

Vloga zdravstvene službe oziroma svetov za zdravstvo v otroških ustanovah stanovanjske skupnosti*

Dr. Tone Ravnikar

Po proučitvi nekaterih člankov in referatov, ki obravnavajo naslovno temo, zlasti še časopisnega gradiva o posvetu, ki ga je sklicala SZDL in je bil dne 5. VI. t. l. v prostorih Ljudske skupščine LRS, in po konzultiranju vodilnih zdravstvenih delavcev na področju otroškega zdravstva dajem v zgoščeni obliki nekaj misli in predlogov, za katere menim, da bi utegnili biti koristni. Z njimi ne izražam mnenja Sveta za zdravstvo LRS, ker Svet še ni razpravljal o njih, mislim pa, da z današnjim posvetovanjem stvari še niso dokončno izoblikovane in da bo moral svet o njih še temeljito razpravljati.

I.

Zakon o stanovanjski skupnosti pravi v 2. členu, da stanovanjska skupnost organizira in pospešuje vse dejavnosti in službe, ki neposredno služijo družini, gospodinjstvu in delovnemu človeku v zadovoljevanju vsakdanjih potreb, torej tudi zdravstvene dejavnosti in službe, v prvi vrsti tiste, ki so namenjene varstvu in vzreji otrok. V istem členu je rečeno, da stanovanjska skupnost uresničuje svoje naloge samostojno ali skupaj z občinskimi organi, ki so ji dolžni pomagati v strokovnem in materialnem pogledu.

V 4. členu je povedano, da stanovanjska skupnost lahko ustanavlja servise, obrti, podjetja in zavode, v 5. členu pa je dano pooblastilo, da stanovanjska skupnost lahko organizira prostovoljno delo in zbira prostovoljne prispevke.

Člen 15. pravi, da se potrebna finančna sredstva določijo v sporazumu med ObLO in stanovanjsko skupnostjo, vire dohodkov pa našteva 36. člen.

V 19. členu so podrobno naštetih otroški in mladinski zavodi, ki jih lahko ustanavlja stanovanjska skupnost, v 28. členu pa je rečeno, da natančneje določbe o teh zavodih vsebuje statut stanovanjske skupnosti.

V 30. členu je stanovanjski skupnosti dana pravica, da sklepa začasna delovna razmerja.

Omenil sem le tiste člene zakona stanovanjske skupnosti, ki dajejo pravni okvir za ustanavljanje in delo kombiniranih ustanov za varstvo otrok. Iz njih izhaja, da ne gre za zavode v resornem smislu, ti zavodi niso ne šolski, ne

* Koreferat na posvetovanju o družinskih ustanovah stanovanjske skupnosti v sistemu varstva otrok in mladine (15. in 16. VI. t. l. v Ljubljani).

socialni in ne zdravstveni, pač pa zavodi stanovanjske skupnosti, ki združujejo v sebi sicer vse zgoraj navedene dejavnosti, vendar niso resorno vezani. Iz tega seveda ne sledi, da resori nimajo do stanovanjske skupnosti in njenih zavodov nobenih dolžnosti. Nasprotno, resori imajo do njih v bistvu iste naloge kakor do svojih zavodov. Resorni zavodi, v našem primeru — zdravstveni domovi in postaje, dispanzerji, poliklinike, higienski zavodi, sanitarna inšpekcija itd., morajo v svojo dejavnost zajeti tudi potrebe stanovanjske skupnosti.

V tem pogledu je obstoječa zdravstvena zakonodaja toliko široka, da jo zaradi ustanavljanja stanovanjskih skupnosti ni treba kaj dosti dopolnjevati. Težave, ki nanje zadevajo državljani pri iskanju zdravstvenega varstva, nimajo svojih korenin v pomanjkljivosti zakonitih predpisov, ampak v insuficientnosti zdravstvenih ustanov in njenih kadrov.

Zakon o zdravstvenih domovih in postajah (Uradni list št. 21 iz leta 1956) obsežno našteva naloge, od katerih bežno omenjam samo tiste, ki se tičejo tudi kombiniranih ustanov za otroke: proučevanje zdravstvenega stanja in predlaganje ukrepov za izboljšanje; skrb za higieno na vseh krajih, kjer se zbirajo ljudje zaradi skupnega dela, pouka in razvedrila; preprečevanje in zatiranje bolezni, zlasti nalezljivih in socialnih; organiziranje patronažne službe; posebno zdravstveno varstvo dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok in mater; zdravstvena vzgoja in prosveta; strokovno izpopolnjevanje zdravstvenega osebja; statistika in evidenca. Če bi bil še kdo v bojazni, da niso našteje vse bistvene naloge, je zakonodajalec dodal tudi odstavek, ki pravi, da opravljajo zdravstveni domovi in postaje še druge naloge, ki jim jih naloži organ za zdravstvo pri občinskih ljudskih odborih.

Ker so v zakonu o zdravstvenih domovih in postajah naloge našteje le okvirno, ne da bi bila vsebina nalog konkretno opredeljena, je v Uradnem listu št. 35 iz leta 1957 izšel zelo zajeten pravilnik o nalogah, notranji ureditvi in delu zdravstvenih strokovnih enot za varstvo žena, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih in postajah. Ta pravilnik do podrobnosti ureja naloge patronažne službe, posvetovalnic in dispanzerjev za žene, posvetovalnic in dispanzerjev za otroke, šolskih dispanzerjev, šolskih poliklinik, predšolskih in šolskih zobnih ambulant, socialne službe itd. V podrobnosti tega pravilnika se ne utegnem spuščati, opozarjam pa nanj prav posebno, ker ga bo moral dobro poznati vsak, kdorkoli se bo ukvarjal z organizacijo in delom kombiniranih ustanov za otroke.

Zaključujem to poglavje svojega poročila z ugotovitvijo, da sedanji pravni predpisi v zdravstvu niso nobena ovira, da ne bi stanovanjska skupnost za vse svoje zdravstvene dejavnosti — ne le za kombinirane ustanove za otroke — dobila od zdravstvene službe in njenih zavodov vso potrebno pomoč.

Na žalost to seveda še ni jamstvo, da bo v vsakem primeru konkretna pomoč tudi dejansko zadovoljiva.

II.

V civilizirani družbi je življenje vezano na določene higienske navade, ki so toliko bolj pomembne, kolikor občutljivejši je organizem družbe za razne škodljivosti. Posebno ranljiv organizem so otroški kolektivi. Zato se nekoliko čudim, ko v zakonu o stanovanjski skupnosti čitam, da morajo servisi za družbeno prehrano izpolnjevati določene higienske pogoje, če naj dobe pravico do obratovanja, za razne zavode, ki jih v skladu s 4. in 19. členom zakona lahko

ustanavlja stanovanjska skupnost, pa o izpolnjevanju higienskih pogojev ni nobene besede. Ne glede na to pa verjetno ni nikogar, ki bi mislil, da v teh zavodih izpolnjevanje določenih higienskih normativov ne bi bilo potrebno. Naloga zdravstva je, da pove, kakšni naj bodo ti normativi.

V večini gradiva, ki mi je bilo dostopno, je v bolj ali manj jasni obliki rečeno, da je potrebno na eni strani vztrajati pri brezpogojnem izpolnjevanju primernih higienskih normativov, na drugi strani pa se boriti, da se higienski normativi zaradi pretiranih zahtev posameznih zdravstvenih delavcev ne izrode v resno oviro za realizacijo načrtov. Mislim, da je oboje enako nujno. Pri posvetu s strokovnjaki se je glede tega izoblikovalo naslednje stališče:

Ustanove za varstvo otrok v stanovanjski skupnosti naj bi bile organizirane tako, da bi lahko sprejemale otroke vseh starosti do 16. leta. Materam ne bi storili nobene usluge, če bi ne sprejemali tudi otroke do 2. leta starosti. Čeprav bo marsikje možno manjše otroke dajati v občasno varstvo družinam, pri katerih bi poosttrili patronažno službo, bo vendar vsaj pri nekaterih ustanovah treba predvideti tudi prostore za dojenčke in male otroke. S tem se raven normativov seveda znatno zviša. Načelje mora biti raven iz razumljivih razlogov toliko višja, kolikor več je v ustanovi otrok in kolikor dalj časa se povprečno dnevno zadržujejo v ustanovi. Pri tem opozarjajo zdravstveni delavci na možnost, da se otroci staršem odtujijo, če bi se le predolgo mudili v ustanovah oziroma izven družinskega kroga. Zato naj bi se celodnevno bivanje v ustanovah toleriralo le občasno in izjemoma.

Potrebno je, da otrokom puščamo čim več svobode in iniciativnosti, da ne bi trpel njihov individualni razvoj. Otrokom so potrebne lastne izkušnje in vaditi se morajo v premagovanju težav. Pri takem načinu vzgoje more biti osebje le v omejeni meri odgovorno za manjše in izjemoma morda celo hujše poškodbe otrok, saj bi se utegnile zgoditi, tudi če bi bili otroci doma.

Predvidevati moramo nadalje, da se bo starostna struktura otrok z leti menjavala. Vsaj pri novih zgradbah, kjer se bodo prostori za varstveno ustanovo gradili po načrtu, bi bilo zato zelo prav, če bi se omogočilo, da bi se konfiguracija prostorov lahko spreminjala, n. pr. z montažnimi (premičnimi) stenami. Osebje naj bo vsaj delno stalno nastavljeno. Poznati mora vzgojne in osnovne higiensko-zdravstvene principe. Za nego otrok do 2. leta bi bile najprimernejše poklicne otroške negovalke; ker jih pa verjetno ne bo mogoče dobiti, bi kazalo pravočasno misliti na organizacijo daljšega tečaja (3–6 mesecev) za priučitev laičnega osebja.

Na eno osebo sme biti največ do 10 otrok od 0 do 2 let in največ do 20 predšolskih otrok.

Pri prostorih, ki naj bi jih imela taka ustanova, moramo upoštevati, da je v naših klimatskih razmerah najmanj 100 takih dni, ko se bodo otroci cel dan zadrževali v zaprtih prostorih.

Igralnica lahko služi hkrati za jedilnico in ležalnico med počitkom po kosilu, imeti pa mora 4–5 m³ zraka na otroka pri maksimalni zasedbi.

Učilnica je lahko obenem tudi delovna soba in jedilnica za šolske otroke, mora pa imeti 2 m² talne površine na učenca in ne sme biti namenjena za več kot 15 učencev v eni izmeni. Če bi prišlo na eno izmeno več učencev, je treba predvideti več učilnic.

Če se bo hrana prinašala od drugod, je potrebna le čajna kuhinja, sicer pa prava kuhinja s stranskimi prostori.

Potrebna je neposredno zračena garderoba z možnostjo za sušenje mokre obleke in obutve.

Od sanitarij je poleg stranišča, ki naj bo ločeno za dečke in deklice, potrebna še kabina s prho, ki služi istočasno za toaleto deklicam, in pa predprostor z zadostnim številom umivalnikov, da si otroci vsaj pred vsako jedjo brez prevelike zamude in prerivanja lahko umijejo roke.

Po možnosti naj bi imela ustanova za popoldanski počitek in igro polzaprto verando, ki bi se uporabljala zlasti ob slabem vremenu. V bližini ustanove mora biti primerno urejeno igrišče.

Če bi se priključili prostori za otroke do 2 let, naj bi imeli:

1. sobo za male dojenčke z vdelano kopalno kadjo;
2. sobo za večje dojenčke oziroma otroke od 1 do 2 let;

3. čajno kuhinjo oziroma kuhinjsko nišo s štedilnikom in hladilnikom za pripravo hrane dojenčkom. Ta hrana bi se morda lahko pripravljala za vse mesto in bi se od tod raznašala po vseh ustanovah stanovanjskih skupnosti;

4. prostor za shrambo umazanega perila.

Ta oddelek ustanove naj bi imel poseben vhod.

Ustanova naj bi imela grelec za vodo ca. 50 ali 90 litrov in možnost za enakomerno ogrevanje vseh prostorov.

Pogoji za sprejem v ustanovo:

Otroci naj bi bili pred sprejemom zdravniško pregledani (predvsem na tuberkulozo). Pregledi naj bi se občasno ponavljali. Vsi morajo biti cepljeni proti nalezljivim boleznim po zadevnih zakonskih predpisih, in sicer po možnosti tudi proti boleznim, za katere cepljenje še ni obvezno.

Tudi osebe, ki bo delalo z otroki, mora biti prej in pozneje periodično zdravniško pregledano (tuberkuloza in kliconosci). Če kateri od otrok oboli, se ne sme zadržati dalje v ustanovi, ampak ga mora prevzeti mati oziroma ustrezna zdravstvena ustanova. Zato posebna soba (prostor) za izolacijo ni potrebna.

III.

Vlogo zdravstvene službe oziroma svetov za zdravstvo v otroških ustanovah bi glede na vse to lahko opredelili v naslednje smeri:

1. Sveti spremljajo celotno zdravstveno problematiko otroških ustanov s tem, da proučujejo statistično gradivo, redna in občasna poročila, anketni material, posebna poročila strokovnih komisij itd. in na tej osnovi v mejah zakonitih predpisov odredjajo ukrepe za izboljšanje službe in zdravstvenega stanja v otroških ustanovah.

2. Sveti opravljajo splošni in odredjajo strokovni nadzor nad zdravstvenimi zavodi, ki so zadolženi za neposredno zdravstveno varstvo v otroških ustanovah.

3. Sveti preko sanitarne inšpekcije kontrolirajo izpolnjevanje zakonitih predpisov na vseh področjih, ki jih po zakonu nadzira sanitarna inšpekcija.

4. Sveti (ljudski odbori) vodijo na svojem področju celotno zdravstveno politiko, katere sestavni del in važen cilj je tudi napredek pozitivnega zdravja državljanov v stanovanjskih skupnostih, posebej še otrok.

Spričo popolne decentralizacije v izvajanju zdravstvene službe so naloge svetov toliko konkretnjše in operativnejše, čim bližje so terenu. Republiški svet daje načelne, občinski svet operativne smernice, republiški svet daje splošna, občinski konkretna priporočila in naloge svojim organom, t. j. zdravstvenim zavodom in sanitarni inšpekciji.

Če po teh splošnih ugotovitvah preidemo na dejansko izvajanje zdravstvenega varstva, moramo reči, da je le-to v celoti v rokah obstoječe mreže zdravstvenih ustanov, v prvi vrsti — ko govorimo o otroških kombiniranih zavodih — v rokah zdravstvenih domov in postaj in njihovih delovnih enot, kot so splošne in specialistične ordinacije, posvetovalnice, dispanzerji, patronažna služba ipd. Organi stanovanjske skupnosti, v prvi vrsti vodstva otroških kombiniranih zavodov, se bodo morali povezati z najbližjimi ambulantno-polikliničnimi zdravstvenimi ustanovami in z njimi sporazumno določiti način in obseg zdravstvenega varstva.

V podrobnosti finančnega obračunavanja vseh vrst storitev, ki jih obsega zdravstveno varstvo, se ne bi spuščal. Vendar ni nobenega dvoma, da pride poleg obračunavanja po veljavnih predpisih samostojnega finansiranja v poštrev tudi še poseben dogovor z upravnim odborom zdravstvenega zavoda in celo dogovor s posameznim zdravstvenim delavcem, ki bi bil voljan nuditi usluge ob izjemno ugodnih pogojih, seveda z vednostjo in pristankom zdravstvenega zavoda. V poštrev pridejo nadalje razne oblike mentorstva in tutorstva, seveda bi eno in drugo moralo biti prostovoljno.

Aplicirano na posamezni kombinirani otroški zavod v stanovanjski skupnosti naj bi zdravstveno varstvo bilo urejeno nekako takole:

Dobršen del brige za zdravje otrok bo opravilo že osebje otroške ustanove, kolikor bo za to primerno usposobljeno.

Zato ponovno opozarjam na pravočasno prirejanje dobrih tečajev za priučevanje laičnega osebja.

Najbližja javna zdravstvena ustanova bo morala znaten del svoje patronažne službe usmeriti prav na potrebe družin oziroma otrok v stanovanjski skupnosti. Patronažna sestra bo morala po možnosti dnevno obiskati otroško ustanovo in se na hitro orientirati o zdravstvenem stanju otrok in o higienskem režimu v ustanovi. Imeti bo morala kontakt z družinami teh otrok, še posebej pa z družinami, ki bi jemale v občasno varstvo dojenčke in najmanjše otroke.

Stalen zdravnik ustanovi ne bo potreben, pač pa bo moral biti na poziv dosegljiv vselej nekdo od zdravnikov — najboljše bi bilo, da je to vedno isti zdravnik. Posebno skrb bo treba posvetiti novodošlim in bolehnim otrokom. Potrebni bodo občasni sistematski pregledi, je pa vprašanje, kje naj se opravljajo. Načelno naj bi veljalo, da ostanejo vse družine in tudi otroci glede zdravstvenega varstva vezani na obstoječo redno mrežo zdravstvenih zavodov in da se v kombiniranih otroških ustanovah zagotovi le tisti minimalni del zdravstvenega varstva, ki je potreben, da se preprečijo zdravstvene okvare zaradi bivanja otrok v teh ustanovah.

Za zaključek opozarjam še na okolnost, da bo celotna stanovanjska skupnost, posebno pa še družina z otroki, zelo primeren teren za izvajanje zdravstvene prosvete in za mobilizacijo prebivalstva k aktivnemu sodelovanju pri reševanju zdravstvene problematike sploh. Če le kje, se bo tu pokazalo, da je skrb za zdravje zadeva vseh državljanov in ne samo zdravstvenih delavcev.

O raznih zasnovah, ustrojih, pripravljenostih in dovzetnostih otrokovega telesa

Dr. Marij Avčín

(Nadaljevanje)

4. Široki, debelušni in debeli otroci

Široki in debelušni otroci so večinoma srednje veliki ali pa je njihova višina nekoliko pod srednjo mero. Teža pa je skoraj vedno nad mero, ki bi ustrezala višini, in tudi nad mero, ki je za neko določeno starost značilna. Imajo razmeroma nežne okončine, zlasti če jih primerjamo z obsegom trebuha in prsnega koša. Glava tudi ni preveč velika, na videz je skoraj drobnejša in malone okroglasta. Maščoba je več ali manj bogato nabrana in odeva takega otroka v masten plašč, debel za dober centimeter in več. Maščoba se zbira zlasti na trebuhu in prehaja tudi navzgor na prsni koš.

Širokost in debelušnost pri otroku se nam kaže po navadi tudi v t. im. pikničnem liku otroka, ki je — od strani ali od spredaj in zadaj gledan — po navadi ves nekam sodčaste oblike. Takemu liku pripada tudi značilen notranji ustroj z nekaterimi posebnostmi v dejavnosti telesa in v duševnosti.

Po navadi zasledimo, da otroci pikničnega lika nimajo uravnovešenega samohotnega živčnega sistema. Zaradi tega prevladuje en del tega živčevja nad drugim, kar privede do najrazličnejših dogajanj, ki jih ne smemo zamenjati z boleznimi, ker so neke meje značilne za otroke in ljudi. Taki otroci imajo pogostne težave s srcem, občutek tesnobe pri srcu, stalno ali začasno nereden utrip srca. Pogosto dobijo bronhalne katarje, ki dokaj sličijo pravi naduhi. Pri tem jim v širokem, sodčastem prsnem košu hrope in žvižga, tako da zdravnik mnogokrat, upravičeno ali neupravičeno, ugotovi naduho. Tudi na črevesju imajo taki otroci slična dogajanja. Od časa do časa imajo črevesne katarje s povečano količino sluzi v blatu. Med sluzjo je tudi mnogo od površine črevesne sluznice odluščenih celic in belih krvničk. Blato se izpraznjuje nenadoma, pri čemer otroka močno zavije v trebuhu. Najrazličnejše vzburjenosti lahko sprožijo takšno izpraznjevanje črevesja pri otroku: od premočnih duševnih in živčnih pretresljajev pa do nekaterih sestavin hrane, ki navzlic majhnim množinam sprožijo v črevesju večja in hitrejša dogajanja. Zato pač ne smemo preveč zapostavljati takega otroka, če mu kdaj nenadoma uide v hlače. Če potegnemo po otrokovi koži, n. pr. z nohtom, z iglo itd., se nam kaj hitro napravi kožna risba: koder potegnemo, je belo in v okolici rdeče. Koder kožo vzdražimo, se krvne žilice stisnejo, v okolici pa razširijo. Ko to stanje preide, bo tam, koder bi kožo vzdražili, ostala rdeča sled morda dalj časa, kot bi ostala ob takem poizkusu pri drugih otrocih. Osnova za taka opazovanja je nesorazmernost in neuravnovešenost med obema deloma samohotnega živčnega upravljanja. Če takemu otroku pritisnemo s prsti na očesno zrklo, lahko sprožimo počasnejše ali jako počasno bitje srca. To dokazuje, da je otrok preobčutljiv in da pri njem učinki, ki zavirajo delo srca, prevladujejo nad pospešujočimi učinki ob vzdraženju samohotnega živčevja, ki deluje tudi v očesu, kjer zenico oži oziroma širi.

Tudi otrokov značaj je samosvoj in poseben ter za »piknični« lik otroka značilen. Široki in debelušni otroci so nekako »okrogglodušni« in so v tem nekam taki, kakršno je njih telo. V čustvih so umirjeni, v zadržanju prej mirni kakor razgibani, v udejstvovanju so zmierni. Večinoma so v vsem ljubki, lahko vzgojljivi in dostojni. Ne razburjajo se preveč in si ničesar čez mero ne ženejo k srcu. Skratka, večinoma so jako prijetni otroci.

Vendar jim te njihove lastnosti, zlasti pa dober tek v dobrem razpoloženju, miren spanec, v katerem se dodobra spočijejo, in pa njihova priljubljenost, da med obroki hrane, ki jo dobivajo doma, še drugod naberejo tu slaščico, tam klobasico — pripomorejo do debelušnosti in debelosti, h kateri se nagibajo že po svojem zunanjem liku in notranjem ustroju. Dokler je prekomerno nabiranje maščobnega tkiva pri otrocih še v mejah debelušnosti zaradi prekomerne hranitve ali premajhnega gibanja in gre pravzaprav le za duševno in telesno lenobnost, še ne moremo govoriti o bolezenski debelosti. Vendar pa je mnogo takih otrok na meji k pravi, bolezenski debelosti, zlasti neposredno pred zorenjem ali pa v dobi zorenja.

Razumljivo je, da so takim stanjem za podlago šibkejša dogajanja v žlezah z notranjim izločanjem, ki urejajo presnovo maščob — njihovo kopičenje in zgorevanje v telesu. To so: možganski podvesek, golšna žleza in nadobistna žleza. Dejavnost teh žlez samih in tudi motnje v njih medsebojni povezanosti pa utegnejo biti kaj pestre. Zato je razumljivo, da pride do najrazličnejših bolezenski skupkov, v katerih se posledice raznih motenj družijo v dokaj zamotane bolezenske slike, tako da jih — kljub glavnemu znaku, to je debelosti, včasih dokaj težko razvozlamo. V ospredju vsega pa je možganski podvesek-hipofiza. Zaradi tega take otroke radi označujemo za — hipofizarne slabiče. Le-take spoznamo tudi po svojevrstnem značaju. Otroci so večinoma mehki, jokavi, zaskrbljeni, kažejo silen tek in radi preveč in dobro jedo in mnogo pijejo. So prave sladkosnedne Metke, s prstom na ustih, solzico v očeh in krilcem, ki jim zaradi okrogline štrli v zrak. Če pregledamo takim otrokom z rentgensko sliko — okostje lobanjskega dna, vidimo, da je predel možganskega podveska slabo razvit in droben. Večinoma vidimo okrog njega tudi rahle spremembe v okostju.

Vendar pa ne smemo misliti, da imajo motnje v predelu možganskega podveska za posledico vedno le — debelost. Pravtako lahko otrok tudi do skrajnosti shujša. Osnove za nastanek zdaj ene, zdaj druge motnje so odvisne od poseganja posameznih ali družno učinkujočih hormonov podveska v presnovo, hkrati z dejavnostjo ali brez dejavnosti golšne žleze in posameznih plasti skorje nadobistne žleze.

S tem pa prehajamo na razne bolezenske debelosti. Vendar jih bomo tu opisali le nekaj takih, ki so pogostne in jih razmeroma pogosto srečujemo pri nas.

Prava debelost na prehrambno-hormonalnih osnovah ima svoje pogoje in nastanek zlasti v prekomernem hranjenju, bodisi samotnem, ki ga zahteva otrok sam, bodisi v krmljenju otroka po starših in skrbnikih, ki nimajo prave mere in srca, da bi se uprli otrokovi, včasih bolezenski požrešnosti. Drugi pogoj za razvoj prave debelosti pa je lenobnost zaradi otrokove »okrogglodušnosti« in duševne lenobe, njegove pomanjkljive volje po udejstvovanju kakor tudi kratenje gibanja zaradi njegove bolezni, morebitne nerodnosti ali spogledovanja vrstnikov nad njegovo debelostjo itd.

Hormonalni vzroki za razvoj prave debelosti pa so v posamičnih in povezanih motnjah s strani žlez z notranjim izločanjem, in to: zaradi pomanjkljivega delovanja golšne žleze, podveska, spolnih žlez in očiščevanja trebušne slinavke. Zaradi slednje motnje pade raven sladkorja v krvi nižje kot pri zdravih otrocih, glad je večji, otrok občuti pravo pravcato lakoto. Zaradi malih količin sladkorja v krvi in skopih zalog sladkorjev in drugih ogljikovih hidratov v telesu je tudi zgorevanje maščob nepopolno. Pravi debelosti so lahko za pogoj tudi dedne osnove, ki vključujejo v dedne bolezenske skupke tudi motnje v dejavnosti žlez z notranjim izločanjem. Večinoma pa najdemo za osnovo prave debelosti več družno med seboj učinkujočih pogojev.

Zanimivo pa je, da je pri takih otrocih s pravo debelostjo osnovno presnovni obrat normalen ali celo lahko znižan, to pa zaradi tega, ker pri takih otrocih presnova beljakovin samih porablja za približno polovico manj energije kot pri zdravih.

Pri pravi debelosti zaradi prehransko-hormonalnih vzrokov zasledimo — in to je važno za pravo razločevanje posameznih debelosti med seboj — značilno razporeditev maščobnega tkiva po površini telesa. Pri debelosti zaradi prehrane same je mastni plašč otroka povsod enakomerno debel. Kolikor bolj pa se pridružuje prava hormonalna debelost, tem bolj opazamo gomiljenje maščobe na spodnjih delih telesa, zlasti na bedrih in bokih.

Verjetnosti za ugodno vplivanje naših prizadevanj pri zdravljenju prave prehransko-hormonalne debelosti je precej. Moramo pa biti dosledni, budni in do neke meje trdega srca, da namreč izvedemo vkljub otrokovi žgoči lakoti in skorajda požrešnosti, vedno in povsod ter dalj časa predpise glede prehrane, ki nam jih za to da zdravnik, ter navodila za način zdravljenja z urejevanjem okolja, zlasti gibanja in udejstvovanja.

Debelost pred zorenjem s spolno nerazvitostjo se pojavlja po navadi okrog 9–9½ let in od tedaj vse do dobe zorenja (ob 12. letu). V bistvu gre za prekomerno, čeprav v dobi zorenja in v obdobju pred njo do neke meje prirodno in splošno debelušnost. Poleg ostalih značilnosti, ki jih opazujemo pri debelušnih in debelih otrocih, je pri predpubertetni debelosti več ali manj značilna razporeditev maščobe. Opazujemo enakšen in povsod izražen maščobni plašč, vendar je maščoba nakopičena predvsem okrog bokov, ramen in prsi. Mnogokrat se k imenovanim značilnostim pridružijo še prvine, ki so nastale zaradi motenj podveskove rastne dejavnosti: jako majhni skrajni predeli okostja (nos, brada, ličnice, prsti) ali pa povečani in jako veliki v smislu t. im. akromegalije. Okostje kaže tudi sledove prekomerne obtežitve; stopala so po navadi spuščena ali ploska ter zvržena navznoter, pravitako so iksasta kolena znak prekomerne obtežitve in — nepravilne podpore v stopalih. Spolovilo je dobro in pravilno razvito. Pravitako se javljajo spolni znaki ob pravem času ali kvečjemu z neznatno zakasnitvijo: dlake pod pazduho, brčice, dojke, dlake ob spolovilu, pri deklicah menstruacija, pri dečkih izločanje semena v obliki semenskih izlivov v spanju in sanjah.

Za presnovo debelega otroka pred zorenjem je značilna nizka raven sladkorja v krvi, ki ji sledi močna lakota in prevelik tek vse do prave požrešnosti. Zaradi pomanjkanja sladkorja in skromnih zalog ogljikovih hidratov v telesu maščobe kajkrat slabo izgorevajo in je tudi celotna presnova nasploh nekam leniva. Osnovni obrat v presnovi je približno za tretjino znižan, pravitako

porablja beljakovine v presnovi za svoje lastno izgorevanje dokaj manj presnovne energije kot pri zdravem otroku. Zaradi tega gre pri takih otrocih vsaka stvar »na debelost« in vse jim »dobro tekne«.

Debelost spravo maščobno-spolno nerazvitostjo, t. im. Fröhlichova bolezen, ima svoje osnove v globljih motnjah delovanja možganskega podveska. Ker je lahko združena s sovpadajočimi motnjami iz področja raznih podveskovih hormonov, opazamo, da se osnovni motnji, torej debelosti s slabo in zakrnelo razvitostjo spolnih organov pridružijo še druge motnje, n. pr. velikanstvo z jako izraženo prekomernostjo krnov, okostja, nadalje debelost s hkratno pritlikavostjo, pa tudi debelost s povečanjem spolovila. Pritlikavost s povečanjem spolovila in zgodnjim zorenjem ob istočasni debelosti itd. Znanih in možnih je torej dokajšnje število različkov. V posameznih primerih seveda moramo najprej dognati osnovno motnjo, če hočemo zastaviti vzročno zdravljenje, ki pa žal ni vedno uspešno.

Pri raznih bolezenskih skupkih, v katerih je debelost med glavnimi in značilnimi znaki, nas torej debelost sama ne sme zavesti, da bi spregledali bistvo nastanka in razvoja takega stanja.

