

Organizacija socialne službe

Nika Arko

Uvod

Socialna politika je dejavnost družbe in njenih organizacij, ki teži za tem, da izboljša razmere širokim delovnim množicam. Ta pojem velja za vse vrste družbenih ureditev, obseg in njena vsebina pa sta v različnih družbenih formacijah različni. V širšem smislu zajema socialna politika vse, kar izboljšuje življenjski standard, posebej pa še skrb za materialno blaginjo delovnih ljudi. Tu moramo razlikovati dvoje. Prvič — skrb za tiste, ki so v delovnem procesu, in drugič — skrb za ljudi, ki so iz katerega koli vzroka izven delovnega procesa in bi trpeli pomanjkanje, če bi jim družba ne nudila pomoči iz svojih sredstev. In ravno te druge zajema socialno varstvo.

Socialno varstvo je torej del socialne politike. Naloge socialnega varstva pa niso stalne, temveč so pogojene v družbeni ureditvi in so prav tako v raznih državah v raznih obdobjih različne.

Po drugi svetovni vojni se je pred socialno službo postavilo dvoje nalog. Najprej je morala organizirati pomoč vsem v vojni prizadetim osebam, otrokom brez staršev, invalidom, družinam brez hranilcev in ostalim žrtvam vojne. Nam vsem so dobro poznane težke posledice, ki nam jih je prizadejalo fašistično razdejanje, zato mi ni potrebno s številkami prikazovati, kakšno ogromno delo je morala opraviti naša nova socialna služba, ki je bila popolnoma na novo vzpostavljena, saj v stari Jugoslaviji o socialni službi v modernem smislu sploh ne moremo govoriti. Kljub pomanjkljivostim in napakam, ki so se pri tem dogajale, zaslužijo naši socialni delavci za to delo vse priznanje. Druga naloga pa je bila reševanje socialnih vprašanj, ki so obstojala oziroma so nastajala kot ostanki preteklosti, kot posledica kapitalističnega izkoriščanja.

Prevladovalo je stališče, da bo z rešitvijo teh nalog v socialistični družbeni ureditvi socialna služba nepotrebna, da bo z rešitvijo gori postavljenih nalog polagoma odmrila.

Vloga socialne službe v socialistični družbeni ureditvi

Vse bolj in bolj pa se to stališče menja. V današnji etapi se služba socialnega varstva orientira in išče novo vsebino dela, da bo zajela vse one probleme, ki izhajajo in nastajajo iz naše družbene stvarnosti, ki nastajajo zaradi našega naglega razvoja industrije, novih industrijskih naselij, notranje migracije prebivalstva iz vasi v mesta. Tu se postavlja cela vrsta novih problemov. Stara patriarhalna družina razpada, pred nami raste nova družina. Žena išče zaposlitve izven svojega doma, s tem nastajajo za družbo nove obveznosti. Zaposleni ženi mora skupnost zagotoviti pogoje, da bo lahko poleg opravljanja službe in udejstvovanja v javnem življenju skrbela za svoje otroke in jih

vzgjajala. Materinstvo postaja družbena skrb. S tem v zvezi se postavlja pred socialno službo vrsta novih nalog, ki imajo prioritetni značaj. Nadalje se postavlja vrsta nalog pri pomoči mladim ljudem, ki prihajajo iz vasi v mesto, to je mladoletnikov in žena v delovnem odnosu. Prav tako je tudi stanovanjsko vprašanje zelo pereče socialno vprašanje. Iz vsega navedenega je jasno, da so pred socialno službo postavljene zelo odgovorne naloge in da ni govora, da socialna služba v socialistični družbeni ureditvi nima mesta, nasprotno, dati ji je treba pravo mesto, jo okrepiti in razvijati naprej.

Sedanja organizacija

Značilno za organizacijo socialne službe v Jugoslaviji je, da je prvenstveno organizirana v državni upravi.

Naša državna uprava je prešla dve glavni fazi. V prvi fazi je močna tendenca po povečanju upravnega aparata in tendenca po centralizaciji, v drugi pa tendenca po zmanjšanju upravnega aparata in decentralizaciji. Prvo obdobje se zaključuje v letih 1949—50. Drugo pa traja še danes oziroma se je zaključilo z novim zakonom o državni upravi leta 1956.

V prvem razdobju smo v zvezni vladi imeli Komite za socialno skrbstvo, ki je bil predvsem koordinacijski organ. Poleg njega je poslovala tudi Vrhovna invalidska komisija kot vrhovni organ v invalidskih zadevah. V posameznih republikah so obstajala ministrstva za socialno skrbstvo z velikimi operativnimi pristojnostmi (uprava zavodov, letovanje otrok, pritožbena instanca). Poleg ministrstev so bile formirane tudi invalidske komisije za priznavanje invalidskega svojstva. Pri okrajnih ljudskih odborih oziroma mestih pa so bila formirana poverjeništva za socialno skrbstvo, medtem ko v krajevnih ljudskih odborih ni bilo niti uslužbencev za reševanje teh poslov.

Od leta 1950 se upravni aparat stalno zmanjšuje. Ljudski odbori se osamosvajajo v reševanju lokalnih poslov, postajajo vse bolj neodvisni od centralne kontrole in ingerence. Glavni mejniki na tej poti so Zakon o ljudskih odborih leta 1952, Ustavni zakon iz leta 1953, Temeljni zakon o ureditvi občin in okrajev od 20. VI. 1955, Zakon o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov od 9. VIII. 1955. Proces decentralizacije se je na področju socialnega varstva najprej pokazal v ukinitvi posebnega organa v zveznem merilu. Ostal je samo administrativni sekretariat v Zveznem izvršnem svetu, za pomoč pri reševanju nadzorstvenih in zakonodajnih pristojnosti. Ta sekretariat je bil skupen za zdravstvo in socialno varstvo. Šele Zakon o zveznih upravnih organih leta 1956 je to spremenil in predvidel poseben Sekretariat za socialno varstvo Zveznega izvršnega sveta. Zakon o državni upravi leta 1956 pa je utrdil položaj Sekretariata kot pravno upravnega organa.

Z novo ustavno ureditvijo leta 1953 so bili v ljudskih republikah formirani sveti za ljudsko zdravstvo in socialno politiko. Ti sveti pomenijo upravno družbene organe. Sveti so upravni organi, ki so sestavljeni iz članov, ki jih imenuje Izvršni svet, in članov, ki jih delegirajo družbene organizacije. Novi Zakon o državni upravi je predvidel dva sveta, posebej za zdravstvo in posebej za socialno varstvo. S 1. junijem 1956 je novi Svet za socialno varstvo pričel poslovati. Edino Vrhovna in prvostopna invalidska komisija do sedaj še nista spremenili svojega položaja.

Z Zakonom o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov pa so se skoraj vsi posli socialne službe prenesli na občinske ljudske odbore, okrajni

ljudski odbor pa je drugostopni organ. Pri okrajnih ljudskih odborih so kot izvršni organi formirani sveti za socialno skrbstvo oziroma varstvo. Ločena pa je upravna služba, ki je organizirana skupno z zdravstveno službo v skupnih tajništvih za zdravstvo in socialno skrbstvo, ki rešuje upravne zadeve iz okrajne pristojnosti na področju varstva družine, splošnega skrbstva, skrbništva in invalidskega varstva. V okraju Ljubljana pa sta tajništvo za zdravstvo in pa tajništvo za socialno varstvo in delo ločeni. Po statutu se tajništvo za socialno varstvo in delo praviloma deli na dva odseka, to je Odsek za socialno varstvo z referati:

- a) skrbništvo, vzgojno zanemarjena mladina in rejništvo;
- b) šolske — mlečne kuhinje in kolonije;
- c) varstvo odraslih (materialno-finančne zadeve, statistika).

Drugi pa je odsek za invalidsko varstvo z referati:

- a) ugotavljanje invalidskega svojstva;
- b) priznanje invalidskih dohodkov in otroških dodatkov invalidskim upravičencem;

- c) revizija, likvidacija, računovodstvo in administracija.

Tudi pri občinskih ljudskih odborih obstajajo sveti, in sicer: svet za varstvo družine in svet za socialno skrbstvo ali varstvo. Upravni organ občine kot temeljni organ državne uprave je tajništvo občinskega ljudskega odbora z oddelki, za področje socialnega varstva je oddelek za zdravstvo in socialno varstvo, ki se deli na referate za:

- a) za skrbništvo,
- b) za splošno skrbstvo,
- c) za invalidske zadeve in
- č) za varstvo družine.

Taka razdelitev je samo v večjih občinah, sicer pa je organizacija izvedena ustrezno s statutom občinskih ljudskih odborov.

V 130 občinah v Sloveniji je formiranih 77 svetov za varstvo družine, 71 svetov za socialno skrbstvo, 30 svetov za socialno skrbstvo in delo, 29 svetov za zdravstvo in socialno politiko, 11 svetov za zdravstvo in socialno skrbstvo, 9 svetov za socialno skrbstvo in varstvo družine in 1 svet za zdravstvo, socialno skrbstvo in zaščito družine.

Iz teh podatkov vidimo, da so se sveti kot družbeno upravni organi pri naših občinah uveljavili.

V pristojnost občinskih ljudskih odborov spadajo vsi posli po Temeljnem zakonu o skrbništvu, Temeljnem zakonu o razmerju med starši in otroki in Zakon o posvojitvi. Potem dajanje denarne pomoči po posebnih predpisih (žrtve fašističnega nasilja, družine kadrovcev in splošne socialne pomoči). V občinsko pristojnost so bile prenesene tudi mnoge ustanove za otroke, mladino in odrasle osebe. Občinski ljudski odbor je pristojen za plačilo oskrbnin za osebe, ki nimajo svojcev, ki so po zakonu dolžni skrbeti zanje, oziroma če ti svojci sami nimajo dovolj sredstev na razpolago.

Z zakonom je odrejena pristojnost samo za zadeve, ki jih določajo zakoniti predpisi. Poleg teh pa spada v pristojnost občine tudi terensko delo, skratka vsa kurativna in preventivna dejavnost, to je individualno socialno delo, socialna akcija in skupinsko socialno delo. Občina je torej pristojna za večino poslov, ki zadevajo varstvo družine, varstvo odraslih oseb in socialno preventivo.

Okrajni svet za socialno varstvo vodi politiko socialnega varstva v okraju, opravlja posle, ki po svojem obsegu in pomenu presegajo občinski okvir, poleg tega izvaja nadzorstvo in instruktazo občinskih ljudskih odborov in koordinacijo dela posameznih občin.

Republiški svet za socialno varstvo vodi predvsem nadzorstveno in instruktazno funkcijo, usmerja politiko socialnega varstva v republiki. V invalidskih zadevah pa je za zdaj prvo- oziroma drugostopni organ.

Finansiranje socialnega varstva

Posli socialne službe se financirajo iz državnega proračuna, v prvi vrsti iz občinskih proračunov. Izjema so samo izdatki za invalidsko varstvo, ki se financirajo iz zveznega in republiškega budžeta.

Pri našem proračunskem sistemu se često dogaja, da se prav izdatki za socialno varstvo najprej skrčijo oziroma črtajo. Za izvajanje socialnega varstva pa so finančna sredstva eden od najvažnejših činiteljev. Zato bi bilo potrebno proučiti in izdelati predlog za osnovanje posebnih fondov za socialno zaščito, kjer bi bila zagotovljena stalna dotacija. Predvideva se, da bi se denarna sredstva v te fonde stekala od določenega procenta individualnega dohodka prebivalstva. S prihodnjim letom se bo predvidoma spremenil naš budžetski sistem in bi se v okviru novega sistema (dohodek od prebivalstva) lahko formirali tudi posebni skladi za socialno varstvo. Postavlja se vprašanje, ali naj bi se takšni skladi ločili, n. pr. sklad za varstvo mladine in sklad za varstvo odraslih, ali pa bi se ustanovil en sam sklad za socialno varstvo.

Družbene organizacije

Do sedaj sem govorila o socialni službi v družbenih organih in državni upravi. Posebej pa moram poudariti dejavnost družbenih organizacij na področju socialne službe. Prva leta po vojni je razvila izredno veliko dejavnost organizacija AFŽ. Iz vrst te organizacije se je razvilo lepo število prostovoljnih socialnih delavk obiskovalk, ki so kot pomočnice skrbstvenega organa izvršile ogromno delo. V letu 1949 je bilo v Sloveniji ca. 4000 obiskovalk. Ta organizacija je imela v svojem delovnem programu še ostala področja socialne službe. Tudi sedanja Zveza ženskih društev ima v svojem programu zelo obsežno dejavnost, ki zajema zlasti družbeno pomoč zaposleni ženi.

Društva prijateljev mladine so od svojega obstoja pa do danes razvila zelo pestro in široko aktivnost na področju socialne preventive. Vzgoja staršev, pomoč pri vzgoji otrok, zaposlitev otroka v njegovem prostem času, pomoč družini in še vrsta drugih nalog ustvarjajo pogoje za srečen in uspešen razvoj otroka v družini. V zadnjem času je zlasti tesno sodelovanje med organi socialnega varstva in RK pri organizaciji šolskih mlečnih kuhinj. Številne organizacije kot Zveza borcev, organizacija vojnih in vojaških invalidov, organizacija slepih, organizacija gluhonemih, Društvo upokojencev — vse te organizacije opravljajo ogromno delo pri reševanju socialnih problemov. Število organizacij, zlasti pa število članov teh organizacij nam pokaže velik uspeh in močno silo, ki je pripravljena intenzivno sodelovati pri reševanju socialnih problemov. Socialno delo v družbenih organizacijah in društvih je izredno važno, zlasti na področju socialne preventive. Članom teh organizacij, ki kažejo

izredno prizadevanje in pripravljenost, pa bi bilo potrebno pri njihovem delu pomagati, morali bi jih z različnimi oblikami (seminarji, tečaji in slično) usposobiti za njihovo delo. Organizacije lahko razvijejo široko iniciativo. V perspektivi bodo družbene organizacije lahko prevzele tudi posle socialne službe oziroma jih že prevzamejo, kot n. pr. organizacijo letovanj. Seveda bodo te službe morali voditi strokovni uslužbenci oziroma se bodo morali prostovoljni socialni delavci zanje posebej usposobiti.

Dobre in slabe strani sedanje organizacije socialne službe

Iz izvajanj izhaja, da je največja slabost naše socialne službe prav v tem, ker je organizirana v državni upravi in je zato metoda njenega dela predvsem administrativna. Zdravstvena služba je organizirana v ustanovah izven upravnega aparata, prav tako prosvetna. Vse te tri službe pa se obravnavajo enako. Uslužbenci se smatrajo za administrativne moči, ki se ob vsakem zmanjševanju upravnega aparata najprej črtajo prav na tem sektorju. Zelo pogosto se kader, ki dela na tem področju, menjava. Skratka, ne obravnava se kot strokovni, temveč samo kot administrativni kader in je temu primerno tudi plačan.

Velike težave so tudi v zunanjih okoliščinah, kjer posluje naša socialna služba. Povečini dela več uslužbencev v istem prostoru. Kako naj stranka obravnava svoje dostikrat zelo boleče in delikatne zadeve vpričo drugih ljudi! Pa tudi uslužbenec sam se ne more ob takšnih okoliščinah poglobiti v probleme. Naši uslužbenci so se na te razmere navadili in zato uporabljajo pri svojem delu največkrat zgolj administrativne metode. Dogodilo se je celo, da je študent socialne šole, ki je prakticiral na občini, naletel na velik odpor pri uslužbencih, ko se je hotel razgovarjati s klientom na samem.

Družbeno upravljanje v socialni službi je izredno važno in je pokazalo tudi lepe uspehe. Pomanjkljivost naših družbenih organov pa je v tem, ker obravnavajo določene individualne primere na nestrokovni način. Upravni odbor zdravstvenega doma ne bo v nobenem primeru postavil diagnoze in predpisal zdravljenja pacientov. V socialni službi pa naši družbeni organi, ki jih sestavljajo laiki, ukrepajo pri reševanju individualnih problemov. V tem je pravzaprav dvojna škoda. Prvič se družbeni organi s takimi posli preobremenjujejo in ne vodijo politike socialnega varstva na svojem področju. Drobnost dela zavira njihovo iniciativo v preventivni dejavnosti, kjer bi uspehi dela bili neprimerno dragocenejši. Drugič pa nestrokovno obravnavanje klientu mnogokrat škoduje in ne koristi. Še enkrat poudarjam, da ima družbeno upravljanje v socialni službi zelo pomembno vlogo, vendar pa predvsem na področju preventive in v načelnem usmerjanju socialnega varstva in socialne službe. Individualne socialne primere pa morajo reševati strokovno posebej za to usposobljeni ljudje.

Res je naša socialna služba v preteklih 12 letih izvršila ogromno delo. K reševanju socialnih problemov je znala pritegniti zelo veliko število državljanov in približati problematiko in jo skupno z njimi tudi reševati. Pri reševanju individualnih socialnih problemov pa je bilo mnogo propustov in mnogokrat tudi nepopravljivih napak, ki so izhajale prav iz zgoraj naznačenih dejstev. Zato obstoji predlog, da bi se za reševanje individualnih socialnih primerov socialna služba ločila od upravnega aparata.

Ustanove ali centri za socialno službo

Ustanovile bi se posebne ustanove (centri) za socialno službo. Takšne ustanove bi se upravljale družbeno, vodili bi jih izkušeni socialni delavci, ki bi imeli še svoje sodelavce. Splošni nadzor nad delom centra bi vodil občinski ljudski odbor, lahko bi rekli, analogno kot zdravstveni dom. Finansiral bi te ustanove fond za socialno varstvo, ki naj bi se kot že rečeno osnoval pri vsaki občini.

Naloga ustanove ali centra za socialno službo, kakršen naziv bi se pač osvojil, bi bile:

I. Varstvo družine (otrok in mladine).

1. Izvajanje rodbinske zakonodaje (Temeljni zakon o skrbništvu, Zakon o razmerju med starši in otroki, posvojitve).

2. Dajanje materialne pomoči.

3. Izvajanje odprtega in zaprtega varstva.

4. Dajanje nasvetov, navajanje posameznikov na druge možnosti, s katerimi skupnost razpolaga, zdravstvena služba, socialno zavarovanje, poklicne posvetovalnice, posredovanje dela, šole in prosvetne ustanove. Vsi ti ukrepi so zamišljeni kot celota, kot možnosti, ki so na razpolago socialnemu delavcu potem, ko je analiziral in diagnosticiral posamezni primer in za terapijo napravil že načrt.

5. Socialna akcija, to je organizacija širše dejavnosti z mobilizacijo prostovoljnih socialnih delavcev preko družbenih organizacij, n. pr. akcija dopolnilne prehrane, šolske kuhinje.

6. Socialno raziskovanje, to je študijsko delo pri odkrivanju vzrokov odredene vrste socialnih problemov in možnosti za odstranitev teh vzrokov.

II. Varstvo odraslih.

Po isti razporeditvi kot zgoraj s tem, da zajema ta skupina tudi socialno preventivo.

III. Invalidsko varstvo.

Težišče dela je v ekspeditivnem izvrševanju poslov v zvezi z zagotovitvijo pravic posameznih invalidov (zbiranje prijav, podatkov, zdravstvena zaščita in protetika, dodatki, brezplačna vožnja itd.), sodelovanje z invalidsko organizacijo, ki mora skrbeti za invalide.

IV. Nadzor in sodelovanje med ustanovami.

V. Sodelovanje z organi notranje uprave.

VI. Sodelovanje s socialnim zavarovanjem.

Nadzor nad delom centra bi vodil ljudski odbor po ustreznem svetu (svetu za varstvo družine, svetu za socialno varstvo). Administrativne posle v zvezi z ljudskim odborom bi opravljal en administrativni uslužbenec, ki bi bil obenem tudi sekretar sveta oziroma obeh svetov. Poleg sekretarskih poslov bi opravljal tudi finančne posle (kontrola fonda, predračun dohodkov in izdatkov centra), poslovanje z regresnimi zahtevami do drugih lokalnih fondov.

Takšni centri naj bi se osnovali za posamezne večje občine. Kjer pa bi osnovanje centra presegalo zmogljivost ene občine, naj bi se takšni centri osnovali za več občin skupno. Ustanovitelj centra bi bil občinski ljudski odbor, na katerega območju bi se center osnoval.

Seveda bi ob takšnih centrih nikakor ne bilo izključeno formiranje republiškega oziroma zveznega centra za socialno varstvo. Ali bi lahko te posle prevzeli republiški sveti za socialno varstvo oziroma Zvezni sekretariat, se pa za zdaj še ne more reči.

Ta center bi moral najtesneje sodelovati z zdravstveno službo, s prosvetnimi ustanovami in z organi notranje uprave, saj imajo le-ti zelo veliko opravka s socialnimi problemi in osebami, ki jim mora socialna služba nuditi svojo pomoč. Pri nas za zdaj obstoji sodelovanje z zdravstveno in prosvetno službo, ni pa tesnega sodelovanja z organi notranje uprave. V nekaterih državah pa je takšno sodelovanje zelo uspešno, uvedeni so socialni delavci in ženska policija.

Opozoriti moram, da je ta sprožena zamisel samo predlog, ki je seveda nepopoln. Namen današnjega obravnavanja je predvsem v tem, da se ta predlog podrobno prouči, da se ugotovijo njegove pomanjkljivosti in da se izpopolni.

Eden od zelo tehtnih prigovorov je vsekakor ta, da bi se v ljudskem odboru socialna služba ne smela omejiti zgolj na administracijo, saj bi administrativni uslužbenec pač ne mogel voditi strokovnega nadzora nad delom centra. Zato bi v naši razpravi morali zlasti proučiti razmejitve dela med centrom in ljudskim odborom.

Za ustanovitev takšnih centrov bodo potrebne tudi določene priprave. Zato je zaželeno, da razprava tudi v tem smislu nakaže smernice. Gotovo bi bilo nepravilno, če bi se kar takoj povsod lotili ustanovitve teh centrov. Najprimernejše bi bilo, da damo pobudo, da se takšen center ustanovi najprej v Ljubljani, Mariboru in Celju in da šele potem, ko bomo imeli že izkustva, začnemo ustanavljati te centre tudi po drugih krajih.

Iz koncepta predloga je razvidno, da bi center opravljal, če se tako izrazim, individualno socialno službo v primerih, kjer je že potrebno posegati kurativno in represivno.

Še važnejša od strokovne pomoči posameznikom pa je skrb celotne družbe, da do takšnih primerov sploh ne pride, to je široka preventivna dejavnost, ki preprečuje in odstranjuje vzroke, da socialni problemi sploh ne nastanejo. To nalogo pa morajo v občini prevzeti družbeni organi, sveti za varstvo družine, za socialno skrbstvo, za zdravstvo, za šolstvo. Te svete je potrebno utrditi in še nadalje razvijati. Pri občinskem ljudskem odboru se mora ustanoviti čim več takšnih organov. Izredno važni so zlasti sveti za varstvo družine. Želeli bi, da se ti sveti ustanovijo pri vsaki občini. Nepravilno bi bilo, če bi ločili socialno varstvo družine oziroma mladine od zdravstvenih in vzgojnih problemov. Zato je potrebno, da imamo v občini organ, ki vsa ta vprašanja koordinira. Pri tem pa mora najti primerne metode dela, kot so: skupne seje, ankete in podobno. Ti sveti morajo proučevati posamezne probleme, pri proučevanju pa mora sodelovati tudi center za socialno službo. Izdelane probleme mora predložiti ljudskemu odboru, da jih reši. Poleg družbenih organov pri občinskih ljudskih odborih pa je potrebno razvijati najširšo društveno dejavnost, ki se je pri nas že zelo lepo razvila, kar sem v svojih izvajanjih še posebej poudarila.

Zadnji plenum Socialistične zveze delovnih ljudi na Brionih je obravnaval prav posebno vprašanje družbene skrbi za pravilen razvoj in rast družine. V svojih izvajanjih je dal našim društvom zelo dragocene pobude za nadaljnje delo. Zlasti je nakazal oblike in možnosti pomoči zaposleni ženi, ki jih lahko razvijajo družbeni organi, društva, zlasti pa stanovanjska skupnost. Pri tem so izredno važne ustanove. Naši predpisi o socialnih zavodih ovirajo njihov razvoj. Delitev ustanov na starostno dobo otrok je skrajno toga, otroci na

dvorišču, na ulici se družijo v skupine, ne glede na njihovo starost. Prav tako v družini živijo in rastejo pod isto streho otroci različne starosti. V naših ustanovah pa je starostna meja strogo začrtana do 3 let — do 7 let — do 14 let. Enako nesmiselna je razdelitev pristojnosti na socialne, zdravstvene in prosvetne ustanove. Vse to zavira ustanavljanje in tudi razvoj teh ustanov. Zato bi se nujno morali spremeniti naši predpisi o socialnih zavodih, ločeno bi se morali urediti zavodi za mladino in zavodi za odrasle.

Društva so pri ustanavljanju ustanov pokazala veliko prizadevnost, toda pomanjkljivost je prav v tem, da teh ustanov niso v svoji pristojnosti tudi zadržala. Prav gotovo bi društva lahko ustanavljala in upravljala one ustanove, katerih vzdrževanje ni predrago in ki ne zahtevajo visoko kvalificiranega kadra. To so igrišča, vrtci, pionirski domovi, šolske kuhinje za šolske otroke, letovanja in slično.

Resolucija Zvezne ljudske skupščine je nakazala perspektivo razvoja stanovanjskih skupnosti kot najmanjših teritorialnih enot. Družine, združene v stanovanjski skupnosti, bodo same reševale svoje vsakdanje probleme. Poleg stanovanja bodo v prvi vrsti reševali vprašanja, katerih eno je n. pr. čuvanje in vzgajanje otrok. Ustanovitev stanovanjskih skupnosti je izredno važna in usmerja nadaljnji razvoj družbene skrbi za otroke in mladino. S sredstvi občine, stanovanjske skupnosti in lastnega doprinosa državljanov se bo lahko razvijala in izpopolnjevala skrb za otroke in mladino, in to v bližini, kjer ti otroci rastejo in živijo. Oblike tega varstva bodo gotovo najprimernejše in tudi najekonomičnejše, ker bodo rastle iz dejanskih potreb na terenu. Dragocena izkustva, ki jih imajo pri tem zlasti društva prijateljev mladine in ženska društva, se bodo lahko torej prenesla in prevzela, saj je tudi delo teh društev pognalo svoje korenine iz problemov na terenu.

Na teritoriju stanovanjske skupnosti se bodo morale najprej analizirati potrebe in nato določiti, kaj se bo rešilo v okviru stanovanjske skupnosti, kaj v okviru društev in kaj v širšem merilu občine oz. okraja. V predpisih o gradnji stanovanj bo potrebno zagotoviti investicijska sredstva za zgraditev otroških prostorov, ker stanovanjski prostori niso samo stanovanja, temveč tudi vsi ostali nujni prostori, med katerimi so na prvem mestu prostori za otroke.

Kadri

Do sedaj sem govorila o organih, preko katerih se izvaja socialna služba. Enako važni, če ne še važnejši, pa so ljudje, ki to službo opravljajo.

V začetku leta 1957 se je vršil popis socialnih delavcev s stanjem na dan 1. januarja. Popis zajema profesionalne socialne delavce, ka so zaposleni v republiškem resoru Sveta za socialno varstvo, okrajnih tajništev in na občinah, dalje socialne delavce v množičnih organizacijah in pa v I. in II. letniku Šole za socialne delavce, kjer so bili popisani samo slušatelji šole, ki so bili pred vstopom v šolo že v službi.

Popis je izkazal 293 profesionalnih socialnih delavcev, pri čemer pa je treba pripomniti, da so se popisali do malega vsi uslužbenci na okrajih in občinah, ki imajo službene posle s socialnim varstvom. Porazdelitev socialnih delavcev po službenem mestu je sledeča:

Svet za socialno varstvo LRS	4
okraji	53
občine	202
množične organizacije	6
Šola za socialne delavce	28

Od 130 občin jih samo 16 nima socialnih delavcev. Največ občin brez socialnih delavcev je v goriškem okraju (7).

Po spolu je 121 ali 41,3 % moških in 172 ali 58,7 % žensk. Po starosti se socialni delavci razdele:

do 25 let	15 ali 5,1 %
od 25 do 30 let	32 ali 10,9 %
od 30 do 35 let	68 ali 23,2 %
od 35 do 40 let	68 ali 23,2 %
od 40 do 45 let	44 ali 15,0 %
od 45 let dalje	66 ali 22,6 %

Najstarejši so socialni delavci v okrajih Ljubljana in Maribor. Povprečna starost enega socialnega delavca je 37,5 let.

Po občinah so bili socialni delavci razvrščeni po tistem delovnem področju, ki so ga navedli na prvem mestu. Načelniki oddelkov ali odsekov, ki so bili obenem načelniki za zdravstvo in socialno varstvo, so se glede na delovno področje šteli med socialno varstvo. Ta porazdelitev nam daje sledečo sliko:

socialno varstvo na splošno	180 ali 61,5 %
varstvo družine in otrok	44 ali 15,0 %
zdravstvo	25 ali 8,5 %
skrb za invalide	25 ali 8,5 %
drugo	19 ali 6,5 %

Med zadnjo vrsto socialnih delavcev (»drugo«) spadajo pravni referenti, ki delajo v oddelku socialnega varstva, dalje šefi splošnih odsekov po občinah, kamor je vključeno tudi socialno varstvo in podobno.

Glede na šolsko izobrazbo se socialni delavci razdele:

do 4. razreda osnovne šole	2 ali 0,7 %
nedokončana nižja srednja šola	61 ali 20,8 %
nižja srednja šola	79 ali 27,0 %
nedokončana popolna srednja šola	79 ali 27,0 %
popolna srednja šola	49 ali 16,7 %
višja šola in nedokončana fakulteta	9 ali 3,1 %
fakulteta	14 ali 4,7 %

Po nazivih v službi imajo:

nižji upravni naziv	134 ali 45,7 %
srednji upravni naziv	110 ali 37,6 %
višji upravni naziv	39 ali 13,3 %
posebni naziv (medicinska sestra ipd.)	10 ali 3,4 %

Po strokovnih izpitih se razdele:

nimajo še izpita	108 ali 38,9 %
izpit za nižji naziv	104 ali 35,5 %
izpit za srednji naziv	62 ali 21,3 %
izpit za višji naziv	19 ali 6,5 %

Po letih zaposlitve jih v socialnem varstvu dela največ prvo in drugo leto, kar je v zvezi z ureditvijo novih občin. Teh je 158 ali 53,9 % vseh socialnih delavcev, medtem ko je starih socialnih delavcev, ki delajo v socialnem varstvu nad 10 let, samo 24 ali 8,2 %.

Od vseh 293 profesionalnih socialnih delavcev jih pred svojo sedanjo poklicno zaposlitvijo 219 (t. j. 74,7 %) ni nič delalo na področju socialnega dela, 38 (t. j. 13 %) pa jih je na tem področju izven svojega poklica delalo preko 5 let.

Iz tega popisa zaključujemo, da našemu kadru na eni strani manjka strokovna izobrazba, popolno srednjo šolo jih ima samo 16,7 %, višjo šolo ali nedokončano fakulteto 3,1 %, fakulteto pa 4,7 %. Na drugi strani pa kader nima dovolj izkušenj, saj jih je največ, t. j. 53 % takšnih, ki delajo pri socialnem varstvu šele prvo ali drugo leto, in prav ti so zaposleni na občinah, kjer se sedaj opravlja skoro vsa socialna služba. Seminarji, ki so bili organizirani za izpopolnitev in usposobitev občinskih referentov, so bili prekratki in premalo poglobljeni, da bi mogli zadostno usposobiti nov kader.

Da bi izboljšali strokovnost našega kadra, se je leta 1955 ustanovila Šola za socialne delavce. V šolo so se sprejeli kandidatje s popolno srednjo šolo in kandidatje z nepopolno srednjo šolo in dveletno prakso. Šoli pa čin doslej še ni priznan. Ker je po svojem programu to višja šola, ji je ta čin treba brezpogojno tudi izposlovati. Zadevni predlogi so bili že poslani na republiški in zvezni Izvršni svet. Dokler se ne uredi čin šole, ni mogoče pravilno regulirati statusa socialnega delavca. Položaj in razvrstitev socialnih delavcev se določa začasno po predpisih za zvanja upravnih uslužbencev, in to po kriteriju šolske izobrazbe in po službenih letih.

Status socialnih delavcev se bo moral urediti s posebno uredbo o nazivih in plačah socialnih delavcev. Nazivi se morajo urediti podobno kot v prosvetni ali zdravstveni stroki. Kakšni naj bi bili nazivi, je težko reči, n. pr. socialni svetnik, višji socialni delavec, srednji socialni delavec ali nižji socialni delavec, vsi so socialni delavci, zato bi morali imeti vsi enak naziv, deliti bi se morali po izobrazbi. Ne mislim, da je moj predlog pravilen, postavila sem ga samo kot osnovo za razpravo.

Še z ene strani moram osvetliti nujno potrebo, da se naši šoli prizna čin. Sedaj je ustanovljena upravna šola, ki ji je priznan višji čin, pogoji za sprejem pa so slični kot pogoji za sprejem v socialno šolo. Takšno razlikovanje med eno in drugo šolo, ki imata svoj učni program na enaki stopnji, je neumestno in neutemeljeno. Razburja naše študente in ustvarja upravičeno bojazen, da se bo zmanjšal vpis v socialno šolo, zlasti ker so slušateljem upravne šole priznane še druge ugodnosti v nadomestilu plače, dodatka za ločeno življenje in drugo. Čin šole in status socialnega delavca se morata čimprej urediti. Poleg rednega šolanja socialnih delavcev pa bo morala šola prevzeti tudi skrb za usposabljanje ostalih socialnih delavcev, tako n. pr. z organiziranjem krajših seminarjev in še z drugimi oblikami.

Socialno raziskovanje

Velika pomanjkljivost v našem delu je v tem, da ne vodimo znanstvenega raziskovanja in analiziranja socialnih problemov. Jasno je, da brez tega ne moremo voditi niti dobre, še manj pa perspektivne socialne politike. Mi vsi, ki v socialni službi delamo, poznamo probleme, nimamo pa zbrane dokumentacije in kadar naši oblastveni organi rešujejo te probleme, jih ne moremo podkrepiti z dokumentiranim gradivom. Zato moramo končno prenehati, lahko rečem, s primitivnim prikazovanjem socialnih vprašanj in se lotiti znanstvene obdelave tega materiala. Pred dobrim letom dni je bil že sprejet sklep, da se osnuje Zvezni inštitut za socialna raziskovanja. Ta sklep še ni realiziran, zato bi bilo umestno, da naš občni zbor podkrepí to težnjo in predlaga zveznemu Sekretariatu, da čimprej ta inštitut odpre. Verjetno bi v republiki za zdaj ne bilo potrebno ustanoviti posebnega inštituta, republiški sekretariat za socialno varstvo pa bi vsekakor moral začeti z raziskovanjem specifičnih socialnih problemov v Sloveniji. Pravtako bi morali okrajni in občinski organi socialnega varstva vse probleme, ki jih predlože oblastvenim organom, vedno tudi dokumentirati, ker bodo na tak način mnogo lažje uspeli.

Povzetek

V svojih izvajanjih sem hotela opozoriti na troje:

1. na organe, preko katerih se izvaja socialna služba,
2. na ljudi, ki to službo izvajajo, in
3. na materialna sredstva, ki so potrebna za izvajanje preventivnih in kurativnih ukrepov.

Ugotovili smo, da ima socialna služba svoje mesto tudi v socialistični ureditvi, ker z razvojem industrializacije rastejo novi socialni problemi. Prikazali smo izredno važno vlogo preventivne dejavnosti, odstranjevanje in preprečevanje vzrokov socialnih problemov. Na tem področju je potrebno izvesti najširšo socialno akcijo, mobilizirati čimvečje število državljanov. Preventivno varstvo vodijo organi ljudskih odborov, ki se morajo utrjevati in nadalje razvijati, zlasti so važni sveti za varstvo družine, društva in stanovanjska skupnost, ki imajo kot osnovne enote široko perspektivo pri reševanju socialnih vprašanj svojih prebivalcev. Kurativno socialno službo (reševanje posameznih socialnih problemov) pa moramo ločiti od upravnega aparata, jo organizirati v samostojnih ustanovah z družbenim upravljanjem in pod nadzorstvom ljudskih odborov. Te ustanove morajo voditi in delati v njih strokovno usposobljeni kadri. Posebej pa morajo biti zagotovljena tudi materialna sredstva v posebnih skladih za socialno varstvo. Ker je današnji proračunski sistem najprej in najbolj zmanjševal sredstva za socialno varstvo, je potrebno najti način, ki bo zagotavljal stalnost teh sredstev.

