

Zdravje sveta — deset let napredka

Svetovni dan zdravja — 7. april 1958

Letos pride Svetovni dan zdravja na deseto obletnico tistega dne, ko je dobila veljavo ustava Svetovne zdravstvene organizacije. Naj bo to za vsakogar izmed nas prilika, ob kateri skušajmo v spominu obnoviti vse, kar je bilo v teh desetih letih storjenega za izboljšanje zdravstvenih razmer v posameznih deželah širom po svetu.

Doživeli smo velik napredek znanosti na področju raznih zdravil in cepiv ter sredstev za zatiranje mrčesa, dobili smo tudi uspešnejše metode za zdravljenje in preprečevanje bolezni.

Dosežki teh novih spoznanj pa so se hitro uveljavili širom po svetu ter služili v prid skupnosti in posamezniku, kjerkoli je bilo potrebno. Tudi izmenjava znanstvenih informacij in praktičnih izkušenj je v zadnjih desetih letih dosegla doslej neznano širino. Prav tako nismo doslej še nikoli videli toliko znanstvenikov in specialistov, ki bi po vprašanih ljudskega zdravstva potovali iz dežele v deželo, da bi se učili, a poučevali tudi sami in obenem posredovali svoja dognanja in uspehe naprej.

Še večjega pomena pa je, da po vseh deželah čedalje bolj narašča število ljudi, ki so prišli do spoznanja, da zdravje ni kratko malo v tem, na nekdo ni bolan ali pohabljen, temveč da je z zdravjem zajeto vse človekovo življenje in mišljenje v celoti. Vodstva posameznih držav so se zavedala svoje odgovornosti za zdravje ljudstva in vsepovsod si prizadevajo, da poleg oskrbe v bolnišnicah in v klasičnih zdravstvenih ustanovah razvijejo tudi higieno okolja, zagotovijo materam in otrokom zaščito, obenem pa nasploh izboljšajo tudi pogoje za preskrbo z živili in prehrano.

Seveda ni vse to nič posebno novega. Že celo stoletje ali še več je tega, kar so odkritja in dognanja medicine prešla v splošno last, ki je skupna vsem narodom. Pionirji higiene so na vso moč poudarjali važnost asanacije in državna vodstva so postopoma sprejela zdravstveno zakonodajo ter ustanovila zdravstveno službo. Najvidnejši dogodek v teh desetih letih pa je pospešen zdravstveni napredek in razvoj tega napredka po že začrtanih poteh v širino.

Vendar to še ni vse. V zvezi s pospešenim zdravstvenim napredkom so nastale globoke spremembe tudi v pojmovanju in v metodah.

Na neki mednarodni zdravstveni konferenci v New Yorku leta 1946 je 61 zastopstev raznih držav soglasno izjavilo, da pomeni veliko nevarnost za vse, dokler ne bo med posameznimi deželami enakosti v tem, kar se tiče izboljšanja zdravstvenih razmer in pa borbe proti bolezni, zlasti proti nalezljivim boleznim. Zdravje torej ni več samo nacionalni, ampak svetovni problem. Kakor mir, tako je tudi zdravje eno samo in nedeljivo. Vodstva posameznih držav so nato

postavila nova načela za mednarodno sodelovanje na zdravstvenem področju in ta načela so bila sprejeta v ustavo Svetovne zdravstvene organizacije, ki je dobila veljavo dve leti pozneje.

Narodom, ki so se tako opredelili pred 12 leti in ustanovili to svetovno zdravstveno organizacijo, katere program je daleč presegel vse prejšnje poskuse, se je pozneje pridružilo še 27 drugih narodov, tako da šteje Svetovna zdravstvena organizacija danes 88 članov.

Velikih koristi, ki jih imamo od tega vzajemnega delovanja, so bili deležni že vsi narodi. Naglo posredovanje vseh potrebnih informacij in izkušenj nam omogoča uspešnejšo borbo proti boleznim, kot sta gripa in poliomielit. Pomaga nam, da kljubujemo rastočim nevarnostim, ki grozijo duševnemu zdravju zaradi pogojev modernega življenja. Omogoča tudi prilagoditev pouka medicine v skladu z razvojem potreb in proučevanjem novih problemov, kot je genetično učinkovanje jedrskega žarčenja.

Sleherni narod, ki se bori proti boleznim tega stoletja in si prizadeva za ureditev moderne javne zdravstvene službe, se okorišča s pomočjo, ki mu jo preko Svetovne zdravstvene organizacije v duhu iskrenega sodelovanja nudijo vsi drugi narodi. Deset let tavanja in zmot, uspehov in neuspehov je pokazalo, kako koristna je ta mednarodna pomoč, vendar so pa meje začrtane tudi njej. Čim bolj zaupajo zdravstvene oblasti v vse možnosti, ki jim jih odpira napredek, tem bolj lahko presodijo, v kateri smeri se morajo lotiti dela same, da bi s čim večjim pridom lahko izrabile pomoč, ki jo dobe od zunaj.

Ugotoviti pa moramo: lepe besede, pred 10 leti samo na papirju, so danes živa stvarnost. Tisto, kar so zasnovali nekateri jasnovidni ljudje, je kljub svojim nepopolnostim postalo instrument, ki služi vsem narodom in je vreden vsega zaupanja. In skoraj ne dvomim, da bodo bodoči zgodovinarji prav v tem videli enega najpomembnejših faktorjev tudi za napredek, ki smo ga v teh desetih letih dosegli na področju zdravstva.

Dr. M. G. Candau,
generalni direktor
Svetovne zdravstvene organizacije

O odno:

Naš bolnik je tudi človek s svojo našem bolniku le o srčno napako ali pa da se pogovarjajo c poldne« — vnemar otroki, ki ima ulkus nogo. Ta oče in ta n imata tudi svojo psi osebnosti!

Psihosomatična medicina govori o medsebojni povezanosti med telesnimi in psihičnimi funkcijami naše osebnosti. So primeri, kjer so organske okvare nastale kot posledica neke duševne motnje, pa zopet drugi, kjer duševne motnje

e do bolnika

nar

olnim organizmom, marveč re več smo vajeni gledati v eta, ki ga boli želodec, ima lišimo zdravstvene delavce, »oni frakturi od danes do s tremi nepreskrbljenimi opoldne na poledici zlomila : zgolj ulkus in frakturo — t — ta oče in mati sta dve

postavila nova načela za mednarodno sodelovanje na zdravstvenem področju in ta načela so bila sprejeta v ustavo Svetovne zdravstvene organizacije, ki je dobila veljavo dve leti pozneje.

Narodom, ki so se tako opredelili pred 12 leti in ustanovili to svetovno zdravstveno organizacijo, katere program je daleč presegel vse prejšnje poskuse, se je pozneje pridružil, ko da šteje Svetovna zdravstvena organizacija «

Velikih koristi, ki j deležni že vsi narodi. Nagam omogoča uspešnejšo Pomaga nam, da kljubu zdravju zaradi pogojev m medicine v skladu z razv je genetično učinkovanje :

Sleherni narod, ki se ureditev moderne javne preko Svetovne zdravstve vsi drugi narodi. Deset le

kako koristna je ta mednarodna pomoč, ki je že začetna tudi njej. Čim bolj zaupajo zdravstvene oblasti v vse možnosti, ki jim jih odpira napredek, tem bolj lahko presodijo, v kateri smeri se morajo lotiti dela same, da bi s čim večjim pridom lahko izrabile pomoč, ki jo dobe od zunaj.

Ugotoviti pa moramo: lepe besede, pred 10 leti samo na papirju, so danes živa stvarnost. Tisto, kar so zasnovali nekateri jasnovidni ljudje, je kljub svojim nepopolnostim postalo instrument, ki služi vsem narodom in je vreden vsega zaupanja. In skoraj ne dvomim, da bodo bodoči zgodovinarji prav v tem videli enega najpomembnejših faktorjev tudi za napredek, ki smo ga v teh desetih letih dosegli na področju zdravstva.

Dr. M. G. Candau,
generalni direktor
Svetovne zdravstvene organizacije

O odnosu medicinske sestre do bolnika

Doc. dr. Marijan Borštnar

Naš bolnik je osebnost. Ni to le pacient z bolnim organizmom, marveč tudi človek s svojo specifično duševnostjo. Vse preveč smo vajeni gledati v našem bolniku le organizem, le nekega x y pacienta, ki ga boli želodec, ima srčno napako ali pa ga muči revmatizem. Večkrat slišimo zdravstvene delavce, da se pogovarjajo o »onem ulkusu od včeraj«, o »oni frakturi od danes dopoldne« — vnamar pa puščajo družinskega očeta s tremi nepreskrbljenimi otroki, ki ima ulkus, ali pa mlado mater, ki si je dopoldne na poledici zlomila nogo. Ta oče in ta mati imata še nekaj drugega kot zgolj ulkus in frakturo — imata tudi svojo psihično strukturo, svojo duševnost — ta oče in mati sta dve osebnosti!

Psihosomatična medicina govori o medsebojni povezanosti med telesnimi in psihičnimi funkcijami naše osebnosti. So primeri, kjer so organske okvare nastale kot posledica neke duševne motnje, pa zopet drugi, kjer duševne motnje

delujejo na kak oslavljen organ in povzročajo resno okvaro organizma. Taka psihosomatična obolenja so na primer: funkcionalna hipertenzija zavoljo trajnih in neenakih vazokonstriktornih impulzov, bljuvanje, obstipacije, nekateri želodčni čir, astmatični napadi. Zlasti abdomen je organ, kjer se pod sliko organskega obolenja kažejo najrazličnejše psihogene motnje. Že zgolj teh nekaj primerov kaže, kako pomembna je duševna stran človekove osebnosti, nazorno pa nam ti primeri tudi povedo, da bomo slabo opravili, če bomo našega bolnika gledali le kot bolni organizem. Človek je družbeno bitje, je do neke mere produkt okolja. Pri nastanku bolezni imajo mimo endogenih faktorjev pomembno vlogo tudi eksogeni — iz zunanjega okolja porojeni činitelji.

Ko prvič sprejmemo našega bolnika in jemljemo anamnezo, nas ne more zanimati le, kako se je bolezen razvijala, kdaj se je začela, kakšni so bili začetni znaki, marveč moramo obrniti pozornost tudi v to, v kakšnem okolju živi naš pacient. Povprašali bomo, kakšen je njegov socialni položaj, kakšni so medsebojni odnosi v družini, ali ni mogoče naš bolnik rejnik številne družine, ki se mu v skrbi za otroke mudi domov, ali ni mogoče edini sin — rejnik ostarele matere. To in še marsikaj nas zanima, ko jemljemo anamnezo. Ustvariti si moramo sliko ne le njegove bolezni, marveč tudi celotnega okolja, v katerem je naš bolnik živel, ker prav to okolje premnogokrat sodeluje pri nastanku in razvoju bolezni.

Znano je, da se vsi ljudje ne prilagajajo enako hitro. Živahen in bister mladenič se bo kar hitro vživel v novo situacijo, bolj plaho in samosvoje dekle pa bo potrebovalo dalj časa, da se bo privadilo. Mar ni lepo in potrebno, da že ob prvem stiku z našim bolnikom poskušamo premagati njegovo plahost in nezaupljivost? Samo kratka besedica, izgovorjena iz srca, bo opogumila plaho kmečko mamico, ki čaka v ordinaciji na pregled ali pa smo jo obiskali na domu. Vsi vemo iz lastne izkušnje, kaj pomeni lepa beseda ob pravem času — zakaj smo torej tako skopi z njimi! Saj drži, da smo tudi mi ljudje s svojimi slabostmi, da smo utrujeni, nerazpoloženi, žalostni — toda zdravstveni delavci smo! Oni delavci smo, katerim je zaupano zdravje ljudi, to pa terja od nas prav posebnih lastnosti, med katerimi obvladovanje samega sebe v korist bolnika ni med zadnjimi.

Dobro tudi vemo, da vsi ljudje ne reagirajo enako na prijetnosti in neprijetnosti, ki jih prinaša s seboj življenje. Vsaka telesna obolenost je za bolnika tudi psihični šok. Kdor je bolj občutljiv, bojazljiv, bo prenesel dejstvo, da je obolel na primer za rakom, vse drugače kakor nekdo, ki je pogumen, veder, optimističen. Obup, ki bo zajel prvega, bo tako črn, da potrebuje več naše podpore, topline in razumevanja kot drugi, ki si bo laže pomagal sam. Nekateri ljudje so razdražljivi že po naravi, še bolj pa postanejo v bolezni. To so oni razdražljivi in na videz nehvaležni bolniki, ki se jih tako radi izogibamo. S tem pa postanejo še bolj odljudni in zagrenjeni in so prava muka za zdravstveno osebje. Če bi se jim spočetka znali in hoteli približati, ne bi postali tako težavni, njihovo zdravljenje pa bi se skrajšalo in poenostavilo.

Ali poznate tiste srčno dobre in mile ljudi, ki so tako občutljivi, da jih spravi s tira že manj prijazen pogled, rahlo povzdignjeni glas? Lahko si mislite, kašna muka je za takega človeka že samo dejstvo, da mora k zdravniku, človeku v belem plašču, ki prizadene bolniku s svojimi iglami in čudnimi instrumenti tolikšne bolečine. Nasmejana prijazna medicinska sestra z dobro besedico lahko razblini pri takem bolniku nastajajoče neugodje. Za eno samo dobro besedico vam bo tak pacient večno hvaležen. Hvaležnost in prijazen

spomin pa sta največje plačilo in priznanje, ki ga bolnik more dati zdravstvenemu delavcu.

Nevroze so danes tako pogostno obolenje, da jih pozna vsak zdravstveni delavec, medicinska sestra pa še posebej, saj ni redko, da se nevrotik najprej zateče po pomoč prav k sestri. Vemo, kako nevrotiku dobro de, če ga poslušamo, in kako je pretresen, če ga grobo odbijemo. Samo malo časa si vzemite in nadenite si prijazen obraz in videli boste, kakšen vtis ste naredili na nevrotičnega pacienta. Mnogo se govori o psihoterapiji, nekateri se je hočejo celo »naučiti«. Vidite, prijazna beseda, čuteče srce, tolažilen smehljaj, naklonjenost, ki jo nudimo našemu bolniku — to je že en del psihoterapije in ne najmanjši.

Medicinska sestra se pogosto srečuje tudi z bolniki, ki so značajsko iztirjeni, ki so nedozoreli v sferi volje in čustvovanja. Včasih so taki bolniki neprijetni, večkrat pa tudi usmiljenja vredni. Izraziti značajski iztirjenci so že domena strokovnjaka — prav gotovo pa drži, da pri njih z neprijazno besedo ne boste dosti opravili, kvečjemu jih boste razdražili, sebi in njim v škodo.

Medicinska sestra naj torej v ordinaciji ravna z bolnikom tako, da upošteva psihično plat njegove osebnosti, ne pa zgolj somatično. Pri obisku na terenu pa si mora prizadevati, da si usvoji zmožnost, gledati na problem boleznin kompleksno. Ne samo bolezen kot taka — vse, prav vse jo mora zanimati, vse kar utegne biti v vzročni zvezi z nastankom, potekom in razvojem bolezni.

Obzirnost je ena od lastnosti, ki si jo želimo pri medicinski sestri na terenu. Vzemimo le dvoje obolenj: lues in tuberkulozo. Sestra je pogosto tisti zdravstveni delavec, ki prvi sporoči bolniku, da je bolan. Le zamislimo si, kako bi nas prizadelo, če bi nam kar na lepem kdo sporočil, da smo zboleli za tuberkulozo. Kasneje se bolnik z boleznijo sprijazni, se nanjo navadi — toda ko še kot zdrav človek izve, da je inficiran, je to zanj hud psihični šok. Tudi poskusi samomorov niso redki v tistih kritičnih dneh, ko je bil nič hudega sluteči pacient nenadoma seznanjen s svojo boleznijo. Ali je torej treba še prepričevanja, da moramo tako usodne udarce sporočiti bolniku z vso obzirnostjo, s tisto obzirnostjo, ki bi si jo v takih situacijah želeli tudi sami.

Bolnik bo raje zaupal medicinski sestri, o kateri je prepričan, da bo zaupano znala obdržati za sebe. Mnogi bolniki so bili že razočarani, mučno prizadeti, ko so izvedeli, da je sestra njihove reve in težave obešala na veliki zvon. O tako zvani zdravniški tajnosti tu niti ne govorimo, marveč mislimo na ono zaupano, kar samo po sebi niti ni tako, da se ne bi smelo izvedeti — vendar bolnik raje vidi, da drugi tega ne vedo. Mogoče so to majhne reči, ki zadevajo, denimo, kako posebno bolnikovo navado ali kaj podobnega, pa mu je neljubo, da bi drugi o tem vedeli. Če se je bolnik v svoji težavi globoko razkril medicinski sestri, mora le-ta znati to njegovo odkritosrčno zaupanje tudi ceniti. Veliko bo izgubila tista, ki ga bo zlorabila.

Poznal sem bolnika, ki je pripovedoval o neki medicinski sestri, da jo zavoljo tega tako ceni, ker ji iz obraza seva razumevanje do bolnikov. Razumevanje do njihovih napak in napakic, navad in slabosti. Razumeti je treba ono drobno kmečko mamico razoranega obraza in od dela skrivenčenih prstov, ki je že trikrat nerodno povprašala medicinsko sestro, kako je z njeno mlado, ki leži v bolnici. Že trikrat jo je sestra s prijazno besedico pomirila, četrtič pa ji je bilo le preveč in grobo jo je zavrnila. Saj imamo res veliko dela, nestrpní smo že — toda v ubogi mamici se je nekaj sesulo... Veste, kaj je več

vredno kot uradna diploma medicinske sestre? To, če bolniki govorijo o vas: to je pa naša sestra... Mogoče taka »naša sestra« manj zasluži kot druga, ni na takšnem položaju — toda je zdravstveni delavec, zdravstveni delavec v onem plemenitem smislu besede, ki dela naš poklic tako lep pa tudi tako težaven.

Zakaj postavljamo takšne zahteve na medicinsko sestro? Sestra je prevažen faktor v zdravstveni službi. V bolnišničnih ustanovah je sestra oni delavec, ki daje oddelku ton, ki je nepogrešljiva zveza med zdravnikom in bolnikom, je ona oseba, ki mučno življenje v bolnici spreminja v znosno, bolj prijetno — ali pa manj prijetno, neznosno. Medicinsko sestro spoznaš po obrazih njenih pacientov, ko zjutraj stopi v bolniško sobo.

Če je medicinska sestra v bolnišnici tako pomemben zdravstveni delavec, potem se pa njena cena na terenu povzpne še znatno više. Na terenu je sestra oni delavec, ki ima neposreden in življenjski stik z bolnikom. Ta stik, strokovni in zasebni, je pogosto odločilen za nadaljnjo bolnikovo usodo. Vse ono, kar smo povedali za medicinsko sestro v bolnišnični ustanovi, velja za sestro na terenu dvakrat, zlasti še zato, ker mora večkrat nastopati samostojno.

Ker je sestra zdravniku dragocen in nepogrešljiv sodelavec, naj bodo seveda tudi odnosi med njima korektni, pravilni. Spoštovanje dela, odgovornosti, strokovnosti velja za obe strani. Napeti, nestrpni odnosi med njima gredo vselej na račun onega, zavoljo katerega sta oba na svojih mestih, namreč na račun bolnika. Tega bi se morali vselej zavedati. Prav isto pa velja seveda tudi navzdol. Tudi odnosi med sestro in bolničarjem morajo biti taki, da ne kvarijo ubranosti, ki mora prevevati zdravstveno službo na terenu in v bolnišnici. Interpersonalni odnosi med zdravstvenim osebjem morajo biti taki, da se prijetni fluid tega plodnega sožitja razširja na bolnega, trpečega človeka.

Po vsem tem nam bo razumljivo, da zahtevamo, da ima medicinska sestra na terenu prav posebne etične in moralne lastnosti. Da mora biti strokovno dobro podkovana, se razume samo po sebi. Ne zadostuje pa zgolj dobra strokovnost. Potrebne so še druge psihične kvalitete. Nekaj smo jih že našli: razumevanje, toplina v odnosu do bolnikov, sočustvovanje. Biti mora tudi odločna, kajti situacije, v katerih se bo znašla pri svojem delu na terenu, bodo terjale večkrat nagle odločitve. Biti mora avtoritativna, pa zopet ne preveč resolutna. Pravšnja mera jo bo tu obvarovala marsikaterih nevšečnosti. Sestra na terenu je v nekem smislu večkrat prvi in tudi poslednji zdravstveni delavec. Za tako delo je potrebno tudi dokaj lastnih pobud — seveda je tudi pri tem treba poznati svojo mero. Težavne so vse te naloge in premagovala jih bo sestra le z osebno disciplino v svojem strokovnem udejstvovanju in celo v privatnem življenju. Če ni dovolj natančna sama pri sebi, bo težko vozila. Vedeti mora, kaj sme, kaj še sme, kaj komaj še sme, česa že ne sme več — in kaj mora! Od vsakega zdravstvenega delavca zahtevamo tudi čut za dolžnost. Sestra na terenu je večkrat tako samostojen delavec, da ji tega čuta ne sme manjkati, bolje je, da ga ima preveč kot premalo. Sestra mora tudi znati prevzemati odgovornost za svoje storitve in dejanja. Prevelika smelost jo bo zapeljala v neprimolike, pasivnost pa v neizpolnjevanje njenega poslanstva.

Kar precej torej zahtevamo od sestre na terenu. Kaže, da je to kar eksponirano mesto v zdravstveni službi. Je! Zavoljo tega pa že same okoliščine narekujejo, da naj bo tudi njeno zasebno življenje urejeno. Je pač tako, da ne moreš o nečem pripovedovati, prepričevati ali celo nekaj zahtevati, če se sam po tem ne ravnaš.

Naša zdravstvena služba potrebuje močan kader dobrih terenskih medicinskih sester. Veliko zahtevamo od njih, ne vem, če jim toliko dajemo, vem pa, da jim bodo veliko dajali pacienti, naši delovni ljudje. Vračali jim bodo svojo hvaležnost, svoj topel spomin, kar je najvišje plačilo za pravega zdravstvenega delavca. Seveda pa mora biti res družbeni delavec v najčistejšem smislu besede.

O odnos

Mira

Delam v
prihaja večina
odnos do boln
drugi dom, od

Za odnos
ampak vse ti
tudi vse tisto
in njena opre

v isti sobi, in pa osebe, ki za bolnika sami. Zdi se mi, da bi bilo pri zidavah novih in pri adaptacijah starih bolniških zgradb nujno potrebno upoštevati, da bi vsak bolniški oddelek imel vsaj eno sobico z eno ali dvema posteljama, v katero bi lahko namestili kakega hudo bolnega ali bolnika s takšno hibo, ki je za življenje v družbi drugih bolnikov neprijetna. Zgodi se, da sprejememo bolnika, ki ponoči svoje sosede moti, ker pač smrči. Skušajmo se zamisliti, da smo njegovi sosede v sobi mi sami. Če smemo računati, da bomo živeli z njim skupaj samo teden dni, bi verjetno še lahko potrpeali. Če pa vemo, da bo to trajalo več mesecev ali celo leto, nas stvar spravlja ob živce. Nič manj pa ni vse skupaj neprijetno tudi za samega povzročitelja teh nevšečnosti. Celotno se je že zgodilo pri nas, da so takega nesrečneža drugi bolniki v sobi ponoči polili z vodo, da bi tako ublažili nadlogo. Čez dan pa so na prizadetega letele opazke in sožitje v sobi je bilo iz dneva v dan težje. Kako je to vzdušje vplivalo na razpoloženje bolnikov v tisti sobi, si pač lahko mislimo. V takih primerih stvar zadovoljivo urediti je seveda zelo težko. Če bi pa imeli na razpolago majhno sobico, bi bilo vprašanje takoj rešeno. Tudi če imamo na oddelku kakega hudo bolnega ali celo umirajočega pacienta, drugi bolniki v tisti sobi potem nimajo mirnih noči, kaj šele dni, pa seveda postanejo nervozni, potrti in nezadovoljni. Žal jim kaj prida ne moremo pomagati.

Pri razporejanju bolnikov po sobah je važno, da upoštevamo vse tisto, kar lajša ali greni sožitje že med zdravimi, kaj šele med bolnimi. Če pa kljub temu pride do nesoglasij, jih skušajmo uglasiti, če bolnikov že ne moremo bolj zadovoljivo razporediti.

V specialnih bolnišnicah, kjer je doba zdravljenja dolga, so še prav posebno važni dnevni prostori za bolnike oz. prostori, da bi bolniki tod lahko na kulturn način sprejemali obiske. Nekatere naše bolnike bolj redko obiščejo svojci, zato si takrat še toliko bolj želijo, da bi se z njimi lahko nemoteno pogovorili.

ka medicinske sestre

bolnice v Valdoltri

obolenja, torej v zavodu, kamor
dlgo dobo. V takšnih zavodih je
rajti bolnišnica postane bolnikov
očutil v njem.

o se približamo njemu samemu,
njegovo razpoloženje, to se pravi
ureditev bolnišnice, bolniška soba
in zdravljenje, bolniki, ki bivajo

Naša zdravstvena sli-
cinskih sester. Veliko za!
da jim bodo veliko daja
hvaležnost, svoj topel sp
delavca. Seveda pa mc
besede.



lobrih terenskih medi-
toliko dajemo, vem pa,
Vračali jim bodo svojo
pravega zdravstvenega
v najčistejšem smislu

O odnosih do bolnika z vidika medicinske sestre

Mira Klemenc, glavna sestra bolnice v Valdoltri

Delam v bolnišnici za kostna in sklepna obolenja, torej v zavodu, kamor prihaja večina bolnikov za več ali manj dolgo dobo. V takšnih zavodih je odnos do bolnika še prav posebno važen, kajti bolnišnica postane bolnikov drugi dom, od nas pa je odvisno, kako se bo počutil v njem.

Za odnos do bolnika ni važno le, kako se približamo njemu samemu, ampak vse tisto, kar neposredno vpliva na njegovo razpoloženje, to se pravi tudi vse tisto, kar ustvarja njegovo okolje: ureditev bolnišnice, bolniška soba in njena oprema, razni pripomočki za nego in zdravljenje, bolniki, ki bivajo v isti sobi, in pa osebe, ki za bolnika skrbi. Zdi se mi, da bi bilo pri zidavah novih in pri adaptacijah starih bolniških zgradb nujno potrebno upoštevati, da bi vsak bolniški oddelek imel vsaj eno sobico z eno ali dvema posteljama, v katero bi lahko namestili kakega hudo bolnega ali bolnika s takšno hibo, ki je za življenje v družbi drugih bolnikov neprijetna. Zgodi se, da sprejmemo bolnika, ki ponoči svoje sosede moti, ker pač smrči. Skušajmo se zamisliti, da smo njegovi sosede v sobi mi sami. Če smemo računati, da bomo živeli z njim skupaj samo teden dni, bi verjetno še lahko potrpeali. Če pa vemo, da bo to trajalo več mesecev ali celo leto, nas stvar spravlja ob živce. Nič manj pa ni vse skupaj neprijetno tudi za samega povzročitelja teh nevspečnosti. Celó to se je že zgodilo pri nas, da so takega nesrečneža drugi bolniki v sobi ponoči polili z vodo, da bi tako ublažili nadlogo. Čez dan pa so na prizadetega letele opazke in sožitje v sobi je bilo iz dneva v dan težje. Kako je to vzdušje vplivalo na razpoloženje bolnikov v tisti sobi, si pač lahko mislimo. V takih primerih stvar zadovoljivo urediti je seveda zelo težko. Če bi pa imeli na razpolago majhno sobico, bi bilo vprašanje takoj rešeno. Tudi če imamo na oddelku kakega hudo bolnega ali celo umirajočega pacienta, drugi bolniki v tisti sobi potem nimajo mirnih noči, kaj šele dni, pa seveda postanejo nervozni, potrpi in nezadovoljni. Žal jim kaj prida ne moremo pomagati.

Pri razporejanju bolnikov po sobah je važno, da upoštevamo vse tisto, kar lajša ali greni sožitje že med zdravimi, kaj šele med bolnimi. Če pa kljub temu pride do nesoglasij, jih skušajmo uglasiti, če bolnikov že ne moremo bolj zadovoljivo razporediti.

V specialnih bolnišnicah, kjer je doba zdravljenja dolga, so še prav posebno važni dnevni prostori za bolnike oz. prostori, da bi bolniki tod lahko na kulturn način sprejemali obiske. Nekatere naše bolnike bolj redko obišejejo svojci, zato si takrat še toliko bolj želijo, da bi se z njimi lahko nemoteno pogovorili.