Kot dedni skupek jn poznan skupek šesterih znakov, ki družijo poleg splošne, enakomerne in oble debelosti z značilnim obrazom, ki ga prispevamo z »obrazom polne lune«, še prekomerno število prstov na rokah in nogah, spolno zakrnelost, naglušnost ali gluhost, motnje vida s spremembami na mrežnici in pa duševno nerazvitost. Pri tem skupku je značilno to, da se deduje recesivno ali podrejeno, tako da se lahko posamezne njegove prvine verižijo in križajo, pa tudi prekrivajo in izpadajo, ter se na ta način lahko iz posameznih vrst stvorijo več ali manj trdni združki dednih osnov, ki se — v tej ali oni obliki kažejo in ohranjajo skozi rodove.

Kot pridobljeni in izven matere nastali skupek je poznan t. im. Cushingov skupek, pri katerem je maščoba bogato nabrana zlasti na obrazu, tilniku in trupu, medtem ko je praviloma ne najdemo na udih. Obraz in tilnik sta »bikovska«, kakor se po navadi opisuje, lice je močno rdeče. Spolovilo je slabo razvito in opazujemo prehode vse do zakrnelosti. Koža je taka kakor marmor: bela, rožnata, rdeča in modrikasta, mesta se družijo v pisano sliko kožne površine. Okostje je prhlo, zlasti slabo zakostenela so vretenca. V krvi je povečano število rdečih krvničk. V presnovi dosežemo povišano raven sladkorja v krvi in pa močnejše izločanje sladkorja v seču. Pri deklicah opazamo skoraj moško poraslost. Otroci so močno utrujeni in hitro utrudljivi ter je učinek njihovih mišic kaj skromen.

Osnove za razvoj tega znamenitega debelostnega skupka so lahko dvojne: zaradi brstenja celic v prednjem režnju možganskega podveska ali pa zaradi prevelikega brstenja skorje nadobistne žleze.

Razumljivo je, da je tako stanje komajda dostopno našemu zdravljenju. Poizkušamo z rentgenskim obsevanjem ali z operiranjem podveska ali skorje nadobistnice.

Poleg splošne debelosti opazujemo pri otrocih tu pa tam tudi omejene zamaščenosti posameznih predelov na koži ali pa več ali manj izražene debelejše ali debele predele na telesu.

S tem smo omenili v glavnem vse, kar je omembe vrednega ob razpravljanju o debelem in debelušnem otroku.

III. RAZNE DIATEZE PRI OTROCIH

Kaj so to »diateze« (pripravljenosti, nagnjenosti, nagibanja, dovzetnosti), smo že opisali, ko smo govorili o »konstitucijah« in »habitusih« ter o njihovem bistvu. Tudi smo rekli, da veljata za »pripravljenost« in »dovzetnost« telesa dve tujki: »diateza« in »dispozicija«. Preostane nam torej le še, da spregovorimo o glavnih oblikah raznih »diatez in dispozicij« pri otrocih, kakršne pogosto srečujemo v vsakdanjem življenju in jih imenujemo z boleznimi, ker so s svojimi skrajnostmi na meji zdravja in delajo otrokom in staršem mnogo nevšečnosti.

Po navadi ločimo v otroškem zdravstvu 5 vrst takih diatez, in to so: alergična, nevropatična, hemoragična, eksudativna in vegetativna »diateza« ali »dispozicija«. Torej cela kopica tujih imen. Vendar se pa dajo vsa prav po domače razložiti.

1. Alergična diateza

Izraz »alergija« temelji na grški osnovi in je sestavljena iz dveh besedi: »álos« pomeni drugi ali drugačen in »érgon« — delo ali opravilo. Torej je alergična pripravljenost telesa nekako »drugačno odgovarjanje« ali ukrepanje organizma na kakršen koli dražljaj, n. pr. kužnostni, toplotni, mehanični, drugačno, kot je pa ta odgovarjanje pri otrocih (in odraslih), ki nimajo »drugačne«, »spremenjene« — skratka »alergične« pripravljenosti za ukrepanje in odgovarjanje na razna dogajanja v organizmu in izven njega.

Alergija ni istovetna s preobčutljivostjo, je pa preobčutljivost lahko posebna oblika alergije, ki doseže svoj višek v tem, da organizem ne more prenašati neke škodljivosti ali učinkovanja, torej v t. im. nezdružljivosti organizma z različnimi činitelji.

V vsakdanjem življenju bi se reklo vse to nekako takole: otroci v neki otroški družbi jedo n. pr. sir. Nikomur ni nič po tem siru, le eden dobi »po siru« koprivnični izpuščaj po koži. Ali vzemimo drug primer! Celo vrsto otrok namažemo z jodovo tinkturo, recimo, ko stojijo v vrsti pred cepljenjem. Nikomur ni nič hudega po tem, le eden dobi zaradi joda močno vnetje na koži. Otrok, ki je dobil »po siru« koprivnico, je »drugače odgovoril« na neki učinek kot ostali otroci, je torej »alergik«, ker je takega ustroja, da sta pripravljenost in ukrepanje njegovega telesa drugačna kakor pri drugih otrocih. Torej je tudi drugače dovzeten, kar se tiče sira. Otrok pa, ki je po jodu dobil opeklinam podobne vnetne spremembe na koži, je videti, kakor da je za jod preobčutljiv in je njegov organizem nezdružljiv z jodovimi spojinami.

Ker otrok — alergik — odgovori na razne izpodbujajoče činitelje »drugače« kakor drugi otroci in ker po navadi odgovori z vsem organizmom, ne le s posameznimi tkivi, so »alergični« pojavi vidni na mnogih delih in predelih telesa. Čeprav so glavna dogajanja v notranjosti telesa, v rahlem vezivnem tkivu in na celicah žlahtnih organov, česar seveda pri živem človeku z očesom ne vidimo, je treba iskati vidne odzive »alergije« na tem, kar lahko vidimo in otipamo in o čemer se lahko enostavno prepričamo. Znake za alergično pripravljenost opazujemo zlasti na koži, na sluznicah, na živčnem in žilnem tkivu, na sklepih in v krvi.

Na koži opazujemo koprivnico, posebne vrste nenadnih zabuhlosti in oteklin, zlasti v obrazu in okrog oči, razne vnetne pojave okrog razpletov živčnih

končičev, na okončinah, trdovratne srbeže s kaj skopimi spremembami na koži sami, razne oblike dolgotrajnih srbečih vnetnih izpuščajev na koži itd.

Na sluznicah zasledimo kožnim spremembam slične pojave. Zlasti vidimo pogostna vnetja očesnih veznic in nosnih sluznic z nahodom, izcedkom, srbežem, kihanjem in draženjem zgornjih dihalnih poti. Na sluznici dihal smatramo astmo, vsaj v večini običajnih primerov, za takšno alergično diatezo telesa, ob njenem »napadu« pa tudi za pravi preobčutljivostni pojav. Na črevesju opazamo kot »alergične« pojave katarje s hitrim, bolečim izpraznjevanjem črevesne vsebine in sluzi, primešane blatu. Nasprotno pa so nekatere, zlasti trdovratne zapeke pravtako lahko alergični pojav.

Na živčno-žilnem tkivju opazimo kot znak preobčutljivosti hipna in trajnejša skrčenja drobnejših žilic, kar ima za posledico močne glabovobole, t. im. migrene. Na živčno-žilnem tkivju se pa lahko pojavi nasprotno učinkovanje, pri čemer izstopi sokrvica v medtkivje, zlasti pod kožo, kar vodi do zabuhlosti in nabrekanja ter obložitve površine z židkim izcedkom, zlasti na sluznicah.

Na sklepih se kažejo alergični pojavi v obliki bežnih oteklin, pri čemer sklepna tekočina, nenadno in v preveliki meri izstopa v sklepne prostore. Take bežne sklepne otekline, ki jih nekateri imenujejo napačno tudi vnetje sklepov, lahko sprožimo, n. pr. pri preobčutljivih in dovzetnih, že samo če jih izpostavljamo nižjim temperaturam. Pomislimo le na sklepe, otekle zaradi pranja ali kopanja v mrzli vodi, kar pa seveda še ni »revmatizem«.

V krvi so alergične spremembe manj vidne. Če pa pregledujemo krvne razmaze alergikov pod drobnogledom, zlasti v času preobčutljivostnih dogajanj, potem najdemo med sicer navadno razporejenimi belimi krvničkami v njihovem sorazmerju precejšnje motnje; mnogo najdemo za alergičnost značilnih belih krvničk, ki se z rdečimi primesmi običajnih barvil za krvne razmaze (z eozinom) obarvajo — rdeče, zaradi česar jih imenujemo: eozinofile. Po taki »eozinofiliji« tudi presojava stopnjo alergične diateze v primeri z normalnim prirodnim ukrepanjem organizma ob nekaterih dogajanjih.

Opozoriti moramo tudi, da so alergični otroci po navadi mnogo bolj prizadeti pri boleznih, zlasti kužnih, ki temeljijo na medsebojnem učinkovanju povzročiteljev in obrambnih snovi — protiteles. Tako učinkovanje je pri »alergikih« dokaj hrupno in kaže mnogo jačje znake kakor pri normalno dovzetnih otrocih. Zaradi tega potekajo »otroške bolezni« vse bolj hrupno in zdaleč bolj prizadenejo otroka — alergika kakor pa njegovega nealergičnega vrstnika.

Pravtako je potrebno vedeti, da se naštete prvine na koži, sluznicah, živčno-žilnem tkivju mnogokrat združujejo tudi v razne bolezenske skupke ali pa se med seboj nadomeščajo — istočasno ali v teku razvoja in rasti. Tako n. pr. lahko dobi otrok, ki je imel kot dojenček alergični ekcem, kasneje astmo ali trdovratne črevesne katarje ob primesi določenih živil ali začimb, deklica z bežnimi oteklinami na sklepih in s kožnimi spremembami, n. pr. s koprivnico, ima kot dekle in žena težave pri menstruaciji; deček z močnimi migrenskimi glavoboli je istočasno tudi trdovratno zapečen in obratno. Takih možnosti in druženj alergičnih prvin v raznolike bolezenske skupke je torej dokaj.

Tudi razvoj otroka in starostno obdobje lahko odloča, katero obliko bodo zadobila alergična dogajanja pri otroku in na katerem tkivu in organu se bodo pokazala, pri čemer mnogokrat odloča starost. Tako nastane čisto običajna veriga: v dobi dojenčka ekcem, v dobi malega otroka koprivnica, v dobi šolarja astma.

Alergična pripravljenost je družinska in se v družinah alergikov deduje prevladujoče. Pogosto je združena še z drugimi diatezami, tako s tzv. eksudativno ali sočno pripravljenostjo, s povečanjem mezgovnega tkivja v telesu, pa tudi z nevropatično (živčno), hemoragično (krvavično) pripravljenostjo. Stanja v otrokovem telesu, ki zaradi tega nastajajo, so močno na meji med zdravjem in boleznijo, v katero — zlasti pri močno izraženih oblikah — večkrat tudi preidejo. Strogo mejo, ko lahko še govorimo o močno izraženi diatezi ali pa že o bolezni, je težko določiti.

2. Nevropatična diateza

Za nevropatično ali živčno diatezo, tudi živčno-bolešno razpoloženost imenovano, je značilno posebno nagnjenje otroka, da odgovarja na razna prirodna in povsem življenjska dogajanja v svojem organizmu ter svojem okolju na poseben živčni ali živčno-bolešni (nevropatični) način.

Tesno je povezana z nekim posebnim stanjem živčnega tkivja, ki ga imenujemo živčnost ali živčno-bolešno vzdraženost. To je nenavadna vzdraženost celotnega živčnega tkivja ali njegovih posameznih delov in predelov, zlasti je pri tem poudarjena razdraženost vsega živčevja, to je gibnega, čutnega in samohotnega živčevja hkrati.

Splošen telesni pregled živčno-bolešnega otroka kaže, da so taki otroci večinoma slabotne vzrasti, dasi tudi drugi vzrastni liki in celo povsem prirodna in zdrava vzrast ne izključuje živčno-bolešne razpoloženosti in dovzetnosti niti ne same živčnosti.

Večinoma so taki otroci jako vzdražljivi, hitro se utrudijo, zlasti pri duševnem delu in v okoliščinah, ki terjajo živahnejšo in bolj razgibano živčno-duševno udejstvovanje. Taki otroci so po navadi že od najnežnejše starosti vreščeči kričači, stalno vznburjeni, nikdar pri miru in hitro menjavajo svoja razpoloženja. Spanec je jako površen, že najmanjši dražljaji ga prekinjajo kakor tudi že najneznatnejši pripetljaji v okolju odvrtačo pozornost in zbranost od trenutnih dogajanj. Vsako udejstvovanje je jako poglobljeno, skorajda bolešno ukvarjanje z enim samim dejanjem. Večkrat pa opazujemo ravno obratno: razcepljeno in preskakujoče udejstvovanje, pri čemer se pozornost — naperjena zdaj na to, zdaj na ono stvar ali dogajanje — hitro menja.

Kakor smo že navedli, je lahko živčno-bolešna vzdraženost v celoti razširjena na vse živčevje, lahko pa je omejena na posamezne sestavine in predele. Tako vodi prevelika vzdražljivost živčevja v grlu in sapniku do resnih vrst nervoznega kašlja in pokašljevanja. Vzdraženost na prehodu požiralnika v želodec vodi do krčev (gladkega) mišičja v tem predelu, do krčev, ki ne popuste zlepa in ki ne dajo, da bi hrana mirno šla v želodec. Pravtako vodi bolešna vzdražljivost želodčnega živčevja do bruhanja brez pravega globljega vzroka, vzdraženost živčevja ob izhodu iz želodca (ob »vratarju«) pa do močnega in krčevitega bruhanja v loku, kakor ga zasledimo pri bolešni živčnih dojenčkov, seveda ne da bi se mišičje na tem predelu primerno zožilo, ko je treba iskati

rešitve v operativnem posegu. Zaradi nepravilnega in hlastnega požiranja, pri katerem se zaradi neumirjenosti in neskladnosti zalogaj in zrak ne križata tako, kakor je prirodno, pa se zgodi, da otrok požira zrak in si z njim napolni želodec. Od tod gre zrak lahko tudi v črevesje, zlasti v povprečno široko črevo, kar že brez tega bolešno razpoloženemu otroku povzroča še večje neugodje.

Pogosto zasledimo tudi tzv. krče ob popku, pri katerih kaže otrok na popek in njegovo okolje in pravi, da ga tam močno boli in zbada. Osnova temu pojavu je bolešno vzdraženo in neskladno delujoče črevesno živčevje, ki spravlja črevesje do nesmotrnega in krčevitega gibanja, ki stvarja otroku bolečine, izžarevajoče v predel popka in njegove okolice.

Prav tako dobijo bolešno živčni otroci, zlasti v toplejših letnih mesecih, kaj radi tako imenovano »periodično« ali ponavljajoče se bruhanje, kateremu so vzroki globlja presnovna dogajanja zaradi pomanjkljivega zgorevanja maščob. Pri splošni živčni vzbujenosti, ki porablja mnogo sladkorja v telesu, je to obenem s kislostjo presnovnih dogajanj — kaj pogosten pojav. Zaradi bruhanja izgublja otrok tudi mnogo kisline in z njo klor, kar zopet globoko posega v presnovo in razporeditev rudnin in soli v telesu in s tem tudi tekočine v tkivih — med celicami in v celicah samih. Zaradi tega se ni čuditi, da so taki otroci videti močno prizadeti: izsušeni in vzdraženi, skratka hudo bolni. V njihovem urinu najdemo aceton, kar nam pač dokazuje da v krvi kroži aceton (acetonemija). Zaradi teh osnov govorimo v danem primeru tudi o tzv. »acetoničnem bruhanju«.

Pri bolešno živčnih otrocih je zlasti vsakdanji pojav tzv. zbadanje ob vranici, to je pod levim rebrnim lokom. Osnova temu zbadanju je bolešni krč debelega črevesja, ki na prehodu povprečnega v navzdolnji predel zapira prebavljeni snovi in vetrovom pot. Prehitro gibanje črevesja zavoljo živčne vzdraženosti privede do katarjev, z izpraznjevanjem na pol tekočega blata, iz katerega se zaradi prekratkotrajnega zadrževanja v debelem črevesu voda ni mogla posrkati. Nasprotno pa zaradi enostranske vzdraženosti živčevja, ki zavira črevesno gibanje, opažamo tudi trdovratno zaprtje in zapeko.

Otroci z bolešno živčno razpoloženostjo in razdraženostjo so po navadi tudi torišče za najrazličnejše psiho-somatične bolezni, pri katerih so telesna dogajanja odvisna od duševne vzdraženosti in neuravnovešenosti. Razvijejo se razne tzv. nevroze, ki se sčasoma učvrstijo in zadobijo skorajda telesni značaj, n. pr. močenje v posteljo, slabo zadrževanje blata, utripanje srca, razni krči gladkega mišičja, kašelj na živčni podlagi itd. Zaradi tega je vzgoja in urejevanje otrokovega okolja največje važnosti. Poleg prehrane in nege otrok je izredne važnosti mirna in trezna, prizanesljiva in dobrohotna vzgoja, ki upošteva zlasti vse duševno-higienske okoliščine. To je vsekakor težko, ker staršem ob bolešno živčnem otroku pogosto popustijo živci, kolikor ni ravno bolešna živčnost otrok posledica razrvanih staršev in razburkanega okolja, tako da morajo večkrat otroka prevzeti jako potrpežljivi in spretni vzgojniki, da ga spravijo v pravi tir in na pravo življenjsko pot.

Kakor druge »diateze« je tudi bolešna vzdražljivost, dovzetnost in pripravljenost ter živčno odgovarjanje na kakršna koli dogajanja lahko prav tako družinska diateza in v svojih osnovah — do neke meje celo dedna, kolikor seveda ne gre pri otroku za dedne osnove slabotnega habitusa.

(Konec prihodnjič)

Zboljšana nega pri opeklinah otrok

Med. sestra Marija Oštrbenk

V Ljubljani še do danes ni dokončno rešeno vprašanje, kam spadajo otroške opekline.* Otroke z opeklinami bi lahko zdravili na kliniki za kožne bolezni ali na kirurgiji; povsod pa je pomanjkanje prostora vodilo do tega, da smo jih pričeli in jih še danes sprejemamo in zdravimo na Otroški kliniki. Brez primernega prostora, brez pravilne nege in sodobnih posegov pa si danes ne moremo misliti uspešnega zdravljenja opeklin.

Način zdravljenja in tudi nega opeklin sta se na Otroški kliniki z leti zelo menjavala. Takoj po vojni niti nismo sprejemali otrok z opeklinami v tolikem številu, da bi se pojavilo vprašanje posebnega oddelka zanje. Tudi takrat smo pričakovali, da bo te otroke prevzel kateri od drugih oddelkov. V letih 1945 do 1948 pa smo primere z opeklinami nameščali po sobah skupno z drugimi otroki. Ločili smo jih samo po starosti in pri starejših otrocih tudi po spolu. Tak način hospitalizacije je bil skrajno neprimeren; neprimeren za zdravljenje opeklin samih, kakor tudi za druge bolnike. Opekline namreč so bile izpostavljene vsakovrstnim infekcijam, saj imamo na Otroški kliniki otroke z najrazličnejšimi infekcijami. Drugi otroci pa so težko prenašali neprijeten duh, ki se je širil okoli opeklin iz gnojnih ran in od raznih mazil.

Takrat so se opekline zdravile takole: Ob sprejemu smo otroka očistili, posebej smo natanko očistili okolico rane, mehurje predrli in odmrle ostanke mehurjev odstranili. Na sterilno gazo smo namazali taninsko mazilo, z njim prekrili opečena mesta in jih nato prevezali. Tako obvezan otrok je ležal prekrit z odejo na postelji med drugimi otroki. Navadno smo vsak drugi dan rane prevezovali, včasih pa je bilo to potrebno vsak dan ali celo po večkrat na dan. Prevezovanje je bilo za otroke izredno mučno in boleče. Največkrat se je obveza prilepila na opeklino, tako da je ni bilo mogoče odstraniti brez bolečin in krvavitve. Pri zelo zlepljenih povojih smo si pomagali tako, da smo pripravili hipermanganovo kopel, položili vanjo otroka in odstranili obvezo tedaj, ko se je odmočila. Rano smo nato očistili, ponovno namazali in to ponavljali, dokler je bilo potrebno. Leta 1948 smo opustili taninsko mazilo in mazali opekline s sterilnim borvazelinom. Na borvazelin smo razpršili raztopino kristalnega penicilina v vodi, nato pa rano prevezali. V tem času je bila umrljivost z opeklinami zelo visoka, verjetno zaradi tega, ker je bil opečeni otrok pač travmatiziran, terapije proti šoku pa tedaj še nismo izvajali tako kakor dandanes. Opazili smo, da je tak način zdravljenja zelo dolgotrajen in da se opekline zacelijo z grdimi brazgotinami. Tudi druga nega, posebno pri dojenčkih, je pri tem načinu otežkočena, saj kljub skrbnemu povijanju in večkratnemu prevezovanju otroci dnevno pomočijo in onesnažijo povoje in gazo.

Od leta 1948 dalje smo sprejemali vedno več otrok z opeklinami in tako smo bili primorani, da organiziramo poseben oddelek za opečene otroke. Takrat smo tudi pričeli z odprtim zdravljenjem opeklin. V novem oddelku smo sobe grelj neprekinjeno, tako da je bila sobna temperatura ves čas enaka, in sicer okrog 25° C. Otroke smo namestili v postelje, kjer so ležali goli ali pa samo delno

* Tu opozarjamo tudi na članek dr. Majde Benedik »O opeklinah pri otrocih«, objavljen v našem listu 1955 (II.) na str. 130—133. — Op. ur.

oblečeni, pač glede na obseg opekline. Opečena mesta smo dnevno mazali z metilenskim modrilom. Omenjeni način zdravljenja je bil za otroke mnogo manj boleč, ker jih ni bilo treba dnevno prevezovati. Opazili smo, da se opekline hitreje celijo kakor prej. Neugodno je bilo le, da se je na opečenih mestih, ki smo jih mazali z metilenskim modrilom, včasih napravila debela krusta, pod njo pa se je zbiral gnoj, ki ni imel izhoda. Kadar z obkladki nismo odmočili tudi krust, je zdravljenje trajalo dalj časa in brazgotine so bile globoke. Razen tega je metilensko modrilo na perilu puščalo madeže, ki jih je bilo težko odstraniti. V naslednjem obdobju smo opustili zdravljenje z metilenskim modrilom, obdržali pa smo odprti način zdravljenja. Namesto da bi opekline mazali z metilenskim modrilom, smo jih posipali s kombiniranimi antibiotičnimi praški. Po končanem zdravljenju smo ugotavljali, da so brazgotine še večje, zato smo opustili tudi ta način. Zdravljenje in nego opeklin, katerih število se je v bolnici stalno večalo, smo nenehno izboljševali, čas zdravljenja skrajšali in umrljivost zaradi opeklin zelo znižali.

Pred dvema letoma smo končno opremili za opekline poseben oddelek, strogo ločen od drugih oddelkov. Oddelek ima poleg bolniških sob še čajno kuhinjo, kopalnico in stranišče. Prostori so ogrevani s centralno kurjavo, razen tega pa imamo še posebne električne peči, da lahko uravnavamo temperaturo, ki naj bi bila stalno okoli 20°C. Izkušnje so pokazale, da je ta temperatura optimalna in da se otroci počutijo bolje kakor pri temperaturi 25°C, katero smo uporabljali prej. Kdorkoli stopi na oddelek za opekline, se mora preobuti, obleči poseben plašč in si nadeti masko. Perilo, ki pride v neposredni stik z bolnikom, je sterilno.

Ko sprejmemo opečenega otroka na kliniko, skrbimo, da ga čimprej in po najkrajši poti namestimo na oddelek za opekline. Kadar otrok ni prizadet in tudi ne šokiran, opečena površina pa ne prevelika, ravnamo takole: otroka v kopalnici umijemo, mu očistimo lasišče in ostrižemo nohte. Nato ga nesemo v sobo na sterilno pregrnjeno posteljo. Tu mu odstranimo mehurje in mu tudi sicer oskrbimo opekline. Včasih mehurjev nismo odstranjevali, ker je prevladovalo mnenje, da je možnost infekcije na ta način manjša in tudi plazmoreja ni tako močna. Naše izkušnje pa so pokazale, da je vsaka opekline že primarno okužena in da se v mehurjih, če jih ne odstranimo, tekočina strdi, trdo zlepi z rano in ognjo. Velikokrat sprejmemo otroke, ki so zelo umazani, a nimajo prevelikih opeklin in tudi niso šokirani. Take otroke že ob sprejemu okopljemo v hipermanganovi kopeli, nato pa oskrbimo opečena mesta. Če imajo otroci hude bolečine, zdravniki ne varčujejo z analgetiki. Vsi opečeni otroci dobijo antitetanični serum.

Drugače pa ravnamo z otrokom, ki je sprejet v šoku. Takega otroka takoj prenesemo v bolniško sobo, kjer pričnemo s terapijo proti šoku (kri, plazma itd.). Toaleta opečene kože je šele na drugem mestu. Ko se otrok opomore iz šoka, ga očistimo in nadaljujemo z nego kakor običajno. Nekateri otroci imajo občutek, da jih zebe, ko ležijo razgaljeni na posteljah, čeprav je v sobi primerna temperatura. Takim pacientom damo kovinast lok, katerega prekrijemo s sterilno rjuho. Na ta način ima otrok občutek, da je pokrit, istočasno pa je opekline dostopna zraku. Po nekaj dnevih se otroci navadijo, da ležijo goli in mraza ne občutijo več in tudi »prehladijo« se zaradi tega nikoli ne. Ko se preko opečenih mest naredijo kruste, pod krustami pa gnoj, pričnemo z obkladki. Za obkladke uporabljamo 1% raztopino Rivanola ali 3% raztopino borove

kislina. Obkladke polagamo toliko časa, da se krusta zmehta, nato pa otroka okopamo v hipermanganovi kopeli. Kadar so kruste zelo debele, jih odmakamo v kopeli še nekaj časa, nato pa jih lahko odstranimo. Po kopeli puščamo rane nekaj dni odprte, nato pa nanje ponovno devljemo obkladke in nadaljujemo s kopelmi, vse dokler ni koža ozdravljena. Tak način nege in zdravljenja pri opeklinah se nam zdi od vseh doslej preizkušenih načinov najprikladnejši in otroka najmanj travmatizira. Vse se zdi, da se opekline tako zacelijo veliko hitreje, da so brazgotine majhne in da je ves postopek v skladu z duševno higieno.

Posebno paznjo mora sestra posvečati otrokovim nohtom, ki morajo biti vselej na kratko pristriženi. Rane, ki se celijo, srbijo in skelijo. Če ne pazimo dovolj, se otroci dostikrat spraskajo tudi do krvi. Včasih ni zadosti, da jim ostrizemo samo nohte, ampak jim privežemo roke ali noge k posteljnemu ograjicam. Tako jim onemogočimo praskanje po opeklini. Srbenje ublažimo s hladilnim mazilom ali z obkladki.

Sestre negovalke in drugo osebje, ki dela na oddelku za opekline, mora biti skrajno vestno in požrtvovalno. Poleg splošne in specialne nege za opekline mora biti osebje poučeno tudi o komplikacijah, ki se pojavljajo pri zdravljenju opeklin. Prve dni, ko je plazmoreja obilna, je zelo važno, da izgubljeno tekočino čimprej nadomestimo. Zdravnik izračuna in predpiše količino tekočine, ki jo je treba nadomestiti, sobna sestra pa mora skrbno beležiti količino, ki jo otrok popije. Opazovati in registrirati mora diurezo, bruhanje ali krče. Posebno paznjo mora posvetiti koži zaradi morebitnih izpuščajev (škrlatinka, serumska bolezen, antibiotiki). Paziti mora tudi na otrokov vnanji videz. Če otrok postaja bled in nemiren, mora takoj obvestiti zdravnika. Komplikacije na srcu pri opečenih otrocih niso redke. Poleg zdravljenja in nege je zelo važna tudi prehrana, ki mora biti bogata beljakovin in vitaminov. Tudi na igrače, knjige, slikanice ne smemo pozabiti. Igrače naj bodo vse iz gumija ali plastične mase, da se lahko umivajo in razkužijo.

Končno moramo spregovoriti še nekaj besedi o osebni higieni in disciplini osebja, ki dela na oddelku za opekline. Sestra ne sme prestopiti oddelka, ne da bi se prej preobula, si oblekla poseben plašč in si nadela masko. Paziti mora na svojo osebno čistočo, perilo, obuvalo itd. Ker na oddelku nimamo posebnih ventilacijskih naprav, moramo zračiti z odpiranjem oken, kar pa ravno na oddelku za opekline ni najprimernejši način.

Delo pri opeklinah je odgovorno in naporno. Ko pa težko opečeni otrok po ozdravljenju spet normalno uporablja svoje roke in veselo vzklikne kot naš petletni Tonček: »Sestra, zdaj pa lahko spet sam jem in se igram!« in v zaceljenih rokah pokaže igračo, so v hipu pozabljene vse težave. Poplačana sta ves trud in nega, ki ju je imela sestra z njim.

ZAKAJ JE V ŠVICI 15 % ZDRAVNIKOV PRENEHALO KADITI?

Po neki vprašalni poli je v Švici 15 % zdravnikov opustilo kajenje. Za vzrok so skoraj v 40 % navedli težave na srcu in

krvnem obtoku, v nekako 12 % motnje v želodcu in črevesju, v 20 % živčne nevšečnosti, v 23 % neprijetnosti z dihanjem in le 2,5 % zdravnikov je nehalo kaditi, še preden je začutilo kakšne težave.

M. K.

Tromboza

Dr. Marjan Jerše

Kadar se strdi kri v žili pri živem človeku, govorimo o trombozi. Domala vse veje medicine se borijo proti temu često smrtno nevarnemu stanju. Zato naj se z obolenjem seznanimo malo natančneje. Najprej nas zanima, zakaj sploh nastajajo strdki krvi v žilah. Kajti če bomo poznali vzroke, ki vodijo do obolenja, nam bo laže bolezen preprečiti s pravočasnimi nasveti in ukrepi.

Danes za gotovo vemo, da je za nastanek tromboze potrebnih več faktorjev. Naj omenimo na prvem mestu spremembo v hitrosti krvnega obtoka. Čim počasnejši je, tem več je možnosti, da nastane tromboza. Pri počasnem, lenem obtoku se kaj kmalu patološko spremeni epitelij (endotelij), ki pokriva notranjost žile, in če je ta spremenjena, imajo trombociti ugodno podlago, da se na njej zaustavijo. Spremenjena žilna stena in počasnejši tok krvi sta glavna činitelja pri nastanku tromboze. Prav gotovo vpliva tudi sestava krvi same, zlasti če se ta zgosti bodisi zaradi izgube tekočine ali pa zaradi pomnožitve krvničk (poliglobulija).

