srcu želi otrok. Ker je bila v brezizhodnem položaju, je pač sklenila, da ne bo kar naprej rodila. Marsikatera žena želi nekaj večjih presledkov med posameznimi porodi iz zdravstvenih razlogov ali pa zato, da se medtem popravijo socialne razmere.

Prav je, če damo kontracepcijsko sredstvo ženi, saj le prepogosto zanosi, ko je mož pijan. Najboljši rod bi pričakovali tedaj, ko sta oba zakonca zdrava. Moderna znanost daje v roke vrsto dognanj, ki jih na primer živinorejci zelo uspešno upoštevajo. Tudi pri človeku vemo s tega področja marsikaj, izvajamo pa vendarle ne. Evgeničnih in zdravstvenih vprašanj tu ne mislimo načelnjati. Naj navedemo le nekaj občeveljavnih pripomb. Zakonca naj bosta ob občevanju v čim boljši fizični in psihični kondiciji. Vemo, da je dobro, če sta

od zadnjega poroda do ponovne zanositve pretekli dve leti. Teh otrok umre veliko manj kot v primerih, ko si sledijo porodi vsako leto: deloma zaradi boljšega stanja otroka, deloma zaradi boljšega zdravja in manjše zaposlenosti matere. Po abortusu naj preteče najmanj 6 mesecev do ponovne zanositve. Drugače je nevarnost, da je maternična sluznica še slabotna in ne nudi oplojenemu jajcu, ki se vanjo vgnezdi, vsega, kar potrebuje. Zato moramo omogočiti ženi, da sama izbira čas in razmak za svoje nosečnosti. Pri ženah z malenkostnimi srčnimi boleznimi je razmak med porodi še važnejši. Sicer se lahko srčna hiba tako poslabša, da žena umrje. Otrok brez matere često prav tako umrje. Odlaganje nosečnosti pri tuberkuloznih ženah je nujno vsaj za toliko časa, da se bolezen popolnoma ozdravi. Drugače nosečnost poslabša materino bolezen. Z otrokom pa mora družba oskrbovati še enega tuberkuloznega bolnika več. Itd.

Kontracepcija bo nadalje pomagala dispanzerjem za žene, da se bodo hitreje uveljavili. Tega ne smemo podcenjevati. Velik pomen predporodne zaščite nosečnic je očiten. Prav tako so važni poporodni pregledi, ker je okrog 30 odstotkov žena po porodu bolnih. S predporodno in poporodno zaščito kontroliramo ženo v eni sami nosečnosti dve leti. Če bi se nam posrečilo s kontracepcijsko službo, kjer so pregledi od časa do časa nujni, podaljšati sistematične preglede preko meja poporodne zaščite, bi dosegli velik uspeh.

Prvemu pregledu, s katerim določimo velikost diafragme, vedno priključimo temeljit ginekološki pregled: tedaj bomo odkrili precej bolezni. Prav pri ženah, ki so velikokrat rodile, bomo odkrili še ozdravljive začetne stopnje raka in razne druge bolezni, ki se dajo lepo ozdraviti. Tako se bo počasi v dispanzersko službo vključilo tudi posvetovanje pred poroko. H kontracepcijski službi spada kot njen sestavni del seksualna vzgoja žene in moža. Vzrok razdrtih in ponesrečenih zakonov je večkrat popolna nepoučenost mladih zakonskih kandidatov. Kajti tudi tu je potrebna neka zavestnost, grobo rečeno »tehnika«, ki se ne da razširjati s cirkularji, temveč je treba individualnega svetovanja. Nikjer ni meja med »svetostjo« in vulgarnostjo, med čistostjo in lepoto ter grobostjo in brutalnostjo tako ozka kakor prav pri spolnih vprašanjih.

Od kadrov in posvetovalnic, kakršnih potrebujemo in si jih želimo, smo še daleč. Ko bomo s praktičnim delom v dispanzerjih na področju kontracepcije dobili kadre za seksualno vzgojo, jo bomo lahko razširili na kandidate za zakon, na mladoporočence in na mladino. Brez seksualne vzgoje mladine ne smemo pustiti. Če tega ne bodo storili vzgojitelji in starši, bodo starejši součenci in tudi drugi še nadalje poučevali mlajše ne ravno na najbolj primeren način.

V deželah, kjer se že leta izvaja kontracepcija, je manj vnetij ženskih spolovil kot pri nas. Če so vnetja, so zvečine lahka. Hudih vnetij je pri nas zelo veliko. Zaradi njih žene pogostoma izostajajo z dela. Kontracepcija bi lahko obvarovala telesno in duševno zdravje mnogim ženam. Posredno pa lahko ugodno vpliva tudi na odnose v družini.

Ali lahko kontracepcija učvrščuje zakon? Večina zakonov se skrha, ker se zakonca ne razumeta. Žena, ki je po številnih nosečnostih, splavih ali vnetjih izčrpana, zgarana, slabotna, bolehnna in nezadovoljna, ne najde nobenega izhoda iz zagate. Iz meseca v mesec jo skrbi, če ni ponovno zanosila in s tem strahom pričakuje menstruacijo. Ta strah vpliva na njeno razpoloženje. Prav tako

splav oziroma prekinitev nosečnosti za ženo ni samo telesna okvara, temveč ima za posledico tudi bolj ali manj resne duševne motnje. Nasilni poseg v naravno dogajanje mora vsekakor roditi take posledice. Predvsem pa še v večji meri pri tistih ženah, ki so bile vzgojene v religioznih predsodkih ali pa so jim bila vcepljena druga etična načela. Nastajajo razni notranji konflikti, samoobtožbe in podobno, ki se jih žena včasih do smrti ne more znebiti. Veliko je seveda odvisno od tega, kakšen je pač njen duševni ustroj. Po drugi strani pa vidimo veliko število žena, ki že imajo nekaj otrok in s strahom pričakujejo novega. Predvsem mislimo tu na poročene žene, ki so poklicno zaposlene in morajo hkrati še opravljati gospodinjska dela ter skrbeti za moža in otroke. Take žene se nikoli ne spočijejo, ne telesno in ne duševno. Neizogibna posledica je, da se pri njih razvije situacijska nevroza, včasih najhujše vrste, tako da se končno skali odnos med zakoncema. Take žene so večkrat tope ali zadirčne, pač nerazpoložene, vsekakor pa precej drugačne, kot so bile pred poroko, posebno še, če možje nimajo razumevanja za njihove skrbi in težave. Možje postanejo prav tako nerazpoloženi in stebri zakona se omajajo. Otroci, ki niso bili zaželeni, često niso posebno trdna vez. Nujno je, da v takih primerih trpijo že živeči otroci in da je nova nosečnost skrajno nezaželena. Znano pa je, kako pogubno vpliva na otroško duševnost razrvano življenje med možem in ženo. Že otroci v predšolski dobi s svojim neverjetno finim občutkom registrirajo vsako najmanjšo neskladnost, ki se pojavlja med očetom in materjo, da ne govorimo o grobih scenah in podobno. Samo v tistih rodbinah, kjer vladata vedro, sončno vzdušje in ljubezen, se razvijajo otroci v harmonične, srečne osebnosti. V nasprotnem primeru pa se pri otrocih pojavljajo nevroze, razni kompleksi in duševne hibe, predvsem v značaju, in te vtisnejo človeku pečat, ki ga nosi vse življenje in ki mu otežuje tako osebno življenje kakor uspešno udejstvovanje v družbi. Ko taki otroci sami odrastejo, se jim zdijo slabi odnosi v družini kar pravilni. Ko so žene v klimakteriju in so že tako bolj občutljive kot sicer, prikipa nesoglasja do vrhunca. Zato opažamo tedaj najpogostnejše ločitve zakona. V klimakteriju žene včasih nimajo več menstruacije, ovulacija pa je še. Če žena v 46. letu še zanosi, ji je prav gotovo neprijetno, če ima odrasle hčerke, ki imajo že otroke v šoli. Veliko je še podobnih nevršečnosti, ki jih kažejo nesoglasja v zakonu. Ni dvoma, da bi kontracepcija ugodno vplivala ne samo na duševno zdravje žena, temveč tudi na odnose med zakonci in na zdrav duševni razvoj naših otrok in naših bodočih rodov.

Mnenja smo, da so nekatere izmed metod kontracepcije, ki so pri nas dokaj razširjene, za enega ali za oba partnerja nezadovoljive ali celo škodljive in sčasoma lahko privedejo do nevroze te ali one oblike. Zato bi bilo potrebno, da se uvedejo moderne, medicinsko neoporečne metode.

### **Naša proizvodnja kontracepcijskih sredstev in organizacija kontracepcijske službe**

Pri poročanju o tem vprašanju bi se omejil le na diafragmo in mazila. Diafragma, ki jo damo ženi, je danes najbolj razširjeno sredstvo v civiliziranih deželah. Zahteva določeno stopnjo življenjskega standarda, ki ga pri nas povsod že dosegamo. Je zanesljivo in preprosto sredstvo.

Domača produkcija je danes v tejle fazi: Mazilo, ki se uporablja skupno z diafragmo, je že izdelano, diafragme pa bodo izdelane v enem mesecu.

Kontracepcijsko službo bi bilo treba organizirati pri dispanzerjih za žene. Pri tem je potreben ginekolog. Le v ginekoloških preiskavah dobro izvežban zdravnik lahko odkrije tistih nekaj odstotkov žena, pri katerih zaradi zarastlin v Douglasu, zaradi endometrioze, ciste, hude retrofleksije, prolapsusa itd. ne kaže ženi dajati diafragme, temveč kako drugo sredstvo. Seveda bo treba dispanzersko službo ojačiti. Aktivno bo treba podpreti in se zanimati za izdelavo kontracepcijskih sredstev v zadostni količini, ustrezni kвалiteti in primerni ceni, nadalje sprožiti izdelavo ali uvoz še drugih kontracepcijskih sredstev za tiste žene in može, ki teh sredstev ne morejo uporabljati. Tako bo na primer kontracepcijsko mazilo morda pri neznatnem odstotku povzročilo vnetje sečevoda in bo treba izdelati še drugo, bolj blago pasto. Za nego diafragme rabimo sterilen parfumiran smukec, ki podaljša dobo uporabnosti in odvzame duh. Treba bo izdelati brizgam podobne nastavke za tube, potem drugačne vrste diafragme za žene, ki iz bolezenskih razlogov ne morejo uporabljati običajnih oblik, nadalje vlagatelj diafragme, modele za pouk žene itd.

## Rajonizacija

Po drugi svetovni vojni je naša narodna zornost. Naša narodna otroku mnogo več tere so deležne b. domu. Ker nam n. rodnišnicah najve otrok, priporočam roda je to nedvom

porodnišnicah LR Slovenije mnogo poro. (porodov) na 18 000 (ali 60 % vseh porodov) v letu 1954. Medtem ko se je število porodov v ustanovah več kot počel tvorilo, se število postelj ni niti podvojilo (leta 1945 smo imeli 283 postelj, leta 1953 pa 454 postelj). Porodnišnice so zmogle velik naval porodnic samo tako, da so znižale povprečno oskrbno dobo posamezne otročnice od optimalnih 14 na 7 dni (včasih celo na 3 dni), dostikrat na škodo zdravju matere in novorojenčka. Pri 14-dnevni povprečni dobi oskrbovanja bi v LR Sloveniji pri sedanjem posteljnem fondu lahko hospitalizirali približno 12 000 porodnic ali za eno tretjino manj kot lansko leto.

Normalne razmere v naših porodnišnicah lahko dosežemo na dva načina:

1. z zvišanjem posteljnega fonda v sedanjih porodnišnicah in z graditvijo novih porodnišnic, zlasti v Ljubljani, Kranju, Novi Gorici, Izoli, Kočevju, Brežicah, Trbovljah in Slovenjem Gradcu,

2. z omejitvijo sprejemov porodnic v porodnišnice za približno eno tretjino, kar se da doseči s pravilnejšo rajonizacijo in z boljšo triažo.

Prvi način je nedvomno pravilnejši, vendar ga v sedanjih okoliščinah ne moremo v nekaj letih realizirati. Drugi način vodi hitro k zaželenemu cilju.

## triaža porodnic

Triič

matere in otroka veliko pokazonodaja jamči materi in oli drugje na svetu. Vse matravstvenih ustanovah in na a v sodobno opremljenih pocilju zdrava mati — zdrav ica. Poleg brezplačnega porazlog, da je število porodov v lvojnih 4000 (ali 15% vseh poro-

Kontracepcijsko služi. Pri tem je potreben ginekolog, zdravnik lahko odkrije težavo v Douglasu, zaradi česar se kaže ženi dajati diafragmansko službo ojačiti. Kontracepcijskih sredstev, ceni, nadalje sprožiti iz tiste žene in može, ki ta kontracepcijsko mazilo čevoda in bo treba izdelati bimo sterilni parfumi. duh. Treba bo izdelati vrste diafragme za žene, ki iz bolezenskih razlogov ne morejo uporabljati običajnih oblik, nadalje vloga diafragme, modele za pouk žene itd.



ki dispanzerjih za žene. skavah dobro izvežban katerih zaradi zarastlin sije, prolapsusa itd. ne o. Seveda bo treba dispanzerske zanimati za izdelavo kvalitete in primerni kontracepcijskih sredstev za pouk. Tako bo na primer povzročilo vnetje sečnice. Za nego diafragme se uporabnosti in odvzame tube, potem drugačne

## Rajonizacija porodnišnic in triaža porodnic

Docent dr. Vito Lavrič

Po drugi svetovni vojni posvečamo zaščiti matere in otroka veliko pozornosti. Naša napredna socialno-zdravstvena zakonodaja jamči materi in otroku mnogo več ugodnosti in zaščite kot kjer koli drugje na svetu. Vse matere so deležne brezplačne porodne pomoči v zdravstvenih ustanovah in na domu. Ker nam nudi specialistično vodstvo poroda v sodobno opremljenih porodnišnicah največje jamstvo, da se približamo cilju zdrava mati — zdrav otrok, priporočamo ženam, naj rode v porodnišnicah. Poleg brezplačnega poroda je to nedvomno najvažnejši, čeprav ne edini razlog, da je število porodov v porodnišnicah LR Slovenije naglo porastlo od predvojnih 4000 (ali 15% vseh porodov) na 18 000 (ali 60% vseh porodov) v letu 1954. Medtem ko se je število porodov v ustanovah več kot početvorilo, se število postelj ni niti podvojilo (leta 1945 smo imeli 283 postelj, leta 1953 pa 454 postelj). Porodnišnice so zmogle velik naval porodnic samo tako, da so znižale povprečno oskrbno dobo posamezne otročnice od optimalnih 14 na 7 dni (včasih celo na 3 dni), dostikrat na škodo zdravju matere in novorojenčka. Pri 14-dnevni povprečni dobi oskrbovanja bi v LR Sloveniji pri sedanjem posteljnem fondu lahko hospitalizirali približno 12 000 porodnic ali za eno tretjino manj kot lansko leto.