Ker so pri izvrševanju socialne službe strokovno usposobljeni kadri ena od najvažnejših postavk, zato ima skrb za strokovno usposobitev prvo mesto. To nalogo bo izvrševala šola za socialne delavce z rednim šolanjem in posebnim usposabljanjem. Šoli je treba izposlovati čin višje šole in stroko socialnih delavcev uvesti v uslužbenki sistem.

Socialne probleme je potrebno znanstveno proučevati in raziskovati, zato je potreben poseben inštitut za raziskovanje in znanstveno obdelavo. Prav tako pa

morajo tudi republiški, okrajni in občinski organi socialnega varstva proučevati in analizirati socialne probleme in tako obdelane in dokumentirane predložiti v reševanje oblastvenim organom.

Zaključek

Namen referata je predvsem v tem, da bi dal osnove za razpravo glede nekaterih osnovnih vprašanj, in to so:

1. Izločitev socialne službe iz državne uprave ter določitev nalog in pristojnosti osamosvojenega centra;
2. Naloge in pristojnosti družbenih organov, svetov za varstvo družine in svetov za socialno skrbstvo;
3. Vloga in dejavnost družbenih organizacij in društev;
4. Vloga stanovanjskih skupnosti pri reševanju socialnih problemov;
5. Koordinacija dela vseh teh činiteljev.

S tem seveda niso izčrpana vsa vprašanja, obseg referata bi bil preobširen, če bi hoteli zajeti vso problematiko. Zato smo se to pot omejili samo na glavna vprašanja s področja socialne politike.

Pregled

To pot pa bomo obravnavali s pomočjo mehanizem prenosa na j

edicino

erih že dokaj poznamo te okvara.

Lues se pojavlja kot uetična in noseča. Vodi do konatalnega (vrojenega) sifilisa pri novorojenčku, dojenčku in večjem otroku. Dandanes ne govorimo več o »kongenitalnem luesu« (prirojenem luesu). Namesto na »prirojeni lues« je naša pozornost obrnjena v momente, ki nas upravičujejo, da govorimo o »vrojeni bolezni«. Prenos preko spolnih celic — jajčeca in semenčice — je dandanes ovržen. Da pa se je dolgo mislilo na možnost takega prenosa bolezni tudi pri človeku, je krivo primerjanje z različnimi pticami, kjer je dokazan prenos preko oplojenega jajčeca. Dandanes priznavamo pri človeku le eno možnost, da se spirohete prenesejo na plod, in to je »preko matere«.

Spričo takega gledanja so na tej osnovi bili dani tudi pogoji za sodobno antenatalno zdravljenje sifilisa kot fetoze in kasneje vrojenega sifilisa. V vsakem primeru nosečnosti, ki je količkaj sumljiva na možnost luesa, posumimo na okužbo in jo skušamo z vsemi razpoložljivimi sredstvi dokazati pri materi, novorojenčku, dojenčku ali kasneje.

Tako so nastale osnove sodobnega antenatalnega zdravljenja, ki se opira že na dokaj izkustev in dejstev iz klinike in prakse. Predvsem veljajo tri utemeljitve:

morajo tudi republiški, okrajni in občinski organi socialnega varstva proučevati in analizirati socialne probleme in tako obdelane in dokumentirane predložiti v reševanje oblastvenim organom.

Namen referata je nekaterih osnovnih vprašanj:

1. Izločitev socialne stojnosti osamosvojenega
2. Naloge in pristojnosti svetov za socialno skrbnost
3. Vloga in dejavnosti
4. Vloga stanovanj
5. Koordinacija del

S tem seveda niso izražena vprašanja, če bi hoteli zajeti vso področja socialne politike.



...ove za razpravo glede

določitev nalog in pristojnosti

v za varstvo družine in

šteta;

socialnih problemov;

referata bi bil preobširen, omejili samo na glavna

Pregled čez antenatalno medicino

(Konec.)

Dr. Marij Avčin

To pot pa bomo obravnavali nekaj bolezni, pri katerih že dokaj poznamo mehanizem prenosa na plod in tudi način, kako nastane okvara.

Lues kot plodova bolezen

Lues se pojavlja kot fetoz, torej še v materi, ki je luetična in noseča. Vodi do konatalnega (vrojenega) sifilisa pri novorojenčku, dojenčku in večjem otroku. Dandanes ne govorimo več o »kongenitalnem luesu« (prirojenem luesu). Namesto na »prirojeni lues« je naša pozornost obrnjena v momente, ki nas upravičujejo, da govorimo o »vrojeni bolezni«. Prenos preko spolnih celic — jajčeca in semenčice — je dandanes ovržen. Da pa se je dolgo mislilo na možnost takega prenosa bolezni tudi pri človeku, je krivo primerjanje z različnimi pticami, kjer je dokazan prenos preko oplojenega jajčeca. Dandanes priznavamo pri človeku le eno možnost, da se spirohete prenesejo na plod, in to je »preko matere«.

Spričo takega gledanja so na tej osnovi bili dani tudi pogoji za sodobno antenatalno zdravljenje sifilisa kot fetoze in kasneje vrojenega sifilisa. V vsakem primeru nosečnosti, ki je količkaj sumljiva na možnost luesa, posumimo na okužbo in jo skušamo z vsemi razpoložljivimi sredstvi dokazati pri materi, novorojenčku, dojenčku ali kasneje.

Tako so nastale osnove sodobnega antenatalnega zdravljenja, ki se opira že na dokaj izkustev in dejstev iz klinike in prakse. Predvsem veljajo tri utemeljitve:

a) nikdar ni uspelo pred 5. fetalnim mesecem dokazati luesa pri plodu;
b) sodobno zdravilo za zdravljenje fetalnega luesa in preprečevanje kasnejšega luesa pri otroku je penicilin, ki se prenaša od matere na plod šele po desetem tednu nosečnosti, in to le, če so doze, ki jih dobiva mati, primerno visoke.

c) antenatalno zdravljenje se mora torej pričeti prej, kot bi se lahko iz morebitnih luetičnih sprememb na placenti prenesle klice na plod.

Fetalni lues ima lahko usodne posledice za otroško generacijo. Če ne bi bilo sodobne terapije v antenatalnem smislu, bi lues zlasti po vojni postal jako pereč socialni problem pri otrocih. Sodobno antenatalno pregledovanje najmanj trikrat v nosečnosti in takojšnje sodobno zdravljenje je napravilo to vprašanje povsem rešljivo s pomočjo organizirane antenatalne in protivenerične službe.

Fetalni sifilis stvarja tudi pogoje za razvoj in izoblikovanje luetičnih razvojnih napak. Lues torej ne pozna pravilnih dednih napak, ki bi nastale »ab ovo«, torej iz zametka. Pač pa nastajajo okvare zlasti na živčnem sistemu razmeroma kasno in sličejo drugim dedno pogojenim spremembam: vodenoglavosti (hidrocefalusu), idiotijam itd.

V prvih mesecih po rojstvu še ne vidimo znatnejših sprememb na centralnem živčnem sistemu, ker nas le-ta zaradi fiziološke nerazvitosti ne opozarja dovolj močno nase. Po 3. mesecu se pa lahko prične glava postopoma širiti v svojem obsegu. Mečava (fontanela) je napeta, šivi se razpnejo, zrkla izstopijo, tako da otrok zadobi videz vodenoglavosti.

Če plod preživi fetalno obdobje luesa, so dani vsi pogoji za razvoj tipičnih slik luesa pri novorojenčku, malem otroku ali šolarju s spremembami (glej sifilis pri otroku).

Malarija pri plodu in vrojena malarija

Malarija nam lahko rabi kot primer prenosa enostaničnih parazitov od matere na plod. Sodobna raziskovanja plazmodijev, ki lahko povzročajo razne malarične oblike, so pokazala, da je razvoj plazmodijev mogoč tudi izven rdečih krvničk. V tako imenovani prederitrocitarni fazi razvoja najdemo namreč plazmodije tudi v tkivu jeter ter v rahlem vezivnem tkivu in zasevkih teh tkiv na različnih mestih v organizmu. Iz njih lahko pride do napada na rdeča krvna telesca z nespelnimi oblikami plazmodijev ali manj tipičnih kliničnih znakov za malarijo. Mati lahko prenese na plod malarijo kot bolnica s kronično, ponavljajočo se malarijo prav tako kot z akutno boleznijo. Lahko inficira plod v različnih obdobjih nosečnosti, kar ima seveda za plod različne posledice.

Fetalna (plodovna) in konatalna (vrojena) malarija je v malaričnih krajih pogostnejša, kot si mislimo. Ker se pokaže šele nekaj tednov po rojstvu, jo mnogokrat prezremo. Glede na možnosti prenosa preko matere ločimo dva tipa:

a) zgodnji ali embrionalni tip, pri katerem sledi infekcija kmalu po zanositvi, ko pride ožilje matere v stik z ožiljem ploda. Posledice embrionalne okužbe so abortusi, ki so pogostni pri ženah z neozdravljeno in recidivno (povratno) malarijo;

b) kasni ali fetalni tip, kjer pride do okužbe šele tik pred rojstvom, ko se prične rahljati žilna pregrada in ko je prehodnost večja in pregrada manj trdna. Najpogostnejši je namreč tisti tip, pri katerem opazamo prve klinične znake

pri novorojenčku med 10. in 13. dnevom, kar ustreza inkubaciji 14 dni, ki je potrebna za razvoj do klinično izražene malarije.

Vsekakor je pri pogostnem umiranju novorojenčkov v malaričnih krajih treba vedno pomisliti tudi na malarijo, ki se prenaša preko matere na otroka.

Važno je antenatalno preprečevanje, s tem v zvezi pa tudi zdravljenje žene zlasti pred zakonom. V nosečnosti namreč se malarijski povzročitelji, ki lahko živijo — kot rečeno — tudi izven rdečih krvničk, utegnejo iz svojih skritih kottišč namnožiti. Tako se prično razvijati spet v rdečih krvničkih, predro preko zaščitne pregrade v placenti in okužijo plod.

Toksoplazmoza kot bolezen ploda

Toksoplazmozo opisujemo v učne namene, ker prizadene plod v toliko, da povzroča usodnejše razvojne napake, ki se kažejo v motenih funkcijah raznih tkivnih sistemov, zlasti centralnega živčevja.

Parazit (*Toxoplasma gondii*) je bil opazovan prvič leta 1909. pri nekem glodavcu v Severni Ameriki. Vendar doslej še ni točno opisan. Trdijo, da je protozoon, torej enostaničar. Živi parazit se opisuje takole: »Paraziti kažejo obliko drobnih banan ali polmesecev, ki v vpadni svetlobi kažejo močno refrakcijo. Dolgi so 4—7 mikronov in široki 2—4 mikrone. Njihovo gibanje je v tekočem okolju pasivno. Opaža se vrtenje okrog lastne osi in lahko kroženje na obeh koncih. V notranjosti je z lahkoto videti večje število jedrastih tvorb, ki lomijo svetlobo bolj kot protoplazma«.

Opazili so, da je toksoplazma lahko vzrok nekaterim primerom vnetja možgan in očesne mrežnice in je uspelo prenesti kužnino na kunce in miši. V istem času so dokazali, da so človeški in živalski soji zajedavca istovetni. Mislijo tudi, da je infekcija dokaj razširjena in prav tako pogostna kot sporadična malarija, pač pa jo je zaradi njenih kliničnih posebnosti težje dokazati. Tudi pri nas smo nedavno dokazali prve primere toksoplazmoze.

Epidemiološko so izredno važne naslednje prvine:

a) v eksperimentu lahko prenesemo toksoplazmo na pse, mačke, miši, kunce, osle in tudi na ptice: vrabce in golobe;

b) živali, ki živijo v skupnosti z inficiranimi živalmi, se lahko okužijo z izločki;

c) okužba je možna tudi z inficiranimi, razpadajočimi ali odstranjenimi tkivi, prav tako z vgrizom;

č) prenašalci so lahko muhe, klopi (klošči), morda tudi drugi zajedavci;

d) domači golobi so lahko rezervoar in trosilec infekta;

e) možen je prenos parazita preko matere, ki sama ne kaže nikakih kliničnih znakov. Pri tem doslej še ni uspelo dokazati način prenosa in tudi ne najti morebitne okvare na placenti;

f) lahko se okužimo tudi kdajkoli kasneje v življenju;

g) organizem stvarja proti parazitu, ki ga je napadel, posebne protisnovi.

Klinično se kaže toksoplazmoza, ki je nastala že v materi, zlasti v znakih na živčnem tkivu in na očeh, krčevitih gibih, trdem tilniku, vodenoglavosti, premajhnem očesnem zrklu, otrpkih očesnih mišic, vnetju mrežnice in žilnice na očesu, zlasti okrog rumene pege. Redko vidimo tudi — povečana jetra in vranico, krvavitve in nagibanje h krvavitvam, vnetja zgornjih dihal, bruhanje in driske, ki jim je za podlago vnetje črevesja, pri katerem nastajajo čiri. Sledi

bledica s povečanim številom belih krvnih teles v krvi. V možganski tekočini (likvorju) najdemo zvišane količine beljakovin in rumenkasto obarvanost kot znake prestanega vnetja možganov in možganskih ovojev in krvavitev. Na rentgenski sliki vidimo značilne zavapnele točke v možganski snovi. Če napolnimo možganske votline z zrakom, vidimo večje okvare na možganski površini in notranjosti.

Preživetje je možno, toda le z večjo ali manjšo defektnostjo.

Diagnoza se napravi serološko z vezanjem komplementa ali z dokazom protiteles.

Tudi sodobno zdravljenje ni doslej prineslo nikakih večjih uspehov.

Fetoze in razvojne napake, ki jih povzročajo virusi

Kot vzor za možnosti, da plod okvariyo razni virusi, ki se prenašajo od matere na plod, opisujemo črne kože (variolo), rdečke (rubeolo) in tzv. neznačilne pljučnice (atipična pnevmonija).

Variola. Čeprav so črne kože v civiliziranem svetu skorajda izkoreninjene, se lahko v izjemnih primerih pojavijo, čemur je vzrok ravno sodobni promet v civiliziranih krajih, saj je možno dospeti iz kraja infekcije v najbolj civilizirane predele sveta v času, krajšem od inkubacijske dobe. Tako so l. 1949 imeli v Angliji opravka z manjšo epidemijo črnih koz, vnesenih prav na ta način. Zaradi tega je potrebno povsod izvajati obvezno zaščitno cepljenje proti kozam in poskrbeti za epidemiološko anketo ljudi, ki od daleč pripotujejo v državo.

Pri inficiranih nosečnicah pride do zamrtja ploda in do abortusa, lahko pa tudi do poroda mrtvega ploda, kar je odvisno od časa, v katerem je bolezen zajela nosečo ženo. Lahko pa se rodi otrok navidezno zdrav in se pokaže variola kasneje, nekaj dni po rojstvu, seveda s smrtnim izidom.

Možno pa je tudi, da v materi potekajo črne kože kot lažja, oslabljena (mitigirana) bolezen. Tako so opisovali več primerov otrok, ki so na tak način preboleli variolo in so bili živi ter imeli po koži tipične brazgotine, kakršne puščajo črne kože.

Razne razvojne napake niso opisane, ker prenos varirole že med oblikovanjem organov in tkiv vodi do odmrtja ploda v materi.

Rubeola. Odkar je Gregg (1941) iz Avstralije v svojem klasičnem prispevku opisoval vrojene sive mreže na očeh (kongenitalne katarakte) otrok, ki v fetalnem obdobju sledijo rubeoli matere, in je tako s svojimi sodelavci dopolnil opazovanja glede drugih vrojenih defektov pri otrocih, ki se pojavljajo po nosečnostih, pri katerih je mati v bolj zgodnjih mesecih nosečnosti prebolela rubeolo, je prav ta, prej zanemarjena bolezen, vzbudila v zdravstvenem svetu veliko zanimanje. Rubeola lahko vodi do uničenja ploda in do abortusa. Okuženje okrog 3. meseca pa vodi do tipičnega skupka znakov (sindroma), ki ga danes večinoma imenujemo »embryopathia rubeolica«. Pri otrocih najdemo zaostalost v duševnem razvoju vse do idiopatije, nadalje gluhost, gluhonemost, prirojene srčne napake, zlasti pa spremembe na očeh, kot n. pr. tipični izvid na leči, ki je močno sploščena in motna. Kolikor je vidno očesno dno, lahko ugotovimo nepravilnost v razporeditvi očesnega barvila in znake prebolelega vnetja mrežnice. Zrkla so večinoma manjša.

Atipične pnevmonije. Od virusnih pljučnic je za plod nevarna zlasti tako imenovana primarno atipična pnevmonija. To bolezen pri odraslem često težko

prepoznamo, če ne mislimo nanjo. Vendar naj bi nas močno potenje, oslovskemu slični kašelj, slab klinični izvid in močnejše rentgenske spremembe v smislu razprostranjenega vnetja pljučnega veziva pri noseči ženi opomnile na možnost primarno atipične pljučnice.

Dokazali so, da so za primarno atipično pljučnico značilna vložena (inklu-zorna) telesca v zgornjih dihalnih poteh in pljučih mater in plodov ter novorojenčkov, ki so se antenatalno inficirali. Nekateri dopuščajo možnosti, da primarno atipična pljučnica v nosečnosti okvari plod slično kot rubeola, le v lažji meri.

Ker razni virusi utirajo pot raznim bakterijam v pljučih in ker sledi bakterijska invazija preko odmrle in okvarjene sluznice dihal, kar je delo virusov, ni kazno zametovati tudi drugih pnevmokoknih, pnevmobacilarnih, streptokoknih ali še kake vrste pljučnic, ker so lahko važen vzrok za nastajanje fetoz. Vodijo lahko do abortusov, do mrtvorodenosti in okvar ploda. Razvijejo se lahko fetalno bakterijske pnevmonije in okvare plodovega srca, nastale zaradi septičnega razvoja klic.

Zaradi tega je treba vsako pnevmonijo noseče žene zdraviti sodobno in vestno zaradi nevarnosti za plod.

Ne smemo nikdar podcenjevati tudi influenčnih in gripoznih (»banalnih«) infektov v nosečnosti, zlasti ne v fazi embrionalnega razvoja, ker prav tako lahko vodijo do okvare ploda. Nekateri pa se sprašujejo, kaj je bolj škodljivo: virus ali sodobna kemoterapevtska sredstva, če jih nekritično in nepravilno predpisujemo v nosečnosti.

Tuberkuloza, streptokokoze, revmatizem in davica

Vrojena (konatalna) tuberkuloza. Dolgo so zanikovali možnost konatalnega prenosa tuberkuloze od matere na plod. Vendar je doslej opisanih dokaj takih primerov, ki se zde na podlagi anamneze, klinike in patološko anatomskih izvidov resnični.

Podoba je, da se klice tuberkuloze ne morejo prenašati dedno niti se ne morejo prilepiti na spermij ali jajčno celico. Prav tako se zdi, da se ne prenašajo preko zdrave placente. Če pa je žena tuberkulozna in so pri njej možnosti za okvaro placente, potem se lahko pojavijo (hematogeno, histogeno, limfogeno) tuberkulozne okvare materinega in plodovega dela placente. Klice se prenesejo po krvi, mezgovni ali tkivni poti. Tako nastala žarišča so videti večinoma sirasta in zaradi specifičnega ustroja placentarnega tkiva tudi rada razpadajo. Klice tuberkuloze preidejo tako v kri in z njo preko popkove vene v plod. Lahko pa jih najdemo tudi v amnijski tekočini, ki jo plod požira. Na ta način pridejo v prebavne in dihalne poti. Vendar je pogostnejša krvna pot, kakor pa okužba z amnijsko tekočino.

Ni pa nujno, da bi le matere z močnimi tuberkuloznimi spremembami rodile otroke s konatalno tuberkulozo. Možno je tudi, da bolnice z lažjo tuberkulozo inficirajo svoj plod. Večina tuberkuloznih mater rodi popolnoma zdrave otroke, ki se povsem normalno razvijajo, če živijo v primernih življenjskih razmerah.

Opazovali so tudi konatalno tuberkulozo pri otrocih, katerih matere niso kazale v času nosečnosti nikakih dokazljivih znakov aktivne tuberkuloze. Otroci so ob sodobni terapiji živeli precej dolgo: od 13—27 mesecev.

Konatalna tuberkuloza pri novorojenčku se zdi relativno redka. Videti je, da zaradi tega, ker v mnogih primerih nosečnosti pri močnejše tuberkuloznih materah pride samo po sebi do splava ali pa splavi mati po zdravniškem nasvetu umetno, ker so za to zdravstveni razlogi.

Razne streptokokoze, škrlatinka (scarlatina), kožna gnojenja (piodermije), tvoravost (furunkuloza), šen (erisipelas), abscesi, vnetje kostnega mozga (osteomielitis), vnetja jajčnikov in materničnih priveskov (adnexitis), zastrupljenje krvi s kužnimi klicami (septikemije) itd., kot je dandanes dokazano, niso brez posledic za plod, če za njimi bolega noseča žena. Antenatalni prenos streptokokov v smislu fetalne streptokokne sepse vodi do abortusov, prezgodnjega poroda, do poroda mrtvega otroka, zlasti pa do okvare plodovega srca v smislu vnetja notranje srčne stene (fetalnega endokarditisa), ki lahko v mnogočem sliči prirojenim srčnim napakam.

Od ostalih septičnih in gnojnih infektov pri materi se lahko prenašajo na plod, slično streptokoknim, tudi infekti, povzročeni s klicami, ki so naseļjene zlasti v prebavnem traktu in ki med drugim povzročajo v nosečnosti hudo vnetje ledvičnih ponvic (pielitis). Njihove posledice za plod so lahko slične ali enake tistim, ki jih povzročajo streptokoki.

Revmatizem. Dandanes ne glede na razna pojmovanja o nastanku revmatičnih bolezni ne zanikamo možnosti antenatalnega prenosa bolezni od matere na plod. Drugod so opisali in tudi pri nas smo videli primere vrojenih srčnih napak pri otrocih, katerih matere so v zgodnji nosečnosti imele izrazite znake revmatičnih vnetij na sklepih in srcu.

Davica. Oškodbe ploda zaradi bacila davice in odmrtja plodu zaradi strupenih (toksičnih) snovi tega bacila, ki prehajajo iz matere na plod, so razmeroma redek pojav. Pravijo pa, da najdemo pri mrtvorojenih otrocih in pri splavljenih plodovih povzročitelja davice — na površini trebušne mreine (peritoneja) — zlasti pri tistih materah, ki so v nosečnosti prebolele davico bodisi vedoma, bodisi nevede.

Tudi difterična okužba novorojenčka je razmeroma redka, vsaj dandanes, ko je razširjeno zaščitno cepljenje proti davici, katerega so bile deležne matere še kot otroci. Razumljivo je, da je treba v predporodnem obdobju cepiti vse tiste nosečnice, ki še niso bile cepljene, zlasti v času, ko se davica pojavlja v večjem številu, kolikor ni vsaj v civiliziranih krajih skorajda izkoreninjena.

Okvara ploda zaradi raznih hormonalnih motenj pri materi in hormonalnih odnosov med materjo in plodom

Hormonalne motnje v sekundarni hormonalni skupini vodijo lahko do hermafroditizma ali psevdohermafroditizma pri plodu. S hermafroditizmom (pravim dvospoljem) mislimo prisotnost obeh vrst spolnih celic v telesu: jajčnika in mod, s psevdohermafroditizmom (nepravim dvospoljem) pa le dvospolne zunanje značilnosti ob prisebnosti samo moških ali samo ženskih celic v telesu.

Opazovali so, da se lahko psevdohermafroditizem razvije pri plodu tistih mater, katerih nosečnost poteka v smislu prevelikih količin estrogena, kar povzroči hormonalni nered v celotnem materinem sistemu hormonov. Zlasti plodov organizem, ki bi se moral izoblikovati v moški plod, pri tem zaradi estrogenovih vplivov ne doživi dokončnega razvoja moških spolnih organov: nastane zaradi tega moški psevdohermafroditizem.

Ženski psevdohermafroditizem pa se razvija zaradi prekomernega razvoja in delovanja nadobistne žleze.

Še preden se pri embriu dokončno določi spol, vsebuje nadobistna žleza mnogo posebnih celic, ki se z rdečim barvilom (fuksinom) v histološkem rezu močno obarvajo. Pri ženskem plodu zginejo te celice hitreje kakor pri moškem. Če ne zginejo v normalnem času, začno kreneti ovariji, rast nožnice (vagine) navzdol zastane, širijo in daljšajo pa se sramne ustne (labia), ki sličijo mošnji (skrotumu) in neredko vsebujejo jajčnike (ovarije). Pri moškem psevdohermafroditizmu, ki je pogostnejši, opazujemo kratko vagino, penis je majhen, večinoma opažamo manjšo ali večjo razcepljenost zunanjega sečnega izvodila (hipospadijo), skrotum je deljen v dve polovici ali celo predeljen v dve mehurjasti tvorbi, ki sličita velikim ustnam. Tedaj ali tudi sicer lahko modo (testis) na svojem potovanju navzdol med razvojem ostane v trebušni votlini ali pa ga najdemo v dimljih. Govorimo o abdominalnem ali ingvinalnem kriptorhizmu.

Včasih je težko določiti spol novorojenčka in kasneje dojenčka. Določanje spola je vsekakor socialno medicinskega, sodno-medicinskega, pravnega in človeškega pomena za starše novorojenčka in tudi kasneje za doraščajočega otroka. Spol ugotovimo bodisi operativno s prerezom trebušnega ostenja in direktnim pregledom. To pot moramo izbrati v vseh dvomljivih primerih, kjer ne moremo uporabiti z gotovostjo druge poti, to je določanja hormonov v urinu. Vendar je ta metoda le pomožna in se včasih ne sklada povsem z anatomskimi različki.

Hiper- in hipotireoidizem (zmanjšano in zvišano delovanje golšne žleze). Hipertireoidizem pri materi ima za plod lahko jako nevšečne posledice. Predvsem opažamo, da kažejo novorojenčki izrazito zvišano napetost mišičja (hipertonus), preveliko in preveč živahno mišičje (hiperkinezijo); mnogi od njih so tudi bruhači. V skoraj vseh primerih hipertireoidizma opažamo več ali manj jasne znake za zožen izhod iz želodca (pilorospazem). Toda hipertireoidizem je največkrat samo funkcionalen in samo v nekaj odstotkih primerov gre tudi za preveč izraženo mišičje ob želodčnem vratarju. Posledica je, da se izhod iz želodca zapre, kar seveda nujno zahteva operacijo.

Golša pri plodu je tudi lahko vzrok za porode v neugodnih položajih glave, tako zlasti za obrazno lego, ki je že sama po sebi težji porodniški problem.

Hipotireoidizem in kretinizem pri materi lahko privede do kretinizma ploda. Podoba je torej, da je plodu zlasti v zadnjih obdobjih nosečnosti potrebno živahno delovanje materine golšne žleze. Zato poskrbi pri normalni nosečnosti že priroda sama s fiziološko povišanim delovanjem golšne žleze pri nosečnici, ki ji daje neko svežino, splošno zvišan napon in živahno presnovo.

Diabetes mellitus (sladkorna bolezen) pri materi je lahko nevarna za plod kakor tudi za novorojenčke, zlasti če je bolezen pri materi neuravnovešena. Opaža se, da pri močno diabetičnih nosečnicah odmre plod najpogosteje po 36. tednu nosečnosti, vendar ni bilo možno dognati točnih osnov za razlago tega pojava.

Pri otrocih diabetičnih mater se opažajo najrazličnejše razvojne napake, tako zlasti srčne in možganske, ki so tako resne, da izključujejo plodovo in kasneje novorojenčkovo življenje.

Zlasti pa je treba vedeti, da so donošeni novorojenčki diabetičnih mater večinoma čez mero težki in tudi čez mero veliki. Zaradi tega se pri rojstvu pojavljajo razne težave, ki jih moramo predvideti in preprečiti njihove posledice za plod, zlasti v pogledu možganskih krvavitev.

Razvoj večjega in težjega ploda pri diabetičnih materah si razlagamo deloma s prekomernim delovanjem možganskega podveska (hipofize) pri diabetični materi v času nosečnosti, deloma pa z izrazitim povečanjem jeter in vranice, ki jih najdemo pri novorojenčku. Prav tako so izredno močno prepojena plodova tkiva z vodo. Povečana dejavnost otočkov v trebušni slinavki, ki izločajo inzulin, in pa namnožitev inzulina, to dvoje skuša uravnavati zvišanje sladkorja v krvi, tako pri plodu kakor pri materi, zvišanje, ki je nastalo zaradi nezadostne zmogljivosti in premajhne tvornosti otočkov.

Ob rojstvu ploda je to seveda za novorojenčka lahko usodno. Ko je prerezana popkovnica, je konec medsebojnega uravnavanja med materjo in plodom. Krvni sladkor pri novorojenčku hitro pade in preveč aktiven inzularni aparat novorojenčka lahko povzroči zanj usodno znižanje sladkorja v krvi.

Zato je potrebno ob rojstvu kakršnegakoli novorojenčka, zrelega ali nedonošenega, pregledati krvni sladkor, če je njegova mati diabetičarka. Tudi pri normalnih vrednostih (okrog 150 mg) je potrebno dajati glukozo bodisi v raztopini po steklenički, bodisi v injekcijah, podkožno ali v žilo. Vendar ne smemo vzroka morebitnemu šoku videti vedno v znižanju krvnega sladkorja, tudi ne smemo nikoli pozabiti na povečano možnost možganskih krvavitev.

Otroci diabetičnih mater imajo več ali manj značilno podobo: lice je zavaljeno, okroglo, nabuhlo. Zato jih nazivamo tudi »diabetični kerubi«. Vedeti moramo tudi, da teža 3000 g ali več pri otrocih diabetičnih mater ne izključuje prezgodnjega poroda ter z njim zvezanega tveganja.

Mongoloidno idiotijo dandanes prištevamo k hormonalnim motnjam, ki lahko okvariyo že jajčno celico in morda tudi spermije. Mongoloidne otroke rodijo zlasti starejše žene z iztrošeno sluznico maternice, pri čemer ni potrebno, da bi ta iztrošenost nastala zaradi pogostnih porodov ali splavov. Večkrat se zdi, da gre za kombinirano dedno okvaro z neugodnimi zunanji okoliščinami, v katerih je sluznica matere nezmožna zadostno prehraniti razvijajoči se zametek. Razvojne napake, ki spremljajo znake mongoloidne idiotije: prapodoba (atavizem), pomanjkljivo delovanje golšne žleze (hipotireoidizem) in podobnost Mongolom (mongoloidizem), sličijo fenokopičnim napakam na centralnem živčnem sistemu in na obtočilih. Videti je, da gre poleg drugih napak tudi za pomaknitev posameznika nazaj na nižjo stopnjo v razvojni rasti, kar kaže več ali manj izrazita prapodoba mongoloidnih idiotov, tako v gradnji telesa kakor v psihičnem zadržanju. ako se to izvrši in kakšni so mehanizmi te pomaknitve nazaj, dandanes še ne vemo.

Okvara ploda zaradi raznih vplivov

Tu obravnavamo toksemijo v nosečnosti, neskladnost matere in ploda glede na krvno podskupino Rh, prenos malignih bolezni od matere na plod, krvno sorodnost in dedne bolezni.

Toksemija v nosečnosti. Ni še povsem dognano, ali prehajajo toksične snovi od matere na plod samo preko placente in da li okvarjajo vse fetalne organe same po sebi in če ne povzročajo morda presnovnih neredov v kemizmu ploda samega in pobujajo s tem nastanek in razvoj velike skupine razvojnih motenj, ki se sprva kažejo le v majhnih motnjah kemizma, kasneje pa v hudih izpadih in iztirjenjih kemičnih dogajanj s kasnejšimi širokimi posledicami za posamezna sorodna ali vsa otrokova tkiva. Tako nastajajo napake v razvoju, ki jih danes dajemo v skupino tako imenovanih »vrojenih presnovnih napak«.

Toksemija v nosečnosti lahko oškoduje plod na različne načine. Predvsem povzroča prezgodnji porod, prizadene srčni in žilni sistem novorojenčka, dihalni center in stvarja začasne okvare na centralnem živčnem sistemu, ki se kažejo zlasti v dobi prilagojevanja na življenje izven matere, t. j. v prvih treh mesecih.

Ne smemo pozabiti na usodno škodljivo delovanje alkoholične nasičenosti v krvi, na naš narodni živelj in na posledice te toksemije v nosečnosti. Prav tako se dandanes naglašajo posledice prekomerne in nekritične uporabe raznih zdravil, ki jih predpisujemo brez prave potrebe nosečnicam (sulfonamidi, barbiturati, fenacetin, amidopirin itd.). So avtorji, ki trdijo, da mnogo bolezni in okvar ploda nastaja na ta način.

Neskladnost med materjo in plodom glede na krvno podskupino Rh.

S tega poprišča lahko navedemo dandanes štiri važne antenatalno se razvijajoče bolezni, ki vodijo do hude okvare ploda, njegove smrti ali do resnih bolezni novorojenčka. To so: splošna prepojenost ploda z vodo (univerzalni hidrops), jetrna zlatenica (nuklearni ikterus), huda zlatenica (icterus gravis), in močna bledica novorojenčka (anaemia neonatorum gravis).

Prenos malignih bolezni od matere na plod

Ker se pogosto pojavljajo razne oblike malignih bolezni, zlasti na očesu, nadledvični žlezi in ledvicah, ki imajo lahko svoj začetek že v antenatalnem obdobju, in ker včasih najdemo pri ženah, ki so imele ali kasneje zadobijo maligne tumorje — splave iz neznanega vzroka, se je pričelo raziskovati, da li so možnosti, da se maligni tumorji ali njih zametki in razni »rakavi« učinki (onkogeni agensi), zlasti pa tumorozne celice same prenesejo od matere na plod.

Dognan je prenos malignih celic preko placente ter njihova vsaditev in njihov razrast v plodu. Tako so opazovali prenos karcinoma, sarkoma, limfosarkoma in melanoma od matere na plod.

Poleg možnosti, da se prenesejo tumorozne celice, ki imajo v sebi že kal maligne rasti, so nekateri mnenja, da tumorji na plodu in tumorji v zgodnjih starostnih obdobjih otroka nastajajo lahko tudi na podlagi »onkogenega agensa«, ki se prenaša iz matere na plod ali pa nastaja v plodu samem. Vsekakor je videti, da ta panoga antenatalne vede pridobiva v svojem praktičnem pomenu, zlasti ker se razširja tudi na določena obolenja krvnega sistema, kot so razne vrste levkemij in druge, doslej neozdravljive zlohodne krvne bolezni.

Konsangvinost (krvno sorodstvo) kot vzrok za fetoze ter kasneje nastopajoče bolezni in napake v razvoju je dandanes v središču pozornosti kot vzrok za nastanek mnogih dednih, degenerativnih in razvojnih bolezni in napak.

S »konsangvinostjo« imenujemo in mislimo krvno sorodstvo staršev ali njihovih prednikov bodisi pri enem samem od partnerjev ali pri obeh, ki si sama niti nista v sorodu, ali pa imata primere konsangvinosti med svojimi sorodniki. Vsekakor bodo različne možnosti privedle do različnih pogojev za nastanek konsangvinih motenj pri posameznikih izmed potomcev, zlasti če so bile prehodne veje močne, to je z mnogimi potomci. Upoštevajoč torej koleno sorodstva, enostransko ali dvostransko obremenjenost ter celotno število predhodnikov v obeh rodovih, si lahko razlagamo teže motenj, izvirajočo iz konsangvinosti. Vsekakor je videti, da igrajo tudi pri teh motnjah razvoja isto ali

še važnejšo vlogo vsi faktorji, ki smo jih doslej navedli kot pogoje za nastanek in razvoj fetoz, malformacij, degenerativnih pojavov in razvojnih bolezni.