Predaleč bi nas zavedlo, če bi hoteli razčlenjevati vse vzroke, ki zavirajo obtok krvi, zato opozorimo samo na najvažnejše oziroma na najpogostnejše. Če je srce insuficientno, da torej ni več kos svoji nalogi, bo pretok krvi počasnejši. Na drugi strani pa zastaja kri tudi v žilah, ki so spremenjene. Spomnimo se le včasih tako obsežno razširjenih ven na spodnjih okončinah ali manj pogostnih anevrizem, v katerih nastajajo pravcati vrtinci. Razumljivo je seveda, da obtok zaustavi tudi vsako zoženje žilnega lumena (svetline), pa naj bo proces v sami žilni steni ali pa izven nje (pritisk — kompresija).

Samo v obrisih še nekaj o spremembah žilne stene, ki daje ugodno podlago za razvoj tromboze. Pri tem mislimo predvsem na vnetne spremembe, ki so najpogostejše bakteriialne narave, lahko pa tudi toksične ali alergične. Takšno vnetje žilne stene je lahko posledica splošne bakteriemije ali toksemije, lahko je tudi strogo lokalizirano, če na žilno steno preide vnetje iz bližnje okolice. Na ta način si lahko razložimo trombozo vene porte pri vnetju žolčnika, trombozo prostatičnega venoznega prepleta pri prostatitisu, trombozo jugularne vene na vratu pri vnetju v notranjem ušesu itd. Važno je, da poznamo to povezavo med vnetjem v okolici žile in sledečo trombozo, da bomo previdnejši pri aplikaciji intravenoznih injekcij. Vsako zdravilo, injicirano paravenozno, sproži reaktivno vnetje, zato je vedno nevarnost, da nastane tromboza, ki smo je krivi mi.

Da bo predstava bolezenske slike tromboze popolnejša, si oglejmo še, kako je sestavljen krvni strdek v žili (thrombus), kakšen je na pogled in kakšna je njegova usoda. — Trombus sestavljajo trombociti, fibrin, levkociti in eritrociti. Od razmerja slednjih dveh je odvisna tudi barva krvnega strdka. Če kri v žili zastane (stagnira) in se vsa strdi (koagulira), je trombus temnordeč. To je stagnacijski ali koagulacijski trombus, ki svetlino žile tudi zapre. Nekaj drugače pa je, če trombus nastaja počasi, po žili pa se še vedno pretaka kri. Najprej se na okvarjeno steno prilepijo trombociti, šele nato napravi fibrin svojo mrežo, v katero lovi krvna telesa. Ker fibrinsko omrežje ulovi več levkocitov, je tak trombus sive barve, pravimo mu tudi beli trombus ali konglutinacijski trombus, ker se pač začne s konglutinacijo — zlepljenjem trombocitov. Razumljivo nam

bo, če poznamo rdeče in bele trombus, da je možna tudi kombinacija obeh — to so zmesni krvni strdki. — Velikost trombusa je zelo različna. Včasih je tako majhen, da ga z golim očesom komaj opazimo, drugič pa je zopet dolg, tudi nad $\frac{1}{2}$ metra. Velikost je odvisna od mesta, kjer nastane, in od njegove rasti. Trombusi, ki nastajajo zaradi zastoja v levem atriju pri mitralni stenozii, gotovo ne morejo doseči take dolžine kot tisti, ki začno rasti že v veni na stegnu in segajo tja do vene kave. Praviloma raste trombus v smeri krvnega toka (ker je večina trombusov v venah, torej od periferije proti srcu). Če pa kri po žili še teče, lahko raste trombus tudi proti smeri toka. Prav zanimivo je, če si ogledamo daljši krvni strdek. Že po barvi ločimo tri dele: glavo, trup in rep. Glavo tvori beli trombus, trup zmesni trombus, rep, ki je tudi najdaljši, pa rdeči trombus. Razlago za to ni težko najti v gornjih vrsticah.

Končno nas seveda zanima, kakšna je usoda krvnega strdka. Na splošno je znana najhujša posledica, da se trombus odtrga in ga tok krvi odnese na drugo mesto, t. j. embolija ali točneje — ker je to embolija s trombusom — tromboembolija. Vse odtrgane krvne strdke — emboluse — iz venoznega omrežja (teh je tudi največ) odnese krvni tok v pljuča. Če je tak odtrgani trombus (ker je že odtrgan in plove, ga imenujemo embolus) velik, lahko popolnoma zapre pljučno arterijo (po tej teče venozna kri!) in bolnik zaradi pljučne embolije v nekaj trenutkih umre. Hude, pogosto usodne posledice imajo tudi trombusi, ki se odtrgajo iz levega atrija ali pa odletijo iz anevrizmatično razširjenih arterij. Ti embolusi plovejo z arterialno krvjo in jih tok zanese v različne organe, prav pogosto v možgane, ledvice, vranico in mesenterično arterijo, ki prehranjuje črevesje. Obstrukcija (zamašitev) določenih arterij pa pomeni propad ustreznega dela prizadetega organa.

Izjemoma lahko zaide krvni strdek iz venoznega v arterijsko omrežje, če so med obema sistemoma patološke zveze, n. pr. odprt septum (pregrada) med srčnima preddvoroma ali prekatoma. Taka embolija je torej paradokсна.

Tromboza pa nima vedno tako hudih posledic, kot smo jih pravkar opisali. Majhne krvne strdke lahko tok krvi izliže, zgledi, večje skuša odpraviti granulacijsko tkivo, ki požene iz žilne stene v trombus. Če mu to ne uspe, ostane trombozirana vena trda in če je nekje na površini, jo lahko tipamo kot vrstico. (Take fibrozirane vene zapuščajo tudi sredstva, ki jih vbrizgavamo v varice, kjer veno tromboziramo hote, z namenom zdravljenja.) Trombus se lahko tudi rekanalizira in se tako vzpostavi ponovna cirkulacija po oboleli žili. Včasih se v trombus prično nalagati kalcijeve soli, v veni nastane »kamen« — flebolit. Končno se krvni strdek lahko tudi inficira. Posledice take infekcije, zlasti še septičnih embolusov, ki se krušijo od tega inficiranega krvnega strdka in sejejo septične metastaze po drugih organih, so nam razumljive.

Klinična slika tromboze je zelo različna. Včasih nam šele nenadna smrt — zaradi pljučne embolije — razjasni, da je imel bolnik obsežne globoke tromboze, ki so se skrivale v venoznih pletežih okrog maternice ali prostate. Laže je spoznati trombozo površnih ven, n. pr. na okončinah, katero nam razodevajo zmerne bolečine, modrikasta proga in otekline. Če nastane tromboza zaradi vnetja vene, tromboflebitisa, se že opisanim znakom pridružita še rdečina in zvišana temperatura. Razpoznava trombotičnih procesov v centralnem živčnem sistemu ni lahka naloga in je zanjo potrebno solidno znanje nevrologije.

Že iz navedenih primerov je razvidno, kako nemogoče je opisati nekakšno enotno klinično sliko, po kateri bi lahko že na prvi pogled spoznali, da ima

bolnik trombozo. Zato prepustimo diagnostiko strokovnjaku, nas pa naj bolj zanimajo ukrepi, ki so potrebni, da obolenje preprečimo.

Ce se spomnimo vzrokov, ki vodijo do tromboze, bomo hitro našli bolnike, ki jim grozi opisana bolezen. To so vsi, ki so za daljši čas obsojeni na ležanje, vsi tisti, ki jim sodobno zdravljenje v globokem spanju z relaksacijo (ohlapitvijo) mišičevja olajša, da prebrodijo najtežje dni bolezni (n. pr. tetanus), kakor tudi vsi z vidnimi spremembami perifernega ožilja (mislim predvsem na varikozni kompleks).

Vsi ti bolniki imajo v pretoku krvi po venah motnje, ker izostane kontrakcija miškulature, ki je važen faktor za nemoteno pretakanje krvi po venoznem sistemu. Vsem tem bolnikom, vključno operirancem naj priskoči na pomoč medicinska sestra z nasveti in pomočjo. Pouči naj jih, da morajo — kljub ležanju, ki jim je predpisano — večkrat dnevno razgibavati predvsem spodnje ekstremitete, pravitako naj jim priporoča dihalne vaje. Od te zaposlitve ima bolnik dvoje koristi. Predvsem vsaj za nekaj časa pozabi na svoje osnovno obolenje, na drugi strani pa je taka gimnastika eden najuspešnejših preventivnih ukrepov proti nastanku tromboze. Če pa imamo bolnika, ki je tako oslabil, da sam ne more razgibavati ekstremitet (aktivno razgibavanje), potem mu moramo to opraviti mi (pasivno razgibavanje). Zavedajmo se, da je včasih dovolj samo nasvet, da bolnika rešimo nevarne komplikacije, morda celo smrti. Kaj je hujšega, kakor če bolnik že toliko okrevaja, da lahko vstane, pa mu prvi koraki prekinejo življenje.

Zdravljenje: Če oboli ekstremiteta, jo imobiliziramo in čakamo rekanalizacije trombusa. Pri količkah obsežni trombozi dosežemo to nekako v treh tednih. Na splošno pa velja, da naj bolnik ne vstaja še 15 dni potem, ko so izginili že vsi klinični znaki. Če opazimo istočasno tudi izrazite znake vnetja, so indicirana antibiotika in hladne obloge.

V novejšem času skušamo rast trombusa in nastanek novih trombusov zavreti s sredstvi, ki preprečujejo strjevanje krvi — s tako imenovanimi antikoagulansi. Z natrijevim citratom ni bilo posebnih uspehov. Bolj pa se je zopet uveljavila že skoraj pozabljena pijavka. Njena slina vsebuje dobro antikoagulantno snov — hirudin (pijavka; latinsko *Hirudo medicinalis*), zato iz njenega vgriza tako dolgo krvavi. Veliko bolj medicinski na pogled in tudi znatno uspešnejši so pa ekstrakti mišičevja, jeter in pljuč, n. pr. Heparin, ekstrakt bele deteljice Dicumarol, nadalje Liquemin, Tromexan itd. Ta sredstva apliciramo parenteralno, pa tudi peroralno v obliki tablet. Zdravljenje z antikoagulansi na bolnikovem domu ni priporočljivo. Brez opore zanesljivega laboratorija, ki nam spočetka vsak dan odreja količino protrombina v plazmi, lahko s previsokimi dozami antikoagulanov sprožimo hude krvavitve. Na drugi strani pa majhne začetne doze ne koristijo nič. Zato je uporaba modernih antikoagulanov vezana vsaj na začasno zdravljenje v bolnici, da se za vsakega posameznika določi ustrezna doza, ki vzdržuje protrombinsko raven 30–35%.

Ni dolgo tega, ko smo tudi v antirevmatikih dobili uspešno sredstvo za zdravljenje začetnih tromboz in tromboflebitisov. Butazolidin, delno tudi Irgapyrin včasih že po treh injekcijah zaustavita začetni periferni tromboflebitis. Razlage za ta ugodni vpliv omenjenih antirevmatikov so za zdaj pomanjkljive, vsekakor pa njihov antiflogistični učinek zmanjšuje možnost za nastanek tromboze.

Končno naj omenimo še napore angiokirurgov, ki imajo z operativnimi posegi tudi pri resnejših primerih včasih presenetljive uspehe.

Epidemiološka anketa pri spolnih boleznih

Dr. Franja Završnik

Brez medicinske sestre si ne moremo zamisliti uspešnega dela v zdravstveni preventivi. Kožno-venerični dispanzerji, ki so prvenstveno zadolženi za zatiranje spolnih bolezni, so praviloma priključeni dermatološkemu oddelku bolnic. Koder pa bolnišnice s takim oddelkom ni, poslujejo ti dispanzerji v sklopu zdravstvenih domov. Medicinska sestra bo glede na svoje delo in razumevanje, ki ga ima za bolnike teh ustanov, dostikrat imela priliko in možnost, da bo že v preventivnem smislu koristno sodelovala v boju proti tem boleznim. Prizadevanje, da poiščemo izvore okužb, je namreč eden temeljnih pogojev za uspešno zatiranje spolnih bolezni.

Spolne bolezni so nalezljive in zato moramo upoštevati njihovo epidemiologijo. Verjetno bi ne bilo več daleč do njihovega iztrebljenja, če bi nam vsaj za večji del primerov uspelo odkriti izvore zadevnih okužb.

Ulcus molle in lymphogranuloma inguinale (tretja in četrta spolna bolezen) sta prenehali biti v Evropi pereč problem že v času, ko niti še nismo imeli učinkovitega zdravila zoper njune povzročitelje. Tudi v Sloveniji sta ti dve bolezni redkost; v vseh letih po osvoboditvi je bilo le nekaj sporadičnih primerov. Zakaj sta ugasnili tako rekoč sami od sebe, ne vemo. Tudi tu gre verjetno za podobne nedognane vzroke kot pri ugaslih epidemijah raznih nalezljivih bolezni, ki jih danes ne poznamo več.

Sifilis in kapavica sta bolezni, ki nam kljub uspešnim zdravilom še povzročata preglavice. Ni dovolj, da zdravimo posameznega bolnika, ki se je okužil s to ali ono spolno boleznijo, zdraviti moramo tudi vse druge, ki so kakorkoli prišli v kontakt s tem bolnikom pred njegovo okužitvijo in potem, ko je bil že bolan. Dognati moramo čimprej izvor okužbe ter pregledati in zdraviti vse tiste, ki so se pri tem izvoru okužili. Zato skušamo dobiti čimveč epidemioloških podatkov, tako da natančno proučimo pogoje in okoliščine, ki omogočajo obstoj in širjenje spolnih bolezni. To delo imenujemo epidemiološko anketo.

Anketo moramo opraviti natančno in po določenem načrtu. V mislih moramo imeti inkubacijsko dobo spolne bolezni, n. pr. luesa. Pri tej bolezni traja inkubacija približno tri tedne, nakar se začne primarno obdobje s trdim čankarjem (ulcus durum). V nekaterih primerih mine prvo obdobje brez vidnih znakov. To je sicer redkost, vendar moramo s tem dejstvom računati. Serološke reakcije (WaR) v krvi so pozitivne šele 5 do 6 tednov po okužbi. Nekako 9 do 10 tednov po infekciji preide sifilis v drugo obdobje s sifilitičnim izpuščajem po telesu. To obdobje z vmesnimi latentnimi dobami traja 5 do 6 let. Zatem sledi obdobje bolj ali manj trajne latence — prikriti sifilis (lues latens) — ali pa se prično kjerkoli na površini kože ali v notranjih organih delati posebne sifilitične tvorbe in s tem preide bolezen v tretje obdobje.

Pri kapavici je inkubacijska doba 1 do 3 dni, izjemoma do 3 tednov. Nekateri znanstveniki trde, da je ta bolezen kontagiozna že v inkubaciji.

Bolniku najprej primerno in obzirno pojasnimo, zakaj ga izprašujemo, kje se je okužil in koga je verjetno okužil tudi sam. Obenem ga seznanimo tudi z uredbo o zdravljenju in zatiranju spolnih bolezni. Ravnati moramo tako, da

ne dobi vtisa, kakor da gre za kakšno preganjanje. Pri vsem tem pa ne pozabimo, da nekateri taki bolniki radi lažejo. Še vedno velja izrek: »Omnis lueticus mendax« (vsakluetik laže).

Velikokrat res ni lahko odkriti izvor okužbe, ker so primeri, ko bolnik dejansko ne ve, s kom je občeval, bodisi da mu tega ni bilo mar ali pa je bil vinjen. Nekateri pa iz kakršnegakoli vzroka skušajo zatajiti partnerja in navajajo za svojo bolezen včasih prav smešne vzroke. Nekateri tudi zlohotno navedejo nekoga, ki je popolnoma neprizadet; zato moramo biti pri tem opraviilu previdni, ker utegne to sicer imeti kaj neprijetne posledice. Tudi se je težko opravičiti, če kličemo zaradi suma na spolno bolezen na pregled docela neprizadetega človeka. Če se pri tem še kdo pregreši zoper zdravstveno tajnost, se lahko stvar konča celo pred sodiščem.

V bistvu nam gre torej predvsem za to, da odkrijemo prazvor okužbe v kraju in da s pregledi ugotovimo vse okužene in ogrožene. Dodobra moramo poznati inkubacijsko dobo posamezne spolne bolezni, vedeti, kako stara je bolezen pri bolniku, in kritično oceniti logičnost njegovih odgovorov. Ugotovimo približno starost bolezni in povprašamo bolnika, s katerimi osebami je spolno občeval pred inkubacijo. Te osebe kličemo na pregled, da tako odkrijemo vir okužbe. Prav tako pregledamo tudi osebe, s katerimi je bolnik spolno občeval, ko je bil že bolan. Pregledati je treba tudi svoje spolno bolnih.

Povabilo za pregled pošljemo v zaprti kuverti. Naslov napišemo z roko in ne s strojem, tako da pismo nima nobenega uradnega videza. Razumljivo je, da na kuverti ne bomo navedli odpošiljatelja in da nanjo ne bomo pritisnili uradnega žiga. Pri vsem antiveneričnem delu moramo namreč skrbno paziti, da se ne pregrešimo zoper zdravstveno tajnost in da ne žalimo bolnika.

Posebnege pomena je epidemiološka anketa pri svežih in ne prestarih primerih sifilisa. Uspešno lahko anketiramo še pol do enega leta po okužbi, do treh mesecev pa moramo poizvedovati z vso natančnostjo in doslednostjo za virom okužbe in pa osebami, ki jih je bolnik okužil s svojo boleznijo.

Kronična oblika luesa (lues starega datuma) ni več tako kontagiozna in ankeža tudi ni več tako učinkovita kot pri svežih, vendar nam lahko marsikaj pove; tako n. pr. lahko ugotovimo, ali gre za prirojeni ali pridobljeni sifilis, ko pregledamo tudi bolnikovo mater, če seveda še živi.

Uspeh ankete je odvisen predvsem od izkušnosti, spretnosti in znanja zasliševalca, nemalo pa tudi od zavednosti in poštenja zasliševanca. Brez njegovega sodelovanja se lahko naše delo povsem izjalovi. Pred začetkom ankete mu povemo, da ga ne izprašujemo zaradi radovednosti, opozorimo ga na pomen ankete in mu obenem predočimo, da lahko tudi on sam mnogo koristi pri zatiranju spolnih bolezni, če nam bo le po resnici odgovoril na naša vprašanja. Važno je tudi, da anketo opravimo nemudoma, da se nam posamezniki, ki pridejo v poštev, ne porazgubijo neznano kam. Posebno velja to za sezonske delavce.

O izobrazbi strežniškega osebja v naših bolnišnicah*

Med. s. Marija Gams, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

V naših bolnišnicah je zaradi pomanjkanja strokovno izobraženega zdravstvenega osebja zaposlenih mnogo strežnikov brez kake kvalifikacije. V ustanovo pridejo iz najrazličnejših razmer, mnogi med njimi ne poznajo niti najosnovnejše osebne higijene, neznani so jim kulturni odnosi do ljudi, tudi ne znajo najosnovnejših hišnogospodinskih del, da ne govorimo o vsem drugem, kar se zahteva od njih v službi. Ob vstopu v službo so bili do nedavna (ponekod še danes) prepuščeni starejšemu, zgolj priučenemu strežniškemu osebju, da jih uvede v delo in nauči vsega, kar potrebujejo. Razumljivo je, da se tako ne izvežbajo dobro niti za sodobna hišna dela, bodisi v tehničnem ali v organizacijskem pogledu, tudi ne dobijo nobenega potrebnega pouka o higieni, o lepem vedenju in pravilnem odnosu do bolnikov, do sodelavcev in do nadrejenih, in prav tako ne zvedo ničesar o nekaterih delih s področja nege bolnika, ki jih morajo v službi opravljati bodisi stalno ali po potrebi.

Vse to seveda zelo slabo vpliva bodisi na čistočo v bolnicah, na varčevanje (čuvanje in poraba potrošnega materiala in poškodbe inventarja), na odnose med delavci v bolnici in — kar je najvažnejše — tudi na dobro počutje in dobre vtise naših bolnikov.

Ob ugotavljanju tega stanja se je pri nas v večini bolnišnic začela posvečati večja pažnja vzgoji strežnikov, organizirali so se daljši ali krajši tečaji.

V želji, da bi dala pobudo za nove predloge in izboljšanje teh tečajev, da bi pomagala sestram, ki organizirajo te tečaje, jih vodijo ali predavajo v njih, objavljam nekaj dvoletnih izkušenj iz naše Splošne bolnišnice v Slovenj Gradcu.

Na naše strežnike zelo spodbudno vpliva personalna politika v ustanovi, ki najboljše med strežniki po najmanj 1-letni službi pošilja v bolničarsko šolo ali v srednjo šolo za medicinske sestre. Zato je pogoj za sprejem v službo dovršena osemletka (poprej nižja gimnazija). Vsi pa morajo (nekateri že kot kandidati za sprejem v službo) z uspehom dokončati teoretično praktični tečaj, ki traja 3 mesece in ga ustanova prireja v zimskem času. V program tečaja je zajeto vse najosnovnejše, kar potrebuje strežnik, da lahko dobro opravlja svojo službo.

* Veseli nas, da se je tov. Marija Gams, glavna sestra Splošne bolnice Slovenj Gradec, odločila objaviti svoje izkušnje oziroma izkušnje Splošne bolnice v Slovenj Gradcu o vzgoji strežniškega osebja.

Učni program tečaja za pripravo strežnikov je dober in smotrno glede na dolžnosti strežnikov v naših razmerah. Dobra stran tega programa je tudi v tem, da predvideva najprej širšo orientacijo novih nameščenec v organizacijski in funkcionalni strukturi ustanove, v kateri bodo delali, nato pa prehaja na področje njihove ožje dejavnosti. Politika, da se sprejemajo v službo tisti kandidatje, ki imajo vsaj osemletno splošno izobraževalno šolo, je pravilna iz dveh razlogov: zaradi splošne ravni bolničnih uslužbencev in pa zaradi kasnejšega usmerjanja v zdravstvene šole. Tako bomo v šolo dobivali dekleta, ki so že preizkušene in so lahko tudi same presodile, ali je poklic v zdravstveni stroki zanje primeren.

Zelo koristno bi bilo, če bi se praksa in izkušnje glede vzgoje novih uslužbencev, kot jih imajo v Splošni bolnici v Slovenj Gradcu, prenesle tudi v druge zdravstvene zavode. Tako bi skoraj ne bilo več novince, ki bi se moral brez načrtnega vodstva in pouka lotiti tako občutljive dolžnosti, kot je delo z bolniki. — Op. ur.

Uspeh tečaja se opaža pri delu strežnikov. Izkušnje so nam pokazale, da je uspeh tem boljši, čim več damo v tečaju poudarka praktičnemu pouku. Imela sem priliko spoznati program in izkušnje tečaja za »vodeče hišne pomočnice« (die leitenden Hausgehilfinnen) v bolnišnici v Baslu in program tečaja za izobrazbo bolniških pomočnic (Spitalgehilfinnen) v Švici. Teoretični pouk in praktična instruktaža sta v enakem sorazmerju. Praktična instruktaža je zelo dosledna in natančna. Zato pa imajo, kljub temu da je program časovno zelo natrpan, izredno dobre uspehe. To se mi zdi važno poudariti zato, ker naši predavatelji na splošno kaj radi skrajšajo ali izpuščajo praktični pouk na račun teorije.

Kako je pa sestavljen program tečaja za strežnike pri nas? Pri sestavi sem imela pred očmi delo strežnikov v naši ustanovi. Zaradi pomanjkanja osebja z ustrežno kvalifikacijo za nego bolnika morajo biti naši strežniki več ali manj v pomoč tudi pri negi bolnika.

Program

1–2 uri.

Ogled celotne ustanove.

Vodi glavna sestra, razlagajo strokovnjaki v posameznih enotah.

a) uprava, ekonomija, sprejemnica za bolnike, služba vratarja (portirnica), telefonska in poštna služba. Kuhinja, dietna kuhinja, skladišče, pralnica, kurilnica, tehnične delavnice;

b) medicinski oddelki: vsi oddelki s preiskovalnimi, ambulantnimi, operacijskimi prostori itd.;

c) splošne strokovne enote: lekarna, rentgen, fizikalna terapija, oddelek za transfuzijo itd.

2–3 ure.

Inštruktor: zdravnik ali glavna sestra.

Položaj strežnikov v bolnišnici. Odnosi do sodelavcev, teamsko delo. Zdravstveni poklici, njih izobrazba.

Psiha bolnega, motnje zaradi bolezni. Odnosi in vedenje do pacientov. Psiha bolnikovih svojcev in obiskovalcev ter vedenje bolniškega osebja do njih. Službena tajnost, važnost!

Boj proti hrupu na oddelku — zakaj?

1–2 uri.

Inštruktor: sestra.

Osebna higiena in nega: dnevno umivanje, kopanje, pranje perila, obleke. Službena obleka (čistoča, dolžnost nošnje).

Odpočitek, spanje. Prosti čas.

1–2 uri.

Inštruktor: upravitelj.

Naloge bolnic. Upravljanje bolnic, finansiranje bolnic. Vrste bolnic. Notranja organizacija bolnic. Hišni red. Kaj je inventar, potrošni material? Odgovornost za poškodbe inventarja in potrošnega materiala.

16—20 ur.

Inštruktor: sestra ali gospodinjska učiteljica.

Praktično in teoretično.

Čiščenje v bolniških sobah, ambulantah, kopalnicah, straniščih, čajnih kuhinjah, hodnikih, stopniščih. Dnevno čiščenje. Tedensko natančnejše čiščenje, razpored po dnevih. Veliko čiščenje.

Različna čistilna sredstva in pripomočki za čiščenje, različne metode čiščenja: pohištva, parketnih tal, terace, gumijastih in drugih tal, tekačev in preprog. Čiščenje kopalnih banj, straniščnih školjk, izlivov, kovinskih in steklenih predmetov, ogledal, oken itd.

Umivanje in temeljito čiščenje pribora, različne posode.

Oskrba cvetlic, tako sobnih lončnic in cvetlic v vazah.

8—10 ur.

Inštruktor: sestra.

Teoretično in praktično.

Pomoč pri postiljanju postelj pri težjih bolnikih, postiljanje postelj pri lažjih pacientih. Donašanje vode in pomoč bolnikom pri jutranjem umivanju v postelji, česanje pacientk. Priprava čistilne kopeli in pomoč pacientom pri kopanju.

Priprava ledenih vrečk. Polnjenje in dajanje termoforov.

Dajanje posteljne posode bolnikom. Sobno stranišče, pomoč pacientom pri uporabi.

Prevažanje in prenašanje pacientov, spremljanje bolnikov na preiskave. Prihodi in odhodi bolnikov na oddelku. Čiščenje postelj in posteljne omarice pri odhodu pacienta.

Bolniško perilo. Oblačenje pacientov, menjava perila, preoblačenje postelj, menjava rjuh oziroma pomoč pri menjavi rjuh pri nespomoglјivih, ležečih bolnikih. Ravnanje z umazanim perilom. Pažnja pred madeži v perilu, izpiranje madežev, preden se zajedo v perilo.

Zlaganje čistega perila v omaro in skrb za red v njej.

Zračenje bolniških sob in hodnikov.

Čiščenje in oskrba: posteljne posode, urinskih steklenic, pljuvalnikov, odpadnih tas, gumijastih predmetov (gumijastih podlog, zračnih blazin itd.). Pranje obvezilnega materiala.

6—8 ur.

Inštruktor: dietetičarka ali sestra.

Teoretično in praktično.

Kako se pripravi oseba, ki servira hrano.

Priprava mize za različne obroke hrane, priprava servirne mizice pri bolniški postelji.

Serviranje hrane pri mizi za laže bolne in pri postelji za hudo bolne.

Dobava hrane oddelkom. Kako pazimo, da se hrana ne ohladi (med transportom do oddelkov in pri razdeljevanju bolnikom), kako grejemo različne

vrste jedi. Kako ravnamo s preostanki hrane, kaj vržemo med pomije in kaj vrnemo kuhinji. Kako serviramo na krožnike različne jedi.

Delitev obrokov na oddelkih.

Hranjenje — pitanje otrok in hudo bolnih.

Ravnanje s posodo in priborom.

Kuhanje čajev.

Najobičajnejše vrste dietne hrane v ustanovi (v glavnem) in njih važnost.

Skupno 35 do 47 ur.

Tečaj traja ca. 3 mesece. Pouk je 2-krat tedensko po 2 uri. Ob zaključku delajo vsi udeleženci pred komisijo ustni in praktični izpit.

Medicina v ameriški

in profil delavca

Ravno pred letom tam videl in doživel, je pripravili za dobo 6-m pogosto utrudljiv, da vse in asimilirati. Zato je tr kaj je povprečno, kaj resnično, močno, živo in

ike. Marsikaj, kar sem . Program, ki so mi ga ako pester, natrpan in sproti oceniti, pretehtati alje, da v miru ugotoviš, kič in kulisa in kaj je

Moja naloga je bila, da ... sektorjem zdravstvene službe, ki mu je v Ameriki poverjena skrb, da varuje zdravje delavcev v tovarnah in rudnikih. Prekipevajoča tehnika in industrija, ki reže kruh ogromni večini prebivalstva zlasti v vzhodnih ameriških državah, daje ameriškemu človeku osnovni ton vsega njegovega življenja, mišljenja in ravnanja. Zato se je tudi medicina dela razrasla v širino in globino in je za zdravnika, ki se zanjo zanima, v Ameriki kaj lepa priložnost, da se seznani s to panogo medicine prav do njenih odtenkov v najbolj pestrih organizacijskih oblikah, v vseh ravneh in etapah obenem z vsemi številnimi profili strokovnega osebja, ki medicino dela izvaja, jo organizira, proučuje in razvija.

Kdorkoli je imel priliko proučevati medicino dela, bo prišel do ugotovitve, da je medicinska sestra ključni strokovni profil v tej panogi medicine in pravtako jo ocenjujejo tudi vodilni ameriški strokovnjaki v knjigah in predavanjih, pa tudi v razgovorih in v nasvetih, ki jih dajejo tujemu opazovalcu.

Že število industrijskih medicinskih sester (odslej okrajšano: sester) je impozantno: 16 000 jih je registriranih v ameriških državah in to število skokoma raste iz leta v leto, saj jih potrebujejo menda 30 000! Kar 20 % od omenjenih 16 000 sester ima manj kot eno leto staža, torej kar 20 % porastka v enem letu!

