

Uvodna beseda

Misel, da bi začeli izdajati inštruktorsko-informativni list socialne medicine, ki naj bi obenem bil glasnik socialne pediatrije, porodništva in ginekologije, je vzniknila iz potreb in teženj, da pospešimo delo, zastavljeno na področju zdravstvenega varstva matere in otroka.

Prvi skromni korak k izvedbi te zamisli naj bo naš list, namenjen medicinski sestri v patronažni službi. Medicinska sestra v danih razmerah nosi pretežno vse breme našega skoraj začetniškega dela, namreč breme sistematične in organizirane borbe proti obolevanju in smrtnosti naših varovancev — matere in otroka. Pa tudi v boljših razmerah, tudi takrat, ko bodo »zaščito« na terenu vodili visoko kvalificirani kadri: socialni pediatri in ginekologi, bo delo medicinske sestre odločilne važnosti za končni uspeh. Nalogam medicinske sestre na tem, njenem najširšem delovnem področju pa bo ustrezala samo tista, ki se bo neprestano izpopolnjevala in ki bo znala poiskati vse možnosti za stike s čim širšim krogom mater, saj mora le-tem biti prva vzgojiteljica in nepogrešljiva svetovalka.

Točnega roka, ob katerem naj bi izhajal naš list, nismo določili. Žal se je izid 1. številke iz tehničnih razlogov in preobremenjenosti naših tiskarn nekoliko zakasnil. V prihodnje bo pa izhajanje odvisno deloma od aktualnosti novih vprašanj, deloma pa tudi od gradiva, ki ga bo uredništvu uspelo pripraviti. Vsekakor se bomo potrudili, da bodo posamezne številke čim bogatejše. Skušali bomo zajeti probleme, ki jih sestra v praksi najpogosteje srečuje ali pa jim doslej iz kakršnega koli razloga ni posvečala dovolj pozornosti. Pri tem se bodo iz dela samega in vsakdanjih izkušenj porajala še nova vprašanja, ki jih bomo obravnavali v posebnih sestavkih. List naj bi sestri nakazoval tudi pot k oblikam dela, ki ji bodo omogočile dostop do varovancev.

Pričakujemo, da bodo sestre z isto vnemo, kot so pozdravile ustanovitev lista, pošiljale poleg pobud in vprašanj tudi samostojne prispevke iz svoje prakse, kar bo še zlasti dvignilo vrednost in stopnjevalo njegovo aktualnost.

Da bi poenostavili pot lista do naslovljenke, ga pošiljamo po več izvodov na naslov referentke za zdravstveno zaščito matere in otroka pri okrajnih zdravstvenih domovih oziroma higienskih postajah. Ta pa ga bo razdelila posameznicam svojega področja, prvenstveno onim, ki službujejo v oddaljenejših krajih — njim, ki opravljajo pionirsko delo in jim bo naš list brez dvoma v dragoceno pomoč.

UREDNIŠTVO

Pripravimo se pravočasno na preprečevanje poletnih črevesnih boleznih pri naših najmlajših

Dr. Marij Avčin

1. Uvod

Mislimo, da smo še vedno upravičeni, da si izberemo za praktične namene na terenu, ki naj ga upravlja patronažna sestra, prav temo o pravočasnih pripravah za preprečevanje poletnih črevesnih boleznih pri najmlajših.

Do te upravičenosti nas namreč vodijo naša opazovanja in naše izkušnje, na podlagi katerih prav lahko sklepamo, da je naš širši teren glede smotrne organizacije v smislu pobijanja poletnih črevesnih boleznih pri naših najmlajših kaj malo organiziran ali ponekod celo — prav nič. To se pa dogaja, ker na nekaterih naših terenih sploh še ni učinkovite otroško-zdravstvene preventivne službe ali pa je v svojem zametku prešibka, da bi zajela širša dogajanja, ki so včasih jako kompleksna in so v vzročni zvezi s poletnimi črevesnimi boleznimi pri najmlajših. Ali pa je teren toliko zaostal in nerazvit ter neprosvetljen, da je težko ali da sploh ni mogoče brez predhodne sanacije higienskih razmer vcepiti in vzpostaviti učinkovito organizacijo proti poletnim črevesnim boleznim — velikemu zlu naših najmlajših, ki še vedno napenja, v vročih mesecih, krivuljo umrljivosti zlasti v prvem letu starosti.

Zaradi tega smatramo za potrebno, da damo našim patronažnim sestram in drugim preventivnim delavcem na terenu, pa tudi praktičnim zdravnikom, skromne socialno-pediatrične napotke, kako si dandanes zamišljamo uspešno in organizirano poprejšnjo pripravo za borbo proti poletnim črevesnim boleznim v najnežnejših obdobjih življenja.

2. Organizirano delo na terenu

Predvsem moramo poznati »teren« in na njem »področje«, na katerem pričakujemo pojavljanje poletnih črevesnih boleznih.

Teren je patronažni sestri ali drugemu preventivnemu delavcu poznan: to je naselje ali skupina naselij, na katerem dela tisti delavec. Morda pozna zdravstveni delavec ta svoj teren v ekonomskem oziru, v socialni strukturi, v raznih lučih in v raznih okoliščinah. Morda pozna na njem vse družine, vse odrasle in vse otroke. Vendar to za uspešno delo v preprečevanju poletnih črevesnih boleznih še ni dovolj. Zdravstveni delavec mora poznati tudi možnosti vzpostavitve vzročnih, individualnih prijemov zaradi preprečevanja poletnih črevesnih boleznih. To je: volja za sodelovanje mater najmlajših in sposobnost za sodelovanje. Vendar volja in sposobnost še nista dovolj. Potrebno je spoznati tudi, kakšne so splošni možnosti za izvedbo kake preventivne akcije, recimo akcije, da se najmlajši v nekem okolju ohranijo prebavno in presnovno zdravi preko najnevarnejšega poletnega in vročega obdobja.

Na žalost se že pri iskanju in preudarjanju raznih možnosti marsikatera preventivna akcija razbije ali postane v celoti neizvedljiva ali pa je izvedljiva samo deloma, kvečjemu v prvi, najbolj nujni fazi akcije.

Pri nas večinoma ne naletimo na odpor proti sodelovanju pri zdravstvenih akcijah naših ljudi, prav tako ne naletimo na nesposobnost ljudi, da bi prevzeli sami nase preventivno zdravstveno aktivnost. Kdor dela namreč na terenu in z ljudmi, ta ve, da gre včasih sicer težko, da pa končno vendarle gre, tudi tam, kjer sprva naletimo na mlačnost, nerazumevanje ali spočetka celo na odklonilno stališče. Vendar je naš zaveznik vedno naklonjenost organov ljudske oblasti, pri katerih naletimo vedno na razumevanje. Če ne naletimo, lahko vedno to razumevanje priključimo od forumov, ki jim je blagodat ljudstva in s tem tudi dobrina najmlajših glavni motiv javnega delovanja in upravljanja, tako da se mora vedno, morda sprva negativno razpoloženi posameznik na odgovornem mestu, ukloniti dobrinam splošnosti.

Ljudje, ki jih na terenu potrebujemo, da bo naša akcija uspešna, so nam kmalu dobri zavezniki. Le včasih so sprva močno navdušeni, kasneje popustijo, kar je prav tako nevarno ali celo nevarnejše, da neka zdravstvena akcija ne uspe v celoti, kakor če bi bilo obratno: sprva malodušje in proti koncu, ko se že kažejo uspehi, še večja delavnost in celo agilnost za skupen uspeh, še večje zaupanje, predanost in povezanost.

Drugače je z možnostmi. Na žalost se ob njih razblini pri nas precej preventivnega dela, videti je pa, da tudi povsem neupravičeno. Naši ljudje imajo namreč neko miselnost, da mora vse dobro zanje pasti od nekod samo od sebe in da mora biti darovano zastoj ali posojeno brez povračila stroškov. Morda smo naše ljudi tudi malo razvadili s kampanjskimi akcijami na nekem terenu, kjer smo jim nudili bogate možnosti z dajanjem sredstev in pripomočkov za preventivne akcije, medtem ko tega nismo storili na drugih, prav tako ali še bolj potrebnih terenih. Vendar gre »dober glas v deveto vas«, ki prav tako pričakuje zastojne pomoči.

Borba proti tej miselnosti, zlasti tam, kjer v resnici ni treba vsega darovati, je med prvimi pogoji za uspeh naših preventivnih prizadevanj. Ljudje naj doprinesejo tudi nekaj iz svojega, naj sodelujejo sami, ker bodo kasneje znali ceniti svoje lastno delo in vložena sredstva bolj, kakor če vse sami napravimo zanje in če jim vse podarimo.

To je staro, preizkušeno načelo, ki ga ne kaže zametavati nikjer, koder koli ga lahko uveljavimo. So pa pri nas prav gotovo še ostanki nerazvitih terenov, kjer moramo zastaviti svoje moči in trošiti svoja sredstva, da pridemo do uspeha.

Kakšne posege in storitve ter kakšna sredstva pa moramo pripraviti na terenu, kjer hočemo izvesti vse potrebne priprave za akcijo proti poletnim črevesnim boleznim naših najmlajših?

Najprej moramo zbrati ljudi, vsekakor pa obvezno vse matere, ki bodo imele otroke v starosti od 0—1 leta v času toplih in vročih poletnih obdobij. Dodobra jih moramo seznaniti, teoretično in praktično, s sodobnimi, čeprav skromnimi načini hranitve najmlajših. Na kmečkem terenu moramo popularizirati higieniški odvzem in dobavo mleka, na industrijskem ali mešanem odstraniti vse pomisleke nasproti mleku v prahu. Tudi na terenih, kjer ni mogoča hitra in neoporečna dobava svežega mleka, moramo organizirati shemo za uporabo mleka v prahu. Prav tako moramo demonstrirati osnovni pribor za pripravo umetne hrane. Razumljivo je, da moramo kolektivno in individualno poučiti vse in sleherno mater, kako se pripravlja dietalna in preventivna hrana. Kot najboljša hrana se je izkazalo sveže mleko z Dekstracidom ali mleko v prahu,

v $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ -ski koncentraciji, mešano s 5 % riževim sluzom ter z navadnim sladkorjem ali Dekstromaltom. Seveda so za to potrebna sredstva, niso pa, globalno vzeta, prav nič večja, kakor če vzamemo izdatke, ki jih brez preventivne akcije daje skupnost za terapijo tistih primerov, katerih pravzaprav ne bi bilo treba, ker so nastali iz povsem zanemarnjenih razmer, ne glede na možnosti — letalnega izida. Toda pripravljen teren pa še ni dovolj. Potrebna je še vzpostavitev stalnega sodelovanja in dobrega kontakta, temelječega na skupnem interesu. Poleg tega je potrebna še točna perlustracija vseh možnosti, da utegnejo nastopiti zaradi površnosti, zlorabe ali celó odklonilnega stališča do naše skupne akcije. Zlasti moramo pridobiti matere najmlajših, da na vsak način vztrajajo pri danih nalogah in da se ne predajo vplivom zastarelega okolja in nasprotnih nasvetov, n. pr. starih mater, sosed - vseznalk ali na pol izobražencev, ki se — morda z dobrim namenom — vtikajo v vsako potrebno in nepotrebno stvar.

Teren naj bi bil tako pripravljen, glede na naše razmere, vsaj konec maja ali v začetku junija.

Poleg »terena«, ki smo ga organizirali, moramo pripraviti še naše neposredno delovno »področje«. To so vsi otroci v najnežnejši starosti, zlasti v prvem letu življenja, ki jih zajamejo topla letna obdobja. Moramo jih dobro, individualno poznati. Moramo jih pregledati, vedeti za način njihove hranitve, za njihovo prebavno občutljivost, za njihove prejšnje bolezni, za njihovo okolje, v katerem živijo, in postopke nege, prehrane in vzgoje, ki jih doživljajo. Zaradi tega ni dovolj, če vidimo otroka na dispanzerski mizi. Vedeti moramo, kako živi in kje ter v kakšnih rokah je. Skratka, vedeti moramo, kaj vse lahko v otrokovem okolju ugodno ali škodljivo vpliva na potek njegove hranitve v kritičnih letnih obdobjih.

Največje važnosti je poznanje sožitja (simbioze) med materjo in otrokom. Če je ta idealna in podkrepljena še s prirodno hranitvijo pri prsih, potem nam ni treba tratiti časa in moči ter se ukvarjati s tako dvojico ali takimi dvojicami. Nasprotno pa moramo zastaviti ves vpliv in posvetiti vso pozornost dvojicam in družinam, kjer je sožitje slabo in kjer je hranitev umetna. Taki otroci so najbolj ogroženi, kar ve vsakdo, ki dela na terenu ali s terena dobiva in proučuje posamezne ali množične signale. Zato in pa zaradi skrajno pičlega preventivnega zdravstvenega kadra pri nas je treba z močmi umno gospodariti in se angažirati zlasti tam, kjer je otrok na že omenjeni način ogrožen. Razumljivo je, da veljajo te osnove tudi za posetno in posetno-kontrolno delo kakor tudi za redno posvetovalno delo v posvetovalnici.

Razumljivo je, da tudi brez centralne registracije ne gre. Vsi otroci, ki jih nadziramo po shemi preprečevanja poletnih prebavnih bolezni, morajo biti registrirani v osrednji kartoteki. Imeti pa morajo tudi vsaj pomožni list, na katerega si beležimo vse značilnosti otrokovega okolja, vse nevarnosti, ki mu pretijo glede na možnosti razvoja prebavnih oškodb, značilnosti v navadah in razvadah matere glede hranitve otroka, stopnjo puerikulture, naše nasvete in doslejšnje odredbe, storitve, ki smo jih nasvetovali in kaj se je v resnici izvedlo itd. Zdi se nam, da je izredno težko ali pa vsaj skoraj nekaj nenavadnega, da bi človek imel vse to le v glavi. Skrajno neugodno pa je, da ob posetu na domu ali pa ob priliki posveta v posvetovalnici izgubimo kontrolo in da se ognemo neugodnemu položaju z nekaj splošnimi navodili, namesto da bi pokazali, da dobro obvladamo sleherni primer, kar pa je, kakor nas učijo delovna

izkustva, mogoče edinole z osnovno zdravstveno dokumentacijo v vsakem danem primeru.

Naglasiti je treba tudi, da moramo tako pri pošiljanju v kurativne ustanove kakor tudi pri vrnitvi iz njih z ustanovo sodelovati in registrirati med osnovne podatke vse dogodke, ki so bili važni v času otrokovega zdravljenja. Zlasti pa moramo poznati prehrambeni režim, ki ga je svetovala ustanova, ter ga nadaljevati in izvesti. To je pravzaprav doslej edina uspešna in poznana pot v preprečevanju tako imenovanega povratništva v ustanovo, ki toliko obremenjuje naša skupna sredstva in osrednje ustanove, ki jih je malo in morajo še te delati s preobremenjenim posteljnim fondom in preobremenjenimi kadri.

Vendarle samo organizirano delo na terenu ni dovolj. Moramo imeti še:

3. Organizirano delo v posvetovalnici

Težko je namreč, da bi terenska sestra ali zdravnik prenesla težišče svojega delovanja v smislu preprečevanja poletnih prebavnih bolezni izključno na teren. Že s samo potjo, pogosto v primitivnih razmerah in s primitivnimi sredstvi, bi razdala preveč svojega časa in preveč svojih moči. Zaradi tega se mora zateči k aktivizaciji staršev, zlasti mater, da prihajajo z otroki, registriranimi za preventivno akcijo, na redne kontrolne skupnostne preglede sami. Od takih pa moramo seveda oddeliti skupino tistih ogrožencev, ki smo jo že omenili: to so otroci, ki živijo z materjo v slabi simbiozi in ki so hranjeni na umeten način. Tej skupini moramo posvetiti prav individualno pozornost. Registracija takih otrok mora biti točnejša, kontrola nad pozvanimi, ki jih ni bilo na redni pregled, pa odločnejša. Ob izostanku od pregleda mora na vsak način slediti poset na domu, seveda s primerno poučitvijo, če je bil izostanek kakor koli neupravičen. Vendarle mora tak kontrolni poset izzveneti prijetno in nikdar ne policijsko. Kajti le s pravim likom zdravstvenega preventivnega delavca si bomo pridobili še tako zagrenjene in mlačne kliente, ki bodo vendarle spoznali svojo lastno korist in naše široko srce.

Razumljivo je, da ne smemo posvetovalnice za borbo proti poletnim črevesnim boleznim organizirati samo teoretično. Moramo jo opremiti tudi v praktične namene. Na zalogi moramo imeti preventivna hranila: mleko v prahu, Dekstracijd, Dekstromalt, riž, glukozo v prahu. Prav tako moramo imeti izdatno zalogo terapevtskih hranil: poleg prej omenjenih še pektinska dietalna hraniva: Ceratonijo ali posušeno, nastrgano korenje (tipa Daukaron). Imeti moramo tudi zdravila: Sulfadiazin in Ptalil-Sulfatiazol, živalsko oglje in nekaj antibiotik, naperjenih proti skupini bakterij tipa tifus — griža (n. pr. kloromicetin in teramicin). Imeti moramo pri roki tudi vse, da v hudih in nenadnih primerih poskrbimo, še pred prevozom v ustanovo, za osnovno rehidracijo z raztopino soli in 5 0/0-ne glukoze. S tem seveda razširjamo dejavnost »posvetovalnice« v deloma področno dietalno apoteko, deloma v zdravstveno postajo, ki nudi — v etapnem zdravljenju alimentarnih motenj najmlajših — prvo pomoč. In prav od te je pogosto odvisen ugoden ali neugoden izid zdravljenja v ustanovi.

Poleg tega naj bi bila posvetovalnica organizirana tudi za vse osnovne možnosti, potrebne za diagnostiko povzročiteljev prebavnih motenj pri najmlajših, saj so v daleč večjem odstotku nalezljivo kužne prirode, kakor pa si mislimo. Posvetovalnica naj bi se z najbližjim bakteriološkim laboratorijem

dogovorila zaradi pregledov sumljivega blata na črevesne patogene klice. Uredila naj bi hitro dostavljanje kužnega materiala. Obenem pa naj bi si zagotovila tudi sodelovanje strokovnjaka-epidemiologa in tudi strokovnjaka-pediatra, ki bi ji, oba, prišla v pomoč, če bi bili najmlajši na terenu posvetovalnice ogroženi zavoljo alimentarnih ali kužnih prebavnih motenj. Tudi naj bi bila posvetovalnica vedno v uspešnem in dobrem stiku s kurativno ustanovo, v katero pošilja obolele otroke s svojega terena in iz katere dobiva ozdravljene, hkrati s poročili o poteku bolezni in zdravljenja.