Področje raziskovanja konsangvinih motenj je torej jako obširno in zapleteno ter je v njem potrebno poiskati vse faktorje, ki so gotovo ali vsaj verjetno privedli do neke razvojne napake. Možno je, da je nekoč človek na nižjih in primitivnejših stopnjah razvoja prenašal konsangvinost brez hujših posledic. Na sodobni razvojni stopnji pa vodijo krvna sorodstva prav gotovo do širših degenerativnih sprememb. Ni potrebno, da se take spremembe kažejo že v razvojnih napakah, ki so vidne že v obliki, temveč se lahko izrazijo le v okrnjeni funkciji posameznih organov ali tkiv, v nepravilni presnovi, v posameznih skupkih znakov za izraženost itd.

Če sledimo konsangvinosti skozi naše rodove, jo najdemo najbolj tam, kjer so se javljali naslednji 4 družbeno-razvojni in ekonomski momenti: Zaokroževanja posestev pod okriljem neke družine, dolinski in otočanski tip zadrugarškega življenja, ohranitev nacionalne in politične samostojnosti, življenje v narodnih manjšinah. Konsangvinost ima, če pregledamo njen razvoj, tudi izrazit familiarni značaj in postane s svojimi posledicami izražena v določenih družinah. To opazamo zlasti pri pojavih, kot so razne idiotije, okvare na centralnem živčnem sistemu, kakor tudi na organih vida in sluha, okvare stvarjanja in presnove raznih pigmentov, okvare v presnovi žlahtnih hranil, zlasti lipidov in beljakovin, ki imajo za posledice nepravilno razrast in dejavnost posameznih tkiv. Predvsem so pogostne okvare živčnega in pa hrustančasto kostnega sistema.

Okvare, nastale zaradi konsangvinih motenj, lahko postanejo tudi dedne, kar še bolj povečuje nevarnost ožjega in širšega krvnega sorodstva.

Dedne (hereditarne) osnove za razvojne bolezni in napake

Na podlagi sodobnih raziskovanj se je v službi prakse in preventive doglano dandanes glede dednosti raznih razvojnih napak in bolezni v glavnem naslednje:

1. Za dominantno dedne smatrano naslednje bolezni: mnogotere kostne izrastke (multiple eksostoze), bolezensko krhkost kosti (osteopsatirozo), nerazvitost šarenice in izseke v šarenici (aniridija in kolobomi), močno slepoto brez kratkovidnosti, dedno horeo, srpasto anemijo in še nekatere krvne in druge bolezni.

2. Za morebitno (fakultativno) dominantno dedne smatramo: sladkorno bolezen, kratke in prekomerne prste, zraščene in zakrnele prste na rokah in na nogah, hondrodistrofijo, razne razcepe kosti in nezrasle kosti in mehke dele, kot so: zajčja ustna, volčje žrelo, razcepljeno nebo, razcepljena hrbtenica (spina bifida), nadalje spremembe v očeh: premajhno zrklo, vrojena siva mrena, gliom mrežnice, atrofija vidnega živca in še nekatere druge, zlasti živčne bolezni.

3. Za recesivno dedne smatramo: ribjo kožo (ihtivno), pomanjkanje barvila (albinismus), slepotno (amavrotično) idiotijo in druge.

4. Za morebiti recesivno dedne bolezni smatramo: krvavičnost (hemofilijo), hondrodistrofijo, dedno kostno marmoriranost, razne razvojne napake lobanje, kakor premajhno lobanjo (mikrocefalijo), razne razcepe v kosteh in pomanjkljive spoje med njimi ter druge, sicer dominantno trdne bolezni.

5. Za spolno vezane dedne bolezni smatrano: krvavičnost (hemofilijo), barvno slepoto (delno in celotno), nočno slepoto s kratkovidnostjo in nekatere bolezni živčevja in mišičevja.

Na podlagi dosedanjih dognanj lahko napravimo zlasti dvoje: rodovnik in posvetovanje bodočih staršev glede možnosti dedno prirojenih napak pri njihovih otrocih.

Rodovnik je važen, da lahko sledimo tako dominantnim kakor recesivnim dednostnim znakom in boleznim, ki se javljajo v posameznih generacijah. Tu si pomagamo z genetično pisavo, ki je slična drugim dogovorjenim znakom za naknadno sporazumevanje. Svetovati staršem glede na možnost dedno prirojenih anomalij pri njihovih otrocih pa je močno tvegana stvar.

Če neka oseba ali njeni bližnji sorodniki bolehajo za neko razvojno napako, vsekakor kaže vprašati zdravnika, ali more — sodeč po današnjih teoretičnih in praktičnih izsledkih — pričakovati zdravega potomca.

Tudi starši, ki že imajo defektnega otroka, naj vprašajo, če naj imajo več otrok.

Točen odgovor ni vedno mogoč. Zato staršem objasnimo dejstvo o vzrokih nastanka in razvoja, o pogostnosti in o poteku v poštev prihajajoče motnje in bodočim staršem ne prepovedujemo potomstva z morebitnim zastraševanjem. Odločitev sama pa je stvar staršev, kajti javlja se mnogo činiteljev, ki niso povsem medicinski, kakor želja po otrocih, obseg družine, starost staršev, ekonomski in socialni momenti, civilizacija in možnosti rehabilitacijskega zdravljenja. Zlasti pa je treba vedno ugotoviti, ali so defekti v rodu res prirojeni, če niso nemara vrojeni, torej pridobljeni v času razvoja v materi. Večinoma se nam to s točnim dognanjem predrojstvenih okoliščin posreči, včasih pa je tako dognanje nemogoče.

Na podlagi splošno priznanih zaključkov velja dandanes tudi pri nas za medicinsko upravičen umetni splav, kadar naj se preprečijo rojstva posameznikov, ki bi bili nadaljnji prenašalci genetično pogojenih bolezni.

Poleg napak v razvoju, bodisi na prirojeni dedni osnovi, bodisi na vrojeni osnovi, pa imamo tudi vrsto posebnih rastnih in reaktivnih tipov otroških organizmov, ki so v svojih skrajnostih na meji rastno razvojnih napak ali pa s svojimi skrajnostmi celo že prehajajo vanje.

Konstitucije (zasnove), reaktivni tipi, habitusi (ustroji) in diateze (nagibi organizma) kot razvojne bolezni

Pri dedovanju značilnosti iste vrste, tako tudi pri človeku, pride vedno do novih kombinacij dednih osnov. Zaradi tega ni niti eden izmed človeških posameznikov povsem enak drugemu, dasi gre lahko za izrazite sličnosti.

Individualne lastnosti, ki jih organizem dobi na dedni osnovi, imenujemo konstitucijo (zasnovo). Ta pojem, manj kot izraz, je bil kritiziran s strani sodobnih struj v biologiji in so zato skušali »konstitucijo« povsem nadomestiti z »reaktivnostjo«. To pa ne zadovoljuje v celoti, kolikor seveda ni reaktivnost osnovana na anatomskih, histoloških in drugih podlagah posameznika in njegovih tkiv.

Značilnosti zasnove se lahko javljajo v telesni gradbi in v »habitusu« (ustroju), ki je zunanji videz in istočasno zrcalo za neka »habitualna« dogajanja v organizmu. V pojmu konstitucije vključujemo dandanes poleg specifično presnovnih dogajanj še poseben način reagiranja na notranje in zunanje

dražljaje, odpornost proti bolezenskim vplivom, odpornost proti utrujanju in izčrpanju pri fizičnem in umskem delu itd. Torej je konstitucija posameznika spoj vseh njegovih statičnih in dinamičnih izrazitosti.

Če se ti mometi razlikujejo več ali manj, zlasti pa, če se razlikujejo mnogo od običajne sredine (»norme«), lahko govorimo o konstitucijskih odklonih. Važno je torej, da jih opazimo že zarana, že takoj ob rojstvu ali vsaj kmalu po njem. Pri točnem študiju pa jih vidimo tudi že v antenatalnem obdobju. Takšni odkloni, kot n. pr. nesorazmerje med obsegom ploda in plodovnico, nadalje obraslost ploda (plodov puh-lanugo) in prekomerna plodova maščoba (vernix), so lahko znaki eksudativne konstitucije, prekomerno gibanje ploda je značilno za nevropatično konstitucijo itd.

Poleg normalne vzraslosti (normosomije), izražene v harmonični gradnji telesa, teži in dolžini, ki se skladata z normalno težo in dolžino posameznika, značilnega za tisto ljudstvo, ločimo še premajhno vzraslost (hiposomija), prekomerno vzraslost (hipersomija), potegnjenost (leptosomija) in pa čokatost (evrisomija).

Navedli smo že, da skrajnosti teh posameznih tipov mejijo na razvojne anomalije.

Hiposomni otroci mejijo na razne vrste pritlikavosti, ki nastajajo zaradi motenj v presnovi ali v delovanju možganskega podveska (hipofize), prekomerni vzrasli (hipersomni) pa mejijo na razne napake v razvoju zaradi motenj v možganskem podvesku, kot so orjaštvo (gigantizem), prekomerna razvitost skrajnih delov telesa (akromegalija) in nesorazmerna (disproporcionalna) rast organov ali okončin. Potegnjeni (leptosomni) otroci večkrat kažejo znake izrojenosti v smislu dolgo - in ozkoudnosti (dolihostenomelije) in pajkovih prstov (arahnodaktilije). Pri njih najdemo jako pogosto tudi slabšo razvitost sklepnih vezi, slabo napeto (hipotonično) muskulaturo, pomanjkljiv razvoj lobanjskih kosti in nižjo inteligenco. Pri njih so pogostne tudi srčne napake in napake v razvoju okostja. Izrazito čokati otroci mejijo pogosto na razne bolezenske debelosti. Dedne konstitucije kakor tudi rastni in reaktivni tipi ali diateze nasploh niso neka stanja organizma, proti katerim se ne bi dalo nič ukreniti. Nasprotno, konstitucionalni znaki naj nas opozore in silijo, da lahko pomanjkljivosti izboljšamo, jih spravimo do dozoritve in pospešimo ter pravilno usmerimo rast, razvoj in izoblikovanje otrokovega organizma. Vendar pa je zlasti važno, da vemo, k čemu se nagibajo otroci, ki kažejo prevelike in svojevrstne odklone od dogajanj in meja presnove, rasti, oblikovanja in različkov v svoji zasnovi in ustroju.

Če pojem »konstitucija« razumemo tako, potem se tudi ona uvršča med prvine, na katerih temelji naša prizadevnost za preprečevanje razvojnih napak ali vsaj — nevšečnosti.

Poleg raznih konstitucij in habitusov otrokovega organizma in tistih, ki mejijo v svojih skrajnostih že na razvojne napake, poznamo in lahko zaznamo že takoj po rojstvu pri otrocih tudi razne »diateze«, ki same po sebi še niso bolezni, vendar pa so lahko osnova za njihov nastanek, če na organizme bodisi enkrat ali pogosto učinkujejo določeni faktorji, tako enkratni kakor pogostni.

Dandanes mislimo s pojmom »diateza« stanje ali pripravljenost organizma za neka posebna še fiziološka ali že patološka dogajanja. Diateza ali disponiranje nekega posameznika temelji lahko na dednih osnovah. Organizem lahko »disponira« v pozitivnem ali negativnem smislu. Tako n. pr. lahko kak otrok v še tako neugodnih okoliščinah nikoli ne dobi pljučnice, medtem ko ima kak drug otrok

v istih okoliščinah pogostne in ponavljajoče se pljučnice. Prav tako je n. pr. ta rod nagnjen k dolgemu življenju, drugi v istih okoliščinah pa h kratkemu. Vendar dandanes ne zajemamo diateze tako široko, temveč smatramo za diatezo le pripravljenost k neobičajnemu povprečju, k neenakemu reagiranju na neki določen škodljiv vpliv ali pa iz te nepovprečne reaktivnosti izviraajo pripravljenoost k določenim boleznim.

V otroškem zdravstvu ločimo v glavnem 5 vrst diatez, in sicer: alergično, eksudativno, nevropatično, hemoragično, vegetativno ter kombinacije med posamezniki. Vse te večinoma prehajajo tudi v obdobje odraslega človeka.

Alergična diateza se pokaže že zgodaj na ta način, da otrok reagira zlasti na določene dražljaje z nenavadnimi znaki, ki so mnogo nad običajnim izražanjem reakcij pri normalnem otroku. Že zgodaj lahko opazimo znake alergične diateze na koži, na sluznicah, na živčnem sistemu, na sklepih in v krvi. Na koži vidimo: nevrodermitise, določene oblike dermatitise in ekcemov, strofulus, urtikarije in bežne edeme. Na sluznicah zlasti pogostna vnetja, kakor: vnetje očesne veznice (konjunktivitis), vnetje nosne sluznice (rinitis), vnetje sluznice dihal, zlasti bronhov (bronhitis) z astmatičnim značajem, vnetje črevesne sluznice z nagnjenostjo k črevesnim katarjem in kolikam in trdovratni zaprtosti.

Na živčnem sistemu: nagnjenost k prižezanju vnetnih procesov, glavobol itd. Na sklepih opazimo: nagib k reagiranju v smislu bežnih vnetnih sklepov. V krvi vidimo eozinofilijo.

Razvoj otroka in njegovo starostno obdobje lahko vplivata na način reagiranja in določujeta alergične ekvivalente v verigi: ekcem, astma, kolike. Tako ima lahko dojenček ekcem, v kasnejši starosti pa astmo. Toda med obema skrajnostima pa je niz manj opaznih znakov diateze.

Alergična diateza je po navadi družinska in se deduje v družinah alergikov dominantno. Mnogokrat meji še na druge, tako zlasti na eksudativno — limfatično diatezo, pa tudi nevropatično in hemoragično.

Določitev strogih meja je težka.

Eksudativna diateza se kaže v posebni pripravljenosti do vnetnih, zlasti do vnetno-kataralnih dogajanj, vidnih zlasti na koži in na sluznicah. Otrok z eksudativno diatezo ima po navadi poseben rasti lik, ki je lahko dvojen: nežen, suh ali prekomerno debel. Slednjega označuje zlasti koža testenastega (pastoznega) ustroja. Oba tipa lahko prehajata eden v drugega, zlasti suhi v debelega, redkeje obratno — eksudativno pastozni v suhega. Tudi ta diateza je družinska in je močnejše izražena, če sta oba od staršev eksudativca.

Znaki eksudativne diateze se javljajo lahko že v predrojstnem obdobju otroka: prekomerna količina plodovnice (hidramnion) je pogosto predhodnica eksudativne diateze pri otroku in kaže, da je otrokova mati tudi sama eksudativna. Plodova maščoba je pri eksudativnem novorojenčku jako izdatna in jo je s površja težje odstraniti. Kasnejši znaki se pokažejo kmalu po rojstvu, kot temenice, volk (intertrigo), kronični ekcem. Eksudativni otroci se nagibajo k najrazličnejšim vnetjem sluznic, zlasti vnetjem dihalnih sluznic ter njih posledicam. Mnogokrat opazujemo pri njih tudi prekomerno razvito mezogovno tkivo (limfatizem).

Eksudativna diateza vpliva na potek posameznih bolezni, zlasti infektov. Napravi lahko že iz navadnega vnetja srednjega ušesa ali pljučnice težak problem. Pri tuberkulozi oblikuje tovrstna diateza infekt v smislu posebnega skupka bolezenskih znakov, ki ga označujemo kot skrofulozo.

Nevropatična diateza. Za to diatezo je značilen poseben nagib otroka, da odgovarja na normalna in fiziološka dogajanja v svojem organizmu in tudi v svoji okolici na neki poseben, to je »nevropatični način«. Tesno je povezana z nekim posebnim stanjem živčnega sistema, ki ga imenujemo nevropatija, to je boleštna razdraženost celotnega živčnega sistema ali njegovih sestavnih delov samih. Zlasti pa so opazne kombinacije razdraženosti motoričnega, senzibilnega in vegetativnega živčnega sistema.

Splošen pregled otroka z nevropatično diatezo kaže, da so to večinoma otroci nežne in potegnjene vzrasti, dasi tudi povsem normalna ali kakršnakoli druga vzraslost ne izključi nevropatične diateze, ne nevropatije. Večinoma so otroci jako vzdražljivi, utrujajo se hitro, zlasti pri duševnem delu. Otroci so kričači, so stalno vznburjeni in hitro menjajo svoje razpoloženje. Spanec je jako površen, že najmanjši dražljaji ga prekinajo. Vse udejstvovanje je nenavadno močno izraženo, podobno skorajda bolešnemu ukvarjanju okrog enega samega dejanja. Večkrat pa je udejstvovanje razcepljeno in preskakujoče, pri čemer se smisel udejstvovanja hitro menja. Vzdražljivost je lahko v celoti povečana ali pa je omejena na posamezne organe, organske sisteme, predele tkiva. Tako že zgodaj opazimo, da prevelika vzdražljivost grla in sapnika vodi do nevarnih vrst »nervoznega kašlja«. Vzdražljivost kardije povzroči lahko krčevito zapiranje kardije (kardiospazem), vzdražljivost želodca, bruhanje. Pogosto opazujemo tudi pilorospazme brez prave zaščite zožitve izhoda iz želodca (pilorostenoze). Nepravilno in hlastno požiranje pri slabšem žrelnem refleksu vodi do požiranja zraka (aerofagije) in kopičenja zraka v povprečnem širokem črevesu (aerokolije) s kolikami in pomanjkanjem teka. Pogosto zasledimo tudi tzv. periodično bruhanje s pojavljanjem acetona v krvi (acetonemija) in zmanjšano količino klora v tkivih in tkivnih sokovih (hipoklorhidrijo). Nadalje vidimo tako imenovane »kolike ob popku« (periumbilikalne), ki so izraz neskladnih gibov črevesja. Sem padajo tudi trdovratne obstipacije. Izrazit znak takšne obstipacije je krčevito stisnjenje mišice zapiralke ob koncu črevesa, pod rebri, na levi strani, ob pregibu povprečnega širokega črevesa v navzdolnje, ki temelji na bolečem krčenju tega predela.

V urinu zasledimo tudi mnogo fosfatov, kar kaže na stalno bolešno vzdraženje diencefalitičnega predela možganov in lahko vodi do pomanjkanja fosfora v krvi (hipofosfatemija) z vsemi posledicami za otrokovo telo.

Otrok z nevropatično diatezo je večinoma torišče najrazličnejših psihosomatičnih bolezni, najrazličnejših nervoz, ki zadobijo sčasoma tudi somatičen značaj. Zaradi vsega tega je prehrana, nega in vzgoja otroka z nevropatično diatezo izredno težka. Poznavanje in pravilno podajanje mentalno higienskih in vzgojnih načel je pri takem otroku izredno važno.

Hemoragična diateza. S pravimi hemoragičnimi diatezami, ki so vezane na določeno stalno pripravljenost organizma h krvavitvam, mislimo le dedna ali konstitucionalna stanja z določenimi izpadi ali slabostmi faktorjev, ki sodelujejo pri strjevanju krvi in zaustavljanju krvavitev.

Zaradi tega izvmemo izmed znanih hemoragičnih diatez, ki se javljajo bodisi razvojno, kot krvna bolezen, ali pa zaradi drugih vzrokov, le vrsto »pravih«, to je dednih in konstitucionalnih hemoragičnih diatez: pravo dedno in družinsko hemofilijo, slabotnost krvnih ploščic (trombostenijo), ki niso zmožne dovolj sodelovati pri dogajanjih v zvezi s strjevanjem krvi, konstitucionalno pomanjkanje fibrina v krvi in konstitucionalno dedno okvarjenost krvnih ploščic, pri kateri prav tako trpi strjevanje krvi. •

Ostale »hemoragične diateze«, ki nimajo dednih osnov in ki so v svojem bistvu pridobljene bolezni, ne spadajo sem.

Vegetativna stigmatizacija, ki jo nekateri prištevajo med diateze, se kaže kot neskladnost med obema vegetativnima sistemoma (med simpatikusom in parasimpatikusom) in kot prevladovanje enega ali drugega. Že zgodaj lahko opazimo pri otroku znake za prevladovanje enega ali drugega živčnega sistema (vagotonijo oziroma simpatikotonijo), če nista obe domena drugih diatez, n. pr. vagotonija eksudativne, simpatikotonija pa nevrotične. Zaradi tega vegetativna stigmatizacija le ni prava diateza v dednem in družinskem smislu, dasi jo nekateri prištevajo mednje.

Smernice za preprečevanje

Smernice za preprečevanje razvojnih bolezni in napak se nam pokažejo same po sebi že, če poznamo osnovo antenatalne predrojstvene patologije. Proučevanje teh možnosti za preprečevanje je vodilo do tega, da se je osnovala sodobna, nova stroka medicine, t. j. antenatalno skrbstvo za otroka. Ta široka stroka zajema, v kratkem povedano, vso skrb za ženo že takrat, ko je šele komaj rojena deklica, a že vidi v njej bodočo mater, pa ji skuša zagotoviti zdravje ter ugodne telesne in duševne pogoje, tudi v obdobjih njenega materinskega poslanstva. Redno pregledovanje začeni v zgodnji nosečnosti, registracija zanositve in odvrčanje vseh škodljivosti in nevarnosti, ki pretijo njej in preko nje plodu, je strokovno — organizatorni del antenatalnega skrbstva za otroka. To skrbstvo vsebuje v znatni meri tudi predporodna prizadevanja, ki naj bi v vsakem primeru nosečnosti vodila do čimbolj strokovno vodenega poroda, da bi bila porodna okvara za mater in za otroka čim manjša in obporodne poškodbe otroka čim manj resne.

Razumljivo je, da je splošna nega žene izredno važna. Posebna zdravstvena prosveta je potrebna, da sleherni nosečnica živi po antenatalnih zdravstvenih smernicah. Zlasti pa je važno, da se čimbolj razširi načelo, da je ravno najbolj zgodnje obdobje nosečnosti, to je kmalu po koncepciji, morda takrat, ko se misli, da je »le izostala menstruacija«, ne pa nastopila nosečnost, da je ravno to obdobje tisti usodni čas za oblikovanje bodočega posameznika, ko lahko sleherne škodljivosti preko matere najbolj vplivajo na plod.

Smernice za preprečevanje po posameznih glavnih skupinah razvojnih bolezni in napak so v glavnem sledeče:

1. Odvrčati moramo vse zunanje škodljive učinke za nastanek razvojnih bolezni in napak noseče žene, tako žarkovne, prehrabne, kužne, zlasti toksične in parazitarne. Pri iskanju rezervoarjev raznih infektov med domačimi in divjimi živalmi, ki lahko prehajajo od živali na človeka, je potrebna povezava z veterinarsko službo.

2. Potrebno je pregledovati bodoče očete in matere glede luesa že pred sklenitvijo zakona. Vsako nosečnico pa pri nas po zakonu že tako pregledujemo glede na lues. To pa moramo storiti vsaj trikrat v poteku nosečnosti: takoj po registrirani zanositvi, ob 5. mesecu in pred porodom.

3. Isto velja glede malarije, zlasti v južnih krajih.

4. Preprečevanje konatalne tuberkuloze je v smotrnem uravnavanju nosečnosti pri aktivno tuberkuloznih ženah, medicinski upravičenosti za abortus, zlasti pa v obveznem antenatalnem pregledovanju bodočih mater glede tuber-

kuloze. V vsakem primeru aktivne tuberkuloze pri noseči ženi je treba takoj pričeti z zdravljenjem ter opazovati razvoj nosečnosti kakor tuberkuloze, in to že v zgodnji nosečnosti, zlasti če je bolezen hujše oblike.

5. Razumljivo je, da mora biti vsaka žena cepljena proti nalezljivim boleznim, zlasti proti davici, tuberkulozi in kozam. Prav tako se ne sme izpostavljati možnostim bakterijskih in virusnih okužb. Mora pa vedeti zlasti dvoje: da je v resnici noseča in da so ji takrat razne bolezni nevarnejše, kakor če ne bi bila noseča.

6. Hormonalne motnje pri materi moramo uravnesiti, kolikor le moremo. To velja zlasti za nosečnice, ki imajo sladkorno bolezen.

7. Preprečevati moramo toksemijo v nosečnosti in zgodaj razpoznati vsak primer ledvične toksemije.

8. Že pred nosečnostjo moramo dokazati krvne skupine sistema Rh in sistema ABO ter ukreniti vse, kar danes moremo, da plodu v prid preprečimo neskladnost glede na krvno skupino Rh.

9. Žene, ki imajo v sebi kakršno koli maligno razrast, naj bi ne zanosile.

10. Krvno sorodstvo med zakoncema, ožje in tudi širše, je treba odsvetovati kar najbolj resno.

11. Tam, kjer zasledimo v družinah in rodovih razvojne bolezni in napake, je potrebno, da po sodobnih smernicah z znanjem in izkustvom izvršimo predzakonsko genetično posvetovanje. To je težka in odgovorna pa tudi kočljiva naloga, ki zahteva velike previdnosti in spada v zdravnikovo področje.

12. Isto velja za razne konstitucije, reaktivne tipe, habituse in diateze, zlasti prav izrazite, torej tiste, ki že mejijo na patološke oblike.

Vedno moramo pri genetičnem presojanju vzrokov za nastanek razvojnih bolezni in okvar upoštevati tudi otrokovega očeta in ne samo mater.

Vloga zdravstvenih delavcev je tudi, da z urejevanjem življenjskih okoliščin skrbijo za zdrav rod. Kako to storimo, je razvidno zlasti iz razpravljanja o zunanjih okoliščinah, ki lahko bodočemu človeku krojijo zdravje, uspešno življenje ali pa terjajo njegovo smrt.

Zaključek

Skušali smo bežno pokazati na glavne osnove možnosti in smernic za preprečevanje prirojenih in vrojenih bolezni in razvojnih napak. Naj se nam ne zameri, da smo se s svojimi krogi dotaknili krogov sosednjih strok otroškega zdravstva in njegovih specialnih vej. Razumljivo je, da mora biti kar posebna skupina ljudi, ki obvlada tako ogromno skrbstvo za otroka, v katerem je preprečevanje vsega prirojenega in vrojenega zla samo neznaten del. Le tako uglašena skupina strokovnjakov — sodelavcev lahko prične z uspešnim delom, bodisi v učne namene ali kot forum, ki daje napotke široko zasnovani mreži. Dokumentarno gradivo naših porodnišnic, otroških bolniških in drugih otroških zdravstvenih zavodov, mentalno higienskih in defektoloških posvetovalnic, zavodov za slepce, pomožnih šol itd. to od nas tudi zahteva in opozarja, da je za pričetek dela že precej kasen čas.

Medicinska sestra, ki dela na terenu in ga do podrobnosti pozna, lahko tudi na področju preprečevanja prirojenega in vrojenega zla napravi ljudem mnogo dobrega.

O vprašanju nedonošenčkov

Dr. Zora Konjajev

V boju z umrljivostjo otrok v prvem letu življenja radi pozabljamo, da je najpogostnejši vzrok zgodnje smrtnosti novorojencev nedonošenost.

V Sloveniji se rodi vsako leto v porodnišnicah okoli tisoč nedonošenčkov. Veliko se jih rodi doma in za večino ne vemo, kakšna je njih usoda.

Slovenija nima posebne ustanove za vzrejanje najmanjših nedonošenčkov. Večinoma se rojeni v zavodih vzdržujejo tam, doma rojeni pa nimajo tiste nege, ki bi jim zagotovila življenje in zdravje. V naši deželi doslej nismo posvečali prevelike pažnje nedonošenčkom; morda je krivda v napačnem mnenju, da ne moremo pričakovati, da se nedonošenček lahko razvije v telesno in umsko polnovrednega človeka. Danes, ko nam še primanjkuje zdravstvenih ustanov, dispanzerjev za otroke, dečjih domov itd., morda res še ni napočil čas za gradnjo velikega zavoda za nedonošenčke, vendar je čas, da takoj pričnemo borbo z veliko umrljivostjo nedonošenčkov v današnjih razmerah in s sredstvi, ki so na razpolago.

Medicinski patronažni sestre, babici in otroški negovalki se v dnevnem delu nudijo številne možnosti, da zaorjejo prve brazde in začno z ukrepi za znižanje smrtnosti med nedonošenčki. Vsem tem so namenjena naša izvajanja: o vzrokih, ki vodijo do nedonošenosti, o posebnostih nezrelega organizma, zlasti pa o osnovnih načelih pravilne nege in prehrane.

Kdo je nedonošenček?

Više razvita bitja imajo vnaprej določeno dobo in pot razvoja od spočetja do rojstva. Pri človeku traja ta doba 40 tednov. V tem času se tkiva, organi in organski sistemi razvijajo po natančnem zaporedju do tiste stopnje zrelosti, ki je potrebna novorojenčku, da se prilagodi zahtevam in težavam življenja izven maternice.

Pogosto je nosečnost prekinjena med 28. in 37. tednom plodovega življenja v maternici. Plod, ki se rodi tedaj, je večinoma sposoben življenja, vendar se od pravočasno rojenih novorojencev loči po številnih lastnostih. Te lastnosti izvirajo iz nezrelosti tkiv in pomanjkljivega delovanja organov. Vse te nezrele, majhne in slabotne novorojence, ki ne dosežejo porodne teže 2500 g, imenujemo nedonošenčke. Tudi dvojčke, trojčke itd. ter vse novorojence s porodno težo pod 2500 g, ki so sicer rojeni po 40. tednu nosečnosti, prištevamo k nedonošenčkom, ker so jim močno podobni po številnih lastnostih.

Vzroki in pot do nedonošenosti

Vzroki za prezgodnjo prekinitev nosečnosti nam niso vselej znani. Le v 30 % do 60 % primerov so pri materi ali plodu oziroma pri obeh znane bolezni in stanja, ki vodijo do nedonošenosti.

Najpogosteje prekinjajo nosečnost:

a) akutne in kronične bolezni matere, kot so toksemija, sifilis, ledvične in srčne bolezni, diabetes in druge hormonalne motnje itd.

b) bolezni in nepravilnosti notranjega spolovila, prezgodnji razpok mehurja, prezgodnja ločitev posteljice, placenta praevia itd.

- c) številni porodi matere,
- č) nedohranjenost in preužrujenost nosečnice,
- d) spački, dvojčki, trojčki.

Preprečevanje nedonošenosti

Pogostnost nedonošenosti znaša v različnih deželah 5—10 % vseh porodov. Ker sta obolevnost in smrtnost nedonošenčkov veliki, je borba z nedonošenostjo izredno važna. Nedonošenost bi lahko uspešno preprečevali tedaj, če bi poznali vse vzroke, ki sprožijo prezgodnji porod. Zato je tem bolj potrebno preprečevanje vsaj tistih bolezni in stanj pri materi in plodu, ki povzročajo nedonošenost. Ukreniti moramo vse, da s pravočasnim zdravljenjem matere odstranimo nevarnost prezgodnjega poroda.

Najvažnejši ukrepi v preprečevanju nedonošenosti so:

- a) večkratni pregledi nosečnic v posvetovalnicah za noseče, da se pravočasno ugotove nepravilnosti in bolezni ter omogoči takojšnje zdravljenje;
- b) pouk žene o pravilni prehrani, higieni, o potrebnem počitku in nujnosti večkratnih pregledov v nosečnosti, zlasti če je žena bolehna;
- c) dvig življenjskega standarda ljudstva, saj je predčasni porod pogostnejši pri revnejših slojih.

Kakšne so posebnosti nedonošenčkovega organizma?

Nezrelost organizma

V poslednjih tednih življenja v maternici dobivajo plodovi organi dokončne oblike. Žlahтна tkiva zore, se izoblikujejo in se usposablajo za težavno prilagoditev, na življenje izven maternice, ko bodo številni organski sistemi po prekinitvi zveze med plodom in materjo prisiljeni delovati samostojno. Novorojenec je po 40 tednov trajajoči nosečnosti običajno pripravljen na življenje izven maternice in se mu večinoma brez večjih težav prilagodi v prvih dnevih po rojstvu. Razumljivo nam je pa, da se bo le težko prilagodil ali da ne bo zmožen živeti plod, ki se je rodil mesec, dva ali še več pred tistim časom, ko se tkiva še živahno izpopolnjujejo in niso dosegla one zrelosti, ki omogoča zdravo prilagoditev.

Ohranitev nedonošenčkovega življenja je v veliki meri odvisna od stopnje zrelosti.

Že po teži in dolžini lahko hitro ocenimo nezrelost. Po 20. tednu nosečnosti doseže plod približno sledeče mere:

Starost ploda:	Približna teža v gramih:	Dolžina v cm:
20—24 tednov	600—1000	28—34
24—28 tednov	1000—1200	35—38
28—32 tednov	1200—1600	39—43
32—36 tednov	1600—2500	46—48
36—40 tednov	2500—3500	48—52,5

Po zunanjem videzu ni težko spoznati nedonošenčka. Vendar bo nedonošenček, ki je rojen samo 1—2 tedna prezgodaj, bolj podoben donošenemu novorojencu, kakor oni, ki se je rodil v 7. ali 8. mesecu fetalnega življenja.

Razlike, ki jih takoj opazimo:

Donošencek: je živahen, sesa, zahteva z glasnim jokom hrano in izraža neugodje.

Koža: rožnata in nežna, precej podkožne maščobe.

Nohti: trdi, sežejo do konca prstov.

Spolovilo: majhne ustnice pokrite, modo v modniku.

Dolžina: nad 48 cm.

Teža: nad 2500 g.

Nedonošencek: je zaspan in miren, ne zna sesati in z jokom zahtevati hrane. Navadno ječi ali slabotno joka.

Koža: rdeča in nagubana, ni podkožne maščobe.

Nohti: mehki, ne sežejo do konca prstov.

Spolovilo: majhne ustnice niso prekrите z velikimi, moda še ni v modniku.

Dolžina: pod 48 cm.

Teža: pod 2500 g.

Razen zunanjih morfoloških znakov nezrelosti, ki so značilni za nedonošenčke, opazujemo še številne posebnosti, ki izvirajo iz fiziološke nezrelosti organov in organskih sistemov. Nezrelost dihalnega sistema, sistemov za vzdrževanje telesne toplote, nezrelost prebavil, živčevja, krvi in obtočil ter ledvic vodijo do resnih in najresnejših bolezenskih stanj, ki zelo otežujejo začetno prilagoditev ali jo celo preprečujejo.

(Dalje prihodnjič.)

Medicinska

na sodelavka

Uspeh socialne pe
podeželskem okolišu n
dela kakor od kvalitet

nega dela pa je veliko oovisna tudi od tega, koliko je zdravnik v svojih odnosih voljan upoštevati medicinsko sestro kot enakopravno sodelavko.

V mnogih primerih tako v bolnici kakor izven nje zdravnik ne more delati z uspehom brez pomoči medicinske sestre. To govorim iz čistega prepričanja na podlagi osebnih izkušenj, ki sem si jih pridobil kot zdravnik splošne prakse in zdravnik v državni službi, potem v bolnici in kot zdravnik v mestni službi, in to v mirni dobi kakor v času vojne. Čeprav se to moje stališče uveljavlja počasi, se vendar širi čedalje bolj. Prepričan sem, da zdravnik lahko pospeši napredek socialne pediatrije, če si še nadalje prizadeva za čim tesnejše sodelovanje s svojimi sodelavkami medicinskimi sestrami in če sprevidi, da mu medicinska sestra lahko na mnogo načinov pomaga pri njegovem vsakdanjem delu in da strokovno izvrši vse tisto, kar želi.

vanje, ki ga je avtor kot
svetovne zdravstvene orga-
tu 1956 ob »Tednu socialne

7 katerem koli mestu ali
kvalitete zdravnikovega
ka sestra. Kvaliteta nju-

Razlike, ki jih takoj opazimo:

Donošček: je živahen, sesa, zahteva z glasnim jokom hrano in izraža neugodje.

Koža: rožnata in než

Nohti: trdi, sežejo d

Spolovilo: majhne us

Dolžina: nad 48 cm.

Teža: nad 2500 g.

Nedonošenček: je zas
Navadno ječi ali slabotn

Koža: rdeča in nagu

Nohti: mehki, ne sež

Spolovilo: majhne us

Dolžina: pod 48 cm.

Teža: pod 2500 g.

