

Medicinska sestra na terenu mora biti široko razgledana in polivalentna medicinska delavka

Vida Tomšič

Iz razprave na širšem sestanku Društva medicinskih sester Slovenije dne 20. XI. 1955.

Zahvaljujem se vam za povabilo na vaš sestanek, zlasti ker je poklic medicinske sestre danes poklic, na katerega vsi gledamo z velikim spoštovanjem. Res je na tem področju še veliko težav in neurejenih vprašanj — tudi same ste jih navedle celo vrsto, vendar mislim, da ste jih obravnavale na način, ki kaže, da se v celoti zavedate svoje velike poklicne in družbene odgovornosti, da ste sposobne in pripravljene reševati vsa ta vprašanja.

V čem so težave v vašem delu? Deloma izvirajo iz dejstva, da je celotno zdravstvo pri nas še v stadiju organiziranja. Pri organizaciji zdravstvene službe pri nas upoštevamo več stvari, kot so: zdravstvena služba obsega borbo za ohranitev zdravja (preventivo) in ne samo zdravljenje bolnikov (kurativo); zdravstveno službo hočemo napraviti dostopno vsakomur; v okviru organizacije komun in zvez komun bodo zdravstvene ustanove poslovale samostojno s svojimi organi družbenega upravljanja. Upam, da bomo napravili zakoni, ki se glede tega pripravljajo, sedaj še nekaj odločilnih korakov v smeri popolne socializacije zdravstvene službe (zdravstveno zavarovanje kmečkega prebivalstva, ukinitvev privatne prakse in sl.). Ukinili smo že sedaj v naših zdravstvenih ustanovah vse, kar je pred vojsko delilo bolnike v tri bolniške razrede: na tiste, ki so imeli denar, in na tiste, ki so ga imeli manj ali ga niso imeli; na tiste, ki so šli v sanatorij in bili deležni najboljše oskrbe, in na tiste, katerim so padle z bogatinove mize zgolj drobtinice in so jim razna karitativna društva iz usmiljenja nudila zdravstveno pomoč. Res je proletariatu pred vojsko uspelo doseči, da se je uzakonilo nekaj zdravstvenega zavarovanja, vendar še daleč ne dovolj. Po vojni pa smo tudi v tem pogledu napravili preobrat. Odprli smo vrata bolnic delovnim ljudem. Za celo vrsto obolenj je zdravljenje brezplačno. Posebno sta zaščitena v zdravstveni negi mati in otrok. Poleg tega imamo obsežno zdravstveno in socialno zavarovanje, ki se širi vzporedno z rastočim številom delavcev in nameščencev, s tem pa tudi članov njihovih družin. Vse to je veliko breme za razmeroma majhno zmogljivost naših zdravstvenih ustanov. To vse je ogromen korak naprej, čeprav so pri tem dostikrat težave. V vašem poklicu pa se vrši še druga revolucija. Nadomestile ste redovnice, za katere se ne more reči, da bi ne bile večinoma tudi požrtvovalno vršile svojega dela — toda bile so sestavni del sistema, ki je delal razliko med bolniki po bogastvu in med tistimi, ki so molili in bili pripravljene podrediti se njihovi disciplini, ter onimi, ki so to odklanjali. To se pravi, izvajale so v najhujših trenutkih človekovega življenja pritisk nanj in često tudi na družino. Ve ste torej pionirke v tem, da bo naša zdravstvena služba vsakemu nudila vse, kar potrebuje, da bo vsak človek v tej zdravstveni službi občutil skrb, ki mu v socialistični družbi tudi gre.

Nekoliko me preseneča, ko je tovarišica prej govorila, da se bomo lahko v inozemstvu naučili ne toliko svoje stroke kot predvsem odnosa do bolnika.

Veseli me vaša ugotovitev, da strokovno ne zaostajamo. Kljub slabi dediščini iz preteklosti in trdim gmotnim razmeram je raven zdravstvenih storitev sodobna in v tem ne zaostajamo za inozemstvom. Kako je pa glede odnosa do človeka? Če se imamo tu kaj od drugih naučiti — prav je, naučimo se, važno pa je, da se obenem zavedamo, od kod naše pomanjkljivosti! Že prej sem poudarila, da smo pri nas, prav zaradi pravilnega odnosa do človeka, odprli vrata zdravstvenih ustanov na široko. Tako celo, da so ustanove premajhne, premalo jih je, zlasti premalo pa je zdravstvenih delavcev vseh vrst. V zdravstvenih ustanovah imamo preveč pacientov, zaradi česar se dogaja, da se delo odvija na tekočem traku in se zdravstveni delavci ne morejo poglobljati v posameznika. Tako da bi skoraj lahko rekli, čeprav se čudno sliši, da je preširoka skrb za človeka pri nas privedla do trenutno zmanjšane skrbi za posameznika. To je razlaga, zakaj je naš zdravstveni delavec preobremenjen. Tudi statistike kažejo, da odpade na posameznega zdravstvenega delavca preveč dela. Važno pa je, da vemo, v kakšno smer hočemo razvijati celotno skrb, in da se za to borimo. Vemo, da je pri bolniku, ki je na meji med življenjem in smrtjo, včasih ravno tako važna njegova volja do življenja kot terapija, to voljo pa lahko vliva okolje, v katerem se zdravi, to se pravi, važna je prijazna beseda in tisti skrbni način dela z bolnikom, ki mora postati del vaše narave. Od vašega poklica silno veliko terjamo in pričakujemo. Ta poklic ne sme poznati v svojih odnosih razlik, zatajiti mora svoja čustva in se posvetiti drugemu človeku. Zato moramo gledati, da čimprej tudi v naših razmerah individualno skrb za človeka napravimo za osrednji smisel in osnovno karakteristiko vsega dela, da postanemo v tem vzor in se tega ne bomo hodili učiti drugim.

Dobro je, če gredo ljudje v inozemstvo, ker to širi obzorje, ker vidimo, kako drugi delajo, ker se moramo vsi učiti tudi od drugih. Vendar — odhajajte tja s ponosno zavestjo, da prihajate iz dežele, ki sicer ni tako bogata, ima pa ogromno moralno vrednost, da gradimo sistem, v katerem je človek osrednja skrb. Ko občudujete materialna bogastva in institucije v inozemstvu, se malo spomnite na zgodovino. Naša zgodovina je težka, mi smo bili zaostala dežela, polkolonija, od koder so velike dežele prej črpale svoje dohodke in le z največjimi težavami smo se dvignili iz tega stanja. Sredstva za industrializacijo so velike zapadne kapitalistične države črpale iz izkoriščanja kolonij, iz izkoriščanja delavcev, zlasti pa otroškega in ženskega dela. Zavedati se moramo, da so naše slabosti od tod, ker smo pač bili nerazvita dežela, in da zato še nimamo vsega, kar bi hoteli imeti, da pa razvijamo industrializacijo, da razvijamo svoje gospodarstvo pod vodstvom delovnih ljudi samih, brez izkoriščanja človeka po človeku. Zaradi tega ima naša dežela takšen ugled ravno pri tistih deželah, ki so bile še včeraj tudi kolonije. Zdravstveni delavec v taki deželi je lahko še posebno vzor družbenega delavca, ker mora ob premagovanju gmotnih težav pokazati človeško toplino, ki jo tak sistem hoče človeku dati. Imamo obsežno socialno zakonodajo, tako široko, da jo le s težavo zmagujemo. V veliki meri je odvisno od vas, da ne bo ostala samo črka na papirju. Človek bo preko vas čutil, da je dobil družbeno zaščito in pomoč, ne kot usmiljenje, ampak kot pravico delovnega človeka, ki sam — kadar je zdrav — tudi daje od sebe vse.

Vaš poklic ima bogate tradicije revolucionarnega boja iz predaprilske Jugoslavije. Vaše tovarišice — medicinske sestre — so tudi v velikem številu

bile borke NOB. Po vojni je na vaših ramenih obviselo težko in odgovorno delo, zato s ponosom lahko nastopate kot državljanke Jugoslavije in izvrševalke svojega poklica.

Še nekaj besed o problemih in težavah, ki nastajajo v naši zdravstveni službi v zvezi z reorganizacijo občin in novo gospodarsko politiko. Predvsem so to prehodne težave. Pravilno bomo morali v občini organizirati vso zdravstveno in socialno skrb za človeka, v okraju pa določeno strokovno, inštruktor-sko in nadzorno službo. Kako bo vse to organizirano, o tem se še razpravlja. Mislim pa, da bi moralo biti vaše terensko delo organizirano in vezano na določene zdravstvene ustanove. Medicinska sestra na terenu bo prav v okviru občine lahko odločilno vplivala na pospeševanje zdravstvene službe. Zdravstvo, socialno skrbstvo in prosveta so tista področja skrbi za človeka, za razvijanje katerih bo najodločilnejša občina.

Občina je osnovna edinica proizvajalcev in potrošnikov in oni bodo tudi odločali o tem, da se trošijo sredstva za tisto, kar se jim zdi najvažnejše. Občani bodo seveda vezani na enotne zakone za vso Jugoslavijo, ampak v tem skupnem okviru bo odvisno od razgledanosti državljanov v občini, kako bodo trošili sredstva, ki jih bodo imeli na razpolago. Čitamo v časopisih, kako je v dosedanjem sistemu marsikateri delavski svet trošil sredstva, ki jih je imel na svobodno razpolaganje, v korist maloštevilnih članov kolektiva. Zgradil je moderno kegljišče, moderni bazen, park ali upravno zgradbo, kar vse še ni bilo tako nujno potrebno, skratka, trošili so denar za objekte, ki ne rečem, da niso za nič, pač pa niso danes za nas prvenstveno važni. V kraju n. pr., kjer so gradili kegljišče, se ljudje pritožujejo, da nimajo pekarnе. Kdo je o tem odločal? Sredstva so bila na svobodno razpolaganje, ampak če tisti, ki bi morali odločati, niso rekli da, pa tudi niso rekli ne! Treba je torej, da državljanom neprestano predočujemo, kje so neposredne naloge, da bodo s sredstvi, ki jih imajo, gospodarili pravilneje in skrbneje. Ne bodite nepravilno skromne, ko n. pr. postavljate predloge glede zaščite matere in otroka, glede preventivne sploh, saj so vse to družbeni problemi, ne samo stvar žensk in podobno. Očetov se nič manj ne tiče, kako je z njihovimi otroki. Vprašanja, kako živi otrok, kako je z materjo, kako z delovno ženo, so družbeni problemi. Medicinska sestra bo torej v svojem delu tudi prispevala velik delež k vzgoji državljanov, da bodo znali na zborih volivcev zahtevati, da bodo znali povedati, kako naj se trošijo sredstva. Medicinska sestra na terenu mora biti široko razgledana in polivalentna medicinska delavka, ki bo razumela, da se rešuje n. pr. zdravje otroka ne šele takrat, ko ga je že treba zdraviti, ampak že v boju za higieno, že z uvajanjem pravilne prehrane, z ustanavljanjem šolskih kuhinj, z raznovrstnimi otroškimi ustanovami predvsem za otroke zaposlenih mater itd. itd. Borba proti tuberkulozi se ne začne šele takrat, ko je nekdo že bolan, ampak zdavnaj prej itd. To se pravi, da bo sestra postala svetovalka državljanom in tudi organom za zaščito zdravstva v občini, kako naj trošijo svoja sredstva. To je posebno važno v zvezi z novo gospodarsko politiko.

Težave, ki ste jih tu navajale glede šol in drugega v zdravstvu, so deloma tudi posledica tega, da smo doslej vse svoje gospodarske zmogljivosti dajali za graditev težke industrije. Slovenija pri tem ni bila prav nič pri-krajšana, obratno; četudi tu navajate, da imajo n. pr. drugod lepe nove šole za medicinske sestre, v Sloveniji pa ne. V celoti so bile investicije v Sloveniji

nadpovprečne in — je bila deloma tudi naša stvar, stvar naše republike, če tega ali onega v zdravstvu, prosveti in slično nismo gradili. Poleg tega pa ne pozablajmo, da je bilo tudi na zdravstvenem področju ogromno storjenega, le da so potrebe prav zaradi naše obsežne zdravstvene zakonodaje neprimerno večje od možnosti.

Sedaj smo zgradili osnovne industrijske objekte, najnujnejše za naše gospodarstvo. Pri tem pa standard delovnih ljudi v mestu, delavcev in nameščencev ni rasel v isti meri, kot bi želeli. Zaposlovali smo vsako leto več delovne sile, potrošnega blaga, predvsem hrane, pa ni bilo sorazmerno več. Sedaj korenito spreminjamo ekonomsko politiko, ker smo dokončali industrijsko izgradnjo, sedaj moramo poskrbeti za boljši standard delovnih ljudi. Več sredstev bo usmerjenih za proizvodnjo potrošnih dobrin, denar bo tako dobil ceno, reševati bomo morali pa tudi več stvari, ki so v zvezi s standardom, in to so tudi zdravstveni problemi. To pa ne pomeni v prvi vrsti samo kurativo, ampak tudi preventivo v najširšem pomenu besede, pomeni torej zdravstveno-prosvetno delo in boj za zdrava stanovanja, otroške ustanove, izboljšanje prehrane itd. Treba bo učiti našega človeka tudi racionalneje trošiti, kar ima in kar bo dobil. Medicinska sestra, ki ima dnevno osebni stik z ljudmi, ki dnevno prihaja do vseh problemov, je lahko eden tistih osnovnih činiteljev, ki bo človeka učil čuvati svoje zdravje in mu pokazal, da je to v njegovih rokah. Ni to delo v starem smislu, ko je morala zdravstvena ali socialna delavka tolažiti in prositi miloščine za svoje varovance. Veliko težav ni v revščini ljudi, ampak predvsem v neznanju. Naučiti moramo ljudi, da bodo res gospodarji svoje sreče. V občini bodo fondi za zdravstvo, za preventivo predvsem, in če jih ne bomo znali uporabljati, se bodo raztresli, če pa bodo ljudje vedeli, kako jih trošiti, bodo koristno potrošeni, sestra pa bo morala pomagati z načrti. Sredstva v prihodnjem letu ne bodo velika, bodo se pa iz leta v leto večala. Mislim, da bi morala vsaka občina imeti svet za pomoč družini, za vsa vprašanja, ki zadevajo družino. To ni samo skrbstvo itd., ampak tudi, recimo, boj proti alkoholizmu, skrb za zdravega otroka, potem vzgoja, posvetovalnice za mlade fante in dekleta, za zakonce in še marsikaj drugega. V svetih bodo zbrani državljani, ki bodo predlagali občini razne ukrepe, če bodo potrebni. S temi sveti in tudi z družbenimi organizacijami naj ima sestra zvezo in jih opozarja na probleme in s tem izboljšuje zdravstveno stanje in splošni standard naših državljanov. Ne bomo mogli takoj iti na velike in drage novogradnje za zdravstvo, čeprav so nam mnoge potrebne in jih bomo kasneje morali začeti graditi, kot n. pr. nove klinične bolnice itd. S pravilno orientacijo naših sil in sredstev na preventivo bomo z manjšimi sredstvi dosegali velike učinke. Z dajanjem sredstev za preventivo pa do neke meje zmanjšujemo tudi potrebe kurative. Seveda ni treba nikakega boja med kurativo in preventivo, ampak treba je delati in orientirati se obenem na preventivo. Tisto, česar nam primanjkuje, je razumevanje, da se z majhnimi sredstvi lahko učvrščuje in ohranja zdravje in sreča ljudem in veliko bogastvo naroda. To pa je tudi osnovna naloga medicinske sestre. Zato je važno, da si tam, kjer vas še ne poznajo, pridobite zaupanje in ugled. Zavedati se pa morate, da ne rešujete vseh stvari sami, ampak da ste družbeni delavci v socialistični državi, ki se gradi za človeka, v državi, ki daje in bo v bodočnosti dajala še več sredstev za pospeševanje zdravstva. Pri tem vašem plemenitem delu vam želim obilo uspeha!

Delo Rdečega križa na terenu

Dr. Marijan Ahčin

Za organizacijo ni odločilno, koliko ima članov in koliko nabere članarine. Predvsem je važno, koliko so člani aktivni in v kolikšni meri znajo mobilizirati prebivalstvo na terenu za določeno konkretno delo, vendar ne kampanjsko, ampak sistematično, tako da prehajajo postopoma od enostavnih nalog do vedno bolj zapletenih, ki jih pred nas postavlja realno življenje, konkretne razmere, v katerih živimo.

Ne gre torej samo za to — čeprav je tudi to važno — da z različnimi predavanji opravljamo zdravstveno prosvetne naloge, ki jih ima RK v svojem programu, torej kulturno vzgojno delo v besedi, s filmi, razstavami in podobnimi sredstvi. Na ta način sicer pomagamo ljudem, da bi laže in hitreje opustili stare ukoreninjene navade in razvade, ker jim prikažemo njih škodljivost za zdravje in končno tudi za gospodarstvo. Kajti v celoti prav ti ostanki preteklosti v veliki meri zavirajo hitrejši razvoj socializma in povzročajo ogromno materialno in zdravstveno škodo, kar je oboje med seboj tesno povezano. Toda če hočemo boleznih preprečiti, utrditi zdravje ljudi, skrbeti za telesno in duševno zdrav in krepak naraščaj, ki bo porok za boljše bodočnost našega ljudstva — za kar se bori vse človeštvo — potem moramo odpraviti vzroke, ki slabijo zdravje in pospešujejo obolevanje.

Ta dejavnost pa je zelo konkretna, zelo prijemljiva. Treba jo je le izvajati vsak čas in ljudi zanjo praktično usposobiti, vzgojiti.

Tega dela ne morejo opraviti samo zdravstveni zavodi ali, če hočete, upravna zdravstvena služba. Njeno delo bo sicer toliko bolj uspešno in obsežno, kolikor boljša bo mreža zdravstvenih zavodov in kolikor bolj bo to delo usmerjeno na utrjevanje zdravja in preprečevanje bolezni. Za večji in trajnejši uspeh je nujno potrebno, da v tej smeri sodeluje zavestno in organizirano vse ljudstvo, podprto v svojih prizadevanjih od ljudi, ki jih mora za to usposobiti in organizirati RK ob strokovni pomoči zdravstvenih in drugih strokovnjakov - vzgojiteljev, socialnih delavcev, agronomov itd. Od strokovnjakov naj prejemajo spodbude, napotila in nasvete, hkrati pa bodo z njimi izmenjavali svoje izkušnje in opazovanja pri delu. Tudi ljudstvo jih bo opozorilo na razne pojave in iskalo pri njih nasvete. V takem vzajemnem delu, vzajemnem naporu ljudstva in strokovnega osebja, v vzajemno organizirani dejavnosti se bo kulturna raven naglo dvigala, obolevnost in smrtnost pa bosta vedno bolj opadali. Da je to res tako, da je ta pot, ki smo jo ubrali, pravilna, dokazujejo že dosedanji uspehi, ki zares niso majhni. (Naj jih omenimo samo nekaj: male asanacije, redni zdravstveni tečaji za podeželsko mladino, šolske kuhinje, pomoč materi in otroku v najbolj ogroženih predelih, brezplačno dajanje krvi za transfuzijo itd.) Lahko pa bi bili še večji, če bi bili znali izkoristiti vse sile, ki jih imamo, in vse pogoje, ki jih ustvarjajo naši družbeni odnosi, in če bi bili našli in sproti iskali pravih metod dela. No, vsi se učimo in v delu iščemo nadaljnjih poti, napake pa so nam v uk, če se z njimi ne pomirimo. V tem obsežnem delu, v reševanju zelo zapletenih nalog, RK pač nima tradicije iz predaprilske dobe. Na novo si utiramo pot. Zato so ti uspehi, doseženi v sorazmerno kratkem času, toliko več vredni. Vendar smo že toliko napredovali, da lahko temeljito analiziramo našo dejavnost, da odkrijemo slabosti v našem delu in jih odpra-

vimo. (K temu nas sili tudi naš nagli družbeni razvoj in vedno večja demokratizacija, konkretno nadaljnja decentralizacija v smeri ljudskega samoupravljanja na področju zdravstva v bodočih komunah.)

Mislim, da lahko trdimo, da so nekatere naše akcije še vedno kampanjske ali da imajo vsaj v znatni meri tak značaj, ker delo po prvem zaletu bodisi preneha ali pa vsaj močno zvodeni, namesto da bi ga nadaljevali sistematično in vztrajno. Tako smo n. pr. z intervencijami v primerih visoke ali celo katastrofalne smrtnosti dojenčkov dosegli res zavidljive uspehe, saj smo smrtnost naglo znižali za več kot 50 %. Vendar pa se vprašajmo, koliko smo smotrno nadaljevali delo za dvig higienske ravni v okolici otroka in matere? Prav tako ob priliki epidemij, zlasti črevesnih nalezljivih bolezni. Naši aktivisti so ob takih priložnostih pokazali veliko vnemo in požrtvovalnost in to je rodilo tudi primerne uspehe. Toda kaj smo storili, če ni bilo epidemije? Ali če vzamemo naše zdravstvene tečaje za podeželsko mladino. Nedvomno udeležinke pridobljeno znanje s pridom uporabljajo na svojem domu, kot bodočim materam jim bo zelo koristilo in s tem tudi bodočemu rodu. Ali pa one posredujejo svoje znanje iz zdravstva, higijene tudi svoji okolici z nasveti in s praktično pomočjo oziroma podukom na vasi, v tovarni itd.? Lahko trdimo, da še v prav majhni meri, vsekakor v mnogo manjši, kot bi bilo želeli in kakor bi bilo tudi mogoče.

Vendar ta ugotovitev ne pomeni očitka našemu aktivu, ki se je vedno izkazal, kadar smo ga poklicali na delo, niti našim odborom, ki se prav tako trudijo in prizadevno skušajo reševati številne zapletene probleme, pri tem pa se borijo še z objektivnimi težavami. Toda med obema je do neke mere pretrgana stalna povezava. V tem je eden glavnih vzrokov, da naše delo ne napreduje hitreje.

Po drugi strani pomoč zdravstvenega kadra odborom Rdečega križa ni zadovoljiva. Tako na primer, kar zadeva pomoč v realni analizi razmer na območju odbora Rdečega križa, v nasvetih za konkretno akcijo in kako naj bi se izvedla; ne mislimo pri tem samo na akcije zaradi neposredne nuje, marveč — to je treba posebej poudariti — tudi na delo z daljšo perspektivo, če nočemo ostati ali postati prakticisti.

Najbolj potrebno pa se nam zdi, da bi se aktiv Rdečega križa povezal z zdravstvenimi delavci, zlasti še z medicinskimi sestrami v patronažni službi, babicami in sanitarnimi tehniki. Rdeči križ ima na desettisoče mladine in žena, šolanih v zdravstvenih tečajih, ki pomenijo armado zdravstvenih pionirjev na terenu. Pod vodstvom strokovnega kadra bi lahko ogromno prispevala k hitrejšemu dvigu higiensko kulturne ravni našega ljudstva in prav v tem je njen izredni pomen. V resnici imamo veliko večjo množico zdravstvenih delavcev in veliko večje možnosti, kot si mislimo, le da tega nismo znali izkoristiti. Nismo znali te armade pravilno vključiti v delo in poskrbeti za njeno nadaljnje usposabljanje in izpopolnjevanje. V tem je osebni faktor za delo Rdečega križa na terenu požrtvovalen in delaven. Treba ga je le vključiti v delo.

Kadar govorimo o zdravstvu in zdravstvenih problemih, navadno mislimo na naše zdravstvene zavode, bolnice, zdravilišča, ambulante in na problematiko, ki se vrti okoli teh zavodov, njihovih materialnih potreb, njihovih poročil in statističnih podatkov. K temu se pridružujejo razprave o pojavih v naših delovnih kolektivih, pa smo v glavnem opravili. Isto lahko ugotovimo, kadar je govor

o tem, kako naj bi se razvila zdravstvena služba v bodoče; do ambulanse in lekarniške postaje še pridemo, dalje pa ne. Kaj bi bilo treba storiti na terenu samem, da se bodo razmere izboljšale, da se bo znižala obolevnost in še vedno visoka in prerana smrtnost; kaj bi bilo treba ukreniti za utrditev zdravja, o tem pa sorazmerno malo razmišljamo. To je zelo splošen pojav ne samo pri laikih, temveč v veliki meri tudi pri zdravstvenem osebju. Zato se ne smemo čuditi, da so podobno usmerjeni tudi organi družbenega upravljanja in naši sveti. Taka dejavnost ima svojo tradicijo in je enostavnejša, na splošno bližja človeku. Zato se tudi v naši zavesti kaže predvsem skrb za obolelega človeka, torej za že nastalo škodo, ki so jo povzročili več ali manj znani vzroki, in za to, kako bi škodo popravili, torej skrb za zdravljenje. Iz tega nujno sledi, da smo v zvezi z zdravstvenimi vprašanji vajeni misliti na milijone in milijarde, in če teh ni, no ja, potem se pač ne da nič napraviti. Tedaj se vdajamo malodušju, se pasiviziramo in prenašamo svoje malodušje tudi na teren.

Pri vsem tem pa pozabljamo, da se zdravstvena vprašanja, zlasti tista, ki zadevajo dvig zdravstvene in higienske ravni, ne rešujejo — ali vsaj v zelo majhni meri — v zdravstvenih zavodih (čeprav so nam ti nujno potrebni), pač pa na terenu samem, na vasi, v tovarni, v mestu, torej povsod tam, kjer okolje ali neprimeren način življenja lahko vplivata na človeka. Zato morata biti naša pozornost in dejavnost usmerjeni na odpravljanje vzrokov obolevnosti in smrtnosti, zlasti pa na utrjevanje človekovega zdravja. To utrjevanje se pričinja pri otroku ali še bolje že pri nosečnici, ki pomeni za nastajajoče bitje prvo okolje, od katerega bo odvisen pravilen razvoj v materinem telesu in v veliki meri tudi kasneje po porodu. Številni vzroki obolevanja in prezgodnje smrtnosti izvirajo iz zgodovinsko pogojene zaostalosti, premajhne zdravstvene prosvetljenosti in nizke splošne izobrazbe, skratka iz materialne in kulturne bede, kar ima za posledico nizko vrednotenje človeka in njegovega dostojanstva. Kam dovede podcenjevanje človeka in njegovih vrednot, smo doživeli v nacifašizmu in njegovih grozodejstvih. Zato se danes vse napredne sile trudijo, da bi čimprej odpravili te vzroke in čim hitreje dvignili človeštvo iz zaostalosti. Prav to je osnovna naloga Rdečega križa, tako mednarodne organizacije kakor tudi v njej včlanjenih nacionalnih organizacij, ki to idejo realizirajo po svojem članstvu in odborih. Toda vsa neposredna dejavnost je na terenu, kjer žive naši prostovoljni aktivisti. Tam je problematika, tam je konkretno delo; od občinskega do glavnega ali celo centralnega odbora pa se problematika vedno bolj posplošuje.

Ob teh splošnih ugotovitvah pa moramo posebej poudariti, da teza o pomanjkanju sredstev na splošno ne drži, da se je treba proti njej odločno boriti, ker nas hromi, povzroča malodušje in zavira hitrejši napredek v higieni in kulturi. Ta teza je v bistvu odpor proti napredku. Nasprotno je res — in o tem se lahko vsak dan prepričamo — da raznim bolezenskim pojavom in prezgodnji smrtnosti ni vzrok pomanjkanje materialnih sredstev. Materialna sredstva so, vendar jih bodisi sploh ne znamo uporabiti ali pa jih ne znamo pravilno uporabiti, pogosto pa oboje. Prečesto jih uporabljamo za manj važne stvari in potem jih zmanjka za nujno izboljšanje življenjske higienske ravni. Gre torej predvsem za neznanje, slabo prosvetljenost, čeprav imamo dokaze, da se pri ljudeh že oblikuje zdrava zavest, da zaostali način življenja ni pravilen, le da si ne znajo pomagati. To je torej osnovni člen v verigi in tu bomo morali zastaviti delo. To je zdravstveno prosvetljevanje, zdravstvena vzgoja ljudstva

o osebni higieni in higieni okolja, v katerem živi. Torej ne neka splošna, temveč zelo prijemljiva zdravstvena prosveta, ki upošteva zgodovinski razvoj določenega območja, konkretne navade in razvade, dane možnosti in stopnjo oblikovane zdravstvene zavesti. Potemtakem ne samo neko prosvetarjenje v besedah, temveč zelo praktično delo z nazornimi sredstvi, s filmi, diapozitivi in slikami, ki jih bodo razumeli ljudje na vasi, v tovarni in mestu. Tako nam ne bo treba prikazovati in tudi ne bomo prikazovali standarda, ki ga največkrat niti povprečna meščanska družina ne zmore — kar na žalost še vedno delamo. V zaostali vasi bo treba začeti z osnovami higiene, pri osebni čistoči in snagi pogosto zelo zanemarjenega stanovanja, kuhinje, dvorca. Kjer pa je življenjska raven višja, bomo tam nadaljevali. O tem, kako in kaj se bo delalo v določenih razmerah, pa lahko presojata in odločata samo aktiv in odbor Rdečega križa tistega območja. Iz nekkih centrov, okrajnih ali republiških, se to ne dà. Od tam morajo prihajati splošna navodila, kaj več pa že skoro ni mogoče, razen morda v posebnih primerih neposredna pomoč pri določenih nalogah.