Mesto, področje in delovne metode sester v industrijski medicini so v Ameriki točno opredeljene, kar prispeva k skladnemu, sistematičnemu in uspešnemu delu zdravstvene službe.

vrste jedi. Kako ravnemo kuhinji. Kako Delitev obrokov r Hranjenje — pitar Ravnanje s posod Kuhanje čajev. Najobičajnejše vr:

Skupno 35 do 47

Tečaj traja ca. 3 delajo vsi udeleženci

žemo med pomije in kaj jedi.

glavnem) in njih važnost.

o po 2 uri. Ob zaključku izpit.

Medicinska sestra — ključni profil v ameriški službi medicine dela

Dr. Stane Lajevec

Ravno pred letom dni sem se poslavljaj od Amerike. Marsikaj, kar sem tam videl in doživel, je zbledelo in zdrknilo v pozabo. Program, ki so mi ga pripravili za dobo 6-mesečnega štipendiranja, je bil tako pester, natrpan in pogosto utrudljiv, da vsega, kar sem videl, nisem utegnil sproti oceniti, pretehtati in asimilirati. Zato je treba časa pa tudi primerne razdalje, da v miru ugotoviš, kaj je povprečno, kaj je res veliko in izvirno, kaj je kič in kulisa in kaj je resnično, močno, živo in v rasti.

Moja naloga je bila, da se seznanim z majhnim sektorjem zdravstvene službe, ki mu je v Ameriki poverjena skrb, da varuje zdravje delavcev v tovarnah in rudnikih. Prekipevajoča tehnika in industrija, ki reže kruh ogromni večini prebivalstva zlasti v vzhodnih ameriških državah, daje ameriškemu človeku osnovni ton vsega njegovega življenja, mišljenja in ravnanja. Zato se je tudi medicina dela razrasla v širino in globino in je za zdravnika, ki se zanjo zanima, v Ameriki kaj lepa priložnost, da se seznani s to panogo medicine prav do njenih odtenkov v najbolj pestrih organizacijskih oblikah, v vseh ravneh in etapah obenem z vsemi številnimi profili strokovnega osebja, ki medicino dela izvaja, jo organizira, proučuje in razvija.

Kdorkoli je imel priliko proučevati medicino dela, bo prišel do ugotovitve, da je medicinska sestra ključni strokovni profil v tej panogi medicine in pravitako jo ocenjujejo tudi vodilni ameriški strokovnjaki v knjigah in predavanjih, pa tudi v razgovorih in v nasvetih, ki jih dajejo tujemu opazovalcu.

Že število industrijskih medicinskih sester (odslej okrajšano: sester) je impozantno: 16 000 jih je registriranih v ameriških državah in to število skokoma raste iz leta v leto, saj jih potrebujejo menda 30 000! Kar 20 % od omenjenih 16 000 sester ima manj kot eno leto staža, torej kar 20 % porastka v enem letu!

Mesto, področje in delovne metode sester v industrijski medicini so v Ameriki točno opredeljene, kar prispeva k skladnemu, sistematičnemu in uspešnemu delu zdravstvene službe.

Teamsko delo je ne samo najbolj pogostno, temveč že tako kultivirano in uglajeno, da je delo izven teama izjema, ki je nihče ne odobrava. V teamu vsakega programa medicine dela pa ima sestra svoje mesto in svoje delovno področje. Njena osnovna skrb in odgovornost je pomagati vsakemu posameznemu delavcu, da ohrani svoje zdravje in si ga utrdi in da bolan čimprej ozdravi.

To svoje poslanstvo pa naj sestra vrši v skladu z etiko medicinske sestre. Zanja so vsi delavci varovanci, za vse mora enako skrbeti. Težko bo to storila sestra, ki delavcev nima rada ali ki svoje vedenje, skrb in prijaznost uravnava po simpatijah ali pa po tem, kakšno veljavo ali položaj ima kakšen pacient. V industriji je kot v vojski, podrejenost in nadrejenost je tu nujna in medicinsko sestro bi kaj lahko zavedlo, da bi želje vodilnega osebja upoštevala bolj kakor želje navadnega delavca in da bi ji bil direktor važnejša oseba kot nekvalificiran delavec. Uspešno delo sestre naj temelji na prepričanju, da so vsi ljudje enako ustvarjeni, da vsak zasluži enako spoštovanje in enako pozornost. Zato bodi vedenje sestre do vseh enako — pošteno, polno sočutja in nesebično v skrbi za vsakega posameznika.

Tako učijo sestre na tečajih in šolah in po teh načelih se sestre v glavnem tudi ravnaajo. V deželi vsemogočnega dolarja te to prav pogosto preseneti, posebno še, ker lahko znova in znova ugotavljaš, da ljubeznivost do delavcev ni samo priučena ali navidezna, temveč da izvira res iz spoštovanja do vsakega posameznika in iz iskrene želje za ljudi nekaj napraviti, biti potreben in koristen.

Razmerje sestre do zdravnika je na papirju rešeno do največjih potankosti, v življenju pa se polagoma oblikuje nov odnos med zdravnikom in sestro, in to v korist sestre. Z vsemi mogočimi predpisi in navodili so si zdravniki za zdaj zagotovili svoj monopol na zdravljenje in na postavljanje celotnega zdravstvenega programa v obratnih ambulantah ter potisnili sestro na stopnjo pomočnika in tehničnega izvrševalca strokovnih zdravnikovih navodil. Zaradi večje vneme sester pri delu, zaradi boljšega etičnega odnosa do zdravstvenega programa in pogosto tudi temeljitejše strokovne usposobljenosti pa ljudje, ki se poslužujejo zdravstvene službe, čedalje bolj uvidevajo, da skoraj vso težo in odgovornost za izvajanje zdravstvene službe nosijo sestre. Zato so tudi sestre deležne vsega priznanja in simpatij, kar jim dviga samozavest, da se vse bolj samostojno lotevajo mnogih nalog, posebno na področju preventivne in zdravstvene vzgoje.

Spominjam se sestre, ki je vodila obratno ambulanto v usnjarni, kjer je bilo zaposlenih približno 400 delavcev. Zdravnik je prihajal v to ambulanto le enkrat tedensko in je za svoje delo prejemal dvakrat večji honorar kot sestra. Poznal pa ni ne delavcev ne zdravstvenih škodljivosti v tovarni in je le podpisoval, kar mu je sestra predložila. Čeprav je sama marsikaj bolje znala, je vendar ostala strogo v mejah svojega področja. Prav na dan mojega prihoda pa je bila v veliki zadregi, kaj na stori. Pri dveh delavcih se je namreč pojavil kožni antraks, zdravnik pa ga ni ne razpoznal ne pravilno zdravil in tudi ni ničesar ukrenil, da se primeri ne bi ponovili. Težko ji je bilo zdravnika kritizirati, dolžnost do delavcev pa ji je narekovala, da je treba nekaj ukreniti. Ko je zdravnik odšel po drugem opravku, je na svojo odgovornost poslala oba obolela delavca v bolnico, češ da sta zaradi visoke vročine kolabirala in da zdravnik ni bil takoj dosegljiv. Bolnica je seveda takoj alarmirala javno zdravstveno službo in epidemiologa, ki so temeljito napravili red v tovarni in tudi zdravniku dali vedeti, da slabo opravlja svojo službo.

V priročniku za sestre je glede razmerja zdravnika do sestre tale zanimiv odstavek: »Industrijska medicinska sestra ima v zdravniku vedno svojega največjega zaveznika, vendar se včasih zdi tudi obratno. Dobri strokovnjaki v industrijski medicini so vedno smatrali industrijsko medicinsko sestro za svojo sodelavko, zdravniki pa, ki so manj vešč v tej stroki ali se zanjo manj zanimajo, se boje strokovno dobro podkovane medicinske sestre in omejujejo njeno dejavnost.

Modro je pravilo, da mora biti zdravnik odgovoren za zdravstveno plat programa medicine dela. Zadnjega četrta stoletja pa so v odnosu zdravnika in medicinske sestre nastale večje spremembe. Zdravniki in medicinske sestre, ki so se z uspehom uveljavili v medicini dela, so pokazali vlogo, ki jo naj ima vsak od njih, in se sporazumeli glede osnovnih načel, po katerih je omogočeno medicinski sestri, da številne dejavnosti v službi medicine dela opravlja samostojno.«

Zdravniški ceh je v Ameriki še zelo močan, vendar so pa tudi sestre čedalje bolj povezane v svoje strokovne in sindikalne organizacije. Industrijske sestre imajo tri močne strokovno-sindikalne organizacije: American Nurses' Association, National League for Nursing in American Association for Industrial Nurses. Vsaka sestra naj bi se udeleževala vsaj v eni od naštetih organizacij. Le-te skrbijo predvsem za strokovni in etični dvig sester, za ekonomsko in splošno njihovo blaginjo, zastopajo sestre pri urejanju službe in sprejemanju predpisov, dalje na kongresih zdravstvenih delavcev doma in v tujini, imajo na skrbi tudi izmenjavo strokovnih izkušenj s podobnimi organizacijami v drugih državah in so oficialne predstavnice ameriških sester v Mednarodnem svetu medicinskih sester. Te organizacije tudi pomagajo sestram, ki se iz drugih držav priselijo v Ameriko. Pomagajo pa tudi podjetjem, ki iščejo sestre, tako da jim posredujejo naslove in priporočila za sestre, ki bi bile primerne za njihovo ambulanto. Veliko poslanstvo vršijo s tem, da izdajajo strokovna glasila (American Journal of Nursing, Nursing Outlook, The American Association of Industrial Nurses Journal), ki so na visoki strokovni in etični višini in v katere pišejo predvsem sestre same. Te organizacije pogosto prirejajo sestanke, seminarje in letne konference.

V manjšem industrijskem mestu Trenton-u so me sestre povabile na svoj mesečni sestanek, da bi jim povedal kaj zanimivega o medicini dela v Jugoslaviji. Čeprav sem imel s pripravljanjem referata precej težav, sem se le z veseljem odzval povabilu, saj sem tako imel priložnost videti, kako se izzivljajo v svojih organizacijah. Sestanek je bil kar v veži neke večje ambulante. Na sestanek je prišlo 36 sester in vsaka si je pripela na prsi svojo vizitko, kjer je bilo poleg imena in priimka napisano še, kje je v službi in na kakšnem položaju. S tem je bilo predstavljanje olajšano. Med organizacijskimi zadevami je povzročilo živahno razpravljanje sporočilo blagajničarke, da gre večina prispevkov za šopke, darila in podpore sestram, ki so obbolele ali doživele kak jubilej, se poročile, dobile otroka ali pa dalj časa zaradi bolezni ostale brez zaslužka. Brez posebne sentimentalnosti so točno določile, komu naj se pošlje šopek in koliko naj ta šopek stane in komu naj se pošlje samo pismo s čestitkami.

Moje predavanje so spremljale z velikim zanimanjem in po predavanju se jih je nekaj ponudilo, da so pripravljene priti v Jugoslavijo kot inštruktorke.

Po mojem predavanju so dobili besedo trije zastopniki farmacevtske industrije, ki so hodili in ponujali vzorce zdravil in delili tudi manjša darila — parfume, rdečila za ustnice, svinčnike, notese in podobno.

Po končanem sestanku smo posedli k mizam, pojedli nekaj obloženih kruhkov in tort, srebali iz velikih skodelic dobro ameriško kavo s smetano in se pomenili še marsikaj, kar ne spada v stroko.

Predsednica mi je zatrjevala, da so vsi sestanki zelo dobro obiskani in živahni. Vendar sem ji štel v slabo, ker je skušala dobiti za predavatelje predvsem vrhunske zdravnike, n. pr. kirurga, ki je uspešno opravljal srčne operacije, biokemika, ki je predaval o hibernaciji, in psihiatra, ki je predaval o zdravljenju z elektrošokom. Vprašal sem jo, zakaj ne razpravljajo več o preventivi in medicini dela, pa mi je odgovorila, da se v tem že tako izživljajo in izpopolnjujejo v službi.

V obratnih ambulantah vlada izreden red in čistoča, sestra sama je vedno v sveži uniformi, negovana, snažna in ljubezniva. Pisarije ima veliko več kot pri nas, vendar se nad njo ne pritožuje, saj je vsa administracija premišljena, smotrna in zato manj osovražena kot pri nas. Enotnih kartotečnih listov ali drugih obrazcev ni, vsak si uredi administracijo po svoje, kot mu pač ustreza. Zavidal sem jih za kupe propagandnega materiala iz vseh področij preventivne medicine. Skoro vsak pacient odide iz ambulate s kakšno brošurico ali vsaj letakom: Debeluh dobi lekcijo o shujševalni kuri, nosečnica navodilo, kako naj živi in se hrani v nosečnosti, ob času influence se dele navodila, kako se je obvarujemo in kako se zdravi, spomladi na veliko delijo vitamine ali vsaj opozarjajo nanje ipd.

Sila praktično in koristno se mi zdi to, da ima vsaka sestra posebno mapo z navodili, kako naj ravna ob posameznih primerih, in točno odrejeno področje in dolžnosti. Tej mapi pravijo Occupational Health Nursing Policy and Procedure Manual (Priročnik o ravnanju in postopku za industrijske medicinske sestre). V tej mapi so pismene odredbe zdravnika in uprave podjetja, ki jih mora sestra izpolnjevati, postopek pri izvajanju zdravstvenega varstva in koristne informacije glede zdravstvene službe v tistem kraju, glede organizacije in odgovornih oseb v podjetju in pa upravnih oblasti na tistem območju.

V tej mapi so tudi obrazci, ki jih uporablja obratna ambulanta, in pa točna navodila, kako je treba obrazce izpolnjevati, kako, kam in kdaj pošiljati poročila in podobno.

Do kakšnih podrobnosti so izdelana navodila za posamezne primere, je razvidno iz navodila, ki ga je priporočilo zdravniško društvo. V tem navodilu je obrazloženo, kako naj ravna sestra, ko dobi naročilo od družinskega zdravnika, kako naj zdravi delavca n. pr. z injekcijami ali fizikalno terapijo. Navodilo se glasi:

»Če privatni zdravnik kakega uslužbenca pismeno zaprosi in obratni zdravnik prošnjo odobri, sme sestra nuditi zdravljenje temu uslužbencu po sledečem postopku: Vsak uslužbenec mora obratni ambulanti prinesiti pismeno prošnjo družinskega zdravnika. Ta naj točno označi ime zdravila, točno dozo, kako naj se zdravila dajejo in v kakšnih obdobjih. Zdravnik naj točno navede morebitne kontraindikacije in kdaj naj se bolnik zgledi za kontrolni pregled.

Sestra sme nadaljevati z zdravljenjem le tri mesece, nato pa mora bolnik od svojega zdravnika ponovno prinesiti pismeno naročilo, če naj se mu zdravilo še daje.

Vsako prošnjo mora odobriti in podpisati obratni zdravnik, preden začne sestra z zdravljenjem, podpisane prošnje pa mora sestra vložiti v kartotečno mapo bolnika. Zdravljenje je vpisati v kartotečni list uslužbenca.

Če ni kaj jasno, je prositi za navodilo družinskega zdravnika.

N. B. Sestra pod nobenim pogojem ne sme dajati zdravila, če ji njegovo učinkovanje ni znano.«

Posebno skrbno so izdelana navodila za akutna in kronična zastrupljenja, ki se v tisti tovarni dogajajo najpogosteje, in pa — prav po amerikansko — vse, kar je v zvezi z denarjem: Kdo plača prevoze, v kakšnem primeru je dovoljeno klicati rešilni avto, kdaj je bolje klicati cenejši taksi, kako in kam je vpisati vsako nesrečo pri delu in kakšne dajatve pripadajo delavcem ob nesreči ali v bolezni.

Iz teh navodil je sicer očitno tudi, da se hoče podjetje zavarovati proti prevelikim izdatkom, vendar pa pomenijo za sestro veliko pomoč pri njenem vsakdanjem delu. Zlasti popolna jasnost glede njenih dolžnosti in področja bi bila zelo potrebna tudi pri nas, koristna posebno za vsako novinko, dalje ob predaji poslov, pa tudi za presojo, koliko in kako kakšna sestra izvaja postavljeni zdravstveni program ter kako uspeva in raste strokovno in organizacijsko tudi sama.

Kako daleč gredo glede opredelitve dolžnosti, kaže običajna praksa, da se sestram, če jih je več v istem zavodu, vedno določi čin in lahko starejša po činu odreja, kaj in kako naj pri skupnih akcijah delajo po činu mlajše.

Imajo tudi pravilo, da naj sestro v njenem delovnem področju nadzira samo sestra in ne n. pr. zdravnik. V zavodih za javno zdravstvo posameznih republik pa tudi večjih mest imajo za medicino dela posebej usposobljene instruktazne sestre (nurse consultant). Pogoj za to mesto je dolgoletna praksa (redko krajša kot 10 let), dobra strokovna kvalifikacija, posebni postdiplomski tečaji, predvsem pa uglašen nastop in sposobnost ljudi bolje voditi kakor nadzirati. Prav instruktazne sestre so običajno tudi najbolj aktivne v strokovnih sestrskih organizacijah.

Za strokovno usposabljanje in napredek sester je zelo dobro poskrbljeno. Na medicinskih fakultetah so postdiplomski tečaji (3–6 mesecev), kjer so predavateljice v glavnem spet sestre. Tudi strokovne organizacije pogosto prirejajo seminarje, tečaje in zborovanja. Vse, kar se na teh seminarjih predava in diskutira, dobijo že v kratkem času po seminarju natiskano ali ciklostilirano, da si lahko ponovno preberejo in osvežijo predavanje, ki bi ga sicer pozabile.

Brošuric, letakov in raznih okrožnic je pravcata poplava.

Od dobre sestre pričakujejo visoko strokovno in organizacijsko aktivnost in se sila borijo proti vsaki nevarnosti ali otopelosti v službi. Sestra Mary Brown, ki na Jalski medicinski fakulteti predava o področju medicinske sestre, je napisala v svojem priročniku za sestre tole: »Nevarnost je, da sestra z leti izgubi zanimanje in vnemo. Dogaja se, da ji otopi čuteč prijateljski odnos do delavcev in se s tem za uspešno delo v tovarni popolnoma onemogoči. Tudi za društveno življenje se sestra ohladi, preneha prebirati strokovno literaturo, delo pa opravlja kot avtomat. To je nevzdržna situacija, saj že samo sled sovražnosti do ljudi sestro popolnoma onemogoči za delo v tovarni. Sestra naj zato budno pazi in se sama kontrolira glede svojega ravnanja in čustev. Čeprav vsakogar ne more imeti intuitivno rada, tega ne sme pokazati. Tudi njene predsodke delavci takoj opazijo. Na vsak način mora ohraniti zaupanje

delavcev in razviti sposobnost, da ob pravem času posluša in ob pravem času govori. Čas jo bo naučil, da bo znala presoditi, v kako tesnem razmerju je njeno ravnanje z zdravjem in njenim delom za ohranitev zdravja delavcev.«

Velika podjetja s številnimi podružnicami imajo v svojih centralah tudi zdravstvene oddelke, kjer strokovno usposabljaajo sestre za delo v svojih ambulantah. Program tečajev je seveda bolj konkreten, saj se nanaša na zdravstvene škodljivosti prav v tisti panogi industrije, ki tečaj prireja.

Tudi privatne zavarovalnice imajo svoje zdravstvene oddelke z instruktážnimi sestrami, ki pomagajo z nasveti in literaturo sestram. Le-te pomagajo z nasveti in literaturo sestram v tistih podjetjih, ki so zavarovana pri tej zavarovalni družbi.

Zadnje čase se sestre zelo uveljavljajo tudi v strokovnih, raziskovalnih in znanstvenih laboratorijih in inštitutih, saj so po svoji vzgoji in visoki etiki sila dragocen in upoštevan član raziskovalne skupine.

Vsaka sestra ima navodila, da preko strokovnih organizacij prenaša svoje izkušnje tudi na mlajše sestre, da posreduje svoje izkušnje učenkam v šolah za medicinske sestre, bodisi da predava sama ali pa svoje skušnje pove poklicni predavateljici.

Sodelovanje sester z vsemi forumi, upravnimi organi za zdravstvo, društvi za preprečevanje raznih socialnih bolezni in nesreč doma, v prometu in predvsem na delu, sodelovanje z zdravstvenimi zavodi in pa sindikalnimi organizacijami daje bogate sadove in pomaga sestram, da so vedno na tekočem, vedno v središču dogajanja, a vendar v mejah svojega področja. Rečeno je namreč, da mora sestra sodelovati predvsem z zdravnikom in varnostnim inženirjem, vendar mora pa skrbno paziti, da s svojim ravnanjem ne bi vzbujala videza, kakor da je ona zdravnik ali varnostni inženir.

Povsod se poudarja potreba in želja, da mora sestra neprestano skrbeti za svojo osebno in strokovno zornost, se usposabljaati za prevzem še večjih odgovornosti in za še bolj samostojno odločanje v svojem področju.

Po svojih strokovnih, organizacijskih sposobnostih in visokih etičnih lastnostih so ameriške industrijske medicinske sestre v marsičem lahko za vzgled industrijskim medicinskim sestram v drugih državah.

Našim sestram bi bile ameriške sestre lahko za vzgled zlasti glede točnosti in vestnosti pri delu, glede vzornega vodenja administracije, statistike in evidence, glede prijaznosti do vsakogar, posebno še do pacientov, glede nenehne skrbi za svoj strokovni napredek in pravilno pojmovanje svojega mesta in delovnega področja v okviru celotne preventivne zdravstvene službe.

Sestre, ki jih imajo v Ameriki, so se formirale skozi nekaj generacij, tako da so zdaj lahko ponosne na svoje strokovno znanje, na svoje metode dela in ne nazadnje na izoblikovana etična načela. Šola pa je bila trda, brezobzirna, boleča.

Našim sestram ne bi privoščil, da se dokopljejo do primerne strokovne in etične višine pod tako težkimi pogoji, kot so jih imele in jih še imajo sestre v Ameriki. Tempo dela, podrejenost vsem, ki ji režejo kruh, pogosto pa še strokovna in administrativna podrejenost zdravniku, ki jemlje svoj poklic kot business, in končno tudi ekonomske skrbi, kaj bo ob boleznih in kaj bo na starost, ko bodo lasje osiveli in sestra ne bo več ne tako prožna in urna, ne tako lepa in priljubljena, da bi vzbujala simpatije že s svojim nastopom. Neprijetno mora biti sestram v Ameriki tudi dejstvo, da so za svoje delo relativno veliko slabše plačane kakor zdravniki ali kvalificirani delavci.

Naravnost nemogoče bi bilo v Ameriki zamujati službo ali zanemarjati svoje delo. Kontrola je dnevna in huda, posledice pa za vsak prekršek sila hude. Ne samo, da se znajde taka sestra na cesti brez službe, slaba ocena gre za njo po vseh mogočih linijah, tako da ji je morebitno napako sila težko popraviti.

Pri nas smo v tem oziru veliko bolj popustljivi in človeški, morda sem in tja še preveč, tako da predolgo gledamo in opozarjamo na napake in nepravilne odnose do pacientov in do dela.

Vlc Mednarc

itra

Mednarodni dečji cente 1950 ustanovila Organizac države. Nameščen je v Bou zgradbi gradiča de Longch; prosti paviljoni, ki so nam Centra. CIE ima po svojer deželah sveta študij probi 'poznavanje higiene in nege otroka, upo- kovno osebje. CIE pomaga specializiranim organizacijam in službam Združenih narodov kakor tudi raznim narodnim in mednarodnim ustanovam za varstvo matere in otroka.

lance = CIE) je leta delovanju francoske oslopij. Uprava je v toje moderni, a pre- n-pedagoškemu delu razvijati v različnih za otroka; razširjati nimi metodami stro-

Dasi je prej bilo mnogo ustanov, tako javnih in privatnih, ki so se pečale z vprašanji otroka, je bilo njihovo delovanje vendarle razdrobljeno, saj so se nekatere posvečale problemom otroških bolezni, druge vprašanjem psihologije in pedagogike, tretje zopet vplivu socialnih razmer na otrokov razvoj, njegovo rast in vraščanje v svet odraslih.

Nato je bil po II. svetovni vojni ustanovljen CIE na temelju proučevanja otroških problemov kot nekakšna sinteza dognanj v študiju otroških problemov. Seveda je ustanovitev tega centra nedvomno tudi plod široko zasnovane dejavnosti Združenih narodov in njihovih specializiranih ustanov širom po vsem svetu. Ena izmed najbolj samoniklih ostvaritev CIE je proučevanje otroka z vseh vidikov, ki jih narekuje njegova osebnost: z bioloških, psiholoških in socio-loških. Takšno zaokroženo proučevanje otroka pa je možno edinole v okviru ekipnega dela, pri katerem sodelujejo kadri različnih strok, kot medicine, sociologije, psihologije in pedagogike.

Dejavnost CIE usmerjajo sodobne zahteve v varstvu matere in otroka:

1. Varovati zdravje matere v času nosečnosti, poroda, dojenja in jo naučiti osnovne nege, ki jo potrebuje otrok.

2. Zagotoviti otroku harmonično rast in razvoj v trojnem smislu: v fizičnem, duševnem in socialnem. V ta namen je seveda potrebno:

— družinsko okolje, v katerem se bo otrok počutil varnega tako glede na čustveno življenje kakor tudi v materialnem pogledu,

Naravnost nemogoč delo. Kontrola je dnevi samo, da se znajde tak vseh mogočih linijah, ta

Pri nas smo v tem tja še preveč, tako da p odnose do pacientov in

žbo ali zanemarjati svoje t prekršek sila hude. Ne aba ocena gre za njo po la težko popraviti.

človeški, morda sem in na napake in nepravilne

Vloga in delovanje Mednarodnega dečjega centra

Majda Musek

Mednarodni dečji center (Centre International de l'Enfance = CIE) je leta 1950 ustanovila Organizacija združenih narodov ob sodelovanju francoske države. Nameščen je v Boulonjskem gozdu in obsega več poslopij. Uprava je v zgradbi gradiča de Longchamp, v gozdiču okoli njega pa stoje moderni, a preprosti paviljoni, ki so namenjeni študiju, raziskovalnemu in pedagoškemu delu Centra. CIE ima po svojem statutu naslednje poslanstvo: razvijati v različnih deželah sveta študij problemov, ki se porajajo v skrbi za otroka; razširjati poznavanje higiene in nege otroka; usposabljati s sodobnimi metodami strokovno osebje. CIE pomaga specializiranim organizacijam in službam Združenih narodov kakor tudi raznim narodnim in mednarodnim ustanovam za varstvo matere in otroka.

Dasi je prej bilo mnogo ustanov, tako javnih in privatnih, ki so se pečale z vprašanji otroka, je bilo njihovo delovanje vendarle razdrobljeno, saj so se nekatere posvečale problemom otroških bolezni, druge vprašanjem psihologije in pedagogike, tretje zopet vplivu socialnih razmer na otrokov razvoj, njegovo rast in vraščanje v svet odraslih.

Nato je bil po II. svetovni vojni ustanovljen CIE na temelju proučevanja otroških problemov kot nekakšna sinteza dognanj v študiju otroških problemov. Seveda je ustanovitev tega centra nedvomno tudi plod široko zasnovane dejavnosti Združenih narodov in njihovih specializiranih ustanov širom po vsem svetu. Ena izmed najbolj samoniklih ostvaritev CIE je proučevanje otroka z vseh vidikov, ki jih narekuje njegova osebnost: z bioloških, psiholoških in socioloških. Takšno zaokroženo proučevanje otroka pa je možno edinole v okviru ekipnega dela, pri katerem sodelujejo kadri različnih strok, kot medicine, sociologije, psihologije in pedagogike.

Dejavnost CIE usmerjajo sodobne zahteve v varstvu matere in otroka:

1. Varovati zdravje matere v času nosečnosti, poroda, dojenja in jo naučiti osnovne nege, ki jo potrebuje otrok.

2. Zagotoviti otroku harmonično rast in razvoj v trojnem smislu: v fizičnem, duševnem in socialnem. V ta namen je seveda potrebno:

— družinsko okolje, v katerem se bo otrok počutil varnega tako glede na čustveno življenje kakor tudi v materialnem pogledu,

— redni zdravstveni in socialni nadzor v raznih obdobjih njegovega razvoja od spočetja do zrelosti,

— kvantitativno in kvalitativno smotrno uravnovešena prehrana.

3. Olajšati otroku adaptacijo na družbeno življenje in pomagati neprilagojenim z vsemi sredstvi sodobne znanosti, pa naj bo vzrok njihove neprilagodljivosti kakršenkoli (fizičen, psihičen ali socialen).

Ker v mnogih deželah še nimajo možnosti, da bi razvili službo za varstvo matere in otroka v celotnem obsegu, zlasti ker jim primanjkuje usposobljenega kadra, delovnih metod in utrjene dokumentacije, je ena izmed osnovnih dolžnosti CIE, da jim na vseh področjih nudi široko in čim uspešnejše sodelovanje.

Zaradi tega CIE vsako leto organizira pouk za izpopolnjevanje kadrov v varstvu matere in otroka z raznih zadevnih vidikov:

1. Usposabljanje, ki ga posreduje CIE, je namenjeno zdravnikom, socialnim (patronažnim) sestram, socialnim delavcem, psihologom in vzgojiteljem, predvsem tistim, ki se v svojih deželah ukvarjajo s temi problemi. Usposabljanje ima tri namene:

— seznaniti udeležence z najpomembnejšimi delovnimi metodami, pretehtati nove zadevne pridobitve in proučiti možnosti za njih uporabo v deželah slehernega izmed udeležencev,

— vzporejati izkušnje posameznih dežel glede na ostvaritev vzajemnega študija s poudarkom na medsebojni odvisnosti različnih področij in potrebi ekipnega dela,

— dati udeležencem poleg dopolnilnega znanja tudi pobudo za praktične delovne metode, ki naj bodo natančne, a vendar dinamične. V času naglega razvoja in vrtoglavo hitrega napredka tehnike smo pri vsakdanjem delu tako rekoč stalno v nevarnosti, da zaostajamo za novimi odkritji, tako da si morata zdravstveni in socialni kader nenehno prizadevati za prilagajanje in izpopolnjevanje.

Ta način študija v CIE pa je resnično uspešen edinole tedaj, če si udeleženci pridobijo željo in voljo, da delajo več in bolje, da delajo z jasno predstavo in se z vso razumnostjo borijo proti rutini, ki je v vseh deželah sveta glavna ovira napredku.

