

Svetovni kongres za zaščito otrok

(Zagreb 30. VIII. do 4. IX. 1954)

Svet društev za zaščito otrok Jugoslavije, ki je povabil Mednarodno unijo za zaščito otrok, da priredi Svetovni kongres leta 1954 v Zagrebu, je bil ustanovljen 29. aprila 1952. Smoter tega Sveta je med drugim tudi to, da razvija in povezuje družbeno aktivnost v korist otrok in mladine, da proučuje izkustva, ki so si jih pridobila razna včlanjena društva, in da objavlja njihove uspehe, da daje pobude za diskusijo o vprašanjih, ki se tičejo vzgoje kakor tudi socialne in zdravstvene zaščite otrok, da v tem pogledu prosvetljuje starše in javno mnenje, da oblastem stavi predloge in da sodeluje z mednarodnimi organizacijami, ki se pečajo z istimi nalogami.

Slični sveti obstoje v vsaki republiki kakor tudi po mestih in okrajih. (V Sloveniji: Društva prijateljev mladine.)

Svet društva za zaščito otrok Jugoslavije je član Mednarodne unije za zaščito otrok.

Mednarodna unija za zaščito otrok je zveza narodnih in mednarodnih organizacij. V njej je včlanjenih 67 članic iz 40 dežel.

Unija zastavlja svoje delo na Deklaraciji o pravicah otroka, na tako imenovani Ženevski deklaraciji. Njen smoter je poleg drugega tudi, da vzpostavlja in vzdržuje zveze med organizacijami in posamezniki po svetu, ki delajo za blaginjo otrok in mladine, in da pospešuje razvoj otroške zaščite s pomočjo sestankov, konferenc in publikacij.

Mednarodna unija za zaščito otrok je nastala leta 1946 ob združitvi Mednarodne unije za pomoč otrokom, ki je bila ustanovljena leta 1920 v Ženevi, in Mednarodne zveze za zaščito otrok, ki je bila ustanovljena leta 1921 v Bruslju.

Svetovni kongres leta 1954 pomeni nadaljevanje številnih pobud sorodnega značaja, ki sta jih pred letom 1946 dajali omenjeni dve organizaciji, v zadnjih letih pa Mednarodna unija za zaščito otrok. Generalni svet Mednarodne unije za zaščito otrok je sklenil, da bo odslej redno in načeloma vsaka 4 leta skliceval mednarodna zasedanja, ki so tako pomembna za razvoj sodelovanja v prid otrokom.

Deklaracija o pravicah otroka

S to deklaracijo o pravicah otroka, s tako imenovano Ženevsko deklaracijo priznavajo moške in žene vseh narodov, da mora človeška družba nuditi otroku vse, kar le more, in razglašajo svoje dolžnosti:

- I. Otroku se mora nuditi zaščita ne glede na pleme, narodnost in vero.
- II. Otroku se mora nuditi pomoč, upoštevajoč pri tem nedeljivost družine.
- III. Otroku se mora omogočiti normalen razvoj v materialnem, moralnem in duhovnem pogledu.
- IV. Lačnega otroka je treba nahraniti; bolnemu otroku je treba nuditi bolniško nego; otroku s telesnimi hibanji je treba pomagati; duševno zaostale otroke je treba prevzgojiti; sirote in zapuščene otroke je treba sprejeti pod streho.

- V. V primeru raznih nesreč je najprej treba nuditi pomoč otroku.
- VI. Otroku je treba omogočiti, da je v celoti deležen vseh ugodnosti socialnega zavarovanja; otroka je treba usposobiti, da v ustrezni dobi zasluži sebi za življenje, in zaščititi ga je treba pred kakršnim koli izkoriščanjem.
- VII. Otroka je treba vzgajati v takem duhu, da s svojimi sposobnostmi služi v prid svojim bližnjim.

Kongres je posvetil svoje delo vplivu družine na telesni in duševni razvoj otroka kakor tudi vlogi družine v prilagajanju otroka na družbeno življenje.

Socialna politika, zlasti zaščita otroka, je že sprejela svoja načela, da z otrokom ne moremo in ne smemo ravnati kot z izoliranim bitjem, temveč vselej le kot s članom družine. Uvidela je potrebo, da družini pomaga izvršiti njene naloge in tako odigrati tisto vlogo, ki jo družina ima v razvoju slehernega otroka. To pa še prej, preden je sploh treba otroku zamenjati družino. Izvajanje teh načel — ko je otrokova ločitev od družine nujna (zdravstveni, vzgojni, socialni vzroki) — pa v praksi poraja nove probleme. Tem problemom je posvetil kongres osrednjo pozornost. Strokovnjaki so posebej osvetlili nakazane probleme s stališča psihologije, pediatrije in sociologije. Okrog 500 delegatov iz vseh delov sveta je na osnovi poročil, razprav v sekcijah in debatnih skupinah razpravljalo o načelih, ki naj vodijo vsak poseg v odnose med starši in otroki.

Kakor rečeno, se je delo kongresa vršilo v okviru določenih odsekov, ki so specialne probleme obravnavali v posebnih pododsekih oziroma diskusijskih skupinah. Raznovrstnost obravnavane snovi je dovolj razvidna že iz naslednjega delovnega programa:

Odsek I. Splošna vprašanja:

- a) Vloga uradnih in zasebnih organov zaščite otrok glede na družino in njihovo sodelovanje z le-temi;
- b) ukrepi sami, ki naj pomagajo družini pri izpolnjevanju njene naloge;
- c) vzgoja staršev;
- d) sodelovanje s šolo, okrevališči, mladinskimi gibanji in družino.

Odsek II. Otrok ločen od družine iz zdravstvenih ali vzgojnih razlogov:

- a) Dojenček in otroček v bolnici ali dečjem domu;
- b) predšolski ali šolski otrok v bolnici ali drugi zdravstveni ustanovi;
- c) bolehen otrok (slep, gluhonem, pohabljen);
- d) duševno zaostal otrok;
- e) težko vzgojljiv ali socialno ogrožen otrok.

Odsek III. Otrok v pomanjkljivem družinskem okolju:

- a) Otrok v nepopolnem družinskem okolju;
- b) otrok, ki je zanemarjen ali z njim nečloveško ravnajo;
- c) otrok, ki ga starši izrabljajo.

Odsek IV. Problem družinskih odnosov v izjemnih okoliščinah:

- a) Akcije za pomoč v primeru naravne katastrofe, vojne itd., vštévši začasno namestitvev otroka v inozemstvu;
- b) nastanitev in ponovna naselitev begunskih družin;
- c) emigracijo otrok in mladih ljudi brez družine.

Zaradi tehtnosti in aktualnosti posameznih vprašanj bomo v prihodnjih številkah posredovali medicinskim sestram najvažnejše zaključke, ki so bistvenega pomena za pravilno usmerjanje njihovega vsakdanjega dela.

To pot objavljamo s kongresa poročilo, ki zajema probleme v zveznem merilu.

Socialna polit

generalna tajnica:

V teku II. svetovne svobodo gradili temelje njihovih teženj, da si v V tem obdobju so se iz se je v času vojne omeje in otroke. Narodnoosvob teritorijih so preko svoj zaščite. To je bilo v bistvu novo delo za zaščito otrok. Prostovoljne organizacije, ki so se pred vojno skoraj edine v prav ozkem okviru posvečale delu za zaščito otrok, so po okupaciji dežele prenehale z delom. Toda delavci za otroško zaščito, ki so se v težkih delovnih razmerah stare Jugoslavije predano zavzemali za blaginjo otrok, so se v veliki večini pridružili novi oblasti in na osvobojenem in okupiranem ozemlju postajali prvi pomočniki pri graditvi temeljev otroške zaščite. Glavno breme dela za otroško zaščito so nosile predvsem žene, ki so večidel ostajale v zaledju in delale preko svoje organizacije, Antifašistične fronte žena. Ljudstvo je bilo združeno v skupnem trpljenju in skupnih težnjah. Zaščititi preganjanega, nahraniti in vzeti pod streho družino na begu pred sovražnikovim terorjem, sprejeti izgubljenega otroka — je bila patriotska dolžnost in obveznost sleherne družine. Pravica otrok do splošne družbene zaščite je bila formalno neuzakonjeno načelo in družbeno veljavna moralna norma. Otroke, rešene iz taborišč smrti, na čudovit način iztrgane s požganih domačij in streljš, otroke, ki so se zatekli v gozd pred napadom sovražnika, so družine, ki so jih sprejele, in skupnost, v kateri so živeli, obdale z ljubeznijo in občutkom varnosti. To so bili »naši otroci«, otroci narodov Jugoslavije.

Takoj po II. svetovni vojni je socialna politika Jugoslavije imela značaj nujnosti, ker je šlo za to, da se čimprej odstranijo neposredne posledice vojne. Okrog dva milijona mrtvih, porušene in požgane hiše, uničen promet in gospodarstvo — to je bila cena, s katero so narodi Jugoslavije plačali svojo svobodo. Nuditi najosnovnejša sredstva za življenje vsaki družini, v prvi vrsti družini, ki je izgubila hranilca, obvarovati jo gladu in pogina, na novo zgraditi poru-

Jugoslaviji

v Jugoslaviji

borbi za obstanek in očetka pomenila izraz jo in lepšo bodočnost. ocialne politike. Le-ta unce, ranjence, matere oblasti na osvobojenih organizacijo socialne

organizacije, ki so se pred vojno skoraj edine v prav ozkem okviru posvečale delu za zaščito otrok, so po okupaciji dežele prenehale z delom. Toda delavci za otroško zaščito, ki so se v težkih delovnih razmerah stare Jugoslavije predano zavzemali za blaginjo otrok, so se v veliki večini pridružili novi oblasti in na osvobojenem in okupiranem ozemlju postajali prvi pomočniki pri graditvi temeljev otroške zaščite. Glavno breme dela za otroško zaščito so nosile predvsem žene, ki so večidel ostajale v zaledju in delale preko svoje organizacije, Antifašistične fronte žena. Ljudstvo je bilo združeno v skupnem trpljenju in skupnih težnjah. Zaščititi preganjanega, nahraniti in vzeti pod streho družino na begu pred sovražnikovim terorjem, sprejeti izgubljenega otroka — je bila patriotska dolžnost in obveznost sleherne družine. Pravica otrok do splošne družbene zaščite je bila formalno neuzakonjeno načelo in družbeno veljavna moralna norma. Otroke, rešene iz taborišč smrti, na čudovit način iztrgane s požganih domačij in streljš, otroke, ki so se zatekli v gozd pred napadom sovražnika, so družine, ki so jih sprejele, in skupnost, v kateri so živeli, obdale z ljubeznijo in občutkom varnosti. To so bili »naši otroci«, otroci narodov Jugoslavije.

Odsek IV. Problem

- a) Akcije za pomoč začasno namestitvev otrok
- b) nastanitev in pon
- c) emigracija otrok i

Zaradi tehtnosti in številkah posredovali me nega pomena za praviln

To pot objavljamo merilu.

okolščinah:

e, vojne itd., vštveši

n;

nj bomo v prihodnjih vključke, ki so bistvenjega dela.

probleme v zveznem

Socialna politika in zaščita otrok v Jugoslaviji

Branka Savić

generalna tajnica Sveta društev za zaščito otrok v Jugoslaviji

V teku II. svetovne vojne so narodi Jugoslavije v borbi za obstanek in svobodo gradili temelje svoji državi, ki je od vsega početka pomenila izraz njihovih teženj, da si v svobodni deželi ustvarijo boljše in lepšo bodočnost. V tem obdobju so se izoblikovali prvi začetki nove socialne politike. Le-ta se je v času vojne omejevala v glavnem na skrb za begunce, ranjence, matere in otroke. Narodnoosvobodilni odbori — organi ljudske oblasti na osvobojenih teritorijih so preko svojih poverjeništev začeli s prvo organizacijo socialne zaščite. To je bilo v bistvu novo delo za zaščito otrok. Prostovoljne organizacije, ki so se pred vojno skoraj edine v prav ozkem okviru posvečale delu za zaščito otrok, so po okupaciji dežele prenehale z delom. Toda delavci za otroško zaščito, ki so se v težkih delovnih razmerah stare Jugoslavije predano zavzemali za blaginjo otrok, so se v veliki večini pridružili novi oblasti in na osvobojenem in okupiranem ozemlju postajali prvi pomočniki pri graditvi temeljev otroške zaščite. Glavno breme dela za otroško zaščito so nosile predvsem žene, ki so večidel ostajale v zaledju in delale preko svoje organizacije, Antifašistične fronte žena. Ljudstvo je bilo združeno v skupnem tpljenju in skupnih težnjah. Zaščititi preganjanega, nahraniti in vzeti pod streho družino na begu pred sovražnikovim terorjem, sprejeti izgubljenega otroka — je bila patriotska dolžnost in obveznost sleherne družine. Pravica otrok do splošne družbene zaščite je bila formalno neuzakonjeno načelo in družbeno veljavna moralna norma. Otroke, rešene iz taborišč smrti, na čudovit način iztrgane s požganih domačij in strelišč, otroke, ki so se zatekli v gozd pred napadom sovražnika, so družine, ki so jih sprejele, in skupnost, v kateri so živeli, obdale z ljubeznijo in občutkom varnosti. To so bili »naši otroci«, otroci narodov Jugoslavije.

Takoj po II. svetovni vojni je socialna politika Jugoslavije imela značaj nujnosti, ker je šlo za to, da se čimprej odstranijo neposredne posledice vojne. Okrog dva milijona mrtvih, porušene in požgane hiše, uničen promet in gospodarstvo — to je bila cena, s katero so narodi Jugoslavije plačali svojo svobodo. Nuditi najosnovnejša sredstva za življenje vsaki družini, v prvi vrsti družini, ki je izgubila hranilca, obvarovati jo gladu in pogina, na novo zgraditi poru-

šene in požgane hiše, zagotoviti hrano otrokom in poskrbeti za 280 000 otrok brez staršev — to so bile osnovne naloge socialne politike v prvi povojni dobi. Duh solidarnosti in skupna obveza državljanov, da sami pomagajo odstranjevati posledice vojne, sta omogočila razmeroma hitro dosežene uspehe. Pri požrtvovalnem delu za obnovo dežele so sodelovali milijoni državljanov.

Prostovoljno delo pri reševanju teh vprašanj je poleg materialnega uspeha, ki ga ne smemo prezreti, ker je šlo za sredstva, ki jih dežela ni imela, dvignilo odgovornost državljanov za reševanje socialnih vprašanj, kar je omogočilo in pripomoglo, da so se vsi tedanji in kasnejši ukrepi izvajali na široki fronti in da se je na tisoče ljudi vzgojilo za prostovoljne socialne delavce.

Množično sodelovanje državljanov pri reševanju socialnih vprašanj, pritegnitev bodisi preko družbenih organizacij ali njihovih organov je tudi danes značilno za delo pri skrbi in zaščiti otrok ter pomoči družinam.

V tem obdobju so postavljena osnovna načela socialne politike in otroške zaščite.

V deželi, kjer je ne le proizvodnja, temveč tudi razdelitev dobrin v rokah tistih, ki te dobrine ustvarjajo, se uresničuje edinost v interesih skupnosti in posameznika in se ves družbeni razvoj usmerja k ostvaritvi srečnejšega življenja. Zato pomeni socialna politika Jugoslavije zavestno akcijo družbe, da reši socialna vprašanja, nastala v preteklosti in med vojno, da zaščiti določene kategorije državljanov in da postopoma, po svojih potih razvije socialno zavarovanje.

V prizadevanju za ustvaritev boljših življenjskih razmer slehernemu državljanu zavzema posebno mesto skrb za mladi naraščaj, v socialni politiki pa ima prvo mesto dejavnost na področju otroške zaščite. Zato smo v razmeroma kratkem obdobju dosegli znatne uspehe in zgradili otroški zaščiti solidne temelje.

Mislím, da lahko po pravici rečemo, da se v Jugoslaviji dela vse, kar je mogoče, da bi otrokom nudili vse najboljše in da bi v celoti uresničili načela, ki jih vsebuje naročilo Mednarodne unije za zaščito otrok.

Nemogoče je, da bi v tem poročilu naštela vse zakonske predpise ter gospodarske in druge ukrepe, kar jih je bilo v Jugoslaviji izvedenih v okviru socialne politike za pomoč družini in za zaščito otrok. Ustavila bi se samo pri nekaterih vprašanjih in osnovnih načelih, ki na njih temelji otroška zaščita v Jugoslaviji.

Od splošnih družbenih ukrepov za zaščito otrok in pomoč družinam bi posebej naznačila samo nekatere: po zakonu o socialnem zavarovanju, s katerim je zajetih okoli 45 % prebivalstva, imajo družine zavarovancev popolnoma brezplačno zdravstveno zaščito, vštévši zdravila in bolnično zdravljenje. Otroci zavarovancev prejema jo razmeroma visok otroški dodatek, družine pa imajo pravico do starostne ali invalidske pokojnine. Podobne zaščite so deležne družine padlih borcev, invalidov in žrtev fašističnega terorja. Posebno zaščitena je žena-mati v delovnem odnosu. Brezplačne zdravstvene zaščite so deležne vse porodnice in vsi otroci do 3. leta, v primeru tuberkuloze ter živčnih in nekaterih drugih bolezni pa ima brezplačno zaščito vse prebivalstvo. Skupščina pripravlja zakon o brezplačni zaščiti vseh otrok do 14. leta oziroma, če se šolajo, do 25. leta kakor tudi zakon o zdravstvenem zavarovanju kmečkega prebivalstva. Osemletno šolanje je obvezno in brezplačno. Prepovedano je delo otrokom do 14. leta, v nekaterih gospodarskih panogah pa do 16. in tudi do 18. leta. Učenci v gospodarstvu obiskujejo šolo do dovršenega 18. leta. Otro-

kom brez staršev so zagotovljena materialna sredstva za vzdrževanje in šolanje. Za izvajanje otroške zaščite je zgrajenih in odprtih vrsta zdravstvenih, vzgojnih in socialnih ustanov. Obenem se formira in izpopolnjuje strokovni kader zdravstvenih, prosvetnih in socialnih delavcev.

Z ustavo in zakoni rodbinskega prava so dana osnovna načela o odnosih družbe in družine. Družina, kot otroku nujno potrebno vzgojno okolje, je danes v Jugoslaviji prva odgovorna za vzrejo otrok. Toda pri tem je družina v prvi vrsti zavoljo otrok pod zaščito družbe, ki je proglasila pravice otroka in štiti njegove koristi, predvsem pa družini pomaga in razvija družbeno skrb za otroke.

Velika prednost, ki jo imamo v Jugoslaviji v razvoju otroške zaščite, je v razviti odgovornosti družine (imamo tudi primere neodgovornosti, ki pomenijo veliko težavo, toda taki primeri so redki) in obenem čedalje večji odgovornosti državljanov za vzrejo vseh otrok.

Družina še ni povsod omejena samo na starše in otroke, kolikor pa tudi žive ločeno, so družinske vezi zelo trdne. Na deželi, kjer pomeni družina tudi gospodarsko skupnost, živi v eni hiši dostikrat več generacij. V splošnem je značilno, da je povezanost med mestnim prebivalstvom in deželo zelo velika, pač zaradi vzdrževanja družinskih vezi.

Zlasti se pokažejo prednosti še močnih družinskih vezi, kadar gre za otroke iz nepopolnih družin ali za otroke brez staršev, kjer stara mati in stari oče in teta dostikrat najbolje nadomeščajo očeta ali mater ali oba.

Nekaj, kar je v Jugoslaviji popolnoma novega in kar do kraja izpreminja obstoječe družinske odnose, pa je priznana enakopravnost žene.

Razmeroma veliko število žena sodeluje aktivno v gospodarskem, družbenem ali političnem življenju v mestu in na deželi. Žene srečujemo na najvišjih položajih v administraciji, gospodarstvu, v znanstvenih inštitutih in v političnih forumih. V industriji, administraciji in drugih službah je od vseh zaposlenih okrog 24 % žena.

Žena ne silimo v zaposlitev. Lahko se odločajo popolnoma same. Toda gospodarska neodvisnost žene je osnovni pogoj za njeno enakopravnost in družba ji mora omogočiti zaposlitev, kadar žena to želi in kadar ji je to potrebno.

Enakopravnost žene ni le v enakih pravicah in dolžnostih, v enakih državljanskih političnih pravicah in pravici do enake plače za isto delo, kar je v Jugoslaviji danes vse že uresničeno. Enakopravnost žene zahteva predvsem posebno družbeno pomoč ženi materi, da bi mogla zadostiti svojim obveznostim. V primeri z materialnimi možnostmi, ki jih ima dežela na razpolago, je družbena pomoč ženi materi razmeroma velika. Zakonodajo, ki štiti mater v delovnem odnosu, lahko štejemo med progresivne zakonodaje in lahko rečemo, da se ta v celoti s prav redkimi izjemami izvaja povsod. Posebej bi poudarili, da ima žena v Jugoslaviji poleg 90-dnevnega porodniškega dopusta pravico do 4-urnega delavnik pri nezmanjšani plači, vse dokler otrok ne dovrši 6 oziroma 8 mesecev starosti, če namreč otroka doji. Z otrokom po 3 leti lahko mati dela polovico delovnega časa za ustrezno plačo, pri čemer pa uživa vse ugodnosti socialnega zavarovanja, vštevši pokojninski staž. Mnenja smo, da mora poleg zaščite, ki jo uživa žena-mati na delu, poleg tega, da se ženi olajšajo gospodinjska dela in se odpirajo ustanove, ki imajo določeno strukturo in so nujno potrebne za razvoj otroka, da mora skrajšanje delovnega časa za ženo-mater biti eden od ukrepov njene zaščite in zaščite

otroka. Tu bi podčrtali, da vse breme, ki izvira iz zaščite mater, nosi zavod za socialno zavarovanje in da s plačevanjem za to zaščito niso obremenjena podjetja. Osnutek novega zakona o zdravstveni zaščiti delavcev, ki je v razpravi, predvideva vrsto gospodarskih ukrepov, ki bodo preprečili kakršno koli diskriminacijo pri zaposlovanju žene, kot se tu in tam pojavlja pri podjetjih.

No in kljub vsemu temu v Jugoslaviji enakopravnost žene ni vsakdanja stvarnost. Zlasti se dokaj počasi izpreminja položaj žene doma in v družini. Stara izročila so globoko zakoreninjena v zavesti ljudi in se bore proti vsemu novemu. Ravno zato je za ženo še težja njena dvojna obveznost matere in družbene delavke. V dobi industrializacije, ki jo preživlja Jugoslavija, ko je ustvarjena komaj osnovna industrija in ko žena pri gospodinjstvu še ne more uživati njenih plodov, je ta dvojna obveznost žene še težja zavoljo nepravilnega odnosa nasproti njej. Toda vse napredne sile v Jugoslaviji si prizadevajo, da se ta enakopravnost uveljavi na vseh področjih družbenega življenja in v vseh odnosih, družbenih in osebnih. Družba ima poseben interes za družinske odnose, ker le-ti vplivajo na vzgojo in napredek otrok. Z množičnim vstopom žene v družbeno življenje ni mogoče vedno in povsod pozitivno vplivati na vzgojo otrok spričo težav, ki jih ta dvojna dolžnost nalaga materi. Vendar pa smatramo to dobo za prehodno in se prav nič ne bojimo, da bi to privedlo do razdora družine in imelo slabe posledice za razvoj otrok. To bo preoblikovalo družino in družina se dejansko že oblikuje v novo smer. Mnoga znamenja in mnogi primeri kažejo, da je nova družina — svobodna skupnost svobodnih ljudi— danes jako primerno okolje za razvoj otrok. Spopad med starim in novim tu in tam privede do krize zakonov in neljubih pojavov v vzgoji otrok. Toda mnenja smo, da ne moremo in da nam ni treba žalovati za starim, k čemur se družba ne more več povrniti, ampak da moramo z vsemi razpoložljivimi silami, z materialno pomočjo in vzgojo pomagati, da bo nova družina, v kateri je žena enakopravna, izpolnila funkcijo prirodnega vzgojitelja otrok bolje, kakor je to mogla stara patriarhalna družina. In to tem prej, ker samo taka družina, v kateri se člani ne izkoriščajo, lahko vzgaja svobodne ljudi, ki bodo živeli v svobodnih in enakopravnih skupnostih ljudstva.