Če pa morajo obisk opraviti na hodniku, vpričo drugih, včasih radovednih bolnikov, vpričo osebja, ki hodi sem in tja, odpira in zapira razna vrata, nosi mimo njih prazne in polne posteljne posode itd. itd., potem si lahko mislimo, da se niti bolniki niti svojci ne morejo sprostiti. Zadovoljna sprostitev s svojci ali prijatelji pa bi, posebno po dolgi ločitvi, pri marsikaterem bolniku ugodno vplivala na njegovo zdravljenje.

Kar se tiče drugih materialnih pogojev, ki vplivajo na bolnikovo počutje, se mi zdi važno prav ob tej priložnosti poudariti: včasih je v zvezi z nego bolnika potrebno, da nakupimo tudi kake na videz manj pomembne ali vsaj manj važne stvari, ki pa vendar vplivajo na bolnikovo zadovoljstvo. Uprave bolnišnic bi ob takšnih priložnostih s čim večjim razumevanjem in pomočjo še najlaže izpričale svoj dobri odnos do bolnika.

Najvažnejše poglavje v odnosih do bolnika pa je seveda tudi pri nas osebje, ki neposredno oskrbuje bolnika. Morda je v zavodih naše vrste še prav posebno važen tisti neposredni pristop k bolniku, pristop, ki bodisi pomaga vzpostaviti kontakt ali pa ga zavre in celo onemogoči, ki bolniku vzbudi zaupanje ali pa ga navda z nezaupanjem, bojaznijo in potrptostjo. Skrbno in vestno delo osebja pa posredno ugodno vpliva na bolnikovo zadovoljstvo in vzbuja zaupanje in občutek gotovosti. Ta občutek seveda je nujno potreben, če hočemo, da bo bolnik pri zdravljenju sodeloval tudi sam in da bo zdravljenje potekalo ugodno. Kot pač povsod si tudi mi želimo, da bi bilo vse naše osebje v odnosih do bolnikov neoporečno, da bi vsak od nas v bolniku videl človeka z vsemi njegovimi fizičnimi, emocionalnimi in socialnimi potrebami. Vendar vemo, da vsak tega ne zmore, bodisi ker je premalo poučen o psihologiji bolnega človeka ali pa ima zaradi svojega temperamenta včasih premalo potrpljenja. Zdi se mi, da je osebje v bolnišnicah s kroničnimi bolniki včasih pred težkim problemom, kako ohraniti dober kontakt z bolnikom in njegovo zaupanje, obenem pa doseči, da ostane bolnik discipliniran in da se sprijazni z režimom zdravljenja, ki je zanj včasih težko sprejemljiv, vendar pa neogibno potreben. V bolnišnicah, kamor pride bolnik za kratko dobo in je še takrat hudo prizadet, tega problema po navadi ni. Pri nas pa se bolniki, ko je najtežje obdobje bolezni za njimi, počutijo subjektivno dobro in težko razumejo, zakaj jim je n. pr. ležanje v izključno vodoravni legi sploh še potrebno, še bolj pa jim postane nerazumljivo, zakaj sta v bolnišnici potrebna red in disciplina. Pri nas je torej potrebo, da nad bolnikom bedimo brez prenehanja, potrpežljivo in vztrajno. To pa včasih zahteva dokaj znanja, vaje in globokega razumevanja. Kaj storiti za izboljšanje odnosov do bolnika nasploh?

Predvsem si želimo, da bi iz naših šol prihajali samo ljudje, prežeti z duhom dobrih odnosov do bolnika, in da bi se povsod, koderkoli delamo za bolnike, v tem še naprej vzgajali in izpopolnjevali, ne samo z besedami, ampak tudi z vzgledi. In končno, da bi pri kriterijih za ocenjevanje osebja postavili odnos do bolnika na prvo mesto, tiste pa, ki bi se v tem posebno odlikovali, da bi tudi bolj nagradili. Seveda nastane vprašanje objektivnega ocenjevanja. Pri tem se spominjam ankete, ki smo jo pred leti izpeljali v nekem sorodnem zavodu. Bolnikom smo zastavili okrog 20 vprašanj, ki so se domala vsa tikala stvari, pri katerih se dokaj občutno pokaže odnos do bolnika. Za primer nekaj vprašanj:

Kako je bilo ob sprejemu: ali ste morali dolgo čakati, preden vas je kdo vprašal, kaj želite?

Ali vas je sestra, ko vas je pripeljala v sobo, predstavila drugim bolnikom?

Ali je osebe vljudno, kadar vas opozarja na pravila, ki se jih morate držati?

Ali ste zadovoljni s hrano? Ali jo dobite dovolj toplo?

Če vsega ne pojedete, ali vas kdo vpraša, zakaj ne?

Če pozvonite, ali morda dolgo čakate, da se kdo oglasi in vas vpraša, kaj želite?

In zadnje vprašanje: katere sestre oz. bolničarji na oddelku se vam zdijo posebno prijazni in skrbni?

Bolniki so odgovarjali anonimno. Iz njihovih odgovorov pa smo se lahko marsikaj naučili, pohvale osebja v odgovoru na zadnje vprašanje pa so se popolnoma strinjale z mnenjem in oceno nadzornega osebja. Zdi se mi, da so takšne ankete za oceno naših odnosov do bolnika dragocen pripomoček.

Še dve stvari sta, ki se mi tu zdita vredni, da ju posebej omenim: skrb za razvedrilo in vzpostavitev socialne službe v bolnišnici. Za razvedrilo naj se uporabljajo kar najbolj raznovrstna sredstva: petje, časopisi, koncerti, knjige, kino, televizija, sprehodi, radio, družabne in športne igre in podobno.

Skoraj vsak bolnik, ki ga sprejmejo, prinese s seboj večkrat celo kopico neurejenih problemov, teže ali laže rešljivih, vsak od njih pa ga po svoje teži in mu kvari razpoloženje. Včasih se zaradi teh problemov bolniku zdi povsem nemogoče, da bi se podvrgel zdravljenju in ostal v bolnišnici. Naj navedem primer: pred kratkim se je oglasila pri nas z napotnico za sprejem mlada mati, spremljal jo je mož z dvomesečnim otrokom v naročju. Mati bi morala biti sprejeta zaradi tuberkuloznega vnetja hrbtenice, zdravila se je v posebnem zavodu zaradi tega že pred leti. Otrok je bil popolnoma zdrav, mati ga ni več dojila, vendar je upala, da bo otrok lahko sprejet v bolnišnico z njo vred. Razložili smo ji, da to ni mogoče in nasvetovali smo ji, naj otroka odda sorodnikom. Teh nista imela, vsaj ne takšnih, ki bi otroka lahko sprejeli. Zato smo jima svetovali najbližji dečki dom. Misel na to je bila ženi sprva povsem nesprejemljiva, vendar smo jo z moževo pomočjo kmalu toliko prepričali, da je pristala vsaj na telefonski dogovor glede sprejema otroka v zavod. Pri tem je pa nastala ovira: nerešeno vprašanje glede plačevanja oskrbnine. Takrat bi materi lahko predlagali sprejem v bolnišnico, očetu pa svetovali, naj odnese otroka domov in ga odda v dom takrat, ko bo urejeno plačevanje oskrbnih stroškov. Glede na razpoloženje matere in zaradi dolgega potovanja v avtobusu, ki za dvomesečnega otroka ni ravno priporočljivo, pa tega nismo storili, ampak smo poskusili stvar telefonično urediti s pristojnim ljudskim odborom. Bilo je v soboto popoldne ob pol dveh, ko smo naročili zaželeni telefonski pogovor. Imeli smo prav malo upanja, da bomo stvar lahko urediti. In vendar: uvidevnost pristojnih činiteljev in upravnika doma je omogočila, da je mati še isto popoldne otroka varno oddala v dečki dom, sama pa je ostala pri nas. Že prvi dan se je občutno pomirila in po nekaj dnevih še mnogo bolj. Ko pa je kmalu potem iz dečjega doma dobila prijazno pismo s sporočilom, da sinček dobro uspeva, je bila čisto pomirjena. Čeprav je ob prvem stiku obupana trdila, da se rajši ubije, kot da bi spet legla v bolniško posteljo, danes mirna in uravnovešena upošteva vsa pravila v zvezi z zdravljenjem. V omenjenem primeru

smo lahko pomagali, ker smo naleteli na razumevanje pri vseh, na katere smo se obrnili. Včasih pa ga ne najdemo in takrat je težje. Težko je tudi takrat, kadar imamo pred seboj, recimo, mater šestih nepreskrbljenih otrok, katere mož je zaposlen, otroke pa je oddala v varstvo morda priletni in bolehnih tašči ali dobri sosedu ali pa kar možu, ki skuha otrokom, kadar se vrne iz službe. V takšnih in podobnih primerih se vidi, kako potreben je v bolnici socialni delavec.

Tako, kot ob sprejemu, nastopajo problemi tudi med bolnikovo hospitalizacijo. Velikokrat se izkaže, da je vzrok njegovi neumirjenosti, nediscipliniranosti in nesodelovanju prav v njegovih nerešenih problemih. Katerikrat je potrebna pismena ali telefonična intervencija, ki je včasih uspešna, včasih pa ne, vendar je resnica, da na bolnika dobro vpliva že zgolj zanimanje za njegove težave in pripravljenost, da mu pomagamo. Največ priložnosti in potrebe za socialno delo pa se nudi takrat, kadar pričnemo misliti na bolnikov odhod. Izkušnje so nam pokazale, da se ljudje z negotovo prihodnostjo bojijo odhoda iz bolnišnice, da se jim včasih zaradi tega subjektivno poslabša stanje, za kar ni najti nikakršne organske osnove. Nekateri imajo neurejene družinske razmere, drugi se bojijo, kako bo gledal nanje njihov bivši delovni kolektiv, če se bodo vrnili na delo s pripombo zdravnika »sposoben za lažje delo«, tretji se bodo morda morali poklicno preusmeriti, četrti so upokojeni samci brez človeka, ki bi jim lahko pomagal itd. Nasprotno pa se bolniki z urejenimi razmerami veselo vračajo v normalno življenje. Vsakomur skušamo pomagati, kolikor pač moremo in kolikor nam čas dopušča. Včasih naletimo ponekod na nerazumevanje, vendar smo prepričani, da bi večkrat uspeli, če bi imeli možnost, da bi vztrajno intervenirali osebno, da bi redno navezovali stike s tem ali onim zavodom, uradom, podjetjem in podobno. Skratka, potreben nam je socialni delavec, ki bi lahko ves svoj delovni čas posvečal reševanju bolnikovih problemov ob sprejemu, med zdravljenjem, pred odhodom, ob odpustu in včasih tudi še takrat, ko se vrata bolnišnice za bolnikom zapro. Navezati bo moral stike z gospodarskimi organizacijami, z organi ljudskih odborov, z zavodi za socialno zavarovanje, z zavodom za rehabilitacijo, s patronažnimi sestrami, s posredovalnicami za delo itd. Popolne bolnikove rehabilitacije si brez pomoči socialnega delavca ne moremo misliti. Prepričani pa smo, da bodo naši bodoči socialni delavci v bolnicah lahko uspešno delali le, če jim bo pri delu nudilo pomoč ostalo osebje bolnišnice. Pa tudi njihovo skupno prizadevanje ne bo rodilo zaželenih sadov, dokler bo ostalo omejeno le na razumevanje zdravstvenih delavcev v zavodu in izven njega. Potrebno bo namreč, da se bo prav vsak član naše družbe odzval pozivu in dokazal svoj pozitiven odnos do bolnika oziroma do bivšega bolnika, tako da se potrebe po dobrem odnosu ne bo zavedel šele tedaj, ko bo morda sam ležal na bolniški postelji.

Dokler v bolnišnicah nimamo socialnih delavcev, pa je dolžnost nas vseh, ki za bolnike skrbimo, v tej ali oni funkciji, da se važnosti bolnikovih socialnih problemov zavedamo, da jih opažamo in manje opozarjamo ter jih po najboljših močeh pomagamo reševati. Posebno pa naj bi to bila dolžnost medicinskih sester.

(Iz Vestnika Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za socialno varstvo LRS štev. 11/12 — 1957.)

Medicinska sestra in socialni delavec v zdravstvenem domu

Socialna delavka Francka Koželj

Problemi, ki so v zvezi z vsestransko zaščito človekovega zdravja in v bistvu že presegajo ozko medicinski okvir, v praksi pa polagoma prehajajo tudi na širše področje, torej problemi, ki niso več zgolj strogo zdravstvenega značaja, so rodili potrebo, da se za njih reševanje zlasti v temeljnih zdravstvenih ustanovah vsaj postopoma osnujejo socialno medicinski oddelki, ki bi imeli za svojo dejavnost tudi posebne metode dela, v socialnih delavcih pa posebej usposobljen nov strokovni kader.

Vloga in mesto socialnega delavca v zdravstvenem domu danes seveda še nista opredeljena. Zato sem se namenila, da na podlagi prakse skušam vsaj v grobih potezah nakazati in osvetliti odnose socialnega delavca do tistega kadra, ki se je doslej še največ posvečal zdravstveni in obenem tudi socialni problematiki terena. Končno gre tu za dvoje mejnih področij, katerih dejavnost in naloge moramo dobro poznati, če ju hočemo ustrezno razmejiti in pravilno presojati. V ta namen naj na kratko očitam najprej naloge zdravstvene službe.

Naloge zdravstvene službe

Družbeni odnosi, znanost, gospodarstvo, kultura, vse to je v nenehnem razvoju in zelo močno vpliva na razvoj zdravstva. Spričo tega so se ob napredku medicine in sedanjem zdravstvenem stanju prebivalstva, ob novi vsebini pojma »zdravje« in pa zavesti, da je zdravje pravica slehernega človeka, naloge zdravstvene službe močno spremenile. V primeri z nekdanjimi nazori, ko je bila naloga zdravstvene službe predvsem v tem, da je reševala življenja, zdravila posameznike, higienično urejala bolnikovo okolico in se borila proti nalezljivim boleznim, je sodobno pojmovanje zdravstva močno napredovalo. Čeprav je ta dejavnost tudi danes pomemben člen v verigi zdravstvene službe, vendar so današnja prizadevanja usmerjena v utrjevanje zdravja, v odpravljanje vzrokov, ki ga slabe.

Sodobno pojmovanje zdravstva namreč nalaga zdravstvenim službam, naj zajamejo človeka še zdravega, naj mu utrjujejo zdravje, odpravljajo vzroke bolezni, ga pravočasno zajamejo, ko zbolí, in ga šele po medicinski in delovni rehabilitaciji vrnejo družbi. Danes je osrednja naloga zdravstva, da z uvajanjem higienskih navad in ukrepov kar se da aktivno vpliva na utrditev človekovega zdravja. Tako se premišljeno približuje svojemu namenu: zmanjšati smrtnost in obolevnost ter podaljšati življenjsko dobo človeka —boljšati zdravstveno stanje nasploh. Kako obsežna je ta naloga, nam najbolj prepričljivo pove sodobna opredelitev pojma »zdravje«, ki se glasi: »Zdravje je popolna fizična, psihična in socialna blaginja, ne pa le odsotnost bolezni!« Nadaljnja dognanja sodobne medicine poudarjajo, da je človek telesno — duševna celota, ker je duševno območje le funkcija njegovega telesa. Oboje pa je med seboj tako povezano, da slabo telesno počutje kvarno vpliva na njegovo duševnost in obratno. Prav tako je človek nedeljiva enota svojega okolja, ki je v vzročni zvezi z njegovim fizičnim in psihičnim počutjem. Zato pripisuje zdravstvena

služba v prizadevanju za doseg svojega cilja vse večjo važnost sanaciji okolja. S človekovim okoljem pa ne mislimo le mrtve prirode: stanovanje, šolo, tovarno, — temveč neposredno sočloveka, družbeno skupnost, predvsem družino in delovni kolektiv (interpersonalni odnosi). Zato naj sodobna zdravstvena služba upošteva telesno in duševno zdravje človeka, proučuje naj pozitivne, predvsem pa kvarne vplive njegovega okolja in skuša te kvarne vplive odpraviti ali vsaj omejiti. Zato se ob takem pojmovanju medicine začenja dejavnost vsakega zdravstvenega delavca s proučevanjem vplivov socialnih in ekonomskih faktorjev na človekovo zdravje, z opazovanjem bolnika v njegovem okolju, z iskanjem vzrokov, ki so ga pripravili ob zdravje, in iskanjem metod za borbo proti vzroku, ki so privedli do obolenja. To pa je tudi področje dejavnosti socialne medicine. Metode, ki so se pokazale za uspešne v borbi proti vzroku socialnega izvora, uvaja socialna medicina v praktično delo teh zdravstvenih ustanov. Terapija socialne medicine ni medicinska, marveč socialna dejavnost, ki pa upošteva medicinska priporočila.

Socialna medicina, sestavni del in čedalje pomembnejša stroka zdravstvene službe, proučuje vplive socialnih, ekonomskih in genetičnih faktorjev na zdravje človeka. Na temelju svojih dognanj in izkušenj poostruje ukrepe za zdravstveno varstvo družbe proti onim faktorjem, ki zavirajo ohranitev in izboljšanje človekovih telesnih in duševnih sposobnosti. Posebno pozornost posveča tistim skupinam prebivalstva, ki so zlasti občutljive za vplive okolja, kot na primer: žene pred porodom, ob porodu in po njem, dalje novorojenčki, dojenčki in mali otroci, šolska mladina, delavstvo in starči.

Za razumevanje, kako zdravstvena služba uveljavlja sodobna načela medicine v praksi, naj navedemo nekatere bistvene značilnosti.

Predvsem ne moremo več deliti medicine niti zdravstvene službe strogo v kurativo in preventivo, kakor tudi človeka ne moremo več obravnavati ločeno od njegovega okolja. Po tem naziranju sta preventivna in socialnomedicinska dejavnost integralni del vsakdanje medicinske prakse. Zdravstveni delavec, n. pr. zdravnik, ki je v preteklosti zdravil bolezenske simptome ali oboleli organ, mora hkrati skrbeti za preventivne ukrepe in obravnavati človeka kot psihosomatično enoto v njegovem okolju.

Druga značilnost sodobne zdravstvene službe je nujnost, da človekovo zdravje obravnavajo zdravstveni in drugi strokovnjaki v skupinskem delu. Napredek medicine, tehnike in družbenih ved, posebej še po razčlenitvi medicine v specialistične stroke, je tolikšen, da vseh dognanj teh strok ne more več obvladati posamezni zdravstveni strokovnjak, temveč je potrebna cela vrsta sodelavcev različnih zdravstvenih profilov, vse od sanitarnih inženirjev pa do socialnega delavca, psihologa in večkrat tudi pedagoga. Socialna medicina še posebej poudarja važnost skupinskega dela v borbi za ohranitev zdravja, ker je mnenja, da je marsikateri problem, čeprav teoretično rešen, ostal v praksi neobdelan, ker ga nismo reševali z vseh potrebnih vidikov.

Nadaljnja značilnost zdravstvene službe je tudi prizadevanje, da bi se čimbolj približala prebivalstvu. Tega pogoja ne opravičuje le dejstvo, da je hitra pomoč izredno pomembna ne samo za rešitev življenja in hitrejšo vrnitev izgubljenega zdravja, temveč da je mogoče samo iz neposredne bližine stalno vzgajati in skrbeti za zdravo življenje naših varovancev.

Za realizacijo načel sodobnega zdravstva bo potrebna še trda borba. Ne samo med prebivalstvom, marveč pogosto tudi v vrstah zdravstvenih strokovnjakov, da jih bodo usvojili in v dnevni praksi izvajali s prepričanjem. Mislim,

da je v tem pogledu vloga socialnega delavca v zdravstvu velikega pomena. Dejstvo je, da nalagajo ta načela že sama po sebi zdravstveni službi težavne naloge, zlasti spričo pomanjkanja kadrov in materialnih možnosti. Problemi zdravstva so namreč toliko težji, kolikor bolj zaostalo je okolje. Kulturno zaostalost pa pogosto spremlja ekonomska nerazvitost, ki vpliva tudi na razvoj zdravstvene službe. Vendar pa odločujoči faktor ni vselej in povsod močna materialna baza, marveč človekov odnos do problema. Prav praksa kratkega obdobja razvoja komun in družbenega upravljanja je dokazala, da so za družbeno upravljanje v zdravstvu podane večje možnosti, ker so te naloge ljudem najbolj oprijemljive, najbolj neposredne. Zato ni zgolj naključje, da je družbenemu upravljanju uspelo pritegniti množico ljudi med zavestne borce za načela sodobnega zdravstva.

Največjo oporo za izvajanje nalog sodobne zdravstvene službe pa vsekakor pomeni ustreza zakonodaja. Trije zakoni, sprejeti konec leta 1956 (Ur. list LRS št. 21/56), so veliko pomagali nakazanim ciljem, in sicer: Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, Zakon o bolnicah in Zakon o strokovnem nadzorstvu. Da so ti trije zakoni bili sprejeti istočasno, ni slučaj, ampak se je to zgodilo iz več razlogov. Predvsem zato, ker je snov, ki jo obravnavajo ti zakoni, podlaga za organizacijo, metodo in vsebino dela zdravstvenih zavodov in so torej temelj za ves nadaljnji razvoj zdravstvene službe na terenu. Vsi imajo isti cilj: doseči napredek zdravstvene službe v smislu sodobnih načel in zagotoviti strokovno kvaliteto, ki mora biti v skladu s sodobnimi zdravstvenimi metodami in sredstvi. Zlasti viden je poudarek na preventivi, ki je na tej osnovi postala obvezna tudi za izrazito kurativne zavode. Brez dvoma je za razvoj sodobnega zdravstva najzanimivejši zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, ki opredeljuje te ustanove kot temeljne zavode splošne zdravstvene službe. Predvsem sta tu združeni preventivna in kurativna dejavnost, po svojem območju pa so ti zavodi ljudem najbližji, ker delujejo v mejah občine in izvajajo zdravstveno politiko in potrebne ukrepe občinskega ljudskega odbora.

Ker je moj namen, da opredelim mesto socialnega delavca v zdravstvenem domu, bom glavne značilnosti te institucije opisala posebej.

Preden preidem na organizacijo zdravstvenega doma s socialno medicinskim oddelkom, mislim predstaviti dve vrsti kadrov, ki jima je pri delu na tem oddelku nujno potrebno čim tesnejše sodelovanje. To sta patronažna medicinska sestra in socialni delavec. Zaradi boljšega razumevanja naj se na kratko dotaknem njunega strokovnega šolanja.*

Strokovno usposabljanje medicinskih sester

Tu moramo predvsem upoštevati, da imata oba profila, tako medicinske sestre kot socialni delavci, za sestavni del svoje dejavnosti delo z ljudmi, in sicer s tistimi, ki so zdravstveno ali socialno prizadeti. Vsak s svojega stališča obravnava človeka. Oba sta mu v pomoč, vsak po svoji strokovni usposob-

* V naslednjih izvajanjih bo avtorica ob prikazu strokovnega usposabljanja medicinskih sester in socialnih delavcev nanizala obenem nekaj svojih osebnih pogledov in misli. Zato vabimo medicinske sestre, da tudi one povedo svoje mnenje glede šolanja teh dveh profilov in hkrati z ustreznimi predlogi sporoče, kaj se jim zdi pri teh strokovnih šolah pomanjkljivega, bodisi da so to zasledile pri svojem vsakdanjem delu ali ob kaki drugi priliki. — Op. ur.

ljenosti. Obe vrsti kadrov imata mnogo skupnega, zlasti v zdravstvu, ker neposredno in posredno nudita pomoč človeku. Zato sem mnenja, da bi se morala ta dva poklica že med šolanjem nekje srečati, vsaj ob predmetih, ki naj oba usposobijo, da bosta razumela človeka.

Vsaka šola ima svoje specifičnosti in vzgaja kadre za določena delovna področja. Šola za medicinske sestre vzgaja kader medicinskih sester za potrebe preventivne in kurativne medicine. Delovno področje oziroma dejavnost medicinskih sester v zaprti, polodprti in odprti ustanovi pa se razlikuje od tiste dejavnosti, ki jo opravlja patronažna medicinska sestra. Delo medicinske sestre v zaprti ustanovi je običajno stvar rutine, medtem ko se delo medicinske sestre v patronažni službi razlikuje po tem, da dela na terenu ob najtežjih problemih, da vključuje ljudi v aktivno dejavnost in jim pomaga iz situacij, iz katerih sami ne vidijo izhoda. Največkrat mora odločati in ukrepati sama. To pa narekuje potrebo po zrelosti in razgledanosti. Če je tako, se nujno vprašamo, kako se medicinske sestre med šolanjem odločijo za bodočo zaposlitev in kako je usmerjen njihov študij.

Svobodna odločitev jim zaradi sedanjega načina štipendiranja danes ni mogoča, kar je vsekakor zgrešeno. V tem je tudi anomalija, ki lahko usodno vpliva na njih življenje v poklic pa tudi na kvaliteto dela. Za kvalitetno delo je potrebna harmonija človekovih sposobnosti in nagnjenj. Mislim, da bi izhod iz situacije bil tale: gojenke naj bi se štipendirale iz posebnega sklada, ki naj bi ga ustvarile občine oziroma zdravstveni zavodi. Hkrati pa bi morali zagotoviti onim, ki dajejo štipendije, štipendijam ustrezno število kadra.

Razen tega naj se dotaknem vprašanja, ali šola s sedanjim programom more usposabljaliti sestre za polivalentno službo. Pripomnila bi, da se mi program za triletno šolanje, pač tisti, katerega poznam, zdi pomanjkljiv. Pogrešamo namreč v njem socialno medicino kot poseben predmet in pa metode patronažnega dela, ki so poleg bolniške nege osnovno področje sestrskega poklica. V trditvi, da je velik del te tematike zajet že s higieno, je deloma resnica, ker ima današnja higiena že dokaj socialnomedicinsko obeležje. Vendar so pa mnogi strokovnjaki in celo medicinske sestre same mnenja, da je študijski program vsaj z vidika sociologije, metodike in didaktike pomanjkljiv.

Še večja pomanjkljivost je nadalje v tem, ker ni ustrezno organiziranih učnih baz, ki bi gojenkam posredovale socialnomedicinske metode dela in jih naučile, da bi se znale vključiti v ekipo socialnomedicinskih delavcev.

Pa tudi praktični del šolanja, torej program obvezne medšolske prakse kaj skopo odmerja čas za delo v socialno zdravstvenih ustanovah.

Zato je tem večjega pomena usposabljanje patronažnih medicinskih sester v podiplomskih tečajih. Programi teh tečajev za medicinske sestre, zaposlene v socialnomedicinskem področju, skušajo namreč v precejšnji meri nadoknadi, kar je pomanjkljivega v učnem načrtu njihovega rednega šolanja. Naj tu za konkretni primer navedem enoletni diplomski tečaj, ki ga je pred leti organiziral oddelek za zaščito matere in otroka pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani predvsem za sestre, zaposlene v zdravstvenem varstvu matere in otroka. Ta veja socialnomedicinske dejavnosti poudarja v svojem konceptu zlasti psihosomatično obravnavanje žene oziroma matere in otroka ter zavestno saniranje njenega okolja. Tako se je vsebina tečaja razširila na vsa področja medicinske dejavnosti ter slednjič tudi na obravnavo splošno družbenih in gospodarskih področij. Poleg vsega tega pa je v programu tečaja tudi še študij individualno določenih problemov na terenu.

Razširjeni program tega tečaja pa temelji na tehle osnovnih spoznanjih:

1. Da je resnična zaščita oziroma varnost za zdrav razvoj otroka le v urejeni družini. Ta družina pa je lahko zelo pestra bodisi po strukturi (stari starši, sorodniki) ali po problemih, ki se javljajo v njej. Zato je za uveljavljanje resnične zaščite otroka v tem okolju potrebna tudi še razgledanost v mnogih drugih panogah, za katere se na prvi pogled zdi, da niso v prav nobeni zvezi z otroškim zdravstvom ali da so vsaj zelo daleč od njega.

2. Dejstvo je, da je človeku nasploh zelo neprijetno odkrivati intimne strani življenja. Razumljivo je torej, če odklanja, da bi v njegove probleme posegalo več ljudi. Zato mora oseba — v tem primeru patronažna sestra — ki prihaja k njemu in vzpostavi zaupanje, imeti takšno izobrazbo, da bo znala sama obravnavati vse probleme celotnega okolja. V medicinskih krogih prevladujeta dve mnenji, ki si ostro nasprotujeta. Del zdravstvenih delavcev (vodilnih zdravnikov specialistov) zagovarja monovalentnost (patronaža za vsak problem posebej), drugi del (skoraj vse medicinske sestre in ogromno zdravnikov splošne prakse) pa zagovarja kot edino uspešno polivalentno patronažno službo. Glede na obrazložena dejstva, glede na kadrovske možnosti in z ekonomskega vidika pa je res utemeljena edinole ta, namreč polivalentna patronažna služba.