V izpopolnjevalnih tečajih oziroma seminarjih CIE lahko sodelujejo tri vrste udeležencev:

— štipendisti CIE, ki jih izberejo njihove države,

— štipendisti mednarodnih organizacij, organizacij posameznih držav in raznih narodnih zasebnih združenj,

— slušatelji, ki se prijavijo sami, vendar pa morajo izpolnjevati iste pogoje kakor drugi udeleženci.

2. Vsak tečaj, ki traja 6 tednov do 3 mesece — pač glede na vsebino, poveže med seboj do 30 udeležencev iz raznih delov sveta.

Osnovno znanje udeležencev, njihove poklicne izkušnje, njihove sposobnosti in pa osebnosti so zelo različne, prav tako kot zanimanje za razna vprašanja, ki jih obravnava tečaj. Borba proti trahomu bo n. pr. za skandinavskega zdravnika manj zanimiva kakor za zdravnika iz Afrike. Nasprotno bo pomanjkanje materinske nege in zadevne posledice za otroka vzbudilo več pažnje pri Evro-

pejcu kakor pri udeležencu iz Azije. Vendar je izkušnja pokazala, da taka srečanja med zdravstvenimi in socialnimi delavci, ki prihajajo iz različnih dežel, niso le edinstveni vir novih spoznav, temveč tudi posameznikom prilika za obogatitev obzorja, kajti ni je dežele, pa naj bo še tako majhna, ki ne bi mogla nečesa nuditi. Ta možnost plodnih izmenjav intelektualne in duhovne raznolikosti posameznih dežel je prav gotovo eden izmed najbolj dragocenih vidikov izpopolnjevanja v CIE in je poleg tega zelo velikega mednarodnega pomena.

3. Za izpopolnjevalno tehniko, ki jo uporabljajo v CIE, je značilno dvojno ravnotežje:

- ravnotežje med medicinskimi, psihološkimi, socialnimi in ekonomskimi vidiki problemov otroškega varstva, ki so vsi med seboj povezani, in poudarek na možnostih za praktično uresničevanje zdravstvenega in socialnega varstva otrok;

- ravnotežje med različnimi tehnikami pouka (konference, skupinska diskusija, obiski ustanov, prikazovanje filmov in delo v knjižnici). Zlasti so poudarjeni stvarni načini študija, ki pri njih udeleženci aktivno sodelujejo in prispevajo tudi s svojimi osebnimi izkušnjami.

Od leta 1950 do 1957 je CIE organiziral 50 tečajev za izpopolnjevanje in v njih zajel 1343 udeležencev iz 93 dežel. V letu 1958 je bilo organiziranih 9 tečajev, eni so bili v Parizu, eni pa v Dakarju.

CIE organizira medicinska in socialna raziskovanja, ki so posvečena aktualnim problemom mednarodnega pomena. V letu 1959 bodo ta raziskovanja posvečena naslednjim nalogam: raziskovanje vprašanj glede preprečevanja tuberkuloze pri otroku; raziskovanje preventivnih ukrepov za preprečevanje akutnega sklepnega revmatizma pri otroku; raziskovanje otrokovega razvoja in rasti v Evropi (Bruselj, London, Pariz, Stockholm, Zürich), v Afriki (Dakar, Kampala) in v ZDA (Louisville); ustanovitev zgledega centra za razvedrilo otrok v stanovanjski skupnosti; izvedba programa za zdravstveno in socialno vzgojo v šolskem in družbenem okolju; sodelovanje pri organizaciji in delovanju centra za varstvo matere in otroka v poljedelskem področju Afrike; sodelovanje pri raznih dejavnostih iz varstva matere in otroka v javnem zdravstvenem centru v Soissonsu; študij pravilne nege bolnega otroka na domu; študij utrujenosti in preobremenjenosti šolskega otroka.

Poleg tega pripravlja CIE razne seminarje, delo v skupinah in študijske dni, ki bodo posvečeni raznim vprašanjem iz varstva matere in otroka.

CIE je v svojem upravnem posloppu uredil tudi mednarodno središče za dokumentacijo, ki je na razpolago vsem, ki jih ti problemi zanimajo. To središče je postalo nujno potrebno, ker je v svetu vedno več literature, ki se ukvarja s problemi iz varstva matere in otroka. Zbiranje te literature v središču dokumentacije močno olajšuje izmenjavo dognanj in lahko ob tod zbranem gradivu sledimo, kako se varstvo matere in otroka razvija v raznih deželah širom po svetu.

CIE izdaja dve reviji, in sicer »Courrier« in »Etudes neo-natales«. »Courrier« je publikacija, ki izide desetkrat na leto in prinaša bibliografsko razčlenjen prikaz vseh dejavnosti iz varstva matere in otroka ter izvirne sestavke, ki obravnavajo medicinske, socialne in psihološke probleme v zvezi z otrokom. »Etudes neo-natales« izhajajo trimesечно in so posvečene vprašanjem iz fizio-

patologije novorojenčka. Obe reviji izhajata v angleškem in francoskem jeziku. Poleg njih pa CIE občasno objavlja samostojne razprave o posameznih vprašanjih. Od leta 1950 je CIE izdal 17 takšnih del.

Letos bo CIE slavil svojo desetletnico. Če pogledamo na njegovo dosedanje delo, moramo reči, da je opravil pomembno delo in dobro opravičil svoj obstoj. Tudi v prihodnje bo svoje delo posvečal področjem, kjer sta umrljivost in obolevnost otrok še visoki, in zaeno sledil perečim vprašanjem iz sodobnega varstva matere in otroka, to pa ne samo v odkrivanju novih metod, temveč tudi dolžnosti, da posreduje dosedanja odkritja vsem deželam sveta.

CIE bo poglobil svoje delo na področju socialnih vprašanj in o njih poročal socialnemu oddelku Organizacije združenih narodov. Na socialnem področju mora računati z različnimi nazori glede na politično in ekonomsko strukturo posameznih držav, vendar so za našo dobo značilni in vsesplošni trije socialni pojavi, namreč naglo naraščanje prebivalstva širom po svetu, industrializacija in urbanizacija.

V mnogih deželah se je poglobil prelom med tradicionalnim kmečkim življenjem in življenjem v mestih, prelom, ki ga je težko premostiti, in to tem bolj, ker je marsikje razvoj mest prehitel razvoj industrializacije. Ta razvoj mest spremlja pogostno preseljevanje revščine podeželja v mesta in nosi s seboj številne nove probleme, ki komplicirajo in poslabšujejo položaj. Nujna menjava navad in prejšnjega načina življenja, težave v prilagoditvi posameznikov na mestno življenje, spremembe, ki segajo v tradicionalno strukturo družine — vsemu temu pa se pridružujejo stalni problemi, kot alkoholizem, tuberkuloza, prostitucija, mladinski kriminal in podobno. Vse te zmede, vsi ti pretresi močnejše delujejo na otroka tako v njegovem telesnem kakor tudi duševnem zdravju.

Družinskega in socialnega okvira, ki ga je bil otrok navajen in ki je usmerjal skoro vsa njegova dejanja, v dosedanjem pomenu dejansko ni več. Tako stoji CIE pred novim vprašanjem, pred proučevanjem socialnih razmer, ki vplivajo na raznolikost otrokovega fizičnega, psihičnega in socialnega življenja in terjajo novih naporov za preprečevanje negativnih pojavov, seveda ob uporabi socialnih ukrepov, ustrežajočih potrebam otroka in njegove družine.

Vsi napor, ki so jih vložile mednarodne organizacije za blaginjo otroka, so znatni, toda potreba je še vedno nič koliko. Ves uspeh te dejavnosti v prihodnjem je odvisen od:

- boljše strokovne priprave kadrov, ki delajo v varstvu otroka;
- sodelovanja med državami, posameznimi organizacijami za varstvo otroka in mednarodnimi ustanovami;
- dobrih delovnih metod, ki se opirajo na različna področja znanosti;
- vsebine, ki bo vodila delo, kjer je mednarodna solidarnost prav tako važna, kot je važna tehnika varstva samega.

V našem času pomeni CIE simbol mednarodnega sodelovanja. Skratka, to je ustanova, v kateri se srečujejo strokovni delavci vseh dežel sveta in v atmosferi resnega dela in prijateljstva spoznavajo probleme otroškega varstva širom po svetu, pridobivajo novo znanje in se z njim vračajo v svoje dežele, kjer v vsakdanjem delu oživljajo načela sodobnega otroškega varstva. Tako izpolnjuje CIE svoje poslanstvo posredno tudi za boljšo bodočnost naših otrok.

Ob letakih o prehrani otroka v prvem letu

Dr. Štefka Kavčič

Centralni higienski zavod LRS je pripravil novo, popravljeno izdajo letakov o prehrani v prvem letu otrokovega življenja. Strokovno izpopolnitev snovi je prispeval Centralni otroški dispanzer v Ljubljani. Naj za čim ustrežnejšo uporabo teh letakov sledi tule nekaj priporočil zdravstvenim delavcem na terenu:

V letaku o razredčenem mleku je opisano polovično, dvotretjinsko in tričetrtinsko mleko, pripravljeno z vodo ali s kamiličnim čajem. Polovično mleko uporabljamo v prehrani zdravega dojenčka le redkokdaj. Ima namreč premalo hranivih snovi za zdrav razvoj rastočega organizma. Uvedemo ga v prehrano dojenčka le izjemoma v prvih tednih življenja, če mati iz kakršnega koli vzroka ne doji. Dvotretjinsko, zlasti pa tričetrtinsko mleko mnogo bolje krijeta prehrambne potrebe prvih mesecev življenja, zato tudi ju že prav zgodaj uvajamo v otrokovo prehrano.

Doslej zelo v rabi je bilo mleko, razredčeno z riževim sluzom, vendar ga v prehrani zdravega otroka uporabljamo vedno manj. Priporočamo ga le kot dietno mleko med prebolevanjem akutnih in kroničnih prebavnih bolezni. Prav tako nudimo mleko, razredčeno s sluzom iz ovsenih kosmičev, le kot dietno mleko dojenčkom, ki trpe na zaprtju. Zato je riževo mleko opisano med dietno prehrano.

Novi letak »Citronovo mleko« daje navodila za pripravo kislega mleka s svežim limonovim sokom ali pa mleka z 10-odstotno raztopino citrionove kisline. Opisana je sestava in priprava 2/3 citrionovega in polnega citrionovega mleka, in to brez cerealij ali pa z dodatkom 2 % škroba in 2 % močnate zakuhe.

Dvotretjinsko citrionovo mleko uvajamo v prehrano dojenčka že v prvem mesecu življenja, polno citrionovo mleko pa po 6. tednu. Citrionovo in tudi vsako drugo kislo mleko je namreč zaradi kisline, ki sproži prebavo beljakovin in maščob, laže prebavljivo kakor nezakisljeno in jih zato manj razredčena oziroma nerazredčena lahko že zgodaj nudimo dojenčku. Priprava citrionovega mleka je enostavna, dojenčki pa ob njem lepo uspevajo. Pri otrocih, hranjenih s citrionovim mlekom, opazamo v splošnem tudi manj rahitisa, ker citrionova kislina posega v presnovo kalcija in fosfora.

Citrionovega mleka ne nudimo v prevelikih količinah naenkrat, ker je zelo hranivo. Posamezni obrok naj ne presega 150 g, skupna dnevna količina pa ne 750 g. Po obrokih ponudimo dojenčku še nekoliko čaja ali sadnega soka.

Citrionovo mleko z dodatkom cerealij pripravljamo za nekoliko starejše dojenčke.

Prav toplo priporočamo uporabo letaka »Mleko v prahu«.

Mleko v prahu je odlična hrana za dojenčke, ker sta zaradi drobne razpršitve maščoba in kazein laže prebavljiva. Okus mleka v prahu zboljšamo z dodatkom limoninega soka, za večje dojenčke pa zlasti z istočasnim dodatkom limonine kisline in pa 2 % močnate zakuhe.

Sestavo in pripravo citrionovega polnomastnega mleka, pripravljenega iz mleka v prahu z 2 % močnate zakuhe, ta letak prvi opisuje v zadevni literaturi.

Tako pripravljamo mleko v prahu po preizkušnjah na terenu; dojenčki ga imajo radi, ker je okusno.

Sestavek »Zalivanje prvih šest mesecev« podaja kratko shemo za zalivanje s citronovim in pa z razredčenim mlekom ob postopnem uvajanju sadja, zelenjave, jajc, drobovine in mesa. To so le kratka priporočila, ki jih lahko uporabljamo pri zdravem, negovanem dojenčku zdravih mater. Poleg teh običajnih priporočil pa priporočajo nekateri pediatri nekoliko drugačen način zalivanja v prvih 6 mesecih.

Zato je v letaku ob robu sheme za zalivanje primerno širok prostor, kjer zdravstveni delavec v posvetovalnici ali na terenu lahko vidno označi tisto hrano iz sheme, ki jo priporoča določenemu dojenčku v določeni starosti. Poleg tega pa v ta prostor lahko pripiše tudi morebitno hrano, ki jo za nekega otroka priporoča po svojem izkustvu.

V letaku »Dietetična prehrana za otroke z akutnimi prebavnimi motnjami« je opisana dietna hrana, ki se v praksi največ uporablja. Način, kako izvajamo dieto pri akutnih prebavnih motnjah z drisko, je odvisen od stopnje obolenja, zato ne moremo podati nobene dokončne sheme.

Pri lažjih akutnih motnjah z drisko priporočamo nekaj ur izključno le ruski čaj s saharinom, in to po nekaj malih žličk hladnega čaja večkrat na uro.

Po nekaj urah dodamo umetno hranjenemu dojenčku korenjevo juho ali pa 7% ceratonijo, vendar ne v prevelikih količinah, po navadi ne čez 6×50 g dnevno. Otroku po prvem letu pa pri lažjih driskah lahko namesto korenjeve juhe oziroma ceratonije priporočimo nastrgana jabolka, sladkana s saharinom. Žejo gasimo med obroki korenčkove juhe oziroma ceratonije z ruskim čajem, sladkanim s saharinom. Opisane jedi naj bi bile vsa njegova hrana v prvih 24 urah obolenja. Po tem času pa lahko tej hrani dodamo majhne količine posnetega citronovega mleka, sladkanega s saharinom. Vendar moramo biti z uvajanjem mleka previdni. Zato ga bolniku v 2. dnevu obolenja nudimo le 6-krat dnevno po 2 do 3 žlice. Pretežna hrana 2. dne pa naj bi bila še vedno: korenjeva juha ali ceratonija in za žejo ruski čaj s saharinom.

Posneto citronovo mleko s saharinom v naslednjih dneh postopoma zvišujemo. Še vedno pa pripravljamo korenjevo juho oziroma ceratonijo, vendar v vedno manjši količini. Za žejo nudimo ruski čaj s saharinom.

Ko se konsistenca blata boljša, dodamo v dieto postopoma sladkor in maščobo, tako da pripravljamo najprej citronovo mleko z 1% maščobo, nakar v mleku odstotek maščobe zvišujemo. Po 14 dneh obolenja lahko po pravici domnevamo, da je bolnik okreval, in mu pripravimo hrano, ki ustreza njegovi starosti.

Na koncu letakov je naznačena rubrika, kjer zdravstveni delavec v otroški posvetovalnici ali na patronažnem obisku pri otroku na domu lahko še enkrat označi hrano, ki jo priporoča za določenega otroka.

Letake naj bi zdravstveni delavci izročali staršem individualno z navodilom za uporabo, ker le tako bodo imeli starši od njih dejansko korist.

Kako je z otroki iz razvezanih zakonov?

Dr. Bronislav Skaberne

Družina je za pravilno izgradnjo osebnosti velikega pomena, saj daje še malemu otroku tisto najosnovnejšo gotovost, ki mu omogoča pravilno in nemo-teno vključevanje v družbo. Seveda je to dosegljivo edinole v družini, v kateri vlada toplo in vedro družinsko vzdušje. Nasprotno pa imajo nesporazumi med očetom in materjo ter celo fizično obračunavanje med njima za otroke kaj neugodne posledice. Taki otroci imajo različne motnje v somatičnem (telesnem), še prav posebno pa v psihičnem (duševnem) pogledu.

Z razvezo zakona postane družina praviloma nepopolna, ker živijo otroci ali samo z materjo ali samo z očetom, kar je odvisno od tega, kateremu izmed roditeljev so dodeljeni otroci ob razvezi. Domače in tuje raziskave so pokazale, da družinsko okolje nepopolne družine ne more nuditi otrokom vsega, kar potrebujejo za svoj vsestranski razvoj. Nekoliko ugodnejše je stanje, če živi otrok razvezanih staršev v večji družini, kjer za roditelje ali vsaj za enega od njih dobi nadomestilo morda v stricu ali teti ali kakšni drugi otroku bližnji osebi. V pogledu varstva in vzgoje otrok iz ločenih oziroma razvedenih zakonov je pač najvažnejše vprašanje dodelitve otrok. Pri nas se otroci dodeljujejo največkrat materi. Izjeme od tega načela se delajo le v primerih, ko mati ni moralno kvalificirana, da bi ji dodelili otroke, ali če je otroka zapustila ali pa je morda tako bolna, da bi sama niti ne mogla skrbeti zanj. Končno so znani tudi primeri, ko otrok ni bilo mogoče dodeliti materi, ker bi zaradi stanovanjskih razmer po razvezi ne mogla pravilno skrbeti za otroka.

Redki so pri nas primeri, da se ob razvezi otroci med starši razdelijo. Naša sodišča so mnenja, da ločitev enega otroka od drugega ne more dobro vplivati na njihovo nadaljnje vzajemno razmerje in uspešen razvoj. Nasprotno, celo potrebno je, da se otroci še naprej družijo med seboj, da skupaj doraščajo in da se skupaj vzgajajo. So pa primeri, da starši odstopajo od tega načela in si že med razveznim postopkom ali tudi prej razdelijo med seboj otroke sami, nakar sodišče le še potrdi njihov zadevni sporazum. Za delitev otrok najdejo starši opravičilo v tem, da ima vsak izmed njih pravico skrbeti za otroka, in v tem dobiti priliko za neko duševno zadovoljstvo svoje osebnosti. V teh primerih odloča pri dodelitvi starost otroka, tako da male otroke vzame mati, večje pa oče. Razen tega odloča tu včasih tudi otrokova volja, saj ga bo nedvomno laže vzgajal tisti od staršev, na katerega je otrok čustveno bolj navezan.

Zaradi pravilne odločbe o dodelitvi otrok zahtevajo sodišča socialno anketo skrbniških organov, t. j. poročilo socialne službe naših občinskih ljudskih odborov. Žal uberejo sodišča to pot samo v primerih, ko pride med starši ob razvezi do spora, komu naj se dodelijo otroci. Mnenja smo, da sodišča le še preveč zaupajo sporazumu staršev glede delitve otrok.

Dodelitev otroka ob razvezi zakona ni dokončna, marveč se lahko spremeni, če se spremenijo okoliščine, recimo, da roditelj, ki mu je bil otrok dodeljen, slabo skrbi zanj in bi zanj lahko bolje skrbel drugi roditelj. Takšne naknadne spremembe v dodelitvi otrok iz razvezanih zakonov rešuje od aprila 1957. leta dalje okrajno sodišče, ne pa več okrožno sodišče, ki je bilo pristojno za razvezo zakonske zveze.

Posebno vprašanje so stiki otroka z onim od staršev, ki je zapustil družino po razvezi zakona. Ti stiki so sploh poglavje zase in je le težko reči, koliko otrok iz razvezanih zakonov ima lepe stike z roditeljem, ki se je po razvezi odselil od družine. Po raziskavi v eni ljubljanskih občin (izvedla jo je socialna delavka Stamen Bregantova za svoje diplomsko delo na Višji šoli za socialne delavce v Ljubljani) 58 % razvezanih staršev ne vzdržuje nobenih stikov s svojimi otroki. V 30 % primerov so stiki urejeni sporazumno med starši, v ostalih primerih pa je bilo treba stike urediti, in to v 9 % primerov na zahtevo onega roditelja, ki mu otrok ni bil dodeljen, v 3 % primerov pa na željo roditelja, ki so mu otroka dodelili. Razlog neurejenih odnosov med otroki in odseljenimi roditelji je predvsem v medsebojni nestrpnosti bivših zakoncev. Razen tega pa je dostikrat tudi alkoholizem eden izmed važnih razlogov, da ni stikov med otrokom in odseljenim roditeljem.

Ker tako oče kakor tudi mati povoljno vplivata na izoblikovanje otrokove osebnosti, je načeloma treba vzdrževati stike z obema tudi po razvezi zakona. Vendar se to vprašanje ne da rešiti za vse primere enako. To tem bolj, ker mnogi otroci ne marajo sestankov z očetom, če ga morda celo mrzijo ali pa tudi on sam ne mara zanje. V že omenjeni ljubljanski občini je 37 % roditeljev alkoholikov gojilo negativna čustva do svojih otrok, v ostalih 21 % pa so bili starši indiferentni do svojih otrok že pred razvezo zakona. Jasnó je, da se ta indiferečnost po razvezi ni popravila. Razen alkoholikov izgubijo stike z otroki tudi starši kriminalci in tisti, ki se med seboj ne ujemajo.

Koder otroci ne marajo za odseljenega roditelja, zlasti če imajo o njem slabo mnenje, ker je nemara pijanec ali moralno propadel človek, pa ni na mestu, da se obiski in drugi stiki med takim roditeljem in otrokom urejajo z odločbo skrbniškega organa. Stiki naj se urejajo edinole tam, kjer so med otrokom in odseljenim roditeljem čustvene zveze ohranjene in kjer si takih stikov želi tudi otrok.

Znani so primeri, ko roditelj (zlasti n. pr. mati), ki so mu dodelili otroka, preprečuje vsakršno njegovo zvezo z odseljenim roditeljem. Skrbniški organi skušajo v takih primerih vplivati z nasveti ali pa urejajo obiske s posebno odločbo. Še hujši so primeri, ko roditelj, ki skrbi za otroka, le temu nasproti očrnjuje odseljenega roditelja, da bi ga otrok zasovražil.

Tako eno kakor drugo ravnanje je za otroka tako rekoč strup in mu samo vznemirja duševno ravnovesje. Slabe posledice vsega tega pa se prej ali slej pokažejo tudi na njegovem obnašanju. Ukrepi, ki jih za odvracanje takih tendenc med starši uporabljajo skrbniški organi, danes niso dovolj učinkoviti. V takih primerih je njih naloga predvsem, da z vestnim delom v posameznem primeru ostvarijo vzajemno zaupanje med roditeljema zaradi pravilnega razvoja njunega otroka, kateremu sta potrebna oba, eden in drugi.

Roditelji, ki so zapustili družino, obiskujejo svoje otroke na starem domu le, če med starši ni sovražnih odnosov. V ljubljanski občini je bilo 39 % takih primerov. Najpogostnejši so pa stiki med roditeljem in otrokom vendar le izven starega doma, in sicer na novem domu odseljenega roditelja, dalje na sprehodu, pred šolo ali na kakem drugem določenem mestu. V omenjeni ljubljanski občini so stiki med starši in otrokom v 39 % primerov dnevni. To pa zato, ker sta ločena zakonca zaradi stanovanjske krize tudi po razvezi ostala v istem stanovanju ali pa sta se po razvezi celo spravila med seboj. V 28 % primerov so ti stiki od časa do časa, v 17 % enkrat tedensko, v 8 % vsake tri mesece in

v 4 % enkrat mesečno. Obiski v daljših presledkih so v navadi tam, kjer se je razvezani roditelj odselil izven otrokovega bivališča.

Tudi vprašanje preživnin je bolna točka zakonske zveze. Po anketi v ljubljanski občini 42 % razvezanih očetov ne plačuje za otroke nobene preživnine. Vsekakor je to visok odstotek. Pa tudi če očetje plačujejo preživnino, ta ni velika. V 45 % primerov plačajo očetje v Ljubljani na otroka komaj 1000.— do 2000.— dinarjev preživnine. Res je sicer, da prejema roditelj, ki mu je dodeljen otrok, tudi otroški dodatek, vendar ta preživnina za otroka kljub temu ni zadostna. Neredno plačevanje preživnine često spravi iz ravnotežja celotni proračun družine, v kateri otrok živi. Ker se mora včasih iz tega denarja preživljati tudi mati, ki je morda samo le gospodinja, si lahko mislimo, kako živi ta nepopolna družina. Z razvezo zakona se vsekakor poslabša gospodarsko stanje rodbine. Razlog je v tem, ker se morajo matere, ki do sedaj niso bile zaposlene, zaradi preživljanja otrok zaposliti. Stroški se pa le povečajo, ker morajo za nekatera opravila često najeti tujo delovno silo. Če pa je žena bila zaposlena že pred razvezo zakona, odpade možev prispevek h gospodinjstvu in se često tudi v takih primerih ekonomsko stanje družine poslabša. Slabše gospodarsko stanje družine se potem kaj pogosto zrcali tudi v zdravstvenem stanju in v poslabšanju družinskih odnosov, pri čemer imamo v mislih zlasti pomanjkanje nadzora nad otrokom in podobno.

Ljubljanske raziskave so pokazale, da razveza zakonske zveze neugodno vpliva na osebni razvoj otroka v vseh primerih, ko so otroci čustveno navezani na oba roditelja, in pri otrocih, ki so imeli dobro vzgojo. Tudi ima razveza neugodne posledice pri otrocih, ki so z njo čustveno prizadeti. To se je kazalo v tem, da so hoteli iti z roditeljem, ki je zapuščal dom, da so jokali, bili zmiedeni, zamišljeni in raztreseni. Ena petina otrok izraža svojo čustveno prizadetost zaradi razveze z neugodnimi spremembami v obnašanju in čustvovanju, kar je opaziti v neposlušnosti ali v težavnejšem vzgajanju. Neugodno vpliva zakonska razveza na vse, kar je z njo v zvezi, tudi na šolske uspehe otrok, in sicer vseh otrok, razen onih, ki so že prej živeli v neurejenih domačih razmerah.

Včasih pa lahko razveza zakonske zveze vpliva na otrokov osebni razvoj tudi ugodno. Ljubljanska raziskovanja so pokazala, da je ena tretjina otrok že pred razvezo zakonske zveze živel v družinskem okolju, kjer ni bilo očetovske ljubezni. Predvsem je tu šlo za družine alkoholikov, kriminalcev in družine, kjer se starši dalj časa niso razumeli med seboj. Ti otroci so že pred razvezo imeli od očetove strani slabo vzgojo, kar se je kazalo zlasti v nesorazmernem in nepravilnem kaznovanju otrok in pa v tem, da za otroke tudi sicer niso skrbeli. Takí otroci so bili izpostavljeni nasilnemu ravnanju očetov in so bili večkrat priča tudi hudih rodbinskih prepиров. Zato ni čudno, da taki otroci na razvezo zakonske zveze ne reagirajo in se čustvena vez do očeta po razvezi še poslabša. Nekateri otroci iz takih zakonskih zvez kažejo celo ugodne čustvene spremembe, postanejo sproščeni in občutijo olajšanje. Ugotovilo se je celo, da se pri otrocih iz takih zakonov pokazuje izboljšanje psihosomatičnih motenj (jecljanje, močenje v posteljo) in vsakdanjih razvad (n. pr. grizenje nohtov). Na žalost pa ne prenehajo psihonevrotične motnje (boječnost, jokavost itd.) in motnje v obnašanju (predrznost, potepanje, tatvine, lažnivost itd.). Za prve motnje se zdi, da ne prenehajo zaradi ustaljenosti, druge pa zaradi manjšega nadzora nad otrokom ali slabše avtoritete onega roditelja, pri katerem otrok živi. Končno se pri nekaterih od teh otrok izboljša tudi šolski uspeh.

Naloge socialne politike ter mesto in vloga socialnih služb*

I. Naloge in vloga socialnih služb

Osnovno orientacijo v vodenju socialne politike in reševanju socialnih problemov povsem določeno daje Program ZKJ, ki ga je sprejel VII. kongres. V njem se poudarja, da je bistvo socializma skrb za človeka, bit sprememb v družbenih odnosih, ki so nastali s samo socialistično revolucijo, pa je človek. Takšno politiko je formuliral VII. kongres ne samo v poglavju o socialni politiki, temveč v vsem Programu. Bistvo je v tem, da je osnovna smer gospodarske politike skrb za človeka in da ves razvoj gospodarstva služi zadovoljitvi njegovih potreb. Po VII. kongresu je bila skoraj celotna družbeno politična aktivnost zasnovana na takšnem pojmovanju gospodarske politike.

Ni pa dovolj, da kadri socialne politike samo preberejo Program, ampak morajo do kraja osvojiti tega duha in orientacijo na človeka in preusmeritev vse naše gospodarske in komunalne politike, da v tem pravcu usmerijo socialno politiko in da tod najdejo osnove za svojo socialno dejavnost.

Socialne politike torej ne moremo obravnavati ločeno od naših splošnih prizadevanj in teženj v reševanju človekovih življenjskih problemov.

V razvoju socializma minulih 13 let so v naši deželi bila z zakonskimi predpisi rešena in se še dalje rešujejo socialna vprašanja nekaterih kategorij. Predvsem so kot socialne kategorije rešena vprašanja žrtev revolucije, otrok padlih borcev itd. Rešena so tudi vprašanja zaposlenih: zdravstveno zavarovanje, invalidsko zavarovanje in pokojninsko zavarovanje. Začelo se je s sistematičnim reševanjem velikih socialno-komunalnih vprašanj — v prvi vrsti stanovanj, in to spet na osnovi zavarovanja. Marsikatero od teh odločb je mogoče še dopolnjevati, popraviti in razširiti, lahko se n. pr. z razširitvijo socialnega zavarovanja na kmetijsko prebivalstvo zajamejo nove kategorije itd., vendar so socialne kategorije kot takšne z zakonskimi predpisi v glavnem rešene.