Izpremema družinskih odnosov pomeni dolgotrajen proces. Z odpravo zasebne lastnine nad sredstvi za proizvodnjo in z uveljavljenjem ženske enakopravnosti družina preneha biti gospodarska edinica družbe. Zaščito njenih članov — zavarovanje v primeru nesreče, bolezni, starosti in drugo — prevzame družba. Močne vezi, ki v Jugoslaviji vežejo širšo družino, katera že izgublja svojo gospodarsko osnovo, dobivajo značaj globokih človeških odnosov in bodo v svobodnem družbenem razvoju pospešila ta proces, da se ti odnosi prenesejo izven njenih okvirov.

Družbena skrb, ki se danes razvija v Jugoslaviji vzporedno z odgovornostjo družine, teži za tem, da v slehernem državljanu zbudi smisel za blaginjo vseh otrok, da bodo pri razvijanju te družbene skrbi sodelovali vsi starši.

Načela, ki jih danes proglašajo naši zakoni kot obveznost državnih organov, morajo postati družbena norma in morala, človeška čustva, ki bodo vplivala na blaginjo otrok. Komuna mora postati širša družina vsakemu otroku, v prvi vrsti pa otroku iz ogrožene družine in otroku brez staršev. To bo dolgotrajen proces, vendar pa že danes vidimo začetke. Pogoji za to leže v celotnem družbenem razvoju, ki teži za izgradnjo komunne kakor tudi temeljnih družbenih skupnosti, v katerih bo omogočeno najširše sodelovanje

vseh državljanov pri odločanju o vseh vprašanih gospodarskega in družbenega življenja.

Zvezna in republiške skupščine si prizadevajo za izpremembo sedanje socialno politične zakonodaje. V glavnem obstoje te izpremembe v tem, da se čim več odgovornosti za izvajanje socialne zaščite prenese na okrajne in mestne odbore, na občine in na same tovarne, podjetja in ustanove. Ta decentralizacija se izvaja obenem z decentralizacijo materialnih sredstev. Samoupravni organi, ki delajo v komunah (upravni odbor zdravstvenih, prosvetnih in socialnih ustanov, sveti za prosveto, socialno politiko in ljudsko zdravje, delavski sveti, skupščine socialnega zavarovanja itd.), v okviru veljavnih zakonskih predpisov samostojno izvajajo razne ukrepe in v njih že danes sodeluje na sto tisoče državljanov. Družbene organizacije so dale pobudo, da se v okviru komune ustanovijo fondi, iz katerih naj bi se financirala otroška zaščita. Ti fondi naj bi služili za financiranje raznih programov otroške zaščite, ki bi ga izvajali organi komune za dotiranje zdravstvenih in drugih ustanov, za pomoč posameznim družinam, za razvijanje aktivnosti družbenih organizacij. Ti fondi, za katerih ustanovitev se že v mnogih komunah vršijo priprave, bodo komunam pomagali, da bodo poleg splošne otroške zaščite, ki jim jo nalagajo zvezni in republiški predpisi, razvijale po potrebah svojega terena posebne programe otroške zaščite in v okviru teh reševale vprašanja, ki so njihovemu področju najnujnejša.

Tu je posebne važnosti dejstvo, da bodo starši lahko sami odločali o tem, kaj mora skupnost ukreniti za zaščito otrok, katere ustanove jim bodo največ pomagale, da zadoste svojim obveznostim. Tako bo čedalje manj nasprotja med družbeno in družinsko skrbjo, med družbeno in družinsko vzgojo.

Ko je skrb za otroke prevzel centraliziran družbeni aparat, kar je v nekem razdobju bilo nujno zaradi potrebe, da se izvedejo osnovna načela otroške zaščite, je začasno popustila odgovornost nasproti otrokom s strani staršev. Sodelovanje samih staršev pri delu samoupravnih organov in družbenih organizacij, pa tudi pri vzdrževanju otrok, če so v dečjih ustanovah, je že pripomoglo k večjemu zanimanju za delo vseh ustanov in institucij, ki se pečajo z otroki. S tem se izboljšuje njihovo delo, obenem pa stopnjuje tudi skrb roditeljev za svoje in druge otroke.

Velika večina naših državljanov ne pozna znanstvene resnice o otroški zaščiti in o najboljših delovnih metodah te zaščite. Toda izkušnje so pokazale, da napredujejo množice veliko hitreje ob istočasni odgovornosti, ki jo prevzemajo državljeni. Jasno je, da bo zakonodaja republiške in zvezne skupščine uredila vsa zapletena vprašanja socialne politike in otroške zaščite. Razen tega se ustanavljajo in delajo najrazličnejše ustanove s kvalificiranim kadrom, ki bodo pomagale, da se otroška zaščita razvije na utrjenih znanstvenih načelih. Eden od najodločilnejših momentov pa je razvijanje vzgojnega dela s pomočjo državljanov in staršev samih. Zato v naši deželi na današnji stopnji razvoja čedalje bolj raste pomen družbenih organizacij, ki niso le v pomoč državnim in komunalnim organom, ampak razvijajo v njih svojo iniciativo državljeni sami. One pomenijo močno orožje pri prodiranju naprednega pojmovanja otroške zaščite med najširše ljudske množice.

To so predvsem strokovne organizacije, ki poleg reševanja svojih ožjih stanovskih vprašanj pridobivajo svoje članke za prosvetno delo med množicami. Mnoge ženske organizacije se posvečajo prosvetljevanju žena in pomoči materam. Zveza borcev razvija izredno veliko aktivnost za vzdrževanje in šolanje

otrok padlih borcev. Rdeči križ razvija široko zdravstvenoprosvetno delo. Športne, telesnovzgojne, kulturno-umetniške in druge organizacije zbirajo svoj podmladek. Končno so še posebna društva, ki imajo v svojem programu izključno le skrb za otroke. Že danes je v Jugoslaviji približno 700 takih društev. Čeprav so to mlade organizacije, so vendarle zbrale veliko število državljanov, ki razvijajo iniciativo za reševanje problemov otroške zaščite in intenzivno delajo za prosvetljevanje roditeljev, jih vzgajajo kot državljane, ki bodo ne le pravilno vzrejali svoje otroke, ampak bodo odločali tudi o ukrepih, ki jih morata družba in krajevna skupnost storiti za zaščito otrok.

Delavci na področju otroške zaščite pa pri reševanju težkih in dostikrat precej zamotanih problemov vzreje in vzgoje otrok niso sami. Danes oni ne rešujejo le določenih problemov v ustanovah, v katerih delajo, ampak je njihova dolžnost in naloga, da znanstvene resnice o otrocih in otroški zaščiti širijo med množice državljanov, ki odločajo o teh vprašanjih v organih samoupravljanja.

Decentralizacija in sodelovanje državljanov pri odločanju o vseh vprašanih družbenega življenja je poročstvo, da se bodo tudi vprašanja otroške zaščite premostrivala bolje in reševala smotrneje, da se bodo umneje trošila materialna sredstva, da se bodo razvijale iniciativa in stvarjalne sile ljudstva.

Očrtala sem nekaj temeljnih načel otroške zaščite. Predolgo bi bilo, če bi navajala tudi uspehe našega dela. Rajši bi poudarila nekaj osnovnih vprašanj. Kajti vse naše delo in tudi vsi ukrepi še ne zadoščajo, da rešimo številna vprašanja otroške zaščite, ki smo jih podedovali iz preteklosti in jih je vojna s svojim pustošenjem še zaostрила. Socialna zaščita ni samo odsev določene družbene ureditve in pojmovanja, ampak tudi zrcalo materialnih pogojev in produktivnih sil neke dežele. V Jugoslaviji, kjer smo dosegli ogromne uspehe v gospodarskem napredku dežele, nas na področju socialne politike utesnjujejo še vedno razmeroma nizke produktivne sile. Za socialno zaščito gre danes okrog 12 %, za otroško zaščito pa okrog 5 % skupnega narodnega dohodka. Toda sam narodni dohodek dežele je še vedno nizek, materialna sredstva, ki jih dežela lahko utрпи, pa ne morejo zadovoljiti vseh potreb otroške zaščite.

Radi bi, da bi naša skrb za otroke bila stalna in vsestranska, da bi z njo zajeli slehernega otroka, toda ne moremo jim še nuditi vsega potrebnega in na najprimernejši način.

Imamo v otroški zaščiti še težka vprašanja, ki jih je treba rešiti: še vedno je veliko otrok brez staršev (največje število otrok vojnih sirot je danes starih 13—14 let), ki jih je treba usposobiti za življenje, nadalje vprašanja, ki jih v otroški zaščiti prinaša industrializacija in zaposlitev žene, potem nezadostni šolski prostori in pomanjkanje šolske opreme za izvajanje osemletnega pouka, zlasti pa visoka umrljivost dojenčkov in malih otrok. Premalo je tudi otroških ustanov in strokovnih, zdravstvenih in socialnih delavcev.

Zavoljo zgodovinskih razmer, v katerih so živeli narodi Jugoslavije, je Jugoslavija v pogledu industrijske razvitosti, gospodarske moči, kulture in tradicij precej raznolika. Jugoslavija ima industrijska območja s staro delavsko tradicijo in nova industrijska naselja, kamor je največ delavcev prišlo z dežele; bogate poljedelske predele ter siromašne in zaostale kraje, mesta s staro kulturno tradicijo in pa oddaljene in samotne kraje.

Tako so tudi problemi otroške zaščite kakor tudi doseženi uspehi zelo različni v posameznih ljudskih republikah, pa tudi v posameznih predelih in

pokrajinah. Kolikšna je ta raznolikost, lahko pokažejo številke o umrljivosti otrok. Medtem ko je v letu 1952 umrljivost otrok znašala 10,5 % proti 14,5 % v letu 1939, imamo mesta, kjer je umrljivost padla na okrog 2 %, medtem ko je po nekaterih okrajih (predvsem kjer je visok odstotek natalitete) dosegla do 30 %.

Zato se tudi v otroški zaščiti doseženi uspehi po nekaterih krajih lahko vzporejajo z najlepšimi dosežki današnjih dni, medtem ko se po drugih krajih borimo z velikimi težavami, da zadovoljimo najosnovnejše potrebe otrok.

Moramo pa tu poudariti, da so nas v naporih, da rešimo najtežje probleme otroške zaščite, zlasti v povojni dobi, podprle mnoge mednarodne organizacije: Organizacija Unije za zaščito otrok, Rdeči križ itd., posebnega pomena za našo deželo pa je pomoč UNICEF,¹ tako v dodatni prehrani kakor tudi v razvijanju naših zdravstvenih programov.

Čaka nas še mnogo dela.

Toda ko gledamo težko prehojeno pot in dosežene uspehe v kratki zgodovinski dobi, lahko z gotovostjo in zaupanjem rečemo, da bomo premagali tudi te težave. Storili bomo vse, da bodo otroci Jugoslavije, bodoči državljani svoje dežele in državljani sveta, preživeli srečno detinstvo, obdano z ljubeznijo družine in skrbjo družbene skupnosti.

○ soc
soc

zaščito
oka

Zdrav otrok je ten življenje in delo je oč v tem svojem poslanst srečo in so odraščali v svoj dom izgubili in b tudi sami. Ta odnos d V dobi antične grško-

so se lahko le najmočnejši, si bodim miso imen pravice do življenja. Nato sledi dolga doba »krščanskega usmiljenja«, ki je sicer proglasila detomor za zločin, ni pa rešila otrok bede in pomanjkanja z vsemi posledicami. V 18. stoletju so se zlasti s francosko revolucijo pojavila načela humanosti. Družba je začela reševati obenem z drugimi socialnimi problemi tudi problem zapuščenih otrok. V velikih domovih jim je nudila to, kar je menila, da nujno potrebuje vsako človeško bitje: streho, hrano, obleko in nekaj kasarniške vzgoje, nihče pa ni pri tem pomislil na potrebe otrokove osebnosti. V vseh kasnejših desetletjih se je razvijala medicinska znanost in socialna služba. Uspelo ji je znižati umrljivost otrok v nekaterih deželah bolj, drugje manj. Šele v zadnjih letih pa je postal otrok kot o s e b n o s t predmet znanosti. S tem momentom je postal tudi otrok brez družine znanstveni problem, ki ga raziskujejo psihiatri,

a razvoja, sposobnosti za napredek ali propad. In si otroci: oni, ki so imeli re, kakor tudi oni, ki so eni družbi, katere del so stoletja zelo spreminjal. n močnejšega«. Obdržali

¹ Unicef = United Nations International Children's Emergency Fund = Mednarodni sklad Združenih narodov za nujno pomoč otrokom. — Op. ur.

Zaključki II. kongresa preventivne medicine na Bledu

(26. do 30. IX. 1954)

Doc. dr. Ivan Bonač

Minula so štiri leta od I. kongresa higienikov v Opatiji (25. do 30. X. 1950). Takratni kongres je imel glavni namen uveljaviti takrat pri nas še mlado stroko higieno in sanitarno inspekcijo. V času med kongresoma nam je dejansko uspelo lepo razviti higiensko organizacijo in tudi ustvariti kader za to službo. Lepe uspehe je dosegla tudi služba sanitarne inspekcije v prizadevanju za zaščito in boljši razvoj ljudskega zdravja. Kongres na Bledu pa se je na temelju dosedanjih skušenj naše zdravstvene službe lotil reševanja novih velikih nalog in to zlasti na področju organizacije zdravstvene službe. Kongres je v svojih zaključkih sklenil, da se zaščita ljudskega zdravja (to je povzdiga ljudskega zdravja, preprečevanje in zatiranje bolezni, uspešno zdravljenje in rehabilitacija) vrši lahko uspešno edino po zedinjeni zdravstveni službi, če bo namreč v sleherni medicinski praksi harmonično združena preventivna in kurativna medicina. Najuspešneje lahko izvaja zaščito ljudskega zdravja osnovna celica zdravstvene službe — zdravstveni dom, ki redno proučuje zdravstvene in higienske razmere na svojem območju in zajema v svojem delu vso obširno tematiko socialne medicine. Kongres priporoča, da se na vseh delovnih področjih zdravstvene službe v kar največji meri uporablja tako uspešni dispanzerski (in patronažni) način dela ter metoda tako imenovanega ekipnega dela zdravnikov in ostalega zdravstvenega kadra. Kongres na Bledu je razen zdravstvene organizacije obravnaval aktualne preventivno-medicinske probleme in to na temelju praktičnih skušenj, ki so jih napravili številni strokovnjaki pri svojih študijah na terenu in v specialnih laboratorijih.

Tako se je kongres pečal tudi s problemom infekcijskih bolezni, ki še vedno igrajo veliko vlogo v patologiji naših narodov. To so n. pr. črevesni infekti, dalje tuberkuloza, pertussis (problem uspešne vakcine!), poliomyelitis (važnost virusoloških laboratorijev), zoonoze (Q-mrzlica, leptospiroze, tularemija, endemični meningoencefalitis). Poudarjena je bila tudi velika važnost bolezni, ki niso kužnega značaja ali pa je njihova etiologija še nejasna (bolezni srca in žilja, dihal in prebavil, revmatizem, novotvorbe, avitaminoze, alkoholizem, travmatizem ipd.). Tudi pri teh boleznih moramo uporabljati tako uspešne epidemiološke raziskovalne metode — študij izvora in razširjenosti bolezni, proučevanje činiteljev, ki vplivajo na razširjenje bolezni, metode preprečevanja in zatiranja.

Sekcija, ki se je pečala s problemom stanovanja — zdravje je ugotovila zelo neugodne vplive na psihofizično zdravje ljudstva in priporočila ukrepe, da se pospeši izgradnja zdravega in zadostnega stanovanjskega fonda. Posebno so opozorili na aktualne in specifične probleme pri izgradnji kmečke hiše in ureditvi podeželskih naselij.

Za medicinsko sestro (zlasti v patronažni službi) so važne tudi ugotovitve sekcije za ljudsko prehrano. Obsežna raziskovanja na terenu so ugotovila, da manjkajo v prehrani naših narodov tako imenovane »zaščitne snovi« in to

zaradi premajhne uporabe mesa, mleka, zelenjave in sadja, kar vpliva zelo neugodno na razvoj mladine ter na zdravstveno stanje, delovno in obrambno sposobnost naroda. Zato so nujno potrebni načrtni ukrepi za izboljšanje ljudske prehrane. Pri zveznih in republiških organih ljudske oblasti pa je treba osnovati telesa, ki jih sestavljajo gospodarski, medicinski in drugi strokovnjaki za probleme ljudske prehrane. Vso pozornost je treba posvetiti tudi problemu endemične strume, ki ima velik socialno-medicinski, gospodarski in obrambni pomen. Na strumigenih terenih je treba takoj začeti z razdeljevanjem jodirane soli po navodilih sanitarnih inspekcij. Ustanoviti je treba centre za proučevanje in zatiranje golšavosti.

Alkoholizem povzroča ogromno škodo ljudskemu zdravju, narodnemu gospodarstvu, prometu itd.; naša zdravstvena služba in ljudska oblast temu problemu ne posvečata dovolj pozornosti. Kongres zato pozdravlja poziv Jug. Rdečega križa za skupno borbo proti temu ljudskemu zlu. Kongres poziva vse zdravstvene delavce in ustanove, da tudi v tem prizadevanju nudijo vso pomoč Rdečemu križu, da proučijo kompleksno problematiko alkoholizma na svojem področju ter se zavedajo, da je borba proti alkoholizmu ena važnih nalog preventivne zdravstvene službe. Na programu prihodnjega kongresa preventivne medicine bo ena glavnih tem: problem alkoholizma v našem narodu.

Sklepi sekcije za zaščito otrok in mladine

Umrljivost otrok je pri nas še zmerom visoka, zato je treba v večjih centrih ustanoviti polivalentne otroške dispanzerje, ki bodo delovali kot demonstracijski centri. Nujno je potreben zakon o zdravstveni zaščiti mladine. Ta zakon naj postavi delovni program ter določi dolžnosti posameznikov in kolektivov na področju zaščite mater in otrok. Sistematsko je treba razširiti in izvajati profilakso zobnega kariesa, ojačiti borbo proti otroški tuberkulozi (sistematski pregledi učiteljstva in tehničnega osebja v šolah), izboljšati prehrano šolske mladine (šolske kuhinje), poskrbeti za higieno šolskih prostorov in učil, uvesti pouk higiene v šole ipd.

Sklepi sekcije za zdravstveno vzgojo in pouk

Kongres poudarja ogromni pomen dela na področju zdravstvene vzgoje, ki mu mora zdravstvena služba posvetiti vso pozornost, ker bomo z razvojem ljudske higienske kulture v največji meri omogočili higienski napredek naših narodov. Zdravstvenovzgojno delo pa se mora tesno povezati z ljudskimi množicami na terenu, zlasti z Rdečim križem in z zdravstvenimi aktivisti. Na prihodnjem kongresu za preventivno medicino bo ena glavnih tem posvečena znanstvenemu študiju problemov v zvezi z zdravstveno vzgojo. Kongres je tudi predlagal določene reforme v medicinskem študiju, da se ojači preventivno medicinsko delo v naših ustanovah in na terenu. Kot poseben predmet naj se uvede medicinska psihologija, zdravstvena prosveta, osnove družbenih ved, razen tega je treba posvetiti posebno pozornost duševni higieni.

Letošnji »Teden otroka« je poveril medicinskim sestram važno nalogo

Med. s. Cita Bole

Medicinskim sestram na terenu, zlasti tistim, ki so zaposlene pri zaščiti matere in otroka, je namen, ki ga ima »Teden otroka«, dodobra znan. Zato pač pravilno lahko cenijo uspehe te akcije, ki ima svoj začetek že v l. 1946. Če je »Teden otroka« bil prva leta bolj ali manj kampanjskega značaja, je pa vendarle odigral svojo osnovno vlogo kot mobilizacijsko sredstvo za nov odnos državljanov do mladega naraščaja. Naše sestre, ki so službovale že pred vojno, živo občutijo v svojem vsakdanjem delu prednosti socialno-medicinskega dela ob podpori množic. Zato je povsem razumljivo, da so ob pripravah in v teku akcije bile še posebno požrtvovalne. Prav zato so medicinske sestre gotovo z navdušenjem pozdravile »Proglas slovenski javnosti« (Ljudska pravica, Slovenski poročevalec z dne 5. septembra), ki poziva vse naše ljudstvo in vsakega posameznika, da po svojih močeh prispeva k reševanju problemov, ki so za zaščito naših otrok zlasti pomembni. Naloge, ki jih je proglas za letošnji Teden otroka še posebej podčrtal, so naslednje štiri:

Rejništvo (iskanje rejniških družin).

Borba proti alkoholizmu.

Akcija za zdravo prehrano otroka.

Družbeno upravljanje šol in zdravstvenih ustanov.

To so vprašanja, ki se medicinski sestri v službi ljudskega zdravja sleherni dan postavljajo kot naloge in katerim sama, pa tudi celotni zdravstveni kader ni kos. Res je, to so družbeni problemi, ki bodo toliko prej sanirani, kolikor bolj bodo državljani aktivno sodelovali pri njihovem reševanju. »Teden otroka« je sprožil te probleme in nakazal pot za njih rešitev in ta je v dobro zasnovanem sistematičnem in nepretrganem delu vseh organizacij, ki v svojih programih vključujejo skrb za otroka ob sodelovanju strokovnjakov (socialnih, zdravstvenih, prosvetnih delavcev).

V merilu okrajev, mest in občin so bili ali naj bi vsaj bili v pripravah za proslavo »Tedna otroka« izdelani delovni programi z vsemi bistveno važnimi problemi, ki jih načenja skrb za zaščito otroka v območju njihovega terena. Upamo, da je pri teh delovnih programih povsod sodelovala tudi medicinska sestra. Če ni, tedaj je njena dolžnost, da se v to delo vključi, saj bo resnično zaživelo in se razraslo šele ob njenem sodelovanju. Ker so ji razmere (družbeno gospodarske in zdravstvene) na terenu znane, bo lahko svetovala, pa tudi prevzela del odgovornosti za izvedbo one naloge, ki ji je posebno blizu in jo tako rekoč opravlja vzporedno s svojo službeno dolžnostjo.

Res je, večina sester, zlasti onih z daljšo terensko prakso, že občuti prednosti aktivizacije množic za splošne probleme. Spominjajo se, da se je l. 1945 v dobrem tednu prijavilo 800 družin za oskrbo Bosančkov, da je ogromna večina naših posvetovalnic, jasli, vrtcev, igrišč bila ustanovljena in oprem-

ljena s pomočjo množičnih organizacij in da so ravno od tod prišle tudi pobude za prirejanje raznih predavanj in tečajev. Vedo nadalje tudi, da so zdravstvene akcije širšega značaja, kot so fluorografija, cepljenje, množični zdravstveni pregledi itd., uspele z zavestno pomočjo ljudi. Skratka, uspeli smo vsakokrat in povsod, če je le bil ljudem pravilno raztolmačen problem in jim bila za sodelovanje jasno nakazana tudi oblika njihovega sodelovanja. Če primerjamo udejstvovanje naših državljanov v skrbi za mater in otroka z zadevnim delom v zamejstvu, tedaj šele lahko precenimo razumevanje in pripravljenost ljudi, ki se z aktivnim sodelovanjem ne prestando usposablja jo za reševanje najbolj zamotanih problemov.