Normalne razmere v naših porodnišnicah lahko dosežemo na dva načina:

1. z zvišanjem posteljnega fonda v sedanjih porodnišnicah in z graditvijo novih porodnišnic, zlasti v Ljubljani, Kranju, Novi Gorici, Izoli, Kočevju, Brežicah, Trbovljah in Slovenjem Gradcu,
2. z omejitvijo sprejemov porodnic v porodnišnice za približno eno tretjino, kar se da doseči s pravilnejšo rajonizacijo in z boljšo triažo.

Prvi način je nedvomno pravilnejši, vendar ga v sedanjih okoliščinah ne moremo v nekaj letih realizirati. Drugi način vodi hitro k zaželenemu cilju.

Osnovni načeli rajonizacije sta: porodnica mora roditi v področni porodnišnici, področna porodnišnica pa mora obvladati svoj teren in ne sme dirigirati svojih porodnic v druge porodnišnice.

Pri triažiranju nosečnic in porodnic morajo upoštevati zdravniki, medicinske sestre in babice dejstvo, da lahko sprejmejo porodnišnice pri sedanjem posteljnem skladu za eno tretjino manj porodnic kot do sedaj. Vestneje bodo morali pretehtati medicinske in socialne razloge, ki upravičujejo sprejem v porodnišnico. V porodnišnici naj rode:

a) vse nad 30 let stare prvesnice, čeprav je status normalen, in mlajše prvesnice, če se ugotove nepravilnosti (nosečnostna toksemija, ozka medenica, nepravilna lega in vstava ploda itd.),

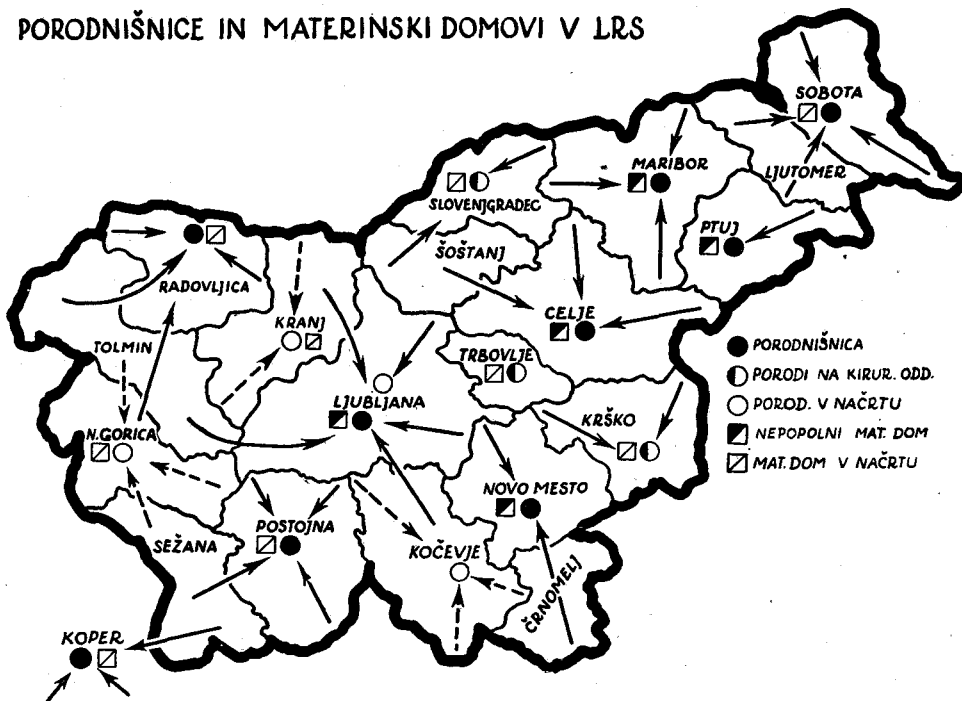
b) mnogorodnice, pri katerih so potekali prejšnji porodi ali sedanja nosečnost nepravilno,

c) socialno ogrožene porodnice.

Seveda se ne da nikoli za gotovo predvidevati, kakšen bo porod. Zgodi se, da bo hitro in lepo rodila porodnica, pri kateri smo predvidevali komplikacije. In obratno: v poteku normalnega poroda lahko nastanejo tako resne komplikacije, da jih ni mogoče obvladati v domači hiši. Prevoz v porodnišnico postane med porodom nujen. Za vse patološke porode (teh je 5 do 10 %) imamo v naših porodnišnicah dovolj postelj.

V posameznih okrajih in mestih je situacija porodništva približno takšna (primerjaj tudi zemljevid):

## PORODNIŠNICE IN MATERINSKI DOMOVI V LRS





**Ljubljana mesto in okolica.** Porodniška klinika v Ljubljani ima 135 postelj. Če bi znašala povprečna doba oskrbovanja za 1 porodnico 14 dni (1 postelja bi bila zasedena s 25 porodnicami), bi porodniška klinika lahko sprejela največ 3375 porodnic na leto. Dejansko jih sprejema zadnja leta do 5500 ali dobrih 2000 preko dopustne obremenitve. Posledice so znane: obolevanje in umiranje novorojenčkov in obolevanje mater (zlasti primeri mastitisa in tudi prave sepse s staphylococcus pyogenes aureus, ki je postal rezistenten na sulfonamide, penicilin in streptomycin).

Na porodniški kliniki v Ljubljani je rodilo leta 1953:

2423 porodnic iz Ljubljane (96% vseh Ljubljančank),  
1525 porodnic iz okraja Ljubljana okolice (polovica vseh okoličank),  
616 porodnic iz okraja Kranj (tretjina vseh Kranjčank),  
214 porodnic iz okraja Kočevje (četrtnina vseh Kočevčank),  
114 porodnic iz okraja Postojna (osmina vseh Postojnčank),  
423 porodnic iz ostalih okrajev.

Prvenstveno moramo zaježiti dotok porodnic iz Ljubljane, in sicer za eno tretjino (letno bi jih sprejeli samo 1600). Nosečnice bi morale triažirati zdravniki v posvetovalnicah ter pri tem upoštevati medicinske in socialne razloge. Prav isto velja za okraj Ljubljana-okolica. Namesto sedanjih 1500 porodnic bi jih porodniška klinika sprejemala le 1000.

Iz drugih okrajev (zlasti iz Kranja in Kočevja) naj bi prihajale roditi v Ljubljano samo patološke porodnice, ki bi jih lahko sprejela porodniška klinika do 800 na leto.

Dokončna rešitev problema porodništva za Ljubljano z okolico pa je edine nole graditev nove mestne porodnišnice. Načrti se že pripravljajo. Provizorij bi bil otvoritevčasne mestne porodnišnice v stavbi C Pediatrične klinike s ca. 50 posteljami.

**Kranj.** Okraj Kranj ima 1800 porodov na leto: 1100 porodnic rodi doma, 700 pa v porodnišnicah (od teh 600 v ljubljanski). Naval normalnih porodnic v Ljubljano se bo dal zaježiti s porodnišnico v Laborah pri Kranju, ki bo pričela brez posebnih adaptacij obratovati še letošnjo jesen z letno zmogljivostjo 700 porodov. Patološki primeri tega okraja bi se zbirali v Ljubljani. Ni prav, da rode Kranjčanke na Jesenicah (sedaj jih rodi tam ca. 100 na leto). Dokončno se bo rešil problem porodništva v Kranju z graditvijo nove porodnišnice.

**Kočevje.** Okraj Kočevje ima 800 porodov na leto: 500 porodnic rodi doma, 300 pa v porodnišnicah (zlasti v Ljubljani). Dokler se ne zgradi v Kočevju manjša porodnišnica prvenstveno za normalne porode (nekako po vzorcu izvenbolničnih porodnišnic v drugih ljudskih republikah), je potrebno zmanjšati dotok porodnic proti Ljubljani na 150 in ga deloma preusmeriti proti Novemu mestu.

**Postojna.** Postojnska porodnišnica lahko sprejme na 37 posteljah 1000 porodnic na leto. Toliko znaša tudi njena sedanja obremenitev. Njeno področje so: okraj Postojna, del okraja Sežana (predel, ki gravitira proti Postojni) in del okraja Gorica (Vipavska dolina), dokler se ne zgradita porodnišnici v Izoli in Novi Gorici. Prenehati je treba z dosedanjo prakso, da se patološki primeri iz omenjenih krajev pošiljajo preko postojnske porodnišnice v Ljubljano (114 iz okraja Postojna, 36 iz okraja Sežana in 59 iz okraja Gorica).

Postojna bo morala obvladati porodniško patologijo svojega področja, kar bo dosegla tudi s tem, da bo odklanjala en del normalnih porodnic. Za nemoteno obratovanje potrebuje vsaj še enega zdravnika.

**Gorica.** Nujno je odpreti porodnišnico v stavbi bolnišnice za OAT (osteartikularna tuberkuloza) v Šempetru pri Gorici s kapaciteto 1000 porodov na leto za okraj Gorica in za del okrajev Sežana in Tolmin. Do tedaj naj bi se izbrani porodniški primeri iz vipavske doline pošiljali v Postojno, iz soške doline pa po železnici na Jesenice.

**Koper.** Pri sedanjem posteljnem fondu (24) zmore porodnišnica v Kopru 600 porodov na leto, kar bi za silo zadoščalo za okraj Koper in za del okraja Sežana, ki gravitira proti Kopru. Definitivna rešitev porodništva v slovenski (in deloma v hrvaški) Istri pa je edinole graditev nove porodnišnice v Izoli.

**Radovljica** (porodnišnica na Jesenicah). Pri sedanjem posteljnem fondu (37) lahko sprejme porodnišnica na Jesenicah 1000 porodov na leto. Toliko znaša tudi sedanja frekvenca porodov. Na Jesenicah rode prvenstveno žene iz okraja Radovljica, nadalje porodnice iz Tolminskega in Goriškega okraja (soška dolina). Patološke porodnice iz kranjskega okraja se morajo dirigirati proti Ljubljani.

**Novo mesto.** Porodnišnica v Novem mestu lahko sprejme na 39 posteljah 1000 porodnic na leto. Svojo zmogljivost je prekoračila za 100 do 200 porodov na leto. Normalno stanje je možno doseči z boljšo triažo (za eno tretjino manj sprejemov) in pravilnejšo rajonizacijo. V Novem mestu naj rode prvenstveno žene iz okrajev Novo mesto in Črnomelj ter deloma iz okraja Kočevje (predel, ki gravitira proti Novemu mestu). Porodnice iz okraja Krško (ca. 50 na leto) je dirigirati v Brežice.

**Krško** (bolnišnica v Brežicah). Ta porodniški oddelek mora prvenstveno sprejemati porodnice iz krškega okraja. Ni prav, da rode porodnice iz tega okraja drugje (zlasti v Novem mestu). Sicer pa se da problem porodništva tega okraja rešiti le z graditvijo porodnišnice v Brežicah.

**Trbovlje.** Število postelj porodniškega oddelka bolnišnice v Trbovljah znaša 16. Rajonizacija je dobra, saj rode v Trbovljah skoro edinole žene iz trboveljskega okraja. Ker je sedaj premalo postelj, rode žene iz trboveljskega okraja tudi v Celju (ca. 100 na leto). Trbovlje bodo morale dobiti porodnišnico.

**Celje.** Porodnišnica v Celju lahko sprejme na 63 posteljah 1500 porodnic. Ker rodi sedaj v tej porodnišnici ca. 2250 porodnic, je porodnišnica za eno tretjino preveč obremenjena. Normalno obratovanje se da doseči z natančnejšo triažo in pravilnejšo rajonizacijo. Porodnišnica je namenjena prvenstveno mestu in okraju Celju. Sem gravitira tudi večji del okraja Šoštanj.

**Slovenj Gradec.** Tu rode porodnice iz okraja Slovenj Gradec in nekaj iz okraja Šoštanj. Poleg tega rode porodnice tega okraja v bolnišnici v Črni, ki sprejema na 10 posteljah 220 porodnic letno. Njena obremenitev je pravilna. Problem porodništva v tem okraju pa se bo dokončno rešil z graditvijo porodnišnice v Slovenjem Gradcu.

**Maribor mesto in okolica.** Porodnišnica v Mariboru ima 83 postelj. Letno lahko oskrbi 2000 porodnic. Ker opravi do 2400 porodov na leto, je preobremenjena. Frekvenca se da znižati z rigoroznejšo triažo in z dirigiranjem porodnic okraja Ljutomer v porodnišnico v Murski Soboti. Sicer pa je rajonizacija prav dobra, saj rode v Mariboru skoro samo Mariborčanke in okoličanke. V drugih porodnišnicah Mariborčanke in okoličanke ne rode.

**Ptuj.** Porodnišnica v Ptujju ima 26 postelj. Letna zmogljivost znaša 650 porodov. Porodnišnica je spričo dejanske frekvence 1200 porodov na leto skoro za polovico preobremenjena. Namenjena je prvenstveno okraju Ptuj. Veendar bi zmogla porodnice svojega okraja edinole z natančno triažo. Porodnice iz okraja Ljutomer naj bi rodile v Murski Soboti.

**Murska Sobota.** Sedanja porodnišnica se lahko smatra kot provizorij, ker gravitirata v Mursko Soboto ves okraj Murska Sobota in Ljutomer s ca. 3500 porodi letno. Zgraditi bi morali porodnišnico z najmanj 60 posteljami.

Seveda so navedene smernice samo okvirne in je razumljivo, da so dopustne tudi izjeme, ki so v nasprotju z zgoraj navedenimi predlogi.

## Vloga B

Dr.

Ni še daleč za nam mladimi življenji s fata otroci in mladina šibkeji.

Šele XX. stoletje je dragocenosti vsakega živ plemenitejša pridobitev.

Le na osnovi take n tuberkulozi, bolezni, ki ljudi.