Razen zunanjih mor

oščenke, opazujemo še številne posebnosti, ki izvirajo iz fiziološke nezrelosti organov in organskih sistemov. Nezrelost dihalnega sistema, sistemov za vzdrževanje telesne toplote, nezrelost prebavil, živčevja, krvi in obtočil ter ledvic vodijo do resnih in najresnejših bolezenskih stanj, ki zelo otežujejo začetno prilagoditev ali jo celo preprečujejo.

jokom zahtevati hrane.

noda še ni v modniku.

o značilni za nedono-

(Dalje prihodnjič.)

Medicinska sestra kot enakopravna sodelavka v socialni pediatriji

Prof. dr. W. S. Craig

Objavljamo v prevodu predavanje, ki ga je avtor kot profesor pediatrije in izvedenec Svetovne zdravstvene organizacije imel v Beogradu v oktobru 1956 ob »Tednu socialne pediatrije«. — Op. ur.

Uspeh socialne pediatrije v katerikoli deželi in v katerem koli mestu ali podeželskem okolišu ni v nič manjši meri odvisen od kvalitete zdravnikovega dela kakor od kvalitete dela, ki ga opravlja medicinska sestra. Kvaliteta nju-nega dela pa je veliko odvisna tudi od tega, koliko je zdravnik v svojih odnosih voljan upoštevati medicinsko sestro kot enakopravno sodelavko.

V mnogih primerih tako v bolnici kakor izven nje zdravnik ne more delati z uspehom brez pomoči medicinske sestre. To govorim iz čistega prepričanja na podlagi osebnih izkušenj, ki sem si jih pridobil kot zdravnik splošne prakse in zdravnik v državni službi, potem v bolnici in kot zdravnik v mestni službi, in to v mirni dobi kakor v času vojne. Čeprav se to moje stališče uveljavlja počasi, se vendar širi čedalje bolj. Prepričan sem, da zdravnik lahko pospeši napredek socialne pediatrije, če si še nadalje prizadeva za čim tesnejše sodelovanje s svojimi sodelavkami medicinskimi sestrami in če sprevidi, da mu medicinska sestra lahko na mnogo načinov pomaga pri njegovem vsakdanjem delu in da strokovno izvrši vse tisto, kar želi.

Medicinskih sestra, ki delajo v socialni pediatriji, je več vrst: medicinske sestre z babiško diplomo, medicinske sestre, ki delajo po ustanovah za zaščito dojenčkov in šolskih otrok, patronažne medicinske sestre, ki obiskujejo otroke po domovih, ter medicinske sestre po otroških bolnišnicah in ustanovah za defektne otroke. Zato tudi imam, kadar govorim o medicinski sestri, vedno v mislih vsa ta področja medicinskih sester. Kar se tiče mene osebno, pač mnogo dolgujem tem sodelavcem v raznih panogah otroške nege in zaščite. Za temeljno poznavanje tega predmeta veliko dolgujem prvi medicinski sestri oddelka, ki me je poučevala v njem tedaj, ko sem si že pridobil kvalifikacije zdravnika, in je s poukom nadaljevala vseh dvajset let in nekaj čez, odkar je moja žena. Znano nam je pač vsem, kolikega pomena je tudi za najspodobnejšega kirurga pomoč medicinske sestre — instrumentarke pri težkih in nevarnih operacijah. In tudi v socialni pediatriji je zdravnik skoraj prav toliko odvisen od svoje sodelavke medicinske sestre.

Patronažna medicinska sestra

Medicinska sestra, ki dela na ustanovah za matere in otroke ter obiskuje otroke po njihovih domovih, ima še posebno možnost, da se dodobra seznanja z razmerami, v katerih živi otrok doma, možnosti, da prouči sposobnost matere, s katero pride v dotiko, in opazi vse težave, s katerimi se bori družina. O vsem tem se pouči medicinska sestra ne morda na enem samem obisku, temveč po več obiskih pri isti družini ter po mnogih srečanjih in razgovorih z materjo. Medicinska sestra tako zve za stanje družine, ki ji je zaupana in za katero je odgovorna. Uspeh patronažne medicinske sestre ocenimo lahko tudi po tem, ali je ob priliki obiska v družini dobrodošel gost in cenjen strokovnjak — svetovalec.

Osební odnos je največjega pomena. Patronažna sestra materi vse laže svetuje, če je z njo prej navezala pravilne osebne stike. Sicer bi mati kaj lahko zavrnila predloge medicinske sestre, če bi količkaj merili na njeno sposobnost v negovanju lastnih otrok. Tako pa lahko patronažna sestra, **ne da bi posegala v zasebno življenje družine**, predlaga važne stvari v pogledu higijene, prehrane in splošnega ravnanja z otroki v družini. Priliko ima, **da tudi praktično pokaže**, kako se pripravljata hrana za dojenčka, kako se na najprimernejši način pripravijo posamezna živila in na kakšen način naj se mati z otrokom varuje kakršnih koli izvorov infekcije. Navodila, ki jih daje na tako preprost in enostaven način, pa naj ne bodo omejena na določene družine, ampak morajo biti splošnega pomena za vso skupnost. Uspehe takega dela vidimo lahko v opadanju epidemij in nalezljivih bolezni med šolsko mladino, v splošnem zboljšanju standarda, kar se tiče prehrane dojenčkov in drugih otrok, ter vse manjši potrebi po nastanitvi otrok v bolnici in iskanju pomoči v ambulantah.

Preprost in uraden način v občevanju medicinske sestre z družino, katero obiskuje, ima pa tudi druge koristne posledice. Ko mati dobi zaupanje v medicinsko sestro, bo pri njej iskala nasveta in ji zaupala tudi družinske in hišne probleme, ki ji delajo skrbi in neprijetnosti. Tako se bo patronažna sestra seznanila s pomanjkanjem v družini, z neprijetnostmi, ki jim jih povzročajo sosede, in z drugimi nadlogami v družini. Patronažni sestri ni treba kdo ve koliko spraševati. Sploh naj se tega čimbolj izogiblje. Zaupali se ji bodo v primeru raznih fizičnih in emocionalnih motenj pri drugih članih družine, medtem ko bi takšna obolenja sicer zatajili, da bi utegnili biti nevarna zdravju otrok in ostalih članov družine.

Morda me boste vprašali, čemu pred zborom zdravnikov govorim toliko o dejavnosti medicinske sestre? Kratko in malo zato, ker sem mnenja, da pač ne moremo mimo tega, da ne bi izkazali priznanja in poudarili, kolike vrednosti je pomoč, ki jo medicinska sestra nudi zdravniku, ko po ustanovah in družinah opravlja poverjene ji dolžnosti. Podatki, ki jih od nje dobi zdravnik o družini in domu, so zanj velikega pomena, ko prvič pregleduje bolnega otroka v otroški ambulanti ali bolnici. Patronažna sestra je poučena o splošnem stanju na otrokovem domu in v družini, poučena je tudi o stanju v zvezi z morebitnimi nalezljivimi boleznimi v soseščini. Tudi ni prav nič manjše važnosti nasvet, ki ga patronažna sestra lahko da zdravniku v zvezi s potrebnimi ukrepi in zdravljenjem na otrokovem domu. Ker pozna razmere in možnosti v družini in na domu, bo zdravnika opozorila, ali so njegovi predlogi v tej družini in na tem domu izvedljivi ali ne. In po njenem opozorilu bo zdravnik lahko presodil, ali je potrebno, da se otrok napoti v bolnico ali ne. Če ni potrebno, bo odredil način, ki se mu zdi najprimérnejši glede na razmere v družini in na domu. Razen tega ima zdravnik možnost, da je v svojih navodilih in predlogih izčrpnější, ko ve, da si bo medicinska sestra ob svojih obiskih v družini prizadevala, da se bodo pravilno izvajali njegovi nasveti:

Zdravnik mora svoje nasvete in naročila dajati ne samo točno in jasno, ampak mora medicinski sestri obrazložiti tudi, zakaj je potrebno, da se izpolnjuje, kar je naročil. Le táko sodelovanje daje pobudo za skupno delo.

To sodelovanje se mora nadaljevati in izvajati tudi tedaj, ko se otrok po zdravljenju v bolnici vrne domov. Od bolničnega zdravnika, ki je v bolnici zdravil otroka iz kakega oddaljenega kraja, ni mogoče pričakovati, da bi še nadalje kontroliral otroka. Je pa njegova dolžnost, da o tem primeru obvesti svoje sodelavce — zdravnika in medicinsko setro — da je potrebno nadaljevati z zdravljenjem in nego otroka. Patronažna sestra, ki bo otroka obiskovala doma, mora biti točno obveščena, kaj je naročil glede otrokovega zdravljenja in njegove nege. Ta naročila se nanašajo lahko na dieto, če gre za vprašanje slabe prehrane, ali na vnašanje večje množine vitaminov v otrokovo hrano, če gre za hipovitaminozo, dalje na potrebo, da se omeji otrokova aktivnost v primeru morebitne srčne oslabelosti, in slednjič na pravilno ravnanje družine z otrokom, ki se je zdravil zaradi resnih emotivnih motenj. Lahko se pa ta poročila tičejo tudi pomoči, ki jo moramo nuditi družini, da se znajde in da pravilno ravna z otrokom, ki je fizično defekten.

Ali lahko mimogrede navedem dva primera? Prvi se nanaša na otroka, pri katerem je opaziti znake stalne negotovosti, ki so jim, kot se je pokazalo, vzrok domače okolnosti. Te okoliščine so patronažni sestri deloma znane. In nihče si ne more na boljši, enostavnejši in bolj prijateljski način prizadevati, da se otroku v prid te okoliščine ublažijo ali uredijo. Morda bo zadostovalo samo kako enostavno pojasnilo staršem o težavah, ki jih ima otrok. Mati se tega ne zaveda, ker je tudi sama preutrujena in bolna, pa je zaradi tega zdražljiva nasproti otroku in to ravno je povzročilo pri njem težave. Ali pa je roditeljem treba povedati, da je nesoglasje med njimi tisto, ki pri otroku povzroča težave in čustvene motnje. Po zdravnikovem nasvetu ali iz lastne pobude bo patronažni sestri s pomočjo prijateljskega odnosa med njo in družino hitro uspelo, da se uredijo te okoliščine v družini.

In drug nasproten primer! Gre za fizično defektnega otroka, pri katerem so v bolnici ugotovili cerebralno zavrtoost in ki se v bolnici ne bo več zdravil. Ohromelost hrbtenice se lahko še bolj stopnjuje, tako da se lahko poleg telesne

ohromelosti pojavijo tudi komplikacije čustvenih motenj, če je otrok prepuščen sam sebi, če se ne zanimajo zanj in mu ne dajejo spodbude in ga ne hrabrijo. To sem omenil tudi tedaj, ko sem govoril o »emotivnem zdravju šolskega otroka«. Seveda je otrok lahko tudi veliko mlajši, celo dojenček. Toda naj bo v kateri koli starostni dobi, nadvse je v takih okoliščinah potrebno, da se počuti srečnega in da napreduje. V prvi vrsti je potrebno, da smo si na jasnem, kaj je takemu otroku potrebno, in drugo, da se ostali člani družine znajdejo in se domislijo načina, kako mu bodo nadoknadili ali kar se da zmanjšali neprijetnosti, ki jih doživlja zavoljo fizične nesposobnosti.

Fizično nesposobnega otroka ne smemo prepustiti samega sebi zato, ker ni zmožen, da bi pritegnil pozornost svoje okolice. Niti dojenčka niti starejšega otroka ne smemo pustiti, da leži v postelji in da vseh 24 ur gleda v strop. Vse te stvari lahko patronažna sestra na domu — poudarjam — pojasni na enostaven način. Z vso strokovnostjo in z izkušnjami lahko pokaže svojo iznajdljivost, o kateri sem že govoril. Lahko staršem pove, kako se dajo miza, stol in postelja na enostaven način preurediti za fizično defektnega otroka.

Preurejanje take vrste je velikega pomena za usposabljanje fizično defektnega otroka in dojenčka. Prav tako je koristno, da taki otroci opazujejo v hiši razna opravila, pri katerih sami ne morejo sodelovati.

Prepričan sem, da mi boste pritrdili, da je pomoč patronažne sestre na ta ali oni način ena od osnovnih oblik nege v socialni pediatriji, za katero smo mi zdravniki odgovorni. Je pa v delu patronažne sestre bodisi v mestu ali po manjših krajih še mnogo drugih načinov, o katerih bi rad govoril. **Mnenja sem, da mora patronažna sestra dobro poznati področje, na katerem dela, ravno tako pa tudi stanje v družinah, ki jih obiskuje.** Tako lahko veliko pripomore, da se med sosedi vzpostavijo dobri odnosi in da pride med njimi do tesnega sodelovanja, kar se tiče vzajemne pomoči, kadar je komu potrebna. Marsikateri otrok je tako bil posredno deležen pomoči, ki je bila izkazana njegovim domačim. Patronažne sestre, ki jim uspe vse to vzpostaviti in izkoristiti, brez dvoma izvajajo socialno pediatrijo. Dolžnost nas zdravnikov je, da to pri njih cenimo in jim za to delo dajemo tudi spodbudo. Ta vrsta dejavnosti v socialni pediatriji je velikega pomena tam, kjer je prebivalstvo gosto naseljeno, kjer se ustanavljajo centri in klubi, kot n. pr. socialni centri, občinski centri, roditeljski centri itd.¹ Tu se z njimi ne utegnemo ukvarjati, zato jih samo omenjamo. Ti klubi posredno služijo zdravstvenemu napredku v otroških letih, ko si prizadevajo, da zagotovijo zadovoljno družinsko življenje.

Medicinska sestra v bolnici

Zdaj bi rad govoril o medicinski sestri v bolnici. Svoj čas sem govoril o šolah za sestre v zvezi z bolnico. Danes mislim samo na medicinsko sestro v splošni otroški bolnici. Če bi me vprašali, kaj kot klinični zdravnik najvišje cenim pri medicinski sestri, bi takoj brez pomišljanja odgovoril: **v prvi vrsti odnos medicinske sestre do otroka in njegovih staršev, v drugi vrsti pa njeno sposobnost, da opazuje in točno beleži svoja opažanja.**

Bojim se, da nekam pogosto uporabljам izraz »odnos do otroka«. Toda to je neizbežno: drugače niti ne more biti pri kateri koli diskusiji o socialni pediatriji. To pot pa pravim »odnos do otroka in njegovih staršev«. To je ve-

¹ To so pri nas društva in sveti državljanov, n. pr. Zveza prijateljev mladine, sveti za varstvo družine, šolski sveti itd. — Op. ur.

like važnosti! Medicinska sestra, ki se ukvarja z otroki, ima to prednost, da ji starši otroke zaupajo. Ne gre za to, na kakšen način ravnamo z otrokom, ko pride na pregled ali ko je sprejet v bolnico. Prav tako važno je, kako ravnamo z otrokovimi roditelji. V svoji ambulanti zelo pazim na to, na kakšen način mi glavna sestra pomaga pri delu, namreč kako pojasnjuje in svetuje, ali govori v razumljivem jeziku. Če se med pregledom otroka nisem izrazil dovolj jasno, vem, da bo mati, preden pojde iz ambulante, iskala še praktičnejše in enostavnejše razlage mojih naročil pri medicinski sestri. Tudi če je v razgovoru z materjo bodisi v ambulanti bodisi ko otrok odhaja iz bolnice, zdravnik ljubezniv in pozoren, mu vendarle ne uspe, da bi v svojih nasvetih in naročilih bil vedno dovolj jasen. Dejstvo pa je, da se zdravnikovi predlogi izvajajo z večjim uspehom, če jih s koristnimi pojasnili podkrepi medicinska sestra, ki se na to razume in ki materi daje spodbude, da se po njih tudi dejansko ravna. Ne rečem, da so to osnovne dolžnosti medicinske sestre, vendar so pa nekaj močno zaželenega. Rečem zaželenega zato, ker so cilji socialne pediatrije (in takšni tudi morajo biti), da se v nego bolnih otrok, ki se zdravijo v bolnicah, v čedalje večji meri vnaša preprosti humanizem.

Zdaj prehajam na drugo točko svojih izvajanj, točko, ki se tiče sposobnosti medicinske sestre, da opazuje. Zakaj poudarjam to? Zato, ker sem mnenja, da je medicinska nega bolnega otroka nepopolna in nezadostna, če klinični zdravnik podcenjuje opažanja medicinske sestre, ki ima izkušnje v delu z bolnimi otroki. Zlasti velja to za nego dojenčkov v bolnici. Kot zdravnik ne smemo pozabiti, da ima medicinska sestra izredno priložnost, da opazuje, še več, da opazuje vedno znova. Mislim tu na mnogo momentov v okviru njenih dnevnih dolžnosti: kadar opazuje blato otroka, kadar mu daje piti, kadar ga hrani ali ga mimogrede pogleda, ko gre skozi oddelek. V takih primerih ima priliko, da prav tako opazuje otroka kakor tedaj, ko mu pregleduje kožo, sluznico, jezik in ekskret ali pa mu kontrolira temperaturo, pulz in dihanje.

Dovolite mi, da navedem samo nekaj stvari, za katere želim, da jih opazujejo in me o njih obveščajo. Ni mi dovolj, če vem, da je dojenček dobil jesti. Poročati mi morajo prav tako tudi o vsakem drugem pojavu, na primer o odporu proti hrani, ki ga otrok kaže pri hranitvi, dalje ali hrano izbruha, ali se zahlipne itd. Prav tako ni odveč vedeti, ali otrok kašlja. Vedeti moram, ali je kašelj suh ali vlažen, ali povzroča otroku nerazpoloženje in ali ga v spanju moti. Prav tako je važno, da vemo, ob kakšnih prilikah se pojavlja ali stopnjuje kašelj pri otroku; ali je temu vzrok lega, napenjanje, obroki ali druge spremembe v zvezi s kašljem samim oziroma z obolenjem. Sposobna sestra ne bo čakala, da zdravnik odkrije gibanje nozdrvi (alaenasi), otežkočeno dihanje ali nenormalno delo pomožnih mišic, ki služijo pri dihanju.

Zdravnik ima pravico pričakovati od medicinske sestre kot svojega sodelavca, da mu poroča tudi o najneznatnejših spremembah, n. pr. o spremembah barve pri otroku, čeprav so prehodnega značaja, in prav tako, da odkrije prehudo znojenje ali očitno anemijo in da ne prezre, kadar začuti značilen duh, n. pr. po nenormalnem blatu, po znoju pri akutnem revmatizmu in kadar otrok oboli za davico. Če medicinska sestra koplje otroka, mora paziti na to, da pravočasno spozna hipertonus mišic in trzanje, ki pred pojavom krčev ni redko. In tako ni konca primerov, ki bi jih lahko še našteval (n. pr. znaki abdominalnega faciesa, evidenca dehidracije, sum na meningitis, možnost črevesne infekcije, nevarnost poliomielitisa itd.). Izkušena glavna medicinska sestra in medicinska sestra na oddelku, ki ima več izkušenj, lahko točno raz-

ložita svoja opažanja. Toda njih dolžnost ni, da postavljajo diagnoze. Zgrešeno je pričakovati od izkušene sestre, da naj skuša postaviti diagnozo; toda njeno mnenje zasluži vsaj toliko pažnje, kolikor je pediater posveti, recimo, besedam kake inteligentne matere. In končno, kdo je sposobnejši, da ugotovi stenozo pilorusa pri njenem dojenčku, kakor mati sama, katere en otrok je že trpel zaradi tega. Po mojih izkušnjah nudijo sposobne medicinske sestre dostikrat največjo pomoč pri postavljanju diagnoze, pri presoji kliničnega uspeha in postavljanju prognoze.

Če nisem omenil tega že prej, ko sem govoril o patronažni medicinski sestri, ki obiskuje otroke po domovih, naj storim to sedaj. Rad bi poudaril, da tudi pri patronažni sestri ni prav nič manjše važnosti sposobnost opazovanja. Pomislimo samo na primer hudega gastroenteritisa pri dojenčku. Ali bo rešen ali ne, je odvisno samo od pravočasnega zdravljenja. Bruhanje je pri dojenčku običajna stvar. Toda kdo je prvi zaslutil nevarnost, ko je videl nemirnega dojenčka s suho kožo in sluznico ter udrtimi kolobarji pod očmi? Kdo je prvi in še o pravem času poiskal zdravniško pomoč? Medicinska sestra! Seveda imamo tudi manj akutne primere, kot so n. pr. znaki pomanjkanja vitaminov. A tudi v takem primeru bo patronažna sestra napotila otroka k zdravniku in ga zaradi pravočasne pomoči obvarovala trajnih posledic. Razen tega imamo otroke in dojenčke z očitnimi znaki skorajda kronične nedohranjenosti. Še do nedavna je naše znanje o vzrokih nedohranjenosti bilo dokaj pomanjkljivo. Vedeli smo sicer, kako škodljivo vplivajo na prehranjenost kongenitalni sifilis, malarijska infekcija, kronična obolenja zaradi helmintiaze, toda kljub temu je mnogo primerov ostalo nepojasnjenih. Zaradi možnosti vsestranskega raziskovanja in razpoznavanja pa se je število primerov močno znižalo. Vzemimo n. pr. samo celiakijo², cistično obolenje pankreasa, hiperkalcemijo, Fanconijevo³ bolezen itd. Kljub temu pa bo uspeh tudi v bodoče v veliki meri odvisen od pravočasnega odkrivanja kronične nedohranjenosti. In to bo storila patronažna medicinska sestra, ki bo otroke obiskala po domovih.

Babica

Veliko tega, kar sem rekel glede odnosov zdravnika nasproti delu patronažne sestre, velja tudi za babico.

Štejem si v srečo, da sem že v prvih dneh svojega zdravnikovanja prakticiral pri zdravljenju novorojenčkov v porodnišnici. Iz izkušenj vem in lahko tudi dokažem, koliko je nega novorojenčka odvisna od opazovanja babice in njene spretnosti v negovanju.

Mnogo je načinov za veliko pomoč, ki jo lahko nudi babica. Rad bi jih nekatere podčrtal, zlasti pa tiste, ki so v zvezi z napredovalim dojenjem, saj o tem še nisem govoril.

Pri antenatalni negi ima babica možnost in čudovito priliko, da propagira dojenje. Kljub temu pa v tem prizadevanju dostikrat ne more uspeti, ker je deformirana bradavica, ki ji v antenatalnem razdobju niso posvečali potrebne

² Celiakija — infantilna razvitost črevesja z močno prebavno insuficienco dojenčkov.

³ Fanconijeva bolezen — bolezen neznane etiologije. Manifestira se z intoleranco za ogljikove hidrate v prehrani, z mastnim in obilnim blatom, z zastojem v razvoju in znaki večjega pomanjkanja vitaminov. Nastopa pri malih otrocih, najčešče v drugem letu življenja.

pažnje. In temu se da odpomoči, če zdravnik in medicinska sestra že pri prvem pregledu obrneta pozornost nosečnice na stanje dojk in bradavic.

Kakor vemo, je dojenje v zvezi z mnogoterimi čustvenimi motnjami pri materi. To najboljše razume babica. Babica najboljše lahko doume mater in njene skrbi, ki se porajajo v strahu, da ne bo mogla zadovoljiti svojega otroka. Mati se boji, da bo njen otrok lačen in krivi sama sebe, če se ji zazdi, da otrok ni dovolj nahranjen. V takih primerih pametna babica ne bo kritizirala matere niti je ne sramotila. Skušala bo materi pokazati svoje razumevanje za vso njeno skrb in strah. Bolnica ni ravno idealen kraj za mater. Babica se mora potruditi, da ne pokaže nestrpnosti, pa naj bo na oddelku še tak promet.

Morda se vam zdi, da je to neznan pojav; pa vendar lahko vpliva na uspeh pri dojenju. Ko so odpovedali že vsi drugi načini, dostikrat veliko pomaga tiho in potrpežljivo pojasnjevanje materi, zakaj se od nje zahteva, da nekaj stori. Končno si razumna babica prizadeva, da zagotovi dojenje, kadarkoli je to mogoče. Ve pač, da je njena prva naloga in skrb prizadevanje, da bo novorojenčku dobro in da bo zadovoljen, zatem pa se mora prizadevati in potruditi, da bo novorojenčka mati podojila. Naj navedem besede nekega svojega kolega, ki pravi: »Dojenček se mora zadostno hraniti in kar največkrat mora njegova hrana priti iz dojk.« Tako bosta mati in dojenček občutila zadovoljstvo, ko bo dojenček potešil svoj zdravi tek in bo tu podlaga za nadaljnje zaupanje matere v koristnost socialne pediatrije.

Sklep

Končno upam, da mi je uspelo predočiti vam, kako osnovnega pomena je vzpostavljanje čim tesnejšega sodelovanja z medicinskimi sestrami kot našimi sodelavci na področju pediatrije. Govoril sem skoraj samo o pomenu pomoči, ki jo zdravnikom v socialni pediatriji nudijo medicinske sestre. Toda ne smemo pozabiti, da je obseg pomoči, ki je želimo biti še nadalje deležni, odvisen od nas zdravnikov, ker moramo dajati pobudo, da se medicinske sestre strokovno usposabljujejo v najprimernejši smeri. Stalno si prizadevam, da po malem prepričujem o tem svoje medicince. Od vsakega študenta zahtevam, da skupaj s patronažno sestro obiskuje ambulanto in otroke po njihovih domovih. Prav tako s patronažno medicinsko sestro, ki ima tudi babiško diplomu, obiskuje medicinec matere, ki rodijo doma, prisostvuje porodom na domovih in se na kraju samem pri tej patronažni sestri uvaja v nego novorojenčka.

Patronažna sestra v socialni pediatriji je socialna delavka. Poučuje o zdravju otrok, nudi socialno-higiensko pomoč, izkazuje prvo pomoč in neguje bolnike po domovih. Pozna tudi administrativno zdravstvene predpise. **Da bo pa pri svojem delu stalno imela tudi uspeh, patronažna sestra nikoli ne sme prenehati z učenjem in s poglobljanjem znanja o zdravem in bolnem otroku.**

Zdravnikom nasploh je do tega, da se medicinskim sestram nudi možnost študija in da gredo, kar se tiče nege otrok, vstric z napredkom pediatrije.

Idealno bi bilo, da se patronažnim sestram za izpopolnitev znanja omogoči obiskovanje tečajev v bolnicah, medicinskim sestram, ki delajo v bolnici, pa da prilika, da določen čas prebijejo pri patronažnem delu. V bolnici in v okraju je treba organizirati sestanke, na katerih bi zdravniki in medicinske sestre izmenjavali svoja mnenja in izkušnje. Taki sestanki so koristni tako za zdravnike kakor za medicinske sestre, neizmerne važnosti pa so za razvoj prave koncepcije v socialni pediatriji.

Važnost spoznave in zdravljenja notranjih bolezni pri duševnih bolnikih

Dr. Janko Kostnapfel

Psihiatrija se je kot samostojna stroka razvila šele v 19. stoletju. Zaradi svoje pomembnosti pa je prav kmalu postala enakovredna vsem ostalim medicinskim vejam. Psihiatrijo so izoblikovali zdravniki, ki so si pred tem že v interni medicini pridobili velik sloves. Ni bilo slučajno, da so psihiatrijo razvili vprav internisti. Zaradi metode svojega dela so namreč predvsem oni bili tisti izbranci, ki so se mogli dokopati najbliže do domnevnih vzrokov, povodov in načinov nastanka duševnih bolezni ali pa samo do posameznih bolezenskih znakov. Internisti so v svoji vsakdanji praksi mogli opazovati včasih kar dobro oprijemljive zveze med nekaterimi obolenji tega ali onega notranjega organa in psihičnimi simptomi. Tako bi se moglo simbolično reči, da je psihiatrija otrok interne medicine, h kateri se vedno znova in znova vrača, danes intenzivneje kot kdaj koli poprej.

Psihiatrija v polni meri izkorišča najnovejše pridobitve vseh sorodnih medicinskih in nemedicinskih vej, predvsem še interne. Nova odkritja in nesluteni napredek nekaterih ved, predvsem fiziologije, biokemije in moderne fizike, so podali psihiatrom nove možnosti za uspešno raziskovanje nastanka duševnih obolenj. Celo v takšnih primerih, kjer bi le na osnovi samih telesnih bolezenskih znakov sicer ne mogli sklepati na resnejšo okvaro tega ali onega notranjega organa ali celega sistema organov, pa bi tako seveda ne mogli spravljati v kakšno zvezo tudi psihičnih bolezenskih pojavov, ki so nastopili.

Pri bolj grobih bolezenskih spremembah notranjih organov pa so mimo telesnih simptomov že zdavnaj opazili včasih tudi psihične, ki so po vsej logiki sklepanja bili v tesni odvisnosti od obstoječega obolenja ali posebnega stanja organizma.

Stari zdravniki so na primer dobro vedeli, da je treba pacienta s hudo pljučnico skrbno varovati. Saj se je prenekaterikrat pripetilo, da je tak bolnik na višku svoje bolezni nenadoma postal zbeگان, vznemirjen ter zmeden in je v takšnem stanju skočil skozi okno.

Še obratni primer: danes noben zdravnik več ne dvomi o tem, da duševni udar (nekoč prestan velik strah, nesreča, huda skrb in podobno) lahko pogoji izbruh basedovke (tireotoksikoze), bolezni žleze ščitnice. Bram je verjetno pretirano sporočil, da je pri 500 primerih basedovke kar v 90 % ugotovil psihični udar.

In samozastrupitve zaradi močno obolelih notranjih organov: jeter, ledvic, želodca, črevesja... Da, tudi te lahko izzovejo preko centralnega živčnega sistema različne manifestacije duševnih bolezenskih znakov.

Pri hudih srčnih napakah, kjer je moten krvni obtok in zaradi tega poslabšana oskrba možganskih celic s kisikom, pride lahko prav tako do duševnih motenj.

Kronične in akutne zastrupitve, namerne, slučajne in poklicne, tudi povzročajo psihične bolezenske znake (n. pr. alkohol, morfij itd.).

Tudi pri mnogih nalezljivih boleznih, predvsem pri onih, katere spremlja zelo visoka temperatura, je opaziti spremembe duševnosti. Takole pove včasih

bolnik ali njegov svojec: »Imel je hudo špansko. Bledlo se mu je, sploh ni vedel zase, bil je čisto proč... Odsihdob ni več pravšnji.« Kdo še ni slišal za duševne spremembe ob vnetju možganskih open in možgan, pri tifusu itd.?!

Mnoge žene opazijo spremembo svoje duševnosti ob menstruacijah, v nosečnosti, tik po porodu, za časa dojenja, ob izgubi perila itd.

Še in še bi lahko našteval telesne bolezni, pri katerih je moč že danes ugotoviti določeno zvezo med obolelostjo oziroma posebnim stanjem notranjih organov in duševnimi motnjami. Bodočnost bo vsekakor odkrila še nove medsebojne odnose!

Za zdaj naj bo dovolj dokazov za to, da je spoznava notranjih bolezni tudi pri duševnih bolnikih izredno važna.

Pa ne samo zavoljo nekih, za zdaj morda več ali manj suhoparnih teoretičnih predpostav, po katerih naj bi imeli sicer duševni simptomi svojo materialno osnovo seveda vsekakor nekje v telesu, temveč tudi — in za zdaj predvsem! — zaradi tega, ker kakršnakoli že telesna bolezen slabša splošno stanje vsakemu človeku, duševnemu bolniku pa še v mnogo večji meri.

S tega vidika bo postalo očito, zakaj je treba posvečati spoznavi in zdravljenju notranjih bolezni pri duševnih bolnikih vse znanje, skrb in pozornost.

Ta naloga pa ni lahka! V psihiatričnih zavodih je po navadi preveč bolnikov in premalo osebja. Med to množico pacientov se pri enem ali drugem skoraj vsak dan pojavi kakšna telesna bolezen. Saj bi celo pri večjem številu zdravih ljudi nastopile od časa do časa različne bolezni. Tem pogostnejše bodo seveda pri duševnih bolnikih.

Sedaj pa je treba ugotoviti značaj enega ali drugega bolezenskega stanja. Obolenje je lahko enostavno in bo prešlo včasih že kar samo po sebi. Bolezen pa more biti tudi nevarna in terja takojšnjega ukrepanja.

Spoznava bolezni celo pri duševno zdravem človeku ni vselej enostavna in je neredko zelo otežkočena. Še mnogo težja je seveda pri duševnem bolniku. Ta bo namreč po navadi slabo prikazoval svoje težave. Včasih sploh ni mogoče upoštevati njegovih podatkov. Zgodi se, da en ali drug pacient celo molči.

Pri takih primerih je zdravnik navezan predvsem zgolj na prikaz, katerega mu o poteku pacientove bolezni poda zdravstveni delavec, ki mu je poverjena nega bolnika. Ta bo imel namreč pogostoma boljše priliko dalj časa opazovati bolnika kot zdravnik.

Medicinske sestre in bolničarji v psihiatričnih ustanovah pa bodo mogli uspešno opravljati zadane dolžnosti le tedaj, če se bodo nenehno učili in tako izpopolnjevali v osnovah splošne medicine in psihiatrije.

Okužitve v bolnici

Miha Likar

Uvod

Velik odstotek bolnikov pride v bolnico zaradi bolezni, ki jih povzročajo mikrobi. Zato je razumljivo, da so patogene bakterije v bolnicah pogostnejše kakor v ustanovah, kjer se zbirajo zdravi ljudje. O tem se prepričamo, če bakteriološko preiščemo zrak in prah v bolnici in drugih ustanovah in ugotovitevke med seboj primerjamo. Tudi bacilonoscev je med bolničnim osebjem mnogo več kakor med ostalim prebivalstvom. Kljub temu je osebje v bolnicah povečini zdravo, ker je sicer zdravo in sestavljeno iz tistih starostnih skupin, ki se najuspešneje upirajo okužitvam. Z bakteriološkimi pregledi bacilonosce v bolnicah lahko ugotovimo in marsikateri zdravstveni ustanovi se je trud v tem pogledu bogato poplačal.

Okužitve v bolnici so posebno nevarne bolnikom, saj v mnogih primerih prav te zvišujejo smrtnost nekaterih bolezni. Morda je zdravljenje bolnika doma včasih treba priporočiti, če so bolniki za okužitve v bolnici posebno občutljivi. Otroci se kaj radi okužijo v bolnici in sodobni pediatri poudarjajo, naj se otroci sprejmejo v bolnico le v primerih, ko zdravljenje doma ali v ambulanti res ni mogoče.

Moderne metode zdravljenja in ugotavljanja bolezni žal pogosto zahtevajo hospitalizacijo in zaradi tega tudi se zdravljenje doma ali v ambulanti zmerom bolj opušča. Slabe stanovanjske razmere pa s svoje strani pripomorejo k večjemu številu bolnikov v bolnicah. Na vso srečo je napredoval tudi nauk, kako preprečevati in zatirati bolnične okužbe, ki se jim lahko z razmeroma enostavnimi ukrepi izognemo.

Zdravljenje z antibiotiki je v marsičem izboljšalo prognozo nalezljivih bolezni. Tudi okužitve v bolnicah so bolnikom manj nevarne, če uporabimo antibiotika že ob nevarnosti okužbe. Ravno iz tega vzroka pa ponekod zanemarijo druge ukrepe za preprečevanje infekcije. Razumljivo je, da je takšno pojmovanje škodljivo in nevarno. Uporaba penicilina v velikih količinah je n. pr. prispevala k povečanju števila bolničnih okužb: za antibiotika občutljive bakterije nadomestijo rezistentne. Nova antibiotika so sicer učinkovita za nekatere mikrobe, ki so sicer bili proti prejšnjim antibiotikom odporni, vendar je vmes mnogo takih, ki jim še ne moremo do živega. Posledica so kronične bolezni in dolgotrajno zdravljenje.

S profilaktično uporabo antibiotikov epidemije okužb v bolnicah sicer omejimo, vendar je važnejše, da občutljive bolnike pred mikrobi primerno zavarujemo. Uspešno zdravljenje kužnih bolnikov sicer že samo po sebi zmanjšuje vir okužbe za druge bolnike, vendar mora bolnično osebje vedno računati z možnostjo okužbe. Poznati mora vse možne vire in pota, po katerih pridejo nevarne bakterije do bolnikov. Ob pravilnem pojmovanju teh osnov so v mnogih primerih metode, kako preprečiti okužbo, samo še vprašanje zdrave pameti. Naloga medicinskih sester je v tem pogledu ogromna. Skrbna in do podrobnosti izdelana aseptična tehnika na oddelkih se bo obdržala, samo če bodo medicinske setre hudo pazile, da se postavljenih pravil drži vse osebje, od zdravnikov pa do strežnic in čistilk.