Seveda je za vse to treba prizadevanj, sredstev, časa, znanja in iznajdljivosti. Vse to pa nikdar ni odveč, ker se delo bogato izplača. Dokazano je, da na ta način obvladamo tudi v alimentarnem in higienskem oziru slab teren, da se močno zniža morbidnost in skorajda povsem izkorenini mortaliteta zaradi prebavnih bolezni najmlajših v toplih in vročih poletnih mesecih.

Osnovno načelo pa je, da nas epidemično, endemično ali pogostno pojavljanje sporadičnih primerov prebavnih bolezni pri najmlajših na terenu ne sme nikdar — presenetiti. Če nas problem najde nepripravljene, če je teren neorganiziran ali dezorganiziran, če je registracija pomanjkljiva in evidence sploh ni na centralnem mestu, če so ljudje nepoučeni in posvetovalnica — prazna, brez rezerv za pomanjkljivo opremljeni teren — potem se zgodi, da ne vemo, kaj bi počeli, in prosimo, morda prekasno, za pomoč. Bistvo in tajnost preventivnega dela je, da predvideva vse možnosti in da razvije bogato, morda na videz tudi preširoko splošno aktivnost in da se, materialno, pripravi »za vsak primer«. Saj je bolje čakati v pripravljenosti in preživeti toplo letno obdobje brez večjih pretresljajev, kot pa v zadnjem hipu razvijati slepo in le na videz uspešno aktivnost.

4. Zaključek

Preventivno delo na »terenu« in na »področju« prebavnih bolezni naših najmlajših zahteva korenitih priprav in smotrne organizacije, sredstev, zdravstvene prosvete, evidence in registracije, če hoče biti uspešno.

Poprejšnje priprave v tem smislu dajejo jako hvaležne rezultate. Potrebne so tudi, čeprav se na terenu v kaki sezoni morda nič pogosteje ne pojavljajo prebavne bolezni. Vendar se pa na videz morda preširoke priprave v predhodni sezoni tudi v nadaljnjih letih ne smejo opustiti, vse dokler teren ni toliko civiliziran, zdravstveno prosvetljen in organiziran, da vprašanje prebavnih motenj v poletnih mesecih odpade samo po sebi ali pa med vzroki otroške umrljivosti skorajda ne pride v poštev, ker je v idealnih razmerah docela mogoče preprečiti sleherno prebavno motnjo ali jo vsaj omiliti na povsem blag potek.

Do tega je pa pri nas ponekod še jako daleč, ponekod pa imamo šele dobre, toda ne še povsem trajne uspehe. Zato se nam nujno zdi nasvetovati preventivni pediatrični mreži posvetovalnic, da vsako leto pravočasno organizira svoj teren v borbi za preprečevanje nastanka in razvoja prebavnih motenj pri naših najmlajših v toplih letnih mesecih.

Prepričani smo, da le pravočasna organizatorna priprava omogoča uspešno preventivno in tudi — ambulantno kurativno akcijo v naših razmerah, triažo bolezenskih primerov ter uspešno sodelovanje vseh prizadetih ustanov. Preprečevanje prebavnih motenj pa je ena najosnovnejših in najpotrebnejših preventivnih akcij med našo najmlajšo generacijo.

O terenskem proučevanju otroške morbidnosti

Dr. Bojan Pirc

Da bi poglobili dejavnost za zaščito otroškega zdravja, je nujno, da si ustvarimo točnejšo sliko o patologiji v ranem detinstvu. Redna statistična poročila nam lahko v pretežni meri le nakažejo probleme. Za osvetlitev le-teh pa je potrebna posebna raziskava. V ta namen pripravljamo za letošnjo jesen terensko proučevanje obolenja otrok v predšolski dobi. Za to delo so že določene sestre. Smatramo pa za potrebno, da zve kaj več o tem važnem in obsežnem delu širši krog sester. Zato smo naprosili znanega in uglednega eksperta tov. dr. Bojana Pirca, da napiše za naš list svoje poglede in napotke.

Uredništvo

Dejstvo je, da pri nas od skupnega števila otrok, kar jih umrje prvih 5 let, umre nekako štiri petine (80%) otrok prvo leto življenja, samo ena petina (okrog 20%) pa v ostalih štirih letih. Vendar iz tega ne smemo sklepati, da bi vse delo za zdravstveno zaščito otroka bilo treba posvetiti samo prvemu letu življenja.

Pri nas namreč ni samo smrtnost dojenčkov 3- do 4-krat večja kot v drugih razvitejših državah, temveč velja isto razmerje tudi za majhne in predšolske otroke; v nekaterih naših republikah je to razmerje za te otroke še večje kot za dojenčke. So torej tudi pri teh otrocih — po uvedbi ustrezne zaščite — perspektive za zmanjšanje smrtnosti ravno tako ugodne.

Razen tega pa ne smemo pozabiti tole: čim kasneje po porodu otrok umre, tem večja je ekonomska izguba, pa tudi duševni pretres staršev je hujši, kakor pa ga prizadene smrt otroka neposredno po porodu.

Kar smatramo za najbolj važno, je pa dejstvo, da oboleva otrok v tej dobi veliko pogosteje, kakor nam to kaže število umrlih. Višina mortalitete v tej dobi nam torej ne sme biti za merilo nevarnosti, v kateri je otrokovo zdravje. Iz epidemiologije akutnih nalezljivih bolezni je znano, da se mnoge nalezljive bolezni v maksimalnem številu primerov pojavljajo ravno v teh letih — in se nekatere med njimi prav iz tega razloga imenujejo otroške nalezljive bolezni. Ta obolenja se verjetno ne končajo s smrtjo, ampak se — kar je ravno tako znano — zelo pogosto končajo z okvarami organizma, katere večkrat tudi zmanjšujejo življenjsko sposobnost.

Poleg akutnih nalezljivih bolezni je v tej dobi še mnogo obolenj, o katerih kaj malo vemo. Ker so ti otroci težko dostopni za razne zdravstvene akcije, je prav ta doba v pogledu morbidnosti še zelo malo raziskana.

Zato je nujno potrebno začeti s sistematičnim raziskovanjem morbidnosti in razjasniti vsaj tole:

1. obseg morbidnosti v posameznih letih dečje dobe;
2. bolezni in patološka stanja v tej dobi;
3. posledice, ki so v zdravstvenem stanju nastopile zaradi obolenj;
4. vloga socialno-etioloških faktorjev (ekonomskega stanja, prosvetljenosti, prehrane, stanovanja, strukture družine itd.);
5. obseg in vpliv strokovne pomoči v zdravljenju in preprečevanju bolezni (bolnično zdravljenje, zdravniška pomoč, otroške posvetovalnice in drugo);
6. gledanje staršev na ta obolenja.

Šele če dobro poznamo vse to, lahko v zdravstveni zaščiti te dobe opazimo in ocenimo obstoječe probleme in tako preidemo na pota uspešnega in razumnega zdravstvenega dela.

Jasen je torej pomen takih raziskovanj, zlasti še, če je ta zaščita tako obsežna kot pri nas. Treba je v tej zaščiti določiti prioriteto dela. Vedeti moramo, kaj je glavno, kje so največje težave in — v ne majhni meri — kje lahko pričakujemo najhitrejših uspehov.

Naloge teh raziskovanj so zelo težke; glavne težave so predvsem tele:

1. velika heterogenost socialnih, zdravstvenih in prosvetnih razmer in ljudske patologije v posameznih geografskih področjih. To oboje pa se le še stopnjuje z razliko med industrijo in kmetijstvom v sicer istem geografskem območju.

Te težave moremo odpraviti z obsežnejšim raziskovanjem, ki bi zajemalo razna geografska območja in v vsakem od teh karakteristične skupine prebivalstva;

2. težka dostopnost otrok v teh letih za potrebna raziskovanja in preglede.

Edina možnost je, da vse to delo vršimo le na domu, kar pa zopet onemogoča obsežnost anketiranja;

3. nezadostna prosvetljenost staršev, od katerih želimo dobiti informacije, in njihova nezaupljivost do izpraševalcev.

Zato je najbolje, da raziskovanje vrši izkušeno medicinsko osebje. Le temu morajo biti znane krajevne razmere; uživati mora zaupanje — posebno pri materah — skratka, biti morajo to osebe, za katere domnevamo, da si to zaupanje pridobe, kakor hitro pridejo v kako hišo;

4. obsežnost in vrsta vprašanj; med njimi so nekatera, ki je nanje težko odgovoriti, zastaviti jih pa moramo, ker nam dajejo neogibno potrebne informacije.

Te težave zopet omejuje obsežnost raziskovanja, ki bi sicer bilo potrebno glede na prej omenjeno heterogenost problema. Taka vprašanja od izpraševalca ne zahtevajo le, da dobro pozna problem, ampak imeti mora tudi voljo, da se za delo čimbolj zavzame;

5. potreba podrobne razčlenbe dobljenih podatkov o posameznih starostnih, socialnih in drugih skupinah prebivalstva zahteva, da z raziskovanjem zajamemo znatno število družin ozir. otrok, ker le v tem primeru lahko smatramo rezultate za statistično značilne in izvajamo pravilne sklepe.

Zato je treba zajeti toliko družin, da šteje posamezna skupina, ki jo analiziramo, vsaj sto otrok.

Iz navedenega vidimo, kako težko je praktično izvršiti to nalogo, ker odstranitev ene teh težav avtomatično poveča drugo. Če odstranimo eno vrsto težav, se moramo omejiti v raziskovanju, odstranitev druge težave pa zopet zahteva čim obsežnejše raziskovanje. Še posebej pa moramo tu poudariti težave, ki nastanejo, ko hočemo na terenu dobiti zanesljive in sposobne sodelavce.

Glede na razpoložljiva materialna sredstva in strokovne kadre ter spričo obstoječih težav, ki smo jih omenili, ni mogoče uporabiti statistično pravilne metode vzorčenja, ki bi sicer prvenstveno prišla v poštev. Pri 2⁰/₀-nem zajemu otrok pod 6 leti bi morali v FLRJ anketirati okrog 48 000 otrok, raztresenih po vsej državi.

Iz tega nujno sledi rešitev, da uporabimo metodo kvote, ker je treba nalogo reševati postopoma. V prvi etapi bomo postavili okvir za nadaljnje delo. Pri tem si moramo prizadevati, da bo ta okvir čvrst in zanesljiv. V začetku ni mogoče vključiti vse različne geografske predele niti ne marsikaterih — drugače važnih — skupin prebivalstva po njihovi socialni ali drugi diferenciaciji.

Raziskovanje nam mora dati sliko otroške morbidnosti (v smislu naznačenih 6 nalog) v izbrani ljudski republiki za prebivalstvo okrajev in mest. V prebivalstvu okraja moramo diferencirati kmečke družine vsaj v dve skupini (po premoženjskem stanju) in delavske družine ravno tako v dve skupini (po kvalifikaciji oziroma po višini zaslužka). Vsaka skupina kmečkih družin mora imeti po dve podskupini in to družine, ki imajo največ 1 uro do zdravstvene ustanove, in pa družine, ki živijo bolj daleč. Vsaka skupina delavskih družin bi morala imeti podskupine: a) kjer je zaposlen samo en član družine; b) kjer je zaposlenih dvoje ali več članov družine; v podskupinah a) in b) upoštevamo seveda le družine, ki so odvisne samo od plače; c) delavsko-kmetskega tipa, to so družine, kjer zaslužek hranilca pomeni samo del družinskega dohodka in dopolnjuje tega še dohodek od kmetije. S tem bi torej med prebivalstvom v okraju enega območja, ki ga raziskujemo, imeli že 10 osnovnih skupin družin.

V vsaki republiki moramo določiti število območij za to raziskovanje. Tu moramo upoštevati predvsem zdravstvene razmere (splošna mortaliteta, nalezljive bolezni, višina natalitete, mreža zdravstvenih ustanov in slično), a poleg tega še ekonomsko oziroma prosvetno posebnost posameznih območij. Kot najmanjšo diferenciacijo v eni republiki moramo izbrati najmanj 3 taka območja (zdravstveno napredno, srednje in zaostalo).

Pri treh takih območjih — kjer pričakujemo različne rezultate — imamo že 30 osnovnih skupin prebivalstva.

Vsemu temu je dodati še najmanj dve mesti (ozir. izrazito mestni občini). Tu moramo z raziskovanjem zajeti poleg delavskih družin (že omenjenih podskupin a) in b), to je družin kvalificiranih in nekvalificiranih delavcev) še uslužbenca (ozir. nameščence) in to v dve skupini: visoko kvalificirani in ostali.

Tako dobimo v dveh mestih še 12 osnovnih skupin ali v vsem raziskovanju skupaj 42 skupin. Ker želimo v vsaki osnovni skupini zajeti toliko družin, da v vsaki skupini dobimo podatke za 100 otrok, bi torej v vsaki republiki zajeli najmanj okrog 4200 otrok od 0—5 let starosti (če vzamemo 3 specifična področja okrajev in 2 mesti).

Nastaja vprašanje, kako praktično izvesti te principe pri izbiri krajev. To izvršimo z analizo konkretnih demografskih in vitalno-statističnih podatkov v republiki in upoštevamo pri tem še podatke o mreži zdravstvenih ustanov. To delo je pogoj za uspeh. Zato se moramo te naloge lotiti z največjo vestnostjo. Zelo intenzivno mora pri tem delu biti sodelovanje izkušenega statističarja.

Nemogoče je določiti kraje, ki naj pridejo za raziskovanje v poštev, če ne poznamo terenskih razmer. Pred končnim sklepom o izbiri krajev je potreben še obisk na kraju samem. Pri tej priliki je treba dognati, če predvideni kraji ustrezajo določenim pogojem, če je struktura družin v tem kraju taka, da lahko dobimo zadostno število otrok za posamezne že omenjene skupine. Negibno potrebno je pri tej priliki ugotoviti tudi to, če lahko odstranimo težave, ki smo jih navedli pod 3. in 4.

Pri definitivni izbiri krajev, ki bi prišli v poštev za delo, je potreben še dogovor z zdravstveno službo in predstavniki ljudske oblasti na področju raz-

iskovanja. Zelo važna naloga je tudi uvajanje osebja, ki mu bo to delo zaupano. Izvršimo pa to šele potem, ko so obrazci in navodila že pripravljena.

Najlažje izvedljivo je to na seminarju za vse anketarje republike. Anketarje moramo izbrati skrbno. Mnenja smo, da so za to delo najprimernejše medicinske sestre, izkušene v terenskem delu zdravstvene zaščite otrok. Najbolje je, da izberemo medicinske sestre, ki že dalj časa delajo in so na področju, ki smo ga določili za raziskovanje, ljudem znane. Če jih ne moremo oprostiti rednega dela, jim moramo za ta čas preskrbeti nadomestilo ali pa jim nuditi pomoč za izvršitev naloge. Seminar mora biti jako vestno pripravljen. Za dobro obdelavo problema je potrebno 4—5 dni. Poleg detajlnih in dobro razumljivih navodil za delo je treba tudi pojasniti, kaj pričakujemo od predvidenega raziskovanja.

Potem pride na vrsto terensko delo, ki naj bi trajalo od srede septembra do srede oktobra. Prej pa pripravimo adresar vseh družin, ki jih nameravamo anketirati, tako da že vnaprej vemo ne samo za število družin in število njihovih otrok od 0—5 let, ampak tudi za njihove naslove in splošne podatke. To pripravimo takoj, kakor hitro je odrejeno področje za to raziskovanje. Te priprave nam bodo dale zanesljivo gradivo, kar se tiče strukture anketiranih družin glede na osnovne skupine, o katerih smo prej govorili.

Družin pa ne obiskujemo kot pri statističnem popisovanju, temveč predvsem po pravilih prave patronažne službe otroške zaščite. Pri tem pa seveda ne smemo pozabiti na preciznost podatkov, ki jih moramo dobiti. To pomeni, da govorimo z ženo — materjo kot pri patronažnem obisku, podatke pa vpisujemo precizno strokovno — statistično. Medicinske sestre — anketarji morajo o vsem tem dobiti potrebna navodila na seminarju, ki naj se vrši neposredno pred začetkom dela.

Nismo smatrali za potrebno, da tu razpravljamo o materiji, ki jo vsebuje vprašalna pola. To namreč za pripravo dela, s katerim bi morali pričeti takoj, niti ni bistveno. Vsekakor pa moramo vprašalno poló najprej vsestransko proučiti in jo potem preizkusiti na določenem terenu. Tako ugotovimo, če bo raziskovanje moglo izpolniti postavljene naloge in če pri zbiranju zahtevanih podatkov pri poizkusnem anketiranju ne bomo naleteli na nepremostljive težave.

• Medicinski

Pr

Počitniška let
zaščite naše mlad
zdravstvenega smo
pa vpliva dober izi
sko ustrezajoče pe
Od osvoboditv

Prvotno centralno upravljanje je v smislu splosne decentralizacije naše državne uprave prešlo na okrajne ljudske odbore. Pri okrajnih ljudskih odborih so se pri svetu za zdravstvo in socialno politiko osnovala posebne komisije, ki jih

niška letovanja

letovanje

k

okviru socialno zdravstvene tako vzgojnega kakor tudi da čimbolj uspejo. Na uspeh in tehničnega kadra, higijena pravilen sanitarni režim. lovanj doživela širok razvoj.

iskovanja. Zelo važna naloga je tudi uvajanje osebja, ki mu bo to delo zapuano. Izvršimo pa to šele potem, ko so obrazci in navodila že pripravljena.

Najlaže izvedljivo je to na seminarju za vse anketarje republike. Anketarje moramo izbrati skrbno. Mnenja smo, da so za to delo najprimernejše medicinske sestre, izkušene v terenskem delu zdravstvene zaščite otrok. Najbolje je, da izberemo maturo, ki smo ga določili za leto 1950. Če jih ne moremo nadomestilo ali pa jim ne bomo dovolj dobro pripravljene. Če jih ne moremo nadomestilo ali pa jim ne bomo dovolj dobro pripravljene. Če jih ne moremo nadomestilo ali pa jim ne bomo dovolj dobro pripravljene. Če jih ne moremo nadomestilo ali pa jim ne bomo dovolj dobro pripravljene.

Potem pride na vrsto pripravila do srede oktobra. Prejeto pripravila anketirati, tako da že v pripravila hovih otrok od 0—5 let pripravila. To pripravimo takoj, pripravila priprave nam bodo pripravila družin glede na osnovne pripravila.