Po vsem tem imajo medicinske sestre pri nas docela poseben položaj. Od njihovega dela je odvisno, koliko jih bo skupnost upoštevala. Od njihove pripravljenosti in sposobnosti za pritegovanje širokega kroga sodelavcev so v veliki meri odvisni uspehi pri delu za zaščito ljudskega zdravja. Težko je opravičiti medicinsko sestro, ki je po svojem bistvu socialno-medicinska delavka, da svoje poslanstvo odpravi »med štirimi stenami«, četudi je vestna in marljiva. Vsekakor je sestra že ob odločitvi za svoj poklic morala od drugih poklicev razlikovati delo, ki je namenjeno neposredni skrbi in pomoči človeku. Pri nas in v svetu se vse bolj kaže specifična vloga medicinske sestre kot posredovalke med zdravstveno ustanovo — bolnikom in bolnikovim okoljem. Kako naj sestra uspešno opravlja naloge javnega zdravstvenega delavca, če gleda vse pojave strogo skozi prizmo »čiste medicine«? Kje bo odkrila vzroke zdravju škodljivim pojavom, kje spoznala okoliščine in probleme v širšem merilu, kot jih gleda samo s svojega, nujno subjektivnega stališča? Tako morda zve, da obstoji v Sloveniji dokaj čvrsta Zveza zadružnic (v okviru kmetijskih združenj), da je osnovana strokovna zveza gospodinjskih učiteljic, da se snujejo društva za napredek gospodinjstva in da vse močnejša postajajo Društva prijateljev mladine. Ali je kot zdravstvene delavke ne zanimajo programi teh organizacij, ki nujno obravnavajo vprašanja zdravstva, in če je ne zanimajo, bi jih pa vsaj prezreti ne smela. Res je, vsepovsod se ne bo mogla udejestovati — za nekaj se bo morala odločiti. Najboljše je, da sama presodi, kje je bolj potrebna ali kaj jo posebno zanima. Kakor hitro se bo poglobila v delo posameznih organizacij, bo našla tudi primerne oblike za uveljavljanje zdravstvenih vprašanj. Skratka, našla si bo zaveznika v svojem strokovnem delu.

Nujno je, da se ob nalogah, ki jih je letošnji »Teden otroka« postavil pred našo javnost, spomnimo tudi naših slabosti, ki se zlasti jasno pokažejo ob takih prilikah, tudi če se nanašajo na manjši odstotek sester. Zveza ženskih društev Slovenije in njene Okrajne organizacije so namreč prevzele skrb za izvedbo akcije: »Za zdravo prehrano otroka«. Akcija bo ob sodelovanju zdravstvenih delavcev trajala vse leto — do prihodnjega »Tedna otroka«. Posebej je naglašeno krepko sodelovanje medicinskih sester. Z namenom, da bi se znašle in izpolnile naša pričakovanja, je v naslednjem spisu dr. Damjana Bebler podala dragocene napotke, ki jih bodo sestre v praksi še obogatile.

Zdravstvena vzgoja in prehrana

Dr. Damjana Bebler

Ko si je sestra osvežila in poglobila znanje o sodobni prehrani, se bo zanimala, kakšne so prehrabene navade v njenem okolišu. Za vso Slovenijo velja sicer v glavnem isto, da imamo namreč v dnevni obrokih naše prehrane razmeroma preveč ogljikovih hidratov (kruh, testenine, sladkor), deloma tudi maščob, nasprotno pa uživamo vse premalo živil s tako imenovanimi zaščitnimi snovmi (meso, ribe, zelenjava, sadje, mleko itd.). Vendar ima vsak okoliš v prehrani še svoje posebnosti, tako v načinu prehrane kot v pripravljanju jedi. Zelenjavo skoraj povsod pripravljajo na takšen način, da v dobršni meri uničijo biološko vrednost živil, tako n. pr. s pretiranim mešanjem, z nepokritimi lonci, z odlivanjem vode pri kuhi zelenjave, s kuhanjem že olupljenega krompirja itd. Če bo sestra poleg teh splošnih škodljivih navad upoštevala tudi še posebnosti svojega okoliša in si osvežila znanje o zdravi prehrani, ji bo prav lahko najti vsebino za prosvetno delo. Na tej osnovi si bo sestavila podrobnejši načrt. Pri tem seveda bo upoštevala in se ozirala na sedanost, računala pa obenem tudi z daljšim razdobjem, ko bo imela na razpolago več sredstev in ko bo razumevanje med ljudstvom že nekoliko večje. V svoj sedanji načrt za pravilno prehrano dojenčka in zalivančka ter nosečo in doječo ženo bo vključila tudi še prosvetljevanje za boljšo prehrano predšolskega in šolskega otroka, kasneje pa še odraslega in starega človeka. Skušala bo vplivati na izboljšanje prehrabnenih navad vsepovsod med našimi ljudmi, na obiskih po domovih, v šolah, s predavanji, v mladinskih kolektivih (kjer se

Priporočila za dnevne količine

Skupina		Delo, ki se opravlja sede (ročno in umsko)	Srednje težko fizično delo	Otrok 3—5 let
1.	Meso	100 g	100 g	45 g
	Ribe	25 g	25 g	10 g
	Jajca	½	½	2 tedensko
2.	Sočivje, suho	30 g	50 g	10 g
	Mleko	350 cm ³	350 cm ³	750 cm ³
	Polnomasten sir	25 g	40 g	10—15 g
3.	Polmasten sir	100 g	—	—
	Maslo	20 g	35 g	20 g
4.	Razne maščobe	30 g	45 g	10 g
	Kruh	325 g	475 g	150—200 g
5.	Ovs. kosmiči, riž, testenine	25 g	25 g	15—20 g
	Sveža zelenjava, surova	50 g	50 g	25 g
6.	Sveže sadje	150—200 g	200 g	150 g
	Sveža zelenjava, kuhana	200—300 g	300 g	150—200 g
	Krompir	300—400 g	500 g	150—250 g
Razno	Sladkor, med, čokolada	40 g	50 g	25 g
	Marmelada, suho sadje	30 g	30 g	15 g

bo pogovorila z ekonomom in kuharico), v domovih za onemogle, v tovarniških kantinah itd. Glavno njeno delo pa bo v posvetovalnici, kjer bo postopoma uredila majhen demonstracijski center. Tu bo imela individualne razgovore z ženami, pa tudi kratke tečaje s praktičnimi vajami. Posvetovalnico bo opremila s slikami, s tabelami o priporočilih za dnevne obroke, o vrednosti posameznih živil, higienski molži itd. Brez dvoma bo pa medicinska sestra imela pri svojem delu mnogo večji uspeh, če se bo povezala z vsemi forumi, ki imajo v svojem programu socialno medicinske naloge (RK, Društvo prijateljev mladine, Zveza ženskih društev), in skupno z njimi napravila načrt. Začelo se je s tem delom v »Tednu matere in otroka«, ki je bil letos posvečen v glavnem izboljšanju prehrane naših otrok. Takrat so se po okrajih vršile konference, ki se jih je naša sestra gotovo udeležila. To delo pa naj se nadaljuje skozi vse leto. Če si bomo delo organizirali bolj sistematično kot doslej in ga izvrševali po naprej določenem programu, bodo rezultati boljši in trajnejši.

V svojih predavanjih in na seminarjih bomo govorile o pomenu zdrave prehrane in njenem vplivu na človeški organizem (daljša življenjska doba, zmanjšana umrljivost dojenčkov, večja odpornost proti nalezljivim boleznim, večja delozmožnost, boljši učni uspehi šolskih otrok), o posledicah slabe oziroma neuravnovešene prehrane (vse deficitarne bolezni, neodpornost proti nalezljivim boleznim, slabši duševni in telesni razvoj, povečana umrljivost, nižja življenjska doba).

Nadalje nam bodo statistični podatki o zdravstvenem stanju prebivalcev služili za predavanja, kjer bomo prikazale zvezo med prehrano in morbidno-

živil pri sestavi zdrave prehrane

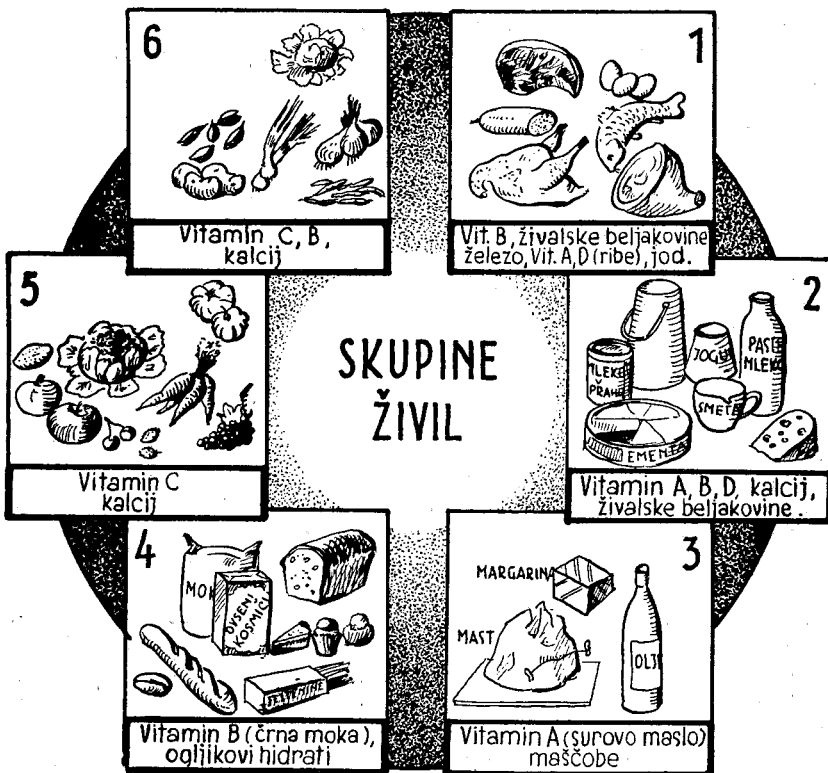
Otok 6—9 let	Otok 10—13 let	Mladostnik 14—18 let	Nosečnice	Dojilje	V starosti nad 60 let
50 g	70—120 g	120 g	100 g	100 g	80 g
20—30 g	30—50 g	50 g	50 g	50 g	20 g
$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
10—20 g	20—30 g	50 g	25 g	30 g	20 g
500—750 cm ³	500 cm ³	500 cm ³	750 cm ³	1000 cm ³	500 cm ³
30 g	30 g	35 g	25 g	40 g	20 g
—	—	—	—	—	—
20 g	20 g	10—20 g	10—15 g	15 g	20 g
10 g	15 g	20—30 g	15—20 g	25 g	20 g
200—300 g	300—400 g	400 g	325 g	350 g	300 g
50 g	30 g	50 g	25 g	50 g	30 g
50 g	75 g	75 g	50 g	75 g	50 g
150—250 g	150—200 g	200 g	150 g	200 g	150 g
200—300 g	200—300 g	300—400 g	300 g	300 g	200—300 g
200—300 g	300—400 g	400 g	300—400 g	300—400 g	300—400 g
30 g	30 g	30 g	30 g	40 g	45 g
20 g	20 g	30 g	15 g	40 g	30 g

stjo in mortaliteto (povprečna starostna doba, rahitis, druge avitaminoze, obolenja žolča in jeter, anemije, umrljivost dojenčkov, nalezljive bolezni).

Nato bomo govorile o napakah, ki jih dela v načinu prehrane prebivalstvo v tem ali onem kraju, pokazale praktično, kako se zdrava prehrana pripravlja, in povedale, kako naj bodo čez dan razporejeni posamezni obroki. Priporočale bomo izdatne zajtrke in lahke večerje.

Pri pojasnjevanju, kako sestavljati jedilnike, si bomo vzele za osnovo seznam znanstveno ugotovljenih potreb, ki jih navajajo fiziologi. Seveda je to idealni način prehrane, ki ga praktično skoraj ne moremo doseči, ampak se mu kvečjemu lahko bolj ali manj približamo. To pa deloma zaradi globoko zakoreninjenih navad in ponekod tudi zaradi gospodarskih težav. Vendar pa si moramo stalno prizadevati, da pri sestavi dnevne prehrane čimbolj upoštevamo zadevna priporočila.

Druga osnova pa bodo pravilno sestavljeni jedilniki. Jedilniki naj bodo sestavljeni tako, da bo pri vseh večjih obrokih, vštevši tudi zajtrk, zastopano vsaj po eno živilo iz naznačenih skupin:



Ta način v krogu pokazanih živil za pravilno sestavljanje jedilnikov se je povsod dobro obnesel, ker je razumljiv in si ga je lahko zapomniti.

Na splošno pa bomo propagirale večjo potrošnjo mleka in mlečnih proizvodov ter večjo potrošnjo sadja in zelenjave. V tej zvezi bomo govorile še o vrtičkih, kjer naj žene goje zelenjavo. Pri tem delu bi nam lahko pomagal

kak kmetijski strokovnjak z nasveti, predavanji in s praktičnim prikazom kakega vzglednega zelenjavnega vrta.

Nazadnje bomo obdelale še glavne značilnosti najvažnejših živil in pomen posameznih snovi za organizem (ogljikovi hidrati, maščobe, rastlinske in živalske beljakovine, rudninske snovi in vitamini).

Brez dvoma je, da bomo imele največ uspeha z manjšimi skupinami žena. Že kar med razgovorom naj bi se žene učile pripravljati zelenjavo in posamezne mlečne jedi, ki jih še vse premalo poznajo. Morda bi katera od žena dala na razpolago svojo kuhinjo, kjer bi nekaj njenih prijateljic vpričo medicinske sestre pripravljalo razne jedi. Ob tej priložnosti bi se pogovorile tudi o sušenju sadja, o konzerviranju sadja in zelenjave ter shranjevanju živil čez zimo. Tudi ta vprašanja nam bo z nasveti pomagal reševati kmetijski strokovnjak.

Skratka, pri svojem delu moramo biti iznajdljive in uporabiti vse možnosti, saj je od tega dela v veliki meri odvisno zdravje našega prebivalstva.

»Patronažni center in s

Center patronaž-
ustanova MLO Ljub-
stranskem razumev
Ljubljane.

Pobudo za orga-
nalnih delavcev je d-
področju te veje pre-
organiziranem delu za varovanje in pre-

medicinskih sester jubljani

II. 1954 kot proračunska
medicinskih sester, ob vse-
avstvenih organov MLO

medicinskih sester in soci-
tični pouk učenk ŠMS na
a drugi strani pa želja po
ekovega zdravja.

Namen in naloga patronažnega centra je:

1. da s povezovanjem patronažne službe medicinskih sester in socialnih delavcev ugotavlja činitelje, ki vplivajo ali bi utegnili vplivati na zdravstveno in socialno stanje otrok in družine;
2. da odreja, predlaga in izvaja potrebne ukrepe za zdravstveno in socialno zaščito otrok in drugih varovancev;
3. da v sodelovanju z zdravstvenimi in socialnimi ustanovami, množičnimi organizacijami in društvi širi zdravstveno prosveto in dviga zdravstveno in socialno raven družin mesta Ljubljane.

Pred organizacijo patronažnega centra so delale na območju mesta Ljubljane v letih 1947 do 1950 — 4 patronažne medicinske sestre, v letih 1950 do 1953 pa 8 patronažnih medicinskih sester in to na določenih sektorjih dela. Poleg patronažne službe so te sestre opravljale tudi dolžnosti zdravstvenih referentov in referentov za zaščito mater in otroka na rajonih. Od ustanovitve patronažnega centra, torej od 1. II. letos, je zanimanje za patronažno službo medicinskih sester močno poraslo, tako da je število patronažnih sester že meseca marca letos znašalo 13, 1. septembra pa 18 medicinskih sester in

kak kmetijski strokovn
kakega vzglednega zeler

Nazadnje bomo obd
posameznih snovi za or
valske beljakovine, rudr

Brez dvoma je, da k
Že kar med razgovorom
mezne mlečne jedi, ki
dala na razpolago svojo
cinske sestre pripravljaj
o sušenju sadja, o kon
čez zimo. Tudi ta vpra
strokovnjak.

Skratka, pri svojem delu moramo biti iznajdljive in uporabiti vse mož-
nosti, saj je od tega dela v veliki meri odvisno zdravje našega prebivalstva.

; praktičnim prikazom

ažnejših živil in pomen
ščobe, rastlinske in ži-

njšimi skupinami žena.
jati zelenjavo in posa-
rda bi katera od žena
prijateljic vpričo medi-
i bi se pogovorile tudi
ter shranjevanju živil
agal reševati kmetijski

»Patronažni center« diplomiranih medicinskih sester in socialnih delavcev v Ljubljani

Med. s. Neda Anžlovar

Center patronažne službe je bil ustanovljen 1. II. 1954 kot proračunska
ustanova MLO Ljubljane na pobudo patronažnih medicinskih sester, ob vse-
stranskem razumevanju in podpori socialno-zdravstvenih organov MLO
Ljubljane.

Pobudo za organizacijo patronažnega centra medicinskih sester in soci-
alnih delavcev je dala na eni strani skrb za praktični pouk učenk ŠMS na
področju te veje preventivne zdravstvene službe, na drugi strani pa želja po
organiziranem delu za ohranitev in pridobitev človekovega zdravja.

Namen in naloga patronažnega centra je:

1. da s povezovanjem patronažne službe medicinskih sester in socialnih
delavcev ugotavlja činitelje, ki vplivajo ali bi utegnili vplivati na zdravstveno
in socialno stanje otrok in družine;

2. da odreja, predlaga in izvaja potrebne ukrepe za zdravstveno in soci-
alno zaščito otrok in drugih varovancev;

3. da v sodelovanju z zdravstvenimi in socialnimi ustanovami, množičnimi
organizacijami in društvi širi zdravstveno prosveto in dviga zdravstveno in
socialno raven družin mesta Ljubljane.

Pred organizacijo patronažnega centra so delale na območju mesta Ljub-
ljane v letih 1947 do 1950 — 4 patronažne medicinske sestre, v letih 1950 do
1953 pa 8 patronažnih medicinskih sester in to na določenih sektorjih dela.
Poleg patronažne službe so te sestre opravljale tudi dolžnosti zdravstvenih
referentov in referentov za zaščito mater in otroka na rajonih. Od ustano-
vitve patronažnega centra, torej od 1. II. letos, je zanimanje za patronažno
službo medicinskih sester močno poraslo, tako da je število patronažnih sester
že meseca marca letos znašalo 13, 1. septembra pa 18 medicinskih sester in

2 socialna delavca. Od teh se 3 sestre specializirajo za patronažno službo na CHZ v Ljubljani, 4 medicinske sestre patronažnega centra pa so končale specializacijo v letu 1953.

Za obsežno delovno področje (okoli 137 000 prebivalcev) je število patronažnih sester še vedno premajhno, saj pride na eno sestro približno 10 000 prebivalcev.

Vkljub tako majhnemu številu patronažnih medicinskih sester se rezultati njihovega dela in vsestranske skrbi za blaginjo posameznika in družine kažejo v stalnem zniževanju smrtnosti in obolevnosti dojenčkov, ki jim patronažne medicinske sestre posvečajo kar največjo skrb in nego.

Patronažne medicinske sestre delajo na določenih sektorjih dela. Njihovo delo je izrazito terenskega značaja, kar dokazuje dejstvo, da so v prvem polletju porabile 60,74 % delovnega časa za hišne obiske, 10 % za delo v posvetovalnicah za matere in otroke, 3,24 % za sanacijo družin in posredovanja, za notranje delo, to je za pisanje kartotek, poročil, analiz, za ankete pa je odpadlo 16,23 %, za delo v zdravstvenih kolonijah 1,45 %, za cepljenje pa 0,52 %, medtem ko je na delovne sestanke odpadlo 8,03 % delovnega časa.

Delo patronažnih medicinskih sester v patronažnem centru obsega:

1. skrb za bodočo mater;
2. skrb za mater in dojenčka;
3. skrb za predšolske otroke;
4. skrb za sanacijo družin;
5. skrb za odkrivanje otroških infekcijskih bolezni in preprečevanje njihovega širjenja.

Ad 1. S poukom o pravilni higieni žene in pravilni prehrani v nosečnosti pomaga skrbeti za zdravje mater. S pošiljanjem v posvetovalnice za noseče pomaga preprečevati nepravilnosti v nosečnosti in razna resna patološka stanja, ki v nosečnosti ogrožajo življenje matere in otroka. Poleg tega pripravlja mater na dolžnosti in naloge materinstva in na ta način deloma pripomore tudi do porodov zdravih otrok.

Ad 2. Z zdravstveno vzgojo in praktičnim poukom prispeva k pravilni negi, prehrani in vzgoji dojenčka in k zdravemu razvoju otroka. Skrbi za higiensko okolje otroka in odpravo pomanjkljivosti, ki kvarno vplivajo na rast in razvoj otroka. Propagira obisk zdravstvenih ustanov otroške zaščite in pomaga materam pri izvajanju zdravniških navodil in odredb.

Ad 3. Sodeluje s socialno zdravstvenimi sveti na terenih pri izbiri otrok za kolonije, letovanja in okrevališča in aktivno sodeluje v zdravstvenih kolonijah. Daje materam zdravstvene nasvete za pravilen telesni in duševni razvoj otroka.

Ad 4. Posega z intervencijami v družinsko skupnost, ki ji grozi razpad, na več načinov:

- a) skrbi za socialno ravnovesje družine, za primerno zaposlitev članov družine,
- b) opozarja organe oblasti na probleme prostitucije in alkoholizma,
- c) nudi socialno in zdravstveno ogroženim otrokom potrebno pomoč bodisi direktno ali preko ustanov in množičnih organizacij ter društev,

č) oskrbi nosečnicam ugodne pogoje za zdrav porod preko materinskega in dečjega doma ali potrebno pomoč na domu preko gospodinjskega servisa.

Ad 5. Pri vseh teh nalogah kakor tudi pri odpravljanju higienskih pomanjkljivosti in s sodelovanjem pri cepljenju pomaga odkrivati infekcijske bolezni in preprečevati njih širjenje.

Patronažne medicinske sestre si trajno prizadevajo za saniranje neurejenih družin. Ne samo da z anketami ugotavljajo činitelje, ki vplivajo ali bi utegnili vplivati na zdravstveno in socialno stanje otrok, ampak pomagajo tudi posameznikom in družinam, tako da opozarjajo posameznike na kvarne vplive in budijo v njih čut odgovornosti za aktivno zanimanje ali vsaj sodelovanje pri reševanju njihovih lastnih družinskih problemov. Dostikrat intervenirajo na razne forume in družbene organizacije ter socialno zdravstvene svete na terenih, da se kake družine sanirajo s skupnimi močmi. Včasih je dovolj, da se bolehen otrok odda v okrevališče, otrok zaposlene matere odda v jasli, vrtec, igrišča, kjer so otroci pod nadzorstvom, ali da se prezaposlena ali bolna mati začasno razbremeni skrbi za otroka. Dostikrat je družina sanirana že s tem, da materi posredujemo primerno zaposlitev, da poskrbimo za zboljšanje prehrane, da jo učimo gospodinjstva, kuhanja, šivanja itd.

Pri vsem tem delu patronažna medicinska sestra razvija pri svojih varovancih smisel za zdrav način življenja, pridobiva ljudi za aktivno sodelovanje pri ohranjanju fizičnega, emocionalnega in socialnega zdravja. Pomaga jim do srečnejšega življenja in hrabri jih, da razvijajo lastno kulturo. Omogoča jim, da dosežejo družbeni in gospodarski napredek.

Če patronažna sestra ne more preprečiti bolezni in varovancem ohraniti zdravja, če mora varovanec v bolnišnico, tedaj seznani zdravnika z okoljem in razmerami, iz katerih bolnik prihaja, in kje se po njenem mnenju skrivajo zunanji vzroki bolezni. Zdravniku je delo olajšano, ker ne vidi v bolniku samo bolj ali manj zanimiv primer bolezni, ampak gleda v pacientu celega človeka z vsemi okoliščinami, ki vplivajo nanj.