Nova odkritja in spoznanja konec preteklega in v teku sedanjega stoletja ter njih praktična uporaba so omogočila, da slavi ta borba že svoje prve velike uspehe, a žal ne povsod. Tako je n. pr. skupini 21 držav zapadnega sveta že uspelo v bore 15 letih znižati umrljivost za tuberkulozo za celih 43 %. Med njimi vodijo skandinavske dežele z Dansko na čelu, ki je v l. 1953 zabeležila do sedaj najnižjo umrljivost, t. j. 5,6 na 100 000 prebivalcev.

Če pogledamo svetovno krivuljo umrljivosti za tuberkulozo, vidimo, da kaže že od l. 1863 skoro premočrtno padanje z izjemo vrhov v obeh svetovnih vojnah. Po letu 1948 je nagib izrazitejši, na račun zboljšane detekcije (depistaze; hitrejšega odkrivanja novih primerov), moderne terapije in ponekod že širšega zaščitnega cepljenja z besežjem.

Kljub uspehom, doseženim v nekaterih deželah, je umrljivost za tuberkulozo še vedno visoka in močno variira v posameznih predelih sveta. Medtem ko v razvitih deželah s ca. 500 milijoni celotnega prebivalstva umira približno le 50 ljudi letno na 100 000 prebivalcev, se to število dvigne na 100 do 150 v pol razvitih deželah s 400 milij. prebivalstva in doseže 300 do 500 v nerazvitih deželah z največjim številom, t. j. 1600 milij. prebivalstva. V svetovnem merilu znaša povprečna letna umrljivost ca. 100 ljudi na 100 000 prebivalcev, kar pomeni, da še vedno umira za tuberkulozo približno 2<sup>1/2</sup> milij. ljudi letno.

Iz tega sledi, da je problem odločne protituberkulozne borbe več kot aktualen ne le za nerazvite in pol razvite dežele z visoko umrljivostjo, temveč posredno tudi za vse tiste, ki so že dosegle v protituberkulozni borbi vidne uspehe, če hočejo te uspehe utrditi, zavarovati in povečati.

## arkulozi

č

toleriralo razsipnost z o ob sebi umevno, če i umira.

mišljenja. Spoznanje o sti zanj je gotovo naj-

polet tudi borba proti zrok umiranja mladih

**Ptuj.** Porodnišnica porodov. Porodnišnica za polovico prebremenj zmoгла porodnice svoje Ljutomer naj bi rodila

**Murska Sobota.** Se gravitirata v Mursko ; porodi letno. Zgraditi

Seveda so navede pustne tudi izjeme, ki

a zmogljivost znaša 650 00 porodov na leto skoro o okraju Ptuj. Večdar bi iažo. Porodnice iz okraja

natra kot provizorij, ker a in Ljutomer s ca. 3500 anj 60 posteljami.

e razumljivo, da so do-imi predlogi.

## Vloga BCG v borbi proti tuberkulozi

Dr. Zdenka Szilagyi-Ivančič

Ni še daleč za nami čas, ko je človeštvo mirno toleriralo razsipnost z mladimi življenji s fatalistično razlago, da je pač samo ob sebi umevno, če otroci in mladina šibkejšega socialnega sloja oboleva in umira.

Šele XX. stoletje je obračunalo s takim načinom mišljenja. Spoznanje o dragocenosti vsakega življenja in kolektivni odgovornosti zanj je gotovo najplemenitejša pridobitev v miselnosti sedanje dobe.

Le na osnovi take miselnosti lahko dobi svoj pravi polet tudi borba proti tuberkulozi, bolezni, ki je bila do nedavna še glavni vzrok umiranju mladih ljudi.

Nova odkritja in spoznanja konec preteklega in v teku sedanjega stoletja ter njih praktična uporaba so omogočila, da slavi ta borba že svoje prve velike uspehe, a žal ne povsod. Tako je n. pr. skupini 21 držav zapadnega sveta že uspelo v bore 15 letih znižati umrljivost za tuberkulozo za celih 43 %. Med njimi vodijo skandinavske dežele z Dansko na čelu, ki je v l. 1953 zabeležila do sedaj najnižjo umrljivost, t. j. 5,6 na 100 000 prebivalcev.

Če pogledamo svetovno krivuljo umrljivosti za tuberkulozo, vidimo, da kaže že od l. 1863 skoro premočrtno padanje z izjemo vrhov v obeh svetovnih vojnah. Po letu 1948 je nagib izrazitejši, na račun zboljšane detekcije (depistaže; hitrejšega odkrivanja novih primerov), moderne terapije in ponekod že širšega zaščitnega cepljenja z besežjem.

Kljub uspehom, doseženim v nekaterih deželah, je umrljivost za tuberkulozo še vedno visoka in močno variira v posameznih predelih sveta. Medtem ko v razvitih deželah s ca. 500 milijoni celotnega prebivalstva umira približno le 50 ljudi letno na 100 000 prebivalcev, se to število dvigne na 100 do 150 v pol razvitih deželah s 400 milij. prebivalstva in doseže 300 do 500 v nerazvitih deželah z največjim številom, t. j. 1600 milij. prebivalstva. V svetovnem merilu znaša povprečna letna umrljivost ca. 100 ljudi na 100 000 prebivalcev, kar pomeni, da še vedno umira za tuberkulozo približno 2<sup>1/2</sup> milij. ljudi letno.

Iz tega sledi, da je problem odločne protituberkulozne borbe več kot aktualen ne le za nerazvite in pol razvite dežele z visoko umrljivostjo, temveč posredno tudi za vse tiste, ki so že dosegle v protituberkulozni borbi vidne uspehe, če hočejo te uspehe utrditi, zavarovati in povečati.

Z uvedbo besežiranja v program protituberkulozne borbe se je izpolnila vrzel, ki je klasične, preventivne metode niso občutile. Kajti še tako dobro organizirana in izvajana detekcija (depistaža) ne more odkriti slehernega izvora bolezni, kot tudi v večini dežel po svetu ni in še dolgo ne bo izvedljiva izolacija vsakega evolutivnega primera tuberkuloze. Tako je možnosti za širjenje infekcije vsepovsod dovolj.

Znano je, da je okužba z bacilom tuberkuloze najnevarnejša za dojenčka in malčka do 3., 4. leta, ker se v tej dobi skoraj praviloma razvije bolezen z vsemi možnimi posledicami in pogostnim dramatičnim zaključkom. Nič manj pa niso ogroženi tudi tisti mladostniki, ki so od bacila tuberkuloze še nedotaknjeni prestopili prag tako imenovane ftiziogene dobe, zaradi svojstvene evolucije obolenja v tej dobi. Ker se primoinfekcija, kot je ugotovljeno, vedno bolj pomika v zrelejše starostno obdobje, je dandanes ogrožen velik del mladine po vsem svetu.

Zato je specifično zaščitno cepljenje neokuženih pomembna pridobitev, vredna vse pozornosti. Z vakcino BCG je namreč možno ublažiti prvi stik organizma z virulentnim bacilom in se v večini primerov izogniti morebitnim posledicam, t. j. primarnemu in postprimarnemu tuberkuloznemu obolenju.

Besežiranje pomeni neke vrste dirigirano, ublaženo infekcijo, ki izzove le specifično imunost proti virulentni superinfekciji, nikdar pa ne obolenja. Ta imunost se razlikuje od znane reinfekcijske imunosti, pridobljene po infekcijskem obolenju. Medtem ko se slednja razvije po dokončni izločitvi kužila ter je popolna in trajna, je imunost superinfekcije vezana na prisotnost živih bacilov, traja le do vzpostavljene virulentne infekcije in nudi približno tolikšno zaščito kot srečno prestana primoinfekcija — toda brez kakršnega koli tveganja. Doseči absolutno zaščito ni mogoče, kajti človeški organizem, z izjemo prirojene odpornosti, če ta sploh eksistira, ni sposoben razviti popolno imunost proti tuberkulozi. To je važno zaradi tega, da vemo, kaj smemo in česa ne moremo pričakovati od vakcine.

Vakcina BCG je povsem neškodljivo sredstvo, apatogeno za laboratorijsko žival in človeka. Tako prenese n. pr. morski prašiček dozo, enako stotinki telesne teže, brez večjih posledic, kot je inokulacijski absces, medtem ko ga lahko okuži in kasneje ugonobi že en sam virulentni bacil.

Francoski avtor Bacani si je injiciral i. v. pol mg vakcine BCG. Postal je alergičen, nič drugega se mu ni pripetilo.

Po pomoti se je injicirala človeku subkutano totalna vsebina ampule, namenjene za peroralno uporabo. Nastal je le hladen absces z benigno evolucijo, dasiravno je bila za omenjeni način aplikacije doza 1500-krat preokračena. Katera druga vakcina bi se v primeru tolikšne hiperdozacije zadržala podobno?

Najtežjo preizkušnjo pa je v pogledu neškodljivosti prestala vakcina BCG v obdobju mednarodne protituberkulozne kampanje, ko je bila v preventivne namene aplicirana milijonom in milijonom otrok in mladih ljudi obeh spolov, različne starosti, rase, narodnosti, živečih v različnih klimatičnih, ekonomskih, kulturnih razmerah ter individualnih fizičnih in psihičnih okoliščinah.

In vendar se ni nikdar zgodila večja nezgoda, ki bi se mogla pripisati besežanju.

Poleg neškodljivosti za človeški organizem pa je vakcina BCG neizpodbitno dokazala tudi svojo učinkovitost.

Med številnimi publiciranimi statistikami zasluži posebno pozornost obsežen eksperiment, ki so ga napravili pod vodstvom Aronsena v ZDA. Hoteč preizkusiti učinkovitost vakcine, si je izbral med indijanskim plemenom, živčim v bednih razmerah pod državno zaščito, 3000 nereaktorjev na tuberkulin v starosti do 20 let. Indijansko pleme je namreč izredno senzibilno za tuberkulozo in ravno zaradi nje močno razredčeno. Od izbranih nereaktorjev jih je cepil dobro polovico, tako da je dobil dve povsem identični skupini glede na starost, življenjsko okolje, neposredno izpostavljenost kontakta itd. Skupno s Palmerjem sta skozi 15 let najstrože nadzirala obe skupini, cepljene in necepljene. Po tem obdobju se je izkazalo, da je umrlo v obeh skupinah približno enako število oseb zaradi nesreče in drugih obolenj. Razlika, in to znatna, pa se je pokazala ob primerjavi umrljivosti za tuberkulozo. V cepljeni skupini je bilo ugotovljenih 5-krat manj smrtnih primerov kakor v necepljeni.

Zanimivo je tudi opazovanje Higheja na Danskem. V l. 1941 so na neki šoli ob priliki, ko je obolela ena izmed učenk, bile pregledane vse gojenke in tudi vse osebe tistega zavoda. Izvršena tuberkulinizacija je pokazala v dveh tretjinah negativen rezultat. Približno polovica nereaktork na tuberkulin je bilo besežiranih, ostale so cepljenje odklonile. Zaradi kasnejše obolenosti enega izmed članov profesorskega zbora so bile gojenke ponovno izpostavljene okužbi. Po 3 letih se je ugotovilo, da je obolelo za tuberkulozo 1,9% vakciniranih, 3,6% spontano alergičnih in kar 15,6% nevakciniranih gojenk — rezultat, ki zgovorno priča o učinkovitosti vakcine.

O uspešnosti cepljenja nam govore tudi zadevni rezultati z otoka Bornholm na Danskem. Posledica ostre protituberkulozne borbe na tem otoku s ca. 50 000 prebivalci se je pokazala v jako nizkem prekužitvenem indeksu tuberkuloze, ki so ga dosegli pri šolski mladini. Povečini so otroci zapuščali šolo in rodni otok tuberkulinsko negativni. Mnogi izmed njih so se kasneje vračali iz večjega mesta (kjer so nadaljevali šolanje ali bili zaposleni) s hudo obliko začetnega tuberkuloznega obolenja in postali vir nove infekcije. V letu 1940 so poizkusili z vakcinacijo zadnjih letnikov šolske mladine. Že 5 let kasneje so ugotovili znatno znižanje prirastka svežih primerov evolutivne tuberkuloze v starosti 20 do 25 let. Zato so Danci, spodbujeni po teh uspehih, izvršili vakcinacijo vsega ostalega tuberkulinsko negativnega prebivalstva. Po nadaljnjih 5 letih niso zabeležili med otroki v starosti 10 do 15 let niti enega novega primera obolenja.

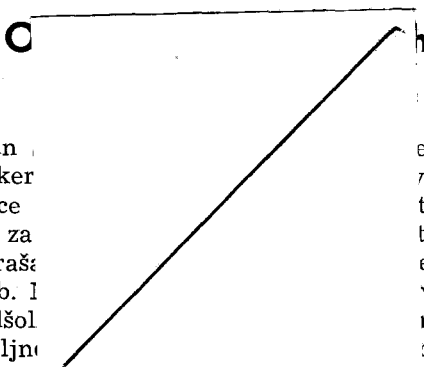
V južni Ameriki je Brazilijanec De Asis uvedel nov način peroralnega cepljenja novorojencev z visokimi ponavljajočimi se dozami besežeja. Po tej tako imenovani konkurenčni metodi vakcinacije prejme novorojenček kot začetno dozo 100 mg vakcine peroralno. Nato slede v mesečnih razdobjih ponovne aplikacije z isto količino. Celotna doza znaša ob koncu 6. meseca 600 mg vakcine. Opazoval je predvsem dojenčke iz kontakta, ki jih ni bilo mogoče izolirati. Med 61 tako cepljenimi novorojenci, od katerih je dobra polovica živela v bacilarnem kontaktu, ni v 4 letih imel nobenega smrtnega primera. Dobršen del v kontaktu živečih je doseženo tuberkulinsko pozitivnost sčasoma izgubil, a kljub stalni izpostavljenosti ni obolel. To dejstvo, ki so ga potrdili tudi francoski avtorji, bi govorilo, da tuberkulinska alergija ni zanesljiv dokaz imunosti, čeprav je najčešče opažen biološki fenomen, preko katerega smo doslej sklepali o uspešnosti cepljenja.

Vprašanje cepljenja z besežejem bi torej ne bilo le v tem, da po enkratnem cepljenju vzpostavimo alergijo (ki jo ugotovimo s pozitivno tuberkulinsko reakcijo in ki otroka zaščiti pred začetnim tuberkuloznim obolenjem), temveč je treba cepljenje ponavljati, da dosežemo imunost proti celotnemu tuberkuloznemu obolenju. Doseženo odpornost pa izpričuje negativni ali oslavljeni tuberkulinski test. Bodočnost bo pokazala, ali je takšno mišljenje upravičeno ali ne.

