

Sveti na področju socialnega varstva — njihov pomen in naloge

Nika Arko

sekretar Sveta za socialno varstvo LRS

Prve oblike družbenega upravljanja so na področju socialnega varstva nastale že zelo zgodaj. Takoj v prvih povojnih letih so se pri posameznih socialnih zavodih ustanavljali patronati, za katere so delno prevzeli tudi materialno skrb. Iz teh patronatov so se kasneje razvili domovni sveti, ki pa niso mogli prav zaživeti. Nadalje so se že leta 1947 pri izvršilnih ljudskih odborih formirali skrbniški sveti kot posvetovalni organi v skrbniških zadevah. Tudi ti sveti se niso mogli razviti in so sami po sebi prenehali z delom. Državljeni so neposredno sodelovali tudi v raznih komisijah in svetih za varstvo matere in otroka kot koordinacijskih organih za področje zdravstvenega in socialnega varstva. Vse to sodelovanje pa je bilo samo posvetovalnega in kontrolnega značaja. Odločanje je bila izključna pravica izvršilnih odborov in poverjenikov. Prav zaradi tega pa se ti družbeni organi niso mogli utrditi in razviti.

Šele leta 1951 so se družbeni organi na tem področju razvili iz posvetovalnih organov v odločujoče. Dotlej ločeni poverjeništvi za socialno skrbstvo in ljudsko zdravstvo sta se združili v svet za ljudsko zdravstvo in socialno politiko. Vodstvo teh upravnih panog je prišlo v roke kolektivnih državno-družbenih organov. V strukturi ljudskih odborov pa še ni bilo bistvenih sprememb, ostali so še izvršilni odbori z vsemi svojimi pristojnostmi. V delu teh svetov je prevladovala administrativna funkcija, ki še ni bila ločena od upravno politične. Šele leta 1952 so sveti postali upravno politični organi ljudskih odborov. V njih se je uresničilo načelo, da delovno ljudstvo izvršuje oblast tudi z neposredno udeležbo v organih uprave. Zato so se ti sveti organizirali kot kolektivni organi s pravico, da vodijo upravno panogo, kateri načelujejo. Njihova osnovna naloga je v izvrševanju zakonov in drugih predpisov iz pristojnosti ljudskega odbora ter v izvrševanju predpisov ljudskega odbora, smernic in navodil zveznih in republiških organov. Pripravljanje in sestavljanje predlogov za predpise in druge akte, ki jih sprejema in izdaja ljudski odbor. Določanje splošnih smernic za delo v upravnih organih, zavodih in službah iz delovnega področja sveta. Predlaganje, ustanavljanje, združevanje in ukinjanje samostojnih zavodov, določanje predlogov za predračun dohodkov in izdatkov organov zavodov in služb v delovnem področju sveta. Upravljanje vseh izvršilnih zadev, ki so sveti zanje pristojni po zakonih in predpisih ljudskega odbora.

Najprej so se sveti za zdravstvo in socialno politiko ustanovili samo pri okrajnih ljudskih odborih. Njihovo področje dejavnosti je bilo zelo obsežno, zato so se kot pomožni organi ustanovili odbori za zdravstvo, za delo, za splošno skrbstvo in za varstvo matere in otroka. Najbolj so se utrdili zadnji, ki so, kljub temu, da jim je zakon predpisal samo posvetovalno vlogo, pričeli polagoma tudi sami odločati, zlasti v skrbstvenih zadevah.

Z novo občinsko ureditvijo pa je skoro vsa socialna služba prešla v pristojnost občinskih ljudskih odborov. Zato sta se za to področje predvidela pri občinah dva sveta, in sicer: svet za varstvo matere in otroka in svet za socialno varstvo. Ker si je vsaka občina s svojim statutom sama predpisala organizacijo in določila število svetov, je danes pri raznih občinah različno število svetov.

Že odbori za varstvo matere in otroka so pokazali, da je to dejavnost potrebno obravnavati enotno, da se ne morejo reševati vprašanja socialnega varstva matere in otroka brez povezanosti z zdravstvenim varstvom in da je prav tako potrebno koordinirati določena vprašanja z vzgojnega področja. Nadalje se je pokazalo, da otrok in mati nista nekaj izoliranega, temveč da živita v družini in da lahko govorimo o varstvu otroka predvsem v zdravi družini, ki ima pogoje, da mu omogoči pravilen telesni in duševni razvoj. Zato se je družbeno varstvo matere in otroka že dejansko razširilo na vprašanje varstva družine in bo v bodoče potrebno spremeniti tudi naziv sveta za varstvo matere in otroka, in sicer v svet za vprašanje varstva družine.

Z novo ureditvijo so si tudi okrajni ljudski odbori sami s svojim statutom predpisali notranjo organizacijo. Zato je število svetov pri posameznih okrajih različno.

Po anketi o številu svetov na področju zdravstva in socialnega varstva imamo v Sloveniji v 11 okrajih ustanovljenih 30 svetov na področju zdravstva in socialne politike. V teh svetih sodeluje 270 članov, od tega je 21% žena. Najvišji odstotek žena je v Kočevju (39%), najnižji pa v okraju Ljubljana (8%).

Na svojih sejah so okrajni sveti obravnavali predvsem problematiko v zvezi z novo občinsko ureditvijo, niso se pa še v celoti vživeli v svojo vlogo, ki so jo z novo ureditvijo dobili, in to predvsem v proučevanje stanja ter usmerjanje politike zdravstvenega in socialnega varstva v okraju.

Poleg svetov pri 10 okrajih deluje še 18 komisij, v katerih sodeluje večje število državljanov.

V 130 občinah dela za področje zdravstva in socialnega varstva 360 svetov. Od tega je 82 svetov za zdravstvo, 77 svetov za varstvo matere in otroka, 67 svetov za socialno skrbstvo, 60 svetov za delo in delovna razmerja in 74 svetov, kjer je združeno področje zdravstva in socialnega varstva oziroma dela in socialnega varstva. V teh svetih sodeluje 2739 državljanov, pri vsaki občini povprečno 22. V svetih deluje 32% žena, najnižji je odstotek v okraju Kranj (11%), najvišji pa v okraju Ptuj (43%). Poleg svetov dela v občinah še 112 komisij. Te številke nam govore o širokem sodelovanju delovnih ljudi pri reševanju vprašanj zdravstvene in socialne službe. Podružajbljeno izvrševanje te službe je zanesljivo jamstvo, da se bodo ta vprašanja pravilno in uspešno reševala.

Povsod si sveti še niso na jasnem, kakšna je njihova naloga, zato si oglejmo, kakšne naloge ima pri občinskem ljudskem odboru svet za varstvo matere in otroka ali bolje rečeno svet za vprašanje varstva družine.

Po 26. členu zvezne ustave in ustreznih členih republiških ustav sta zakon in rodbina pod zaščito države, mladoletniki pa so pod posebnim varstvom države.

To posebno družbeno varstvo narekuje skrb in odgovornost celotne družbe za zdrav, duševno in telesno sposoben naraščaj.

Prva leta po vojni smo skrb za družino nekoliko zanemarili oziroma smo bili mnenja, da sta središče družbenega varstva samo mati in otrok. Naše izkušnje in znanstvena dognanja pa so nam pokazala, da je za pravilni otrokov razvoj najboljše, da raste in se razvija v popolni, na socialističnih temeljih osnovani družini. Pokazalo se je, da največ družbeno neprilagodljivih otrok izhaja iz nepopolnih družin. Zato se je v zadnjih letih že preusmerila družbena skrb v varstvo družine kot celote.

Skrb za družino se je po zadnji vojni tudi močno razvila v zapadnih kapitalističnih deželah, kjer se z varstvom družine pečajo posebni državni organi, v nekaterih državah obstoje za to celo posebna ministrstva. Poleg državnih organov pa je za varstvo družine osnovanih tudi večje število društev, ki so združena v mednarodno organizacijo za varstvo družine s sedežem v Parizu. Na svojih mednarodnih kongresih in konferencah je ta organizacija obravnavala posebno pereča vprašanja iz tega področja, kot so: stanovanjsko vprašanje, otroški dodatki, razbremenitev žene, sodelovanje staršev in šole itd.

Seveda izhaja pri nas družbeno varstvo iz drugih osnov kot v kapitalističnih deželah, kjer jih k temu sili gospodarski račun in pritisk delavskega razreda. Pri nas izhaja iz osnovnega socialističnega načela, ki je skrb za človeka, njegovo srečo in zadovoljstvo.

Z naglo industrializacijo se je struktura naše družine zlasti v mestih in industrijskih krajih močno spremenila. Postala je manjša, običajno jo tvorijo samo starši in otroci. Vedno več je družin, kjer sta zaposlena oče in mati in ni nikogar doma, ki bi nadziral otroke med njuno odsotnostjo. Zato mora ta nadzor prevzeti družba preko raznih ustanov, kot so: jasli, otroški vrtci, šolske kuhinje, ustanove za šolske otroke. Poleg tega mora družba prevzeti še skrb za uslužnostna podjetja in ustanove, ki razbremenjujejo ženo v gospodinjstvu, ter za ustanove, ki nudijo staršem pomoč pri vzgoji njihovih otrok.

Kot v zdravstvenem, ločimo tudi v socialnem varstvu preventivno in kurativno dejavnost. Prva je iskanje in odstranjevanje vzrokov asocialnih pojavov, druga pa zdravljenje takih pojavov. Na področju preventivnega varstva imajo največji pomen družbene organizacije in društva, ki so pri nas že močno razvila to dejavnost. V kurativnem varstvu pa je socialna služba v upravnih organih in socialnih zavodih. Sveti, kot družbeno upravni organi v občini, pa morajo po svojih članih, ki so predstavniki družbenih organizacij in društev, na eni strani razvijati preventivno dejavnost, na drugi strani pa skrbeti za uspešno in zakonito izvrševanje socialne službe.

Kot vidimo, so naloge teh svetov zelo obsežne in posegajo na družbeno in upravno področje in celo v več panog upravnega področja, tako v socialno,

zdravstveno, prosvetno-vzgojno in tudi gospodarsko. Pri svojem delu si bo zato svet moral pomagati z različnimi metodami dela, kot je skupno razpravljanje prizadetih svetov, n. pr. sveta za zdravstvo, sveta za socialno varstvo, sveta za prosveto in drugih. Skupno proučene predloge bo nato obravnaval ljudski odbor. Preko svojih predstavnikov pa bodo družbene organizacije predložile svetu posamezne predloge, ki jih bo svet po proučitvi nadalje predložil ljudskemu odboru v rešitev, n. pr. ustanovitev šolske kuhinje ali vzgojne posvetovalnice. Prav tako pa bo svet posredoval družbenim organizacijam preko svojih članov sklepe ljudskega odbora, kjer bo pri njihovem izvrševanju sodelovanje teh družbenih organizacij potrebno.

Oglejmo si še nekaj konkretnih nalog sveta za varstvo matere in otroka oziroma družine. Svet vodi neposredno skrb za otroke in mladino pod posebnim družbenim varstvom, sem spadajo otroci padlih borcev in žrtev fašističnega terorja, otroci in mladina pod skrbništvom, telesno in duševno defektni otroci in mladina, vzgojno zanemarjeni in družbeno neprilagodljivi ter otroci in mladina iz zdravstveno in materialno ogroženih družin. Nadalje organizacija rejniške službe, potem skrb za ustanavljanje in pravilno funkcioniranje mladinskih socialnih zavodov v občini.

Skupno s svetom za zdravstvo bo vodil v občini borbo za znižanje umrljivosti otrok, skrbel za zadostno mrežo zdravstvenih posvetovalnic, za redne zdravniške preglede šoloobveznih otrok in za zdravstvene kolonije.

Skupno s svetom za delo bo proučeval vprašanja varstva žene in mladine v delovnem razmerju in skrbel za zaposlovanje mladine, ki je pod posebnim družbenim varstvom.

Skupno s svetom za prosveto in šolstvo bo obravnaval in reševal vprašanja vzgojnih ustanov, poklicnih posvetovalnic, šolskih kuhinj, letovanj ter strokovnega usposabljanja vzgojnega kadra v socialnih zavodih.

Ker je primerno stanovanje eden od prvih pogojev za zdravo in srečno družino, bo moral svet sodelovati z ostalimi pristojnimi organi v občini tudi pri reševanju stanovanjske politike, da se bodo gradila našim družinam ustrezna stanovanja.

Poleg nalog, ki sem jih naštela zgoraj, pa svet odloča na podlagi zakona o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov še v sledečih zadevah: po temeljnem zakonu o skrbništvu opravlja skrbstvene zadeve, odreja splošne ukrepe, za varstvo oseb, ki so pod skrbništvom, odobrava važnejše ukrepe skrbnika glede osebe mladoletnika ali njegovega premoženja, določa nagrade skrbnikom, odloča o tožbi, vloženi zoper skrbnikovo ravnanje ali njegove opustitve. Po temeljnem zakonu o razmerju med starši in otroki pa odloča glede odvzema otroka staršem in oddaje drugi osebi ali ustanovi v varstvo in vzgojo. Po zakonu o socialnih zavodih pa opravlja nadzor nad zavodi, ki jih ustanovijo gospodarske in družbene organizacije, in vse ostale naloge, ki spadajo po zakonu v pristojnost nadzornega organa.

Naštela sem najvažnejše naloge, iz katerih smo spoznali, kako izredno pomembno vlogo bodo imeli v občini sveti za vprašanja varstva družin in kako je važno, da se ti sveti ustanovijo pri vsaki občini, da se utrdijo in nadalje razvijejo, ker je to najboljše jamstvo za uspešno družbeno varstvo družine.

Pri občinskih ljudskih odborih sta za področje socialnega varstva osnovana dva sveta. O nalogah sveta za varstvo matere in otroka oziroma za vprašanja varstva družine, sem govorila prej, zdaj pa si oglejmo še naloge sveta za socialno skrbstvo.

V mnogih občinah je prav ta razmejitev nalog med obema svetoma povzročala veliko težav. Ponekod so bili celo mnenja, da spada varstvo družine v pristojnost tega sveta, ker je ta odločal o denarnih podporah. To pa seveda ne drži.

Svet za socialno skrbstvo obravnava samo socialno varstvo odraslih oseb, in sicer spadajo sem odrasle osebe, ki uživajo varstvo po posebnih predpisih, družine kadrovcev in žrtev fašističnega nasilja, poleg teh pa še vse one osebe, ki so potrebne socialnega varstva, čeprav za to še ni posebnih predpisov.

V zadnjih letih po vojni smo pri nas že lepo razvili družbeno varstvo mladine in imamo pri tem delu tudi že lepe rezultate, ki se marsikje lahko vzporejajo z evropsko višino. Nasprotno pa smo mnogo manj storili za razvoj socialnega varstva odraslih oseb, zlasti velja to glede varstva starih in onemoglih. Ustanavljali smo sicer domove za stare in onemogle ter dajali materialno ogroženim socialno pomoč v denarju ali v naravi. Nismo pa razvili nobenih drugih oblik varstva, za katere bi lahko pridobili tudi družbene organizacije, ki bi pri tem varstvu lahko uspešno sodelovale. Vseh starih in onemoglih ljudi ne moremo namestiti v domove, ker jih niti nimamo dovolj niti ne bi vsem ustrezali. Zato bi morali razviti razne oblike pomoči starim in onemoglim na njihovih domovih. Organizirati bi morali n. pr. v večjih centrih prinašanje hrane na dom zlasti pozimi, pomoč v času bolezni in ostalo pomoč pri urejanju gospodinjskih poslov. Tudi socialno varstvo in rehabilitacija invalidov sta pri nas še vedno pomanjkljiva. Zlasti velja to za duševno defektne osebe. Sicer se rehabilitaciji invalidov v zadnjem času posveča večja pažnja in je zato bil ustanovljen tudi poseben zavod za rehabilitacijo invalidov.

Vidimo torej, da je tudi na področju socialnega varstva odraslih oseb cela vrsta problemov, ki jih bodo morali neposredno reševati občinski sveti za socialno skrbstvo.

Po republiški uredbi o podeljevanju denarnih podpor žrtvam fašističnega nasilja bodo morali zagotoviti denarna sredstva in poskrbeti, da bodo ta sredstva pravilno porazdeljena. Povprečna mesečna podpora je znašala v lanskem letu 2970.— din, kar ne zadošča za preživljanje. Število teh upravičencev je vedno manjše, zato bo svet lahko ostalim določil primernejše višje zneske.

Po zvezni uredbi o denarni pomoči družinam, katerih hranilci so v obvezni službi JLA, bo odločal o upravičenosti do te podpore. Nadalje bo odločal svet v vseh primerih, ki jih določa zakon o pristojnosti občinskih in okrajnih ljudskih odborov po temeljnem zakonu o skrbništvu glede odraslih oseb, ki so pod skrbništvom.

Svet bo izvajal socialno varstvo telesno in duševno defektnih oseb s tem, da bo poskrbel za njihovo rehabilitacijo oziroma jih namestil v ustreznih zavodih.

Tudi skrb za stare in onemogle spada v njegovo področje dela. Prav tako mora skrbeti za vse zdravstveno in materialno ogrožene osebe s tem, da jim bo nudil denarno pomoč.

Svet bo tudi nadzorni organ za občinske socialne zavode. Skrbeti bo moral, da bo v teh zavodih primeren higienski režim in da bodo tudi sicer ustrezali sodobni ureditvi takšnih zavodov. Zato spadajo v njegovo pristojnost vse pravice in dolžnosti, ki jih daje nadzornemu organu zakon o socialnih zavodih.

Kakor vidimo, ima tudi občinski svet za socialno skrbstvo mnogo konkretnih zadev, ki jih mora neposredno reševati.

Pri okrajnem ljudskem odboru pa je za vse področje socialnega varstva formiran en sam svet, ki obravnava iste probleme, kot jih obravnavajo sveti v občinah, vendar pa z drugega vidika. Tu ne gre za neposredno reševanje konkretnih nalog, ker jih ta svet v okraju tudi nima, saj so vse operativne naloge socialne službe prenesene na občine. Svet za socialno varstvo v okraju mora na osnovi dokumentarnega materiala proučevati stanje socialnega varstva v okraju z vsemi problemi in mora na osnovi teh ugotovitev usmerjati politiko socialnega varstva.

Skrbeti mora za koordinacijo dela vseh občinskih svetov na tem področju. Zato bodo morali okrajni sveti dajati občinam priporočila o smernicah dela posameznih socialnih služb. Na primer glede dajanja socialne pomoči, študijskih podpor in plačevanja oskrbnin v socialnih zavodih, kar je trenutno silno različno. Najbolj se to kaže na območju bivšega MLO Ljubljana, kjer so posamezne občine glede tega zavzele različne kriterije. Imamo primere, kjer družine z enakimi dohodki in tudi z enakimi drugimi pogoji za svojca, ki je v socialnem zavodu, plačujejo mnogo več kakor družina v drugi občini, pa čeprav jih loči samo nekaj ulic. Prav tako gre previsoko odmerjanje oskrbovalnine marsikje v dejansko škodo ostalih družinskih članov.

Pri organizaciji socialnega varstva ima zelo važno mesto tudi socialna služba v zavodu. Zato morajo okrajni sveti skrbeti za ustanavljanje novih zavodov, kjer je to potrebno, nadalje za strokovno raven že obstoječih, zlasti pa morajo v teh zavodih utrditi in usposobiti upravne odbore.

Poleg že naštetih nalog pa je izredno važna organizacija preventivne dejavnosti, za kar bo moral svet dajati spodbudo društvom in družbenim organizacijam.

Končno bo moral skrbeti tudi za usposobitev strokovnega kadra, ki dela v upravnih organih in zavodih. Mnogo teh ljudi je z delom v socialni službi šele pričelo, zato nima niti dovolj znanja niti dovolj izkušenj. Treba jih bo usposobiti in to z raznimi seminarji, posvetovanji in instruktažo.

Spričo nujnih in neodložljivih nalog zdravstvene službe je bilo socialno varstvo potisnjeno v ozadje, z ločitvijo teh dveh služb pa se bo tudi socialno varstvo lahko uspešneje razvijalo, zato pa bo potrebno poglobiti široko družbeno dejavnost na preventivnem področju, utrditi delo družbeno upravnih organov pri ljudskih odborih in usposobiti za delo strokovni kader v upravni službi in socialnih zavodih.

Temeljne ustanove za zdravstveno zaščito matere in otroka v komuni

Doc. dr. Vukan Čupić

Rast, razvoj in zdravje otroka niso odvisni samo od ugodnih ali neugodnih vplivov okolja, v katerem živi, t. j. od socialno-ekonomskih, kulturnih in drugih činiteljev, temveč tudi od organizacije zdravstvene službe. Medicinska znanost je ugotovila, da rast, da telesni in duševni razvoj otroka motijo neugodni pogoji, pod katerimi se razvija plod v tako imenovani intrauterini sredini, neugodni pogoji, pod katerimi žena rodi, in neugodni pogoji zunanjega okolja, v katerem otrok živi. Zdravstvena zaščita otroka se torej začneja z zdravstveno zaščito žene in se nadaljuje skozi vse obdobje rasti in razvoja, značilnih za otroško dobo.

Dispanzer za žene sestoji iz posvetovalnice in ambulante. V posvetovalnici za noseče žene zdravnik in babica z rednimi, splošnimi in specialnimi pregledi kontrolirata razvoj nosečnosti, dajeta noseči ženi nasvete in jo v primeru obolenja napotita na zdravljenje. V ginekološki ambulanti dispanzerja se pregledujejo in zdravijo žene z ginekološkimi obolenji, tod preiskujejo vzroke in zdravijo sterilnost, s sistematičnimi pregledi pa se odkrivajo in zdravijo tudi razna obolenja ženskih rodil. Posvetovalnica in ambulanta dispanzerja za žene sta torej preventivni in preventivno-kurativni ustanovi za zdravstveno zaščito žene in bodočega otroka.

Toda tudi otrok, ki se rodi zdrav, je v prvih tednih, prvih mesecih in prvih letih življenja izpostavljen mnogim nevarnostim. Kajti skladi telesni in duševni razvoj otroka motijo mnogi škodljivi činitelji okolja, v katerem se razvija in raste: kužne klice, nepravilna in nezadostna hrana, nesnaga, pomanjkanje svežega zraka, sonca, zelenja in svetlobe, pomanjkanje materine nege in ljubezni. Če otrok vsega tega nima, je veliko pogosteje kriva nevednost staršev kakor pa revščina. Posvetovalnica za dojenčke, za male in predšolske otroke, je ustanova, iz katere in preko katere sestra in zdravnik izvajata vse ukrepe za preventivno zaščito otrok v tej starostni dobi. V posvetovalnici zdravnik in sestra kontrolirata razvoj in rast otroka, cepita proti nalezljivim boleznim, poučujeta starše o pravilnem pripravljanju hrane ter pravočasnem dodajanju vitaminov in sadnih sokov v njegovo prehrano. V delovnem okviru posvetovalnice sestra in zdravnik posečata domove otrok, poučujeta starše v osnovah splošne in osebne higijene, jih zdravstveno prosvetljuje in odvrata mnoge škodljive vplive subjektivnega značaja, ko izboljšujeta psihično in fizično okolje, v katerem otrok živi. Če pa otrok zboli, mu nudita pomoč v ambulanti dispanzerja ali iz ambulante organizirata zdravljenje otroka doma v njegovem prirodnem, družinskem okolju. Posvetovalnica in ambulanta sestavljata funkcionalno celoto, ki se imenuje otroški dispanzer. Posvetovalnica

Avtor je predstojnik »Instituta za zdravstveno zaščito narodnog podmlatka« v Beogradu in v tem referatu navaja svoje poglede, ki so plod njegovih izkušenj na področju Srbije. Ker se tudi pri nas razpravlja o okrepitvi in poglobitvi organizacije za zaščito matere in otroka, smo ta izvajanja objavili kot enega prvih prispevkov o obravnavanem vprašanju. — (Op. ur.)

je preventivni odsek dispanzerja — ambulanta pa preventivni in kurativni odsek. Tako ambulanta kakor posvetovalnica se pri svoji dejavnosti opirata na dispanzersko mlečno kuhinjo.