Strokovno usposabljanje socialnih delavcev

Šola za socialne delavce imamo pri nas šele od leta 1955 dalje in so komaj pred kratkim prišli iz nje prvi absolventi. Zato je za neko zanesljivo nepristransko presojo še prezgodaj. Dotaknila bi se le nekaterih strani, ki se tičejo socialnega delavca v zdravstveni službi.

Šola za socialne delavce ima dvoletni program, ki je razdeljen na tri semestre po 16 tednov. Predmeti z zdravstveno vsebino absolventa šole prav gotovo orientirajo za delo v zdravstveni službi. Vendar mu posebni sistem dela za vzpostavitev človekovega zdravja nalaga vse večje zahteve, katerim samo z načelnim poznavanjem različnih medicinskih področij ne more biti kos. Ker je medicinska sestra zdravstveno širše razgledana, socialni delavec pa je bolj orientiran v metodah socialnega dela, se sama od sebe poraja misel na njihju vzajemno dopolnjevanje in potrebo strokovnega sodelovanja. Zdi se mi pa primerno, da bi se diplomirane medicinske sestre vsaj za nekatera mesta, vsekakor pa za vodstvo patronažne službe z dopolnilnim študijem in po izbranem programu na Šoli za socialne delavce še posebej usposabljevale tudi za socialne delavce v zdravstveni službi.

Slušatelji šole za socialne delavce se z obvezno prakso med študijem in po končanem tretjem semestru izpopolnjujejo po raznih zavodih in ustanovah.

Socialni delavec, ki se odloči za zdravstveno službo, dela v eni izmed zdravstvenih ustanov. Težave so le v tem, ker posamezni zavodi oziroma ustanove niso organizirane učne baze, kjer bi socialni delavec imel večje možnosti za izpopolnjevanje.

Na kvaliteto dela pa vsaj posredno vpliva način štipendiranja tudi pri socialnem delavcu. Šola za socialne delavce usposablja kader za polivalentno socialno službo, ki je razdeljena na posamezna področja socialne dejavnosti. Dogaja se, da se študent lahko šele med šolanjem odloči za neko določeno področje, ko ve in čuti, kje bi lahko največ koristil in za kaj ima največ veselja. Pri sedanjem sistemu štipendiranja pa taka odločitev med šolanjem ni mogoča.

Končno bi glede šole za socialne delavce še poudarila: Že v kratkem obdobju svojega obstoja je absolventom dala več kot le temeljno izobrazbo. Razen tega pa je vzbudila in razgibala tudi zanimanje za poklic sam ter s tem obenem pripomogla, da bo dejavnost bodočih socialnih delavcev deležna večjega razumevanja. Kljub temu da se bo šola morala prej ali slej izpopolniti, pa že sedaj posreduje solidno in v praktičnem življenju potrebno znanje, ki bo slehernemu absolventu le še izpodbuda za nadaljnje usposabljanje.

O področjih dejavnosti socialnega delavca pa več v nadaljevanju.

(Dalje prihodnjič)

Orto

Nepravilna obramba stopala otroku, ko pričenjanje ne potrebuje zdi opozorili bolj zato kako ta pojav polkončno popolnoma

Od prvih korakov do samostojne in formirane hoje pa je še dolga pot, za katero potrebuje otrok nekaj let, ne da bi pri tem potreboval naše aktivne pomoči, pač pa budnega nadzorstva. Razvoj drže in hoje se odvija instinktivno in se izpopolnjuje do stopnje, ko postaneta človekova drža in hoja rezultat cele verige koordiniranih in podzavestno reguliranih refleksov. Otrok se pri hoji spočetka ziblje, razdalje, ki jih prehodi, so kratke in tem sledi počitek. Tako se otrok podzavestno izogiblje prekomerni obremenitvi stopal, ki so anatomsko dograjena, funkcionalno pa še ne dovolj krepka. Pogostni počitki so otroku v tej dobi potrebni zato, da ne bi preutrujene mišice stopala popustile in prepustile težo telesa vezem (ligamentom), ki bi se razpotegnile, kar bi kvarno vplivalo na funkcijo sklepov in pa na arhitektonsko gradnjo stopalnega skeleta.

Ob koncu drugega leta starosti običajno otrokova hoja še ni povsem trdna in pogostni padci so na dnevnem redu. Otrokom, ki v tej dobi še vedno hodijo v razkoraku in obremenjujejo notranjo polovico stopala, se zvrčajo gležnji navznoter, neredko pa jim tudi kolena silijo na X (glej sl. št. 1.). Nepravilnemu položaju stopala sledita torej tudi skočni in kolenski sklep, kar oboje skupaj pomeni statično motnjo, nastalo zaradi pomanjkljive razvitosti in nezadostne čvrstosti kostnega tkiva in mehkih delov v tej fazi otrokovega razvoja. Rast skeleta v dolžino je v tej dobi često hitrejša in prehiteva mišičje in vezi, katerih jakost ne narašča vzporedno. Opisane statične motnje, ki se v njih kaže nesorazmerje med rastjo in jakostjo posameznih tkiv, seveda niso strogo vezane na dobo drugega leta starosti, marveč ne pefiido hitrejše rasti, ki variira po spolu in starosti.

Iz izkušnje vemo, da pravkar opisane statične motnje niso obvezen, pač pa dokaj pogosten pojav. Čim pravilnejša je nega otrokova v prvem letu starosti,

ske dobe

celj

ve drže

navznoter, ki ju opažamo pri rehodnega značaja in zatorej iciency otroških stopal smo oju otrokove drže opazili, anjem ravnotežja izginja in

Končno bi glede š obdobju svojega obstoj. Razen tega pa je vzbud ob enem pripomogla, da razumevanja. Kljub ten sedaj posreduje solidni slehernemu absolventu

O področjih dejavn



udarila: Že v kratkem le temeljno izobrazbo. za poklic sam ter s tem elavcev deležna večjega li slej izpopolniti, pa že potrebno znanje, ki bo posabljanje.

v nadaljevanju.

(Dalje prihodnjič)

Ortopedija prve življenjske dobe

Prof. dr. Bogdan Breclj

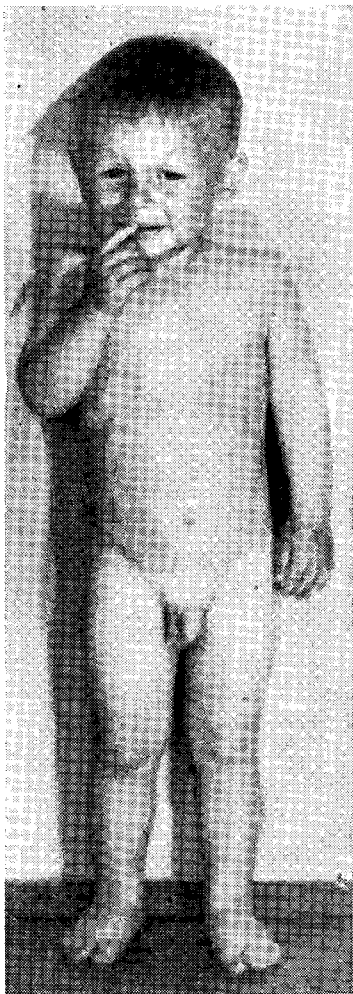
4. Anomalija v razvoju otrokove drže

Nepravilna obremenitev in zvrčanje stopala navznoter, ki ju opazamo pri otroku, ko pričenja samostojno stati in hoditi, sta prehodnega značaja in zatorej ne potrebujeta zdravljenja. Na to začasno insuficienco otroških stopal smo opozorili bolj zato, da bi ob nadaljnjem razvoju otrokove drže opazili, kako ta pojav polagoma in vzporedno s pridobivanjem ravnotežja izginja in končno popolnoma izgine.

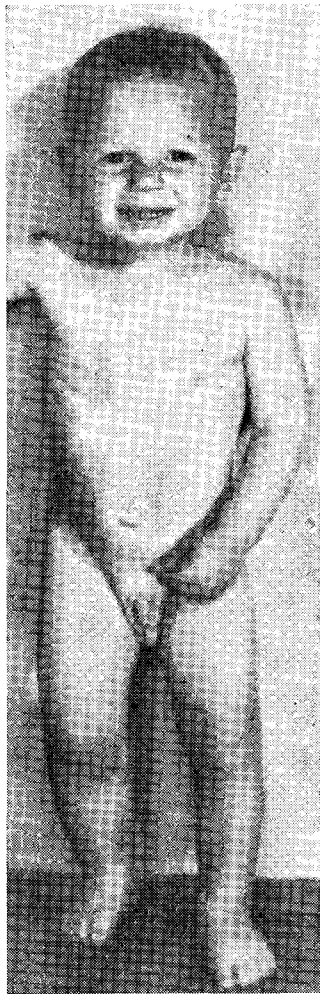
Od prvih korakov do samostojne in formirane hoje pa je še dolga pot, za katero potrebuje otrok nekaj let, ne da bi pri tem potreboval naše aktivne pomoči, pač pa budnega nadzorstva. Razvoj drže in hoje se odvija instinktivno in se izpopolnjuje do stopnje, ko postaneta človekova drža in hoja rezultat cele verige koordiniranih in podzavestno reguliranih refleksov. Otrok se pri hoji spočetka ziblje, razdalje, ki jih prehodi, so kratke in tem sledi počitek. Tako se otrok podzavestno izogiblje prekomerni obremenitvi stopal, ki so anatomsko dograjena, funkcionalno pa še ne dovolj krepka. Pogostni počitki so otroku v tej dobi potrebni zato, da ne bi preutrujene mišice stopala popustile in prepustile težo telesa vezem (ligamentom), ki bi se razpotegnile, kar bi kvarno vplivalo na funkcijo sklepov in pa na arhitektonsko gradnjo stopalnega skeleta.

Ob koncu drugega leta starosti običajno otrokova hoja še ni povsem trdna in pogostni padci so na dnevnem redu. Otrokom, ki v tej dobi še vedno hodijo v razkoraku in obremenjujejo notranjo polovico stopala, se zvrčajo gležnji navznoter, neredko pa jim tudi kolena silijo na X (glej sl. št. 1.). Nepravilnemu položaju stopala sledita torej tudi skočni in kolenski sklep, kar oboje skupaj pomeni statično motnjo, nastalo zaradi pomanjkljive razvitosti in nezadostne čvrstosti kostnega tkiva in mehkih delov v tej fazi otrokovega razvoja. Rast skeleta v dolžino je v tej dobi često hitrejša in prehiteva mišičje in vezi, katerih jakost ne narašča vzporedno. Opisane statične motnje, ki se v njih kaže nesorazmerje med rastjo in jakostjo posameznih tkiv, seveda niso strogo vezane na dobo drugega leta starosti, marveč ne pefiido hitrejše rasti, ki variira po spolu in starosti.

Iz izkušnje vemo, da pravkar opisane statične motnje niso obvezen, pač pa dokaj pogosten pojav. Čim pravilnejša je nega otrokova v prvem letu starosti,



Sl. št. 1. — Dvoleten otrok s tipično držo zaradi statičnih motenj na desni spodnji ekstremiteti: stopalo v pronaciji, skočni in kolenski sklep v naznačeni X (valgus) poziciji



Sl. št. 2. — Dvoleten otrok s statičnimi motnjami na spodnjih ekstremitetah v smislu genu varum in crus varum, stopalo samo pa kaže dobro izražen vzdolžni stopalni lok

čim pozneje je otrok shodil, tem manj bo statičnih motenj in tem bolj harmoničen bo njegov nadaljnji razvoj. Vsakdo pa ve, da dobivajo otroci v tej dobi poleg X nog tudi O noge, kar nikakor ni vselej rahitična deformacija, kot se je to domnevalo svoj čas. Naznačena varus pozicija skočnega in kolenskega sklepa ter krače, kot jo vidimo pri otroku na sliki št. 2, spada prav tako med statične motnje in nima rahitične etiologije. Notranja polovica stopala pri otroku ni več prekomerno obremenjena in stopalni lok je primerno izražen. Krivina, ki jo kaže celotna ekstremiteta, pa je posledica prej omenjenega nesorazmerja v razpodelitvi sil in odpornosti tkiv in je razlika med prvimi in drugimi primeri pravzaprav le v njihovi lokalizaciji.

Često nazivajo pravkar opisano statično motnjo kot navidezne O noge (crura ali genua vara). Normalna tibija namreč ni popolnoma ravna, marveč pokazuje na rentgenogramu lahko krivino notranjega roba. S tem, da spodnjo ekstremiteto rotiramo v kolku navznoter, s čimer odmaknemo peto in pri-maknemo prste, navidezno krivino ekstremitete še povečamo. O otrocih, ki hodijo z navznoter rotiranimi stopali, pravimo, da hodijo po kurje. Ker sta pri taki stoji in hoji peti daleč narazen, se tudi kolena ne stikata, marveč stojita vsaksebi in sta včasih celo izbočeni navzad (genu recurvatum).

V dokaz, da so naštete statične motnje posledica prav istega vzroka, namreč neenakomerne rasti posameznih delov skeleta in posameznih mehkih tkiv, kar je značilno za to fazo otrokovega razvoja, omenjamo dejstvo, da opažamo neredko pri istem otroku zaporedoma različne statične motnje. Otrok, ki je imel v rani dobi O noge, dobi kasneje X noge in obratno. Imamo pa tudi otroke, pri katerih je deformacija na enem delu ekstremitete izražena kot valgus, na drugem delu pa kot varus.

Statične motnje se bistveno razlikujejo od pravih, v kasnejši dobi nastajajočih deformitet, značilno zanje pa je, da se v večini primerov spontano popravijo še med rastjo mladega organizma. Čeprav ni potrebno neko specialno zdravljenje, je vendar njihova razpoznavna in njihovo pravilno tolmačenje najzanesljivejše merilo, kako usmerjati nego in kako zaščititi statično labilnost organizma v tem občutljivem obdobju rasti. Fiziološke mere tzv. normalnega stanja so dokaj široke in na oko ni vselej mogoče ločiti statične motnje od patološke deformitete. Za tako presojo so potrebna nepretrgana opazovanja in meritve, ki jih mora vršiti sestra in o njih poročati zdravniku, ker le tako lahko dobi vpogled v kritične trenutke v določeni razvojni fazi otrokove drže. S točnimi opazovanji ugotavljamo termine, v katerih se statična motnja prvič pojavi, razberemo dobo, v kateri narašča, ter dobo, ko upada in končno izgine. Tako je n. pr. razdalja med gležnji (maleolarna distanca), ki jo merimo pri stoječem otroku z iztegnjenimi in stikajočimi se kolena v enomesečnih intervalih, najboljši kriterij, ali se genu valgum slabša ali boljša. Za genu varum je odločilnega pomena distanca med kolena, merjena pri stoječem otroku s stikajočimi se gležnji. Če konec tretjega ali celo v četrtem letu starosti s takimi meritvami ne ugotovimo tendence k izboljšanju, potem je tako rekoč na dlani, da ne gre več za statično motnjo, ki jo bo organizem spontano korigiral, marveč mu je od tod dalje potrebna naša pomoč v obliki sistematičnega zdravljenja.

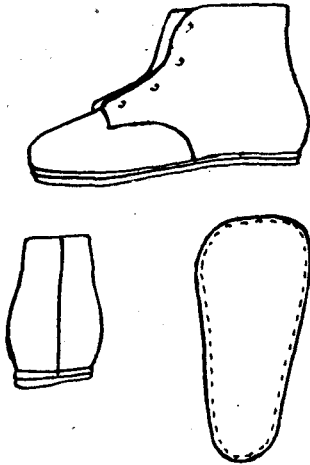
S pravilno nego lahko v tej dobi izdatno podpremo sile rasti, katerih tendenca je, da popravijo nastajajoče statične motnje in uravnovesijo nastala nesorazmerja, s pomanjkljivim varstvom pa te tendence lahko zaviramo ali celo zavremo.

V dobi hitre rasti je naša glavna naloga, da otroku, ki shodi, preprečimo prekomerno naprezanje in utrujanje čez dan. V prvi dobi lokomocije so otroku nujno potrebni počitki, ki jih odmerjamo individualno in ki so tem daljši in pogostnejši, čim bolj prihajajo do izraza statične motnje. Z očmi odraslih merjene razdalje so za otroka v tej dobi povsem neprimerne in presegajo zmogljivost otroškega organizma. Matere, ki otroka peš vodijo na sprehod po tlakovanih ulicah mesta, postajajo pred izložbami in vmes nakupujejo, kar pač v gospodinjstvu potrebujejo, pri tem le prerade pozabljajo, da imajo s seboj otroka, ki mu je bil namenjen sprehod v park in igra na pesku, za kar potem komaj še ostane nekaj časa. Hoja po trdem tlaku in stoja na trdih tleh sta za otroka skrajno škodljivi in ju moramo brezpogojno preprečiti. Na igrišča,

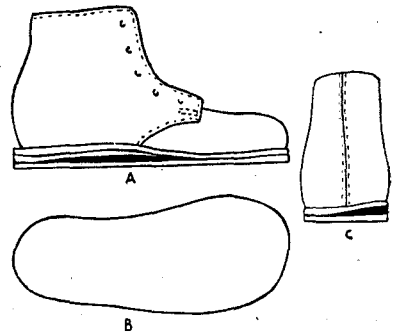
v naravo in v parke je treba otroka pripeljati tako, da pridejo na mesto njihovega svobodnega udejstvovanja sveži in odpočiti, ne pa utrujeni in čemerni. Hoja po mehkih naravnih tleh, po travi in po pesku z bosimi nogami je v tej dobi najboljša in neogibno potrebna vežba, ki jamči za pravilno rast in krepitev stopala, ekstremitete in vsega organizma.

V dobi med drugim in četrtem letom je pri živahnih, od igre na moč zavzetih in aktivnih otrocih odrejanje počitkov čez dan prav tako potrebno, kot je potrebna skrb za primerno prehrano v rednih obrokih. Na eno in drugo otrok pozablja, ker ga igra tako prevzame, da ne občuti niti utrujenosti niti lakote.

Na tem mestu je potrebno omeniti tudi otroško obuvanje. Do konca prvega leta starosti otrok ne potrebuje nikakih čevljev iz usnja s trdimi podplati. Namen obutve v tej dobi je v prvi vrsti higienskega značaja in kvečjemu še zaščita pred mrazom. Taka obutev mora biti v celoti iz mehkega materiala in take oblike, da v ničemer ne ovira mišične aktivnosti stopala in prstov, kar je pogoj za normalno rast. Tem zahtevam morata ustrezati velikost in oblika obuvala, ki nima v tej dobi mimo higienske in toplotne zaščite še nobene druge funkcije (skica št. 3).



Sl. št. 3. — Oblika otroškega obuvala v prvem letu starosti iz mehkega materiala (blago, mehka klobučevina)



Sl. št. 4. (B in A) — Fiziološka oblika obuvala v dobi, ko otrok shodi. Z dvignjenim notranjim robom preprečujemo zvrčanje stopala navznoter

Povsem drugačne pa so zahteve obuvala potem, ko otrok prične stati in samostojno hoditi. Ker mu je usojeno, da bo svoje prve korake, pa tudi pretežno večino nadaljnjih korakov v življenju prehodil po umetno napravljenih trdih tleh, mora dobiti njegovo obuvanje podplat ustrezne debeline, ki bo ščitil stopalo in do neke mere blažil pritisk trde površine tal. Podplat mora biti hkrati mehek in prožen, tako da sledi pregibom stopala, ko se pri hoji odvija od tal. Oblika podplata mora ustrezati fiziološkim konturam otroškega stopala in njegov notranji rob je raven ali komaj rahlo ukrivljen (glej skico št. 4B). Peta je nizka in široka, zgornji deli naj bodo iz mehkega tankega usnja ali klobučevine, nekoliko ojačen je le opetnik. Otroški čevljiček mora biti lahek.

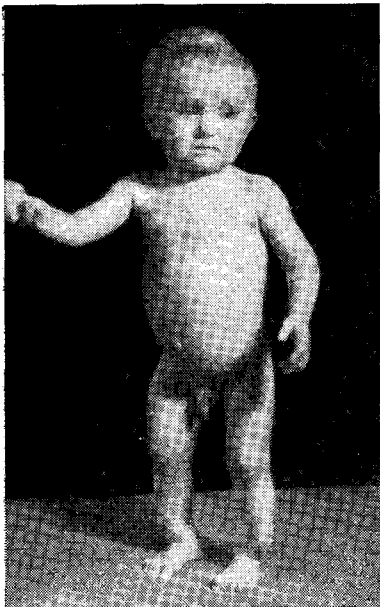
Pri pojavu statičnih motenj uporabljamo otroško obuvale lahko tudi v korektivne namene. Na skici vidimo, kako dvignemo notranji rob pete pri stopalu, ki se zvrta navznoter (pes valgus). Na podoben način dvignemo lahko zunanji rob pete pri stopalu, ki se prične zvrčati navzven (pes varus). Kadar stopalo v celoti sili v pronacijo, dvignjen notranji rob pete podaljšamo do sredine podplata (skica št. 4A), s čimer obenem preprečimo prekomerno sploščenje vzdolžnega stopalnega loka.

Navedeni pripomočki so preventivnega značaja in z njimi skušamo ublažiti kvarne posledice trdih tal, katerim so otroška stopala po sili razmer izpostavljena. Poudariti pa je treba, da je za krepitev otroškega stopala neprimerno večje važnosti, če ga v naravi sezujemo in čas igre izkoristimo še za vežbanje stopalnih mišic: dviganje na prste, hoja po prstih, prijemanje in postavljanje predmetov izmenoma s prsti ene in druge noge in slično.

Funkcionalne motnje so odziv prehodne insuficience posameznih tkiv na zahteve, ki jim jih v življenju postavlja vsakdanja raba prizadetega organa. Same po sebi še ne zahtevajo zdravljenja, organizem v celoti pa potrebuje naše pomoči. Prehrana je v dobi hitre rasti skeleta prav posebnega pomena in njeno sestavo mora kontrolirati izkušen pediater. Dolžnost sestre na terenu je, da pravočasno odkrije in opozori na morebitne prehranske deficite, v prvi vrsti na pomanjkanje vitaminov in kalcija v redni prehrani. Na mestu je, da otroku zagotovimo pravilen dietični in higienski režim z gibanjem na prostem in na soncu, kar pa seveda še ni identično s specifično antirahitično terapijo. Splošen higienski in dietični režim, ki ga imamo tu v mislih in ki je v tej fazi nujno potreben, je v svojem bistvu preventivni ukrep proti rahitisu.

Pri normalnem razvoju se statične motnje konec četrtega leta pričnejo izgubljati in v petem letu popolnoma izginejo. Zdrav otrok ima v tej dobi ravne spodnje ekstremitete, pri stoju se obe kolena in oba notranja gležnja medsebojno rahlo dotikajo, stopalna loka sta primerno izražena, otrok obvlada ravnotežje, stoja je stabilna in hoja je trdna. Vse to so elementi njegove drže, na katere radi pozabljamo in katerih na splošno ne upoštevamo dovolj. Kadar govorimo o otrokovi drži, imamo v mislih predvsem njegov trup, še posebej pa konture njegovega telesa od pasu navzgor. Pri množičnih in individualnih pregledih, kadar gre za ugotavljanje potrebe po morebitni ortopedski gimnastiki, so naše oči uprte praviloma v hrbtenico in kvečjemu še v otrokov prsni koš, kjer iščemo anomalije in deformacije, ne vprašamo se pa po vzrokih za ta stanja in jih pri takem pregledu zato tudi ne odkrijemo. Često pozabljamo, da je lahko pravi vzrok asimetriji na hrbtenici zvrnjeno stopalo, sploščen stopalni lok ali katerakoli druga statična anomalija v območju spodnjih ekstremitet. Poudarili smo že, da je motenj, ki bi imele samo lokalni pomen, prav malo, še posebej pa to velja za statične motnje na spodnjih ekstremitetah, ki so najpogostnejši vzrok anomalijam otrokove drže v tej fazi razvoja.

Še bolj kot statične motnje pa vplivajo na otrokovo držo prave deformacije, ki se od prvih bistveno razlikujejo in ki jih s prvimi nikakor ne smemo istovetiti. Razlika nam postane jasna, če si pazljivo ogledamo sliko št. 5, ki predstavlja rahitičnega otroka v tretjem letu starosti z deformacijami obeh krač, s kvadratasto lobanjo, z izbočenim trebuhom in še drugimi znaki rahitisa. Krivina krač tu ni navidezna, marveč dejanska, vrh krivine je v spodnji tretjini krače in se je kost vdala teži pač na mestu najmanjšega odpora.



Sl. št. 5. — Trileten otrok z rahitičnimi deformacijami obeh spodnjih ekstremitet. Rahitične O noge (crura vara rachitica)

v nasprotnem primeru pa so lahko predhodnik, a tudi potencialni povzročitelj kasnejših deformitet, v čemer je seveda njihov prav posebni pomen.

Otrokova stoja je v tretjem letu starosti še vedno negotova, gležnja se nagibata navzven, stopalni lok pa je kljub temu sploščen. Pred seboj nimamo več motnje prehodnega značaja, marveč deformacijo kot posledico sistemskega obolenja skeleta, ki jo bo mogoče popraviti le s sistematskim, splošnim in lokalnim zdravljenjem.

Če kratko povzamemo dosedanja naša razmotrivanja o anomalijah v razvoju otrokove drže, ne bo težko sprevideti, da smo vanje vključili poglavje o statičnih motnjah predvsem v trojnem namenu:

1. Odkloni od norme, ki jih opažamo pri otroku v prvih letih lokomocije, niso vselej rahitičnega izvora, kot se je to nepravilno tolmačilo, niti niso vselej deformacije v pravem smislu besede, kot jih bomo spoznali v naslednjem poglavju.

2. Spoznavanje statičnih motenj in pravilno ocenjevanje njihovega pomena v prihodnjih stadijih hitre rasti otroškega organizma nam odpira globlji vpogled v medsebojno povezanost opisanih pojavov in na njihovo medsebojno delovanje.

3. Statične motnje se ob pravilni negi in strokovnem varstvu popravljajo spontano;

v sožitju

Zelo nepravilno bi motnje pri dojenju lahko ovire s strani matere, pri otroku.

Dandaneš skorajda otrokom pri dojenju v

Poleg drugih nesr

1936) postavil in učvrstil tudi metodo pogojnih refleksov.

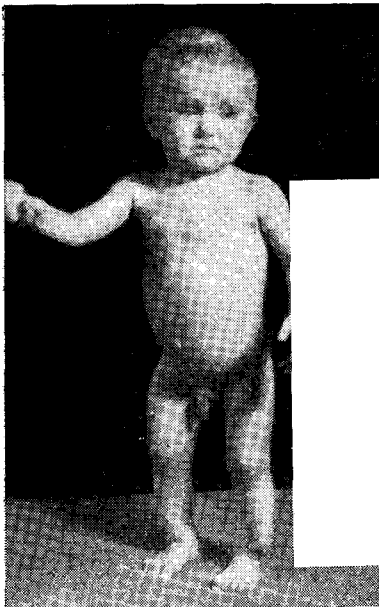
Bistveni pogoj za nastanek pogojnega refleksa je večkratno sovpadanje nebičvenega vzdraženja te ali one vrste z nekim brezpogojnim vzdraženjem. Pogojne reflekse omogočuje osnovno dogajanje pri začasnem stiku živčnih poti, ki na eni strani posredujejo dojetje pojavov zunanjega sveta, na drugi strani pa sprožijo reakcijo organizma na omenjene pojave.

ri dojenju

umo, zlasti pa ovire in to prvenske in drugotne ovire, ki se pojavljajo

sožitja med materjo in

vič Pavlov (1849 do



Sl. št. 5. — Triletan otrok z rahitičnimi deformacijami obeh spodnjih ekstremitet. Rahitične O noge (crura vara rachitica)

Otrokova stoja je v tretjem letu starosti še vedno negotova, gležnja se nagibata navzven, stopalni lok pa je kljub temu sploščen. Pred seboj nimamo več motnje prehodnega značaja, marveč deformacijo kot posledico sistemskega obolenja skeleta, ki jo bo mogoče popraviti le s sistematskim, splošnim in lo-



amemo dosedanja naša nalijah v razvoju otroško sprevideti, da smo vje o statičnih motnjah namenu:

rme, ki jih opažamo pri lokomocije, niso vselej ot se je to nepravilno selej deformacije v prapot jih bomo spoznali v

tatičnih motenj in pravilno ocenjevanje njihovega pomena v prihodnjih stadijih hitre rasti otroškega organizma nam odpira globlji vpogled v medsebojno povezanost opisanih pojavov in na njihovo medsebojno delovanje.

3. Statične motnje se ob pravilni negi in strokovnem varstvu popravljajo spontano; v nasprotnem primeru pa so lahko predhodnik, a tudi potencialni povzročitelj kasnejših deformitet, v čemer je seveda njihov prav posebni pomen.