Za dokaz uspešnosti konkurentne vakcinacije naj bi služil še eksperiment, ki so ga napravili v Favela da Praja di Pinto, predmestju Rio de Janeiro s ca. 6000 prebivalci, povečini črncev, živečih v najbednejših življenjskih in zdravstvenih razmerah, med katerimi je tuberkuloza leto za letom pobirala svoje žrtve. Po izvršenem cepljenju se je ugotovilo, da so cepljeni novorojenčki kljub množičnemu kontaktu 3-krat manj pogosto umirali za tuberkulozo. Med cepljenci izven Favele pa ni bilo niti enega smrtnega primera.

Cepljenje z besežejem, apliciranim peroralno, se je izkazalo kot neškodljivo in učinkovito tudi za alergični organizem. Rosenberg, učenec de Asisa, je to dokazal s tako imenovano indiskriminirano vakcinacijo. Hoteč prepojit z besežejem najrevnejši in s tuberkulozo najbolj okuženi okoliš San Paola v Braziliji, je cepil po Asisovi metodi ne le alergične (tuberkulinsko negativne) otroke, temveč tudi vse mladostnike do 20. leta, ne glede na to, kakšni so bili tuberkulinski testi. Ne samo da ni opazil nobenih aktivacij, nasprotno, ugotovil je, da so cepljeni alergičarji (tuberkulinski reaktorji) za tuberkulozo obolevali 12-krat manj pogosto in umirali 4-krat manj pogosto kakor necepljeni.

Vidimo torej, da je vakcina BCG v borbi proti tuberkulozi neškodljivo in učinkovito sredstvo, ki ga kaže široko uporabljati.



Vprašanju opeklina deloma zaradi tega, ker tega, ker so posledice redno težke ne samo za posebno pereče je vprašave več tovrstnih poškodb. I starosti, torej v predšolsvojo okolico, vedoželjnopri tem lahko zabrede v

otroka podvojiti in poskrbeti, da vso njegovo okolico uredimo tako, da se nesreča ne more dogoditi. Medicinska sestra mora kot socialna delavka poznati način življenja v družini, mora pri svojih obiskih na domu paziti poleg ostalega tudi na to, kako je stanovanje urejeno, ali je storjeno vse potrebno, da bi pri malem otroku ne prišlo do opeklinskih nesreč. Po naših izkušnjah pride največ opečenih otrok iz delavskih in kmečkih družin, kjer so matere mnogo zaposlene tudi izven doma in so otroci največ brez nadzorstva. S stalnim opozarjanjem staršev pri obiskih na domu, poleg tega pa s praktičnimi nasveti,

e več pozornosti in to riga, deloma pa zaradi teh poškodovancih iztudi za skupnost. Prav erih tudi najdemo najv dobo od  $\frac{1}{2}$  do 5 let rične otrok spoznavati : mu je dosegljivo, in : treba skrb za malega

Seveda izvajamo p vseh opeklinah tretje pacienta kakor tudi za p krvjo. Prvi teden dobiv

Izid zdravljenja ope mnogo boljši in pri živl nami. Važno vlogo im: pomoč in zgodnje pravi

druge stopnje in pri oijo, tako za umiritev roma s plazmo in polno arni penicilin.

edbo moderne terapije to obsežnejšimi opekli-ravilno izvedena prva

## Socialno zdravstveni problemi mladostnika

Med. s. Neža Jarnovič

Delo na področju mladinske zdravstvene zaščite je v tesni zvezi s socialnimi razmerami, v katerih živi ta mladina, ki jo hočemo zdravstveno zaščititi. Zato mora biti to delo kompleksno in mora zajeti širok krog ljudi, društev, organizacij in drugih forumov. Tukaj naj bi imela posebno mesto skrb za vajensko mladino, mladoletne delavce v industriji in za kmečko mladino.

Iz dela na področju mladinske zdravstvene zaščite, predvsem zdravstvene zaščite vajencev, je nekaj važnih ugotovitev, ki nam delno osvetljujejo socialno zdravstveno problematiko mladostnika in nam hkrati nakazujejo pot k temu delu in nalogam, ki čakajo ne samo zdravstveno službo, temveč tudi množične organizacije. Če pa ugotavljamo, koliko nas še čaka dela na področju socialno zdravstvene zaščite mladostnika, se moramo zavedati, da je prvi in najvažnejši korak bil storjen že takoj ob snovanju nove družbe. Osnovo za to delo nam daje ustavni zakon in posebni pravni predpisi, kot so Zakon o učencih v gospodarstvu, Uredba o posebni zaščiti mladoletnika v delovnem razmerju ter Splošni pravilnik o higienskih in tehničnih varnostnih ukrepih. Ti zdravstveni in zaščitno tehnični predpisi ščitijo predvsem mladostnika, ki dela v obrti in industriji, za kmečko, izvenšolsko mladino pa socialno zdravstvena zaščita še ni organizirana. Nad to mladino nimamo zdravstvenega nadzorstva in tudi nihče ne more z gotovostjo trditi, kakšno je trenutno njeno zdravstveno stanje. Ugotavljamo pa nujnost, da bi morala javna zdravstvena služba vključiti v svoje varstvo tudi kmečkega mladince. Čeprav gre tu za mladino, ki ima po starostni dobi iste probleme kot vsa ostala mladina, vendar je pri tej mladini nekaj docela svojega (drugo okolje!), kar ji daje poseben značaj, to se pravi, živi v najtesnejši zvezi z naravo, z zemljo in z zaposlitvijo ob pridobivanju življenjskih potrebščin. K vprašanju vzgoje in izobrazbe kmečke mladine, kateri ni posvečena majhna skrb, se mora prav gotovo pridružiti tudi vprašanje zdravstvene zaščite te mladine, ki se vključuje v nastajajočo socialistično skupnost.

O socialno zdravstveni problematiki vajenske mladine nam daje nekaj stvarnih ugotovitev anketa, ki jo je izvedel Centralni higienski zavod v Ljubljani, poleg tega pa so tu še ugotovitve zdravstvene statistike, ki nam povedo, da to stanje nikakor ni zadovoljivo, če ni naravnost celo pereče. Ker nimamo starostne strukture zavarovancev, zato tudi ni mogoče navesti točnega razmerja o obolevanju med mladoletniki in odraslimi zavarovanci. Vendar pa nam



približna primerjava pokaže, da je obolevanje med mladino dvakrat večje kot pri odraslih in da so pri mladini na prvem mestu obolenj poškodbe pri delu.

Spoznavati telesne zmogljivosti in vedeti, koliko mladi delavec fizično zmore, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, koliko se mu lahko dela naloži in na kakšnih delovnih mestih se naj zaposli ter v kakšno stroko vključi, se pravi čuvati in voditi skrb nad njegovim zdravjem in telesnim razvojem.

Če proučujemo vzroke obolevanja pri mladostnikih, vidimo, da so najbolj pereči problemi prehrana, osebna higiena, razmere, v katerih mladinec stanuje, delovni pogoji in s tem v zvezi poklicne nezgode, zaposlitev mladincev in pa zdravstveno-higienska vzgoja.

Če pogledamo poškodbe pri mladini med šolanjem, vidimo, da jih je največ v prvem letu učne dobe. To nam kaže, da je mladinec ob vstopu v praktični pouk premalo poučen in opozorjen na nevarnosti na posameznih delovnih mestih in pa da podjetja premalo skrbijo, da bi učenca vpeljali v delo. Mladina je lahkomišljena, nagnjena k temu, da ne upošteva nasvetov starejših, ne uporablja zaščitnih sredstev pri delu, precenjuje pa svojo telesno sposobnost, spretnost in zmogljivost. V to smer bi morala iti zdravstvena zaščita, poudarjati zadevno vzgojo in poostriži kontrolo nad uporabo zaščitnih naprav, da bi se znižal visoki odstotek poškodb pri delu in izven dela.

Zdravstvena statistika nam nadalje kaže, da so na drugem mestu obolevanja boleznih dihal. Iz proučevanja delovnih pogojev in načina življenja vajenske mladine pa je znano, da so to posledice neurejenih življenjskih razmer, slabih delovnih pogojev, temperaturnih razlik v delovnih in sanitarnih prostorih, neprimerna in nezadostna obleka, velike razdalje, ki jih morajo prehoditi ali prevoziti v delavnice in šole ob vsakem vremenu, ter neodpornost organizma za infekcije v zvezi z navedenimi življenjskimi razmerami, v katerih živi velik odstotek te mladine.

Če ugotavljamo, da so na tretjem mestu obolenja kože in podkožja, moramo tu upoštevati vprašanje osebne higiene mladincev. Po izvršeni anketi vidimo, da je stanje osebne higiene v zvezi tudi s stanovanjem vajencev. Tako ugotavljamo, da je osebna higiena na najnižji stopnji pri vajencih, ki stanujejo pri delodajalcu. Od teh se jih 51 % sploh ne koplje, 71 % si jih ne umiva zob in 90 % si jih dnevno umiva samo obraz. Presenetljiva pa je ugotovitev, da tudi naši mladinski internati ne vzgajajo mladine k higijenskim navadam. Anketa, ki je sicer zajela majhno število internatskih oskrbovancev, ker je imela predvsem namen proučiti mladino, ki živi doma in pri delodajalcu, pa nam vendar pove, da se jih v internatu 4 % sploh ne koplje, 43 % ne umiva zob in 82 % si jih dnevno umiva samo obraz. Stanje osebne higiene vajencev, ki so v oskrbi pri delodajalcu, je res kritično in nas naravnost sili, da mu posvetimo večjo pažnjo, nikakor pa se ne smemo sprijazniti z ugotovitvami o osebni higieni gojencev v vajenskih domovih. Vzgoja k osebni higieni v naših domovih mora imeti še poseben poudarek pri obrtni mladini, ki te vzgoje od doma povečini nima.

Prehrana vajenske mladine na domu in pri delodajalcu je nezadostna in nepravilna. Vedeti moramo, da je ta mladina v puberteti, da je njen organizem v razvoju, da je obremenjena s fizičnim in duševnim delom in da je ta obremenitev na splošno prevelika. To nam nalaga še posebno dolžnost, da posvetimo čim večjo pozornost pravilni prehrani te mladine. Ugotovitev te ankete je splošen pojav primanjkljaja živalskih beljakovin, to je mesa, mleka in jajc.

Še boljši vpogled v pomanjkljivo prehrano pa nam daje dejstvo, da 12 % teh anketiranih mladincev je samo dvakrat na dan. Ti združujejo kosilo z večerjo in se zelo enostransko prehranjujejo, ker uživajo pretežno kavo s kruhom in juhe. Tudi sorazmerno visok odstotek (88 %) onih, ki zaužijejo 3 obroke na dan, nas ne zadovoljuje, ker jim manjka med glavnimi obroki malic, ki vplivajo na boljšo delovno zmogljivost. Zato moramo poudariti važnost večkratnih obrokov hrane in izdatnejšega zajtrka. Dogaja pa se ravno nasprotno, zajtrki so slabi in mimogrede opravljeni ali pa jih sploh ni, obroki pa so preredki. Spričo vpliva nepravilne prehrane na obolevanje mladine bi bilo zanimivo ugotoviti tudi zadevni vpliv na visoki odstotek nezgod. Znano je, da ima pomanjkljiva prehrana za posledico negotovost v kretnjah in počasnejšo reakcijo na nevarnost.

Rezultati serijskih zdravniških pregledov nam pokažejo kot poseben problem pri obrtni mladini visok odstotek gnilega zobovja. Če ga primerjamo s srednješolsko mladino, vidimo, da je v republiškem merilu na gimnazijah 19,5 % zobne gnilobe višje stopnje, med vajensko in industrijsko mladino pa 24,5 %. Res je, da je zobozdravstvena služba preobremenjena. Nikakor pa ne smemo prezreti dejstva, da daje poliklinična zdravstvena služba premalo podarka na prednost, ki naj bi jo pri zdravljenju zobovja imela mladina. Razen tega je tudi res, da se ta mladina sama vse premalo živo zaveda, kolike važnosti je zdravo zobovje. K temu vprašanju pa moramo navezati tudi nepravilno prehrano te mladine, ki smo jo že poprej navedli.

Tudi uživanje alkohola in nikotina je med mladostniki preveč razširjeno. Vse preveč je popustljivosti po podjetjih, internatih in šolah. Znano nam je, da ta mamila kvarno vplivajo na ožilje, na živčevje in da zmanjšujejo apetit. Ne gre pa tukaj samo za okvaro zdravja, zelo nevarna je pri mladincu možnost navade za vse življenje. Z uživanjem alkohola in nikotina se dobršen del dohodkov uporablja nekoristno in celo škodljivo, največkrat na račun zadostne in pravilne prehrane, obleke, izletov itd.

Zanimiva je ugotovitev, kako se ta mladina udejstvuje v fizikulturi. Mnenje, da vajencu fizikulturno udejstvovanje ni potrebno, ker je fizično zaposlen, je zgrešeno, ker specifičnost poklica po posameznih panogah dela razgiblje samo del njegovega telesa. Anketa, ki pa ni zajela ljubljanske mladine, nam pokaže, da 81 % anketiranih mladincev ne goji nošenega športa. Pri tistih, ki ga gojijo, pa je to v pretežni večini nogomet. Prav gotovo bi večje fizikulturno udejstvovanje, posebno telovadba in lepodržne vaje, znižalo visoki odstotek fizičnih deformitet, ki jih ugotavljamo ravno pri vajenski mladini. Odstotek teh se v času učne dobe iz leta v leto viša in je značilen za tiste poklice, kjer način dela pomeni nevarnost za pravilen telesni razvoj, ker je telo ob nekontrolirani drži upognjeno ali ukrivljeno na levo in desno ali naprej. Pojav ploskih nog pa je zelo pogosten pri poklicih, v katerih se delo opravlja stojé. Če se ozremo po strokah, ki so za pravilno rast okostja najbolj kritične, vidimo, da goji fizikulturo v oblačilni stroki samo 10 % vajencev, v čevljarški 15 %, v frizerski in kovinski pa 27 %. Če nadalje pogledamo, kako okolje vpliva na mladince oziroma kako ga vzgaja v fizikulturi, zopet ugotavljamo, da se mladina, stanujoča pri delodajalcu, športno najmanj udejstvuje, in sicer komaj 16 %, v internatih 15 %, kar jih živi pri starših, pa 21 %. Tudi tu je očitna premajhna skrb naših internatov za zdravje mladine. Odstotek fizičnih deformitet, to so ukrivljene hrbtenice in ploske noge, doseže v nekaterih poklicih tudi

50 %. Te telesne okvare lahko v kasnejši življenjski dobi resno ogrožajo izvrševanje poklica in so zato resen zdravstveni problem. Prav gotovo gre velik delež teh anomalij na račun premalo stroge zdravniške triaže pri izbiri poklica, po drugi strani pa so jim lahko vzrok tudi neprimerna delovišča glede na telesno višino vajenca in pa pomanjkanje vzgoje k pravilni drži pri delu ter v nemajhni meri slaba prehrana. Z vso resnostjo bi morali oskrbeti obrtni mladini individualna delovišča, kakor z vso resnostjo urejujemo pravilno šolsko opremo po naših šolah.