Kapljične infekcije

Kapljične infekcije so na bolničnih oddelkih zelo pogostne. Opazujemo navadni prehlad, različne oblike vnetja nosno-žrelnega prostora, vnetja sinusov, bronhov in pljučnice. Okužbe dihal so v bolnicah posebno nevarne dojenčkom in majhnim otrokom, pri katerih se večkrat končajo smrtno.

Povzročitelji so predvsem hemolitični streptokoki, pnevmokoki in stafilokoki, redkeje so opisani primeri bolničnih okužb z bacili davice. Okužbe dihal z virusi so izredno pogostne, možnosti za njihovo preprečevanje pa so zelo omejene.

Čimprejšnja osamitev bolnika in skrbno preprečevanje stikov med virom okužbe — t. j. bolnikom z akutnim vnetjem dihal — ter bolničnim oddelkom, to so skoraj edini možni in uspešni načini, s katerimi lahko preprečimo epidemije okužb dihal v bolnicah.

Presenetljivo malo vemo o tem, kako se širi bacil tuberkuloze od bolnikov z »odprto« tuberkulozo pljuč v okolico. Menda je najbolj nevarna kužnina v drobnih delcih posušenega sputuma, ki pokrivajo bolnikovo posteljnino in obleko. Pranje perila in obleke v zelo vroči vodi, preden pride v pralnico v dotik s perilom drugih bolnikov, mnogi priporočajo kot najbolj zanesljivo sredstvo, ki dokaj zmanjša nevarnost okužbe z bacili tuberkuloze.

Okužbe ran v bolnici

Poiskati vir okužbe pri čisti operacijski rani je sorazmerno enostavno, ker lahko čas, kdaj so se mikrobi naselili v rani, približno presodimo po tem, kdaj opazimo prve znake, da je okužena, in deloma tudi po patološko-anatomskih značilnostih rane. Če so rano zaprli brez odtoka in je niso prevezovali, dokler niso odkrili, da je okužena, so se bakterije skoraj zanesljivo naselile v rani med operacijo.

Prve znake, da je rana okužena, opazimo navadno med prvim in desetim dnem po operaciji. Od vrste, virulence in količine mikrobov, ki rano okužijo, je odvisno, ali nastanejo vidni znaki okuženja prej ali pozneje. Globoki absces, ki ga povzročajo mikrobi z majhno virulenco, opazimo pozneje. V teh primerih postane bolnik febrilen šele teden dni po operaciji ali tudi pozneje.

Viri, iz katerih se okužijo rane v operacijski sobi, so predvsem zgornja dihala, lasje in koža prisotnih oseb, vse nesterilne tkanine, zlasti volnene tkanine, prašni delci in aerosoli z bakterijami v zraku.

Okužitve iz naštetih virov v operacijskih prostorih s sodobno aseptično tehniko danes lahko preprečimo, ker vemo, kako pridejo bakterije v rane. Z nekaj praktičnimi primeri bomo poskušali to osvetliti.

V kirurških rokavicah najdemo po operaciji bakterije, čeprav si kirurg ali instrumentarka roke še tako skrbno umijeta, preden si natakneta rokavice. Med delom znoj naplavi stafilokoke iz globljih delov na površino, če jih oseba nosi na koži. V nepoškodovani rokavici ostanejo brez posebnega pomena. Bakterije pa pridejo v rano bolnika skozi drobne razpoke in okvare rokavice, ki jih operater ne opazi, zelo pogosto pa nastanejo med operacijo. S kože kirurga ali njegovih pomočnikov pridejo bakterije v rano tudi, če je rokav plašča tik nad rokavico moker, ker v tem primeru tkanine bakterijam ne ovirajo več prehoda.

Kirurgom so te nevarnosti povečini dobro znane in se ravnajo, kolikor je mogoče, po pravilu »ne dotikaj se«, vendar je večkrat neposredno ročno delo v posameznih fazah operacije bistvenega pomena.

Med operacijo večkrat obešajo ali premikajo nad rano razne nesterilne aparate. V teh primerih lahko delci prahu z bakterijami padejo z aparatov v rano. Na primer: steklena površina svetilke nad mizo je navadno brez madeža, vendar so vijaki ob robu in verižica z žico polni prašnih delcev. Zaradi tega moramo v operacijskih sobah z velikim prometom ob koncu vsake operacije brez prašenja očistiti aparate, med delom pa rane zavarovati.

V zraku operacijskih sob najdemo največkrat ravno toliko bakterij kot v zraku hodnikov in zunanjih prostorov bolnice. Zrak pride v operacijsko sobo skozi različne odprtine — okna so navadno trdno zaprta — posebno skozi vrata in špranje pod zaprtimi vrati. V zraku po hodnikih in bolniških sobah pa je velika količina bakterij, ki so za človeka patogene.

Kontaminacijo iz zraka v operacijski sobi lahko v veliki meri zmanjšamo z rahlim pozitivnim pritiskom. V tem primeru potujejo zračni tokovi iz operacijske sobe na hodnike in ne v obratni smeri, kot je navadno pri običajni ventilaciji z ekshavstorji. Kontaminacija je še manjša, če vsrkani zrak filtrirajo in paro sterilizatorjev odstranjujejo s posebnimi ekshavstorji.

Če med operacijo v bližini rane izpostavimo odprta bakteriološka gojišča, lahko objektivno presodimo možnosti okužitve rane iz zraka. Najčešče najdemo v zraku stafilokoke in klostridije. Stafilokoki so mnogo bolj nevarni, ker klostridiji se v rani lahko razmnožijo samo ob posebnih pogojih.

Kontaminacijo iz zraka izrazimo v številu kolonij, ki zrastejo na gojišču, ki je bilo odprto za eno minuto. V operacijskih sobah brez modernih prezračevalnih naprav je največje dopustno število 4,7 kolonij na krvnem agarju v petrijevki na minuto. V sobah z nadpritiskom ugotovimo navadno manj kot 1,3 kolonije na minuto.

Okužitve ran iz zraka so posebno nevarne, če je rana velika ali če se okužijo komplikacije rane, kot so hematomi ali podkožni eksudati. V teh primerih se tudi manjše število bakterij močno razmnoži in lahko povzroči sepsa.

Čiste operacijske rane se na oddelku po navadi okužijo zaradi ene ali več postoperativnih komplikacij. Kri ali serum, ki se iz rane cedita skozi odtočno cevko, lahko zmočita obvezo, ki zato ni več zanesljiva prepreka bakterijam. Nekatero daljše postopke, kot n. pr. odstranjevanje krvnih strdkov, delajo včasih v bolniški sobi. Včasih se obveza razrahlja, deloma odstopi in odkrije rano.

V splošni bolnici, kjer ni mogoče urediti posebnih prostorov z nadpritiskom, je najbolje previjati v posebni sobi. Za ureditev te sobe veljajo ista pravila kot za ureditev operacijske sobe. Okna naj bodo zaprta vsaj eno uro pred previjanjem, v sobo ne sme nesterilno volneno blago. Po zračenju morajo osebe, ki vstopijo, nositi pokrivala, plašče in maske. Tudi lase bolnika prekrijemo s čepico, ki se tesno prilega, masko pa naj bolnik nosi, če je preveč zgovoren ali ob katarju zgornjih dihal.

Najpogostnejše okužbe ran v bolnici in njih povzročitelji

Najčešče pridejo v bolnicah v rane hemolitični streptokoki, patogeni stafilokoki, koliformni bacili in anaerobne bakterije s sporami.

Hemolitični streptokok pride v rano med operacijo iz žrela ali nosu osebe, ki je bila med operacijo prisotna. Streptokoki so pri zdravih osebah v žrelu

pogostnejši kakor v nosu, vendar so nevarnejši kliconosci, ki jih imajo v nosu. Če na bolnikovem oddelku pride do okužbe s streptokoki, preiščemo osebe, ki so bile med previjanjem in podobno ob bolnikovi postelji. Če kliconoscev ne najdemo med preiskovanimi osebami, potem preiščemo vse osebe, ki so stopile na oddelek, kjer se je rana okužila s streptokoki.

Vse bolnike, pri katerih najdemo streptokoke iz skupine A, izoliramo, kliconoscem med osebjem pa prepovemo dotik z bolniki, dokler ne ozdravijo. Na srečo so kliconosci s streptokoki redki in se klic znebijo navadno že v nekaj tednih. Posebno previdna morata biti kirurg ali instrumentarka s streptokoki v žrelu: nositi morata nepropustno masko, uporabljati dezinfekcijska sredstva ali detergense za umivanje rok in se do skrajnosti ravnati po načelu »ne dotikaj se«. Po operaciji morata potopiti masko v antiseptično sredstvo.

Obsežne preiskave neznatnih poklicnih poškodb na roki so pokazale, da je prvobitna okužba rane s stafilokoki odvisna od tega, kolikšen je odstotek kožnih kliconoscev s stafilokoki v okolici, kjer je prišlo do poškodbe. Prvobitne okužbe s streptokoki so redke.

Kliconosci patogenih stafilokokov nosijo klice največkrat v sprednjem delu nosne votline ali na koži. Med zdravimi osebami je kliconoscev s stafilokoki skoraj 50 %. Če računamo, da se kliconosci prav tako pogosto okužijo kot zdrave osebe, moremo prvotno okužitev ran v 50 % pripisovati samookužbi kliconosca. V resnici je okužb te vrste manj. Pred nedavnim so dokazali, da povzročajo epidemije stafilokoknih okužitev navadno posebna debela stafilokokv, ki pridejo v bolnico z bolniki ali preko osebja, se naselijo v nosu in na koži osebja in se lahko obdržijo v bolnici nekaj mesecev ali celo nekaj let. Glavni vir okužb s stafilokoki so torej nos in koža kliconoscev med bolničnim osebjem in kužljive rane bolnikov. Do teh ugotovitev so prišli s pomočjo tipiziranja stafilokokov z bakteriografii, ki so za posamezna debela značilni.

Okužitve s stafilokoki so pogostne zlasti v porodnišnicah. Klinično potekajo kot epidemije piodermij, konjunktivitisa ali pemfigusa pri dojenčkih in kot mastitis pri porodnicah. Nosna sluznica dojenčkov je za rast patogenih stafilokokov posebno primerna in najdemo zdravih kliconoscev med dojenčki v porodnišnicah tudi do 90 %. V primeru večjih epidemij je najboljši oddelek zapreti. Kliconosce poskušamo ozdraviti, čeprav je uspeh tega zdravljenja dvomljiv, ker se včasih obdrže stafilokoki v nosu tudi po eno leto in več. Število kožnih kliconoscev pa znižamo, če poskrbimo za umivanje rok z mili, ki vsebujejo dezinfekcijska sredstva z detergensi. Najteže preprečujemo ponovne okužbe kliconoscev z njihovo posteljino ali obleko.

Teže preprečujemo in zatremo epidemije stafilokoknih okužb na oddelkih, kjer je med osebjem več kliconoscev. V tem primeru, tudi če oddelek zapremo, epidemije ne bomo zavrli. To velja še posebej za porodnišnice, kjer je število kliconoscev navadno med osebjem posebno veliko. Poskušamo odstraniti in ozdraviti kliconosce, doseči izolacijo okuženih mater in otrok. Priporočajo, da osebje pusti materam, da večino dela z dojenčki opravijo same, da menjavajo plenice otrokom kar v posteljih, da vztrajno uporabljajo sredstva za dezinfekcijo rok in se strogo drže predpisa, ki osebju s prehladom ali katarjem zgornjih dihal v tem času prepoveduje biti tod na delu.

Pri tem ne smemo pozabiti, da sta mati in otrok celota in da zmerom izoliramo oba, če je le eden od njiju okužen. Nikakor namreč ni mogoče preprečiti prehajanja bakterij z matere na otroka in obratno.

Črevesne bakterije, kot so bakterije koli, proteus in fekalni streptokoki, pridejo v rane največkrat iz okuženih fekalnih fistul, kolostomij in podobno. Ob nepravilnem ravnanju z obvezili, ki so kužna, pridejo te bakterije v zrak in prah bolničnega oddelka.

Posebno rane na spodnjem delu telesa, kot so rane na stegnih in bedrih, se kaj rade okužijo s črevesnimi bakterijami, ker se z njimi prenese v rano znoj iz perianalnega predela. Če opazimo okužbe ran s črevesnimi mikrobi na drugih delih telesa, kot n. pr. na glavi, je to zanesljiv znak, da se bolnično osebje ne drži aseptične tehnike v zadostni meri.

Ker so obvezila najpogostnejši vir črevesnih bakterij, naj na kratko opišemo pravilno odstranjevanje obvezil. Posode morajo biti globoke in zaprte in nikdar do vrha polne obvezil. Nevarne so posode, iz katerih že na bolničnih oddelkih pretresajo obvezila v večje posode, da jih potem odnesejo na kraj, kjer se obvezila sežigajo. Pretresanje obvezil je nevarno, ker se ob tem zrak kontaminira in zračni tokovi занesejo patogene bakterije do bolnika. Pogosto posode s kužnimi obvezili preveč napolnijo, pa tako pridejo bakterije v zrak s prašnimi delci z obvezil na vrhu posode.

Glavni vir bakterij, ki povzročajo plinski prisad in tetanus, je blato človeka in živali in zemlja. Klostridiji (sporigene bakterije, ki povzročajo plinski prisad) so zmerom prisotni v blatu in jih najdemo v zemlji s ceste in v prahu bolnic in poslopij, kjer se zbira večje število ljudi. Bacile tetanusa najdemo predvsem v konjskem blatu.

Anaerobne bakterije pridejo v rane pogosto, vendar postanejo nevarne, le če izločajo strupe. Razmnožujejo se te bakterije posebno v globokih ranah z mnogo razpadlega tkiva in v ranah s slabo prekrvljenostjo. V sodobni bolnici opazujemo okužitve s temi bakterijami zaradi slabe sterilizacije obvezil, catguta, smukca za rokavice, volnenih nogavic pod mavčnim povojem in podobno. Klostridiji so posebno odporni proti sterilizaciji, ker tvorijo spore, ki preživijo tudi večurno kuhanje in jih uničimo šele s sterilizacijo v avtoklavu ali suhem sterilizatorju.

Nesnaga v rani še ne dokazuje nevarne bakterijske okužbe. Primerjava bakterijske flore neke ceste in tal na bolničnem oddelku pokaže, da je v brisu bolnice mnogo več patogenih mikrobov kot v brisu s ceste, čeprav je bris bolnice na videz čist, bris s ceste pa poln nesnage. Klostridiji so edine bakterije, ki jih najdemo povsod, vendar ostanejo v ranah, ki jih zdravimo v mirnem času, nenevarni.

Zastrupljenje z živili

Bolniki in osebje v bolnicah začnejo včasih iznenada bruhati in malo za tem tožijo tudi o bolečinah v želodcu in črevesju, nakar sledijo driske. Takšnim obolenjem so zelo pogosto vzrok živila, zlasti živila živalskega izvora. Glede na znake in potek bolezni v takih primerih upravičeno govorimo o zastrupljenjih.

Zastrupljenja, ki se pojavijo po zauživanju živil živalskega izvora, zlasti še mesnih izdelkov, so največkrat bakterijskega izvora. Kot povzročitelji pridejo v poštev mikrobi različnih skupin. Pri nas so najpogostnejša zastrupljenja z mesnimi izdelki: klobasami in letnimi salamami, okuženimi s fakultativno patogenimi ali celo banalnimi bakterijami. Na drugem mestu so zastrupljenja po zauživanju omenjenih mesnih izdelkov, ki so bili okuženi z mikrobi iz skupin

streptokokov in stafilokokov oziroma z njihovimi toksini. Končno pridejo v poštev tudi klice iz skupine salmonel. Pri nas so do sedaj tako imenovane salmonelle typhimurium še največkrat in množično povzročile zastrupljenja. Salmonelle paratyphi (Schottmülleri) povzročijo največkrat obolenja, ki spadajo v skupino akutnih nalezljivih bolezni, ne pa zastrupljenj. Slika obolenj, ki jih povzročijo zastrupljenja z živili, okuženimi z naštetimi klicami, je na splošno takšna, kakor je uvodoma opisana, le potek bolezni je različen. Spričo tega se tudi diagnoza navadno glasi »intoxicatio ex alimentis«, brez navedbe povzročitelja. Vendar je pa po inkubaciji mogoče do neke mere presoditi, za katero skupino mikrobov gre. Fakultativno patogeni in banalni mikrobi povzročajo manj resne prebavne motnje že 2 uri po zaužitju z njimi okuženih živil. Daljšo inkubacijo in resnejša zastrupljenja povzročajo mikrobi oziroma toksini iz skupin streptokokov in stafilokokov. Najbolj resna so obolenja, ki jih povzročajo klice iz skupine salmonel, pri katerih traja inkubacija navadno 9 do 18 ur.

Vse drugačna pa je bolezenska slika pri zastrupljenjih z živili, okuženimi s klicami botulizma. Že inkubacija je daljša, in sicer 18—36 ur. Znaki obolenja pa ne kažejo v toliki meri na prebavne motnje, temveč predvsem na prizadetost živčnega sistema. Povešene veke, škiljenje navzgor, dvovidnost, izsušena sluznica ustne votline, le malo zvišana temperatura in popolna zvest bolnikov so glavni znaki zastrupljenja s klicami oziroma toksini botulizma. Po statistikah umre povprečno 16 % zastrupljenih oseb. Na srečo so zastrupljenja te vrste pri nas zelo, zelo redka.

Diagnozo »intoxicatio ex alimentis«, ki jo postavijo zdravniki na podlagi anamneze in opisanih kliničnih znakov, bi pa morali potrditi mikrobiološki izvidi, kajti le z bakteriološko preiskavo je mogoče zanesljivo ugotoviti povzročitelje zastrupljenja.

Zato je nujno, da strežno osebje prestreže izbruhano maso in iztrebke v ustrezne posode, ker jih mora bolnica poslati najbližjemu mikrobiološkemu zavodu. Prav tako je potrebno poslati na mikrobiološko preiskavo tudi obrok jedi oziroma živila, za katerega sumimo, da je povzročilo zastrupljenje. Zato bi morale vse bolnišnice in večje obratne menze čuvati vzorec posameznih obrokov najmanj 18 ur.

Omenimo naj še, da je po določenih odredbe o obveznem prijavljanju zastrupljenj z živili predpisano, da se morajo vsa zastrupljenja kakor tudi sum prav tako kakor določene nalezljive bolezni prijaviti pristojni sanitarni inspekciji in Centralnemu higienskemu zavodu. Množična zastrupljenja morajo zdravniki in bolnišnice prijaviti brzojavno ali telefonično. Opustitev prijave kaznujejo sodniki za prekrške z dokaj visokimi denarnimi kaznimi. Pri množičnih zastrupljenjih pa so krivci lahko tudi kazensko odgovorni.

Zastrupljenje z živili preprečujemo predvsem, če ukrenemo vse potrebno, da se bakterije v živilih ne morejo razmnoževati. Vsa živila, ki so pripravljena več ur, preden jih porabimo, morajo medtem biti v hladilniku. Nadziramo in po potrebi izboljšamo higienske razmere v kuhinji, kot je n. pr. umivanje rok osebja, odstranjevanje odpadkov, zavarovanje živil pred muhami ipd.

Zdravstveno prosvetljevanje in vzgoja družine

Mira Svetina

I

Zdravje je za človeka in za celotno družbo neprecenljive vrednosti. To vrednost vedno bolj spoznavajo, razumejo in upoštevajo mnogi odgovorni družbeni činitelji, zlasti vodstva družbenih organizacij in društev, pa tudi posamezniki. Prav tako je zdrava družina nujnost socialistične družbe. Zato je potrebno, da dobi zdravstvena vzgoja družine mesto, enakovredno drugim vzgojnim činiteljem.

Sodobna medicina gleda človeka kot psihosomatično enovitost v določenem okolju. Zato proučuje njegovo telesno in duševno zdravje in pozitivne, predvsem pa kvarne vplive njegovega okolja in skuša te kvarne vplive odpraviti ali vsaj omiliti. Okolje človeka pa ni samo mrtva priroda, temveč tudi živa, v njej človeška družba, kolektiv, družina, za nerojenega otroka mati. Po teh sodobnih vidikih daje medicina človeku napotke za ohranitev in utrjevanje njegovega telesnega in duševnega zdravja, za njegovo čimboljše telesno in duševno kondicijo, kar je tudi pogoj za gospodarski procvit in večjo produktivnost posameznika in družbe, za večjo obrambno sposobnost itd.

Pojmovanje preventive samo kot preprečevanje bolezni izvira iz polpretekle razvojne dobe medicine in se je preživelo kot premalo aktivna, premalo uradna dejavnost. Utrjevanje zdravja, duševnega in telesnega, je veliko bolj aktivna in ofenzivna metoda, ki ob najširšem udejstvovanju množic in nenehnem oblikovanju njihove zdravstvene zavesti izzove tudi hitrejše, aktivnejše spreminjanje okolja. Toda to spoznanje si le s težavo upira pot v človekovo zavest.

Ohranitvi in utrjevanju človekovega telesnega in duševnega zdravja služi zdravstveno prosvetljevanje z različnimi predavanji, krajšimi tečaji, razgovori, ob pomoči nazornih sredstev: filmov, diapozitivov, flanelografov, pa tudi tiska, radia, razstav itd. Na ta način seznanjamo ljudi z aktualnimi problemi in jim širimo obzorje. Izkušnje pa dokazujejo, da samo ta metoda ne zadostuje. Ljudje radi pozabljajo; če pa ne, največkrat tega, kar so zvedeli, ne znajo uporabiti v svojih razmerah, posebno še, ker je navadno potrebna improvizacija. Zato naj predavanja, tečaje itd. spremlja tudi praktično uvajanje v sodobnejši način življenja s pomočjo ljudi, ki so za to usposobljeni. Drugače povedano, prosvetljevanje moramo združevati z vzgojo, če hočemo doseči vidnejše uspehe. Dosedanje izkušnje pa nam kažejo, da je zdravstvenoprosvetna dejavnost sicer ogromna, da pa je njen učinek majhen, ker je zdravstvena vzgoja šele v razvoju.

Če upoštevamo psihomatično enovitost človeka, moramo tudi ugotoviti, da je preventiva, ki se ukvarja z njegovim telesnim zdravjem, že precej razvita, medtem ko je preventiva, ki naj bi obravnavala človekovo duševno območje, šele v skromnih začetkih, čeprav je oboje vzročno povezano. Že zato in še iz nekaterih drugih razlogov bo treba bolj upoštevati in razvijati

tudi področje mentalne higijene. V zvezi z mentalno higieno bo seveda treba razjasniti še vrsto problemov, kar nas pa ne more ovirati, da ne bi začeli zavestno vzgajati ljudi za kulturnejše vzajemne odnose v družbi in kolektivih, zlasti pa v družini, ker je harmoničen, zdrav razvoj človeka odvisen, razen od dednih faktorjev, hkrati od telesnih in duševnih higienskih pogojev.

V tem smislu bo treba vzgajati tudi mlajše ljudi za bodočo družino, toliko prej, ker naša sedanja prizadevanja ne morejo zajeti niti vseh družin niti vsebine v takem obsegu, kot bi bilo potrebno. V zdravstveno vzgojo je treba vključiti tudi moške, od otroka do moža, ker samo enotno prizadevanje obojih staršev lahko rodi zadovoljive uspehe.

Po vsem rečenem je jasno, da zdravstvena služba sama, brez aktivnega sodelovanja množic in njihovih organizacij, ne more doseči večjih uspehov in nuditi vsega tega družini. Zato je naloga raznih organizacij (Rdečega križa, Zveze prijateljev mladine, Zveze ženskih društev, mladinskih organizacij, pa tudi Zveze sindikatov in Socialistične zveze), da z organizirano in sistematično zdravstveno prosveto in vzgojo usposablja prebivalstvo za aktivno reševanje zdravstvenih problemov, za družbeno upravljanje zdravstvene službe in za odpravljanje njenih pomanjkljivosti.

II.

Že v prvih povojnih letih so nezadovoljive higienske razmere, zlasti pa visoka umrljivost dojenčkov in različne nalezljive bolezni narekovale potrebo po ustreznih predavanjih in tečajih. Da bi izboljšali najhujše pomanjkljivosti, je takrat v glavnem Rdeči križ organiziral številna predavanja o splošni higieni in nalezljivih boleznih, pa tudi o raku in ženskih boleznih, o tuberkulozi in podobno. Organiziral je tudi tečaje za nego dojenčka. Že leta 1945 jih je bilo 25, leta 1947 pa je bilo kar 3370 takih tečajev. Kmalu pa se je pokazalo, da z nesistematičnim, večinoma kampanjskim zdravstvenoprosvetnim delom, kljub temu da so se pridružile tudi druge organizacije, ne bo mogoče doseči večjih in trajnejših uspehov. Izrazito kampanjski značaj zdravstvenoprosvetnega dela se je pokazal tudi ob raznih »Tednih«, ob katerih se je sicer razvijalo krepko sodelovanje raznih organizacij, ki pa je po končanem »Tednu« večinoma spet zamrlo, medtem ko bi morali naši »Tedni« združevati obračun sistematičnega dosedanjega delovanja s pobudami za nadaljnje trajno delo.

Nujno je bilo začeti s sistematičnim delom, predvsem pa zdravstveno prosvetljevanje povezati z zdravstveno vzgojo. Prvi primer nekoliko bolj sistematičnega prizadevanja so dveletni zdravstvenoprosvetni tečaji za vaško žensko mladino (v starosti od 16 do 18 let), ki so se začeli v zimski sezoni leta 1952/53. Spomladi leta 1954 je končalo tečaj (skupno 140 ur) 15 000 vaških deklet, dve leti kasneje, leta 1956 pa še 9000 deklet.

Medtem so se v mnogih občinah začele Kmetijsko gospodarske nadaljevalne šole, kamor se vključujejo tudi dekleta, ki končajo osnovno šolanje. Zato se je obisk v zdravstvenoprosvetnih tečajih precej zmanjšal. Ponekod pa so v program Kmetijsko gospodarske šole vključili nekaj zdravstvenih predavanj. Jeseni leta 1956, to je na začetku tekoče zimske sezone, je bilo v program dveletnih Kmetijsko gospodarskih šol sprejetih dvakrat po 10 ur snovi iz zdravstva in higijene. Poudarek pa je pretežno na malih asanacijah.

Tudi vključevanje drugih organizacij v zdravstvenoprosvetno delo se je vsa leta nadaljevalo, sodelovanje se je okrepilo. Zveza ženskih društev, Zveza prijateljev mladine, Zveza zadružnic, Zavod za napredek gospodinjstva itd. pomagajo tečajem Rdečega križa in Kmetijsko-gospodarskim šolam ali s predavanji ali z izdajanjem ustreznih brošur. Te organizacije tudi same prirejajo razna predavanja in krajše tečaje za pomoč družini (higiena doma in okolja; higienska proizvodnja mleka in mlečnih izdelkov kot najbolj razširjenih hranil in pod nehigienskimi pogoji najnevarnejših in najbolj množičnih prenašalcev infekcij, še posebno v ranem detinstvu; proizvodnja jajc, zelenjave in drugih živil, higiensko pripravljavanje hrane, ohranjevanje biološke vrednosti živil, sodobna sestava prehrane, zdrav telesni in duševni razvoj predšolskega in šolskega otroka, vzgoja za zakon, za družinsko življenje in podobno).

Zaradi različnosti in pestrosti nalog je družbenim organizacijam lahko vzbuditi zanimanje skoro sleherne družine. Rdeči križ vključuje v svoje komisije za male asanacije, za borbo proti alkoholizmu in proti tuberkulozi tudi druge organizacije in skupno pripravljajo higiensko ureditev kmečkih domov, dvořev in celotnih naselij ali pomoč družinam, ki so prizadete zaradi alkoholizma ali tuberkuloze. Podmladek Rdečega križa zbira otroke in mladino v aktivih in tako se s sodobnejšimi higienskimi navadami spreminja tudi življenje v družinah. Zveza zadružnic nudi kmečki ženi, ki jo usposablja kot proizvajalko, tudi praktične zdravstvene in higienske nasvete in s tem urejuje vprašanja zdrave prehrane tudi za mesta. Prav tako je med najboljšimi sodelavci higienske službe Zavod za napredek gospodinjstva, ker pri strokovnem izobraževanju in vzgoji upošteva tudi najsodobnejša zdravstvena in higienska načela in jih pomaga vnašati v naša domača gospodinjstva.

Hkrati s predavanji in tečaji so se marsikje predvajali zdravstveni filmi ali prirejale razne razstave. Vedno bolj so se ob predavanjih uveljavljala različna sodobna nazorna sredstva. Vsi ti pripomočki so vzbujali večje zanimanje poslušalcev, ki so snov znatno bolj razumeli in si jo bolj zapomnili. Težko bi navedli točne podatke o vsej tej dejavnosti. Po ocenah Centralnega higienskega zavoda in Glavnega odbora Rdečega križa, ki sta skušala zbirati te podatke, je bilo v Sloveniji od leta 1945 do 1956 najmanj 68 000 različnih zdravstvenih predavanj z najmanj 2,100 000 poslušalci. Po letu 1950 je bilo vsako leto tudi 200 do 300 filmskih predstav in 10 do 20 različnih razstav. Filmske predstave je obiskalo letno do 50 000 ljudi, razstave pa 50 do 100 tisoč. S pričetkom zdravstvenoprosvetnih tečajev za delavke v tovarnah so se v vsa ta prizadevanja vključili tudi sindikati.

Predavatelji so v glavnem zdravniki in medicinske sestre, ki delajo v preventivnih zdravstvenih zavodih, v otroških dispanzerjih in dispanzerjih za žene, na šolskih poliklinikah, na otroški in ginekološki kliniki, na oddelkih raznih bolnic itd. Isti strokovnjaki sodelujejo še v tečajih za nego bolnika v domači oskrbi, v »šolah« za starše, na posameznih roditeljskih sestankih in podobno.

Tako so se zlasti tam, kjer je bila aktivnost precejšnja, množične organizacije in razni zdravstveni zavodi ter posamezni zdravstveni delavci močno zblížali. Zaradi novih in obsežnejših nalog, ki jih imajo zdravstveni zavodi, pa je to zblíževanje v obliki sodelovanja in pomoči še tudi čedalje bolj potrebno. Naš družbeno politični razvoj — mislim na splošno decentralizacijo in decentralizacijo zdravstvene službe, na družbeno upravljanje zdravstvene službe, na formiranje komun — tako delovanje še pospešuje in pogloblja. V skladu s

svojo samostojnostjo prevzemajo zdravstveni zavodi na terenu vedno večjo odgovornost za zdravje in življenje prebivalstva. Ta velika odgovornost pa ni več samo stvar zdravstvenih strokovnjakov določenega zavoda, to odgovornost nosijo tudi organi družbenega upravljanja — upravni odbori, v katere se vključujejo predstavniki tistih družbenih organizacij, ki imajo v svojih programih tudi skrb za ljudsko zdravje, zlasti pa zdravstvenoprosvetno in vzgojno delo.

Prvotno smo posvečali pozornost in skrb samo otroku in materi. Izkušnje nam kažejo, da je to mnogo premalo. Zdrav otrok se mora razviti le v zdravem okolju. Otrokovo prvo in najtesnejše okolje je mati, ki naj bo telesno zdrava, pa tudi duševno uravnovešena. Že nekoliko zastarelo miselnost, da je otrok v materinem telesu dobro in varno shranjen, da je treba začeti nanj paziti šele, ko pride na svet — in iz te miselnosti izvirajočo prakso, da je zdravstveno varstvo nosečnice usmerjeno večinoma le na njene bolezenske pojave — moramo, zlasti še zaradi izkušenj vojnih in povojnih let, zavreči. Zavest, da je treba na otroka misliti od prvega dneva nosečnosti in celo že prej, da je nosečnici poleg telesnega zdravja, pravilne prehrane itd. potreben tudi duševni mir, zlasti še urejeni človeški odnosi, predvsem v družini, vedno bolj usmerja našo pozornost in s tem tudi dejavnost na vso družino, na vso njeno zdravstveno higiensko, pa tudi drugo problematiko. V zadnjih letih se je torej splošna zdravstvenoprosvetna in vzgojna dejavnost že precej izoblikovala in je stopilo bolj v osredje prizadevanje za zdravstveno vzgojo družine. Ugotovitve, med drugimi tudi otroške klinike, pričajo, da je veliko primerov zdravstvenih okvar pri otrocih posledica nerazgledanosti in neznanja v družinah. Posebna pozornost družini pa se bo bogato obrestovala tudi zato, ker z vključevanjem družin vključujemo v vzgojni proces pretežni del prebivalstva.

Že prej omenjeni tečaji dokazujejo, da smo se skoro v večji meri usmerili na mlajše ljudi, ki jih že zdaj pripravljamo za bodoče družinsko življenje. V prvi vrsti jim nudimo osnovno znanje o zdravstvenih in higienskih vprašanjih, ki jim lahko koristi takoj, še bolj pa v kasnejših letih. Vsaj v nekajurnih razgovorih pa jim nakazujemo tudi najvažnejša vprašanja današnjega družinskega življenja, odnosov med zakonci, med starši in otroki ter vlogo družine v današnji dobi.

Ker so zdravstvenoprosvetni tečaji Rdečega križa na vasi in v tovarnah organizirani samo za dekleta, vsak dan bolj čutimo, kako potrebno bi bilo nuditi ustrezno vzgojo za bodoče družinsko življenje tudi fantom. V nekaterih manjših podjetjih že samoiniciativno organizirajo krajše tečaje posebej za fante. V redni program taborjenj predvojaške vzgoje poskušamo vključiti krajši zdravstveni program, ki vsebuje tudi vzgojo za zakon in družino. V prostem času fantje v skupinah še podrobneje obravnavajo vprašanja, ki jih zanimajo. Organizirano življenje v taboru pa zahteva od njih, da si prisvajajo tudi osnovne higienske navade.

Zaradi aktivnosti raznih organizacij pri izobraževanju in vzgoji pošolske mladine je sedaj zelo pereče vprašanje celotnega sistema pošolskega izobraževanja. Vrsta organizacij, ustanov in zavodov zbira mladino v daljše in krajše tečaje, v krožke, k predavanjem itd. Pri tem gre tudi za družbeno politično, strokovno, tehnično, gospodinjstvo, kulturno, ne samo za zdravstveno udeleževanje in vzgojo. Vsi najraje zbirajo mladino, ki je pravkar končala z obveznim šolanjem. Organizacije pogosto druga drugi odvajajo mladino ali natrpajo zelo različno snov v en sam skupen tečaj. Zaradi različnosti in prenatrpanosti pa je snov površno obdelana. Nekoliko starejše mladine, ki jo je morda malo teže

zbrati, ker se je že »razpršila« po svetu in se nekoliko odtujila »šoli«, pa dostikrat nihče nikamor ne pritegne. Posamezne organizacije so se že večkrat sporazumevale o smotrnejšem sodelovanju, a medtem ko so se v republiškem merilu stvari že nekoliko razjasnile, ni v konkretni praksi na terenu še pravih rezultatov. Dogaja se, da prideta v isti kraj ob istem času dva predavatelja v dve različni organizaciji, ne da bi vedela drug za drugega. Slaba udeležba ob dvojnih stroških in nepotrebnem obremenjevanju strokovnjakov je več kot razumljiva.

Po zbranim gradivu lahko sklepamo, da je zdravstvenoprosvedna dejavnost raznih organizacij precejšnja in da je na podeželju celo bolj živahna kakor v mestu in industrijskih središčih. O zdravstveno vzgojni dejavnosti teh organizacij pa imamo tako pomanjkljive konkretne podatke, da je o njeni učinkovitosti težko razpravljati ali jo ocenjevati. Zdravstveni in družbeni delavci še vedno dovolj ne razumejo in zato tudi dovolj ne upoštevajo daljnosežnega pomena vzgojnega dela s prebivalstvom in z družinami. Premalo si prizadevajo, da bi si ljudje ne samo zapomnili, kako je treba živeti, temveč da bi si življenje zares tudi tako urejevali. To pa bomo dosegli le ob stalnem in tesnem sodelovanju množičnih organizacij in terenske zdravstvene službe.