Družin pa ne obiskujemo kot pri statističnem popisovanju, temveč predvsem po pravilih prave patronažne službe otroške zaščite. Pri tem pa seveda ne smemo pozabiti na preciznost podatkov, ki jih moramo dobiti. To pomeni, da govorimo z ženo — materjo kot pri patronažnem obisku, podatke pa vpisujemo precizno strokovno — statistično. Medicinske sestre — anketarji morajo o vsem tem dobiti potrebna navodila na seminarju, ki naj se vrši neposredno pred začetkom dela.

Nismo smatrali za potrebno, da tu razpravljamo o materiji, ki jo vsebuje vprašalna pola. To namreč za pripravo dela, s katerim bi morali pričeti takoj, niti ni bistveno. Vsekakor pa moramo vprašalno poló najprej vsestransko proučiti in jo potem preizkusiti na določenem terenu. Tako ugotovimo, če bo raziskovanje moglo izpolniti postavljene naloge in če pri zbiranju zahtevanih podatkov pri poizkusnem anketiranju ne bomo naleteli na nepremostljive težave.

• *Medicinska sestra in počitniška letovanja*

Priprave za počitniško letovanje

Dr. Slava Lunaček

Počitniška letovanja imajo važno mesto v okviru socialno zdravstvene zaščite naše mladine, to pa zaradi svojega prav tako vzgojnega kakor tudi zdravstvenega smotra. Zato je vsej družbi do tega, da čimbolj uspejo. Na uspeh pa vpliva dober izbor dece, dober izbor vzgojnega in tehničnega kadra, higien-sko ustrezajoče poslopje za nastanitev dece in pa pravilen sanitarni režim.

Od osvoboditve je organizacija počitniških letovanj doživela širok razvoj. Prvotno centralno upravljanje je v smislu splošne decentralizacije naše državne uprave prešlo na okrajne ljudske odbore. Pri okrajnih ljudskih odborih so se pri svetu za zdravstvo in socialno politiko osnovala posebne komisije, ki jih

sestavljajo zastopniki prosvete, zdravstva in raznih množičnih organizacij. Komisije so odgovorne za pedagoško in zdravstveno raven počitniških letovanj, poverjene pa so tudi z nalogo, zbrati vsa materialna sredstva, ki so za počitniške kolonije potrebna. Koder je to izvedljivo, so okrajni ljudski odbori prenesli to dejavnost v celoti ali vsaj delno na posamezne množične organizacije, predvsem na društvo prijateljev mladine, ki je že po svojem namenu prirodni sodelavec na tem področju zaščitne dejavnosti. Tako tudi tu skušamo uveljaviti družbeno upravljanje, ki se je na številnih drugih področjih tako dobro obneslo.

Član okrajne komisije za počitniška letovanja bi morala biti tudi medicinska sestra. Le-ta bi se na sedežu svojega področja morala včlaniti tudi v društvo prijateljev mladine. Če ga pa v kraju samem ni, bi tudi sestra morala dajati pobudo za ustanovitev tega društva, ki že danes igra veliko vlogo v razvoju in napredku otroške zaščite. To društvo je pri izgradnji mladinske zaščite lahko v veliko pomoč sestri, na drugi strani pa bi bila medicinska sestra lahko društvu dragocena svetovalka in usmerjevalka njihove dejavnosti. Vsekakor bo nujno potrebno, da se medicinska sestra pri svojem terenskem delu nasloni na krajevne množične organizacije.

Kaj bi pa medicinska sestra lahko storila za organizacijo počitniških letovanj na naših okrajih?

Predvsem bi morala v povezavi z učiteljstvom svetovati in vplivati na izbor otrok za počitniška letovanja. Učitelj ima v šoli priliko opazovati otroka kot del kolektiva. Zato najlaže ugotovi morebitne odklone v zdravstvenem stanju posameznika, ker ima obenem tudi vpogled v izostanke od šolskega pouka zaradi bolezni. Če je objektiven, kar od vzgojitelja vsekakor pričakujemo, tedaj ima vso možnost, da predlaga iz svojega razreda zdravstveno res najbolj potrebne. Zdi se mi, da smo se doslej vse premalo oslanjali na našo šolo, ko smo izbirali otroke za počitniške kolonije. Žal učitelj velikokrat nima temeljitega vpogleda v socialne razmere, v katerih otrok živi doma. Pri nas namreč se še ni uveljavilo načelo, ki ima v naprednejših zamejskih državah že močne korenine, da mora namreč učitelj svojega učenca vsaj 1—2-krat na leto obiskati na njegovem domu. V naših razmerah je za zdaj to delovno področje izključna domena medicinske sestre. Le-ta ima pri svojem zdravstvenem prosvetnem delu na terenu in v patronažni službi priliko prodirati v domove naših otrok in študirati okolje, v katerem otrok živi. Ona lahko zdravstveni indikaciji, ki jo nakaže učitelj, ugotovi pa zdravnik, doda socialno. Ona lahko opozori tudi na otroke za tuberkulozo bolnih staršev, ki so v dnevni nevarnosti okužbe. Ti otroci, danes še zdravi, so lahko zaradi stalne izpostavljenosti, jutri že žrtev te zavratne bolezni. Tem otrokom gre vsa naša skrb, ti otroci bi se morali poleg bolehnih prvenstveno upoštevali pri sprejemanju na počitniška letovanja. »Preprečevati« je geslo vsake moderne zdravstvene službe, zlasti šolsko zdravstvene, ki čuva nad najvažnejšim delom prebivalstva, namreč nad otroki. S splošno okrepitvijo takega otroka na počitniškem letovanju dvignemo njegovo odpornost v boju proti tuberkulozi in s tem bedimo nad delovno sposobnostjo bodočega državljana.

V pogovoru s starši se odkrivajo medicinski sestri podrobnosti o zdravstvenem stanju učenca. Te namreč ostanejo učitelju lahko nepoznane, ker jih neprosvetljeni starši iz nekakšnega sramu dostikrat prikrivajo.

Zdravstveno stanje učencev je odločilno za sprejem v zdravstvene počitniške kolonije. Za pasivne kraje, koder so lokalna sredstva prešibka za organi-

zacija bolj zahtevnih počitniških letovanj, organizira kolonije republiški svet za zdravstvo in socialno skrbstvo. Poleg počitniških kolonij z izrazito zdravstvenim značajem imamo še počitniška letovanja, ki težijo predvsem za tem, da podpro socialno šibke otroke.

Pri sprejemanju otrok v take kolonije bi morala imeti medicinska sestra najmočnejšo posvetovalno besedo, ker ona lahko opozori, če ima otrok doma pomanjkljivo prehrano, kar mu ovira zdrav telesni razvoj, ali je morda preobremenjen z izvenšolskim delom, ali ima premalo spanja zaradi motenja nočnega miru, nadalje lahko opozori na nepravilen dnevni režim, na alkoholizem staršev, na slab odnos roditeljev do otroka, na hladno čustveno okolje, ki mu je otrok izpostavljen itd. Skratka, medicinska sestra ima vpogled v materialno in emocionalno okolje, v katerem otrok raste. Neustrezno okolje pa bi moralo biti poleg zdravstvenih momentov odločilno za sprejemanje naših otrok na običajna počitniška letovanja.

Medicinska sestra lahko tudi prepreči, da bi pošiljali otroke po občutku in željah staršev v višinska ali obmorska letovanja, ko vedno znova opozarja komisijo, da se točno drži zdravnikove izjave. To velja zlasti za obmorsko letovanje, ki je za otroka z začetno pljučno tuberkulozo lahko usodno. Saj se dogaja, da letovanje v obmorskem kraju tuberkulozni proces pospeši in dočemo s tem ravno nasprotno od tistega, kar smo hoteli, tako da se otroku, ki smo ga sprejeli na letovanje, zdravstveno stanje ne izboljša, ampak poslabša. Razen pljučne tuberkuloze so pa še druge bolezni, ki jim obmorska klima ne prija. Le malo pa je bolezni, ki bi jim škodovala višinska klima. Zato je treba starše navajati in jih vzgajati v miselnosti, da o klimi odloča samo zdravstveni organ, ne pa osebni pogledi staršev ali otrok, ki se vdajajo vplivu mode in lastnim željam, ne vidijo pa nevarnosti, ki lahko kakega otroka ogroža v določeni klimi. Le za zdravo deco še nekako drži splošno načelo: »To dete živi v planinskem področju, zaradi tega naj gre na morje in obratno.« Pri bolnem otroku mora odločati značaj njegove bolezni in pošljemo ga lahko samo v tisto klimo, od katere pričakujemo, da bo ugodno vplivala na potek njegove bolezni.

Da zdravnik lahko ugotovi, ali bo obmorska klima ugodno vplivala na otroka, je potreben rentgenološki pregled za letovanje določenih otrok. Organizacija teh pregledov in njih praktična izvedba pa spada v izrazito področje sestrskega terenskega dela. Rentgenološki pregledi, ki so včasih teže, včasih lažje izvedljivi, so se do sedaj pri izboru otrok na podeželju zanemarjali. V tej okoliščini moramo iskati vzrok, da del poslanih otrok v obmorski klimi ni napredoval, da se jim zdravje ni izboljšalo, ampak včasih celo poslabšalo.

Medicinska sestra nam tudi pomaga pri delu, da pridejo otroci na letovanje snažni in čisti, da niso vir okužbe za ostale otroke. Pri obisku na domu naj si sestra dobro ogleda otroka, ki ga namerava predlagati komisiji za sprejem. Predvsem ga mora pregledati na ušivost in na garje ter poskrbeti, da ga pred odhodom v kolonijo doma očistijo. Pravzaprav pa je njena naloga širša, zajeti mora asanacijo cele družine in s primernim poukom zajamčiti otroku povratek v snažen dom. Opozori naj starše, da ni sicer potrebno, da prinese otrok ne vem kako bogato izbiro lepih oblek s seboj, kar tako rade delajo deklice socialno krepkejših staršev v starostni dobi 12—14 let, da pa mora biti vsa garderoba primerna klimi, v katero gre otrok, vendar čista in zašita. Čistost in zakrpanost obleke pa ni vprašanje materialnih sredstev, temveč pra-

vilnega odnosa staršev do osebne higiene, ki ga mora zaščitna sestra postopoma vzgojiti v naši vaški, delavski in meščanski družini.

Medicinska sestra pozna tudi epidemiološko sliko naših domov. Navadno prav dobro ve, v kateri družini je bila v zadnjih dveh mesecih kaka nalezljiva bolezen. Že s samim opozorilom organizatorja, da mora sprejem otroka odložiti na zadnjo izmeno ali pa ga izključiti od letovanja, lahko prepreči na letovanju epidemijo, ki je strah in trepet vseh zdravstvenih organov.

Pravilna izpolnitev zdravstvenega lista je važna za zdravnika v letovališču, zlasti v zdravstveni počitniški koloniji, v kateri so bolni otroci. Zato naj v krajih, kjer ni medicinskih sester, sestra s primernim poukom usposobi učiteljstvo, da bodo otroke pravilno tehtali in merili. Sama pa naj v liste vpiše opombe zdravstvenega značaja, katere težko prepustimo nestrokovni osebi.

Izbira kraja, kje bodo otroci letovali, je širše vprašanje, saj tu ne odločajo samo klimatične razmere in lepota kraja, temveč tudi kvaliteta stavbe, oskrba s pitno vodo, možnost kopanja, izletov, prometne zveze in materialne možnosti okraja. Mnenja pa sem, da pozna medicinska sestra na svojem področju objektivne možnosti za nastanitev kolonije, zlasti za taborjenje, tako dobro, da bo tudi v tem pogledu lahko v pomoč okrajni komisiji za letovanja.

Zbiranje in postopno nabavljanje stalne, higiensko neoporečne opreme za počitniška letovanja je naloga, ki jo moramo postaviti pred naše okrajne ljudske odbore, če želimo, da se bo higienska raven naših kolonij dvigala iz leta v leto, in če želimo v njihovem upravljanju uveljaviti ekonomični faktor. In tudi tu bi medicinska sestra s strokovnim nasvetom lahko preprečila nabavo neustrezne opreme in s tem nepravilno uporabo razpoložljivih sredstev.

Iz podanega lahko povzamemo, da ima medicinska sestra mnogo pripravljalega dela za počitniška letovanja. Vendar se pa to delo ne sme omejiti samo na spomladanske mesece, ko se bliža čas kolonij, temveč bi njeni predlogi morali biti sad redne in temeljite patronažne službe na terenu.

V

Na letovanje otrok
jiteljskega kadra in s
koloniji skušajo posre
navadah, nadzorovati
vzgojno povoljno vpliv

Kakšna je pravza
je njeno delo?

Zaželeno bi bilo,
medicinsko sestro. Tako bi bilo za zdravje otrok in sanitarni režim resnično najidealneje preskrbljeno. To je pri nas za zdaj izvedljivo le v zdravstvenih letovališčih. Tu zdravnik in medicinska sestra tesno sodelujeta. Medicinska sestra pomaga zdravniku pri pregledih in morebitnih posegih, kontroli in vzdrževanju dobrih higienskih razmer. Je pa vse to odvisno od dela in budnosti medicinske sestre, zlasti če je ona v koloniji edini zdravstveni delavec.

iju

temveč je naloga vzgo-
jim za časa bivanja v
i v osnovnih higienskih
apredek in končno tudi

roško kolonijo in kakšno

jega zdravnika in svojo

vilnega odnosa staršev do osebne higiene, ki ga mora zaščitna sestra postopoma vzgojiti v naši vaški, delavski in meščanski družini.

Medicinska sestra pozna tudi epidemiološko sliko naših domov. Navadno prav dobro ve, v kateri družini je bila v zadnjih dveh mesecih kaka nalezljiva bolezen. Že s samim opozorilom organizatorja, da mora sprejem otroka odložiti na zadnjo izmeno ali pa ga izključiti od letovanja, lahko prepreči na letovanju epidemijo, ki je strah ~~in trenat vseh zdravstvenih organov.~~

Pravilna izpolnite zlasti v zdravstveni j krajih, kjer ni medicini stvo, da bodo otroke opombe zdravstveneg;

Izbira kraja, kje l samo klimatične razm s pitno vodo, možnost okraja. Mnenja pa ser tivne možnosti za nas tudi v tem pogledu l

Zbiranje in posto počitniška letovanja

ljudske odbore, če želimo, da se bo higienska raven naših kolonij dvigala iz leta v leto, in če želimo v njihovem upravljanju uveljaviti ekonomični faktor. In tudi tu bi medicinska sestra s strokovnim nasvetom lahko preprečila nabavo neustrezne opreme in s tem nepravilno uporabo razpoložljivih sredstev.

Iz podanega lahko povzamemo, da ima medicinska sestra mnogo pripravljalnega dela za počitniška letovanja. Vendar se pa to delo ne sme omejiti samo na spomladanske mesece, ko se bliža čas kolonij, temveč bi njeni predlogi morali biti sad redne in temeljite patronažne službe na terenu.

a zdravnika v letovališču, bolni otroci. Zato naj v poukom usposobi učiteljma pa naj v liste vpiše imo nestrokovni osebi.

ašanje, saj tu ne odločajo i kvaliteta stavbe, oskrba ze in materialne možnosti a svojem področju objek-rjenje, tako dobro, da bo za letovanja.

ko neoporečne opreme za taviti pred naše okrajne

V koloniji in na letovanju

Dr. Jakobina Zupančič

Na letovanje otrok ne spremljajo skrbne mamice, temveč je naloga vzgojiteljskega kadra in sestre, ki spremljajo otroke, da jim za časa bivanja v koloniji skušajo posredovati pravo nego, jih vzgajati v osnovnih higienskih navadah, nadzorovati in skrbeti za njihov telesni napredek in končno tudi vzgojno povoljno vplivati nanje.

Kakšna je pravzaprav naloga sestre, ki gre v otroško kolonijo in kakšno je njeno delo?

Zaželeno bi bilo, da ima vsako letovališče svojega zdravnika in svojo medicinsko sestro. Tako bi bilo za zdravje otrok in sanitarni režim resnično najidealneje preskrbljeno. To je pri nas za zdaj izvedljivo le v zdravstvenih letovališčih. Tu zdravnik in medicinska sestra tesno sodelujeta. Medicinska sestra pomaga zdravniku pri pregledih in morebitnih posegih, kontroli in vzdrževanju dobrih higienskih razmer. Je pa vse to odvisno od dela in budnosti medicinske sestre, zlasti če je ona v koloniji edini zdravstveni delavec.

Zelo važno je, da sestra sleherni dan nadzoruje čistočo po spalnicah in dnevnih prostorih, zlasti pa še čistočo umivalnic oziroma kopalnic in stranišč. Sestra naj zelo gleda tudi na to, da bodo otroci in osebe v teh prostorih pazili na snago.

Tudi v kuhinjo oziroma tja, kjer pripravljajo in kuhajo hrano za otroke, naj sestra redno, vsak dan pogleda, da vidi, kako pripravljajo hrano, zlasti, če dovolj dobro operejo zelenjavo in sadje. Tudi kar se tiče pomivanja posode, lahko sestra izrazi svoje pripombe, če opazi, da čiščenje ni na dovolj visoki higienski stopnji. — Pravilna prehrana spada med najvažnejše pogoje dobrega letovanja. O nalogah sestre v skrbi za prehrano bomo zato govorili posebej.

Sestra dnevno nadzoruje umivanje otrok zjutraj in zlasti zvečer, skrbi za to, da si vsi otroci umijejo zobe, pogleda, če imajo vsi umivalni pribor, in skrbi, da se vsaj enkrat na teden okopljejo v topli vodi. Če letovališče nima kopalnice, naj jo sestra improvizira.

Otroška letovanja imajo namen, da se otrok odpočije, da se naužije svežega zraka in sonca, da se naskače in da ob pravilni negi in prehrani po možnosti pridobi tudi v teži. Medicinska sestra naj otroke opazuje, da vidi, če morda igre oziroma sprehodi za nekatere otroke niso preveč naporni. Slabotnejši in manj odporni otroci bodo zaradi utrujenosti izgubili apetit, spanje bo nemirno, včasih bodo imeli temperaturo, v obraz bodo blede, blesk njihovih oči pa bolj svetlikajoč ali nasprotno bolj moten. Če sestra pri kakem otroku opazi take ali podobne znake, naj opozori vzgojitelja, da se tak otrok ne bo udeleževal napornih vaj, ampak rajši več počival. Otrok namreč ob stalnem prevelikem telesnem naporu tudi v teži ne more napredovati.