Dispanzer za otroke v šolski starostni dobi sestoji ravno tako iz posvetovalnice in ambulante. V posvetovalnici so sistematični in kontrolni pregledi in se izvajajo drugi preventivni ukrepi, vakcinacije, revakcinacije itd. V ambulanti se zdravi bolan otrok v šolski starostni dobi. Toda dispanzer za šolsko starostno dobo ima še širše naloge. Nima na skrbi samo, pod kakšnimi pogoji živi šolski otrok doma, temveč tudi v šoli oziroma v tovarni, delavnici itd. Zdravnik šolskega dispanzerja se zanima za prehrano dijakov, za njih snago in duševno higieno.

Vsi trije osnovni dispanzerji — dispanzer za žene, dispanzer za otroke od 0—7 let in dispanzer za otroke v šolski starostni dobi — bi morali sestavljati celoto, namreč Center za mater in otroka v komunih, ki naj zajame antenatalno in postnatalno zdravstveno zaščito otroka.

Zdravstveni center za matere, otroke in mladino ter laboratorijska in specialistična služba

Dispanzerji, ki so vključeni v Center, morajo biti po načelih sodobne medicine arhitektonsko tako urejeni, da se preventivna služba odvija nemoteno od kurativne. Vsi trije dispanzerji imajo lahko skupne prostore za laboratorij in rentgen, toda po možnostih komune je treba tudi arhitektonsko predvideti ambulante za specialistične preglede: otorinolaringološke, očne, živčne in prostor za socialne delavce. Vsak dispanzer seveda ima lahko svoj posebni zobni oddelek, zlasti šolski dispanzer, pač glede na veliko število otrok v šolski starostni dobi, katerim je potrebna zobna nega.

Otroška medicina ni odsek interne medicine, kakor trdijo mnogi nepoučeni zdravstveni delavci, temveč so to medicinska obdobja življenja, ki ga označujeta rast in razvoj. Otroška medicina je nastala pred 150 leti. Otroško zdravstvo se je s časom razvijalo in se danes ne smatra za posebno zdravstveno panogo, temveč za skupek mnogih disciplin, ki proučujejo činitelje, od katerih so odvisni rast, razvoj in zdravje otroka in reakcije otroškega organizma v raznih etapah njegovega razvoja na vplive mnogih škodljivih činiteljev — intrauterinega ali ekstruterinega okolja, v katerem se razvija. Otroški zdravnik mora obvladati ne samo prehrano, rast in razvoj zdravega otroka, temveč tudi mnoge medicinske panoge, ki proučujejo bolezni organov za pretnovo, bolezni dihal, živčnega sistema, srca in krvnega obtoka itd. Otroški zdravnik je torej specialist splošne prakse za otroke in mu je zato dostikrat potrebna pomoč ožjih specialistov: rentgenologa, otorinolaringologa, očesnega zdravnika itd. Toda otroški zdravnik ima pravico zahtevati, da se ožji specialistični pregledi otrok opravljajo v za to predvidenih prostorih Centra, ne pa v splošnih specialističnih ambulantah. V mnogih komunah je dispanzerska služba za otroke žal ločena, toda specialistični pregledi se iz objektivnih ali subjektivnih razlogov opravljajo v ambulantah za odrasle. Otroškemu zdravniku na eni strani z velikimi težavami uspe, da zdravega otroka pregleduje ločeno od bolnega, na drugi strani pa je primoran tako zdravega kakor bolnega otroka napolniti na konsiliarne preglede v splošne specialistične ambulante za odrasle. Po

našem mnenju je ožjemu specialistu treba ustvariti pogoje za delo v otroških ustanovah in se tako izogniti mešanju otrok in odraslih v splošnih specialističnih ambulantah, ker je sanitetna ločitev službe v zdravstveni zaščiti otroka od splošne zdravstvene službe v korist tako telesnemu kakor duševnemu zdravju otroka in pomeni osnovni ukrep za pravilno organizacijo zdravstvene zaščite sploh.

Izgradnja zdravstvenega centra za mater in otroka je za marsikatero siromašno komuno materialna obremenitev. Pa tudi center sam pomeni zgolj prvo stopnjo v izgradnji ustanov za zdravstveno, socialno-zdravstveno in prosvetno-zdravstveno zaščito matere, otroka in mladine v komuni. Zato je Inštitut za zdravstveno zaščito ljudskega podmladka LR Srbije skupno s Projektantskimi zavodi Srbije in Črne gore izdelal arhitektonske načrte, po katerih lahko revne komune začno s postopno graditvijo centra, t. j. najprej enega dispanzerja, ki pride v sestav centra, nato pa drugih enot, ki sestavljajo to temeljno ustanovo za zdravstveno zaščito matere, otrok in mladine. Komuna na ta način uskladuje gradnjo centra in formiranje visokokvalificiranih strokovnjakov oziroma usposabljanje zdravnikov splošne prakse za opravljanje posameznih dispanzerskih služb, ki se vključijo vanj.

Zdravstveni center za zaščito matere, otrok in mladine je dolžan dajati iniciativo in aktivno podpirati razvoj zdravstvenih ustanov na območju komune. Posvetovalnice za nosečnice, otroške posvetovalnice in zdravstvene ustanove za šolsko mladino so preventivne ustanove, ki koordinirajo antenatalno, natalno in postnatalno zaščito otroka. V teh posvetovalnicah delajo babice in sestre pod strokovnim vodstvom pristojnega dispanzerja v komunalnem centru. Zdravstveni center ima torej na skrbi zdravje vseh žena ter otrok in mladine v komuni ter z razvijanjem preventive in preventivno-kurativne službe po deželi preprečuje obolevanje in zmanjšuje dotok bolnikov v mesta. Samo po sebi je umljivo, da večji kraji z večjimi materialnimi možnostmi lahko razvijejo tudi višji tip preventivne in preventivno kurativne službe z enim ali več zdravniki na čelu.

Zdravstveni dom in zdravstvena zaščita otroka

Po koncepcijah naših strokovnjakov mora Zdravstveni dom stalno imeti pred očmi dejstvo, da je zdravje družine nedeljiva celota. Tako izražajo bojazen, da bi nagli razvoj otroške zdravstvene službe privedel do razcepljenosti v zdravstveni službi sploh. Ta bojazen pa ni upravičena, ker Center za mater in otroka povezuje antenatalno in postnatalno zaščito otroka, v postnatalni pa zdravstveno zaščito otroka šolske starostne dobe z zdravstveno zaščito predšolskega otroka. Preko specialističnih služb, higiensko epidemiološke in socialne službe pa zdravstveno zaščito otroka in mladince povezuje s splošno zdravstveno službo. Torej ne gre za cepljenje, temveč za pravilno organizacijo komunalne sanitete. Temeljne ustanove za zdravstveno zaščito žena, otrok in mladine sodelujejo na eni strani s strokovnjaki v Centru komune; na drugi strani pa vrše strokovno-metodološki nadzor nad manjšimi preventivnimi ustanovami posvetovalnice. Sodelovanje raznih ožjih strokovnjakov z dispanzerji ne nalaga dispanzerjem nobene obveznosti nasproti zdravstvenemu domu. Dispanzerji delajo kot samostojne ustanove, koordinirajo svoje dejavnosti za

čuvanje zdravja otrok in nagrajujejo strokovnjake za pomoč, ki jim jo le-ti nudijo. Toda strokovni metodološki nadzor doma, ki naj zedinjuje splošno zdravstveno zaščito v komuni, ni mogoč, ker medicinsko-upravni organi doma nimajo za to ustrezne strokovne kvalifikacije. V vsakem primeru je nepravilno, da uprava doma razpolaga z delovnim časom zdravnikov, ki delajo v dispanzerjih, da jih zadolžuje s splošnimi dežurstvi, z delom na terenu, v splošnih ambulantah itd. Nastane torej vprašanje: kdo je pristojen za strokovno oceno dispanzerjeve dejavnosti, kateri organi so dolžni sodelovati strokovno metodološko z dispanzerji? Recimo drugače, ali je poleg horizontalnega sodelovanja med dispanzerji kot enakopravnimi zdravstvenimi enotami ter dispanzerji in ožjimi strokovnjaki potrebno tudi vertikalno sodelovanje dispanzerjev z večjimi inštituti okrajnega, republiškega in zveznega značaja. Samo po sebi je umevno, da je vertikalno sodelovanje neogibno potrebno, toda ne po administrativni, temveč po strokovni liniji. V razvoju komunalne sanitete imajo svoje posebno mesto republiške zdravstvene institucije in medicinske šole. Te nudijo sestram in zdravnikom, ki delajo v komunalni saniteti, ne samo strokovno-metodološko, temveč tudi moralno pomoč.

Temeljne zdravstvene ustanove za zaščito matere, otrok in mladine ter otroški posteljni fond v komuni

Število otroških postelj v naši deželi je veliko nižje, kot so naše dejanske potrebe. In to kljub povečanju posteljnega fonda, kot ga navajajo v povojnih letih (l. 1954 je bilo v otroških bolnicah in otroških oddelkih splošnih bolnic 3248 otroških postelj v primeri s 423 posteljami v letu 1939). V publikacijah našega medicinskega tiska, v nastopih odgovornih faktorjev na kongresih in sestankih, v zaključkih raznih pediatričnih komisij, republiškega in zveznega značaja, se upravičeno zahteva povečanje otroškega posteljnega fonda. Toda kadar se načenna vprašanje otroškega posteljnega fonda, se po navadi jemljejo norme iz tuje literature, ki se nekritično prenašajo v našo stvarnost. Tako je n. pr. po ruski normi (2,4 postelje na 1000 prebivalcev) treba povečati otroški posteljni fond v Jugoslaviji 12-krat (40 800 postelj), po zahtevah neke zvezne komisije, preračunanih na osnovi literature, pa je naš otroški posteljni fond treba povečati na 17 000 postelj (1 otroška postelja na 1000 prebivalcev). Po zapadnoevropskih normah (1 otroška postelja na 3000 prebivalcev) je otroški posteljni fond v Jugoslaviji treba povečati samo za 2452 postelj. Na ta način obravnavati vprašanje otroškega posteljnega fonda ni pravilno, ker o številu otroških postelj, ki je potrebno neki deželi, nekemu okraju ali komuni, kot je znano, odločajo predvsem epidemiološki, socialno-ekonomski, splošno higienski in kulturni činitelji, kvaliteta komunikacij, zlasti pa stopnja zdravstvene službe. Zato tudi se je treba pri odpiranju otroških ustanov v komuni držati logičnega reda. Najprej se je lotiti odpiranja dispanzerjev za žene, otroke in mladino, ker samo ob dobro razviti dispanzerski službi je mogoče izračunati število postelj, potrebnih neki komuni, nekemu okraju, neki republiki. Pod določenimi socialno-ekonomskimi in kulturnimi pogoji je dotok bolnikov v ambulante dispanzerja odvisen od aktivnosti posvetovalnice. Aktivnost posvetovalnice mora biti tem večja, čim manj povoljni so v komuni socialno-ekonomski, prosvetni in zdravstvenoprosvetni pogoji. Kolikšna naj

bo zmogljivost otroškega posteljnega fonda, pa ne odloča le skupno število otrok, ampak tudi patološke, socialno-ekonomske in zdravstveno-prosvetne značilnosti komune. Zmogljivost otroškega bolniškega oddelka v komuni je odvisna tudi od zdravstvene, preventivne in preventivno-kurativne organizacije komune. Torej med posteljnimi fondom in številom otrok v komuni ni kakega statičnega, temveč dinamično ravnotežje. Ko se postavljajo norme o potrebah komune (v posteljnem fondu), je treba računati s progresom, z zdravstvenim in prosvetnim napredkom, ne pa samo z demografskimi činitelji. Če na ta način postavljamo vprašanje otroškega posteljnega fonda, seveda ne izključujemo potrebe, da se odpro specialne ali splošne otroške bolnice, otroški oddelki in druge otroške ustanove tam, koder so pogoji za to že dani (n. pr. po mestih in v komunah, kjer je dobro razvita dispanzerska služba), toda če zamejske indekse v otroškem posteljnem fondu dobesedno apliciramo na našo stvarnost, to tudi z medicinskega in sociološkega vidika ni pravilno.

Preventivna in preventivno-kurativna saniteta med bolnico in družino pa ni samo zdravstvenega, temveč tudi političnega pomena. Po mnogih evropskih deželah so šele v zadnjem času začeli pod pritiskom progresivnih političnih činiteljev odpirati ambulate, kurativno-preventivne ustanove v sklopu s posvetovalnicami — preventivnimi odseki dispanzerjev. Odpiranje teh ustanov umljivo zadeva v mnogih deželah na odpor privatnih zdravnikov, ker posvetovalnica dispanzerja zmanjšuje morbidnost, ambulanta pa prevzema zdravljenje iz privatnih ordinacij. Zaradi tega pomeni odpiranje dispanzerjev v komuni enega najpomembnejših korakov v socializaciji medicine, ki se ji mnogi zdravniki tudi v naši deželi zavestno ali nezavestno upirajo na različne načine. Z razvijanjem dispanzerske službe prehaja borba proti bolezni iz pristojnosti privatnih zdravnikov in privatnih ordinacij v pristojnost družbene skupnosti. Organizacija zdravstvene službe v komuni pomeni torej ne le zdravstveno, temveč tudi veliko politično vprašanje.

Temeljne ustanove za zdravstveno zaščito matere, otrok in mladine v komuni in organi družbenega upravljanja

Pomen organov družbenega upravljanja v zdravstveni službi ni nič manjši, kot je pomen organov družbenega upravljanja v drugih vejah gospodarske in družbene dejavnosti v komuni. Državljeni — člani upravnih odborov raznih odsekov v zdravstveni službi komune — imajo možnost, da aktivno sodelujejo pri reševanju mnogih zdravstvenih problemov v komuni. Člani organov družbenega upravljanja pa ne nudijo samo aktivne pomoči strokovnjakom, ki se pečajo z reševanjem zdravstvene problematike v komuni, temveč se v sodelovanju s strokovnjaki tudi sami uče opazovati medicinske in sanitetne probleme tudi z družbeno političnega vidika.

Nastane vprašanje, ali je za vso preventivno-kurativno saniteto v komuni potreben en sam organ družbenega upravljanja ali več. Po našem mnenju večje število organov družbenega upravljanja ne pomeni razbijanja družbeno-upravne službe v saniteti, temveč le pritegnitev večjega števila zainteresiranih državljanov k reševanju medicinskih in socialno-medicinskih vprašanj v komuni. Od pravilne izbire članov v organih družbenega upravljanja je odvisna koordinacija raznih služb, ki delajo na posameznih sektorjih za zdravstveno zaščito ljudstva v komuni.

Sklep

Čeprav smo v Jugoslaviji od osvoboditve do danes dosegli pomembne uspehe v organizaciji službe za zdravstveno zaščito mater, otrok in mladine, je v letu 1954 ob strokovni babiški ali zdravniški pomoči rodilo samo 55,6% žena. Z zdravstveno zaščito preko dispanzerjev je zajetih skupno 32,7% nosečih žena, 46,5% otrok od 0—7 let in 23,9% otrok in mladine v šolski starostni dobi. Te številke kažejo, da je treba še nadalje odpirati ustanove za zdravstveno zaščito žena, otrok in mladine, vse dokler ne bo preko ustreznega dispanzerja v komuni zdravstveno zaščiten sleherni žena, sleherni otrok in sleherni mladinec. Od tega bo odvisno ne le zdravje, ampak tudi življenje desetisočev naših otrok, ki jih z nekoliko več prizadevnosti lahko rešimo tudi ob sedanjih pogojih našega socialno-ekonomskega in kulturnega življenja.

Osnovi

Vročina je izraz v boleznih za vso de; toplote in čim bolj je bolj se dvigne vroči meriti.

Pri merjenju vročine otrokom delamo večkrat tudi napake. Predvsem pa mora toplomer biti v redu.

Otroku merimo vročino po navadi v črevesu, lahko pa tudi pod pazduho ali v ustih.

a) **Merjenje v črevesu.** Čim mlajši je otrok, tem bolj kaže meriti vročino v črevesu.

Otrok leži na hrbtu, primemo ga za noge in mu jih dvignemo kvišku. Če je večji, jih lahko v kolenih vzdigne tako, da se na podplate, ki jih je pritegnil k sebi, opre. Lahko pa tudi položimo otroka na bok, pri tem skrči noge v kolenih, za katera ga lahko z eno roko primemo, če je nemiren. Nato poiščemo črevesno odprtino tako, da jo tudi vidimo. Nikoli ne smemo toplomera vtikati na slepo, zlasti ne pri deklicah, ker lahko oškodujemo črevo, presredek in tudi spolovilo.

Pri merjenju v črevesu moramo paziti tudi, da ima otrok — prazno danko. V morebitnem blatu je namreč toplina zaradi gnilobnih dogajanj višja kakor običajno, pa utegnemo pri merjenju priti do nepravilnih izsledkov.

b) **Merjenje pod pazduho.** Pri večjih otrocih in mirnejših manjših otrocih lahko merimo vročino tudi pod pazduho.

ega otroka

na toplota je v zdravju in čim več se stvarja telesne tuj v telesu okvarjeno, tem ino med boleznijo stalno

Čeprav smo v Jugoslovijski
uspehe v organizaciji sl
je v letu 1954 ob stroko
žena. Z zdravstveno zašč
čih žena, 46,5% otrok od
dobi. Te številke kažejo,
stveno zaščito žena, otro
dispanzerja v komuni z
in sleherni mladinec. Od
desettisočev naših otrok,
tudi ob sedanjih pogojih našega socialno-ekonomskega in kulturnega življenja.



es dosegli pomembne
ter, otrok in mladine,
oči rodilo samo 55,6%
h skupno 32,7% nose
dine v šolski starostni
ti ustanove za zdrav
bo preko ustreznega
žena, sleherni otrok
ampak tudi življenje
levnosti lahko rešimo

Osnovno opazovanje bolnega otroka

Dr. Marij Avčič

(Konec)

2. Vročina

Vročina je izraz otrokove telesne toplote. Telesna toplota je v zdravju in v bolezni za vso dejavnost telesa izredno važna. Čim več se stvarja telesne toplote in čim bolj je uravnavanje toplotnih dogajanj v telesu okvarjeno, tem bolj se dvigne vročina. Zaradi tega moramo vročino med boleznijo stalno meriti.

Pri merjenju vročine otrokom delamo večkrat tudi napake. Predvsem pa mora toplomer biti v redu.

Otroku merimo vročino po navadi v črevesu, lahko pa tudi pod pazduho ali v ustih.

a) **Merjenje v črevesu.** Čim mlajši je otrok, tem bolj kaže meriti vročino v črevesu.

Otrok leži na hrbtu, primemo ga za noge in mu jih dvignemo kvišku. Če je večji, jih lahko v kolenih vzdigne tako, da se na podplate, ki jih je pritegnil k sebi, opre. Lahko pa tudi položimo otroka na bok, pri tem skrči noge v kolenih, za katera ga lahko z eno roko primemo, če je nemiren. Nato poiščemo črevesno odprtino tako, da jo tudi vidimo. Nikoli ne smemo toplomera vtikati na slepo, zlasti ne pri deklicah, ker lahko oškodujemo črevo, presredek in tudi spolovilo.

Pri merjenju v črevesu moramo paziti tudi, da ima otrok — prazno danko. V morebitnem blatu je namreč toplota zaradi gnilobnih dogajanj višja kakor običajno, pa utegnemo pri merjenju priti do nepravilnih izsledkov.

b) **Merjenje pod pazduho.** Pri večjih otrocih in mirnejših manjših otrocih lahko merimo vročino tudi pod pazduho.

c) **Merjenje v ustih.** Včasih moramo vročino meriti tudi v ustih, če je otrok n. pr. ranjen ali povit ali če ga težko premikamo, n. pr. pri opeklinah ali kakih drugih poškodbah, vnetju sklepov, hudih srčnih boleznih itd.

Toplomer za merjenje v ustih je posebne vrste. Po navadi je drobnejši in krajši ter z živosrebrno bunčico na koncu.

Z istim toplomerom seveda merimo vedno na isti način.

Vročino merimo vedno pred jedjo, ker po jedi se med prebavo telesna toplina že sama po sebi zviša. Tudi se mora otrok, zlasti če je živčen, pred merjenjem umiriti. Razen tega med merjenjem ali neposredno prej ne sme imeti v postelji ali ob sebi kakih ogrevalnih priprav (grelnih blazin ali posod) ali biti premočno zaodet.

Običajno imajo otroci temperaturo med $36,5^{\circ}\text{C}$ in $37,5^{\circ}\text{C}$, če jo merimo v črevesu. Govorimo pa o nizki vročini, če znaša toplina $37,5$ do 38°C , o visoki vročini pri 38 do 39°C , zelo visoki vročini pa pri toplini preko 39°C . Če nam toplomer pokaže pri otroku toplino pod 36°C , tedaj pravimo, da je nižja od običajne telesne topline ali da je otrok premrl, ker stvarja premalo telesne toplote ali pa je toplote oddal preveč, n. pr. nedonošenček, otrok s suho grižo, zmrznjenec itd. Vročina se v izjemnih primerih lahko povzpne tudi do $41,5^{\circ}\text{C}$, če pa to značko preseže, otrok po navadi umre.

Pri dalj časa bolnem otroku si skrbno zapisujemo njegovo vročino, še boljše pa je, da si v ta namen napravimo tako imenovani temperaturni list.

Vročino merimo najmanj dvakrat dnevno, zjutraj in zvečer. Dobro pa je, da jo zlasti v nejasnih primerih bolezni merimo tudi štirikrat dnevno, to je: zjutraj pred zajtrkom, dopoldne ob 11. uri, popoldne ob 16. uri in zvečer od 20—20,30 ure. Na »temperaturni list« vpisujemo tudi vsa zdravila, ki smo jih dali otroku, hrano, ki jo je dobival, utrip srca, kašelj, bruhanje, blato itd. Označujemo tudi vse posebne postopke in posege ter storitve v bolezni: obkladke, klistire, injekcije. Na ta način smo si o otrokovi bolezni napravili nekakšno za oči dokaj pregledno risbo, ki dobro služi nadzorstvu nad otrokovo boleznijo tudi doma. V bolnišnicah pa je temperaturni list obvežen zdravstveni dokument.