Razsvetljava delovnih mest je splošno pomanjkljiva in jo skušajo izboljšati z umetno, ki pa ne more v celoti nadomestiti naravne. Umetna svetloba ne vsebuje ultravioletnih žarkov, umetna svetloba ustvarja neprijetno psihološko razpoloženje, povzroča v neki meri bleščanje in meče pregoste sence, če ni strokovno dobro urejena. Umetna svetloba tudi hitreje utruja oči, hitreje nastopi splošna utrujenost in je ta lahko vzrok pogostnejšim poklicnim nezgodam. Anketa nam je pokazala, da ima le 56 % vajencev na svojih delovnih mestih naravno razsvetljavo. Verjetno pa bi ob natančnejšem proučevanju ugotovili, da je tudi ta največkrat nezadostna. Samo pri umetni svetlobi pa delata 2 % vajencev ves delovni čas.

Oddaljenost od delavnic je tudi značilna za telesno obremenitev te mladine. Saj jih pešači ali se jih vozi od 2—6 km daleč 32 %, od 6—20 km 17 %, nad 20 km pa 3 %. Da je z naporom, ki ga pomenijo take daljave, zvezan tudi problem redne prehrane in zadostnega počitka in da je mladinec izpostavljen vsem vremenskim nevšečnostim ter njih posledicam, je jasno.

Ker o zdravstveni usodi našega mladince odločajo tudi prostor, čas in način spanja, poglejmo, kaj nam o tem pove anketa. 21 % jih sploh nima lastne postelje, 1 % pa jih spi na ležišču z več kot 2 osebama, 4 % jih sploh ne spi v sobi, ampak v delavnicah, shrambah ali nezaščitenih podstrešjih. Nočni počitek traja pri 20 % vajencev premalo časa, saj spijo manj kot 8 ur, 1 % pa jih spi celo manj kot 6 ur dnevno.

Delovni čas je z zakonom sicer urejen, kljub temu pa se mladina zaposluje preko ure. Anketa pa nam je pokazala, da dela celo več kot 12 ur na dan 2 % vajencev.

Velika ovira za uspešnejše reševanje perečih problemov v zvezi s to mladino pa je še stara miselnost in socialističnemu gledanju tuji odnos do vajenske mladine, ki ga še najdemo tu in tam. Tako se n. pr. zasledijo celo pogledi, da vajenska mladina ne sodi v letovanje srednješolcev, dasi vemo, da vajenskih letovanj sploh ni, če izvezamo ona v zadnjih 2 letih, ki jih organizirata ljubljanski vajenski šoli. Nakazovanje tega problema ima namen, da se delitev šolske mladine na umske in fizične delavce načne tudi v okviru dejavnosti tistih, ki so organizatorji mladinskih letovanj. Pri anketiranju pa je bil viden splošen pojav nezdravih odnosov delodajalca do vajenca, saj se ta ne upa dati podatkov niti o načinu življenja, še manj pa o času zaposlitve, pač v strahu, da ne izgubi učnega mesta.

Ti podatki in načeta problematika opozarjata, da je treba dvigniti socialno zdravstveno zaščito našega mladostnika in zato bi bilo nujno potrebno:

1. Izboljšati zdravniške preglede pri vključevanju te mladine v poklic, da preprečimo naknadne prekvalifikacije, obolevanje ali celo nesposobnost za izvrševanje izbranega poklica.

2. Izboljšati organizacijo zobozdravstvene službe pri socialnem zavarovanju.

3. Dvig higienske vzgoje in higienskega režima v internatih s pomočjo družbenih organizacij, predvsem Rdečega križa in Društva prijateljev mladine.

4. Boljša kontrola nad razmerami, v katerih živi ta mladina pri delodajalcu, seveda ob pritegnitvi socialnih delavcev, Društva prijateljev mladine in Rdečega križa.

5. Izboljšati prehrano z uvedbo izdatnih malic, kar naj bi bila predvsem naloga sindikatov, da bi zmanjšali ugotovljene deficite v prehrani obrtne mladine.

6. Nujnost poklicnih posvetovalnic v sodelovanju z zdravstveno službo.

7. Proučiti na terenu možnost in način za zdravstveno zaščito kmečke mladine.

8. Omogočiti kredite in subvencije vsaj za najnujnejše asanacije v mladinskih domovih.

9. Na svetih za zdravstvo in socialno skrbstvo vzbuditi večje zanimanje za probleme te mladine z morebitno zadolžitvijo referenta, ki ima v evidenci mladostnike v delovnem razmerju.

Mnenja sem, da ima ganov največ stika in naj nje in njihove težave. Pri medicinskim sestram, saj hovih otrok. Zato mislim ske sestre na nekatere p lahko tudi v tem pogled pravilno razumevanje tega svoje delo v tem pogledu s prepričanjem, da mladostnik, ki je zašel na pot kriminala, ni pokvarjenec, še manj pa zločinec in da ga je prav zaradi tega možno ponovno privedi na redno pot njegovega razvoja do vzgoje v poštenega naprednega delovnega človeka. Pri tem je treba imeti pred očmi tudi to, da sodišče s svojimi odločbami ne more rešiti mladoletnika iz enostavnega razloga, ker je mladoletni pred sodiščem le krajšo dobo in je njegova rešitev odvisna predvsem od okolice, v kateri mladoletnik živi in v katero se bo vrnil po sodnem procesu oziroma po prestani kazni ali vzgojnem popoljševalnem ukrepu.

Preden bi konkretno opozorila na nekatere važne momente, naj navedem nekatere ugotovitve iz sodne statistike. Osnovo za to daje sistematični pregled 72 primerov mladinskega kriminala in to kriminala zoper družbeno in zasebno premoženje, ki je najpogostnejši primer mladinskega kriminala. Obravnavani primeri se tičejo primerov mladinskega kriminala v letih 1952 in 1953 v mestu Ljubljani in njeni okolici. Mladinski kriminal sam kot kriminal ne pomeni posebnega problema, saj po navedeni statistiki ne dosega niti pol odstotka od vse kazensko že odgovorne mladine v Ljubljani in njeni okolici, kjer ima mla-

polet skrbstvenih oružine, njihovo življenja največ zaupajo ravno nju njih samih in njihiku opozorim medicinskriminalom, da bodo imi pridejo v stik. Za

dicinska sestra nastavi

2. Izboljšati organi-  
vanju.

3. Dvig higienske  
družbenih organizacij, i

4. Boljša kontrola  
jalcu, seveda ob pritegr  
Rdečega križa.

5. Izboljšati prehra  
naloga sindikatov, da b  
dine.

6. Nujnost poklicni

7. Proučiti na tere  
mladine.

8. Omogočiti kredite in subvencije vsaj za najnujnejše asanacije v mladins-  
skih domovih.

9. Na svetih za zdravstvo in socialno skrbstvo vzbuditi večje zanimanje za  
probleme te mladine z morebitno zadolžitvijo referenta, ki ima v evidenci mla-  
dostnike v delovnem razmerju.

pri socialnem zavarovanju.

v internatih s pomočjo  
štva prijateljev mladine.

ta mladina pri deloda-  
a prijateljev mladine in

r naj bi bila predvsem  
v prehrani obrtne mla-

zdravstveno službo.

stveno zaščito kmečke

## Iz dela sodišč

Marija Lulik-Petrnel

Mnenja sem, da imajo medicinske sestre na terenu poleg skrbstvenih organov največ stika in največ vpogleda v najrazličnejše družine, njihovo življenje in njihove težave. Prepričana sem tudi, da matere še največ zaupajo ravno medicinskim sestram, saj so jim te v pomoč pri zdravljenju njih samih in njihovih otrok. Zato mislim, da ne bo napak, če v tem članku opozorim medicinske sestre na nekatere probleme v zvezi z mladinskim kriminalom, da bodo lahko tudi v tem pogledu pomagale družinam, s katerimi pridejo v stik. Za pravilno razumevanje tega problema pa je nujno, da medicinska sestra nastavi svoje delo v tem pogledu s prepričanjem, da mladoletni, ki je zašel na pot kriminala, ni pokvarjenec, še manj pa zločinec in da ga je prav zaradi tega možno ponovno privedi na redno pot njegovega razvoja do vzgoje v poštenega naprednega delovnega človeka. Pri tem je treba imeti pred očmi tudi to, da sodišče s svojimi odločbami ne more rešiti mladoletnika iz enostavnega razloga, ker je mladoletni pred sodiščem le krajšo dobo in je njegova rešitev odvisna predvsem od okolice, v kateri mladoletnik živi in v katero se bo vrnil po sodnem procesu oziroma po prestani kazni ali vzgojnem popoljševalnem ukrepu.

Preden bi konkretno opozorila na nekatere važne momente, naj navedem nekatere ugotovitve iz sodne statistike. Osnovo za to daje sistematični pregled 72 primerov mladinskega kriminala in to kriminala zoper družbeno in zasebno premoženje, ki je najpogostnejši primer mladinskega kriminala. Obravnavani primeri se tičejo primerov mladinskega kriminala v letih 1952 in 1953 v mestu Ljubljani in njeni okolici. Mladinski kriminal sam kot kriminal ne pomeni posebnega problema, saj po navedeni statistiki ne dosega niti pol odstotka od vse kazensko že odgovorne mladine v Ljubljani in njeni okolici, kjer ima mla-

dina prav gotovo največ prilike storiti kaznivo dejanje. Problem pa je, kako preprečiti ta kriminal, da se mu bo izognila prav vsa mladina, in nadalje, kako pomagati tisti mladini, ki je že zašla na pot kriminala.

Od navedenih 72 analiziranih primerov je ugotovljeno v 52 primerih, da izhajajo iz družin, kjer so starši delinkventi. (6 primerov), pijanci (10 primerov), in kjer otroka samo prepuščajo vzgoji ceste (36 primerov). Po poklicu je od obravnavanih primerov 27 mladoletnih delavcev, 24 vajencev, 2 uslužbenca, 9 dijakov, 10 pa brez posla, torej brez določenega poklica. Nadalje je zanimiva ugotovitev te analize, da v nobenem primeru ni ugotovljeno zaključeno šolanje mladoletnika, pač pa so šolo vsi že predčasno enostavno zapustili. Poročila šol samo v dveh primerih nakazujejo umsko zaostalost, sicer pa so vsi vsaj povprečno, če ne celo nadpovprečno nadarjeni. Njihov šolski neuspeh gre torej bolj na račun nerednega obiskovanja šole, pomanjkanja zanimanja, ki zahteva določene vztrajnosti, ki je pa ti otroci zaradi okolja, v katerem živijo, ne morejo imeti. Za delo z mladoletnimi tudi ni brez pomena ugotovitev te analize, da jih nekako polovica od obravnavanih primerov živi izven okolja družine, potem ko so si dobili delo, več primerov pa je takih, ko so mladoletni že v najnežnejši mladosti bili izročeni tujim ljudem. Večina obravnavanih primerov je tudi iz družin z več otroki (v 58 primerih iz družin s 3—11 otroki). Nadaljnja ugotovitev te analize je, da jih je le 15 od obravnavanih primerov toliko zašlo, da so že vsaj deloma moralno pokvarjeni. Ti so namreč že večkrat zašli v kriminal, dekleta pa zašle na pot prostitucije. Za vse ostale lahko mirno trdimo, da so nepokvarjeni, da so njihovi prestopki le pubertetni ekscesi, gnani od želje, imeti določen predmet: dekleta obleke in okrasne predmete, fantje pa tehnične predmete. Za te je seveda večja nevarnost, da bodo ponovno zašli na pot kriminala, če po storjenem deliktu ne bodo našli moralne opore v svoji okolici. Ta analiza odkriva le nekatere faktorje, ki igrajo vlogo pri razvoju mladoletnikove osebnosti. Niso edini, vendar pa se z odpravo teh da marsikaj popraviti. Lažje je delo s temi faktorji prav zaradi tega, ker so že na zunaj vidni, delo samo pa je prav gotovo težko, saj v borbi z njimi naletimo tudi na določene subjektivne in psihološke odpore mladoletnih samih, pa tudi oseb iz njihove okolice.

Če izluščimo navedene ugotovitve, lahko zaključimo naslednje:

1. Večina mladoletnih prestopnikov izhaja iz neurejenih družin. Treba je torej sanirati družine oziroma najti mladoletniku okolje, ki bo pravilno vplivalo na njegov razvoj.

2. Večina obravnavanih mladoletnikov so po poklicu vajenci oziroma delavci. Torišče dela torej ni le dom, temveč tudi delovno mesto mladoletnih. Sodelavci mladoletnih ne smejo biti le strokovni učitelji, temveč tudi vzgojitelji mladoletnikove osebnosti. Skrb za stanovanje mladoletnika, za njegovo prehrano, za njegove osebne želje in za njegovo razvedrilo in splošno izobrazbo, vse to je osnova za delo poleg vzgoje mladoletnega v strokovnega delavca, ki pa bo dober le, če bo imel tudi moralne kvalifikacije.

3. Le v dveh primerih od obravnavanih ugotavljamo, da so mladoletni razumsko manj razviti, vsi drugi pa povprečno oziroma več kot povprečno nadarjeni. Kljub temu pa niso dovršili strokovne, v nekaterih primerih pa niti osnovne šole ne. Vse kaže, da jim neurejena okolica ni dala usmeritve v določen poklic niti ne vztrajnosti, da bi se česa izučili. Dom oziroma tisti, ki se

pečajo z mladino, bi s šolo vred vsekakor prav te otroke iz neurejenih družin morali obravnavati pazljiveje, najti zanje več časa, da bi pri njih ugotovili nagnjenja za določene poklice ter jim ustrezni poklic z vztrajnostjo in s posebnim načinom dela tudi priljubili. Taka usmeritev bi dala tem otrokom moralno oporo, pozneje pa tudi materialno, ki je nikakor ni zametovati.