Zbrano gradivo priča tudi o prizadevanju zdravstvenih zavodov, ki delajo v industrijskih in mestnih središčih. Vsi ti zavodi (med njimi tudi Dečji dom, Centralni otroški in Centralni ženski dispanzer v Ljubljani, Otroška klinika ter Ginekološka klinika s svojo ambulanto, posvetovalnico in kontracepcijsko službo), katerih preventivna dejavnost je zelo obsežna, se v glavnem omejujejo na individualne nasvete staršem oziroma materam za izboljšanje osebnih in družinskih zdravstvenih in higienskih razmer. Imamo pa tudi nekaj dobrih poskusov vzgojnih oblik dela z družinami. Če je zbolel otrok zaradi neznanja matere, sprejme Dečji dom tudi mater za nekaj dni v zavod, da se pred odpustom ozdravelega otroka privadi pravilni negi in prehrani. Otroški dispanzer pa, vsaj v nevarnejših primerih, opozarja tudi sestrsko obiskovalno službo, da je nujna neposredna pomoč v družini. Pri jasljih (pa tudi pri vrtcih) so se že zelo udomačili roditeljski sestanki, na katerih obravnavajo konkretno in individualno zdravstveno in higiensko stanje otrok, razne pomanjkljivosti domače oskrbe in dajejo primerne napotke za izpopolnjevanje znanja in preoblikovanje mater. Tudi na tečajih in predavanjih lahko zdravstveni delavci teh zavodov, ki imajo ogromno izkušenj, bolj prilagodijo snov dejanskim razmeram svojega okoliša.

Najbolj neposredno pa vplivajo na zdravstveno vzgojo prebivalstva občinski patronažni centri z obiski v družinah, ki jih opravljajo posebej usposobljene medicinske sestre. Primer Patronažnega centra v Ljubljani, ki je (pred decentralizacijo na občinske centre) delal z 20 medicinskimi sestrami na področju, kjer živi 137 000 prebivalcev mesta Ljubljane in bližnje okolice, nam zelo nazorno kaže, kako obširno se lahko razvije individualno vzgojno delo v družinah, kako lahko vpliva na opuščanje nezdravih navad in razvad in daje praktične sodobne nasvete za ohranitev in krepitev zdravja, za preprečevanje novih obolenj itd. Sestre so v enem letu opravile 28 800 hišnih obiskov pri 4200 družinah. Značaj njihovih intervencij (pomoč nosečim in doječim materam zaradi zaposlitve, pošiljanje ogroženih otrok v domove, na zdravljenje, na posvet v vzgojno ali psihohigiensko posvetovalnico, pomoč porodnicam zaradi preobremenitve z gospodinjskimi deli, posredovanje pri dodeljevanju štipendij

šolskim otrokom, na sodišču zaradi razveze, preživnin, očetovstva, mladinskega kriminala, pri družbenih organizacijah za pomoč družinam zaradi alkoholizma, tuberkuloze, zanemarjenosti, neznanja, nepravilnega trošenja materialnih sredstev itd., itd.) tudi pove, kako vsestranska pomoč je potrebna ogroženim družinam, da dosežemo minimalne pogoje za telesno in duševno zdravje njenih članov, s temi pa obenem tudi otrok, torej naše bodoče generacije.

Izkušnje obiskov so utrdile pri sestrah spoznanje, da je nujna polivalentna patronažna služba, ker ne kaže, da bi v ogroženi družini urejevalo razmere kar 5 do 7 ljudi hkrati. Patronažne sestre so tudi pripravljene, da se za tako službo še dalje usposablja.

Žal niti četrtnina vseh medicinskih sester ne dela v patronažni službi. Tudi te so poleg patronažnega dela večinoma zaposlene v posvetovalnicah, v dispanzerjih ali celo v ambulantah in jim za delo v družinah ostane le malo časa. Marsikje je delo še vedno usmerjeno samo na varstvo dojenčkov. Patronažne sestre v glavnem nikjer ne najdejo opore in smernic za svoje delo. Skoro edino oporo jim nudita strokovni list »Medicinska sestra na terenu« in »Vestnik medicinskih sestara«. Tudi mnogi zdravniki podcenjujejo patronažno delo, ga omalovažujejo ter očitajo sestram, »da zapravljajo čas, da se sprehajajo in klepetajo po hišah«. Podobno mislijo ljudski odbori in organi družbenega upravljanja. Če se mesto patronažne sestre izprazni, pogosto ne iščejo nadomestila, medtem ko se v bolnicah in ambulantah to ne dogaja. Tako je v letošnjem letu ostala brez patronažne službe celo občina Vič v Ljubljani in rešuje položaj Šola za medicinske sestre, ki je vzela to področje kot bazo za prakso študentk v patronažni službi. Slab odnos do patronažne službe se kaže tudi v slabih materialnih pogojih, pod katerimi živijo in delajo sestre, zlasti še na podeželju, kjer so obsežna delovna področja in slaba ali nikakršna prevozna sredstva. So primeri, ko patronažna sestra prevozi s kolesom in prehodi tudi 500 kilometrov mesečno.

Poznamo pa tudi lepe primere uspehov, zlasti tam, kjer je delo zdravnika, medicinske sestre in tudi babice povezano in sporazumno. Šmarje pri Jelšah nam daje skoro vzoren primer sodelovanja zdravstvenih delavcev, pa tudi sodelovanja teh z množičnimi organizacijami na terenu, posebno z aktivisti Rdečega križa. Kljub temu da so tu razmere zelo neugodne, se je zmanjšala umrljivost dojenčkov v lanskem letu na 3 %. Ponekod so se medicinske sestre povezale tudi z dekletki, ki so dokončale zdravstvenoprosvetni tečaj. Sestajajo se z njimi in jim dajejo konkretne naloge za dvig zdravstvenih in higienskih razmer na vasi, dekleta pa obveščajo sestre o vsem, kjer je nujno njihovo posredovanje. Ob taki dejavnosti se dekleta vzgajajo v dobre zdravstvene aktivistke, nenehno pa se spreminja tudi podoba njihovih domov in celotnega naselja. Pred časom se je po končanem zdravstvenoprosvetnem tečaju na Vinici razvil zelo dober zdravstveni aktiv. Vodila ga je medicinska sestra, ki je bila na obsežnem področju edini zdravstveni delavec.

Skoraj edinstvene uspehe je dala pred leti organizirana zdravstvena akcija v Ilirski Bistrici.

Gotovo so še drugje primeri dobrega zdravstvenovzgojnega dela, ki jih ne poznamo, so pa bolj redki. Redki deloma zaradi pomanjkanja sposobnih zdravstvenih delavcev, deloma pa zaradi slabosti terenskih družbenih organizacij. Res je, da so tudi uspehi splošnega zdravstvenoprosvetnega dela že dokaj vidni in se kažejo predvsem v zmanjšanju umrljivosti dojenčkov, v opadanju nekaterih obolenj, v večjem obisku v posvetovalnicah in v dispanzerjih, zlasti na

podeželju. Individualno delo z družino pa je vendarle še redkejši pojav in je še bolj slučajno, odvisno včasih od enega samega človeka ali pa od nujnih trenutnih potreb. Zdravstveni zavodi, predvsem oni na terenu, bi morali s pomočjo terenskih sester proučevati zdravstveno stanje in higienske razmere svojega okoliša, da bi po tem usmerjali svojo dejavnost. Ker tega ni, je tudi povezava z družbenimi organizacijami še marsikje problem, učinek preventivne dejavnosti pa manjši ali pa ga mogoče sploh ni.

V Sloveniji je precejšen odstotek ljudi, ki se izobražujejo tudi s čitanjem. Zlasti nekoliko bolj razgledane matere, ki težijo za napredkom, pa ne utegnejo ali nimajo možnosti, da bi obiskovale razne tečaje ali predavanja, si mnogo pomagajo s čitanjem. Zelo rade posegajo tudi po zdravstvenem čitivu, zato je vprašanje tiska in založništva, ki je na področju zdravstvenega prosvetljevanja že precej razvito, pri nas vedno bolj važno. Treba je le skrbeti, da pridejo te publikacije tudi v zadnji zaselek (ljudske knjižnice).

Verjetno največ prispevkov iz tega področja prinašajo dnevni tisk (na straneh »Za dom«, »Za družino«), razni lokalni listi in revije, ki jih izdajajo razne organizacije (Naša žena, Mladi svet, Sodobno gospodinjstvo). Zlasti za dnevni tisk in lokalne liste lahko rečemo, da prispevki niso vedno najboljši, ker je v njih mnogo zastarelega in zato tudi škodljivega. Prispevki v revijah so bolj redki, a v glavnem jih pišejo priznani in izkušeni zdravstveni strokovnjaki. Številne in zelo koristne so tudi radijske oddaje. Vse premalo pozornosti pa posvečajo zdravstvenim in higienskim vprašanjem Delovska enotnost, Kmečki glas in Mladina. Vsaj eden periodičnih listov (tednikov) doseže poslednje podjetje, obrtno delavnico ali naselje. To bi morali izkoristiti. Z razširjanjem raznih brošur in propagandnih letakov pa imamo večkrat težave in na vprašanje, do kod seže naša tiskana beseda, še vedno ne moremo bolj točno odgovoriti. Prav tako poredko in nesistematično ugotavljamo, kako bralci ocenjujejo posamezno čtivo. Navedeni periodični listi pa bi lahko tudi preko svojih organizacij (sindikálnih, združnih in mladinskih) zbirali mišljenja o raznih prispevkih, pa tudi razne predloge.

V izdatno pomoč so družini publikacije z zdravstveno higiensko vsebino, ki jih od časa do časa izdajajo Zavod za napredek gospodinjstva, Zveza združnic, pa tudi Založba Naše žene, Založba Zveze prijateljev mladine, Prešernova družba in Državna založba. Oddelek za zdravstveno vzgojo pri Centralnem higienskem zavodu izdaja tudi poljudno znanstveno revijo »Priroda, človek in zdravje«. Rdeči križ pa je že pred leti prevzel založništvo vseh brošur in letakov, pa tudi nekaterih nazornih sredstev, ki jih za zdravstvenoprosvetne namene pripravlja Centralni higienski zavod.

Če vzamemo skupno vse publikacije in letake, lahko rečemo, da so izšle v vseh povojnih letih v večmilijonskih nakladah. Nimamo pa sistematičnega pregleda nad izdanimi knjigami, brošurami, letaki itd. in ne ocenimo njihove strokovne in vzgojne vrednosti. Prav tako nismo še proučili, katera vprašanja smo v teku let premalo obravnavali, katera pa se morda ponavljajo, kaj bi bilo treba ponatisniti itd. Za sedaj ni nikogar, ki bi na osnovi resničnih potreb organiziral sodelovanje med posameznimi organizacijami, njihovimi založbami ali redakcijami, kar bi dalo znatno večji zdravstvenoprosvetni, pa tudi gospodarski učinek. Če bi to nalogo v prihodnje opravljala ena izmed množičnih organizacij, n. pr. Rdeči križ, katerega osnovna naloga je zdravstveno prosvetljevanje, bi morala delati v tesni povezavi s strokovnim centrom tako, da bi se tudi vsa najnovejša dognanja in izkušnje čimprej in čimbolje publicirale.

Važno je tudi vprašanje sistematičnega proučevanja celotnega zdravstveno-prosvetnega in vzgojnega dela zaradi izdatnejše pomoči terenu in vprašanje usposabljanja potrebnih zdravstvenoprosvetnih kadrov. To nalogo opravlja kot strokovno metodološki center Oddelek za zdravstveno vzgojo pri Centralnem higienskem zavodu. Pomaga različnim ustanovam in družbenim organizacijam, ki jih je vseh preko 20, pri konkretnem zdravstvenem prosvetljevanju različnih skupin prebivalstva in pri organizaciji zdravstvenovzgojnih in propagandnih akcij. Usposablja zdravstvene kadre, ki se ukvarjajo z zdravstveno vzgojo: zdravnike, medicinske sestre, babice in druge. Za patronažne sestre kakor tudi za šolske higienike in za zdravnike obratnih ambulant prireja posebne usposobitvene tečaje. Za prosvetne delavce, predvsem za predavatelje v tečajih, in za odgovornejše aktiviste, organizatorje raznih zdravstvenoprosvetnih in vzgojnih akcij pa v okviru Rdečega križa razne seminarje, sektorske konference ali posvetovanja. Proučuje tudi metode zdravstvenovzgojnega dela, pripravlja programe in sodobna učna sredstva. Pri tem sodeluje z drugimi oddelki Centralnega higienskega zavoda: za šolsko higieno, za varstvo matere in otroka, za prehrano itd., z nekaterimi preventivnimi zdravstvenimi zavodi in s Komisijo za zdravstveno prosvetljevanje pri Glavnem odboru Rdečega križa.

Oddelek za šolsko higieno pri Centralnem higienskem zavodu pa usposablja prosvetne delavce in še nekatere druge za reševanje zdravstvenih vprašanj v času njihovega rednega šolanja: na Učiteljišču, na Filozofski fakulteti (slušateljke pedagogike), na Višji gospodinjski šoli, na Šoli za socialne delavce, na Srednji vzgojiteljski šoli, pa tudi v Pedagoškem centru.

V rednih šolah za medicinske sestre, za babice, za otroške negovalke in za sanitarne tehnike, ki so pod strokovnim nadzorstvom republiškega Sveta za zdravstvo, so že v učne načrte vključeni predmeti: pedagogika, psihologija, mentalna higiena in zdravstvena prosveta. S tem se zdravstveni delavci usposabljujejo za vzgojno delo v družinah, za delo s starši in otroki, ker se seznanjajo s sodobnimi metodami dela s skupinami ali s posamezniki.

Danes je uveden pouk higiene le v nekatere srednje in strokovne šole ter vajenske šole. Povsod predavajo zdravstveni kadri iz preventivnih zdravstvenih zavodov. Ti obravnavajo z doraščajočo mladino tudi vprašanje spolne obnove, spolne vzgoje in vzgoje za zakon in družinsko življenje.

Zares minimalno pa je zdravstveno prosvetljevanje in vzgoja človeka v času rednega osnovnega šolanja, kakor tudi v letih, ko se usposablja za svoje življenjsko delo — za svoj poklic. Še danes je to odvisno od posameznega učitelja oziroma vzgojitelja, od njegove dobre volje in razumevanja, od njegove razgledanosti in vzgoje. Tu še ni nobenega sistema niti izkušenj. Pri nas pa je zdravstvena zaostalost ljudi še precejšnja, saj n. pr. celo v Ljubljani živijo matere, ki mislijo, da lahko otrok umre zato, ker mu »rastejo zobki«. Za tako deželo bi bilo celo pričakovati, da bo že osnovna šola dajala človeku tudi osnovno znanje iz zdravstva in mu privzgojila osnovne higienske navade. Ni smotno niti ni gospodarno, da puščamo vnemar cele rodove, nato pa bomo z ogromnimi težavami in stroški zbirali že dozorevajoči rod in celo starejše ljudi zato, da bi jim vcepili v glavo tisto osnovno, kar bi z lahkoto dosegli že med osnovnim šolanjem, skladno z ostalim izobraževanjem in oblikovanjem, ko je sprejemljivost največja. Ali in kdaj bo zahtevi po vsestransko harmonično vzgojenem človeku odgovorila reformirana šola?

Kadar bo večina državljanov poznala vsaj poglobljena vodila za zdravo življenje (kar bi si — ponovno poudarjam — brez posebnega truda lahko pridobila

v času osnovnega šolanja) in se bo v vsakdanjem življenju ravnala po najosnovnejših zdravstvenih in higienskih načelih, bo zdravstvena vzgoja v družini vsekakor lažja in učinkovitejša, ker se bo ukvarjala le z značilnostmi in potrebami družinskega življenja.

III.

S tem so v glavnih potezah zarisana načela pa tudi trenutna slika zdravstvenega prosvetljevanja in vzgoje prebivalstva, posebej glede na družino. Glavne misli so izdelane na podlagi gradiva, ki ga je s pomočjo zastavljenih vprašanj zbrala Zveza prijateljev mladine, in na podlagi razgovorov s posameznimi zdravstvenoprosvetnimi delavci. Ob tem se odpirajo široke možnosti še podrobnejšega, nenehnega nadaljnega proučevanja razmer (anket, analiz) in čim učinkovitejše dejavnosti (obravnavanje izkušenj in zlasti vzgojnih metod). Prav tako bi bilo mogoče in tudi potrebno še z drugih vidikov osvetliti vso to pestro problematiko.

Na podlagi vsega povedanega pa bi mogli nakazati nekaj nalog oziroma izdelati nekaj predlogov.

1. Zdravstveni dom oziroma zdravstvena postaja bi moral biti nasprotno dosednji praksi osnovni činitelj preventivne in zdravstvenovzgojne dejavnosti na terenu. Povezovati bi moral patronažne sestre svojega okoliša in njihova poročila primerjati z obolenostjo prebivalstva, ki bi jo ugotavljal in analiziral s pomočjo svojega strokovnega kolegija. Sestram bi moral dajati ustrezne napotke in jim pri delu na terenu nuditi vso pomoč. Na ta način bi bilo zdravstvenovzgojno delo v skladu z zdravstvenim stanjem in razmerami, v katerih žive naše družine. Vsa ta dejavnost bi morala potekati v tesni povezanosti Zdravstvenega doma z družbenimi organizacijami in sester z zdravstvenimi aktivni organizacij, ki delajo na določenem področju. Zdravstveni domovi in terenske sestre bi morali biti povezani tudi z učitelji, seznanjati bi jih morali (na sestankih, seminarjih, s posebnimi poročili) o bistvenih zdravstvenih vprašanjih šolskega okoliša, da bi jih — vzporedno s splošnim izobraževalnim in vzgojnim delom — pomagali reševati tudi oni.

2. Zdravstveni zavodi s svojimi zdravstvenimi delavci, šola s prosvetnimi delavci in družbene organizacije s svojim aktivom bi morali zastaviti vse sile za to, da bi si večina državljanov osvojila tako imenovani zdravstveni minimum: osnovno znanje iz zdravstva in najnujnejše higienske navade. Samo ob takih pogojih bo nadaljnja zdravstvena vzgoja družine uspešna.

3. Za čimboljši uspeh bi morali upoštevati tudi nekatere doslej še premalo uveljavljene metode.

a) S pomočjo rednega, zlasti osnovnega šolanja lahko dosežemo največje in najtrajnejše uspehe. Organizacija Pomladka Rdečega križa in njegovih zdravstvenih aktivov, v katerih otroci in mladina izvajajo konkretne naloge, naj bi pomagala v šoli pridobljeno znanje utrjevati in ga uporabljati v vsakdanjem življenju.

b) Na roditelskih sestankih v šoli bi morali obravnavati tudi zdravstveno stanje otrok, njihov telesni, intelektualni in psihični razvoj. Na podlagi zdravstvene slike šolskega okoliša, gospodarskih in socialnih razmer, v katerih živijo družine, bi bilo treba govoriti s starši o ukrepih, s katerimi bi bilo mogoče izboljšati dosedanje stanje. Na takih roditelskih sestankih, ki seveda terjajo

temeljite priprave, morajo biti prisotni (poleg staršev in učitelja) tudi zdravnik in medicinska sestra, pa tudi zastopniki šolskega odbora in terenskih organizacij.

c) Z dekletki, ki so dovršile zdravstvenoprosvetne tečaje na vasi ali v tovarni, bi morali vzdrževati nadaljnjo povezavo, najbolje v zdravstvenih aktivih. Dekleta naj s svojo aktivnostjo vnašajo pridobljeno znanje v družine in v naselja, da se bo nenehno spreminjala dosedanja zaostala miselnost in način življenja.

č) Bolj primerni kakor predavanja so razgovori z določenimi skupinami prebivalstva, zlasti na vasi, na domovih, ob večerih, pa tudi v tovarni ali v delavskem naselju, o določenih vprašanjih, ki jih vodita ali učitelj ali terenska sestra.

d) Vzgoja moških za družinsko življenje bi se morala začeti že v najnežnejši dobi, v smislu enakopravnosti med bratom in sestro, pravih odnosov med sošolci in sošolkami, v smislu pravilne delitve dela v družini med posamezne družinske člane in delitve odgovornosti v družini tako, da si bosta tudi v bodoči družini oba, mož in žena, enakomerno porazdelila bremena, odgovornost za obstoj družine in za otroke.

e) Sistematično zdravstvenovzgojno delo bi se moralo razvijati tudi v bolnicah in okrevališčih, skratka povsod, kjer bolniki prebivajo dalj časa. Bolniki so med boleznijo bolj sprejemljivi, seveda pa bi se morali tudi konkretni napotki ravnati po okolju, v katerem bolniki sicer živijo.

f) Še mnogo bolj pa bi si morali pomagati s tiskano besedo, zlasti tisto, ki doseže najbolj oddaljeno prebivalstvo (Kmečki glas, Delavska enotnost, Mladina, Pionir, Pionirski list, Ciciban, lokalni listi in tedniki, Mohorjeva družba itd.) in najrazličnejših načinov razširjanja naših publikacij.

4. Prvenstvena naloga republiških ustanov in zavodov je nuditi terenu metodološko, strokovno in tudi materialno pomoč (nazorna sredstva, učbeniki, priročniki, programi itd.).

Druga naloga pa je vzgoja za dostnega števila kadrov. Tem je treba omogočiti, da se sproti seznanjajo z novimi dognanji in izkušnjami in da jih znajo, prav tako kot splošna zdravstvena in higienska načela, prilagojena našim razmeram.

5. Poleg rednega šolanja je treba za vrsto zdravstvenih vzgojiteljev, zlasti tistih, ki so že dalj časa na terenu, pripravljati dopolnitvene tečaje in druge možnosti stalnega izpopolnjevanja.

a) Za zdravstvene strokovne delavce bi morali dopolnilni tečaji obsegati tudi snov iz pedagogike, psihologije in metodike, da se docela usposobijo za težavno delo z družino in za delo v tečajih, skupinah itd. Zaradi čim boljšega sodelovanja z množičnimi organizacijami pa bi se morali seznanjati tudi s programi in težnjami teh organizacij.

b) Za učitelje in druge prosvetne delavce, zlasti za predavatelje v zdravstvenoprosvetnih tečajih, bi bilo potrebno temeljitejše poznavanje splošne zdravstvene problematike in to še posebej glede na določeni kraj.

c) Tudi aktivisti množičnih organizacij, zlasti Rdečega križa, ki se ukvarjajo z organizacijo zdravstveno prosvetnih in vzgojnih akcij in ki pridiejo stalno v stike z družinami, bi se morali bolje seznaniti vsaj z osnovnimi načeli zdravstva in higiene.

č) Isto velja za člane organov delavskega upravljanja in družbenega upravljanja v zdravstvu, ki bodo potem bolje reševali svoje naloge, pa tudi za državne uslužbenke in za vse druge, ki imajo večkrat opravka z družino.

6. Predvsem pa bo treba, v korist družine in njene zdravstvene trdnosti, povečati število sposobnih terenskih medicinskih sester. Tu gre za njihovo pravilnejše razmeščanje! Prvenstvene so potrebe terena in preventivnih zavodov. Medicinske sestre v bolnicah in ambulantah in celo na administrativnih delih niso pravilno zaposlene. V perspektivi pa bo potrebno tudi šolanje čim večjega števila terenskih sester. Družbene organizacije bi morale v večji meri vplivati na ljudske odbore, da bi jih pravočasno zagotovili s štipendijami.

Ko govorimo o kadrih, o njihovi vzgoji in usposabljanju, je potrebno poudariti še to, da morajo zdravstveni vzgojitelji v svojem osebnem ali družinskem življenju tudi sami živeti po načelih, ki jih pri svojem delu nakazujejo in uvajajo, kajti zgled je zelo učinkovito vzgojno sredstvo. Mogoče velja to še posebej za tiste, ki z mladino obravnavajo vprašanje spolnih odnosov, odnosov v zakonu in v družinskem življenju.

Naša razprava naj predvsem čimbolj izpopolni sliko obstoječega stanja, izlušči dosedanje uspešno delo, da ga bomo nadaljevali in izbere najnujnejša vprašanja in najprimernejše metode, za kar bomo potem složno zastavili svoje sile. Še posebej naj razprava ugotovi, kje, v katerih predelih naše republike in pri katerih skupinah prebivalstva je položaj najtežji, kajti predvsem tja bomo usmerjali pomoč republiških organov in zavodov s potrebnimi kadri in drugimi sredstvi (n. pr. alkoholizem otrok, rahitis ali podobno).

Mogoče pa bo primerno, da v razpravi posvetimo največ pozornosti:

— Delu zdravstvenih domov, njihovih preventivnih oddelkov, organov družbenega upravljanja in delu družbenih organizacij za zdravstveni napredek družine ter raznim metodam dela z družino.

— Uvedbi zdravstvenega prosvetljevanja in vzgoje v redno, zlasti osnovno šolstvo in sistemu pošolskega izobraževanja ter nalogam družbenih organizacij, ki jih imajo v tej povezavi.

— Vprašanju sodelovanja raznih organizacij v založniški dejavnosti in razširjanju zdravstvene literature.

— Vprašanju, če kljub veliki zaostalosti podeželja ni potrebna večje pomoči zlasti tista delavska družina, ki se je zaradi nagle industrializacije doselila iz gospodarsko zaostalih krajev v industrijska središča in se je s svojo zaostalo miselnostjo, z ukoreninjenimi navadami in razvadami znašla v novem okolju, z drugačnimi delovnimi pogoji, ki terjajo drugačen način življenja (v primerjavi z delavsko družino, ki živi že dalj časa v mestu in se je temu že prilagodila, in z družino, ki še vedno živi na podeželju, a so njeni člani na delu v mestu). Precejšnje število obolenj v takih družinah kaže, da prilagajanje novemu okolju ni tako preprosto in da brez smotrne zunanje pomoči skoro ni izvedljivo. V takih razmerah je skrb zdravstvenih zavodov v industrijskih središčih za odpravljanje okvar na zdravju sicer hvalevredna, odločno premalo pozornosti pa se posveča zdravstveni prosveti in vzgoji teh družin. Ob problematiki takih in podobnih družin pa moramo obrniti še posebno pozornost na vlogo, pomen in šele razvijajočo se dejavnost obratnih ambulant in njihove patronažne službe.

Zdravstvena vzgoja in rak

Dr. Dušan Reja

Dosedanje naše skromne izkušnje, še bolj pa izkušnje v mnogih zdravstveno naprednejših oziroma razvitejših državah so pokazale, da so rakava obolenja, njih zdravljenje in preprečevanje eno najbolj občutljivih in odgovornih vprašanj v zdravstveni vzgoji. Glede nekaterih drugih delikatnih področij v zdravstveni vzgoji, kot so na primer otroška paraliza, spolna vzgoja, kontracepcija itd., so se zdravstveni vzgojitelji predvsem zedinili, da je zdravstvenoprosvetno oziroma zdravstvenovzgojno delo v zvezi s temi vprašanji potrebno. S strokovnega vidika so si z malo izjemami edini tudi, kar se tiče pedagoškega podajanja in pa psihološkega obravnavanja pravkar omenjenih zdravstvenovzgojnih vprašanj.

Ne moremo pa tega trditi o zdravstveni vzgoji v zvezi z rakom.

Film o raku na prsih, ki ga je izdelal oddelek za zdravstveno vzgojo pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani in katerega sem imel priliko ponovno predvajati raznim skupinam zdravstvenih delavcev, predvsem zdravnikov doma in v zamejstvu, je povzročil vedno najostrejšo polemiko med gledalci. Le-ti so se po navadi takoj ločili v dva tabora s popolnoma diametralnimi gledanji in odnosi do tega zdravstvenovzgojnega problema.

Prva skupina, ki je nastopala zelo odločno in avtoritativno, je trdila, da taki filmi kakor tudi vsa druga podobna sredstva nimajo prav nobenega vzgojnega vpliva, temveč so celo škodljiva, ker povzročajo pri prebivalstvu samo kancerofobijo, pri tem pa le prav malo ali celo nič ne pomagajo proti raku.

Nasprotno pa je druga skupina preudarno izjavila, da ta film, če ga prikazujemo določenim skupinam prebivalstva s primernim uvodom in z možnostjo, da se po predvajanju filma o njem porazgovorijo, prav gotovo ne more povzročiti nezaželenega strahu. Nasprotno, film gledalca še pomiri, ker mu pokaže, da se rak na prsih, če ga pravočasno razpoznamo, uspešno ozdravi in da v takih primerih rak pač ni usodna bolezen, ki bi prinašala samo trpljenje, bolečine in neizbežno smrt. Podobno so izjavile tudi kontrolne skupine žena, vse do delavk pa do intelektualk, katerim smo film prikazovali, da bi ga vrednotile in ocenile po njegovem vzgojnem učinku. Druga skupina je nadalje izjavila, da je preprečevanje in zdravljenje raka eden najvažnejših problemov našega časa, saj imajo na primer v Franciji vsako leto 200 000 rakavih obolenj in 70 000 smrtnih primerov, medtem ko je v Angliji po smrtnosti rak na drugem mestu. Zato je pri zdravstvenih oblasteh kakor tudi v javnosti treba spremeniti stališče do raka, in sicer moramo na zanesljiv in na široko dostopen način prebivalstvo informirati, pri tem seveda pa »resnico rabiti s pametjo«.

V tematiki, ki jo obravnava zdravstvena vzgoja pri nas, problem raka do sedaj še ni dobil pravega mesta. Zato tudi ta članek ne prinaša kakega skupnega stališča naših vodilnih zdravstvenovzgojnih krogov. Gre le bolj za moje osebne poglede, obogatene z dostopno mi literaturo in pa v razgovorih z nekaterimi strokovnjaki ter vodilnimi zdravstvenovzgojnimi delavci doma in v zamejstvu.

Da se tudi v državah s starejšo zdravstvenoprosvetno tradicijo in z bogatimi zdravstvenovzgojnimi programi le malo razpravlja o raku z zdravstvenovzgojnega vidika, je glavni vzrok iskati v sledečem:

Predvsem je še vedno velika večina zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov, ki trpe zaradi tako imenovane »cancer apprehension«. To se pravi, da o raku pač ne govorijo, ker se boje, da ne bi med ljudi zasejali preveč strahu in zmede. Torej bi v prvi vrsti morali od strahu ozdraviti zdravnike same, namreč od strahu, da bi z govorjenjem o raku povzročali med prebivalstvom preplah. Zato tudi mnoge zdravstvene oblasti dolga leta niso pristale na izvajanje širokih oficialnih zdravstvenovzgojnih programov v zvezi z rakom, in to prav iz strahu, da se med prebivalstvom ne bi po nepotrebem ustvarjala kancerofobija, t. j. bojazen pred rakom. V dokaj kratki zgodovini zdravstvene vzgoje o raku je namreč ostalo v spominu nekaj pojavov kancerofobije, ki je zajela širok razmah, to pa zaradi preveč posplošenega in psihološko ne dovolj naštudiranega zdravstvenovzgojnega dela.

Tega pa je krivo predvsem čustveno ozračje; v katerem se ta bolezen zdržuje. In če se je kdo že odločil za delo v zdravstveni vzgoji o raku, se je pač moral čutiti sposobnega, da se spoprime tudi s problemom, ki ga nekateri imenujejo »strah pred strahom«.

Če bi zdravstvene oblasti globlje proučevale problem zdravstvene vzgoje, pa bi testirale in anketirale bolnike ter njihove svojce, bi za čudo ugotovile, da je pri publikii neprimerno manj strahu pred strahom in da je ravno publika sama mnogo bolj pripravljena sprejeti resnico, kakor si zdravstveni delavci to po navadi mislijo.

Nadaljnja ovira za sistematično delo na tem področju pa so še vedno nasprotujoča si mnenja md strokovnjaki samimi. Tako n. pr. jih večina trdi, da je zdravljenje raka uspešnejše pri zgodnji razpoznavi, medtem ko so drugi mnenja, da še vedno ni zadosti dokazov, da bi zgodaj zdravljeni rak potekal ugodneje od kasneje zdravljenega. Zakaj vendar se tako diametralno nasprotno postavljene domneve ne prouče in se ne najde prava rešitev, saj takšna mnenja, ki si tako zelo nasprotujejo med seboj, vplivajo na usodo in življenje tisoč in tisoč ljudi. Res je, rešitev tega vprašanja prav gotovo ni lahka stvar, vendar pa je problem že sam na sebi tolikšne važnosti, da bi bil vreden tudi največjih naporov.

Prav tako jih je med zdravniki mnogo, posebno zdravnikov praktikov, ki so mnenja, da je za uspešno zdravljenje raka le malo verjetnosti in da je vsak primer raka tako rekoč že vnaprej zgubljen. To pa v glavnem zaradi tega, ker v svoji življenjski praksi le poredko naletijo na primere, ki so se res uspešno pozdravili ali pa jih vsaj po ozdravljenju nimajo več v evidenci, nasprotno pa se jim večkrat pripeti, da morajo zdravniško pomoč in oskrbo nuditi že v zakasnelih ali celo brezupnih, tako rekoč izgubljenih primerih.

Ko sem pred leti na študijskem potovanju skozi Nizozemsko vprašal direktorja poznanega inštituta za borbo proti raku v Amsterdamu za mišljenje, koliko lahko zdravstvena vzgoja pomaga v borbi proti raku, je odgovoril: »Lahko nam mnogo pomaga, toda le pri zgodnji razpoznavi in zdravljenju raka na prsih in na maternici«. To pomoč lahko seveda razširimo tudi še na raka na koži, na vidnih delih sluznice, v ustih in na jeziku, in pa v smeri večje discipliniranosti pri zdravljenju raznih prekanceroznih stanj. Nikakor pa ni dopustno, da se na široko razpravlja o »začetnih simptomih« raka v grlu, pljučih, v prebavilih itd., kot se je dogajalo svoj čas v nekaterih državah. To seveda je prebivalstvo samo begalo in ga je navdajalo z negotovostjo, obenem pa med

njim povzročalo vsesplošno kancerofobijo, ker se je v premnogih primerih izkazalo, da znaki niti niso specifični. Nasprotno seveda pa je tudi ob domnevnih začetnih znakih bilo večkrat ugotovljeno, da gre za primer že zelo poznega stanja, pri katerem je kakršnokoli zdravljenje že vnaprej obsojeno na neuspeh. Zato je prebivalstvo treba vzgajati pač tako, da pri različnih bolezenskih stanjih, ki se dolgotrajno upirajo zdravljenju, pomislijo tudi na možnost raka in da se pravočasno posvetujejo z zdravnikom. Morali bi — seveda v daljšem vzgojnem procesu — doseči, da bi ljudje med seboj brez strahu razpravljali o raku nekako tako, kakor razpravljajo o kakih drugih resnih boleznih.

Če smo se odločili, da zdravstveno vzgajamo v pogledu raka, tedaj je važno, da se izognemo dveh skrajnosti: da bi povedali javnosti preveč ali pa, da ji ne bi povedali dovolj.

Če ne povemo zadosti ali pa ne dovolj pogosto, se lahko zgodi, da zmanjšujemo vzgojni pomen in uspeh tega dela in da konec koncev ne dosežemo svojega namena.

Govoriti o tem preveč, povsod in prepogosto je navsezadnje nekoliko tvegana stvar. Tudi če s tem ne povzročimo splošne kancerofobije, je vendarle nevarnost, da pri hitro vzburljivih ljudeh — in takih je vedno več — vzbudi-mo strah. In ta strah lahko pri nekaterih osebah, ki so nagnjene k psihasteniji, v neki meri pospeši morebitni nastanek bolezni. Kakor je za bolnika značilno, da na diagnozo raka reagira s povečanim strahom, ki lahko vodi do apatije, do neaktivnosti ali celo v divji in brezciljni beg, tako poznamo primere, kot jih v svojem vzgojnem delu navaja preventiva, da bolniki reagirajo s povečanim strahom tudi na simptome raka. Pa tudi sicer utegne življenje v neprestanem strahu in s trajno ali pogostno predstavo neke bolezni v mislih prej ali slej ustvariti bolezensko duševno stanje.

V zdravstvenovzgojnem delu moramo biti previdni pri izbiranju sredstev, ki jih prikazujemo v besedi in sliki. Nekateri besede in slike moramo uporabljati diskretno ali pa se jih sploh izogibati. O nekaterih podrobnostih moramo molčati, ker ne vemo, kakšne pretrese lahko povzročijo pri občutljivejših posameznikih in kakšne psihovegetativne reakcije lahko izzovejo v njih.