3. Dihanje

Dihanje in spremembe v dihanju so v poteku otrokove bolezni izredno važne. Zato jim moramo posvečati vso pozornost in jih budno opazovati. Najprej opazujemo, kako pogosto je otrokovo dihanje, nato enakomernost in globino njegovega dihanja in morebitne ovire pri dihanju. Že po navadi dihajo otroci bolj ali manj pogosto, glede na starost, rast in razvoj ter udejstvovanje. Novorojenček dihne 50 do 60-krat na minuto, dojenček okoli šestih mesecev 30 do 50-krat, manjši otrok od 30 do 40-krat, večji otrok 20 do 30-krat, odrasli pa 16 do 18-krat. Seveda se število dihljajev poveča pri delu in naporu ter zlasti pri boleznih, pri katerih se pojavi vročina ali pa se dihalna površina pljuč na kakršen koli način zmanjša. Za koliko je to število večje od navedenih, je odvisno od tega, kakšno je delo, kakšen je napor in koliko časa traja, kakšna je ovira dihanja in kakšna je tudi utrujenost, v bolezni tudi vročina, vedno pa tudi zunanja temperatura zraka. Vročina torej že sama po sebi pospešuje dihanje. Zato torej neki določeni vročini

ustreza neko določeno večje število dihljajev v časovni enoti. Torej sta vročina in dihanje v neki zvezi.

Poleg pogostnosti opazujemo pri dihanju tudi enako mernost oziroma neenakomernost, ker utegne namreč dihanje biti zdaj pospešeno, zdaj zavrtlo ali pa za kakšne krajše presledke včasih tudi povsem zastane. Prav tako opazujemo tudi globino dihanja. Dihanje je lahko povsem površno, tako da komaj opazimo premikanje prsnega koša, lahko pa je jako globoko, tako da se prsni koš boči in plošči do skrajnih meja. Pri tem diha otrok z vsemi pomožnimi dihalnimi mišicami, dviga in vpoteza se mu tudi zgornji predel trebuha. Ni pa potrebno, da bi dihljaji bili vedno enako globoki ali vedno enako površni. Pri raznih boleznih, zlasti boleznih na dihalih, se globina dihanja pogosto menja, kar je lahko važen znak za presojo in razpoznavo bolezni.

Opazujemo tudi, če je dihanje ovirano ali ne. Če ima otrok nahod ali pa ga pri dihanju ovira kaj drugega v nosu in žrelu, n. pr. tujek v nosnici, veliki mandeljni, zlasti pa močno povečana žrelnica itd., tedaj namesto skozi nos diha skozi usta, kar seveda ni pravilno. Vendar pri odprtih ustih ne slišimo, če otrok ne spi, nekega posebnega hrkanja, smrčanja ali žaganja. Če pa otroku usta zapremo, bomo slišali, kako je dihanje skozi nos ovirano. Zdrav otrok mora torej dihati skozi nos, vsaj kadar miruje ali pri zmernem naporu. Če pa nam diha skozi usta, moramo oviro poiskati in jo tudi odstraniti. Ni namreč vseeno, če otrok vdihava v dušnike in pljuča bolj ali manj hladen zrak kar naravnost, ne da bi se v nosu nekoliko ogrel in deloma tudi prečistil.

Če pa je dihanje ovirano v nižjih predelih dihalnih poti, to je v grlu samem, v sapniku, v dušnikih, n. pr. zaradi vnetja glasilk, vnetja sluznice grla, zaradi kakega tujka v grlu, n. pr. kovanca, orehovega jedrca, kroglice, gumba, risalnega žeblička itd., potem slišimo oviro zlasti v času vdiha, ko zrak s težavo polzi mimo napake. Lahko pa ima otrok tudi golšo ali povečan priželjc, prav tako močno povečane vratne bezgavke, ki ovirajo dihanje v nižjih predelih dihalnih poti. Zlasti pa na glasilkah in pod njimi ne smemo prezreti davice, ki se kaže v takem oviranem dihanju. Glasu, ki ga slišimo, pravimo siganje (stridor).

Če je dihanje ovirano v še globljih predelih dihalnih poti, zlasti v dušnikih, potem po navadi slišimo poleg dihanja — pri vdihu močnejše kakor pri izdihu — še hropenje, ki je lahko najrazličnejše prirode. Slišimo ga kot piskajoče, rožljajoče, hreščeče, žagajoče hropenje itd. Če ob prsni koš pritismo dlan, lahko takšno hropenje tudi otipljemo, z ušesom ga slišimo.

Vsekakor je pri oviranem dihanju večja ali manjša stiska za zrak. Otrok se bori zanj in za kisik v njem. Na borbo za kisik sklepamo pri vdihu zlasti po vpotezanju medrebrnih prostorov, jamic pod prsnico ter jamic pod ključnicami nad njima. Poleg tega pa lahko vidimo tudi povsod tam, kjer se otrok bori za zrak, da diha z nozdrvmi, to je da dela s svojimi nosnicami pri dihanju podobno kot zajček — da jih širi in oži. To dihanje z nozdrvmi nas že samo po sebi opozarja na zmanjšano dihalno površino in s tem na resno stisko za zrak.

Tudi kašelj lahko ovira dihanje in ga začasno tudi prekinja. Kašelj nastaja zaradi dražljajev, ki jih na sluznicah dihalnih poti povzročajo razne

snovi, če zaidejo vanje ali pa se na njih kopičijo in zadržujejo. Tako n. pr. vdih prahu, jedkih plinov, prehladnega zraka itd., nadalje kopičenje sluzi pri katarjih na sluznici dihal, razni tujki, ki zaidejo na sluznice, n. pr. kadar se otroku »zaleti«. Vse to draži dihalno sluznico na kašelj. Največkrat pa opazujemo pri otrocih kašelj zaradi vnetja sluznic pri raznih prehladih, katarjih sapnika in dušnikov ter raznih vrstah pljučnice in pri vnetjih rebrene mreže. Zlasti pri dojenčkih pa ugotovimo kašelj tudi pri vnetju srednjih ušes. Vnetje srednjega ušesa, ki prehaja deloma tudi na sluhovod, namreč do vzdražnega mesta za kašelj.

Po svojem značaju je kašelj lahko dokaj različen. Po navadi ločimo pri otrocih 4 glavne vrste kašlja:

a) **suhi kašelj**, ki ga spremlja večinoma večja ali manjša hripavost in občutek praskanja v grlu in sapniku. Vzrok so mu suhi, lepljivi in nenadni katarji na sluznici dihal, otrok se le s težavo odkašlja;

b) **vlažni kašelj**, ki ga povzročajo vlažni katarji dihal. Značilno je, da otrok izkašlja mnogo sluzastega izločka, ki je prozoren ali moten, brezbarven ali siv, rumenkast, rjavkast ali zelenkast;

c) **kašelj brez glasu** je značilen za davico, ker so glasilke debele in pokrite z oblogami, otrok ne more govoriti, kašelj je lajajoč in zelo mučen, otrok lahko izkašlja sivkaste kepe okvarjene sluznice, na kateri so se nabrale tvorbe (membrane);

č) **dvoglasni kašelj**, za katerega je značilno, da ima poleg osnovnega hripavega glasu še drug, zvočnejši, skorajda kovinski in višji glas. Tak kašelj je značilen za povečane pljučne bezgavke, zlasti tuberkulozne prirode.

Poleg teh glavnih vrst kašlja jih poznamo še nekaj, ki pomagajo pri razpoznavi bolezni. Važno pa je, da smo pozorni vsaj na navedene vrste kašlja.

Pri različnih vrstah kašlja opazujemo večinoma tudi več ali manj izdaten in po svoji sestavi različen izmeček. Presojamo ga po barvi, množini, sestavi in duhu. Izmeček je lahko siv, rumen, zelenkast, rjavkast, lahko pa je tudi povsem brez barve in prozoren. Po množini je lahko obilen, lahko ga je pa čisto malo ali sploh nič. Po svoji sestavi je lahko sluzast, krvav, gnojen, penast, lepljiv, židek. Po duhu je lahko osladno dišeč, smrdeč ali pa je brez duha. Važno je torej, da otrokov izmeček opazujemo in na njegove lastnosti opozorimo. Potrebno je, da ga v zaprti stekleni posodici shranimo, pokažemo in pošljemo na nadaljnje preglede (sestava, bakterije, biološki poizkus itd.).

Ko se otrok s kašljem znebi izmečka, se začasno znebi tudi ovire dihanja, tako da zadiha laže in globlje, mirneje in z manjšim naporom.

4. Bilo (utrip žile, žila)

Bilo (utrip žile ali žila) je izraz za srčno dejavnost in stanje ožilja. Zaradi tega lahko presojamo po utripu žile tiste bolezni, ki oškodujejo srce in prizadenejo tudi ožilje ali oboje, skratka, ki kvarno vplivajo na obtočila.

Da si predočimo delovanje obtočil pri otroku, je dobro, če opazujemo najprej srčni predel na levi strani prsnega koša. Pogledamo in otipamo, kako bije srce: močno ali slabo, redno ali neredno, slabotno, komaj zaznavno itd. Nato šele pričnemo opazovati in presojati bilo.

Ko smo otroka pravilno prijeli za roko (žilo odvodnico nad senci, vratom itd.) in razločno začutili utrip žile, potem pričnemo opazovati lastnosti bila. Pazimo na pogostnost, enakomernost in kakovost žilnega utripa.

a) **Pogostnost bila** (frekvenca) je v nekaterih starostnih razdobjih otroka različna že po naravi. Pri novorojenčku utripne srce in s tem tudi žila približno 120 do 140-krat v minuti. Pri dojenčkih in otrocih do prvega leta 100 do 120-krat v minuti, pri malih otrocih 90 do 100-krat, pri večjih pa 80 do 90-krat.

Pogostnejše bilo srečujemo zlasti pri vročinskih boleznih. Vsako naslednjo stopinjo vročine se bilo pri otroku poveča za 10 do 15 utripov na minuto od števila, običajnega za določeno starost. Pogostnejše bilo opazamo tudi takrat, ko so obtočila iz katerih koli vzrokov toliko prizadeta, da z običajnim številom srčnih udarcev ne zmagujejo več svojega dela in mora srce udariti večkrat, če hoče zadostiti potrebam telesa po krvi in kisiku. Zlasti pri otroku spešijo število srčnih utripov tudi strah, veselje ali duševne napetosti. Manj pogostno bilo, kot bi ga po navadi pričakovali v določeni starosti, najdemo pri raznih vrstah zlatenic, zlasti pa pri boleznih, pri katerih je povišan tlak v lobanji, kakor so razna vnetja možganskih mren, možganske krvavitve, možganske poškodbe itd.

b) **Enakomernost bila** (ritem) je izraz za enakomernost v utripanju srca. Posamezni utripi si v zdravju sledijo v enakomernih presledkih. Lahko pa srce utripa tako, da sta si dva utripa bližja, tretji pa sledi daljšemu presledku. Nepravilno in neenakomerno bilo nam da torej slutiti bolj ali manj resna obolenja srca. Manj neenakomeren srčni utrip pa najdemo pri nekaterih otrocih tudi pri dihanju, zlasti med globljim vdihom je utrip srca in s tem tudi bilo — neenakomerno.

c) **Kakovost bila** (kvaliteta) je izredno važna. Govorimo o drobnem, nitki podobnem bilu, nadalje o majhnem in komaj zaznavnem bilu, o močnem in udarjajočem bilu, trdem in mehkem, visokem in nizkem. S tem presojamo, v kakšnem stanju je ožilje in tudi kolikšna količina krvi polje po ožilju.

Drobno ali majhno bilo najdemo zlasti pri nalezljivih boleznih, tudi pri otroških boleznih, zlasti škrlatinki in davici, kjer je pogosto prizadeta srčna mišica in je ožilje okvarjeno. Pa tudi pri močnejših krvavitvah in pri izgubah tekočine iz telesa (izsušenje zaradi pogostnih, tekočih drisk, močno bruhanje itd.) dobimo drobno ali celo nitkasto bilo.

5. Teža in rast

Opazovanje otrokove teže in rasti je v času bolezni nujno potrebno. Že zdravega otroka moramo redno tehtati in meriti, zlasti pri dojenčkih in malih otrocih pa je merjenje in tehtanje v bolezni eno izmed temeljnih opazovanj.

Zdrav otrok stalno raste, se razvija in pridobiva težo. Če to pridobivanje zastane, potem vemo, da je bolezensko dogajanje že toliko oškodovalo otrokovo presnovo, da telo usmerja vso dejavnost drugam — v borbo z boleznijo in da za rast in razvoj nima potrebnih zalog. S tehtnico in merilom lahko torej ugotovimo škodo, ki jo je utrpelo otrokovo telo.

Če je bolan novorojenček in mlajši dojenček, zlasti pa nedonošenček, moramo otroka tehtati vsak dan in meriti vsaj vsak teden; če je bolan sta-

rejši dojenček, ga tehtamo na 2 do 3 dni in merimo na 2 do 3 tedne; če je bolan mali otrok, ga tehtamo tedensko in merimo na 3 do 4 tedne. Čim starejši je otrok, tem bolj neenakomerno raste v dolžino in širino. Nekateri otroci spomladi in poleti rastejo bolj v višino, kot se redijo, na jesen in na zimo pa se lahko bolj debelijo in okroglijo, kakor rastejo. Vendar moramo zlasti pri dolgotrajnih boleznih tudi pri večjih otrocih stalno bedeti nad njihovo težo in dolžino. Zlasti moramo biti pozorni na težo pri tistih boleznih, ki oškodujejo presnovo in obtok vode po telesu, tako predvsem pri boleznih ledvic, kjer se voda kopiči v telesu, ali pa pri boleznih, kjer otrok izgublja preveč vode, n. pr. pri hudih črevesnih katarjih. Tudi pri dolgotrajnih boleznih, ki zahtevajo od telesa mnogo navora, kot so tuberkuloza, revmatizem in druge dolgotrajne bolezni itd., budno pazimo na težo in rast.

Vedeti moramo, da je teža pri enih otrocih bolj majava kakor pri drugih. Sočni, napeti, eksudativni otroci, katerih podkožje je na otip testenasto, bolj nihajo v teži kot pa jedri in togi, mišičasti otroci. Izredno hitro pridobivajo v teži in se po kakšni, zlasti nenadni bolezni nepričakovano hitro popravljajo.

Porasta v teži ne presojamo samo glede na otrokovo starost. Upoštevamo vedno tudi dolžino otroka, pa težo in dolžino primerjamo z njegovo starostjo, ker med težo in višino je pri zdravem otroku neka določena zveznost.

6. Koža

Zlasti opazujemo v bolezni tudi otrokovo kožo. Iz kože lahko čitamo marsikaj, če se v tem izurimo.

Napeta, gladka in čista koža brez izpuščajev, z jedrim podkožjem rožnatega nadiha in morda malo ogorela je znak zdravja in dobrega počutja. Uvela koža z upadlim podkožjem pa je znak slabe prehranitve otrokovega telesa, bodisi zaradi bolezni, ki okvari presnovo, bodisi zaradi presnovnih motenj, ki so jim vzrok prebavne motnje.

Najrazličnejši izpuščaji na koži pa nam pomagajo ugotoviti bodisi bolezen samo, zlasti na primer nekatere nalezljive »otroške« bolezni z več ali manj značilnimi izpuščaji, ali pa nam povedo, da je otrokova splošna odpornost padla, n. pr. tvoravost, razna gnojenja podkožja, kot so šen (erisipel), večja ali manjša ploskovna gnojna vnetja (flegmone) itd. Prav tako nam razni izpuščaji (urtikarija) itd. pomagajo ugotoviti otrokovo prirodo in način, kako odgovarja nekemu povzročitelju bolezni, n. pr. hrupni pojavi na vbrizganje živalskega seruma v obliki serumske bolezni itd. Zaradi vsega tega moramo kožo zelo budno preiskovati, da na njej zasledimo znake ali soznake bolezni ali pa dokaze posebne otrokove prirode, ki bolezen lahko prikroji po svoje.

Kožo pregledamo in opazujemo prav vso. Zlasti pa smo pozorni na obraz, na predele kože za ušesi, na vratu, v vseh pregibih in na trebuhu. Ne smemo pa pozabiti tudi na ostale dele telesa, to je lasišče, kjer vidimo lahko najrazličnejše spremembe, ki so včasih za ugotovitev bolezni izredno važne.

Otrok mora biti tudi med boleznijo čiste kože, umit in skopan. V pričetku bolezni moramo odstraniti vso umazanijo z njegove kože, če že ni bil čist, ko ga je bolezen zatekla. Tako bo laže preboleval bolezen, zlasti pa preostajal vročino, ker se bo lahko izdatno potil. V teku bolezni same pa ga moramo stalno umivati in tudi skopati, če nam to dovoli bolezen.

7. Sluznice

V boleznih moramo opazovati tudi otrokove sluznice, tako na očeh, v nosu in zlasti v ustih, pri deklicah pa tudi na spolovilu.

Na očeh pregledujemo veznico vek in zrkla. S prstom nalahno potegnemo spodnjo veko navzdol in pogledamo, kakšna je veznica. Opazujemo, kakšne barve je, kako je prekrvljena, kako je napeta, ali je nabrekla in če ima morda kaj gnojnih ali sluzastih izločkov. Pogledamo tudi, če je vneta samo na vekih ali pa je vneta tudi tam, kjer veznica prehaja na zrklo in sega vnetje vse do roženice. Na ta način lahko sklepamo na prirodu vnetja, n. pr. zaradi okužbe, influence, ošpic, noric, škrofuloze, gonoreje itd. Težko je pa razpoznavati prirodu boleznih samo iz sprememb na veznicah. Iskati je treba osnovno bolezen in tudi v tej smeri odrediti zdravljenje, n. pr. protituberkulozno zdravljenje pri škrofuloznih spremembah na očeh itd.

V nosu pregledujemo sluznico tako, da opazujemo sluznico v notranjosti nosnic, kakšna je, če je vneta in kaj izloča, se pravi, kaj je v nosnicah ali kaj prihaja iz njih: krasta, gnoj, sluz, kri, židek, rumen, siv, brezbarven izloček itd. Te sestavine izločka so lahko pomešane med seboj. Po njihovi sestavi lahko sklepamo na prirodu boleznih, zlasti pa na razne poškodbe na glavi in v nosu samem. Tako imamo več ali manj značilen izcedek iz nosa pri raznih prehladih, gnojnem vnetju obnosnih votlin, davici v nosu, pri poškodbah lobanjskih kosti v dnu lobanje, poškodbah koščic v nosnem korenu, raznih tujkih v nosu itd. Razumljivo pa je, da ne smemo z ničimer bezati v nos, zlasti pa ne smemo na nespreten in okoren način brez pravih pripomočkov bezati iz nosnic raznih tujkov, ker jih z nespretnim ravnanjem spravimo še globlje v nosno votlino, tako da se zagodzi med koščice v nosu. S tem otroku še bolj ogrožamo zdravje, kakor je že. Vse to je stvar zdravnika.

V ustih in žrelu moramo opazovati sluznico pri otroku vedno, če le posumimo, da je otrok bolan.

Nekaterim otrokom je težko odpreti usta in tudi če jih odpremo, je lažje gledati kot videti. Dasi je včasih bogatih sprememb na sluznici jezika, ust in žrela na pretek, jih vendarle lahko spregledamo, če nismo opazovanja vajeni. Če nam otrok pri tem še nagaja, je stvar še težja.

Za pregled ust in žrela pripravimo malega otroka in dojenčka takole: bližnji osebi ga damo v naročje, pomagač da otrokove noge med svoja kolena, z levico prime obe njegovi roki in ju drži otroku na trebuhu, z desnico pa prime otroka za čelo in njegovo glavo tesno nasloni na svoje prsi. Če pregleduje otroku usta zdravnik, prime sestra otroka, kakor je opisano.

Preden pa začnemo pregledovati notranjost ustne votline, opazujemo najprej otrokove ustnice. Kakšna je njihova barva, dali so sočne ali suhe, razpokane, pokrite z mehurčki ali krastami, ali je med njimi kakšna snov, sluz, kri, gnoj itd. Opazujemo tudi ustne kote, če so čisti in če niso vneta.

Vzamemo lopatico za pregled ust (kovinsko, iz plastične mase ali leseno), lahko tudi večjo žlico, ki ima gladek, ploščat in zaobljen ročaj.

Najprej pregledamo sluznico obeh usten, spodnje in zgornje, tako da z okrogolino ročaja ali lopatico nalahno odtegnemo ustne od dlesen in zob. Iščemo spremembe zlasti tam, kjer sluznica usten prehaja v dlesne, in na sluznici dlesen samih. Iščemo spremembe tudi na zobnem mesu in na zobeh samih. Nato gremo z ročajem žlice med zobmi, preko jezika v globino, dokler ne

zadenemo ob prednjo steno žrela. Takrat nam otrok sam in na široko odpre usta in torej ni treba nobene surove sile, da mu odpremo usta. Otroku gre na bruhanje, vendar ne more bruhati, če mu še nekaj časa podržimo žlico v ustih.

Preden pa točneje pregledamo jezik, usta in žrelo, poduhamo, kako diši otroku iz ust: jedko, gnilobno, nevšečno. Tudi duh je važen za razpoznavo nekaterih bolezni, n. pr. davice, gnojnih angin, abscesov itd. Pritisnemo še jezik na korenu lahko navzdol, pregledamo še mali jeziček, žrelne loke, mandeljne, žrelo in ko potegnemo ročaj nekoliko nazaj, še koren jezika.

Ko se otrok nekoliko opomore, pazljivo pregledamo še sluznico na notranji strani lic. Opazujemo barvo, sočnost, prekrvljenost, zlasti pa iščemo na njej razne izpuščaje.

Nato opazujemo jezik. Gledamo njegove konice, njegova robova, hrbtišče in koren. Iščemo sprememb v barvi, gradbi, vlažnosti, obloženosti. Pogosto vidimo, da je konica rdeča, prav tako so rdeči robovi, jezikovo hrbtišče in koren pa sta močno obložena. Konica je lahko povsem gladka ali pa je podobna malini. Jezikov koren pa lahko kaže močne bradavičaste izbokline. Obloženost jezika je lahko različna. Sloj, s katerim je jezik obložen, je lahko različno debel in različne barve: siv, sivorumen, rjav, skorajda črn, sočen, pa tudi izsušen in razpokan. Spremembe na jeziku nam včasih omogočijo bolezni razpoznati. Malinast jezik n. pr. je znak za škrlatinko, rjav in suh jezik je včasih znak za tifus, obložen jezik za prebavne motnje itd. Vsekakor nam pa spremembe na jeziku v dobru meri omogočajo, da zlasti pri prebavnih in vročinskih boleznih opazimo kakršno koli poslabšanje ali zboljšanje otrokovega stanja. Čist jezik nam je znak, da se otroku vrača zdravje.

Ko smo si na sluznici v ustni votlini ogledali vse doslej omenjeno, se ozremo še na sluznico trdega in mehkega neba. Tudi tu opazujemo prekrvljenost, barvo, izpuščaje, obloženost, sočnost in druge spremembe.

Nato pregledamo žrelne loke ter mali jeziček. Opazujemo, če sta oba loka somerna in če ni kateri izmed njiju kaj bolj izbočen; sicer na njihovi sluznici iščemo istih sprememb kot drugod v ustih.