Pogojni refleksi v sožitju matere in otroka pri dojenju

Dr. Marij Avčin

Zelo nepravilno bi bilo misliti, da si dojenje samo, zlasti pa ovire in motnje pri dojenju lahko razlagamo že, če poznamo samo prvenske in drugotne ovire s strani matere, ter anatomske in funkcionalne ovire, ki se pojavljajo pri otroku.

Dandanes skorajda ne gre, če si ne predočimo sožitja med materjo in otrokom pri dojenju v luči pogojnih refleksov Pavlova.

Poleg drugih nesmrtnih principov je Ivan Petrovič Pavlov (1849 do 1936) postavil in učvrstil tudi metodo pogojnih refleksov.

Bistveni pogoj za nastanek pogojnega refleksa je večkratno sovpadanje nebitvenega vzdraženja te ali one vrste z nekim brezpogojnim vzdraženjem.

Pogojne reflekse omogočuje osnovno dogajanje pri začasnem stiku živčnih poti, ki na eni strani posredujejo dojetanje pojavov zunanjega sveta, na drugi strani pa sprožijo reakcijo organizma na omenjene pojave.

Če n. pr. pes obenem s hrano prejme tudi določene vidne, mehanične ali slušne dražljaje, ki v danem primeru niti niso bistvenega pomena, se mu po večkratni ponovitvi tega poizkusa prične cediti slina že pri samem delovanju teh za izločanje slina sicer nenavadnih in nepotrebnih dražljajev, n. pr. tedaj, ko začuje zvonjenje, ko zagleda luč itd.

Kolikor nam je znano, večinoma ne zasledimo razlage sožitja med materjo in otrokom pri dojenju v luči pogojnih refleksov Pavlova. Vendar pa nam ravno za razlago tega fiziološkega pojava kakor tudi ovir in motenj pri dojenju postanejo pogoji jasni in kot na dlani šele z razumevanjem pogojnih refleksov.

Ko opazujemo in razlagamo pojav, kot je izločanje mlečne žleze v sožitju matere in otroka pri dojenju, smo na videz v dobrem položaju, saj nam za opazovanje tega pojava za časa mlečnosti niso potrebne, recimo, prav nobene kirurške storitve in tudi ne kake posebne meritve.

Ves proces mlečnosti — vsaj njega vidni, končni učinek — leži na površini in nam skorajda ne more biti bolj pred očmi, kakor že je. Učinek izločanja mlečne žleze, to je količino mleka, ki jo spije dojenček pri materinih prsih, lahko merimo s tehtnico. Sestavine izločenega mleka pa lahko določimo z dokaj enostavnimi kemičnimi postopki.

Vendar smo ob proučevanju pogojnih refleksov pri dojenju na podlagi teh refleksov samih na boljšem le na videz ter več ali manj začasno, in sicer glede na razvoj otroka, zlasti pa glede na zorenje njegovega centralnega živčnega sistema.

Žena, mati, doječa — je namreč v razliko od doslej proučevanih živih bitij, ki so služila nakazovanju in študiju pogojnih refleksov, dokaj manj enostavna. Zdi se, da je to tako predvsem zaradi najvišje razvitega možganja in pa zaradi svojevrstnih duševnih dogajanj v času materinstva, med katerimi seveda so tudi vzburljenja za pobuditev, trajanje in učinek pri izločevanju mleka, ki delujejo bodisi pospešujoče ali zavirajoče.

Tudi dojenček ne draži materine dojke v vsem časovnem razponu sožitja ob dojki vedno enako in nespremenljivo.

Iz povsem »možganskega« refleksoričnega bitja se dojenček kaj kmalu prične »človečiti« in se kaj kmalu učloveči v duševno vse bolj in bolj izraženo bitje. Zaradi tega moramo tudi z njim računati kot s čedalje pestrejšo spremenljivko, ki je bila »včeraj drugačna, kakor bo jutri, in bo še bolj drugačna pojutrišnjem, kot je bila predvčerajšnjim«, kakor so hoteli v prisposobi in besedni igri izraziti usodnost in odločilnost časa za razvoj in rast telesa, duševnosti in funkcij stari mojstri besede in znanja v otroškem zdravstvu.

Če skušamo razčleniti sožitje matere in otroka pri dojenju v luči pogojnih refleksov Pavlova, potem moramo najprej opisati brezpogojne dražljaje, živčne poti in — organ, to je mlečno žlezo samo. Postavimo lahko sledeče prvine:

1. Brezpogojni dražljaj, ki vzbudi izločevanje mleka, nastane pač tedaj, ko se dojenček s toplimi, mokrimi usteci dotakne bradavice, ko s toplim dihom in dotikom lica in usten doseže bradavico in kolobar dojke ter deloma kožo na dojkinem vrhu.

Temu prvemu dražljaju sledi pitje otroka, to je hkratno sesanje in žvečenje prsne bradavice in — preko kolobarja — tudi mlečnih izvodil, v katerih se po prvih požirkih pojavlja tudi občutek začetne izpraznitve.

Mesto, na katerem se vzbuja brezpogojni dražljaj, je bradavica, deloma tudi kolobar, kolikor ga otrok zagrabi z usti in ga povleče; zajeta je obenem tudi še vsa koža na vrhu dojke, ki jo otrok draži z dotikom in dihom.

2. Živčna pot med mestom, koder nastane dražljaj, in pa mlečno žlezo je zamotana. Če sledimo anatomski poti, gre sredotežno po čutnih perifernih živcih, predvsem po prednjih podključničnih vejah iz vratnega pleteža in kožne veje živcev prsnega koša, ki prodirajo navzven in jih pri ženski imenujemo dojnine živčne veje. Ta pota vodijo v čutne poti hrbtnega mozga, nato v podaljšani hrbtni mozeg. Od tod je iskati preskok na vegetativne živčne centre, ki so jim nadrejeni osnovni gangliji; tem zopet so nadrejeni centri v možganski skorji, katerim pripisujemo funkcijo vzdraženja in zaviranja. Iz vegetativnih centrov, ki so podrejeni možganski skorji, gredo vzdraženja po vegetativnem živčnem sistemu, t. j. po vratnem simpatikusu nazaj v prsno žlezo, ki jo prepletajo simpatični in parasimpatični živci.

V živčno pot, po kateri teče vzbujenje, ki ga je sprožil brezpogojni dražljaj in zaradi česar se prične izločevati mleko, se stekajo tudi nebitvena vzdraženja, sprožena v drugih čutilih. To so vzdraženja, ki nastanejo v ušesih, na jeziku, v nosu, na tipalnih občutnicah kože in zaznavnih občutnicah v globljih predelih, n. pr. občutek položaja telesa in udov, občutek gibanja in mirovanja.

Dani so torej pogoji, ki omogočajo »osnovna dogajanja pri začasnem stiku živčnih poti.«

Lahko torej (večkrat) »sovpadejo nebitvena vzdraženja« različne vrste s primernim »brezpogojnim vzdraženjem«, ki pobudi izločevanje mleka.

Sledi »dojemanje pojava zunanjega sveta« in se tudi »na drugi strani lahko sprožijo reakcije organizma na omenjene pojave«. Tako torej je povsem zadoščeno definiciji pogojnih refleksov.

3. Organ, ki je vključen v refleksni sklop, je mlečna žleza. Fiziološko in funkcionalno je zgrajena iz sledečih delov:

a) žleznega tkiva prsne žleze. Ta ima v času mlečnosti 15 do 20 mlečnih vozlov, sestavljenih iz cevasto mehurčastih žlezic, ki so zopet zložene iz številnih posameznih grozdičev.

b) medstaničevja, t. j. krvnih žil, ki izdatno prekrvlujejo organ in mu dovajajo žlezne presnovke.

c) priveskov, t. j. mlečnih izvodil, mlečnih jezerc, bradavice in kolo-barja, ščitne in oporne maščevine in kože.

Žlezno tkivo deluje družno z medstaničevjem, in to:

1. s filtriranjem, ko iz krvi odloča soli in vodo,

2. s sintetiziranjem, ko spaja beljakovine, sladkor in maščobe.

Beljakovine: lakt-albumin in lakt-globulin (ca. 40% celotnih beljakovin mleka) nastajata iz kemično sličnih serum-albumina in serum-globulina; kazein se spaja iz aminskih kislin, ki krožijo v krvi. Vseh beljakovin je v mleku od 1,5 do 2,0%.

Sladkor: mlečni sladkor (laktoza) je disaharid (iz galaktoze in glukoze) in se spaja v žlezem tkivu. Za spajanje potrebno glukozo dobijo celice iz krvi, galaktoza se stvarja v celicah samih, prav tako se v njih enojni sladkorji spajajo v dvojne, ki jih je v mleku 6—7%.

Mlečna maščoba: je slična najbolj nevtralnimi maščobam v krvnem serumu in se spaja v žlezem tkivu samem. V njej je oleinske kisline razmeroma več kot v kravjem mleku; jako malo je hlapnih nižjih tolsčnih kislin (maslena kislina, kapron, kapril in kaprin kisline). V kravjem mleku je nasprotno 2,5% vseh maščob nasproti 27% nižjih tolsčnih hlapnih kislin.

Količina mlečne maščobe niha ne samo od žene do žene, temveč tudi od dne do dne. Predvsem pa niha med obrokom samim. V začetku je prisotna le v 2% celotne količine, proti koncu v 5—7%, povprečno v 3,5—4,0%; To različno izločevanje mlečne maščobe je obenem dokaz, da mleko ni v vsej količini prisotno v dojki že prej, temveč da se stvarja sproti. Poleg teh sestavin stvarja žlezno tkivo še:

vitamine (A, B₁, B₂, C, D in E),
hormone (prolan, lutein, folikulini),
fermente (amilazo, lipazo, oksidazo),
protisnovi (antitoksine, precipitine).

Delovanje dojke je torej dokaj zapleteno in kar nič enostavno. Po navadi se ob preobremenjenosti z vsakdanjim delom, takrat ko vzpostavljamo, učvrščamo in vodimo sožitje med materjo in otrokom ob aktu dojenja, ko odstranjujemo ovire in premoščujemo zapreke dojenja, ne zamislimo v vso izredno kompleksnost mlečnosti. Zlasti nimamo dovolj pred očmi dejstva, da je le približno 1/5 mleka stvorjena v dojki že pred pitjem pri prsih in da to mleko čaka le v mlečnih izvodilih in njihovih razširjenih predelih — mlečnih jezercih. Vse drugo mleko pa se mora stvarjati sproti, kadar pač se iz krvi odločajo bistvene sestavine mleka in se nato spajajo z zidaki, ki jih doplavi kri. Vse to se zgodi v kratkem času akta pri prsih. Razumljivo je, da ima to veliko dogajanje v notranjosti dojke tudi svojo vidno podobo (in s tem obenem dokaz), ker se namreč temperatura, ki jo merimo v gubi pod dojko, dvigne med delovanjem organa za ½ do 1° C nad temperaturo, ki jo izmerimo pod pazduho.

Refleks v zvezi z izločevanjem mleka poteka lahko brezpogojno in pogojno, večinoma pa mešano, torej kot pogojno — brezpogojni refleks.

Kot brezpogojni dražljaj za izločevanje mleka v pričetku smatramo normalni, fiziološki, bistveni dražljaj, ki ga stvarja dojenček s toplo mokrim dotikom svojih ust in jezika, ustnic in čeljusti, z dotikom lica ob vrh dojke in s toplim dihom. Dražljaj povzroči vzburljenje, ki teče po občutnih živčnih poteh sredotežno do možganskih predelov, v katerih iščemo »center za izločevanje«. Vendar pa ni potrebno, da je ta ustvarjen samo kot anatomsko enoten predel, temveč se zdi, da je prisoten v vegetativnih centrih in da deluje skladno s sistemom hormonov, zlasti s prolaktinsko skupino hipofize. Tako je izzvano brezpogojno delovanje mlečne žleze. Temu refleksu nadrejeno je vzdraženje in delovanje možganske skorje, ki ima zaviralno vlogo, prav tako pa tudi delovanje centrov pod možgansko skorjo, za katere se zdi, da pospešujejo vzburljenja. Toda vzburljenja in stanja za pravilni potek refleksa važnih dražljajev in odzivov iz navedenih predelov živčevja morajo biti med seboj v ravnovesju. Le tedaj namreč ne pride do motenj zaradi prekomernega zaviranja in vzburljenj. Le tedaj tudi poteka dojenje normalno, ob normalnem brezpogojnem dražljaju, ob normalnem vzburljenju ter normalnih izločevalnih in zaviralnih učinkih.

Izločevanje mleka pa poteka, kot refleks, tudi pogojno, se pravi, da se izločevanje v prsni žlezi lahko pojavi in traja le, če so dani posebni pogoji v obliki nebitvenega ali nebitvenih, istočasno sovpadajočih dražljajev. Taki dražljaji so po svoji naravi lahko vidnega, slušnega, tipnega, okusnega in seksualnega značaja. Zamisliti se moramo v običajni akt dojenja, v vse priprave in ves njegov potek, da nam bo bolj jasno, kaj pomeni »istočasno sovpadanje dražljajev« v sožitju matere in otroka za časa dojenja.

Pred dojenjem začuti normalen dojenček vročo lakoto, ki se kaže v tzv. »digestivnem stanju«, v katerem so vsi otrokovi prebavni organi v pripravljenosti za hranitev. Dojenček, če je hranjen v normalnih razmakih na vsake 3—3½ ure, zadobi občutek vroče lakote in žeje po navadi že ½ ure pred rednim obrokom, ker se mu želodec izpraznjuje že po 2 do 2½ urah. Lakota in žeja stvarjata občutek neugodja, ki ga dojenček izraža z značilnim lakotnim jokom. Le-ta ima za bistrega in spretnega opazovalca čisto poseben prizvok, ki ga mati kaj dobro loči od jeznoritega, kričavega joka in bolečinskega pojokovanja. Sovpada torej sicer nebistveni dražljaj slušnega značaja in se združi s sicer nebistvenim vidnim dražljajem v času, ko mati pristopi k dojenčku, ga objame s pogledom, ga previje in pripravi za dojenje. Pridruži se lahko še vonjalni dražljaj specifičnega otrokovega duha, ki je ob svežini negovanega otrokovega telesa in opreme ugoden. Sovpada lahko tudi okusni dražljaj, zlasti ob navadi ali razvadi, da doječa tik pred dojenjem ali celo med dojenjem zaužije nekaj tekoče hrane (n. pr. mleka) ali dražil, ki naj bi pospeševala izločanje mleka kot »laktagogum« — spešilo za mlečnost. Sovpadajočim, pogojnim, nebistvenim dražljajem se pridruži in jih nadomesti in prikritje bistveni, brezpogojni dražljaj dotika otrokovih ustec, pripravljenih za sesanje, sesanje samo in pa prvi občutek praznjenja. Otrok leži v materinem naročju, žena se je udobno usedla v miren kot, otroka občuti z vsem naročjem in z golimi prsmi. Napetost v dojkah ji mineva, delovanje mlečne žleze občuti kot toplo polnost v prsih. Če otrok »pridno« pije, živita mati in otrok v udobno ugodnem sožitju, ki ga barvajo in plemenitijo pozitivna materina čustva. Prekrivajo pa obenem seksualno pobarvanost, nastalo zaradi vzdraženja in funkcije dojke, ki je »sekundarni spolni znak« in — organ. Zdi se, da je ta skupek ugodja in pozitivnih duševnih dogajanj nujno potreben, da je sovpadajoči, vendar po svoji narodi nebistveni dražljaj potreben za izdatno mlečnost med obroki in v vsej dobi zgodnjega materinstva. Če tega dražljaja ni in če ga ne pripravljajo omenjeni sovpadajoči dražljaji, se mleko sicer izloča, vendar pa izločevanje poteka samo kot brezpogojni refleksi.

Če strnemo vse, kar smo doslej povedali glede ovir in motenj dojenja, in skušamo razlagati nepravilnosti in nevéščnosti v sožitju matere in otroka za časa prirodne hranitve, potem je najboljša, da premotrimo motnje posameznih faz v samem refleksu dojenja.

Najprej se pojavijo nepravilnosti brezpogojnega, fiziološkega dražljaja za vzbuditev izločevanja. Rekli smo, da je fiziološki dražljaj »toplo mokri dotik otrokovih ust, otrokov dih in dotik na bradavici, kolobarju in ob vrhu dojke«. Če pa razmislimo, koliko je možnosti, da pride začasno ali stalno do nepravilnosti pri vzdraženju, potem se nam odkrije niz vzrokov, ki vsi zapovrstjo lahko motijo potek dojenja. Zaspanec, živčnež in slabotnež ne vzdraži zadostno in ne pije, ne sesa, ne žveči zadostno in s tem tudi ne ustvarja globokega občutka, ki sicer nastaja ob delovanju in izpraznjevanju mlečne žleze in dojke. Dotik vročičnega otroka, otroka s hudimi kožnimi spremembami na obrazu, zlasti okrog ust (krastav, gnojen ekcem, močna lojavost kože itd.), soor v ustih, vnetje dlesen in ustne sluznice, nahod, ki onemogoča nemoteno dihanje skozi nos, požiranje zraka, bljuvanje, bruhanje, ovirano dihanje zaradi bolezni dihal itd., vse to spreminja in oddaljuje fiziološko vzdraženje od normalnega načina, jakosti in trajanja.

Nepravilnosti in bolezenska dogajanja na mestu, koder se vzbuja brezpogojni dražljaj, t. j. na bradavici, kolobarju in ob vrhu dojke, se družijo

večinoma z bolj ali manj hudimi bolečinami, ki ohromijo učinek fiziološkega dražljaja. Bolečino najdemo, kakor smo že navedli, predvsem pri preobčutljivosti bradavice in kolobarja, zlasti pri razpokah in ranicah na bradavici. Ploske in udrte bradavice zaradi anatomske nerazvitosti in nepravilnosti niso primerno mesto za vzbuditev in prenos fiziološko morda povsem pravilnega dražljaja.

Tudi na samih živčnih poteh, ki mesta na organu samem, koder nastane dražljaj, vežejo preko mnogih živčnih poti in centrov z žleznim tkivom, lahko nastajajo prenekatero motnje in ovire. To so lahko predvsem zmanjšana ali zvečana občutljivost, prevelika vzdraženost zlasti nadrejenih predelov v možganski skorji, izrazita enostranska vzdraženost vegetativnega živčevja, nezadostna in motena hormonalna pripravljenost in prepojenost, nepravilni in nesmotrni stiki s slušnimi, vidnimi, tipnimi in občutnimi nebistvenimi dražljaji in njihovo nesmotrno sovpadanje itd. Motnje, izvirajoče iz tega področja, ki še ni povsem dognano, so torej lahko najrazličnejše.

Motnje na samem organu, ki je vključen v pogojno-brezpogojni refleksni sklop, lahko motijo pravičen potek dojenja, bodisi da izvirajo iz žleznega tkiva samega ali pa iz medstaničevja in priveskov organa. Predvsem nastajajo take motnje zaradi okrnelega, nerazvitega ali neprožnega žleznega tkiva, zaradi vnetja dojke in zaradi slabe hormonalne priprave in prepojenosti. Motnje na žlezem tkivu samem se lahko kažejo količinsko ali pa samo v izbranih okvarah, pri čemer je prizadeto n. pr. bodisi le odločevanje posameznih sestavin mleka iz krvi ali zgolj možnost samostojnega spajanja, večkrat pa tudi oboje.

Nepravilnosti glede sovpadajočih, smotrnih ali nesmotrnih, sicer nebistvenih pogojnih dražljajev nam odpirajo najširše možnosti opazovanja in tudi — preprečevanja. Dobro je treba vedeti vse, kako mati ravna z otrokom pred dojenjem in za časa dojenja samega, spoznati se je v okolju, v katerem se odigrava sožitje, vedeti je treba vse in marsikaj, kar je važno kot »sovpadajoči dražljaj« bodisi v pobudilnem, zlasti pa v zaviralnem smislu.

S tem, da smo skušali razložiti motnje in ovire, zapreke in nevšečnosti pri dojenju s pomočjo pogojno-brezpogojnih refleksov, smo se menda še najbolj približali življenjski usmerjenosti praktičnega dela naših sester, babic, zdravnikov na tem, sicer dokaj nelahkem in zapletenem delovnem področju.

Vendar pa nam zdravstveno stanje matere in otroka včasih narekuje, da dojenju sami postavljamo ovire, pač tako da ugotavljamo kontraindikacije za dojenje, bodisi zaradi matere ali pa zaradi otroka.

Iz zdravstvenih razlogov torej začasno ali stalno odsvetujemo dojenje. Kdaj to lahko storimo?

Kontraindikacije za dojenje so zelo redke in jih delimo v stalne in začasne, tako z materine kakor z otrokove strani.

Stalne kontraindikacije dojenja se javljajo samo z materine strani. Taka kontraindikacija je predvsem tuberkuloza matere. Vendar pa tuberkuloza v času nosečnosti in dojenja ni v vsakem primeru ista, pa tudi ista oblika tuberkuloze pri različnih materah in v različnem zdravstvenem stanju ni vedno isti problem. Zato moramo ravnati strogo individualno, tudi kadar se zdi kontraindikacija za dojenje utemeljena zaradi tuberkuloze matere.

Vsekakor je vsaka odprta tuberkuloza kontraindikacija za dojenje, in to vključno vsem možnostim za sodobno zdravljenje matere in preprečevanje bolezni pri novorojenčku. Kontraindikacijo povzročajo kalorični izdatki in pa oddajanje žlahtnih kemičnih sestavin, ki z mlekom zapuščajo materino telo, dasi so mu te snovi potrebne za zdravljenje bolezni in stvarjanje odpornosti.

Razen tega je z odprto tuberkulozo matere ob intimnem stiku za časa dojenja možna okužba novorojenčkovih dihal in prebavil. Znano je, da je okužba s klicami tuberkuloze pred 2. letom starosti vedno zelo resna bolezen, zlasti usodna pa je okužba v prvih mesecih življenja, ko otrok še zelo slabo omejuje okužbe in nezadostno stvarja protisnovi. V primerih odprte tuberkuloze, zlasti če je bolezen za časa nosečnosti in po porodu pričela vidneje napredovati, je potrebno oddaljiti otroka iz materine neposredne bližine že takoj po rojstvu, ga besežirati in materi zopet izročiti šele takrat, ko se mu po cepljenju razvijejo zadostne množine protisnovi. Seveda se za to odločimo edinole, če je zdravljenje matere toliko napredovalo, da za okužbo ni neposredne nevarnosti, upoštevajoč pri tem tudi higienske razmere in zavest matere. Ker od poroda do tega trenutka največkrat preteče več mesecev ali celo vse prvo leto, otroka povečini ni mogoče več pristaviti k materinim prsim. Zato takemu novorojenčku preskrbimo do-
jiljo ali ga smotrno hranimo po sodobnih načelih humanizirane hranitve.

V primerih zaprte tuberkuloze, zlasti v primerih raznih gostih, vezivastih in žleznih oblik, moramo prav tako strogo individualizirati in pri tem do neke meje zastopati otrokovo blaginjo. Moramo si pa biti v svesti, da so preveliki izdatki materinega telesa lahko za potek bolezni jako neugodni, tako da večkrat vidimo, zlasti če spregledamo osnovno bolezen matere, močno in hitro napredovanje bolezni, če mati izdatno ali celo prekomerno doji.

Večkrat pa vidimo tudi nasprotno! Nosečnost vodi pogosto do razcveta vseh življenjskih funkcij in zdi se, kakor da z zagonom vse presnove — ob primerni negi in dobri prehrani — premaga marsikatero bolezen, ki se je v mlado materinstvo vlekla že iz dekleštva. Tudi duševni odmik od osredotočenosti ob lastnih bolezenskih problemih za časa dojenja in zgodnjega materinstva, vera v življenje, odgovornost za otroka, dober tek in zdrav spanec so včasih naši zavezniki v toliko, da v takih, neredkih primerih, seveda pod budnim nadzorstvom, mirno lahko dopustimo dojenje brez večjih okrnitev in omejitev. Dandanes redkeje prihajamo v položaj, da odsvetujemo dojenje zaradi tuberkuloze matere, ker lahko tudi že zaradi relativno manj nevarnih oblik tuberkuloze v zgodnji nosečnosti napravimo z zakonom dovoljen umetni splav.

Nadaljnja stalna kontraindikacija za dojenje so hude in neuravnovešene srčne napake in srčne bolezni matere, če so nastale in se poslabšale med nosečnostjo. Saj se tako bolne žene, če zanosijo, povečini obrnejo na zdravniško pomoč za izvršitev umetnega splava, kar lahko, po zakonu, tudi storijo. Pri srčnih napakah in boleznih, ki ne obremenjujejo resno materinega zdravja, udejstvovanja in počutja, pa ravnamo strogo individualno, zavedajoč se, da laktacija s svojo filtrativno vlogo razbremenjuje krvni obtok.

Sladkorna bolezen matere sama po sebi dandanes ni več kontraindikacija za dojenje, če je uravnovešena in jo pravilno zdravimo. Nasprotno pa večkrat opažamo, da se prenašanje ogljikovih hidratov zelo zviša, ker se z mlekom izločajo znatne količine sladkorjev.

Sifilis matere, ki ga dandanes zajamemo v nosečnosti z obvezno kontrolo krvi in ga med nosečnostjo tudi zdravimo, ni nobena kontraindikacija za dojenje, saj vemo, da rodi sifilitičnega otroka samo sifilitična mati in da moramo vsakega otroka take matere smatrati za bolnega in ga zdraviti. Odkar zdravimo sifilis matere tudi že v nosečnosti, še celo zaradi te bolezni ne ugotavljamo več kontraindikacij za dojenje.

Sepse za časa otroške postelje, hude vnetja ledvic, razne gnojne okužbe (šen, globlja in obširnejša gnojenja), hude oblike mastitisa, toksične infekcijske bo-

lezni, zastrupljenja, huda bledica zaradi izgube krvi, poškodbe itd. so začasne kontraindikacije, pri katerih moramo seveda upoštevati vse okoliščine.

Nastop menstruacije ni še kontraindikacija za dojenje, prav tako tudi ne ponovna nosečnost, če je normalna, če je mati krepka in zdrava, da njen organizem zlahka zmore izdatke prvega otroka v obliki mleka in za rast novega ploda. Večinoma prvi mesec ponovne nosečnosti ni potrebno odstaviti dojenčka, ki je v takem primeru po navadi star šele dva do tri mesece. Boljše je, če ga odstavljamo postopoma v razdobju 4 do 6 tednov. Prav tako niso vzrok za odstavitev nenadne, vročinske bolezni (influenca, pljučnica, škrlatinka, davica itd.), če le so izvedljiva vsa zaščitna in higienska načela.

Kontraindikacije za dojenje z otrokove strani so večinoma le začasne.

Do nedavna je veljal pomislek, da li smemo otroka, ki ima po rojstvu hudo zlatenico, zaradi neskladnosti krvnih skupin in s tem v zvezi zaradi velike množine krvorazkrojnih protisnovi, takoj pristaviti k prsim in dopustiti, da ga mati tudi nadalje doji. Dandanes velja ta pomislek le za časa kolostralne hranitve, t. j. v času, ko dojka še ne izloča mleka dokončne sestave, pač pa še kolostrum (mlezivo), za katerega je znano, da vsebuje mlečne sestavine v zelo zgoščeni meri in da vsebuje tzv. kolostralna telesca, t. j. bele krvničke, ki imajo — seveda tudi v našem primeru — neprimerno krvno skupino po materi. V času velike propustnosti novorojenčkovih sluznic bi take celice lahko še poslabšale že tako ali tako resno stanje. Zato so skušali mlezivo kuhati, vendar se pa pri kuhanju zaradi velike količine beljakovin stame. V težkih primerih premostimo dandanes kolostralno obdobje z zrelejším materinskim mlekom druge matere ali z ženskim mlekom v prahu, nato pa otroka pristavimo k prsim. Da bi mleko odvezemali, ga prekuhávali in dajali po šteklenički, tega ne delamo več, kot smo nekoč, ko smo hoteli s tem uničiti krvorazkrojne snovi, ki bi morda bile v mleku. V primerih, ko gre pri otroku za izrazito lojevnost kože, ki meji ali prehaja v lojasto rdečekožnost s prekomernim luščenjem (eritrodermija) včasih zmanjšamo količino mleka pri prsih in otroka dohranjujemo s kravjim mlekom. Takšna hranitev namreč ugodno učinkuje zaradi večje množine potrebne biotina, ki ga je v kravjem mleku dejansko več.