Ko smo pa v naši deželi začeli z decentralizacijo, ko smo prešli na samoupravljanje, ko so se začele razvijati komune in komunalni sistem, ko so bili ustanovljeni delavski sveti in sveti proizvajalcev, smo si bili takoj na jasnem, da samo z zakonskimi predpisi ne moremo rešiti vseh vprašanj, temveč da je posamezna vprašanja treba neprimerno bolj individualizirati, da jih je treba reševati po podjetjih, v kolektivih, v komunah, po svetih proizvajalcev itd. Proces decentralizacije in samoupravljanja nas v vsakem primeru opozarja na to, da moramo začeti vse bolj individualizirano obravnavati kategorije vprašanj, ki so rešene z zveznimi zakoni. Razlike in raznovrstnost življenjskih

* Ta članek prikazuje temeljne poglede na vlogo in naloge socialne politike, na organizacijo socialnih služb in kadre, ki delajo v njih, temeljne poglede, obrazložene na posvetovanju republiških sekretarjev za socialno politiko konec decembra 1958 v Sekretariatu ZIS za socialno politiko in komunalna vprašanja. Sestavek vsebuje tudi skupna priporočila tega posvetovanja nižjim organom in ustanovam socialne politike ter posameznim socialnim službam.

pogojev v naši deželi vplivajo namreč tudi na to, kako morajo družbene organizacije in družbeni organi reševati ta vprašanja.

Stanovanjska skupnost ima v našem razvoju pri reševanju socialnih vprašanj specifično mesto. Že nekaj let kažemo pri nas na stanovanjsko skupnost kot na samoupravni organizem komune, ki na nižji stopnji, kot je komuna, obravnava in rešuje vsakdanje probleme življenja, usklajajoč prizadevanja komune z njenimi neposredno prizadetimi člani. To jasno poudarja tudi Program ZKJ.

V stanovanjski skupnosti ne smemo videti kake organizacije, temveč temeljni vzvod našega komunalnega sistema pri reševanju vsakdanjih problemov ljudi. Potemtakem moramo reševati socialna vprašanja v stanovanjskih skupnostih, in sicer navadna vprašanja tako otrok in družine kakor tudi zaposlenih in nezaposlenih, kajti ta vprašanja se rešujejo tam, kjer ti ljudje živijo, to se pravi na področju stanovanjske skupnosti. Kakor je samoupravljanje po podjetjih rešilo celo vrsto vprašanj kvalitativno drugače, tako bo tudi stanovanjska skupnost postavila vso socialno politiko na kvalitativno drugo podlago, osnovno socialno službo pa organizirala na tistem terenu, ki je človeku najbližji.

Iniciativa stanovanjskih skupnosti kot osnovnih organizmov na področju reševanja komunalnih in socialnih vprašanj, kjer se koristi skupnosti, komune združujejo z iniciativo državljanov samih, še ni dovolj razvita. Danes, ko podjetja svobodno upravljajo sklade splošne potrošnje, ko so z novimi ukrepi, z instrumenti za leto 1959, ti skladi še bolj okrepljeni, je toliko bolj na dlani, da se mora tudi politika sindikatov in drugih činiteljev obrniti na ta podjetja, da dojamemo, kam predvsem je treba usmerjati te sklade. S političnimi in drugimi ukrepi in silami, preko sindikatov, delavskih svetov in svetov proizvajalcev, s pritegnitvijo posameznih delavcev v svete za socialno politiko, ki so potem nosilci takih pojmovanj v svojem kolektivu itd., je treba te sklade usmeriti v socialne službe, predvsem v službe po stanovanjskih skupnostih in komunah, ki morajo služiti neposredno družini in delovnemu človeku v zadovoljevanju vsakdanjih življenjskih potreb.

Doslej je bilo večkrat poudarjeno, da je treba sindikate in delavske kolektive usmeriti h komuni. In prav to še vedno otežkoča rešitev vseh naših vprašanj. Ko bodo vsi delavci doumeli, da mora njihovo delo in delo delavskega sveta zajeti ne samo probleme podjetja kot skupne organizacije, temveč najti tudi svoje mesto v odnosu do komune in stanovanjske skupnosti, tedaj bo kaj hitro mogoče reševati tako socialne kakor komunalne probleme.

Če se temu pridruži še iniciativa državljanov samih z raznimi vrstami prostovoljnih prispevkov, prostovoljnih del itd., bo kaj hitro mogoče rešiti marsikatera komunalna in socialna vprašanja. Prostovoljno delo lahko močno aktivira naše družbene organizacije in jih pritegne k reševanju vsakdanjih življenjskih problemov — k urejevanju okolice svojih stanovanj, h gradnji športnih igrišč, otroških vrtcev itd. V te akcije moramo vključiti tudi mladinske in pionirske organizacije, saj je prostovoljno delo koristno tudi kot vzgojno sredstvo.

Čim bolj krenemo v tej smeri, tem bolj bo razumljivo, da stanovanjska skupnost lahko rešuje mnogo vprašanj.

Posebno pomembno je vprašanje socialnih služb v podjetjih. Jasno je, da perspektiva podjetij ni v tem, da bi reševala vse probleme v zvezi z življenjskimi pogoji zaposlenih, vendar se pa dejavnost podjetij ne sme omejiti samo na

produkcijo. Ko bodo pri svojih zaposlenih reševali osnovne probleme življenjskih pogojev, bodo delovni kolektivi čedalje bolj usmerjeni v to, da jih rešujejo v okviru komune in stanovanjske skupnosti, kjer se bodo ustanovile tudi razne službe. Potrebne bodo pa socialne službe še nadalje tudi v podjetjih. To je predvsem družbena prehrana kot bistveni element skrbi za človeka in napredek njegovega standarda, potem zdravstveno varstvo itd. Najmočnejši seveda pa je sektor, ki spada v področje delovne zaščite. To je higiensko-tehnična zaščita dela, vprašanje higienskih pogojev v tovarni sami, in sicer ne le higienskih pogojev v ožjem smislu, temveč delovnih pogojev sploh. Ali je tovarna storila kaj za ureditev n. pr. dvorišča ali kakega prostora v tovarni, da bi oddih v delovnem premoru bil prijetnejši ipd.

Prav tako pomembno področje je varstvo zaposlenih žena in mlade delovne sile. Učencev v gospodarstvu in sploh mlade delovne sile, ki prihaja z dežele v mesto, ne sprejme nihče, ne sindikat ne mladinska organizacija, in tako pride do individualnih primerov, ki jih je nato treba reševati v posebnih službah. Toda brezpogojno na dlani je, da je mlado delovno silo treba sprejeti in jo organizirano vključiti v naše normalno socialistično življenje.

Če je ugotovljeno, da je naloga socialne politike skrb za človeka, tedaj si moramo predočiti vso kompleksnost tega vprašanja. Z njo imamo v mislih tudi varstvo ljudskega zdravja, socialno zavarovanje, reševanje vrste vprašanj iz delovnih odnosov in delovne zaščite, varstvo družine in delovnega človeka, skrb za otroke in mladino, stanovanjsko-komunalna politika in skrb za tiste kategorije državljanov, glede katerih so potrebni še posebni varstveni ukrepi. Seveda se takšna skrb ne uresničuje in se tudi ne more uresničevati samo v organih socialnega varstva in v posebnih socialnih službah. Uveljavlja se pa povsod, kjerkoli se razvija dejavnost človeku v prid, kjerkoli služijo človeku, da uveljavi neko svojo pravico ali doseže potrebno zaščito. Naloga organov socialnega varstva je, da povezujejo in koordinirajo posameznosti teh organov in služb. Tudi morajo sodelovati z družbenimi organizacijami in organi družbenega upravljanja ter v teh organizacijah najti množično podlago in močan element za reševanje vsakovrstnih problemov družine in otrok. Dalje si morajo ogledati, kar je zlasti važno, tiste konkretne sociološke skupnosti, v katerih ljudje živijo in delajo (kolektivi stanovanjske skupnosti), biti si v svesti sile in moči, ki jo te skupnosti imajo, ter z njimi tesno sodelovati pri uveljavljanju skrbi za človeka, obenem pa ob njihovem sodelovanju in dejavnosti ustanavljati tako službe kakor ustanove, po katerih bi se lahko uveljavila ta skrb.

Organi socialne politike morajo posebno pozornost posvetiti ustanavljanju posebnih ustanov in služb. Potreba po njih se pojavlja tam, koder splošni ukrepi za izboljšanje življenjskih pogojev ljudi niso zadostni, kjer se zaradi bolezni ali poškodb, bodisi po svoji ali tuji krivdi, posameznik lahko znajde v položaju, ki je pod povprečnimi življenjskimi pogoji drugih državljanov. Te specializirane socialne službe, namenjene kategorijam državljanov, ki jim je potrebna posebna pomoč družbe, se lahko formirajo v komuni tudi kot posebni centri in ustanove, ki bodo ta vprašanja reševale sistematično.

II. Mesto in naloga socialnega delavca

Potreba po strokovnem socialnem delavcu se je pokazala, ko se je videlo, da so socialni problemi tudi v socialistični deželi, da se ti problemi javljajo ne samo kot posledica kapitalističnih odnosov, temveč da obstoje

v prehodni dobi, da se pojavljajo kot posledica industrializacije, spremembe v strukturi prebivalstva, migracije in spremembe v družinskih odnosih, kar pa ni stvar enega ali desetih let, temveč dolgotrajnega procesa v spremembah ljudskih odnosov.

Izkazalo se je, da ne zadostujejo samo splošni ukrepi (socialno zavarovanje, invalidska zaščita), ki so storjeni po načrtu socialnega varstva in dviganja splošnih življenjskih pogojev, temveč da je potrebno vse bolj pričeti z reševanjem individualnih človeških vprašanj.

Dejstvo je, da se je pri nas potreba po socialnem delavcu pokazala prav zaradi reševanja teh problemov. Vendar je takoj nastalo vprašanje: ali mora v naši deželi socialni delavec potemtakem delati samo pri reševanju individualnih primerov in samo tam, kjer je kljub vsem družbenim ukrepom potrebna tudi posebna intervencija družbe. Dejstvo je, da so v našem socialnem varstvu cela področja, kjer je individualno delo, če ga pojmuje kot ločeno reševanje vsakega posameznega primera, nujno potrebno. Takšno individualno delo nika- kor ni isto kakor tzv. case work, kar se dostikrat pomotoma istoveti, ker to je dejansko določeno specialno delo s človekom, ki se mu pri tem spreminja osebnost. Delo z individualnim primerom pri nas pomeni, da se mora vsak določeni primer pomoči reševati na specifični način, ne pa z dajanjem neke poenotene pomoči (invalidnine, pokojnine itd.).

Reševanje navedenih problemov zahteva tudi posebne socialne službe in posebej usposobljene kadre. Često se načenja vprašanje, ali naj bodo te službe in ti kadri v ljudskem odboru ali ne. Po vsem tem načeloma ni tu nobene razlike. V manjših občinah, kjer je tudi število socialnih problemov majhno, lahko en socialni delavec v okviru upravnega aparata občine rešuje vse primere. Toda po industrijskih centrih in velikih mestih, kjer je takšnih socialnih problemov mnogo, se ta služba lahko loči od upravnega aparata. Seveda pa morajo socialni delavci, ki bodo imeli opraviti z reševanjem takih primerov, in službe, v katerih delajo, probleme tudi analizirati in hkrati ukrepati ali predlagati ustrezne ukrepe, s katerimi bo v širšem obsegu zajeto reševanje določenih problemov (predlogi za izdajo zakonov, kakih občinskih in mestnih odlokov, zagotovitev finančnih sredstev, odpiranje določenih ustanov, organiziranje vzgojnega dela itd.).

Pri nas torej ne moremo oblikovati socialnih delavcev, ki bi se pečali samo z reševanjem individualnega primera, ne da bi bili obenem sposobni tudi analizirati vprašanja, ki se pojavljajo na njihovem terenu, ter predlagati določene ukrepe in te ukrepe tudi izvajati.

V industriji mora biti socialni delavec človek, ki bo v večjem podjetju pomagal delavskim svetom, da se organizirajo vse tiste ustanove in store potrebni ukrepi za izboljšanje delovnih in življenjskih pogojev v podjetju in zunaj podjetja, da bi se tako izboljšale življenjske razmere delavcem in njihovim družinam. Razen tega mora reševati tudi določene socialne individualne primere, ki se pojavijo v tovarni.

Isto velja za stanovanjsko skupnost. Ne moremo si dovoliti razkošja, da bi v njej imeli socialnega delavca samo zato, da bi reševal 3–4 socialne primere. Socialni delavec mora tu biti človek, ki bo znal organizirati vse ustanove in službe za pomoč družini in delovnemu človeku ter obenem pomagal pri praktičnem reševanju socialnih problemov.

Torej mora socialni delavec poznati socialno politiko in socialno varstvo v celoti, prav tako pa tudi delo za reševanje individualnih primerov. V tem smislu je socialnim delavcem v šoli za socialne delavce treba posredovati kompleksno znanje in ga od njih zahtevati tudi pri opravljanju strokovnih izpitov. Znati morajo namreč izvesti vse ukrepe, ki se nanašajo na varstvo posameznih kategorij državljanov, delati za ureditev pogojev, da se izboljša življenje delovnih ljudi in njihovih družin, zlasti pa družbena skrb za otroke, ter umeti, da čim smotrneje za posameznika in družbo rešujejo individualne socialne probleme. Dalje morajo biti zmožni, da analizirajo socialne pojave in predlagajo stvarne ukrepe bodisi za varstvo posameznih kategorij ali za formiranje ustanov določenega profila. Vse to so naloge, ki bi jih morali imeti socialni delavci, in ti bi morali delati povsod, kjerkoli se rešujejo ta vprašanja.

Takšen enotni tip socialnega delavca, kot ga izoblikuje šola, si mora izpopolnjevati znanje s praktičnim delom in z orientacijo na določena delovna področja.

III. Šole za socialne delavce

Glede na vse to se moramo ozreti tudi na programe naših šol za socialne delavce, posebno kar se tiče metodike socialnega dela kot enega najspeцифичnejših predmetov na teh šolah.

Splošni predmeti v programih naših šol so v glavnem enaki. Socialni delavec je obenem družbeni in politični delavec in mora, če naj bo svojim nalogam resnično kos, biti družbeno in politično sodobno orientiran. Če hočemo, da bo vplival na medosebne odnose, mora dobro poznati razvoj družbe, ekonomijo, razvoj človeških in družinskih odnosov, ker le tako bo v skladu s tem razvojem lahko reševal svoje naloge.

Tudi v skupini specialnih predmetov se današnji programi naših šol za socialne delavce v glavnem skladajo, če izvzamemo psihologijo in pedagogiko, ki bi ju kazalo morda nekoliko omejiti in tako prilagoditi dejanskim potrebam socialnih delavcev.

Vendar pa osnovno orientacijo posameznih šol označuje v programih nekaj razlik pri strokovnih predmetih, in to v socialni medicini in higieni. Tako se zdi, da imata zagrebška in ljubljanska šola težišče bolj na področju socialnega varstva, ljubljanska šola sama pa je usmerjena predvsem k individualnemu delu in patronažni službi.

Prav tako je tudi glede patronažne službe treba zavzeti jasnejša, določnejša stališča. Nastaja vprašanje, ali bo socialni delavec pri nas opravljal patronažno službo. Ali bomo imeli socialne delavce, kot jih imajo na Zahodu, kjer hodijo od hiše do hiše in odkrivajo morebitne socialne probleme. V naši deželi takšna patronažna socialna služba ni potrebna. Predvsem je v komunalnem sistemu zelo mnogo ljudi, ki delajo v organih družbenega upravljanja, v komisijah, v stanovanjskih skupnostih, v družbenih organizacijah itd. in socialnemu delavcu ni treba hoditi po hišah, da bi odkrival socialne probleme. Ravno to samoupravljanje državljanov, specifično za našo deželo, in pa delo družbenih organizacij pripomoreta, da je pri nas že na tisoče prostovoljnih delavcev, ki pomagajo pri reševanju socialnih problemov. Delajo v organih družbenega upravljanja, po podjetjih, na šolah, v zdravstvenih in drugih ustanovah, po družbenih organizacijah in poznajo socialne probleme, odkrivajo socialne primere, kajkrat pa so zmožni rešiti posamezne primere tudi sami.

Socialni službi doslej ni uspelo, da bi v celoti izkoristila to delo, da bi ga uskladila in organizirala. Nasprotno, dostikrat smo za družbenim delom in pobudo zaostajali. Socialni delavec mora določena strokovna spoznanja in metodo dela posredovati tudi prostovoljnemu socialnim delavcem, da jih seznani z možnostmi, ki jih imamo za reševanje socialnih problemov, in z zakonskimi predpisi ter jim obenem pomaga, da jih uporabljajo. Prostovoljni socialni delavci so prvi in najdragocenejši pomočniki socialne službe.

Posebej se načenja vprašanje medicinske patronažne službe, tem prej, ker že delujejo medicinsko-socialni centri, za katere se domneva, da so osnovne socialne službe. To je organizacija zdravstvenih ustanov, ki obiskuje domove bolnikov. Seveda je to patronažno službo treba v celoti izkoristiti tudi za reševanje socialnih problemov. Zdravstvenih razmer v neki družini ne moremo popraviti, če ne rešimo njenih socialnih problemov, kolikor jih pač ima, in to vse od slabega stanja pa do alkoholizma. Na dlani je, da takšne primere lahko rešuje in tudi mora reševati medicinska sestra, bodisi da stori to sama ali pa se obrne na razne občinske ustanove ali socialno službo, na organ za skrbništvo, na zdravstveno-vzgojno svetovalnico ali center za socialno delo.

Toda medicinske sestre imajo v bistvu druge naloge. Ali bodo ti centri sodelovali n. pr. pri reševanju primera nekega mladoletnega delikventa, šli na sodišče ali kot skrbniški organ odločali poleg drugega tudi o tem, komu pripadajo otroci ob morebitni razvezi. Lahko bi to storile medicinske sestre, toda v tem primeru bi postale socialni delavci. Nastane vprašanje, ali je smotno, da maloštevilni srednjemedicinski kader uporabljamo za reševanje teh problemov. Dolžnost medicinskih sester je, da si prizadevajo za zdravje, da se zmanjša število tuberkuloznih obolenj, da se izboljšajo higienske razmere, da se zniža umrljivost dojenčkov, njihova dolžnost je, da imajo na zdravstveni skrbi bolnika v vseh primerih, ko zdravljenje v bolnici ni neogibno potrebno itd. Vendar pa morajo medicinske sestre kljub temu imeti osnovno znanje iz problemov socialnega varstva in socialnega dela in na nas je, da to zahtevamo od njih med šolanjem ali pozneje med dopolnilnim izobraževanjem. Poleg prostovoljnih socialnih delavcev so one prav tako lahko v oporo socialni službi na terenu.

Zlasti pomembno je vprašanje metodike socialnega dela. Metodika v šoli za socialne delavce je v bistvu uporabljanje pridobljenega znanja v praksi in zdi se, da metodike kot predmeta ne moremo ločiti od praktičnega dela. Ločeno predavati teorijo metodike in ločeno organizirati praktično delo ni mogoče. Ure metodike so predvsem analiza praktičnega dela in posploševanje določenih postopkov. Naših izkušenj še nimamo zbranih. In zato se morajo profesorji metodike oblikovati v šoli obenem s formiranjem študentov. Praksa socialnega dela nam bo dala tudi predmet in učbenik metodike.

IV. Priporočila o mestu in vlogi, o organizaciji in kadrih socialne službe

1.

1. Naša družbena skupnost pripisuje velik pomen skrbi za človeka, kar zakonito sledi iz novih družbenih odnosov, nastalih s samo socialistično revolucijo. Ta politika je formulirana tudi v Programu ZKJ, in to v vseh poglavjih, ki govorijo o naši ekonomski in politični ureditvi in razvoju, ter v poglavju,

ki govori o socialni politiki. Resolucija Zvezne ljudske skupščine o perspektivnem načrtu za razvoj osebne in splošne potrošnje je dala smernice ekonomskega razvoja, katerega namen je dvigniti življenjski standard in izboljšati življenjske pogoje ljudi, kar je tudi osnovna vsebina perspektivnega načrta.

Zato socialne politike ne smemo obravnavati ločeno, ker ne more biti nič drugega kakor del skupnih prizadevanj naše družbe za boljše življenje ljudi. Edinole v skladu s splošnim, zlasti pa z ekonomskim razvojem, usmerjenim v celoti na ustvarjanje boljšega življenja, seveda glede na dejanske gospodarske možnosti, lahko socialna politika uspešno rešuje svoje specifične naloge. Kakršnokoli drugačno obravnavanje socialne politike bi bilo v škodo pojmovanju nalog in njihovemu uspešnemu reševanju, vodilo bi v praktizem in bi ne pripomoglo k reševanju osnovnih problemov.

2. S socialno politiko mislimo pri nas danes: zaščito ljudskega zdravja, socialno zavarovanje, varstvo pri delu in reševanje nekaterih vprašanj iz delovnih odnosov, skrb za življenjske pogoje družine in delovnega človeka, skrb za otroke in mladino, stanovanjsko-komunalno politiko in socialno varstvo v ožjem smislu.

Razdelitev te dejavnosti na posebne družbene in upravne organe omogoča njeno popolnejšo konkretizacijo, sodelovanje družbenih organizacij, zlasti sodelovanje državljanov po organih družbenega upravljanja, pa ji daje množično podlago. Vse to seveda so členi iste verige in se v praksi vrsta vprašanj med seboj po zakonu dotika in jih moramo reševati skupno.

3. Področje družbenih organov in organov državne uprave za socialno politiko je: skrb za delovnega človeka in družino, za otroke in mladino kakor tudi za one državljanke, ki so potrebni še posebnih varstvenih ukrepov (otroci brez staršev, telesno in duševno prizadete osebe itd.).

V minulem razvojnem obdobju socializma so se v Jugoslaviji z zakonskimi predpisi reševali in se še rešujejo problemi po kategorijah (popolno socialno zavarovanje delavcev in uslužbencev, zaščita vojaških vojnih invalidov in demobiliziranih borcev, zdravstvena zaščita za socialne bolezni, varstvo matere in otroka, pomoč žrtvam fašističnega terorja, defektnim osebam itd.). Toda samo s predpisi ni mogoče rešiti vseh problemov človeka in družine. Potrebna je mnogo širša skrb za delovnega človeka, družino, otroke in mladino.

Tako obravnava naloge socialne politike tudi Resolucija VII. kongresa, v kateri je rečeno: »Socialna politika mora vse bolj spreminjati svoj značaj. Njene naloge se morajo razširiti na področje splošne skrbi za človeka, družino, njihove vsakdanje potrebe in oskrbo, njihov počitek, razvedrilo itd.«, Program ZK pa še natančneje določa, da je s takšno skrbjo treba slehernemu članu skupnosti zagotoviti takšne življenjske in delovne pogoje, ki bodo varovali in pospeševali njegovo telesno in duševno zdravje in ki mu bodo omogočili, da nemoteno sodeluje v družbenem življenju.

Vsakdanje potrebe in problemi delovnega človeka in družine se pojavljajo tam, kjer oni živijo in delajo. Zato je potrebno, da se obrnemo k dejavnosti komun, stanovanjskih skupnosti, gospodarskih organizacij in ustanov, obenem pa vključimo in povežemo v svojem področju vse činitelje, ki lahko pripomorejo k hitrejšemu in širšemu uresničenju kompleksne skrbi za človeka. Zlasti je važno, da k tem prizadevanjem pritegnemo tudi sindikalne organizacije, delovne kolektive in delavske svete pa pripravimo, da se usmerijo tudi k problemom

komune, kar je v tem trenutku osnovni pogoj za uspešen razvoj komun in stanovanjskih skupnosti. Naloge organov socialne politike (socialno varstvo) in posameznikov, ki delajo v njih, zahtevajo, da tudi oni v tem skupnem prizadevanju doprinesejo svoj delež, ker so življenjsko prizadeti z razvojem stanovanjskih skupnosti kot temeljnih vzvodov v komunalnem sistemu, kjer se rešujejo vsakdanji problemi ljudi.

4. Ostvarjanje nalog socialne politike v širšem smislu je poverjeno organom državne uprave (za zdravje, za delo in delovne odnose, za socialno varstvo) in družbenim organizacijam. Organi socialne politike, ki morajo po svoji funkciji kompleksno motriti življenjske probleme ljudi, morajo za njih reševanje usmeriti svojo dejavnost v mobilizacijo vseh činiteljev. Pri tem pa ne smemo iskati izhoda samo v upravnih organih socialne zaščite in v socialnih službah. Problemi človeka in družine se ne rešujejo samo v teh organih in službah, temveč povsod, kjerkoli se razvija dejavnost človeku v prid, kjerkoli se pomaga človeku, da reši kak problem in doseže neko pravico, ki mu jo daje naša skupnost. Zato je potrebno:

— sodelovati z ustreznimi organi, institucijami in službami za reševanje vseh problemov (z zdravstvenimi ustanovami, s šolami, z organi za delo in delovne odnose, s socialnim zavarovanjem, s komunalnimi službami, sodišči, z organi notranje uprave, z njihovimi organi upravljanja in strokovnimi kadri), in to na vseh stopnjah, zlasti v komunah, posebno pozornost pa je posvetiti stanovanjskim skupnostim;

— povezati se čim aktivneje z dejavnostjo družbenih organizacij, zlasti sindikatov, društev prijateljev otrok in mladine, organizacij Zveze borcev, Rdečega križa, ženskih društev itd.

Ta koordinacija mora postati vsakdanja delovna metoda. Izvajati jo moramo pri uresničevanju skupnih akcij in programov, pri delu svetov kot družbenih organov. To sodelovanje ne sme imeti za posledico prevzema socialne funkcije in socialnega dela, ki ga ti organi, službe in kadri že morajo opravljati, temveč le strokovno pomoč, da to sodelovanje dvignemo na višjo stopnjo. Iz tega vsekakor izhaja potreba, da najdemo primerne oblike za približevanje tematike in metode socialnega dela članom organov družbenega upravljanja, aktivistom družbenih organizacij, zlasti pa kadrom zdravstvene in prosvetne stroke, pravnim in sodnim kadrom kakor tudi kadrom določenih služb v resoru za notranje zadeve, ki imajo opraviti z vprašanji mladoletnikov in otrok, to pa zaradi čim učinkovitejšega izvrševanja socialne funkcije, ki jo imajo ti kadri v odnosu do človeka in otrok.

5. V komunah je še nadalje treba pospeševati pobudo za ureditev socialnih služb, namenjenih osebam, ki potrebujejo posebnega varstva in katerih problemi se ne dajo reševati samo s splošnimi ukrepi ali z ustanovami in službami stanovanjskih skupnosti. Pri tem se je treba okoristiti z izkušnjami že obstoječih ustanov in služb, vsekakor pa se je varovati mehaničnega prenašanja in vsiljevanja organizacijskih oblik.

2.

Izpolnitev danih nalog in zadovoljitev vsakdanjih potreb družine in delovnega človeka, zlasti po mestih in industrijskih središčih, zahteva še nadaljnje organiziranje najrazličnejših ustanov in služb v stanovanjskih skupnostih, podjetjih in komunah.

1. Zakon o stanovanjskih skupnostih (člen 2) predvideva kot temeljno dejavnost stanovanjskih skupnosti:

- organiziranje in pospeševanje komunalne, gospodarske, socialne, zdravstvene, vzgojne in druge dejavnosti ter služb, ki neposredno služijo družini, gospodinjstvu in delovnemu človeku pri zadovoljevanju vsakdanjih življenjskih potreb;

- organiziranje pomoči zaposleni ženi in družini pri zreji in vzgoji otrok;

- organiziranje in pospeševanje vseh vrst dejavnosti, ki so v pomoč pri vodenju gospodinjstva;

- skrb za zrejo in varstvo otrok, ki so potrebne družbene pomoči, kakor tudi varstvo drugih oseb, ki potrebujejo takšno pomoč.

Člen 16 določa natančneje:

»Ustanove za otroke in mladino, ki jih ustanavlja stanovanjska skupnost, so lahko: ustanove za preventivno socialno, zdravstveno in vzgojno delo z otroki, mladino in družino; ustanove za dnevno bivanje otrok; ustanove za prehrano otrok in mladine; ustanove za telesno vzgojo, zabavo in razvedrilo otrok in mladine; ustanove za letovanje in oddih otrok in mladine; ustanove za preskrbo socialno nezavarovanih otrok in mladine.«

»Razen ustanov, navedenih v prejšnjem odstavku, lahko v skladu z nalogami stanovanjske skupnosti ustanavlja stanovanjska skupnost tudi druge ustanove za otroke, mladino in odrasle osebe, katerih naloge sestojе pretežno iz socialnih in zdravstvenih dejavnosti.«

»Posamezne ustanove se lahko ustanovijo tudi za dvoje ali več vrst dejavnosti.«

Dosedanje delo stanovanjskih skupnosti kaže na nekatere konkretne ostvartitve in nadaljnje naloge:

a) Ustanove za otroke v stanovanjskih skupnostih moramo prilagoditi potrebam družine, upoštevajoč zlasti otroke zaposlenih žena, poskrbeti, da bodo lahko dostopne in, kar je še važnejše, da bodo blizu staršem, ki jih je do kraja treba angažirati pri vseh problemih v zvezi z delom ustanov, v katerih se mude njihovi otroci. Za prvi korak v tej smeri bi morali, kjerkoli je to mogoče, odpreti vrata obstoječih ustanov otrokom različne starosti in za najraznovrstnejše dejavnosti. Kombinirane družinske ustanove, v katerih bi delo z otroki bilo prilagojeno njihovi starostni dobi in kjer bi se otroci mudili toliko časa, kolikor ustreza njihovi družini in vzgoji otroka samega, bodo perspektivno v stanovanjskih skupnostih najpogostnejše ustanove. Obenem je ob pobudi staršev kakor tudi pobudi družbenih organizacij in pa odraslih otrok samih treba množično razviti najrazličnejše oblike dela z otroki in za otroke: igrišča, pionirske klube, delavnice, čitalnice, izletniške skupine, sobe za otroke vse do pomoči sosedov pri varovanju otrok.

b) Stanovanjska skupnost kot nosilec temeljne skrbi za vsakega svojega člana mora posebej računati s starimi in bolnimi ljudmi, zlasti če so brez družine, kakor tudi z vsemi drugimi, ki so stalno ali začasno na tem, da ne morejo opravljati svojih tekočih opravil. Ta skrb mora zajeti vse od najmanjših uslug pa do skrbi za sprejem otroka, če je mati bolna itd.

c) Zlasti s pritegnitvijo družbenih organizacij je treba delati za ustanovitev najrazličnejših servisov za razbremenitev zaposlene matere v gospodinjstvu (za

šivanje, krpanje in pranje perila, za čiščenje itd.), za organiziranje družbene prehrane itd.