Vso pozornost moramo posvetiti mandeljnom. Gledamo, kako so veliki, kakšna je njihova površina, da li je ravna ali razbrazdana, sočna in prekrvljena, vlažna ali suha. Zlasti pa iščemo gnojno vsebino, tako v brazdah mandeljnov kakor v njihovih luknjicah. Nikakor pa ne smemo prezreti raznih oblog na površini mandeljnov, ki se nam kažejo v obliki bolj ali manj debelih kož (membran) in jih s površine mandeljnov včasih z lahkoto odstranimo, včasih pa prav težko ali pa sploh ne. Obloge, ki so dobro pritrjene na površje mandeljnov, so značilne za davico, ki bi jo bilo usodno prezreti. Gnojne čepke v luknjicah in brazdah mandeljnov pa vidimo pri gnojnih anginah, žrelni loki so nesomerno izbočeni pri abscesih ob mandeljnih.

Končno opazujemo še zadnjo stran žrela in njegovo k nam obrnjeno steno, če je morda otekla, rdeča, izbočena, razen tega pogledamo tudi, kaj se cedi po njej, morda sluzast, morda gnojen izcedek iz žrelnega krova, kjer je žrelnica, katere pa ne vidimo. Žrelnica ali »tretji mandelj« je namreč prav tako lahko spremenjen, kot sta mandeljna med žrelnima lokoma.

Usta so v bolezni veliki atlant, iz katerega lahko marsikaj preberemo in zvemo. Seveda pa se moramo privaditi tej umetnosti, naučiti se moramo

pregledovati, gledati in — videti, potem šele presojati bolezenske spremembe in razpoznavati bolezni.

Dolžnost vodilnih sester po otroških kolektivih je, da vsako jutro vsem otrokom, preden jih pustijo v ustanovo, pregledajo usta in žrelo in da tiste, pri katerih opazijo bolezenske spremembe, začasno izločijo iz otroške skupnosti. Morajo jih predati zdravniku, da dokončno presodi, ali so spremembe kužnega značaja ali pa take, da se lahko otroci še nadalje družijo z vrstniki.

Pregled ust in žrela, ki prav gotovo ni prijeten za otroka, prihranimo bolj za nazadnje in za takrat, ko smo si že pridobili otrokovo zaupanje in se z njim seznanili in spoprijateljili. Tudi če je otrok v zdravju dobro vzgojen, predan in sodelujoč, ne bo vedno tak tudi takrat, kadar je vročičen ali hudo bolan in že zaradi tega ves nebogljen in razrvan. Ravno pri pregledu žrela lahko dokažemo, kako znamo z otrokom ravnati — tudi v bolezni.

Na **spolovilu** opazujemo sluznico zlasti pri deklicah, pri dečkih lahko pregledamo tudi notranjo stran kože na spolovilu, kolikor jo moremo preganiti navzad, in pa sluznico pri odprtini sečne cevi. Pri deklicah nalahno razpnemo sramne ustne in gledamo prekrvljenost sluznice, izločke, morebitne izpuščaje (n. pr. pri noricah), vnetje in sledove draženja, ki jih najdemo, kadar zaidejo v spolovilo črevesni zajedavci, nadalje, kadar nepravilno sestavljeni seč zaide v spolovilo in se tod razkrajaja, kadar se otrok zaradi srbeža in drugih vzrokov samoskruni itd. Pri dečkih potegnemo kožico na glaviču spolovila nalahno navzdol, seveda če gre zlahka, ker včasih je z glavičem zraščena še do 2. leta ali celo dlje. Skušamo ugotoviti slične spremembe, kot smo jih omenili pri deklicah. Vendar, zlasti pri dečku, v večini primerov to ni potrebno. Opazujemo tudi odprtino sečnega izvodila, da li je vneta, rdeča, nabrekla in kaj morebiti prihaja iz nje.

Tudi pri pregledovanju spolovila moramo biti zlasti pri večjih otrocih zelo previdni, pa tudi olikani in nikakor ne smemo prezreti pravilne mere njihovega mladega sramu.

8. Bolečine

Opazovanje bolečin pri otroku je vsekakor velika večšina. Opazovanje bolečin je tem težje, čim mlajši je otrok. Pri dojenčku na primer po navadi vedno mislimo, da je vsak jok izraz bolečine, vendar je jok v najnežnejši starosti lahko tudi izraz gladu, neugodja kakršne koli prirode, strahu itd. Buden opazovalec, zlasti oseba, ki je stalno ob otroku, spozna že vsako, tudi majhno spremembo v značaju njegovega joka. Razlikuje, kdaj se otrok jezno-rito dere ali v gladu pojokava, v neugodju vrešči ali v bolečini veka. Vendar so taka opazovanja več ali manj izraz osebne domiselnosti in pravo zdravniško razpoznavo dostikrat motijo. Če jih mati zdravniku preveč vsiljuje, lahko zdravnika celo premotijo, da v svojem sklepanju ne pride do pravilne razpoznave.

Z rastjo in razvojem pa se pri otroku razvije in oddeli občutek za bolečino od splošnega občutka neugodja. Otroku se izoblikuje pojem o bolečini, vendar izprva še ne loči, da ga nekaj, n. pr. peče, trga, tišči, kljuje, zvija itd. Tudi po navadi ne ve, kje ravno ga kaj boli. Čim mlajši je, tem bolj osredotoči vsako bolečino po navadi v trebuh, zanj se tudi prime, če ga vprašamo, kje ga boli. Semkaj nam pri bolečinah, ki se javljajo pri pljučnici, dostikrat ravno

tako pokaže kakor, recimo, pri vnetju srednjih ušes, medtem ko mislimo — na vnetje slepiča. Tako se na otrokove navedbe ne moremo kaj prida zanesti. Ko pa otrok odrašča, se občutek bolečine že omeji na določeno mesto, kajti otrok ga že zaznava in tudi pokaže v tistem predelu telesa, kjer nastaja. Mnogokrat pa občutek bolečine iz kraja, koder nastaja, n. pr. vzdolž živcev ali organov, izžareva tudi v druge predele telesa, tako n. pr. ledvični ali sečni kamenci bolijo otroka ob koncu spolovila, vnetje kolčnega sklepa v predelu kolena, vnetje živca v stopalu pa zaradi ploske noge celo v zatilju itd. Pri presojanju in opazovanju otrokovih bolečin moramo biti torej skrajno previdni. Pogosto otrok bolečine tudi — glumi, da bi s tem dosegel kak namen, n. pr. odložitve kazni, pritegnitev pozornosti, oprostitev od šolskega pouka itd. Vendar ne smemo otroka nikdar obsoditi, ne da bi se prej res dobro prepričali, da mu nič ni in da le glumi in ponareja bolečine.

V vsakem primeru pa moramo opazovati: kje ima otrok bolečine in od kod izvirajo, kakšne so (neznatne, srednje hude, neznosne), če se javljajo kar same ali mu jih povzročamo z gibanjem ali pritiskanjem. Tudi je dobro, da se prepričamo, kakšnega značaja so bolečine: ali v obliki pritiska, trganja, rezanja, kljuvanja itd.

Povsem stvarno skušamo opazovati bolečine pri otroku nekako takole: otrok leži sproščeno pred nami, z njim skušajmo dobiti stik in odvrniti njegovo pozornost drugam, da ne bo jokal ali da bo vsaj sledil našim vprašanjem in pri preiskavi sodeloval.

Nato ga s plosko dlanjo desne roke nežno primemo, na zatilju in mu glavico upognemo v tilniku navzpred. Opazujemo, če ga je pri tem zbolelo v tilniku in če je skrčil noge v kolenih in jih pritegnil k sebi, zlasti pa, če se je upogibanju v tilniku upiral in pokazal znak trdega vratu (opistotonus). Ko smo pregledali tilnik in-tu izključili bolečine, preidemo na ušesa. Z jagodico kazalca, brez dolgega nohta, pritisnemo znova v sluhovod, tam, kjer nam droben režanj s kožo pokritega hrustanca štrli navzad v sluhovod. Začutimo drobno jamico in zadržimo nekaj časa prst. To storimo na eni in drugi strani. Ta »pritisak na uho« nas lahko opozori na vnetje srednjega ušesa. Otrok se zdrzne in milo zajoka, pri napredovalem vnetju tudi visoko zacvili, včasih tudi ječe zakašlja. Z gibanjem glave se skuša otrok izmuzniti neugodnemu občutku. Če mu pri tem opazujemo zenici, se bosta le-ti po navadi razširili, če otroka pritisk na uho zaboli.

Nato otroku s plosko roko, ki mora biti topla in suha, previdno pretipujemo trebuh ter skušamo ugotoviti, če je mehak ali trd, kje ga na manjši ali večji pritisk zaboli, če ga námreč sploh zaboli, in kakšna je ta bolečina. Pozorni smo zlasti na predel v sredini desne spodnje četrtine trebuha, kjer po navadi leži slepič. Tudi v predelu jeter (pod desnim rebrnim lokom) in mehurja (nad sramnim okostjem) iščemo bolečine. Zlasti pa ugotavljamo, če otroka boli res trebuh (pri nalezljivih črevesnih boleznih, vnetju trebušne mreže, motnjah v prehodnosti črevesja).

V sklepih gibljemo v smereh in mejah njihove prirodne dejavnosti in gibljivosti. Previdni pa moramo biti zlasti pri poškodbah otroka, ko se nam zdi, da imamo opravka s prelomom kosti ali s poškodbo sklepa. Bolečino skušamo ugotoviti tudi tako, da otroku spreminjamo položaj: ležečega skušamo posaditi, iz lege na hrbtu ga skušamo obrniti na bok, zdaj v eno, zdaj v drugo stran. Opazujemo tudi, če otroka pri globljem dihanju kje zaboli.

Če je na koži ali pod njo kakšna sprememba, toda le, če je kožna površina cela, jo s čisto roko previdno otipamo ter skušamo dognati, če je kaj boleča.

Vsa navedena opazovanja o bolečinah pri otroku pa so le nepopolna, vendar koristna, če jih tolmačimo zdravniku zlasti za obdobja, ko otroka sam ni videl. Opazovanje in dognanje bolečin v tilniku, na ušesih, v trebuhu, v sklepih, pri dihanju, na koži in v podkožju itd. pripomore k pravilni zdravniški razpoznavi. Vendar pa ni še noben dokaz, če otrok ne kaže bolečin, kadar ga preiskujemo, da bolečin sploh ni imel ali da jih morda tudi ne bo imel v poteku in razvoju bolezni. Lahko pa otrok tudi ob dotiku naše roke kaže vse znake za bolečino: joka, izmika se, toži, da ga boli, napenja mišičje, krčevito pridržuje ude itd., pa dela to morda le iz strahu, preobčutljivosti, nevzgojenosti. Zato zahteva spoznavanje, ugotavljanje in presojanje bolečin pri otroku izredne veščine.

Vsekakor otrokova bolečina zaboli tudi starše, ki se jim otrok smili. Zato pogosto vidimo, da starši na svojo roko dajejo različne praške za olajšanje ali odstranitev bolečine, včasih tudi uspavalne praške itd., da bi otroku pač pomagali. To napačno usmiljenje ima včasih lahko kaj usodne posledice: spregleda se namreč bolečina, ki morda edina kaže na značaj in mesto bolezni. Če že hočemo otroku pomagati pred točno zdravniško razpoznavo, potem lahko boleči del telesa pregreavamo s suho toploto (topla vrečka, steklenica s toplo vodo, termofor itd.). Če pa že damo sredstvo za olajšanje bolečine, naj ga bo res prav malo, nikoli pa ne sme biti tako močno, da bi otroku zameglilo zavest. Vsako sredstvo proti bolečinam in zdravilo za pomiritev je treba vpisati na temperaturni list in nanj opozoriti.

9. Izmečki in iztrebki

Vedno se prepričamo tudi o otrokovih izmečkih: v blatu, seču, izpljunku. Najprej ugotovimo, kdaj je šel otrok v zadnjem času na blato in na vodo. Pri blatu gledamo sestavo, da li je blato trdo, mehko, tekoče in kakšne so primese blata: gnoj, sluz, kri; prav tako opazujemo barvo: rjavo, črno, sivo, rdečo, zeleno itd. Zlasti opazujemo, če so v blatu gliste in kakšne so.

Pri seču opazujemo bistrost, barvo, usedek. Usedek opazujemo zlasti, ko seč že nekaj časa stoji v posodi. Če zdravnik odredi, tudi merimo celodnevno količino seča.

Prepričamo se tudi, ali otroka boli, kadar gre na potrebo in če morda seča ali blata zaradi bolečine ali iz katerega koli drugega vzroka ne zadržuje.

Za zdravnika shranimo otrokovo zadnje blato in vodo, preden ga pride pogledat. Seveda pa hranimo eno in drugo posebej.

O izpljunkih smo govorili že pri opisovanju raznih vrst kašlja.

10. Razgovor z otrokom

Tudi z otrokom samim se moremo pogovoriti o njegovi bolezni. Včasih nam že 3-letni otrok mnogo in hitro pove o svoji bolezni, včasih pa od šolarja komajda dobimo nekaj le delno uporabnih podatkov. Uspeh našega pogovora pa je odvisen od tega, kako se znamo z otrokom pogovoriti in kako si znamo pridobiti njegovo zaupanje. Seveda je važna tudi bistrost in splošna duševna razvitost otroka.

Včasih nam otrok pove o svoji bolezni drugače, kakor o njej sami mislijo starši. Včasih odrasli otroku marsikaj vcepljajo v glavo in ga prepričujejo o nečem, kar otrok zdravniku in sestri vse drugače pove. Zato je razgovor z otrokom izredno važen. Z njim se pogovorimo toplo in iskreno, mirno in zaupno. Vprašamo ga na njemu razumljiv način vse, kar koli bi lahko bilo v zvezi z njegovo boleznijo, seveda če je otrok toliko star in priseben in v takem duševnem stanju, da so njegove navedbe uporabne za zdravniško razpoznavo ter za presojo okoliščin, v katerih je otrok obolel ali pa se poškodoval, in za presojo okolja, v katerem otrok prestaja bolezen.

Otroka vprašamo, kje je bil in kaj je delal, kje se je udaril, kdo mu je kaj storil, kaj je naskrivaj pojedel, kje ga je pričelo boleti, kaj se mu je pripetilo, kdo izmed njegovih vrstnikov je tudi bolan, s katerimi otroki je bil nazadnje v družbi itd. Včasih namreč ravno tak zaupen pogovor o otrokovi bolezni z otrokom samim vodi do presenetljivo važnih in jako uporabnih dejstev.

Opazovanja otroka v bolezni so torej temeljni kamni za sestavo zdravniške razpoznave.

Spremembe o splošnem počutju, vedenju in zadržanju otroka, spremembe v telesni toplini, spremembe pri dihanju, kašelj, izmečki in iztrebki, utrip srca in bilo, otrokova rast in teža, spremembe na koži in sluznicah, bolečine in otrokove navedbe so predmet osnovnih opazovanj otroka v bolezni. Ta osnovna opazovanja bi morali obvladati vsi, ki imajo po svoji strokovni dolžnosti kakor koli opravka z otroki, zlasti pa sestre, ki delajo ob njih. Osnovnemu opazovanju otroka v bolezni bi se morali priučiti tudi starši. Zaradi tega so osnove opazovanja važno zdravstvenoprosvetno gradivo zlasti na širšem terenu.

Podatki, dokazila, zgodovina bolezni

Zdravnik potrebuje ob bolnem otroku tudi podatke o otroku, o njegovi družini in njegovem okolju, imeti mora o vsem tudi nekaj dokazil. Spoznati se mora tudi s tako imenovano »zgodovino«¹ njegove bolezni (anamnezo). Iz podatkov, dokazil in zlasti iz zgodovine bolezni lahko namreč zdravnik sklepa že o marsičem. Včasih že samo iz podatkov in zgodovine bolezni lahko napravi vsaj približno, kajkrat pa celo dokaj pravilno zdravniško razpoznavo.

V bolnišnici, pa tudi v otroški ambulanti, po navadi ob sprejemu ali ob prvem pregledu vprašamo starše po sledečih podatkih:

otrokovo ime in priimek, dan in kraj rojstva, narodnost, državljanstvo, ime, priimek in starost očeta, njegov poklic, isto o materi, bivališče in pristojnost otroka in obeh staršev, da li je socialno zavarovan, koga je obvestiti, če bi se bolezen morda kaj poslabšala, komu je predati otroka ob odpustu iz bolnišnice in komu je dati nadaljnja navodila za domačo nego in prehrano otroka.

Ob sprejemu v otroške zdravstvene ustanove so potrebna sledeča dokazila: matični in rojstni list otroka, izkazilo o socialnem zavarovanju, zdravnikova napotnica, če otroka pošlje zdravnik za sprejem v bolnišnico. V dvomljivih primerih lahko zahtevamo od staršev ali spremljevalcev tudi osebno izkaznico.

Sprva se dozdeva, da »podatki«¹ in »dokazila«¹ nimajo nič skupnega z razpoznavo otrokove bolezni in uspešnostjo zdravljenja. Včasih pa nam lahko mnogo povedo, n. pr. že materina starost ob rojstvu otroka, očetov ali materin

poklic, nadalje podatki o otrokovem okolju, kraj rojstva in okoliščine ob rojstvu, otrokovo bivališče, bolezni v okolici itd.

Ko smo si zapisali osnovne podatke o otroku in sprejeli nekaj dokazil, da so resnični, pričnemo izpraševati in si zapisovati zgodovino otrokove bolezni (anamnezo).

Zgodovino bolezni izprašujemo pri otrocih nekako takole:

Kateri otrok je to, po vrsti? Koliko je bilo vseh živorojenih otrok, koliko mrtvorojenih? Koliko jih je umrlo, v kakšni starosti in zaradi česa? Koliko je bilo splavov, v kateri starosti ploda in zakaj je prišlo do splava? Kakšna je bila nosečnost, v prvih mesecih in pozneje? Kdaj se je otrok pričel gibati in kakšno je bilo njegovo gibanje nato do rojstva? Kakšen je bil porod, kakšna pomoč je bila potrebna in kdo je vodil porod? Kakšen je bil otrok ob rojstvu, ali je takoj zakričal in zadihal, ali pa ga je bilo treba morda oživljati?

Kako je otrok živel poslej: kako je bil hranjen? Koliko časa je bil pri prsih, kaj je bila ovira dojenju? Kako in kdaj je bil dohranjevan, kako zalivan, s čim pitan? Kdaj se je prvič nasmehnil, kdaj je pričel dvigati glavico, kdaj pasti kravice, kdaj je samostojno pričel sedeti, stati ob opori, stopicati ob opori, hoditi ob opori in kdaj je samostojno shodil? Kdaj je dobil prve zobke, spregovoril prve besede, prve stavke itd.

Katere bolezni je doslej prebolel in kakšne posledice so mu zapustile? Kakšne so bolezni v družini in v rodu, kakšne bolezni imajo starši, drugi otroci, sostanovalci, sorodniki ali otrokovi skrbniki in od kdaj jih imajo? Kakšne bolezni so v tistem kraju, koder živi otrok?

Seveda vsa ta »splošna zgodovina bolezni« ni važna za vsako bolezen, ki zaradi nje pride otrok k zdravniku ali v bolnišnico. Zdravnik bo iz teh vprašanj izbral zlasti tista, ki so mu potrebna, vendar pa je po navadi vsaj toliko važno o splošni zgodovini otrokove bolezni.

Sprašujemo naprej. Potrebno je, da izvemo točno o tako imenovani otrokovi »sedanji bolezni«, to je o bolezni, zaradi katere prihaja otrok k zdravniku, čeprav morda »sedanja bolezen« časovno ni ravno »sedanja«, temveč morda že »pretekla« ali celo — v razvoju — »prihodnja«.

Glede »sedanje« bolezni moramo izvedeti: kdaj se je začela, ali se je pojavila prvič ali ponovno, koliko časa traja in kaj vse so doslej ukrenili in delali v prid razpoznavi bolezni in otrokovemu zdravju. Vprašujemo tudi po vseh bolezenskih znakih, ki smo jih že navedli: o splošnem počutju, vročini, prebavi itd. ter o osnovnih spremembah, ki so jih starši ali spremljevalci lahko opazili pri otroku. Izprašujemo tudi o okolju in o socialnem stanju ter o razmerah v družini ali izven nje, v katerih otrok živi. S tem sestavimo tako imenovani »socialni del zgodovine« otrokove bolezni (socialna anamneza).

Po vsem tem šele začne zdravnik otroka preiskovati po nekem določenem redu, z namenom, da si tudi sam ustvari sliko o njegovem sedanjem zdravstvenem stanju.

Seveda se h koncu utegne zdeti, da smo pri obravnavanju posameznih stvari vendarle šli nekoliko preveč v podrobnosti. Saj ni nobenega dvoma, da je ta snov medicinski sestri znana še iz njenega strokovnega študija. Toda v obilici in naglici vsakdanjega dela na terenu se tu pa tam tudi proti volji zgodi, da človeku začne kopneti smisel za stvari, ki se zde malenkosti, čeprav niso. Zato takle majhen skok v stran za osvežitev tudi prav osnovnih napotkov od časa do časa morda ni odveč. Otrok je bolan in zaupali so nam ga. Njegovih

domačih in naša želja je, da ozdravi čimprej. In tu je treba zastaviti vse svoje sile. Omejiti se zgolj na zdravljenje v ozkem smislu te besede še daleč ne pomeni vsega. Smotrna dejavnost na tem področju zahteva od nas požrtvovalne doslednosti, vztrajnosti in natančnosti ter zvestobe pri delu tudi v podrobnostih, ne da bi se v njih pri vsem tem izgubljali. In končno mali bolnik tudi ne sme pogrešati zaupnosti, topline, primerne prizanesljivosti in čutečega srca.

In vse to je pri bolnem otroku delo medicinske sestre. Kolikor bolj se bosta njena strokovna sposobnost in izkušnost družili in prepletali tudi z osebnimi človeškimi vrtilinami, tem bolj bo kos svoji veliki nalogi in tem več bo dala svojemu poklicu notranje vsebine. S svojo čuječnostjo in delom ter osebnostjo bo dan na dan vplivala tudi na mlajši naraščaj in ga vzgajala, obenem pa bo ob bolnih otrocih v osebnem stiku z njihovimi starši navajala ljudi k pravilnemu načinu življenja v zdravju in boleznih.

Ortope

e dobe

Med prirojene okvare najpogostnejših in za prirojene okvare stopa so posledica poškodb genitalne defekte, ki so

motenj v intrauterinim razvoju ploda, marveč za poškodbe sicer zdravega otroka, ki se pripetijo med porodom samim zaradi teh ali onih komplikacij.

Zaradi poškodb pri porodu ali porodnih travm nastale okvare označujemo latinsko kot konnatalne, da bi jih na ta način razlikovali od pravih kongenitalnih, obenem pa tudi označili čas njihovega nastanka.