Zdravstveni vzgojitelj mora poznati metodična načela in psihološke prijeme v delu tako s posameznikom kakor tudi s skupinami. Obvladati mora tehniko intervjuja, ki je običajen način za obravnavanje tega problema z bolnikom ali njegovimi svojci. Še važnejše pa je vzgojno delo z zdravimi ljudmi, ki jih je treba na eni strani seznaniti z najvažnejšimi dejstvi, na drugi strani pa jih z vzgojo osvoboditi strahu in jih pridobiti, da spremenijo svoj odnos do bolezni in izpolnjujejo navodila, ki jih priporoča zdravstvena služba. Javnost informiramo o raku s predavanji, filmi, diafilmi, raznimi članki, letaki in brošurami, medtem ko je za prevzgojo ljudi v prej omenjenem smislu potrebno delo v manjših skupinah po načelih skupinske dinamike.

Znano je, da so dosedanja propagandna sredstva za borbo proti raku — predvsem ilustracije in izbrani simboli te borbe — največkrat precej dvomljivega okusa in sporne vrednosti. Prejšnja zastrašujoča gesla in besedila na lepakih in letakih je sodobna zdravstvena vzgoja nadomestila z vedrimi, ugodnimi in upanje vzbujajočimi pozivi, kot na primer: »Rak je ozdravljiv, če ga zdravimo že v začetku«; »Zaradi zgodnje razpoznave raka je število ozdravljenih bolnikov vsako leto večje«; »Po 40 letih življenja pojdi vsako leto na zdravstveni pregled« itd.

Zdravstveni vzgojitelji želijo povedati predvsem tole:

Dokazano je, da so vplivi okolja važni v vzročnosti mnogih oblik rakavega obolenja in da z asanacijo okolja lahko marsikdaj preprečimo njih razvoj.

Nadalje so važne razne navade in običaji, tako n. pr. pri pljučnem raku kajenje. Zato si moramo vsekakor prizadevati, da se spremenijo ljudske navade glede kajenja, in ljudi opozoriti, da kajenje v svetu stalno narašča vse od leta 1948 dalje, čeprav ljudje vedo za njegove škodljive posledice. Drugo, kar bi bilo potrebno, pa je odstranitev karcinogenega ogljikovodika iz tobaka, temeljito filtriranje tera in nikotina, da kar se da omejimo njih koncentracijo v dihalih, in slednjič prizadevanje, da se kultivirajo nove zvrsti tobaka, ki bi vsebovale manj karcinogenih elementov. Tudi je potrebno ljudi zaščititi v zaprtih prostorih po vlakih, avtobusih, raznih javnih lokalih itd., kjer je zrak dostikrat naravnost zasičen s tobačnim dimom. Prav gotovo bi bilo zelo umestno, da se zdravstvena oblast odločno pozanima za vprašanje kajenja v zvezi z rakom in da zavzame zadevno stališče. Posebno važna je borba proti kajenju med mladino, ki začne kaditi največkrat iz pubertetnih motivov, pa se iz njih razvijejo pozneje strastni kadilci.

V zvezi s preprečevanjem raka pa je potrebno opozoriti še na nekatere druge manj znane činitelje, kot so na primer: vloga osebne higiene moža glede na nevarnost materničnega raka pri ženi, dalje važnost dojenja za preprečevanje raka na prsih in pa domneva, da se z obsevanjem nosečih žena poveča nevarnost levkemije pri njihovih otrocih. Zanimivo je, da za zdaj še nobena zdravstvena služba na svetu ne vodi računa o tem, kolikokrat v svojem življenju je kdo bil obsevan z rentgenom. Važen del preprečevanja je razpoznava in zdravljenje prekanceroznih ran.

Najvažnejše načelo zdravstvene vzgoje pri raku pa je, da govorimo čim več o higieni in preprečevanju in čim manj o patologiji.

Prepričati moramo ljudi, da je rak v začetku lokalno obolenje in da je v tem stadiju ozdravljiv in da je zaradi tega zgodnja diagnoza osnovni pogoj za radikalno odstranitev novotvorbe, ker le tako je mogoče preprečiti nadaljnjo rast in širjenje.

Poučiti moramo ljudi, kakšni so prvi znaki morebitnega raka, obenem pa odločno poudariti, da lahko ti znaki pomenijo tudi še vse kaj drugega. Potrebno pa se je prepričati o tem in brez kakega odlašanja iti na zdravniški pregled. Opozoriti pa jih moramo, da za to navadno ne zadošča en sam pregled pri zdravniku, ampak da so za natančno preiskavo potrebni različni preizkusi, kot n. pr. radiografija, preiskava krvi v iztrebkih, odvzem tkiva za mikroskopsko preiskavo, vaginalni in rektalni pregledi itd.

Tudi moramo ljudem dopovedati, da so občasni in načrtni zdravstveni pregledi, recimo vsakoletni pregledi nad 40 let starih oseb brez dvoma pametno in previdno ravnanje.

In končno morajo ljudje vedeti, da dandanes še nimamo specifičnega zdravila proti raku, da se moramo zaupati zdravnikom strokovnjakom in se brez odlašanja podvreči tudi kirurškemu posegu ali obsevanju, če nam to svetujejo. Razen tega ljudje ne smejo pozabiti, da so razni načini zdravljenja, o katerih se morda veliko piše in ki še niso preizkušeni, ali pa jih priporočajo razni šarlatani, odgovorni za neštete žrtve, ki po njihovi krivdi izgubljajo dragoceni čas za pravilno in strokovno zdravljenje. Zato si morajo ljudje biti v svesti,

da iz rakave bolezni ni lahke poti, da pa lahko reši bolnika edinole zdravnik strokovnjak.

To so najvažnejša poglavja ljudskovzgojne akcije, ki so jih danes prevzeli zdravstveni vzgojitelji celega sveta in ki jih razširjajo s predavanji, letaki, brošurami, članki itd. Končni smoter vseh vzgojnih naporov pa je, da bi vsak človek, star nad 40 let, usvojil ta dejstva in navodila z zdravim smislom in razumevanjem za problem, ki mu je glavna osnova — preprečevanje raka.

V zdravstveni vzgoji pa je v zvezi z rakom važen še neki drug faktor, ki ga navaja sodobna medicina. Tu gre za določena higienska pravila, po katerih naj bi živel sleherni človek, namreč pravila, ki jih po naših današnjih izkušnjah glede rakotvornih činiteljev in raka smatramo za varnostne ukrepe. Le-ti sicer človeka ne morejo obvarovati pred rakom, lahko pa zmanjšajo možnost, da se razvija ta bolezen, ki po najnovejših statističnih opazovanjih prizadene po eno od treh oseb v starosti nad 45 let.

Higienska navodila se priporočajo vsem, so pa posebno važna za ljudi, stare nad 40 let, in za one, katerih predniki so imeli rakavo obolenje.

V prehrani se priporoča zmernost, treznost, dobro uravnovešen jedilnik s čim manj industrializiranimi proizvodi. Prav posebno se je treba omejevati pri maščobah, sladkorju, alkoholu, kavi in tobaku.

Skrbeti je treba za skrajno snago telesa kakor tudi okolja.

Živeti moramo mirno in vedro življenje, v katerem ni mesta za daljša depresivna stanja ali za kancerofobijo.

Uživajmo samo zdravila, ki nam jih predpiše zdravnik. Kakršnokoli svojevoljno trošenje zdravil je škodljivo.

Skrbeti je za pravilno delovanje prebavil, še posebno za delovanje jeter, žolčnika in črevesja.

Posebna previdnost je potrebna pri vseh trdovratnih ranah ali gnojenjih, pri raznih kroničnih vnetjih in kjer je nevarnost poklicnega zastrupljanja.

Da se ne smejo zdravstveni vzgojitelji zadovoljiti samo s prosvetljevanjem in poučevanjem prebivalstva, je pokazala anketa med večjim številom žena, ki so zbolele za rakom na prsni. Večidel so pravočasno občutile v prsni bulice in so se tudi zavedale, kaj lahko te bulice pomenijo, vendar so odlašale z zdravniškim pregledom. Z informacijami se je sicer doseglo, da so žene bile poučene, vendar pa zaradi tega v njih ni bilo prav nič več volje za takojšnje zdravljenje, in to zato, ker je globoko ukoreninjeni strah pred rakom in njegovo neozdravljivostjo ostal v njih nedotaknjen. Ta strah namreč je globoko zasidran v njihovi čustveni sferi. Zato pač bi morali, če bi jih hoteli tega strahu osvoboditi, vplivati na njihovo mišljenje predvsem v tej smeri. To pa ni lahka naloga, kajti skoraj vse doseданje izkušnje in informacije so ljudi samo še bolj potrdile v njihovi veri, da je rak mučna, boleča in neizbežna bolezen, pri kateri tudi zdravniki opravijo kaj malo ali pa sploh nič. Le malo ljudi pa ve, da vsako leto ozdravi na tisoče pacientov, ki pozneje živijo svoje polno normalno življenje. In ravno to dejstvo bi lahko pomaglo, da se dvigne splošno zaupanje v zdravljenje raka, če bi ozdravljeni vedno vedeli, zaradi česa so jih zdravili, in bi to lahko povedali drugim.

Statistike o uspešnosti zdravljenja pomagajo le malo, ker so mrzle in brezosebne. Tudi jih je vsaj med preprostimi ljudmi na splošno le malo, ki bi znali

te številke pravilno brati in jih oceniti. Nasprotno pa osebno pričevanje učinkuje takoj in neposredno in ima, zlasti če je povezano z različnimi zanimivimi in upa polnimi dogodki, prav gotovo velik vpliv na druge skupine prebivalstva.

Važna zahteva nadalje je, da ljudstvo navajamo, da bo o raku razpravljalo tako svobodno kakor o drugih boleznih, vendar na način, ki poučuje, ne pa zastrašuje. Lažje bo to dosegljivo, ko bo premoščen sedanji prehod med laičnim občinstvom in pa strokovnjaki znanstveniki, ki jih bo treba usposobiti, da bodo znali in da bodo voljni svoja spoznanja in svoje znanje posredovati tudi drugim.

Tretja važna zahteva pa je, da se posveti več pažnje bolnikom, ki so bili sicer uspešno zdravljeni, a še nekaj let žive v stalnem strahu zaradi morebitne recidive.

Problem vzgoje v pogledu raka bo našel več razumevanja pri zdravnikih in tudi pri zdravstvenih oblasteh, kadar bomo lahko evalvirali, to je kritično ocenili učinkovitost zdravstvenovzgojnih akcij. Zato bi bilo potrebno začeti s proučevanjem, do katere stopnje vpliva na šanse zdravljenja zgodnja razpoznava raka, in drugič, kaj lahko dosežemo z vzgojo, ki naj bi pripravila ljudstvo, da se čimprej, torej že ob prvih znakih ali celo prej, zateče v zdravniške posvetovalnice.

Vprašanje raka se ne da in ga tudi ne moremo izolirati od življenja samega in od načina življenja. Ne smemo namreč misliti, da je rak vezan na en sam določen faktor, n. pr. na kak mikrob, na kak virus ali na kakega parazita, kot so vezane nekatere druge bolezni. Zato ga moramo vključiti v splošno higieno osebnega in socialnega življenja.

Tudi naj bi zdravstvena vzgoja v zvezi z rakom imela svoje mesto le kot del splošne zdravstvene vzgoje. Ne smeli bi je pa izolirati in jo izven splošne zdravstvene vzgoje dramatizirati kot specialno kampanjo, saj bi v takem primeru lahko zares povečala strah pred boleznijo.

In končno ne smemo pozabiti: nepravilno pojmovanje in predsodki glede raka in njegovega zdravljenja so med ljudstvom ukoreninjeni že skozi stoletja. Do uverjenosti, češ da je to brezpogojno fatalna bolezen, je pripomoglo vsakdanje izkustvo. Odstranjevanje vseh mogočih predsodkov in ustvarjanje večjega zaupanja v zdravljenje pa je težak in dolgotrajen proces. Zato tudi ni mogoče pričakovati takojšnjega in vidnega uspeha. Kdor koli bi se lotil tega dela s tem upanjem, bi bil prav gotovo razočaran.

Zdravstvenim vzgojiteljem, med katere prvenstveno prištevamo medicinske sestre na terenu, pa mora biti jasno, da ne smejo čakati na vsestranski sporazum različnih odgovornih faktorjev o tem, ali je zdravstvenovzgojno delo v zvezi z rakom zaželeno in potrebno, temveč morajo kratko malo napraviti svojo dolžnost.

Gospodinjsko izobraževanje kot eno izmed sredstev za socialistično preobrazbo družine*

Živa Beltram

I.

Ker je pri nas še neobičajno, da se na konferenci, ki se loteva tako širokega vprašanja, kot ga načenja to naše današnje posvetovanje, dodeli gospodinjstvu tako vidno mesto, mislim, da je treba to najprej opravičiti in utemeljiti.

Zadnje čase se pri nas o gospodinjstvu govori in piše neprimerno več kot prejšnja leta. Tako v zvezi z našo zunanjo trgovino, ki uvaža najrazličnejše predmete za dom; v zvezi z domačo industrijsko proizvodnjo, ki je že zelo razširila svojo zmogljivost na tem področju, kakor tudi v razpravah o razvoju komunalnega sistema, ko se govori o povečanju števila uslužnostnih obratov, ki bi razbremenili gospodinjstva, o hišnih in potrošniških svetih, ki naj bi svojo dejavnost razvijali prav v tem smislu. Kljub vsemu temu pa drži eno, da je gospodinjstvo pri nas tudi še danes najbolj zaostal faktor v gospodarskem procesu, tako glede tehnike, organizacije in metod dela. Razumljivo je, da je takšno stanje ovira za naš celotni gospodarski razvoj. Zato je nujno potrebno, da ob kompleksnem proučevanju tega področja začnemo s sistematičnim reševanjem zadevnih vprašanj. Sedanja naša gospodarska politika nam samo omogoča, da se hitreje lotimo tega problema.

Prav zato, ker je gospodinjstvo postalo aktualno, ni nič čudnega, da se pri tem pojavljajo zelo različna, včasih prav čudna stališča o tem, kaj pravzaprav hočemo z vso to pomočjo gospodinjstvu in gospodinjam. To opozarja na dejstvo, da o gospodinjstvu, o njegovem mešču v našem družbenem in gospodarskem sistemu pojmi pri nas še niso razčiščeni. O tem je bilo že ob raznih prilikah marsikaj rečenega in napisanega. Zlasti pomemben v tej smeri je doprinos tov. Vide Tomšičeve. Kljub temu pa smo prepričani, da je to ostalo vse preveč zaprto v naše ženske kroge in ne moremo trditi, da bi to osvojili tudi že pristojni činitelji in naša javnost. Po našem prepričanju je gospodinjstvo sestavni del našega gospodarstva, ki ga zlasti v socializmu ne smemo zapostavljati in izolirati od celotnega gospodarstva naše družbe. Vprašanje, kakšen ekonomski pomen ima gospodinjstvo, bom obravnavala kasneje, že zdaj pa moram poudariti, da je tudi s sociološko-etičnega vidika nujno, da začnemo s kompleksnim reševanjem tega problema.

Ni naloga tega referata, da bi izpolnil to vrzel v naši sociologiji in ekonomski teoriji — to je predvsem stvar naše univerze in inštitutov, kjer je delo že začeto. Vendar bom povzela nekaj misli, ki so glede gospodinjstva vsaj v grobem že razčiščene.

Gospodinjstvo obravnavamo z dveh vidikov: z ekonomsko-socialnega in tehničnega vidika.

* Iz posvetovanja Zveze prijateljev mladine LRS »O izobraževanju in vzgajanju staršev« dne 28. II. 1957.

Z vidika družbenega gospodarstva ima gospodinjstvo tri osnovne funkcije:

Prva njegova naloga je gospodarjenje z dohodki članov družine (oz. članov gospodinjstva, če gre za gospodinjski obrat, ki se ne krije z družino — n. pr. kolektivna gospodinjstva — razni domovi, internati) ali točneje: gospodarjenje s tistim delom dohodkov, ki so namenjeni zadovoljevanju osnovnih potreb po hrani, obleki, stanovanju. (To funkcijo lahko imenujemo tudi potrošnja, kar je sedaj bolj običajno, vendar manj točno.) Ni težko izračunati, da pomenijo ta sredstva, ki se kot dohodki članov družine trošijo v gospodinjstvu, kaj visok odstotek narodnega dohodka. Od tod zelo »moder« — in kljub temu zelo razširjen očitek gospodinjstvu, da »samo zapravlja«.

Druga naloga gospodinjstva z družbeno-gospodarskega vidika je reprodukcija delovne sile. Hrano, obleko, stanovanje — vse to potrebuje človek, da se spočit in okrepcan lahko vrne na svoje delovno mesto. Otroci pa potrebujejo to za svojo rast, da se razvijajo v nove delovne moči. Na ta člen javnost še najrajši pozablja in ga podcenjuje.

Tretja naloga gospodinjstva z istega vidika pa je organizacija dela v samem gospodinjstvu, to je delitev dela med družinskimi člani, urejevanje medsebojnih odnosov v pogledu pravic in dolžnosti, vzgoja odraslih članov in otrok za pravilne medsebojne odnose.

Drugi vidik, s katerega obravnavamo gospodinjstvo, je tehnični: s kakšnimi delovnimi sredstvi in metodami opravljajo ljudje tista dela, ki jih zahteva gospodinjstvo. Tu se odpira celo obširno področje gospodinjske tehnike, ki obsega razpored prostorov, opremo, veliko in drobno orodje, stroje, kurjavo, vodo, električno energijo, kemikalije, živila, tekstil — in metode za njih pripravljanje in uporabo. V tem je zajeto tudi pripravljanje hrane — kuhanje. Ker je že to samo po sebi zelo obširno področje tako glede pomena za človeško življenje in zdravje kot glede časa, dela in sredstev, ki jih zahteva, ni niti tako čudno, da se pojmovanje gospodinjstva tako pogosto reducira prav na kuhanje in vse, kar je z njim v zvezi.

Teh nekaj zelo splošnih ugotovitev velja za vse povprečno razvite industrijske dežele že precej dolgo. Veljajo tudi za kmečka gospodinjstva, in sicer tem bolj, čim bolj je razvita blagovna proizvodnja (pri zaostalem, anarhičnem kmečkem gospodarstvu je teže razmejiti proizvodnjo in potrošnja kakor tudi gospodinjsko od gospodarske dejavnosti).

V naših razmerah je za gospodinjstvo značilno to, da razvoj znanosti in tehnike ustvarja vedno nove pogoje, ki nam omogočajo, da po številu in obsegu lahko neprestano zmanjšujemo in poenostavljamo tista dela, ki se danes še vedno opravljajo v gospodinjstvu. Ne samo tkanje in peka kruha, tudi pranje, krpanje in deloma kuhanje samo se že da prenesti na družbene obrate in industrijo. Hkrati pa nudi industrija nove materiale za obleko, opremo, čiščenje, ki so trpežnejši in nam prihranijo marsikatero uro mučnega dela.

Ta svetovni razvoj plodov človeškega dela in razuma, v katerega se uspešno vključuje tudi naše gospodarstvo, pomeni objektivno osnovo za vse to, kar pri nas zavestno hočemo in ustvarjamo. Vzporedno z razvojem industrije se razvijajo nove oblike našega družbenega življenja. Družbeno upravljanje na vseh področjih prenaša pravico odločanja in odgovornost od države na posameznika in na skupine državljanov. V okviru družbenega upravljanja se razvijajo tudi hišni in potrošniški sveti in nastajajo nove komunalne skupnosti.

V tem živem procesu moramo vedeti, kaj hočemo tudi glede razvoja gospodinjstva. Hočemo, da bo vsaka žena, ki si tega želi, lahko izbirala in opravljala

svoj poklic, ne da bi se ji bilo treba odreči družini in materinstvu. Zato je potrebno, poleg vsega, kar je že rešeno z zakonodajo ter z organizacijo zdravstvene službe in socialnega zavarovanja, skladno z rastjo naše gospodarske moči misliti na ustanove za pomoč družini: šolske kuhinje, otroške vrtce, mehanizirane javne in hišne pralnice, gospodinjske servise vseh vrst, proizvodnjo resnično praktičnega orodja, dobrih konzerv, raznovrstne konfekcije, dobro organizacijo trgovske mreže.

Objektivni pogoji za uresničevanje pomoči družini se razvijajo, ostalo pa je odvisno od zavestnega hotenja, tako imenovanega subjektivnega faktorja. In kdor se je za ta vprašanja že postavil kjer koli, se je lahko prepričal, da s tem subjektivnim faktorjem ne gre tako lahko. Miselnost tistih, ki jim godi, da nekdo živi samo zato, da jim streže, ima pri nas še veliko moč.

II.

Delo ZŽD in CZNG v smeri gospodinjskega napredka

Da bi objektivne pogoje, ki so že dani, čim uspešneje izkoristili ter obenem pospeševali njih širjenje, za to si prizadevata tudi Zveza ženskih društev (ZŽD) in Centralni zavod za napredek gospodinjstva (CZNG). Naša dejavnost v zvezi s tem ciljem se razvija v več smeri.

a) Ženska društva, sekcije zadružnic, okrajni zavodi ali občinski centri za pospeševanje gospodinjstva so pobudniki in aktivni sodelavci pri ustanavljanju vseh takih družbenih obratov, ki služijo gospodinjstvu in družini za olajšanje dela.

b) V raznih oblikah — z neposrednimi stiki, kakor tudi preko tiska in radia spodbujamo proizvodnjo, da bi izboljšala in razširila izbor predmetov, ki pomenijo za gospodinjstvo prihranek truda in časa. To dejavnost razvija zlasti CZNG, ki si je že nabral nekaj pozitivnih izkušenj, toda prav tako je imel dovolj prilike prepričati se o težavah, ki so marsikdaj povsem subjektivnega značaja.

Ta namen, da javnost, proizvajalce in trgovino opozori na probleme, ki se pojavljajo v gospodinjstvu, je imelo tudi posvetovanje o prehrani, ki ga je organizirala ZŽD decembra 1955 in kateremu so sledila podobna, po udeležbi in vsebini zelo široka posvetovanja po malone vseh okrajih.

c) Med ostalim je v delu tudi predlog za uvedbo gospodinjske stroke v nomenklaturo poklicev, čemur bo nujno sledila organizacija gospodinjskih strokovnih šol in tečajev, sistemizacija delovnih mest v gospodinjskih obratih in s tem dvig strokovne kakovosti dela v teh obratih ter nove možnosti poklicne kvalifikacije za mnoga dekleta in žene.

III.

Posebno mesto v okviru dejavnosti ZŽD in CZNG pripada gospodinjskemu izobraževanju. To se odvija v dveh smereh:

a) Prva smer je prevzgoja miselnosti glede na pojmovanje o gospodinjstvu in njegovem mestu v celotnem našem gospodarstvu ter o novih porazdelitvah dela med člani družine v okviru gospodinjstva. V ta namen bo treba čimprej skupno z ekonomsko fakulteto izvršiti razne analize, ki naj bi z različnih

aspektov pokazale splošno zaostalost našega gospodinjstva za drugimi gospodarskimi panogami in zapostavljanje te važne panoge gospodarstva. Proučujejo pa se že družinski proračuni in porazdelitev družinskih dohodkov na posamezne potrebe. Začelo pa se je tudi s proučevanjem tehnike v gospodinjstvu, proučevanjem načinov in organizacije dela, trošenja energije pri posameznih gospodinskih opravilih.

b) Druga smer pa je proučevanje prebivalstva — lahko rečemo sedanjih in bodočih staršev — v zdravi prehrani, dobrem gospodarjenju, v gospodinjstvu (o ekonomiki gospodinjstva).

Področje za sebe pa pomeni sistem strokovnega izobraževanja kot priprave na gospodinske poklice.

Gospodinsko izobraževanje je sicer po svojih oblikah in vsebini izrazito praktično poučevanje, vendar smemo trditi, da je z njim združeno pomembno vzgojno delo in da tudi v tem pogledu že lahko govorimo o prvih uspehih.

Najbolj množična oblika tega dela so kratki gospodinski tečaji, ki — združeni s praktičnim in nazornim poukom dela — učijo gospodinje, n. pr. v konzerviranju sadja in zelenjave ali mesa v gospodinjstvu. Organizirajo jih sekcije žena zadružnic, za strokovno podajanje snovi pa skrbi naša gospodinska pospeševalna služba Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva preko okrajev do občin, kjer tudi ponekod že delajo gospodinski centri. Takih tečajev je bilo samo v tej sezoni, t. j. od avgusta 1956 do januarja letos okoli 800, z udeležbo nad 25 000 žena in deklet. Če je vsaka žena shranila doma samo 11 sadja in zelenjave za zimo in očuvala pred kvarom le 5 kg svinine, so to že lepe številke, ki v prehrani prebivalstva nekaj pomenijo. In če gremo po naših vaseh, se bomo marsikje čudili, ko bo na mizi tudi sredi zime poleg zelja in repe fižol v stročju, paradižnik in sadni sok. Razen*take vrste kratkih tečajev, ki se bodo še širili na druge teme s področja prehrane (pripravlja se snov za kratke tečaje o mleku v vsakdanji prehrani), se vrši vsako zimo nekaj sto splošnih gospodinskih, šiviljskih in kuharskih tečajev. Čeprav je pomen vseh teh tečajev po naših vaseh prvenstveno v tem, da dvigajo kvaliteto prehrane, da pospešujejo proizvodnjo vrtnin in sadja ter pravilno izkoriščanje teh dobrin, vendar ne moremo trditi, da nimajo tudi določenega vzgojnega vpliva. Kmetici tudi s poukom o konzerviranju pomagamo, saj ona s tem opozarja svoje okolje na pomen gospodinskega dela. To pa v perspektivi le vodi k njeni razbremenitvi od težjih poljskih del in k spreminjanju njenega položaja v družini kot manjvredne delovne sile, s tem pa tudi k novim odnosom med ljudmi na vasi. Tu gre za kmečka gospodinjstva, kjer se ta vprašanja postavljajo drugače kot v delavskih in nameščenskih družinah. Istočasno pa se ta kmečka gospodinjstva spodbujajo k urejanju zadružnih pralnic, pekarn, sadnih sušilnic in drugih ustanov.

Glede svojega vzgojnega pomena pa vsekakor zasluži več pozornosti gospodinski pouk v šolah. Ta se opravlja v kmetijsko-gospodarskih šolah, ki jih je letos v Sloveniji 251 in za zdaj v 57 osemletkah oz. nižjih gimnazijah. Prvi pomen tega pouka je v tem, da so ga deležne deklice in dečki skupaj. Danes, ob drugem polletju lahko ugotovimo, da je led prebit. Še celo marsikdo, ki je sam neposredno udeležen pri stvari, se čudi, kako je to šlo lepo brez odpora. — To seveda kaže, da še bolehamo za predsodki glede mesta in vloge enega in drugega spola, predvsem pa, da premalo zaupamo mladini, ki se naprednim novostim še nikoli ni upirala. Dejstvo je, da se v marsikaterem našem kraju lahko na lastne oči prepričamo, kako se dečki lotevajo kuhanja, pranja in

čiščenja. Ne samo to! Marsikatera učiteljica gospodinjstva bo povedala, da se razvija med fanti in dekleti pravo tekmovanje. Mislim, da to ni slučaj. Ali ni že skrajni čas, da moška delovna sila prinese v gospodinjsko delo svojo — zgodovinsko pogojeno — in pridobljeno preciznost, okretnost, preračunanost in s tem dvigne kvaliteto dela v gospodinjstvu? Sodobno gospodinjstvo — seveda na stopnji višjega standarda, kot je naš današnji povprečni standard — s svojo tehniko zelo pospešuje ta proces.

Mladina, ki se že sedaj vzgaja v tem smislu, ne čaka, da bo pridobljeno znanje uporabila takrat, ko bo ustanovila lastno družino. Ne samo bodoči starši, tudi sedanji otroci vplivajo na spreminjanje duha v družinah. Tako bo šola, seveda ob načrtnem opozarjanju gospodinjskih učiteljic in ob sodelovanju staršev, prej ko slej pripomogla do drugačne razdelitve dela v družini, do pravilnega vrednotenja materinega truda in do njene razbremenitve.

Pouk gospodinjstva v šolah ima še v enem smislu velik pomen: velika važnost se pri njem posveča vzgoji gospodarnosti. Izhajajoč iz prepričanja, da je za razvoj socializma, ki mu je podlaga gospodarska moč, potrebno začeti vzgajati državljana — proizvajalca in potrošnika že od mladih nog — se pri predmetu gospodinjstva učenci navajajo na računanje s časom in energijo, z blagom in denarjem. Ne začenjajo pri tovarni, ki je za desetletnega otroka abstraktna stvar, tudi če jo je že kdaj videl znotraj, ampak pri njegovi lastni malici, pri čevljih in obleki. S tem, da je ta pouk navezan na šolsko kuhinjo, šolski vrt in domačo prakso, nam kaže prve obrise te nove bodoče celote, brez katere si reformirane šole ne moremo zamisliti in ki se na drugi strani tako zelo sklada z našimi zahtevami po razbremenitvi gospodinj.

Ti prvi poskusi z uvedbo pouka gospodinjstva v našo osemletno šolo so konkretni prispevek ZŽD k šolski reformi, seveda ob razumevanju in podpori posameznikov v okrajnih prosvetnih organih in delavcev na šolah.

Ne da bi prikrivali vse začetne slabosti in pomanjkljivosti, imamo tu dokaze, da je misel dobra in izvedljiva. Glede vključitve tega predmeta v učni načrt reformirane osemletke še ni rečena zadnja beseda — kot ne za celo vrsto drugih vprašanj. Toda že po vsem tem, kar je doslej rečenega, vemo, da bo povsod, kjer bo za to živa potreba in razumevanje, možno gospodinjski pouk izvajati in s tem uspešno delati za prevzgojo staršev.

Ker že govorimo o perspektivah našega razvoja oz. o nekaterih pojavih, ki jih ta prinaša, se nakazuje še eno vprašanje, ki sicer ni v neposredni zvezi z gospodinjskim izobraževanjem, je pa prav pomembno za izboljšanje stanja v naših družinah. To je vprašanje spremembe in poenotenja delovnih urnikov.

Vsestranski razvoj — reševanje problema šolskega prostora, ustanavljanje šolskih in obratnih kuhinj, razvijanje uslužnostnih ustanov v okviru komunalnih skupnosti — vse to bo postopoma ustvarilo pogoje za uvajanje enotnega delovnega urnika za tovarne, ustanove in šole, kateremu bi se seveda moral prilagoditi tudi urnik trgovin in prevozov. Ta urnik naj bi bil nedeljen, s kasnejšim začetkom in z opoldanskim odmorom za kosilo izven doma. Prednosti takega sistema so številne in nesporne. Vsi gredo istočasno zdoma in se vrnejo domov. — S tem odpade kup težav v vzgojnem, ekonomskem in zdravstvenem pogledu, na delu so ljudje v najboljšem dnevnem času, v prehrani imajo red; zato več proizvajajo, več zaslužijo in v prostem času ne trošijo sil v lovu za postranskimi zaslužki. Seveda je to pesem bodočnosti — a nekoč jo bomo začeli peti. Zakaj ne bi začeli postopoma? Najprej naj začne tisti industrijski center, ki mu bo prvemu uspelo spraviti vse otroke v eno izmeno. Težka

podoba, ki je danes še zelo značilna za naše družine: kronično utrujena, nerazpoložena mati, ki lovi svoj čas vedno za rep, otroci in gospodinjstvo brez pravega reda in »poglarav družine«, ki išče izhoda iz tega kaosa rajši zunaj kakor doma, bo z ureditvijo te zamisli — ki seveda ni nič novega po svetu — počasi izginila.

Teh vprašanj ne rešujejo samo »vsemogočni in edino zveličavni ekonomski zakoni« — kot pogosto čujemo — potrebno nam je zavestno, organizirano prizadevanje, ki pomaga ločiti bolj važno od manj važnega, kadar investiramo, in dobro od slabega, kadar učimo ljudi.

Med zakoni

Nekaj novosti v

Dr. B

Nova Jugoslavija je že kr načelo, da so zakonska zveza. Že leta 1946 je izdala Zakon državo enotno) uredila še razm S tem je nova Jugoslavija v uredila rodbinsko pravo, česar stara Jugoslavija ni zmogla ves čas svojega obstoja, dasi je v svoji ustavi prav tako razglašala, da so zakonska zveza, družina in mladoletniki pod varstvom države.

Na svojem zasedanju je Zvezna ljudska skupščina v Beogradu dne 7. decembra 1956 sprejela tri pomembne zakone, ki so vnesli v naše rodbinsko pravo napredne spremembe. Na tem zasedanju so zvezni poslanci izglasovali zakon o spremembi in dopolnitvi Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki in Zakon o pravnem postopku z uvodnim zakonom. Prvi zakon je razglašen v 53. številki Uradnega lista FLRJ z dne 26. XII. 1956, druga dva zakona pa v 4. številki Uradnega lista FLRJ z dne 23. januarja 1957.

I.

Prvi zakon spreminja 25. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki, ki se glasi takole: »Tožbo zaradi ugotovitve očetovstva do nezakonskega otroka lahko vloži v 5 letih po otrokovem rojstvu v njegovem imenu mati, če izvršuje roditeljsko pravico, oz. skrbnik s privoljenjem skrbniškega organa, otrok pa v petih letih po svoji polnoletnosti«.

Zaradi tega predpisa se je zgodila marsikatera krivica. Nedavno je naša revija »Mladi svet« opisala krivico, ki se je zgodila 28-letni Mariji, nezakonski materi, ko je po poteku 5 let tožila šoferja Mata iz Srbije zaradi ugotovitve očetovstva in plačila preživnine za njunega otroka. Dasi je prvo sodišče »ugotovilo, da je Mate oče njenega otroka, in odredilo, da mora plačevati zanj 600.— din mesečne preživnine«, je višje sodišče ugodilo Matejevi pritožbi, češ da je

v pravu

v njej razglašeno varstvom države. je (za vso zvezno tvo in posvojitev. ro države enotno

podoba, ki je danes i
nerazpoložena mati, ki
pravega reda in »pogl
kakor doma, bo z ure
svetu — počasi izginila

Teh vprašanj ne re
zakoni« — kot pogosto
zadevanje, ki pomaga l
dobro od slabega, kada



ine: kronično utrujena,
oci in gospodinjstvo brez
tega kaosa rajši zunaj
sveda ni nič novega po

no zveličavni ekonomski
vestno, organizirano pri-
ja, kadar investiramo, in

Med zakoni in uredbami

Nekaj novosti v našem rodbinskem pravu

Dr. Bronislav Skaberne

Nova Jugoslavija je že kmalu po izdaji Ustave uresničila v njej razglašeno načelo, da so zakonska zveza, družina in mladoletniki pod varstvom države. Že leta 1946 je izdala Zakon o zakonski zvezi, leta 1947 pa je (za vso zvezno državo enotno) uredila še razmerje med starši in otroki, skrbništvo in posvojitve. S tem je nova Jugoslavija v času najhujše borbe za obnovo države enotno uredila rodbinsko pravo, česar stara Jugoslavija ni zmoгла ves čas svojega obstoja, dasi je v svoji ustavi prav tako razglašala, da so zakonska zveza, družina in mladoletniki pod varstvom države.

Na svojem zasedanju je Zvezna ljudska skupščina v Beogradu dne 7. decembra 1956 sprejela tri pomembne zakone, ki so vnesli v naše rodbinsko pravo napredne spremembe. Na tem zasedanju so zvezni poslanci izglasovali zakon o spremembi in dopolnitvi Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki in Zakon o pravnem postopku z uvodnim zakonom. Prvi zakon je razglašen v 53. številki Uradnega lista FLRJ z dne 26. XII. 1956, druga dva zakona pa v 4. številki Uradnega lista FLRJ z dne 23. januarja 1957.

I.

Prvi zakon spreminja 25. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki, ki se glasi takole: »Tožbo zaradi ugotovitve očetovstva do nezakonskega otroka lahko vloži v 5 letih po otrokovem rojstvu v njegovem imenu mati, če izvršuje roditeljsko pravico, oz. skrbnik s privoljenjem skrbniškega organa, otrok pa v petih letih po svoji polnoletnosti«.