Včasih pa smo v primerih, ko gre za hude prebavne motnje zaradi prehrambnega zastrupljenja, celo prisiljeni, da otroka začasno odstavimo, zlasti če je tako stanje nastalo ob dvovrstni hranitvi ali zaradi poletne vročine ali črevesnih infektov v vročih mesecih. Po pavzi, v kateri dajemo sladkorne in rudninske raztopine, večinoma lahko postopoma, seveda ne da bi prenehali z ostalim zdravljenjem, pristavimo otroka k prsim. Tetanus, možganske krvavitve, nezrelost požiralnega refleksa, stanje po operacijah, n. pr. pilorospazma, zajčje ustnice, črevesja, zahtevajo začasno prekinitev dojenja ali preprečujejo vzpostavitev prirodnega sožitja med materjo in otrokom ob prsih.

Še mnogokaj bi morali razjasniti, kar se nam pojavlja, če vodimo in nadzorujemo dvojico, kot sta mati in otrok zlasti v prvih obdobjih sožitja. Morda se zdi, da smo se nekoliko preveč razpisali ob vprašanju, ki našim pogledom na hranitev otroka zaradi tradicije in usmerjenosti naše šole še najbolj »leži«.

Vse sestre, zlasti sestre na terenu, babice in zdravniki pa bodo našli še mnogo vprašanj, ki nanje tu nismo odgovorili. Vprašanja, ki jih vedno nova prinaša življenje in jih z njim vred prinaša tudi izkustvo in vsakdanje delo. Rešuje jih pa le zdrava, prirodoslovna usmerjenost zdravstvenega delavca, ki mu ni osnova le hiter, navidezni učinek, temveč trajna zdravstvena blaginja posameznika, ki z drugimi skupno ustvarja — ljudstvo.

O vplivih na rakavo obolenje materničnega vratu

Dr. J. Žitko

Rak na vratu maternice je najpogostnejša pa tudi najhujša oblika rakavega obolenja na ženskem spolovilu. Nenehna prizadevanja in raziskave doslej še niso mogle odkriti vzrokov, zaradi katerih se razvije to obolenje. Iz statističnih pregledov večjih skupin bolnih žena pa vendar lahko ugotovimo, da je način življenja pri njih zelo podoben in da se redno ponavljajo tudi nekatere okoliščine, ki utegnejo vplivati na razvoj raka na vratu maternice.

Statistični podatki pričajo, da za rakom na vratu maternice zelo pogosto obolevajo prostitutirane žene, a tudi poročene oziroma spolno dejavne žene. Nasprotno pa zelo redko zbolijo za to boleznijo tiste žene, ki niso bile nikoli spolno dejavne. (Vendar je statistično ugotovljeno, da je številčno razmerje med primeri raka v materničnem telesu in rakavimi obolenji v drugih telesnih organih pri enih in drugih ženah isto.)

Očitni znaki rakavega obolenja na materničnem vratu se navadno pojavijo pri ženah, ko so stare 40 do 50 let. Prikrito, brez bolezenskih znakov in za prosto oko neopazno, pa se razvije rak v tkivu materničnega vratu že več kakor celo desetletje poprej. Če je bolezen očitna že pred 40. letom, govorimo o zgodnjem raku materničnega vratu. V tem primeru segajo prvi začetki te bolezni v dobo, ko je bolna žena imela kakih 20 let.

Po statističnih ugotovitvah poročajo nekateri raziskovalci, da se razvije rak na vratu maternice predvsem pri tistih ženah, ki se poročijo pred svojim 20. letom, oziroma pri ženah, ki so že pred temi leti spolno dejavne. Nežne in še neutrjene celice v tkivu materničnega vratu se pričnejo pod vplivom dražljajev, ki so posledice spolnega občevanja, nepravilno razraščati in se končno spremenijo v rakave. Prezgodnje in večkrat tudi pretirano spolno izživiljanje izzove pri hormonsko še neuravnovešeni mladi ženi pretirano izločanje in hormonsko dejavnost ženskega hormona folikulina. Ta razstni hormon vpliva na telesno rast in tudi na rast spolovila. Kadar deluje skozi daljšo časovno dobo v čezmerni množini, lahko povzroči pretirano in nepravilno rast ter končno tudi rakavo razraščanje celic, ki sestavljajo tkivo materničnega vratu.

Mlada žena v mnogih primerih še ni duševno uravnovešena in slabo prenaša življenjske neprilike, ki so večkrat nujno povezane z mladostnim zakonom. Mladi zakonci živijo pogosto v neurejenih življenjskih okoliščinah in pomanjkanju, ki se navadno družijo z nesrečnim domačim življenjem. Revščina, slaba hrana, skrbi, žalost, nehigiensko življenje zmanjšujejo telesno in duševno odpornost ter ustvarjajo s tem ugodne pogoje za razvoj raka.

Na osnovi statističnih podatkov zagovarjajo nekateri poročevalci mnenje, da številni porodi sami od sebe niso vzrok rakavemu obolenju materničnega vratu. Poškodbe in okvare, ki nastanejo na tem delu maternice po porodih, splavih in morebitnih operacijah, ne ustvarjajo na poškodovanih mestih pripravljenosti tkiva za rakave spremembe. Pač pa se žene, ki večkrat rodijo, pogosto tudi zgodaj poročijo ali so zgodaj spolno dejavne.

Statistični pregledi ugotavljajo tudi, da se rak na vratu maternice pogosto in zgodaj razvije pri tistih ženah, ki so okužene z zajedavcem *Trychomonas vaginalis*. Ta enocelična živalca, ki se prenaša skoro izključno s spolnim obče-

vanjem, povzroča predvsem v nožnici, na materničnem vratu in v vratnem kanalu vnetne spremembe, ki jim sledi močan beli tok. Trychomonasu se pridružijo še druge bakterije in bolezenske spremembe v prizadetem tkivu postanejo polagoma kronične in teže ozdravljive. Ob vnanjem materničnem ustju pa se napravi razjeda (erozija), ki se sčasoma lahko spremeni v rakavo rano ali bulo.

Statistična poročila dokazujejo, da Judinje zelo redko zbolijo za rakom na vratu maternice, rak na želodcu pa se tudi pri njih pojavi prav tako pogosto kakor pri ženah, ki ne pripadajo judovski rasi. Raziskovalci menijo, da je vzrok temu v njihovem posebnem načinu življenja. Judinje se navadno ne poročijo prezgodaj, njihova vera jim zapoveduje spolno vzdržnost v prvi polovici mesečnega cikla, to je približno skozi 14 dni od prvega dneva menstruacije dalje, in njihovi možje so ob rojstvu obrezani. To zadnje dejstvo pa je važno, ker se z obrezanjem zboljša in olajša higiena moškega spolovila. V gubah neobrezanega spolovila se namreč nabira in zastaja izloček, ki ga s tujo besedo imenujemo smegma. Človeška smegma ima karcinogeno lastnost, to se pravi, če dalj časa učinkuje na živo tkivo, da v njem izzove rakave spremembe. Karcinogena sposobnost smegme je dokazana na poskusnih živalih. Iz neobrezanega moškega spolovila se smegma prenese pri spolnem občevanju v žensko spolovilo. Na vratnem delu maternice se zaradi njenega dražečega učinkovanja sčasoma lahko razvije rak. V zadnjih letih strokovnjaki močno priporočajo obrezanje vseh dečkov ob rojstvu. V mnogih deželah to že izvajajo. V nekaterih ameriških državah je že 80 do 90% dečkov rojenih v bolnici, obrezanih ob rojstvu. Z obrezanjem nameravajo izboljšati higieno moškega spolovila in zmanjšati obolevanje žena za rakom na vratu maternice.

Vsi činitelji, ki jih statistične obravnave navajajo med zadevnimi vplivi oziroma domnevnimi vzroki rakavega obolenja na materničnem vratu, pa vplivajo na razvoj te bolezni predvsem pri tistih ženah, ki imajo prirojeno pripravljeno za rakavo obolenje. To so žene, ki pripadajo družinam, katerih člani, bodisi moški ali ženski, pogosto obolevajo in umirajo za rakom.

V zadnjih 25 letih je zdravniška veda dosegla ogromen napredek v zdravljenju raka na vratu maternice. Toda uspehi so kljub temu le malo boljši. Zato teži sodobno zdravljenje predvsem za tem, da bolezen prepreči ali pa jo odkrije v njenem začetku, ko je upanje na uspešno zdravljenje še zelo veliko.

Začetne in še neopazne rakave spremembe na vratu maternice, ki se pričnejo razvijati že celo desetletje ali tudi več let prej, preden postane bolezen očitna, lahko ugotovimo na tri načine: citološko, kolposkopsko in histološko.

Citološki pregled, ki ga je izdelal Papanicolaon, je osnovan na dejstvu, da se povrhnje celice rakavih tvorbov v ženskem spolovilu luščijo. Odlučene rakave celice najdemo v nožničnem izločku, v katerem jih z mikroskopskim pregledom lahko spoznamo po njihovih značilnostih.

Kolposkop poveča vidno površino nožničnega dela maternice 10 do 20-krat. Za prosto oko neopazne, začetne rakave spremembe postanejo vidne. Kolposkopsko sumljivo spremenjeno tkivo na vratu maternice ali v vratnem kanalu izrežemo oziroma izpraskamo. Histološki pregled odstranjenega sumljivega tkiva pa z gotovostjo potrdi ali zanika rakavo obolenje na tem mestu.

Z rednimi občasnimi citološkimi, kolposkopskimi in po potrebi tudi histološkimi pregledi lahko pri ženah od 30. leta starosti dalje in morda tudi še mlajših odkrijemo morebitne začetke rakavega obolenja na materničnem vratu.

Nadaljnji razvoj bolezni pa preprečimo z ustreznim zdravljenjem.

Današnje gledanje na stafilokokne infekcije

Dr. Zlata Stropnik

Če vzamemo malce gnoja iz navadnega kožnega tvora in ga opazujemo pod mikroskopom, se nam odkrije množica drobnih živih bitij — povzročiteljev vnetja. Razločno jih vidimo, če jih motrimo skozi lečje mikroskopa, ki nam jih poveča vsaj tisočkrat. Ta drobna bitja krogličaste oblike imajo namreč v premeru komaj tisočinko milimetra. Kot najnižji pripadniki rastlinskega sveta se razmnožujejo s tem, da se razdele na dvoje. Delijo se v vse smeri, tako nastajajo nepravilne skupine, podobne grozdom (staphyle — pomeni grško grozd, kokkos pa pomeni jagodo). Proces delitve se ponavlja vsake pol ure, dokler bakterije še lahko dobivajo hrano iz okolice, hkrati pa stare generacije bakterij odmirajo. Posebna lastnost stafilokokov je tvorjenje zlatorumenega barvila, ki daje n. pr. strženu tvora značilno rumenkasto barvo.

Stafilokok je bakterija, splošno razširjena vsepovsod. Najdemo jo na zdravi koži na različnih delih telesa in tudi na predmetih v naši okolici. Vsepovsod najdemo stafilokoke tudi zato, ker so proti zunanjim vplivom odpornejši kakor druge bakterije. Staro sredstvo za zdravljenje zanohtnic je pomakanje obolelega prsta v vrelo vodo. V začetku vnetja, ko povzročitelj še ni preveč razmnožen na vnetišču, ga lahko ubijemo z visoko temperaturo, ker je občutljiv že za temperaturo 80° C, le da mora ta učinkovati pol ure. Večini drugih bakterij zadostuje za uničenje polurno bivanje na 60° C. Na obvezah in perilu se pri dobrem prekuhanju z gotovostjo uničijo.

Ena sama bakterijska celica, čeprav je tako majhna, je za čudo aktivna. Po svojih proizvodih se more meriti z vsako tovarno. Danes poznamo nekaj fermentov in toksinov, ki jih ta nevidna celica proizvaja in oddaja v svojo okolico. Po produktih se posamezni stafilokoki med seboj razlikujejo. Stafilokoki v tvorih so drugačni od tistih, ki povzročajo flegmone ali vnetja v kosteh. Stafilokoki v tvorih oddajajo v okolico snov prokoagulazo, to je prestopnja fermenta koagulaze. V tkivih se ta snov združi z aktivatorjem v krvni plazmi in nastane ferment koagulaza. Koagulaza strjuje krvno plazmo okrog stafilokoknega stržena v tvor in omejuje vnetje s pregrado. Pri rahlem pritisku čutimo, da je tvor v resnici ograjen. Zato se tvori ne morejo širiti iz notranjosti, množe se s sejanjem klic iz površine tvora na zdravo kožo. Znano je, da se nekateri ljudje bolj nagibajo k tvoravosti kakor drugi. Ta pojav je v zvezi z različno stopnjo imunosti pri posameznikih, odvisen pa je tudi od notranje presnove.

Bolj aktivni in zato človeku bolj škodljivi so stafilokoki, ki jih najdemo v flegmonah. Tudi ti proizvajajo prokoagulazo, poleg nje pa še drug ferment, tako imenovano kinazo. Ta aktivira krvne fermente, ki razkrajajo beljakovine (proteaze), da raztapljajo koagulirani strdek, nastal pri delovanju koagulaze. Vnetje ni več omejeno in ima odprto pot, da more napredovati v okolico. Če se začne tako vnetje širiti na roki ali nogi, lahko v kratkem času zajame celo okončino. Neredko se zgodi, da preidejo povzročitelji tudi v krvni obtok in nastane sepsa.

Med stafilokoknimi produkti so različne hemolitične snovi. Danes poznamo štiri različne hemolizine, ki so sposobni raztapljati rdeča krvna telesa živali in človeka. Eden od teh hemolizinov je močan strup, ki lahko povzroča nekrozo kože, pri poskusnih živalih pa tudi smrt.

Ker so stafilokoki prav povsod, kaj lahko zaidejo tudi v živila, se ob ugodnih pogojih v njih razmnože in že nekaj ur po zaužitju povzročajo bruhanje in prebavne motnje. Za te vrste infekcije so posebno nevarne slaščice in sladke kreme, ker se na sladkem gojišču bakterije bujno razraščajo. Za škodljivo delovanje na prebavni trakt je odgovoren posebni strup stafilokokov — enterotoksin.

Iz izkušnje vemo, da je zdravljenje tvorov včasih zelo trdovratno. V mnogih primerih lahko dokažemo, da osebe, ki imajo tvore ali kaka druga kožna gnojenja, same nosijo ali sejejo bakterije. V odbrisku njihovih nosnic bomo neredko našli prav take krogličaste bakterije v grozdih kot v gnoju njihovih kožnih vnetij. Pri sistematskih pregledih prebivalstva so ugotovili, da ima stafilokoke v nosu približno tretjina vseh ljudi, ne glede na starost, spol in poklic. Med dojenčki v prvem mesecu starosti pa so našli celo 87% bacilonoscev.

Ko se otrok rodi, navadno nima v svojem telesu nobenih bakterij. Če ga preiščemo prvi dan življenja, ugotovimo, da je popolnoma sterilan. Dojenček vdihava zrak, v katerem so vedno prisotni najrazličnejši mikrobi. Tako pridejo z vdihanim zrakom v nos tudi stafilokoki, se ustavijo na nosni sluznici in se tod razmnožujejo. Zato ima toliko dojenčkov v prvem mesecu življenja stafilokoke v nosu. Stafilokoki pa so razsuti po koži njegovega obraza, po rokah in tudi po telesu. Gnojna vnetja pri dojenčkih so zato pogostnejša kot pri odraslih. Zaradi tesnega kontakta z dojenčkom je tudi doječa mati bolj izpostavljena stafilokoknemu vnetju. Tako n. pr. lahko doječi materi takoj po dojenju dokažemo stafilokoke na rokah. Pri pregledu rok po umivanju s toplo vodo in milom stafilokokov ne najdemo več. Največkrat je mogoče dokazati, da so stafilokoki pri materi in otroku istega tipa, da imajo torej skupen izvor. Stafilokoki dojenčka nimajo dolge poti, kadar inficirajo doječo dojko matere. Nastane boleče vnetje, ki močno ovira dojenje. Temeljito umivanje rok tik pred dojenjem je preprečilo že marsikatero komplikacijo.

V starosti od dveh do šestih mesecev je bacilonoscev med otroki že manj, v nosu najdemo stafilokoke le pri 60% dojenčkov. V kasnejših mesecih odstotek bacilonoscev pada, dokler ne doseže povprečne mere.

Stafilokoki so ne le nenavadno odporne, ampak tudi izredno prilagodljive bakterije. Ta njihova lastnost je postala posebno očitna pri zdravljenju z antibiotiki. Sprva je bilo mogoče večino stafilokokov zdraviti s penicilinom, ker so bile bakterije zanj občutljive. Po nekaj letih so opazili po vseh deželah sveta, da je penicilin učinkovit pri stafilokokozah komaj še v polovici primerov. Danes narašča splošna odpornost stafilokokov proti penicelinu tako zelo, zlasti v bolnišnicah, da so le redki dostopni za zdravljenje s penicilinom. Obenem postajajo stafilokoki vse bolj neobčutljivi tudi za druge antibiotike, ki jih uporabljamo za zdravljenje. Do tega pojava je prišlo zaradi presplošne uporabe antibiotikov. Občutljiva bakterijska debla se v prisotnosti antibiotikov niso več razmnoževala, pač pa so se v njihovo škodo obilno množila debla, ki so uspevala tudi v prisotnosti antibiotika, ker jim ta ni mogel do živega. Pri dajanju malih množin antibiotikov so se stafilokoki počasi prilagajali njihovi prisotnosti in se končno tako močno prilagodili, da uspevajo v okolju brez antibiotika v enaki meri kot v tesnem stiku z velikimi množinami antibiotikov.

Sledili smo gibanju občutljivosti stafilokokov za antibiotike na ljubljanskih klinikah. V največji meri se je spremenila občutljivost za penicilin. V letu 1952 je bila približno polovica stafilokokov, ki smo jih našli pri bolnikih, še

občutljivih za penicilin. To je bilo v času, ko smo pri nas uporabljali penicilin za zdravljenje 3—4 leta. Dve leti kasneje je bilo razmerje občutljivih in neobčutljivih stafilokokov že spremenjeno. Le 30% stafilokokov je bilo mogoče zdraviti s penicilinom. V naslednjih letih raste odstotek odpornih debel in doseže v letu 1956 že 82%, občutljivih stafilokokov je le še 18%. Vzporedno narašča odpornost za druge antibiotike, tako da najdemo vedno več stafilokokov, zlasti v bolnišnicah, neobčutljivih za vse antibiotike, kar jih pri nas uporabljamo.

Poleg naraščanja odpornosti proti antibiotikom opazujemo vedno večjo razširjenost stafilokokov na tistih organih človeškega telesa, kjer jih pred leti skoraj nismo mogli najti. S tem v zvezi je razširjenost stafilokokov v črevesju pri mnogih bolnikih, ki so dobivali antibiotike s širokim spektrom delovanja. Stafilokoki so v črevesju in izločkih tako zelo razširjeni, da v primeri z nosnim izločkom blato po pravici velja za enakovreden vir okužbe. Bacilonosci po današnjem gledanju ne nosijo stafilokokov le v nosu, ampak tudi v črevesju. Če se stafilokoki v črevesju razmnože tako močno, da prerastejo vso naravno organizmu koristno floro, nastanejo resne motnje, ki se lahko končajo tudi s smrtjo. V takih primerih so se prav zelo obnesli preparati posušenih kultur mlečno kislil bakterij, neobčutljivih za antibiotike. Redno jih dajejo bolnikom med zdravljenjem z antibiotiki. S tem jim skušajo vsaj delno ohraniti narušeno ravnotežje. Dokler pri nas nimamo na razpolago takih preparatov domače proizvodnje, skušamo ohraniti ravnotežje z neškodljivo floro v jogurtu, ki naj ga bolnik uživa med zdravljenjem.

Bolniki z ošpicami ali influenco so stalno v nevarnosti, da se jim v dihalih, prizadetih po virusu, razmnože stafilokoki, ki so v organizmu navadno že prisotni. Razvijejo se nevarne pljučnice s smrtnim izidom v nekaj dneh. Enaka nevarnost preti oslabiljenim bolnikom s pljučnim edemom. Smrt nastopi v teh primerih zaradi toksinov, ki jih izločajo stafilokoki. Edino učinkovito sredstvo je zgodnje pravočasno dajanje ustreznega antibiotika, ki ga je treba ugotoviti pri preiskavi v bakteriološkem laboratoriju. Kadar se pokažejo znaki toksemije, je mogoče bolnika včasih še rešiti s kortizonom ali podobnimi hormonskimi preparati.

Posebno nevarne so stafilokokne pljučnice med dojenčki. Pomenijo najnevarnejšo komplikacijo, ki ji mali bolniček ni kos. Zato si v bolnišnicah na vso moč prizadevajo, da bi že tako ali tako precej rezistentni stafilokoki ostali občutljivi vsaj za nekatere antibiotike. Zato bi le-teh ne smeli na široko trošiti, ampak bi jih morali hraniti kot zlato rezervo za take resne in nevarne primere. Stafilokoki, ki smo jih preiskovali, so za zdaj še v preko 90% občutljivi za eritromicin, rovamicin, ambramicin in sigmamicin. Vendar moramo vedeti, da se tudi za te antibiotike lahko razvije rezistentnost v presenetljivo kratkem času. Sami smo opazovali, da je postal stafilokok v prebavnem traktu dojenčka rezistenten za rovamicin po enem tednu zdravljenja z rovamicinom. Nasploh smo pa med vsemi stafilokoki, kar smo jih izolirali v letu 1956, ugotovili občutljivost za rovamicin v 96% primerov.

V mikrobiologiji smo še pred nedavnim gledali čisto teoretično znanost. Pri teh opazovanjih pa moramo nehote priznati, da se s spreminjanjem bakterijskih bioloških lastnosti spreminja tudi vloga mikrobiologije. Postaja nam vsak dan bolj potrebna in res praktična veda. Tudi ne moremo tajiti, da je le s pomočjo mikrobiologije mogoče v nekaterih primerih premagati pretečo stafilokokno kugo.

O anemijah

Asist dr. Bojan Accetto

Priznati moramo, da je za katero koli vrsto medicinskega kadra, bodisi za zdravnike, medicinske sestre ali pa bolničarje, redno obnavljanje problematike v zvezi z anemijami potrebno in utemeljeno. To pa iz dveh razlogov:

1. Ljudi, ki boleajo za malokrvnostjo ali pa »imajo anemijo«, kot se izražamo medicinsko, je zelo veliko. Še več: statistike raznih zdravstvenih zavodov vpisujejo anemije po pogostnosti njih primerov celo na prvo mesto.

2. Drugi razlog, ki nas sili, da ponovno obravnavamo anemije, pa je v dejstvu, da z napredkom znanosti in obenem tudi z uvajanjem novih preparatov čedalje bolj obvladujemo terapijo teh bolezenskih stanj.

Ta dva razloga nas navajata, da vedno znova obnavljamo to poglavje interne medicine.

Menim pa, da v kratkem članku ni mogoče zadovoljivo obdelati to poglavje v celoti; tudi bi zaradi obsežne problematike anemij ne bilo dovolj zanimivo. Zato bom v tem kratkem poročilu poskusil obdelati le tiste najznačilnejše znake anemij, ki jih preiskovalec ugotovi že po kratkem kontaktu z bolnikom. Zatem pa bi rad opisal možnosti, ki jih ima sodobna medicina za zdravljenje teh bolezenskih stanj.

Bolezenski znaki, ki spremljajo anemijo, so zelo različni, kakor so po svojem vzroku različne tudi anemije. Gotovo pa je vsem anemijam skupno, da rdeče krvničke — bodisi, da jih je po številu manj ali pa so defektne — ne morejo po telesu raznesti dovolj kisika. In ravno v tem, da imajo rdeče krvničke kakor tudi druge celice v organizmu manj kisika, je vzrok premnogih bolezenskih znakov, ki spremljajo anemijo.

1. **Bledičnost** je pri anemikih skoraj vedno izražena; vedeti pa moramo, da bledičniki niso vedno anemični. Mnogokrat namreč opazujemo blede barvo kože tudi pri ljudeh, ki nimajo anemije, in je koža bleda zaradi zmanjšanega kožnega barvila ali pigmenta.

2. **Utrujenost** nastopa pri anemičnih bolnikih zato, ker se mišičevje ob naporu ne napaja dovolj s kisikom, ki je nujno potreben za delo mišic.

3. Tudi **težka sapa** ima svoj vzrok v pomanjkanju kisika; kajti anemik se hoče rešiti pomanjkanja kisika, pa močneje hlasta po zraku — diha torej poglobljeno in pospešeno.

4. **Omotičnost, zaspanost in glavoboli** nastopajo zaradi slabe prekrvljenosti možganov oziroma možganskih centrov. Prav zaradi tega ljudje z anemijo omahujejo pri hoji, tožijo, da se jim vrti v glavi, v vsakem položaju zadremljejo, ne zanimajo se za okolico, obnašajo se, kot da jim ni nič mar.

5. Nekateri tožijo o **bolečinah pri srcu** ali da jim srce hitreje utriplje. Medtem ko je bolečinam pri srcu vzrok slaba prekrvljenost srčne mišice, pa srce hitreje utriplje zato, da bi raznim tkivom telesa hitreje dovajalo kri in s tem izravnalo njeno slabšo kakovost.

Poleg teh znakov, ki v večji ali manjši meri najpogosteje nastopajo pri vseh anemijah, poznamo seveda še druge, ki nam pa že nakazujejo vrsto anemije. Mislím, da bo bolj pregledno, če naštejemo naslednje znake kar v zvezi z **različnimi vrstami anemij**.

1. Najpogostnejše so vsekakor anemije zaradi pomanjkanja železa (**sideropenična anemija**). To so vedeli že stari zdravniki, saj so že pred nič koliko

desetletji ob vsaki bleedičnosti predpisovali svojim bolnikom tzv. železno vino. Tudi podeželski padarji so dajali raznim bleedičnikom nasvete, kako naj se zdravijo; znano je uživanje jabolka, ki so 24 ur pred uporabo stala po policah, prebodena z rjastimi žebli; tudi pitje nekakšnega čaja, v katerem so kuhali rjaste žeblje, je znana terapija prejšnjega stoletja. Vsa ta opazovanja in terapija, znana že desetletja — so dobila z razvojem preiskavnih metod svoja znanstveno utemeljena tla, le da sedaj ne uporabljamo več rjastih žebeljev, temveč tablete ali injekcijske raztopine, bogate železa.

Znaki, ki kažejo na pomanjkanje železa, so prav izraziti. Subjektivni znaki, kot so pomanjkanje apetita, motnje v požiranju in bljuvanje, imajo svoj vzrok v zglijeni sluznici prebavil. Pogosto pa spremlja tovrstne anemije želja po kisli hrani, in to zaradi zmanjšane kislobe ali brezkislosti (hipaciditas, anaciditas) želodčnega soka.

Ker tkivo ne dobi dovolj železa oziroma ni z njim dovolj prehranjeno, dobijo ti bolniki krhke nohte, ki se radi lomijo in imajo tudi sicer značilno obliko: upognjeni so navznoter, konkavni so, torej vbočeni.

2. Druga je tista vrsta anemij, ki nastopa zaradi pomanjkanja vitamina B₁₂ ali podobnih substanc v organizmu. Govorimo o tako zvani **perniciozni in njej podobnih anemijah**. Znano je, da prav te anemije danes že z velikim uspehom zdravimo z vitaminom B₁₂, s preparati jeter in s folno kislino.

Znaki teh anemij so v mnogočem zelo podobni onim, ki pri nekaterih anemijah nastopajo zaradi pomanjkanja železa. Značilno pa je za to skupino, da imajo bolniki najčešče slamnato rumeno barvo kože, izraženo celo bolj od bleedičnosti. Spremembe na prebavilih, opisane v prejšnji skupini, nastopajo tudi pri perniciozni in njej podobnih anemijah. Le redko pa opazujemo krhke in lomljive nohte. Tako bomo že pri prvi orientacijski preiskavi lahko domnevali, da ne gre za sideropenično anemijo (anemija zaradi pomanjkanja železa), temveč za perniciozno in njej podobno anemijo.

V zvezi z do sedaj omenjenima vrstama anemij naj še pripomnim, da jih zanesljivo ločimo s preiskavo krvi. Dogodi se pa, da ima bolni človek prav vse naštetje bolezenske znake, ki jih srečujemo pri prvi ali drugi skupini anemij, kljub temu pa s preiskavo krvi ne ugotovimo anemije. Če pri takih ljudeh vseeno poskusimo zdravljenje z železom ali vitaminom B₁₂, bomo videli, da se jim stanje popravi. Zato moramo zaključiti, da je v organizmu že davno prej, še preden so se v krvi pojavile spremembe, bila potreba po železu ali vitaminu B₁₂ večja in da zadnje nastopajo spremembe v krvi. Zato sledi iz tega dejstva praktični zaključek: bolnika moramo zdraviti s temi preparati tudi takrat, kadar so prisotni vsi splošni, doslej naštetji bolezenski znaki, čeprav v krvi še ni sprememb, ki bi govorile za anemijo.