Vzroki porodnih travm so različni in mnogoštevilni, kot so različne in mnogoštevilne komplikacije, ki jih doživljamo pri porodih. Znano je, da take komplikacije nastopajo predvsem zaradi ozke medenice, zaradi napačne lege ali drže ploda, zaradi nujnosti ekstrakcije ploda s kleščami ipd. Nevarnosti za otroka pa se še povečajo takrat, ko je ogroženo življenje matere in je potrebno porod čimprej končati.

Bolj kot vzroki nas na tem mestu zanimajo poškodbe same in pa vprašanja, na katerih delih telesa jih najpogosteje srečujemo, kako jih pravočasno spoznamo in kaj v takih primerih ukrenemo. Med najpogostnejše posledice poškodb pri porodu štejemo:

- a) raztrganine mišic, živcev in živčnih plexusov,
- b) prelome, in
- c) krvavitve v možgane zaradi poškodbe lobanje.

Večina porodnih poškodb — z izjemo intrakranialnih krvavitev — za otroka ni nevarnih in nikakor ni nujno, da bi bil otrok zaradi njih samih vse

domačih in naša želja svoje sile. Omejiti se z ne pomeni vsega. Smotvalne doslednosti, vztr: drobnostih, ne da bi se tudi ne sme pogrešati : srca.

In vse to je pri bol: njena strokovna sposob: človeškimi vrlinami, te: svojemu poklicu notra: bo dan na dan vplival: ob bolnih otrocih v os: nemu načinu življenja v zdravju in bolezni.



je treba zastaviti vse nisl: te besede še daleč zahteva od nas požrtvo: obe pri delu tudi v po: . In končno mali bolnik zanesljivosti in čutečega

re. Kolikor bolj se bosta: epletali tudi z osebnimi: ogi in tem več bo dala: in delom ter osebnostjo: vzgajala, obenem pa bo: navajala ljudi k pravil:

Ortopedija prve življenjske dobe

Prof. dr. Bogdan Breclj

(Nadaljevanje)

3. Poškodbe pri porodu

Med prirojene okvare, od katerih smo v prejšnjih poglavjih opisali dvoje najpogostnejših in za nas najpomembnejših, to sta prirojeni izpah kolka in prirojene okvare stopal, ponekod še danes pomotoma prištevajo tudi tiste, ki so posledica poškodb pri porodu. Razumljivo je, da tu ne gre za nikake kongenitalne defekte, ki so — kot znano — posledica dedne okvare genov ali motenj v intrauterinemu razvoju ploda, marveč za poškodbe sicer zdravega otroka, ki se pripetijo med porodom samim zaradi teh ali onih komplikacij.

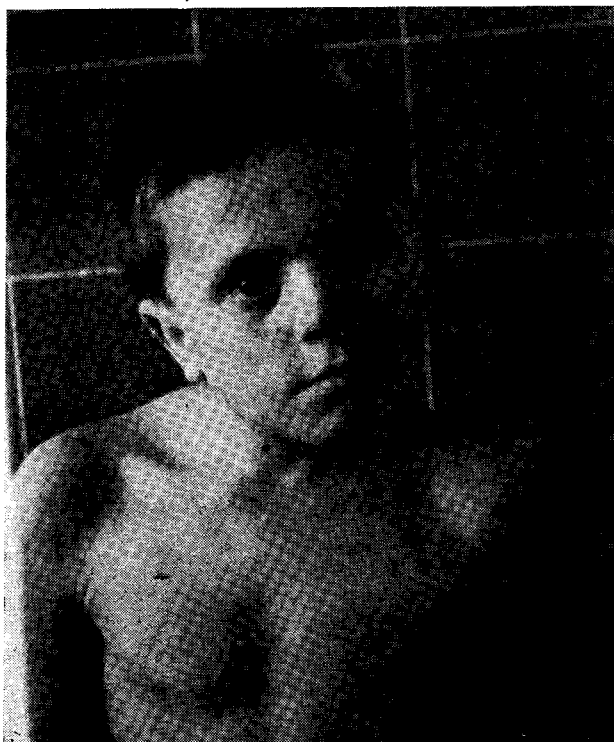
Zaradi poškodb pri porodu ali porodnih travm nastale okvare označujemo latinsko kot konnatalne, da bi jih na ta način razlikovali od pravih kongenitalnih, obenem pa tudi označili čas njihovega nastanka.

Vzroki porodnih travm so različni in mnogoštevilni, kot so različne in mnogoštevilne komplikacije, ki jih doživljamo pri porodih. Znano je, da take komplikacije nastopajo predvsem zaradi ozke medenice, zaradi napačne lege ali drže ploda, zaradi nujnosti ekstrakcije ploda s kleščami ipd. Nevarnosti za otroka pa se še povečajo takrat, ko je ogroženo življenje matere in je potrebno porod čimprej končati.

Bolj kot vzroki nas na tem mestu zanimajo poškodbe same in pa vprašanja, na katerih delih telesa jih najpogosteje srečujemo, kako jih pravočasno spoznamo in kaj v takih primerih ukrenemo. Med najpogostnejše posledice poškodb pri porodu štejemo:

- a) raztrganine mišic, živcev in živčnih plexusov,
- b) prelome, in
- c) krvavitve v možgane zaradi poškodbe lobanje.

Večina porodnih poškodb — z izjemo intrakranialnih krvavitev — za otroka ni nevarnih in nikakor ni nujno, da bi bil otrok zaradi njih samih vse



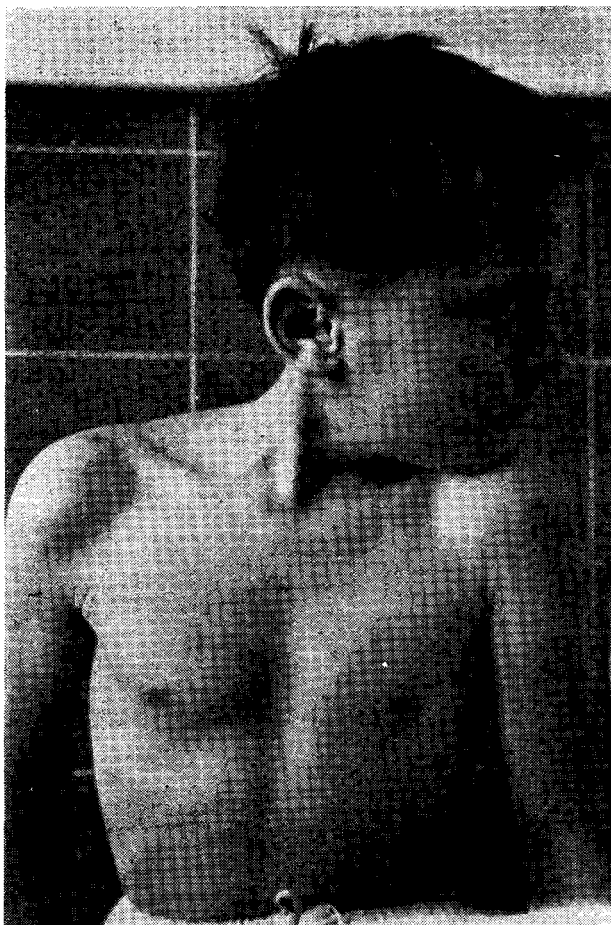
Tortikolis pri odraslem otroku z asimetrijo obraza in krivino hrbtenice

življenje pohabljen. Hude deformacije in trajna pohabljenost, ki jih pogosto opazamo, so navadno posledica nezapaženih in zato tudi nezdravljenih poškodb v dobi neposredno po porodu.

Poškodbe mehkih delov

1. Tortikolis je latinski izraz za nenormalno držo vratu in glave pri novorojenčku, kateremu je bila med porodom poškodovana mišica sternokleidomastoideus. To je mišica — vrtiljka glave, ki poteka od koščene kepe za ušesom proti prsnici in ključnici in ki se pri težkih ekstrakcijah ploda natrga ali celo raztrga. Na mestu raztrganine se pojavi hematoma, ki se pozneje organizira, izpolni defekt in ga končno fibrozno preraste. Mišica je na tem mestu zadebeljena, v celoti pa skrajšana in pri pregibih slabše raztegljiva. Otrok ima glavo nagnjeno na poškodovano stran, zasukano pa v nasprotno, zdravo stran.

Našteti znaki takoj po porodu na površen pogled niso opazni, posebno še, ker ima novorojenček relativno kratek vrat, glavica pa običajno počiva na eni ali drugi strani. Poškodbo mišice bomo pravočasno ugotovili le, če pri splošnem ogledu novorojenčka otipljemo oba sternokleidomastoideusa in ju opazujemo, medtem ko previdno zasukamo glavo do ekstremnih ekskurzij v obe smeri.



Mišica sternokleidomastoideus je skrajšana in napeta.

Zdravljenje je v tem zgodnjem stadiju enostavno in navadno zadošča pasivna redresija (natezanje mišic s tem, da zasukamo otroku glavo), katero izvajamo večkrat dnevno. Materi nadalje naročimo, da pristopa k otroku vselej z bolne strani in ga obrača proti svetlobi tako, da mora otrok pri tem zasukati glavico v smislu aktivne korekcije.

Posledice nezapaženega ali nezdravljenega tortikolisa vidimo na slikah. Trajna nenormalna drža glave in zavrta gibljivost v dobi najhitrejše rasti privedeta do številnih sekundarnih deformacij, kot so: kriva hrbtenica v vratnem segmentu (skolioza), asimetrija obraza in lobanje, pareza očesnih mišic, spremenjena mimika ipd. Z leti se naštete sekundarne deformacije večajo in slabšajo, vse dokler ne odstranimo vzroka in z operacijo ne podaljšamo ali tenotomiramo skrajšane mišice. Neposredno po operaciji fiksiramo glavo, vrat in trup z mavčevimi povoji v hiperkorekciji, kot nam kaže slika.



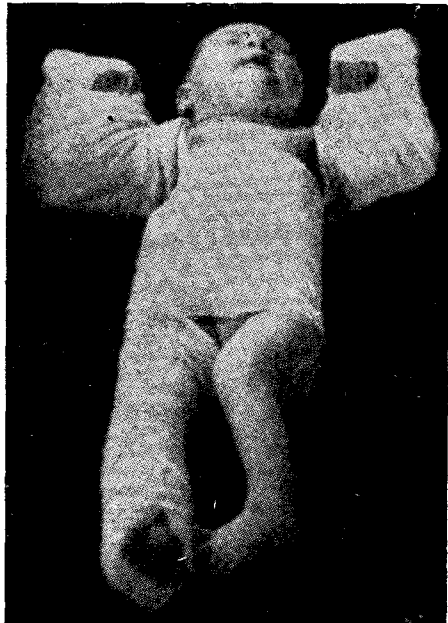
Fiksacija po operaciji v lahni hiperkorekciji

V novejšem času prevladuje mišljenje, da se mišica sternokleidomastoideus pri težkih porodih pogostoma natrga zato, ker je bila že prvotno skrajšana in je nepravilna drža plodove glavice v maternici sprožila nepravilnosti v porodnem mehanizmu. Temu v prid govori dejstvo, da je skrajšana mišica razumljivo veliko bolj v nevarnosti, da se poškoduje, in da so zaradi tega poškodbe prav te mišice pri porodu tako pogostne.

2. Erbova paraliza je posledica natrganja ali raztrganja brahialnega plexusa v njegovem zgornjem delu, ki ga sestavljata V. in VI. cervikalna korenina. Pri težkih ekstrakcijah ploda je predel plodovega vratu med ramo in glavo izpostavljen izrednemu nategu, ki v večji ali manjši meri okvari posamezne živce ali pa ves plexus. Erbovo paralizo imenujemo tudi zgornjo paralizo, ker ohromijo pri njej predvsem mišice ramenskega obroča, nadlahti in podlahti, funkcija zapestja in prstov pa ostane ohranjena. Poleg Erbove, ki je najpogostnejša, poznamo tudi Klumpkejevo ali spodnjo paralizo, ki nastane takrat, kadar sta poškodovani VIII. cervikalna in I. dorzalna korenina, kadar



Erbova paraliza desne zgornje ekstremitete pri novorojenčku



Način imobilizacije pri Erbovi paralizii oziroma pri porodnih frakturah

zaradi nje ohromijo mišice zapestja in prstov, poleg tega pa je prizadet tudi simpatikus in imamo na očesu povešeno zgornjo veko in stisnjeno zenico. Popolno paraliziramo cele zgornje ekstremitete opažamo v primerih, kadar je pretrgan pleksus v celoti, kar pa na srečo doživljamo le redko.

Znake paralize brahialnega pleksusa opazimo neposredno po porodu po značilni drži otrokove ročice. Ekstremiteta leži ohlapna in negibna na podlagi ob otrokovem trupu, rotirana je navznoter, podlaket je proniran in dlan gleda navzven. Kmalu se pojavijo atrofije prizadetega mišičja, konture ramena upadejo, ekstremiteta se vse bolj tanjša in zastaja v rasti.

Prognosa je pri popolni prekinitvi pleksusa skrajno slaba, poleg motoričnih so prekinjene tudi senzibilne niti in restitucije v teh primerih ni pričakovati. Pri delnih lezijah pleksusa pa, kot je n. pr. Erbov tip paralize, je možnost zacelitve in vzpostavitve funkcije vsekakor večja, vendar jo smemo pričakovati le takrat, če smo ohromelo ekstremiteto neposredno po rojstvu imobilizirali v pravilnem položaju. Na sliki vidimo take vrste imobilizacijo v dvignjenem položaju, ki jo dosežemo z običajno Kramerjevo opornico ali z mavčevo longeto in v kateri se brahialni pletež sprostí slehernega natega in se morda prekinjene živčne niti približajo druga drugi.

Razen v primerih, ko krvavitev ali edem povzročita prehodno paralizo pleksusa, pri pravih lezijah ne smemo pričakovati hitrega zboljšanja. Preteklo bo 6 mesecev in tudi več, preden bomo mogli izraziti definitivno sodbo o popravljivosti ali nepopravljivosti paralize.



Rentgenogram novorojenčkovega skeleta s porodnimi frakturami obeh femorjev in levega humerusa

Prelomi

Neredka posledica manipulacij s plodom pri težkih porodih so tudi prelomi. Med najpogostnejše štejejo prelomi ključnice, ki se pripetijo navadno tedaj, ko mora porodničar s pritiskom na ramo pospešiti fazo poroda. Prelomom ključnice sledijo po pogostnosti prelomi nadlahtnice in stegenice.

Če novorojenčka ne pregledamo pazljivo, takih prelomov na prvi pogled ne bomo opazili. Spričo skrčene drže otrokovih ekstremitet često ne opazimo deformacije na mestu preloma in ga ugotovimo le tedaj, če sistematično palpiramo eno ekstremiteto za drugo. Pri subperiostalnih frakturah brez dislokacije bomo na mestu preloma otipali le vretenasto zadebelino na kosti. Pri

hujših prelomih z dislokacijo pa bomo poleg spremenjenih kontur ekstremitete, abnormne gibljivosti in kreptacije otipali tudi lego obeh fragmentov.

Znano je, da se pri novorojenčku in malem otroku prelomi izredno hitro zarastejo in da poškodbe skeleta v tej rani dobi same po sebi otrokovega splošnega stanja ne ogrožajo v večji meri. Potrebna je takojšnja imobilizacija ekstremitete v ustreznem položaju in v nekaj tednih tudi na rentgenu komaj še spoznamo, kje je bil prelom.

Vse drugačen pa je potek v primerih, kjer smo tak prelom spregledali in ga ugotovili šele po več tednih ali mesecih. V tem času se je namreč tudi tak nezapažen prelom že davno koščeno zarastel, vendar v nepravilni legi in običajno z ogromnim kalusom, ki je zajel in prepregel tudi okolišna mišičje ekstremitete. Nastale so kontrakture mehkih delov, ki so v vsej tej dobi preprečevale normalno rast ekstremitete in zavirale gibanje v sosednjih sklepih.

Naštete spremembe so običajno nepopravljive in nepravilno zraščeni prelomi je v prvih mesecih življenja često vzrok trajni pohaabljenosti otroka.

Posebej je treba poudariti in opozoriti na nevarnost kontraktur mišičja in ostalih mehkih tkiv, ki v večji ali manjši meri spremljajo vsak prelom. Dalj časa trajajoče kontrakture povzročajo fibrozacijo prizadetih mišičnih skupin in izgubo njihove kontraktilne substance. Tudi če nam uspe naknadna odprta korekcija preloma, se le izjemoma kdaj povrne funkcija fibroziranega mišičja.

Skrajšanju ekstremitete se torej pridružijo še kontrakture mišičja, ki zavirajo normalno gibljivost sklepov in v znatni meri zmanjšujejo funkcionalno sposobnost uda. Iz tega sledi, da so posledice nepravilno zraslih prelomov pri novorojenčku neprimerno resnejše in daljnosežnejše kot pri odraslem človeku.

V primerih, kjer bi klinično ne mogli z gotovostjo diagnosticirati preloma, nam morebitni dvom razreši rentgensko slikanje. Pomisliti moramo tudi na to, da je pri težkih porodih možnih več prelomov istočasno, pa tudi kombinacija preloma s parezo ali celo s paralizo ekstremitete. Ta poslednja kombinacija je najbolj pogostna pri prelomih ključnice, kjer fragmenti kosti ali hematoma pritisnejo plexus, in pri prelomih nadlahtnice, kjer je često prizadet živec radialis.

Krvavitve

Med najhujše posledice porodnih travm štejemo krvavitve v možgane. Poškodbe otrokove lobanje s krvavitvami v možganske opne ali v možgansko substanco samo se pripetijo najčešče takrat, kadar mora porodničar uporabljati klešče v nameri, da bi pospešil ali pravočasno dokončal težek porod.

Že v uvodu smo omenili to vrsto porodnih travm kot enega vzrokov za nastanek spastičnih ohromljenj pri otrocih. Z izboljšanjem porodne tehnike in predvsem z izboljšanjem metodike oživljanja asfiktičnih novorojenčkov je takih primerov danes manj, kot jih je bilo prej. Čeprav v manjši meri, imamo vendarle opravka z njimi in pomenijo neizbežno komplikacijo v kritičnih trenutkih, ko gre za ohranitev življenja matere.

Spastična ohromljenja so znana pod imenom Littlova bolezen in so posledica prej omenjenih krvavitvev, ki prizadenejo predvsem motorične centre možganske skorje. Značilno je dejstvo, da spastičnosti pri otroku ne opazimo



Dvoletni otrok z Littlovo boleznijo. Muskulatura je v celoti spastična, otrok je v svojem fizičnem razvoju močno zaostal, ne more samostojno ne hoditi ne stati

takoj in se simptomi razvijajo polagoma. Krčevito stanje mišičja trupa in ekstremitet, ki je najznačilnejši simptom Littlove bolezni pri odraslem otroku, se prične pojavljati šele proti koncu 1. leta življenja. Prvo, kar opazimo, je to, da novorojenček zaostaja v svojem fizičnem in mentalnem razvoju: po treh mesecih še ne dviga glavice in se ne ozira po stvareh, kot je to običajno, po šestih mesecih ne more še samostojno sedeti, z enim letom se ne postavlja na noge, nima ravnotežja, vsi njegovi gibi so krčeviti, okorni in negotovi. Karakteristični znak spastičnosti opazimo pri teh bolnikih, če jih primemo pod pazduhi in dvignemo: zdrav novorojenček bo takoj skrčil obe spodnji ekstremiteti v kolkih in kolenih, spastik pa jih bo krčevito iztegnil in prekrižal. Križanje nog in stoja na prstih, kot ju vidimo na sliki, sta tudi v poznejši dobi najznačilnejša simptoma spastičnosti na spodnjih ekstremitetah.

Spastična ohromljenja spadajo med najhujše vrste otroške invalidnosti. Usoda teh otrok je v pretežni meri odvisna od stopnje mentalne prizadetosti. Pretežna večina spastikov ni mentalno defektnih, marveč le v večji ali manjši meri zaostajajo v duševnem razvoju. Pri teh so pogoji za njihovo rehabilitacijo povoljni, vendar je to dolgotrajen in kompliciran proces, ki ga lahko izvedemo le v ustreznih zavodih. Mnogo slabša pa je prognoza v primerih, kjer imamo opravka s fizično invalidnostjo, združeno z mentalnimi defekti, ko nam ni mogoče otroka pridobiti, da bi sodeloval pri sistematičnem delu v zvezi z njegovo celotno rehabilitacijo.

Spastična ohromljenja smo v tem sestavku omenili le v toliko, kolikor so posledica porodnih travm. Znano pa je, da imajo spastična ohromljenja tudi še druge vzroke in da so na splošno ne le medicinski, marveč tudi socialni problem, ki zahteva posebno obravnavo.

Poglavje o porodnih poškodbah nam prav tako kot poglavje o prirojelih okvarah odkriva ogromni pomen, ki ga ima pravočasno razpoznavanje in pravočasno zdravljenje v ortopediji sploh, posebej pa še v ortopediji prve življenjske dobe.

»Klopov«

V zadnjih letih ki jih prenaša mrčes demo kot endemičen

V Severni Ameri druge, v Aziji tretje.

Naš endemični m poletnemu encefalitis azijske Rusije. V vz

visoko smrtnostjo do 50 %. v zapadni Rusiji je bolezen milejša. Iz zapadne Rusije se širi endemično področje preko Češke in Madžarske na avstrijsko ozemlje, kjer je bolezen zelo pogostna. Iz Avstrije sega endemično področje čez Karavanke in Kamniške planine v Slovenijo.

Bolezen je izrazito endemična, se pravi, iz leta v leto se pojavlja v istih krajih. Na zapadu gre meja endemičnega področja od Jesenic do Škofje Loke, od tam do Verda, potem preko Loškega Potoka na Kočevsko. Nato se obrne navzgor proti Litiji in se konča v Kamniških planinah. Najbolj so prizadeti kraji okoli Kamnika, Kranja in Vrhnike. V letu 1953, ko je bilo največ meningoencefalitisa, je bilo dokaj primerov tudi na Štajerskem.

Na Hrvaškem in v ostalih predelih Jugoslavije te bolezni doslej niso opazili.

Med bolniki je zdaleč največ podeželskega prebivalstva, bolezen je torej očitno vezana na pogoje podeželskega življenja. Odkar vemo, da je glavni prenašalec te vrste meningoencefalitisa klop, je to tudi razumljivo.

Povzročitelj našega endemičnega meningoencefalitisa je droben virus. Ta virus je v endemičnih krajih razširjen med gozdnimi, najbrž pa tudi med domačimi živalmi. Zdi se, da prenašajo okužene živali to stanje brez vidnih znakov bolezni. Pri tem prehaja virus tudi v mleko okužene živali.