Danes vsaj do neke mere opažamo tako dejavnost na deželi in to je uspeh zdravstveno prosvetnih tečajev ženske mladine. Dobri rezultati se kažejo zlasti po domovih tečajnic, ponekod več, drugje manj. Vendar ta dejavnost še ni smotrno organizirana, zato so se porazgubili najbolj poklicani sodelavci, ves trud in vložena sredstva pa so ostala brez pravega haska. Nismo jih znali vključiti v delo in jih voditi, največkrat prav tam, kjer bi bili najbolj potrebni.

Kljub temu pa lahko trdimo, da je pot pravilna in da bo treba samo izboljšati metodo dela in pritegniti v tečaje tudi starejša dekleta, ki jih doslej niso obiskovala ali pa so stala ob strani. Pozabili smo tudi na žene, posebno mlajše, ki bi jih na podlagi prostovoljnosti lahko vključili v tečaje.

Seveda pa je in ostane najvažnejša zdravstveno prosvetna vzgoja otrok doma in v šoli. Otroka bi morali že od prvega razreda dalje sistematično poučevati o vseh vprašanih higiene človeka in njegove okolice, mu nazorno prikazovati vpliv okolja na zdravje in razvoj ter prilagoditi pouk o teh stvareh v vseh razredih njegovemu intelektualnemu in duševnemu razvoju. Kakor je težka, je vendar potrebna ugotovitev, da smo v tem pogledu še na zelo nizki stopnji, da so naši učni programi prava podoba miselnosti, ki se trdovratno podreja zakonom vztrajnosti. Vsega mogočega se otrok nauči o daljnih rekah in gorah, o luni in ne vem kaj še vse, kako negovati zobe ali rane, da se prej zacelijo, kako je potrebna čistoča pri hrani, priboru, v domu, o vsem tem pa bore malo, največkrat pa nič, čeprav je otrok sam sebi najbližji. Pogosto niti o potrebni snagi šolskega prostora nič ne sliši, da ne govorimo o drugih rečeh. Zato je razveseljivo, da imamo na terenu zdravstveno prosvetne delavce, ki mimo oficialnega učnega programa na lastno pobudo poučujejo otroka o tem. Ali ne bi kazalo, da bi odbori Rdečega križa to podprli, da bi to postalo splošno pravilo in sestavni del pouka, pa čeprav še izven programa? Na ta način bi lahko opravili ogromno delo, ki ga mora danes nadoknaditi RK, in uspehi bi bili tem večji, ker bi po otrocih lahko vplivali na starše. Tudi za to imamo dokaze. Uspehi so zelo lepi, vendar ne po zaslugi zdravstvene službe, temveč zaradi razumevanja in iznajdljivosti skromne učiteljice v zakotni vasi. Prepričan sem, da je takih primerov več in če bi jim pri tem delu pomagali, bi jih našli še mnogo več. Vredno je, da se odbori RK na terenu za to zanimajo in ta prizadevanja podprejo, zdravstveno osebje — zlasti medicinske sestre —

pa vključijo zaradi strokovne pomoči učiteljstvu. Če že zakon vztrajnosti ne bo tako kmalu nehal delovati, bomo morali pač mimo njega doseči, kar je nujno potrebno in življenjsko in kar zahteva naš družbeni razvoj. To ne velja samo za naše osnovne šole, temveč tudi za srednje in strokovne šole.

Tudi zdravstveni zavodi bi lahko v dosti večji meri kot doslej postali žarišča higienske kulture, saj gre skozi naše bolnice in ambulante vsako leto na stotisoče ljudi. Uradna zdravstvena služba ne more sama reševati problematike. Sveti za zdravstvo vodijo določeno zdravstveno politiko z daljšo perspektivo, na podlagi poročil in analiz izdajajo razna priporočila in napotke, kaj dosti več pa že ne morejo. V zdravstvenih zavodih pa se po bolezenskih primerih in njih pogostnosti odkriva živa problematika, na katero bi morali opozarjati Svete za zdravstvo in organe družbenega upravljanja, v določenih primerih pa tudi že ustrezno ukrepati, n. pr. z zaščitnimi cepljenji in podobnim.

Prav v dobi, ko se s formiranjem komun pogloblja demokracija in decentralizacija, ko prehajamo tudi v zdravstvu — na tem področju še najlaže, ker je ljudstvu najbližje — na ljudsko samoupravljanje, je za organizacijo RK prva in najvažnejša naloga, da se utrdijo njeni odbori na terenu, v mestu, na vasi, pa tudi v zadnjem zaselku, in da poskrbi za to, da bodo v odbore izvoljeni ljudje, ki imajo smisel za te probleme in so voljni delati. Na vasi, v kolektivih, na mestnih terenih bo treba organizirati naše aktivne ter nje vključiti v sistematično delo, njihove predstavnike pa v odbore RK. S tem bomo dosegli dobro povezavo med odborom in aktivom, kar bo delu samo koristilo. Pri tem pa ne gre za neko »utrjevanje«
odborov samo zaradi utrjevanja. Odbore je treba utrditi in povezati z njimi naše aktivne na podlagi zelo konkretnih nalog, ki so na določenem terenu najbolj pereče. Tako bomo lahko pridobili ljudi za prostovoljno delo, ker bodo razumeli, da je to v njihovo lastno korist.

Pogosto slišimo — to je postala že običajna fraza — očitke vaških odborom, češ da niso delavni, da ne nudijo prave pomoči aktivom pri raznih akcijah, da vse čaka na direktive od zgoraj in podobno. Verjetno so tudi tu vzroki osebnega značaja, t. j. da izbira odbornikov iz pravkar omenjenih razlogov ni vedno najboljša. Izkušnje kažejo, da tudi ni vsa krivda vedno na odborih. Vprašajmo se, ali odbori in aktivni sploh vedo, kaj naj delajo, razen da zbirajo člane, pobirajo članarino in od časa do časa sprejmejo kakšno okrožnico z zelo splošno vsebino? Zakaj so ponekod vaški odbori kar odmrli (za kar okrajni odbor niti ne ve) in zakaj se nam je aktiv ponekod porazgubil, da ga ni čutiti in seveda tudi ne organizacije Rdečega križa? Ali smo jim kdaj pomagali in jim nakazali preprosto in prijemljivo, kakšni so problemi na njihovem območju, kakšne konkretne naloge bi bilo treba reševati in na kakšen način, ne da bi čakali na direktive od zgoraj? Mislim, da mirno lahko odgovorimo: nismo. Z lahkoto in nepremišljeno valimo krivdo nanje, vendar pa smo v veliki meri krivi sami, tako okrajni odbori kakor tudi glavni odbor. Taki neutemeljeni očitki lahko demobilizirajo ljudi na terenu, zlasti če vemo, da delajo prostovoljno in da so v resnici voljni delati. Ne pozabimo, da preprost človek rad sprejema nasvete in si želi, da bi ga poučili v primerni, preprosti obliki in v tonu, iz katerega čuti dobroželjnost svetovalca. Kot rečeno, tudi marsikje vidi, kaj ni prav, pa ne najde izhoda, se v tej ogromni in zapleteni problematiki kratko in malo ne znajde, četudi se ta ravno na terenu zelo konkretno razpleta. Saj, zgodovinsko gledano, do nedavnega ni imel niti priložnosti niti možnosti, da bi sodeloval na tem področju družbene dejavnosti — v zdravstvu, ker je

bila to izključno domena protiljudske oblasti. Ta pa že zaradi svojega protiljudskega bistva ni mogla trpeti nobene dejavnosti v smislu ljudske samouprave. Na drugi strani pa to ni bilo po volji zdravništvu, ker bi ogrožalo zasebno prakso, črpanje dohodkov iz človeške bede. Le-to protislovje postaja danes vse bolj očitno.

V prvih povojnih letih je bilo zaradi velike bede in razdejanj, ki jih je zapustila vojna, težišče dela na karitativnosti. To je bila zelo preprosta naloga. Saj je šlo v glavnem le za to, kako bi pravilno in pravično razdelili materialna sredstva, ki smo jih v ta namen prejeli. In odbori na vasi so delali. Kakor hitro pa smo prenehali z dodeljevanjem materialne pomoči in začeli prehajati na aktivno reševanje bede, na zdravstveno dejavnost, so se odbori naenkrat znašli pred novimi, težkimi nalogami in večidel brez pomoči. Tedaj smo lahko večkrat slišali, da odbori ne delajo, da število članstva pada in podobno. Res je, da smo v naših večjih listih lahko brali, kakšne so naloge RK. Toda to je bilo nakazano v zelo splošnih obrisih in niti to ni prodrlo v našo vas. Še danes marsikje — pa ne samo na vasi — lahko ugotovimo, da ljudje ne vedo, kaj naj pravzaprav dela RK, so pa pripravljene biti člani in pomagati pri reševanju konkretnih nalog. Zato bo izzvenelo zelo prazno, če bomo samo »utrjevali« odbore, ne da bi jim hkrati povedali, kakšno je njihovo konkretno delo na terenu. Samo tako bomo pridobili ljudi za to družbeno dejavnost, hkrati pa se bodo čutili odgovorne svojim volivcem, da bodo izpolnjevali naloge, ki so jim jih poverili.

K temu lahko največ pripomorejo naši zdravstveni aktivni na terenu, ki jim RK v zdravstveno prosvetnih tečajih posreduje potrebno znanje. Aktivni RK bi morali biti povezani med seboj in s svojim vaškim odborom, ki bi lahko usmerjal njihovo delo po določenem programu in s svojim zgledom dajal vsemu prebivalstvu pobudo za zvišanje higienske ravni na vasi. Znanje, ki so ga pridobili v tečajih, ni namenjeno samo njim, ampak bi ga morali posredovati vsem vaščanom. To naj bi opravili v obliki razgovorov, z branjem zdravstveno prosvetnih brošur v krožkih in s tem, da bi o prebranih temah razpravljali, hkrati pa praktično pokazali, kaj so se v tečajih naučili. Menda ne bo težav s tem, da bi imel občinski odbor zbirko slik o najvažnejših temah in drugo gradivo, ki nazorno obravnava posamezne probleme higiene. Vse to naj bi krožilo po vaseh v pomoč aktivom. Prepričan sem, da bi se dale izdelati slike, razumljive in poceni, hkrati pa prilagojene terenskim razmeram.

Tako bi dobili s terena tudi zelo koristne pobude za izdajo najbolj potrebnih brošur in nazornih sredstev, medtem ko delamo sedaj navadno obratno: potrebe presojamo od zgoraj navzdol in ker ne prihaja kritika s terena, ni jasno, koliko izdano berivo ustreza po vsebini, obliki in temi. To bo moralo postati pravilo. Je že res, da bodo za nekatere teme, kot n. pr. za raka, alkoholizem itd. potrebna priporočila tudi od zgoraj, torej v primerih, ko je treba opozoriti na posebne probleme, ali ob posebnih priložnostih, kadar hočemo posebej poudariti določeno dejavnost, kot n. pr. teden čistoče, teden protituberkulozne borbe, teden otroka in matere itd. Vendar taki tedni in teme, ki jih bomo v njih obravnavali, ne smejo imeti kampanjskega značaja, ker ne bi imeli in tudi ne bodo mogli imeti uspeha. Ti poudarki morajo izzveneti v stalno, sistematično delo, naj bodo spodbuda za večji polet. Kaj naj sicer pomeni teden čistoče, če bi ostalo samo pri tednu? Po takem tednu ostane nujno vse pri starem, kar tudi v resnici opažamo. Nihče menda ne misli, da bi mogli

pri nas ali kjer koli na svetu v enem tednu asanirati vse vodnjake, gnojnične jame in preskrbeti vsem ljudem zdravo pitno vodo ali v enem tednu zatreti tuberkulozo. Pač pa bomo ob takih priložnostih napravili zelo kritičen obračun svojega dela na določenem področju, presojali uspehe in neuspehe, poiskali vzroke zanje in si napravili načrt za nadaljnje delo. Spet bosta tak obračun najboljše in najstvarnejše skupno napravila odbor in aktiv na vasi oziroma na terenu. Še več. Mislim, da pri takem načinu dela ne bo več problema okoli raznih referentov za zdravstveno prosveto na okrajih, ki si danes belijo glave o zdravstveno prosvetnih nalogah — ali pa si je tudi ne belijo. Kljub temu in mimo njih pa prav zdravstveno prosvetni tečaji RK praktično rešujejo to vprašanje in so prav zato neprecenljive vrednosti; v marsikateri vasi se uspehi že kažejo in razmere se spreminjajo. Nikjer pa še nisem zasledil vidnega vpliva referentov na to dogajanje, pač pa vpliv tistega učiteljstva in tistih medicinskih sester, ki požrtvovalno in z ljubeznijo sodelujejo pri tem delu. **Medicinske sestre v patronažni službi, učitelji in učiteljice, ki imajo za to veselje, so za nas najbolj dragoceni in potruditi se moramo, da jih bomo čim več pritegnili k sodelovanju. Mlado učiteljsko osebje zaradi mladosti in nezkušenosti pogosto stoji ob strani, vendar je treba vključiti tudi nje in jim posredovati pridobljeno znanje in življenjske izkušnje starejših tovarišev.**

Patronažna sestra je zaradi običajno obsežnega terena in pomanjkljivosti prometnih sredstev — saj navadno pešači — zelo ovirana pri svojem delu, njena dejavnost je objektivno omejena. Če pa bi povezovala aktiv RK ob pomoči izkušenih učiteljic ali učiteljev na terenu, bi si lahko pridobila mnogo dragocenih sodelavcev. Imela bi v vsaki vasi zdravstvene sodelavce, ki bi ji pomagali, in to bi ogromno pomenilo za napredek naše vasi. To povezavo si zamišljamo tako, da bi sestra (kjer ni sestre, pa učiteljica) sklicevala mesečno ali od časa do časa (to bi bilo odvisno od letnega časa oziroma kmetijskih del in od problematike) sestanke aktiva RK iz vseh vasi svojega področja. Z njimi bi obravnavala probleme njihovih vasi, uspehe in neuspehe pri njihovem delu za napredek higienske kulture, razpravljali bi o vrstnem redu posameznih nalog po nujnosti, o programu dela za daljše razdobje in podobno. Pri tej priložnosti bi aktivom osvežila njih znanje in jim povedala tudi kaj novega, kar ji sedaj omogoča list »Medicinska sestra na terenu«. Pri svojih obiskih na terenu pa se bo z njimi pogovorila, preverila njih delo in se o vsem tem pomenila tudi z drugimi. Aktivni na vasi pa bi se lahko čede sestajali in izmenjali svoje misli brez kakih formalnosti. To naj bi bili delovni sestanki, kjer so bodo morda pogovorili o skupnem delu, n. pr. o čiščenju vaških poti, potoka in podobno, pa tudi o svojem individualnem delu. Zato bo prav, da si iz svoje srede izberejo nekoga, ki bo sestanke skliceval in vodil. Sami bodo na zelo preprost način usmerjali svoje delo in si napravili morda tudi načrt, kaj bi lahko prenesli na odbor in obratno. To ne bo težko, ker bodo v vaškem odboru njihovi zastopniki. Dve načeli pa bo po mojem mnenju treba upoštevati:

1. Odbor Rdečega križa na vasi in aktiv naj skupno obravnavata celotno higiensko problematiko svoje vasi. Povsem napačno bi bilo cepiti sile na posamezna področja, kot n. pr. za tuberkulozo, za zaščito matere in otroka, alkoholizem itd., in se v ta namen deliti v komisije in podobno. S tem bi razbili enotno reševanje med seboj povezane problematike, hkrati pa bi drobili sile. Saj če se borimo proti tuberkulozi, se borimo obenem proti nečistoči — osebni in stanovanjski — se borimo za sodobno prehrano, proti alkoholizmu, proti

razvadam, ki slabe zdravje itd. Na terenu se ti problemi nič več ne ločijo med seboj, le da bomo po krajevnih razmerah dali večji poudarek bolj perečim zadevam, to pa je največkrat splošna zaostalost. S tem seveda ni rečeno, da bi naenkrat morali delati vsi isto in vse. Kadar se le da, bomo delo med seboj razdelili, se pri njem menjali, vsekakor pa o njem skupno razpravljali.

2. Mislim, da bi zagrešili veliko napako, če bi aktivni delali sami zase. Nujno je treba pritegniti tudi druge, ki so voljni pomagati, in jih povabiti na sestanke, kjer bodo razpravljali o delu. Tako bo ta dejavnost postala množična, ljudje se bodo navadili aktivno prispevati k izboljšanju higienskih razmer na vasi in sčasoma bo vsa vas en sam aktiv. To moramo doseči in tudi bomo dosegli, ne naenkrat, pač pa postopoma.

K temu bo veliko pripomoglo, če bodo naši aktivni na terenu — na vasi, v industrijskem naselju — redno prejeli brošure o aktualnih zdravstvenih temah, ki jih izdaja tudi RKS. Prav tako tudi odbori. Iz njih bi črpali znanje, ga izpopolnjevali in dobivali mnogo pobud in napotkov za delo. Vestnik GORKS pa bo pospešil oblikovanje njihove zavesti, da so aktivni člani zelo razširjene organizacije, ki opravlja konkretne naloge na področju zdravstvene prosvete in vzgoje ter dela za sanacijo nehigienskega okolja.

Omenjene publikacije so tudi sicer namenjene predvsem temu kadru, ki jih pa ne dobiva, čeprav si jih zelo želi. Na drugi strani pa pogosto slišimo od okrajnih odborov RK, da Vestnika oziroma brošur ne morejo razpečati itd. Prav bi bilo, da bi tudi medicinske sestre, ki naj bi pomagale aktivom Rdečega križa na terenu, dobivale to literaturo.

Naša zdravstveno prosvetna vzgoja je usmerjena predvsem na žensko mladino, na ženo, kar je razumljivo, saj gre v veliki meri za uvajanje sodobnih higienskih načel v individualno gospodinjstvo, družino, kjer je žena nesporno najvažnejši činitelj. To pa seveda ne pomeni, da ne bi smeli pritegniti fantov in mož. Nasprotno, treba jih je vključiti ne samo v odbore, temveč tudi v delo aktiva in jih prav tako zdravstveno vzgajati.

Končno je treba obračunati z mišljenjem, češ da ta ali oni ni več za drugo rabo kot za Rdeči križ. To ni samo odsev zaostale miselnosti, ki je v zakotni vasi še razumljiv, na okrajih in višje pa neopravičljiv in škodljiv, ker demoralizira. V dobi, ko tudi Združeni narodi dajejo priznanje Rdečemu križu in ga priznavajo za zelo važen činitelj v človeški družbi, je tako pojmovanje tudi politično zgrešeno.

Razmisliti je treba, ali bi ne kazalo sklicati vsaj enkrat ali dvakrat na leto sestanek delegatov vseh aktivov in odborov v merilu okraja oziroma občine, da bi lahko izmenjali svoje izkušnje ter razpravljali o problematiki in o načinu, kako rešujejo konkretne naloge. To bi vaškim odborom zelo razširilo obzorje in jim obogatilo znanje. Prav tako bi lahko ugodno vplivali obiski, da bi tako videli na kraju samem uspehe in težave, s katerimi se bore aktivni in odbori pri delu.

Vse izkušnje, načine in vsebino dela bi morali okraji objavljati v okrajnih listih, publiciranje v republiškem merilu pa bi moralo posredovati med okraji. Morda bi bil Vestnik RKS za to najbolj primeren. Danes moramo priznati, da drug o drugem malo vemo že v občinskem merilu, kaj šele v širšem. O vsem tem naj bi pisali odbori oziroma aktivni s terena sami. To bi bila medsebojna pomoč pri delu za napredek, z druge strani pa bi spodbujalo k plemenitemu tekmovanju.

Resolucija I. nacionalnega kongresa za zaščito otrok

od 2.—5. X. 1955 v Beogradu

I. nacionalni kongres za zaščito otrok je na osnovi poročil in diskusij pretresal zamotana vprašanja zdravstvene zaščite otrok, obravnaval sodobna vprašanja s tega področja in dal perspektive za nadaljnje delo pri njih reševanju.

Vse težave, ki jih je naša dežela prebredla v preteklosti, neenakost razmer, v katerih so živeli posamezni naši kraji, vojna pustošenja, napor za obnovo in industrializacijo naše dežele — vse to se je kazalo in se še danes kaže na zdravstvenem stanju naših otrok in mladine.

Obenem pa je Kongres ugotovil tudi, da je nagli tempo v razvoju naše dežele, da so desetletno delo in napor naših delovnih ljudi že pripomogli, da se je izboljšalo zdravstveno stanje otrok in da se ustvarjajo vse boljši in ugodnejši pogoji za njihovo življenje.

Veliki napor požitvovalnih delavcev za uveljavljanje naprednih načel, ki jih je proglasila naša družbena skupnost za zaščito otrok in družine, postopoma, pač glede na splošne, kulturne in gospodarske razmere posameznih krajev, že danes kažejo pomembne uspehe. Rezultati dosedanjega dela, prikazani na Kongresu, nas navdajajo z zaupanjem, da bomo še naprej uspešno nadaljevali z delom na tem področju, za splošno izboljšanje zdravstvenega stanja in znižanje otroške umrljivosti v celoti. Kongres poudarja, da je treba združiti vse sile in s koordiniranimi napor dalje reševati vprašanja otroške zaščite.

Prav tako opozarja Kongres na potrebo vzajemne pomoči in živahnije izmenjave izkušenj med našimi ustanovami, organizacijami in kadri na tem delovnem področju.

Nadaljnje dviganje življenjskega standarda, stanovanjska in komunalna izgradnja, razvoj kmetijstva in lahke industrije, vse to bo nudilo boljše pogoje in možnosti za nadaljnji razvoj splošne in zdravstvene zaščite otrok. Podatki, predloženi na Kongresu, so pokazali, da se zdravstveno stanje naših otrok lahko izboljša tudi v sedanjih materialnih, gospodarskih in kulturnih razmerah, če s posebnimi ukrepi in službo, prilagojeno pogojem in možnostim posameznih krajev, vztrajno delamo za razvoj otroške zaščite.

Številna vprašanja in mnenja, poudarjena med zasedanjem Kongresa, so rezultat in dokaz plodnega dela in razmotrivanja o vrsti problemov s strani tisočernih delavcev, ki delajo na tem področju v strokovni službi, državni upravi, po ustanovah in družbenih organizacijah, v sistemu našega družbenega upravljanja.

Kongres podčrtava, da bo treba v občinskem, okrajnem, republiškem in zveznem merilu izvesti vrsto ukrepov zakonodajnega, vzgojnega in pridobitnega značaja, ki bodo pripomogli k zdravstvenemu napredku otrok in razvoju otroške zaščite.

Da bi se problemi in predlogi, ki so bili stavljeni na Kongresu, lahko čim temeljiteje proučili in obdelali, da bi vse izkušnje bile dostopne najširšim krogom delavcev v otroški zaščiti, da bi se za reševanje posameznih problemov lahko izvedli odredeni ukrepi, zato sklene Kongres

u s t a n o v i t i

Odbor I. nacionalnega kongresa za zaščito otrok z nalogo:

1. da izda kongresno gradivo in na ta način omogoči, da bo dostopno vsem organom samoupravljanja in družbenim organizacijam, ki se pečajo s temi vprašanji, kakor tudi vsem posameznikom, ki se zanimajo za to delo;

2. da z raznimi oblikami propagande razširi pozitivne izkušnje, prikazane na Kongresu, in opozori na vprašanja, ki jih je poudaril Kongres;

3. da na osnovi kongresnega gradiva izdelava konkretne predloge zveznemu in republiškim izvršnim svetom, Zvezni in republiškim ljudskim skupščinam za izdajo zakonskih predpisov ali odreditev drugih ukrepov za reševanje posameznih problemov otroške zaščite;

4. da priporoči metode dela pri reševanju posameznih problemov družbenih organizacij;

5. da probleme, ki jih je še nadalje treba stalno in sistematično proučevati, loči od problemov, ki jih je treba še razčistiti, in da znanstvenim in strokovnim organizacijam predlaga, da prevzamejo to delo;

6. da na osnovi celotnega kongresnega gradiva priporoči občinam in okrajem, naj izdelajo perspektivne okvirne načrte svojega dela za razvoj otroške zaščite, načrte, ki jih bodo ostvarili po svojih možnostih, kakor tudi da priporoči minimalne oblike otroške zaščite, izvedljive v naših današnjih razmerah;

7. Kongres naloži odboru dolžnost, da v enem letu izvrši te naloge in da z rezultati svojega dela seznanji vse udeležence Kongresa in javnost.

Kongres naloži odboru dolžnost, da pri izvršitvi naštetih nalog posveti veliko pozornost zlasti problemu razvoja otroških ustanov, usposabljanju strokovnega, posebno srednjega kadra, reševanju problemov glede finansiranja ustanov, zagotovitvi stalnih sredstev za Fond otroške zaščite, izboljšanju prehrane, organiziranju stalnih kuhinj, stalnih otroških letovanj, zagotovitvi prostorov za telesno vzgojo otrok in mladine, razvijanju najrazličnejših oblik zdravstvenega prosvetljevanja.

I. nacionalni kongres za zaščito otrok poziva vse družbene organizacije, strokovne in družbene delavce, vse državljane, zlasti pa starše, da še dalje na temelju dosedanjih pozitivnih izkušenj sodelujejo pri reševanju številnih problemov, poudarjenih na Kongresu, in da doprinesejo svoj delež k splošnim prizadevanjem naših delovnih ljudi in organov ljudske oblasti, da se v naši socialistični skupnosti ustvarijo boljši pogoji za napredek našega podmladka.

Sklepi I. komisije

Glede zdravstvenega stanja naših otrok in mladine je v primeri s predvojnimi leti ugotovljen nedvomen napredek, kar se tiče razvoja in rasti.

Toda obolevanje naših otrok še vedno pomeni težak problem, s katerim se borijo vse naše republike, najbolj pa republike z najnižjim življenjskim standardom in najnižjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti.

Med boleznimi, za katerimi mnogo obolevajo naši dojenčki, je zlasti treba poudariti prehrabne in prebavne motnje ter obolenja dihal.

Ravno tako je treba naglasiti tudi veliko pogostnost kožnih obolenj, zlasti pri novorojenčkih, kar najzgovorneje priča o nizki stopnji higiene v okolici novorojenčka.

Primer onih naših krajev, kjer so pri dojenčkih in malih otrocih znatno znižali pogostnost obolenj na prebavnih organih, kaže, da se da veliko storiti za znižanje teh obolenj.

Poudariti je treba nenavadno veliko število zobnih okvar pri šolskih otrocih.

Prav tako je treba pri naši šolski mladini naglasiti problem tuberkuloznih obolenj. To vprašanje je treba premotrivati zlasti z epidemiološkega vidika, t. j. zaradi velikih možnosti okuževanja učencev.

Pred očmi je treba imeti tudi tista obolenja, ki neposredno ne ogrožajo življenja in ki po uradnih statistikah niso tako razširjena. Med ta obolenja spada rahitis, prav tako pa spadajo semkaj tudi črevesni zajedavci.

Umrljivost otrok, zlasti dojenčkov, je problem, ki nas mora navdajati s skrbjo, če pomislimo, da je naša dežela med tistimi redkimi deželami sveta, kjer umrljivost dojenčkov presega 10% od vseh živorojenih, medtem ko je umrljivost v večini drugih dežel po svetu globoko pod tem številom.

Razen vseh občedruženih ukrepov, ki vodijo k dvigu življenjskega standarda delovnih ljudi in k dvigu njihove kulturne ravni, sklens komisija v zvezi z omenjenimi problemi sledeče:

1. Nadaljevati in še bolj razširiti delo vseh činiteljev za široko zdravstveno prosvetljevanje in to s sistematičnim razvijanjem higienskih navad, preko šol, zlasti onih, ki vzgajajo bodoče vzgojitelje, preko zdravstvenoprosvetnih tečajev, tečajev za domače gospodarstvo, preko raznih seminarjev, predavanj, konkretnega dela s posamezniki, preko filma, založniške dejavnosti itd., vnašajoč v vse to več sistema in koordinacije. Veliko vlogo v tem morajo odigrati vse zdravstvene ustanove, šole, otroške ustanove, vse družbene organizacije, posebno pa družbeni in zdravstveni delavci.

2. Zaradi spremembe in zboljšanja prehrane, ki po svoji sestavi ne ustreza starostni dobi otrok in njih pravilnemu razvoju, je razen pospeševanja kmetijstva, kar se bo pokazalo v izboljšanju življenjskih razmer, potrebno razviti prosvetno delo za pravilno prehrano otrok, ker je nepravilni prehrani vzrok predvsem neznanje.