Važno je tudi delo patronažne medicinske sestre v posvetovalnicah za matere in otroke. Tem pomembnejša je njena vloga v individualni zdravstveni vzgoji preko hišnih obiskov, ker kontakt pacienta ali matere z zdravnikom le redko pomeni zdravstveno vzgojo v pravem pomenu besede. Zdravnik je pogosto prezaposlen in utegne dati v glavnem samo osnovna navodila o načinu življenja, tako da se niti ne more toliko poglobiti, da bi pacientom skušal spreminjati življenjske navade. Zdravljenje je tem uspešnejše, če patronažna sestra varovancem, ki ji zaupajo in jo spoštujejo, pomaga spremeniti način življenja oziroma osvojiti nova gledanja in zavzeti novo stališče do življenja (alkohol, kajenje, ponočevanje, pljuvanje itd.). Na drugi strani pomaga zdravniku, da se njegovi ukrepi in nasveti glede prehrane in splošne skrbi za zdravje otrok v resnici tudi izvajajo, ker nudi praktično pomoč materam, zdravnike v posvetovalnici pa obvesti o morebitnih posebnih nevarnostih prizadete družine.

Mnogo ljudi, ki jih patronažna medicinska sestra obiskuje, živi v skrbih in nezadovoljstvu. Večkrat čutijo strah pred dejanskimi in dozdevnimi težavami in skoro je ni stvari, ki bi ne vzbudila zanimanja dobre medicinske sestre. Ti ljudje navadno trpijo tako telesno kakor duševno, bodisi kot posamezniki ali pa se borijo s socialnimi težavami kot družina v celoti. Patronažne sestre ne uravnavajo tujega življenja na ta način, da bi postavljale

pravila in nastopale v imenu zakona, njihov cilj ni samo v tem, da blažijo bol in trpljenje, ampak da z delom izzovejo akcijo, ne pa samo pasivno odobravanje varovancev. Vse delo patronažne sestre je prežeto z željo, da vzgaja, ne pa le pridiga. Svoje strokovno znanje povezuje s sposobnostmi pedagoga in socialnega delavca. Zato mora tudi sama biti kulturna, prilagodljiva in mora poleg strokovnega znanja poznati načela duševno higienskih dognanj, družbenih ved, javnega zdravstva, zdravstvene administracije in tehniko zdravstvene vzgoje.

Ko bo sodelovanje med zdravniki, sestrami in socialnimi delavci bolj poglobljeno in ko bodo vsi ti bolj pripravljeni za vzgojo staršev, bodo tudi bolj znali tolmačiti nove pridobitve v zdravstvu, kjer koli se bodo za to nudile možnosti.

Patronažne medicinske sestre in pa socialne delavce čakajo številne nove naloge in obsežno delo. Ne smemo pozabiti, da v zdravstvu ne more biti napredka brez požrtvovalnega in vztrajnega dela dobrih medicinskih sester.

Tudi morajo patronažne sestre biti na svojih delovnih mestih ob pravem času, da jim ne porečejo: »Naučili ste nas živeti šele takrat, ko nas je življenje že prizadelo.«

Patronažna

v |

na vzgoja

ji

Zdravstvena vzgoja, njena intenzivnost in obseg, odvisno v prvi vrsti od kulturnega, socialnega in značaja zdravstvene postojavnosti okolja na ljudsko zdravje oziroma zdravstvene zavednosti množic.

Izbor tematike v zdravstveni vzgoji mora biti v skladu z zdravstveno problematiko glede na krajevne, časovne razmere in glede na socialno strukturo. Zdravstvena vzgoja mora poseči vedno tja, kjer se pojavi kako pereče zdravstveno vprašanje, ki sicer presega okvir zdravstvene službe in za katerega rešitev je potrebno sodelovanje zdravstveno zavednih množic.

Vsakomur izmed nas je znano, kakšno usodno vlogo igra tuberkuloza v patologiji in mortaliteti našega prebivalstva. Vsakomur pa je tudi znano, da saniranje najrazličnejših socialno-epidemioloških faktorjev, kar je osnovni pogoj za uspešno borbo proti tuberkulozi, daleč presega možnosti in obseg še tako dobro razvite protituberkulozne kurativne službe in da to dejansko posega v naše celotno družbeno življenje.

Tako je tudi zdravstvenovzgojna služba postavila borbo proti tuberkulozi na prioritarno mesto. O tuberkulozi je bila tiskana cela vrsta brošur in letakov in to v ogromnih nakladah, ravno tako lepakov, prirejale so se stalne in potujoče razstave. Za to temo je bilo izdelanih več filmov in diapozitivov, predvajali so se tudi inozemski filmi. Predavanja o tuberkulozi, na katerih

e dela, njena množičnost, njena obsevnost, njena neposredna zveza od stanja in vpliva ravni, to je higienske

pravila in nastopale v in trpljenje, ampak dvanje varovancev. Vse ne pa le pridiga. Svo in socialnega delavca. poleg strokovnega zbenih ved, javnega zstvene vzgoje.

Ko bo sodelovanj globljeno in ko bodo boljše znali tolmačiti nudile možnosti.

Patronažne medicinske sestre in pa socialne delavce čakajo številne nove naloge in obsežno delo. Ne smemo pozabiti, da v zdravstvu ne more biti napredka brez požrtvovalnega in vztrajnega dela dobrih medicinskih sester.

Tudi morajo patronažne sestre biti na svojih delovnih mestih ob pravem času, da jim ne porečejo: »Naučili ste nas živeti šele takrat, ko nas je življenje že prizadelo.«



amo v tem, da blažijo bol pa samo pasivno odobraežeto z željo, da vzgaja, s sposobnostmi pedagoga rna, prilagodljiva in mora igienskikh dognanj, družracije in tehniko zdrav-

ocialnimi delavci bolj pozgojo staršev, bodo tudi kjer koli se bodo za to

Patronažna služba in zdravstvena vzgoja v protituberkulozni službi

Dr. Dušan Reja

Zdravstvena vzgoja, vsebina njenega dela, metode dela, njena množičnost, intenzivnost in njeno prioriteto mesto v dejavnosti neke družbe je odvisno v prvi vrsti od razvojne stopnje te družbe, njenega ekonomskega, kulturnega, socialnega in političnega stanja, s tem pa v neposredni zvezi od značaja zdravstvene politike, od zdravstvenih razmer, od stanja in vpliva okolja na ljudsko zdravje ter od zdravstvenoprosvetne ravni, to je higienske oziroma zdravstvene zavesti prebivalstva.

Izbor tematike v zdravstveni vzgoji mora biti v skladu z zdravstveno problematiko glede na krajevne, časovne razmere in glede na socialno strukturo. Zdravstvena vzgoja mora poseči vedno tja, kjer se pojavi kako pereče zdravstveno vprašanje, ki sicer presega okvir zdravstvene službe in za katerega rešitev je potrebno sodelovanje zdravstveno zavednih množic.

Vsakomur izmed nas je znano, kakšno usodno vlogo igra tuberkuloza v patologiji in mortaliteti našega prebivalstva. Vsakomur pa je tudi znano, da saniranje najrazličnejših socialno-epidemioloških faktorjev, kar je osnovni pogoj za uspešno borbo proti tuberkulozi, daleč presega možnosti in obseg še tako dobro razvite protituberkulozne kurativne službe in da to dejansko posega v naše celotno družbeno življenje.

Tako je tudi zdravstvenovzgojna služba postavila borbo proti tuberkulozi na prioriteto mesto. O tuberkulozi je bila tiskana cela vrsta brošur in letakov in to v ogromnih nakladah, ravno tako lepakov, prirejale so se stalne in potujoče razstave. Za to temo je bilo izdelanih več filmov in diapozitivov, predvajali so se tudi inozemski filmi. Predavanja o tuberkulozi, na katerih

so predavali naši najboljši zdravstveni delavci, so bila dobro obiskana in v primeri z drugimi temami najštevilnejša. Gotovo se ni o nobenem drugem zdravstvenem problemu publiciralo v dnevnem in periodičnem časopisju toliko, kakor ravno o tuberkulozi. Množične organizacije, posebno organizacija RK in pa Enotni sindikati so za potrebe protituberkulozne borbe angažirali svoje članstvo in so postavili v delovnih kolektivih v te namene organizirane enote, kot so protituberkulozne komisije in protituberkulozni aktivni, zdravstveni aktivni s prvenstveno nalogo zdravstvene vzgoje, epidemiološke sanacije bolnikovega okolja ter socialne zaščite bolnika in njegove družine.

Zdravstveni vzgojitelji smo pri programskem izboru tematike bili mnogokrat mnenja, da je bilo o tuberkulozi napisanega in povedanega že toliko in to sistematično skozi celo vrsto let, da mora ta kompleksni zdravstveno družbeni problem poznati že vsak naš državljan. Prepričani smo bili, da je potrebno znanje o tuberkulozi, ki ga zahteva uspešna preventiva, prešlo v zdravstveno zavest množic, s čimer bi bili dani pogoji za sistematično in uspešno protituberkulozno borbo.

Podatki, ki jih je zbral Zvezni zavod za ljudsko zdravje, so pokazali, da to ni tako. Podatki so bili zbrani s pomočjo ankete med 5770 tuberkuloznimi bolniki, ki se zdravijo v protituberkuloznih dispanzerjih in bolnišnicah. Poleg drugega se je hotelo ugotoviti, kakšno je znanje bolnikov o poteh okužbe in širjenja tuberkuloze. Od bolnikov, ki so se zdravili v protituberkuloznih dispanzerjih, je bilo 62 %, od bolnikov, ki so se zdravili v bolnišnicah, pa tudi 62 % takih, ki niso odgovorili ali so izjavili, da ne vedo, ali pa so dali nemožne odgovore. Od tistih, ki so izjavili, da ne vedo, se jih je v dispanzerjih zdravilo 20 %, v bolnišnicah pa 39 %.

Kaj nam povedo te številke? Prvič nam kažejo popolno brezbriznost in insuficienco ustanov protituberkulozne borbe v zdravstvenovzgojnem pogledu in drugič, da prebivalstvo nima najosnovnejšega znanja o tuberkulozi, če ga pa ima, pa le zelo površnega, vsekakor pa nima tistega znanja in tiste zdravstvene zavesti, ki je potrebna za sodelovanje pri odstranjevanju socialno-epidemijskih faktorjev v gibanju tuberkuloze. Naše prebivalstvo pozna tuberkulozo in strah pred obolenjem, saj jih je od bolnikov, ki so prvič prišli na pregled v protituberkulozni dispanzer, 77 % izjavilo, da so prišli zaradi suma, da so zboleli za tuberkulozo. Torej dokazuje to, da je bolnikom tuberkuloza poznana, da pa je to znanje površno, pasivno in nezavedno osvojeno. Zato jih to znanje ne spodbuja, motivira niti ne mobilizira k dejanskemu sodelovanju v borbi proti temu družbenemu zlu.

Torej na eni strani vsi veliki napor zdravstvene vzgoje v korist protituberkulozne borbe, na drugi strani pa pomanjkanje zadevne zdravstvene zavesti prebivalstva. Prava negacija zdravstvenovzgojne dejavnosti! Ali je naše prebivalstvo specifično za ta problem vzgojno nedostopno? Ali je verjetno, da množice to široko zavarovanje zdravljenja tuberkuloze s strani države demobilizira?

Prvo gotovo ne drži. Pa tudi demobilizacija prebivalstva spričo dejstva, da je država prevzela vso težo strokovne in materialne plati protituberkulozne borbe, ne more biti tolikšna.

Preostane še edina možnost, namreč vprašanje, ali je naše dosedanje zdravstvenoprosvetno delo uspešno. Kaj hočemo v zdravstveni vzgoji glede tuberkuloze — to se pravi, smoter nam je jasen, tematika dobro poznana —

pa kljub temu ta neuspeh v vzgoji! Ostane nam torej odprto le še vprašanje dosedanjih metod vzgojnega dela.

Če smatramo za potrebno, da v borbi proti tuberkulozi spreminjamo navade, običaje in odnose ljudi, ne pa da zdravstvena vzgoja daje samo informacije in neko znanje o tuberkulozi, tedaj moramo zdravstveni vzgojitelji pravilno oceniti vrednost dosedanjih metod dela v zdravstveni vzgoji.

Vzemimo na primer posameznika, ki pasivno posluša neko predavanje o tuberkulozi ali na samem prečita zadevno brošuro ali letak. Jasno je, na vsebino letaka ali predavanja lahko pristane, toda nihče ga k temu ne more prisiliti. Prav zaradi tega ni primoran, da bi navodila oziroma nasvete, ki jih daje brošura ali predavanje, tudi sprejel in uporabno prenesel v življenje. Dokazi v takih primerih niso dovolj močni, da bi že sami spremenili mišljenje in odnos posameznika do določenega problema in s tem v zvezi njegove poglede in zadržanje. In ravno tuberkuloza s svojimi družbenimi koreninami globoko posega v navade, običaje vsakdanjega življenja, v neznanje ali celo predsodke posameznika ali v njegove ekonomske razmere.

S tega vidika nam mora biti jasno, da je naše dosedanje zdravstveno-prosvetno delo v obliki predavanja pred številno publiko, s pomočjo tiska, razstav in filmov glede na množičnost imelo ogromen pomen v podajanju potrebnih informacij in znanja o tuberkulozi, o protituberkuloznih preventivnih akcijah, kot so fluorografiranje, besežiranje, sistematični pregledi itd., ni pa imelo dovolj vzgojnega vpliva za oblikovanje zdravstvene zavesti prebivalstva, enega izmed osnovnih pogojev za borbenost in uspešnost v borbi s tuberkulozo.

Pojdimo torej od sicer množično zajetega, pa zato bolj površnega in pedagoško manj dognanega dela k zdravstvenovzgojnemu delu v manjših skupinah, kjer lahko posameznik enakopravno razpravlja z ostalimi člani skupine o nekem problemu. Tu lahko dobi, če je potrebno, da spremeni svoje mnenje, dovolj argumentov in podpore od ostalih članov skupine, kjer je vedno dovolj časa in možnosti, da se vse nejasnosti pojasnijo — teh možnosti namreč na predavanjih navadno ni. Če bi šli po tej poti, potem smo lahko prepričani, da bi metoda dela v diskusijski skupini z uspehom prestala ponovno evalvacijo, to je vrednotenje pedagoške učinkovitosti svojega dela.

Zdravstveni vzgoji in prosveti se v protituberkulozni borbi postavljajo sledeče naloge:

1. Seznanjati prebivalstvo s problemi tuberkuloze in ga pridobivati za odziv in sodelovanje pri vseh protituberkuloznih akcijah, ki jih izvaja protituberkulozna služba, kot so na primer besežiranje, fluorografiranje, borba proti goveji tuberkulozi itd.

2. Oblikovati pri vplivnih posameznikih in skupinah, posebno v gospodarskem sektorju, zdravstveno zavest in čut odgovornosti do tega družbenega problema, kar naj bi omogočilo množičnost in intenzivnost protituberkulozne borbe. Seveda bi se to reklo angažirati čim več sredstev, urejevati delovne odnose tuberkuloznih bolnikov in ustvarjati različne možnosti za njih poklicno rehabilitacijo.

3. Delati z bolnikom individualno, da dosežemo pri njem čut dolžnosti do zdravja, discipliniranost v zdravljenju, obzirnost do svoje okolice, in da ga ohranimo duševno uravnovešenega, kar mu še nadalje omogoča zdrave odnose v družbi.

4. Zdravstveno vzgajati svojce in najbližje iz bolnikove okolice, da zavestno izvajajo vse, kar je potrebno za zdravstveno zaščito ostalih, predvsem otrok, da pa pri tem vendarle z vsem taktom in strokovno usposobljenostjo nudijo bolniku vso potrebno nego.

Če v prvih dveh točkah, ko gre v glavnem za formiranje javnega mnenja, zadostujejo dosedanje metode zdravstvene prosvete, tedaj je potrebno za oblikovanje individualnega znanja in zavesti pri bolniku in njegovi okolici poglobljenega zdravstvenovzgojnega dela, ki temelji na poznanju psihologije bolnika, na kvaliteti medčloveških odnosov in pa, kar je posebno važno, na možnosti pogostnih in medsebojnih osebnih kontaktov.

To poslednjo zahtevo v zdravstvenovzgojnem delu pa lahko izpolni samo sistematična in kvalitetno vodena patronažna služba, ki jo predstavljajo patronažne sestre raznih zdravstvenih, predvsem preventivnih ustanov.

Patronažno delo na splošno zahteva posebne strokovne kvalifikacije, čuta obzirnosti, potrpežljivosti, sposobnosti za prilagojevanje vsakokratnim okoliščinam, določenega smisla za radoživost in humor in, kar je še važnejše, za umetnost v podajanju znanja in nasvetov. Vse to velja še posebno za delo s tuberkuloznim bolnikom, ko moramo računati z določenimi psihičnimi alteracijami bolnika od skrajnega čuta strahu preko depresivnih, često pa tudi evforičnih stanj do skrajne zlobe in asocialnosti.

Katero patronažno sestro boste smatrali za uspešno v svojih nalogah?

Patronažna sestra A na primer bo zelo smiselno in skrbno podala svoja navodila in potrebno znanje bolniku in njegovi okolici. Ne bo pa pri tem dosegla, da bi bolnik in domači spremenili svoje običaje in način življenja, kar bi bilo nujno spričo novega dejstva — zavoljo pojavnosti tuberkuloze v družini. Ne bo tega dosegla, ker morda ne bo sposobna dati za to praktičnih ter njihovim materialnim in kulturnim razmeram ustreznih nasvetov.

Patronažna sestra B bo podala lahko odlične in praktične nasvete, toda ostali bodo brez efekta, ker si sestra ne bo znala pridobiti zaupanja v družini in bo napravila lahko vtis, kakor da hoče svojo avtoriteto na nekakšen način vsiliti.

Patronažna sestra C bo nasprotno imela smisel za opazovanje raznih navad, običajev in želja v domačem življenju. Skušala bo na spretan način pripraviti prizadete, da bodo sami poiskali in se odločili, kako bodo asanirali bolnikovo okolico, uredili stanovanjsko vprašanje, zagotovili potrebno prehrano in nego bolniku samemu, obenem pa bo neopazno zaščitila vse ostale v njegovi bližini. Tako bo na neopazen način privedla do spremembe dosedanjega sistema in reda v družini.

Le delo patronažne sestre C smatramo za uspešno, ker ona je dosegla to, kar je najvažnejše, da odgovornost za izvajanje navodil zdravljenja in skrb za zaščito in ohranitev zdravja ostalih ter vse drugo ne sloni samo na zdravstvenih delavcih, temveč so to prevzeli bolnik sam in njegova družina. Važno je, da se bolnik in njegova družina zavedajo prispevka, ki ga sami doprinašajo k povrnitvi oziroma ohranitvi zdravja.

Važen psihološki moment je nadalje to, da sestra zna v konstruktivnem smislu izkoristiti strah in bojazen, ki jo povzroča bolezen. Vzgojiti je treba bolnika in svojce tako, da bodo sposobni sprejeti invalidnost, dolgotrajno ali celo neozdravljivo bolezen tako, da temu prilagodijo svoje življenje na čim bolj primeren in koristen način. Posebno bolnikom bolezen in invalidnost ne

sme postati vzrok za depresijo in odpoved, temveč spodbuda, ki naj jih žene, da razvijajo svoje znanje in sposobnosti v smeri, ki jim omogoča, da kompenzirajo izgubljeno in dosežejo še večjo osebno zrelost in veljavo.

Patronažna sestra se ne sme omejevati samo na dajanje nasvetov in na poučevanje, temveč mora uporabiti vse osebne izkušnje in pripomočke, da družini bolnika vcepi večjo skrb za svoje zdravje. Prizadevati si mora, da svoje lastno pojmovanje o potrebah in težavah družine in o zadržanju, ki ga bo morala sprejeti družina, razumno združi s pogledi, ki jih imajo glede na svoj položaj in svoje težnje prizadeti sami. Znati mora vplivati na njihov način življenja in jih pripraviti do tega, da se takoj in pametno opredele, tako da bo rešitev hkrati učinkovita in praktično sprejemljiva za vse. Če pa hoče patronažna sestra to doseči, se mora zavedati, da temeljijo odnosi in mnenje tistih, ki jih poskuša vzgojiti, na družbenih tradicijah in osebnih izkušnjah. Zato je potrebno, da tudi ona postavi svoja čustva in odnose na družbene temelje in jih prilagodi zadevnim izkušnjam. Bolnik, ki je imel slabo izkušnjo bodisi pri zdravljenju ali ob kontaktu z zdravstveno osebo, ne bo pripravljen sprejeti nobenih nasvetov ali navodil, vse dokler ne bo prva njegova izkušnja nevtralizirana z ugodnejšo ugotovitvijo.

Najpotrebnejša lastnost, ki jo mora imeti patronažna sestra, je brez dvoma ta, da vzpostavi zadovoljive odnose z bolniki in da ustvarja atmosfero zaupanja. To pa ni vedno lahko. Kar prepogosto predstavlja patronažna sestra bolniku zdravstveno oblast, proti kateri čuti nekakšen odpor. Dostikrat vidi bolnik v njej osebo, ki ga ima namen prisiliti, da vidi svoj neprijeten položaj, zato ji kljubuje. Morda je ravno ona tista, ki bo pripomogla, da se bo bolnik moral odločiti za operacijo ali za kak drug poseg, ki se ga boji ali pa mu ni prijeten.

Bolnik si bo mislil ali celo rekel: saj vas nismo klicali in čisto lahko prebijemo brez vaših uslug. To kljubovanje ni vedno naperjeno proti patronažni sestri, temveč se večkrat izkaže, da je namenjeno zdravnikom, bolnišnici ali dispanzerm, ali pa se za njim skriva strah in nezaupanje.

V takem primeru je potrebno mnogo spretnosti in obvladovanja, da se na kakršen koli način paralizira sovražni odpor družine in da se ta prikrita jeza spremeni v pristanek in sprejemljivost za določene nauke in nasvete.

Najti je treba pravo besedo in to o pravem času ter s primernim glasom in kretnjami, ki bodo privedle do popuščanja napetosti in spodbudile prizadete, da bodo zaupali sestri svoje skrbi in težave. Treba je zrelosti duha in dokaj sočustvovanja, da potrpežljivo poslušamo, kako se ljudje pritožujejo nad ukrepi, ki jih sami smatramo za primerne, in da dopuščamo, da se dostikrat kritizirajo osebe, ki tega zaradi svoje neutrudljivosti in vestnosti v službi ne zaslužijo. Vse to pa zaradi tega, da ne razdremo zaupnega vzdušja.

Patronažna sestra mora uganiti občutke bojazni in groze, ki se pojavljajo pri raznih boleznih, znati mora s primernimi argumenti bolnika pomiriti in po potrebi njegov strah izrabit, da bo postal dostopnejši za njen pouk in nasvete. Če pa naleti na bolnika, ki je vse preveč miren in predan, tedaj mora poudvojiti svojo pozornost, ker tu navadno ne gre za pogum, temveč nasprotno za globoko potrtnost. Samo tako bo namreč v njem vzbudila zanimanje in pripravljenost za sprejemanje.

Le z vzpostavitvijo pravih odnosov z bolnikom in družino bo ljudi pripravila, da bodo sprejemali njene nasvete in pouk.

Nekaj praktičnih napotkov za zdravstvenovzgojno delo.

Če hočemo poučevati ali dajati nasvete, moramo znati poslušati. Tisti, ki dostojno posluša, ne more biti indiferenten. Bolnik bo v takem poslušanju videl znak zanimanja za njegove misli in potrebe in s tem je že storjen prvi intimni korak, ki je potreben v vsaki zdravstvenovzgojni akciji.

Če se hočemo s svojo temo približati bolniku, je treba poznati vse čustvene in socialne pojave in se seznaniti z vsemi faktorji, ki soodločajo pri človekovem obnašanju, poznati je treba njegove interese in psihološke reakcije, ker vse to skupaj oblikuje njegovo miselnost in njegovo osebnost.