3. V tretjo skupino prištevamo anemije, **ki nastopajo po krvavitvi**. Tu so mišljene nenadne velike krvavitve kakor tudi manjše, ki trajajo nekaj tednov ali mesecev. Znano je, da privedejo do akutne anemije krvavitve iz želodčnega ali dvanajstnikovega čira, krvavitve iz nosu, iz genitala (pri ženskah), krvavitve zaradi raka na želodcu, krvavitve pri obolenjih pljuč (tuberkuloza, rak na pljučih) itd. Vse tovrstne anemije kažejo one splošne znake, ki smo jih naštetili že v začetku. Seveda so ti znaki po nenadnih krvavitvah, ko je organizem naenkrat izpostavljen velikemu pomanjkanju krvi — močneje izraženi, kakor pa po dalj časa trajajočih krvavitvah, ko se je organizem lahko že adaptiral — prilagodil na nove pogoje. Pri anemičnih obolenjih te vrste se največkrat pojavijo taki znaki kot pri anemijah, ki nastopajo zaradi pomanjkanja železa.

Zdravljenje teh anemij je razumljivo. Najprej moramo zdraviti osnovno bolezen, ki je privedla do krvavitve. Hkrati pa moramo nuditi organizmu sredstva (gradivo), ki so mu potrebna za ustvarjanje nove krvi. Prav gotovo je najvažnejši element v tem primeru železo. Kadar pa se srečamo z nenadnimi krvavitvami in z akutno anemijo, nastalo zaradi krvavitve, so potrebne tudi transfuzije krvi.

4. Naslednja skupina anemij je ona, kamor štejemo anemije zaradi hitrega — prekomernega razpada rdečih krvničk — bodisi da razpadajo v krvnem obtoku samem ali pa v vranici in njej podobnih organih. V takih primerih govorimo o **hemolitičnih anemijah** (hemoliza — razgradnja eritrocitov).

Splošni znaki so isti kot pri vseh anemijah — vendar tudi tu ne vodi bledičnost, temveč je koža slamnato rumene barve, to pa zaradi obarvanja tkiva s krvnim barvilom, ki se je sprostilo z razpadom rdečih krvničk. Zakaj pri vseh teh anemijah razpadajo rdeče krvničke v takem obsegu, da nastopa anemija, danes še ni dokončno razjasnjeno. Zato tudi zdravljenje teh anemij ni tako enotno in dognano, kot pri doslej naštetih anemijah. V zadnjih dveh letih se v zdravljenju teh anemij na veliko uporabljajo hormonski preparati (Kortizon, ACTH), ki dejansko privedejo do uspeha. Žal je uspeh le kratkotrajen, največkrat se anemija ponovi, ko jo prenehamo zdraviti s temi preparati. Poleg zdravljenja s hormonskimi preparati nam morajo mnogokrat priskočiti na pomoč tudi kirurgi; nekatere od teh anemij zdravimo namreč z odstranitvijo vranice (splenektomija). Še največkrat se obnese kombinirano zdravljenje: s hormoni in z odstranitvijo vranice.

5. In končno skupina anemij, ki nastopajo kot posledica ali sopojav obolenja kostnega mozga (**mielopatična anemija**). V teh primerih pa poleg splošnih znakov anemije ugotavljamo še nešteto drugih, tako da so znaki anemije dejansko večkrat v ozadju. Tovrstne anemije nastopajo pri levkemijah, agranulocitozah, trombocitopenijah, karcinomih, sarkomih, limfogranulomatozi, sepsah itd. Tudi zdravljenje teh anemij temelji predvsem na zdravljenju osnovne bolezni.

Kakor vidimo, je zdravljenje anemij v največ primerih učinkovito. Seveda je to odvisno od pravilne izbire terapevtskega sredstva — preparata. Žal se še vedno dogaja, da dobivajo anemiški preparate železa takrat, ko bi morali dobivati vitamin B₁₂ ali obratno; le premnogokrat opazujemo, da dobivajo anemiški železo in vitamin B₁₂ takrat, ko bi morali iskati in najti mesto krvavitve in zdraviti osnovno bolezen, ki je privedla do krvavitve in do anemije.

Če na kratko še enkrat pregledamo, kakšne možnosti imamo danes v zdravljenju anemij, potem to najboljše razberemo iz naslednje tabele.

Vzroki anemije	Zdravljenje anemije
Pomanjkanje železa (sideropenična anemija)	Preparati železa
Pomanjkanje vitamina B ₁₂ (perniciозна in podobne anemije)	Vitamin B ₁₂ , jetrni preparati, folna kislina
Krvavitve (posthemoragična anemija)	Zdravljenje osnovne bolezni Preparati železa. Transfuzije krvi
Razpad eritrocitov (hemolitična anemija)	Hormonski preparati (Kortizon, ACTH) Odstranitev vranice. Transfuzije krvi
Obolenje kostnega mozga (mielopatična anemija)	Zdravljenje osnovne bolezni, sicer simptomatično zdravljenje

Zaključek

Anemije so prav gotovo najpogostnejše notranje bolezni. Z bolniki anemiki se pri svojem delu srečujejo prav vsi zdravstveni delavci. Tako oni ob bolniški postelji kakor tudi tisti, ki so zaposleni v socialnomedicinsko — preventivni službi. V tej zadnji panogi medicinske dejavnosti se pri nas močno udeležujejo medicinske sestre na terenu, ki morajo simptomatiko anemij dobro poznati in pravočasno svetovati ustrezno zdravljenje. Tako n. pr. mora medicinska sestra vedeti, da ponovnih hudih menoragij kakor tudi krvavitev iz drugih organov človeškega telesa ne sme presojati le glede na obolelost tistega organa, temveč tudi s stališča anemije. Nadalje mora pojasnjevati, zakaj je potrebno, da zdravimo anemije dovolj dolgo dobo, kaj pomeni pravilna izbira zdravilnega preparata itd. Medicinska sestra na terenu torej lahko v mnogočem prispeva, da bo manj tako imenovanih zavoženih primerov anemij, in s pravi nastopom dostikrat pripomore k pravočasnemu zdravljenju, kar znatno skrajša delovno nesposobnost prizadetih.

Tako more pri zdravljenju anemičnih bolnikov prispevati svoj delež tudi medicinska sestra na terenu.

Dve nji

Nevroze — oziroma motnje — so tiste živčevalenskih znakov, vendar sprememb. Zato prištev. različko od tistih bolezn. nevrozah nastopijo dolo živčevju in v ostalih sist. je pri enem ali drugem območju organskih ali koliko funkcionalnih bolezenskih znakov, ne pa o tem, če je podlaga obolenja organska ali ni.

meri izražene duševne vi kar cela kopica bo- e ugotoviti bolj grobih kcionalna obolenja, za . Vendar pa tudi pri kemične spremembe v govoriti o tem, koliko

Pri nevrozah gre torej za bolezenske pojave v telesnem in duševnem območju. Pokažejo se pogosto pri ljudeh s posebno nagnjenostjo k tej bolezni velikokrat šele kot posledica neobičajnih doživljajev in duševnih konfliktov ali pa kot reakcija posameznih funkcionalno manjvrednih organov.

Zunanji vplivi profesionalnega in socialnega okolja, težave in neprilike v življenjski borbi, telesne in duševne poškodbe, infekcije, različne zastrupitve itd., pa tudi nekateri notranji faktorji, predvsem motnje v hormonalnem aparatu in v avtonomnem živčnem sistemu, morejo pri bolj dovzetnih ljudeh izzvati posebne nevrotične težave. Ti simptomi so zelo pestri, včasih izpremenljivi in muhasti. Večinoma so začasni, a se spet in spet pojavijo. Pri nekaterih stanjih pa so tudi bolj obstojni.

S povsem praktičnega stališča bi mogli v skupino nevroz prištevati tele bolezenske oblike:

Nevrastenijo, za katero bi rekli po domače — živčna oslabeledost.

Anemije so prav goto se pri svojem delu srečuj postelji kakor tudi tisti, službi. V tej zadnji pano jejo medicinske sestre na in pravočasno svetovati sestra vedeti, da ponovn organov človeškega tele organa, temveč tudi s st potrebno, da zdravimo ar zdravilnega preparata itd prispeva, da bo manj tako imenovanin zavozemni primerov anemij, in s pravilnim nastopom dostikrat pripomore k pravočasnemu zdravljenju, kar znatno skrajša delovno nesposobnost prizadetih.



zni. Z bolniki anemiki . Tako oni ob bolniški cinsko — preventivni nas močno udejestvu- anemij dobro poznati pr. mora medicinska i krvavitev iz drugih na obolenost tistega pojasnjavati, zakaj je omeni pravilna izbira rej lahko v mnogočem

Tako more pri zdravljenju anemičnih bolnikov prispevati svoj delež tudi medicinska sestra na terenu.

Dve važni živčni obolenji

Dr. Janko Kostnapfel

Nevroze

Nevroze — oziroma psihonevroze, če so v večji meri izražene duševne motnje — so tiste živčne bolezni, pri katerih se pojavi kar cela kopica bolezenskih znakov, vendar pa na samih organih ni mogoče ugotoviti bolj grobih sprememb. Zato prištevajo nevroze v tako zvana funkcionalna obolenja, za razliko od tistih bolezni, ki jih imenujemo organske. Vendar pa tudi pri nevrozah nastopijo določene mikrostrukturalne in biokemične spremembe v živčevju in v ostalih sistemih. Zato bi bilo bolj umestno govoriti o tem, koliko je pri enem ali drugem obolenju organskih in koliko funkcionalnih bolezenskih znakov, ne pa o tem, če je podlaga obolenja organska ali ni.

Pri nevrozah gre torej za bolezenske pojave v telesnem in duševnem območju. Pokažejo se pogosto pri ljudeh s posebno nagnjenostjo k tej bolezni velikokrat šele kot posledica neobičajnih doživljanj in duševnih konfliktov ali pa kot reakcija posameznih funkcionalno manjvrednih organov.

Zunanji vplivi profesionalnega in socialnega okolja, težave in neprilike v življenjski borbi, telesne in duševne poškodbe, infekcije, različne zastrupitve itd., pa tudi nekateri notranji faktorji, predvsem motnje v hormonalnem aparatu in v avtonomnem živčnem sistemu, morejo pri bolj dovzetnih ljudeh izzvati posebne nevrotične težave. Ti simptomi so zelo pestri, včasih izpremenljivi in muhasti. Večinoma so začasni, a se spet in spet pojavijo. Pri nekaterih stanjih pa so tudi bolj obstojni.

S povsem praktičnega stališča bi mogli v skupino nevroz prištevati tele bolezenske oblike:

Nevrastenijo, za katero bi rekli po domače — živčna oslabeledost.

Pri njej se pojavijo torej telesni in duševni bolezenski znaki. Samo nekaj teh: bolečine in različni neprijetni občutki po telesu (n. pr. otrplost, občutek mraza in vročine, občutek nekakšnega pretakanja, srbenje, občutek, da se po človeku sprehajajo mravlje itd.), preobčutljivost slušnega in vidnega živca (žvenket v ušesih, vrtoglavica, bliskavica itd.), znojenje telesa in še mnogi drugi. Tudi s strani organov se pojavijo neprijetni bolezenski znaki: bolečina pri srcu, zbadanje, hitro utripanje, otežkočeno dihanje, motnje prebave, spolnih funkcij itd. Sopotnik takšnega stanja je slabo razpoloženje, nespečnost, izmučenost, nesposobnost za delo in še druge težave.

Kot drugo bolezensko obliko bi lahko navedli histerijo z njenimi najrazličnejšimi bolezenskimi znaki.

Nadalje prisilne nevroze in nevroze strahu.

Pri teh se n. pr. pojavijo misli vsiljivke, ki se jih bolnik ne more otresti in postane njih suženj. Ali pa nastopi nepremagljivi strah pred določeno nalogo ali okoljem.

Omenili bi še tzv. koordinacijske nevroze. Med te sodijo tudi one, ki nastopijo pri osebah v določenem poklicu — profesionalne nevroze. Zelo znan je n. pr. krč pri pisanju.

Končno bi navedli še tiste nevroze, ki nastopijo po telesnih poškodbah in hujših duševnih pretresih.

Iz tega kratkega pregleda je menda slutiti obširnost, pa tudi važnost poglavja o nevrozah.

Povsem izreden problem so postale nevroze prav v današnjem času, ko se odvija življenje s takšnim tempom in duševnimi pretresi, kakršnega človek — kot osebnost doslej ni bil vajen.

Zategadelj bi bilo potrebno v mnogo večji meri izvajati predvsem tiste preventivne ukrepe, ki morejo znižati stalno naraščajoče število nevrotikov in omiliti njih bolezenske znake.

Multipla skleroza

Multipla skleroza je posebna živčna bolezen, pri kateri se pojavi tudi ohromelost mišic.

Po različnih statistikah oboleva za to boleznijo 5,5 do 11,4 procentov vseh zdravljenih živčnih bolnikov. Multipla skleroza nastopa pretežno med 20. in 40. letom in prizadene oba spola enako. Zelo pogosto obolevajo delavci in poljedelci.

Mnogi imajo za vzrok te bolezni različne mikroorganizme, tudi bakterije in viruse. Vendar pa je pravi povzročitelj te neprijetne bolezni za zdaj še neznan.

Pri multipli sklerozi se pojavijo sklerotična žarišča, ki so brez pravega reda razmetana po vsem centralnem živčnem sistemu. Zaradi tega je bolezenska slika lahko zelo pestra in more oponašati različne živčne bolezni. Njena spoznava pa postane tako včasih zelo otežkočena.

Vendarle pokaže bolezen večkrat tudi svoje več ali manj značilne bolezenske znake. Med te sodijo tudi nekateri očesni pojavi, težave pri govoru in določene motnje pri gibanju.

Posebno v zadnjih desetletjih se opaža, da v bolezenski sliki prevladuje delna ohromelost spodnjih okončin in zatorej tudi otežkočena hoja.

V začetku bolezni se pacienti tožijo nad tem, da se pri hoji hitro izmučijo in da jim klecajo noge, bodisi ena sama ali tudi obe.

Poleg že navedenih težav pa lahko nastopijo še druge okvare možganskih živcev, pojavijo se motnje pri izpraznjevanju mehurja in črevesa, izpremene se refleksi. Tudi v duševnosti nastopijo spremembe.

Laboratorijski izvidi pokažejo nekatere posebnosti.

Za multiplo sklerozo je značilen počasen začetek in potek bolezni, medčasno poslabšanje, pa spet poboljšanje bolezenske slike ter razmetanost sklerotičnih žarišč po vsem centralnem živčnem sistemu.

Bolezen nastopa v lažji in hujši obliki. Pri resnejšem poteku prevladajo obširne ohromelosti.

Multipla sklerozo traja nekaj let ali celo desetletij. Popolne ozdravitve za zdaj še ni bilo ugotoviti. Kljub hudim okvaram centralnega živčnega sistema pa je splošno stanje bolnika vendarle še kar dobro.

Zdi se, da poteka bolezen huje pri ženskah kot pri moških.

Zaradi slabega poznavanja nastanka bolezni je včasih zdravljenje manj uspešno. Večkrat pa vendarle koristijo nekatera zdravila, dieta in fizikalno zdravljenje.

Poročilo o življenjskih usodah 500 alkoholikov

Nedavno tega je ameriški psihiater S. Lemere po smrti pet sto alkoholikov nadrobneje raziskal njihovo življenje. V prvi vrsti je hotel ugotoviti, koliko pivcev umrje zaradi svoje strasti in kakšni vplivi privedejo pivca, da pitje omeji ali povsem opusti.

Preiskave tega psihiatra so dognale, da se je »do smrti napilo« 28% alkoholikov, 10% jih je moglo svojo pivsko strast deloma obvladati 29% jih je v enaki meri pilo do smrti, 22% jih je zaradi kakšne hujše bolezni prenehalo piti,

11% pa jih ni več pilo iz drugih vzrokov. Nadaljnje raziskavanje teh 11% je pokazalo, da je samo 7% alkoholikov opustilo pitje iz lastne trdne volje. Omembe vredna je tudi ugotovitev, da je 8% »spreobrnjenec« po večletni abstinenci začelo zopet piti. To dejstvo nam hkrati pove, kako negotova je presoja uspehov pri alkoholikih.

Povprečna starost alkoholikov je bila 52 let, 16 jih je dočakalo celo 75 let in več, 12% alkoholikov pa je umrlo pri 40 letih ali poprej.

M. K.

Plavanje na dolge proge

Dva športna zdravnika (Pugh in Edholm) sta nedavno tega preiskala 18 plavčev, ki so tekmovali pri plavanju čez Rokavski preliv. Ti plavači so bili 12 do 18 ur v morju, ki je imelo samo 16° C.

Pri tem jim je padla telesna temperatura v rektumu na 34,4 do 35,5° C. Na srečo so bili vsi ti plavači precej dobro rejeni, zaradi česar so očitno bolje prenašali mraz. Eden od njih je lahko nepremično sedel celo uro v vodi, ki je imela 16° C, ne da bi čutil kakšno neugodje. Med tekmovalcem so ti tekmo-

valci na uro in na m² površine porabili po 310 do 350 kalorij. Takšni trenirani »rokavčani« zgubijo mnogo manj telesne toplote kot povprečni plavalci, znižano temperaturo pa laže prenašajo, ker je prevod toplote pri njih za 50% manjši, toplotna izolacija pa dvakrat boljša kot pri navadnih plavalcih. Tem tekmovalcem se čez nekaj časa stanje nekako umiri (»stable state«) in oddajajo tedaj pri plavanju v mrzli vodi samo še toliko toplote, kolikor je producirajo.

M. K.

Družina in gospodinjstvo v bodočem razvoju komun

Vida Tomšič

O tej temi se razpravlja pri nas čedalje več. To kaže, da so se vprašanja, ki se tičejo družine in gospodinjstva, nekoliko zaostрила in da je dosežani gospodarski in družbeni razvoj pripravil pogoje in ustvaril možnosti za njihovo rešitev.

Na splošno se problemi družine in gospodinjstva pojavljajo na določeni stopnji družbenega razvoja in standarda in so v tem smislu njihju zrcalo. Posebni problemi v položaju družine in v njenih notranjih odnosih pa nastajajo zlasti v razdobjih naglega razvoja proizvodjalnih sil in spremembe družbenih odnosov. Vsaka industrializacija, bodisi da se razvija stihijsko kot kapitalistična ali pa načrtno pod pogoji, ko jo vodijo socialistične sile, prinaša v položaj družine velike spremembe. Naglo spreminjanje socialne strukture prebivalstva, urbanizacija, zaposlitev v moderni industriji, vse to privede do ostrega konflikta med zaposlitvijo v moderni industriji in zaostalim gospodinjstvom. Ta konflikt najhujše prizadene žensko-delavko, odseva pa tudi na delovni sposobnosti, telesnem in duševnem zdravju članov njene družine.

Z razvojem proizvodjalnih sil in s težnjo po rešitvi tega konflikta se začne proces postopnih sprememb v gospodinjstvu in družinskih odnosih. Po eni strani industrializacija sama po sebi razbija patriarhalne družinske vezi obenem s fevdalnimi družbenimi odnosi, na drugi strani pa ugotavljamo pospešeni napredek in modernizacijo gospodinjstva. Podlaga in pogoj vsega tega pa je splošni napredek proizvodjalnih sil kakor družin sploh, ne glede na to, ali je ženska zaposlena ali ne.

Ta proces se začneja že v kapitalizmu, socializem pa ga sprejme in premišljeno usmerja k novim družbenim smotrom. Jasno je, pa naj si to še tako želimo, da zaoštalosti objektivno in subjektivno ne moremo spreminjati, če ne bomo nasploh in stalno pospeševali razvoja proizvodjalnih sil. Če smo se pa odločili, da bomo premišljeno usmerjali krepitev proizvodjalnih sil, da ustvarimo osnovo novim družbenim odnosom, tedaj moramo premišljeno usmerjati in pospešiti tudi razvoj vseh tistih družbenih institucij, ki spremljajo družbeni razvoj in so do neke mere pogoj za njegov hitrejši napredek. Zato v vprašanju standarda v najširšem pomenu ne vidimo zgolj moralnega in socialnega vprašanja, temveč sestavni del splošnih gospodarskih in družbenih nalog.

V okviru usvojene politike in ukrepov, ki naj pospešijo dvig družbenega standarda, bomo reševali tudi pereča vprašanja iz življenja naših družin. V bližnjem razdobju bomo trošili več sredstev za vsakdanje potrebe državljanov. To je najtesneje povezano s povečanjem osebne in splošne potrošnje. Mnogo tega, od česar je odvisen standard in pa spremembe v gospodinjstvu, bomo financirali tudi iz povečanih osebnih dohodkov državljanov samih. To je edino

pravilno in izpodbujajoče. Seveda pa vse to terja jasno orientacijo v družbenih problemih, v metodah njihovega reševanja, ker le tako bomo sposobni mobilizirati sredstva, ki bodo državljanom na voljo ali v obliki osebnih dohodkov ali v obliki sredstev, ki jih gospodarske organizacije lahko svobodno uporabijo. Pri izdelavi občinskih družbenih planov je treba vse to upoštevati.

Stanovanjske skupnosti kot družbeni odnos

V letu 1957 opozarjata na to problematiko in metode njenega reševanja zlasti dva dokumenta: resolucija Zvezne ljudske skupščine o stanovanjski politiki in peti plenum Socialistične zveze. Zvezna ljudska skupščina ni sprejela vseh zakonov, ki bi stanovanjski skupnosti kot osrednji instituciji na tem področju začrtali podrobne značilnosti. Vendar kažejo dosednji predpisi in pa praksa, da smo le našli pot iz omenjenega konflikta. Ne da bi čakali na nove predpise, bi lahko zato posebno v občinah usmerili politične in gospodarske ukrepe k pospešenemu organiziranju stanovanjskih skupnosti.

Kadar se razpravlja o stanovanjskih skupnostih, se njih vloga pogosto utesnjuje na upravljanje in vzdrževanje stanovanjskih hiš, ki so v družbenem upravljanju. Dejansko pa je stanovanjska skupnost družbeni odnos med ljudmi, ki stanujejo v določenem stanovanjskem bloku, ulici, vasi ali naselju. Bistvo tega odnosa ni le v upravljanju stanovanjskih hiš, temveč v samoupravljanju, v tem, da vsakdanje življenjske potrebe skupno rešujejo državljani sami, tisti, ki živijo v istem stanovanjskem bloku, naselju itd. Zato v zvezi s stanovanjskimi skupnostmi tudi poudarjamo probleme družin, govorimo o razširjeni družini in pa o podružbljevanju gospodinjstva.

Družina in gospodinjstvo

Pri našem praktičnem delu si moramo biti v svesti, da sta družina in gospodinjstvo dva pojma, ki sta res bila v praksi in v zgodovini najtesneje povezana, a ju je kasnejši razvoj začel ločevati. Nekateri teoretiki mislijo, da je temeljna naloga družine samo gospodinjstvo in da se moramo z vsemi silami bojevati proti temu, da bi se gospodinjstvo izločilo iz življenja družine. To so teoretiki, ki tudi sicer mislijo, da je potrebno varovati vse družbene institucije, kakor da so večne. Dejanski družbeni razvoj pa čedalje bolj izločuje iz posamezne družine njeno gospodarsko dejavnost, pušča ji samo tisto, kar je najtesneje povezano s potrošnjo, izločuje pa iz gospodinjanskega področja vse tisto, kar pomeni proizvodnjo.

Zdi se, da moramo v tej smeri iskati tudi praktične zglede za našo premišljeno akcijo. Kot vemo, je Engels že zdavnaj predvideval podružbljenje gospodinjstva, kar bo družino osvobodilo tega dela, predvsem pa omogočilo ženski, da se pojavi v družbeni proizvodnji in družbenem upravljanju brez obremenitve, ki je zanjo zaostalo gospodinjstvo. Zato je treba ta proces, ki se v gospodarskem življenju ob industrializaciji v veliki meri že razvija, v socializmu premišljeno pripeljati do konca. V industrijsko manj razvitih državah zajema družinsko gospodinjstvo res še precejšen del proizvodnje; gospodinjstvo mora surovine ali polizdelke še naprej obdelovati, da postanejo izdelki primerni za potrošnjo. Podružbljevanje gospodinjstva pa napreduje z nadaljnjim izločevanjem te proizvodnje iz gospodinjstva v družbeno proizvodnjo obrtnega ali industrijskega tipa.

Družina potrebuje za svoje življenje stanovanje, hrano, obleko, potrebne so ji pa razen tega tudi določene dejavnosti, usluge, ki omogočajo vsakdanjo uporabo teh stvari (čiščenje stanovanja, pranje, krpanje in likanje perila, v manjšem obsegu tudi izdelovanje otroških oblačil, razna šiviljska dela, čuvanje otrok in podobno). Te usluge lahko v veliki meri opravlja posebna organizacija — uslužnostni obrat. Pri tem seveda moramo upoštevati vse možnosti, ki so nam na razpolago, kot n. pr. uporaba raznih naprav in pripomočkov, tehnično popolnejših materialov za stanovanje, obleko in družinske potrebe sploh, pač stvari, ki so trpežnejše in zahtevá njih vzdrževanje manj dela. Mislimo moramo tudi na to, da se v družinah postopno uveljavi nova razdelitev dela in da se k delu v ustreznem sorazmerju pritegnejo vsi člani družine, da tako opravlja doma vsak nekaj. Končno moramo računati tudi še z organizacijo raznih novih uslug, ki se lahko opravljajo izven doma ali pa jih prevzamejo doma posebne uslužnostne službe.

Tako bi morala v našem prizadevanju, da razbremenimo družino zaostalega gospodinjstva, čedalje bolj prevzemati proizvodnjo industrija, pomoč družinski potrošnji pa je treba zagotoviti z novo organizacijo uslug v okviru več družin, ki so med seboj povezane s stanovanjskim prostorom — v stanovanjski skupnosti.

Preostaja nam zadnje, vsekakor pa najvažnejše vprašanje v življenju družine: družina kot okolje za rejo in vzgojo otrok, kot kraj, kjer se izživljajo najintimnejši človeški občutki in skrb za človeka v svoji specifični posamični obliki. Tudi na tem področju je današnja družina v drugačnem položaju: čedalje manj opravlja razne naloge, kot so n. pr. zdravljenje, oskrba invalidov in starih članov, šolanje in strokovno izobraževanje otrok in podobno. Več institucij je, ki so v zgodovini prevzele nase te naloge in jih opravljajo bolje in bolj strokovno, kakor bi to bilo mogoče v okviru družine. Toda medtem ko izgublja mnoge izmed svojih gospodarskih in družbenih funkcij, ki se podružbljujejo, pa družina obenem pogloblja svoje emocionalno življenje. Osvobojena gospodarskega pritiska in s tem v zvezi tudi družbenih predsodkov zasnavljata mož in žena svoje družinsko življenje na medsebojnem spoštovanju, ljubezni ter prijateljstvu in na ljubezni do svojih otrok.

Skrb za otroke, posebno za predšolske otroke, je tisti problem, ki danes morda najbolj obremenjuje družino, predvsem pa ženo. Nagla industrializacija, ki je potegnila iz vasi na tisoče in tisoče novih delavcev v mesta in industrijske kraje, je vzela njihovim otrokom možnosti, ki sta jim jih nudila vas in vaški dom: da varujejo otroke starejši člani družine, medtem ko so matere in očetje na delu. Vaški način življenja pa razen tega vse drugače ureja in rešuje probleme otrok. V mestih ustanavljajo industrijski delavci družine, ki jih imenujemo ožje, ker živita v njih samo zakonca s svojimi otroki. Statistični podatki kažejo, da se tudi v Jugoslaviji postopoma zmanjšuje povprečno število članov v posameznih gospodinjstvih. Čedalje bolj se pojavlja samsko gospodinjstvo — brez družine. Medtem ko je bilo na primer leta 1921 med vsemi gospodinjstvi 5,2% samskih gospodinjstev in 36,4% s 6 in več člani, smo imeli v letu 1953 kar 12,1% samskih in 26,5% gospodinjstev s 6 in več člani. Taka ožja družina terja in potrebuje skupno družbeno pomoč ne samo glede gospodinjstva, temveč še bolj glede otrok. Moramo ji takšno pomoč nuditi res premišljeno. Ne strinjamo se namreč s stališčem, češ da nastajajo problemi teh družin samo zaradi tega, ker so žene zaposlene izven doma, in da bi zato morali te žene vrniti gospodinjstvu posameznih družin.