Komisija poudarja pomanjkanje mleka v prehrani otrok, zlasti po nekaterih krajih in mestih, in je mnenja, da bodo potrebni posebni gospodarski in vzgojni ukrepi, da se omogoči boljša preskrba mest in industrijskih središč z mlekom, zlasti ker smo okoriščajoč se tudi s pomočjo UNICEF (t. j. Mednarodnega sklada Združenih narodov za nujno pomoč otrokom) že dosegli znatne uspehe v izgradnji mlekarske industrije. Ravno tako opozarja komisija na potrebo odločnejše borbe proti alkoholizmu in prizadevanja za obilnejše, pravilnejše in umnejše izkoriščanje sadja, da bi ga otroci imeli po vseh krajih in v vsakem letnem času.

Šolske kuhinje, ki naj pripomorejo k izboljšanju prehrane naših otrok, je treba postopoma razvijati po materialnih možnostih in potrebah, zlasti v mestih in industrijskih naseljih. Z dajanjem dopolnilnih obrokov je treba postopoma po materialnih možnostih zjeti slehernega otroka. Šolske kuhinje morajo odigrati veliko vlogo tudi v spremembi prehrabnih navad.

3. Komisija zlasti podčrtava, da je šola pomemben činitelj v razvijanju otroške zdravstvene zaščite. Šolski odbori z društvi prijateljev mladine in podmladkom Rdečega križa lahko ob pomoči zdravstvene službe in zdravstvenih delavcev, glede na bodoče stalno večanje šolskih prostorov in zboljšše-

vanje pogojev na šolah, odigrajo veliko vlogo v skrbi za zdravje otrok: z ustanavljanjem šolskih kuhinj, organiziranjem letovišč, organiziranjem šolskih pregledov, vzgojnim delom z učenci itd.

4. Osnovni pogoj za zdravje in telesni razvoj otrok in mladine pa je, da posvetimo veliko pozornost pospeševanju telesne vzgoje pri otrocih in mladini. Zato je potrebno, da se borimo za povečanje prostorov, za množično razvijanje telesne vzgoje kakor tudi za vzgajanje zadevnih kadrov.

5. Komisija je ugotovila, da je reševanje zdravstvenih problemov nujno v zvezi z nekaterimi socialnimi problemi. Zaradi tega je potrebna večja povezanost med socialnim, zdravstvenim in vzgojnim delom. Poleg skupne akcije strokovnih in družbenih delavcev, ki se uveljavlja zlasti v društvi prijateljev mladine, je komisija mnenja, da je v komuni treba izoblikovati samoupravne organe, ki bodo ta problem zajeli v celoti. Možnosti za to so dane z zakonom o ljudskih odborih, ki omogoča ustanavljanje raznih svetov in po katerem se po občinah že ustanavljajo sveti za zaščito mater in otrok, sveti za skrbništvo ter skrb za družino. Glede na razvoj zaščite in glede na probleme, ki se pojavljajo, je treba najti ustrezno obliko za ostvaritev take enotnosti v komuni.

Komisija podčrtava vso ostrino problema, kot je nerešeno financiranje vseh socialnih ustanov za otroke, in osvoji načelo, da morajo starši obvezno doprinesati k vzdrževanju svojih otrok in to sorazmerno po materialnih možnostih in ob dotaciji družbene skupnosti.

Komisija podčrta potrebo, da se še povečajo fondi za otroško zaščito po občinah, okrajih in republikah.

Sklepi II. komisije

Ustanove za socialno-zdravstveno zaščito mater in otrok

Ustanovam za zaščito mater in otrok, čeprav so maloštevilne, je z njihovim dosedanjim delom uspelo, da so tako pri ljudski oblasti kakor tudi pri ljudstvu samem razvile zanimanje za svojo dejavnost in je za njih nadaljnje ustanavljanje in napredek splošno razpoloženje ugodno.

Ustanove za zaščito mater in otrok so po svojih funkcionalnih nalogah različne in se v njihovi nadaljnji perspektivi kaže precej različna in svojevrstna problematika.

I.

Za zdravstveni napredek mater in otrok so tudi do sedaj bili doseženi manjši ali večji uspehi po zaslugi razmeroma široke mreže posvetovalnic za matere in otroke. Te ustanove morajo torej še nadalje ostati množična institucija kot pionirska delovna edinica, ki gre tudi v najoddaljenejša kraja in razvija s svojim delom mnogostrane oblike zdravstvenega prosvetljevanja in zdravstvene zaščite mater in otrok. Koder te ustanove še ne morejo biti specialno urejene, tam se ustanovijo kot začasno organizirano delo pod vodstvom pristojnega teritorialnega dispanzerja. Metode dela (odhod ekip ali stalno delo, poverjeno sestram in bobicam) bodo odvisne pač od pogojev in razmer v posameznih krajih naše dežele.

Dispanzerji za zaščito mater in otrok kot više organizirane edinice, opremljene boljše ali slabše, so podlaga za kvalitetno višje, dobro organizirano delo. Njihovo dosedanje delo je trpelo zaradi pretežno ambulantne metode dela in je v bodoče treba doseči, da se vsebina dispanzerskega dela preusmeri v smislu osnovne funkcije preventivne socialno-zdravstvene ustanove.

Zlasti si je treba prizadevati, da se pri pospeševanju zdravja mater in otrok doseže funkcionalna enotnost in se daje prednost ozkemu sodelovanju in povezanosti vseh dosedanjih ustanov, kot otroških dispanzerjev, dispanzerjev za žene, šolskih poliklinik in dispanzerjev, ki pogosto delajo povsem ločeno. Treba je zagotoviti učinkovito strokovno kontrolo in izpopolnjevati metodo strokovnega dela v teh ustanovah.

Koder za dobro delo posvetovalnice še ni mogoče zagotoviti pomoči ustreznega dispanzerja, se bodo te ustanove oslanjale na zdravstvene ustanove svojega terena, ki jim morajo nuditi vso razpoložljivo pomoč.

Ker so posvetovalnice in dispanzerji ustanove preventivnega značaja, je treba doseči, da tudi higienski zavodi in inštituti za zdravstveno zaščito podmladka vključijo med svoje naloge skrb za razvoj in napredek teh ustanov.

Zlasti se poudarja, da je treba tem ustanovam omogočiti, da razvijejo patronažno službo.

Ravno tako se za ureditev teh vprašanj smatra za potrebno vsaj osnovna zakonodaja, ki bi regulirala ustanavljanje in delo teh ustanov.

II.

Število ustanov, ki imajo na skrbi otroke zaposlenih staršev, je v poslednjih nekaj letih manjše, medtem ko se je število prizadetih roditeljev, zlasti mater, povečalo.

Socialna struktura otrok v njih ne kaže prioritete nastanitve. V današnji etapi se določanje prioritete še vedno smatra za nujno potrebno.

Razen potreb, da se mreža teh ustanov izpopolnjuje še naprej, obstoji tudi vrsta problemov, ki jih je treba upoštevati pri določanju nadaljnje perspektive teh ustanov. Kot najbolj pereči se poudarjajo tile problemi:

1. Materialno stanje obstoječih ustanov ni rešeno tako, da bi bilo urejeno osnovno vprašanje prioritete pri nastanitvi otrok, ker so cene oskrbnini v veliki meri nezmogljive za te družine, zlasti pa za matere samohranilke, ki jim je najbolj potrebno dati otroka v oskrbo. Zaradi tega je treba pri organih ljudske oblasti zagotoviti materialno pomoč v kakršni koli obliki.

2. Delovni čas teh ustanov je treba prilagoditi potrebam delovnih mater. Zlasti poudarjajo to zahtevo matere, ki so v službi na pošti, pri železnici, mestnem prometu, v gostinstvu, trgovinah ipd.

3. Ponovno se poudarja, kako potrebne so — zdaj še dokaj redke in maloštevilne — ustanove za zaščito šolskih otrok zaposlenih mater. Razen tega se poudarja potreba, da se razširi zaščita teh otrok tudi v drugih oblikah, tako da se jim omogoči igra in konstruktivna zabava v času izven šole.

4. Prav tako se podčrtava tudi potreba po večji kontroli zdravstvene službe nad temi ustanovami.

5. Še dalje je potrebna poglobljena skrb za uvajanje pedagoškega dela v otroških jaslih.

III.

Domovi za dojenčke in male otroke se po svoji problematiki razlikujejo od ostalih ustanov. Zdravstvena zaščita otrok, nastanjenih po teh ustanovah, je zadovoljiva.

Splošno mnenje je, da bi jih glede na njihovo dosedanjo vlogo ne bilo treba povečati razen iz specialnih razlogov v nekaterih krajih naše dežele. Nasprotno, dobiti morajo značaj ustanov za sprejemanje dojenčkov in malih otrok zaradi določenih socialno-zdravstvenih indikacij, njihova osnovna naloga pa je, da si prizadevajo, da čimprej najdejo za otroka ustrezno nastanitev v družini, v svesti si sodobnih načel o učinkoviti skrbi za harmoničen razvoj otroka.

Glede na tako funkcijo teh ustanov se poudarja potreba, da se v njih zaposle socialni delavci.

Podrobnejšo obdelavo metode dela za napredek teh ustanov je prepustiti konferencam na tem področju zainteresiranih delavcev.

IV.

Šolske in mlečne kuhinje kot ustanove za napredek splošnega zdravstvenega stanja šolskih otrok pri nas še vedno niso dobile tistega širokega značaja, ki jim gre.

To velja tudi za mrežo **ustanov za letovanje in okrevanje otrok**.

Ene kakor druge so uspevale, ko so sredstva za njih ustanavljanje in širjenje bila v pretežni meri zagotovljena pri osrednjih organih ljudske oblasti. Zaradi dolge prakse takega dela se pri krajevnih organih oblasti tudi niso razvili naravni interesi zanje.

V zadnjem času se poudarja intenzivnejše angažiranje zavoda za socialno zavarovanje, da se znova poveča število otrok, ki gredo na letovanje in okrevanje.

Nadaljnja prizadevanja se morajo razvijati v smeri večjega zanimanja ljudstva za te ustanove kakor tudi iskanja možnosti za materialne olajšave onim staršem, ki navzlic očitni potrebi ne morejo svojemu otroku zagotoviti te oblike zdravstvene rekreacije.

V.

V pogledu **otroških domov in otroških ustanov** ostanejo potrebe nespremenjene. Kar je v nadaljnjem prizadevanju treba pri teh ustanovah doseči, je predvsem to, da se ustanove približajo atmosferi družinskega življenja, kolikor je to največ mogoče.

VI.

Specialne ustanove, zlasti v nekaterih krajih naše dežele, so daleč pod minimalnimi potrebami. Sleherna aktivnost v širjenju mreže teh ustanov bo doprinesla k učinkovitemu reševanju otrok s psiho-fizičnimi razvojnimi mot-

njami. Ustanove za zaščito mater in otrok imajo danes še mnogo materialnih problemov in je v tej smeri stalno imeti na skrbi njih reševanje.

Za splošni razvoj mreže teh ustanov je treba dovoliti vse mogoče oblike organizirane skrbi za otvarjanje novih ustanov, pa naj bodo to republiške, lokalne ali interkomunalne ustanove.

Sklepi III. komisije

(Kadri)

Zakonodaja o zaščiti matere in otroka v vsej širini, toda v skladu z dejanskimi potrebami otrok in mladine, je mogoče uveljaviti samo ob zadostnem številu profesionalnih in prostovoljnih kadrov vseh profilov.

Čeprav se je od osvoboditve dalje mnogo storilo za izobrazbo kadrov, vendar jih v večji ali manjši meri še vedno primanjkuje v vseh republikah. Zlasti pa vzbuja zaskrbljenost nesorazmerje med visoko kvalificiranimi kadri in šolami za njih usposabljanje.

Ker je proces zaščite matere in otroka precej kompliciran in zamotan, zato tudi vprašanje kadrov ni enostavno in se ne da rešiti v kratkem času. Za to je potrebno sistematično in dolgotrajno delo.

Kakor potrebe otrok in možnosti za njih zadovoljitev niso po vseh krajih dežele enake, tako se tudi vprašanje usposabljanja kadrov ne more obravnavati na vseh področjih enako, temveč ga je treba prilagoditi dejanskim možnostim in potrebam.

Usposabljanje kadrov, zlasti srednjih, na katerih sloni zaščita matere in otroka, mora biti osnovna naloga komune, okraja in republike kakor tudi posameznih ustanov, ki so jim ti kadri potrebni in ki lahko na temelju zakona o štipendiranju na široki osnovi šolajo potrebno število kadrov in jih obvežejo, da določeno dobo službujejo na njihovem terenu.

Za izpolnitev vseh nalog, postavljenih na tem Kongresu, je treba stimulirati zlasti kadre naslednjih profilov: babice, otroške negovalke, patronažne medicinske sestre. Poleg teh zdravstvenih kadrov pa je treba usposabljati tudi druge kadre za delo pri zaščiti matere in otroka, in to so: socialni delavci, zlasti za patronažno socialno delo v družbenem skrbništvu, kadri za vzgojo — posebno vzgojitelji za predšolske otroke, vzgojitelji za otroke do treh let, vzgojitelji na ustanovah za izvenšolsko vzgojo (domovi, internati, otroški vrtci itd.), kvalificirani otroški psihologi, pedagogi za telesno vzgojo, defektologi in drugi.

Vsem tem kadrom, zlasti pa bobicam, otroškim negovalkam in otroškim medicinskim sestram je treba zagotoviti najmanj »Status srednjih medicinskih kadrov« in to s šolanjem v ustreznih srednjih strokovnih šolah. Sedanjim kadrom, ki nimajo ustrezne šolske izobrazbe, pa je omogočiti dopolnilno šolanje ali jim za kvalifikacijo priznati dolgoletni strokovni delovni staž.

Pri usposabljanju višjih zdravstvenih kadrov za zaščito matere in otroka je treba gledati, da se ti kadri formirajo v socialno-medicinski, ne pa izključno v klinični smeri.

V večji meri nego doslej je začeti z usposabljanjem otroških kirurgov, otroških ortopedov, nevropsihiatrov, otroških otolaringologov, otroških stomatologov, otroških šolskih zdravnikov itd.

Šole za vse te kadre morajo biti delovne šole, v katerih se posveča posebna važnost praktičnemu delu.

Glede na zamotane in obsežne naloge v zdravstveni zaščiti matere in otroka in glede na pomanjkanje strokovnih kadrov je nujno potrebno s pomočjo raznih tečajev in seminarjev stalno in sistematično usposablјati in izobraževati zdravstvene aktiviste in prostovoljne socialne delavce ter jih v pomoč dodeljevati strokovnim profesionalnim delavcem.

Sklepi IV. komisije

(Vloga družbenih organizacij)

Razvoj družbenega upravljanja v zdravstvenih, socialnih in prosvetnih ustanovah, v svetih državljanov pri ljudskih odborih omogoča družbenim organizacijam in družbenim delavcem, da neposredno vplivajo na reševanje problemov v zaščiti družine sploh, zlasti pa matere in otroka.

Da bi delo družbenih organizacij bilo še bolj uspešno, se kaže potreba po ustanovitvi takega sveta pri komuni. Ta svet bi poleg ostalega koordiniral delo vseh družbenih organizacij pri zaščiti družine in kar najsmotrnejše izkoristil sredstva, ki jih mora skupnost pri današnji razvojni stopnji proizvodnih sil oddeliti za potrebe družine in otrok.

V zvezi s tem smatra komisija za potrebno:

1. Da družbene organizacije, zlasti pa Socialistična zveza, še nadalje vztrajno in sistematično vzgajajo in usposablјajo čim širši aktiv prostovoljnih družbenih delavcev, ki bodo v sodelovanju z organi komune, na zborih volivcev, v upravnih odborih zdravstvenih in socialnih ustanov, preko predavanj, posvetovanj, seminarjev itd. postavljali probleme v zaščiti družine in otrok in pomagali, da se ta vprašanja rešujejo skladno s prizadevanji socialistične dežele v skrbi za človeka. V tem smislu je treba razvijati tudi družbeno odgovornost aktivistov, ki kot predstavniki družbenih organizacij aktivno sodelujejo pri reševanju zdravstveno-socialnih problemov v organih družbenega upravljanja.

2. Preko najrazličnejših oblik zdravstvenega, gospodinjskega, pedagoškega in drugega prosvetlјevanja dvigati splošno in zdravstveno zavest ljudstva. Pri tem je treba posebno pažnjo posvečati dviganju zavesti matere in očeta o enakih obveznostih nasproti družini in otroku. Za izpolnitev te naloge lahko veliko store vse družbene organizacije kakor tudi ustanove, predvsem šole in Ljudska armada.

3. Potrebno je, da družbene organizacije, v okviru danih možnosti, dosežejo ustanovitev ustreznih ustanov, ki bodo družini pomagale vskladiti družbene in družinske obveznosti.

4. Posebno pa se poudarja, da morajo družbene organizacije pritegniti vso javnost k ustanavljanju fondov za povzdigo otroške zaščite, koder teh fondov ni, in skrbeti za dotok novih, zlasti stalnih materialnih sredstev za obstoječe fonde.

5. Ustanavljanje društev za otroško skrbstvo, z najrazličnejšimi programi dela, po vseh krajih, koder jih še ni — se nakazuje kot družbena potreba in hkrati tudi primerna oblika za pritegnitev državljanov in roditeljev k delu za zaščito in vzgojo otrok ter mladine sploh.

Vloga in pomen otroških ustanov v zdravstveni prosveti

Med. sestra Cita Bole

Priobčujemo referat za I. nacionalni kongres za zaščito otroka v Beogradu dne 4. X. 1955. — Op. ur.

Ker sta mati in otrok zdravstveno najobčutljivejši del prebivalstva, je njuno zdravstveno stanje najzanesljivejši odsev materialnih življenjskih razmer in obenem tudi merilo za stopnjo splošne zavesti, zlasti zdravstvene zavesti prebivalstva na določenem področju. Zato so otroške in materinske zdravstvene ustanove, katerih naloga je, da svojim varovancem učvrščujejo in ohranjujejo zdravje, zato so te ustanove v prvi vrsti poklicane, da opozarjajo na te probleme, da se lotevajo ukrepov za boljši zdravstveni režim in bolj higienski način življenja, s čimer prispevajo k splošnemu napredku. Neločljivo pa je s tem delom povezano oblikovanje in dviganje zdravstvene zavesti prebivalstva, kar je tudi snov te razprave.

V zadnjem desetletju je na področju zdravstvene prosvete, zlasti kar se tiče zaščite matere in otroka, bilo opravljeno ogromno delo. To nam dokazujejo tudi uspehi, kot n. pr. stalno padanje otroške umrljivosti, nagli porast porodov v porodnišnicah, manjše število porodov brez strokovne pomoči, vedno večji odziv pri cepljenjih, boljši obisk v posvetovalnicah itd. Seveda ne gredo ti uspehi samo na račun zdravstvenega prosvetljevanja, temveč so v največji meri posledica splošnega napredka v novi družbi. Ena glavnih ovir še hitrejšemu vzponu pa je brez dvoma — kot dediščina negativne preteklosti — relativna zaostalost nekaterih slojev našega ljudstva. Še vedno imamo — kljub naraščajoči prizadevnosti in razgibanosti naših množic — cela področja, kjer še danes vladajo negativne tradicionalne navade in vraževernost, ki jih moramo pri našem delu upoštevati. V boju proti tej zaostalosti pa zdravstvene ustanove niso osamljene, nasprotno, danes imajo bolj kot kdaj koli ugodne pogoje za to vrsto dejavnosti. Naše družbene organizacije v čedalje večjem obsegu mobilizirajo ljudstvo, dyigajo njegovo politično ekonomsko in splošno izobrazbo ter ga aktivizirajo na novih in novih področjih. Naše družbene organizacije, posebej pa še Rdeči križ, Društvo prijateljev mladine, ženske organizacije, sindikati, Ljudska prosveta, Ljudske univerze in mreža izobraževalnih tečajev, ki jih organizirajo, vedno bolj pogosto postavljajo v svoj redni delovni program zdravstveno prosvetne naloge tudi s področja zaščite matere in otroka. Z družbenim upravljanjem zdravstvenih ustanov so se v zadnjih letih, zlasti pa še s sedanjo izvedbo nove komunalne ureditve odprle najširše perspektive za sodelovanje slehernega državljana tudi na področju zdravstvene prosvete. Smotno zdravstveno prosvetno delo naših ustanov se mora torej ravnati po tehle

n a č e l i h :

1. razčleniti je zdravstveno stanje (patologijo) prebivalstva na določenem področju in vzroke tega stanja;
2. proučiti je ekonomsko in kulturno stopnjo prebivalstva, njegove tradicije, predsodke in odnos nasproti zdravju in obolenjem posameznika ali celih skupin;

3. brezpogojno se je povezati z družbenimi organizacijami in jih mobilizirati za to nalogo;

4. za reševanje določenega problema je potrebna enotna akcija vseh zdravstvenih, socialnih in prosvetnih ustanov ter njihovih organov družbenega upravljanja in družbenih organizacij.

Pri upoštevanju vseh teh načel pa moramo težiti, da bo vse prebivalstvo deležno stalne zdravstvene vzgoje od rane mladosti do zrele osebnosti, pri naših ustanovah pa še zlasti glede na mater in otroka. Ta načela veljajo seveda za celotno področje zdravstvene vzgoje. V naši razpravi pa se moramo omejiti na zdravstvenoprosvetne naloge otroških ustanov in z njimi v zvezi tudi materinskih ustanov, ker sta ti dve vrsti ustanov pač neločljivo povezani med seboj.

Da bi čim hitreje dosegli na tem področju stvarne uspehe, si moramo postaviti določen program in opredeliti področje našega dela. Vsaka ustanova si bo seveda postavila svoj specifični program, ki bo ustrezal njenemu strokovnemu področju. Seveda bo delovno področje vseh teh ustanov slej ko prej otrokovo okolje.

Področje našega delovanja

Koga moramo v prvi vrsti vzgajati, da bi otrokom ustvarili zdravstveno ugodne pogoje? Tu moramo ločiti otrokovo ožje okolje, ki ga pomeni družina, in pa otrokovo širše okolje, v katerem otrok živi izven družine.

Ožje okolje: Glavni objekt zdravstvene vzgoje je mati in preko nje družina. Ona je prvo okolje še nerojenega otroka in to često prezremo, čeprav znamo na izust utemeljeno geslo: zdrava mati — zdrav otrok. Mati je prva negovalka, hkrati pa tudi nosilka higienskega režima v svoji družini in že po narodi otrokov prvi vzgojitelj. Zato je ona za zdravstveno vzgojo otroka osrednja točka. Vendar moramo imeti pred očmi, da je ona lahko v svojih naporih tem bolj osamljena, čim bolj zaostalo je njeno okolje. Zato je patronažna služba najmočnejše sredstvo zdravstvene vzgoje, ker na konkretnih primerih poučuje poleg matere še očeta in ostalo družino. Iz izkušenj patronažnega dela vemo, da smo popolnoma uspeli šele takrat, ko so bili vsi v družini, zlasti pa starši, prepričani, da je naše prizadevanje otrokovemu zdravju in sreči njihove družine v korist.

Širše okolje: V otrokovo okolje moramo takoj za družino prišteti vse ustanove, kjer se otrok zadržuje izven družine. Od teh so najvažnejše splošno izobraževalne šole. Naloga naših ustanov je, da skrbijo za vzpostavitev čimboljšega higienskega režima na šolah, ki naj vzgojno vpliva na mladino, da stopijo v tesen stik z mladinsko organizacijo, s šolskimi sveti in s starši šolskih otrok, da s strokovnimi nasveti neposredno pomagajo privzgajati higienske navade. Vendar pri tem delu zdravstvene ustanove ne bodo uspele, če ne bo nauka o ohranitvi in krepitvi človekovega zdravja tudi sama šola včlenila v svoje učne programe. Šole sicer imajo na programih tudi to snov, vendar pa bi pri delu za šolsko reformo bilo potrebno dati zdravstveni vzgoji več poudarka, upoštevajoč sodobna načela preventivne medicine. Zlasti pa naj se temu pouku posveti pozornost na šolah, kjer se usposabljuje bodoči vzgojitelji naše mladine.

Oblikovanje sistema in uspeh zdravstvenovzgojnega dela

Ker smo pri svojem delu za izboljšanje otrokovega okolja že doslej v dokajšnji meri upoštevali navedene pogoje in načela, se naša zdravstvenovzgojna dejavnost postopoma že oblikuje v določen sistem, ki čedalje uspešneje zamenjuje kampanjsko in šablonsko delo iz prvih let po osvoboditvi, kar je bila nekaj časa naša osnovna slabost. Obrisi sistematičnega dela na tem področju so vidni zlasti v tem, da naše družbene organizacije, društva in nekatere ustanove uvajajo celo vrsto oblik v množično zdravstvenovzgojno delo, med njimi tudi takih, ki postajajo trajnega značaja. Pri tem se s svojo strokovno pomočjo in pobudami čedalje bolj uveljavljajo tudi otroške zdravstvene ustanove in njihovi kadri. Tu mislimo v prvi vrsti na sistematično vzgojno delo v okviru RK, ki ima svoj podrobno izdelan program za seminarje, tečaje in predavanja. Iz teh tečajev je izšla vrsta zdravstvenih aktivistov, ki so krepka opora zdravstvenim delavcem posebno na podeželju. Tu smo že na stopnji, ko ljudstvo ne sprejema zdravstvenih nasvetov zgolj pasivno, temveč že zavestno in aktivno izvaja ukrepe za zaščito zdravja (n. pr. vaški odbori za male asanacije itd.). Zdravstvenoprosvetni tečaji za dekleta vsebujejo predvsem predmete, ki se nanašajo na ženo — bodočo mater, gospodinjo — vzgojiteljico vse družine. Tem tečajem so na razpolago serije zdravstvenih filmov, kompleti diafilmov, flanelografov in razne zdravstvenovzgojne publikacije. Bolj sistematično postaja tudi delo Ljudske univerze. Zadnja 4 leta so ljudske univerze na pobudo Društva prijateljev mladine v Mariboru, Ljubljani in Celju organizirale več ciklusov predavanj o vzgoji. Prenesle so ta predavanja, ki jim je osnovna tematika zaščita matere in otroka, tudi na podeželje in se ponekod iz tega že oblikujejo temelji za šolo staršev. Podobna predavanja ima tudi radijska univerza. Prav tako čedalje bolj sistematično usmerjajo svoje delo tudi društva za pomoč gospodinjstvu s propagiranjem in organizacijo tečajev za zdravo prehrano in higieno doma.

Pri vsej tej dejavnosti pa sodelujejo tudi zdravstveni delavci. Da bi se usposobili za te naloge, organizira Centralni higienski zavod v povezavi zlasti z ginekološko, porodniško in otroško kliniko redne postdiplomske tečaje za babice in medicinske sestre, letos pa tudi še tečaje za zdravnike (kar prakticirajo v LR Srbiji in Hrvatski že več let). Vsi ti tečaji imajo namen, da zdravstvenemu kadru posredujejo tisto znanje, ki mu je potrebno, da se približa ljudem in tako čim uspešneje vrši zdravstvenovzgojno delo. Babicam n. pr. v 5-tedenskem tečaju nudimo predvsem napotke za vzgojo nosečnice, porodnice in otročnice. Enoletni postdiplomski tečaji za medicinske sestre v patronažni službi — t. j. za sestre terenskih ustanov — pa imajo namen, posredovati sestram tako znanje, da se lahko v vsakem okolju samostojno orientirajo pri delu za zdravo rast otroka. Zato vsebuje program poleg snovi, ki obravnava aktualno zdravstveno problematiko v republiki, poleg teoretičnega in praktičnega pouka v zdravstveni vzgoji med glavnimi predmeti tudi psihologijo, pedagogiko, osnove družbenih vprašanj, obravnava pa razen tega tudi temelje kmetijstva in gospodinjstva s praktičnimi vajami na posestvih in v gospodinjski šoli.

Podobno nalogo ima tudi list »Medicinska sestra na terenu«, ki ga izdaja Centralni higienski zavod v Ljubljani. Ta list je na dobri poti, da postane krepka opora vsem sestram, zlasti tistim, ki žive v oddaljenih krajih in zaostalem okolju. Osrednjo pažnjo posveča list zdravi rasti otroka.