Nadalje je važno, kako neko zdravstveno snov podajamo. Če hočemo, da so taka pojasnila res razumljiva, ne zadostuje, da jih samo izrečemo, temveč je potrebno, da tisti, katerim so namenjena, vedo za njihovo koristnost in uporabnost v vsakdanjem življenju. Izražati se moramo nazorno in preprosto, da nas bodo tisti, ki jih želimo poučiti, razumeli.

Osnovni pogoj za uspešnost zdravstvenovzgojnega dela je, da patronažna sestra pri ljudeh, katerim je pedagoška akcija namenjena, vzbudi zanimanje za snov. Seveda pri tem ne sme svojih interesov, ki temeljijo na strokovnosti, na predhodnem študiju zdravstvenih razmer, raznih morbogenih faktorjev, kvarnosti vplivov okolja, na statističnih podatkih itd., istovetiti z zainteresiranostjo pri poslušalcih. Njihovo zanimanje je namreč navadno le subjektivnega značaja, bodisi da temelji na njihovem zdravstvenem stanju, navadah, običajih ali tudi predsodkih verskega značaja ali pa splošni zaostalosti. Zato je priporočljivo, da se patronažna sestra pozanima najprej za vprašanja, ki žulijo prizadete, da najprej na primeren način obravnava ta vprašanja in da šele nato preide na snov, s katero hoče seznaniti poslušalce.

Patronažna sestra se mora zavedati, da bolnik ali njegova okolica gledajo na dogodke v zdravstvu z docela drugimi očmi kakor pa ona sama. Bolnik in svojci navadno le redkokdaj razumejo resnost in nevarnost situacije, če so znaki še tako resnega obolenja le malo vidni in neotipljivi.

Tudi respekt pred neznanim ali neodložljivim je pri bolniku oziroma svojcih največkrat pretiran, bodisi da gre za operacijo ali pa za življenjski režim, ki bolnika iztrga iz njegove okolice, v kateri se je počutil gotovega.

Posebno važno pa je, da bolnika in njegove svojce pravilno pripravimo, to se pravi, da v snov, ki jo podajamo, vključimo emocije bolnika oziroma svojcev. Izkušnje in opazovanja iz dinamične psihologije kažejo, da še tako dobro podprta dejstva navadno ne prepričajo poslušalcev in jih ne pridobe za izvajanje higienskih standardov ali zahtevanih preventivnih ukrepov. Če gledamo z očmi dinamične psihologije, tedaj se posameznik smatra za objekt stalno se izpreminjajočih motivacij. Za uspeh v zdravstveni vzgoji je potrebno, da zdravstveni vzgojitelj pozna vse endogene motivacije posameznika in to v času in v okoliščinah, kadar hočemo nanj vplivati.

Kadar hoče zdravstveni vzgojitelj pridobiti posameznika ali skupino za določeno zdravstveno akcijo, ne sme apelirati na neposredno korist za njegovo zdravje, ker je za večino ljudi pojem zdravja zelo odmaknjen in neotipljiv. Človek ne pozna nagona, da bi bil zdrav, pač pa želi jesti, se gibati, biti močan, privlačen, imeti prijatelje, žeti pri delu uspeh, želi si ljubezni, seksualnega izživljanja, da bi imel otroke itd. Še kadar želi bolnik ozdraveti, si tega ne želi zaradi zdravja samega, temveč zato, da bi nadaljeval z normalnim življenjem, delom itd. Pravilna motivacija je pol vzgojnega efekta.

Patronažna sestra v protituberkulozni borbi ne sme imeti le ozke strokovne izobrazbe, temveč mora obvladati široko tematiko, ki zajema vso kompleksnost vprašanja tuberkuloze. Poznati mora področje socialne medicine s potrebnim znanjem psihologije, pedagogike, družbenih ved, poznati mora vse činitelje, ki lahko igrajo vlogo pri zdravstveno družbeni sanaciji jetičnega bolnika in njegove družine.

Patronažna sestra lahko pri svojem delu uporablja razna zdravstveno-vzgojna sredstva in metode.

Za individualno delo z bolnikom je razgovor ali dialog gotovo eno najprimernejših in najmočnejših sredstev, ker ga lahko prilagodimo vsakokratni apercepcijski sposobnosti, ker ga lahko individualiziramo. Pri razgovoru lahko pridejo do izraza vsi prej našteti osnovni pogoji, kot so prilagoditev bolniku, zbuditev zanimanja v njem, njegovo pravilno motiviranje itd. Prednost razgovora je tudi v tem, da bolnik pri tem ne ostane pasiven in da je podana možnost, da se med patronažno sestro in bolnikom čimprej ustvari potrebna zaupna in iskrena atmosfera. Patronažna sestra mora imeti s seboj izbor zdravstvenovzgojnega čtiva od brošur do letakov in zdravstvenih revij, skuša naj pri bolniku za njih vsebino zbuditi zanimanje. Tudi če je bolnik brezbrizen, se bo vendar pozanimal vsaj za sestavke, ki opisujejo njegovo bolezen. Pri razgovoru naj patronažna sestra uporablja čim več nazornih sredstev, kot so slike, ilustracije, flanelografi, male potujoče razstave itd.

Pri zdravstvenovzgojnem delu s člani najbližje okolice naj patronažna sestra poleg danih nasvetov ali navodil osebam, ki so v najtesnejšem stiku z bolnikom, izrabi priliko, da pritegne poleg članov družine tudi najbližje sosede. Poveže naj jih med seboj in na ta način ustvari skupino oseb, s katerimi pozneje dela v smislu metode zdravstvene vzgoje v diskusijski skupini. Vsa raziskovanja so pokazala, da je pedagoški uspeh dela v diskusijski skupini od vseh doslej poznanih metod dela največji in najtrajnejši. Misli, ugotovitve in asociacije, ki izhajajo iz takšne kolektivne formacije, daleč presegajo ono, kar bi dosegli pri istem številu oseb, ki bi samostojno poslušale kako predavanje, prebrale kak članek ali brošuro. Pouk v skupini neprestano bogati znanje in izkušnje udeležencev z njihovimi medsebojnimi doprinosi. Če je zbranih več oseb, mnogo lažje rešujejo številne probleme in prej ugotove tiste težave, katerim se je treba izogniti. Posebno kadar gre za razne odločitve pri asanaciji okolja, izolaciji bolnika, ki dostikrat presegajo moči in materialne možnosti sorodnikov, se taka skupina lahko med seboj sporazume o tem, kaj je treba napraviti, in bodo pri izvrševanju danih nalog pokazali več volje in moči, kot pa če bi bile te odločitve osvojene po drugi poti.

Nadaljnja prednost skupinskega dela je v tem, da člani skupine reproducirajo diskusijo med svojimi znanci. Na ta način se neka misel, neko znanje in ukrepi širijo izven meja skupine, kar je posebno važno za oblikovanje zdravstvene zavesti, ki edina lahko vzbudi prave odnose in voljo do sodelovanja v skupnih naporih za borbo proti tuberkulozi.

Diskusijska skupina pomeni tudi najuspešnejšo metodo za nadaljnjo penetracijo zdravstvene vzgoje v posameznih kolektivih, bodisi da je to vas, za druga ali industrijsko podjetje. Tudi organizirane edinice protituberkulozne borbe pri RK, to so sekcije in aktivni, so lahko nekakšne diskusijske skupine.

Posebno uspešna pa je ta metoda dela, če pri njej zaradi lažjega predočevanja in razumevanja uporabljamo sodobna nazorna sredstva, kot so diapo-

zitivni, diafilmi, flanelografi itd., ali pa damo članom na razpolago zadevno zdravstvenovzgojno čtivo.

Nadalje je važno, da se za vsa razpravljanja in morebitne zaključke nakažejo konkretne naloge, ki naj se tudi že porazdele med posamezne člane.

Patronažni sestri mora uspeti, da delo z bolnikom, zdravstveno vzgojo oseb in njegove okolice ter delo z ostalimi faktorji, ki naj bi sodelovali pri reševanju vprašanj socialne sanacije, poveže v enotno — neprekinjeno akcijo.

Za zdravstvenovzgojno delo z bolnikom ali svojci, za uporablanje katerih koli metod pa je treba posebej poudariti, da mora patronažna sestra izbrati ugoden trenutek, ko bosta bolnik in okolica bolnika za ta pouk in tolmačenje najbolj dovzetna. Tako bi pouk in nasveti, ki bi bili dani neposredno po ugotovitvi diagnoze tuberkuloze, bili verjetno brez učinka, ker bi bili izrečeni prav takrat, ko je družina še vsa pod vtisom težkega udarca. Bolnik sam in tudi njegovi domači tedaj niso sposobni, da bi posvetili zadostno pozornost navodilom, ki bi jim jih dala patronažna sestra, ker so še vsi prizadeti od strahu in nenadoma nastale spremembe v dotedanjem življenju. Ob takih priložnostih je koristno, da jim pomagamo, da izrazijo svoja čustva in jih tako do neke mere umirimo. Kar se tiče neposrednih navodil, je bolje, da jih preložimo na poznejši čas. Nekateri bolniki in svojci pa bi radi navodila takoj, da jih začno takoj izvajati, da bi laže premagali svojo čustveno zmedenost. Izbira metode in ugodnega trenutka je torej odvisna od presoje patronažne sestre, ki naj računa s stanjem sprejemljivosti bolnikove okolice.

Kakor že omenjeno, pa bolnik sam in njegova najožja okolica nista edino področje za zdravstvenovzgojno delo patronažne sestre. Ta mora vzgojno in informativno vplivati tudi še na druge osebe in kolektive, ki lahko na kakršen koli način pomagajo pri odstranjevanju zdravstvene zaostalosti, nepravilnih odnosov do te za našo družbo tako važne bolezni in ki bi lahko posredno vplivali na ostalo prebivalstvo v smislu aktivnega sodelovanja pri zatiranju tega družbenega zla.

Glede na važno vlogo patronažne službe v saniranju epidemičnih in družbenih činiteljev, ki so usodnega pomena v gibanju tuberkuloze pri nas, pa se nam postavlja vprašanje izbora in pa usposabljanja kadrov za to delo.

Za to delo so nam potrebne specialno usposobljene medicinske sestre. Te patronažne sestre morajo biti etično in emocionalno zdrave, zrele, torej stabilne osebnosti. Poleg strokovnega znanja morajo imeti dar psihološkega opazovanja, biti morajo v svojem delu vztrajne, imeti morajo poseben smisel za praktičnost in improvizacijo. Predvsem pa morajo imeti veselje do tega dela, ki jim omogoča, da se lahko prilagode in uspešno posežejo v vsakokratno situacijo, če je treba tudi z delom lastnih rok.

Za doseg uspešnega kontakta z bolniki, njihovimi svojci, zdravimi, otroki, skratka za kontakt s posamezniki kakor tudi s kolektivi je potrebna široka razgledanost, kultura in spoznanje v osnovnih mentalno higienskih pravilih in merilih.

V sestavku smo se omejili predvsem na zdravstvenovzgojno vlogo patronažne sestre v protituberkulozni službi, ker je bilo to delo doslej razmeroma najširše zajeto in dobro razčlenjeno. Naloge patronažnih sester na drugih področjih pa se po vsebini in značaju dela bistveno ne razlikujejo od patronažnega dela v protituberkulozni službi, zato je povsem razumljivo, da veljajo ista načela in metode dela v vzdravstveni vzgoji tudi zanje.

Čemu otroški dispanzer?

Dr. Zdenka Humar

Zdravstvena zaščita otroka je prva skrb vsake napredne države, ker ji zagotavlja napredek. Da je taka zaščita učinkovita, mora zajeti vso razvojno dobo otroka — od spočetja do konca razvoja. To je dolga doba in je ni mogoče organizirano zajeti v delu ene same ustanove. Posebnosti razvoja samega, okolje in z njim povezani specifični pogoji, ki vplivajo na rast in razvoj ter na zdravje otroka, so narekovali pri nas delitev zdravstvene zaščite otroka na tri zaokrožene enote glede na starost otroka:

1. antenatalna zaščita, ki obsega dobo od spočetja do rojstva;
2. zaščita dojenčka in predšolskega otroka, ki zajame otroke od rojstva do vstopa v šolo;
3. zaščita šolskega otroka in mladincev, ki skrbi za otroke po vstopu v šolo.

Otroški dispanzer, ki je bil letos ustanovljen v Ljubljani, ima nalogo, skrbeti za dojenčka in predšolskega otroka v zdravju in bolezni. Ob svoji ustanovitvi je prevzel vse posvetovalnice za matere in otroke, ki so že obstajale na področju mesta, vse ambulante za bolne otroke, ki so do tedaj delovale v sklopu ljubljanske Poliklinike, in pa ambulanto Pediatrične klinike.

Kakšne so perspektive otroškega dispanzerja po organizacijski plati?

Na vrtu ob Dečjem domu se dovršuje pritlična novogradnja po zamisli dr. Avčina in načrtih ing. Platnerja. Tu raste center bodočega dispanzerskega dela. Razen splošnih pregledov zdravih in bolnih otrok, kot jih vrši vsak drug dispanzer, bodo v centru še specialni pregledi (rentgenski, ušesni, zobni, očesni, psihiatrični), pripravljala in delila se bo dietna hrana ogroženim in bolnim dojenčkom ter iz posebne zbiralnice (laktarij) žensko mleko. Na posameznih sektorjih bodo delovali področni dispanzerji, katerih zametek so sedanje posvetovalnice in ambulante. Področni dispanzerji bodo kot posebne funkcijske enote delali v stavbah novih zdravstvenih domov, ki se pripravljajo in jih bo predvidoma 9. Področni dispanzerji bodo skrbeli za zaščito otroka v svojem sektorju, na specialne preglede pa bodo pošiljali otroke v centralni dispanzer.

Po delovni plati mora zajeti otroški dispanzer vso problematiko otroškega zdravstva v zgoraj navedenih razdobjih. Ker skrbi za otroke v zdravju in bolezni, je to preventivno-kurativna ustanova, vendar je njegova glavna funkcija preventivna s posebnim poudarkom na zdravstveni prosveti. S svojim delom znižuje morbidnost in mortaliteto otrok, ali z drugimi besedami povedano — otroški dispanzer je instrument socialne pediatrije. Delo, ki ga vrši, je torej mnogostransko in ga bomo v naslednjem poskušali razčleniti.

Skrb za zdravega otroka. Zdrav otrok je — če uporabimo definicijo svetovne zdravstvene organizacije — tisti, ki živi v telesni, duševni in ekonomski blaginji, ne pa samo tisti, ki ni bolan ali oslabil. Naslednje naloge so zato važne v skrbi za zdravega otroka:

1. Skrb za normalen telesni razvoj. Kontrola telesnega razvoja se mora vršiti v rednih časovnih razdobjih. En sam pregled otroka nam pokaže le trenutno razvojno stopnjo otroka, iz česar ne moremo — razen pri velikih odklonih od normale — sklepati, da so na delu činitelji, ki otroku škodujejo, ker je pač vsak otrok bitje zase in ga ne moremo spraviti v umeten razvojni kalup.

2. Skrb za zdravstveno stanje otroka. Tudi zdravstveno stanje je treba stalno kontrolirati. Le na ta način zgodaj odkrijemo bolezni in zgodaj zagemo nastajanje telesnih okvar, sluha, ortopedske okvare itd. in s pravočasnimi ukrepi povrnemo otroku zdravje oziroma preprečimo razvoj hujših defektov, ki napravijo iz otroka za vse življenje invalida.

3. Skrb za normalen duševni razvoj omogoča zgodnjo triažo duševno okvarjenih otrok:

— popravljive okvare, pri katerih s pravilnimi zdravstvenimi ukrepi dosežemo ozdravljenje;

— lažje okvare, ki se sicer ne dajo odpraviti, pri katerih pa vendar s specialno vzgojo omogočimo, da postanejo ti otroci nekoč lahko samostojni in so sposobni skrbeti sami zase;

— hude okvare; taki otroci niso dostopni nobeni vzgoji.

4. Skrb za pravilno prehrano. Pravilna prehrana je med najvažnejšimi nalogami zdravstvene zaščite otroka, ker je to prvi pogoj za normalen razvoj otroka in osnovno profilaktično sredstvo proti vsem vrstam boleznim. Pravilno hranjen otrok redkeje oboli, če pa že oboli, bolezen laže prestaja. Pri pravilni prehrani je zlasti potrebno poudariti dojenje in prehrano malega otroka, ki je pri nas često zelo pomanjkljiva, posebno glede na beljakovine in vitamine. Na slabo prehrano ne kaže samo zastoj v razvoju, temveč tudi razne bolezni: driske, anemije, pa tudi rahitis in kožne bolezni.

5. Zaščita pred nalezljivimi boleznimi. Cepljenja, ki ščitijo otroke pred akutnimi infekcijskimi boleznimi in tuberkulozo, bodo morali vršiti dispanzerji, vsak na svojem področju. S tem bomo prešli na individualno cepljenje, ki bo omogočilo pri vsakem otroku najti primeren čas za ta poseg.

6. Zdravstvena vzgoja, ki jo vrši strokovno osebje dispanzerja s tem, da individualno pri vsakem pregledu in obisku podučuje matere.

Naštete funkcije vrši dispanzer pri otrocih do 7 let v svojih posvetovalnicah. Delo posvetovalnice presojamo ne po številu prvih, temveč po številu ponovnih pregledov, ker le-ti so nam dokaz, da je otrok pod stalno kontrolo, ki edina zagotovi dobro zaščito otroka. Pri tem pomaga posvetovalnicam patronažna služba. Patronažne sestre, ki vršijo obiske na domovih, kontrolirajo:

1. otroka in njegovo zdravstveno stanje ter opozarjajo matere na redni obisk v posvetovalnici;

2. telesno in duševno nego ter vzgojo otroka in s podučevanjem staršev vršijo zdravstveno prosveto na domovih;

3. otrokovo okolje in socialno-ekonomske razmere, ki jih urejujejo s podučevanjem staršev in posredovanjem pri raznih forumih.

Skrb za bolnega otroka. V dispanzerskih ambulantah se vršijo pregledi bolnih otrok in njih ozdravljenje. Prizadevati si je treba, da se mali otrok vedno, če je le mogoče, zdravi doma in ne v bolnišnici. S tem preprečimo ločitev matere od otroka, ki je v tej dobi lahko vzrok hudih duševnih okvar, ki otroku za vse življenje dajo svoj škodljivi pečat.

Če ni možno, da mati prinese svojega bolnega otroka v ambulanto, ga mora zdravnik pregledati na domu. Želeti bi bilo, da bi take obiske vršil zdravnik dispanzerja, na katerega področju bolni otrok stanuje, ker bo otroka poznal že iz posvetovalnice in bo zato lažje ocenil njegovo bolezen. Pravilno izpolnjevanje zdravnikovih navodil in nego otroka pa naj bi nadzirala dispan-

zerska sestra, ki bo materi ob otrokovi postelji pokazala vse potrebne ukrepe. Obenem bo poročala zdravniku o zdravstvenem stanju otroka.

Posebne naloge dispanzerja. Razen naštetih ima dispanzer še vrsto specialnih dolžnosti:

1. proučevanje zdravstvene problematike. V ta namen mora zbirati vse potrebne podatke in imeti urejeno statistično službo. Na temelju statističnih zaključkov mora ugotavljati:

a) vzroke, ki zavirajo normalen razvoj otrok, pri čemer mora ugotoviti najvažnejše činitelje in jih odstraniti;

b) vrsto bolezni, ki se najpogosteje pojavljajo, in izvesti dobro zaščito in zdravljenje;

c) najpogostnejše vzroke smrti mora podrobno raziskati in z učinkovitimi ukrepi preprečevati umiranje otrok;

2. zdravstveno nadzorstvo nad ustanovami za male otroke, kot so jasli, otroški vrtci;

3. zdravstvena vzgoja staršev, ki jo vršijo nenehno vsi zdravstveni kadri dispanzerja, se mora v centru dopolniti z izvedbo praktičnih tečajev za starše. Kratki tečaji o razvoju otroka, o negi zdravega in bolnega otroka, o prehrani otroka v raznih starostnih dobah, o najvažnejših infekcijskih boleznih in njihovi profilaksi, o mentalni higieni itd. naj skupno s filmi in smotrno organiziranimi razstavami pomagajo staršem v skrbi za njihove najmlajše;

4. vzgoja strokovnega kadra je učna naloga otroškega dispanzerja, ki bo vršil tudi nalogo demonstracijskega centra. Vsi kadri, ki morajo skrbeti za zdravje otroka, se bodo lahko tu seznanjali z otroško zdravstveno problematiko, tako tisti, ki se šele šolajo — gojenke šol za medicinske sestre in otroške negovalke, študenti medicine — kot tisti, ki izpopolnjujejo svoje znanje — že diplomirane sestre, zdravniki, zdravniki na specializaciji.

Čemu torej otroški dispanzer? Da z vsemi sredstvi in prijemi, ki jih zmoremo, zboljšamo zdravje naših dojenčkov in predšolskih otrok.

O delu medicir

Ime ustanove san
označuje posebno de
te ustanove temelji v
zdravo nosečo ženo na
In kaj pravzaprav je
noseča žena utrjuje, k
kako naj živi, da si
pravilno. Da bi pa bi
(poleg splošno veljav
noseče žene, ob katerem se odkrijejo zemi motna nepomembna znamenja, ki

alnici za noseče*

žene — že samo po sebi
entivnem zdravstvu. Delo
lim na posvetovanje med
o, babico na drugi strani.

Predvsem: kako naj se
no razvedrilo — skratka,
rokov organizem razvijal
ženo ravno njej primerni
anju zdravstveni pregled

* Problematiki te ustanove, ki ji pri nas šele utiramo pot, nameravamo posvetiti v prihodnje več člankov. Za uvod objavljamo članek, ki razčlenjuje vlogo medicinske sestre v tej ustanovi. — Op. ur.

zerska sestra, ki bo materi ob otrokovi postelji pokazala vse potrebne ukrepe. Obenem bo poročala zdravniku o zdravstvenem stanju otroka.

**Posebne naloge di-
alnih dolžnosti:**

1. proučevanje zd-
potrebne podatke in i
zaključkov mora ugot-
a) vzroke, ki zavi
najvažnejše činitelje i:
b) vrsto bolezni, i
zdravljenj;

c) najpogostnejše
timi ukrepi preprečev-
2. zdravstveno na-
otroški vrtci;

3. zdravstvena vzgoja staršev, ki jo vršijo nenehno vsi zdravstveni kadri
dispanzerja, se mora v centru dopolniti z izvedbo praktičnih tečajev za starše.
Kratki tečaji o razvoju otroka, o negi zdravega in bolnega otroka, o prehrani
otroka v raznih starostnih dobah, o najvažnejših infekcijskih boleznih in njih
profilaksi, o mentalni higieni itd. naj skupno s filmi in smotrno organizira-
nimi razstavami pomagajo staršem v skrbi za njihove najmlajše;

4. vzgoja strokovnega kadra je učna naloga otroškega dispanzerja, ki bo
vršil tudi nalogo demonstracijskega centra. Vsi kadri, ki morajo
skrbeti za zdravje otroka, se bodo lahko tu seznanjali z otroško zdravstveno
problematiko, tako tisti, ki se šele šolajo — gojenke šol za medicinske sestre
in otroške negovalke, študenti medicine — kot tisti, ki izpopolnjujejo svoje
znanje — že diplomirane sestre, zdravniki, zdravniki na specializaciji.