Zaradi tega predpisa se je zgodila marsikatera krivica. Nedavno je naša revija »Mladi svet« opisala krivico, ki se je zgodila 28-letni Mariji, nezakonski materi, ko je po poteku 5 let tožila šoferja Mata iz Srbije zaradi ugotovitve očetovstva in plačila preživnine za njunega otroka. Dasi je prvo sodišče »ugotovilo, da je Mate oče njenega otroka, in odredilo, da mora plačevati zanj 600.— din mesečne preživnine«, je višje sodišče ugodilo Matejevi pritožbi, češ da je

Marija prepozno vložila tožbo na ugotovitev očetovstva. Višje sodišče je namreč oprlo svojo odločbo na navedeni 25. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki, po katerem je mogla mati le v 5 letih po otrokovem rojstvu vložiti tožbo za ugotovitev očetovstva.

Krivičnost tega predpisa smo občutili zlasti pri nas v Sloveniji in na Hrvaškem, kjer smo že prej poznali ugotavljanje očetovstva s tožbo, ki pa ni bila takrat omejena z nobenim rokom. Zato so slovenski pravniki in del slovenske javnosti začeli borbo za spremembo tega zakonskega predpisa. V podkrepitev svojega stališča so zlasti navajali, da postavljeni rok ni v skladu z načelom o varstvu otrokovih interesov, z načelom, ki preveva vse naše rodbinsko pravo. Je namreč dosti primerov, ko nezakonski očetje obljublajo materi poroko in tudi še nekaj prispevajo k preživljanju. Zaradi tega žene v večini primerov niso zahtevale, da se ugotovi očetovstvo. Ko pa je minil 5-letni rok, je nezakonski oče zapustil ženo in je opustil tudi skrb za otroka. Nihče potem ni mogel uveljaviti očetovstva, razen otroka, vendar ta šele po svoji polnoletnosti. Očetovi prispevki k preživljanju pa so važni ravno v otrokovi mladosti, ne glede na to, da po otrokovi polnoletnosti tudi zbledijo dokazi, kolikor nekateri dokazi zaradi smrti matere ali kakšne druge priče sploh ne odpadejo.

Ta borba je bila kronana z uspehom, ker se spremenjeni 25. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki sedaj glasi takole: »Tožbo zaradi ugotovitve očetovstva do nezakonskega otroka lahko vloži v otrokovem imenu mati, dokler izvršuje roditeljsko pravico, oz. skrbnik s privoljenjem skrbniškega organa, otrok pa v 5 letih po svoji polnoletnosti«. S to spremembo tega člena je torej odpravljen 5-letni rok za vložitev očetovske tožbe, ki se sedaj dejansko lahko vloži do otrokovega 23. leta.

Z zakonom, s katerim je bil spremenjen 25. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki, pa je bilo istočasno določeno, da je mogoče vložiti očetovsko pravdo tudi v primerih, ko je že »bila izdana provnomočna odločba, s katero je bila tožba za ugotovitev očetovstva zavrnjena zato, ker je po prejšnjih predpisih potekel rok.« Po tem zakonskem določilu bo torej lahko Marija ponovno začela očetovsko pravdo, v kateri bo imela tem lažje stališče, ker je prvo sodišče že tako spoznalo Mata za očeta in mu prisodilo preživnino za otroka. Isto bodo lahko storile vse ostale nezakonske matere, ki se jim je zgodila ista krivica kot Mariji, ker so po preteku 5-letnega roka vložile očetovsko tožbo. Razen tega pa bodo lahko tožile na priznanje očetovstva tudi vse tiste nezakonske matere, ki doslej sploh niso sprožile očetovske pravde, ker jim je bilo to odsvetovano zaradi zakonskega predpisa, ki je določal, da je mogoče tako tožbo naperiti zoper nezakonskega očeta le v roku 5 let po otrokovem rojstvu.

In tu brez dvoma zopet čaka medicinske sestre na terenu pomembna socialna naloga, saj v svojem vsakdanjem delovnem področju gotovo poznajo primere nezakonskih otrok, pri katerih plačevanje preživnine še ni urejeno. Matere teh otrok morda niso vložile očetovske tožbe, ker so računale pač z dejstvom, da jim je zadevni rok potekel. S sedanjimi predpisi pa je to vprašanje pravično rešeno nezakonskim otrokom in njihovim materam v prid. In ravno medicinske sestre bodo v svojem poklicnem delu imele največ prilike, da te matere opozorijo na nove zakonske odredbe in jim jih obrazložijo, s tem pa obenem tudi pomagajo, da uveljavijo svoje pravice oziroma pravice otrok, rojenih izven zakonske zveze.

II.

Uvodni zakon o pravnem postopku določa, da neha veljati 26. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki takoj, ko začne veljati zakon o pravnem postopku. Ker določa isti zakon, da začne zakon o pravnem postopku veljati s 24. aprilom 1957, je bil s tem dnevem tudi odpravljen 26. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki.

Po tem členu se namreč postopek za ugotavljanje očetovstva, če nezakonski oče ugovarja, češ da je mati imela istočasno kot z njim opravka še z drugimi osebami, raztegne na vse te osebe in mora sodišče ugotoviti, katera od teh oseb je otrokov oče. Domnevni oče je s takim ugovorom večkrat hotel diskreditirati mater in jo prikazati moralno v kar najbolj temni luči. Nezakonski materi se je s tem godila krivica zlasti zato, ker v največ primerih to sploh ni bila resnica. V našem sodstvu je pri uporabi te odločbe postalo tudi sporno, ali je mogoče postopek raztegniti na več oseb tudi proti volji matere. Med sodišči ni bilo enotnosti o tem in so ena dovoljevala razširitev postopka le, če je mati pristala nanjo, druga sodišča pa so dovoljevala tako razširitev ne glede na materin pristanek in so postopek razširila po uradni dolžnosti, kot se temu pravi. Seveda pa se je v takih primerih zgodilo, da je mati izjavila, da z osebami, na katere je bil postopek razširjen, ni imela nobenega opravka. Če pa je imela mati res opravka istočasno z več moškimi, je sodišče le težko ugotovilo, kateri izmed njih je oče, in je v takih primerih otrok največkrat ostal brez očeta. Ker se torej v sodstvu ta določba ni obnesla in ker je zlasti za nezakonsko mater pomenila diskriminacijo, se je pri nas že dalj časa težilo za tem, da se ta določba Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki odpravi. To se je zgodilo z Uvodnim zakonom o pravnem postopku, ki v 7. čl. določa, da 26. čl. Temeljnega zakona o razmerju med starši in otroki neha veljati, kakor hitro začne veljati Zakon o pravnem postopku, torej s 24. aprilom 1957.

III.

1. Očetovske pravde so se do sedaj vodile pred okrajnim sodiščem. Po novem Zakonu o pravnem postopku pa je za očetovsko pravdo pristojno okrožno sodišče (28. čl.). Tako bo mogoče pri nas vlagati očetovske pravde le pri okrožnih sodiščih v Celju, Gorici, Kopru, Ljubljani, Mariboru in Novem mestu. Nekateri se bodo čudili tej odločbi, saj pomeni na prvi pogled otežkočenje pri uveljavljanju očetovskih pravn, ko bo nezakonska mati morala vložiti tako tožbo odslej pri okrožnem in ne več pri njej bližjem okrajnem sodišču. Vendar pa pomeni nova odločba nujno posledico izenačenja zakonskih in nezakonskih otrok. Za izpodbijanje zakonskega očetovstva je bilo že od nekdaj pristojno okrožno sodišče. Naša socialistična država, ki je odpravila razlike med zakonskimi in nezakonskimi otroki, je morala odpraviti tudi dosedanjo razliko v pristojnosti sodišč glede očetovskih pravn in pravn za izpodbijanje očetovstva. To je storil naš ljudski zakonodajalec, ko je v prvi vrsti drugega odstavka 28. člena zakona o pravnem postopku določil, da so okrožna sodišča pristojna, »da sodijo spore o ugotovitvi in izpodbijanju očetovstva«.

Po nadaljnji določbi 28. člena Zakona o pravnem postopku je okrožno sodišče pristojno tudi za spore »o zakonitem preživljanju zakonca ali o varstvu,

vzgoji ali preživljanju otrok, kadar se rešujejo skupaj s spori o ugotovitvi ali izpodbijanju očetovstva, o obstoju ali neobstoju, o veljavnosti ali neveljavnosti ali o razvezi zakonske zveze.« V glavnem je ta praksa obstajala tudi že do sedaj.

2. Na novo pa je določeno v 25. členu Zakona o pravnem postopku, da so okrajna sodišča pristojna za »spore o varstvu in vzgoji otrok, ki nastanejo po pravnomočnosti odločbe, s katero je bila zakonska zveza razvezana ali izrečena za neveljavno ali za neobstoječo«. S tem določilom je dokončno rešeno sporno vprašanje, ki ni bilo toliko sporno v naši republiki, kolikor v drugih republikah, namreč vprašanje, katero sodišče je pristojno odločati o dodelitvi otroka razvezanih zakoncev, če so se po pravnomočni razvezi zakonske zveze spremenile razmere in bi kazalo spremeniti odločbo o dodelitvi otroka, ki jo je ob ističasni razvezi zakonske zveze izdalo pristojno okrajno sodišče. Navedena odločba pomeni za razmere v Sloveniji novost, ker je od 24. aprila 1957 za spremembo odločbe o dodelitvi otroka, ki jo je izdalo okrajno sodišče ob razvezi zakonske zveze, pristojno okrajno sodišče in ne več kot doslej okrajno sodišče, ki je razvezalo zakonsko zvezo in ki je izdalo odločbo o dodelitvi otroka.

3. Zakon o pravnem postopku določa, da je za sojenje splošno krajevno pristojno sodišče, na katerega območju ima toženec svoje stalno prebivališče. Če toženec nima stalnega prebivališča, je splošno krajevno pristojno sodišče ono, na katerega območju ima toženec začasno prebivališče. Če ima toženec poleg stalnega prebivališča tudi začasno prebivališče, n. pr. študent, tedaj bo tožeča stranka lahko tožila pri sodišču, v katerega območju ima toženec bodisi stalno ali pa tudi le začasno prebivališče (čl. 41.).

Posebej je med drugim določena pristojnost v sporih za preživljanje, v zakonskih sporih in v sporih o ugotovitvi ali izpodbijanju očetovstva.

Tako se mora tožba za preživnino vložiti tako pri sodišču, na katerega območju ima toženec stalno prebivališče. Lahko pa se vložiti tudi pri sodišču, na katerega območju ima začasno prebivališče (45. čl.).

Tožba o obstoju ali neobstoju, o veljavnosti ali neveljavnosti ali o razvezi zakonske zveze se lahko vložiti:

a) pri sodišču splošne krajevne pristojnosti toženca, t. j. pri sodišču, na katerega območju ima svoje stalno ali začasno prebivališče;

b) pri sodišču, na katerega območju sta imela zakonca svoje zadnje skupno stalno prebivališče;

c) pri sodišču, na območju katerega ima tožnik stalno ali začasno prebivališče, če zakonca nista imela zadnjega skupnega stalnega prebivališča v Jugoslaviji in je eden od njiju jugoslovanski državljani, pa toženec nima niti stalnega niti začasnega prebivališča v Jugoslaviji, pač ga pa ima tožnik in

č) pri sodišču, ki ga določi Zvezno vrhovno sodišče, če niti tožnik nima stalnega oz. začasnega prebivališča v Jugoslaviji (47. čl.).

Zakon o pravnem postopku določa tudi, kdaj more jugoslovansko sodišče soditi v zakonskih stvareh tujih državljanov. Jugoslovansko sodišče more soditi v takih sporih le, če nacionalni zakon obeh zakoncev dopušča to pristojnost. Razen tega pa morata imeti oba inozemska zakonca ali toženec tudi svoje stalno prebivališče v Jugoslaviji. Če nacionalni zakon zakoncev ne dopušča pristojnosti jugoslovanskega sodišča, je to sodišče lahko pristojno za sojenje le tedaj, če imata oba zakonca stalno prebivališče v Jugoslaviji in če privolita, da jima sodi jugoslovansko sodišče (48. čl.).

Mladoletnik lahko vloži tožbo za ugotovitev ali izpodbijanje očetovstva pri:

- a) sodišču stalnega ali začasnega prebivališča toženca,
- b) sodišču, na katerega območju ima mladoletnik sam svoje stalno ali začasno prebivališče. Mladoletnik bo po polnoletnosti smel vložiti tako tožbo pri tem sodišču le, če toženec nima stalnega ali začasnega prebivališča v Jugoslaviji, sicer bo moral tožiti pri sodišču, v katerega območju bo imel toženec svoje stalno ali začasno prebivališče.

Za otroka jugoslovanskega državljana bo mogoče tožiti pri sodišču, na območju katerega ima stalno ali začasno prebivališče. Če pa nima prebivališča v Jugoslaviji, ga bo mogoče tožiti pri sodišču, na katerega območju ima tožnik stalno ali začasno prebivališče. Zvezno vrhovno sodišče pa bo določilo krajevno pristojno jugoslovansko sodišče, če nobena stranka nima stalnega ali začasnega prebivališča v Jugoslaviji, pa je ena od strank jugoslovanski državljan (49. čl.).

4. Zakon o pravnem postopku prinaša tudi pomembno novost v svojem 401. členu, ki določa, da je v postopku o zakonskih sporih javnost izključena. Po 412. členu pa velja načelo tajnosti razprav tudi za pravde o ugotavljanju in izpodbijanju očetovstva. Pri vseh teh obravnavah bo odslej javnost izključena in bo s tem vsekakor zajamčeno, da ostanejo intimnosti, ki se obravnavajo v takih pravdah, le med štirimi stenami razpravne dvorane.

Beležke

Priročnik za delo v dispanzerjih

Knjigo je v predelani obliki v slovenski izdaji založila Državna založba Ljubljana. Izšla je 1. 1956 in stane dinar. Avtorji so: dr. A. Mojić in dr. V. Lavriča, sodelovanju prof. dr. Vl. V. Čiča.*

Knjiga je smiselno delo, ki daje pregled o delovih vsebini prvega dela dispanzerjev.

Vsebini prvega dela dispanzerjev — daje podlago pravilnik »O ustanavljanju, organizaciji in delu dispanzerjev za žene«, ki je izšel l. 1949. V knjigi je podrobna razlaga številnih nalog dispanzerja, prostorov in notranje ureditve dispanzerjev za žene, delo in dolžnost medicinskega in tehničnega osebja, s ponatisom predpisanih formularjev pa daje informacijo o delu dispanzerjev.

* Na željo naročnic, predvsem medicinskih sester z oddaljenih terenov, priobčujemo beležke tudi o tisti strokovni literaturi, ki je izšla že pred leti. Tako bomo naročnice seznanili z vsemi knjigami, ki so po svoji vsebini še aktualne in jim lahko dobro služijo pri vsakdanjem delu. — Op. ur.

ora biti dokumentacija, evitika v dispanzerjih. Na kratko naj bo delo dispanzer-zdravstvenimi in socialnimi množičnimi organizacijami. Dispanzerji obravnavajo fiziološke spremembe v nosečnosti, letetiko v času nosečnosti, porodno dobo, kjer se zadržijo na higieni in dednosti razvojnih napak in nekaterih boleznih. Ob koncu razpravlja tudi o samohotnem in izzvanem splavu. Vsebino knjige dopolnjuje tudi nekaj zelo nazornih slik, tako da je knjiga zelo dobrodošla, kot že naslov pove, za delo v dispanzerjih za žene, v ustanovah, ki so pri nas šele na početku svojega razvoja.

Skrbimo za zdravje naših otrok in mladine.

Zveza prijateljev mladine je poskrbela za ponatis nekaterih referatov, resolucije in sklepov I. nacionalnega kongresa za

Mladoletnik lahko vloži tožbo za ugotovitev ali izpodbijanje očetovstva pri:

a) sodišču stalnega ali začasnega prebivališča toženca,

b) sodišču, na katerega območju ima mladoletnik sam svoje stalno ali začasno prebivališče. Mladol vložiti tako tožbo prebivališča v Jugoslaviji, sicer bo moral tožit svoje stalno ali začasno pr

Za otroka jugoslovansk močju katerega ima stalno v Jugoslaviji, ga bo mogoče stalno ali začasno prebivališ pristojno jugoslovansko sod prebivališča v Jugoslaviji, p

4. Zakon o pravnem j

401. členu, ki določa, da je

Po 412. členu pa velja načel

izpodbijanju očetovstva. Pri

in bo s tem vsekakor zajamčeno, da ostanejo intimnosti, ki se obravnavajo v takih pravdah, le med štirimi stenami razpravne dvorane.

pri sodišču, na ob- a nima prebivališča območju ima tožnik o določilo krajevno alnega ali začasnega i državljan (49. čl.). io novost v svojem javnost izključena. le o ugotavljanju in j javnost izključena

Beležke ob knjigah

Priročnik za delo v dispanzerju za žene.

Knjigo je v predelani in razširjeni slovenski izdaji založila Državna založba Slovenije l. 1956 in stane din 240.—. Spisala sta jo dr. A. Mojič in dr. F. Novak, ob sodelovanju prof. dr. Vl. Trampuža, doc. dr. Vita Lavriča in dr. Bogdana Tekavčiča.*

Knjiga je smiselno razdeljena v pet delov. Vsebini prvega dela — Dispanzer za žene — daje podlago pravilnik »O ustanavljanju, organizaciji in delu dispanzerjev za žene«, ki je izšel l. 1949. V knjigi je podrobna razlaga številnih nalog dispanzerja, prostorov in notranje ureditve dispanzerjev za žene, delo in dolžnost medicinskega in tehničnega osebja, s ponatisom predpisanih formularjev pa daje informa-

cije, kakšna mora biti dokumentacija, evidenca in statistika v dispanzerjih. Na kratko nakazuje, kakšno naj bo delo dispanzerja z drugimi zdravstvenimi in socialnimi ustanovami ter množičnimi organizacijami.

Ostala poglavja obravnavajo fiziološke in patološke spremembe v nosečnosti, higieno in dietetiko v času nosečnosti, porodno in poporodno dobo, kjer se zadrži tudi ob duševni higieni in dednosti razvojnih napak in nekaterih boleznih. Ob koncu razpravlja tudi o samohotnem in izzvanem splavu. Vsebino knjige dopolnjuje tudi nekaj zelo nazornih slik, tako da je knjiga zelo dobrodošla, kot že naslov pove, za delo v dispanzerjih za žene, v ustanovah, ki so pri nas šele na početku svojega razvoja.

Skrbimo za zdravje naših otrok in mladine.

Zveza prijateljev mladine je poskrbela za ponatis nekaterih referatov, resolucije in sklepov I. nacionalnega kongresa za

* Na željo naročnic, predvsem medicinskih sester z oddaljenih terenov, priobčujemo beležke tudi o tisti strokovni literaturi, ki je izšla že pred leti. Tako bomo naročnice seznanili z vsemi knjigami, ki so po svoji vsebini še aktualne in jim lahko dobro služijo pri vsakdanjem delu. — Op. ur.

zaščito otrok, ki je bil od 2. do 5. X. 1955 v Beogradu. Knjiga stane din 100.—

Tov. Vida Tomšič nakazuje v referatu »O svetih za vprašanje družine« naloge in delo teh svetov ter utemeljenost takega posebnega družbenega organa v sistemu naše oblasti, ki mora — tesno povezan z ljudmi in z drugimi področji državne uprave — predstavljati enotnost družbenih koristi in koristi posameznika ter mu pomagati k družinski sreči.

Razvoj zaščite otrok analizira referat tov. Marije Koš v povojnih letih do 1954. Avtorica prikazuje delo otroških ustanov (šolskih kuhinj, dečjih domov, mladinskih domov, jasli, zavetišč in zabavišč), skrb za sirote brez staršev in otroke padlih borcev, za mladino pod skrbništvom ter slednjič pomoč države družinam za vzdrževanje in vzgojo otrok. Ob koncu pa nakazuje probleme zaščite otrok v novem sistemu občin, ki naj bi s svojim osnovnim programom uveljavile politiko zaščite matere in otroka ob sodelovanju in podpori družbenih organizacij in ustanov.

Tov. dr. Zdenka Humar obravnava zdravstveno stanje in zdravstveno zaščito otrok v Sloveniji. Njen referat dokumentirajo številni statistični podatki iz dela zdravstvenih ustanov za zaščito matere in otroka v Sloveniji.

O »Vlogi in pomenu otroških ustanov v zdravstveni prosveti« razpravlja referat tov. Cite Bole (objavljen v našem glasilu 1. 1955, št. 3., str. 169—180). V njem nakazuje avtorica, da so otroške in materinske zdravstvene ustanove v prvi vrsti poklicane, da se lotijo ukrepov za boljši zdravstveni in higienski režim v družini. V referatu daje smernice, kakšno naj bo področje dela, in obravnava principe zdravstvenovzgojnega dela ter vzgojne metode in sredstva. Istčasno pa v referatu tudi že poroča o uspešnih in preizkušanih oblikah zdravstvenovzgojnega dela v ustanovah za zaščito matere in otroka.

Tov. Anica Dolenc pa govori v svojem referatu o ustanovah v predšolski

dobi, to so jasli za otroke do 3 let, otroški vrtci s hrano ali brez nje in otroška igrišča, ki skrbе za dopolnilno družinsko oskrbo in vzgojo otrok ter na ta način družino po svojih močeh nadomeščajo ali jo vsaj razbremenjujejo. Glede razvoja tovrstne zaščite otrok ugotavlja avtorica, da je prepočasen, enostranski in da zaostaja za družbenim napredkom. Takšno ustanovo bi moral dobiti vsak kraj, kjer je vsaj 30 otrok, ki bi jo obiskovali. Nadalje razpravlja o vzdrževanju, prostorih, opremi in kadru. Ob koncu apelira na družbene organizacije, ki se naj bi zavzele za te otroške ustanove.

Knjižica na koncu objavlja sklepe Sveta za zdravstvo in socialno politiko v pogledu zdravstvene zaščite otrok in mladine, ter resolucijo, ki je bila sprejeta na imenovanem kongresu.

Dr. M. Bedjanič: Infekcijske bolezni

Izšla je druga izdaja te knjige, ki stane v platno vezana din 1560.— Avtor uvodoma sam navaja, da je izredni napredek v stroki nakazal potrebo po novem učbeniku in odločitev za drugo izdajo.

Specialni del knjige deli snov, kot pravi avtor sam, iz povsem praktičnih razlogov, v poglavja: angina, akutni izpuščaji, infekcije centralnega živčevja, infekcije z značilno lokacijo na dihalih, črevesne kužne bolezni, rikecioze, virusni hepatitisi in ostale pomembnejše infekcijske bolezni. Uvod knjige govori o virulenci patogenih klic, o dispoziciji za okužbo in načinu okužbe ter kratko o kliničnem poteku infekcijske bolezni. Posebno, in sicer zadnje poglavje pa obravnava kemoterapijo s sulfamidi in antibiotiki.

»Vestnik«

ki izhaja v dvojnih številkah dvakrat letno, izdajata Svet za zdravstvo LRS in Svet za socialno varstvo. Na-ročnina je din 480.— V Vestniku ponatiskujeta ta dva republiška organa vse važne sklepe sej, pravilnike, spremembe in do-

polnila v upravljanju zdravstvene službe, razpise službenih mest in štipendij, razlage predpisov itd., tako da je glasilo zelo vreden informativno-poučni časopis za zdravstvene delavce, ker jih sproti seznanja z vsemi problemi, ki se tičejo zdravstvene službe. »Vestnik« izhaja že IV. leto. Opozarjamo na št. 3/4, ki je pravkar izšla.

»Mladi svet«

je revija za starše in vzgojitelje, ki jo izdajata Zveza prijateljev mladine in Pedagoško društvo LR Slovenije in izhaja zdaj VII. leto. Letna naročnina je din 350.—

Revija obravnava probleme o vzgoji šolskega in predšolskega otroka. Kolikor je zastopana zdravstvena tematika, je pisana v poljudno vzgojni obliki. Precej prostora je v reviji posvečenega rubriki »Pomenki s starši« z vprašanji, nasveti in odgovori. Opozarjamo na pred kratkim izšlo 6. letošnje številko.

»Naš otrok ni več otrok«

je najnovejša (9.) knjiga knjižnice, ki jo izdaja Zveza prijateljev mladine. Napisali so jo prof. Gustav Šilih, dr. Slava Lunaček in Helena Puhar. Cena din 140.—

Knjižica je pripomoček za razumevanje in vzgojo predpubertetnikov in pubertetnikov od 11.—14. leta. Pretežni del knjige, posvečen otrokovi duševnosti in vzgojnim nasvetom, je napisal prof. Gustav Šilih. V

svojih izvajanjih opozarja avtor na dejstvo, da je predpuberteta začetek nemirne razvojne dobe, ko se človek globoko telesno in duševno spreminja in začne močno uveljavljati svojo samostojnost. Zato je tudi vzgoja otroka v tej dobi veliko težja. Predpubertetnik potrebuje trdnega vodstva, ki pa ne sme biti nasilje. Smoter vzgoje je vedno isti, menjajo se le načini vzgoje in ti naj bodo: preprečevalna pozornost, ki pazljivo in dobrohotno spremlja njegov razvoj, ljubeče razumevanje, dosledna vztrajnost in potrpežljivost vzgojitelja.

O telesnem razvoju pubertetnika piše dr. Slava Lunaček, ki starše in učitelje seznanja z značilnim telesnim razvojem otroka v puberteti in kdaj je pri njem pričakovati posamezne telesne spremembe. Deli jih v primarne in sekundarne spolne značilnosti, ki se kažejo v razvoju in delovanju spolnih organov in žlez. Ob koncu daje navodila, kako naj starši pripravijo otroke na dogodke, da jim ob nepravilnem pojmovanju sprememb v telesu ne bodo oškodovale duševnega zdravja.

Vsebino prvih dveh poglavij dopolnjuje spolni pouk pred začetkom zorenja. To je ponatisk iz knjige »O spolni vzgoji«, ki jo je napisala Helena Puhar, in vsebuje navodila, kako naj starši pravilno pouče svojega otroka, ki se v tem času bliža pravi puberteti, da bo lažje zanj in za starše.

PRIZADEVANJE FAO ZA IZBOLJŠANJE PREHRANE ČLOVEŠTVA*

F. N.

Preskrbeti dobro, zdravo prehrano vsej človeški družini ni lahka naloga. Po navadi gledajo ljudje na rešitev tega problema vse preveč enostavno. Po njihovem mnenju se da rešiti ta zadeva kratko malo z zadostno proizvodnjo živil, z ureditvijo njih prevoza v potrebne kraje in pa s prodajo po nizkih cenah.

V praksi pa je problem veliko bolj zapleten, zlasti še, kadar je treba izboljšati prehrano zelo zaostalim deželam. Motili bi se, če bi mislili, da je v vsakem primeru dovolj, če samo zvišamo količino hrane, ki jo v nekem zemeljskem predelu že uživajo. Vemo, da so narodi, ki se (po kolikosti) obilno hranijo, a so kljub temu slabo prehranjeni, ker se zaradi slabih prehrambnih navad hranijo enolično, morda v glavnem z enim samim živilom. Takim narodom pomagamo le, če jih preusmerimo k uživanju živil visoke hranivosti. V prizadevanju, da si izboljšajo prehrano, se narodi vsega sveta lahko obračajo na FAO, na Svetovno zdravstveno organizacijo in še na druge organe pri Zvezi narodov.

Za izboljšanje ljudske prehrane lahko posamezna dežela ubere različna pota. Lahko osnuje oblastveni organ ali pa poseben inštitut, ki nato proučuje prehrano, vzgaja strokovnjake za vprašanja prehrane in zbere vse primerne ljudi, n. pr. iz vrst zdravstvene službe, ki bi se lahko pečali s problemi prehrane in s prehrambnimi navadami tistega naroda. Namesto tega inštituta lahko prevzame skrb za reševanje vse prehranjevalne problematike tudi kateri od organov javne uprave.

* FAO (Ford and Agriculture Organization of the UN = Organizacija Združenih narodov za prehrano in poljedelstvo).

Prehrambni program lahko obsega razne ukrepe. Tako n. pr. si prizadeva za izboljšanje preskrbe z glavnimi živili, za boljšo tehniko konserviranja, za prodajo živil po zmernih cenah in v prikupni obliki, za delitev dodatnih živil osebam, ki se morajo hraniti na svoj način, kot n. pr. matere in otroci, bolniki, stari ljudje itd. Prehrambni organ pa ima v svojem programu tudi prosvetljevanje in propagando za preoblikovanje prehrambnih navad naroda. Prosvetljevanje je težko delo, ki ne more pokazati uspehov preko noči, saj so navade običajno čvrsto zakoreninjene in vezane na stopnjo civilizacije, kar je treba primerno upoštevati. Ker je za uspešno prosvetljevanje neogibno potrebno globoko poznanje prehrambnih navad naroda, je prej nujno potrebno o prehrani podrobno anketiranje. Zato tudi strokovnjaki FAO, preden kje svetujejo določene ukrepe, vselej izvedejo poprej takšno anketo.

Razen tega FAO na raznih strokovnih sestankih, posvetih itd. seznanja vsako deželo z izkušnjami drugih dežel. Ne ostane pa le pri tem, ampak gre stvari še globlje do dna. Je namreč mnenja, da je moč prehrano že izboljšati, če bodo žene bolje gospodinje, če bodo znale bolje pripravljati in bolje kuhati živila, ki jih lahko dobe na domačem trgu. Zato je na sedežu FAO organiziran tudi oddelek, ki se peča s poučevanjem žena v sodobnem gospodinjstvu, v higieni doma, v domači kuhi, v pripravi in predelavi živil.

V marsikaterem predelu zemeljske oble se ljudje hranijo v glavnem z jedmi, pripravljenimi iz enega samega živila, n. pr. na srednjem Vzhodu iz riža. Strokovnjaki FAO si v takih primerih prizadevajo, da na kraju samem izoblikujejo prehrano, ki sicer upošteva dotedanje glavno živilo z njegovo prehrambno vrednostjo, obsega pa hkrati tudi druga živila, da se tako prepre-

čijo nevarne posledice, ki pretijo zdravju zaradi enostranske prehrane. Tako n. pr. v Burmaniji strokovnjak FAO v posebni vzorni kuhinji pripravlja hrano po teh smernicah.

V Indoneziji se država trudi, da bi zvišala delež beljakovin v ljudski prehrani. Prehrambni strokovnjak FAO daje državni upravi nasvete, s katerimi domačimi živili, bogatimi beljakovin, bi lahko dopolnili, qziroma uravnovesili ljudsko prehrano. Razen tega predava ta strokovnjak na raznih širših tečajih, posebej pa za sodelavce državnega inštituta za prehrano vodi tečaj za analizo užitnih beljakovin.

Prav tako si resno prizadevajo, da v prehrano indonezijskih otrok uvedejo sojino mleko. To mleko, ki je eden od proizvodov iz rastlin, bogatih z beljakovinami, bo morda že kmalu lahko nadomestek za kravje mleko, čeprav ne v celoti. Toda če pričeti poizkusi uspejo, bo prehrano indonezijskih otrok občutno obogatilo z beljakovinami.

Živila, ki jih je na trgu zadostne količine, so često tako draga, da so dejansko nedosegljiva, kar posebno občutijo tisti, ki jih najbolj potrebujejo. So dežele, kjer si ljudje ne morejo privoščiti »razkošja«, da bi se hranili zdravo in pravilno. Tudi tu je FAO že pomagal s svojimi strokovnimi nasveti. Ustanovili so cenene restavracije (Indija), deloma celo potujoče na vlakih.

Marsikje se zaradi nepravilnega, nestrokovnega vskladiščevanja, transporta ali predelave uničujejo velike količine za zdravo prehrano ustreznih živil. Drugod pa je s prosvetljevanjem ljudi potrebno na višjo raven dvigniti kmetijstvo ali pa prebivalstvo šele pridobiti za obdelovanje zemlje.

Prizadevanja FAO za izboljšanje prehrane so obsežna in mnogostranska. Vsa ta in še druge njene dejavnosti pa služijo istemu namenu: preskrbeti najbolj potrebnim dovolj zdrave hrane.

NA ŠVEDSKEM ŽE RAZMIŠLJAJO O TEM, KDAJ BODO LAHKO PRENEHALI Z MNOŽIČNIM BESEŽIRANJEM

Dr. M. Karlin

Po vsem svetu znani zagovornik besežiranja, švedski profesor dr. A. Wallgren, je pred nedavnim obravnaval to vprašanje takole:

Naravna odpornost (rezistentnost) proti tuberkulozi obstaja hkrati s specifično imunostjo. Medtem ko to lahko pridobimo le, če se poprej inficiramo s tuberkulozo, je prva prirojena, deloma tudi podedovana lastnost. Odpornost proti bacilom tuberkuloze je pri posameznih človeških rasah različna. Nadalje ima precejšnjo vlogo tudi starost, ker nas izkušnje uče, da so mlajši otroci manj odporni kakor šolski otroci in da ta odpornost proti puberteti zopet upada.

Kdor preboli primarno infekcijo, je nekako zaščiten proti novi okužbi z jetiko. To dejstvo je dalo Calmettu povod, da je začel razmišljati o cepivu BCG, ki pa je prvenstveno naperjeno proti primarni tuberkulozi in njenim komplikacijam (miliarni tuberkulozi, tuberkuloznemu meningitisu itd.). Temu nasproti pa se zdi, da specifična imunost, ki jo pridobimo z naravno infekcijo ali z besežiranjem, le malo vpliva na odpornost proti postprimarni pljučni tuberkulozi. Tudi si ne moremo misliti, da bi bila specifična imunost, ki jo umetno izzovemo z besežiranjem, močnejša od imunosti, ki jo daje naravna prva infekcija s tuberkulozo. Temu ustrezno je tudi upadanje obolevnosti in umrljivosti za tuberkulozo.

Manjšanje statističnih številok za morbidnost in mortalnost pri tuberkulozi v skandinavskih deželah, ki ga zanesljivo opazamo že od začetka našega stoletja, ima še naslednje važne vzroke: biološke faktorje, socialnohigienske pogoje, manjšanje izvira infekcije, zboljšanje zdravstvene vzgoje, dobra organizacija zatiranja jetike, zadostno število postelj po bolnišnicah za tuberkulozo in učinkovitejše možnosti zdravljenja.

Vrednost imunosti proti jetiki zaradi besežiranja se najbolj pokaže pri starostni skupini, ki ima majhno naravno odpornost in je okužba s tuberkulozo zvezana z večjim tveganjem, torej predvsem pri dojenčkih in malih otrocih, zlasti še v tuberkuloznem okolju. Zato meni **Wallgren**, da je množično besežiranje potrebno le v tistih deželah, ki imajo veliko obolevnost za tuberkulozo in kjer so majhni otroci v večji nevarnosti pred okužbo. (Žal je Jugoslavija med temi deželami še na zelo vidnem mestu. — Op. pis.)

Na Švedskem in v nekaterih drugih državah pa je od 1000 besežiranih le neka-ko sto ljudi v nevarnosti, da se bodo okužili v otroški dobi. Mimo tega pa pride do teh infekcij zvečine šele v tisti starostni dobi, ko tuberkuloza poteka ugodno. Zaradi tega jih od omenjenih sto ljudi le

četrtina oboli tako, da jih je treba zdraviti klinično. Pri množičnem besežiranju v teh deželah pa večina otrok ne more izkoristiti imunosti, ki jo je proti okužbi z jetiko pridobila z besežiranjem. Le-ti so bili torej po nepotrebnem cepljeni, zaradi česar so bili zaman tudi stroški in okolnosti, ki so v zvezi s takšno akcijo.

Zastran tega pravi **Wallgren**, da moramo začeti že razmišljati o tem, ali je na Švedskem množično besežiranje v takšnih okoliščinah sploh še potrebno. Zato priporoča pisec, da bi se odslej besežirale le še izbrane skupine prebivalstva (kjer je v bližini izvir okužbe, strežno osebje po bolnišnicah, študentje medicine, vojaki itd).

Kdaj bomo tudi v Jugoslaviji prišli do te stopnje, ko bomo o besežiranju lahko že tako govorili kakor **Wallgren** na Švedskem?