Pomanjkljivosti in nadaljnje razvijanje sistema zdravstvenoprosvetne vzgoje

Da se bo ta sistem zdravstvene vzgoje v skrbi za otroka razvijal res smotrno, pa bo treba še marsikaj ukreniti. Nujno potrebno je, da ta sistem čvrsteje poveže vse ustrezne forume, ustanove, organizacije in društva, zlasti ona, ki jim je izrecno poverjena skrb za otroka. Vsa ta dejavnost je namreč znotraj teh organizacij povezana predvsem vertikalno — premalo pa se organizacije medsebojno povezujejo horizontalno, da bi skupno izvedle isti program in svoje delo vskladile. Večkrat namreč se brez potrebe trošijo sile in trpi tudi enotnost akcije. V glavnem vrši to dejavnost zdravstveni kader. Vendar bi s smotrno organiziranim usmerjanjem tega dela, pri čemer bi prav otroški zdravstveni zavodi morali odigrati bistveno vlogo, dosegli večjo akcijsko enotnost, boljšo strokovnost, večji odziv zdravstvenega kadra pri tem delu in s tem tudi večji učinek. Dosegli pa bi tudi večjo podporo nestrokovnih zdravstvenih prosvetiteljev, ki lahko na svojih področjih — v podjetjih, v kmetijskih zadrugah, v šolah, internatih, na mestnem in vaškem terenu — v znatni meri aktivno podpro naše prizadevanje. Če danes to delo ponekod še poteka stihijsko in kampanjsko, bi nam z odpravo teh pomanjkljivosti uspelo doseči neprimerno večjo stalnost in kontinuiteto ter boljše rezultate. Stopnjevala bi se obenem tudi pestrost oblik, ki bi v večji meri pridobivale ljudi, da bi v praksi izvajali pravila za vzgojo zdravega rodu in higienskega življenja. Zdravstvena prosveta v obliki samih informacij in nasvetov — kar se še dogaja kot ostanek starega načina dela — je namreč le ena izmed oblik zdravstvene vzgoje, vzgoja sama pa je dolg proces, ki zavestno teži za spreminjanjem navad in načina življenja, zato mora to biti stalna, sistematična in koordinirana dejavnost. Praksa nas uči, da ljudje popustijo močnejšemu vplivu zakoreninjenih navad, kakor hitro naša prizadevanja opustimo oziroma jih omejimo le na določena obdobja.

Vloga in značaj otroških in materinskih zdravstvenih ustanov

Kot smo že poudarili, imajo v zdravstveni prosveti in vzgoji otrokovega okolja nedvomno najvažnejšo vlogo otroške in materinske zdravstvene ustanove. Dasi je delovno področje teh ustanov različno, vendar imajo pred očmi vse isti smoter — namreč prizadevanje za popolno zdravje matere in otroka. Njihov uspeh pa bo dvomljiv in kratkotrajen, če pri njihovih naporih ne bo sodelovala tudi otrokova neposredna okolica. Zato morajo pri svojem delu nujno pritegniti ta faktor in storiti vse, da postanejo dejanska žarišča, pobudniki in usmerjevalci zdravstvene vzgoje v prid svojih varovancev.

Najvidnejša funkcija v zdravstveni vzgoji pripada terenskim ustanovam otroške zaščite, t. j. posvetovalnicam za noseče, posvetovalnicam za otroke, dispanzerjem za žene in dispanzerjem za otroke.

Dejavnost posvetovalnice oziroma dispanzerja se deli na njuno notranje in zunanje delo. Čeprav se ti dve področji delovanja medsebojno neločljivo prepletata, vendar se po načinu in metodi nekoliko razlikujeta.

Nujno je, da si te ustanove napravijo delovni program, ki bo te razlike upošteval. Sestavljen pa naj bo tako, da upošteva v prvi vrsti najbolj pereče zdravstvene probleme terena, kulturne in gospodarske razmere, da razporedi delo po nujnosti, da se tako začrta plan, ki je izvedljiv v krajšem obdobju, in pa perspektivni plan za daljše obdobje več let. Kombinirati je treba individualno in skupinsko, notranje in zunanje delo — skratka, predvideti je in iznajdljivo zastaviti celo vrsto na videz drobnih nalog, ki so vendar važne. Zato bi kazalo ob posvetovalnicah čimprej vzpostaviti aktive prizadetih družbenih organizacij, ki bi bile v veliko oporo in pomoč pri izvedbi njihovega programa.

Notranje delo posvetovalnice za noseče, ki je pogosto prvenstveno usmerjeno na priprave za porod, je preusmeriti v prizadevanje za rojstvo zdravega otroka in hkrati za ohranitev materinega zdravja. Zato bomo težili za sistematično vzgojo bodoče matere; začenši že od deklice pa do mladih zakoncev in nosečnic. Hkrati pa je treba poučiti vso družino in ne le ženo o zdravju, o potrebnem domačnostnem — pomirljivem vzdušju v družini ter o higienskem režimu nosečnice in doječe matere.

V posvetovalnicah za otroke naj ne bo edini smoter ugotavljanje telesnega razvoja in dajanje navodil za nego in prehrano dojenčka. Skupno s posvetovalnicami za noseče in večkrat tudi z ustanovami za šolsko higieno bi morale skrbeti še za poseben pouk mater, pa tudi pri drugih članih družine vzgajati kulturnen odnos do matere in dojenčka. Prostor posvetovalnice naj bi ne bil izkoriščen samo v času uradnega poslovanja, kajti posvetovalnica ni ordinacija, marveč izrecno zdravstvenovzgojna ustanova, ki mora prerasti v šolo materinstva. Zato smo pred dvema letoma začeli propagirati nove oblike dela v teh ustanovah.

Na prvem mestu poudarjamo nujnost, da ima kader dovolj časa za individualen razgovor. Nekaterne posvetovalnice pa so uvedle razgovore oziroma neke vrste opozorila na probleme, ki so v tistem okolišju in v določenem časovnem razdobju pereči, n. pr. o zaščiti pred nalezljivo boleznijo, o prednostih dojenja, o pomenu čistoče rok v obrambi proti glistavosti, o sončenju, zračenju itd. Ti razgovori so pred pričetkom pregledov. Nadalje priporočamo tem ustanovam, naj čakalnice opremijo tako, da vzbude občutek domačnosti. Že zunanji videz naj priča, da je ta prostor prijetno zatočišče varovancev ustanove. Higienska in estetska ureditev prostorov je pa že sama po sebi vzgojnega pomena.

To lahko dosežemo s trohico iznajdljivosti in z razmeroma majhnimi sredstvi. Poskrbimo, da je v prostoru pogrnjena miza s cveticami, nadalje razobesimo fotografije negovanih otrok itd. Lahko si pomagamo tudi z okusno izpisanimi spodbudami, n. pr. »Mati, naša ustanova je namenjena tebi in tvojemu otroku!« itd.

Želimo, da bi v čakalnicah, koder le dopušča prostor, uredili stalno razstavo, ki jo od časa do časa zamenjamo ali dopolnimo. Za to pride v poštev razstava higienskih oblačil, miniaturna otroška posteljica, pribor za nego, jedilni pribor itd.

Vsaka teh ustanov naj si oskrbi zdravstvenoprosvetno knjižnico in zalogo propagandne literature. Koristno bi bilo, če bi vsaka posvetovalnica delila materam kroje higienskih oblačil in dojenčkove opreme zastonj. V ta namen je CHZ razposlal take kroje bivšim okrajnim zdravstvenim domovom oziroma medicinskim sestram — referentkam za zaščito matere in otroka. Centralni dispanzer za žene v Ljubljani te oblike uvaja in jih želi obogatiti še z novimi idejami. Medicinska sestra dispanzerja poroča: »Ker vetrine za razstavo še nimamo, smo si oskrbeli vzorce oblačil, vsaki ženi n. pr. pomerimo posebne vrste pas, da se prepriča, kako je ličen, prijeten, preprost in poceni. Da si ga lahko sama sešije, ji damo kroj. Ker je za to veliko zanimanje, imamo v načrtu dogovor s tovarno v Domžalah, da nam bo iz ostankov izdelala take pasove. Razdeljevali jih bomo nosečim ženam proti povrnitvi proizvodnih stroškov.

Ali ne bi naše posvetovalnice marsikje mogle prirejati tečaje za krojenje in šivanje higienskih oblačil?

Prav tako uvajamo ob dispanzerjih in posvetovalnicah tečaje za pripravo otroške prehrane. Marsikje bo to mogoče izvesti v ustanovi sami, saj nam zadošča električni kuhalnik in nekaj kuhinjske posode. Seveda moramo na takem tečaju računati le z majhnim številom udeleženk. Koder tega ni mogoče izvesti v sami posvetovalnici, se bo gotovo našla žena, ki bo rade volje dala na razpolago svojo kuhinjo. Majhna skupina (4—5 žena) bo pod vodstvom sestre pripravljala hrano dojenčka, malega otroka in kasneje tudi zdravo prehrano za odraslega. Ob tej priložnosti bi se sestra lahko z ženami pogovorila o sušenju in konzerviranju sadja in zelenjave ter shranjevanju živil preko zime.

Prav bi bilo, da bi otroške terenske ustanove skupno z organizacijo Rdečega križa in Zvezo zadružnic oziroma kmetijskih zadrug organizirano uvajale gojenje in shranjevanje sadja in zelenjave. Saj je propaganda za pravilno prehrano ena izmed osnovnih nalog posvetovalnic. Imamo že tudi vzglede, ki nam nakazujejo pot k uspehu. Primer:

Medicinska sestra v Ormožu je ugotovila precej pogostne primere slabotnih, slabokrvnih otrok in s tem v zvezi njihovo pogostno obolevanje. Ob priliki hišnih obiskov je opazila enoličnost prehrane. Male dojenčke so matere hranile z mlekom in zdrobom, večji pa so uživali hrano kakor odrasli. Jedilniki okoliških vasi so vsebovali krompir, fižol, zelje, solato. Niso poznali špinache, paradižnika, korenja niti ne vrednosti sadnih sokov za prehrano dojenčka. O tem poroča sestra takole:

»To mi je dalo pobudo, da sem se začela zanimati za prehrano. Skupno z Rdečim križem in tudi sama sem hodila okrog ter prosila za semena na državnih posestvih in tudi pri posestnikih v mestu, ki so te sadeže že sadili. Semena sem začela deliti materam, ki so prišle v posvetovalnico. Obrazložila sem jim, zakaj je treba to saditi. Ko so semena prejele, sem tudi kontrolirala, ali so napravile vse, kar sem jim priporočila. Sčasoma je tudi najzakotnejši kraj imel za dojenčke vrtiček s paradižnikom, špinato in rdečim korenjem. Preskrbela sem tudi sadike za ribezelj. Ko so to imele, sem organizirala kuharske tečaje v jeseni, spomladi in pozimi. Tečajev je v celem bilo sedem. Na njih sem izrecno poudarila prehranjevanje z zelenjavo, sadnimi sokovi, pokazala način priprave itd. Odziv na te tečaje je bil izredno velik, tako da sem morala tečaj deliti na več skupin: dopoldansko, popoldansko in večerno. Ob priliki začetnega tečaja v Ormožu, pri katerem je Rdeči križ dogovorno

z menoj delil pomoč, so žene prihajale 2—3 ure daleč v vsakem vremenu. Hodila sem tudi po domovih in mimogrede pogledala kje tudi v lonce, česar mi niso zamerili, ker sem se pri njih udomačila. Zelenjave pa niso uživali samo dojenčki, ampak so se tudi odrasli navadili nanjo. Neko sezono, ko ni bilo jabolk, sem videla, da otroci nosijo v šolo za malico paradižnik — to se pravi: ljudje so si sadež prisvojili. Videla sem tudi, da so otroci, kjer doma niso sadili paradižnika, iskali le-tega po tujih vrtovih. To dejstvo — ne pa seveda način prilaščanja — sem smatrala za pozitiven pojav; otroci so začutili potrebo po njem«.

Gotovo bi marsikje uspeli, če bi v posvetovalnice od časa do časa povabili matere, ponekod pa tudi očete, pač starše približno enako starih otrok, in tako uvedli večere zdravstvenih pogovorov.

Dober vzgled zunanjšega dela posvetovalnice nam dajeta zdravnik in medicinska sestra v Šmarju pri Jelšah (Celje). Po več letih skrbnega patronažnega dela in zdravstvenih predavanj sta se odločila za zdravstveno akcijo, ki naj bi zajela zlasti ljudi iz oddaljenih vasi. Skupno z Rdečim križem sta napravila program pod geslom »Teden zdravja«. Uvod v »Teden« je bila otvoritev higijske razstave. Poudarek je veljal osebni higieni glede na razširjenost glistavosti, razen tega pa mešani prehrani in borbi proti alkoholu.

Ob večerih so se vrstila predavanja, ki so obravnavala te probleme. Imeli so hkrati dva tečaja: enega za nego bolnika v domači oskrbi in enega za pripravo zdrave hrane. Prijavljenih je bilo toliko, da jih vseh niso mogli zajeti — zato so v znak priznanja sprejeli le najboljše tečajnice RK. Te so bile tudi sicer objavljene k pripravam na akcijo in so s tehnično pomočjo prispevale, da je akcija uspela. V pomoč so pritegnili tudi okoliški medicinski sestri (vse tri sestre absolventke postdiplomskega tečaja) in vaško učiteljico, ki v tem kraju že več let vodi kuharske tečaje. Sestra, ki je bila določena za vodstvo tečaja o prehrani, je skupno z učiteljico napravila program. Pouk sta si razdelili tako, da je sestra skrbela za zdravstveni del in ob praktičnem delu navajala dekleta na čistočo rok, posode, kuhinje in pripravo dojenčkove prehrane. Razlagala je, kakšen pomen imajo za zdravje posamezni jedilniki, posamezna živila in kolikega pomena je pravilno pripravljanje jedi glede na očuvanje biološke vrednosti v živilih. Ker je to vinorodni predel, ima pa tudi zadosti mleka, so pripravljali novodobne mlečne jedi. Posebej se je poudarjalo, kolike vrednosti je uživanje mleka za nosečnice. Da bi vzbudili zanimanje za mlečne jedi, so dekleta obiskovalcem razstave na poizkušnjo servirale jogurt. Čeprav prekratek je tečaj vendarle bil zelo koristen, ker je upošteval razmere in je dejansko bil vaja v splošnih in prehrabnih higien-skih navadah. Učiteljica je izjavila, da bi vsak gospodinjski tečaj moral imeti tak program in da je tudi sama na njem ogromno pridobila. Tečaj Rdečega križa za nego bolnika v domači oskrbi je prav tako pritegnil pozornost ne le tečajnic, marveč vse okolice. Prednost tega tečaja je v tem, da navaja k vsakdanji higieni in negi ter uporabljanju predmetov, ki so dosegljivi tudi v najskromnejših razmerah. Tečajnice so obljubile, da bodo pridobljeno znanje uporabile v lastnem domu in ga širile v soseščini.

Sestra na terenu z raztresenimi hribovskimi vasmi deluje že več let z znatnimi uspehi — saj je tu umrljivost dojenčkov kljub težavnemu terenu v tem času padla daleč pod republiško povprečje. Po tej akciji pa si je ustvarila pristen kontakt tudi z dekleti. Le-te ji bodo v pomoč, ko jo bodo obveščale in

jo opozarjale na morebitne potrebe v tem ali onem okolišu, obenem pa si prizadevale za izvedbo njenih priporočil po vaseh, ki jih sestra samo ob rednem obhodu terena lahko obiše le od časa do časa. Nekaj mesecev po akciji so iste sestre v tem predelu anketirale obolevnost predšolskih otrok. Hkrati so obiskale tudi tečajnice na njihovih domovih. Te so jim objasnile marsikatero podrobnost, ki je bila za anketo važna, pa ni bila takoj opazna. Na domovih, ki so jih poznale že od prej, so ugotovile pozitivne spremembe, predvsem pa pripravljenost družin za sodelovanje. Vendar so našle mnogo mater, ki so n. pr. prehrano dojenčka teoretično dobro obvladale, niso se pa v praksi po teh pravilih ravnale. Lep primer, kako je prevzgoja dolg proces, ki terja mnogo vztrajnega in sistematičnega dela.

Spodbuden primer dela s tečajnicami RK je tudi delo medicinske sestre v Vinici (Bela krajina). Sama je za vse. Daleč naokoli ni zdravnika. Rezultati njene desetletne prizadevnosti — saj mesečno obhodi peš in s kolesom tudi do 500 km — se kažejo povsod. V primerjavi s soslednjimi tereni je zdravstveno stanje otrok na tem področju izredno zadovoljivo. Smrtnost je nizka, slaba negovanost otrok je redek primer, kljub razmeroma revnemu predelu. V tečajnicah RK, ki jih sama poučuje, je našla zaveznice, ki bede nad zdravjem, ko ona zapusti vas. Njen okoliš pa obsega 20 vasi.

Našteti primeri kažejo delo medicinske sestre zunaj posvetovalnic oziroma dispanzerja. To delo spada pod pojem *patronažna služba*. Patronažna služba je dejavna pomoč usposobljene osebe v neposrednem varovančevem okolju. Hišni obisk pa je sredstvo, s katerim to dosežemo. Namen hišnih obiskov je ugotavljanje družinskih, socialnih, ekonomskih in higienskih razmer, v katerih varovanec živi. S tem je podana možnost, da pravilno zastavimo svoje delo. Ena izmed osnovnih nalog patronažnega dela pa je zdravstvena vzgoja. Osebni kontakt v konkretnih okoliščinah, praktična pomoč in prizadevanje, ki ga slej ko prej sleherna družina pravilno oceni, je ključ zdravstvenovzgojne dejavnosti. Obiski na domovih imajo tudi to prednost, da pridejo do pomoči oni, ki bi je sicer nikdar ne iskali, v zdravstveno vzgojo pa zajamemo s tem tiste, ki so je najbolj potrebni. Za pomoč ljudem v zdravstvenih in socialnih, često sila kočljivih vprašanjih, je poverjena medicinskim sestram v patronažni službi izredno pomembna, a težavna naloga. Da bi dosegla svoj smoter, ji ne zadošča le strokovno znanje in veščina, temveč mora prav tako dobro obvladati način, kako se približati ljudem in kako jih aktivizirati za odstranjevanje zdravju škodljivih pojavov. Skratka, sestra mora videti probleme kompleksno — v celoti. — Poznati mora delavsko, podeželsko in mestno družino, da lahko poseže v vsak dom — kajti nemogoče je obravnavati vprašanja zdrave rasti otrok po posameznih medicinskih vidikih, temveč edinole v sklopu vplivov celotnega okolja. To nam narekujejo naše izkušnje.

Temu smotru so prilagojeni učni programi že omenjenih postdiplomskih tečajev in list za sestre, ki ga izdaja Centralni higienski zavod. Da podkrepim pomembnost patronažne službe, naj navedem primer bivšega okraja Ilirska Bistrica (Istra). Ta predel je imel v letu 1949 katastrofalno umrljivost dojenčkov, ki je znašala 21.9 %. Tu smo se srečali z izredno nizkim zdravstvenim in splošnim kulturnim nivojem ter bedo kot posledico skoro 30-letnega načrtnega raznarodovanja pod italijansko okupacijo. Zdravnik, ki je požrtvovalno zastavil svoje delo, je dobil pomoč 4 medicinskih sester in 3 babic. Že po enem letu je smrtnost dojenčkov padla na 12 %, naslednje leto pa na 10 %.

Ko smo proučili način in sredstva, ki so pomagala k uspehu, smo ugotovili: vsak dojenček je bil med letom povprečno 4-krat pripeljan v posvetovalnico in 5-krat obiskan na domu. Razumljivo, da gospodarski in drugi činitelji v tako kratkem času sami ne bi mogli vplivati, marveč lahko rečemo, da je poleg dobre zdravniške pomoči pri aktivizaciji prebivalstva v boju proti umrljivosti dojenčkov patronažna služba odigrala pomembno vlogo.

Zanimivi so tudi podatki o padanju umrljivosti in istočasnem porastu hišnih obiskov dojenčkov za celotno Slovenijo:

Leto:	Umrlijivost na 100 živorojenih	Hišni obiski
1947	9.7	ni podatkov
1948	9.6	4.250
1950	8.1	33.121
1952	6.58	64.813
1954	5.52	58.208

V prikazani umrljivosti dojenčkov je nedvomno vplivala cela vrsta faktorjev, vendar je značilna primerjava med odstotkom umrljivosti in številom hišnih obiskov, ki sta med seboj v očitnem obratnem sorazmerju.

Žal je pri nas zaradi objektivnih razlogov patronažna dejavnost še vedno premajhna. Maloštevilnim sestram pomagajo sicer pri tem delu babice, ki jih zadnja leta usposabljammo tudi za predporodno in poporodno zaščito. Vendar tudi ti pičli kadri, ki pogosto delajo v težavnih razmerah brez primernih stanovanj, ob neredni prehrani, brez prevoznih sredstev v oddaljenih terenih — torej tam, kjer so najbolj potrebni — omagajo in se zapirajo v ustanove, kjer bi jih brez škode lahko nadomestilo drugo osebje. To dejavnost moramo podpreti, zagotoviti tem kadrom osnovne življenjske pogoje in prevozna sredstva, kar bi dvignilo njihovo storilnost. Hkrati pa moramo misliti na njihovo nadaljnje izpopolnjevanje ne le v obliki postdiplomskega tečajev, temveč tudi krajših seminarjev, da bi jim zagotovili nadaljnji strokovni razvoj.

Otroški in materinski zdravstveni zavodi pol zaprtega in zaprtega tipa prav tako veliko prispevajo k zdravstvenovzgojnemu delu, zlasti če se zavedajo, da je to sestavni del njihovega strokovnega dela. Sicer higienski režim teh ustanov že sam po sebi vpliva vzgojno, vendar je nujno, da si vsaka posamezna ustanova poišče svoji specifični nalogi ustrezno vsebino zdravstveno-vzgojne aktivnosti. Korist, ki se obeta iz te dejavnosti, je razvidna že iz dejstva, da prehajajo skozi te ustanove letno tisoči in tisoči.

Značaj **materinskih domov**, zlasti za matere pred porodom, naravnost terja metodološko izdelan program zdravstvene vzgoje. Oskrbovanke so večidel zdrave žene, zato pomagajo pri kuhanju in vzdrževanju reda v ustanovi. Čemu jih ne bi poučili o pripravi zdrave prehrane, o osebni higieni in higieni hiše? Koder nam je uspelo najti za vodstvo ustanove osebo, ki ima smisel za prosvetno dejavnost, tam so na ustanovi prav gotovo tudi tečajji za nego dojenčka. Matere se učijo šivanja in pletenja. Poleg zdravstvenih vprašanj se pouče o pravicah in dolžnostih, ki jih imajo starši do otrok. Obseg programa mora biti seveda prilagojen kratki dobi bivanja v tej ustanovi.

V porodnišnicah, ki zajemajo v naši državi letno približno 100 000 mater, je nujno načeti vprašanje zdravstvene vzgoje. Večinoma je tu ležalna doba kratka in so zato za širše delovanje relativno majhne možnosti. Vendar pa je tu priložnost, ki je ne smemo prezreti. Kajti tudi tista mati, ki se je že naprej pripravila za pravilno ravnanje z otrokom — in teh je malo — se čuti prve dni ob otroku neobgljena, negotova in je zato za pouk najbolj sprejemljiva.

Na ljubljanski porodniški kliniki je doslej potekalo vzgojno delo v tem, da so voditeljice oddelkov razložile materam, kako naj se ravna v času otrokovanja, in propagirale obisk v posvetovalnicah. Otroške negovalke so ob svojem rednem delu dale materi, zlasti prvesnici, osnovne napotke za nego in propagirale dojenje. Sedaj pa pripravlja svoj vzgojni program za vzgojo otročnice. Na magnetofonski trak so posneli potrebna navodila. Pri sestavi teksta so se ozirali na važnost čustvenega momenta in so materi čestitali k rojstvu. Prisotna sestra bo ta navodila dopolnjevala s pomočjo flanelografa, nato pa odgovarjala na vprašanja. Poizkusili bodo tudi s filmi, ki jih bo v večernih urah možno projicirati kar na steno. Velika škoda za zdravstvenovzgojno delo je dejstvo, da je na kliniki zaradi visoko prekoračene zmogljivosti ležalna doba samo 3 dni.

Od ustanov zaprtega tipa so pretežno največ doprinesli k privzgoji higienskih navad **dečji domovi**, ki sprejemajo v oskrbo matere z dojenčki. Dnevna nega lastnega otroka pod strokovnim vodstvom otroške negovalke je najboljši pouk za pravilno ravnanje z otrokom. Ker se v tej ustanovi pogosto oskrbujejo matere, ki so zaostale ali zapuščene, posvečajo njihovi vzgoji posebno pozornost. Ob rednem opravljanju hišnih del in z delom v kuhinji imajo možnost pouka. V Dečjem domu v Ljubljani je zaradi utesnenosti in oddaljenosti oddelka za matere od centralne stavbe zdravstvenovzgojni program omejen. Radi bi uvedli redni pouk v šivanju, pletenju in kuhanju. V teh okoliščinah posvečajo važnost predvsem osnovam higiene in prehrane. Navajajo primer, ko je zdrav otrok po odpustu iz zavoda začel hirati. Ugotovljeno je bilo, da ga mati ne zna hraniti. Zato so jo poklicali v ustanovo za teden dni. V tem času se je mati naučila pripravljati hrano in otrok je uspeval. Tako sprejemajo v oskrbo ozdravele otroke z otroške klinike, kadar ni moči malega rekonvalescenta zaupati materi zaradi njenega neznanja.

Dečji dom deluje tudi izven ustanove, ko skrbi za vzgojo rejnic, katerim zaupa svoje varovance. To pa na ta način, da jih individualno vzgaja prek patronažne sestre in skupno v krajših tečajih ali razgovorih ob priliki sistemskega pregleda. Podobne možnosti imajo **otroški bolniški oddelki** za delo z materami, ki spremljajo svoje bolne otroke. Na ljubljanski otroški kliniki je vpeljan dnevni enourni čas za informacije. Ob tej priliki in odpustu otroka si prizadevajo, da starše poučijo o pravilnem ravnanju z otrokom in jim na primeren način pojasnijo vzrok obolenja. Imajo pa v načrtu materinsko šolo, brž ko bo klinika dokončno dograjena. Program je podoben prej omenjenemu načrtu dečjega doma.

Otroška okrevališča in specialni zavodi, kjer se otrok zadržuje daljšo dobo, imajo povečini poleg zdravstvenega kadra posebej za vzgojo nastavljene ali vsaj honorarno nameščene pedagogice. Če je otrokova vzgoja sistematična in teži za tem, da mu privzgoji higienske navade, tedaj uspejo najlaže. Uvesti bi kazalo, da hkrati vplivajo tudi na zdravstveno vzgojo staršev. Pismeno bi poročali o svojem načinu nege in zdravstvenem napredku njihovega otroka.

Tako delajo v okrevališču RK Savudrija. Morda bi kazalo izobesiti razlago hišnega reda, ki bi si ga starši ob prihodu in med obiskom lahko ogledali.

Otroške jasli, ki so v dnevnem kontaktu s starši, imajo velike možnosti za njihovo vzgojo in jim je tudi kot ustanovi otroškega kolektiva do tega, da starši izvajajo higienske predpise, že zavoljo stalne nevarnosti infekcijskih obolenj. Nekatere jasli so uvedle redne roditeljske sestanke, kjer starše poučujejo o pravilni negi otroka in jim predočujejo potrebo protiepidemičnih ukrepov.

Gotovo so še zavodi, kjer zdravstveni vzgoji ne pripisujejo tistega pomena, kot ga zasluži. Vendar vse bolj prodira napredna miselnost in spoznanje, da je končni uspeh kurativnih zavodov odvisen tudi od stanja zdravstvene zavesti na terenu. Zato je nujno, da njihove pobude in prizadevanja za razvoj zdravstvenovzgojnega dela vsestransko podpremo.

Vzgojne metode in sredstva

Čeprav je bilo iz doslej nakazane snovi, posebno pa še iz konkretnih primerov razvidno, da si naše ustanove pri svojem delu pomagajo z različnimi vzgojnimi metodami in pripomočki, bi bilo vseeno o tem potrebno še posebej spregovoriti.

Kakor vsako vzgojno delo mora namreč tudi zdravstvena vzgoja temeljiti na načelih psihologije in pedagogike. To oboje nas navaja, da gledamo človeka kot dinamično, dejavno bitje, ki se odloča za akcijo edinole, če so za to dovolj močni tudi afektivni (čustveni) razlogi. To je treba pri našem delu in pri vseh metodah upoštevati. Izmed vseh metod je najbolj uspešna metoda demonstracije in diskusijska metoda posameznikov ali manjše skupine, čeprav ne moremo opustiti tudi pripovedne metode oziroma predavanja. Ni treba posebej utemeljevati, zakaj je diskusijska metoda najboljša, posebno če je v povezavi z demonstracijsko. Pri takem načinu je namreč najlažje doseči dober kontakt in čustveno zainteresiranost poslušalstva. Pripovedno metodo pa bomo izboljšali, če bomo predavanja spremljali z nazornimi sredstvi in diskusijo. Zelo dobra je pri nas še vse premalo vpeljana metoda ekskurzij. Manjša skupina, ki se za posamezna vprašanja že zanima, skupaj obiše centre in si tam ogleda razne vzorne ustanove oziroma objekte: dobre gospodinjske šole, otroško šolsko kuhinjo, dobro opremljene zavode za napredek gospodinjstva, razne razstave, posestva, zlasti zelenjavne in sadne vrtove, sušilnice itd.