Tehtanje je v otroških letovališčih velike važnosti. Otroka stehtamo, ko pride v kolonijo, nato še enkrat ali dvakrat in pa na koncu, ko se vrača domov. Tehtati moramo natančno, na desetinski tehtnici, ki jo je treba po vsakem 10. otroku uravnati. Važno je, da otroka tehtamo vedno enako oblečenega. Najbolje je, da ima otrok pri tehtanju samo kopalne hlačke. Tehtamo navadno v dopoldanskih urah (po možnosti vedno ob istem času) in po predhodni izpraznitvi mehurja. Samo na takšno tehtanje se namreč lahko res zanesemo.

Sončenje in kopanje sta dva važna faktorja v otroških kolonijah, bodisi v gorah ali na morju. Naloga sestre je, da nadzoruje sončenje. Otroci naj se kopljejo in sončijo v zgodnjih dopoldanskih in poznih popoldanskih urah. V nižinskih in srednje višinskih krajih med 11. in 12. uro in med 15. in 17. uro. Ob morju pa do 8. do 10. ure in od 16. do 18. ure.

Ob slabem vremenu seveda bomo izrabili pač tiste ure, ko je to mogoče. S sončenjem je treba začeti počasi, nato pa postopoma otroka dalj časa izpostavljati soncu. Zlasti je treba paziti na morju. Tu naj bodo otroci v začetku le malo na soncu, sicer pa jim je treba ogrniti ramena in pokriti tudi glavo, če kdo toži, da ga večkrat boli, da na ta način preprečimo opekline in sončarico. Marsikateremu otroku preveč sonca in preveč vode škoduje, zato naj sestra skrbi, da bodo otroci v vodi in na soncu le toliko časa, kolikor predpiše zdravnik. To še posebno velja za zdravstvene kolonije. Sestra naj tudi skrbi, da otroci po kopanju oblečejo suho obleko, da ne tekajo potem kdo ve koliko časa okrog v mokrih kopalnih hlačkah. Pri odhodu na letovanje opozorimo matere, naj dajo otrokom, zlasti punčkam s seboj kopalno čepico, če jo imajo,

da ne hodijo po kopanju okrog z mokrimi lasmi in da na ta način preprečimo morebitna obolenja.

Če kak otrok na letovanju zboli, ga bo sestra namestila v bolniški sobi, ga spravila v posteljo in obvestila zdravnika. Bolnih otrok ne puščamo v skupnih spalnicah, ker je nevarnost, da se okužijo še drugi otroci. Razen tega potrebuje bolnik tudi več miru. Sestra nato otroka neguje, skrbi, da dobi vsa zdravila, ki mu jih predpiše zdravnik, in oskrbi zanj potrebno prehrano. Če izbruhne kaka nalezljiva bolezen, mora medicinska sestra poskrbeti, da se izvedejo vsi protiepidemični ukrepi po zdravnikovem navodilu.

Poleg naštetega je naloga sestre v letovališčih, da vodi otroške zdravstvene liste, kamor vpisuje otrokovo težo in morebitna obolenja.

Pravilna pre

ga uspeha

Z dobro in zdravo j
ki v predpisanem razm
organizmu. V naših kol
hranjeni in da kalorična
temu ni pravilno sestav
škim potrebam otroškeg
hidratov in maščob, ki
hrani primanjkuje zašč
in beljakovin (predvsem zivalskin). Ravno te snovi pa so izredne važnosti za formacijo skeleta in zobovja, za odpornost proti nalezljivim boleznim in za regulacijo raznih življenjsko važnih kemičnih procesov v organizmu. Da bomo lažje sestavljali jedilnike, ki so primerni za otroke, si razdelimo glavna živila v 7 skupin, kot jih navaja razpredelnica na sledeči strani.

avljene dnevne obroke,
otrebnne doraščajočemu
troci sicer dovolj pre-
vendar pa hrana kljub
pač ne ustreza fiziolo-
primanjkuje ogljikovih
ost, večkrat pa v pre-
icer vitaminov, rudnin

Če hočemo v prehrani doseči pravilno sorazmerje, moramo jedilnike sestavljati tako, da bo vsaj v vseh glavnih obrokih zastopano po eno živilo iz vsake od naštetih skupin. Le na ta način bo dobilo telo vse energetske in zaščitne snovi. Koliko teh živil potrebuje otrok, je odvisno od njegove starosti, aktivnosti in prehranjenosti.

Za šolskega otroka, starega od 6—14 let, naj za povprečno dnevno odmero posameznih živil veljajo približno sledeče količine:

meso	5—12 dkg
ribe	3— 5 dkg
jajca	½ jajca
mleko	½ litra
sir	2— 3 dkg
maščoba	1— 2 dkg
maslo ali margarina	2 dkg
kruh	20—40 dkg

da ne hodijo po kop morebitna obolenja.

Če kak otrok n ga spravila v poste skupnih spalnicah, l potrebuje bolnik tu zdravila, ki mu jih izbruhne kaka nale izvedejo vsi protiep

Poleg naštetega liste, kamor vpisuje



da na ta način preprečimo

namestila v bolniški sobi, olnih otrok ne puščamo v še drugi otroci. Razen tega neguje, skrbi, da dobi vsa anj potrebno prehrano. Če za sestra poskrbeti, da se em navodilu.

la vodi otroške zdravstvene obolenja.

Pravilna prehrana — pogoj dobrega uspeha

Dr. Damjana Bebler

Z dobro in zdravo prehrano mislimo pravilno sestavljene dnevne obroke, ki v predpisanem razmerju vsebujejo vse elemente, potrebne doraščajočemu organizmu. V naših kolonijah vidimo večkrat, da so otroci sicer dovolj prehranjeni in da kalorična vrednost obrokov zadovoljuje, vendar pa hrana kljub temu ni pravilno sestavljena, ker po svojih sestavinah pač ne ustreza fiziološkim potrebam otroškega organizma. Nikdar skoraj ne primanjkuje ogljikovih hidratov in maščob, ki dajejo živlom kalorično vrednost, večkrat pa v prehrani primanjkuje zaščitnih in gradbenih snovi in sicer vitaminov, rudnin in beljakovin (predvsem živalskih). Ravno te snovi pa so izredne važnosti za formacijo skeleta in zobovja, za odpornost proti nalezljivim boleznim in za regulacijo raznih življenjsko važnih kemičnih procesov v organizmu. Da bomo laže sestavljali jedilnike, ki so primerni za otroke, si razdelimo glavna živila v 7 skupin, kot jih navaja razpredelnica na sledeči strani.

Če hočemo v prehrani doseči pravilno sorazmerje, moramo jedilnike sestavljati tako, da bo vsaj v vseh glavnih obrokih zastopano po eno živilo iz vsake od naštetih skupin. Le na ta način bo dobilo telo vse energetske in zaščitne snovi. Koliko teh živil potrebuje otrok, je odvisno od njegove starosti, aktivnosti in prehranjenosti.

Za šolskega otroka, starega od 6—14 let, naj za povprečno dnevno odmero posameznih živil veljajo približno sledeče količine:

meso	5—12 dkg
ribe	3— 5 dkg
jajca	½ jajca
mleko	½ litra
sir	2— 3 dkg
maščoba	1— 2 dkg
maslo ali margarina	2 dkg
kruh	20—40 dkg

I. SKUPINA	
Meso Mesni izdelki Ribe Jajca Suho sočivje (fižol, leča, grah)	Ta skupina živil vsebuje v glavnem beljakovine in sicer v celem približno 20 %
II. SKUPINA	
Mleko Sir	Ta skupina vsebuje kalcij, fosfor, živalske beljakovine ter vitamina A in B ₂
III. SKUPINA	
Svinjska mast Olje Maslo Vitaminizirana margarina	Ta skupina vsebuje maščobe in vitamin A v maslu ter margarini. V teh živilih je 90 do 100 % maščobe
IV. SKUPINA	
Kruh Cerealije	Skupina vsebuje ogljikove hidrate in vitamin B (črn kruh)
V. SKUPINA	
Sveže sadje Sveža zelenjava	Ta skupina vsebuje v glavnem vitamin C in provitamin A (karotin) ter mineralne snovi
VI. SKUPINA	
Kuhana zelenjava Krompir	Tudi ta skupina vsebuje vitamin C, krompir pa razen tega še ogljikove hidrate
VII. SKUPINA	
Sladkor Marmelada Med Kompot	Ta skupina vsebuje v glavnem ogljikove hidrate

ovseni kosmiči, riž, ješprenj	3— 5 dkg
sveže sadje	10—20 dkg
sveža zelenjava	4— 5 dkg
kuhana zelenjava	15—30 dkg
krompir	20—30 dkg
sladkor, med, marmelada	4 dkg

Te količine ustrezajo 1900—2800 kalorijam.

V šolskih, posebno pa v zdravstvenih kolonijah lahko količine nekaterih živil tudi povečamo. Mišljena so predvsem živila, ki vsebujejo zaščitne snovi (vitamine, rudnine in živalske beljakovine). To se pravi, da lahko povečamo količino mleka, sira, skute, jajc, mesa ter sadja in zelenjave.

Količino živil, ki jih ne dajemo vsak dan, kot n. pr. meso, ribe in drugo, izračunamo takole: šestletnemu otroku, recimo, bi radi dali meso 4-krat v tednu

$$\frac{5 \text{ dkg} \times 7 \text{ (dni)}}{4 \text{ (dni)}} = \frac{35 \text{ dkg}}{4} = 9 \text{ dkg.}$$

Otroku bomo torej dali 4-krat na teden 9 dkg mesa. Če bi pa meso radi kdaj nadomestili z ribami, tedaj,

$$\frac{3 \text{ dkg} \times 7 \text{ (dni)}}{2} = \frac{21 \text{ dkg}}{2} = 10 \text{ dkg.}$$

Otrok bo torej 2-krat na teden dobil po 10 dkg rib.

Pri sestavljanju jedilnikov moramo biti iznajdljivi in paziti, da hrana ne postane enolična. Vedeti moramo, da je mleko v prahu, če je polnomastno, prav tako polnovredno živilo kot sveže mleko. Tudi če je posneto, ga moramo izkoristiti, ker bo otrok ž njim vendarle dobil živalske beljakovine in kalcij. Če je le mogoče, ga uporabljajmo predpisano količino za pijačo in pri pripravljanju raznih jedil (mlečne jedi, kruh, omake itd.). 100 g polnomastnega mleka v prahu ustreza 800 g svežega mleka. Zelenjavo pripravljajmo, če le mogoče, vedno svežo (solata, paradižniki, zelene paprike itd.), ker se pri kuhanju velik del vitamina C uniči. Ob dnevih, kadar ni mesa, damo nekoliko več sira ali vsaj skute, jajc in suhega sočivja (suh fižol, leča, grah). Suho sočivje vsebuje namreč velike količine beljakovin, ki bodo nekoliko nadomestile živalske beljakovine v mesu ali njegovih izdelkih. Če kolonija nima na razpolago dovolj mleka, je treba povečati tudi količino polnomastnega sira. 100 g takega sira ustreza 700 g svežega mleka. Če je le mogoče, dajemo otrokom vsaj enkrat tedensko drobovino v količinah, ki se priporočajo za meso. To pa zaradi tega, ker vsebuje drobovina vitamin A, vitamine iz skupine B in pa železo. Res je, da se bodo otroci najbolj zredili, če bodo dobivali mnogo ogljikovih hidratov in maščobe. Vendar je to s higienskega stališča nepravilno, ker se bo tak otrok le na videz okrepil, ne bo pa dejansko postal nič bolj odporen niti se mu ne bo izboljšalo splošno zdravstveno stanje. Zato ne gre kar poljubno stopnjevati količine kruha pri dnevnih obrokih razen pri fizično zelo aktivnih otrocih in pa kadar so v koloniji na programu razna tekmovanja.

Glede razporeditve obrokov čez dan moramo omeniti še sledeče: važno je, da je zajtrk obilnejši, kot je to navada pri nas, in sestavljen po možnosti tako, da bo v njem zastopano po eno živilo iz vsake od prej naštetih skupin.

Malice, dopoldanska in popoldanska, ne smejo biti obilne, ker drugače otroci nimajo teka pri glavnih obrokih. Večerje naj bodo zgodnje in sestavljene iz lahko prebavljivih živil. Naj navedemo nekaj jedilnikov za zdravstveno kolonijo, torej za otroke, ki jih moramo še posebno okrepiti in jim izboljšati zdravstveno stanje.

Primer jedilnika

Zajtrk: Kakao, kruh s surovim maslom, rezina salame, sadje.

Dop. malica: sadje (in morda še kos kruha).

Kosilo: kostna juha z rižem, naravni zrezek, krompir, solata, močnata jed (mlečna), sadje.

Pop. malica: mleko, kos kruha (morda s sirom).

Večerja: lahka telečja obara (korenje, čebula, peteršilj), pire krompir, vaniljeva krema, sadje.

☆

Zajtrk: bela kava, kruh s surovim maslom in surovim paradižnikom.

Dop. malica: kozarec hladnega mleka (morda s kruhom).

Kosilo: ječmenčkova juha, špinaca, pire krompir, ocvrto jajce, mlečna močnata jed, sadje.

Pop. malica: sadje.

Večerja: mlečni riž (z dodatkom masla in kakaa ali čokolade), sadje.

Zaključek

Iz vsega navedenega vidimo, da je delo medicinske sestre pri letovanju otrok vsestransko, da je pestro, zanimivo in da zahteva mnogo požrtvovalnosti.

Sestra, ki pravilno razume svoje delo in namen letovanja otrok ter z zdravstveno higienskega vidika gleda vse posege, tako pedagoške kot ekonomsko-upravne, mora biti tudi svetovalka in sodelavka vsega upravnega in pedagoškega osebja.

Velikokrat mora sestra, če hoče v svojem delu uspeti, poučevati in vzgajati tudi ostalo osebje, predvsem tehnično. Težiti mora za tem, da pedagoško delo v koloniji soglaša s prizadevanjem za okrepitev otroka.

Ob končanem letovanju mora biti tudi sestri jasno, kako je organiziran odhod otrok domov. Večkrat je to potovanje dolgo. Otroci se presedajo z vozila na vozilo, vmes so ure čakanja, vremenske neprilike itd. Tu naj sestra posveti pozornost predvsem trem stvarem: kako je otrokom preskrbljena za na pot hrana, kako so otroci oblečeni za morebitne vremenske spremembe v času potovanja in kako je preskrbljeno za nadzorstvo, da se preprečijo nevarnosti ali celo morebitne nesreče. Tu so pri nas nerednosti precej pogostne. V zavesti, da je letovanja konec, disciplina kaj rada v vseh smereh popusti. Odgovornost za otroka, ki jo prevzame v času letovanja ves nadzorni, zdravstveni in upravni kader, prestane šele takrat, ko otroka oddamo materi oziroma sorodnikom. Vse dotlej pa mora biti še posebno sestra pozorna, da ravno odhod iz kolonije ne bo tisti moment, ko bo mati morala doma svojega otroka položiti v bolniško posteljo, namesto da bi se veselila njegove okrepitve in zdravja, ki ga mora otrok prinesiti z uspelega letovanja.

Naša otroška okrevališča

Dr. Jakobina Zupančič

Pred nekaj meseci sem srečala na cesti znanko, ki je vodila za roko 5-letno hčerkico. Zapletli sva se v razgovor in pogled se mi je ustavil na punčki. Bila je bleda, shujšana, vse preveč mirna za svoja leta. Ko sem hotela že vprašati mater, če punčka ni morda bolna, mi je mati potožila, da je otrok pred kratkim prebolel ošpice in da se zdaj nikakor ne more popraviti. Bila je na zdravniškem pregledu, kjer so ugotovili, da ima otekle pljučne žleze. Priporočili so ji, naj ima otroka veliko na svežem zraku in da naj ga dobro hrani. Doma ima še tri otroke, stanovanje pa je majhno in vlažno. Mati je bila obupana, vsa v skrbeh in bi otroku na vsak način rada vse to preskrbela. Priporočila sem materi, naj otroka ponovno pelje v otroško ambulanto, kjer bodo deklico po potrebnih preiskavah predlagali za okrevališče. Tam bo imela možnost, da se dodobra pozdravi in okrepi.

Čez dober mesec dni sem zopet srečala isto mater. Vsa srečna mi je povedala, da je njena punčka že nekaj mesecev v okrevališču v Šentvidu pri Stični. Od tam ji pišejo, da ima otrok apetit, da je dobre volje in da se je zredila.

Po tem razgovoru sem razmišljala, koliko je po naših mestih in industrijskih krajih takih, morda še hujših primerov in vendar pridejo do okrevanja razmeroma redki otroci.

Skrb naših oblasti za zaščito matere in naraščaja je velika, saj se dobro zaveda, da je mladina naša bodočnost. Delovna sposobnost človeka pa je v prvi vrsti odvisna od njegovega zdravja. Od bolnega in slabotnega človeka ima skupnost malo koristi. Dostikrat je tak človek celo v breme družbi, saj morajo zanj skrbeti drugi. Zdravje je za vsakega posameznika in tudi za družbo ena največjih dobrin. Če pa hočemo doseči, da bo generacija zdrava in delozmožna, moramo začeti že pri najmlajših. Spričo tega se je otrokom nudilo vse, kar so dopuščale možnosti. Med drugim je bilo odprtih dvoje otroških okrevališč, kjer naj bi imeli možnost okrevanja in oddiha. To sta okrevališči: Gozd-Martuljk na Gorenjskem in Šentvid pri Stični na Dolenjskem. Ti dve okrevališči sta že do sedaj doprinesli precejšnji delež k zdravju naših malih. Na okrevanju so bili najpotrebnejši, zdravstveno in socialno ogroženi otroci, večina iz delavskega okolja, deloma pa tudi otroci nameščencev in kmetov.