Čemu torej otroški dispanzer? Da z vsemi sredstvi in prijemi, ki jih
zmoremo, zboljšamo zdravje naših dojenčkov in predšolskih otrok.

dispanzer še vrsto speci-

namen mora zbirati vse
Na temelju statističnih

ri čemer mora ugotoviti

izvesti dobro zaščito in

raziskati in z učinkovi-

rale otroke, kot so jasli,

O delu medicinske sestre v posvetovalnici za noseče*

Med. s. Majda Musek

Ime ustanove same — posvetovalnica za noseče žene — že samo po sebi
označuje posebno dejavnost te ustanove v našem preventivnem zdravstvu. Delo
te ustanove temelji v glavnem na posvetovanju. Mislim na posvetovanje med
zdravo nosečo ženo na eni strani in zdravnikom, sestro, babico na drugi strani.
In kaj pravzaprav je predmet tega posvetovanja? Predvsem: kako naj se
noseča žena utrjuje, hrani, oblači, kakšno naj bo njeno razvedrilo — skratka,
kako naj živi, da si ohrani zdravje in da se bo otrokov organizem razvijal
pravilno. Da bi pa bili nasveti zdravnika za vsako ženo ravno njej primerni
(poleg splošno veljavnih načel), je osnova posvetovanju zdravstveni pregled
noseče žene, ob katerem se odkrijejo ženi morda nepomembna znamenja, ki

* Problematiki te ustanove, ki ji pri nas šele utiramo pot, nameravamo po-
svetiti v prihodnje več člankov. Za uvod objavljamo članek, ki razčlenjuje vlogo
medicinske sestre v tej ustanovi. — Op. ur.

pa so zdravniku važen signal za pravilen posvet z ženo, da se preprečijo resnejše motnje, ki prav lahko pozneje ženo in otroka močno prizadenejo. Posvet žene z zdravnikom je torej eden izmed važnih ukrepov za ohranitev zdravja.

Ali pa je s tem že vsè storjeno? Ne! S področja posvetovalnice je to samo del, pri katerem je noseča žena več ali manj pasivna. Vemo, da imajo naše žene navado lepo poslušati, vendar se navodil zelo pogosto ne drže; ko zapro vrata posvetovalnice, mnogim spuhte marsikateri nasveti, predvsem pa tisti, ki bi ji utegnili spremeniti dosedanji način življenja. Tu nastopi svoje važno delo medicinska sestra. Njena najvažnejša naloga je, da aktivira ženo samo, da ji vzbudi zanimanje za dana navodila, da pomaga ženi odstraniti oziroma premagati težave, ki vplivajo slabo na njeno zdravstveno stanje.

Kako naj to stori?

Začnimo pri ureditvi posvetovalnice! Vsi vemo, da se dobro počutimo v sobi ali stanovanju, četudi je skromno, vendar takò urejeno, da diha domačnost. V taki sobi čutimo vzdušje za zaupen pogovor. Torej: če bomo uredili naše posvetovalnice tako, da bodo nudile ženam občutek zaupnosti in domačnosti, je izpolnjen eden izmed važnih, sicer na prvi pogled le zunanjih, v resnici pa pomembnih pogojev za uspešno delo v posvetovalnici. To ni težko storiti. Že v čakalnici postavimo mize in stole tako, da nudimo možnost zadrževanja in morebitnega pogovora v manjših skupinah. Mize naj bodo pogrnjene z okusnimi prti. Po mizah namestimo posodice s cvetjem. Okna opremimo z zavesami, po stenah naj bodo okusno razmeščene slike (fotografije ali umetniške slike). Izogibajmo se stereotipnih parol, ki v velelniku izražajo higienska pravila. Naša opozorila naj bodo napisana tako, kot da so naša odprta pisma, namenjena ženi, ki jo pričakujemo. Tudi motivi na slikah naj zajemajo delo žene, ubranost v naravi, toploto urejene družine itd. In še nekaj! Če le imamo sredstva, postavimo v čakalnico omarico, ki je zaste-klena kot vitrina. Služi nam kot skromna stalna higienska razstava. V njo lahko postavimo pravilno mesečno predlogo, pas za nosečnost, pas za čas po porodu, modrček itd. Takšno majhno razstavo lahko občasno menjujemo, treba je le mobilizirati našo domiselnost. Če le zmoremo, poskrbimo za čakal-nico kakšno revijo, časopis in podobno. Nikoli pa ne razložimo po mizah zdravstvenovzgojnih letakov. Tu je letak prav gotovo neumesten, saj vemo, da doseže svoj namen le, če predhodno opozorimo na njegovo vsebino ali pa problem, ki ga letak obravnava, načnemo v aktivnem pogovoru z ženo. Letaki so dober zdravstvenovzgojni pripomoček, samo uporabljati jih moramo na pravem kraju in v pravem času.

Večina naših čakalnic v posvetovalnicah za noseče žene je hkrati sprejemna soba, kjer žene vpisujemo, tehtamo in pojasnjujemo zdravnikova navodila. Tu se mora praktično izkazati sestrina obzirnost in smisel, da ume ženine osebne zadeve obravnavati diskretno. Zato naj bo miza, ob kateri vpisujemo, ločena od čakalnice z majhno stekleno steno, tako da je sestra z ženo med vpisovanjem in pogovorom ločena od ostale čakalnice in da žene ne moti prisotnost drugih žena v čakalnici.

Soba za pregled in posvetovanje z zdravnikom prav tako ne potrebuje veliko opreme. Važno je, kako je nujno potrebna oprema razvrščena. Razvrstitev opreme naj bo funkcionalno smotrna. V tej sobi mora najti sestra mesto za »intimni kотиček«, to je za oni prostor, kjer se žena lahko nemoteno sleče in pripravi za pregled.

To bi bilo nekaj misli v zvezi z opremo posvetovalnice za noseče, pri kateri lahko sestra docela uresniči nekatere važne pogoje, da bo že po tej strani posvetovalnica lahko vršila svoje posvetovalno poslanstvo.

Zdaj pa beseda o drugem, še važnejšem vprašanju: kako ravnamo z ženo in kako obravnavamo njene probleme?

Prej sem že omenila, da mnoge žene ne izpolnjujejo vseh zdravstvenih navodil, ki jih dobijo. Dolžnost sestre je, da ugotovi, ali se žena ravna po zdravnikovih navodilih. Vendar naj to stori čimbolj obzirno. Hkrati naj se informira o vzrokih, zakaj ne upošteva zdravnikovih navodil.

Tu bo naletela na mnogo stvari: na omalovaževanje zdravstvenih navodil, na preobremenjenost z delom, zaradi katere postaja žena brezbrizna do same sebe, ali celo na bojazen, da bi z ravnanjem po navodilih, ki jih je dobila v posvetovalnici, vzbudila pri možu ali tašči mnenje, da pretirava in se celo razvaja. Saj vemo, da pogosto še danes slišimo žene, ki trde, da vendar ni potrebna takšna pažnja, češ, saj so naše matere tudi nosile in rodile, pa niso imele toliko skrbi same s seboj. Poleg tega pa je ženino duševno ravnovesje v nosečnosti precej labilno, zelo je občutljiva in pretirano reagira na vtise. Razumljivo je torej, da lahko njena najbližja okolica ženo ovira pri ravnanju po naših navodilih, če namreč žena sama teh navodil ne razume oziroma jih omalovažuje. Zato je velike važnosti, da sestra ženi v njenem položaju pomaga. V odkritem pogovoru ž njo bo spoznala, kakšne so razmere na domu žene, poiskala bo možnosti za praktično izvajanje navodil in po potrebi tudi družini na primeren način obrazložila navodila ter domače prepričala o tem, kar je ženi potrebno za zdravo nosečnost. Vsekakor bo sestra večkrat morala govoriti tudi z njenim možem. Dostikrat namreč se izkaže, da ta niti v osnovah ne pojmuje pravilno ženine fiziološke funkcije in bremen materinstva. Če bo sestra vse to hotela storiti, si bo morala najprej pridobiti zaupanje žene. Če bo posvetovalnica res dihala v vsem prijetno ozračje, če bo sestra s svojo osebno urejenostjo, s svojim toplim, vedrim in taktnim načinom vzpostavljala svoj kontakt z ženo ob prvem srečanju z njo v posvetovalnici, sem prepričana, da bo v svojem delu uspela.

Če sestra spozna pravilno svojo nalogo v posvetovalnici, če ji je delo za žene in otroka več kot samo dolžnost njenega poklica, torej tudi osebno notranje zadovoljstvo, bo znala najti način, da bo dajala in ohranjela to zaupno vzdušje v posvetovalnici. To je zelo važno zato, da bo to vzdušje začutil tudi zdravnik, ki je zaradi pomanjkanja kadra le honorarno vezan na posvetovalnico, pa ima za seboj navadno že dolgo in utrudljivo dopoldne dela v bolnišnici ali kakšni drugi zdravstveni ustanovi. Tako bo pod vplivom tega vzdušja — čeprav na delo v posvetovalnico navadno ne prihaja najbolj spočit — vskladil svoje delo in pristop k ženi z odnosom ostalega osebja posvetovalnice. Ves delovni »team« bo na ta način delal harmonično in dajal že na zunaj vtis skladnega, človeško toplega kolektiva, ki se zaveda svojih skupnih dolžnosti in dejstva, da je le v popolni ubranosti mogoče doseči konkretne uspehe.

Seveda pa velja eno: zdravnik mora — kot seveda tudi sestra — pravilno razumevati bistvo preventivne ustanove, kot je posvetovalnica. Imeti mora za takšno delo osebno veselje in biti mora topel človek, ki ima smisel in potrpljenje za osebne težave posameznih žena, ki se zatekajo v posvetovalnico in ji zaupajo, in končno mora znati preprosto in sugestivno posredovati svoja navodila.

Do babice ima sestra še posebne dolžnosti. Usmerjati jo mora v preventivno dejavnost, v sodobno pojmovanje predporodne zaščite, skrbeti mora za njen napredek in razvoj ter z dobrim, tovariškim odnosom koordinirati medsebojno sodelovanje in celotno delo.

Tako urejena ustanova bo resnično privabljala žene in bo med njimi zaeno tudi najboljši propagator za uvajanje higienskega načina življenja in bo tako postala živa, dejavna pomoč v zaščiti matere in otroka.

Tudi oslovski

Čeprav se morda oslovski kašelj za naš zahteva mnogo žrtev in širši otroki. Kratek vs kašelj najresnejša otro

V letih 1950—1951
niji sledeče število otr

uspešno uprli!

, je vendarle res, da je ak problem. Ta bolezen nja, pa tudi med starejn pokaže, da je oslovski ajnežnejši starosti otrok. azljivih boleznih v Slove-

V prvem letu življenja

V prvih petih letih

Pertussis	33	53
Diphtheria	9	55
Morbilli	8	17
Meningitis ep.	13	29
Tetanus	10	18
Scarlatina	0	8

V najnežnejši starosti je torej oslovski kašelj med nalezljivimi boleznimi najpogostnejši vzrok smrti. Tudi v prvih petih letih življenja gre dobršno število smrtnih žrtev na njegov račun, saj je takoj na drugem mestu za davico.

Čeprav je že od leta 1948 pri nas uvedena obvezna prijava te boleznih, vendar se prijavlja le majhno število bolnikov in še to predvsem za časa epidemij. Ni si težko predstavljati, da so resnične številke smrtnih primerov oslovskega kašlja še mnogo večje, ko se za vzrok smrti ne navaja prava diagnoza, temveč le najpogostnejša komplikacija te boleznih, pnevmonija.

Oslovski kašelj, kot tipična otroška nalezljiva bolezen iz kapljicne skupine, ima v svoji epidemiologiji nekatere posebnosti. Predvsem moramo vedeti, da se občutljivost otrok za to bolezen približuje splošni, 100 %-ni sprejemljivosti. Le izredno redko se zgodi, da se otrok ne okuži in ne zboli, če pride v stik z bolnikom. Da ta bolezen ne zajame mnogo širšega obsega, se moramo zahvaliti predvsem dejstvu, da pri oslovskem kašlju ne poznamo zdravih kliconoscev in da je okužba mogoča le pri neposrednem srečanju z bolnikom. Verjetnost okužbe je tem večja, v čim bolj zgodnji fazi bolnikove boleznih se otrok sreča z njim. Največja pa je verjetnost okužbe v prvih dveh tednih

Do babice ima sestra
tivno dejavnost, v sodobn
njen napredek in razvoj t
sebojno sodelovanje in cel

Tako urejena ustanov
zaeno tudi najboljši prop
bo tako postala živa, deje

i jo mora v preven-
šite, skrbeti mora za
m koordinirati med-

ne in bo med njimi
načina življenja in
otroka.

Tudi oslovskemu kašlju se bomo uspešno uprli!

Dr. Janez Kmet

Čeprav se morda zdi na prvi pogled neverjetno, je vendarle res, da je oslovski kašelj za našo zdravstveno službo zelo težak problem. Ta bolezen zahteva mnogo žrtev med otroki v prvem letu življenja, pa tudi med starejšimi otroki. Kratek vpogled v statistične podatke nam pokaže, da je oslovski kašelj najresnejša otroška nalezljiva bolezen prav v najnežnejši starosti otrok.

V letih 1950—1953 je umrlo zaradi otroških nalezljivih bolezni v Sloveniji sledeče število otrok:

V prvem letu življenja	V prvih petih letih	
Pertussis	33	53
Diphtheria	9	55
Morbilli	8	17
Meningitis ep.	13	29
Tetanus	10	18
Scarlatina	0	8

V najnežnejši starosti je torej oslovski kašelj med nalezljivimi boleznimi najpogostnejši vzrok smrti. Tudi v prvih petih letih življenja gre dobršno število smrtnih žrtev na njegov račun, saj je takoj na drugem mestu za davico.

Čeprav je že od leta 1948 pri nas uvedena obvezna prijava te bolezni, vendar se prijavlja le majhno število bolnikov in še to predvsem za časa epidemij. Ni si težko predstavljati, da so resnične številke smrtnih primerov oslovskega kašlja še mnogo večje, ko se za vzrok smrti ne navaja prava diagnoza, temveč le najpogostnejša komplikacija te bolezni, pnevmonija.

Oslovski kašelj, kot tipična otroška nalezljiva bolezen iz kapljične skupine, ima v svoji epidemiologiji nekatere posebnosti. Predvsem moramo vedeti, da se občutljivost otrok za to bolezen približuje splošni, 100 %-ni sprejemljivosti. Le izredno redko se zgodi, da se otrok ne okuži in ne zboli, če pride v stik z bolnikom. Da ta bolezen ne zajame mnogo širšega obsega, se moramo zahvaliti predvsem dejstvu, da pri oslovskem kašlju ne poznamo zdravih kliconoscev in da je okužba mogoča le pri neposrednem srečanju z bolnikom. Verjetnost okužbe je tem večja, v čim bolj zgodnji fazi bolnikove bolezni se otrok sreča z njim. Največja pa je verjetnost okužbe v prvih dveh tednih.

bolezni, v času neznačilnega kašlja in nahoda, ko do tipičnih napadov sploh še ni prišlo. V prvem tednu bolezni se izolira *Haemophilus pertussis* (po različnih avtorjih) pri 75 do 98 % bolnikov, v drugem tednu pri 58 do 84 %, v tretjem pri 33 do 75 %, v četrtem tednu pa le še pri 18 do 50 % bolnikov. Ti podatki so istovetni z epidemiološkimi opazovanji o kužljivosti pertusisa v raznih stadijih bolezni. Veliko število primerov, morda celo večina, poteka v zelo lahki obliki z neznačilnim kašljem. Ti primeri so pogosten vir okužbe, ker se ne diagnosticirajo in ne izolirajo od drugih otrok.

Pasivna materinska imuniteta ščiti otroka le v prvih treh mesecih življenja, pozneje otroci izgube to zaščito in prav zato pogosto postanejo smrtno žrtve te bolezni. Pretežna večina primerov je zabeležena v prvih petih letih življenja, redkejši so primeri pri šolskih otrocih, zelo redki v dobi od 10 do 15 let, pozneje pa se pojavi oslovski kašelj le izjemoma. Za razliko od drugih otroških nalezljivih bolezni (ošpice, škrlatinka), za katerimi obole tudi odrasli, če se v svoji otroški dobi s temi boleznimi niso srečali, takega pojava pri oslovskem kašlju ne poznamo.

Zaradi visokega odstotka sprejemljivosti in pogostnih netipičnih primerov ter intenzivnega širjenja povzročiteljev pri napadih kašlja je oslovski kašelj bolezen, proti kateri se je zelo težko boriti. Z običajnimi protiepidemičnimi ukrepi je nemogoče doseči odločilne rezultate pri zatiranju te bolezni. Proti-epidemični ukrepi, ki pridejo v poštev pri patronažnem delu medicinskih sester, bi bili v kratkem sledeči: bolnika moramo izolirati, če je to le mogoče, za tri tedne od začetka značilnega kašlja. Izolacija seveda ne pomeni hospitalizacije, temveč samo izvršitev vseh ukrepov, da se preprečijo stiki bolnika z drugimi otroki, zlasti mlajšimi, ki bolezni še niso preboleli. Posebno strogo se je treba paziti pred stiki z otroki in odraslimi osebami, ki so prehlajeni ali kašljajo, ker je velika nevarnost, da bo bolnik nalezel še pljučnico. Ker je kužljivost največja v prodromalnem stadiju bolezni, so taki ukrepi največjega pomena prav zato, da bi preprečili komplikacije pri bolniku. Posebno so ti ukrepi važni v prvem letu življenja.

Otroci v družini, kjer se pojavi oslovski kašelj, so običajno tako zelo izpostavljeni okužbi, da bodo verjetno vsi zboleli. Zato moramo verjetno okuženim otrokom preprečiti predvsem stike z dojenčki in malimi otroki, zlasti še proti koncu inkubacijske dobe, pri čemer moramo biti posebno strogi z otroki, ki so pričeli kašljati, čeprav neznačilno. Za otroke, ki so oslovski kašelj preboleli, ne veljajo nikakršni preventivni ukrepi, ker, kot rečeno, zdravih kliconoscev ne poznamo. Posebno skrb je treba posvetiti dojenčkom in malim otrokom, ki so bili v stiku z bolnikom. Pri najmanjših sumljivih znakih je treba te otroke izolirati po omenjenih načelih, da se preprečijo komplikacije, ter pričeti pravočasno z zdravljenjem. Materi bolnega otroka je treba dopovedati, kakšnega pomena je preprečevanje stikov z drugimi otroki in odraslimi, da se zmanjša verjetnost komplikacij, torej v veliki meri in interesu njenega otroka. Matere namreč pogosto ne mislijo na tuje otroke, kadar zboli njen lastni otrok. Nikakor ni priporočljivo pošiljati otrok v druge kraje »na spremembo zraka«, ker se tako epidemija širi naprej. Prav tako se je zadrževanje bolnikov v plinarnah ali dviganje z avionom izkazalo kot neuspešno. Na sprehodih, ki jih je otrok z oslovskim kašljem vsekakor zelo potreben, če splošno stanje to dovoljuje, se je treba strogo izogibati vsakega stika z drugimi osebami.

Kakor so, kot rečeno, protiepidemični ukrepi za zatiranje te bolezni zelo majhnega pomena, so pa izredno dobri uspehi doseženi z imunizacijo.

Pasivna imunizacija s hiperimunim serumom je zelo dobra metoda za zaščito malih otrok, za katere gotovo vemo, da so bili izpostavljeni okužbi. Serum se dobi iz krvi oseb, ki so bile v ta namen ponovno cepljene z velikimi dozami vaccine, tako da je titer protiteles v njihovi krvi izredno visok. Daje se v dozah po 10 do 20 ccm, odvisno je to od starosti otroka. Če damo serum takoj po okužbi, bomo bolezen zelo verjetno preprečili, če ga damo pozneje, bomo bolezen omilili. Vendar je izdelava hiperimunega seruma tako draga, da ga je praktično le težko dobiti. Gama globulini pa za pasivno zaščito ne pridejo v poštev, ker vsebujejo premalo protiteles proti oslovskemu kašlju.

Izredno uspešna je aktivna imunizacija. V naši državi, v laboratorijih v Zagrebu in Beogradu, so že osvojili moderne metode za pripravo dobrega cepiva, ki se bo lahko pričelo uporabljati po predhodnih terenskih preizkusih (cepivo, ki so ga izdelovali v Zagrebu do sedaj po starih metodah, se za preventivno zaščito ni obneslo). Preizkušanje novega cepiva se bo predvidoma izvršilo na področju mesta Ljubljane, kjer je mogoče dobiti dovolj medicinskega osebja, potrebnega za tako delo. Praviloma se mora namreč novo cepivo preizkusiti po vseh kriterijih, ki se postavljajo kot pogoji za dobro cepivo in to najprej v laboratorijih na poizkusnih živalcah in potem, ko se pokaže kot neškodljivo, je treba točno določiti njegovo zaščitno moč, najprej na živalcah, pozneje na večjih kolektivih ljudi. Taki preizkusi so izredno važni za eventualno izboljšanje postopka pri izdelavi cepiva in se morajo izvršiti na dovolj velikem številu oseb, da so statistični podatki signifikantni. Seveda pri tem delu ne gre za kakršno koli eksperimentiranje na otrocih, ker je cepivo v vsakem primeru neškodljivo in so predhodni poizkusi na živalcah že dokazali, da cepivo ščiti pred boleznijo.

V Ameriki in Angliji so bila izvršena v letih 1942—1950 velika cepljenja z novimi vakcinami, da bi dokazali njihovo zaščitno moč. Mi smo sedaj v srečnem položaju, ker smo lahko uporabili iste metode za izdelavo cepiva, ki so se izkazale v Ameriki in Angliji kot najbolj uspešne. Poleg tega bomo lahko rezultate po cepljenju z našim cepivom primerjali z njihovimi rezultati.

Izvedba take vrste cepljenja je zelo težavna in draga stvar. Glavna teža dela pada na posebno v ta namen organizirano patronažno službo, ki jo vršijo sestre in ki mora biti izvedena zelo vestno in natančno. Zaradi lažje predstave po takih cepljenjih navajamo nekaj podatkov o velikem poizkusnem cepljenju v Angliji v letih 1946—1950.

Cepljenje se je vršilo na področjih Manchester, Tottenham, Edmonton, Wembley, Leeds in West Ham po skupnem planu. Na cepljenje so bili pozvani vsi otroci v starosti od 6 do 18 mesecev, katerih starši so popolnoma prostovoljno pristali, da se njihovi otroci cepijo. V teku propagande pred cepljenjem so vsi starši dobili podrobna tiskana pojasnila, v katerih je bilo rečeno, da se preizkuša novo cepivo, da bo del otrok cepljen s tako imenovanim slepim cepivom, ki ne bo ščitilo pred oslovskim kašljem, da se bodo rezultati med cepljeno in necepljeno skupino otrok lahko točno primerjali. To cepivo je bilo izdelano iz raznih vrst bakterij (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria catarrhalis* itd.) in je bilo na zunaj popolnoma enako cepivu proti oslovskemu kašlju. Vse do konca poizkusa niti sami starši niti patronažne sestre in zdravniki cepitelji niso vedeli, s katerim cepivom so bili posamezni otroci cepljeni. Ta način je bil uporabljen zato, da so bila vsa opazovanja o težini klinične slike oslovskega kašlja pri cepljenih otrocih res objek-

tivna. Uporabljena je bila tako imenovana random-sampling metoda, po kateri je bil po principu slučajnosti določen vrstni red cepljenja za otroke. Ta metoda garantira enakomerno porazdelitev posameznih cepiv med otroke po starosti, socialnem poreklu, prebivališču, prejšnjih cepljenjih itd.

Otroci so se cepili s tremi dozami cepiva, z enomesečnimi presledki. Vsak peti otrok je bil kontroliran 24 do 72 ur po vsakem cepljenju, da se ugotovijo morebitne reakcije. Po tretjem cepljenju je dobila vsaka mati tiskan obrazec v kuverti z naslovom in je bila naprošena, da takoj odpošlje obvestilo, če bo njen otrok prišel v stik z bolnikom ali pa se bodo pri njem pojavili znaki, sumljivi na oslovski kašelj. Patronažne sestre so pričele s kontrolo prav tako po končanem tretjem cepljenju in so obiskovale enkrat mesečno vsakega otroka. Ob teh obiskih so zbirale podatke o številu otrok v družini, o pojavu oslovskega kašlja v družini, o pojavu drugih respiratornih infektov, o poteku drugih cepljenj itd. Če so bili cepljeni otroci izpostavljeni okužbi ali so se pri njih pojavili sumljivi znaki, so patronažne sestre napravile več ponovnih obiskov, da bi ugotovile težino klinične slike pri cepljenem otroku in vse epidemiološke okolnosti, ki so privedle do okužbe.