Sredstev, ki si z njimi lahko pomagamo pri raznih metodah, pozna moderna tehnika sicer dovolj, od tiskane besede pa do vseh najmodernejših audiovizualnih sredstev, vendar ne smemo pri tem pozabljati na preproste pripomočke, ki so dosegljivi tudi v najskromneje opremljeni posvetovalnici. Priprava in uporaba našega osnovnega propagandnega vzgojnega materiala zasluži večjo pozornost, kot je bila deležna doslej. Materialna sredstva za nabavo vzgojnih sredstev so majhna, kvaliteta je včasih slaba in tudi čas, kadar jih uporabljamo, ni vselej primerno izbran. Vzemimo na primer letake, ki so pri nas najbolj razširjeno vzgojno sredstvo. Večkrat niso prav nič privlačni in to zaradi suhoparne vsebine in slabe opreme. Ker pa spadajo med prvo zdravstvenovzgojno čtivo, bi morali pri njih misliti na opremo z dobrimi ilustracijami. Tudi naj bi po možnosti uporabili barvni tisk in trpežnejši papir v zložljivi, zgibani obliki. To velja zlasti za letake, ki obravnavajo snov v kompleksni obliki. Prav tako bi kazalo uvesti ilustrirane brošure s kratkim

oziroma jedrnatim tekstom kot predhodno stopnjo za prebiranje obširnejših knjig. Zgolj delitev letakov-lističev nam je pokazala, da večinoma ni dosegla svojega smotra. Njih vsebina utegne sicer vplivati vzgojno, vendar pa težko, da bi bila sprejeta. Argumenti navadno niso dovolj močni, da bi že sami brez predhodnega pouka oziroma žive besede spremenili mišljenje posameznika. Za dober primer nam v tem pogledu služi mariborski otroški dispanzer, ki je izdal posamezne recepte dojenčkove prehrane v obliki raznobarnih letakov. Le-te delijo v ustanovi ali ob priliki hišnih obiskov, torej takrat, ko je mati za stvar že pridobljena.

Zelo pogrešamo kompletov za higienske razstave, ki jih zavljo dragega in tudi le od časa do časa uporabljivega materiala ne more imeti na zalogi manjša zdravstvena enota. Pač pa bi morala imeti možnost, da si ga sposodi.

Iz navedenega sledi, da uporabljamo pri zdravstvenovzgojnem delu razne vzgojne metode in sredstva, ki jih moramo med seboj kombinirati. Od zdravstvenega prosvetitelja je odvisno, kako se bo lotil posameznih vprašanj. Ker v naši zdravstveni vzgoji težimo za tem, da ljudi prvič usposobimo in nato izzovemo njihovo akcijo, si moramo pri izbiri metod in sredstev biti v svesti starega kitajskega aforizma, ki pravi: »Če slišim, pozabim, če vidim, si zapomnim, ko naredim, šele takrat znam!«

ZAKLJUČEK

Da bi otroške zdravstvene ustanove izpolnile vlogo zdravstveno vzgojnih centrov in postale resnično žarišče zdravstvene prosvete, je torej potrebno:

1. Vsaka ustanova ali zavod naj si v okviru svojega delovnega področja določi ustrezen program zdravstvene vzgoje, koordiniran s programi ostalih sorodnih ustanov.

2. Te programe je potrebno vskladiti tudi z delom množičnih organizacij in društev. Tako bodo naše ustanove in zdravstveni delavci zagotovili temu delu strokovno višino, politične in družbene organizacije pa bodo z usmerjanjem in mobilizacijo množic to delo vključile v splošne napore za dvig materialne in kulturne blaginje naše družbe.

3. Družbeno upravljanje bo omogočilo še nadaljnji napredek zdravstveno prosvetnega dela in dosego še večjih rezultatov. S pravilnim delom družbeno upravnih organov in od svetov za prosveto in zdravstvo pa do upravnih odborov — bo dana možnost, da se za to nalogo pridobi in aktivira vse širši krog državljanov. Vsekakor bo tem ustanovam tudi lažje zagotoviti potrebna sredstva.

Tako bo zdravstveno vzgojno delo prerastlo v široko družbeno akcijo, v široko družbeno skrb za zdravo rast otroka.

L I T E R A T U R A :

Dr. Marijan Ahčin: (Vestnik Glavnega odbora RK Slovenije št. 1., 2., 3., leto 1955)

Dr. Dušan Reja: »Zdravstvena prosveta« (skripta CHZ 1954). — Zbornik članaka o zdravstvenom odgoju (preveo i uredio Leo Barič). — Prvi izveštaj komisije eksperata za zdravstveni odgoj naroda (Svetska zdravstvena organizacija OZN). — Građivo s konferenc in posvetov medicinskih sester. — Statistični podatki Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani.

Prirojene okvare stopal

Prof. dr. Bogdan Breclj

Med številnimi anomalijami skeleta srečujemo pri nas prav često raznovrstne prirojene deformacije na stopalih. Zanje še nimamo ustreznega izraza niti v naši medicinski terminologiji niti v ljudski govorici. Od preprostih ljudi zvemo, da se je otrok rodil s »krivimi nogami« in pri pregledu običajno ugotovimo, da gre največkrat za prirojeno okvaro stopal — z latinskim imenom nazvano »Pes equino — varus«.

Uvrstili smo jo na drugo mesto, takoj za prirojenim izpahom v kolku tudi zaradi tega, ker jo štejemo pri nas za drugo najpogostnejšo prirojeno okvaro skeletnega sistema. — V principu veljajo zanjo prav tako vsa osnovna načela zgodnjega razpoznavanja in zgodnjega zdravljenja kot za izpah v kolku in druge prirojene deformacije in jih zato ne bomo ponavljali. Preostaja nam kratek opis deformacije same in pa posebnosti v metodiki njenega zdravljenja, kakršno danes na splošno uporabljamo.

Pes equino - varus je v nasprotju s prirojenim izpahom kolka mnogo pogostnejši pri dečkih kot pri deklicah, dedno osnovo pa zasledimo pri tej okvari veliko redkeje kot pri prvi. Danes prevladuje mnenje, da so vzroki v večini primerov mehanični in jih moramo iskati v pomanjkanju plodne vode, v prisilni držhi plodovih ekstremitet, v pomanjkanju njihove aktivne gibljivosti — skratka v neki mehanični oviri, ki je nastopila pri sicer zdravem zarodku med njegovim nadaljnjim razvojem v maternici. Zelo verjetno je, da so infekcije, napori in travme med nosečnostjo pogosto vzrok za nastanek takih mehaničnih ovir, ki so seveda toliko bolj usodne, kolikor prej nastopijo.

Tako vidimo, da utegne biti ekvino - varus ob rojstvu komaj naznačen in ga kvečjemu lahko uvrstimo med anomalije držhe, ki jih z lahkoto korigiramo, zopet drugič pa je deformacija v polni meri izražena, zatrjena in kljubuje vsakemu poskusu korekcije.

Po tem, v koliki meri je deformacija ob rojstvu izražena in zatrjena, lahko do neke mere tudi sklepamo, kdaj med plodovim življenjem v maternici je nastopil mehanični insult, ki je zavrnil in preusmeril normalno rast stopala ter povzročil temu ustrezno bolj ali manj hudo deformacijo.

Že iz slike vidimo, da ekvino - varus ni enostavna okvara in da tu ni prizadet le en sam sklep, kot n. pr. pri izpahu v kolku. Stopalo je od skočnega sklepa navzdol v celoti deformirano; prizadeti pa niso le številni sklepi, marveč prav tako tudi mišice, kite in vezi, kar daje deformaciji značilni videz skremenosti (kontrakture) mehkih delov. Poudariti je treba celo, da je naša pozornost obrnjena — vsaj v pričetku — predvsem na kontrakturo mehkih delov in na njeno čimprejšnjo korekcijo, kajti skelet stopala je običajno v tej rani dobi še neokvarjen, mehka, hrustančasta zasnova bodočega okostja še ni deformirana.

Pri natančnejšem opazovanju novorojenčka s »krivimi nogami« ne bo težko ugotoviti, da je ekvino - varus pravzaprav iz štirih komponent sestavljena deformacija in da je okvara v svoji končni obliki pač rezultat le-teh:

1. Zaradi kontrakture Ahilove kite je stopalce iztegnjeno, tak otrok bi pozneje hodil po prstih in peta se ne bi nikdar dotaknila tal. To komponento imenujemo *e q u i n u s*, kar pomeni konjsko nogo.



Slika 1. Takšna je prirojena deformacija stopal pri novorojenčku, ki jo nazivamo »Pes equino - varus«. Kot vidimo, stopali nista deformirani niti v enaki meri niti v enaki smeri. Desno stopalo je iztegnjeno in zvrnjeno navzven, levo pa zvrnjeno navzven in skrčeno

2. Stopalce je nadalje zvrnjeno navzven in otrok bi moral hoditi po njegovem zunanjem robu in po zunanjem gležnju, ne da bi podplat sploh mogel uporabljati. To komponento imenujemo *varus*, pri čemer je mišljen kot, ki ga tvori zvrnjena petnica z vzdolžno osjo krače, kar nam postane vidno, če opazujemo stoječega bolnika od zadaj.

3. Tudi podolžna os stopalca samega je ukrivljena navznoter in zaradi tega je okvarjeno stopalo krajše in širše od zdravega.

4. Končno opažamo neredko spremembe tudi na vzdolžnem stopalnem loku. Tega, kot znano, še ne vidimo pri novorojenčkih zaradi razvite podkožne maščobe na podplatu. Za ekvino-varus pa je značilno, da je stopalni lok prekomerno visok in nart zaradi tega močno izbočen.

Omenjene komponente so izražene v vsakem posameznem primeru v večji ali manjši meri in v različnih medsebojnih kombinacijah. Celó pri prav istem otroku pogosto opažamo na eni strani močnejše izraženo to, na drugi strani zopet drugo komponento, kar ustvarja na prvi pogled videz, kot bi



Slika 2. Pes equino-varus zdravimo s postopno ročno redresijo in z etapno korekcijo v mavcu. Na sliki vidimo korektivna mavčeva povoja, ki segata do sredine stegna

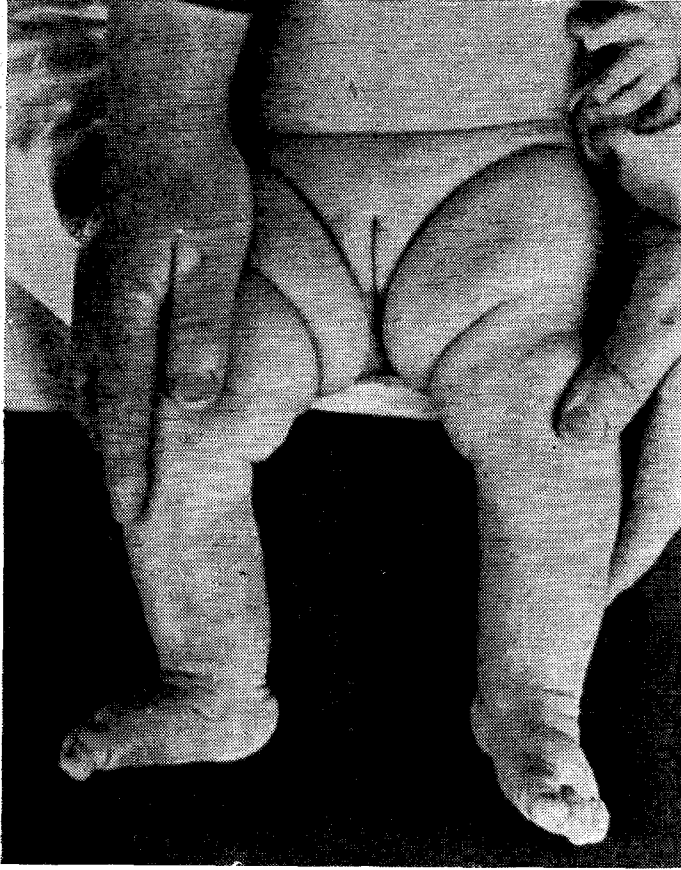
imeli pred seboj povsem različne vrste deformitet. Tu in tam pa se primeri, da je pri otroku, ki se rodi z okvarjeno ekstremiteto, izražena ena sama od naštetih komponent in je stopalo deformirano le v eno smer. Vendar so ti primeri izjemni.

V nasprotju s prirojenim izpahom kolka nam zgodnje odkrivanje in razpoznavanje ekvino-varusa ne dela nikakih težav. Deformacija je takoj pri rojstvu vidna in tudi za laično oko ne more biti dvoma, da gre za prirojeno okvaro, ki zahteva takojšnje zdravljenje.

Način zdravljenja, ki ga danes uporabljamo za ekvino-varus, pa se bistveno razlikuje od načina, ki smo ga spoznali pri izpahu kolka. Tu namreč z enkratno repozicijo in za tem imobilizacijo v mavcu ne bi ničesar dosegli. Ker je ekvino-varus iz več komponent sestavljena deformacija, kjer so prizadeta domala vsa tkiva stopala, tudi zdravljenje ni končano z enkratno intervencijo, ampak ga izvajamo postopoma daljšo dobo.

Bistvo zdravljenja je v tem, da z ročno redresijo korigiramo eno komponento za drugo, pričeneši vselej pri obeh najhujših in to sta varus in ekvinus. Stopalce redresiramo v začetku po dvakrat, na dan, pri čemer ne uporabljamo toliko silo kot vztrajnost in se zadovoljimo z majhnimi uspehi. Preko noči povijemo ekstremiteto z redresijskim povojem in tako obdržimo doseženi položaj do naslednjega dne.

Ko smo obvladali prvo zatrjenost in je deformacija postala nekoliko »mehkejša«, nadaljujemo zdravljenje z redresijskimi mavčevimi povoji, kakršne vidimo na sliki (2). Te menjamo na 7 do 14 dni, pri čemer polagoma



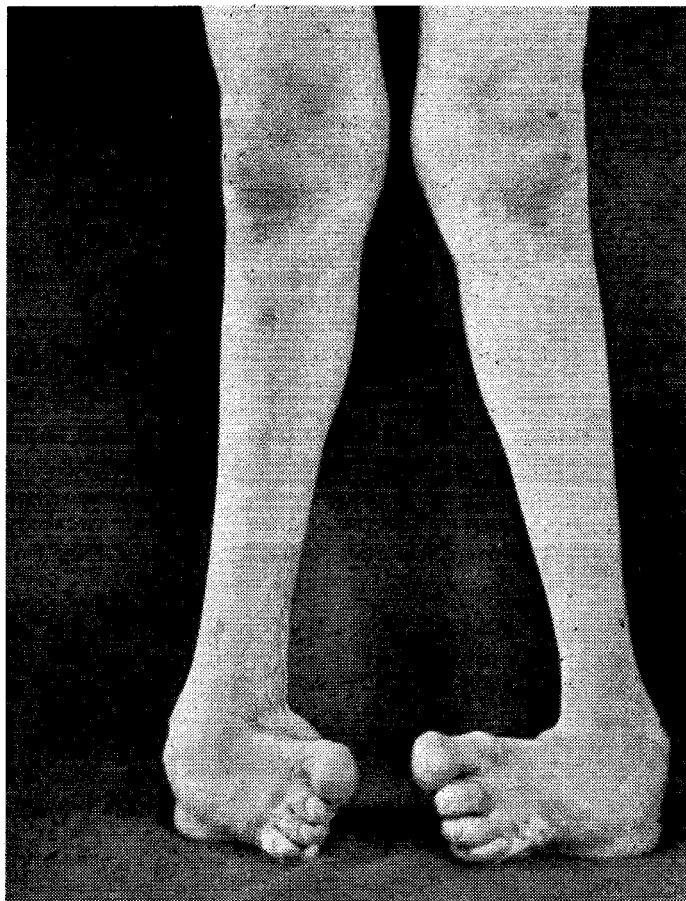
Slika 3. Po končani prvi etapi zdravljenja je deformacija korigirana, vendar doseženi uspeh ni trajnega značaja. Stopali lahko obdržimo v korigiranem položaju le, če nadaljujemo z redresijskimi vajami, z nošenjem vložkov in s pravilnim obuvalom

povečujemo korekcijo pri vsaki naslednji imobilizaciji. Da bi dosegli popolno redresijo in da bi odpravili zadnjo sled kontrakture mehkih delov, moramo pri zadnjih imobilizacijah v mavcu celo preiti v hiperkorekcijo.

Na vprašanje, koliko časa traja tako zdravljenje, je odgovor lahek: dokler nima stopalce normalne oblike in dokler te oblike tudi ne obdrži. V dokaz, da smo dosegli resnično popolno korekcijo, nam služi naslednji poizkus: Z iglo se dotaknemo otrokovega podplata; otrok pri tem reflektorno umakne stopalo in napravi aktiven gib v smislu redresije.

Ta etapa zdravljenja traja različno dolgo, to je odvisno pač od stopnje deformacije ob rojstvu, običajno pa je zaključena v nekaj mesecih (sl. št. 3). Pripomniti pa moramo, da ne uspemo vedno z zgolj konservativnim zdravljenjem in da je včasih kontrakturo Ahilove kite potrebno zdraviti operativno.

Kritična faza v zdravljenju te okvare pa nastopi tedaj, ko smo dosegli popolno korekcijo in ko na stopalcu ni več opaziti sledov deformacije. Na



Slika 4. Takšen je »Pes equino-varus« pri odraslem človeku. Deformacija je tolikšna, da silno otežkoča hojo, povzroča pri tem močne bolečine in onespobablja človeka za večino poklicev. Korekcija je do neke mere možna le z operacijo

prvi pogled zveni to nekoliko nenavadno, celo neverjetno. Kaj naj bi bilo kritičnega še potem, ko je zdravljenje že uspešno zaključeno?

Prvo, kar moramo v tem pogledu vedeti, je to, da s tem zdravljenjem še daleč ni končano, zaključena je šele prva etapa, zdravljenje pa se mora v drugi obliki nadaljevati, vse dokler otrok raste. Uspeh, ki smo ga dosegli, je zelo kratkotrajen, če ne nadaljujemo z ortopedsko gimnastiko, z vztrajnimi redresijskimi vajami, z nošenjem vložkov in pravih obuv. Če vsega tega redno ne izvajamo, se deformacija v nekaj mesecih brez izjeme povrne.

Ko smo torej obvladali deformacijo in je stopalce zadobilo svojo fiziološko obliko, ki je prvi pogoj za nadaljnjo normalno rast tako skeleta kot mehkih delov, tedaj je naša naloga, da prepričamo starše oz. reditelje otrok,

da je za ohranitev doseženega rezultata potrebno še mnogo truda in vztrajnosti in da je to odslej naprej v njihovih rokah.

Kritično smo imenovali to fazo zdravljenja zato, ker nas izkušnja uči, da imamo v borbi z deformacijo povečini več uspehov kot pa v borbi z miselnostjo staršev. Večina hudih in najhujših primerov, ki jih zdravimo, so namreč recidivi, so primeri, ki so bili po končani prvi etapi zdravljenja odpuščeni domov z navodili glede zdravljenja in ponovnih rednih pregledov — pa se tega žal niso držali.

Usoda takih zanemarjenih primerov je v poznejših letih nadvse tragična. Na sliki (4) vidimo, do kakšne stopnje se deformacija razvije, če je pravočasno ne pričnemo zdraviti in če s tem zdravljenjem ne nadaljujemo do konca rastne periode.

Na primeru prirojene okvare »Pes equino-varus« smo tako spoznali poleg osnovne zahteve čimprejšnjega zdravljenja, ki velja za vse kongenitalne deformitete, še drug princip, ki zahteva neprekinjeno nadaljevanje zdravljenja, vse dokler otrok ne odraste, kar edino more preprečiti ponovitev deformacije.

Na tem primeru smo nadalje spoznali, da naše naloge pri zdravljenju prirojjenih okvar ne bomo mogli v polni meri izvršiti, če ne bomo pridobili za sodelovanje tudi staršev. Tolmač in posrednik novih spoznanj in principov na tem sektorju zdravstva pa mora postati medicinska sestra na terenu.

Osnovna na

revmatizma

Revmatizem je pri lahnih vezivnih tkiv, k tkiva so lahko samostoj revmatična dogajanja živčnem tkivu, zato govorimo o sklepnem, srčnem, živčnem, rečemo tudi: revmatični karditis, nevritis itd.

predvsem pa bolezen bli v telesu pač so. Ta bolezen prizadene organe. Vendar so pa prizadene sklepih, na srcu in na živčnih tkivih« nasploh tudi oboje, ki tako nastajajo, pa govorimo o revmatični artritisi,

Glede na ustroj in lego lahkega vezivnega tkiva poznamo sicer v revmatičnih dogajanjih različne spremembe, vendar so osnovna dogajanja v bistvu povsod enaka. Med celice pronica tekočina in jih nekoliko razklene. Zato celice na to oškodbo odgovarjajo z brstenjem in se namnožijo. Med nje pa se vrinejo, kot pri vsakem vnetju, bele krvničke. Tako osnovna revmatična sprememba lahko prizadene neko tkivo v celoti ali pa samo v posameznih vnetnih žariščih, razsejanih v kakem tkivu ali organu. Glede na ustroj tkiva, v katerem se izvrši sprememba, in glede na organ, v katerem spremenjeno tkivo leži, nadalje glede na razvoj »revmatične bolezn« same (morbus rheumaticus) lahko spremembe povsem preidejo, lahko pa se vse dogajanje več ali manj zabrazgotini. Zato seveda se vezivo po navadi skrči in je delovanje tistega organa moteno, zlasti če je vse bolezensko dogajanje dolgotrajnejše in se ponavlja.

da je za ohranitev doseženega rezultata potrebno še mnogo truda in vztrajnosti in da je to odslej naprej v njihovih rokah.

Kritično smo imenovali to fazo zdravljenja zato, ker nas izkušnja uči, da imamo v borbi z deformacijo povečini več uspehov kot pa v borbi z miselnostjo staršev. Večina hudih in najhujših primerov, ki jih zdravimo, so namreč recidivi, so i prvi etapi zdravljenja odpuščeni domov z n movnih rednih pregledov

— pa se tega žal nisc

Usoda takih zane
Na sliki (4) vidimo, de
ne pričnemo zdraviti i
periode.

Na primeru priro
osnovne zahtev
vse kongenitalne defc
nadaljevanje zc
kar edino more prepr

Na tem primeru e naloge pri zdravljenju
prirojenih okvar ne bomo mogli v pomiri izvesti, če ne bomo pridobili
za sodelovanje tudi staršev. Tolmač in posrednik novih spoznanj in principov
na tem sektorju zdravstva pa mora postati medicinska sestra na terenu.



ših letih nadvse tragična.
razvije, če je pravočasno
lalujemo do konca rastne

: smo tako spoznali poleg
vljenja, ki velja za
hteva neprekinjeno
otrok ne odraste,

Osnovna načela o preprečevanju revmatizma pri otrocih

Doc. dr. Marij Avčič

Revmatizem je pri otroku bolezen vsega telesa, predvsem pa bolezen lahnih vezivnih tkiv, ki jih utegne prizadeti, kjer koli v telesu pač so. Ta tkiva so lahko samostojna ali pa vključena v določene organe. Vendar so pa revmatična dogajanja najbolj vidna in izrazita na sklepih, na srcu in na živčnem tkivu, zato govorimo razen o »revmatičnih boleznih« nasploh tudi o sklepnem, srčnem, živčnem revmatizmu itd. Boleznim, ki tako nastajajo, pa rečemo tudi: revmatično vnetje sklepov, srca, živcev, revmatični artritis, karditis, nevritis itd.

Glede na ustroj in lego lahnega vezivnega tkiva poznamo sicer v revmatičnih dogajanjih različne spremembe, vendar so osnovna dogajanja v bistvu povsod enaka. Med celice pronica tekočina in jih nekoliko razklene. Zato celice na to oškodbo odgovarjajo z brstenjem in se namnožijo. Med nje pa se vrinejo, kot pri vsakem vnetju, bele krvničke. Tako osnovna revmatična sprememba lahko prizadene neko tkivo v celoti ali pa samo v posameznih vnetnih žariščih, razsejanih v kakem tkivu ali organu. Glede na ustroj tkiva, v katerem se izvrši sprememba, in glede na organ, v katerem spremenjeno tkivo leži, nadalje glede na razvoj »revmatične bolezni« same (morbus rheumaticus) lahko spremembe povsem preidejo, lahko pa se vse dogajanje več ali manj zabrazgotini. Zato seveda se vezivo po navadi skrči in je delovanje tistega organa moteno, zlasti če je vse bolezensko dogajanje dolgotrajnejše in se ponavlja.

Vprašanje je torej, kaj pravzaprav povzroča revmatizem in zakaj pride do razvoja revmatičnih sprememb v posameznih organih. Za zdaj zdravstvo na ta vprašanja še ne more povsem točno in zanesljivo odgovoriti. Vendar pa je dokaj jasnih namigov, v kakšne vzročne zveze bi lahko dajali nastanek in razvoj revmatičnih bolezni.

Predvsem opazimo, da igrajo pri nastanku revmatičnih bolezni važno vlogo dvojni činitelji, in sicer tisti, ki sprožijo bolezen, in tisti, ki ji utirajo pot.

Če namreč opazujemo nastanek in razvoj revmatizma pri otroku in se vprašamo, kaj vse bi utegnilo biti s to boleznijo v zvezi, tedaj skoraj vedno zlasti v krajšem razdobju neposredno pred prvimi znaki revmatizma ugotovimo močnejšo okužbo zgornjih dihalnih poti. Tako zlasti, da je otrok, recimo, pred nekim določenim časom prebolel močnejšo angino, vnetje žrela, nahod ali vnetje grla in sapnika, skratka vse to, kar pri nas večinoma napačno imenujemo »močan prehlad«. Tudi je značilno to, da je revmatizem bolezen hladnih mesecev, zlasti jeseni, zime in zgodnje spomladi, ko prehladi lahko utirajo pot raznim okužbam. Pri otrocih, ki so pred prvimi pojavi revmatizma imeli v zgornjih dihalnih poteh take spremembe, skoraj vedno najdemo v brisu žrela posebno klico, ki jo imenujemo hemolitični streptokok. Klico poznamo že kot povzročitelja škrlatinke. Zdi se, da ta klica izzove samo neko preobčutljivost, in sicer na podoben način, kakor da bi »cepila« telo in v njem povzročila proti sebi naperjeno dejavnost. Telo namreč se njeni nasebitvi upira in začne stvarjati posebno preobčutljivostno stanje. Da bi pa prizadevanje v tej smeri bilo uspešnejše, telo pritegne k delu tudi rahlo vezivno tkivo, v katerem je ta dejavnost najizdatnejša. V novejšem obdobju zdravstva so odkrili, da je ta preobčutljivost, ki nastane ob izstopu tekočine med vezivno tkivo, posledica nereda v delovanju in sodelovanju žlez z notranjim izločanjem, zlasti pa nereda v medsebojnih odnosih in povezavi med možganskim podveskom (hipofizo) in nadobistno žlezo (suprarenalno žlezo). Pravijo, da se ves ustaljeni red in vse sozvočje med obema skupinama hormonov nekako »pretrese« in da se vse dotle ne vzpostavi sodelovanje in red, dokler trajajo znaki revmatizma. Zato naj bi bilo zdravilno, če z dovajanjem omenjenih hormonov zopet vzpostavimo ravnotežje.

Prav tako nas vzrokom revmatizma na sled vodijo tudi ugotovitve, da se pri otrocih in tudi pri odraslih bolezen razvije, če bezamo v razna kotišča, kjer je omenjeni streptokok. Tako n. pr., če izdiramo zob, ki je dolgo časa gnil ob korenu, ali če izrežemo mandeljne, zlasti če so ti bili ob posegu v sredini še gnojni. Glede na brzino, s katero nastajajo opisane spremembe, se lahko otroku revmatizem pojavi ali takoj po sprožitvi ali pa v nekaj tednih po sprožitvi vzrokov za nastanek revmatičnih dogajanj.

Poleg činiteljev, ki bolezen sprožijo, imamo še podlage, ki jim utirajo pot. Take podlage pa so zlasti vzrastni lik otroka in njegovo dedno obeležje, nadalje otrokova starost in njegove življenjske okoliščine.