Materialna sredstva za otroka v okrevališčih so do nedavnega bila predvidena v proračunu Sveta za ljudsko zdravstvo in socialno politiko LRS. Po prehodu na samostojno finansiranje (junij 1953) pa se je način spremenil toliko, da plačajo oskrbne stroške za otroke, katerih roditelji so v delovnem razmerju, zavodi za socialno zavarovanje, za otroke nezavarovanih socialno šibkih družin pa okrajni ljudski odbori. Ko sta bili ustanovi v popolni materialni oskrbi Sveta za ljudsko zdravstvo in socialno politiko LRS, sta bili obe okrevališči stalno popolnoma zasedeni, še več, okrevališči niti nista mogli sproti sprejemati vseh predlaganih otrok. Odkar sta pa ustanovi s samostojnim finansiranjem, je nastal zastoj, zlasti v okrevališču Šentvid pri Stični na Dolenjskem. Vprašanje je, kje je iskati vzroke, da sta okrevališči kljub tolikšnim potrebam nezasedeni. Nekajmesečne izkušnje so pokazale, da je zastoj nastal zaradi pre-majhnega razumevanja in deloma tudi zaradi neplaniranih finančnih sredstev odločilnih činiteljev — okrajnih ljudskih odborov in zavodov za socialno zava-

rovanje. Spričo takih odnosov se upravičeno vprašamo, zakaj nekateri pozabljajo na to važno vprašanje. Vedeti moramo namreč, kako velike važnosti je in tudi mnogo bolj ekonomično, da nudimo vso zdravstveno pomoč mlademu organizmu, kajti pri tem lahko prej dosežemo okrepitev in izboljšanje zdravstvenega stanja kakor pri odraslem. Tem problemom zdravstveni sveti po okrajih posvečajo premalo pozornosti. Naloga zdravstvenih delavcev, zlasti srednjemedicinskega kadra na terenu je, da pristojne organe opozarjajo na ta pereča vprašanja, da diskutirajo o njih in na ta način dosežejo, da se predvidijo krediti za pošiljanje potrebnih otrok v okrevališča. Po nekajmesečnem bivanju v okrevališču se bo otrok vrnil domov zdrav in sposoben za uspešno nadaljevanje šole. Če pa ostane v neprimernem okolju, se bo mnogo težje popravil ali pa bo ostal celó invalid za vse življenje.

Dnevno delo po otroških ambulantah, otroških klinikah in bolnicah ter sistematični pregledi šolskih otrok govore za to, da je število tistih, ki bi bili potrebni vsaj dva- do trimesečnega okrevanja v enem izmed okrevališč, veliko. Dolžnost zdravnikov otroških zdravstvenih ustanov, okrajnih zdravnikov, patronažnih sester in sester po otroških ambulantah in posvetovalnicah, učiteljskega in proforskega kadra po šolah bi bila, da vsakega otroka, ki je okrevanja potreben, predlagajo za okrevališče.

Postopek za pošiljanje v okrevališča je enostaven. Otroke naj pregleda zdravnik otroške ambulante, šolske poliklinike oziroma protituberkuloznega dispanzerja, ki na osnovi izvidov izvede triažo. Za izpolnjevanje predlogov obstajajo ustrezne tiskovne »Prijavni list« (obrazec 8,94), ki jih je založila Državna založba Slovenije. Izpolnjene tiskovine rešujejo, kot že omenjeno, Zavodi za socialno zavarovanje oziroma Sveti za ljudsko zdravstvo in socialno politiko okrajnih ljudskih odborov. Le-ti so o postopku dovolj poučeni.

Katere pa so indikacije za pošiljanje otrok v obe okrevališči?

Gozd-Martuljk sprejema otroke z zaprto pljučno tuberkulozo vseh oblik, torej otroke, ki niso več potrebni zdravniškega specifičnega zdravljenja, temveč okrevanja. Pozitivna tuberkulinska proba (Mantoux) je obligatna za sprejem. Sputum na bacile Koch mora biti vsaj trikrat negativen. Sedimentacija po Westergreenu ne sme presegati 20 mm v 1 uri, otrok mora biti afebrilen. Prošnji oziroma predlogu za okrevališče Gozd-Martuljk mora biti priložen izvid in mnenje protituberkuloznega dispanzerja po navedenih indikacijah, sedimentacija in tuberkulinska proba. Poleg tega naj bodo razvidni še ostali pokazatelji: telesna teža, višina, klinični izvid, ali je bil otrok besežiran in prestane otroške nalezljive bolezni. Indikacije za sprejem v okrevališče Šentvid pri Stični pa so: anemija, nedohranjenost, stanje po preboleni revmatični bolezni, po vnetju srčne mišice, srčnih zaklopk ali srčne mreže (pericarda) in rekonvalescenti po različnih drugih obolenjih (pljučnica, vnetje rebrne mreže, nalezljive bolezni). Po prebolnih nalezljivih boleznih naj se otroci pošiljajo šele 1 mesec po popolnem ozdravljenju. Potreben je rentgenski izvid pljuč, sedimentacija krvi, tuberkulinska proba, klinični izvid, telesna teža in višina, nadalje prestane nalezljive bolezni in sporočilo, ali je otrok bil besežiran.

Še nekaj besed o okrevališčih in njih režimu. Okrevališče Gozd-Martuljk leži v slikovitem gorenjskem kotu, Šentvid pri Stični pa sredi dolenskih gričev, obdan z gozdovi in travniki. Gozd-Martuljk lahko sprejme 80, Šentvid pa 70 otrok naenkrat. Sodobno grajena in higiensko urejena stavba, prijetna okolica in skrb nameščenega kadra nudi otrokom vse, kar jim je za prijetno bivanje in okrevanje potrebno.

Otroci hodijo dnevno na krajše sprehode v bližnjo okolico, imajo dovolj počitka in izdatno hrano. Njih zdravstveno stanje tedensko nadzira otroški zdravnik. Dnevno prisostvujejo otroci nekaj ur šolskemu pouku, da ne izgubijo stika s šolo. Rekonvalescentom s srčnimi okvarami je zagotovljena nega in ležanje. Vsi ti pogoji dajejo možnost čimboljšega okrevanja vsem potrebnim otrokom.

Apeliramo na vse pristojne činitelje, da se kar najbolj potrudijo in uporabijo vsa sredstva, da zagotovijo okrevanje, s tem pa zdravje našim najmlajšim. Bodočnost bo pokazala, da se bo kapital, naložen v te namene, bogato obrestoval.

Usposabljanje n

Pobuda za specialnejših razprav o zdravju kako znižati otroško strokovno pomoč matere vendar pa je prav gotovo ali vsaj pravočasna na terenski medicinski medicinska delavka.

Zadnja leta se m

o tem delovnem področju — ki mu ze vse sili mnog zdravstvenih delavcev pripisuje dokajšnjo pomembnost — še mnogo razpravljalo. Ali specialna patronaža za vsak važnejši socialno - medicinski problem ali polivalentna patronaža? To bodo pokazale izkušnje. Neizpodbitno pa je dejstvo, da bo patronažna služba v borbi za zdrav naraščaj in zdravo materinstvo odigrala nadvse važno vlogo tudi v daljni bodočnosti.

Že današnje delo patronažne službe kaže v kljub precejšnjim pomankljivostim vidne uspehe. Pomanjkljivosti se kažejo v glavnem v tem, da je v kljub stalnemu številčnemu porastu hišnih posetov še vedno mnogo dojenčkov brez strokovnega nadzorstva (tako da niso obravnavani ne v posvetovalnici niti ne na domu obiskani). Razmerje med prvimi in ponovnimi obiski tako v posvetovalnici kot na domovih je še vedno zelo nizko, čeprav je stalni nadzor nad varovanci edino poroštvo za doseg zaželenega namena. Znano je, da za nosečnice — torej za predrojstveno zaščito otroka — to obliko obravnave šele uvajamo. Poglavlje zase je kvaliteta dela patronažne službe. Zdravstvena služba je po svojem poslanstvu in razvoju tako obsežna in strokovno zahtevna, da ni misliti na to, da bi mogel vse obvladati en sam, pa še tako razgledan strokovnjak. Redno šolanje lahko nudi le napotke za praktično delo. Zlasti velja to za delo medicinske sestre v patronažni službi. To je prav gotovo eno najzahtevnejših področij, saj zahteva od medicinske sestre poleg strokovnega znanja splošno izobrazbo, najplemenitejše človeške lastnosti in poseben dar, da zna s svojimi varovanci navezati stike in se jim približati.

Lansko jesen smo poizkusili v našem prvem podiplomskem tečaju za medicinske sestre nuditi nekaj več, kar more svojim slušateljicam dati šola za sestre. Sprejemali smo predvsem že v praksi preizkušene sestre, kar je pra-

atronažno službo

e je rodila v teku obšir-
Vsa razglabljanja o tem,
novno načelo: približati
je sicer obširen pojem,
k »preprečevanje obolenj
sto«. Ta naloga je pover-
istvu izrazita socialno -

lužbi. Prav gotovo se bo

Otroci hodijo dne počitka in izdatno h: zdravnik. Dnevno pris stika s šolo. Rekonva ležanje. Vsi ti pogoji otrokom.

Apeliramo na vse bijo vsa sredstva, da šim. Bodočnost bo po obrestoval.



njo okolico, imajo dovolj tedensko nadzira otroški mu pouku, da ne izgubijo je zagotovljena nega in trevanja vsem potrebnim

ujbolj potrudijo in upora- zdravje našim najmlaj- en v te namene, bogato

Usposabljanje medicinskih sester za patronažno službo

Med. s. Cita Bole

Pobuda za specialni tečaj za medicinske sestre se je rodila v teku obširnejših razprav o zdravstveni zaščiti matere in otroka. Vsa razglabljanja o tem, kako znižati otroško morbidnost, so postavila za osnovno načelo: približati strokovno pomoč materi in otroku! Strokovna pomoč je sicer obširen pojem, vendar pa je prav gotovo ena njenih najvažnejših oblik »preprečevanje obolenj ali vsaj pravočasna napotitev obolelega na pravo mesto«. Ta naloga je poverjena terenski medicinski sestri, ki je po svojem bistvu izrazita socialno-medicinska delavka.

Zadnja leta se mnogo razpravlja o patronažni službi. Prav gotovo se bo o tem delovnem področju — ki mu že vse širši krog zdravstvenih delavcev pripisuje dokajšnjo pomembnost — še mnogo razpravljalo. Ali specialna patronaža za vsak važnejši socialno - medicinski problem ali polivalentna patronaža? To bodo pokazale izkušnje. Neizpodbitno pa je dejstvo, da bo patronažna služba v borbi za zdrav naraščaj in zdravo materinstvo odigrala nadvse važno vlogo tudi v daljni bodočnosti.

Že današnje delo patronažne službe kaže vkljub precejšnjim pomankljivostim vidne uspehe. Pomanjkljivosti se kažejo v glavnem v tem, da je vkljub stalnemu številčnemu porastu hišnih posetov še vedno mnogo dojenčkov brez strokovnega nadzorstva (tako da niso obravnavani ne v posvetovalnici niti ne na domu obiskani). Razmerje med prvimi in ponovnimi obiski tako v posvetovalnici kot na domovih je še vedno zelo nizko, čeprav je stalni nadzor nad varovanci edino poročstvo za doseg zaželenega namena. Znano je, da za nosečnice — torej za predrojstveno zaščito otroka — to obliko obravnave šele uvajamo. Poglavlje zase je kvaliteta dela patronažne službe. Zdravstvena služba je po svojem poslanstvu in razvoju tako obsežna in strokovno zahtevna, da ni misliti na to, da bi mogel vse obvladati en sam, pa še tako razgledan strokovnjak. Redno šolanje lahko nudi le napotke za praktično delo. Zlasti velja to za delo medicinske sestre v patronažni službi. To je prav gotovo eno najzahtevnejših področij, saj zahteva od medicinske sestre poleg strokovnega znanja splošno izobrazbo, najplemenitejše človeške lastnosti in poseben dar, da zna s svojimi varovanci navezati stike in se jim približati.

Lansko jesen smo poizkusili v našem prvem podiplomskem tečaju za medicinske sestre nuditi nekaj več, kar more svojim slušateljicam dati šola za sestre. Sprejemali smo predvsem že v praksi preizkušene sestre, kar je pra-

vilen kriterij tudi za v bodoče. Lahko rečemo, da je vključ v nepredvidenim pomanjkljivostim poizkus uspel in s tem zagotovil stalno rast našim nadaljnjim tečajem za patronažno delo. Ker bo sestre gotovo zanimal učni program tečaja in metodika pouka, bi le-to v grobem nakazali. Glavni predmeti so:

1. Metode dela medicinske sestre na posameznih sektorjih socialne medicine.
2. Socialna zaščita matere in otroka.
(Seminar: Povezava socialne službe s sestrskim delom.)
3. Zdravstvena prosveta kot bistvena komponenta patronažne službe (s praktičnim poukom o uporabi učnih propagandnih pripomočkov).
4. Psihologija in pedagogika (s praktičnimi nastopi zdravstvenega prosvetljevanja).
5. Zdravstvena zaščita matere in otroka.
6. Duševna higiena.
7. Higiena prehrane.
8. Preventiva ortopedskih okvar.
9. Statistika.
10. Aktualna družbena vprašanja.
11. Nega bolnika v domači oskrbi.

Vsebina predavanj ni ponavljanje rednega šolanja, temveč poglobljanje znanja, seznanjanje z novostmi medicinske vede, osvetljeno s preventivnega gledišča. Temeljno načelo metodike pouka je aktivizacija slušateljic za čim samostojnejše delo (seminarji, nastopi, pisanje člankov, razprav, individualni študij ustrezne literature). Marsikaj pa dopolnijo še obiski važnejših in manj znanih ustanov.

Priprave za drugi tečaj so v teku. Začetek bo najkasneje v prvi polovici septembra. Izpopolnjujemo učni program v prepričanju, da se bodo sestre, ki se žele posvetiti tej službi, potrudile, da si pribore mesto že v letošnjem tečaju.

Medicinska

Vprašanje prehrane svetovnega miru takrat tirana trditev, da države). V teh deželah kar pomeni, da zaradi stradanju pa rado s vsem živalskih bel mnogih drugih deželah pretrpele, in pa v državi, kjer vladajo zaradi neprosvetljenosti slabe prehrabene navade, opazamo prav tako kvalitativno neuravnovešeno prehrano. Ta prehrana običajno kalorično zadovoljuje, vendar pa razmerje med posameznimi snovmi ne ustreza fiziološkim potrebam organizma, kar ima za posledico primanjkljaj enih in presežek drugih snovi.

Ker je znanost o prehrani že jasno dokazala, kako hude posledice utegne imeti nepravilna oziroma slaba prehrana za človeški organizem in pa kako

borbi za zdravo tva

j pereče in poleg vprašanja za človeštva. Gotovo ni prelovelštva (predvsem azijske in kvantitativnem stradanju, kalorično vrednost. Temu je, to je pomanjkanje predorjev, to je vitaminov. V zaradi zadnje vojne mnogo

vilen kriterij tudi za v bodoče. Lahko rečemo, da je vključ v nepredvidenim pomanjkljivostim poizkus uspel in s tem zagotovil stalno rast našim nadaljnjim tečajem za patronažno delo. Ker bo sestre gotovo zanimal učni program tečaja in metodika pouka, bi le-to v grobem nakazali. Glavni predmeti so:

1. Metode dela medicinske sestre na posameznih sektorjih socialne medicine.

2. Socialna zaščita matere in otroka.

(Seminar: Povzeto iz socialne službe in gosteskim delom.)

3. Zdravstvena : nta patronažne službe (s pripomočkov).

4. Psihologija in ljevanja). pi zdravstvenega prosvet-

5. Zdravstvena

6. Duševna higie

7. Higiiena preh

8. Preventiva or

9. Statistika.

10. Aktualna dru

11. Nega bolnika

Vsebina predava nja, temveč poglobljanje znanja, seznanjanje z svetljeno s preventivnega gledišča. Temeljno načelo metodike pouka je aktivizacija slušateljic za čim samostojnejše delo (seminarji, nastopi, pisanje člankov, razprav, individualni študij ustrezne literature). Marsikaj pa dopolnijo še obiski važnejših in manj znanih ustanov.

Prpriave za drugi tečaj so v teku. Začetek bo najkasneje v prvi polovici septembra. Izpopolnjujemo učni program v prepričanju, da se bodo sestre, ki se žele posvetiti tej službi, potrudile, da si pribore mesto že v letošnjem tečaju.

Medicinska sestra naj bo prva v borbi za zdravo prehrano prebivalstva

Dr. Damjana Bebler

Vprašanje prehrane postaja iz dneva v dan bolj pereče in poleg vprašanja svetovnega miru tako rekoč osrednje vprašanje vsega človeštva. Gotovo ni pretirana trditev, da danes kronično strada okoli 2/3 človeštva (predvsem azijske države). V teh deželah govorimo o tako imenovanem kvantitativnem stradanju, kar pomeni, da tam primanjkuje živil, ki dajejo kalorično vrednost. Temu stradanju pa rado sledi tudi kvalitativno stradanje, to je pomanjkanje predvsem živalskih beljakovin, rudnin in biokatalizatorjev, to je vitaminov. V mnogih drugih deželah, posebno še v onih, ki so zaradi zadnje vojne mnogo pretrpele, in pa v onih, kjer vladajo zaradi neprosvetljenosti slabe prehrabene navade, opažamo prav tako kvalitativno neuravnovešeno prehrano. Ta prehrana običajno kalorično zadovoljuje, vendar pa razmerje med posameznimi snovmi ne ustreza fiziološkim potrebam organizma, kar ima za posledico primanjkljaj enih in presežek drugih snovi.

Ker je znanost o prehrani že jasno dokazala, kako hude posledice utegne imeti nepravilna oziroma slaba prehrana za človeški organizem in pa kako

se tem posledicam izognemo s pravilno prehrano, so tudi naloge in perspektive za delo preventivnih zdravstvenih delavcev na tem področju jasne. Tudi pri nas v Sloveniji vladajo slabe prehrabene navade, ki slonijo na starih načelih. Ta načela namreč prenašajo matere na hčerke iz roda v rod, tako da pripravlja hčerka hrano na isti način kot njena stara mati. Zato pride včasih pri nas do nemogočih jedilnikov, ki preobremenjujejo organizem največkrat z ogljikovimi hidrati ali z maščobami na račun živalskih beljakovin, rudnin in vitaminov. Tako na primer je v nekem našem kolektivu često na jedilniku sledeče kosilo: krompirjeva juha z rezanci, krompirjevi svaljki s krompirjevo solato in nato še močnata jed in kruh. Vse to ob dejstvu, da raste okrog omenjenega internata vse polno regrata, ki bi lahko služil za okusno solato, in da se v tistem kraju stalno dobe na trgu sveže morske ribe po 50 din kilogram. Sicer je res to izjemen primer slabo sestavljenega jedilnika, vendar imamo slabih jedilnikov tako v družinah kot v kolektivih toliko, da moramo to vprašanje resno in temeljito reševati, da bomo sčasoma izboljšali prehrano našega prebivalstva.

Prehrabene navade v Sloveniji so po okrajih različne. Tako pojedjo največ mesa in maščobe n. pr. v Prekmurju, največ alkoholnih pijač popijejo v industrijskih centrih in vinorodnih krajih, najmanj mleka zopet v Ljubljani itd. Vendar velja za vso Slovenijo: da potroši naše prebivalstvo preveč alkoholnih pijač, premalo pa mleka in mlečnih proizvodov, premalo zelenjave in sadja (zlasti odrasli) ter nekoliko preveč ogljikovih hidratov (kruha in testenin).