č) Vse ustanove in službe v stanovanjskih skupnostih so povezane in se morajo vzajemno dopolnjevati. Tako lahko servisi družbene prehrane oskrbujejo otroške ustanove, prav tako pa tudi stare ljudi in invalide po domovih. Isto velja tudi za pralnice in še za druge servisne službe.

d) Če gledajo v stanovanjskih skupnostih tudi nosilca skrbi za človeka, tedaj bodo organi socialnega varstva in zlasti socialne službe reševale preko njih vrsto individualnih socialnih problemov, pri čemer se bodo okoriščali z vsemi njihovimi službami in dejavnostjo (sprejem v ustanove, izbira skrbnikov, vključevanje otrok v organizacije ipd.). Po drugi strani pa bo razvita dejavnost stanovanjskih skupnosti omogočila hitrejše odkrivanje primerov, ki jim stanovanjska skupnost sama ne bo mogla pomagati in jih bo napotila k upravnim organom občinskega ljudskega odbora in posebnim socialnim službam.

2. Osnovne vsakdanje potrebe delovnega človeka in njegove družine je reševati tam, kjer delovni človek živi. Je pa vrsta vprašanj in problemov, ki jih je treba reševati na delovnem področju zaposlenega človeka, v podjetju. Zato si moramo prizadevati za razvoj t. im. socialnih služb v podjetjih. Njihova naloga bi bila seznanjanje s splošnimi delovnimi pogoji, z zdravstveno-varstvenimi ukrepi in drugimi vprašanji, ki vplivajo na pogoje in produktivnost dela, razen tega pa tudi še, da v skupnosti s sindikatom predlagajo nadaljnje ukrepe za reševanje problemov, ki se pojavljajo v njih. Naloga te službe bi bila skrb za življenjske pogoje delovnih ljudi, za organiziranje počitka, razvedrila, družbene prehrane, namestitve kakor tudi skrb za slehernega posameznika, zlasti za mladino in delavce, ki pridejo z dežele, da se dodelijo k opravi, ki jim ustreza, da obvladajo težave ob privajanju na delo, ki ga opravljajo, na tempo dela, na novo okolje, da se okoriščajo z izkušnjami in se ravna po pravilih higiensko-tehnične zaščite, kakor tudi delo v zvezi z vsemi drugimi vprašanji, ki jih nalaga skrb za delovnega človeka, zlasti za žene z otroki, pač vprašanji, ki se bodo pojavljala v določenih podjetjih. Povezanost podjetij s komuno in stanovanjskimi skupnostmi, v katerih živijo delavci, bo omogočila, da se po določenih pogojih in potrebah najsmotrneje ugotovi, koliko je treba razviti socialne službe podjetij samih in kolikšen naj bo obseg njihove dejavnosti.

3. Ob uporabi zakonskih predpisov in drugih zaščitnih ukrepov so ljudski odbori, zlasti na področju skrbništva in skrbi za otroke, v zadnjem času pa tudi v zaščiti invalidov in bivših borcev, začeli z individualnim reševanjem vsakega posameznega primera. Upravni postopek v ljudskem odboru je hkrati tudi socialno delo, s katerim je mišljena vrsta ukrepov, intervencija, neposredno svetovanje, vsakdanje varstvo in skrb kakor tudi analiza in raziskovanje pojava.

Po mestih in industrijskih središčih, kjer so problemi bolj zgoščeni in bolj kompleksni, so nastale ali so začele nastajati službe in ustanove, ki so prevzele konkretno skrb in varstvo. Razen tega so za določene kategorije ljudi ustanovljene tudi posebne ustanove in službe, v glavnem za potrebe republik.

Po dosedanjih izkušnjah so se večidel uveljavile naslednje službe in ustanove:

a) posvetovalnice (zdravstvenovzgojna, mentalnohigienska ipd.), namenjene staršem, ki imajo kakršnekoli težave z vzgojo otrok kakor tudi takšnim otrokom samim.

Osnovni in neogibno potrebni kader teh ustanov sestavljajo pedagog, psiholog in socialni delavec. Posvetovalnice imajo lahko, stalno ali začasno, tudi druge profile kadrov (defektolog, psihiater) in prevzamejo lahko tudi druge zadeve. Tako so nekatere od posvetovalnic postale strokovne službe za diagnosticiranje defektnih otrok, za predlaganje ustreznih ukrepov, primerne ravnanja z njimi ter njihove zaščite (napotitev na posebne oddelke, v specialne šole in zavode) in pa spremljanje njihovega razvoja. Koder imajo v ekipi strokovnjakov tudi psihiatra, prevzame posvetovalnica tudi uporabo psihoterapije.

Delo posvetovalnice mora biti v celoti umerjeno na delo s starši, z vključevanjem v obstoječe oblike organiziranega dela s starši ali z organiziranjem dela s starši v okviru ustanove same. Prav tako velikega pomena je sodelovanje posvetovalnice s šolami, socialnimi službami in drugimi institucijami.

b) Centri za socialno delo rešujejo vse primere, ki se jih je treba lotevati ne samo individualno, temveč je treba najti tudi najugodnejšo obliko varstva ter vključiti pri tem tudi delo z osebnostjo samo ali z družino. Njihovo delo se omejuje za zdaj na delo v skrbništvu oziroma na primere vzgojno zanemarjenih otrok kakor tudi na primere, kjer so socialni pojavi ali kronična bolezen staršev vzrok otrokove ogroženosti. Njih delo je treba še razširiti tudi na reševanje problemov vseh kategorij socialno neprilagojenih. Centri imajo v svojem okviru lahko tudi svetovalnice.

Razen tega morajo centri za socialno delo posploševati probleme, analizirati pojave ter predlagati in izvajati ukrepe za njih odvrčanje. Z vsem tem prevzemajo oni del funkcij upravnih organov, in sicer funkcije izrazito socialnega dela.

c) Poslednja leta se močneje razvija delo za preskrbo otrok, ki iz kakršnihkoli razlogov ne morejo ostati v svoji družini, in to s premestitvijo v drugo družino. To nastanitev otrok v druge družine opravljajo v glavnem upravni organi socialne zaščite, toda v zadnjem času so po večjih mestih začeli ustanavljati tako imenovane rejniške centre kot samostojne službe ali priključene bližnjim ustanovam (n. pr. domovom za dojenčke).

Toda potrebno je še nadalje delati za razvoj omrežja dečjih domov in izpopolnjevanje dela v njih, ker z rejništvom samim ne bo mogoče reševati problemov otrok različne starostne dobe. Pa naj bo rejništvo še tolikanj koristno, vendar to ni vselej primerna oblika za preskrbo bolj odraslih otrok, zlasti ne v pubertetnem obdobju. Tako je dečji dom še vedno ena od potrebnih ustanov za otroško varstvo in bo verjetno potrebna v vsakem okraju.

Za vzrejo otrok brez družine, otrok v starostni dobi nad 14 let, bo treba še nadalje uporabljati internate in domove učencev v gospodarstvu.

č) Kljub splošni skrbi za otroke in preventivnemu delu socialnih služb še vedno ostane neko število vzgojno zanemarjenih otrok, ki jih je treba nastaniti v specialne ustanove: domove za vzgojno zanemarjene otroke. Domovi za vzgojno zanemarjene otroke imajo nalogo, da otroka ločijo od družine, da tako ugotovijo stopnjo vzgojne zanemarjenosti, zatem okoliščine, ki so privedle do nje, in se nato odločijo za ukrep – vrnitev otroka v družino (če je možno urediti družinske razmere, kolikor so te bile vzrok motnjam v otrokovem obnašanju), napotitev v dečji dom, vzgojni zavod ali v kako drugo ustanovo, ki bi se izkazala za potrebno po nadrobnejšem opazovanju in proučevanju otroka.

d) Varstvo defektnih otrok je treba usmeriti na delovno usposabljanje in, v katerem koli primeru je to mogoče, na vključitev v normalno življenje. Zakoni o specialnem šolstvu in predpisi o kategorizaciji defektnih otrok kakor tudi predpisi o delavnicah zanje bodo oblikovali celotni sistem izobraževanja, poklicnega usposabljanja in rehabilitacije defektnih. Organom socialnega varstva preostane stalno delo, kot je vodstvo evidence, razvijanje omrežja oddelkov, šol in zavodov, delavnic in drugih ustanov, ugotavljanje prioritete za nastanitve, stalno spremljanje razvoja in posebna pomoč pri poklicnem usposabljanju. Otroke kategorizirajo lahko komisije strokovnjakov, posvetovalnic ipd. Posebno je treba razvijati delo s starši defektnih otrok (dajanje navodil, posvetovanja, seminarji ipd.), kar je izvedljivo pri ustreznih oddelkih, šolah, zavodih ali v okviru posebnega dela s starši.

e) Ljudski odbori po nekaterih velikih mestih so organizirali posebne službe, kot so: domovi in službe za prehodnike — in sicer z nalogo, da pomagajo osebam, ki pridejo z dežele v mesto zaradi zaposlitve in da preprečijo probleme, ki bi lahko nastali, zlasti kadar gre za mladino. Ne glede na to, da gre tu za ljudi iz različnih področij in iz različnih republik, bi velika mesta in industrijska središča morala prevzeti skrb za takšne ljudi, bodisi s pomočjo že obstoječih ali z ustanovitvijo posebnih služb.

4. Poleg sodelovanja in seznanjanja s specialnim aspektom družbenih organizacij, organov družbenega upravljanja in strokovnih kadrov v zdravstvenih in prosvetnih ustanovah, ter organov in služb za delo in socialno zavarovanje je potrebno posebno sodelovanje tudi z ustanovami in službami, ki imajo sicer specifično osnovno nalogo, a se venčar srečujejo z velikim številom specialnih problemov. V teh ustanovah in službah je nujno potrebno socialno delo, ki ga lahko opravljajo bodisi socialni delavci ali osnovni kadri teh ustanov, ki jim na določen primeren način približamo tematiko socialnega dela.

Po dosedanjih izkušnjah so to naslednje ustanove in službe:

- patronažne službe zdravstvenih ustanov, ki morajo, če hočejo biti kos svoji osnovni nalogi v preprečevanju bolezni, reševati tudi vrsto socialnih problemov bodisi same ali s pomočjo socialnih ustanov;

- preventivno delo dispanzerskih ustanov ima tudi svoj določen socialni aspekt. Poleg odkrivanja socialnih problemov lahko te ustanove ustanavljajo tudi posvetovalnice, zlasti zakonske posvetovalnice, posvetovalnice za kontracepcijo ipd.;

- na nevropsihiatričnih klinikah je nujno potrebno organizirano socialno delo, tako ob raziskovanju in proučevanju bolnikove okolice, ob delu z družino kakor tudi po odpustu obolelega. Zlasti nastopa potreba po socialnem delu v posebnih ustanovah za živčno bolne borce in za otroke;

- v porodnišnicah in v velikih bolnicah, kjer pri nekem številu pacientov bodisi rojstvo otroka ali bolezen privede do problema ali poslabša obstoječe stanje, je potreben socialni delavec, ki bi se posebej pečal s temi problemi. Pomembno vlogo ima socialni delavec tudi v komisijah za dovolitev splava;

- razen ekonomske funkcije, ki jo ima služba za posredovanje dela, je izrednega pomena tudi njena socialna funkcija. Med začasno nezaposlenimi ljudmi jih je mnogo v težkem položaju (žena sama z otroki, socialno neprilagojeni, defektni ipd.), s katerimi je potrebno individualno socialno delo;

— socialno zavarovanje lahko v okviru svojih nalog vpelje tudi kake socialne službe. V zdravstvenem zavarovanju je v mnogih primerih za bolnika morda bolj učinkovito in za socialno zavarovanje bolj smotrno, če organiziramo nego bolnika na domu ipd. Zakon o socialnem zavarovanju daje zavarovancem v primeru invalidnosti pravico do rehabilitacije. Od trenutka, ko se ugotovi možnost rehabilitacije, jo je socialno zavarovanje dolžno izvesti. V vsem tem je zelo mnogo elementov socialnega dela in potrebe po socialnem delavcu;

— notranja uprava prevzema mnogo metod socialnega dela, zlasti po kazenskih zavodih. Socialne službe so potrebne zlasti po prestani kazni;

— šola se z razvojem v šolskih odborih vse bolj usmerja k proučevanju družinskih in drugih socialnih problemov učencev in jih rešuje s splošnimi dejavnostmi ali z individualno intervencijo. Potrebno je, da socialne službe in ustanove kakor tudi organi socialnega varstva navežejo s šolo še tesnejše stike, da bi jim pri tem delu pomagale ali prevzele skrb za posamezne otroke. Posebni socialni delavci na šoli danes niso potrebni;

— ker je uresničeno tesno sodelovanje s sodišči v vsakem konkretnem primeru, ki se tiče socialnih organov in službe (kriminal mladostnikov, družinske razprave, asocialni pojavi), kakor tudi nujno potrebno delo, ki ga morajo za sodišče opraviti predvsem organi skrbništva, posebni socialni delavci na sodiščih niso potrebni.

5. Vse prej navedene službe in ustanove se bodo razvijale toliko, kolikor zahtevajo to socialni problemi določenega področja. Pač glede na razvitost področja in druge činitelje bodo nosilci aktivnosti za ostvarjanje teh ustanov bodisi komune, stanovanjske skupnosti ali gospodarske organizacije. Skupno obeležje te dejavnosti, naj bo nje nosilec kdorkoli, mora biti ugotavljanje potreb, iz česar bi nato izhajal tudi program za razvoj ustanov in služb. Na temelju takšnih programov se dajo najučinkoviteje mobilizirati tudi vse moči in materialna sredstva.

Po vaških občinah bodo te zadeve reševali večidel v samem upravnem organu, po krajevnih odborih, okrog šole in zdravstvene postaje, s pritegnitvijo družbenih organizacij in vaških skupnosti na temelju samopomoči in lastnih doprinosov prebivalstva.

3.

Šole za socialne delavce morajo izšolati socialnega delavca, ki bo zmožen delati v smislu prej navedenih nalog in reševati individualne probleme ljudi. V šoli mora dobiti profil kompleksno oblikovanega človeka, ki bo doumel našo splošno politiko in politiko komune, obenem pa razumel tudi psihološke procese v človeku, motreč jih skozi razvoj naših socialističnih odnosov. To morajo biti kadri, ki bodo proučevali socialne probleme in imeli do njihovega reševanja aktiven odnos, ki bodo imeli organizacijske sposobnosti in politični ugled za zbiranje in pritegnitev vseh družbenih sil, ki bodo vnašali strokovni odnos in oceno v posamezni socialni problem in individualni socialni primer ter uporabili za njih reševanje vse razpoložljive možnosti.

Takšen profil socialnega delavca moramo zagotoviti:

— s prilagajanjem šolskih programov, da bi šole dale slušateljem osnovno marksistično znanje ter jih nadrobno seznanile z družbeno in ekonomsko

ureditvijo, s komunalnim sistemom ter nalogami komun in njihovih organov, pa tudi z delavskim in družbenim samoupravljanjem;

— z ureditvijo v tem smislu moramo zagotoviti, da slušatelji ob predavanjih o socialni politiki spoznajo celotno politiko skrbi za človeka in se tu seznajajo obenem tudi z nalogami socialnega varstva;

— tako, da se slušatelji seznajajo s temelji pedagogike in psihologije, da bi lahko bolje razumeli psihološke procese v ljudeh;

— s tem, da predmet metodike socialnega dela prilagodimo nastajanju opisanege lika socialnih delavcev. Pri tem predmetu se morajo socialni delavci naučiti načina, kako se ljudem približamo, dalje, da prouče vse možnosti, ki jih nudi naša družba pri reševanju njihovih problemov, zatem, da se nauče uporabljati vse oblike organizacij in družbenega upravljanja, ki so značilne za našo družbo pri ostvarjanju njihovih nalog, in slednjič, da obvladajo delo v posameznih socialnih primerih.

Bel

Rahitis lahko letak na štirih s Marij Avčin, ilus Močnik, izdal pa vod v Ljubljani.

Letak o rahiti presnovna bolezni vsem pomanjkanjem telesu. Obj:

znaki te bolezni pri dojenčku, kakšni so znaki napredovalega in močno izraženega rahitisa, kakšni so spremljajoči znaki in pa posledice te bolezni pri otrocih.

V odstavku »Kaj moramo storiti proti rahitisu« poučuje letak, da se temelji otrokovega zdravja polagajo že v materi. Zato ga je treba preprečevati že za časa nosečnosti, pozneje pa s pravilno nego in prehrano dojenčka. Letak poziva matere k obisku posvetovalnic, kjer dobe pri zdravniku in medicinski sestri podrobna navodila in za vsak posamezni primer vse potrebne nasvete.

Ker je pri obolenju dojenčkov tudi visok odstotek rahitisa, bo dispanzerjem in posvetovalnicam za žene in otroke pri

venovzgojnem delu letak uspešen oček.

oča se pri Centralnem higienskem v Ljubljani (Oddelek za zdravvzgojo), Trubarjeva 4.

N. J.

1 osebno — Komisija za preprečevanje splava in kontracepcijo pri Svetu za zdravstvo je pripravila naši ženi letak, ki jo v obliki pisma opozarja, da lahko zanesljivo sama vpliva na spočetje. S sodobnimi kontracepcijskimi sredstvi lahko regulira porode in rodi takrat, ko to želi sama. Obenem pa kontracepcijsko sredstvo nudi uspešno sredstvo proti nevarnim splavom, ki ji v vsakem primeru ogrožajo zdravje.

Letak vabi ženo, naj se pravočasno obrne na zdravnika, katerega dolžnost je, da ji svetuje in da sodobna kontracepcijska sredstva. Našteva zdravstvene ustanove, na katere naj se obrne in ob katerem času. Zdravnika si lahko izbere sama.

Letak ima na naslovni strani barvni posnetek srečne matere z otrokom.

ureditvijo, s komunalni
pa tudi z delavskim in

— z ureditvijo v ten
o socialni politiki spozn
obenem tudi z nalogami

— tako, da se sluša
lahko bolje razumeli psi

— s tem, da predme
sanega lika socialnih d
naučiti načina, kako se
nudi naša družba pri re
ljati vse oblike organiz
družbo pri ostvarjanju njihovih nalog, in slednjic, da obvladajo delo v posameznih socialnih primerih.

in in njihovih organov,

slušatelji ob predavanjih
veka in se tu seznani

ike in psihologije, da bi

agodimo nastajanju opi
morajo socialni delavci
uče vse možnosti, ki jih
em, da se nauče uporab
ki so značilne za našo

Beležke ob knjigah

Rahitis lahko preprečimo — je barvni letak na štirih straneh. Spisal prof. dr. Marij Avčin, ilustriral akad. slikar Janez Močnik, izdal pa Centralni higienski zavod v Ljubljani. Cena din 5.—.

Letak o rahitisu poučuje, da je rahitis presnovna bolezen, ki ji je vzrok predvsem pomanjkanje vitamina D v otrokovem telesu. Objasnjuje, kakšni so prvi znaki te bolezni pri dojenčku, kakšni so znaki napredovalega in močno izraženega rahitisa, kakšni so spremljajoči znaki in pa posledice te bolezni pri otrocih.

V odstavku »Kaj moramo storiti proti rahitisu« poučuje letak, da se temelji otrokovega zdravja polagajo že v materi. Zato ga je treba preprečevati že za časa nosečnosti, pozneje pa s pravilno nego in prehrano dojenčka. Letak poziva matere k obisku posvetovalnic, kjer dobe pri zdravniku in medicinski sestri podrobna navodila in za vsak posamezni primer vse potrebne nasvete.

Ker je pri obolenju dojenčkov tudi visok odstotek rahitisa, bo dispanzerjem in posvetovalnicam za žene in otroke pri

zdravstvenovzgojnem delu letak uspešen pripomoček.

Naroča se pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani (Oddelek za zdravstveno vzgojo), Trubarjeva 4.

N. J.

Vam osebno — Komisija za preprečevanje splava in kontracepcijo pri Svetu za zdravstvo je pripravila naši ženi letak, ki jo v obliki pisma opozarja, da lahko zanesljivo sama vpliva na spočetje. S sodobnimi kontracepcijskimi sredstvi lahko regulira porode in rodi takrat, ko to želi sama. Obenem pa kontracepcijsko sredstvo nudi uspešno sredstvo proti nevarnim splavom, ki ji v vsakem primeru ogrožajo zdravje.

Letak vabi ženo, naj se pravočasno obrne na zdravnika, katerega dolžnost je, da ji svetuje in da sodobna kontracepcijska sredstva. Našteva zdravstvene ustanove, na katere naj se obrne in ob katerem času. Zdravnika si lahko izbere sama.

Letak ima na naslovni strani barvni posnetek srečne matere z otrokom.

Brezplačno se dobi in naroča pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani (Oddelek za zdravstveno vzgojo), Trubarjeva 4.

N. J.

Pogovori o spolnosti in zakonu — Napisala dr. Hannach M. in dr. Abraham Stone. Izdala »Naša žena« v Ljubljani 1959. Knjiga obsega 320 strani in stane din 380.—.

Uvod k slovenskemu prevodu knjige je napisal prof. dr. Franc Novak. Že takoj v začetku odgovarja na morebitno vprašanje, kaj mislijo o tej knjigi zdravniki. V zvezi s tem pove, da je knjiga s strokovnega vidika odlična in da je njena vrednost predvsem v tem, ker nas uči odnosov med ljudmi. Knjigo je napisal zdravnik - ginekolog in porodničar s svojo ženo — zdravnico. Pisana je v obliki vprašanj, ki jih postavljata fant in dekle, ko prideta pred poroko v posvetovalnico. Tu jima zdravnik odgovarja in v poljudni besedi obrazloži vsa bistvena dognanja znanosti o spolnosti in razmnoževanju.

Prvi del knjige strokovno obravnava fiziološke in anatomske značilnosti obeh spolov, obrazloži vse potrebno o razmnoževanju, kako pride do oploditve in vse, kar morata o nosečnosti in porodu vedeti fant in dekle. Pod naslovom »Družinsko načrtovanje in kontracepcija« pa pojasnjuje, kako lahko zakonca preprečujeta nezaželene nosečnosti in uravnavata rojstva.

V drugem delu pa avtorja — oba izkušena zdravnika — dajeta pouk in navodila o spolni združitvi. Na docela odkrit, pa vendar nevsihljiv način razpravljata o nešteti vprašanjih, ki nastajajo med moškim in žensko in o spolnem življenju nasploh. Cilj pouka je spoznavanje in razumevanje naravnih dogajanj v človeku. Umetnost spolnosti pa naj bo podrejena ljubezni in obzirnosti do žene tudi v spolnih odnosih. Knjiga obravnava še vprašanje spolne vzgoje, daje s tem tudi

smernice za oblikovanje srečnih odnosov v družini in poučuje mladino, ki se pripravlja na življenje in zakon.

Vsekakor bi to knjigo, ki je doživela že kakih trideset izdaj in je prevedena v mnoge jezike, moral vsakdo ne samo prebrati, temveč tudi temeljiteje proučiti.

N. J.

Kombinirane ustanove — ustanove za mladino je broširana knjižica, ki jo je izdala Zveza prijateljev mladine Slovenije. Obsega 70 strani.

Pri knjižici je sodelovalo več avtorjev — Marija Gruden, Desa Mušič, Ema Koželj, Juvita Podgornik in Breda Cilenšek. V svojih prispevkih obravnavajo delo in razvoj kombiniranih otroških ustanov, ki jih je doslej v Sloveniji sedemnajst. Bistvo kombiniranih otroških ustanov je v tem, da so hkrati socialne in vzgojne in da sprejemajo otroke vseh starostnih dob — dojenčke, predšolske in šolske otroke. Vzgojno delo poteka v igri, sprehodih in zaposlitvi. Starejši otrok ima na skrbi mlajšega, se navaja s tem k odgovornosti in je v tem zajet tudi element družinske vzgoje.

V knjižici opisujejo avtorji organizacijo ustanov ter način zaposlitve in vzgoje v takšnih mladinskih ustanovah. Stanovanjske skupnosti bodo v bodoče prve poklicane, da bodo ustvarile takšno otroško varstvo, ki bo v pomoč zaposlenim staršem. Te ustanove bi se imenovale *družinske ustanove*. O teh bo pa Zveza prijateljev mladine izdala posebno knjižico.

Knjižica je koristno in spodbudno čtivo za vse, ki se posredno ali neposredno udeležujejo pri varstvu otrok. Medicinskim sestram, ki so pri svojem patronažnem delu prenekaterikrat pred vprašanjem, kako pomagati materi, da bo varovala otroka, pa ravno te ustanove nakazujejo uspešno vzgojno, solidno in zdravstveno varstvo.

N. J.

Prehrana predšolskega otroka — Spisali dr. Damjana Bebler, Saša Jakša, dr. Štefanija Kavčič in Vika Simčič. Izdal Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani, strani 115. Cena din 280.

Izdajo te knjižice so založniku nakazovali terenski zdravstveni delavci in zdravstvene otroške ustanove, ki pri svojem delu prepogosto vidijo nepravilno hranjenje malega in predšolskega otroka ter zadevne posledice.

V prvem delu knjige dajeta dr. Beblerjeva in dr. Kavčičeva splošna navodila, kako presojamo prehranjenost otrok in obravnavata najvažnejše sestavine otroške prehrane, okus, navade in tek, sestavljanje jedilnikov ter približno kalorično vrednost posameznih živil.

V drugem delu knjige pa Saša Jakša in Vika Simčič s praktičnimi napotki posredujeta lažje razumevanje in pravilnejši odnos do sodobne prehrane predšolskega otroka, v nekaterih vprašanjih, kot so: pomen zunanjih vplivov pri prehrani, ravnanje staršev, barve posameznih živil, čas hranjenja, zobovje, žeja, higiena ter pravilna sestava jedilnikov.

Najobsežnejši je tretji del knjige z jedilniki in recepti, ki imajo to posebnost, da so sestavljeni za dve otroški obdobji, in sicer od prvega do tretjega in od tretjega do sedmega leta, ter prirejeni za vse letne čase. Jedilniki, pripravljeni po smernicah sodobne prehrane, so preizkušeni na skupini otrok, ki so sedem dni dobivali vse dnevne obroke. S kontrolo je bilo ugotovljeno, da so ti otroci pridobivali telesno težo, da so na splošno imeli zdrav tek in da so radi jedli okusno pripravljena kosila in druge dnevne obroke.

Knjiga »Prehrana predšolskega otroka« želi pomagati materam in ustanovam, da popravijo pogoje pri prehrani predšolskega otroka, ter jim olajšati pravilno sestavljanje otroških jedilnikov. Na knjižico še posebej opozarjamo naše zdravstvene delavce na terenu, da jo bodo nasvetovali in priporočili ženam gospo-

dinjam in otroškim ustanovam. Dobro pa bo služila tudi medicinskim sestram pri vsakdanjem zdravstvenovzgojnem delu, saj je doslej kar primanjkovalo tovrstne literature.

N. J.

Preventivna medicina — glavni urednik prof. dr. Žarković, Sarajevo, in sodelavci — zdravniki vseh naših medicinskih fakultet, in sicer: Žarković, Aranić, Gaon, Radovanović (Sarajevo), Emili (Zagreb), Bonač (Ljubljana), Morelj, Savičević in Vračarić (Beograd), Karakašević (Skopje). Založnik »Veselin Masleša«, Sarajevo, 1198 strani, cena din 1600.

Učbeniki in večja strokovna dela iz področja preventivne medicine so žal predelek pojav na knjižnem trgu. V zdravstveni politiki in praksi zdravstvene službe namreč vse pogosteje čujemo zahtevo, da se mora delo zdravstvenih ustanov in kadra usmeriti kar najbolj odločno v preventivno-medicinsko delovanje, če hočemo zares izboljšati učinek zdravstvenega varstva in izkoristiti ogromna sredstva, ki jih žrtvuje skupnost v ta namen. Novi učbenik ima namen seznaniti s temelji preventivne medicine zlasti slušatelje medicine in drugih strok (farmacija, višje šole za pomožni med. kader), kandidate za državni strokovni izpit in vse strokovnjake, delujoče na širokih področjih zdravstvenega varstva. Učbenik se v osnovnem konceptu znatno razlikuje od standardnih knjig higiene, temelji namreč na študiju vseh faktorjev, ki vplivajo na zdravstvene razmere prebivalstva.

I. del (453 strani) obravnava vse kompleksne činitelje našega življenjskega okolja. Po uvodu, ki razčlenjuje principe preventivne medicine (higijene, epidemiologije, soc. medicine), sledi razprava o življenjskih (vitalno-statističnih) in patoloških pojavih v narodu (v zveznem in republiških merilih). Nadaljnja poglavja obravnavajo karakteristike ljudi in socialne pogoje, ki vplivajo na ljudsko zdravje. Vrsta poglavij nato zajema raz-

lične činitelje prirodne in umetne okolice skupno z asanacijskimi ukrepi (preskrba s pitno vodo, kanalizacija itd.), torej vprašanja splošne in specialne higijene. Vse bolj važni problemi elektromagnetnih radiacij zavzemajo v učbeniku celih 27 strani. Zelo obširna so tudi poglavja o vprašanjih ljudske prehrane. Prvi del zaključuje razprava o patogenih agensih iz rastlinskega in živalskega sveta, teme o dezinfekciji, dezinsekciji, deratizaciji.

V II. delu so na dobrih 400 straneh široko zajeti principi splošne in specialne patologije (zlasti bakterijske bolezni, všteti tuberkulozo, ter venerične bolezni, virusne bolezni, mikoze). Naslednja poglavja obravnavajo še druge bolezni z družbenim značajem: epidemiologija in prevencija raka, bolezni nepravilne prehrane, diabetes, bolezni srca in ožilja ter ust in zobovja, malformacije, travmatizem — splošni in profesionalni, bolezni živčnega sistema, motnje duševnega zdravja in problematika mentalne higijene.

III. del razpravlja o praksi preventivne medicine (socialna medicina). Tu so obravnavane teme: organizacija preventivno-medicinskega delovanja, zdravstvena vzgoja, zdravstveno varstvo mater, otrok in mladine, zdravstveno varstvo fizično in umsko defektnih, varstvo delovnih ljudi, gerontologija, zdravstveno varstvo v primeru katastrof in vojne, zdravstvena vprašanja sodobne armade v miru in vojni, fizična vzgoja in zdravstveno varstvo fizikulturistikov ter nega in krepitev telesa. Dodane so podrobne tabele o sestavi živil.

Tisk je zelo lep, na finem papirju, snov nazorno razvrščena. Učbenik pre-

ventivne medicine zasluži mesto v vseh strokovnih knjižnicah naših zdravstvenih zavodov in zdravstvenih delavcev, ki rešujejo vprašanja preventivne medicine.

Dr. I. B.

»Obrati družbene prehrane« — Osnove za pripravo hrane, načrtovanje in organizacijo.