Vse kaže na to, da je navadni klop (*Ixodes ricinus*) glavni prenašalec virusa med živalmi, pa tudi od živali na človeka. Gotovo lahko prenaša virus tudi drug mrčes, n. pr. komarji, tudi okužbe z uživanjem neprekuhanega mleka ne moremo izključiti, vendar je v prenosu bolezni najvažnejši faktor klop. Ne glede na to, da se je posrečilo iz klopov vzgojiti virus, govore za prenos s klopi še tale dejstva: V večini primerov je obolenje vezano na predhodno bivanje v gozdu, bolniki navajajo večinoma klopov vgriz v ustreznem

»Klopov« v Sloveniji

ič

cije centralnega živčevja, rusnih bolezni, ki jih naj-

ncefalitisa, na Japonskem čes: komarji, klopi, bolhe. den »ruskemu spomladno-čje obsega velike predele resna bolezen z izredno

Spastična ohromljenja so posledica porodnih tudi še druge vzroke in cialni problem, ki zahte

Poglavje o porodnih okvarah odkriva ogrom pravočasno zdravljenje življenjske dobe.



li le v toliko, kolikor spastična ohromljenja inški, marveč tudi so-

t poglavje o prirojenih asno razpoznavanje in še v ortopediji prve

»Klopov« meningoencefalitis v Sloveniji

Prof. dr. Milko Bedjanič

V zadnjih letih vzbujajo veliko zanimanje infekcije centralnega živčevja, ki jih prenaša mrčes. Gre za celo vrsto akutnih virusnih bolezní, ki jih najdemo kot endemičen pojav v vseh delih sveta.

V Severni Ameriki so endemične razne vrste encefalitisa, na Japonskem druge, v Aziji tretje. Vse te bolezni prenaša razni mrčes: komarji, klopi, bolhe.

Naš endemični meningoencefalitis je najbolj soroden »ruskemu spomladno-poletnemu encefalitisu«, katerega endemično področje obsega velike predele azijske Rusije. V vzhodni Rusiji je encefalitis zelo resna bolezen z izredno visoko smrtnostjo do 30 %. V zapadni Rusiji je bolezen milejša. Iz zapadne Rusije se širi endemično področje preko Češke in Madžarske na avstrijsko ozemlje, kjer je bolezen zelo pogostna. Iz Avstrije sega endemično področje čez Karavanke in Kamniške planine v Slovenijo.

Bolezen je izrazito endemična, se pravi, iz leta v leto se pojavlja v istih krajih. Na zapadu gre meja endemičnega področja od Jesenic do Škofje Loke, od tam do Verda, potem preko Loškega Potoka na Kočevsko. Nato se obrne navzgor proti Litiji in se konča v Kamniških planinah. Najbolj so prizadeti kraji okoli Kamnika, Kranja in Vrhnike. V letu 1953, ko je bilo največ meningoencefalitisa, je bilo dokaj primerov tudi na Štajerskem.

Na Hrvaškem in v ostalih predelih Jugoslavije te bolezni doslej niso opazili.

Med bolniki je zdaleč največ podeželskega prebivalstva, bolezen je torej očitno vezana na pogoje podeželskega življenja. Odkar vemo, da je glavni prenašalec te vrste meningoencefalitisa klop, je to tudi razumljivo.

Povzročitelj našega endemičnega meningoencefalitisa je droben virus. Ta virus je v endemičnih krajih razširjen med gozdnimi, najbrž pa tudi med domačimi živalmi. Zdi se, da prenašajo okužene živali to stanje brez vidnih znakov bolezni. Pri tem prehaja virus tudi v mleko okužene živali.

Vse kaže na to, da je navadni klop (*Ixodes ricinus*) glavni prenašalec virusa med živalmi, pa tudi od živali na človeka. Gotovo lahko prenaša virus tudi drug mrčes, n. pr. komarji, tudi okužbe z uživanjem neprekuhanega mleka ne moremo izključiti, vendar je v prenosu bolezni najvažnejši faktor klop. Ne glede na to, da se je posrečilo iz klopov vzgojiti virus, govore za prenos s klopi še tale dejstva: V večini primerov je obolenje vezano na predhodno bivanje v gozdu, bolniki navajajo večinoma klopov vgriz v ustreznem

času pred obolenjem. Tudi drugod, kjer je meningoencefalitis endemičen, smatrajo klope za glavne prenašalce te bolezni.

Klop se zadržuje v bližini tal na nizkem grmičevju in se od tal navadno ne oddalji za več kot 30 cm. Najdemo ga največ v listnatih gozdovih, igličastem drevju se ne drži. V grmičevju čepi na listih in čaka, da pride mimo kaka žrtev, na katero se v trenutku spusti. Z rilcem se zarine globoko v kožo. Ko doseže zeleno globino, izrine iz rilca dva stranska kavlja, tako, da je dobro zasidran in ga ni več moč izrupati. Tako sesa kri skozi nekaj dni. V tem se napije toliko, da naraste do več kot stokratne prvotne velikosti. Medtem ko je lačni klop majhna rjavočrna stvarca (2 mm), doseže napiti klop velikost graha in še več. V klopu prehaja infekcija z virusom preko okuženih jajčk na zarod. Tako pride, da so klopi na določenem ozemlju lahko v velikem številu okuženi. Na takem področju se bodo vedno pojavljali bolj ali manj pogostni primeri bolezni.

Med bolniki najdemo največ gozdnih delavcev, drvarjev, kmetovalcev, nabiralcev gob in jagod itd. Starostna razdelitev bolnikov je ustrezna: prav majhnih otrok skoraj ni med njimi, sicer pa so precej enakomerno zastopana vsa starostna obdobja.

Klinika meningoencefalitisa

Trajanje inkubacije mnogokrat lahko ugotovimo prav natančno, če gre n. pr. za enkratni izlet v gozd. Tako smo našli, da traja inkubacija od enega do dveh tednov, večinoma 8—10 dni. Med inkubacijo bodoči bolnik ne čuti nikakih znakov bolezni.

V tipičnih primerih poteka obolenje v treh fazah. Najprej se pojavi prodromalni stadij. Ljudje zbolijo naglo z vročino, hudim glavobolom in bruhanjem. Kakor znano, so to znaki, ki združeno nakazujejo meningitis. Če v tem času pregledamo bolnika, bomo skoraj vedno našli znake, ki potrjujejo oz. jačijo ta sum, predvsem otrplost tilnika.

Naj mi bo na tem mestu dovoljenih nekaj besed o znakih meningitisa nasploh. Edini simptom, ki je prisoten v vsakem primeru meningitisa, je otrplost tilnika. Vsi drugi znaki (Kernig itd.) lahko manjkajo. Če je otrplost tilnika močno izražena, se razširi tudi na hrbtne mišice. Otrplost ali skrčenost hrbtnih in vratnih mišic vleče bolnikovo glavo navzad. To stanje najhujše otrplosti imenujemo opistotonus. Opistotonus najdemo samo pri najhujših gnojnih meningitisih, pri negnojnih se otrplost omejuje na mišice tilnika. Zato v teh primerih glava ni zavlečena nazaj, otrplost tilnika brani bolniku le, da bi glavo nagnil naprej. Medtem ko opazimo opistotonus na prvi pogled — bolnik leži na strani in ima glavo zavlečeno nazaj — najdemo navadno otrplost tilnika šele, če jo iščemo. Najfinejše odtenke otrplosti tilnika ugotovimo, če bolniku ukažemo, naj se v postelji usede in iztegne kolena. Ko mu v tem položaju skušamo potisniti glavo naprej in navzdol, čutimo v tilniku odpor otrplih mišic, ki ne dovolijo, da bolnikovo brado približamo prsnici. Če pa je v tem položaju glava naprej in navzdol prosto gibljiva, lahko z veliko verjetnostjo izključimo meningitis.

Pri vsakem akutnem meningitisu najdemo otrplost tilnika. Zato smatramo to otrplost za glavni znak meningitisa, hkrati pa tudi za indikacijo za izvršitev lumbalne punkcije. Šele punkcija nam namreč pokaže, za kaj gre pravzaprav v določenem primeru. Če priteče pri punkciji gnojen ali moten likvor, imamo opravka z gnojnim meningitisom, ki ga povzročajo razne bakterije, kot meningokoki, pnevmokoki, bacil influence itd. Če priteče likvor, ki je na videz bister ali samo lahno opalescenten, pri laboratorijski preiskavi pa se z zvišanim številom celic in z zvišano beljakovino izkaže kot patološki, tedaj je pred nami primer seroznega meningitisa, ki ga zvečine povzročajo razni virusi. Včasih dobimo vkljub otrplosti tilnika povsem normalen likvor. Tedaj govorimo o meningizmu. Tak meningizem najdemo lahko pri raznih vročinskih boleznih.

Povrnimo se k prodromalni fazi našega endemičnega meningoencefalitisa: Ugotovili smo, da je bolnik zbolel z vsemi znaki meningitisa. Vendar nam v tej fazi pokaže lumbalna punkcija, da gre samo za meningizem: likvor je povsem normalen, le njegov tlak je zvišan. To poznamo po tem, da priteče iz lumbalne igle v močnem curku.

Med ostalimi laboratorijskimi izvidi je pomembna krvna slika, ki nam pokaže v tem obdobju bolezi levkopenijo kakih 2000 do 5000 levkocitov.

Za časa prodromov kroži virus v krvi. V tem času ga lahko izoliramo iz krvi s tem, da vbrizgamo kri mladim miškam v možgane.

Prodromalna faza je kratka, traja le 2 do 5 dni. Temperatura pade na normalo, otrplost tilnika izgine, bolnik se počuti zopet povsem dobro.

Prodromalni fazi sledi prost presledek, ki traja 5 do 10 dni, v večini primerov 10 dni. V tem času je bolnik brez vseh težav ali pa ima lahen glavobol.

Nato se pokaže glavna faza bolezi, meningoencefalitis. V naših primerih so znaki encefalitisa razmeroma redki. V večini primerov se odvija bolezen v podobi akutnega seroznega meningitisa.

Glavna faza se začne navadno dokaj burno. Dogaja se, da zapade bolnik v nekaj urah v nadvse resno stanje s hudim glavobolom, bruhanjem in včasih tudi z deliriji. Pri pregledu bolnika ugotovimo izrazito otrplost tilnika. Pri lumbalni punkciji dobimo v močnem curku bister ali opalescenten likvor, v katerem najdemo zvišano število celic in tudi precej močno zvišano beljakovino. Pandyjeva reakcija je pozitivna, sladkor v likvorju zvišan. Če pustimo, da stoji likvor nekaj časa na miru, se v mnogih primerih v njem naredi fina pajčevinasta fibrinska mrežica, kot smo jo vajeni videti pri tuberkuloznem meningitisu.

Že drugi ali tretji dan bolezi se lahko pojavijo ohromitve raznih mišic, predvsem ramenskih. Če preidejo ohromitve na dihalne mišice, umre bolnik zaradi zadušitve. V tem je bolezen zelo podobna poliomielitisu. Na srečo se pri nas doslej ohromitve niso pojavljale v velikem številu. V veliki večini ostane pri seroznem meningitisu.

Glavobol in bruhanje popustita navadno že po prvi lumbalni punkciji, temperatura pade čez nekaj dni na normalo. S tem se bolezen zvečine tudi konča. Izjemoma traja glavobol še skozi nekaj tednov. Glavna faza traja različno dolgo, od 3 do 14 dni.

Med laboratorijskimi izvidi je značilna krvna slika, ki pokaže v glavni fazi nevtrofilno levkocitozo.

Obolenje ne poteka vedno v opisani obliki. Mnogokrat se bolniki ne spominjajo prodromalne faze ali jo pa tudi odločno zanikajo. Dogaja se tudi, da preidejo prodromi brez vmesnega prostega intervala v glavno fazo s tem, da temperatura ne popusti popolnoma, temveč počasi in stalno narašča, dokler se po kakih 10 dneh ne razvije popolna podoba meningitisa.

V terapiji je glavno lumbalna punkcija, ki zvečine takoj olajša bolnikove najhujše težave. Doslej še noben antibiotik ni pokazal kakega učinka.

Diagnozo bolezni postavljamo po epidemioloških okolnostih, klinično in serološko.

Naš endemični meningoencefalitis je strogo sezonski pojav. Prvi primeri prihajajo v maju mesecu, največ jih je julija, potem zopet pojema. Zato je vsak serozni meningitis, ki prihaja poleti iz endemičnega področja, že sam po sebi sumljiv. Ta sum se poveča, če ugotovimo v anamnezi bivanje v gozdu ali celo klopove vgrize. Določno zvišana beljakovina v likvorju skupaj z nevtrofilno levkocitozo v krvi govorita za »klopov« meningitis. Končno besedo ima serološka diagnoza. V bolnikovi krvi se za časa bolezni pojavijo protitelesa, ki vežejo komplement. Reakcija vezave komplementa (po načelih Wassermannove reakcije) daje ugotovitke, ki so za potrditev diagnoze odločilnega pomena. Ta reakcija ima veljavo samo, če lahko ugotovimo naraščanje titra protiteles za časa bolezni ali pa njihovo upadanje po bolezni. Zato so potrebne ponovne preiskave.

Sama klinična diagnoza je težavna, ker pride v poštev cela vrsta zelo podobnih bolezni. Od tuberkuloznega meningitisa in poliomielitisa do ostale dolge vrste seroznih meningitsov znane in neznane etiologije. Diferencialna diagnoza teh stanj bi presegla okvir tega članka, samo toliko bodi povedano, da moramo v vsakem primeru skušati utrditi našo diagnozo s serološko preiskavo.

Profilaksa »klopovega« meningoencefalitisa je težavna reč, ker še nimamo pripravnega postopka, da bi ali na veliko uničevali klope ali pa preprečili infekcijo. Če smo na izletu v endemičnem ozemlju, je vredno posvetiti nekoliko pozornosti tudi klopom in večkrat pogledati, če se ni morda kje na naši koži spravil kak klop k pojedini. Klopov vgriz očitno ne more biti zelo boleč, ker jih ljudje prenašajo včasih tudi po več dni, ne da bi opazili njihovo prisotnost. Če opazimo na koži klopa, ga ne velja izrupati s silo. V tem primeru bi ostal njegov rillec v koži in bi se čez nekaj dni izgnojil. Če pa klopa ovlažimo z bencinom ali s petrolejem, odpade sam z rillecem vred. Isto se zgodi, če ga podražimo z gorečo cigareto.

Poznavanje te bolezni je pri nas za vsakogar važno, ker se je bo znal lažje varovati. Klopov meningoencefalitis ni morda redek pojav, nasprotno, v poletnih mesecih je poleg črevesnih infekcij številčno najmočnejši pojav med infekcijskimi boleznimi naših krajev. Tako sprejme n. pr. Infekcijska klinika v Ljubljani vsako poletje iz svojega področja kakih 100 do 200 primerov te bolezni.

Utrujenost, storilnost in zdravje

Dr. Stane Lajevec

Vprašanje večje storilnosti pri delu pri nas in drugod po svetu rešujejo v glavnem inženirji in ekonomisti. Je pa to vendarle zamotano vprašanje, kjer bi morali reči svojo besedo tudi zdravstveni delavci.

Vzrok nizki storilnosti je zelo pogosto utrujenost, ki nastopa po predolgem ali preveč intenzivnem delu. O utrujenosti pa vedo ali bi vsaj morali vedeti zdravstveni delavci več kot inženirji in ekonomisti.

Utrujenost imenujemo neprijeten občutek, ki nam ne dovoljuje, da bi začeto delo enako hitro in dobro nadaljevali. Ta občutek je obrambni refleks organizma, ki se pojavi že znatno prej, preden so izčrpane zadnje energetske rezerve in preden bi moglo zaradi preobremenjenosti priti do okvar na preobremenjenih telesnih delih. Ta koristni refleks moramo gojiti in upoštevati ter prenehati z delom, še preden nastopijo hujše oblike utrujenosti.

V industriji se pojavlja utrujenost v raznih oblikah. Pri primerni obremenitvi in zdravem načinu življenja se pojavi utrujenost proti koncu delovnega dne. Za to utrujenost bi lahko rekli, da je fiziološka. Hitro namreč preneha, če delavec doma s hrano nadoknadi energetske snovi in počiva. Še celo prijetna je taka utrujenost, saj se po njej zboljša tek in spanje je po njej globoko in mirno. Po takem spanju je delavec naslednji dan spočit in veder in brez škode spet nadaljuje z delom. Iz fiziologije dela vemo, da treniranje ni uspešno, če se pri delu tudi zmerno ne utrudimo. Le v tem primeru postanejo po vaji naše kretnje bolj skladne in hitre ter stopijo na mah v akcijo vsi organi, ki so za delo važni. Ta fiziološka utrujenost pripomore, da se po vaji način, kako to vajo lahko napravimo hitro, bolje in tudi bolj ekonomično, nekako vtisne v možgane in stopijo pri ponovni vaji vse te vtisnjene izkušnje avtomatično v akcijo.

Utrujenost, ki nastopi po enkratnem predolgem, prehitrem ali pretežkem delu, imenujemo izčrpanost. Zdravstvenim delavcem je lahko razumeti, da se po približno štirih urah težkega fizičnega dela zaloga energetskih snovi skoro izčrpa. Posebno glukoza je za mišično delo silno važna, saj se ogljikovi hidrati zelo lahko in hitro spreminjajo v delo. Zaloge glikogena v jetrih in mišicah in glukoza v krvi so pa razmeroma majhne in gladina sladkorja v krvi pade že po štirih urah težkega dela za 50%! Če pade krvni sladkor na tako nizko vrednost, nastane hipoglikemični šok z vsemi resnimi znaki: splošna nemoč, omotičnost, mrzel znoj, roke se tresejo, včasih se pojavijo krčeviti trzaji, neprijeten občutek v želodcu, tesnoba pri srcu in v najhujših primerih nezavest in smrt. Tako resnih primerov izčrpanosti je v industrijskem delu zelo malo, vendar je pa lažjih, začetnih oblik te izčrpanosti posebno v naši industriji še zelo veliko. Ker je naša industrija še zaostala, morajo še veliko težaškega dela opraviti delavci, medtem ko jim je v tehnično naprednejših državah že uspelo za tako delo vpreči stroje: dvigala, električne vozičke, buldožerje, naprave za avtomatično zalaganje strojev in peči itd.

Za zdravstvene delavce je izčrpanost zato tako pereča, ker poznamo skoro do potankosti vzrok in način, kako se pojavi. Prav tako vemo, da ta izčrpanost skoro trenutno poneha, če izčrpani delavec použije nekaj ogljikovih hidratov.

Najhitreje se resorbirajo in učinkujejo monosaharidi (n. pr. v medu), malo bolj počasi učinkujejo disaharidi (n. pr. trstni sladkor) in še bolj počasi polisaharidi (n. pr. škrob v kruhu).

V naši državi je ta izčrpanost verjetno tudi zato pogostnejša, ker se delo začenja zgodaj in delavci zjutraj niti nimajo teka niti ne utegnejo v miru in izdatno zajtrkovati. Ankete, s katerimi bi lahko to domnevo potrdili, bi lahko zelo uspešno izvedle naše medicinske sestre in pripomogle, da bi spremenili delovni čas ali pa vsaj čas glavnega odmora med delovnim časom, ki je namenjen počitku pa tudi malici, s katero se zaloge ogljikovih hidratov v telesu nadoknadijo.

Zelo tehten dokaz, da je med našimi delavci izčrpanost pogostna, bi bilo načrtno ugotavljanje sladkorja v krvi po posameznih delovnih urah. Naše obratne ambulante si bodo morale v bodoče vzeti čas za take raziskave. Saj bodo rezultati teh preiskav lahko res veliko prispevali k pravilnejši organizaciji pri delu, k povečani storilnosti in tudi pripomogli k zboljšanju zdravstvenega stanja delavcev.

V ekonomskem, zdravstvenem in tudi socialnem oziru pa je mogoče najvažnejša kronična utrujenost ali na kratko preutrujenost. Če je počitek po delu prekratek ali če je delo predolgo in pretežko, potem ta občutek utrujenosti tudi po počitku in spanju popolnoma ne preneha. Občutek utrujenosti se kopiči, spanje je površno, delavec zvečer težko zaspi, prevrača se na vse strani in v spanju ga večkrat mučijo težke sanje. Spanje je globoko šele proti jutru, ko je treba že vstati in spet iti v službo. Domači morajo takega delavca buditi in ker še ni naspan, je tudi nerazpoložen in zadirčen ter prihaja na delo še nenaspan in nespočit. Posebno veliko je te preutrujenosti med duševnimi delavci. Ti tožijo, da nimajo več pravega uspeha pri delu in so zato sami s seboj nezadovoljni. Prava muka jim je, da se tako daleč skoncentrirajo, da n. pr. napravijo obsežnejše poročilo ali vodijo kak važen sestanek. Težko formulirajo svoje misli in tudi pri poslušanju predavanj jim misli uhajajo na druge stvari. Postanejo nervozni, zadirčni, velikokrat se to stanje stopnjuje do težke otopelosti ali otožnosti in malodušnosti. Že na zunaj se kaže ta preutrujenost na obrazu, oči zgubijo svoj sijaj, kretnje so težke, počasne, mnogi so videti zaspani in tudi res čutijo zaspanost čez dan, ponoči pa jih obratno pogosto muči nespečnost.

Od preutrujenosti do bolezni je le kratek korak, mejo kar neopazno prekoračimo. Na posamezniku bo zdravnik težko našel toliko znakov, da bi postavil diagnozo preutrujenost, lahko pa bo to napravil za večjo skupino delavcev. Zaradi preutrujenosti namreč pade storilnost. Delavci naredijo manj in tudi kvaliteta izdelkov ni na višini. Posebno veliko je izmečka in robe z napakami. Drug važen simptom je, da se poveča število obolelih. Če pogledamo diagnoze, bomo lahko ugotovili, da so predvsem številna lažja, neodrejena obolenja, kot nevrastenija, anemija, prebavne motnje, vegetativne distonije, prehladi, influence, nevralgije in podobno. Kakor hitro pri kakšni skupini delavcev ugotovimo več primerov takega obolenja, bi bilo nujno potrebno, da si do potankosti ogledamo način dela, tempo dela, da nadziramo, ali se dobro izkoristijo odmori pri delu, dan počitka v tednu, letni dopust, ali se ne pretirava z nadurami, ali ni preveč nočnega dela, in tudi, ali ni mogoče delovni prostor zaplinit s strupenimi plini in ali ni mogoče previsoka temperatura in vlaga. Seveda bo uspešno ukrepanje možno le tam, kjer se vodi

v ambulanti točna evidenca obolevanj po oddelkih in kjer uvažujejo tudi »banalna obolenja«.

Na delu samem včasih ne bomo našli nobenega vzroka za preutrujenost, pač pa bomo lahko odkrili, da delavci nepravilno izrabljajo svoj prosti čas. Nekateri popivajo pozno v noč, drugi pa delajo pri privatnikih ali doma na svojem posestvu, da še nekaj prislužijo in si zboljšajo gmotni položaj. Postranski zaslužek je res marsikomu potreben in zelo mnogo je primerov, da se delavci po opravljenem delu v tovarni vdinjajo še drugod. Tako ni čudno, če se pri delu hitro utrudijo, da se pojavlja med njimi preutrujenost, ki prej ali slej privede tudi v bolezen.

Preutrujenost povzroča tudi porast nesreč pri delu. Že po slovenskih, še bolj pa po jugoslovanskih in inozemskih statističnih podatkih lahko ugotovimo, da je največ nesreč četrto in osmo delovno uro. Po četrti uri je odmor pri delu in zato je v 5., 6. in 7. uri spet manj nesreč, medtem ko 8. uro število nesreč spet poraste, je pa manjše kot v 4. delovni uri, čeprav bi glede na utrujenost pri delu pričakovali, da jih bo več. Verjetno, da pride 4. delovno uro do izraza še izčrpanost zaradi preskromnega zajtrka, medtem ko v 8. delovni uri poraste razpoloženje ob misli, da gre delo h koncu in zato delavec zbere še zadnje moči in zaključi zadnjo uro z razmeroma večjo pazljivostjo pri delu.