4. Pri vzgoji otroka ni prezreti njegovih osebnih želja. Ugotovljeno je, da večina fantov vzame tehnične predmete, dekleta pa oblačilne in okrasne predmete. To je razumljivo. Fantje v razvojnih letih radi kaj »cimprajo«. Kolo, motor, radio, fotoaparati, ure, to so želje, toda kje in kako jih uresničiti? Dekleta pa so v tem razdobju že rada lepo oblečena. Zaposlitev teh fantov in deklet v raznih organizacijah ljudske tehnike, v športnih organizacijah, v izleti v naravo itd. v njihovem prostem času, bi mnogo koristila, jih preusmerjala in jim dvigala ustvarjalnost, pokazala bi jim lepote in tako bi jih odvrnili od napačnih poti in jim pokazali pot za pravilno presojanje vrednot v fizičnem in duhovnem svetu.

To so ugotovitve in napotila, ki so važna predvsem v času, preden mladoletni zaide na pot kriminala. Prav tako važna, kot je ta začetna preventiva, ali še bolj, pa je skrb za otroka po storjenem deliktu, potem ko je bila izrečena sodna odločba. Važna tem bolj, ker gre za človeka, ki je sicer že zabredel, ni pa še izgubljen. Toda povrnem naj se zopet na navedeno analizo! Sodišče je v vseh obravnavanih primerih izreklo le 11 sodb z vzgojno poboljševalnim ukrepom oddaje v vzgojno poboljševalni dom ali pa zaporno kazen. V vseh drugih primerih so bili izrečeni vzgojno poboljševalni ukrepi ukora ali pa pogojne zaporne kazni. To pomeni, da v večini primerov pošlje sodišče otroka po izvršenem procesu nazaj v okolico in to v tisto, iz katere je izšel in ki je največ kriva, da se je mladoletni iztiril. Tako vidimo, da je za tega mladoletnika posebno važno, kako ga bomo po procesu na sodišču sprejeli in kako mu bomo pomagali, da se bo znašel in uspel v življenju na pošten način.

Naj navedem samo dva primera nepravilnega ravnanja: Pred seboj imam dopisnico 17-letne zapornice, ki naj jo dobesedno navedem: »Draga mama! Kljub temu da mi nočeš odgovarjati na moja pisanja, se ti zopet javljam. Mislim, da bi mi morala vsaj toliko pisati, da bi zvedela, kako je z mano. Sicer pa, če ti je vseeno, te tudi jaz ne morem siliti, če ti ni dovolj, kar ti je povedala g. sodnica. Vse, kar bi ti imela povedati, je to, da imam še 3 mesece zapora. Če hočeš, mi odgovori. Sedaj Vas pozdravljam, pozdravi mamko...«

Vajenec si je na delovnem mestu nabral najrazličnejše vijake, da bi si doma napravil kolo. Tako so delali tudi drugi odrasli delavci. Kakor hitro je podjetje to ugotovilo, ga je pri priči odpustilo in to tik pred pomočniškim izpitom. Ob razpravi je bil ta mladoletni že skoro eno leto brez zaposlitve.

To sta dva konkretna primera, ki sta vzgojno popolnoma nepravilna. Zamislimo se v 17-letno deklico, ki jo je mati že v najnežnejši mladosti oddala v rejo. Ko se je poročila, je prekinila z njo še tiste skromne stike, to pa zaradi tega, ker se je bala svojega moža, ki je njeno nezakonsko hčerko sovražil. Dekle je zapustilo drugi razred gimnazije, odšlo v Beograd in tam zašlo v sprijeno družbo. Ko se bo vrnila iz zapora, se bo znašla na cesti brez kakršne koli izučitve in po vsej verjetnosti zopet brez doma. In vendar bi bila dolžnost matere in očima, da jo sprejmeta in storita zanjo vse, kar se storiti še da. Naravnost zločin pa je, da se je mati ne spomni niti z drobno kartico, sedaj ko mladoletna po procesu na sodišču še bolj občuti vso težino življenja, v katerega

je zašla. Ne glede na to, ali je mladoletni storil delikt ali ne, že zato, ker gredo taki mladi fantje v svet za kruhom, v nova okolja, je za njih potrebno, da imajo vsaj še pismene stike s svojim domom, da starši vsaj na ta način še nudijo temu otroku domačo toplino, ki mu je potrebna.

Mladoletni se torej po odločbi sodišča vrne domov s pečatom, da se je zagovarjal pred sodiščem. Verjetno je bil izključen iz šole ali na delovnem mestu brezobzirno odpuščen, doma pa pomeni sramoto in običajno nepotrebna usta. Prav sedaj pa bi mu bilo najbolj potrebno pomagati. Sedaj bi potreboval največ topline, očetovske skrbi in kontrole in predvsem zaposlitve. In če vsega tega ni, potem se nikar ne čudimo, če bo zopet zašel.

Nanizala sem nekaj momentov in na te naj medicinske sestre na terenu mislijo, ko jim starši potožijo glede svojih otrok, ki so zašli.

## Šolske mle

## je otroka

Anketa Statističnega bilo 150 delavskih, 150 na do zanimivih in važnih j higienškem zavodu razčl našega otroka kalorično kljiva. Pri tej analizi so l postavljene za spoznanje lahko trdimo, da prehrat htevam današnje dobe.

bivalstva, ugotovimo, da se prehrana otrok nameščencev in delavcev v primeri s prejšnjimi leti bistveno ni spremenila in da so primanjkljaji, kar se tiče živalskih beljakovin, kalcija in vitaminov, ostali približno isti, namreč zelo visoki. Preseneti nas pa dejstvo, da so primanjkljaji v prehrani kmečkega otroka znatno manjši. Ta pojav si lahko razložimo le tako, da se je po odpravi obvezne oddaje živine in mleka fond goveje živine v zadnjih dveh letih dvignil, da zato dobiva kmečki otrok večjo količino mleka dnevno. Premajhna stimulacija za oddajanje mleka v večja mesta in prometne težave povzročajo namreč, da ostajajo večje količine mleka v kmečkem domu. Morda je k izboljšanju prehrane pripomoglo tudi stalno prosvetljevanje kmečkega ljudstva o zdravi prehrani, čeprav tolikšen uspeh v tako kratkem času nekaj let ni zelo verjeten. Seveda velja to zboljšanje za kmečkega otroka, ne pa za kmečkega polproletarca, ki si zaradi razmeroma visoke cene ne more za svojo, po navadi številno družino nabaviti mleka v zadostni količini. Zato bi se mi ne zdelo pravilno, če bi prehrano kmečkega otroka istovetili s prehrano polproletarskega otroka ali z drugo besedo, mislim, da ne storimo napake, če ga vzporedimo s proletarskim.

Prehrana delavskega, nameščenskega in polproletarskega otroka je torej pomanjkljiva, ker ji primanjkuje za telesni razvoj najvažnejših snovi, to je živalskih beljakovin, kalcija in vitaminov. Pojavlja se vprašanje, kaj grozi otroku, ki se tako nezdravo hrani, in kako vpliva na njegovo zdravje pomanjkljiva prehrana.



je zašla. Ne glede na t  
taki mladi fantje v sve  
vsaj še pismene stike s  
otroku domačo toplino

Mladoletni se tore  
govarjal pred sodiščen  
stu brezobzirno odpuš  
usta. Prav sedaj pa b  
val največ topline, oč  
vsega tega ni, potem s

Nanizala sem nek  
mislijo, ko jim starši j

ali ne, že zato, ker gredo  
a njih potrebno, da imajo  
a ta način še nudijo temu

v s pečatom, da se je za  
ole ali na delovnem me  
in običajno nepotrebna  
lagati. Sedaj bi potrebo  
edvsem zaposlitve. In če  
zašel.

licinske sestre na terenu  
o zašli.

## Šolske mlečne kuhinje in zdravje otroka

Dr. Slava Lunaček

Anketa Statističnega urada LRS o vprašanju naše prehrane (popisanih je bilo 150 delavskih, 150 nameščenskih in 320 kmečkih družin) nam je pripomogla do zanimivih in važnih podatkov. Ko je oddelek za prehrano pri Centralnem higienskem zavodu razčlenil podatke te ankete, je ugotovil, da ima prehrana našega otroka kalorično še kar zadovoljivo vrednost, da je pa zelo pomanjkljiva. Pri tej analizi so bile zaradi brezpogojne zanesljivosti fiziološke potrebe postavljene za spoznanje višje, vendar so primanjkljaji tako visoki, da mirno lahko trdimo, da prehrana šolske dece na splošno ne ustreza znanstvenim zahtevam današnje dobe. Ako pregledamo prehrano po socialni strukturi prebivalstva, ugotovimo, da se prehrana otrok nameščencev in delavcev v primeri s prejšnjimi leti bistveno ni spremenila in da so primanjkljaji, kar se tiče živalskih beljakovin, kalcija in vitaminov, ostali približno isti, namreč zelo visoki. Preseneti nas pa dejstvo, da so primanjkljaji v prehrani kmečkega otroka znatno manjši. Ta pojav si lahko razložimo le tako, da se je po odpravi obvezne oddaje živine in mleka fond goveje živine v zadnjih dveh letih dvignil, da zato dobiva kmečki otrok večjo količino mleka dnevno. Premajhna stimulacija za oddajanje mleka v večja mesta in prometne težave povzročajo namreč, da ostajajo večje količine mleka v kmečkem domu. Morda je k izboljšanju prehrane pripomoglo tudi stalno prosvetljevanje kmečkega ljudstva o zdravi prehrani, čeprav tolikšen uspeh v tako kratkem času nekaj let ni zelo verjeten. Seveda velja to zboljšanje za kmečkega otroka, ne pa za kmečkega polproletarca, ki si zaradi razmeroma visoke cene ne more za svojo, po navadi številno družino nabaviti mleka v zadostni količini. Zato bi se mi ne zdelo pravilno, če bi prehrano kmečkega otroka istovetili s prehrano polproletarskega otroka ali z drugo besedo, mislim, da ne storimo napake, če ga vzporedimo s proletarskim.

Prehrana delavskega, nameščenskega in polproletarskega otroka je torej pomanjkljiva, ker ji primanjkuje za telesni razvoj najvažnejših snovi, to je živalskih beljakovin, kalcija in vitaminov. Pojavlja se vprašanje, kaj grozi otroku, ki se tako nezdravo hrani, in kako vpliva na njegovo zdravje pomanjkljiva prehrana.

Številni poizkusi, ki so jih delali Angleži in Amerikanci, zaznamujejo ugodni vpliv ustrezne prehrane na telesno višino in težo doraščajočega otroka. Naša raziskovanja o telesnem razvoju iz leta 1949, so nam pokazala, da neurejena in pomanjkljiva prehrana med okupacijo v prvih povojnih letih ni bistveno vplivala na telesno višino osnovnošolskega otroka, močan negativen vpliv pa smo zasledili pri teži. Otroci so bili 0.6 do 1.8 kg lažji od predvojnih. Zanimiva je bila ugotovitev, da so bili dečki močneje prizadeti kakor deklice, pojav, ki potrjuje dejstvo, da je deček biološko občutljivejši. Pri nas se je torej pomanjkljiva prehrana pri telesnem razvoju pokazala le v padcu teže.

Že dolgo je znano, da tonus — napetost mišic pri nepravilno hranjenem otroku pada. Take mlahave mišice se hitreje utrudijo in lahko v šolskem obdobju, ko otrok pri pisanju in čitanju mnogo sedi in navadno nepravilno sedi, prej ali slej privedejo do napak v telesni drži. Velik porast takih okvar v povojnih letih zato vzročno povezujemo tudi s količinsko in kakovostno slabšo prehrano naših dni.

Količina krvnega barvila je prav tako odvisna od kvalitete prehrane. Po izjavi vodstva Šolske poliklinike v Ljubljani se je hemoglobinska vrednost krvi po uvedbi mlečnih kuhinj neznatno izboljšala; vendar so preiskave krvi osnovnošolskih otrok na demonstracijskem centru za šolsko higieno pri CHZ v tekočem šolskem letu pokazale, da je še vedno nizka. V prvem razredu ima le 2,7 % otrok optimalno, 37,8 % dobro, 45,9 % otrok komaj še zadovoljivo, a 13,6 % otrok hemoglobinsko vrednost pod normalo. Še slabše rezultate so dali pregledi otrok drugega razreda.

Pri pomanjkljivo hranjenih otrocih se pojavlja tudi slab tek, slabo spanje, pomanjkanje veselja in volje do telesnega gibanja in iger, zlasti pa padec telesne odpornosti proti boleznim. Če zasledujemo obolenje naše mladine v Ljubljani v zadnjih 10 letih, vidimo, da je izredno visoko, da ne kaže tendence opadanja. Porast beležimo predvsem pri revmatozah in alergičnih obolenjih. Nazadovanje zaznamujemo le pri tuberkulozi, ki je padla od 17,65 ‰ na 5,75 ‰, torej skoro za celih 300 %, je pa še vedno nekoliko višja kot v gospodarsko razvitih zamejskih državah. Vzrok temu padcu je verjetno obvezno besežiranje otrok, manj verjetno nekoliko boljša prehrana, ki se je dvignila predvsem po kalorični vrednosti, a ne po sestavi.

Če govorimo o vplivu hrane na otroka, mislimo pri tem navadno na njegovo telesno zdravje, redko na njegove duševne sposobnosti. Pedagogi pa opozarjajo na to, da se otroci, ki dobivajo iz socialnih razlogov ali neprosvetljenosti staršev pomanjkljivo prehrano, ne morejo v šoli dobro koncentrirati. Naravna posledica slabe koncentracije je slabše dojetanje učne snovi, slabša reprodukcija, slabši učni uspehi. Ni pa pri teh otrocih okrnjena samo sposobnost koncentracije, temveč tudi znaki utrujenosti nastopajo pri njih neprimerno hitreje kot pri pravilno hranjeni deci. Da je sposobnost za umsko delo res odvisna v veliki meri tudi od prehrane, so dokazali boljši učni uspehi naših otrok, kakor hitro so začeli prejemati ob odmoru v šoli mlečni obrok. Morda je dobra in obširna organizacija mlečnih kuhinj v mestu Ljubljani pripomogla k temu, da so se semestralne ocene v tekočem letu močno izboljšale ne samo v osnovnih, temveč tudi v srednjih šolah, kjer so se malice uvedle šele letos.