Poleg tega se hrana povsod pripravlja tako, da se njena biološka vrednost zniža. Prehrana je neuravnovešena in enakomerna tako glede na letni čas, kakor tudi glede na njeno sestavo v posameznih dneh. Tako je v naši prehrani poleti več zelenjave in sadja, pozimi, kadar se kolje, pa več mesa in maščobe. Čeprav je to do neke mere razumljivo in neizbežno, vendar bi bilo mogoče to stanje popraviti, če bi imele naše gospodinje nekoliko več znanja o vskladiščenju, konserviranju raznih živil, o gojenju zelenjave. Zlasti kar se zelenjave tiče, bi se nje gojenje lahko razširilo na pozno jesen in zgodnjo spomlad, v kletah pa tudi pozimi. S spoznavanjem vpliva prehrane na človekovo zdravje in glavnih načel zdrave prehrane ter pravilnega pripravljanja pa bodo naše gospodinje doma in v kolektivih izboljšale prehrano tudi glede na njeno sestavo. Kadar bo ta prosvetljenost zajela najširše množice, se bo izboljšalo tudi zdravstveno stanje, stopnjevala se bo odpornost, zdrava telesna rast ter razvoj in delovna sposobnost našega prebivalstva. Podaljšala pa se bo tudi njegova povprečna produktivna življenjska doba.

Naše naloge in cilji so torej na dlani in kdo je bolj poklican in kdo tudi bo najlaže vplival na naše žene kakor ravno medicinska sestra. Njen ugled, poznavanje socialnih razmer v njenem okolišu ter zaupanje, ki ga uživa zaradi svojega večkrat zelo požrtvovalnega in neumornega dela, vse to ji je odprlo pot v sleherno našo družino, kjer bo lahko z neprisiljenim kontaktom znatno vplivala na prosvetljevanje družine v pogledu prehrane. Te njene lastnosti ji morajo utreti tudi pot do vseh tečajev, ki se vrše na vasi.

Čeprav ji bo v začetku morda težko, vendar medicinska sestra mora poiskati tudi zadnjo razpoložljivo pot, da se zniža obolevanje in umrljivost našega prebivalstva.

Da pa bo sestra strokovno zmogla to nalogo, ji bo naš list sčasoma osvetlil problematiko normalne dietetike v raznih življenjskih obdobjih, vprašanje deficitarnih bolezni, higiene živil in pravilnega pripravljanja hrane.

Medicinska sestra — pedagoška delavka

Janez Tomšič

Karakteristične poteze osebnosti medicinske sestre

Problemi zdravstvene službe tako v kurativi kakor v preventivi so tako številni in za našo družbeno skupnost tako pomembni, da letošnjega mednarodnega dneva zdravja, ki je bil posvečen medicinski sestri, niso praznovali samo v zaprtem krogu strokovnjakov, ampak ga je praznovala vsa naša javnost.

Navzlic temu pa je naši javnosti še vse premalo znano, da medicinska sestra ni samo prvi zdravstveni pomočnik, ampak da je tudi izredno pomembna pedagoška delavka.

Njeno poklicno področje je težko ostro določiti, saj se skokoma širi iz dneva v dan, prav tako pa je iz istih razlogov težko očrtati njen lik, ki se šele oblikuje, saj je produkt najnovejšega časa, produkt skrbi, ki jo posveča naša družba človeku, ki je pomoči v kakršnem koli oziru potreben.

Če pa bi vendarle poskusili očrtati osebnost medicinske sestre kot pedagoške delavke, ki bi ustrezala funkciji, ki ji je določena v naši družbi, se nam nehote vsiljuje paralela z osebnostjo učitelja.

Tega karakterizirajo:

1. pozitivne kvalitete značaja,
2. idejno politična kvaliteta,
3. ljubezen do otrok in spoštovanje otrokove osebnosti,
4. splošna izobrazba,
5. psihološka, pedagoška in metodična usposobljenost,
6. pravilen odnos do poklica in dela, ki ga opravlja,
7. smisel za ustvarjalno delo,
8. njegov osebni zgled otrokom in odraslim,
9. tovariški odnos do sodelavcev,
10. stalno prizadevanje za strok. in splošno izobrazbeno izpopolnjevanje.

Zdi se mi, da ni potrebno analizirati navedenih kvalitete, ki nekoga predstavljajo kot pravega učitelja, ker tudi brez take analize že ob bežnem pregledu lahko ugotovimo, da so našete kvalitete prav tako nujno potrebne sleherni medicinski sestri, ki po svoji širši poklicni nalogi nujno vrši tudi funkcijo vzgojitelja in zdravstveno prosvetnega učitelja.

Paralela med osebnostjo učitelja in medicinske sestre nam pokaže marsikaj sličnega, čeprav so med njima poklicno specifične razlike, o katerih pa bo treba podrobneje spregovoriti.

Ker pa se, kakor sem dejal, lik naše medicinske sestre šele formira, bo treba najprej izvršiti analizo dosedanjega njenega poklicnega dela, to je, izvesti je treba anketo, ki bo dala ustrezne podatke.

Sicer ni običajno, da se članek tako konča, vendar apeliram na vse medicinske sestre, da sodelujejo pri naslednji anketi:

- A. 1. Priimek in ime,
2. rojstni podatki,
3. naslov ustanove,
4. službena funkcija.

B. Enomesečni pregled dela za vsak dan posebej v obliki kratkega dnevnika.

C. Kaj naj bi mi posredovala medicinska šola, da bi v tem mesecu lahko kvalitetneje izvršila svoje delo v psihološkem, pedagoškem in metodičnem oziru?

Ti podatki, konkretni primeri, bodo pomagali določiti ustrezne posplošitve, ki bodo omogočile izreči realno sodbo o medicinski sestri — pedagoški delavki, kakršna je in kakšna naj bo.

Rezultati ankete, to je, rezultati skušenj konkretnega dela medicinskih sester bodo vsa nadaljnja razpravljanja ilustrirali, obenem pa bodo spodbuda za korekturo učnega načrta glede pouka psihologije, pedagogike in metodike zdravstvene prosvete na srednjih medicinskih šolah in raznih specialnih strokovnih tečajih.

Zaželeni podatki naj se pošljejo do 1. avgusta 1954 na naslov: Uredništvo lista »Medicinska sestra na terenu«, Ljubljana, Trubarjeva cesta 2

Šele analiza navedene ankete, katere osrednje jedro tvori »Dnevnik izvršnega dela«, bo omogočila konkretno razpravljanje o psiholoških, pedagoških in metodičnih problemih, ki medicinske sestre zanimajo.

Zavod za napred

Kmalu bo eno leto, predek gospodinjstva. Gl oziroma sedanja Zveza že

Nekatere analize meč benemu udejstvovanju, c način gospodinjenja čez temveč tudi fizično, saj s energije gospodinjstvo m torej dostikrat ne dopušča, da bi zela bila tudi dejanska enakopravna.

Seveda pa moramo k temu prišteti še drugo stran, ki jo bomo laže in hitreje izboljšali — in sicer strokovno neznanje, ki se kaže v slabo pripravljeni hrani, neurejeni obleki, zanemarjenem domu in otrocih, slabem gospodarjenju z družinskim zaslužkom itd. Teh slabosti pa marsikdaj nimajo samo domača gospodinjstva, saj jih opažamo tudi v raznih kolektivnih gospodinjstvih, kot n. pr. po domovih, bolnicah, menzah in podobno.

Te ugotovitve so tako rekoč po celi državi narekovale potrebo, da se ustanovi organ, ki bo stalno in sistematično proučeval probleme domačih in kolektivnih gospodinjstev, jih reševal deloma sam, največ pa s pomočjo že obstoječih ustanov, inštitutov, gospodarskih organov oziroma organov oblasti.

V času, odkar obstoji, je zavod že začel z delom na nekaterih gospodinj-skih sektorjih. Med prvimi je bila na vrsti prehrana. Naj navedem le neka-tere naloge.

Izboljšati moramo prehrano šolskih otrok in mladine, zato je treba po-množiti število šolskih kuhinj in to tistih, ki dajejo otrokom samo malico z mlekem, še bolj pa tistih, ki bi jih oskrbovale z opoldanskim in včasih tudi z

ispešno razvija

ovljen Zavod za na-
tev je nosil GO AFŽ

mного odteguje druž-
esta, ker jih zaostali
to ne samo časovno,
ila glede na potrošnjo
7 gospodinjstem delu

B. Enomesečni pregled dela za vsak dan posebej v obliki kratkega dnevnika.

C. Kaj naj bi mi po kvalitetnejše izvršila svojo delovno obveznost oziru?

Ti podatki, konkretni, ki bodo omogočile izreči kakršna je in kakšna naša delovna obveznost?

Rezultati ankete, te ankete bodo vsa nadaljnja delovna obveznost za korekturo učnega na zdravstvene prosvete na delovnih tečajih.

Zaželeni podatki na seznamu »Medicinska sestra

Sele analiza navedene ankete, katere osrednje jedro tvori »Dnevnik izvršenega dela«, bo omogočila konkretno razpravljanje o psiholoških, pedagoških in metodičnih problemih, ki medicinske sestre zanimajo.

bi v tem mesecu lahko delovno obveznost in metodičnem

ti ustrezne posplošitve, delovni — pedagoški delavki,

nega dela medicinskih sestram pa bodo spodbuda pedagoške in metodike raznih specialnih strokovnih delavnic.

na naslov: Uredništvo Medicinske sestre
jeva cesta 2

Zavod za napredek gospodinjstva se uspešno razvija

Andreja Grum

Kmalu bo eno leto, odkar je v Ljubljani bil ustanovljen Zavod za napredek gospodinjstva. Glavno skrb za njegovo ustanovitev je nosil GO AFŽ oziroma sedanja Zveza ženskih društev Slovenije.

Nekatere analize med ženami so pokazale, da se jih mnogo odteguje družbenemu udejstvovanju, da mnoge zapuščajo delovna mesta, ker jih zaostali način gospodinjstva čez mero obremenjuje z delom in to ne samo časovno, temveč tudi fizično, saj so znanstvena raziskovanja uvrstila glede na potrošnjo energije gospodinjstvo med težka dela. Ta zaostalost v gospodinjstvem delu torej dostikrat ne dopušča, da bi žena bila tudi dejansko enakopravna.

Seveda pa moramo k temu prišteti še drugo stran, ki jo bomo laže in hitreje izboljšali — in sicer strokovno neznanje, ki se kaže v slabo pripravljeni hrani, neurejeni obleki, zanemarjenem domu in otrocih, slabem gospodarjenju z družinskim zaslužkom itd. Teh slabosti pa marsikdaj nimajo samo domača gospodinjstva, saj jih opažamo tudi v raznih kolektivnih gospodinjstvih, kot n. pr. po domovih, bolnicah, menzah in podobno.

Te ugotovitve so tako rekoč po celi državi narekovale potrebo, da se ustanovi organ, ki bo stalno in sistematično proučeval probleme domačih in kolektivnih gospodinjstev, jih reševal deloma sam, največ pa s pomočjo že obstoječih ustanov, inštitutov, gospodarskih organov oziroma organov oblasti.

V času, odkar obstoji, je zavod že začel z delom na nekaterih gospodinjstvenih sektorjih. Med prvimi je bila na vrsti prehrana. Naj navedem le nekatere naloge.

Izboljšati moramo prehrano šolskih otrok in mladine, zato je treba pomnožiti število šolskih kuhinj in to tistih, ki dajejo otrokom samo malico z mlekom, še bolj pa tistih, ki bi jih oskrbovale z opoldanskim in večerjem tudi z

večernim obrokom hrane. Po izvršeni analizi daje zlasti druga vrsta kuhinj porazno sliko. Njihovo število je v zadnjih dveh letih padlo za 90%. Važno je, da sodelujejo pri pripravah za izboljšanje tega stanja tudi patronažne sestre, ki poznajo razmere svojega območja in potrebo po posameznih šolskih kuhinjah, ker lahko njih ustanovitev in delovanje podkrepe še z zdravstvene strani.

Sedaj je čas, da se po posameznih kmečkih krajih in kjer imajo ljudje svoje vrtove, začne s konserviranjem sadja in zelenjave. Zato naj bi se ustanovili, kjer je to mogoče, posebni centri, koder bi si žene lahko iz prinesenega materiala pod strokovnim vodstvom pripravile za zimo zdravo in boljšo prehrano, ker bo hrana vitaminska in bodo jedilniki mešani. Zavod proučuje v ta namen tudi razne načine konserviranja kot tudi različne kozarce oziroma steklenice.

Da bodo omenjeni centri oziroma krajši tečajji za konserviranje bolje uspeli, bo 6. številka »Sodobnega gospodinjstva« posvečena predvsem navodilom in receptom za konserviranje.

Vrše se nadalje priprave za boljšo oskrbo z morskimi ribami in njih redno uživanje. Ribe so važno beljakovinsko živilo in vsebujejo razen tega še dragocene rudninske soli in vitamine. Tudi so v primeri z mesom cenejše in bomo z večjo potrošnjo rib očuvali druge fonde mesa.

Pred nami je tudi analiza prehrane delovnih ljudi po tovarnah in še mnoge druge.

Gotovo vse izmed vas zanima, kakšna naj bo oprema moderne kuhinje. V kratkem bodo že napravljeni prvi vzorci, ki bodo razstavljeni, če bo šlo vse po sreči, že na mariborskem tednu v avgustu.

Pa ne samo s kuhinjo, oddelek za stanovanje in opremo se peča še z mnogimi drugimi vprašanji, ki naj pripomorejo do bolj praktične stanovanjske opreme kakor tudi k boljši ureditvi stanovanja samega.

Vse želimo čimprej zamenjati mučno in dolgotrajno ročno gospodinjsko delo z raznimi novimi mehaniziranimi pripomočki. Naš oddelek za gospodinjsko tehniko se vztrajno povezuje in dogovarja z našo industrijo. Vse kaže, da bo nekaj teh tako zaželenih pripomočkov kaj kmalu na trgu.

Med pripomočke, ki naj bi olajšali gospodinjsko delo v družinah, spadajo tudi razne ustanove, kot n. pr. gospodinjski biroji, ki prihajajo v poštev predvsem v večjih krajih in nudijo družinam pomoč pri gospodinjskem delu za določene ure, ponekod tudi prevzemajo v krpanje in popraviljanje obleke in perilo.

V Celju pa zaposluje, n. pr. »Vezenina«, žene še s pletenjem volnenih stvari.

V kmečkih predelih pa bi se morali dela lotiti na drug primeren način, kot n. pr. z ustanavljanjem pekarn in že omenjenih centrov za konserviranje, z ureditvijo opremljenih prostorov, kjer bi žene pod strokovnim vodstvom lahko pokrpale obleko in perilo ter obleko obenem tudi prečistile. Tudi pralnice bi se dale urediti, v začetku vsaj perišča.

S temi vprašanji se peča na Zavodu poseben oddelek, ki se obenem strokovno povezuje z že ustanovljenimi Društvi za napredek gospodinjstva.

Veliko se Zavod ukvarja tudi z gospodinjskim šolstvom. Za Slovenijo je to še posebno važno, ker so bile vse tovrstne šole več let po osvoboditvi popolnoma prekinjene. Zelo nam primanjkuje tudi učnega osebja. Zanj je bila leta 1953 odprta Višja gospodinjska šola v Grobljah pri Domžalah, ki bo že jeseni dala prve absolventke.

Potrebno pa je, da se tudi ta vrsta šolstva začne urejati sistematično, bodisi da služi prosvetljevanju žena ali pa usposablja absolventke za določene gospodinjske poklice. Prvi korak k takemu sistematičnemu gospodinjskemu izobraževanju je gotovo uvedba gospodinjskih in ročnih del v višjo stopnjo osnovnih šol in nižje gimnazije, s čimer bomo začeli že jeseni.

Svoje temelje že dobiva na Zavodu tudi Strokovna posvetovalnica, ki skrbi za organizacijo raznih tečajev, seminarjev, poskušanj, razen tega pa odgovarja in svetuje na razna vprašanja.

Začasno je k njej priključena tudi Pretiskovalnica za ročna dela. Tu imajo povsem nove in originalne vzorce, ki naj izpodrinejo razne neokusne in tuje vzorce, ki jih lahko opazujemo na razstavah raznih tečajev. Šolam, ki ta predmet na novo uvajajo, pa bo ustrezno njihovemu učnemu načrtu nudila primerne nariske.

Ustavim naj se še pri tisku. Z našim mesečnikom »Sodobno gospodinjstvo« skušamo vsaj za silo izpopolniti praznino, ki je na knjižnem trgu, kar se tiče gospodinjske literature. Želimo pa nasvetov, da list izboljšamo in ga čimbolj približamo stvarnim potrebam.

V načrtu so tudi še razne brošure. Tako gredo že h koncu priprave za izdajo brošuric, katerih vsaka bo obsegala kratko navodilo za posamezne diete in 10 celodnevnikov jedilnikov.

H koncu pa še nekaj! Zavod bo svoje naloge lahko uspešno vršil, če bo imel dovolj sodelavcev. Velik del teh sodelavcev smo že povezali v Strokovno društvo za gospodinjsko izobraževanje, ki ustanavlja po okrajih svoje podružnice. Naloga teh podružnic bo tudi sodelovanje in stalna pomoč pri ustanavljanju in delu gospodinjskih centrov. Ker pa je reševanje gospodinjske problematike tesno povezano z nalogami zdravstva, želimo čim tesnejšega sodelovanja prav s patronažnimi sestrami, ki bo praktično najbolj prišlo do izraza prav pri delu v teh centrih.

O gospodinjskih centrih pa bi se pomenile prihodnjič.

Ker so vakcinacije ravno onih, pri katerih trebnostno seznaniti se s št ročil o pridobitvah na t Še več časa pa je potrel poskusu. Kot takega sp suma raznih poročil iz datki so vse preskromni, samo na njihovi osnovi delali kake zaključke o uspešnosti cepljenj. Razen tega se pri nas vrši v večjem obsegu le cepljenje proti kozam, davici in tetanusu ter tifusu in paratifusu. Pa ne samo dokumentacija, tudi prijavna služba še tako šepa, da lahko minejo cele epidemije otroških nalezljivih boleznih, ne da bi jih registrirali.

alezljivih boleznih in to tiktat odpovedo, je po imunizacije. Večina poizsledki v laboratorijih. praktičnem terenskem ki je samo posnetek in i domači statistični po-

Potrebno pa je, da se tudi ta vrsta šolstva začne urejati sistematično, bodisi da služi prosvetljevanju žena ali pa usposablja absolventke za določene gospodinjske poklice. Prvi korak k takemu sistematičnemu gospodinjskemu izobraževanju je gotovo uvedba gospodinjskih in ročnih del v višjo stopnjo osnovnih šol in nižje gimnazije, s čimer bomo začeli že jeseni.