Kaj je treba upoštevati

Stanovanjske skupnosti morajo dati temeljni odgovor tudi glede teh težav. V njihovem okviru je treba ustanoviti take institucije, ki bodo ustrezale starejšem in otrokom tako po obliki kakor po ceni. Finančna sredstva je poiskati iz raznih virov. Temeljne investicije v prostore za otroke naj postanejo sestavni del stanovanjske graditve in naj se obravnavajo enako kakor ta graditev, to pomeni, da spadajo tudi ti stroški v strukturo cene za posamezno stanovanje. Vzdrževanje in delovanje vseh takih ustanov pa bi morali financirati iz osebnih dohodkov državljanov. Za vzgojo in zdravstveno nadzorstvo pa bi bilo treba angažirati družbena sredstva širše skupnosti — komune in okraja.

Tako bi se v okviru stanovanjskih skupnosti družine nekako znova združile — ne na podlagi krvnih vezi, temveč ob reševanju svojih vsakdanjih potreb. Tako bi nastale nove širše družine. V tem pomenu tudi govorimo o stanovanjski skupnosti kot novem družbenem odnosu. Materialna osnova tega odnosa je produktivno delo družinskih članov v družbeni proizvodnji. V stanovanjski skupnosti se družine povezujejo za stvarjanje in obnovo delovne sile ter obenem za skupno izboljšanje svojega standarda s podružbljenjem gospodinjstva.

To je pot za reševanje konflikta med napredno industrijo in zaostalim gospodinjstvom. Še več — stanovanjska skupnost odpira možnosti za nova delovna mesta. Osnovna šola za to pa je samoupravljanje. Že danes je zanimiv pojav, da so z določenimi oblikami samoupravljanja zajeti tudi otroci (pionirski hišni sveti), tu je nadalje novo delovno področje za stare ljudi, ki se po svojih sposobnostih koristno zaposlijo. Nobeni posebni domovi ne bi mogli bolje rešiti teh problemov — da se le stanovanjske skupnosti pošteno lotijo tega dela.

Ko rešujemo problem zaostalega gospodinjstva, pa v nobenem primeru ne smemo tega dela, kot rečeno, omejiti samo na reševanje socialnih problemov. V središču pozornosti je človek — družina, dvig delovne storilnosti z izboljšanjem telesne in duševne kondicije državljanov, s skrbjo za njihovo udobnejše in srečnejše življenje. Za to so danes skoraj vse možnosti, ustvarjeni so tako objektivni kakor subjektivni pogoji za njihovo rešitev v mestih, posebno v tistih, ki imajo bolj razvito industrijo in visok odstotek zaposlenih žensk. Na vasi se razvija ta proces bolj počasi. V pokrajinah z bolj razvitim kmetijstvom in kjer so kmetje bolj prosvetljeni, pa potreba skupnega boja proti zaostalemu gospodinjstvu kakor tudi razpoložljiva osebna sredstva kmetov omogočajo organiziranje podobnih ustanov in uslužnostnih obratov tudi v okviru vaše skupnosti. Vemo za več primerov, ko so skupaj nakupili stroje za pranje perila, organizirali tudi šolske kuhinje in knjižnice — in to na podlagi samoprispjevka.

Ali je ta rešitev draga: Za nizko delovno storilnost je vsaka družbena institucija draga, tako šola kakor bolnišnica itd. Pri bolj razviti delovni storilnosti pa je prav zaostalo in primitivno gospodinjstvo tisto, kar je drago. Zato pa je pot v prizadevanju za splošni dvig delovne storilnosti tudi boj za čim cenejše usluge v okviru stanovanjske skupnosti. Občine in njihovi plani imajo lahko pri tem važno organizacijsko vlogo. Pri graditvi stanovanj se je treba bolj kakor doslej prizadevati za pocenitev in funkcionalno bolj pravilno postavljanje stanovanjske graditve, za graditev, ki bo že pri svojih načrtih računala s skupnim reševanjem mnogih družinskih problemov (prostori za bivanje otrok, igrišča, prostori za uslužnostne obrate itd.). Pa tudi v starih stanovanjskih blokih je mogoče z majhnimi adaptacijami urediti prostore v ta namen, če le problem pravilno pojmuemo.

Novi in razširjeni predpisi o varstvu zaposlene žene

Dr. Bronislav Skaberne

V zadnjih letih je prišlo pri nas do velikih družbenoekonomskih sprememb, ki se kažejo zlasti v spremenjenem družbenem položaju proizvajalcev. Le-ti namreč ne sodelujejo več samo v proizvodnji, ampak tudi v njenem upravljanju in razvrstitvi proizvodnje, tako v podjetju kakor tudi v okviru celotne družbene skupnosti. Te velike spremembe v vlogi proizvajalca so nujno vplivale tudi na značaj in vsebino delovnega razmerja. Zato je bilo treba pripraviti zakon, ki bi v celoti in sistematično ter v skladu z današnjo stopnjo družbenega in gospodarskega razvoja urejal vsa vprašanja delovnih razmerij.

Zakon se je pripravljaval tri leta. Končni predlog zakona je bil izdelan po sklepih skupne komisije Zvezne ljudske skupščine in Zveznega izvršnega sveta. V decembrskem zasedanju je Zvezna ljudska skupščina sprejela ZAKON O DELOVNIH RAZMERJIH, ki je objavljen v 53. številki Uradnega lista FLRJ z dne 25. decembra 1957. Zakon določa, da se uporablja od 1. januarja 1958, veljavo pa je dobil 2. januarja 1958, t. j. osmi dan po objavi.

Novi zakon o delovnih razmerjih je na novo uredil varstvo žena v delovnih razmerjih. Obenem pa je določil, da s 1. januarjem 1958 nehajo veljati dosedanja uredba o varstvu nosečih žena in doječih mater v delovnem (uslužbenskem) razmerju (Ur. l. FLRJ 31/49, 88/49 in 35/52), uredba o prepovedi zaposlovanja žena in mladine pri določenih delih (Ur. l. FLRJ št. 11/52 in 27/52) in odlok o prepovedi nočnega dela žensk, zaposlenih v industriji in gradbeništvu (Ur. l. FLRJ št. 19/56).

V tem sestavku bomo na kratko opozorili na bistvene razlike nasproti dosedanjim predpisom, ki so urejali varstvo zaposlenih žena.

Prvi del zakona uresničuje načelo enotnosti vseh delovnih ljudi pri njihovem položaju v delovnih razmerjih. V izvajanju tega načela, ki izhaja iz enotne družbeno-politične osnove, predpisuje zakon splošne določbe o delovnih razmerjih, ki so skupne vsem delovnim razmerjem, najsi gre za delovne ljudi v podjetjih ali tovarnah (gospodarskih organizacijah) ali pa za uslužbenke v državni službi (javnih službah, n. pr. v zdravstvenih zavodih) ali v službah družbenih organizacij. Med te splošne določbe o delovnih razmerjih so razvrščene tudi določbe o »posebnem varstvu žena«.

Posebno varstvo žena vsebuje določbe:

- a) o »varstvu nosečnic in mater« in
- b) o »delih, ki so za žene prepovedana«.

Novi zakonski predpisi so v mnogočem razširili dosedanje predpise, ki so urejali ta vprašanja.

Varstvo nosečnic in mater

Predvsem je po novem zakonu podaljšan porodniški dopust od dosedanjih 90 dni na 105 dni. Razlog tej razširitvi niso le zdravstveni vzroki, ampak tudi večje možnosti naše domovine, ki so bile ustvarjene z vztrajnimi napori vseh delovnih ljudi v zadnjem času. V zakonskem gradivu je izrecno poudarjeno, da gre za 105 koledarskih dni, kar približno ustreza 90 delovnim dnevom.

V prehodnem času velja načelo, da bodo žene, ki so nastopile porodniški dopust še v letu 1957, in to do vštete 1. januarja 1958, imele le 90 dni porodniškega dopusta. Tiste žene, ki so nastopile porodniški dopust 2. januarja 1958 ali pozneje, pa bodo že imele 105 dni porodniškega dopusta.

Novi zakonski predpisi določajo, da se porodniški dopust »mora dati na zahtevo nosečnici, ko da zdravnik javne zdravstvene službe izvid in mnenje, da je mogoče pričakovati porod v 45 dneh od pregleda.« Iz tega sledi, da nosečnica ne more nastopiti porodniškega dopusta prej ko 45 dni pred porodom. Isto je veljalo tudi do sedaj. Nasprotno dosedanjim predpisom novi zakon nič ne določa, da bi morala noseča žena določen čas porodniškega dopusta izkoristiti pred porodom. Prejšnja uredba o varstvu nosečih žena je silila porodnico, da je morala predporodni dopust nastopiti vsaj 21 dni pred pričakovanim porodom in da je za poporodni dopust mogla prihraniti le 24 dni. Ko torej tega predpisa ni več, bi načeloma porodnica ves čas 105 dni lahko izkoristila tudi po porodu. Tako je torej od porodnice odvisno, kdaj bo v roku 45 dni pred porodom dejansko odšla na porodniški dopust. Vsaka pametna porodnica se bo glede tega pač ravnala po nasvetih zdravnika.

Če bi porodnica zaradi zmotne zdravnikove presoje pred porodom prekorčila 45-dnevni predporodni dopust, bo za čas od izteka 45 dni pa do dejanskega poroda prav tako dobila nadomestilo za plačo. Tudi se ji ta čas ne bo štel v porodniški dopust. Torej se bo v tem primeru predporodniški dopust podaljšal, medtem ko bo poporodni dopust v takih primerih na vsak način znašal 60 dni, in to ne glede na število dni, ki minejo do poroda po izteku 45 dni.

Žena v delovnem razmerju, ki si je pridobila pravico do rednega dopusta pred porodniškim dopustom, ima kot do sedaj pravico izrabiti svoj redni letni dopust takoj po poteku porodniškega dopusta. Nova je določba, da more žena izrabiti svoj redni letni dopust po porodniškem dopustu tudi takrat, če gre na porodniški dopust konec leta, pa v tem letu še ni izrabila svojega rednega letnega dopusta. Ta določba je pomembna zaradi tega, ker neizrabljenega letnega dopusta načeloma ni mogoče prenesti v naslednje leto.

Glede na skrajšanje delovnega časa zaradi hranitve otroka je novo to, da traja skrajšan delovni čas »polovico rednega delovnega časa«, medtem ko je do sedaj trajal skrajšan delovni čas 4 ure, za tiste, katerih redni delovni čas je bil krajši od šestih ur, pa 3 ure dnevno. Po novih predpisih traja torej skrajšan delovni čas doječih žen, ki so sicer redno zaposlene 7 ur, samo tri in pol ure (in ne več 4 ure), za tiste pa, ki imajo peturni delavnik, znaša skrajšan delovni čas zaradi hranitve otroka le dve uri in pol (ne pa več 3 ure kot do sedaj).

Novi zakon sedaj tudi predpisuje, da se skrajšan delovni čas zaradi hranitve otroka prizna v delovno dobo kot redni delovni čas, česar dosedANJI zakon ni določal.

Po dosedanjih predpisih o varstvu zaposlenih žena je direktor podjetja ali starešina ali drug voditelj po zaslišanju sindikalne organizacije lahko dovolil materi, ki v družini ni imela nikogar, da bi negoval njenega otroka, še nadalje skrajšan delovni čas tudi po izteku šestih oziroma osmih mesecev, ko je zaradi dojenja otroka imela pravico do tega že po zakonu. Novi predpisi dajejo zaposleni ženi, ki nima nikogar za negovanje njenega otroka, pravico do štiriurnega skrajšanega delovnega časa in tako ni več odvisna od volje direktorja ali starešine urada. Tudi ni več predpisano, da bi bilo treba zaradi skrajšanja delovnega časa poprej zaslišati sindikalno organizacijo. Skrajšan delovni čas zaradi nege otroka se prizna v delovno dobo kot redni delovni čas, kar je sedaj v zakonu izrecno določeno.

Prejšnja uredba o varstvu nosečih žen in doječih mater v delovnem (uslužbenskem) razmerju je določala, da se ne sme poslati na delovno mesto izven kraja svoje stalne zaposlitve noseča žena po dopolnjenem šestem mesecu nosečnosti oziroma tudi prej ne, če pristojni zdravnik ugotovi, da bi to škodovalo njenemu zdravju. Ista prepoved je veljala tudi za doječo mater do vštete osmega meseca dojenja. Novi zakon je znatno razširil to pravico zaposlene noseče in doječe žene v tem, ko določa, da se ne sme poslati na delovno mesto izven svojega bivališča noseča žena po dopolnjenem četrtem mesecu, pa tudi prej ne, če bi to škodovalo njenemu zdravju. Isto velja po novih predpisih tudi za mater z otrokom do sedmih let starosti, razen če bi mati sama prosila za tako premestitev.

Nove so tudi določbe o varstvu zaposlene noseče žene ob likvidaciji podjetja. Zakon določa: »Žena v delovnem razmerju, ki ji je po treh mesecih nosečnosti prenehalo delovno razmerje zaradi likvidacije organizacije, ima za čas, ko ni zaposlena, pravico do tolikšnega denarnega nadomestila, kolikor je znašal njen zadnji mesečni osebni dohodek oziroma kolikor je znašala njena zadnja mesečna plača, ne glede na to, ali izpolnjuje pogoje, ki jih določajo predpisi za priznanje te pravice.« To pravico ima nosečnica do poroda, potem pa uživa varstvo po predpisih o zdravstvenem zavarovanju.

Tudi prepoved nočnega dela nosečnic je po novih predpisih razširjena. Tako je noseči ženi sploh prepovedano nočno delo (prej le noseči ženi po dopolnjenem 4. mesecu nosečnosti). Prav tako je sedaj prepovedano nočno delo materi z otrokom do enega leta, medtem ko je bilo prej prepovedano nočno delo doječi materi le do vštete osmega meseca in se je po mnenju zdravnika javne zdravstvene službe ta prepoved lahko podaljšala največ do enega leta. Sicer pa je novi zakon prevzel določbe glede prepovedi nočnega dela žena v industrijskih in gradbenih gospodarskih organizacijah po določbah odloka o prepovedi nočnega dela žensk, zaposlenih v industriji in gradbeništvu (Ur. l. FLRJ št. 19/1956).

Nosečnicam je sedaj prepovedano nadurno delo ne glede na trajanje nosečnosti, medtem ko je prej veljala ta prepoved za nosečnice le po dopolnjenem četrtem mesecu nosečnosti. Mati pa lahko po porodu začne z nadurnim delom šele po preteku dobe, ko ji je zaradi hranitve otroka dovoljen skrajšan delovni čas, torej šele po šestih oziroma osmih mesecih otrokove starosti. Nova je tudi določba, da je za nadurno zaposlitev matere z otrokom, ki še ni star 7 let, potrebna njena pismena privolitev.

Dela, ki so za žene prepovedana

Glede prepovedi zaposlitve in razporeditve žena pri zdravju škodljivih, za življenje nevarnih in posebno težkih telesnih delih ni večjih sprememb nasproti dosedanjim predpisom.

Na novo je določeno, da se smejo pri podzemeljskih delih v rudnikih izjemoma zaposliti žene: ki so na vodilnem položaju in ne opravljajo fizičnega dela; ki so zaposlene v zdravstvenih in socialnih službah; ki morajo prebiti določeno dobo v podzemeljskih delih rudnika zaradi strokovne izpopolnitve in ki so zaradi izrednih razmer poklicane, da gredo v podzemne dele rudnika in opravljajo tam delo, ki po svojem značaju ni fizično delo.

Delovna mesta, na katerih je prepovedano delo žene, določijo sedaj tričlanske komisije, medtem ko so imele prej te komisije štiri člane. Predsednik komisije mora biti član delavskega sveta. Skladno z načeli delavskega samoupravljanja je na novo urejena tudi pravica ugovora zoper odločbe komisije. Po novem zakonu ima pravico do ugovora zoper odločitev komisije direktor oziroma starešina gospodarske ali druge organizacije ter sindikalna organizacija. Ugovor je treba nasloviti na delavski svet oziroma na nadrejeni organ, če ne gre za gospodarsko organizacijo. Do sedaj so se taki ugovori reševali izven gospodarske organizacije pri posebni komisiji sveta za ljudsko zdravstvo in socialno politiko ljudskega odbora.

Zakon o delovnih razmerjih predpisuje tudi še nov skrajšan delovni čas za žene, ki iz družinskih razlogov ne morejo delati poln delovni čas. Za te žene se lahko v podjetju, ustanovi ali uradu uredijo delovna mesta, kjer delajo skrajšan delovni čas, če to ni v škodo rednega poslovanja. Za skrajšani delovni čas, glede katerega ni določeno, koliko časa naj traja, ima žena pravico do osebnega dohodka oziroma plače po času, kolikor dejansko dela, to je po učinku. Za ta skrajšani delovni čas v zakonu ni predpisano, da se prizna v delovno dobo kot redni delovni čas.

*

Tudi po novem zakonu ni mogoče odpovedati delovnega razmerja noseči ženi in doječi materi. To pravno določilo je sedaj določeneje opredeljeno glede doječe žene, in sicer z določbo novega zakona, da ni mogoče odpovedati »materi z otrokom do osmih mesecev starosti«. Za odpoved torej sedaj ni več odločilno, da mati doji, marveč je odločilna izključno le starost otroka.

*

Določbe o varstvu zaposlene žene je zakonodajalec zavaroval tudi s kazenskimi določbami za primer kršitve. Tako se kaznuje gospodarska ali druga organizacija za prekršek z denarno kaznijo od 10 000 do 200 000 din:

- a) če odreče delavki porodniški dopust;
- b) če odreče materi izredni dopust za nego zbolelega otroka;
- c) če ukaže nosečnici ali materi z otrokom do šestih oziroma osmih mesecev starosti nočno ali nadurno delo, razen v primerih, ko jih zakon dovoljuje;
- d) če zaposli delavko na delu, na katerem jo je prepovedano zaposliti, in
- e) če nosečnice ne razporedi na delo (delovno mesto), na katerem med nosečnostjo lahko dela.

Za to dejanje se kaznuje tudi odgovorna oseba organizacije s kaznijo od 1000 do 15 000 din.

Če gospodarska ali druga organizacija materi na njeno zahtevo ne dovoli letnega dopusta, takoj ko ji poteče porodniški dopust, če materi z otrokom, ki še ni star 3 leta, ne omogoči dela s skrajšanim delovnim časom in če nosečnico ali mater z otrokom, ki še ni star 7 let, razporedi ali začasno pošlje na delovno mesto izven kraja, v katerem živi, se organizacija kaznuje za prekršek z denarno kaznijo od 5000 din do 100 000 din, odgovorna oseba organizacije pa za isti prekršek z denarno kaznijo od 500 do 10 000 din.

Pregled pravic zaposlene žene po novih predpisih

Zaposlena žena ima po novem zakonu o delovnih razmerjih naslednje posebne pravice:

1. Porodniški dopust, ki traja 105 dni. Nastopiti ga more 45 dni pred porodom, lahko pa ga nastopi tudi kasneje. Po izteku porodniškega dopusta lahko vzame žena redni letni dopust. Le-tega lahko izrabi tudi v novem letu, če je porodniški dopust nastopila konec leta, pa ga v tem letu še ni izrabila.

2. Med porodniškim dopustom ima žena pravico do nadomestila za plačo po predpisih o zdravstvenem zavarovanju. (Zaposlena žena, ki je bila zavarovana najmanj 6 mesecev nepretrgoma ali s presledkom 12 mesecev v zadnjih dveh letih, ima pravico do nadomestila za plačo v višini 100% osnove, t. j. povprečja plač s stalnimi dodatki v zadnjih treh mesecih. Zavarovanka, ki ni zaposlena toliko časa, dobi le 80% te osnove.)

3. Zaradi hranitve otroka ima zaposlena žena pravico na skrajšan delovni čas, ki traja polovico rednega delovnega časa. Zaposlena mati lahko dela skrajšan delovni čas 6 mesecev po porodu. Izjemoma pa se po mnenju zdravnika lahko podaljša največ do osmega meseca po porodu.

4. V dobi skrajšanega delovnega časa dobi žena plačo za čas, ko dela, in nadomestilo za plačo za tisti del rednega delovnega časa, ko ne dela.

5. Če zaposlena žena nima nikogar v družini, da bi negoval njenega otroka, ima po izteku šestih oz. osmih mesecev skrajšanega delovnega časa zaradi hranitve otroka pravico na skrajšan 4-urni delovni čas, in to, vse dokler otrok ne dopolni 3 let starosti. Zaposlena žena ima v dobi skrajšanega delovnega časa pravico na plačo le za čas, ko dela.

6. Žena, ki iz družinskih razlogov ne more delati poln delovni čas, lahko dela skrajšan delovni čas, če to ni na škodo rednega poslovanja podjetja ali ustanove. Skrajšan delovni čas se uredi po dogovoru.

7. Noseča žena po dopolnjenem četrtem mesecu nosečnosti (po mnenju zdravnika lahko tudi prej) in mati z otrokom do sedmih let se ne sme premestiti na delovno mesto izven kraja, v katerem živi. Žena z malim otrokom do sedmih let pa se lahko premesti na delovno mesto izven svojega bivališča, če to sama zahteva.

8. Če je materina nega po zdravnikovem mnenju otroku nujno potrebna, ima zaposlena mati pravico do izrednega dopusta (po predpisih o zdravstvenem zavarovanju lahko traja ta izredni dopust največ 30 dni, pri dojenčku pa tudi dalj časa). Za čas izrednega dopusta ima žena pravico do nadomestila za plačo, kot če bi bila sama bolna.

Žena, ki ji je po treh mesecih nosečnosti prenehalo delovno razmerje zaradi likvidacije podjetja, ustanove ali urada, ima v času, ko ni zaposlena, pravico do denarnega nadomestila v višini zadnjega mesečnega obroka. To nadomestilo ji gre do poroda, potem pa uživa varstvo po predpisih o zdravstvenem zavarovanju.

10. Noseči ženi in materi z otrokom do enega leta starosti je prepovedano nočno delo.

11. Noseči ženi je prepovedano nadurno delo. Mati z malim otrokom pa lahko dela nadurno delo po izteku skrajšanega delovnega časa zaradi hranitve otroka, t. j. po šestem oziroma osmem mesecu od otrokovega rojstva.

12. Ne glede na starost se žene ne smejo zaposliti niti ne razporediti k delom, ki so zdravju škodljiva ali za življenje nevarna, prav tako tudi ne k posebno težkim telesnim delom. Izjeme od tega načela smo navedli že prej. Razen tega pa lahko pristojni inšpektor za delo dovoli izjeme, kadar je v organizaciji oziroma zavodu izvedena mehanizacija, avtomatizacija in hermetizacija delovnega postopka, če so s takimi ukrepi škodljivi vplivi odstranjeni ali toliko zmanjšani, da ni nevarnosti za življenje ali zdravje žene, kakor tudi, če jih osebna varstvena sredstva lahko uspešno varujejo industrijskih strupov in prahu.

13. Nosečnica se ne sme zaposlovati in tudi ne razporejati na dela, kot so: dela, pri katerih prihaja do stalnega in močnega tresenja telesa ali daljšega pritiska na telo; dela, pri katerih se razvijajo hlapi, prah in škodljivi plini; dela z radioaktivnimi in rentgenskimi žarki; dela, pri katerih je treba pogosto ali stalno dvigovati bremena in podobno.

14. Nosečnica po dopolnjenem četrtem mesecu nosečnosti se tudi ne sme zaposlovati ne razporejati na dela, kot so: dela, ki se opravljajo v prisiljenem položaju telesa; dela, ki se opravljajo stoje, če ni mogoče, da bi od časa do časa sedla; dela na stroj, ki se poganjajo z nogo in podobno.

15. Nosečnico, ki opravlja dela (dela na delovnih mestih), pri katerih med nosečnostjo ne sme biti zaposlena oziroma na katera ne sme biti razporejena, je treba razporediti na drugo, lažje delo, pri čemer pa obdrži pravico do osebnega dohodka oziroma do plače, ki jo je imela na prejšnjem delu.

16. Nosečnici in materi z otrokom do osmih mesecev se delo ne sme odpovedati.

Poraba vode stalno narašča

Svetovna zdravstvena organizacija je že večkrat opozorila na rastočo uporabo vode na svetu, ki se ravna po tem, kakor seboljšujejo življenjske razmere. Le-te so pa zlasti v zvezi z napredovanjem industrializacije.

V nekem mestu s 50 000 prebivalci naj bi bila povprečna potrošnja vode nekako 300 l na dan za vsako osebo. Ta na videz razkošna potrošnja vode nam bo takoj

razumljiva, če pomislimo, da porabi industrija pri produkciji za liter bencina 10 l vode; za kg papirja 182 l vode, za kg volne 530 l vode; za tono cementa 3000 litrov vode; za tono dobrega jekla pa kar 250 000 litrov vode.

Vzporedno z vedno večjo uporabo vode gre tudi večje onečiščenje rek in potokov, ki ni brez škodljivega vpliva na zdravje ljudi in živali.

M. K.

Beleške ob knjigah

Delo, zdravje in starost

Spisala dr. Stane Lajevec in dr. Dušan Reja. Izdala Prešernova družba kot izredno knjigo za leto 1958. Knjiga obsega 124 strani.

Prvi del knjige »Delo in zdravje« je napisal dr. Stane Lajevec, naš znani strokovnjak za industrijsko higieno. Avtor pravi, da je pri nas z vse večjim razvojem industrije nastala tudi nujna potreba po novi panogi medicine — po medicini dela. V zelo izčrpni in poljudni obliki opisuje delovne pogoje, ki lahko v večji ali manjši meri vplivajo na zdravje delavca in na njegovo storilnost. Obravnava organizacijo zdravstvene, higienske in socialne službe v podjetju, ki mora nuditi zaposlenim nadzorstvo in strokovno pomoč. To so predvsem obratna ambulanta, oddelek za varnost pri delu, socialno delo v podjetjih in komisija za higiensko in tehnično zaščito pri delu. Nemajhno vlogo pa morajo prevzeti tudi sindikalne organizacije, ki morajo biti pobudnice, da se novi zakoni in predpisi tudi izvajajo v korist varstva delavcev.

Pri opisu poklicnih bolezni, ki nastanejo pri izvrševanju poklicnega dela, pa avtor navaja vzroke, ki lahko povzročijo akutna ali kronična poklicna obolenja. Posebej obravnava varstvo žene in mladine pri delu, zaposlovanje šibkih in kroničnih bolnikov, rekonvalescentov in invalidov, kar imenuje socialno razdelitev dela in posebno skrb za posameznika.

V drugem delu knjige »Za zdravo in lepo starost« pa piše dr. Dušan Reja, kako naj s pravilnim načinom življenja človek že zamlada skrbi, da bo zdrav in zadovoljen preživel svoja stara leta in se starosti ne bo bal.

Danes se širom po svetu posveča mnogo pozornosti življenjskim razmeram nasploh, obenem pa tudi telesnemu in

duševnemu zdravju človeka, in to vse od dojenčka pa do otroka in mladine ter odraslih ljudi. Po vseh civiliziranih deželah je razen tega čedalje večje pažnje deležen tudi problem starih ljudi, katerih odstotek postopoma narašča zaradi povprečno daljše življenjske dobe posameznika. Naši socialistični etiki to vprašanje še posebej nalaga dolžnost, da v starem človeku ne vidi zgolj nekoga, ki je odslužil, temveč člana skupnosti, ki je za družbo svoj čas prav tako ustvarjal in doprinesel svoj delež in ji je na starost s svojimi bogatimi izkušnjami še vedno lahko v korist.

V poglavjih: Kako se staramo, Nekaj značilnih potez pri starih ljudeh, Kakšni naj bi bili domovi za stare ljudi in O zdravem življenju na stara leta avtor v zelo poljudni obliki razpravlja o osnovnih načelih oziroma smernicah, po katerih naj bi se ravnali ljudje, ko prestopijo prag življenjske zrelosti. Ob koncu pa avtor opozarja, da se moramo na to obdobje življenja pripravljati že mladi in že tedaj nalagati kapital, ki nam bo donášal bogate obresti v zdravi in srečni starosti.

N. J.

Posledice tuberkuloze v gospodarstvu Slovenije

Spisal Joško Nograšek. Založil Glavni odbor Rdečega križa Slovenije. Knjiga obsega 94 strani in stane din 400.—

Avtor je s pomočjo statističnega gradiva — s tabelami in grafikoni — prikazal obolevanje ljudi za tuberkulozo v Sloveniji. Že dolgo je znano, da je tuberkuloza izrazit socialnomedicinski problem, zato jo moramo obravnavati tudi z gospodarskega vidika države in jo presojati glede na to, kakšni so stroški za njeno zdravljenje in zatiranje in kakšno invalidnost povzroča.

Avtor nadalje ugotavlja, da smo pri zdravljenju tuberkuloze dosegli pomembne uspehe in razmeroma velik napredek. Vsa skrb pa je doslej veljala predvsem vprašanju, kako odkriti obolele, kako jih pozdraviti in spet vključiti v družbeno življenje. Važnejša in prva skrb zdravstvene službe pa mora biti, kako ohraniti ljudi zdrave in kako jih v odpornosti toliko utrditi, da ob srečanju s to boleznijo ne bodo klonili.