Vzrastni lik otroka, ki se nagiba k revmatizmu, je dokaj enak vzrastnemu liku otroka, ki se nagiba k tuberkulozi. Tak lik otroka lahko torej imenujemo tudi revmatično-tuberkulozni vzrastni lik. V naših krajih so to večinoma večji, srednje krepki otroci, živih kostanjevih ali sivomodrih oči, tudi bolj modrih beločnic z dolgimi metlastimi trepalnicami. Taki otroci imajo večinoma večje mandeljne in pogostnejša vnetja v žrelu. Njihova koža je večinoma bolj bela ali sivobelkasta in kaže dokaj ohlapno podkožje. Zobje, zlasti

zgornji sekalci, so veliki, močno beli in lopatasti. Tako vzrastel otrok je nekak slabič v svojem rahlem vezivnem tkivu. Zato je sprejemljiv za revmatična dogajanja, če poleg sprožitvenih vzrokov deluje še tako imenovano družinsko nagnjenje k revmatičnim boleznim. Mnogokrat namreč pri revmatičnem otroku v zgodovini bolezni zasledimo, da je kdo od domačih, zlasti kdo od roditeljev bolehal za revmatizmom. Zdi se, da se ta rodbinska in tudi dedna podlaga lahko prenaša iz roda v rod, zlasti če za njen obstanek ali nadaljnji razvoj ostajajo življenjske razmere neizpremenjene.

Revmatizmu so lahko razvojna podlaga torej tudi posebne, zlasti neurejene življenjske razmere, v katerih živi otrok. Te razmere so torej iste, kot smo jih navedli tudi med pogoji za nastanek in razvoj tuberkuloze. To so: slaba, vlažna stanovanja, neizdatna in nepravilna hrana, slaba obleka in obutev itd. Vendar pa vsestranska blaginja ni še nobeno poroštvo, da se bolezen ne bi razvila.

Prav tako se nagibajo k revmatizmu otroci tudi že po svoji starosti in spolu. Dečkov zboli manj kot deklic, revmatizem se ne pojavlja pri dojenčkih in le redkokdaj ga najdemo že ob drugem letu. Okrog 10. leta ga je med otroki največ.

Revmatizem torej dandanes ni le bolezen starih ljudi, temveč tudi bolezen otrok. Povsem napačno je torej naziranje, da je revmatizem predvsem bolezen odraslih. Zato so zgrešeni tudi vsi preprečevalni prijemi, ki šele pri odraslem človeku skušajo izkoreniniti to drugo, za tuberkulozo največje družbeno bolezensko zlo. Preprečevanje je namreč uspešno edinole, če pričnemo z njim že pri otroku.

Po vsem svetu naglašajo, da se revmatizem pričinja čedalje bolj v otroških obdobjih in to tem prej, čim ugodnejše so razmere za razvoj revmatizma, ki je do neke meje prav tako »socialna« bolezen kakor tuberkuloza. Za razvoj revmatoz so ugodni namreč skoro isti zunanji pogoji kakor za razvoj tuberkuloze: slaba, temna, vlažna in hladna stanovanja, nezadostna in nepravilno sestavljena hrana, zlasti pomanjkanje beljakovin, nezadostna obutev in obleka, pa tudi neurejeno in slabo negovano zobovje, stalna vnetja žrela, preutrujenost in zdelanost, tako živčna kot telesna.

Da bi se revmatoze med otroki izkoreninile, je potrebno predvsem:

1. Izslediti vsa začetna revmatična obolenja sklepov, srca ali živčnega tkiva pri otrocih. Zato moramo na vseh mestih in po vseh ustanovah otroške zdravstvene mreže opozarjati na pereče vprašanje revmatizma pri otrocih in s tem doseči, da se bolezen pravočasno razpozna in otroci napote na uspešno zdravljenje. Pri vsakem razpoznanem primeru revmatizma pa se moramo tudi prepričati, kakšno je okolje, v katerem je otrok zbolel. Storit moramo vse, da se to okolje hitro, uspešno in zadostno uredi, tako da bo otroku neškodljivo, ko se bo ozdravljen ali okrevaajoč vrnil v isto sredino, največkrat v domačo hišo. Brez take ureditve otrokove okolice so brez uspeha vsa prizadevanja, da bi zatrli revmatizem. Kajti največ revmatičnih otrok umre ne po prvem obdobju bolezni, temveč po — ponovitvi, do katere pride zaradi neugodnih vplivov istega neizboljšanega okolja, v katerem je otrok zbolel.

2. Rvmatične otroke je treba čim dalj zadržati v bolnišnicah in storiti vse, da se temeljito pozdravijo in po bolezni tudi okrevaajo. Okrevaajo pa lahko tudi v posameznih okrevališčih za revmatične otroke, ki močno razbremenjujejo otroške bolnišnice. Ko pa otroci odidejo spet v domačo oskrbo, jih moramo

nadzorovati, če jim morda ne preti nevarnost, da bi se bolezen ponovila, ali če se revmatizam, zlasti srčnim, niso morda pridružile druge okvare in poškodbe srca.

3. S stalnim pregledovanjem otrok, zlasti šolarjev, če je njih žrelo zdravo, če imajo angino, gnilo zobovje, vnetje na žrelnici itd., ugotovimo dostikrat osnovne vzroke revmatičnih obolenj. In ne smemo ostati samo pri ugotavljanju nevarnosti — slediti mora na vsak način tudi zdravljenje: to je odstranitev vzroka bodisi z ureditvijo zobovja, z zdravljenjem mandeljnov in žrelnice ali z njihovo odstranitvijo.

4. Za otroke, ki jih bo treba zdraviti leta in leta, je treba urediti posebno ustanovo, ki ni bolnišnica, temveč nekaka šola za dolgotrajne bolnike, ki v njej ne izgublajo najboljših let za učenje, temveč si pridobivajo vse potrebno znanje in spretnosti, kolikor jim to dovoljuje njihova bolezen.

Seveda ne gre brez sodelovanja zdravstvene oblasti ter staršev in tudi otrok samih. Starši so predvsem dolžni sodelovati pri urejevanju splošnega okolja za svoje otroke, v zdravstvenem pogledu pa ne gre brez njihove pomoči pri izsleditvi zgodnjih oblik revmatizma, ki so povsem ozdravljive, toda le zgodaj in ob prvovrstni strokovni pomoči. Starše na terenu moramo opozarjati na sledečih 6 dejstev, ki nam pomagajo odkrivati zgodnje oblike revmatizma:

1. Trganje po udih, mišicah, v glavi ni samo navaden »prehlad«, ampak je pri otrocih lahko mnogokrat začetno ali pa že napredovano revmatično vnetje živcev ali mišic, pa tudi sklepov.

2. Otekli sklepi niso samo zaradi »izvinov« ali udarcev, ki bi jih otrok v strahu pred kaznijo tajil, temveč so mnogokrat revmatična vnetja sklepov, pri katerih je oteklina in bolečina prvi znak.

3. Utujenost pri hoji in delu, zasoplenost, pomanjkanje veselja do otroških iger in s tem do družbe vrstnikov niso samo lenoba, temveč pogostokrat že znak precej resnih revmatičnih srčnih obolenj.

4. Nemir pri sedenju, nerodni in nespretni gibi rok, grda pisava, opotekava hoja, spakovanje, zlovoljnost, ali pretirano veselje, vse to ni samo otrokova zloba, temveč so lahko že začetki živčnega ali možganskega revmatičnega obolenja, tako imenovanega »vidovega plesa«.

5. Bolečine v trebuhu niso samo »pokvarjen želodec« ali »gliste«, temveč mnogokrat znak za začetni revmatizem ali celo že za prizadetost srca.

6. Bolečine v kosteh niso samo zato, »ker otrok raste«, lahko so to prave revmatične bolečine, ki iz začetno vnetih sklepov segajo v kosti.

Da preprečujemo revmatizem pri otrocih, dajemo staršem tele napotke:

1. Otroci morajo imeti zdravo zobovje in zlasti zdravo žrelo; gnojni in povečani, stalno vneti mandeljni so lahko vzrok za sprožitve revmatizma.

2. V stanovanju za otroke ni primeren prostor ob vlažni steni, pre nizko na tleh, pod oknom, ki se slabo zapre, temveč pripada otroku najboljši prostor, ki je mogoč v danih razmerah.

3. Otrokova obleka mora biti zlasti v hladnih in vlažnih dneh topla in suha, prav tako njegova obutev.

4. V takem času in če le mogoče vedno naj bo otrokova hrana ne samo zadostna, temveč po možnosti primerno sestavljena, zlasti pa ne enostranska. Široko preprečevanje nastajanja in razvoja revmatizma pri otrocih je torej dokaj skupnostno vprašanje, v katerem je zdravstveni delavec samo eden izmed členov, mora pa biti najvidnejši in vsestransko aktiven.

Cepljenje z BCG

Izbira oseb. Ugotavljanje alergije. Tuberkulinski testi

Dr. Zdenka Ivančič-Szilagyi

V zadnjem članku o vlogi cepiva BCG v borbi proti tuberkulozi smo govorili o neškodljivosti vaccine za človeški organizem in njeni učinkovitosti, kar vse opravičuje široko uporabo tega dragocenega in uspešnega preventivnega sredstva. Preden preidemo na izbiro subjekta, ki ga nameravamo s cepljenjem zaščititi, in na samo tehniko cepljenja, je potrebno, da smo si na jasnem, kaj smemo in česa ne moremo pričakovati od cepiva. Ne pozabimo! Absolutne, to je popolne odpornosti proti okužbi s tuberkulozo ne moremo doseči. Tudi latentna primoinfekcija, ki jo je večina izmed nas nekoč neopazno prebolela, omogoča le relativno zaščito proti morebitni kasnejši ponovni bacilarni agresiji. V splošnem pa tako pridobljena odpornost, ki je vezana na spremenjeno stanje reaktivnosti telesa, t. j. na tako imenovano alergijo, že zadošča, da se organizem ob ponovni priliki okužbe naglo in uspešno brani ter na ta način izogne nastanku tuberkuloznega obolenja. Vselej in v vsakem primeru pa ni tako. Zgodi se, da tudi tako pripravljen, torej alergični organizem klone ob ponovni množični infekciji, zlasti če je oslabiljen, izčrpan zaradi bolezni, telesnega in psihičnega napora, lakote, skratka vseh faktorjev, ki kvarno vplivajo na človekovo zdravje. Zato tudi od cepiva BCG ne smemo pričakovati absolutne zaščite proti tuberkuloznemu obolenju, temveč le tolikšno, kot jo lahko nudi srečno prestana primoinfekcija. Tudi to je nekaj! V današnjih življenjskih okoliščinah, ko je srečavanje z bacilom tuberkuloze še neizbežno in nihče ne more naprej videti, kakšen bo potek virulentne okužbe, nam je zaščita, ki jo nudi cepivo BCG, nadvse dobrodošla, čeprav ni absolutna, torej stoodstotna. Koga bomo cepili? Razumljivo je, da bomo skušali zavarovati pred obolenjem predvsem najbolj ogroženo mladino, to je dojenčke in malčke do 3. in 4. leta, pubertetnike od 12. do 16. leta in mladostnike od 20. do 25. leta, kajti prav za ta starostna obdobja je tuberkuloza zaradi svojevrstnega in naglega razvoja posebno nevarna. Prednost bodo seveda imeli otroci iz kontakta, saj jih ne moremo vselej in za trajno ločiti od bolezenskega izvora, to je bolnega človeka, ki je največkrat kdo od otrokovih staršev ali najožjih sorodnikov. Prav tako bomo cepili mladino, živečo v kolektivu, v jaslih, domovih igre in dela, v šolskih in učnih zavodih, kasarnah ter delovnih kolektivih, kajti tuberkuloza je močno nalezljiva bolezen! Najpametneje pa bi ravnali, če bi le to tehnično tudi zmogli, da bi cepili prav vse osebe, ki se jih bacil tuberkuloze še ni lotil, torej vse nealergične (ki na tuberkulin ne reagirajo), kajti vsi ti in samo ti so potrebni zaščite. Res je, da cepljenje ne more škoditi alergičarjem, vendar teh ne cepimo, ker pri množičnem odbiranju oseb za vakcinacijo ne moremo vselej prepoznati bolnikov. Simptomi evolutivnega tuberkuloznega obolenja namreč bi se lahko pomotoma pripisovali vakcinalni komplikaciji.

Postopek vakcinacije je vezan na 3 časovna obdobja, ki si drugo drugemu sledijo takole:

1. odbira oseb za preventivno cepljenje s pomočjo ugotavljanja tuberkulinske alergije,
2. vnašanje vaccine za nealergičen organizem,

3. kontrola cepljenih z ugotavljanjem nastale alergije in njenega trajanja (persistence).

Vedeti moramo, da je po današnjem gledanju uspešno cepljen in verjetno tudi zaščiten le tisti organizem, v katerem nam je uspelo izzvati alergično stanje, ki ga na zunaj manifestira pozitívni tuberkulinski test. Imunost in alergija sta sicer dva različna pojavi, ki sta pa večinoma vezana drug na drugega. Za zdaj sklepamo na imunost pri nekom šele tedaj, ko pri njem ugotovimo alergijo. Zaščita cepljenega se prične z nastankom alergije in traja po današnjem splošnem gledanju, dokler pač traja alergija.

Tuberkulinski testi: Z imenom tuberkulin imamo v mislih filtrat in koncentrat produktov spontane avtolize (posmrtnega razkroja) tuberkuloznih bacilov v miljeju, v katerem so vzgojeni. Razumljivo je, da imamo glede na sestavo tega miljeja, glede na vrsto in soj bacilov ter dolgotrajnost njihovega življenja in način njihovega uničenja razne vrste tuberkulinov. Naj na kratko omenim le tri, ki se dandanes najčešče uporabljajo. To so Kochov alttuberkulin (= AT ali Old tuberculin = OT), potem očiščeni tuberkulin (t. j. Purified protein derivat = PPD) in pa tako imenovana tuberkulinska pasta.

Alttuberkulin je filtrat 6 do 8 tednov stare kulture bacilov tuberkuloze, uničenih z vročino. Kultura teh bacilov je vzgojena na govejem ali telečjem bujonu z dodatkom peptona, soli in glicerina, filtrat pa je koncentriran na desetinko prvotnega volumena. Snov je podobna gostemu temnorjavkastemu sirupu in prirejena iz mešanice kultur humanega ($\frac{1}{4}$) in bovinega ($\frac{3}{4}$) tipa bacilov. Poleg specifičnih bacilarnih beljakovin z antigeno lastnostjo vsebuje še nespecifične beljakovine iz bujona, v katerem so se kulture vzgajale. Te pa povzročajo včasih reakcije, ki so na moč podobne specifičnim in se napačno tolmačijo kot pozitivne. Očiščeni tuberkulin PPD vsebuje le bacilarno beljakovino, ker se kulture vzgajajo na sintetičnem gojišču brez dodatka beljakovin. Priporočajo ga zlasti anglosaksonske dežele in se je dobro uveljavil pri množičnem cepljenju z besežjem. To je bel prašek, ki se topi v slani izotonični raztopini. Seveda pa je veliko manj stabilen kot raztopine, prirejene z alttuberkulinom.

Tuberkulinske paste so namenjene perkutanemu testiranju. Prirejene so iz koncentriranega AT ali pa mešanice AT in PPD. Navadno vsebujejo produkte razpadanja humanega in bovinega soja bacilov.

Tuberkulinski testi: Po občutljivosti za tuberkulin ugotavljamo infekcijo s tuberkulozo, kot pravimo tuberkulinsko alergijo. Testi so: perkutani (aplicirani na neledirano kožo) in transkutani (če vnašamo tuberkulin v kožo s pomočjo skarifikacije ali injekcije).

Pri izbiri oseb za vakcinacijo lahko uporabljamo katerega koli od tuberkulinskih testov, vendar moramo vedeti, da vsi niso enako zanesljivi.

Perkutani test:

1. Moro - Hamburgerjeva reakcija. Na kožo prsnega koša, lahko odrgnjeno z etrom, vtremo v premeru 5 cm s prstno konico ali stekleno paličico kapljico koncentriranega tuberkulina ali tuberkulinske masti. Reakcijo čitamo tretji dan. Pozitivna reakcija pokaže na vsej površini, ki je bila v kontaktu s tuberkulinom, drobne rdeče papule. Metoda ni zanesljiva, ker je subjektivnega značaja glede na jakost drgnjenja kože.

2. Morojev obližni test je zelo enostavna in zelo uporabljiva metoda. Na košček obliža štirikotne oblike iztisnemo iz tube kapljo koncentriranega tuberkulina (količina naj ustreza približno glavici vžigalice). Obliž apliciramo na

kožo prsnega koša nad prsnico, pod ključnico ali pri nemirnih otrocih v medlopatični prostor. Po 24 urah obliž odstranimo. Reakcijo čitamo 3. dan. V tem času prepovemo vsako umivanje ali čiščenje kože. Pozitivna reakcija se pojavlja v drobcenih papulah, dvignjenih nad kožo, včasih tudi mehurčkih, napolnjenih z bistro tekočino, zlasti pri močno alergičnih otrocih. Ti mehurčki se izjemoma strnejo tudi v večji mehur. Samo rdečica kože kakor tudi manj kot 3 papule še ne zadostujejo za pozitivno ocenitev reakcije. Papule se pojavljajo na normalni ali pordeli koži. V dvomljivih primerih si pri tolmačenju reakcije pomagamo na ta način, da kožo lahko odrgnemo z alkoholom ali pa naročimo pacienta za naslednji dan, ko je reakcija jasnejša. Če nam tudi to ne uspe, test ponovimo čez nekaj dni ali pa preidemo na drugega. Morojev obližni test je zelo enostaven, ne povzroča nobenih bolečin, zato starši in otroci radi pristanejo nanj. Rado se pa zgodi, da otroci prehitro odstranijo obliž ali pa ga starši prepozno snamejo. Morojeva izvedba reakcije se dandanes zaradi svoje enostavnosti mnogo uporablja za prevakcinalno testacijo in je zanesljiva reakcija za otroke do 10. leta starosti.

Vollmer - Kfoury - Merieuxjev test je podobna metoda, le da uporablja suhi tuberkulin. Na večjem koščku obliža so tri krpice: dve namočeni v tuberkulin in osušeni, ena — za kontrolo — pa namočena v glicerin in tudi osušena. Postopek je prav tako enostaven. Kožo odrgnemo z etrom ali alkoholom, nato odstranimo zaščitno gazo nad krpicami in apliciramo obliž na kožo in ga pustimo delovati 48 ur. Reakcijo odčitamo po 96 urah. Pozitivni test tolmačimo tako kot pri prej omenjeni metodi. Reakcija je nekoliko šibkejša od prejšnje. Učinkovitost je odvisna od starosti uporabljenega tuberkulina.

Kutani test predstavlja klasična Pirquetova reakcija, ki je najstarejša od vseh metod. Originalna izvedba je sledeča: na zunanjo stran nadlaktka ali podlaktka napravimo s cepilno lanceto dva površna 0,5 cm dolga horizontalna vreza v razdalji najmanj 1 cm. Prvega le na očiščeno, suho kožo, drugega skozi kapljo tuberkulina, ki smo jo predhodno kanili nanjo. Paziti moramo, da je prvi kontrolni vrez dovolj daleč od drugega, najbolje nad njim, da tuberkulin ne bi odtekal tudi na kontrolno mesto. Vreza morata biti površna, enako globoka in smeta izzvati le lahko krvavkasto sekrecijo ledirane kože. Reakcijo čitamo po 48—72 urah. Rdečica in infiltrat v širini najmanj od 2 do 3 mm pomenita pozitivnost reakcije. Pri nas in v nekaterih sosednjih državah je v navadi drug način izvajanja Pirquetove reakcije s pomočjo tako imenovanega Pirquetovega svedra. Na volarni (notranji) ali radialni (palčevi) strani podlaktka kanemo v razdalji 5—10 cm 2 kaplji alttuberkulina. Sredino med obema kapljama skarificiramo z 8—10 obrati Pirquetovega svedra. To mesto služi za kontrolo. S prav toliko obrati svedra in isto jakostjo lediramo tudi kožo, skozi obe kaplji nanesenega tuberkulina. Reakcijo čitamo po 48 urah, še bolje dan kasneje. Pozitivna reakcija se javlja v dveh rdečih papulah, medtem ko ostane kontrolno mesto neizpremenjeno ali pokrito s komaj vidno krasto. Važen je predvsem infiltrat, ki ga moramo otipati (ocenitev s pogledom ne zadostuje) in mora v premeru imeti vsaj 5 mm. Test je lahko izvedljiv in ne povzroča posebnih bolečin, razen tega so ga ljudje že vajeni. Vendar se zadnje čase mnogo bolj uporabljajo perkutane metode. Tudi ni povsem zanesljiv, zlasti če bi ga pred cepljenjem uporabljali samega. Lahko bi se nam zgodilo, da bi cepili alergičarje, ki na to reakcijo niso reagirali. V primeru tuberkuloznega obolenja pa skoraj nikoli ne zataji.

Intrakutana reakcija (intradermalna). Reakcija Mantoux je mnogo bolj zanesljiva in točna. Občutljivost te reakcije se menja s koncentracijo uporabljene tuberkulina. Tehnika je preprosta, mora pa biti zelo precizno izvedena in je za to potrebna izvežbanost. Izvajamo jo takole: Kožo na volarni ali radialni strani podlakti naprej očistimo z alkoholom ali etrom. Nato injiciramo desetinko določene raztopine tuberkulina s tanko ca. 1 cm dolgo iglo s kratkim ustjem. V ta namen uporabljamo brizgalke s specialno graduacijo v desetinkah ccm. Injicirati moramo strogo v kožo, nikakor ne pod kožo, kar zlasti pri dojenčkih ni vselej lahko. Pravilnost izvedbe nam potrди bela papula v premeru 5 mm, s površino, ki po videzu spominja na kožo pomaranče.

Občutljivost za tuberkulin je na splošno zelo različna. Odvisna je od starosti infekcije, od klinične slike morebitnega tuberkuloznega obolenja in pa osebne nagnjenosti posameznika k burnim (hiperergičnim) reakcijam. Če uporabljamo izključno te vrste testacije, moramo pričeti vselej z manjšimi količinami tuberkulina, da se izognemo pretiranim reakcijam. N. pr. z 1 stotinko mg, ki jo v primeru negativne reakcije zvišamo čez 6—8 dni na 1 desetinko in končno po prav tolikšnem časovnem razdobju na 1 mg. Uporabljena doza 1 mg z negativno reakcijo praktično izključuje okuženost z bacili tuberkuloze. Omenjenim količinam ustrezajo raztopine 1 : 10 000, 1 : 1000 in 1 : 100, ki jih vedno pripravljamo sveže. Za razredčenje nam služi destilirana voda ali fiziološka raztopina. Doza 1 stotinke mg približno ustreza po zanesljivosti reakcije perkutanemu ali kutanemu testu. Zato lahko prvo testiranje zamenjamo za eno izmed teh metod. Na splošno so dojenčki za tuberkulin manj občutljivi kakor starejši otroci in lahko brez skrbi začnemo z desetinko mg. Reakcijo čitamo čez 72 ur. Pozitivna reakcija se javlja z rdečico in infiltratom, ki je glavni znak pozitivnosti. Premer infiltriranega dela variira s stopnjo alergije in koncentracijo tuberkulina. Doseči pa mora najmanj velikost 5 mm.

Trambustijeva ali tako imenovana finska tuberkulinska reakcija: je pravzaprav modificirana intradermalna reakcija. Obstoji v tem, da se koža perforira z debelo iglo, namočeno v tuberkulin.

Sohier je izboljšal to metodo na ta način, da je skonstruiral avtomatično penetracijsko iglo, ki vnaša v kožo določeno količino tuberkulina. Pozitivna reakcija je podobna intradermalni reakciji, ki jo dosežemo z 1 mg tuberkulina. Gre torej za močno reakcijo in pri množični odbiri za cepljenje ni priporočljiva.

Raztopine tuberkulina za intradermalne reakcije

Št. raztop.	Raztopina je v razmerju	Mešamo	V $\frac{1}{10}$ ccm dobljene raztop. znaša količina tuberkulina
I.	1 : 10	1 ccm AT z 9 ccm fiziol. razt.	1 cg
II.	1 : 100	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. I. z 9 ccm fiziol. raztop.	1 mg
III.	1 : 1 000	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. II. z 9 ccm fiziol. raztop.	$\frac{1}{10}$ mg
IV.	1 : 10 000	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. III. z 9 ccm fiziol. raztop.	$\frac{1}{100}$ mg
V.	1 : 100 000	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. IV. z 9 ccm fiziol. raztop.	$\frac{1}{1000}$ mg
VI.	1 : 1 000 000	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. V. z 9 ccm fiziol. raztop.	$\frac{1}{10 000}$ mg
VII.	1 : 10 000 000	$\frac{1}{10}$ ccm razt. št. VI. z 9 ccm fiziol. raztop.	$\frac{1}{100 000}$ mg

Radioaktivni izotopi v sodobni medicini

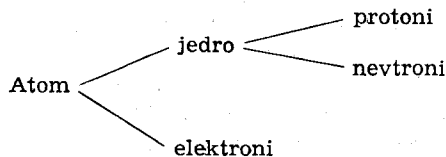
Dr. Marjan Jerše

Izsledke jedrske fizike uporablja medicina predvsem v diagnostične, pa tudi v terapevtske namene. Vse je še bolj na začetku, vendar kažejo dosežki izkušnje, da je vredno z delom nadaljevati, saj imamo dokaze za to že v rokah.

Praden pa preidem k sami temi, bi prav na kratko priklical v spomin nekatere osnove o zgradbi atoma, ker bo potem ta sestavek lažje razumljiv.

Vsi smo se učili, da je materija sestavljena iz atomov. Prav do konca 19. stoletja je veljalo tudi to, da se atom niti s fizikalnimi niti s kemičnimi sredstvi ne da več razbiti. Odkritje radioaktivnih elementov pa je to trditev ovrglo, saj so vendar v sami naravi snovi, katerih atomi razpadajo v še manjše sestavne dele. Zato bi lahko rekli, da je XX. stoletje šele pravo rojstvo atomske fizike. Atom torej ni enovit, ampak je sestavljen iz jedra in elektronov. Jedro je nosilec teže atoma, elektroni pa krožijo okrog jedra v določeni oddaljenosti. Elektroni so negativno nabiti delci, medtem ko je jedro pozitivno. In še več, tudi jedro ni enotno. Sestavljajo ga v glavnem protoni in nevtroni. Slednji so dobili svoje ime po tem, ker so nevtralni, torej ne pozitivno in tudi ne negativno nabiti, medtem ko so protoni pozitivno nabiti delci. (Da ne bi stvari kompliciral, namenoma izpuščam oznake pozitron in antiproton, o katerih se več sliši prav v zadnjem času.)

Za še večjo jasnost naj služi sledeča shema:



Še nekaj besed o prirodni radioaktivnosti. Leta 1896 je Becquerel hotel dokazati, da vodne raztopine tistih snovi, ki fluorescirajo, učinkujejo na fotografsko ploščo. Pri teh poskusih je uporabljal raztopino uranovih soli. In res, fotografska plošča je počrnela. S tem je odkril, da uranove soli izžarevajo neke žarke. Poznejša točnejša raziskovanja so pokazala, da to niso ene vrste žarki, ampak da radioaktivna snov izžareva α (alfa), β (beta) in γ (gama) žarke. Najtrdoovratnejši od vseh teh so γ (gama) žarki, saj jih ne odvrne niti magnetno niti električno polje; prodirajo naprej, kot bi zanje ne bilo ovire.

Zakonca Curie sta 1898. leta dokazala, da je glavni nosilec izžarevanja kemični element, ki ga v zelo majhni količini vsebuje uranova smola. Imenovali so ga radij.

Že v začetku sem omenil, da je radioaktivno izžarevanje razpadanje atoma, zato je v atomski fiziki uveden pojem — razpolovna doba t. j. čas, v katerem se določena količina radioaktivne snovi zmanjša na polovico. Ta čas je za radij zelo dolg, saj znaša 1580 let, pri nekaterih radioaktivnih elementih pa je zelo kratek, tudi eno samo milijardinko sekunde.

Radioaktivnost merimo z enoto, ki ima ime po zakoncih Curie. Vendar pa je ta enota zlasti za medicinske namene prevelika, zato rabimo manjše: mili — Curie ($\frac{1}{1000}$ Curie), mikron — Curie ($\frac{1}{1000000}$ Curie) in še manjše.

S tem bi fizikalni uvod zaključil in upam, da je razumljiv. Če pa je med čitateljicami tega članka kakšen fizik, naj mi oprostí, ker sem bil marsikje preskop, a le na račun poenostavljenja, saj sem želel prikazati vse le pregledno.

Za nevtrone smo rekli, da so nevtralni delci atomskih jeder in prav s temi streljajo na atome, da jih razbijejo. Pri takem razbijanju atomov nastajajo iz kemičnih elementov »novi elementi«, ki so onim v periodičnem sistemu elementov po kemičnih lastnostih enaki, le da imajo drugačno atomsko težo. Ti »novi elementi« so izotopi — onih v Mendeljejevem sistemu. Ali: izotopi so elementi, ki imajo isto redno številko kot matična snov v Mendeljejevem sistemu elementov, le da imajo drugačno atomsko težo.