Svoje temelje že dobiva na Zavodu tudi Strokovna posvetovalnica, ki skrbi za organizacijo raznih tečajev, seminarjev, poskušanj, razen tega pa odgovarja in svetuje na razna vprašanja.

Začasno je k njej pripravili povsem nove in originalne vzorce, ki jih lahko opamet na novo uvajajo, jmerne nariske.

Ustavim naj se še poskušamo vsaj za silo izgospodinjske literature. približamo stvarnim po

V načrtu so tudi izdajobrošuric, katerih in 10 celodnevnih jedil

H koncu pa še neimel dovolj sodelavcev.

društvo za gospodinjsko izobraževanje, ki ustanavlja po okrajih svoje podružnice. Naloga teh podružnic bo tudi sodelovanje in stalna pomoč pri ustanavljanju in delu gospodinjskih centrov. Ker pa je reševanje gospodinjske problematike tesno povezano z nalogami zdravstva, želimo čim tesnejšega sodelovanja prav s patronažnimi sestrami, ki bo praktično najbolj prišlo do izraza prav pri delu v teh centrih.

O gospodinjskih centrih pa bi se pomenile prihodnjič.

Nekaj o vakcinacijah

Dr. Svetozar Kalčič

I. Splošni del

Ker so vakcinacije pomemben način zatiranja nalezljivih bolezni in to ravno onih, pri katerih drugi epidemiološki ukrepi dostikrat odpovedo, je potrebno seznaniti se s številnimi pridobitvami aktivne imunizacije. Večina poročil o pridobitvah na tem področju zaostaja za novimi izsledki v laboratorijih. Še več časa pa je potrebno za presojo novih izsledkov v praktičnem terenskem poskusu. Kot takega sprejmite tudi ta zbirni referat, ki je samo posnetek in suma raznih poročil iz tuje periodične literature. Naši domači statistični podatki so vse preskromni, dokumentacija večine cepljenj nepopolna, da bi lahko samo na njihovi osnovi delali kake zaključke o uspešnosti cepljenj. Razen tega se pri nas vrši v večjem obsegu le cepljenje proti kozam, davici in tetanusu ter tifusu in paratifusu. Pa ne samo dokumentacija, tudi prijavna služba še tako šepa, da lahko minejo cele epidemije otroških nalezljivih bolezni, ne da bi jih registrirali.

Preden preidemo na splošno in specialno obravnavanje vakcinacij, je prav, da odgovorimo na vprašanje, ki ga v današnjih časih tudi strokovno medicinsko osebje večkrat zastavlja: Ali ima smisel, da izpostavljamo ljudi nevšečnostim raznih vakcinacij danes, ko z modernimi kemoterapevtiki in antibiotiki mnogo nalezljivih bolezni tako uspešno zdravimo? Z drugimi besedami: čemu cepiti nekoga proti tifusu in paratifusu, če obolenje lahko uspešno zdravimo s chloromycetinom? Čemu bi cepili naše otroke proti oslovskemu kašlju, če sta aureomycin in terramycin za to bolezen prav dobri zdravili? Podobno vprašanje so postavljali pred mnogimi leti, ko je bil v zdravljenje davice vpeljan specifični antitoksin in ko se je mislilo, da bo uporaba specifičnega antitoksina imela velik vpliv na morbidnost, kar se pa ni zgodilo, kljub zgodnji diagnozi in protiepidemičnim ukrepom. Še več! Pri infekcijskih boleznih z nejasnim začetkom (n. pr. tifus, oslovski kašelj itd.) je bolnik lahko že v veliki nevarnosti, še bolj pa njegova okolica, ki je izpostavljena okužbi, še preden je sploh lahko prišlo do uspešnega zdravljenja. Pri mnogih nalezljivih boleznih pomenijo glavno nevarnost toksični pojavi, na katere kemoterapevtika in antibiotika nimajo direktnega učinka. Iz vsega tega sledi, da je profilaksa, kolikor je varna, praktična in uspešna, dosti boljše kot zdravljenje. Na koncu utemeljevanja upravičenosti vakcinacij pogledjmo še ekonomsko plat tega vprašanja, pri čemer se moramo osloniti na tuje podatke. Dramatski padec davice v Škotski pomeni za to pokrajino letni prihranek 300 000 funtov šterlingov. V obdobju 50 let se je davica znižala od kakih 10 000 na nekaj 100 primerov letno, kar pomeni sprostitev 750 bolniških postelj vsak dan v letu in letni prihranek 200 polno zaposlenih medicinskih sester z ustrežajočim številom zdravnikov in drugega pomožnega osebja. V Sloveniji je davica padla od približno 2500 primerov letno po uvedbi obveznega cepljenja na 300 do 400 primerov letno. Mislim, da po vseh zgoraj navedenih primerih ni potrebno še dalje utemeljevati upravičenosti in koristnosti cepljenja.

Izraza vakcinacija in imunizacija bom v nadaljnjih izvajanjih uporabljal kot istoznačnici, kot se to dela po vsem svetu, čeprav je prvotno vakcinacija pomenila le poseben primer imunizacije proti kozam.

Že uvodoma sem omenil, da je imunizacija samo eden izmed protiepidemičnih ukrepov, ki so lahko usmerjeni proti viru okužbe, proti potem in načinom prenosa ter na sprejemljivost organizma oziroma kolektiva. Vsi ti ukrepi se navadno uporabljajo istočasno. Težišče ali glavna točka protiepidemičnih ukrepov pa je različna glede na epidemiološke posebnosti posamezne bolezni. Tako vidimo, da so pri večini kapljičnih infekcij, ki so navadno kužne že kratek čas pred nastopom kakršnih koli bolezenskih znakov, skoraj vsi ukrepi, usmerjeni proti viru okužbe, načinom in potem prenosa manj uspešni kot pri črevesnih nalezljivih boleznih. Prav tako malo je uspešna borba proti tifusu in paratifusu, če nam ni poznan vir okužbe, če je naš teren posejan s številnimi kliconosci in so komunalno higienske naprave slabe, higienska zavest ljudskih množic pa zaradi zdravstvene neprosvetljenosti nizka. Pri davici je n. pr. poznano, da se samo 2% vseh obolelih okuži pri manifestnih bolnikih. Ostali izvori okužbe so razsejani med čisto zdravimi ljudmi. Njih izsledovanje redko prinese uspeh in zato so protiepidemični ukrepi, usmerjeni proti viru okužbe, pri davici težko izvedljivi in ne vselej uspešni. Medtem ko dosežemo pri tifusu in paratifusu s presekanjem poti prenosa lahko lepe uspehe in širjenje bolezni preprečimo, ne moremo tega trditi pri številnih kapljičnih okužbah, saj je človek prisiljen vdihovati zrak, v katerem najdemo vselej različne pato-

gene klice in viruse. Okužbo je praktično težko preprečiti, kar dokazujejo na primer sprejemljivi otroški kolektivi, v katerih kljub zgodnjim protiepidemičnim ukrepom navadno oboli večji del otrok, čeprav morda zaradi naših ukrepov v več valih oziroma generacijah. Pri mnogih, zlasti kapljično nalezljivih boleznih nam torej preostane kot glavna in edina uspešna točka protiepidemičnega dela sprejemljiv kolektiv, v katerem poskušamo dvigniti specifično odpornost z imunizacijo. To pot moramo iti n. pr. tudi pri črevesnih nalezljivih boleznih in vseh nalezljivih boleznih, pri katerih ostanejo drugi protiepidemični ukrepi brez zaželenega uspeha. Jasno pa je, da mora biti imuniziran večji del ljudi, če hočemo doseči s tem ukrepom uspeh. Tako n. pr. zahtevajo v Angliji, kjer je davica neverjetno padla po nacionalni kampanji za imunizacijo proti davici, da mora biti cepljenih do prvega leta starosti 75 % vseh otrok te starosti. Če je zaščiten le nizek odstotek vseh sprejemljivih, potem je to le individualna, ne pa kolektivna profilaksa, ki vpliva na gibanje bolezni le malo ali nič.

Da ne zaidemo v splošno poznane reči o imunizaciji in v tehnične detajle, naj v glavnem omenim samo tole. Pasivna imunizacija se uporablja vedno bolj redko, zato jo bomo pri posameznih boleznih obravnavali le mimogrede. To počasno izginevanje ima svoje vzroke: Kratkotrajnost zaščite, ki jo nudi (3—6 tednov), in neprijetne anafilaktične reakcije, ki nastopajo pri preobčutljivosti, zlasti pa pri večkratni uporabi istovrstnega seruma. Vseh teh slabih strani nima aktivna imunizacija, ki jo dosežemo z vbrizgavanjem mrtvih ali oslabljenih klic oziroma virusov in s formolom detoksiciranih toksinov (anatoksinov, toksoidov), ki so izgubili svojo strupenost, očuvali pa sposobnost stvarjanja imunitete. Prvi dozi, ki organizem šele nekako usposobi za borbo proti bolezni, mora slediti navadno v presledku več tednov druga in mnogokrat še tretja doza, da se doseže res solidna imuniteta. Ta imuniteta pri cepljenjih ne bazira samo na prisotnosti protiteles v krvi, temveč je tudi celična, ker celice, ki so se za tvorbo protiteles usposobile, izučile, jih lahko pri okužbi na nov dražljaj naglo stvorijo zadostne količine, da zaščitijo organizem pred obolenjem, čeprav je količina protiteles v krvi v trenutku okužbe majhna. Aktivno imuniteto dosežemo tudi s hote izzvano modificirano boleznijo. Mitigirane ošpice povzročijo trajno imunost brez nevarnosti komplikacij, ki spremljajo navadno ošpice. Če povzročimo kravje koze (vaccinia) s pomočjo cepljenja, nudimo solidno zaščito pred dosti nevarnejšimi človeškimi kozami.

Na splošno lahko rečemo, da so antibakterialne vakcine (tifus, paratifus, oslovski kašelj) manj učinkovite, da dajejo slabšo in bolj kratkotrajno zaščito kot antitoksične (davica, tetanus).

Kontraindikacije vakcinacij. Vsako cepljenje pomeni za organizem neko obremenitev in ni vseeno, če cepimo zdravega in močnega ali slabotnega in zaradi bolezni izčrpanega človeka. V zadnjem primeru cepljenje nima niti smisla, saj oslabel in izčrpan organizem ni sposoben stvoriti na dražljaj solidno imuniteto, na drugi strani pa se bolezensko stanje takega človeka po cepljenju navadno poslabša in pride do nepotrebnih zapletov. Ker otroški organizem reagira kvalitativno in kvantitativno drugače kot organizem odraslega, je previdnost pri cepljenju otrok še posebno umestna. Pred vsakim cepljenjem se mora izvršiti triaža, pri kateri izločimo vse one, pri katerih je cepljenje, kot pravimo, kontraindicirano. Za splošne kontraindikacije smatramo navadno sledeče stvari:

1. Vsako vročinsko stanje.
2. Akutne in kronične infekcije (aktivna tuberkuloza!) in rekonvalescenca po njih.
3. Možno inkubacijo katere koli nalezljive bolezni (kontakt otroka z neko nalezljivo boleznijo, ki je še ni prebolel).
4. Vse hujše manifestacije rahitisa.
5. Hujša srčna obolenja, posebno če so dekompenzirana.
6. Kronično vnetje ledvic.
7. Nosečnost.

Pri posameznih cepljenjih poznamo še specifične kontraindikacije, n. pr. ekcematozni otroci za cepljenje proti kozam, epileptični in spasmodični otroci za cepljenje proti oslovskemu kašlju itd.

Upoštevanje kontraindikacij in izločitev oseb, ki jih ne smemo cepiti, je osnovni pogoj, da se izognemo nepotrebni komplikacijam in ne škodujemo cepljenju samemu. Nepredvideni dogodki in nesrečna naključja, ki bi se jim v večini primerov z dobro triažo lahko izognili, lahko močno znižajo udeležbo pri cepljenju, ker rodijo nezaupanje.

Reakcije po cepljenju

Vsaka oblika imunizacije mora, preden se uvede v splošno prakso, izpolniti sledeče zahteve: biti mora varna, praktična in uspešna. Čeprav se vse serije vakcin redno preizkušajo na sterilnost, učinkovitost in netoksičnost, lahko vseeno nastopajo po njihovi aplikaciji reakcije, česar si mora biti vsak zdravstveni delavec. Ker ena in ista vakcina povzroči pri nekom reakcijo, medtem ko je pri drugem človeku ne, gre verjetno do neke mere za individualno dispozicijo. Reakcije so lokalne in splošne. Lokalne reakcije (oteklina in bolečina na mestu vbizga) nastopijo navadno že po dveh do treh urah, povzročata jih draženje vbizganega tujega materiala. Pogostnejše in močnejše so po antibakterialnih vakcinah (tifus, paratifus) kot po toksoidih. Če toksoidu dodajo galun, se na mestu vbizga stvari lahko sterilni absces ali cista. Ti abscesi in ciste nastajajo zlasti takrat, če cepivo vbizgamo tik pod kožo. Vbizgavanje se mora izvršiti globoko subkutano! Če ni znakov vnetja, abscesa ali ciste ne smemo kirurško odpirati, ker nastopi lahko sekundarna okužba. Absces ali cista se brez intervencije sama resorbira. Tudi splošne reakcije, kot glavobol, utrujenost, slabost, bruhanje, temperatura, driske so pogostnejše pri antibakterialnih vakcinah in trajajo 1 do 2 dni. Lokalne ali splošne reakcije, ki nastopijo več dni po vakcinaciji, nimajo z vakcinacijo zveze (razen pri kozah). Take kasne lokalne reakcije nastopijo le, če cepiva nismo vbizgali sterilno. Okužba se manifestira z vsemi znaki gnojnega abscesa, kirurška intervencija je seveda v takem primeru potrebna.

Dve dosti resnejši komplikaciji pa sta poliomyelitis in inokulacijski hepatitis. V deželah, kjer je mnogo poliomyelitisa, se je pokazalo, da otroci, ki so bili pred kratkim cepljeni z enostavno ali kombinirano vakcino, vsebujočo galun, pogosto obole za poliomyelitisom, pri čemer je sedež paralize inokulirani ud. Pri naravnem načinu okužbe vidimo, da so pri petih obolelih otrocih ohromitve razporejene tako, da na 4 ohromitve nog pride 1 ohromitev rok. Pri cepljenih je to razmerje obrnjeno v korist rok, pri čemer je največkrat prizadet ud, na katerem se je cepljenje izvršilo. Statistične analize so poka-

zale, da koincidenca poliomyelitisa in cepljenj ni slučajna, da pa se pomen tega vprašanja precenjuje. Misli se, da lokalna travma vakcinacije povzroči v ustrezajočem segmentu hrbtnega mozga locus minoris resistentiae, kamor se naseli latentna infekcija. **Profilaksa:** Vakcino dajemo globoko subkutano in ne intramuskularno. Uporabljamo vaccine, ki ne vsebujejo galuna, da je travma čim manjša. Odložimo cepljenje otrok nad 1 leto starosti v pokrajinah, kjer istočasno nastopa poliomyelitis epidemično. Če poliomyelitis ni zavzel epidemičnega obsega, naj se cepljenje vrši nemoteno dalje.

Inokulacijski hepatitis nastopa v večji meri pri pasivni imunizaciji kot aktivni, če dajemo zaradi profilakse rekonvalescentni serum ali zbirno plazmo in z njo vred specifični virus tega obolenja. Inkubacija pa je 2 do 5 mesecev. Direktni prenos s človeka na človeka lahko nastopi pri množičnih cepljenjih z iglo, ki ni dovolj sterilizirana, ali če v brizgo, v kateri imamo več porcij cepiva, aspiriramo tkivno tekočino in z njo virus. **Profilaksa.** Med krvodajalci izločimo vse, ki so hepatitis preboleli. Število oseb, katerih kri mešamo, naj bo čim manjše, da se ne okuži večja količina plazme. Zbirno plazmo obsevamo z ultravijoličnimi žarki ali pa več mesecev hranimo pri sobni temperaturi. Skrbno steriliziramo igle in ponekod v svetu že uporabljajo brizge z varnostnim ventilom, ki pri množičnih cepljenjih onemogočijo aspiracijo tkivnih sokov in s tem preprečijo okužbo večje količine vaccine.

Na koncu tega splošnega uvoda razčistimo še pojem tihega prekuževanja — latentne (subklinične) infekcije. Kadar koli človek živi v okolju, kjer so nekatere patogene klice močno razširjene, prihaja z njimi neprestano v stik. Majhno število klic, posebno če niso močno virulentne, ne izzove obolenja, posebno takrat ne, če je človek močan in proti raznim škodljivim vplivom odporen (nespecifična rezistenca). Tak stik pa povzroči v človeku nastanek neznatnih količin specifičnih protiteles, ki pri ponavljajočem se okuževanju z majhnim številom klic lahko dosežejo znatno stopnjo, človek pa s tem solidno imuniteto. Tako prekuževanje se vrši zlasti s povsod prisotnimi klicami kapljično infekcijskih bolezni (n. pr. klice škrlatinke in davice), ni pa možno pri onih nalezljivih boleznih, pri katerih že najmanjše količine infekcijskega materiala povzročijo tipično obolenje (n. pr. ošpice, norice).

II. Specialni del

Črevesne nalezljive bolezni

Cepljenje proti tifusu in paratifusu navadno ni splošno obvezno. Vsakoletno cepljenje je obvezno za uslužbence v živilski industriji, gostinskih in drugih obratih množične prehrane (tudi v zdravstvenih ustanovah) za osebje infekcijskih bolnic, bakterioloških laboratorijev in prometnih sredstev, dalje za uslužbence na vodnih objektih in kanalizaciji. Splošno obvezno cepljenje na področju okraja ali naselja se razpiše tudi takrat, če z drugimi protiepidemičnimi ukrepi ni uspelo zavreti tifusa. Cepljenje je obvezno v takem primeru za vse stalne prebivalce v starosti 12 do 60 let. Če hočemo cepljenje raztegniti na mlajše starostne skupine, je potreben pristanek Centralnega higienskega zavoda. V toku epidemije cepljenja ne vršimo, če se nam je posrečilo najti izvor okužbe in presekati poti prenosa. Pač pa se cepljenje izvrši po epidemiji, ko preostane na terenu večje število poznanih in nepozna-

nih kliconoscev. Če izvora okužbe ne poznamo in ne moremo blokirati poti prenosa, se cepljenje lahko vrši tudi v toku epidemije.