Pri teh cepljenjih je bilo zaposleno veliko število sester, zdravnikov in pisarniških moči. Na 400 do 500 cepljenih otrok je bila zaposlena po ena patronažna sestra in ena pisarniška moč s celim delovnim časom ter en zdravnik s polovičnim delovnim časom. Odziv staršev je bil zelo velik, saj je bilo skupno zajetih 8927 otrok, kar kaže na visoko zdravstveno zavest angleških staršev, ki so, kot omenjeno, vedeli, da gre za preizkus novih cepiv in da mnogo otrok ne bo dobilo zaščitnega cepiva. Med cepljenjem je izpadlo 1369 otrok iz raznih vzrokov, kot preselitve družin, pojav oslovskega kašlja pred končanim cepljenjem itd. Do konca poizkusa je ostalo 7558 otrok, od tega 3801 v skupini cepljenih in 3757 v skupini necepljenih (ki so dobili slepo vakcino). Cepljenja so se pričela v raznih krajih med novembrom 1946 in aprilom 1948 in opazovanja so se končala proti koncu leta 1950. Povprečno so opazovali vsakega otroka 27 mesecev po končanem cepljenju.

Rezultati teh cepljenj so bili odlični. Med cepljenimi otroki jih je zbolelo 149 od 3801, med necepljenimi pa 687 od 3757. Prav tako se je cepljenje zelo poznalo na težini klinične slike. 73,2 % primerov obolenja pri cepljenih otrocih je bilo označenih kot prva in druga težnostna stopnja (prva stopnja: bakteriološko potrjeni abortivni primeri, druga stopnja: lahki primeri z manj kot 10 napadi v 24 urah na višku bolezni). V skupini necepljenih otrok pa je bilo 75,9 % označenih kot tretja, četrta in peta stopnja (tretja: 10 do 20 napadov v 24 urah, četrta: več kot 20 napadov v 24 urah, peta: oslovski kašelj, kompliciran z bronhopnevmonijo).

Še bolj so bile vidne razlike med cepljenimi in necepljenimi otroki v primerih tzv. hišnih okužb. V skupini cepljenih je zbolelo le 18,2 % otrok, ki so bili izpostavljeni okužbi doma, medtem ko jih je od necepljene skupine obolelo 87,3 %.

Na podlagi rezultatov teh in podobnih poizkusnih cepljenj je bila priznana velika zaščitna vrednost cepiva proti oslovskega kašlju, ki je bilo dano na razpolago zdravstveni službi v Angliji in Ameriki za rutinsko cepljenje otrok.

Naša domača proizvodnja serumov in vakcin v Zagrebu in Beogradu je v zadnjih letih zelo napredovala. Naj omenimo le izdelavo očiščenih (purificiranih) serumov, ki prav v teh dneh zamenjujejo native serume v naši

bolniški in ambulantni praksi. Poleg tega je zelo dobra naša domača proizvodnja cepiv proti davici in tetanusu, ki dajejo zelo dobre rezultate. V Zagrebu je bila poleg tega izdelana potrebna količina cepiva proti tifusu po novih postopkih, ki se preizkuša v Osijeku ob sodelovanju Svetovne zdravstvene organizacije in ameriškega National Institute of Health. Ta poizkus je zajel preko 35 000 prostovoljcev iz endemičnega področja mesta Osijeka in okolice in je že do sedaj pokazal zelo dobre rezultate.

V Ljubljani je epidemiološki oddelek CHZ pričel z organizacijskimi pripravami za cepljenje z domačo, t. j. zagrebško in beograjsko vakcino proti oslovskemu kašlju. Cepljenje se bo predvidoma pričelo v jeseni 1955 na področju mesta Ljubljane, ko bodo izdelane dovolj velike količine domačega cepiva. Principi cepljenja bodo podobni, kot so jih uporabili v Angliji, le da nam bo verjetno uspelo nabaviti večjo količino preizkušene vakcine od British Medical Research Council in nam tako verjetno ne bo treba uporabljati »slepega« cepiva, pač pa bomo lahko primerjali zaščitno moč našega cepiva z znanim angleškim.

Tako cepljenje zahteva velika materialna sredstva in dolgotrajne priprave, predvsem pa sodelovanje naših medicinskih sester, ki bi bile pripravljene delati v prostem času, seveda proti primerni plači, pri patronaži cepljenih otrok. Ko bomo dokazali, da je naše domače cepivo dovolj kvalitetno, ga bomo vključili v obvezno rutinsko cepljenje otrok in s tem v veliki meri znižali morbidnost in zlasti še letalnost oslovskega kašlja. Na ta način bomo dopolnili naše dosedanje uspehe v borbi proti otroškim nalezljivim boleznim in oslovski kašelji bo postal redka in mila bolezen, kakršna je danes davica po zaslugi rednega obveznega cepljenja.

O virusnih hepatitisih

Tov. profesor

Že dalj časa opažam, včasih premalo zavedajo, profesor Merčun je že in s tem neposredno tudi s in na samosvoj način prei so, kar zadeva odvzemanje krvi, dajanje injekcij itd., zvečine še vedno take, da jih bo treba v najkrajšem času temeljito izboljšati, če nočemo priti navzkriž s sanitarno inspekcijo, na koncu koncev pa še s sodno medicino.

O tem problemu sem v zadnjem času mnogo razmišljal in bom ob ključku skušal podati še stvarne predloge. Edinole na ta način bomo lahko v kar največji meri izpolnili dolžnost, ki nam jo nalaga odgovornost za zdravje bolnikov.

Šele z natančnim poznavanjem epidemiologije serumskega hepatitisa bomo tako rekoč podzavestno lahko ravnali tako, da se naša odgovornost zmanjša na najnižjo mero in da bo naša vest nasproti bolnikom čista.

oudarkom

pomin

itah in dispanzerjih ti hepatitis. Pokojni i opozoril zdravnike te precej neprijetne aših ambulantah pa

so, kar zadeva odvzemanje krvi, dajanje injekcij itd., zvečine še vedno take, da jih bo treba v najkrajšem času temeljito izboljšati, če nočemo priti navzkriž s sanitarno inspekcijo, na koncu koncev pa še s sodno medicino.

O tem problemu sem v zadnjem času mnogo razmišljal in bom ob ključku skušal podati še stvarne predloge. Edinole na ta način bomo lahko v kar največji meri izpolnili dolžnost, ki nam jo nalaga odgovornost za zdravje bolnikov.

Šele z natančnim poznavanjem epidemiologije serumskega hepatitisa bomo tako rekoč podzavestno lahko ravnali tako, da se naša odgovornost zmanjša na najnižjo mero in da bo naša vest nasproti bolnikom čista.

bolniški in ambulantni praksi. Poleg tega je zelo dobra naša domača proizvodnja cepiv proti davici in tetanusu, ki dajejo zelo dobre rezultate. V Zagrebu je bila poleg teh novih postopkih, ki se stvene organizacije in je zajel preko 35 000 pr okolice in je že do sedaj

V Ljubljani je epic pravami za cepljenje z oslovskemu kašlju. Cepi ročju mesta Ljubljane, k Principi cepljenja bodo verjetno uspelo nabaviti Research Council in n cepiva, pač pa bomo le angleškim.

Tako cepljenje zahteva velika materialna sredstva in dolgotrajne priprave, predvsem pa sodelovanje naših medicinskih sester, ki bi bile pripravljene delati v prostem času, seveda proti primerni plači, pri patronaži cepljenih otrok. Ko bomo dokazali, da je naše domače cepivo dovolj kvalitetno, ga bomo vključili v obvezno rutinsko cepljenje otrok in s tem v veliki meri znižali morbidnost in zlasti še letalnost oslovskega kašlja. Na ta način bomo dopolnili naše dosedanje ušpehe v borbi proti otroškim nalezljivim boleznim in oslovski kašelj bo postal redka in mila bolezen, kakršna je danes davica po zaslugi rednega obveznega cepljenja.

z organizacijskimi priograjsko vakcino proti v jeseni 1955 na podličine domačega cepiva. Angliji, le da nam boci ne od British Medical uporabljati »slepega« ašega cepiva z znanim

O virusnih hepatitisih s posebnim poudarkom na serumski hepatitis

Dr. Mirko Karlin

Tov. profesorju dr. Ljudevitu Merčunu v spomin

Že dalj časa opažam, da se naše sestre po ambulantah in dispanzerjih včasih premalo zavedajo, kako hitro se prenese serumski hepatitis. Pokojni profesor Merčun je že 1951 v Zdravstvenem vestniku opozoril zdravnike in s tem neposredno tudi sestre na krivdo pri prenašanju te precej neprijetne in na samosvoj način prenosljive bolezni. Razmere po naših ambulantah pa so, kar zadeva odvzemanje krvi, dajanje injekcij itd., zvečine še vedno take, da jih bo treba v najkrajšem času temeljito izboljšati, če nočemo priti navzkriž s sanitarno inspekcijo, na koncu koncev pa še s sodno medicino.

O tem problemu sem v zadnjem času mnogo razmišljal in bom ob ključku skušal podati še stvarne predloge. Edinole na ta način bomo lahko v kar največji meri izpolnili dolžnost, ki nam jo nalaga odgovornost za zdravje bolnikov.

Šele z natančnim poznavanjem epidemiologije serumskega hepatitisa bomo tako rekoč podzavestno lahko ravnali tako, da se naša odgovornost zmanjša na najnižjo mero in da bo naša vest nasproti bolnikom čista.

Poglejmo najprej, kaj pravi E. Rissel (Wiener klinische Wochenschrift, 1952, str. 297 in sl.) o virusnih hepatitisih:

Naraščanje hepatitisov v zadnjih desetletjih je zdravnike vedno znova opozarjalo na neko bolezensko sliko, o kateri smo mislili, da je že dovolj dognana in preiskana. To je tako imenovani icterus catarrhalis, ki ga je Eppinger svoj čas označil kot toksično okvaro jeter, povzročeno po zastrupljenju z živili. Temu mnenju so se takrat pridružili skoraj vsi zdravniki v srednji Evropi, čeprav so se kdaj pa kdaj še oglašali pisci, ki so opozarjali na možnost, da bi ta kataralni ikterus vendarle mogel biti infekciozen. Te vesti so podkrepljevale tudi izkušnje, da se tako imenovani icterus catarrhalis v velikem številu pojavlja v določenih letnih časih, pretežno jeseni in na začetku zime, in to zlasti v strnjenih stanovanjskih skupnostih, po šolah, vojašnicah in zaprtih dolinah. Posebno med pediatri je bilo dosti zdravnikov, ki so zagovarjali infekciозno poreklo zlatenice. Med nemškimi zdravniki pa je bil prvi Bormann, ki je že leta 1940 jasno očrtal sliko epidemičnega hepatitisa kot infekcijske bolezni.

Danes smo v splošnem mnenja, da epidemični hepatitis ali, bolje rečeno, skupino obolenj, med katera ga uvrščamo, povzroča neka virusna infekcija, zaradi česar to obolenje v anglo-ameriških državah označujejo kot virusni hepatitis. Čeprav so v zadnjih letih izvedli brezštevilne poskuse na prostovoljcih in na poskusnih živalcah, da bi dokončno dognali domnevnega povzročitelja in mu določili pot okužbe, jim to do danes še ni neoporečno uspelo. Sicer so z elektronskim mikroskopom odkrili in opisali neke tvorbe, ki bi jih lahko imeli za povzročitelje kužne zlatenice, toda njihove lastnosti niso bile take, kot so od njih pričakovali. Medtem ko so spočetka mislili, da je epidemični hepatitis edini naslednik kataralnega ikterusa, se je pozneje izkazalo, da so razmere pri teh zlatenicah bolj zamotane in da sta očitno dva ali, kakor meni Herzberg, da je celo več vrst virusov, ki bi jih lahko šteli med povzročitelje hepatitisov. Klinične izkušnje so namreč pokazale, da moramo računati z več povzročitelji. Tako so ob neki epidemiji zlatenice v Angliji po dajanju invalescenčnega seruma zoper ošpice ugotovili, da neki hepatitis lahko izzvenimo pretežno z zdravniškimi opravili (n. pr. z injkcijami, z odvzemanjem krvi, s transfuzijami itd.), pri čemer nastajajo obolenja, ki se v posameznih primerih klinično sicer ne razlikujejo od epidemičnega hepatitisa, ki pa vseeno kažejo drugačne epidemiološke lastnosti. Pozneje so te vrste zlatenice opažali v Ameriki po transfuzijah, pri katerih so uporabljali konzerve iz mešane krvi. Izprašali so vse krvodajalce, ki so dali kri za zbirne konzerve, in izvedeli, da so nekateri med njimi preboleli zlatenico in bi z stran tega lahko bili vir domnevne okužbe. V teku nadaljnjih raziskav pa so še dognali, da so med njimi tudi taki, ki niso nikdar preboleli zlatenice in ki so jih označili kot »neme prenašalce kužnine«.

Pri hepatitisih je treba torej, kakor pri trebušnem tifusu ali davici, računati z zdravimi prenašalci virusa, ki imajo povzročitelje zlatenice sicer v sebi, ne da bi kdaj kazali kakšne bolezenske znake. To je dejstvo, ki ga doslej nismo upoštevali. Danes domnevajo, da je treba približno 1—3 odstotke prebivalcev imeti za take tihe prenašalce zlatenične kužnine. Ker so novo obliko zlatenice prvič ugotovili pri vbrizgavanju seruma, so to obolenje krstili za serumski hepatitis. Zdaj se je raziskavanje hepatitisov še bolj kompliciralo. Pri nadaljnjem delu so potem ugotovili, da so neke razlike v infekciji med epidemičnim in serumskim hepatitisom. Dognali so, da se epidemični

hepatitis očitno prenaša samo s sokom iz dvanajstnika, z izvlečkom iz blata in s splaknino iz nosa ter da je inkubacija pri njem znatno krajša kot pri serumskem hipatitisu. Le-ta se po doslejšnjih izkušnjah prenaša le parenteralno. Sicer so pozneje še dokazali, da se tudi epidemični hepatitis lahko prenaša parenteralno, da pa je to mogoče samo v začetku obolenja, bržčas le v predhodnem stadiju in morda še v prvih dneh porumenitve. S serumskim hepatitisom pa se parenteralno lahko okužimo ves čas obolenja in še dalj časa po njem. Po dosedanjih izkušnjah lahko z gotovostjo trdimo, da je inkubacijska doba pri epidemičnem hepatitisu do 40 dni, pri serumskem hepatitisu pa do 160 dni in še več.

Glede na način infekcije je torej znano, da se epidemični hepatitis prenaša samo oralno ali vsaj v glavnem skozi usta, medtem ko se s serumskim hepatitisom lahko okužimo le parenteralno. Križane imunosti pri hepatitisih ne poznamo. Tako lahko nekdo, ki je prebolel epidemični hepatitis, še kljub temu zbolil za serumskim hepatitisom in obratno.

Za nas je serumski hepatitis še posebno pomemben, ker sodi med tako imenovana *iatrogena obolenja*, ki jih zdravniki relativno lahko prenašamo z iglami ali brizgami, s sekači za odvzemanje krvi za krvne slike in z drugimi zdravniškimi pripravami. Ker pa večino zgoraj omenjenih poslov v naših razmerih opravljajo medicinske sestre, bi to obolenje pri nas morali označiti kot *sororogeno bolezen*.

Še dobro so mi v spominu časi izpred druge svetovne vojne, ko smo na Golniku mnogo razmišljali o vzroku hepatitisov, ki so se stalno pojavljali zdaj v tem, zdaj v drugem nadstropju, pa zopet v tej ali v neki oddaljenejši sobi istega nadstropja. Domnevali smo, da je tega kriva premastna hrana ali kaka pokvarjena jed, toda od kod ta nesorazmernost v pojavljanju zlatenice zdaj tu zdaj tam? Da bi pomislili na lastno krivdo, se nam še zdaleč ni zdelo sprejemljivo, četudi smo na veliko dajali injekcije kalcija in odvezemali kri za sedimentacijo eritrocitov, pri čemer smo premalo pazili na strogo sterilizacijo naših sprav.

Zato moramo danes vsakega bolnika s hepatitisom natanko izprašati, ali ni morda zadnjega pol leta pred izbruhom boleznii ali še prej dobival kakšne injekcije; ali so mu v tem času kdaj odvezemali kri ali ga na kakšen podoben način »zdravili«? V vseh teh primerih moramo najprej pomisliti na serumski hepatitis, čeprav morda v vseh primerih ne bo mogoče dokazati pravilnosti naše domneve.

Po današnjih nazorih bo treba tudi večino zlatenic, ki smo jih doslej imeli za tako imenovani *salvarsanski ikterus*, prištevati k serumskim hepatitisom.

Kliničnih razločkov med epidemičnim in serumskim hepatitisom tako rekoč ni. Tudi histološko obeh virusnih hepatitisov ni moč ločiti med seboj. Razlike so samo kolikostne: serumski hepatitis je po navadi hujši, traja dalj časa, vsi simptomi so izrazitejši in tudi posledice so pogostnejše.

O simptomatologiji in terapiji hepatitisov ne bom govoril, ker to ni moj namen.

Za podkrepitev naših trditev bom navedel še nekaj podatkov iz predavanja o inokulacijskem hepatitisu, ki ga je na seji Medicinske družbe v Baslu (10. VII. 1952) imel E. A. Vischer:

Že leta 1865 sta izšli dve deli o pojavu ikterusa po cepljenju zoper osepnice. Šele v zadnjih letih pa je zdravnikom uspelo, da so bolje objasnili serumski hepatitis. Imenovani predavatelj ga imenuje hematogeni ali inokulacijski hepatitis.

Ako prenesemo ta hepatitis s transfuzijami, je umrljivost sorazmerno visoka, ker pretakamo kri zvečine le takim bolnikom, katerih odpornost je že tako ali tako močno oslABLJENA. Inokulacijski hepatitis nastaja češče po vbrizgavanju seruma ali suhe plazme (ki ju izdelujejo iz mešane krvi), kakor pa po transfuziji krvi enega samega dajalca. Cepljenja, transfuzije, injekcije salvarsana itd. so posebno pogosten vzrok hematogenega hepatitisa. Virus pa prenašajo še drugi intravenozni in subkutani posegi in tudi odvzemi krvi. Zdravstveno osebe se lahko okuži tudi z najmanjšimi, neopaznimi ranitvami kože.

Pri primerih inokulacijskega hepatitisa, ki potekajo brez ikterusa, je urobilinogen v seču vedno povečan.

Kot preventivni ukrep moramo izločiti vse krvodajalce, ki so kdaj preboleli hepatitis. Po bolnišnicah in ambulantah moramo najskrbneje sterilizirati vse instrumente, ki bi mogli prenašati to bolezen. Zelo primerni za tako sterilizacijo so moderni lonci na paro, ki jih lahko uporabljamo tudi za prekuhanje brizg in igel. Za odvzemanje krvi v kapljah smemo uporabljati le priprave, ki se dajo izžariti.

V diskusiji je neki švicarski zdravnik vprašal predavatelja, če diplomirane sestre lahko dajejo injekcije? Le-ta mu je odgovoril: Če sestre vedo, kako je treba ravnati z brizgami, in če obvladajo tehniko injiciranja, lahko brez pomisleka dajejo injekcije.

Na koncu še povzetek iz knjige *Sprečavanje i suzbijanje raznih bolezni kod ljudi* (Beograd — Zagreb, 1952), ki je prevedena po Elaboratu posebnega odbora Ameriškega združenja za zaščito ljudskega zdravja:

Serumski hepatitis (str. 131 in sl.).

1. Te bolezni klinično in laboratorijsko ni moč razločevati od infekcioznega hepatitisa.

2. Povzročitelj je specifični virus ali virusi, ki so sorazmerno odporni proti vročini.

3. Izvir okužbe je kri ali krvni produkti okužene osebe.

4. Bolezen se prenaša s parenteralno (intravenozno, intramuskularno ali subkutano) inokulacijo okužene krvi, plazme ali seruma ter z dovajanjem profilaktičnih in terapevtskih sredstev iz brizgalk in igel, ki so onesnažene s sledovi krvi okužene osebe.

5. Inkubacijo cenimo na dva do šest mesecev, verjetno traja povprečno 12—14 tednov.

6. Pri prostovoljcih, ki so jim inokulirali virus, so ga našli v krvi že mnogo pred pojavom simptomov. Klicinosci so lahko tudi osebe, ki niso nikdar klinično obolele.

7. Sprejemljivost za okužbo je velika: približno vsaka peta oseba, ki je dobila injekcijo okužene krvi ali njenih derivatov, bo predvidoma obolela za obolenjem, ki je klinično spoznavno.

8. Zaradi težke razpoznavne med serumskim in infekcioznim hepatitisom, razširjenosti serumskega hepatitisa ni mogoče natanko ugotoviti.

9. Preprečevanje in zatiranje:

Preventivni ukrepi so:

a) Transfuzijo krvi (zlasti konservirane), seruma ali plazme smemo dajati samo v primerih, ki popolnoma ustrezajo namenom njihove terapevtske koristi ali potrebe. Zbiranje krvi povečuje verjetnost, da bo krvni produkt vseboval povzročitelje.

b) Zato velja v ZDA predpis, ki ukazuje, da morajo vse človeške plazme in serume, namenjene za uporabo pri ljudeh, dovolj časa obsevati z ultravijoličnimi žarki, ki z gotovostjo uničujejo virus.

c) Vse brizge, igle in nožičke za vbod bolnikovega prsta je treba najskrbneje sterilizirati v vroči vodi ali pari. Pri injekcijah se lahko sledovi krvi nevidno vračajo v brizge in jih s tem onesnažijo.

Zaključek: Spričo tega, da je serumski hepatitis obolenje, ki ga v zadnjem času dobro poznamo, moramo tudi mi poskrbeti, da se ta bolezen ne bo širila po naši krivdi. Zato moramo po naših ambulantah najskrbneje paziti, da bodo brizge in igle, ki jih uporabljamo za kateri koli poseg, vedno natančno sterilizirane, po naših dispanzerjih pa je nemudoma treba nabaviti toliko brizg, da bomo vsako kri za sedimentacijo lahko odvzemali ne le s prekuhanimi iglami, marveč tudi s presno steriliziranimi brizgalkami. Stroški za nabavo vsaj 10 novih brizg so spričo očitne nevarnosti okužbe s serumskim hepatitisom malenkostni.

Sicer pa — Caveant sorores et medici, ne quid detrimenti capiant patientes!

Izvedli smo a

V prvi številki te ki ga ima proučevan je ravno tej skupini odpraviti zlo, nam n pelje delo na razisk:

Anketo o prouče nem merilu, in sicer obširnih in temeljiti

v svojem članku, je vsekakor vazno omeniti suridnevni seminar, v katerega je Zvezni institut za statistiko poklical vse one zdravstvene delavce navedenih treh republik, ki naj bi prevzeli podrobno organizacijo in vodstvo dela na terenu. V tem seminarju so se kritično analizirali obrazci za anketo, dale smernice za izvedbo ankete, precej časa pa posvetilo tudi vprašanju, kakšne zaključke nam lahko da anketa in kateri odgovori nam bodo dali povezavo posameznih problemov med seboj.