Oba stavka sta na prvi pogled morda zapletena, zato nekoliko podrobneje o tem. — Vse se še prav dobro spominjate velike table, ki jo je obesil na šolsko tablo profesor kemije — Mendeljejev periodični sistem elementov. — Na njem opazite označene elemente, vodik (H), natrij (Na), kalcij (Ca), fosfor (P), jod (J) itd. Ob vsakem elementu sta dve številki, na primer: 26 Fe 55,85, kar pomeni: 26 je redna številka Fe (železa) v Mendeljejevem periodičnem sistemu elementov, 55,85 pa je njegova atomska teža.

Če z nevtroni obstréljujejo neki element x in razpade ta med drugimi v železo (Fe), ima tudi to železo redno številko 26, saj je vendar železo, pač pa ima drugačno atomsko težo. Tako je n. pr. 26 Fe 60 izotop navadnega železa 26 Fe 55,85. Po navadi rednih številok pred elementi niti ne pišemo in rečemo: n. pr. J_{131} je izotop $J_{126,92}$ (ki je kot matični element vpisan v periodičnem sistemu elementov), kratko pa govorimo kar o izotopu J_{131} (Jod 131) in s tem že vemo, da je to jod, ki je nekoliko drugačen od »navadnega« joda.

In če končno povem še enostavneje: železo ima več bratov. Vsi ti bratje so njegovi izotopi, saj se vsi pišejo »železo«, so pa različno težki in imajo tudi različne navade, med njimi je eden zelo močno radioaktiven — radioaktivni izotop.

Upam, da je po tem sprva težjem, nato pa vedno lažjem razpravljanju vsem jasno — kaj je izotop.

Danes radioaktivne izotope v medicini že s pridom uporabljajo, predvsem so to radioaktivni natrij, fosfor, železo in jod.

Radioaktivni natrij se uporablja v obliki kuhinjske soli, predvsem za določevanje izvencelične (ekscelularne) tekočine. Saj je znano dejstvo, da natrij zelo hitro preide v medstanične prostore, v samo stanico pa ne. Delo z radioaktivnim natrijem mora potekati hitro, ker je razpolovna doba precej kratka; nekaj manj kot 15 ur.

Radioaktivni fosfor izžareva β žarke, razpolovna doba je 14 dni. Vsem je poznano, da se fosfor veže predvsem v hematopoetskem aparatu, zato prihaja že v poštev tudi kot terapevtično sredstvo pri zdravljenju policitemij. Kasneje se fosfor veže tudi na samo kost in lahko tudi od tod deluje na kostni mozeg, to je na največji hematopoetski organ.

S pomočjo radioaktivnega železa lahko sledimo železu od trenutka, ko smo ga zaužili s hrano, pa do tvorbe hemoglobina ali pa do vskladiščenja. Da pa je poznavanje metabolizma železa zelo važno, nam ni treba dokazovati, saj je to znano že laiku. Življenjska doba eritrocitov je kratka, vendar smo mislili,

da je še krajša, dokler nam ni radioaktivno železo dokazalo, da lahko eritrocit živi celo 4 mesece.

Nekaj več pa bi povedal o radioaktivnem jodu, ki ga z uspehom uporabljata tudi ljubljanska interna klinika, za zdaj šele v diferencialno diagnostične namene, verjetno pozneje tudi v terapevtske.

Radioaktivni jod¹³¹ pridobivajo iz kemičnega elementa telurija. Pri obsevanju z nevtroni se telur razleti in tvori med drugimi izotopi tudi J¹³¹. Razpolovna doba tega joda je 8 dni, z drugo besedo, radioaktivnost po 160 dneh izgine. Evropa dobavlja J¹³¹ iz radiološkega centra v Harwellu v obliki izotonične raztopine. Bolnikom ga lahko apliciramo per os ali pa intravenozno, in to v količinah 50—100 μ Curie.

Niso redki primeri, ko zdravniki ne vemo, ali naj se odločimo za tireotoksiko ali za vegetativno distonijo, saj je simptomatika včasih prav enaka. Jasno je, da ne dela težav izrazita bazedovka z redko posejanimi lasmi, eksoftalmusom, strumo, tahikardijo, tremorjem, toplim potenjem, hujšanjem, driskami in splošnim nemirom. Vse drugače pa je, če najdemo le nekaj teh simptomov ali pa so še ti motni. V takih primerih smo do sedaj opazovali bazalni metabolizem (osnovno presnovo), ki je pri tireotoksikozi kot hipermetaboličnem stanju zvišan. Zato so bili izdelani različni aparati — spirometri, — ki računajo bazalni metabolizem iz porabe kisika v izdihanem zraku. Naj bodo ti aparati še bolj točni, v mnogih primerih ne morejo reči končne besede, ker se v organizmu, ki ga preiskujemo istočasno, lahko vzporedno odigrava še neki drug hiperoksidativni proces. Tako najdemo zvišan bazalni metabolizem tudi pri hipertenziji, kardijskih obolenjih, levkemijah, karcinomu, celo pri samih psihičnih motnjah, znižanega pa pri Addisonovi in Simondsovi bolezni. Iz tega sledi, da spirometri niso prinesli zanesljivih podatkov, po katerih bi lahko razločevali vegetativne distonije od tireotoksikoze. Prav tako ni zanesljivo določevanje holesterinov v serumu.

Med vsemi preiskovalnimi metodami se je še najbolje izkazal radioaktivni jod — jod 131. Hipertireotika nakopičijo v eni uri tudi preko 70 % apliciranega izotopa, hipotireotika pod 5 %, evertireotika pa okrog 10 %. Če merimo kopičenja J¹³¹ v razdobju 24 ur vsako uro in napravimo krivuljo, opazimo, da se pri hipertireozi ta hitro dvigne, padec pa je odvisen od tega, kako hitro je zmožna žleza predelati jod v hormon. Da bi bilo določanje hipertireoz še točnejše, so pričeli meriti še v urinu izločeni radioaktivni jod. Popolnoma nerazumljivo je, da mora biti pri hipertireotikih izločanje nizko (saj se jod kopiči v žlezi), pri hipotireotikih pa visoko (ker ga žleza malo zadrži). Končno so uvedli še »plazma test«. Pri tem se ugotavlja količina joda v serumu v posameznih časovnih obdobjih po aplikaciji izotopa. Pri hipertireozi v prvih urah pada aktivnost plazme in to zato, ker se je jod vezal na žlezo, na drugi strani pa se izloča še z urinom. Že po nekaj urah pa aktivnost plazme naraste, kar je znak, da je žleza z vso hitrostjo pričela nakopičeni jod predelovati v hormon.

Res je, da tudi z radioaktivnim J¹³¹ ne moremo povsem zanesljivo določiti, če gre za hipertireozo oziroma tireotoksiko, vendar je od vseh dosežanih diagnostičnih metod še najboljša.

J¹³¹ pa rabimo tudi za iskanje karcinomskih metastaz tireoida, saj z malo bolj občutljivim Geigerjevim števcem kaj hitro ugotovimo, da se nekje (navadno v kaki kosti, ker Ca thyreoideae rad metastazira v kosti) kopiči radioaktivni jod.

Morda bo kdo pomislil, ali ni možno, da bi zaradi radioaktivnih izotopov, ki jih apliciramo, nastale na občutljivejših tkivih telesa okvare. Res je, lahko nastanejo okvare, vendar le v takem primeru, če bi dovajali v telo zelo visoke doze, skratka, če ne bi delali vestno in smotrno. 100 μ Curie J₁₃₁, ki ga bolnik popije pri opisani preiskavi, pa je toliko kot enkratni rentgenski — diaskopski pregled pljuč.

Skušal sem samo okvirno pojasniti uporabo radioaktivnih izotopov v sodobni medicini. Kot je razvidno, je za zdaj na prvem mestu radioaktivni jod, temu sledi fosfor, ostali pa so le še za znanstvena raziskovanja. Z zaupanjem pa gledamo v bodočnost, ko bodo, vsaj tako pričakujemo, izotopi vračali zdravje onim, ki jim maligni procesi krajšajo življenje.

Karcinom in

Združenih

iz
Ju
st
et
st
in
V
C

(demografski odatek) ter v Onkološki higiensko-epidemiološke sekcije tudi predaval o delu v borbi proti rakavim obolenjem v ZDA. Iz tega predavanja kakor tudi iz ostalih razgovorov z njim je posnetih teh nekaj zanimivosti.

oslaviji dr. Harold Dorn v Bethesda, Amerika. V jak mednarodne zdravstvenega razširjenosti in je naše glavne zdravstvene borbo proti raku, in viru zdravniških društev. iskal je Onkološki zavod. ubliški statistični zavod

Pregled celotnega dela, ki ga opravlja zdravstvena služba v borbi proti raku, je težko podati v kratkih potezah. Združene države Amerike, sestavljene iz 48 držav, so namreč tako velika dežela, da so načini dela v podrobnostih dokaj različni. Zato je mogoče prikazati pač samo glavne obrise tovrstne zdravstvene dejavnosti. Problem rakavih obolenj je v Ameriki eden prvih problemov zdravstvene službe. Vsako leto namreč beležijo 240 000 smrtnih primerov, v katerih se za vzrok smrti navaja maligna novotvorba, in vsako leto je registriranih 540 000 na novo ugotovljenih obolenj. — V splošnem se misli, da je malignom bolezen starejših let in da stvarjajo težino tega problema predvsem starejši ljudje. Vendar pa podatki ameriške državne statistike kažejo, da je med otroki in mladino v starosti 5 do 19 let zabeleženih zaradi raka več smrtnih primerov kakor zaradi vseh infekcijskih boleznih skupaj. Res je višina mortalitete zaradi infekcijskih obolenj pri otrocih v ZDA nizka, vendar je višja smrtnost zaradi rakavih obolenj zahtevala, da se delu za borbo proti raku posveti velika pozornost.

Organizirano delo v tej smeri se je pričelo l. 1930; leta 1938 pa je na zahtevo parlamenta bil kot sestavni del javne zdravstvene službe osnovan nacionalni inštitut, ki je prevzel organizacijo in vodstvo te zdravstvene dejavnosti. Naloge inštituta so trojne:

Morda bo kdo pomislil, da če jih aplikiramo, nastanejo okvare, vendar doze, skratka, če ne bi popije pri opisani preiskavi pregled pljuč.

Skušal sem samo v klinični medicini. Kot je temu sledi fosfor, ostalo pa gledamo v bodočnost, pa onim, ki jim maligni pri-



radioaktivnih izotopov, saj so okvare. Res je, da so jih v telo zelo visoke doze Curie J₁₃₁, ki ga bolniki prejmejo rentgenski — diaskopski

radioaktivnih izotopov v somatomu radioaktivni jod, iskovanja. Z zaupanjem, izotopi vračali zdravje

Karcinom in borba proti njemu v Združenih državah Amerike

Dr. Boga Škrinjar

V septembru se je mudil v Jugoslaviji dr. Harold Dorn iz Nacionalnega inštituta za raka v Bethesda, Amerika. V Jugoslavijo je prišel kot strokovnjak mednarodne zdravstvene organizacije v zvezi s proučevanjem razširjenosti in etiologije rakavih obolenj. Obiskal je naše glavne zdravstvene ustanove, ki so zadolžene z borbo proti raku, in imel istočasno nekaj predavanj v okviru zdravniških društev. V Sloveniji se je mudil dva dni; obiskal je Onkološki zavod, Centralni higienski zavod in Republiški statistični zavod (demografski oddelek) ter v okviru higiensko-epidemiološke sekcije tudi predaval o delu v borbi proti rakavih obolenjem v ZDA. Iz tega predavanja kakor tudi iz ostalih razgovorov z njim je posnetih teh nekaj zanimivosti.

Pregled celotnega dela, ki ga opravlja zdravstvena služba v borbi proti raku, je težko podati v kratkih potezah. Združene države Amerike, sestavljene iz 48 držav, so namreč tako velika dežela, da so načini dela v podrobnostih dokaj različni. Zato je mogoče prikazati pač samo glavne obrise tovrstne zdravstvene dejavnosti. Problem rakavih obolenj je v Ameriki eden prvih problemov zdravstvene službe. Vsako leto namreč beležijo 240 000 smrtnih primerov, v katerih se za vzrok smrti navaja maligna novotvorba, in vsako leto je registriranih 540 000 na novo ugotovljenih obolenj. — V splošnem se misli, da je malignom bolezen starejših let in da stvarjajo težino tega problema predvsem starejši ljudje. Vendar pa podatki ameriške državne statistike kažejo, da je med otroki in mladino v starosti 5 do 19 let zabeleženih zaradi raka več smrtnih primerov kakor zaradi vseh infekcijskih boleznih skupaj. Res je višina mortalitete zaradi infekcijskih obolenj pri otrocih v ZDA nizka, vendar je višja smrtnost zaradi rakavih obolenj zahtevala, da se delu za borbo proti raku posveti velika pozornost.

Organizirano delo v tej smeri se je pričelo l. 1930; leta 1938 pa je na zahtevo parlamenta bil kot sestavni del javne zdravstvene službe osnovan nacionalni inštitut, ki je prevzel organizacijo in vodstvo te zdravstvene dejavnosti. Naloge inštituta so trojne:

1. eksperimentalno proučevanje etiologije in patologije malignih novotvorb na živalih;

2. epidemiološko - statistično proučevanje problema raka med ljudmi ter

3. prevencija rakavih obolenj.

V času, ko se je osnoval inštitut, ni nihče točno vedel, kaj obsega ta zadnja naloga in kako se pravzaprav lotiti dela. Saj je vendar ob tistem času bilo splošno mišljenje, da je pri rakavih obolenjih možno edinole zdravljenje, o prevenciji raka pa se do tedaj sploh ni govorilo. Vendar pa delavcev v inštitutu to mišljenje ni motilo. Saj če bi v medicini nasploh vedno prevladovalo takšno mišljenje, bi v zdravstvu prav gotovo ne bilo nobenega napredka. Prav takšno mišljenje je vladalo tudi takrat, ko se je pričela borba proti tifusu, pegavici in koleri in vendar smo zdaj na tem področju priče velikih uspehov. Do konca druge svetovne vojne je bilo težišče dela predvsem v iskanju novih metod zdravljenja in organizacije zdravstvene službe. Druga dejavnost v tej smeri pa datira šele od konca druge svetovne vojne.

Borba proti raku je organizirana iz dveh smeri. Ustanovljeno je posebno prostovoljno društvo. V njem so včlanjene osebe, ki se zanimajo za vprašanje raka v državi. Delo tega društva je tesno povezano z delom zdravstvene službe same. Mesec april je v Ameriki namenjen za zbiralno akcijo, ki jo prireja društvo z namenom, da zbere denar za delo v borbi proti raku. Akcija zavzema najširši obseg in zberejo v državi letno ca. 15 milijonov dolarjev, kar tudi v Ameriki pomeni velik denar. Od zbranega denarja zadrži 60 % lokalna organizacija za izvajanje lokalnega programa, 25 % je namenjenih svetu za znanost, da razdeli denar za raziskovalno delo zdravstvenim ustanovam (bolnicam, dispanzerjem) ter medicinskim šolam, 15 % pa dobi osrednji nacionalni inštitut kot prispevek za izvajanje svojega delovnega programa v borbi proti raku.

Prevenција proti rakavim obolenjem se izvaja na štiri načine:

1. z vzgojo zdravstvenega kadra,

2. z vzgojo prebivalstva,

3. z ustanavljanjem posebnih centrov za zgodnjo diagnostiko raka,

4. z iskanjem metod za zgodnjo diagnostiko bolezni.

Vzgoja zdravstvenega kadra ima namen, da dviga strokovno znanje zdravstvenih delavcev v pogledu diagnostike in metod zdravljenja. Stalno se vrše kratki seminarji, ki trajajo nekaj dni do nekaj tednov. Na njih govore znani strokovnjaki splošnim zdravnikom kakor tudi kirurgom iz vseh delov države o novih pridobitvah na tem področju. Ker igrajo veliko vlogo v borbi proti raku prav splošni zdravniki, ki prvi pridejo v dotik z bolnikom, pa se teh seminarjev ne morejo vedno udeležiti, posvečajo veliko pažnjo izdajanju monografij o zdravljenju in diagnostiki posameznih vrst obolenja. Monografije se tiskajo v velikem številu primerkov, ki se brezplačno dele vsem zdravnikom. Isto tematiko obravnavajo tudi filmi, ki jih iz centralnega inštituta pošiljajo zdravniškimi društvom, da se predvajajo čim širšemu krogu zdravnikov. V zadnjih dveh letih so v vzgoji zdravstvenih kadrov veliko vlogo prevzeli televizijski prenosi. Ko v kakem zavodu začno z neko določeno operacijo, vstavijo nad bolnikom sprejemno televizijsko kamero in ves potek operacije prenašajo v barvah določenemu krogu zdravnikov oziroma drugemu medicinskemu kadru. Tako je zdravniku v Clevelandu, Chicagu ali San Franciscu

dana možnost, da prisostvuje operaciji, ki se vrši na primer v New Yorku, ne da bi zapustil svoj zavod. Poleg teh pripomočkov, ki doprinašajo k strokovnemu izpopolnjevanju medicinskega kadra, pa se dajejo večjim bolnicam še denarna sredstva, da same organizirajo posebno, tako imenovano »tumor« službo z namenom, da same študirajo in uvajajo najboljše metode diagnostike in terapije in tako same skrbе za strokovni napredek pri svojem delu. Vsakega bolnika, ki ga sprejmejo v bolnico, opazuje skupina strokovnjakov z različnih oddelkov in skupno določajo ustrezno terapijo. Tako skupno posvetovanje ob vsakem bolniku prav gotovo daje najboljšo osnovo, da se za tistega bolnika izbere najboljši način zdravljenja. Da lahko študirajo uspešnost zdravljenja in vpliv socialnega okolja na zdravljenje in življenje bolnika po vrnitvi iz bolnice, je v vsaki od teh bolnic organizirana posebna socialno-medicinska služba, ki v tesni povezavi s terensko zdravstveno službo nadzoruje odpuščenega bolnika. Pri tem delu igra patronažna medicinska sestra glavno vlogo. Vsako leto strokovni svet priznanih strokovnjakov v Ameriki sestavi seznam onih ustanov, ki so v zadnjem letu doprinesle k izboljšanju strokovnega dela na določenem področju svoje dejavnosti. Izbrani strokovnjaki inšpicirajo bolnice in vsaki bolnici je do tega, da pride v omenjeni seznam, saj to v veliki meri doprinaša k njenem slovesu.

Toliko o vzgoji medicinskega kadra.

Vzgoja prebivalstva. Vse prebivalstvo vzgajajo v pogledu važnosti, ki jo ima zgodnja diagnoza rakavih obolenj. Tiskajo in dele se plakati, brošure, preko radia in televizije se prenašajo posebne oddaje v zvezi s tem vprašanjem. V zadnjih letih je zlasti produkcija tovrstnih filmov zavzela velik obseg. Filmi se dodele terenski zdravstveni službi, ki organizira sestanke manjših skupin prebivalstva, na katerih zdravnik oziroma medicinska sestra lahko ob filmu opozarja na najvažnejše stvari. Domnevajo, da film racionalno dosluži svojemu namenu, če ga predvajajo kakim 100 000 osebam iz tistih skupin prebivalstva, ki se jih tiče v filmu obravnavana tematika.

Ustanavljanje centrov za iskanje metod in za zgodnjo diagnostiko obolenja. Tretji del aktivnosti v borbi proti raku je že omenjeno ustanavljanje posebnih centrov, katerih naloga je zgodnja diagnostika obolenj. Med prebivalstvom delajo veliko propagando za preglede v teh centrih. Pregledi so brezplačni in obsegajo klinični, rentgenski in serološki pregled, rektoskopijo, vaginalni pregled in drugo. Na pregled prihajajo osebe brez znakov obolenja. Če pa pri nekom ugotovijo obolenje, ga zaradi takojšnjega zdravljenja napotijo v specialno ambulanto oziroma bolnico. Jasno je, da ti pregledi niso povsem zadovoljujoč odgovor za zgodnjo diagnostiko vseh oblik obolenja. Postavljajo pa že v sedanjem obsegu tudi velike zahteve zdravstveni službi v pogledu števila zdravnikov, ki bi morali biti zaposleni v teh centrih, če naj bi vsaka oseba prišla na pregled le enkrat letno. Vendar nadaljujejo z delom in iščejo novih poti v tej smeri. Veliko si prizadevajo, da bi odkrili ustrezen specifični test, ki bi olajšal delo. Vendar v tem pogledu doslej ni mnogo uspehov. Pregledujejo dejansko edinole cervikalni razmaz pri ženah, vendar se tudi pri tem razvijejo velike diskusije patologov v sumljivih primerih patoloških izprememb celic v razmazu. Zadnja leta intenzivno izboljšujejo ta test, še prav posebno pa proučujejo njegovo vrednost za zgodnjo diagnostiko Ca cervicis uteri. Tako so na primer v nekem mestu s ca. 150 000 prebivalci organizirali preglede vseh žena v starosti nad 20 let. Ženi odvzamejo bris cerviksa, ki se citološko pre-

gleda. V primeru patoloških sprememb pozovejo ženo na podrobnejši pregled. Pregledi se ponavljajo vsako leto. Žena ima možnost, da prihaja v za to določene ustanove, kjer ji odvzamejo bris ali pa ji to stori privatni zdravnik brezplačno, ker sodeluje v tem eksperimentu ves zdravstveni kader mesta. Med ženami delajo široko propagando preko množičnih organizacij, šole, cerkvenih organizacij, patronažne službe medicinskih sester in zdravnikov. Tako je s pregledi zajetih blizu 90 % žena. Namen eksperimenta je odgovor, ali je možno že s citološkim pregledom odkriti vsak novi primer v zgodnjem stadiju bolezni. Vprašanje je namreč, ali bo prišlo do obolenja pri ženi, pri kateri je bil citološki izvid negativen, in pa v kolikšnem razmaku po zadnjem negativnem izvidu je bilo obolenje odkrito. Eksperiment še ni zaključen in prezgodaj je govoriti o rezultatih, vendar prva opazovanja dovoljujejo misel na obetajoče uspehe.

Poleg omenjenega dela, ki ga denarno podpira predvsem društvo za rakava obolenja, bi omenili še delo nacionalnega inštituta, ki mu potrebna finančna sredstva odobrava parlament in znašajo letno 20 milijonov dolarjev. Med nalogami tega inštituta smo že omenili laboratorijska eksperimentalna in epidemiološko-statistična proučevanja. Proučevanja so dosegla najvišji obseg in gredo v smeri proučevanja vseh onih faktorjev, ki so bila kdaj koli omenjena v zvezi z etiologijo rakavih obolenj. Omenili bi samo eno od številnih proučevanj, ki je na primer hotelo preveriti trditev, da med Judinjami karcinom cerviksa uterusa ni poznan, in tako slediti tudi faktorjem, ki to povzročajo. Obsežna so tudi proučevanja o vplivu nikotina na pojave obolenja in slično. Proučevanja pa zahtevajo seveda dolga leta opazovanja, zato prvi rezultati, o katerih se često govori, niso dokončni.

Nadalje se v inštitutu posveča velika pažnja kliničnemu proučevanju problema. Tako je v posebni bolnici namenjenih 100 postelj, da proučujejo uspešnost novih metod v terapiji in diagnozi karcinomatoznih bolnikov. Bolniki so sprejeti brezplačno in deležni najnovejših metod zdravljenja, ki so jih prej eksperimentalno proučevali v laboratorijih. Namen celotnega dela je, da bi dosegli čimboljše terapijo in ustrezen test. Dalje podpira inštitut študij v raznih medicinskih šolah v zvezi s poukom o prevenciji-kontroli rakavih obolenj. Tako v ta namen trošijo dokaj visoka denarna sredstva za dopolnitev študija v tej smeri na fakultetah, dentističnih šolah ter šolah narodnega zdravja. In končno se denarno podpira tudi še proučevanje citoloških diagnostičnih metod ter proučevanje novih metod v kemoterapiji bolezni.

To torej bi bilo v obrisih ono, kar imenujejo v Ameriki borbo proti raku. Če za zaključek povzamemo bistvene stvari, bi rekli, da so glavni elementi tega dela:

1. Izobraževanje medicinskih kadrov v tej smeri.
2. Ustanavljanje posebnih služb v določenih bolnicah za študij terapije, diagnostike in spremljanja bolnikov po izpisu iz bolnice.
3. Zdravstvena vzgoja prebivalstva.
4. Eksperimentalna in epidemiološko statistična proučevanja.
5. Iskanje novih bolnikov v zgodnjem stadiju bolezni, v zvezi s tem pa ustanavljanje posebnih centrov, uveljavljanje patronažne službe ter iskanje novih testov za diagnostiko.

Vselej moramo imeti pred očmi komplikacije, ki lahko nastanejo po intramuskularnih injkcijah

Dr. Mirko Karlin in dr. Lidija Filipec

UVOD

V Strokovnem svetu kliničnih bolnišnic smo že dvakrat obravnavali vprašanje, ali sme srednji medicinski kader po oddelkih dajati injkcije in kakšne? Do končnih zaključkov doslej še nismo prišli. Spričo pomanjkanja prav tega kadra pa na mnogih oddelkih dajejo injkcije še celo bolničarji, ki za to delo seveda niso kvalificirani. Vsaka injkcija pa je poseg, pri katerem lahko nastanejo mnogotere komplikacije, ki jih mora do potankosti poznati, kdor jemlje brizgo v roke.

Pričujoči sestavek smo pravzaprav napisali za domačo uporabo, se pravi, za Pljučni oddelek kliničnih bolnišnic. Čeprav dajemo pri nas po 40 in več intramuskularnih injkcij na dan, doslej sicer še nismo imeli nobenih poškodb. Vendar se zavedamo starega pregovora, da nesreča nikdar ne počiva.

Ker bodo medicinske sestre po bolnicah in po ambulantah morale še vrsto let dajati injkcije, smo sklenili, da ta članek objavimo v instruktivno-informacijskem obzorniku naših medicinskih sester.

*

Prvi, ki je leta 1882 začel dajati injkcije v mišičje, je bil znani francoski klinik Charles Arnozan. Skoraj od istega časa pa so znane tudi že komplikacije, ki lahko nastajajo zaradi okvare bedrnega živca - ishiadikusa. V zadnjem času so najpogosteje opažali poškodbe po vbrizgavanju kinina, sulfonamidov in irgapirina.

O ohromitvah zaradi intraglutealnih injkcij je leta 1939 poročal Köstlin. Opazoval je 49 primerov in ugotovil, da je pri nekaterih bolnikih bilo vbrizgavanje zdravila zvezano z intenzivno bolečino, kar si je razlagal s kemičnomehničnim učinkom na ishiadikus. Ostali bolniki bolečine niso začutili takoj, kljub temu pa jim je po nekaj urah ohromel spodnji ud. To se lahko zgodi:

1. zaradi neposrednega vbrizgavanja nekega sredstva v živec,
2. zastran pronicanja zdravila skozi tkivo, ki je med mišičjem.

Glückert in Benoit sta hotela dognati, kaj se dogaja pri neposrednem dotiku zdravila z živcem, na priliko z nervusom ishiadikusom, ne da bi se ga mehanično dotaknila z iglo. Kánila sta 2 ccm evbazina na bedrni živec morskega prašička, nakar sta zdravilo takoj izprala z raztopino kuhinjske soli. Neposredno zatem sta del živca pregledala pod mikroskopom, toda na njem nista opazila nikakršne spremembe. Vendar pa so kljub temu nastale pareze spodnjega uda. Kasnejše preiskave so pokazale hude degenerativne spremembe na mielinski ovojnici živca. Enake poškodbe so nastale tudi, če sta na živec potresla sulfonamidni prašek ali če sta v perinevralno tkivo vbrizgala penicilin.

Zaradi neposrednega stika z zdravilom se mešani senzibilno-motorični živec (kot je n. pr. ishiadikus) lahko občutno poškoduje. Tu ne gre za meha-

nične niti ne za kemične in fizikalne ali specifično tkivne motnje, pa tudi ne zgolj za motorne okvare v področju tibialisa in peroneusa. Poleg njih gre pogosto tudi za trdovratne pojave senzibilnega draženja, za različne stopnje motenj v prekrvljenosti, pa še za pomanjkanje kuhinjske soli v kosteh, zlasti v okostju noge. V posameznih primerih opazimo pomanjkanje NaCl tudi na ustrezajočih kosteh zdrave noge. Vse te pojave imenujemo *Sudeckov sindrom*.

Glückert in drugi so dokazali, da epinevralni in paranevralni stik z živcem vpliva nanj kot dražljaj. Prvi znak draženja pa je včasih nenaden zastoj krvi (staza) v najmanjših žilicah (kapilarah). Celotna klinična slika Sudeckovega sindroma pa je odvisna od trajanja in jakosti draženja živca, kakor tudi od splošne in lokalne vzburljivosti. Ta patološka slika poteka včasih z bolečinami, včasih pa brez njih.