Ker moramo računati, da človek pridobi solidno imuniteto šele 5 do 6 tednov po zadnji injekciji, se mora cepljenje izvršiti že v mesecu aprilu, da je človek v polni meri zaščiten ob nastopu sezone črevesnih nalezljivih bolezni.

Vakcina vsebuje tifusne in paratifusne klice, ki smo jih razmnožili na trdem gojišču in od tam sprali s fiziološko raztopino. Tako dobljeno naplavino ubijemo z enournim segrevanjem na 56°C in jo tako pripravimo, da vsebuje 1 ccm 2 milijardi klic. Dodamo malo formalina ali alkohola za očuvanje sterilnosti. Tako dobljeno vakcino vbrizgujemo podkožno v količini 0,5 ccm in 1,0 ccm s presledkom najmanj 7 dni. Doza za otroke od 1 do 5 let je ena tretjina, za otroke od 5 do 15 let pa polovica doze odraslega. Imuniteta, ki ni absolutna, traja do enega leta, po tem času je potrebna revakcinacija z eno dozo (1,0 ccm). Stimulirajoča doza se daje vsako leto.

Lokalne in splošne reakcije so po tej vakcini močne in pogostne. Priporoča se, da se vakcina daje kasno popoldne. Cepljena oseba naj vzame, ko gre spat, antineuralgicum.

Peroralna vakcinacija po Besredki, katere namen je bil doseči lokalno imuniteto črevesne sluznice in tako preprečiti vstop klicam v organizem, je danes povsod opuščena.

Cepljenje proti griži. Aktivna imunizacija je naletela na velike težkoče zaradi več tipov dizenteričnih klic. Zaradi stroge specifičnosti imunitete bi bila uspešna le monovalentna vakcina, ki bi ščitila le proti eni vrsti grižnih klic. Taka imuniteta pa ima le majhen pomen, ker človek ne ve, s katero klico se bo okužil. Polivalentne vakcine pa so, kot vemo, prav malo uspešne. Zaradi toksičnosti šigel so bile reakcije zelo močne. Poskušana simultana metoda cepljenja (klice + spec. antitoksični serum), ki naj bi omilila reakcije, se ni obnesla. Tudi peroralna vakcinacija (Besredka) ni dala prepričljivih rezultatov. Poskuša se še detoksikacija dizenteričnih klic s formalinom, analogno tetanusovemu in difteričnemu toksinu, torej nekaka anavakcina.

Zaradi slabih uspehov vakcinacije uporabljamo raje profilakso s sulfonamidi (sulfaguanidin, sulfasukcin).

Cepljenje proti koleri. Kolera še vedno obstaja v svojih endemičnih žariščih (Indija), od koder se od časa do časa razširi v ostale dele sveta, lahko celo v epidemični obliki. Kot protiepidemični ukrep je vakcinacija edino uspešno sredstvo, če hočemo epidemijo zatreti. Zaradi naglega širjenja bolezni pa moramo s cepljenjem pričeti čimprej.

Cepivo. Na agarju razmnoženi vibrioni se sperejo s fiziološko raztopino, se ubijejo s segrevanjem in konservirajo z dodatkom fenola. Kot imunogeni se uporabljajo razni soji teh klic, navadno pa mešanica vseh.

Vakcino dajemo dvakrat v presledku 7 dni, dosežena imuniteta traja 6 mesecev.

Kapljične infekcije

Cepljenje proti kozam. O pridobivanju cepiva - limfe ne bom govoril, ker so postopki opisani v vseh učbenikih nalezljivih bolezni, saj je to cepljenje najstarejše in najbolj vpeljano. Učinkovitost limfe naglo pada, če se hrani pri sobni temperaturi, in zato se mora vakcinacija izvršiti čimprej po prejemu limfe. Če limfe ne porabimo takoj, jo moramo čuvati v hladilniku

ali ledenici in jo porabiti v 14 dneh. Tudi tehnika je toliko uvedena, da posebna pojasnila niso potrebna.

Različna pa so mnenja o pokrivanju mesta cepljenja takoj po vakcinaciji. Važno je le to, da pustimo limfo, da se pred pokritjem na kakršen koli način posuši. Obvežemo lahko mesto tudi šele po 4 do 5 dneh, ko se prično pojavljati vezikule, in pri zagnojitvi posipavamo mesto z antiseptičnim praškom. Pri starejših otrocih in odraslih, pri katerih so reakcije močne, obesimo roko v trikotno ruto. Če cepljenje ni uspelo, lahko vakcinacijo ponovimo že po 1 tednu in cepljenje lahko tudi drugič ponovimo, če po prvi ponovitvi ni reakcije.

Pri onih, ki so že bili cepljeni, lahko nastopita dve atipični reakciji, različni od tipične vacciniaee:

1. Pospešena reakcija: Vezikule se pojavijo že 2. ali 3. dan, višek nastopi 4. ali 5. dan, kar kaže na določeno stopnjo imunitete.

2. Maksimalna lokalna reakcija brez vezikul: nastopi že 2. ali 3. dan z močnim srbenjem in oteklino, ki naglo izgine.

Prvo cepljenje, ki se mora izvršiti v prvem letu življenja, daje imuniteto za 7 do 10 let. Prva revakcinacija se vrši ob vstopu v šolo, druga pri moških pri odsluženju kadrovskega roka. Če v starejših letih nastopi nevarnost ekspozicije, n. pr. zaradi potovanja v endemične kraje, je potrebna revakcinacija.

Kontraindikacije za cepljenje so: Oslabeli, ekcematozni in rahitični otroci, rekonvalescenti po infekcijskih boleznih, otroci, ki so lahko v inkubaciji kake nalezljive bolezni.

Komplikacije: dodatne vaccine, generalizirana vakcina, postvaktinalni encephalitis, katerega etiologija še ni jasna. Misli se, da vakcinacija aktivira kak drug v telesu prisotni virus, ki izzove encephalitis. Ta najresnejša komplikacija je pogostnejša, čim starejši je otrok pri prvem cepljenju. Običajno se računa, da pri upoštevanju kontraindikacij nastopi en primer encephalitisa na 80 000 do 90 000 cepljenih.

Cepljenje proti davici je danes uvedeno v vseh kulturnih in zdravstveno naprednih deželah na svetu. Epidemiološki položaj se je v pogledu davice zadnja desetletja bistveno spremenil in nenavadno izboljšal, to pa ravno zaradi sistematičnega cepljenja. V preteklosti je od vseh otrok obolelo za davico povprečno 10 %, od teh pa je umrl povprečno 1 %. V deželah, kjer se je cepljenje proti davici izvedlo sistematsko in se vrši redno, pomeni davica samo 1 % tega, kar je pomenila v preteklosti. S cepljenjem se ni povišalo število kliconoscev, kot se je to pričakovalo, in visoko imunizirani kolektivi so brez kliconoscev. S tem pa je zmanjšana možnost za naravni način prekuževanja in čisto napačno bi bilo, ker se je položaj izboljšal, s cepljenjem prenehati. Nasprotno, naše napore v zvezi s cepljenjem proti davici moramo še pojačati, posebno pri nas, kjer pri cepljenju še vedno ni tolikšne udeležbe, kot bi si jo želeli.

Vsi preparati, ki se danes na svetu uporabljajo za aktivno imunizacijo (tudi naš Dialpan), imajo za bazo anatoksin (toksoid). Originalni nevarni toksin se je modificiral s formolom tako, da je izgubil svoje toksične lastnosti, ohranil pa imunogene. S tem je izključena možnost nesreč, ki so se v preteklosti dogajale pri uporabi mešanice toksin-antitoksin. Z dodatkom raznih mineralnih snovi postane resorpcija počasna in dražljaj za tvorbo antitoksina se na ta način podaljša.

Pri nas je predpisano prvo cepljenje v prvem letu življenja, prva revakcinacija v drugem letu življenja in druga revakcinacija ob vstopu v šolo. Cepivo dajemo globoko subkutano dvakrat po 0,5 ccm v presledku najmanj 4 tednov. Pri revakcinaciji dajemo samo eno dozo 0,5 ccm. Če je cepivo kombinirano, n. pr. s tetalpanom, potem je doza vedno 1,0 ccm.

Pasivno metodo imunizacije z antitoksičnim serumom uporabimo, kadar je otrok neposredno ogrožen in ni bil predhodno cepljen z Dialpanom. Dajemo 500 E prečiščenega difteričnega antitoksina in istočasno lahko pričnemo z aktivno imunizacijo. Če je bil otrok po predpisih predhodno cepljen z Dialpanom, zadostuje revakcinacija z 0,5 ccm Dialpana, kar deluje kot stimulans. Serum v takem primeru ni potreben.

Cepljenje proti oslovskemu kašlju je pri nas tako rekoč nepoznano, vrši pa se v mnogih deželah z velikim uspehom in je edina res uspešna metoda zatiranja te za otroka tako dolge in mučne bolezni. Čeprav se je z vpeljavo antibiotik v zdravljenje te bolezni položaj znatno izboljšal, nima to zdravljenje po naših izkušnjah nobenega učinka na širjenje bolezni. V večini primerov je zaradi težke diagnoze tudi zdravljenje prekasno in z njim ne dosežemo tistega učinka, kot bi ga sicer. Razen tega pa je zdravljenje z uvoženimi antibiotiki silno drago, dosti dražje, kot če bi uvozili potrebno vakcino.

Ker je oslovski kašelj najhujši pri malih otrocih in ker umrje za to boleznijo v prvem letu življenja več otrok kakor v vseh drugih starostnih obdobjih, je jasno, da moramo doseči zaščito čimprej. Nekje se to cepljenje izvrši pri starosti 3 mesecev, pri čemer dajemo trikrat v presledku enega meseca po 1,0 ccm cepiva. Drugod pa cepijo šele proti koncu 1. leta življenja. Če cepimo 3 mesece stare otroke, je zaželen revakcinacija v 2. letu. Če cepimo otroke pri starosti 1 leta, zaščitimo najmlajše samo posredno s tem, da preprečimo obolevanje starejših otrok. Nevarnost okužbe je zaradi tega tudi pri najmlajših manjša.

Poskusi, da bi zaščitili otroka v prvih mesecih življenja z imunizacijo matere v zadnjih mesecih nosečnosti, so danes opuščeni, ker se je taka zaščita izkazala za nezadostno in preslabotno. **Kontraindikacije:** spasmofilija, epilepsija (osebna ali v družini).

Škrlatinka je danes blaga nalezljiva bolezen, ki se loči od navadne streptokokne angine samo po eritematoznem izpuščaju. Izpuščaj povzroča eksotoksin beta hemolitičnega streptokoka in ta toksin, ki ga ni mogoče pretvoriti v zadostni meri v anatoksin, se je včasih uporabljal za aktivne imunizacije. Ker je potrebnih 4 do 6 injekcij tega toksina v rastočih dozah, ker lokalne in splošne reakcije niso tako redke in ker je škrlatinka danes tako lahka bolezen brez toksičnih pojavov, ki je terapiji z antibiotiki lahko dostopna, se aktivna imunizacija danes ne prakticira več. (Izjemoma med osebjem infekcijskih bolnic, n. pr. v Ameriki.) Tudi pasivna zaščita s prečiščenim antitoksinom je danes opuščena.

Ošpice. Ker virus ošpic doslej ni uspelo kultivirati, tudi ni možnosti aktivno imunizirati proti tej bolezni. Za popolno pasivno zaščito ali mitigiranje ošpic se lahko uporabi človeški serum. Najbolj primeren je serum rekonvalescenta, ki pa ga je sorazmerno težko dobiti. Namesto njega se zaradi tega uporablja zbirna plazma; vendar ni nobene garancije za kompletno zaščito, če je ne uporabimo v ogromnih količinah, ki jih je pa mnogokrat čisto tehnično

težko dati prav malemu otroku. Če človeški serum frakcioniramo, dobimo gama globuline in s tem zaščitne snovi v koncentrirani obliki. Gama globulini nam niso dosegljivi in jih tudi na zapadu nimajo toliko, da bi bili v splošni uporabi, temveč jih rabijo le v posebnih študijah.

Vsa profilaktična sredstva (rekonvalescentni serum ali zbirno plazmo) moramo dati čimprej po ekspoziciji. Če je bil otrok v stalnem kontaktu z drugim otrokom, ki je zbolel, potem moramo dan nastopa izpuščaja pri bolniku šteti že kot 4. dan inkubacije pri bodočem bolniku. Znano pa je, da bolezen lahko preprečimo oziroma ublažimo samo takrat, če damo serum oziroma plazmo do 6. oziroma 7. dne inkubacije. Naglica pri takem postopku zaščite je torej nujno potrebna. Doze, potrebne za mitigiranje oziroma zaščito, so: rekonvalescentni serum 1 do 3 ccm, plazma desetkrat več, torej 10 do 30 ccm. Mitigirane ošpice zmanjšujejo riziko vseh komplikacij, istočasno pa dajo otroku stalno imunost. Uspehi z rekonvalescentnim serumom so bolj zanesljivi.

Načeloma bomo poskušali bolezen preprečiti oziroma omiliti pri vseh otrocih do starosti 4 let, kasneje pa le v posebnih primerih, n. pr. iz zdravstvenih razlogov (druge akutne in še v večji meri kronične infekcijske bolezni).

Včasih se uporabi za zaščito citrirana kri enega izmed staršev: V brizgo, v kateri imamo 1 do 2 ccm 2,5% natrijevega citrata, potegnemo kri in jo neposredno za tem injiciramo otroku intramuskularno. Ne glede na precejšnjo količino krvi, ki povzroči obsežen hematom, se ta postopek ne priporoča, ker pride lahko do rhesus senzibilizacije, če se prej ne napravi rhesus test.

Rubeola, mumps, poliomyelitis. Pri vseh naštetih boleznih je možna samo pasivna zaščita.

Če se okuži z rubeolo žena v prvih treh mesecih nosečnosti, lahko rodi otroka z resnimi kongenitalnimi defekti (gluhost, slepota, prirojene srčne napake itd.). Edini profilaktični ukrep v tem primeru je injiciranje večjih količin rekonvalescentnega seruma, ki ga je prilično težko dobiti.

Serum rekonvalescentov po mumpsu ščiti pred komplikacijo orbitisa.

Pri poliomyelitisu rekonvalescentni serum ne ščiti pred obolenjem ali paralizami, če ga damo šele v preparalitičnem stadiju bolezni. Že dalj časa se pri poliomyelitisu poskuša z aktivno imunizacijo in čeprav rezultati različnih poizkusov obetajo uspeh, ne smemo pričakovati splošne uporabe vakcine v kratkem.

Influenca. Epidemije influence povzročajo virusi, ki jih lahko kultiviramo na razvijajočem se embriju kokošjega jajca. Imamo dva glavna tipa (A + B), vsak od njih pa ima celo vrsto sojev. Vakcine, pripravljene iz teh sojev, injicirane samo enkrat pred ekspozicijo, so dale znatno stopnjo zaščite pred homologno virusno infekcijo. Slabe strani uporabe te vakcine v večjem obsegu so:

1. Nemožnost prerokovati morda bližnjo epidemijo.
2. Težava hitro identificirati soj virusa v epidemiji, ki je nastopila, namreč tako hitro, da bi lahko pripravili zadostno količino cepiva.
3. Kratkotrajnost imunitete.

Nekatere teh težav so se skušale odstraniti in danes se dobi vsaj toliko cepiva, da je mogoče zaščititi vsaj medicinsko osebje. Ker epidemije navadno nastopijo spomladi, je najboljšše vakcinirati novembra in decembra.

Tetanus. V večjem obsegu se je pričela aktivna imunizacija med drugo svetovno vojno, ko so bile vse zavezniške armade cepljene proti tetanusu aktivno. Če prištevamo med največje pridobitve medicine v drugi svetovni vojni antibiotika in moderne insekticide, moramo k tem pridobitvam šteti tudi aktivno imunizacijo proti tetanusu. V drugi svetovni vojni med aktivno cepljenimi armadami tetanusa praktično ni bilo. Cepivo je pripravljeno podobno kot za davico, gre torej za anatoksin (naše cepivo Tetalpan). Reakcij pri cepljenju ni in človek pridobi imuniteto tako rekoč mimogrede. Cepivo dajemo trikrat: prvič in drugič v presledku enega meseca po 1,0 ccm, tretjič po preteku enega leta 1,0 ccm. Tako dosežena imuniteta traja najmanj 4 do 5 let in kompletno cepljenim v tem obdobju ni potrebno dajati seruma, temveč pri poškodbi le eno dozo (1,0 ccm) anatoksina. Serum dajemo le takrat, če je poškodba lokalizirana na glavi ali je v bližini večjega živčnega spleta.

III. Kombinirana cepljenja

Kombinirana cepljenja so cepljenja bodočnosti in pomenijo moderno smer v imunološkem in protiepidemičnem delu. Jasno je, da je zaščita pred večjim številom infekcijskih bolezni potrebna, vendar pa so z dosedanjim načinom dela združene številne inokulacije, kar je tehnično težko izvedljivo, na drugi strani pa se s povečanim številom inokulacij zvišuje riziko prenosa različnih bolezni. Kombinirano cepljenje, pri katerem dajemo z enim vbizgom istočasno cepiva proti različnim boleznim, te težave odpravi, odgovor organizma na tako mešanico pa je, kot so pokazali poskusi, celo stopnjevan: dosežena stopnja imunitete je celo večja, kot če bi dajali vsako cepivo posebej. Reakcije niso prav nič močnejše kot pri ločeni aplikaciji posameznih cepiv.

Taka kombinirana cepiva so že v uporabi v večjem obsegu v ZDA in v Angliji. Običajne kombinacije so: diphtheria-pertussis, diphtheria-tetanus, typhus-paratyphus-tetanus.

V naših razmerah bi bila zelo dobrodošla kombinacija davice z oslovskim kašljem in v nekaterih predelih še dodatek Tetalpana. Tako bi z enkratnim cepljenjem dosegli zaščito proti najvažnejšim boleznim v naših krajih.

Od leta 1952 dalje se pri nas vrši sočasno cepljenje proti kozam in davici, ki ga je kot obvezen način vakcinacije sprejela zvezna komisija za epidemiologijo leta 1951. Rezultati tega načina cepljenja so dobri, upoštevati pa je potrebno kot pri ločenem cepljenju vse individualne in epidemiološke kontraindikacije.