V socialnem oziru se borimo proti utrujenosti, ker vemo, da povzroča med delavci nemir, da ubija iniciativo in vodi v pasivnost in otopelost, da povzroča večjo fluktuacijo delovne sile, hromi veselje do dela in povzroča nezadovoljstvo.

Za preutrujenost bolj dovzetni so mladoletni, novinci, žene in delavci s slabotno konstitucijo, kronični bolniki in rekonvalescenti. Kar je za starejšega krepkega delavca igrača, lahko za mladega, šibkega novinca pomeni skrajno naporno delo, ki vodi v preutrujenost. Pri nekaterih delavcih, ki tožijo, da so utrujeni in izčrpani, niti na delu niti izven dela ne bomo našli nobenega resnega vzroka za to stanje. V teh primerih moramo pomisliti na kronične nalezljive bolezni, kot n. pr. tuberkulozo, lues, dalje na živčne bolezni, endokrina obolenja, slabo kompenzirane srčne napake ali obolenja krvi ter še druge bolezni, ki že rano povzročajo utrujenost. Previden zdravnik bo zato z natančnimi preiskavami najprej izločil vse druge bolezni, preden bo zaključil, da gre samo za preutrujenost pri delu.

Pri zelo natančnem in pri odgovornem duševnem delu se javlja utrujenost kot blok ali prekin. Naša zavest, zbranost, budnost in pazljivost namreč v določenih presledkih popusti ali se celo popolnoma prekine. V tem prekinu se centralni živčni sistem spet opomore in lahko za nekaj časa z delom zopet nadaljujemo. Čim bolj smo utrujeni, tem pogostnejši in tem daljši so prekini. Pri duševnem delu, n. pr. pri računanju, lahko napravimo v trenutkih bloka napako, pri predavanju ugotovimo, da smo bili nekaj sekund odsotni, šofer se lahko v trenutku prekina zaleti ali zdrsne z avtomobilom s ceste, delavec pri nevarnem stroju se ponesreči ali pa napravi grobo napako na izdelku. Pri analizi vzrokov nesreč pri delu ter analizi škarta in napak pri fizičnem ali umskem delu pomislimo vedno tudi na blok ali prekin. Prav ta pojav nam je tudi vodilo, da moramo stroje in naprave tako zavarovati, da tudi med prekinitvijo budnosti in pazljivosti ne more priti do nesreče.

Čeprav moramo na splošno ugotoviti, da delajo naši delavci prej prepočasi kot prehitro, pa so le ponekod delovna mesta, kjer delavci le z največjim

naporom dosegajo normo. V lahki industriji se posebno pri starejših delavcih pokaže, da niso več tako urni in spretni ter uspešni kot mlajši delavci in da morajo res zastaviti vse sile, da dosežejo normo, ki jo mlajši delavci dosežejo skoro igraje.

Pri organizaciji dela in postavljanju norm se moramo zdravstveni delavci vedno zavedati, da smo čuvarji zdravja in da moramo težiti za tem, da ohranimo delavce pri zdravju ob polni sposobnosti za delo čim više v starost. Tudi družba in produkcija ima samo škodo od prekomernega obremenjevanja delavcev, vendar tehnični kader v tovarnah in ekonomiste trenutni uspehi pogosto zavedajo, da pozabijo na posledice, ki se z železno doslednostjo pojavijo šele po daljšem času.

Tehniki se bore proti utrujenosti predvsem z mehanizacijo in avtomatizacijo dela ter z izboljševanjem delovnega okolja in delovnih metod. Zdravstveni delavci pa moramo predvsem opozarjati na fiziološke zmogljivosti in posebnosti človeškega telesa, ker tehnični kadri radi pozabijo, da človek ni stroj.

Važna, pa še manj znana posebnost človeškega telesa je, da se njegova pripravljenost in sposobnost za delo v teku dneva spreminja, kot se spreminja tudi telesna temperatura, število srčnih utripov in frekvenca vdihov. Na normalo pride krivulja pripravljenosti za delo malo pred 6. uro zjutraj in strmo raste do 9. ure dopoldne, nato polagoma pada do 15. ure, ko spet doseže povprečje, nakar spet rahlo raste do 21. ure zvečer in okrog 22—23. ure spet pade na normalo in nato strmo in globoko pada do tretje ure zjutraj, ko doseže najnižjo točko. Po tretji uri se strmo vzpenja in doseže, kot rečeno, malo pred 6. uro ponovno normalo. Ta krivulja pripravljenosti za delo je nastala zaradi tisoč in tisočletnih človekovih navad, da podnevi dela, ponoči počiva. Je tako globoko ukoreninjena, da je že bistvena lastnost človeškega bitja in njegove narave. Kadar koli se proti tej naravi pregrešimo, se pregrešimo tudi proti zdravju in dobremu počutju. Vsako nočno delo je torej proti naši naravi in opravljamo ga le na škodo svojega zdravja. Veseljačenje in izživljanje v poznih večernih urah je sicer v civiliziranih deželah vedno bolj pogostno, vendar so nekateri mnenja, da so prav te abnormalnosti vzrok tako številnim psihonevrozom in duševnim boleznim v civiliziranem svetu.

Tudi delovni čas bi se moral po tej krivulji ravnati ali se ji vsaj približati.

Da je prehrana odločilnega pomena za zdravje in storilnost, priznavajo vsi, vendar pa je med našimi delavci še veliko napačnih navad, kar se tiče prehrane, bodisi v pogledu kvalitete, še bolj pa glede porazdelitve obrokov. Zdravstveni delavci moramo opozarjati predvsem na važnost izdatnega zajtrka, na beljakovinski minimum, na vitamine in minerale ter na 5 dnevnih obrokov. Obroki med delom ne smejo biti preobilni, ker preobremene prebavila in je za prebavo potrebno toliko krvi in energije, da nastopi splošna lenost in utrujenost ter zaspanost.

Alkohol je pri naših delavcih še vedno v časti. Res je, da alkohol zmanjša občutek utrujenosti in nekam laže prebolimo začetni odpor proti delu, vendar pa storilnost naglo pade in se začetna vnema hitro sprevrže v lenost in zaspanost. Vrhunski športniki so že zdavnaj dali alkoholu slovo in tudi delavce je navajati, da bi se ga čimbolj izogibali, predvsem pred delom in med njim, posebno še, ker zaradi zmanjšane avtokritike in inhibicije povzroča pri delu nesreče.

Kava, čaj, nikotin, aktedron, fenamin in druge kemične snovi in nasladila res zmanjšajo občutek utrujenosti in pomenijo do neke meje ključ do energetskih rezerv, ki jih sicer organizem skrbno hrani za čase največje nevarnosti ali stiske. Zelo tvegano je segati po teh skrajnih rezervah in slabiti tako smotrni obrambni refleks organizma, kot je občutek utrujenosti. Upravičena je primera teh sredstev z bičem, ki tudi pripomore začasno do večje storilnosti, lahko pa povzroči hudo neskladnost v sicer harmoničnih dogajanjih našega organizma.

Tudi pretirana čustvena zavzetost lahko povzroči, da se občutek utrujenosti pojavi kasneje. Smrtni strah, huda jeza in prekipevajoče navdušenje lahko povečajo našo storilnost, vendar pomeni tudi tu čustvena zavzetost nekako opojno sredstvo, ki ohromi zdravo presojo glede naših telesnih in duševnih sposobnosti.

Zdravstveni delavci se navdušujejo bolj za splošne ukrepe, ki krepe zdravje, predvsem umivanje in kopanje po končanem delu, gimnastiko in masažo, zdravo prehrano in vsaj osem ur spanja dnevno.

Osem ur spanja dnevno ni nikakršno filistrstvo ali malomeščanstvo, temveč je nujna potreba organizma, najvažnejši pogoj za zdravje in visoko storilnost. To priporočajo povsod po svetu, medtem ko se pri nas sem in tja še najdejo ljudje, ki se jim spanje zdi le izguba časa, nujno zlo, ki ovira pri delu. Proti taki miselnosti moramo zdravstveni delavci odločno nastopati in dokazovati, da osemurno spanje ni nobena mehkužnost, temveč fiziološka nujnost.

Proti utrujenosti se borimo zdravstveni delavci tudi z izboljšanjem delovnih pogojev, z uvedbo pravilne ventilacije in razsvetljave, z odstranjevanjem ropota, z uvajanjem dela v sedečem položaju, ker je manj utrudljivo kakor delo stoje, z uvajanjem pravih delovnih stolov in predvsem z uvedbo organiziranih odmorov med delovnim časom ter s stalno kontrolo mikroklimе (temperature, vlage, gibanja zraka) v delovnih prostorih.

Tudi mi smo za povečanje storilnosti pri delu, smo pa mnenja, da je borba proti utrujenosti najboljša in najzanesljivejša pot do višje storilnosti v industriji.

Prehi

V prejšnjih številkah žene, otročnice, doječe članka le nadaljevati z ljenjske dobe in razna

Pri analizi prehra potrebe organizma najl otroka. Otrokom prim vitaminov, rudnin in snovi, t. j. snovi, ki nan Zato je prav, da si medicinska sestra osveži znanje o prehrani predšolskega otroka in ga dopolni z novimi dognanji na tem področju, zlasti še, ker je sedaj v teku akcija za zdravo prehrano naših otrok. Tej akciji naj se priključijo

otroka

članki o prehrani noseče ka. Zato je namen tega irane skozi različne živ-

odkrili, da je glede na redšolskega in šolskega h zaščitnih snovi, t. j. ko so količine ostalih

ij, včasih celo previsoke.

Kava, čaj, nikotin, aktedron, fenamin in druge kemične snovi in nasladila res zmanjšajo občutek utrujenosti in pomenijo do neke meje ključ do energetskih rezerv, ki jih sicer ~~organizem skrbno hrani za~~ čase največje nevarnosti ali stiske. Zelo tvegan smotrni obrambni refle je primera teh sredstev, lahko pa povzročijo našega organizma.

Tudi pretirana čustvenost pojavi kasneje. Lahko povečajo našo nekako opojno sredstev duševnih sposobnosti.

Zdravstveni delavci zdravje, predvsem um masažo, zdravo prehrano

Osem ur spanja dnevno ni nikakršno filistrstvo ali malomeščanstvo, temveč je nujna potreba organizma, najvažnejši pogoj za zdravje in visoko storilnost. To priporočajo povsod po svetu, medtem ko se pri nas sem in tja še najdejo ljudje, ki se jim spanje zdi le izguba časa, nujno zlo, ki ovira pri delu. Proti taki miselnosti moramo zdravstveni delavci odločno nastopiti in dokazovati, da osemurno spanje ni nobena mehkužnost, temveč fiziološka nujnost.

Proti utrujenosti se borimo zdravstveni delavci tudi z izboljšanjem delovnih pogojev, z uvedbo pravilne ventilacije in razsvetljave, z odstranjevanjem ropota, z uvajanjem dela v sedečem položaju, ker je manj utrudljivo kakor delo stoje, z uvajanjem pravih delovnih stolov in predvsem z uvedbo organiziranih odmorov med delovnim časom ter s stalno kontrolo mikroklimi (temperature, vlage, gibanja zraka) v delovnih prostorih.

Tudi mi smo za povečanje storilnosti pri delu, smo pa mnenja, da je borba proti utrujenosti najboljša in najzanesljivejša pot do višje storilnosti v industriji.



ezervah in slabiti tako utrujenosti. Upravičena začasno do večje storilnarmoničnih dogajanjih

, da se občutek utrujenosti ekipevajoče navdušenje tu čustvena zavzetost glede naših telesnih in

ošne ukrepe, ki krepe v delu, gimnastiko in vno.

Prehrana predšolskega otroka

Dr. Damjana Bebler

V prejšnjih številkah lista so se smotrno vrstili članki o prehrani noseče žene, otročnice, doječe matere, dojenčka in zalivančka. Zato je namen tega članka le nadaljevati z obravnavanjem problema prehrane skozi različne življenjske dobe in razna fiziološka stanja organizma.

Pri analizi prehrane našega prebivalstva smo odkrili, da je glede na potrebe organizma najbolj neuravnovešena prehrana predšolskega in šolskega otroka. Otrokom primanjkuje zlasti tako imenovanih zaščitnih snovi, t. j. vitaminov, rudnin in živalskih beljakovin, medtem ko so količine ostalih snovi, t. j. snovi, ki nam služijo predvsem kot vir kalorij, včasih celo previsoke. Zato je prav, da si medicinska sestra osveži znanje o prehrani predšolskega otroka in ga dopolni z novimi dognanji na tem področju, zlasti še, ker je sedaj v teku akcija za zdravo prehrano naših otrok. Tej akciji naj se priključijo

zlasti terenske medicinske sestre, ki naj se pri svojem delu povezujejo s tistimi družbenimi organizacijami, ki to akcijo vodijo.

Predšolski otrok raste sorazmerno hitro, tako v višino kakor v teži, seveda le ob pogojih, kot jih zahteva njegovo telo. Poleg ostale nege, ki jo potrebuje predšolski otrok, je najvažnejša njegova prehrana. S pravilno prehrano namreč bomo otroka usposobili, da bo kljuboval tudi negativnim vplivom okolja.

S prehrano dovajamo telesu vse potrebne sestavine, ki jih potrebuje za rast, energijo, obnavljanje celic in pravilno delovanje vseh življenjskih procesov. Le-ti pa omogočajo skladen razvoj telesnih in duševnih sposobnosti.

Sestavine, ki jih dobiva otrok z živili, so: ogljikovi hidrati, maščobe, rudninske snovi, vitamini in voda. Nekatere teh snovi so potrebne za tvorbo energije, za delo in toploto, druge zopet služijo za zaščito pred boleznimi. Največkrat pa je živilo mešanica raznih za življenje potrebnih elementov, ki služijo telesu na različne načine. Mleko n. pr. daje telesu energijo, služi za izgradnjo kosti, zobovja in mišic, obenem pa telo ščiti pred boleznijo, medtem ko daje sladkor telesu samo energijo. Tako najlaže razumemo, zakaj je treba v jedilnikih izbirati živila tako, da so v dnevni prehrani vsi elementi v pravilnem razmerju.

Viri beljakovin

Beljakovine služijo telesu predvsem za rast in izgradnjo telesnih tkiv in so zato predšolskemu otroku izredno potrebne. Z raznimi živili mu jih moramo dovajati pri vsakem obroku. Od živil, ki so najbogatejša z beljakovinami, pridejo za predšolskega otroka v poštev: mleko, ne preslan sir, jajca, belo meso in ribe. Ta živila vsebujejo živalske beljakovine, ki jih imenujemo polnovredne zaradi njihovih posebnih bioloških lastnosti. Tudi kruh, ovseni kosmiči, zдроб, riž, suh fižol in grah vsebujejo beljakovine, vendar so to rastlinske beljakovine, ki niso tako polnovredne in jih moramo zato dopolniti z živalskimi. Ravno zato so mlečni riž, zдроб in ovseni kosmiči za doraščajoč organizem tako zdrava hrana. Suh fižol in grah pa predšolskemu otroku, posebno mlajšemu, vedno pretlačimo, ker ga sicer težko prebavi. Pri vsem tem pa moramo v prehrani predšolskega otroka mleku dati značaj tistega osrednjega živila, okrog katerega nanizamo za izpolnitev jedilnika še druga živila.

Mleko je neprecenljive vrednosti, je za doraščajoč organizem (razvoj mišic, kosti, zobovja) najbolj ekonomičen vir živalskih beljakovin in ima tudi vse ostale sestavine v najbolj ugodnem razmerju. Mleko je poleg tega važen vir rudninskih snovi, predvsem kalcija in fosfora ter deloma tudi vitaminov A in D. Običajno imajo otroci mleko radi, zato jim ga ne bo težko dati dnevno toliko, kolikor ga potrebujejo. Delno jim ga bomo nudili kot pijačo (mleko, kakao, bela kava), delno pa ga bomo porabili pri pripravi jedi (mlečne jedi, jogurt, zдроб, riž ali pudingi, v juhah, pri pripravi pretlačene zelenjave, pri namakanju kruha za pripravo zrezkov iz sesekljanega mesa, pri pripravi kruha namesto vode itd.). Potrebo po beljakovinah bomo najzanesljiveje krili, če bomo v prehrani predšolskega otroka porabili $\frac{3}{4}$ litra mleka dnevno in 3 do 4 jajca tedensko. Prav tako je priporočljivo, da dobi otrok vsak dan enkrat majhen košček belega mesa (telečje, kokošje, jagnječje, kozličkovo, ribje). Večji predšolski otrok lahko je tudi mehko ali sesekljano goveje meso. Ni pa priporočljivo dajati suho meso, ker je običajno preslano

in je v splošnem teže prebavljivo. Z mesom dovajamo otroku poleg beljakovin istočasno tudi železo in vitamine iz skupine B.

Zelo koristna je drobovina (jetra, ledvice, srce, vranica, možgani), ker vsebuje več vitaminov in železa kot ostalo meso. Ribe, posebno morske, bo moral imeti otrok vsaj 1-krat tedensko. Ribe imajo namreč manj vezivnega tkiva (le 3 do 5%) kakor meso drugih živali in so zato lahko prebavljive. Ribe vsebujejo več esencialnih aminokislin, n. pr. lysin, ki pospešuje rast dolgih kosti, in pa tryptofan, ki sodeluje pri tvorbi rdečih krvničk. Tudi z vitamini in rudninskimi snovmi, ki jih otrok potrebuje več kot odrasel človek, so ribe bogate. Čistih beljakovin potrebuje predšolski otrok približno 30 do 40 g dnevno.

Viri ogljikovih hidratov

Ogljikovi hidrati so zelo važen vir kalorij, ki služijo za proizvodnjo energije za gibanje in toploto. Ogljikovi hidrati so v živilih vezani še na druge sestavine, razen v sladkorju, kjer nastopajo popolnoma samostojno. Sladkor torej ne vsebuje nobenih zaščitnih snovi (t. j. beljakovin, vitaminov in mineralov).

Ker pa sladkor zobovju škoduje in izpodriva iz prehrane druge važnejše snovi v prehrani, z njim ne smemo pretiravati. Otrok, posebno še predšolski otrok, ima sladkane jedi zelo rad, zato moramo paziti, da se mu okus ne razvije enostransko. V tej dobi se namreč že oblikujejo prehrabne navade, ki ostanejo včasih skozi vse življenje.

Ogljikove hidrate imamo v kruhu, testeninah, rižu, zdrobu, kaši in sladkorju. Tu je treba pomniti, da je mnogo bolj zdrav črn kruh, tudi za predšolskega otroka, ker vsebuje dragocene rudnine in vitamine iz skupine B. Ti so v ovojnicah in kalčkih žitnih zrn in pridejo tako v črno moko. Krompir vsebuje poleg ogljikovih hidratov tudi še vitamin C.

Viri maščobe

Mast, maslo, gosta smetana, olja in margarina so prav tako živila, ki dajejo telesu energijo za delo in toploto. Na nje so vezani vitamini, in to predvsem A, D, K in E. Najbolj bogato vitaminov A in D je ribje olje. Večkrat pozabimo, da bi tudi zdrav predšolski otrok moral v zimskih mesecih redno dobivati ribje olje. Vitamina A in D vsebujeta tudi surovo maslo in smetana. Svinjska mast in rastlinska olja so pa skoraj brez vitaminov. Tudi po težji ali lažji prebavljivosti se maščobe med seboj razlikujejo. Lahko prebavljive so: maslo, margarina, smetana in rastlinska olja. Teže prebavljiva pa je svinjska mast. Zato za predšolskega otroka, posebno za manjšega, ni priporočljiva. V splošnem naj hrana ne bo premastna, ker lahko povzroča maščoba motnje v prebavi in manjša apetit. Vidnih maščob potrebuje predšolski otrok približno 30 g dnevno.

Rudnine

Rudnine so v vseh tkivih in tekočinah človeškega telesa. Zato jih mora z živili redno dobivati tudi otrok. Pri pravilno uravnovešeni, zdravi prehrani jih otrok dobiva dovolj. To pa je zlasti pri nas zaradi neznanja prav redko-

kdaj. Samo nekaterih rudnin potrebuje otrokov organizem tako majhne količine, da jih dobi dovolj tudi pri slabi prehrani. Več pa potrebuje predvsem kalcija, fosfora in železa. Te rudnine so tudi v prehrani predšolskega otroka običajno premajhne. Kjer je geološka sestava zemlje taka, da ne vsebuje dovolj joda, primanjkuje tudi tega. Zato je v Jugoslaviji urejeno z uredbo, da se mora vsa sol že v solarnah jodirati. Na ta način bomo v nekaj letih pregnali iz naših krajev golšo, ki jo povzroča v glavnem pomanjkanje joda v prehrani.

Kalcij

Kalcij je potreben za rast kosti in zobovja, za delovanje mišic in druge življenjske funkcije. Zato ga mora otrok dobivati v zadostnih, in sicer v večjih količinah kakor odrasel človek. Najboljši vir kalcija je mleko in mlečni proizvodi, predvsem sir. Vsebujeta ga tudi zelenjava in sadje, čeprav v majhnih količinah. Brez mleka bi bilo nemogoče doseči, da bi v otroški prehrani bilo dovolj kalcija. Kot pijačo ali pa za pripravo raznih mlečnih jedi moramo za predšolskega otroka porabiti vsaj $\frac{3}{4}$ litra mleka, kar bo dalo skupno z zelenjavo in sadjem približno 1 g kalcija, kolikor ga otrok dnevno potrebuje. Pri pripravi mlečnih jedi pa moramo biti iznajdljivi, da bodo jedilniki raznoliki. Tudi posneto mleko v prahu ne smemo zametavati, ker je v njem, čeprav mu odvzamemo maščobo, še vedno dovolj snovi, ki jih otrokov organizem potrebuje.

Fosfor

Fosfor igra v organizmu podobno vlogo kot kalcij. V naravi nastopa večkrat skupno s kalcijem. Torej ga najdemo predvsem v mleku in v mlečnih proizvodih. Če dobi otrok dnevno $\frac{3}{4}$ litra mleka, bo dobil obeh rudnin dovolj. Poleg mleka vsebujejo fosfor še: jajca, meso, ribe, suho sočivje. Pripomniti pa je treba, da telo kalcija in fosfora ne more izkoristiti, če ne dobiva istočasno tudi vitamina D. Čeprav otrok potrebuje železa le majhne količine, t. j. 7 do 8 mg dnevno, se vendar pri pomanjkanju železa v hrani često pojavi slabokrvnost. Otrok postane bled in apatičen. Mnogo železa vsebujejo: rumenjaki, meso, predvsem jetra, nekatera zelenjava, sadje, suh fižol, leča in grah. Kalcij pa pomaga, da se železo bolje izkoristi.

Ker smo mnenja, da bo sestavek služil sestram tudi kot dispozicija za njihova zdravstvenovzgojna predavanja, omenjamo na kratko tudi vire najvažnejših vitaminov, čeprav jim je snov več ali manj znana.