Knjiga nam nazorno prikazuje stanje tuberkuloze v Sloveniji in pa finančna bremena, ki jih ta bolezen nalaga našemu gospodarstvu. Zato se bo ob celi vrsti konkretnih podatkov pač moral zamisliti vsak zdravstveni delavec in se tem bolj zavedati velike odgovornosti, ki jo ima nasproti družbi pri zatiranju te socialne bolezni.

N. J.

Ljubezenska čustva in odnosi

Tako se glasi naslov tretje knjige, ki zaključuje dr. Žlebnikovo delo »Ljudje med seboj«. Knjigo je izdala Zveza prijateljev mladine in stane din 550.—

V tej knjigi je avtor dr. Leon Žlebnik ciklusu radijskih predavanj »O odnosih pred zakonom« dodal še obsežno novo gradivo, ki obravnava aktualna vprašanja in odnose »V zakonu«. V uvodu pravi, da je svoje delo gradil na opazovanju in analizi življenjskih pojavov, na proučevanju anketnega gradiva in individualnih izkušenj, pridobljenih v stikih z ljudmi, ki so se želeli posvetovati o svoji intimni problematiki. K delu je avtorja gnalo spoznanje, da je pri naši mladini še vse premalo jasnosti in tudi premalo pravih občutij, ki zadevajo odnose med fantom in dekletom oziroma možem in ženo.

Posebno poglavje velja razmerju med možem in ženo, prijateljstvu, tovarištvu in zaupanju. Tu se dotakne vseh problemov, ki v večji ali manjši meri odločajo o harmoničnem zakonskem in družin-

skem življenju. S tem v zvezi razpravlja o najrazličnejših problemih, kot so n. pr. ljubezen, spolnost, ljubosumnost in zakonski spori, ki jim je lahko vzrok materialno vprašanje, premajhna ali prevelika skrbnost, neskladnost, nezvestoba, seksualna frigidnost in impotenca. Končno obravnava tudi etiko v zakonu in se ustavlja ob važnih elementih, kot so lepota, vpljudnost, pohvala, skrb za telesno zunanost, osebna higiena — same življenjsko pomembne stvari, ki tudi prispevajo k ohranitvi ljubezni in dobrih odnosov v zakonu.

S to knjigo, ki je tudi sama zase zaključena celota, je dr. Žlebnik zajel dolgo vrsto etičnih in splošno človeških problemov, ki vzporedno z razvojem naše družbene in moralne zavesti vedno silneje zahtevajo odgovorov in rešitev.

N. J.

Spočetje po naši volji ali kontracepcija

Napisal dr. France Novak, predstojnik Ginekološko-porodniške klinike v Ljubljani. Izdala Založba »Naša žena«. Knjižica obsega 47 strani in stane din 60.—

Avtor v razumljivih besedah pove ženam, kako naj živijo, da bodo zanosile in tudi rodile samo takrat, ko si to same žele. S tem bodo tudi preprečile, da bi posegale po upravičeno prepovedanem splavu, ki je za vsako ženo škodljiv. To pojasnjuje in utemeljuje avtor s številnimi primeri vseh tistih bolezni, ki za njimi obolevajo žene zaradi splavov.

Avtor navaja v knjižici prednosti kontracepcije, kakšna so zadevna sredstva in kdo jih lahko dobi. Besedilo ponazarjajo poučne slike ženskih rodil in ravnanja z diafragmo. V dodatku so navedene ustanove, kjer že poslujejo kontracepcijske posvetovalnice. Medicinske sestre na terenu naj to knjižico ženam priporočajo, ker bo poučenost žena v tem pogledu preprečila marsikatero zdravstveno in socialno gorje.

N. J.

Vaspitanje deteta

Spisala dr. V. Matić in dr. M. Jojić. Izdala Biblioteka tehničke knjige Beograd. Cena din 250.—.

Avtorja načenjata problem otrokove vzgoje že z vprašanjem: »Ali ste pripravljeni za zakon«? Vloga očeta in matere pa se začne že v nosečnosti žene, ko svojega otroka šele pričakujeta. Vsebina knjige obravnava vse probleme, ki posredno ali neposredno vplivajo na razvoj otrokovega živčevja in njegove vzgoje. S to knjigo avtorja želita staršem dati potrebne nasvete, jim pokazati, kako škodljivo je pretiravanje v kateri koli smeri, in jih opozoriti na veliko in važno vlogo, ki jo imajo pri vzgoji otroka.

N. J.

Malice in še kaj

Knjižico, ki smo jo že dolgo pogrešali, je Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani izdal z namenom, da bi v mlečnih kuhinjah, po šolah in počitniških letovanjih pripravljali bolj pestre malice iz živil, ki jih imajo na razpolago od mednarodne pomoči.

Dobro vemo, da so šolske malice kajkrat močno enolične in jih otroci tu pa tam celo odklanjajo, čeprav so jih potrebni. V navedeni knjižici imamo zdaj vrsto receptov za malice, in to predvsem iz živil, ki jih imamo na razpolago od mednarodne pomoči. Opisane so razne mlečne pijače z medom, karamelom, sadnimi sokovi, z jagodičjem in tolčeno smetano iz mleka v prahu. Posebno poglavje obravnava jogurte z raznimi dodatki (sadjem, orehi, sadnimi sokovi), namaze iz skute, marmelade, iz jetrc, mesa in zelenjave.

Navodila v tej knjižici bodo znatno olajšala pripravljanje čimbolj pestre, okusne in zdrave hrane za naše otroke. Zato naj bi to knjižico poznala vsaka medicinska sestra, saj ji bo dober pripomoček, ko bo utirala pota novim, zdravim prehrabnim navadam. Cena knjižice je din 50.—.

N. J.

Istina o raku

Spisal Charles S. Cameron. Izdalo Novinarsko izdavačko preduzeće Zagreb. Ilustrirana knjiga obsega nad 300 strani in stane din 800.—.

Avtor, znanstvenik mednarodnega ugleda in uvaževani raziskovalec raka, je danes eden najbolj znanih zdravnikov publicistov Amerike. V tej knjigi zatrjuje, da je rak ozdravljiv, če ga le pravočasno odkrijemo. S tem pa mnogim pomagamo, da se iznebijo strahu pred rakom. Knjiga podaja tisto praktično znanje, ki nam je potrebno, če hočemo raka pravočasno spoznati in se ga varovati.

Najprej razpravlja avtor o bistvu raka in njegovih vzrokih in pa o napačnih mnenjih, ki so razširjena o tej bolezni. Zatem sledi prvi del knjige s poglavji o diagnosticiranju in zdravljenju raka ter o najnovejših dognanjih in sodobnih terapijskih posegih. V drugem delu knjige podrobno razpravlja o raku kože, ustnice in sluznice v ustih, o raku grla, požiralnika in želodca, o raku v tankem in debelem črevesju, na dojki, maternici, pljučih in prostati. Nato obravnava raku slične bolezni in raka pri otrocih. O raku pri otrocih pravi, da je relativno redko obolenje, pa spet ne tako zelo redko, kot se navadno misli.

N. J.

Zdravstveno prosvেčevanje sestavni dio rada svakog zdravstvenog radnika i celokupne zdravstvene službe

je knjižica 50 strani, ki jo je izdal Centralni higienski zavod LR Bosne in Hercegovine ob III. kongresu preventivne medicine v Beogradu.

Da bi dobil mnenja zdravstvenih delavcev, je časopis »Život i zdravlje« načel diskusijo o zdravstveni prosveti in vzgoji v zdravstvenih ustanovah. Na podlagi te ankete se v brošurici vrstijo zelo zanimivi in aktualni članki. V članku »Bolnice in ostala zdravstvena služba lahko več in uspešneje doprinaša k

dvigu zdravstvene kulture in ljudskemu napredku« razpravlja prof. Gojko Momić, kako se lahko organizira zdravstveno-vzgojno delo z bolniki in kdo mora to delo opravljati. Nadaljnjo vsebino knjižice najbolje nakazujejo že naslovi člankov, kot so: Vsi tisti, ki zdravijo, so dolžni tudi zdravstveno prosvetljevati — To delo bo hitro postalo popularno — Z zdravstveno vzgojo bolnikov bomo še bolj dvignili zdravstveno kulturo ljudstva — Možnosti za zdravstveno prosveto so tudi v ambulantah — Šolska poliklinika je že zdavnaj začela z zdravstveno vzgojo — Poleg prezaposlenosti se še lahko najde tudi čas za kontakt z bolniki — Poleg recepta za zdravilo je potreben tudi recept za knjigo — Verujem, da je prišel čas, ko bo vsem zdravstvenim ustanovam predpisano, da

skrbe tudi za zdravstveno prosveto in vzgojo — Sarajevske bolnice so sprejele zdravstveno vzgojo v sestavni del zdravljenja — Treba je rešiti finančno vprašanje zdravstvene vzgoje — Zdravstveni domovi morajo postati zdravstvenoprosvetni centri. Vsi ti članki dajejo kratko orientacijo v smislu navedenih naslovov.

Težnja Centralnega higienskega zavoda LR Bosne in Hercegovine, da se začne in stalno razvija zdravstvenovzgojno delo pri bolnikih takrat, ko se zdravijo v bolnici, je dala pozitivne rezultate. Javnost je sprejela kot koristno inicijativo in je naletela na ugoden odmev tudi v dnevnem tisku. Za zaključek so na zadnji strani knjižice ponatisnjeni citati iz člankov v republiškem in centralnem tisku.

N. J.

Obza

PROBLEMI C

Ob II. mednarodni konferenci o socialno medicini na svetovni razstavi sestala delovna skupina, ki je skupaj obravnavala tudi gerontologije in geriatrije.

Najprej dve definiciji gerontologije: gerontologija je znanost, ki se ukvarja s starostjo pri človeku; geriatrija je klinična veja medicine, ki se ukvarja z zdravljenjem starcev (podobno kot pediatrija, ki zdravi otroke).

Iz omenjene obravnave izvemo naslednje:

Holandec R. J. van Zonneveld je o tem problemu govoril nekako takole: Geriatrija je spriču velikega naraščanja starih ljudi postala v Zahodni Evropi in Ameriki najvažnejši problem socialne medicine in ljudskega zdravstva v omenjenih deželah. To poglavje ljudskega zdravja nas zaradi ljudske blaginje sili do največjih naporov. Geriatrija

je, ki ga zdravniki splošne prakse, čeprav akor ne bodo mogli sami rešiti, morali sodelovati zdravniki, ekonomski in javna služba. Zaradi tega je nujno, da vsaki univerzi ustanovi v ta namen inštitut. Le-ta naj bi se ukvarja s prizadevanja vseh, ki se ukvarja s problemom staranja, in zbiral podatke o spoznanja in izkušnje iz več panog medicine.

Znanje študentov medicine o gerontoloških vprašanjih je vznemirljivo majhno. Zato bi morali predavatelji posameznih kliničnih predmetov upoštevati tudi gerontologijo in jo vključevati v svojo stroko. Profesor, ki bi obvezno predaval samo o gerontologiji, pa bi moral biti v zvezi z vsemi klinikami in teoretičnimi zavodi ter se o vprašanjih gerontologije posvetovati tudi s profesorji nemedicinskih fakultet. Študente medicine bi morali opozarjati ne samo na medicinsko, marveč tudi na biološko in

dvigu zdravstvene kulture in ljudskemu napredku« razpravlja prof. Gojko Momić, kako se lahko organizira zdravstveno-vzgojno delo z bolniki in delo opravjati. Nadaljnjo žice najbolj nakazujejo že kov, kot, so: Vsi tisti, ki dolžni tudi zdravstveno pro To delo bo hitro postalo po zdravstveno vzgojo bolnik bolj dvignili zdravstveno stva — Možnosti za zdravst so tudi v ambulantanah — Š nika je že zdavnaj začela : vzgojo — Poleg prezapos lahko najde tudi čas za k niški — Poleg recepta za zdravilo je potreben tudi recept za knjigo — Verujem, da je prišel čas, ko bo vsem zdravstvenim ustanovam predpisano, da

skrbe tudi za zdravstveno prosveto in vzgojo — Sarajevske bolnice so sprejele zdravstveno vzgojo v sestavni del zdrav- je rešiti finančno vpra- e vzgoje — Zdravstveni postati zdravstvenopro- ti članki dajejo kratko slu navedenih naslovov. alnega higienskega za- in Hercegovine, da se zviya zdravstvenovzgoj- kih takrat, ko se zdrada- dala pozitivne rezultate. la kot koristno inicia- t na ugoden odmev tudi 1. Za zaključek so na začni strani knjižice ponatisnjeni citati iz člankov v republiškem in centralnem tisku.

N. J.

Obzornik

PROBLEMI GERIATRIJE

Ob II. mednarodnem kongresu za socialno medicino na Dunaju (1957) se je sestala delovna skupina, ki je med drugim obravnavala tudi vprašanja gerontologije in geriatrije.

Najprej dve definiciji: gerontologija je znanost, ki proučuje staranje pri človeku; geriatrija pa je praktična veja medicine, ki se ukvarja z zdravljenjem starcev (podobno kot pediatrija, ki zdravi otroke).

Iz omenjene obravnave izvemo naslednje:

Holandec R. J. van Zonneveld je o tem problemu govoril nekako takole: Geriatrija je spričo velikega naraščanja starih ljudi postala v Zahodni Evropi in Ameriki najvažnejši problem socialne medicine in ljudskega zdravstva v omenjenih deželah. To poglavje ljudskega zdravja nas zaradi ljudske blaginje sili do največjih naporov. Geriatrija

je vprašanje, ki ga zdravniki splošne prakse nikakor ne bodo mogli sami rešiti. Tu bi morali sodelovati zdravniki, pravniki, nacionalni ekonomski in javna zdravstvena služba. Zaradi tega je nujno, da se na vsaki univerzi ustanovi v ta namen poseben inštitut. Le-ta naj bi usklajeval prizadevanja vseh, ki se ubadajo s problemom staranja, in zbiral tudi vsa spoznanja in izkušnje iz več panog medicine.

Znanje študentov medicine o gerontoloških vprašanjih je vznemirljivo majhno. Zato bi morali predavatelji posameznih kliničnih predmetov upoštevati tudi gerontologijo in jo vključevati v svojo stroko. Profesor, ki bi obvezno predaval samo o gerontologiji, pa bi moral biti v zvezi z vsemi klinikami in teoretičnimi zavodi ter se o vprašanjih gerontologije posvetovati tudi s profesorji nemedicinskih fakultet. Študente medicine bi morali opozarjati ne samo na medicinsko, marveč tudi na biološko in

skrbstveno stran tega problema. Kot bodoče delavce v javni zdravstveni službi jih je treba seznanjati z vsemi vprašanji, ki zadevajo prebivalstvo, zlasti pa jih je treba opozarjati na preventivne ukrepe pri kroničnih obolenjih, ki v starosti povzročajo velike težave pri oskrbi starih ljudi.

Mimo tega bi morali začeti s tečaji, ki bi zdravnike splošne prakse uvajali v gerontološke in geriatrične probleme. Na Nizozemskem se je pokazalo, da so takšni kurzi zelo priljubljeni.

W. Doberauer iz Avstrije se je v splošnem strinjal z Zonneveldom. Omenil je, da bi se gerontološki inštitut moral ukvarjati z vsemi problemi starosti, tudi s socialnimi, higienskimi itd. ter jih med seboj povezovati. Zlasti bi se takšen zavod moral ubadati s temeljnimi raziskavami gerontologije, na podlagi katerih bi potem kliniki posameznih strok uravnavali posebnosti patologije in terapije pri starih. Doberauer meni, da namen geriatrije ni v tem, da bi človeškemu življenju dodajali čim več let, ki se potem lahko izrode v hiranje, marveč v tem, da bi povečevali povprečno starost, ki bi se človeku zdela še vredna, da jo živi.

Hittmaier iz Avstrije je pripomnil, da moramo pri starem človeku vedno pomišljati na to, kaj še zmore, ne pa na to, česa ne more več opravljati, kar je pravzaprav za stališče starega človeka do življenja in za njegovo dobro počutje odločilnega pomena.

Mayer iz Avstrije pa je opozarjal na velike duševne sposobnosti in na izkustveno modrost mnogih starcev, kar bi v javnem življenju morali bolj izkoriščati.

Prof. Stransky z Dunaja pa je poudaril, da je vrednost starih ljudi ne toliko v izvajajoči, kolikor v posvetovalni funkciji, kar se v večini dežel premalo upošteva.

Svoje poročilo končujem z besedami prof. Schlesingerja, ki sicer niso bile izrečene na tem kongresu:

»Čim bolj naraščajoča kultura vrednoti človeško življenje, tem več nam pomeni podaljšanje življenja z namernim prizadevanjem, da bi dosegli lepo starost, ki je ne bi kalile telesne bolezni; zares ne poznamo v zdravniški profilaksi in terapiji nobene vrednejše naloge.«

Dr. M. Karlin

PROBLEMI GOLŠAVOSTI

V letu 1950 so pričeli v Gvatemali raziskovati endemično golšavost. Kmalu so ugotovili, da je to obolenje resen zdravstveni problem. Ugotovili so, da je deželno povprečje golšavosti 38% in da je samo eno področje, kjer je odstotek golšavosti pod 20%. Nato so raziskali še deželi El Salvador in Honduras. Ugotovili so endemično golšavost v obeh deželah, in to v višini 29%. Raziskave so pokazale 17% golšavosti v Kostariki in 28% v Nikaragui, medtem ko v določenih provincah Paname doseže golšavost kar 40%.

Iz teh provinc so javili tudi sporadične primere kretenizma. Razmeroma pogostna so tod povsod tudi področja gluhonemosti in slaboumnosti, ki se čisto družita z endemično strumo.

V visoko razvitih deželah preprečujejo golšavost z jodiranjem soli, kar opravijo s pomočjo kalijevega jodida. Seveda je pri tem potrebno še čiščenje, sušenje, stabilizacija in posebna embalaža soli. Večinoma pa je sol, ki jo uporabljajo v Srednji Ameriki, neobdelana mokra morska sol. Jodiranje s kalijevim jodidom bi to sol močno podražilo, zaradi česar bi je ljudje ne kupovali radi. V Gvatemali in Salvadoru so skušali dobiti čim stabilnejšo snov za jodiranje soli. Ugotovili so, da je za pobijanje endemične golšavosti pri šolskih otrocih prav tako učinkovito s kalijevim jodatom kot s kalijevim jodidom, nasploh sta pa zelo učinkoviti obe snovi. Kalijev jodat, ki so ga nabavili večjo zalogo, bo služil za jodiranje surove morske soli v Srednji

Ameriki. Upajo, da bo izvedeno jodiranje stabilno, t. j. da bo sol ohranila jod za daljšo dobo.

Gvatemala, Kostarika in Panama sedaj zahtevajo s posebnimi predpisi jodiranje soli, ki je namenjena za človeško uporabo, v ostalih deželah tega predela pa jih bodo v kratkem izdali.

Ta metoda jodiranja, ki so jo izdelali v Srednji Ameriki, je velik prispevek h kontroli — k pobijanju endemične golšavosti v vseh nerazvitih delih sveta, zlasti še tam, kjer so klimatične razmere neugodne za stabilno jodiranje ali pa uporabljajo povečini kar surovo neobdelano sol.

Z druge strani pa slišimo resne prigovore zaradi jodiranja s kalijevim jodatom, češ da je za naš organizem strupen. Vsekakor je treba o tem prigovoru razmišljati.

Pri nas, kjer je s posebno uredbo predpisano obvezno jodiranje soli, namenjene za prehrano ljudi in domačih živali, mora biti tako domača kot uvožena sol jodirana s kalijevim jodidom (lahko pa tudi z natrijevim jodidom). Jodiranje soli v solarnah, pakiranje, hrambo, prevoz in promet jodirane soli stalno nadzira sanitarna inšpekcija. Jodiranje soli in pa migracija joda v soli sta tako za tehnologe kot za sanitarno inšpekcijsko službo važen in resen problem, ki ga pa v zadnjem času vse bolj obvladujemo.

NN.

ŠKODLJIVOST KAJENJA ZARADI IZGUBE ASKORBINSKE KISLINE

Eden izmed škodljivih učinkov kajenja je v tem, da zmanjšuje količino askorbinske kisline v krvi. To so dokazali tudi z živalskimi poskusi. Srce, vranica, pljuča in možgani »kadečih« žab kažejo izredno velike izgube askorbinske kisline (do 75% normalne množine in tudi več). Želodec take žabe izgubi po 14 dneh polovico običajne količine te kisline. Tudi pri ulkusnih bolnikih je količina askor-

binske kisline v krvi znižana. Izgube te kisline so ugotovljene tudi v želodčno črevesnem kanalu nadledvične žleze in v jetrih. Vse to opravičuje domnevo, da kajenje vodi do hipovitaminoze celotnega organizma, posledica so pa funkcijske motnje centralnega živčnega sistema, obolenja srca in ožilja, ulkus, okvare hipofize, nadledvičnih žlez, jeter in ledvic ter padeč telesne odpornosti predvsem proti tuberkulozi. Vsemu temu se pridružuje še čisto toksični učinek nikotina.

(F. Venulet, *Med. Klin.* 1954) — NN.

O KAJENJU IN OBOLJENJU KORONARKE

Že dolgo se domneva, da kajenje povzroča tudi obolenja ožilja. Dokazovanje pa otežkoča dejstvo, da so na starost koronarke že brez tega fiziološko prizadete, da vodi do organskih sprememb šele večletna intoksikacija, da kajenje ni edini vzrok arterioskleroze in da je zaradi tako široke navade kajenja težko zbirati primerjalno gradivo.

Na podlagi statističnega gradiva je ugotovljeno, da je koronarna skleroza pogostnejša pri kadilcih kot pri nekadilcih, da je v skupini koronarnih bolnikov večje število strastnih kadilcev, da med koronarno obolelimi tem prej srečamo kadilca, čim mlajši so. Slednjič je pri nezmernem kadilcu do 50. leta starosti verjetnost, da bo obolevnost na koronarkah okrog 12-krat večja kot pri nekadilcu.

(*Schweiz. med. Wschr.* 1955) — NN.

KAJENJE IN UMRJIVOST

Da bi ugotovili morebitno razliko med umrljivostjo kadilcev in umrljivostjo nekadilcev, so pri zadevnem raziskovanju zajeli 187 766 moških v starosti od 50—69 let. Raziskovanje s pomočjo vprašalnih pol je trajalo 20 mesecev, vsakega pol leta so

izvedli kontrolo. Material so razdelili po tehle obeležjih: nekadilec, zmeren — strasten kadilec, kadilec cigaret, pipe oz. cigare, starostna skupina, meščan, deželjan. Raziskovanje je dalo zanimive rezultate. Po statističnih podatkih je umrljivost pri nekadilcih nesporno nižja kakor pri kadilcih. Samo v starostni skupini 65—69 let so številke precej enake. Pri kadilcih je največja umrljivost v skupini nezmernih kadilcev cigaret, najnižja pa pri kadilcih pip, saj so številke pri njih skoraj iste kot pri nekadilcih. V starostni skupini 50—54 let je umrljivost hudih kadilcev za 65% večja kot pri nekadilcih. Pri deželjanih potekajo krivulje nekoliko nižje, sicer pa v enakih relacijah. Strastnih kadilcev cigaret je na deželi manj.

Dalje so raziskovali vzroke smrti s posebnim ozirom na arteriosklerozo in pljučnega raka. Rezultati tega raziskovanja dajejo zelo ostre kontraste. Tako je umrljivost zaradi koronarne skleroze v

starostni skupini 50—54 let pri hudih kadilcih cigaret (več kot 20 cigaret dnevno) za več kot dvakrat večja kakor pri nekadilcih, natanko dvakrat večja je v starostni skupini 60—64 let, samo neznatna pa je razlika v starostni skupini 64 do 69 let. Kar se tiče pljučnega raka, je ta bil pri kadilcih 3-krat do 9-krat pogostnejši vzrok smrti kakor pri nekadilcih, pri strastnih kadilcih cigaret pa celo 15-krat pogostnejši.

Pri možeh je umrljivost zaradi teh dveh obolenj višja kot pri ženah in v zadnjih desetletjih precej strmo še celo narašča. Kaj je vzrok tej razliki, ni ugotovljeno. Mogoče igrajo tu določeno vlogo konstitucionalni činitelji. Ugotovljeno je bilo tudi, da žene ne prično kaditi tako zgodaj kot možje in da je med ženami zlasti v višjih letih manj strastnih kadilk kakor med moškimi.

(Cuyler Hammond in Daniel Horn v J. Amer. med Ass., 1954) — NN.

Centralni higienski zavod je pripravil nazorna sredstva za zdravstveno vzgojo

Na seminarjih in sestankih smo že obveščali medicinske sestre, da pripravljamo za boljše in uspešnejše delo pri zdravstveni vzgoji nazorna sredstva, ki jih bo lahko naročila vsaka ustanova.

Ob tej priliki obveščamo vse zdravstvene delavce in uprave zdravstvenih ustanov, da jim oddelek za zdravstveno vzgojo pri Centralnem higienskem zavodu lahko nudi:

Barvni diafilm »Nega dojenčka« — cena din 4000.—

Diafilm »Nega dojenčka« je izdelan v barvnih slikah, razdeljen je v dva dela in ima 52 slik. Po vsebini je snov razdeljena tako, da 14 slik prikazuje opremo, ki naj si jo mati za dojenčka pripravi: obleka in perilo, posteljica, pribor za kopanje in pa za pripravljanje umetne hrane.

14 slik prikazuje povijanje in oblačenje manjšega dojenčka do 3 mesecev in večjega dojenčka od 3 mesecev dalje.

8 slik prikazuje vse, kar potrebujemo za kopanje otroka: od kadi in termometra pa do škarjic za striženje nohtov.

9 slik razlaga naravno in umetno hranjenje, luknjanje in shranjevanje cuclja.

5 slik kaže mater z dojenčkom v posvetovalnici za otroke. Te slike hočejo predvsem opozoriti mater na posvetovalnico za otroke, ki jo bo usmerjala k pravilni negi in prehrani otroka, pri tem pa obenem pravočasno odkrila morebitne bolezni in nepravilnosti ter proti njim dovolj zgodaj vse potrebno ukrenila.

Diafilmu »Nega dojenčka« je priloženo ustrezno okvirno predavanje, ki predavatelja opozarja, kaj vse naj ob posameznih slikah še posebej poudari in obrazloži.

Če ustanova sama nima projektorja za diafilm ali pa ji tudi sicer ni dosegljiv, si ga po možnosti lahko nabavi pri Državni založbi v Ljubljani, Mestni trg 23, za ceno din 30 000.—

Centralni higienski zavod ima v načrtu še več diafilmov z aktualno zdravstvenovzgojno vsebino (n. pr. o rahitisu itd.). Zato ustanovam priporočamo, da se prej ali slej oskrbijo s temi potrebnimi pripomočki.

FLANELOGRAF »O ZDRAVI PREHRANI«,

ki ga je za teren pripravil Centralni higienski zavod, prikazuje zdravo — pravilno sestavljeno hrano po kemičnih skupinah. Flanelograf likovno prikazuje kemične skupine živil, ki jih v vagončkih vozi vlak »zdrave prehrane«. S tem flanelografom lahko predavatelj nazorno pokaže, kako naj bo sestavljen jedilnik družine, da bo prehrana uravnovešena in da ne bo preveč enolična. Tudi flanelografu »O zdravi prehrani« je priloženo okvirno predavanje. Cena za zdravstvene ustanove je din 2500.—

STENSKE SLIKE — FOTOGRAFSKE POVEČAVE

Centralni higienski zavod je v fotografski povečavi pripravil več posnetkov otrok z zdravim načinom življenja. Te slike v velikosti 35 × 45 cm naj bi visele po naših zdravstvenih ustanovah, predvsem posvetovalnicah in dispanzerjih, saj so stene teh prostorov večkrat tako obupno prazne, da nimajo kaj povedati čakajočim materam in otrokom. Slike so okusno uokvirjene. Večino posnetkov je napravil znani fotograf »Vlastja«, nekaj pa jih je iz diafilma »Nega dojenčka«. Cena sliki je din 750.—

Obenem obveščamo naše zdravstvene delavce na terenu, da bo v kratkem ponatisnjena mapa »Mamica in očka« in da pripravljamo še letake o glistah in rahitisu. Ker so naša finančna sredstva v ta namen zelo nizka, bomo v bodoče razpošiljali navedeni zdravstvenovzgojni material le proti povračilu dejanskih stroškov, ki jih imamo z izdelavo. Zato bomo vsaki pošiljki priložili položnico GORKS. Tako bomo vračali denar, ki smo ga dobili, da smo te stvari lahko pripravili.

N. J.