Avtorji: dr. Damjana Bebler, Andreja Grum, inž. Drago Kovačević, inž. Emilija Letonja, Cilka Malešič, Sabina Piščanec, Klara Stern, inž. L. Skaberne, inž. Branka Tancig.

Že naslov knjige nam pove, da gre za delo, ki naj nudi strokovno pomoč pri ustanavljanju in funkcioniranju obratov družbene prehrane, menz, šolskih kuhinj, kuhinj pri bolnišnicah, internatih in drugih zavodih. V naglem razvoju teh obratov pri nas se je čedalje bolj čutila potreba po publikaciji, v kateri bi bila na osnovi sodobnih izkušenj in sodobnega tehničnega razvoja obdelana vsa problematika, ki zadeva to vprašanje. Zato je CZNG s to publikacijo brez dvoma izpolnil veliko vrzel v naši tovrstni strokovni in družbeno pomembni literaturi.

Iz vsebine:

Prehrana — Nekaj načel o organizaciji dela v obratih družbene prehrane — Tehnična oprema obratov družbene prehrane — Delovna mesta in oprema — Velik kuhinjski obrat v tlorisu — Energetski viri — Ekonomski činitelji, ki vplivajo na rentabilnost obratov.

Knjiga je natisnjena v velikem formatu na finem, beljenem papirju na 88 straneh. Tekst je ilustriran z vsemi potrebnimi risbami, skicami in fotografijami.

KAKO ODSTRANIMO DUH PO SEČU?

Ce seč ob bolniški postelji dalj časa stoji, začne zaradi razkrajanja, ki ga povzročajo neke bakterije, zaudarjati. Da ta duh odpravimo, pomijemo posodo v

tekočini, v kateri je 6 ccm formola na liter vode. Formalin v tej koncentraciji ni nadležnega duha; amoniak, ki nastaja ob razkroju seča, pa se spreminja v urotropin, ki je brez vonja.

M. K.

NOVO POGLAVJE K STARI POVESTI

Lakota — to je stara povest, znana že, kar ljudje pomnijo. Pod srečno zvezdo rojeni poznajo to žalostno povest samo iz knjig in pripovedovanja. Manj srečni, ki jo v življenju občutijo na lastni koži, se po sili razmer ubadajo z njo, kakor vedo in znajo. Sicer pa stradajo in umirajo. In so tu še tretji, ki stradajo, ne da bi se tega sploh zavedali. V tem primeru gre za ljudi, ki so kljub sicer obilni prehrani bolni in nedohranjeni. Vzrok je v tem, ker ne dobijo vseh za zdravje telesa potrebnih snovi.

Slabo nepravilno prehranjevanje je vprašanje, znano že oddavnaj po vsem svetu, vprašanje, ki ga je izredno težko rešiti. Ta poslednja, kaj trpka ugotovitev velja zlasti za nerazvite dežele, kjer je nepravilno prehranjevanje še zlasti pogosto hudo pereč problem. Nepravilne prehrane tod je krivo predvsem pomanjkanje ustreznih živil, nadalje nevednost glede pravilnega prehranjevanja otrok in nasploh nižja prosvetljenost prebivalstva, ki tudi ovira hitrejše izboljšanje življenjskih razmer.

Korak za korakom rešujejo razne državne uprave tovrstne probleme svojih dežel. Pri teh naporih pomagata organizaciji FAO¹ in UNICEF². Z njuno pomočjo se je izboljšala preskrba z mlekom. Uvajajo se nova cenena živila, kot n. pr. doslej ribja in arašidna moka. Ti dve uporabljajo kot živila, ki sta za dodatek mleku posebno primerni. UNICEF pa

¹ FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations = Organizacija ZN za prehrano in poljedelstvo).

² UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund = Mednarodni sklad združenih narodov za nujno pomoč otrokom).

snuje še nove načrte o tem, kako bi narodom v prehranjevalni stiski čimbolj pomagala. Brez dvoma bi s tem napisala nove, še lepše strani v tej nedokončani povesti o prehrani človeštva.

Vprašanje vzgoje — Brez dvoma je vzgoje v prvi vrsti potrebna mati. Predvsem mora ona vedeti, katera hrana je prava za njenega otroka pa tudi za njo samo za časa nosečnosti oziroma v času dojenja. Predvsem materina prosvetljenost bo marsikaterega otroka obvarovala nedohranjenosti. Pota, ki po njih lahko na mater vplivamo oziroma jo vzgajamo, so pa različna. Sedanji zdravstveni centri lahko razširijo svojo prosvetljalno dejavnost preko ustreznih združenj in društev ali pa po posvetovalnicah. Razni demonstracijski tečaji, kjer se udeležence tudi praktično nauče obravnavane snovi. Matere se tod lahko temeljito seznanijo s pravilno prehrano in se obenem poučijo, kako lahko s pridom izboljšajo prehrano družine, ne da bi se izdatki za njo kaj zvišali.

In tu so potem še otroci! Tudi otroci morajo vedeti, koliko je njih zdravje odvisno od prehrane in katera živila morajo dnevno uživati. Šolski prehranski program, posebni prehranjevalni tečaji v šolah, mladinske organizacije in društva lahko med otroki budijo zanimanje za ta vprašanja. Z obdelovanjem vrtičkov, z rejo perutnine in malih živali v šolah se otroci seznanijo s praktično vrednostjo novih in boljših živil pa tudi z načini, kako priti do njih. Z vsem tem pa otroci nehotе zanesejo zanimanje za ta vprašanja tudi na domove. V mnogih pokrajinah šola ni vzgojno središče samo za šolsko mladino, ampak prosvetljuje zlasti v pogledu prehrane tudi starejše in odrasle ljudi. Novi odnosi do teh vprašanj pa

postanejo zlasti pomembni in uspešni, kadar državne uprave rešujejo ta vprašanja s splošnim dviganjem življenjske ravni. Javna uprava ima pri tem neomejene možnosti. Tako n. pr. lahko ustanavlja javne kuhinje v zvezi z zazidalnimi projekti na področju posameznih komun ali pa na krajevno primeren način pritegne k sodelovanju tudi prebivalstvo ter zbira in shranjuje živila, da so zavarovana pred okvaro.

Ne samo vzgoja, potrebno je tudi raziskavanje. Preden zdravnik bolniku predpiše zdravilo, ga skrbno pregleda, da ugotovi njegovo bolezen. Prav takšno ravnanje je potrebno seveda tudi pri reševanju prehranjevalnih problemov za večjo ali manjšo skupino ljudi. Saj ima tako rekoč skoraj vsako večje naselje v tem pogledu čisto svoje težave in nadloge v prehrani, pa večkrat tudi dolgoletno izročilo in navade, ki se zdijo kar nedotakljive. Tako so nekatere prav posebne pomanjkljivosti v prehranjevanju značilne kar za celo vrsto naselij in pokrajin. To je tudi vzrok, da za Mehiko in Filipine že izdelujejo enotne načrte, kako usmeriti delo, da bi čimprej prišli do pravilne diagnoze in nato poiskali ustreznega leka sedanjim prehranjevalnim težavam. Ugotoviti morajo seveda obenem tudi vse krajevno razpoložljive vire za preskrbo s potrebnimi živili.

Zakaj vse to? Zato, ker zdaj v Mehiki zaradi nedohranjenosti vsako leto umrje okrog 10 000 ljudi. Zato, ker na Filipinih od otrok, ki umrjejo v prvem letu starosti, verjetno polovica umrje iz istega vzroka. Študije, ki zajemajo vse področje nekega naroda, skušajo odkriti, v čem je bistvo te nedohranjenosti in kje so njeni vzroki. Zato skušajo ugotoviti vse tiste činitelje, ki jo povzročajo, činitelje fizičnega, kulturnega, socialnega in gospodarskega značaja. Nato pa postopoma začno z izboljševalnimi ukrepi zapovrstjo v posameznih področjih, in to skozi pet let, da tako lahko ugotovijo oziroma ocenijo,

koliko uspešni so eni ali drugi od izvajanih ukrepov.

Na Filipinih in v Tuniziji zbrano zadnje gradivo bodo nato proučili, ga razčlenili in po potrebi še dopolnili.

Delež Unicefa. Za izvedbo vseh obsežnih načrtov pa je potrebno marsikaj. Prav gotovo bi brez tako izdatne pomoči Unicefa to delo ne uspelo, saj je ta organizacija prevzela celo vrsto važnih in bistvenih nalog. Tako skrbi za prevoze, za učne pripomočke, kot so filmski stripi, projektorji, letaki in lepaki, in razno drugo opremo za nazorno prikazovanje. Razen tega ima na skrbi tudi potrebno vrtno orodje, valilnike za piščance in še številne druge naprave.

Potrebni pa so tudi še izučeni delavci, ki naj izpolnijo naloge v smislu zasnovanih delovnih načrtov. Unicef skrbi nadalje še za plače, strokovno literaturo, laboratorije, vsakovrstno opremo in karkoli utegne biti v pomoč učiteljem, javnim funkcionarjem in nutricionistom vseh kategorij. Tu je všteto seveda tudi administrativno in državno osebje ter delavci na terenu.

Nedvomno bodo novi načrti omogočili hitrejšo izboljšanje prehrane otrok in mater v kmečkih predelih nerazvitih dežel, kjer je stiska največja. V deželah, kjer so mnogi otroci že danes deležni blaginje, do katere so jim pripomogli skupni napor za izboljšanje prehrane, pa lahko po pravici rečejo, da živijo ljudje bolje, kot so živeli morda še včeraj. Skupno prizadevanje oblasti v posameznih deželah in pa mednarodnih organizacij torej donaša že vidne sadove.

Povzeli smo teh nekaj misli po članku, ki ga je napisal Dr. Cyrus French (Unicef) in ki ga zaključuje z besedami: »Lakota bo za vselej pregnana iz sveta, ko bodo tod svobodno zaživel ljudje vseh ras in kontinentov, objeti v prijateljstvu kot člani ene družine«.

N. N.

LISTERIOZA

Listerioza je pri nas malo znano obolenje. S tem pa nikakor ni rečeno, da v naših krajih ni razširjena. Klinična diagnoza listerioze je zelo težavna. Pri živalih so jo prvič zabeležili švedski veterinarji leta 1910. Pri človeku so jo ugotovili nekoliko kasneje. Povzročitelja — bacil z imenom *Listeria monocitogenes* — so prvič opisali Angleži pred dobrimi tridesetimi leti (Murray, Webb in Swann 1926). V Nemčiji so diagnosticirali prve primere listerioze leta 1951. Od takrat odkrivajo vsako leto več in več primerov te zoonoze. S pomočjo laboratorijskih preiskav spoznavajo sedaj kot listerioze marsikatero prej nejasno infekcijo. Enak pojav so opazovali pred leti pri leptospirozah. V času, ko diagnostika leptospiroz še ni bila na današnji stopnji, so leptospiroze polnile statistične rubrike nediagnosticiranih obolenj. Danes pa so ugotovili leptospiroze že po vsem svetu in ne ravno najmanj tudi v naši domovini. Da bi omogočili spoznavanje listerioz tudi v Jugoslaviji, morda ne bo odveč, če si to obolenje ogledamo nekoliko pobliže.

Normalno nahajališče listerij še ni znano. Iz pogostnih listerioz pri živalih (glodavci, ptiči, domače živali) zaključujejo, da so živali morebiten rezervoar listerij. Vsekakor pa je povzročitelj listerioze pogostna klica v človekovi okolici, ki ob posebnih pogojih povzroči obolenje tudi pri človeku. Raziskavanja kažejo, da prihaja s povzročiteljem v stik mnogo večje število ljudi, kot jih dejansko zbolijo.

Za listeriozo oboleva po sedanjih podatkih okrog 30 vrst živali. Človek se od njih okuži po navadi neposredno ali pa posredno: s prahom, blatom in živili. O neposrednem prenosu obolenja od človeka na človeka je doslej malo znanega. Dokazano je le, da se od matere prenaša okužba na plod že med nosečnostjo ali med porodom.

Tako pri živalih kot pri človeku se pojavlja listerioza v treh oblikah:

1. kot akutna in kronična progresivna septikemija,
2. kot meningoencefalitis,
3. kot asimptomatska infekcija z gripoznimi ali pielitičnimi simptomi, ki jih spremlja splav ali odmrtnje okuženega ploda.

Okužbe centralnega živčevja in mening so precej pogostne, dosegajo do 20% dokazanih listerioz. Potekajo kot gnojni meningitis, ki ga spremlja encefalitis.

Največkrat smo upravičeni sumiti na listeriozo, kadar nastopijo pri nosečnicah subklinični ali gripozni znaki obolenja, včasih pielitis, pri otroku po rojstvu pa splošna slabotnost, diareje, okvare centralnega živčevja ali pa pljučnici podobni bolezenski znaki, včasih tudi z zvišano temperaturo. Sumljivi so tudi tisti primeri, ko se nosečnice dolgo časa prav dobro počutijo. Šele proti koncu nosečnosti se rodi med znaki vročinskega obolenja otrok, ki umre že pred rojstvom ali nekaj ur po njem. Včasih nastopijo znaki obolenja tudi že v bolj zgodnjih mesecih obolenja s splavom. Tako se zgodi, da imajo žene v anamnezi več podobnih primerov zaporedoma.

Asimptomatske oblike listerioz so pri odraslih najpogostnejše. Sorazmerno redke pa so septično potekajoče granulomatoze s smrtnim izidom. Tu je klinična simptomatologija zelo pestra. Glede na lokalizacijo povzročitelja so v ospredju različne bolezenske slike, in to bodisi okvara centralnega živčevja, endokarditis, miokarditis, perikarditis, pnevmonitis, poliserozitis ali hepatolienalni sindrom.

Neredko se pojavljajo pri odraslih akutne ali subakutne oblike, podobne infekcijski mononukleozii z benignim potekom. A tudi to obliko lahko spremljajo znaki vzdraženosti možganskih open.

Posledica okužbe z listerijo je lahko vidna tudi na sluznicah. Konjunktivitis: pr. je prav lahko lokaliziran ali pa je le uvod v septično obliko. Včasih se listerioza pridruži kakemu drugemu kro-

ničnemu obolenju, kot je n. pr. tuberkuloza, in vodi do letalnega konca.

Za okužbo najboljčujivejši je vsekakor novorojenček. Septična granulomatoza poteka pri njem skoraj vedno smrtno. Na 4 septične granulomatoze pri odraslem beležijo 160 primerov pri novorojenčkih. Kar se tiče prizadetosti centralnega živčevja, so skoraj vse starostne skupine enako prizadete. Akutna oblika obolenja preide navadno v latentno kronično, po ozdravljenju pa navadno zapuša posledice. Zelo verjetno so med spontanimi ozdravljenji obolenj centralnega živčevja tudi nekateri nedokazani primeri listerioz. Pri okužbah možganskih open najdejo v gnojnem vnetnem procesu obilico značilnih mononuklearnih celic.

Obolenja ni mogoče spoznati brez sodelovanja laboratorija. Edinole bakteriološka preiskava krvi in likvorja nam more dati za diagnozo odločilne podatke. Pri obolenjih novorojenčkov preiskujejo tudi mater in druge ljudi v njegovi okólici.

V bolnikovem serumu je mogoče prikazati protitelesa z reakcijo aglutinacije in reakcijo vezanja komplementa, čeprav ne v vsakem primeru obolenja. Pri novorojenčkih so serološke reakcije praviloma negativne.

Raziskovanje in spoznavanje listerioz še ni dokončno. Na tem področju je še vedno prosta pot, po kateri je mogoče dokazati tudi kake druge, danes neznane oblike listerioze.

Za smotrno zdravljenje je brezpogojno potrebna točna diagnostika. Kajti le z zgodnjim spoznavanjem obolenja bo mogoče rešiti življenja številnim ljudem, zlasti še novorojenčkom. Istočasno zdravljenje s sulfonamidi in tetraciklini je zelo učinkovito, a tudi kombinacije sulfonamidov s penicilinom in streptomycinom dajejo dobre rezultate.

Kaj pa je mogoče ukreniti profilaktično proti listeriozi? Ker gre za zoonozo,

bo treba posvečati pozornost obolenjem ljudi, ki imajo opravka z živalmi, in si prizadevati, da najdemo izvor okužbe. Pri tem je treba misliti tudi na živila živalskega izvora. Glavni profilaktični ukrep v medicini pa je pravočasno zdravljenje okuženih nosečnic. Profilaktično zdravljenje bo marsikdaj učinkovito pri ženah s številnimi splavi in prezgodnjimi porodi v anamnezi. Tu bodo poizvedbe medicinskih sester in babic na terenu v dragoceno pomoč. Vendar morajo vedeti, da so placenta, plodovnica (liquor amnii) in mekonij novorojenčka pri listeriozi kužni, da pa običajna razkužila preprečujejo prenašanje okužbe. Čeprav prihajajo pri ponovnih splavih v poštev tudi drugi vzroki (Rh, toksoplazmoza itd.), so že za marsikateri primer splava ugotovili, da je posledica listerioze.

Z. S.

ASPIRIN IN KRVAVITVE

Aspirin je zdravilo, ki ga ljudje mnogo uporabljajo tudi brez zdravnikovega napotka. Vendar zdravljenje z aspirinom ni brez nevarnosti, ker ga mnogokrat spremljajo krvavitve v prebavilih. To so ugotovili s poskušom, v katerem je sodelovalo 180 ljudi. Dve tretjini je bilo med njimi bolnikov, ki so jih zdravili z aspirinom zaradi revmatizma, ena tretjina pa so bili zdravi prostovoljci. Izbrali pa so le take ljudi, ki so bili popolnoma zdravi na prebavilih. Pri 70% teh oseb so z laboratorijsko preiskavo dokazali prisotnost krvi. Ko so prenehali dajati aspirin, so prenehale tudi krvavitve, ki so se pa ob nadaljnjem zdravljenju spet ponovile. Kadar traja zdravljenje dolgo časa, so tudi izgube krvi lahko občutnejše. Še prav posebno je uživanje aspirina nevarno ulkusnim bolnikom, ker pri njih lahko izzove zelo močno krvavitev.

Z. S.

ZRAK V BOLNIŠNICAH JE KONTAMINIRAN Z ANTIBIOTIKI

Že nekaj let opazujejo, da v bolnišnicah pri osebju in bolnikih, celo pri tistih, ki se niso še nikoli zdravili z antibiotiki, stalno narašča število stafilokokov, neobčutljivih za antibiotike. Zato mislijo, da igra pri širjenju neobčutljivih stafilokokov določeno vlogo tudi zrak, ki vsebuje antibiotike in ga ljudje v bolnišnici stalno vdihavajo.

V Angliji so preiskali veliko splošno bolnišnico in ugotovili, da je 53 % osebja bacilonoscev s stafilokoki v nosu. Med njimi je bilo 90 % neobčutljivih za penicilin. Z nosu prehajajo klice na kožo, roke, na obleko bacilonosca, pa tudi v zrak, prah, na predmete in osebe v njihovi okolici.

Posebej so preiskovali zrak v vseh delovnih prostorih. Usmerili so se predvsem na dokazovanje penicilina. Pri pregledu zraka so v prostorih, kjer seadržuje osebje, našli penicilin v zraku in prahu po vseh delovnih prostorih: v čakalnicah, na hodnikih, v operacijskih sobah, v garderobah in v zdravniških sobah. Nekoliko večje količine so dokazali na odprtih kirurških oddelkih in na nekaterih hodnikih. Največ penicilina v zraku je bilo v ambulantni, posebno v bližini prostora, kjer dajejo bolnikom antibiotike. Tudi med osebjem v ambulantni je bilo več bacilonoscev, in sicer 60 %. In vsi stafilokoki, ki so jih našli v brisih in pri teh bacilonoscih, so bili neobčutljivi za penicilin.

Da bi dokazali način, kako se zrak kontaminira pri delu s penicilinom, kot je to n. pr. v ambulantni, so napravili vrsto poskusov. Ugotovili so, da prihaja antibiotik v zrak pri polnjenju brizgalk in pri odstranjevanju zračnih mehurčkov. Po injekciji ostane v brizgalki in igli še okrog 0,2 ml, t. j. 60 000 do 120 000 E penicilina. Ta količina se pri spiranju brizgalk še razredči in kapljice prše na predmete v okolici.

Z dajanjem penicilinskih injekcij po običajnem postopku so kontaminirali sobo, ki je prej bila brez antibiotikov. Če je bil po injekciji zrak v prostoru miren, po 25 minutah v zraku ni več uspelo dokazati penicilina. Pri močnem kroženju zraka pa so dokazali v njem penicilin tudi še po tem času.

Poleg tega, da prihaja antibiotik v zrak v obliki kapljic, je pomemben pri kontaminaciji zraka še drug vir antibiotikov, t. j. potresanje ran z antibiotskim praškom. Penicilin v prahu se kopiči v zraku in prahu ter relativno počasi propada. S kroženjem zraka in s prenašanjem predmetov se raznaša po prostoru. Tako vsebuje zrak tolike množine antibiotika, da ne dovoljuje razmnoževanja bakterij, občutljivih za penicilin. Ta zrak vdihavajo bolniki in osebje, ki prihaja v te prostore. V takem okolju se morejo naseliti le stafilokoki, neobčutljivi za penicilin. Sorazmerno z množino in vrsto antibiotikov, ki jih dobivajo bolniki, pa se množe v bolnišnicah tudi stafilokoki, ki so neobčutljivi za druge antibiotike. Bolniki, ki živijo v bolnišnicah dalje časa, so bolj kakor prebivalstvo izven bolnišnic izpostavljeni zraku, kontaminiranemu z antibiotiki, in s tem v zvezi tudi okužbi z bakterijami, neobčutljivimi za antibiotike.

Sedaj je bilo treba ugotoviti, ali zrak resnično tako močno vpliva na vzdrževanje rezistentnih stafilokokov. S tem namenom so preiskali tovarno penicilina. Pri osebju, ki se ne zdravi s penicilinom, vdihava pa redno vsak dan s penicilinom kontaminirani zrak, so ugotovili enak odstotek rezistentnih stafilokokov kot v bolnišnicah. Iz teh opazovanj zaključujejo, da človeku, bodisi zdravemu ali bolnemu, nikakor ni potrebno, da se sam zdravi z antibiotiki, da postane bacilonosec ali da se okuži z neobčutljivimi stafilokoki. Zadostuje že, da nekaj časa vdihava zrak, kontaminiran z antibiotiki. Čim več antibiotikov uporablja določena bolnišnica ali ambulanta, tem več mož-

nosti je, da se razmnože rezistentne bakterije pri osebju in bolnikih.

V zvezi s temi poskusi se nam vsiljuje zaključek, da je mogoče vplivati z zmanjšanjem uporabe antibiotikov in s previdnostjo pri kontaminaciji zraka z antibiotiki, na širjenje neobčutljivih bakterij in tako vsaj delno preprečiti stafilokokne infekcije v ambulantah in bolnišnicah. Dandanes si po vsem svetu prizadevajo, da uporabljajo antibiotike le v najnujnejših primerih. Kadar pa jih dajejo, posvečajo posebno pozornost, da kontaminirajo z njimi le nekatere določene prostore v bolnišnicah.

Dr. Zlata Stropnik

POSLEDICE ZARADI UŽIVANJA MLEKA, KI VSEBUJE PENICILIN

Med neugodnimi posledicami zdravljenja z antibiotiki so zlasti neprijetne alergične reakcije. Najčešče nastajajo v organizmu, ki prihaja ponovno v stik s penicilinom. Ena izmed najbolj pretresljivih oblik alergične reakcije je smrt v šoku, ki so jo doživeli že v vseh deželah, kjer uporabljajo penicilin.

V ZDA so zabeležili do leta 1956 nad 1000 smrtnih primerov zaradi preobčutljivosti za penicilin. Ker pa nastopajo preobčutljivostne reakcije tudi pri ljudeh, ki se niso še nikdar v življenju zdravili s penicilinom, so pomislili na druge možnosti, od kod bi prišel antibiotik v telo. Tako so prišli do spoznanja, da je precejšnjemu odstotku preobčutljivostnih reakcij vzrok v uživanju mleka in mlečnih izdelkov, ki vsebujejo penicilin. Izkazalo se je namreč, da pristnost penicilina v mleku in mlečnih izdelkih ni le izjemna. Po rezultatih preiskav vsebuje v ZDA 11% mlečnih vzorcev tolike množine penicilina, da ga je mogoče dokazati.

Zanimive ugotovitve so napravili s tem v zvezi, ko so preiskovali krave mlekarice v ZDA. Približno četrtina od

26 milijonov krav ima vnetje vimena. Ker je produkcija mleka v neposredni zvezi z boleznijo, dajejo kravam izdatne množine penicilina.

Tako niso redki primeri, da za kronično urtikarijo trpijo ljudje, ki svoj živdan niso prejemali penicilina zaradi zdravljenja. Ponovne eksacerbacije so opazovali pri njih po uživanju mleka, sladoleda in sira. Da pa je urtikarija resnično v zvezi s penicilinom, so dokazali tako, da so dali bolnikom injekcije penicilinaze (t. j. encim, ki razgradi penicilin, ga napravi neaktivnega in tudi spremeni njegovo antigenost). Pri razviti urtikariji so spremembe hitro izginile. Kadar pa so dajali bolnikom penicilinazo profilaktično, je mogel bolnik uživati mlečne izdelke, ne da bi dobil alergične pojave.

Nastane vprašanje, kako organizirati omrežje, ki bo vodilo evidenco, da se mleko s penicilinom zdravljenih krav ne bo mešalo z drugim mlekom in da pri preobčutljivih ljudeh po uživanju ne bo povzročalo komplikacij. Posebno še, ker te — zlasti najhujših — po anamnezi ni mogoče predvideti. Za preprečevanje komplikacij pri antibiotičnem zdravljenju je ta ukrep izredno važen in ga bo potrebno uveljaviti v najkrajšem času po vseh državah.

Z. S.

VAKCINACIJA PROTI POLIO- MIELITISU

Da bi ugotovili, kdaj je najugodnejši čas za vakcinacijo novorojenčkov proti poliomielitisu, so poskusno cepili dve skupini otrok. V prvi skupini so bili otroci stari en teden, v drugi 16 tednov. Pri prvi skupini otrok niti zelo visoke doze vaccine niso dale zadovoljivega odgovora. Vzrok temu je v protitelesih, ki jih je otrok dobil od matere in v njem samem zavirajo mehanizem za borbo proti teles. Materina protitelesa izginjajo po lagoma iz otrokovega organizma. Pri ve-

čini otrok izginejo popolnoma že pri 16 tednih starosti. Pri nekaterih otrocih pa ostanejo materina protitelesa še po tem času in motijo potek vakcinacije. Zato priporočajo vakcinirati otroke šele v starosti od 6 do 9 mesecev, ko materina protitelesa zanesljivo niso več prisotna.

* * *

Dr. Salk je izjavil, da je vzrok obolevnosti za poliomieltisom pri vakciniranih osebah v slabi jakosti vakcine. V prihodnje bodo posvečali glavno skrb proizvodnji vakcine visoke jakosti. Težijo za tem, da bi zagotovili zaščito z eno samo in eno dodatno dozo, da ne bi bilo treba dajati 3 ali 4 doze kot doslej. Ameriška vakcina je zelo učinkovita proti polio tip 2, manj proti tipu 1 in 3. V zadnjih letih ni bilo v ZDA obolenj s tipom 2 niti pri vakciniranih niti pri nevakciniranih osebah.

Z. S.

HULA HOOP IN BOLEZEN

Vrtenje živobarvnih plastičnih obročev se je razširilo kot popularen šport med odraslimi in otroki po vsej zemeljski obli. Kot vsak drug šport je do določene mere zabava, pretiravanje pa ni brez nevarnosti. Okvare, ki so jih doslej opazovali zaradi pretiranega vrtenja obročev, so večinoma lažjega značaja. Najhujši primer so opazovali v Franciji pri neki odrasli ženi, ki jo je po vrtenju obroča doletela travmatska ruptura trebušne mišice z znaki »akutnega abdomena« s šokom.

V Kanadi opisujejo primere otrok, ki so jih pripeljali v bolnišnico, ker so mislili starši, da imajo otroci zaradi hudih bolečin kako resnejšo bolezen. Pri bolečinah v rokah in nogah so pomislili na revmatizem ali na vnetje kostnega mozga. Vendar otroci niso imeli znatno zvišane telesne temperature.

Bolečine so navadno odvisne od mesta vrtenja. Nekateri ljudje so dobili na

mestih, kjer se obroč dotika kože — odrgrnine, podkožne krvavitve, včasih tudi izpuščaje. Pri dolgotrajnem vrtenju pa nastanejo tudi globlje poškodbe. Na prizadetih delih telesa se pojavijo mišični spazmi, ki jih spremljajo bolečine. Takih prehodnih težav brez resnih posledic je največ. Včasih povzroča vrtenje okrog vratu vrtoglavice in glavobol, redkeje slabosti in bruhanje. Bolečine na vratu posnemajo običajne mialgije, včasih povzroče celo tortikolis. Na prsnem delu so bolečine podobne kot pri interkostalni nevralgiji, medtem ko posnemajo bolečine v trebuhu infekcije ledvic, jeter ali slepiča.

Zmerno vrtenje hula hoop obroča zdravemu organizmu ne škoduje. Pač pa je potrebno nadzorovati otroke, kadar tekmujejo med seboj, kdo bo vztrajal dalje časa. Še prav posebno pozorni moramo biti pri otrocih in odraslih, ki jim je zdravnik odsvetoval fizično aktivnost zaradi srčnih obolenj, revmatizma, vnetja ledvic, jeter, zaradi tuberkuloze ali slabokrvnosti. Vsem tem ljudem lahko pretiravanje poslabša trenutno umirjeno stanje obolenja. Znano je n. pr., da je pri pretirano dolgotrajnem vrtenju hula hoop obroča cistitis prešel v cistopielitis.

Z. S.

ŽIVLJENJSKA DOBA ŽIVALI JE ODVISNA OD SORAZMERNOSTI VELIKOSTI IN TEŽE NJIHOVIH MOŽGAN

Ameriški raziskovalec G. Sacher trdi, da življenjsko dobo določajo sorazmerne dimenzije možgan in način, kako le-ti uravnavajo delovanje organizma. Po primerjalnih preiskavah na številnih sesalcih je Sacher prišel do zaključka, da je življenje nekega živega bitja tem daljše, čim večji in težji so njegovi možgani v primeri z dolžino in težo telesa. To domnevo naj bi potrdil tudi človek, ki od višjih bitij živi najdlje, čeprav porabi zelo veliko energije.

M. K.