Zdrava in pravilno sestavljena hrana vpliva torej na telesno zdravje in duševni napredek otroka. Ta ugotovitev nalaga zdravstveni politiki in družbi važno nalogo. Zdravnikom, da seznanjajo ljudstvo z osnovami zdrave prehrane,

saj pomanjkljivost naše prehrane ne izvira samo iz ekonomskih faktorjev, iz nižjega življenjskega standarda, temveč tudi iz slabih prehrabnih navad, ki prehajajo iz roda v rod, iz nepoučenosti ljudstva. Sprememba slabih prehrabnih navad v zdrave pa sodi na področje zdravstvene dejavnosti in med dolžnosti, ki jim je namen dvigniti telesni in duševni razvoj našega otroka. Seveda je takšna preusmeritev, čeprav najbolj učinkovita in trajna, vendarle dolgotrajen proces. Čakati nanjo zato ne moremo in ne smemo! Družba je dolžna priskočiti otroku takoj na pomoč.

Mislim, da bi najuspešneje pomagali otroku, če bi ubrali pot, ki jo je ubrala večina gospodarsko razvitih držav v svetu, da namreč vsakemu otroku v šoli poleg skodelice mleka nudimo tudi kosilo. Kosilo, ki bi ga pripravljali po navodilih prehrabnih strokovnjakov, upoštevajoč tiste deficite, ki jih zaradi slabih prehrabnih navad izkazuje prehrana v določenem kraju. Izdatki za prehrano bi se seveda vsaj v neki meri morali kriti pač iz javnih sredstev. Kjer bi to bilo mogoče, pa morda tudi z znižanjem otroških dodatkov, ki se tu pa tam še vedno ne trošijo otroku v prid in v takih primerih tako ali tako ne dosegajo osnovnega namena. Seveda bi s tako oskrbo uvedli tudi red v prehrano otroka zaposlenih mater, red, ki je važen pogoj za telesno uspevanje. V šolski kuhinji bi lahko korigirali slab, nepravilen odnos otroka do nekaterih jedi, ki so važne za njegovo zdravje, a jih odklanja zavoljo slabih vzgojnih vplivov doma. Z enakim kosilom v šoli izenačujemo socialne razlike, čeprav te že zaznavno izginjajo. Vzlic spremenjenim družinskim odnosom se je žal še zelo malo spremenil konservativni odnos moža do odgovornosti za gospodinjstvo delo v domu. Z vključevanjem dečka v postrežbo pri raznih delih v šolski kuhinji, kot je pripravljanje in pospravljanje miz, delitev hrane in tako dalje, lahko vplivamo na preoblikovanje njegove nesodobne miselnosti. Higijenske navade, kulturo mize, ki jo tako pogrešamo v naših družinah, vse to bi mogli privzgojiti našemu otroku — bodočemu očetu — bodoči matri — v šolski kuhinji.

Šolska kuhinja povezuje torej zdravstvene in vzgojne cilje, zato bi si morali prizadevati, da jo uvedemo. Optimalna rešitev prehrabnega vprašanja naših otrok je iz objektivnih razlogov za zdaj nemogoča. Naše stare šolske stavbe nimajo kuhinj. Za dovažanje kosila iz centralne šolske kuhinje v posamezne šole večjih naselij nam manjka ustreznih, toplotno dobro izoliranih posod in prevoznih sredstev. Mnenja pa sem, da bi morali pri šolskih novogradnjah imeti ta cilj pred očmi in v gradbeni program obvezno vključevati tudi kuhinjski trakt. Take šolske kuhinje so seveda pesem bodočnosti. Za zdaj si moramo pomagati pač v okviru danih možnosti. Ker je glavni deficit otrokove prehrane v živalskih beljakovinah, kalciju in vitaminih in ker najdemo vse te snovi v mleku, je naša dolžnost, da skrbimo vsaj za dopolnilno prehrano, da ustanavljamo mlečne šolske kuhinje v večjem obsegu, kot smo to delali do sedaj. Žene, vključene v naše množične organizacije, si vedno žele in najboljše rešujejo konkretne naloge. Mlečna šolska kuhinja na vsaki šoli bi morala postati taka konkretna naloga. Skodelico mleka bi moral dobivati vsak otrok umskega ali ročnega delavca, prav tako pa tudi polproletarski otrok našega podeželja. Poudarila sem polproletarski otrok, vendar sem mnenja, da bi morali iz vzgojnih razlogov vključiti tudi otroka socialno krepkejšega kmeta. Saj izdatki za mlečni obrok lahko krije z denarnim prispevkom ali pa prispeva šolski mlečni kuhinji tedensko 2 litra svežega mleka iz domačega gospodarstva.

Za ostvaritev zamisli »Vsakemu otroku dnevno mlečni obrok v šoli« je potrebna seveda materialna pomoč oblastvenih organov. Ko smo pregledali, kdo ne jemlje mlečnega obroka na šoli Ledina v Ljubljani, smo ugotovili, da ga 13,3 % otrok ne bi prejelo iz socialnih razlogov, če bi vodstvo šole ne oskrbelo posebnih kreditov. Četudi prispevek za malico ni zelo visok, naraste pri mnogoštevilni družini v znesek, ki ga starši težko zmorejo. Ravno otroci mnogoštevilnih družin pa bi morali dobivati mlečni obrok, saj je prav v takih družinah največja verjetnost, da je domača hrana pomanjkljiva. Dolžnost pedagoškega kadra, organizacij in vseh delavcev na področju socialno-zdravstvene zaščite mladine pa je, da propagirajo zdravo prehrano mladine in mobilizirajo v ta namen potrebna sredstva. Pomoč bodo našli povsod, kjer koli bo prodrlo spoznanje, da je od pravilne prehrane mladine odvisno zdravje mladega rodu, njegova obrambna sposobnost, bodoča zmogljivost delovnega človeka in da je bolezní preprečevati ceneje kakor pa jih zdraviti.

## Prvi izsledki, ki predš

Dr. Šk

sala  
»Me  
tral  
ne

## o zdravju ni

ar

ter izvedbi — sta pi-  
Jarnovič v 1. letniku  
niziral je akcijo Cen-  
o na področju Ljublja-  
mtra.

Prvenstveni namen z  
ter osvetlitev vzrokov, f  
zdravja. O otroški smrtnosti smo često govorili. Povedali smo, da je otroška smrtnost od predvojnega časa znatno padla, tako v prvem letu starosti kot pri otrocih v predšolski dobi. Povedali smo, da je v primerjavi s smrtnostjo drugih držav otroška smrtnost pri nas še vedno visoka, da se med vzroki pri smrtnih primerih dojenčkov često navajajo nedonošenost, obrojstvene poškodbe, atrofija, pljučnica, med vzroki pri smrtnih primerih malih in predšolskih otrok pa bolezní dihal in prebavil. Otroška obolevnost pa se omenja le redko. Podatki o otroškem obolevanju so pomanjkljivi in prikazujemo z njimi samo bolezní tistih otrok, ki so bili prineseni v zdravstveno ustanovo, nekega pregleda o splošnem zdravstvenem stanju otrok pa pri tem ne dobimo. Z zamišljeno anketo pa bi dobili enkratni prerez stvarnega stanja, ki bi ga dopolnili še s podatki o obolevanju v prejšnjih letih in seveda s podatki o vzročnosti obolenj ter razmerah, v katerih otroci žive. Vseh otrok bi seveda z anketo ne mogli zajeti, delo bi bilo preobsežno in dolgotrajno. Zato smo izbrali po zastavljeni vzorčni metodi le določen del družin, izbrali jih pa tako, da so pravi predstavnik vseh družin, tako po številu otrok, starosti otrok in socialnem poreklu. Anketno akcijo je sicer narekovala zahteva po statističnih podatkih in so se poprejšnje priprave za zbiranje podatkov ter organizacija akcije vršile po vseh načelih statistične metodike, vendar pa je imela anketa, izvedena v družini sami, prvenstveno značaj dobro pripravljene ter dobro izvršene hišne obiska,

Za ostvaritev zam  
potrebna seveda materi  
ne jemlje mlečnega ob  
13,3 % otrok ne bi prej  
belo posebnih kreditov  
mnogoštevilni družini  
goštevilih družin pa b  
žinah največja verjetn  
goškega kadra, organi  
stvene zaščite mladine  
lizirajo v ta namen po  
prodrlo spoznanje, da  
dega rodu, njegova ob  
veka in da je boleznj preprečevati ceneje kakor pa jih zdraviti.



mlečni obrok v šoli« je  
. Ko smo pregledali, kdo  
ni, smo ugotovili, da ga  
bi vodstvo šole ne oskr  
i zelo visok, naraste pri  
rejo. Ravno otroci mno  
saj je prav v takih dru  
njkljiva. Dolžnost peda  
dročju socialno - zdrav  
ehrano mladine in mobi  
ašli povsod, kjer koli bo  
ne odvisno zdravje mla  
ogljivost delovnega člo

## Prvi izsledki, ki nam jih daje anketa o zdravju predšolskih otrok v Ljubljani

Dr. Škrinjar — med. s. Anžlovar

*O anketi — organizaciji, namenu ter izvedbi — sta pi  
sala dr. Bojan Pirc in med. s. Neža Jarnovič v 1. letniku  
»Medicinske sestre na terenu«. Organiziral je akcijo Cen  
tralni higienski zavod, izvedle pa so jo na področju Ljublja  
ne medicinske sestre patronažnega centra.*

Prvenstveni namen zamišljene ankete je bila proučitev otroškega zdravja ter osvetlitev vzrokov, ki vplivajo naboljšanje ali poslabšanje otroškega zdravja. O otroški smrtnosti smo često govorili. Povedali smo, da je otroška smrtnost od predvojnega časa znatno padla, tako v prvem letu starosti kot pri otrocih v predšolski dobi. Povedali smo, da je v primerjavi s smrtnostjo drugih držav otroška smrtnost pri nas še vedno visoka, da se med vzroki pri smrtnih primerih dojenčkov često navajajo nedonošenost, obrojstvene poškodbe, atrofija, pljučnica, med vzroki pri smrtnih primerih malih in predšolskih otrok pa boleznj dihal in prebavil. Otroška obolevnost pa se omenja le redko. Podatki o otroškem obolevanju so pomanjkljivi in prikazujemo z njimi samo boleznj tistih otrok, ki so bili prineseni v zdravstveno ustanovo, nekega pregleda o splošnem zdravstvenem stanju otrok pa pri tem ne dobimo. Z zamišljeno anketo pa bi dobili enkratni prerez stvarnega stanja, ki bi ga dopolnili še s podatki o obolevanju v prejšnjih letih in seveda s podatki o vzročnosti obolelj ter razmerah, v katerih otroci žive. Vseh otrok bi seveda z anketo ne mogli zajeti, delo bi bilo preobsežno in dolgotrajno. Zato smo izbrali po zastavljeni vzorčni metodi le določen del družin, izbrali jih pa tako, da so pravi predstavnik vseh družin, tako po številu otrok, starosti otrok in socialnem poreklu. Anketno akcijo je sicer narekovala zahteva po statističnih podatkih in so se poprejšnje priprave za zbiranje podatkov ter organizacija akcije vršile po vseh načelih statistične metodike, vendar pa je imela anketa, izvedena v družini sami, prvenstveno značaj dobro pripravljenege ter dobro izvršenege hišnega obiska,

pri katerem je medicinska sestra podala vse potrebne nasvete v zvezi z ugotovljenim stanjem in poskrbela, da se izvrše vsi potrebni ukrepi. Poizvedovanje o vprašanih, ki jih je zahtevala anketna pola, je potekalo neprisiljeno med pogovorom, podatki so se beležili delno sproti, delno po izvršeni anketi. Z enkratno anketo začeto delo še ni končano, saj je namen celotne akcije opazovanje anketiranih otrok skozi dobo petih let, proučevanje njih zdravstvenega stanja ter fizičnega razvoja ter študij vplivov, ki to stanje povzročajo. Zato bo podani pregled številke o obolenju otrok kratek izsek celotne analize, prikazan pa z namenom, da potrdi in podčrta važnost tovrstnih proučevanj v delu medicinske sestre. Saj nam že ta kratki pregled daje dovolj podatkov o zdravstveni problematiki naših otrok ter nudi zdravstveni službi osnovo za številne zaključke za delo na področju zaščite matere in otroka.

Omenili smo že, da o obolenju otrok vemo zelo malo in se zato nekako prav često že zadovoljimo z ugotovitvijo, da je otroška smrtnost padla ter iz tega nekako sklepamo na zdravstveno stanje otrok. Nižja otroška smrtnost pa je često le izraz uspešnega zdravljenja ter pravočasne zdravniške pomoči, o zdravstvenem stanju pa nam pravzaprav ravno za otroško dobo pove zelo malo. Tako je smrtnost dojenčkov kakor tudi malih otrok v Ljubljani zelo nizka, z obolenjem otrok nasploh pa ni tako. Od 371 otrok, ki jih je anketa zajela, je bilo v času popisovanja bolnih 34 % otrok z registriranimi 138 obolenji (doba 3 mesecev). Seveda pa vsa obolenja niso bila resnejšega značaja in so v tem številu obsežena tudi lažja obolenja. Vendar nas dejstvo, da jih je bilo od obolelih otrok 15 hospitaliziranih in da je bilo v 102 nadaljnjih primerih treba klicati zdravnika, opozarja, da je odstotek resnejših obolenj, če lahko merimo do neke mere težino obolenj z vrsto iskane zdravniške pomoči, tako visok, da moramo vprašanju obolenja predšolskih otrok in preprečevanju obolenj posvečati več pozornosti. Največ je bilo registriranih vnetij zgornjih dihal, mnogo oslovskega kašlja, z večjim številom pa so zastopani še influenza, bronhitis, pljučnica, gastritis in gastroenteritis ter vnetje srednjega ušesa. Ostala obolenja so zastopana le z nekaj primeri. Za dopolnitev vprašanja o otroški morbidnosti smo izpraševali starše tudi o obolenjih otrok pred časom ankete. Jasno je seveda, da dobljeni odgovori niso povsem točni, saj je razumljivo, da v teku let pozabljamo zlasti na manj resna obolenja, pa tudi na to, ali je bil zdravnik klican na dom, se često ne spomnimo prav točno. Vendar bi enak odstotek bolnikov, ki so ozdraveli že v domači oskrbi brez zdravniškega nasveta, tako v času pred anketo kot v času ankete same, nekako dovoljeval misel na dokaj veliko točnost odgovorov. Starši so omenili 709 obolenj: v 18 % obolenj je moral otrok v bolnico, v 67 % se je zdravil doma pod zdravniško oskrbo, v 15 % brez zdravniške oskrbe. Le za četrtnino vseh otrok so starši izjavili, da so bili vedno zdravi. V bolnico je bilo največ otrok poslanih zaradi škrlatinke in vnetja srednjega ušesa, zdravnika so klicali najčešče na dom k otrokom, ki so imeli ošpice, oslovski kašelj, pljučnico, brez zdravniške oskrbe se je zdravilo največ otrok, ki so imeli gliste, mnogo tudi onih, ki so prebolevali ošpice.