V Sloveniji smo v celoti osvojili predlog, da bodo popisovalke oziroma anketarke medicinske sestre, ki naj bi izvedle delo v obliki patronažne službe. Zato smo se takoj lotili izbora za anketo. Mnenje, da bodo to delo najlaže in

predšolskih otrok

č

Bojan Pirc nakazal namen, n hkrati tudi poudaril, da ebnno pozornost. Če hočemo ga in po tej poti nas pri-

rok smo zamislili v zvez-Bosni in Hercegovini. Pri podrobno govori dr. Pirc

9. Preprečevanje in zatiranje:

Preventivni ukrepi so:

a) Transfuzijo krvi samo v primerih, ki po-
risti ali potrebe. Zbiranje
boval povzročitelje.

b) Zato velja v ZD
in serume, namenjene :
vijoličnimi žarki, ki z g

c) Vse brizge, igle
skrbneje sterilizirati v
nevidno vračajo v brizg

li plazme smemo dajati
ihove terapevtične ko-
bo krvni produkt vse-

jo vse človeške plazme
časa obsevati z ultra-

ga prsta je treba naj-
h se lahko sledovi krvi

Zaključek: Sp:
zadnjem času dobro poz
bo širila po naši krivdi.

da bodo brizge in igle, ki jih uporabljamo za kateri koli poseg, vedno natančno sterilizirane, po naših dispanzerjih pa je nemudoma treba nabaviti toliko brizg, da bomo vsako kri za sedimentacijo lahko odzimali ne le s prekuhanimi iglami, marveč tudi s presno steriliziranimi brizgalkami. Stroški za nabavo vsaj 10 novih brizg so spričo očitne nevarnosti okužbe s serumskim hepatitisom malenkostni.

titis obolenje, ki ga v
eti, da se ta bolezen ne
atah najskrbneje paziti,

Sicer pa — Caveant sorores et medici, ne quid detrimenti capiant patientes!

Izvedli smo anketo o morbidnosti predšolskih otrok

Med. s. Neža Jarnovič

V prvi številki tega zdravstvenega glasila je dr. Bojan Pirc nakazal namen, ki ga ima proučevanje zdravstvenega stanja otrok in hkrati tudi poudaril, da je ravno tej skupini prebivalstva treba posvetiti posebno pozornost. Če hočemo odpraviti zlo, nam morajo biti znani tudi vzroki tega in po tej poti nas pripelje delo na raziskavanje otroške morbidnosti.

Anketo o proučevanju zdravstvenega stanja otrok smo zamislili v zveznem merilu, in sicer v republiki Sloveniji, Srbiji, Bosni in Hercegovini. Pri obširnih in temeljnih pripravah za anketo, o kateri podrobno govori dr. Pirc v svojem članku, je vsekakor važno omeniti štiridnevni seminar, v katerega je Zvezni inštitut za statistiko poklical vse one zdravstvene delavce navedenih treh republik, ki naj bi prevzeli podrobno organizacijo in vodstvo dela na terenu. V tem seminarju so se kritično analizirali obrazci za anketo, dale smernice za izvedbo ankete, precej časa pa posvetilo tudi vprašanju, kakšne zaključke nam lahko da anketa in kateri odgovori nam bodo dali povezavo posameznih problemov med seboj.

V Sloveniji smo v celoti osvojili predlog, da bodo popisovalke oziroma anketarke medicinske sestre, ki naj bi izvedle delo v obliki patronažne službe. Zato smo se takoj lotili izbora za anketo. Mnenje, da bodo to delo najlažje in

najuspešneje izvršile tiste sestre, ki imajo izkušnje v patronažnem delu, poleg tega pa tudi ljubezen in veselje do dela pri zaščiti matere in otroka, je kvaliteta njihovega dela docela potrdila.

Da smo lahko izbrali družine, ki naj se v anketi upoštevajo, nam je bila nujno potrebna tudi pomoč okrajnih in občinskih ljudskih odborov. Za zelo važen del vseh priprav smatramo osebne obiske pri teh odborih. Seznanili smo jih z našo akcijo, vzbudili zanimanje in pripravili razpoloženje za sodelovanje. Poudariti moramo, da smo z redkimi izjemami povsod naleteli na veliko razumevanje, dobrovoljno sodelovanje in tudi dejansko pomoč. Opazili smo, da je ljudem na teh mestih problem otroške zaščite zelo blizu in da si želijo analiziranih rezultatov s svojega področja. Tudi sestre anketarke so v času ankete našle na občinah vsestransko pomoč in sodelovanje.

V celoti je v Sloveniji anketiralo 62 medicinskih sester v okrajih Ljubljana-mesto, Ljubljana-okolica, Trbovlje, Kočevje, Lendava, Radovljica, Šoštanj, Novo mesto, Ptuj, Postojna, Maribor-mesto, Celje-okolica, Tolmin in Sežana. Anketa je zajela 3323 družin s 5837 otroki. Takoj v začetku nam je bilo jasno, da medicinske sestre, ki so v službi na anketnem področju in zaposlene s svojim rednim delom, tega dela ne bodo zmogle same. Zato je na tiste terene, kjer je pomoč bila potrebna, odšlo iz Ljubljane 22 medicinskih sester. Vse razumevanje in pomoč smo dobili pri vodstvu in sestrah Patronažnega centra v Ljubljani, tako da so te sestre prevzele vse delo v mestu Ljubljani, poleg tega pa jih je odšlo 7 tudi na teren. Ravno tako je odšlo na teren 15 sester iz šestmesečnega podiplomskega tečaja za patronažno službo, ki je trenutno v Centralnem higienskem zavodu. Vse sestre, ki so bile pritegnjene k anketnemu delu, so dobile podrobna navodila v 10 instruktaznih sestankih, ki so se vršili po terenu.

Ko smo obšli anketne terene z namenom, da ustanove povežemo s sestrami, ki so anketirale, obenem pa kontroliramo tudi delo in po potrebi nudimo dodatno instruktazo, smo imeli priložnost videti veliko požrtvovalnost sester pri tem delu. Brez izjeme so vse vzele delo zelo resno. Opravile niso le ankete, ampak so tudi zase, za svoj poklic in bodoče delo na področju otroške zaščite nabrale dragocenih izkušenj in napotkov. Čeprav smo zelo pohiteli s pripravami in z začetkom dela na terenu z namenom, da bi ujeli še bolj ugodno jesensko vreme, so se sestre srečale s slabim vremenom in z občutno skrajšanimi dnevi, ki so otežkočali delo. V nekaterih občinah je bil teren silno težak, hribovit, anketirane družine pa v veliki oddaljenosti. Marsikatera sestra pa se je morala zaradi preciznosti dela in verodostojnih podatkov tudi večkrat vračati v isto hišo. Ker anketa zahteva take podatke, da zajamejo prav vse probleme v družini in probleme v zvezi z otrokom, so sestre dobile tako podroben vpogled v problematiko anketirane družine kot še nikoli pri nobenem patronažnem delu.

Anketiranje — obiskovanje družin in vpisovanje dobljenih podatkov je končano. Ta material, ki je vpisan v rubrikah zadevnega obrazca, bodo delavci zdravstvene statistike smiselno obdelali. Rezultati bodo osvetlili patologijo malih otrok, zdravstvena služba pa bo usmerila svoje delo k tistim problemom, ki iščejo pomoči zdravstvenega delavca. Morda še dragocenejšo gradivo pa bo našel zdravstveni delavec socialne pediatrije in mentalne higijene na notranji strani družinskega lista, kjer so napisana posebna opažanja sestre. Tu so vtisi, ki jih je dobila sestra v razgovoru z materjo in ki osvet-

ljujejo starše teh otrok, položaj otrokove matere, ki jo sprašujemo, zakaj je otrok zbolel, zakaj je bolan in zakaj je morda umrl.

Anketa o morbidnosti otrok nam je hkrati tudi pokazala, da smo že premagali začetne težave na poti do prave patronažne službe. Naši ljudje so nasproti sestri zaupljivi in iščejo njene pomoči in nasvetov, če ima sestra pravilen nastop in se jim zna približati. Vsekakor je to najtežje področje dela medicinske sestre, a hkrati tudi najlepše delo, pri katerem najde sestra zadoščenje, ko vidi, koliko lahko koristi obiskani družini prav v vseh pogledih preventivne zdravstvene službe.

Rodnost in smrtn

I. polletju 1954

Polletni pregled podaja s preteklim letom n

Rodnost,¹ ki je v po 1950 pa zavzela smer p znatno znižanje.

i 1954 nam v primerkazala porast, od leta lletju letošnjega leta

Rodnost (živorojenih) na 1000 prebivalcev	leto 1946					leto 1951	leto 1952	leto 1953
	20.9	22.7	22.7	23.0	24.6	23.5	22.9	22.3

Najmanjšo rodnost smo beležili v Sežani (15.60). V okraju postaja vprašanje depopulacije vse akutnejše. Zlasti še, ker je tudi indeks smrtnosti² visok (12.67) in tako na drugem mestu med okraji. Naravni prirastek³ je 2.9 na 1000 prebivalcev, kar pomeni v primerjavi z drugimi okraji izredno nizko vrednost. Selitveni indeks je visok,⁴ maja n. pr. — 26.5 na 1000 prebivalcev. To govori prav gotovo za spremenjeno starostno strukturo prebivalstva, zaradi česar tudi verjetna nizka rodnost ter visoka splošna smrtnost. Nizka rodnost je še v Črnomlju, Postojni in Krškem, torej v okrajih z negativnim selitvenim indeksom, a smrtnostjo v višini povprečja Slovenije. Presenetita pa Celje in Maribor mesto z visokim selitvenim indeksom (v maju n. pr. +20 in +13.7 na 1000 preb.), a nizko rodnostjo 16.5 in 15.6. V Mariboru mestu je smrtnost

¹ Rodnost — nataliteta je število rojenih na 1000 prebivalcev. Mortinataliteta je število mrtvorojenih na 100 živorojenih.

² Indeks smrtnosti, mortaliteta je število umrlih na 1000 prebivalcev.

³ Naravni prirastek je razlika med številom rojenih in umrlih na 1000 prebivalcev. — Umrljivost dojenčkov je število umrlih v starosti 0—11 mesecev na 100 živorojenih. — Umrljivost malih otrok je število umrlih otrok na 1000 otrok iste starosti.

⁴ Selitveni indeks je število odseljenih na 1000 prebivalcev.

ljujejo starše teh otrok, pol otrok zbolel, zakaj je bolan

Anketa o morbidnosti o magali začetne težave na nasproti sestri zaupljivi in pravilen nastop in se jim z medicinske sestre, a hkrati sščenje, ko vidi, koliko lahl preventivne zdravstvene sli

rašujemo, zakaj je

da, da smo že prebe. Naši ljudje so tov, če ima sestra težje področje dela najde sestra zado- v v vseh pogledih

Rodnost in smrtnost LR Slovenije v I. polletju 1954

Dr. Boga Škrinjar

Polletni pregled podatkov o rojenih in umrlih v letu 1954 nam v primerjavi s preteklim letom ne daje zadovoljive slike.

Rodnost,¹ ki je v povojnih letih vse do leta 1950 kazala porast, od leta 1950 pa zavzela smer padanja, kaže tudi v prvem polletju letošnjega leta znatno znižanje.

Rodnost (živorojenih) na 1000 prebivalcev	leto 1946	leto 1947	leto 1948	leto 1949	leto 1950	leto 1951	leto 1952	leto 1953
	20.9	22.7	22.7	23.0	24.6	23.5	22.9	22.3

Najmanjšo rodnost smo beležili v Sežani (15.60). V okraju postaja vprašanje depopulacije vse akutnejše. Zlasti še, ker je tudi indeks smrtnosti² visok (12.67) in tako na drugem mestu med okraji. Naravni prirastek³ je 2.9 na 1000 prebivalcev, kar pomeni v primerjavi z drugimi okraji izredno nizko vrednost. Selitveni indeks je visok,⁴ maja n. pr. — 26.5 na 1000 prebivalcev. To govori prav gotovo za spremenjeno starostno strukturo prebivalstva, zaradi česar tudi verjetna nizka rodnost ter visoka splošna smrtnost. Nizka rodnost je še v Črnomlju, Postojni in Krškem, torej v okrajih z negativnim selitvenim indeksom, a smrtnostjo v višini povprečja Slovenije. Presenetita pa Celje in Maribor mesto z visokim selitvenim indeksom (v maju n. pr. + 20 in + 13.7 na 1000 preb.), a nizko rodnostjo 16.5 in 15.6. V Mariboru mestu je smrtnost

¹ Rodnost — nataliteta je število rojenih na 1000 prebivalcev. Mortinataliteta je število mrtvorojenih na 100 živorojenih.

² Indeks smrtnosti, mortaliteta je število umrlih na 1000 prebivalcev.

³ Naravni prirastek je razlika med številom rojenih in umrlih na 1000 prebivalcev. — Umrljivost dojenčkov je število umrlih v starosti 0—11 mesecev na 100 živorojenih. — Umrljivost malih otrok je število umrlih otrok na 1000 otrok iste starosti.

⁴ Selitveni indeks je število odseljenih na 1000 prebivalcev.

nizka, v Celju pa je v primerjavi s preteklim letom močno porasla od 8 lani na 12 v letošnjem polletju. Višje je letos število umrlih v juniju — vremenske nepravilnosti, poplava, vendar umrljivost v januarju celo presega to vrednost. Višjo umrljivost v prvem tromesečju v Celju opažamo že pretekla leta, zlasti smrtnost dojenčkov in starih ljudi. V večini okrajev krivulja smrtnosti dojenčkov ne kaže več izrazitega zimskega oziroma letnega vrha. V Celju mestu pa je zimski vrh močno poudarjen. Preprečevanje infekcij dihal in zgodnje zdravljenje pri dojenčkih, pa tudi pri starih ljudeh v Celju bo smrtnost znatno znižalo. Z visoko rodnostjo, ki ni le slučaj letošnjega leta, so zastopani Slovenj Gradec, Kočevje, Ljubljana-okolica. Zdravstvena zaščita žene pred porodom in dojenčkov ter malih otrok zahteva tukaj vsega poudarka.

Mrtvorojenih je bilo v prvem polletju 279, kar presega lansko višino. Na 100 živorojenih je bilo mrtvorojenih 1.98, lani 1.35. Visok je odstotek v Šoštanju 3.0, Trbovljah, 2.9, Radovljici 2.9, Novem mestu 2.6. Odstotek mrtvorojenih je višji pri porodih, pri katerih je sodelovala nestrokovna oseba — na 100 rojenih z babico oz. zdravnikom je 1.4 % mrtvorojenih, na 100 rojenih brez strokovne pomoči 3.4 %. Odstotek mrtvorojenih je dalje tudi višji med nezakonsko rojenimi. Pri študiju vprašanja mortalitete, ki naj seveda zajame dobo več let v okrajih z visokim odstotkom mrtvorojenih, bo treba podrobneje določiti, ali visok odstotek velja za okraj kot celoto ali je lokaliziran za posamezne predele. Pri iskanju vzrokov bo treba upoštevati tudi zgornja dva momenta, anketa, ki je nujna, pa se bo morala poglobiti podrobno predvsem v smer proučevanja tudi drugih socialnih in ekonomskih faktorjev.

Povprečno mesečno število mrtvorojenih	leto 1939	leto 1948	leto 1949	leto 1950	leto 1951	leto 1952	leto 1953
		53	55	57	52	49	53

Umrlijivost dojenčkov. Umrlo je lani 1968 otrok v starosti 0—11 mesecev, kar kaže v primerjavi s preteklimi leti zadovoljivo sliko. Število umrlih dojenčkov pa je v letošnjem letu zopet višje. Umrlijivost niha med okraji od 4.2 do 8.7 %. Velikih razlik med mestom in deželo ne opažamo. Izrazito višja

Umrlijivost dojenčkov	leto 1939	leto 1948	leto 1949	leto 1950	leto 1951	leto 1952	leto 1953
		10.98	9.7	8.5	7.9	8.7	6.8

je umrljivost med nezakonskimi otroki, saj seže za leto 1952., ko razpolagamo s temi podatki po okrajih, do 12 in 17 %! Povprečje treh let kaže, da si prva mesta v lestvici umrlih dele nedonošenost, poškodbe ob rojstvu z atelektazo, boleznimi dihal in boleznimi prebavil. V prvem mesecu starosti je umrlo 49.6 % vseh umrlih dojenčkov; 14.9 % prvi dan, 17 % prvi teden, 17 % v 2., 3. in 4. tednu. Od vseh umrlih je bilo dojenčkov 13 %. Delež otroške smrtnosti v

celotni smrtnosti pa je poudarjen v okrajih Črnomelj (od 100 umrlih je bilo 22 dojenčkov), Murska Sobota (16), Ptuj (17.5), Radovljica (18), Postojna (15.8). Vsi ti okraji beležijo od lani tudi znaten porast umrljivosti dojenčkov. Velika je razlika zlasti v Črnomlju. — od 5 na 13.9, Postojni od 4.9 na 9, Ptujju od 8.6 na 11.7, Murski Soboti od 7.6 na 9.5. Podrobnejše proučevanje teh razlik, pa seveda tudi visoke otroške smrtnosti sploh, bi bila ena važnih nalog okrajnega zdravstvenega doma zlasti v teh okrajih. Nizko smrtnost dojenčkov kaže Gorica — 3.5, Ljubljana-mesto — 3.7, Maribor-mesto — 4.6, Sežana — 4.8.

Umrlijivost malih otrok. V starosti 1—4 let je umrlo lani 305 otrok — 173 dečkov, 132 dekllic. Umrlijivost malih otrok v primerjavi z umrljivostjo dojenčkov je sicer nizka, vendar v primerjavi z drugimi državami še vedno previsoka. Med vzroki smrti so najpogostnejša — obolenja dihal, prebavil, srca, vnetje srednjega ušesa, akutne infekcijske bolezni, nezgode.

Splošna umrljivost je višja kot lani (10.3). Zlasti visoke vrednosti kažejo Tolmin (13.7), Sežana (12.67), Ptuj (12.16) in, kot že omenjeno, Celje-mesto (12.13). Smrtnost v prvem tromesečju je za vso Slovenijo nekoliko nad smrtnostjo drugega tromesečja. V Sežani, Ptujju in Celju pa je spomladanski vrh še bolj poudarjen. Okraji Gorica, Kočevje, Ljubljana-okolica, Radovljica sicer ne presegajo znatno republiškega povprečja ali so celo pod njim, vendar pa kažejo v primerjavi z lanskim letom znatno poslabšanje. V drugem polletju bo treba proučevanju tega vprašanja zlasti v teh okrajih posvetiti več pažnje! Relativno zadovoljivo je stanje v Kranju (8.6), Ljubljani (7.3), Mariboru (8.3, vendar lani 7.24), Novem mestu (8.9), Šoštanjju (9.3) in Trbovljah (9.7). Umrlijivost je najnižja pri mladini od 0—14 — 0.8, nato pa postopoma raste. Višja je umrljivost moških kot žensk.

Število umrlih, ki za časa zadnje bolezni niso imeli zdravniške oskrbe, je visoko in v primerjavi z letom 1952 le nekoliko nižje — 40.2 % v letu 1952 in 37.59 % brez zdravniške pomoči v letošnjem polletju. Visok odstotek kaže na nepopolnost zdravstvene službe; saj celo veliko število najtežjih bolnikov, katerih obolenje se je končalo s smrtjo, ni bilo zajeto pod zdravstveni nadzor. Razlike med okraji so velike; tako v celoti kot še prav posebej v posameznih starostnih skupinah. Tudi pregledu teh števil naj bi zdravstveni dom posvetil svojo pažnjo in analiziral dobljene rezultate na enem prvih sestankov Sveta za zdravstvo. Zlasti visok odstotek malih otrok, umrlih brez zdravstvene oskrbe, zahteva še prav posebne razjasnitve. V bolnišnicah jih je umrlo le 17 %; odstotek pa — če odštejemo nasilne smrti — s starostjo strmo pada.

Podatke o rojenih in umrlih registrirajo matičarji v matične knjige, izpišejo pa za vsakega rojenega oz. umrlega statistični list, ki ga pošljejo okrajnemu statističnemu uradu. Do letošnjega leta so okrajni statističarji le zbirali te lističe in jih pošiljali republiškem zavodu v letno obdelavo. Z letošnjim letom pa okrajni statističarji podatke mesečno obdelajo in zdravstvena služba okraja ima možnost mesečne presoje podatkov o vitalnih dogodkih svojega področja. V okrajih, kjer z mrliško-ogledniško službo še vedno niso zadolženi zdravniki — okraj Šoštanj, Kočevje, Krško (razen Brežic), Ljutomer, Maribor-okolica, Murska Sobota (razen mesta), Novo mesto (razen mesta), Ptuj (razen mesta), Sežana, Tolmin,

bodo seveda podatki o vzrokih smrti netočni in nezanesljivi. Težiti pa bi bilo treba za tem, da tudi ti okraji najdejo možnost za ureditev mrliško ogledniške službe.

Poleg mesečnih statističnih prikazov, ki jih zdravstvena služba okraja dobiva od okrajnega statističnega urada, pa dobiva okrajni zdravstveni dom oziroma higienska zdravstvena ustanova od matičarja neposredno prijavo za vsakega rojenega in umrlega na področju. Te prijavne kartice so predvsem operativnega pomena. Otroškemu dispanzerju oz. posvetovalnici, šolski ambulanti, protituberkuloznemu dispanzerju, splošni ambulanti v okraju, higienski postaji bi naj bili ti podatki teh kartic važno vodilo pri delu. Vendar se jim posveča vse premalo pozornosti. V večini okrajev se operativno sploh ne izkoristijo, temveč je le zdravstveni statističar oni, pri katerem se zbero in obleže do letne številčne obdelave, ki pa je v primerjavi z operativnim namenom le stranskega pomena.

MEDICINSKA SESTRA

NA TERENU

UREDIL

UREDNIŠKI ODBOR

LETO I. — 1954

Izdaja Centralni higienski zavod v Ljubljani

KAZALO

Med. s. Anžlovar Neda: »Patronažni center« diplomiranih medicinskih sester in socialnih delavcev v Ljubljani	55
Dr. Avčin Marij: Pripravimo se pravočasno na preprečevanje poletnih črevesnih bolezni pri naših najmlajših	2
Dr. Bebler Damjana: Pravilna prehrana — pogoj dobrega uspeha	15
Medicinska sestra naj bo prva v borbi za zdravo prehrano prebivalstva	22
Zdravstvena vzgoja in prehrana	52
Med. s. Bole Cita: Usposabljanje medicinskih sester za patronažno službo	21
Letošnji »Teden otroka« je poveril medicinskim sestram važno nalogo	50
Doc. dr. Bonač Ivan: Zaključki II. kongresa preventivne medicine na Bledu	48
Grum Andreja: Zavod za napredek gospodinjstva se razvija	25
Dr. Humar Zdenka: Čemu otroški dispanzer?	66
Med. s. Jarnovič Neža: Izvedli smo anketo o morbidnosti predšolskih otrok	79
Dr. Kalčič Svetozar: Nekaj o vakcinacijah	27
Dr. Karlin Mirko: O virusnih hepatitisih s posebnim poudarkom na serumski hepatitis	75
Dr. Kmet Janez: Tudi oslovskemu kašlju se bomo uspešno uprli	71
Dr. Lunaček Slava: Priprave za počitniško letovanje	10
Med. s. Musek Majda: O delu medicinske sestre v posvetovalnici za noseče	68
Dr. Pirc Bojan: O terenskem proučevanju otroške morbidnosti	7
Dr. Reja Dušan: Patronažna služba in zdravstvena vzgoja v protituberkulozni službi	58
Savić Branka: Socialna politika in zaščita otrok v Jugoslaviji	39
Dr. Škrinjar Boga: Rodnost in smrtnost LR Slovenije v I. polletju 1954	81
Tomšič Janez: Medicinska sestra — pedagoška delavka	24
Dr. Vendramin Dragica: O sodobnem gledanju na zaščito socialno ogroženega otroka	45
Dr. Zupančič Jakobina: V koloniji in na letovanju	13
Naša otroška okrevališča	19
Medicinska sestra in počitniška letovanja	10
Svetovni kongres za zaščito otrok	37
Uvodna beseda	1