Perret si je ogledal 42 primerov in ugotovil, da po intramuskularnih injekcijah v glutealno mišičje ne gre pri ohromitvi bedrnega živca samo za dvoje kliničnih slik, to sta: 1. trenutna ohromitev s takojšnjo bolečino (7 primerov) in 2. subakutna ohromitev brez bolečine (4 primeri), ampak moramo računati tudi z možnostjo, to je 3. ohromitev pri priči, brez takojšnje bolečine (31 primerov).

In če so zadnjih pet let v Zahodni Nemčiji zabeležili 89 primerov ohromitve zaradi injekcij v glutealno področje, pomeni to, da se dogodi vsake tri tedne po ena taka nesreča. Ker je velika večina teh ohromitev nepopravljiva, moramo dobro razmisliti, kako bi izboljšali tehniko intramuskularnih injekcij.

Pravilo, da je treba injekcijo vbrizgati v gornji vnanji kvadrant, je presplošno, netočno in nas lahko prevara. Upoštevati moramo namreč tudi smer, v kateri zabadamo iglo. Če je le-ta naperjena medialno in kavalno (to je proti sredi in navzdol), kaj lahko zadenemo bedrni živec, zlasti še, če je mišičje oslABLJENO, mastno tkivo pa slabo razvito. Zategadelj moramo vselej vbadati navpik, kar pri ležečem pacientu ni vedno lahko.

Razne tovarne proizvajajo 4 do 8 cm dolge igle. Pri suhih bolnikih in pri nepravilni smeri igle lahko ishiadični živec zadenemo že z iglo, ki je komaj 4 cm dolga. Pri debelem pacientu in pri dobro razvitem mišičju pa tudi z 8 cm dolgo iglo še ne pridemo do živca.

Pri injiciranju moramo torej paziti, da zdravilo za gotovo vbrizgamo v mišično tkivo, kajti po injekciji v mastno tkivo lahko nastane sterilna nekroza.

Razen živčnih okvar je na kraju injekcije možna tudi infekcija, ki jo poznamo v najrazličnejših oblikah: boleči vnetni infiltrat, absces, pa še celo smrtno nevarna plinska gangrena.

Če iz ene in iste steklenice večkrat odvzemamo raztopino za injekcijo, se kaj lahko primeri, da se le-ta okuži. Vsekakor pa nastajajo infekcije najpogosteje zaradi nezadostno steriliziranih brizg. Sam alkohol brizg in igel še ne razkuži; saj so v njem že večkrat dokazali virulentne bakterije. Tudi desetminutno steriliziranje v vreli vodi še ne uniči vseh anaerobnih bakterij in nekaterih saprofitov. Najbolj odporne klice — kakor poroča Konrich — zanesljivo uniči samo prekuhanje pod zvišanim pritiskom in pri 120° C. Ta način pa zaradi tehničnih in materialnih težkoč pri nas še ne bo prišel v splošno rabo. Če pa vodi, v kateri kuhamo brizge, dodamo 0.1 % formalina, s tem močno zvečamo zanesljivost steriliziranja, zlasti glede morebitnega prenosa serumskega hepatitisa.

Steklene brizge laže dezinficiramo kot rekordke, pri katerih se patogene krali lahko zadržujejo med steklom in kovino. Nedvomno največkrat pa grešimo pri prijemanju in sestavljanju sterilnih brizg in pri natikanju igel nanje. Nadvse važno je tudi skrbno čiščenje kože, ker prav v glutealnem področju največkrat nahajamo anaerobne bakterije, ki jih z vbodom zanašamo v globino.

Infekcijo pospešujejo tudi nekroze, ki jih izzovemo, kakor smo že omenili, če vbrizgamo zdravilo v slabo prekrvljeno mastno tkivo.

Pri oslabljenih bolnikih, ki so že tako in tako manj odporni za okužbe, moramo biti še prav posebno previdni.

Intraglutealne injekcije bomo dajali pravilno samo tedaj, če bomo zdravilo vbrizgali v vnanji gornji kvadrant (2 do 5 prstov pod spino iliako), iglo pa usmerili navpik ali proti bočnemu grebenu.

Vsem tem komplikacijam se lahko izognemo, če namesto v zadnjo stran bedra injiciramo zdravilo v prednjo stran stegna, kjer ni nobenih večjih živcev. Ta način intramuskularnih injekcij je od mladih zdravnikov zahteval že pokojni primarij dr. Ivan Jenko, odkar je bilo na njegovem oddelku nekaj primerov omrtitve bedrnega živca, ki so nastali po intraglutealnih injekcijah kinina.

Intramuskularne injekcije torej niso povsem nenevarne. Četudi gre pri tisoč injekcijah vse gladko izpod rok, se nam pri tisoč in eni injekciji lahko primeri kakšna komplikacija, ki je za bolnika mučna, za povzročitelja samega pa skrajno neprijetna.

Dese

šol

V prvih letih po o prvenstveno za izgradnjo bazo za nadaljnji razvoj. tivno znatni zneski, pro: z decentralizacijo, s prer obsegu oživelo zaniman. Le-te so nam nujno pot sami stavbi, a tudi na p jih je zob časa temeljito obgrudat. Sola ima na posežlju svojo tradicijo. Spoznanje, da brez šole ni napredka, je tako globoko ukoreninjeno v našem ljudstvu, da so pripravljeni žrtvovati prav toliko, kot so nekdaj žrtvovali za graditev cerkva. Na tem razumevanju, na tej pripravljenosti moramo v okviru gospodarske zmogljivosti postaviti čim več šol. Čeravno danes še neproduktivna ustanova, je šola bila, je in bo ustanova, ki nam izoblikuje bolj ali manj sposobne, bolj ali manj pozitivne državljane in jo moramo že zaradi tega uvrstiti med najbolj produktivne, med ustanove, katerih donosnost se sicer ne pokaže takoj, temveč šele z leti, a tedaj v izdatni meri.

investicijska sredstva v, ki naj bi nam dala o se sicer trošili rela- a na boljše čase. Šele o okrajih je v večjem ov, v prvi vrsti šol. e po več izmen v eni rušene, požgane ali pa

investicijska sredstva v, ki naj bi nam dala o se sicer trošili rela- a na boljše čase. Šele o okrajih je v večjem ov, v prvi vrsti šol. e po več izmen v eni rušene, požgane ali pa

Steklene brizge laže dezinficiramo kot rekordke, pri katerih se patogene kali lahko zadržujejo med steklom in kovino. Nedvomno največkrat pa gremo pri prijemanju in sestavljanju sterilnih brizg in pri natikanju igel nanje. Nadvse važno je tudi skrbno čiščenje kože, ker prav v glutealnem področju največkrat nahajamo anaerobne bakterije, ki jih z vbodom zanašamo v globino.

Infekcijo pospešujejo tudi nekroze, ki jih izzovemo, kakor smo že omenili, če vbrizgamo zdravi tkivo.

Pri oslabljenih moramo biti še prav

Intraglutea tedaj, če bomo drant (2 do 5 p navpik ali pro

Vsem tem komp bedra injiciramo zd živcev. Ta način int že pokojni primarij nekaj primerov om injekcijah kinina.

manj odporni za okužbe,

jali pravilno samo vnanji gornji kva-), iglo pa usmerili

se namesto v zadnjo stran, kjer ni nobenih večjih ladih zdravnikov zahteval bilo na njegovem oddelku nastali po intraglutealnih



Intramuskularne injekcije torej niso povsem nenevarne. Četudi gre pri tisoč injekcijah vse gladko izpod rok, se nam pri tisoč in eni injekciji lahko primeri kakšna komplikacija, ki je za bolnika mučna, za povzročitelja samega pa skrajno neprijetna.

Deset let graditve naših šol

Dr. Slava Lunaček

V prvih letih po osvoboditvi smo dajali visoka investicijska sredstva prvenstveno za izgradnjo ključnih industrijskih objektov, ki naj bi nam dala bazo za nadaljnji razvoj. Za višje kulturne institucije so se sicer trošili relativno znatni zneski, prosveta pa je zaostajala in čakala na boljše čase. Šele z decentralizacijo, s prenosom oblasti na nižje organe po okrajih je v večjem obsegu oživelo zanimanje za gradnjo prosvetnih ustanov, v prvi vrsti šol. Le-te so nam nujno potrebne v mestih, kjer imamo že po več izmen v eni sami stavbi, a tudi na podeželju, kjer so bile delno porušene, požgane ali pa jih je zob časa temeljito obglodal. Šola ima na podeželju svojo tradicijo. Spoznanje, da brez šole ni napredka, je tako globoko ukoreninjeno v našem ljudstvu, da so pripravljeni žrtvovati prav toliko, kot so nekdaj žrtvovali za graditev cerkva. Na tem razumevanju, na tej pripravljenosti moramo v okviru gospodarske zmogljivosti postaviti čim več šol. Čeravno danes še neproduktivna ustanova, je šola bila, je in bo ustanova, ki nam izoblikuje bolj ali manj sposobne, bolj ali manj pozitivne državljane in jo moramo že zaradi tega uvrstiti med najbolj produktivne, med ustanove, katerih donosnost se sicer ne pokaže takoj, temveč šele z leti, a tedaj v izdatni meri.

Poglejmo si, kaj smo storili na področju šolskih novogradenj od leta 1945 in kakšne uspehe smo dosegli v tem razvoju.

Takoj po osvoboditvi je vladala pri gradnji novih šol in adaptaciji delno porušeni ali požgani prava anarhija. Ljudstvo je obnavljalo šole samo brez višje strokovne pomoči, kakor je pač vedelo in znalo. Kakor je njegov zanos in volja za obnovo tako važnih ustanov vsega priznanja vredna, je le bila storjena marsikatera napaka, ki bi se ji lahko izognili. Tako seveda higienska raven teh šol ni na ustrezni higieniški višini. A tudi šole, ki so jih v tem obdobju gradili arhitekti, imajo pečat preteklosti, nekdanjih teženj in nekdanje miselnosti. Šele leta 1952 je LR Sloveniji prvi v Jugoslaviji uspelo, da uvede centralno kontrolo nad gradbenimi programi in projekti vseh šolskih novogradenj pri Državnem sekretariatu za gospodarstvo. Ta korak pomeni prelomnico v naši povojni šolski izgradnji, saj so se s komisijo za revizijo gradbenih projektov postavili zakoniti organi, ki s pedagoškega, arhitektonskega in zdravstvenega stališča čuvajo nad ustreznostjo, smotnostjo in racionalnostjo tega važnega javnega posloplja. Ta korak je bistveno vplival na nadaljnji potek in razvoj povojne šolske arhitekture pri nas. V tej revizijski komisiji so se namreč združili štirje najvažnejši činitelji, ki morajo soodločati pri oblikovanju šole: arhitekti, pedagogi, zdravniki-higieniki in gospodarstveniki. V prvi fazi razvoja so se kresale predvsem arhitektonske zamisli s higienskimi zahtevami in izkristalizirala so se polagoma osnovna higienska načela za naše sodobne šole, ki naj naši mladini zajamčijo zdrav telesni razvoj v zdravi sredini.

Bolj ali manj uspešno so se skušali zamejski vzori prilagoditi našim potrebam, našim smotrom, našemu gradbenemu materialu in našim materialnim možnostim. Ali je bilo vse prav in dobro, kar smo gradili in kakor smo gradili v zadnjih letih, bo pokazala šele bodočnost. Nuja nas je silila, da smo gradili hitreje, kot bi gradili v normalnih časih. Tako nismo mogli čakati na rezultate prejšnjih gradenj in se ob njih učiti. Zamejskih stvaritev pa ne moremo presajati brez kake spremembe v naše razmere. Druga klima, druge življenjske razmere, drugačni pogledi nujno vplivajo na preoblikovanje zamejskih vzorov in mislim, da vzlic tujim vplivom že raste in bo zrasla izpod rok naših sposobnih arhitektov naša lastna, domačim potrebam in razmeram prilagojena šola. Komisija za revizijo gradbenih projektov je nujno razgibala tudi nekatere nekoliko konservativne pedagoge. Nehote jih je opozarjala na spremembe učnih metod v zamejstvu, ki so bile povod za preoblikovanje osnovne šolske edinice-razreda, kar je posredno vplivalo na izoblikovanje nove šolske arhitekture. Sodobna šola teži za tem, da po svoji arhitekturi približa šolo otroškemu pojmovanju, da ustvari v šoli svetlost, zračnost, razsežnost, skratka tako sredino, ki budi vedrino, večjo delovno zmogljivost otroka in prispeva k ohranitvi in okrepitvi njegovega zdravja. V tem smo uspeli, to dokazujejo naše nove šole, ki so zrasle v zadnjih 3 letih.

Ali pa smo gradili v okviru naše materialne zmogljivosti in racionalno, je vprašanje, ki ga vedno znova in docela upravičeno postavljajo naši gospodarstveniki. Ali smo zadeli pri vseh šolskih novogradnjah bistvo racionalne gradnje, ali torej je šola na sodobni higieniški ravni, ali ima dobro osvetlitev, zračnost in takšno obliko razreda, da v njem lahko prosto razmeščamo klopi za skupinsko delo itd., ne da bi prekoračili 8—10 m² zazidane površine? Ali smo se omejili na najnujnejše prostore za sodobni pouk? Če smo odkritosrčni,

moramo priznati, da nam še ni uspelo ustvariti standardnih gradbenih programov za posamezne vrste šol, da je gradbeni program še vedno odvisen od želja in borbenosti investitorja, ki zna bolj ali manj uspešno zagovarjati in braniti svoje stališče ter potrebe. Če imamo pred očmi dejstvo, da nam v Sloveniji manjka več tisoč učilnic, da hodi v šole še toliko in toliko otrok, ki nimajo niti osnovnih higienskih pogojev, da le-ti do neke mere naši mladini ogrožajo zdravje, tedaj se pred nami pojavi vprašanje, ali imamo pravico graditi malo šol z visokim higienskim standardom ali pa je naša dolžnost, da gradimo več šol in znižamo naše zahteve. Težka je odločitev, saj gradimo za najmanj 80 let. Zagovornike ima prvo in drugo stališče. Toda če gradimo privatna stanovanja, jih vzlic veliki stanovanjski stiski gradimo z določenim višjim standardom. Mislím, da bi nam to moralo biti kažižpót, da bi morali tudi za šolske zgradbe zahtevati določeno sodobno pedagoško, funkcionalno in arhitektonsko višino, da bi se pa morali izogibati vsakega nepotrebnega razkošja, ki ne pomeni samo neracionalnega trošenja narodnega dohodka, temveč tudi toliko in toliko manj učilnic v naših komunah. Kolikšna bodi velikost razredov in tako imenovanega halla, koliko naj bo stranskih prostorov (za pevске, fizikalne, biološke, kemijske učilnice), kolikšna naj bo dvorana za prireditve itd. o vsem tem bi ne smela odločati samo večja ali manjša gospodarska moč določene komune, temveč realne potrebe določene šole v določenem okolju. Ločiti bi morali manj potrebno od nujnega, zaželeno od tega, kar danes v danih razmerah lahko uresničimo. Toliko in toliko tisoč otrok, ki se šolajo v higiensko neustreznih prostorih, nas nujno sili k temu, da zgradimo v čim krajšem času čim več sodobnih, a ne razkošnih učilnic, da predpišemo končno standardne gradbene programe, seveda ob sodelovanju pedagogov, arhitektov, zdravnikov in pa razgledanih gospodarstvenikov, ki ne bodo ne preozki, ne preširoki, ki bodo znali napredne težnje pri šolskih novogradnjah vskladiti z našimi današnjimi ekonomskimi pogoji.

Na najboljši poti smo torej, da polagoma uspemo pri ustvarjanju novih objektivnih pogojev za našo učečo se mladino. Vprašanje pa je, koliko nam je uspelo preoblikovati miselnost naših pedagogov v zdravstvenih vprašanjih, koliko je preventivna zdravstvena služba uspela na tem področju. Še tako sodobna stavba je namreč brez pravega pomena, če ljudje, ki prebivajo v njej in v njej usmerjajo delo, nišo prežeti s pravo miselnostjo, s sodobnimi pogledi in načeli, da pedagog ne odgovarja samo za duševni, temveč tudi za telesni napredek zaupane mu mladine. S tem, da pedagog uvede otroka v osnove raznih ved, še ni zadostil svoji nalogi. Njegove dolžnosti so širše, saj mora vzgojiti otroka ne samo v razgledanega in strokovno izobraženega, temveč tudi telesno in duševno zdravega individua, ki bo telesno in duševno sposoben uporabiti svoje znanje v korist družbe in se pravilno vključiti vanjo.

Kakor smo na področju šolske arhitekture že kar dobro uspeli, saj je tudi laže preusmeriti arhitekta, ki oblikuje mrtvo tvar, kakor pa kakega enostransko usmerjenega pedagoga, ki misli predvsem na oblikovanje duha, pri tem pa pozablja na telo. Pri šolski gradnji bomo morali zaradi naših materialnih pogojev zavirati prenapredne težnje, zastaviti pa bomo morali vse sile, da prevzgojimo naše pedagoge, da ne bodo videli v igri in športu predmeta, ki ga je treba črtati iz učnega programa, ki ovira in ogroža resno duševno delo otroka, temveč predmet, ki ustvarja pogoje za boljše dožemanje in reprodukcijo učne snovi. Samo tako bomo dosegli sodobno šolo s sodobnim pedagogom.

TEDEN ZIMSKEGA ŠPORTA ZA ŠOLSKO MLADINO V ŠVICI

Švicarske osnovne in srednje šole imajo v mesecu februarju šolskega pouka prost teden, namenjen zimskemu športnemu udejstvovanju šolske mladine. Vso športno dejavnost vodi Wander-Komission (okrajšano Wa-Ko) društva telovadnih učiteljev. Wa-KO, po naše bi lahko rekli odbor za letovanja, sestavljajo prostovoljni delavci iz učiteljskih vrst, zlasti učitelji telovadbe. Komisija mora svoje delo urediti tako, da njeni delavci in funkcionarji niso ovirani v šolskem pouku in v ostalih poslih, ki jih morajo opravljati kot učitelji. Za teden zimskega športa organizira Wa-Ko:

- a) smučarske tečaje za dečke in deklice, ločeno po spolu,
- b) tečaje umetnega drsanja za deklice,
- c) zimska športna letovanja.

Te zimske športne dejavnosti šolske dece niso v neposredni zvezi z učenim načrtom, temveč na prostovoljni bazi, a se jih vendar udeležuje pretežni del šolske mladine. Vrednost tega športa za telesno okrepitev in dvig odpornosti je očitna. Te prireditve pa niso samo zdravstvenega značaja, temveč imajo tudi namen, da mestne otroke v zimskih mesecih povežejo s naravo, da v njih vzbude smisel za preprosto življenje in za zdravo tovariško skupnost. Zato jih podpirajo ne samo javne oblasti, temveč tudi učiteljski krogi in starši. Značaj teh zimskih prireditev samih in pa jamstvo za nemo-teno izvedbo poduka so vzrok, da so določene ravno za mesec februar. Soodločajo seveda tudi že daljši dnevi in pa intenzivnejši vpliv sonca v tem času.

Wa-Ko gleda na to, da se tečaji in letovanja izvedejo na način, ki je za šolsko dečo pravilen in zdrav. Splošno mnenje tega odbora je, da mora na vse športno udejstvovanje šolske mladine imeti svoj

vpliv šolska uprava po svojih voditeljih. Uspeh letovanj je v veliki meri odvisen od dobre priprave, zato posvečajo ravno pripravljalnim delom izredno skrb in pozornost.

Wa-Ko prireja že v glavnih počitniških mesecih voditeljske tečaje. V petdnevnem tečaju se voditelji, prvenstveno učitelji, seznanijo z metodiko in tehniko dela tako v športnih tečajih kot v zimskih letovanjih. Izkušeni športniki in šolski zdravniki jih vpeljejo v upravljanje in sanitarni režim taborjenja ter v osnove prve pomoči s posebnim poudarkom na športne nezgode. V naslednjih 2 letih je tak voditelj upravičen do obiskovanja tridnevnega dopolnilnega tečaja. Dopolnilni tečaj služi prvenstveno pouku v tehnični začetni pripravi. V petem letu svojega dela absolvira voditelj obnovitveni tečaj, kjer si poglobi znanje o reševanju ponesrečencev. Za učitelje drsanja organizira Wa-Ko posebne tečaje. Tečaji so brezplačni.

Za vsako zimsko letovanje ali tečaj organizira mestna šolska poliklinika zdravstveno službo. Poleg zdravnikov se k temu delu lahko pritegnejo tudi medicinci zadnjih semestrov.

Vsi, voditelji, tečajniki in tehnično osebje, so v času letovanja zavarovani proti nezgodam pri šolskem zavarovanju. Osebe, ki niso člani te zavarovalnice, se morajo za to dobo vključiti. Premije za njihovo zavarovanje krije Wa-Ko.

Wa-Ko in svet za prosveto in kulturo (Schulamts) imata zalogo smuči, psov, vetrnih jopičev, nahrbtnikov, spalnih vreč, kuhinjske posode kot tudi ročne lekarne, razno orodje za popravila in reševalne smuči. Učenci, ki nimajo dovolj sredstev za nabavo navedenih predmetov, si jih lahko proti plačilu določene vsote sposodijo iz tega skladišča. Kdor poškoduje izposojene predmete, plača odškodnino

po velikosti okvare. Na ta način skuša javna oblast omogočiti letovanje tudi otrokom šibkejših socialnih razredov. Če starši iz gmotnih razlogov otrokom ne morejo nabaviti obleko ali čevlje, se lahko obrnejo za pomoč na mladinski urad, to je socialno skrbstveni organ mestne uprave.

Letovanja v zimskih mesecih se lahko udeležijo samo učenci od 5. razreda navzgor in samo če se tisti razred ni udeležil že poletnega letovanja. Posameznim razredom se lahko priključijo v manjšem številu bratje in sestre učencev.

Posamezne šole si začasno izberejo tudi kraje letovanja. Izkušnja je namreč pokazala, da je najbolje, če si že leto dni vnaprej zajamčijo primerne objekte za stanovanje. Nekateri šole sklenejo dogovor za določen teden v mesecu februarju kar za nekaj let naprej ali pa si v ta namen kupijo primerne hiše. Taki domovi služijo šolski mladini za oddih tudi v poletnih mesecih.

Stroške letovanja, v katere so vštetii izdatki za letovanje in del organizacijskih stroškov, krijejo učenci sami. Učencem, ki ne morejo plačati pristojbine v celoti, jo na predlog razrednika njihovim socialnim razmeram primerno znižajo. Za tečajje določi Wa-Ko enotne cene po naslednjih vrstah:

a) smuški ali drsalni tečajji s celotno oskrbo v hotelu,

b) smuški ali drsalni tečajji s prehrano v lastni režiji organizatorja,

c) zimska letovanja s celotno oskrbo v hotelu in

č) zimska letovanja s prehrano v lastni režiji organizatorja.

Izdatki za nezgodne in bolniške transporte ter potrebna zdravila obremenjujejo starše prizadetega in niso vključeni v oskrbne stroške oziroma jih plača zavarovalnica. Stroške za spremstvo pri transportu v primeru nezgod plačajo vedno starši sami in ne zavarovalnica.

Da se prispevek staršev zniža na zmojljivo višino, nudi mestna uprava denarno pomoč. Sredstva se smejo uporabiti za pomoč socialno šibkim učencem, v organizacijske namene in za tečajje vodilnega osebja. Wa-Ko pošlje šolskim upraviteljem pravočasno proračun, iz katerega je razvidna višina finančne pomoči in način uporabe.

Posebna komisija, ki jo formira mestna uprava, ima poleg šolskega upravitelja pravico kontrolirati ta letovanja, da si more ustvariti sodbo o uspehu sama na podlagi lastnih opazovanj.

Da se razbremenii redni promet z vlaki, vpeljejo v teh dneh posebne vlake za šolsko mladino. Dobijo se kolektivni vozni listki. Ravno tako vpeljejo po večjih mestih posebne tramvaje tako iz varnostnih kakor tudi prometnih razlogov. Iz manjših naselij pa se otrokom zajamčijo na vlakih posebni kupeji, da so otroci ves čas potovanja pod nadzorstvom svojih voditeljev.

**MEDICINSKA
SESTRA
NA TERENU**

Uredil uredniški odbor

LETO II. — 1955

Izdaja Centralni higienski zavod v Ljubljani

K A Z A L O

<i>Dr. Ahčin Marijan: Vloga in mesto medicinske sestre</i>	65
<i>Dr. Ahčin Marijan: Delo Rdečega križa na terenu</i>	153
<i>Med. s. Andoljšek Hermina: Tabela važnejših nalezljivih bolezni, katerih pri- java je po zakonu obvezna</i>	24
<i>Doc. dr. Avčin Marij: Osnovna načela o preprečevanju revmatizma pri otrocih</i>	186
<i>Dr. Bebler Damjana: Skrb za stare ljudi — zrcalo naše kulture</i>	21, 148
<i>Dr. Benedik Majda: O opeklinah pri otrocih</i>	130
<i>Med. s. Bole Cita: Vloga in pomen otroških ustanov v zdravstveni prosveti</i>	169
<i>Dr. Bonač Ivan: Za višjo higiensko raven kmečkega doma</i>	33
<i>Prof. dr. Brecelj Bogdan: Ortopedija prve življenjske dobe</i>	1, 106
<i>Prof. dr. Brecelj Bogdan: Prirojene okvare stopal</i>	181
<i>Dr. Grosman Božena: Povezava patronažne sestre z otroškimi zdravstvenimi ustanovami</i>	53
<i>Dr. Ivančič - Szilagyi Zdenka: Vloga BCG v borbi proti tuberkulozi</i>	127
<i>Dr. Ivančič - Szilagyi Zdenka: Cepljenje z BCG</i>	190
<i>Med. s. Jarnovič Neža: Socialno zdravstveni problemi mladostnika</i>	133
<i>Dr. Jerše Marjan: Radioaktivni izotopi v sodobni medicini</i>	194
<i>Dr. Karlin Mirko in dr. Filipec Lidija: Vselej moramo imeti pred očmi kompli- kacije, ki lahko nastanejo po intramuskularnih injekcijah</i>	201
<i>Krajger Olga: Rdeči križ v svetu in doma</i>	75
<i>Dr. Krušič Valter: Profilaksa kariesa</i>	97
<i>Dr. Lajevec Stane: O področju medicinske industrijske sestre</i>	9
<i>Doc. dr. Lavrič Vito: Rajonizacija porodnišnic in triaža porodnic</i>	123
<i>Lulik - Peternel Marija: Iz dela sodišč</i>	137
<i>Dr. Lunaček Slava: Sodobna šolska stavba in delo sestre na šoli</i>	17
<i>Dr. Lunaček Slava: Šolske mlečne kuhinje in zdravje otroka</i>	140
<i>Dr. Lunaček Slava: Deset let graditve naših šol</i>	203
<i>Prof. dr. Novak Franc: Kontracepcija</i>	114
<i>Ing. Pirkovič Vilma: Delo združnic je velikega pomena za gospodarski in kulturni napredek naše vasi</i>	36
<i>Dr. Ragaci Vera: Nekaj o prehrani nosečnice</i>	93
<i>Dr. Sevnik Srdan: Ali želiš, da bo tvoje delo uspešno?</i>	4
<i>Dr. Sevnik Srdan: Medicinska sestra in male asanacije</i>	84

<i>Med. s. Sevšek Bogdana</i> : O tečaju za zdravo prehrano in gospodinjstvo . . .	45
<i>Vet. Stefančič Ante</i> : Kaj moramo vedeti o mleku?	39
<i>Škofic Lidija</i> : Pogledi na organizacijo rejništva v Sloveniji	60
<i>Dr. Škrinjar Boga</i> : Poglobimo predporodno zaščito matere in otroka	102
<i>Dr. Škrinjar Boga</i> : Prvi izsledki, ki nam jih daje anketa o zdravju predšolskih otrok v Ljubljani (s sodelovanjem <i>med. s. Anžlovar</i>)	143
<i>Dr. Škrinjar Boga</i> : Karcinom in borba proti njemu v ZDA	197
<i>Tomšič Vida</i> : Gospodinjstvo v socialistični družbi	28, 148
<i>Tomšič Vida</i> : Medicinska sestra na terenu mora biti široko razgledana in poli- valentna medicinska delavka	149
<i>Dr. Vodopivec Katja</i> : Vzgojno problematična mladina in naloge patronažne medicinske sestre	56
O nekaterih zaključkih Svetovnega kongresa za zaščito otrok	47
Resolucija I. nacionalnega kongresa za zaščito otrok	161

OBZORNIK

Medicinska sestra v rehabilitacijskem centru za otroke	64
Nekaj podatkov o šolanju žene pri nas (Jurca Maša)	146
Začetki zdravstvene službe v Iraku	147
Teden zimskega športa za šolsko mladino v Švici	206