Posebej je bilo v anketi obravnavano vprašanje rahitisa. Medicinske sestre — anketarke so prejele enotna navodila za presojo ugotovljenega stanja, da je bilo tako zagotovljeno enotno gledanje in klasifikacija. Upoštevali so dana navodila, so ugotovile rahitis pri 95 otrocih, kar pomeni, da je v Ljubljani vsak četrty otrok v starosti do 7 let rahitičen. Številke so visoke in upravičeno pri-

znajajo zaskrbljenost zdravstvene službe. Preprečevanju rahitisa bo nujno posvetiti prvo mesto v delu za zaščito matere in otroka. Pri anketiranju smo ugotovili, da je število obolenj znatno višje pri onih anketiranih otrocih, pri katerih je bil ugotovljen tudi rahitis. Ugotovitev ni nova, saj je znano, da je rahitičen otrok dovzetnejši za številne bolezni. V anketi prikazano število pa nas ponovno opozarja na to dejstvo in poudarja važnost zgoraj postavljene zahteve za intenzivno borbo proti rahitisu, tako v antenatalnem obdobju, kot seveda po rojstvu. Pri otrocih v drugi polovici leta je bilo rahitičnih 30%, v starosti 1—2 let 22%, v starosti 3—7 let pa 37% otrok. Med 14 otroki, anketiranimi v prvih 6 mesecih, je medicinska sestra zabeležila rahitis pri enem otroku. Številke nas opozarjajo, da mora medicinska sestra, ki ji je profilaktično delo v borbi proti rahitisu glavna skrb, razširiti svoj nadzor tudi na malega in predšolskega otroka, saj je odstotek rahitisa v tej dobi tako visok, da ne dovoljuje, da se naše delo osredotoči skoraj izključno samo na zaščito dojenčka. Posetno delo je tudi v družinah, kjer so starejši otroci, nujno potrebno, saj bi nasveti staršem in potrebni ukrepi v zvezi z našimi ugotovitvami gotovo doprinesli k zboljšanju ugotovljenega stanja. O pravilni oskrbi, vzgoji, pravilni prehrani malega in predšolskega otroka starši često ne vedo mnogo. O negi dojenčka se često govori in mati je imela priliko, da je obiskovala tak tečaj in se poučila o najpotrebnejšem. O negi in oskrbi otroka od 1.—7. leta pa ni slišala nikjer. Zato nas ni presenetila ugotovitev, da smo sadni sok in sadje opazili skoraj dosledno pri vseh dojenčkih v drugi polovici leta, da pa pri starejšem otroku mati ni več imela za važno, da bi otrok dobil sadje, pa čeprav se je anketa vršila v času, ko je bil sadni trg v Ljubljani dobro založen. Komaj pri tretjini otrok je bilo v jedilniku anketiranega dne meso, redko kje jajce, sir oziroma surovo maslo, jedilniki pa so bili zelo enolični. V pogovoru o prehrani malih in predšolskih otrok so matere često izrazile željo, da bi jih poučili o pripravi pravilne in okusne hrane za otroka v tej dobi, pa jim moramo glede na važnost prehrane otroka, vprav v tej dobi, prav gotovo izpolniti željo. Morda razgovor ob priliki hišnega obiska v družini z otroki te starosti, morda predavanje ali krajši tečaj z izbrano tematiko o oskrbi otroka in željam o teh in podobnih vprašanjih bi brez dvoma bilo ustrezno. Patronažna sestra pa je pri organizaciji in izvedbi tega dela prav gotovo prva poklicana.

Analiza podatkov, kot smo že v začetku omenili, je seveda komaj načeta, prikazana pa zato, da vzbudi pri medicinski sestri zanimanje za proučevalno delo tudi na področju zdravstvene zaščite matere in otroka na terenu.

**Nekaj podatkov o šolanju žene pri nas.** Ženski mladini v Sloveniji so po osvoboditvi odprta vrata vseh šol, medtem ko si je še v bližnji preteklosti le s težavo utirala pot v splošno izobraževalne, strokovne in visoke šole.

Že v 16. stoletju se je Primož Trubar odločno zavzel za ustanovitev osnovne šole, ki naj bi bila namenjena vsakomur ne glede na spol, torej tudi deklicam. S svojo zamisljivo takrat ni prodrli, pač pa jo je skoraj 200 let kasneje uresničil prvi osnovnošolski zakon »Splošni šolski red«, ki je utemeljil ustanovitev osnovnih šol, v katerih naj bi se vsak naučil pisati, čitati in računati. Šele ta zakon je omogočil šolanje vsej mladini in ne samo izbranim dečkom, kot je bila dotlej navada.

V 19. stoletju so dekleta postopoma prihajala tudi v srednje in strokovne šole. Prve srednje šole, na katerih so se šolala v večjem številu, so bila učiteljišča, čeprav so tudi te mnogo let obiskovali samo učenci. Po znanih podatkih so prišli prvi učitelji z ljubljanskega učiteljišča že leta 1803, prvih pet učiteljic pa šele leta 1865. Poklic učiteljice in vzgojiteljice ženi že od nekdaj ugaja in je zanjo primeren, zato ni čudno, da je bilo število učenk na učiteljiščih odtlej čedalje večje in je kmalu preseglo število učencev. V razdobju dobrih 100 let (od 1850/51 do 1953/54) je maturiralo na učiteljiščih v območju današnje Slovenije 10 842 vseh učencev in je od teh bilo 7401 ali 68,5% učenk. Med vsemi učitelji sta torej dve tretjini učiteljic.

Na gimnazijah, ki so bile ustanovljene v 19. stoletju, je v razdobju od šolskega leta 1850/51 do 1899/1900 maturiralo že 4513 učencev, med njimi pa do takrat ni bilo še nobene učenke.

Maturantke se pojavijo tu mnogo kasneje kakor na učiteljiščih. Prva učenka je maturirala na gimnaziji v Ljubljani v

šolskem letu 1900/01. Število maturantk se tudi v naslednjih letih ni povečalo, saj jih je med vsemi absolventi v tem desetletju bilo komaj 7 ali 0,3%. Pač pa se je njih število povečalo v času med obema vojnama, še posebej pa po drugi svetovni vojni. V razdobju od šolskega leta 1850/51 do 1953/54 je bilo na gimnazijah skupno 29 551 maturantov, med njimi pa le 6000 ali 20,4 % učenk, relativno torej znatno manj kakor na učiteljiščih.

Z razvojem trgovine, industrije in obrti je morala posvečati država tudi strokovnemu šolstvu vedno večjo pozornost. Med prvimi strokovnimi šolami je bila ustanovljena leta 1753 babiška šola v Ljubljani. Šolo, ki deluje že nad 200 let, je do danes končalo okoli 2000 gojenk. Šele mnogo let pozneje so bile ustanovljene razne strokovne šole, kot n. pr. strokovna šola za lesno industrijo, podkovska, puškarska, pletarska šola, kmetijske, medicinske, obrtno nadaljevalne, trgovske in druge šole. Razen v medicinskih, obrtno nadaljevalnih in trgovskih so se v teh šolah izobraževali sami učenci. Dekleta pa so hodila predvsem v ženske obrtne, trgovske, gospodinjske in gospodinjsko kmetijske šole.

Pred prvo svetovno vojno na našem ozemlju še nismo imeli visokih šol. Absolventi srednjih šol, ki so hoteli nadaljevati študij na visokih šolah, so morali odhajati v tujino, med njimi je bila le redkokatera ženska. Večinoma so tedaj posameznice študirale na visokih šolah medicino, filozofijo in glasbo. Ko je bila ustanovljena ljubljanska univerza, so prve tri slušateljice diplomirale v šolskem letu 1923/24, in sicer na filozofski fakulteti. Od takrat naprej je število diplomiranih slušateljic stalno naraščalo. V razdobju od šolskega leta 1919/20 do 1953/54 je na vseh visokih šolah diplomiralo 7334 slušateljev, od tega 1625 ali 22,2% slušateljic. Do



osvoboditve smo imeli 492 diplomantk, po osvoboditvi pa je pridobilo akademsko izobrazbo na naših fakultetah doslej že 1133 žena.

Med obema vojnama se je šolstvo v Sloveniji dokaj razvilo, po osvoboditvi pa se je zaradi velike potrebe po kvalificiranih kadrih vseh vrst še vse bolj razmahnilo. Saj si brez pomoči delovne inteligence ne moremo zamisliti uspešne ekonomske graditve niti ne kulturnega napredka. Dobili smo nove gimnazije, nižje in srednje strokovne, umetniške in visoke šole. V primeri s predvojno dobo je znatno poraslo število učencev oziroma slušateljev, na vseh šolah pa se je povečal tudi odstotek učenk.

Ob začetku šolskega leta 1954/55 je bilo v slovenskih šolah naslednje število in odstotek učenk od vseh vpisanih: na osnovnih šolah 71 177 (48,5% deklic), v gimnazijah 31 896 (53%), v šolah za vzgojo učnega osebja 1290 (83%), v nižjih strokovnih šolah 3466 (24,5%), v srednjih strokovnih šolah 1481 (44,4%), v umetniških šolah 3190 (57%).

V nižjih strokovnih šolah, in sicer v vajenskih, se največ vajenk uči v šiviljski in krojaški, trgovski in frizerski stroki. V industrijskih šolah jih je precej v kemični in gumarski stroki, nekaj pa jih je tudi v kovinski in še nekaterih drugih strokah. V specialnih nižjih strokovnih šolah pa je največ učenk v administrativnih in medicinskih šolah, kjer se izobražujejo za pisarniške moči, bolničanke, babice in otroške negovalke.

Med srednjimi strokovnimi šolami imajo še vedno največ učenk ekonomske, gostinske in medicinske šole, čeprav je precejšnje število učenk vpisanih tudi na srednji tehnični, tekstilni, gradbeni in kmetijski šoli, kjer se izobražujejo za industrijske, gradbene in kmetijske tehnike. Srednje strokovne šole je v dobi od ustanovitve posameznih šol do konca šolskega leta 1953/54 absolviralo skupno 15 358, od tega 7133 ali 46% učenk. Največji odstotek absolventk imajo ekonomske, gostin-

ske, dvorazredne trgovske, administrativne in medicinske šole, manjši pa je odstotek absolventk v industrijskih, gradbenih, kmetijskih, gozdarskih in prometnih šolah.

Na visokih in višjih šolah je bilo v letošnjem letu vpisanih 2080 ali 30,3% slušateljic. Polovica teh študira na filozofski, prirodoslovno matematični fakulteti in na višji pedagoški šoli, druga polovica pa na vseh ostalih visokih šolah. Velik odstotek žensk je vpisanih še na višjih medicinskih šolah, na akademiji za glasbo in igralsko umetnost, precej pa jih je tudi na medicinski, ekonomski in pravni fakulteti. Relativno najmanj slušateljic ima tehniška fakulteta (kjer so vpisane predvsem na kemičnem in arhitektonskem oddelku, dobimo jih pa tudi na vseh ostalih oddelkih) in pa inštitut za telesno vzgojo.

Gornji podatki potrjujejo velik razvoj našega šolstva zlasti v povojni dobi, posebej pa še dejstvo, da ima tudi naša ženska mladina danes neovirane možnosti za razvoj oziroma izbiro primerne poklica.

*Maša Jurca*

#### **Začetki zdravstvene službe v Iraku.**

Mesečnik Svetovne zdravstvene organizacije prinaša v letošnji junijski in julijski številki več vesti o svojem delu v raznih zaostalih predelih sveta. V Iraku, kjer med boleznimi prevladujejo predvsem ankilostomija (črevesni paraziti), bilharioza (paraziti, ki prodirajo skozi kožo in napadajo jetra in ledvice) in malarija, kjer je umrljivost dojenčkov 41% (v Sloveniji 5%) in kjer je 12% otrok mrtvorojenih, je svetovna zdravstvena organizacija vzpostavila prototip centra za zaščito matere in otroka. Takih centrov bodo v kratkem organizirali še 240. V tem centru dobe matere poleg nasvetov brezplačno tudi mleko v prahu, milo in zdravila. Zdravstveni delavci so prepričani, da se bo stanje znatno izboljšalo, ko bodo ti centri odprti. V 20 letih pa bodo za patronažno službo imeli na vsakih 5000 prebivalcev po 1 medicinsko sestro.

Izredno težak problem v Iraku je tudi tuberkuloza. Odstotek okužbe je pri otrocih pod 6 leti do 24, pri otrocih v starosti 6—14 let znaša 60%, pri starejših pa do 87%.

Svetovna zdravstvena organizacija že od l. 1952 vodi intenzivno protituberkulozno borbo. Doslej je bilo pregledanih pol milijona otrok (Irak ima 5 milijonov prebivalcev). Izvršeno je bilo besežiranje in pričeli so z vzgojo višjega, srednjega in nižjega kadra. SZO je skupno z iraško

vlado odprla demonstracijski center za borbo proti tuberkulozi. Večjih kurativnih ustanov ne bodo gradili, dokler ne zraste specialni kader in se ne razvije patronažna služba, dokler narod ne bo vsaj v osnovi zdravstveno prosvetljen.

Iz vsega navedenega se da sklepati, da so zasnovali v Iraku temelje zdravstveni službi na ta način, da so zaščitili predvsem najobčutljivejši del prebivalstva, t. j. mater in otroka, in da so že od vsega začetka dali pri tem poudarka preventivi.

## POPRAVKI

Prosimo, da v 1. letošnji številki glasila popravite:

Na strani 22 se v članku dr. Damjane Bebler »Skrb za stare ljudi — zrcalo naše kulture«

5. vrsta zgoraj glasi pravilno: »je zobovje pomanjkljivo, bomo kruh nadomestili z drugimi ogljikovimi hidrati (n. pr.)«,

3. odstavek na isti strani pa: *Povrtnina* zavzema važno mesto v prehrani starih ljudi: krompir, zelena povrtnina, korenček. Izogibati se je težko prebavljive povrtnine (zelja, zelene).

Na strani 28 se pod naslovom članka tov. Vide Tomšič »Gospodinjstvo v socialistični družbi« glasi pravilno »Iz govora na posvetovanju Zveze ženskih društev Jugoslavije — junija 1954.«