Viri vitaminov

Liposolubilna skupina

Vitamin A: ribje olje, jetra sesalcev, morske ribe, mleko, smetana, maslo, rumenjaki.

Vitamin D: ribje olje, morske ribe, jetra sesalcev, maslo, mleko, rumenjaki, kri.

Vitamin E: žitni kalčki, kikiriki, solata, vranica sesalcev, rumenjaki, mleko, maslo.

Vitamin K: špinača, kopriva, cvetača, zelje, rastlinske maščobe, paradižnik, jagode, svinjska jetra.

Hidrosolubilna skupina

Vitamin B₁: žitne in riževe ovojnice in kalčki, kvas, zelje, grah, solata, orehi, kikiriki, jetra sesalcev, ledvice, možgani, mleko, rumenjaki.

Vitamin B₂: kvas, kalčki žitaric, špinača, soja, grah, zelje, drobovina sesalcev, meso, mleko, jajca (beljak in rumenjaki), morske ribe.

Vitamin PP: kvas, žitarice, zelenjava (predvsem paradižnik, špinača, čebula, zelje, soja, grah), drobovina sesalcev (jetra).

Vitamin C: limona, pomaranča, zelena paprika, šipek, črni ribez, jagode, kreša, peteršilj.

Ker so nekateri vitamini občutljivi za kisik in za temperaturo ter so poleg tega topljivi v vodi, moramo biti pri pripravljanju hrane previdni, da jih pri tem ne uničimo ali z vodo odlijemo.

Zelenjavo vrzemo že v vrelo vodo, da deluje nanjo povečana temperatura manj časa. Vode naj bo samo toliko, kolikor je to nujno potrebno, tako da jo lahko potem uporabimo za nadaljnjo pripravo jedi. Posoda, v kateri se kuha zelenjava, naj bo zaprta, da se prepreči dostop zraka. Čeprav krompir nima toliko vitamina C, kot ga imata sadje in zelenjava, je vendarle stalen in zanesljiv vir tega vitamina. Kuhati ga moramo vedno v olupkih, da ohranimo v njem čim več te dragocene snovi. Krompirjeva kaša z dodatkom mleka in masla je zelo priporočljiva za male otroke.

V zimskih mesecih je včasih zelo težko dobiti sveže sadje in zelenjavo. Zato moramo biti pri tem iznajdljivi in priporočati materam sledeče: otrokom dajemo jabolka, tudi naribana, po možnosti z dodatkom limoninega soka, naribano korenje ali zelenjavne sokove (korenje, pesa). Večji predšolski otrok lahko dobi tudi surovo kisel zelje (seseklano in zabeljeno z oljem). Tudi surovo zimsko solato in surovo špinačo (narezano na tanke rezance in pripravljeno kot solato) imajo otroci zelo radi. Žal pa naši tovarniško izdelani sokovi ne vsebujejo dovolj vitamina C, da bi otrokom v zimskih mesecih nadomestili sveže sadje.

Celuloza

Celuloza je sestavni del rastlinskih vlaken, ki ga naše telo potrebuje za boljše izkoriščanje hrane v tankem črevesju in za pospeševanje prebave v debelem črevesu. Celuloze same pa telo ne izkoristi. Če je celuloze v hrani preveč, lahko nastanejo prebavne motnje. Zato manjšemu predšolskemu otroku bolj grobo rastlinsko hrano pretlačimo, da odstranimo vlakna. Vendar ne smemo to delati z vsemi živili in predolgo, ker bi se na ta način otrok razvadil ter bi si zobovja in dlesen ne krepil dovolj.

Voda

Voda je prisotna v vseh živih tkivih in to v celicah kakor izven njih. Zato bi bilo brez vode življenje nemogoče. Voda pomaga pri prebavi, omogoča, da pridejo snovi, ki jih dobivamo s hrano, do vseh tkiv, topi razne soli, uravnava telesno temperaturo in soli, ki telesu niso potrebne, odvaža z urinom, s potom in delno z blatom.

Vodo dovajamo telesu z običajno pitno vodo, z mlekom, z juhami, sadnimi sokovi, manjše količine pa skoraj z vsemi živili. Voda mora biti higiensko neoporečna, kar nam pokaže bakteriološka preiskava. Prevelike količine vode ni priporočljivo dajati otrokom, ker jim s tem po nepotrebnem obremenjujemo organizem. Otroci se kaj radi razvadijo in pijejo vodo ob vsaki priliki. V poletnih mesecih jim dajemo po možnosti sadne sokove. Tekočine v splošnem ne smejo biti prehladne in tudi ne prevroče.

Potrebe po prehrabnih elementih za predšolskega otroka
(Food and Nutrition Board-N. R. Council USA)

Starost	Težina	Višina	Kalorije	Beljakovine	Kalcij	Železo	Vitamin A	Thiamin	Riboflavin	Niacin	Vitamin C	Vitamin D
	kg	cm		g	g	mg	IE	mg	mg	mg	mg	IE
od 1—3 let	12	87	1200	40	1,00	7	2000	0,6	1,0	6	35	400
od 4—6 let	18	109	1600	50	1,0	8	2500	0,8	1,2	8	50	400

Okus, navade in tek

Predšolski otrok se hitro prilagodi novim jedem, ki jih prej ni poznal. Zato je takrat najlaže vplivati na njegove navade glede načina prehrane. Navade, ki jih bo pridobil v tej dobi, mu bodo ostale več ali manj vse življenje. Otroci ljubijo pestrost in žive barve. Njihov tek je večkrat odvisen od načina, kako je hrana servirana in kakšne barve je. Korenček, solata, paradiznik, jajček, smetana itd. Vse te mešane barve so otroku v zabavo in jed mu tekne. Na drugi strani so nam razne žive, naravne barve živil na krožniku jamstvo, da je hrana tudi biološko visoko vredna. Otrok pa ima poleg tega zelo enostaven okus in ne mara kompliciranih ali izumetničenih jedi. Pri jedi naj vlada veselo razpoloženje, pedagoški prijemi naj se ne stopnjujejo do karanja in naj bodo dobro pretehtani in nikakor ne preostri. Čeprav ne smemo pustiti, da bi se otrok razvadil, da bi postal izbirčen in odklanjal za svoje zdravje bistvena živila, mu bomo vendar dopustili, da si hrano nekoliko tudi izbere (kolikor je to pač možno), in tako upoštevati njegov individualni okus. Nikakor pa ne bomo dopustili, da bi otrok stalno odklanjal mleko, meso ali zelenjavo. Čimprej bomo tudi naučili otroka, da se hrani sam. Ob začetku drugega leta ga začnemo vaditi, da žličko drži sam in da sam pije iz kozarca. Ob koncu drugega leta pa naj bo otrok pri tem poslu že samostojen. Da bo razpoloženje pri jedi prijetno, da otroci ne bodo postali izbirčni, da bo pri jedi red in čistoča, pa je potrebna stalna prisotnost pedagoga, ki mora pri tem poslu biti ševeda iznajdljiv in vztrajen.

Večkrat naletimo na predšolske otroke, ki nimajo pravega teka. Pri teh otrocih je večkrat v ozadju kaka bolezen ali pa duševni nemir, morda neprijetno domače okolje, pijanstvo ali kak drug socialni problem, kar vse vpliva tudi na razpoloženje družine, predvsem pa nemara prevelika skrb matere za

otroka, ki ga z jedjo sili. Tudi neuravnovešena prehrana lahko zaradi primanjkljaja posameznih snovi, n. pr. vitamina B₁ povzroči pomanjkanje teka. Z dovajanjem thiamina se včasih tek hitro popravi.

Sestavljanje jedilnikov

Količine živil, ki so potrebne za sestavljanje jedilnikov, so odvisne od otrokove starosti, telesnega razvoja in njegove fizične aktivnosti. Vendar priporočamo sledeče količine živil, ki lahko služijo za orientacijo.

Otrok od 3 do 6 let

Meso	45 g	Kruh	150—200 g
Ribe	10 g	Ovseni kosmiči, riž, te-	
Jajca	2—3-krat tedensko	stenine	15—20 g
Sočivje (suho)	10 g	Sveža zelenjava	150—200 g
Mleko	750 ccm	Sveže sadje	150 g
Polnomastni sir	10—15 g	Krompir	150—250 g
Maslo	20 g	Sladkor, med, čokolada	25 g
Razne maščobe	10 g	Marmelada, suho sadje	15 g

Količino nekaterih živil lahko tudi povečamo, zlasti velja to za živila, v katerih so zastopane zaščitne snovi, torej mleko, sir, sirček, meso, sadje in zelenjava. Kadar povečamo količino kruha, maščobe in sladkorja, pa moramo biti previdnejši, ker so ta živila zelo nasitna in otrok po njih izgubi tek za živila, ki so mu potrebna predvsem za razvoj in zaščito zdravja. Res je, da se bo z maščobo in ogljikovimi hidrati otrok najbolj zredil, vendar bo z enostransko hrano otrok le navidezno okrepljen, kajti samo z debelostjo mu ne bomo zvišali odpornosti in mu tudi ne okrepili splošnega zdravstvenega stanja.

Da bomo jedilnike lažje sestavljali, si glavna jedila, kot že znano, razdelimo v 7 skupin. Iz vsake skupine vzamemo pri vsakem obroku po eno živilo.

I.	II.	III.	IV.
meso	mleko	svinjska mast	kruh
mesni izdelki	sir	olja	cerealije
ribe	jogurt	maslo	
jajca	skuta	vitaminizirana	
suho sočivje		margarina	
V.	VI.	VII.	
sveže sadje	kuhana zelenjava	sladkor, marmelada, med	
sveža zelenjava	krompir	in kompot	

Le na ta način bo dobil otrok vse energetske in zaščitne snovi.

Glede razporeditve obrokov čez dan naj omenimo sledeče: važno je, da je zajtrk kalorično močnejši, kakor pa je to pri nas v navadi, in po možnosti sestavljen tako, da bo tudi v njem zastopano po eno živilo iz vsake prej naštetih skupin. Malice, to je dopoldanska in popoldanska, pa naj ne bodo preobilne, ker si otrok z njimi sicer pokvari tek za glavne obroke. Večerje naj bodo zgodnje in sestavljene iz lahko prebavljivih živil. Najboljša so mlečna jedila in sadje.

Po neki kontrolni r: moči in izgube največ te: enolična in slabša, največ je hrana zaradi sadja, z: otrok 8 ali 9 let pridobi marec—september pa 15 doba pubertete) pridobe teže, od marca do septem

i trošijo otroci največ ruarja, ko je prehrana arca do septembra, ko krepkejša. Tako n. pr. ,908 g teže, v mesecih sti od 13—14 let (t. j. ra do februarja 324 g

m kažejo, da so otroci v svojem razvoju ogroženi skoraj vse zime in to v razdobju, ko so v šoli. Če upoštevamo še družinsko stanje zaposlenih staršev, zlasti pa zaposlene matere, tedaj je ta slika še slabša. Glede na to, da naši otroci po mestih zaradi pomanjkanja šolskih prostorov hodijo v šolo v dveh do treh izmenah, je prehrana pri tako nerednem obiskovanju šole še težja. Če vzamemo za primer zaposleno mater, ki mora na vsak način iti na delo pred 7. uro, dostikrat tudi že pred 6. uro, vrne se pa ob dveh, treh ali celo štirih popoldne, potem se vprašamo, kaj je v tem času z njenim šolskim otrokom. Po navadi puščajo matere otrokom skuhanu hladno jed ali tudi suho, ki je otroci dostikrat niti ne použijejo in odhajajo na naporno delo v šolo kratko malo lačni. Razen tega pa mora mati, ko se preutrujena vrne z dela, namesto da bi se odpočila, zopet misliti, kaj bo svojim otrokom pripravila in pustila za zjutraj, in znova odhaja na delo nespočita, ne da bi imela koga, ki bi za te otroke poskrbel, da bi šli v šolo nahranjeni. Povrh pa ta mati, ki je zaposlena, niti ne more pri delu biti zbrana in uspešna niti ne more biti spočita in zdrava, še manj pa more vzgojiti predvsem zdravega otroka.

Da je bilo vprašanje prehrane naših otrok pereče vse od osvoboditve naše dežele pa do danes, vidimo iz Uredbe o ustanavljanju in delu šolskih kuhinj še iz leta 1949, ki jo je osebno podpisal tovariš Tito in v kateri stoji med drugim:

»Z denarno kaznijo do 20 000.— dinarjev se kaznuje poverjenik oziroma član izvršilnega odbora ljudskega odbora ali druga odgovorna oseba,

a) ki ne stori, kar je potrebno za ustanovitev šolske kuhinje po določenem planu,

b) ki ne preskrbi za šolsko kuhinjo potrebnega osebja, prostorov, inventarja in živil ali ki z inventarjem in živili ne ravna na predpisani način itd.

Glede razporeditv je zajtrk kalorično mc sestavljen tako, da bo tih skupin. Malice, to obilne, ker si otrok z bodo zgodnje in sesta jedila in sadje.



no sledeče: važno je, da v navadi, in po možnosti ivilo iz vsake prej našte-a, pa naj ne bodo pre-vne obroke. Večerje naj vil. Najboljša so mlečna

Šolske kuhinje

Nata Hadžić

(Konec)

Po neki kontrolni razpredelnici higienskega zavoda trošijo otroci največ moči in izgube največ teže v mesecih od oktobra do februarja, ko je prehrana enolična in slabša, največ pa je pridobe v mesecih od marca do septembra, ko je hrana zaradi sadja, zelenjave in drugih proizvodov krepkejša. Tako n. pr. otrok 8 ali 9 let pridobi v mesecih oktober—februar 0,908 g teže, v mesecih marec—september pa 1595 g, medtem ko otroci v starosti od 13—14 let (t. j. doba pubertete) pridobe čez zimo v mesecih od oktobra do februarja 324 g teže, od marca do septembra pa 2226 g. Vsi ti primeri nam kažejo, da so otroci v svojem razvoju ogroženi skoraj vse zime in to v razdobju, ko so v šoli. Če upoštevamo še družinsko stanje zaposlenih staršev, zlasti pa zaposlene matere, tedaj je ta slika še slabša. Glede na to, da naši otroci po mestih zaradi pomanjkanja šolskih prostorov hodijo v šolo v dveh do treh izmenah, je prehrana pri tako nerednem obiskovanju šole še težja. Če vzamemo za primer zaposleno mater, ki mora na vsak način iti na delo pred 7. uro, dostikrat tudi že pred 6. uro, vrne se pa ob dveh, treh ali celo štirih popoldne, potem se vprašamo, kaj je v tem času z njenim šolskim otrokom. Po navadi puščajo matere otrokom skuhanu hladno jed ali tudi suho, ki je otroci dostikrat niti ne použijejo in odhajajo na naporno delo v šolo kratko malo lačni. Razen tega pa mora mati, ko se preutrujena vrne z dela, namesto da bi se odpočila, zopet misliti, kaj bo svojim otrokom pripravila in pustila za zjutraj, in znova odhaja na delo nespočita, ne da bi imela koga, ki bi za te otroke poskrbel, da bi šli v šolo nahranjeni. Povrh pa ta mati, ki je zaposlena, niti ne more pri delu biti zbrana in uspešna niti ne more biti spočita in zdrava, še manj pa more vzgojiti predvsem zdravega otroka.

Da je bilo vprašanje prehrane naših otrok pereče vse od osvoboditve naše dežele pa do danes, vidimo iz Uredbe o ustanavljanju in delu šolskih kuhinj še iz leta 1949, ki jo je osebno podpisal tovariš Tito in v kateri stoji med drugim:

»Z denarno kaznijo do 20 000.— dinarjev se kaznuje poverjenik oziroma član izvršilnega odbora ljudskega odbora ali druga odgovorna oseba,

a) ki ne stori, kar je potrebno za ustanovitev šolske kuhinje po določenem planu,

b) ki ne preskrbi za šolsko kuhinjo potrebnega osebja, prostorov, inventarja in živil ali ki z inventarjem in živili ne ravna na predpisani način itd.

Kolikor nam je znano, ni bila ta uredba nikoli in z ničimer preklicana.

Skrb družbe za zboljšanje standarda naše družine, na vseh sektorjih družbene dejavnosti, nas obvezuje, da za vprašanje dijaške prehrane zainteresiramo družbene organizacije, da razgibamo šolske odbore in prosvetne oblasti, zlasti pa komune. Spričo nujnosti vprašanja, da se zboljša standard naše družine, da se lotimo dela prav vsi, da ji bo bolje, da pomagamo ženi in da pomagamo staršem pri vzgoji otrok, se je mobilizacija te družbene dejavnosti v zadnjih mesecih občutila po vseh predelih naše dežele. Opravičilo za to aktivnost, ki se je že uveljavila, pa je dobilo svojo potrditev tudi na nacionalnem Kongresu za zaščito otrok z govorom tovariša Aleksandra Rankovića: »Veliko vlogo so v letih, ko je bil problem prehrane najtežji, odigrale kuhinje, ki so jih organizirali ljudski odbori s pomočjo UNICEF (Mednarodnega sklada Združenih narodov za nujno pomoč otrokom). V letu 1951 smo imeli 5508 šolskih kuhinj in se je v njih hranilo 807 104 otrok. Tudi danes je preko šolskih kuhinj zagotovljena dopolnilna prehrana za 191 000 otrok. Šolske kuhinje morajo postati stalne ustanove otroške zaščite, izredno koristne za zdravje otrok; in ustanove, ki morajo pomagati družinam in preko katerih mora, kadar bomo imeli tudi materialne možnosti, dobiti dopolnilni obrok vsak šolski otrok.« Naša pomoč za prehrano otrok se pa ne ustavlja samo pri mlečnih kuhinjah, temveč pri vseh oblikah dopolnilnih obrokov kakor tudi pri popolnih obrokih. V Beogradu je pri šolah že ustanovljenih nekaj kuhinj, kjer delijo popolne obroke, in izkazalo se je, da to ni nekaj nemogočega niti ne tako težko, kot se je to mislilo spočetka.

V glavnem odboru Zveze ženskih društev Srbije je že nekaj mesecev ustanovljena kuhinja, ki proučuje probleme šolskih kuhinj in so to dejavnost prenesli tudi že na okraje. V Bosni in Hercegovini je pri izvršnem svetu sestavljen koordinacijski odbor, ki ga vodi sekretar izvršnega sveta in katerega naloga je, da sestavi pregled o stanju in potrebi šolskih kuhinj. Novo formiranim okrajnim odborom se predlaga, da ustanove po okrajih podobne odbore s predstavniki Sveta za prosveto, Sveta za zdravstvo kakor tudi družbenih organizacij, da bi se tako čimprej in čim uspešneje razvijalo delo šolskih kuhinj, šolske kuhinje same pa da bi postale stalne ustanove pri osemletkah in drugih šolah. Po podatkih, ki jih imamo tudi iz drugih republik, se je začelo to delo odvijati ponekod v manjšem in ponekod v večjem obsegu.

Glede na pogoje, kakršni pač bodo na terenu, se bodo verjetno porajale nove oblike, ki bodo kot izkušnje služile tudi drugim krajem. Določeno število šolskih kuhinj s popolnimi obroki, kakršne že imamo, nam kaže, da se dajo ob prizadevnosti organizacij izkoristiti razne možnosti za njih nadaljnje ustanavljanje in vodenje.

Kuhinje se lahko ustanove pri samih šolah, kjer je to mogoče, pa tudi izven šol v obliki dijaških restavracij, ki bodo v celoti reševale vprašanje dijaške prehrane. Mnenja smo, da morajo vse te kuhinje imeti plačano osebje, ki bo delalo v njih, toda prav tako je treba za opravljanje nekaterih del izkoristiti tudi dejavnost ženskih društev, društva prijateljev mladine in skupine ali aktive dijaških roditeljev. Naj za primer navedem: 8. beograjska gimnazija ima društvo prijateljev te šole, ki poleg plačane kuharice s prostovoljnim delom svojih članov sodeluje pri kuhinjskih opravilih.

Komune naj pri reševanju teh vprašanj sodelujejo zlasti pri ustanavljanju kuhinj, ker je to vprašanje za komune prav tolikšne važnosti, kot vse družbene

organizacije. Zlasti je važno to pri prehrani otrok, katerih družinski dohodki pridejo v poštev, da se doplačujejo za prehrano poleg minimalnega deleža staršev. Ravno tako lahko komune pomagajo pri nabavi inventarja, izključno same pa morajo poskrbeti, da zagotovijo prostore za dijaške kuhinje. So komune, ki so že v proračunih predvidele in prevzele plačevanje osebja, ki bo delalo v kuhinjah, preko svojih Svetov za prosveto, zdravstvo ter Svetov za varstvo družine pa bodo lahko komune nudile pomoč pri organiziranju in vodenju.

Po zakonu o šolskih odborih so šolski odbori dolžni skrbeti za pedagoško vzgojno, zdravstveno stanje otrok kakor tudi za njih razvedrilo. Potemtakem je zakon šolske odbore kot organe družbenega upravljanja zadolžil, da se s kontrolo in skrbjo za zdravstveno stanje otrok brigajo tudi za njihovo prehrano. Ti odbori so pred družbo odgovorni za pravilno ravnanje v pogledu učenja, zdravja, pa so potemtakem najbolj odgovorni tudi za ustanavljanje in delo šolskih kuhinj. Šolski odbori skupno s prosvetnimi organi morajo ob podpori komune in vseh družbenih organizacij ustanavljati dijaške kuhinje, kjer to količkaj dopuščajo pogoji (pa naj bo za to še tako malo pogojev), preko komune pa se boriti za stalnost dijaških kuhinj kot nepretrgane oblike dijaške prehrane. V ta namen morajo šolski odbori zahtevati stalno pomoč družbenih organizacij, posebno pa svetov za prosveto in zdravstvo ter sveta za varstvo družine.

Posebno je za ta vprašanja preko Sveta za zdravje in socialno skrbstvo treba zainteresirati poliklinike in zdravstvene domove, da sodelujejo pri ustanavljanju in delu šolskih kuhinj, ne v obliki komisij in inšpekcij, temveč v stalni skrbi za higiensko stanje kuhinje, pač glede na to, kje je, nadalje s pregledovanjem hrane, kaloričnosti prehrane, s stalnimi pregledi in tehtanjem otrok, da bi tako imeli stalni pregled nad zdravstvenim stanjem otrok, ki se hranijo v šolskih kuhinjah.

Razen že omenjenih materialnih sredstev, ki jih daje družba, bi za osnovno materialno bazo šolskim kuhinjam morala biti vplačila staršev otrok. Glede na to, da je zdaj preteklo razdobje, v katerem so državne in družbene dajatve bile tolikšne, da so starše demobilizirale v odgovornosti nasproti otrokom, stojimo zdaj pred razdobjem, ko je staršem treba pokazati, da so predvsem sami dolžni skrbeti za svoje otroke in da jih bo družba pri tem podprla. Potemtakem bi sploh ne bilo potrebno, da se kak otrok v kuhinji hrani brezplačno. Otroci ekonomsko in socialno ogroženih roditeljev naj bi za kuhinjo plačali najmanjšo vsoto, pa čeprav le simbolično, ostalo pa naj bi doplačala komuna ali organizacija. Na ta način bi vzgojno vplivali tako na otroka kakor na starše, na starše s tem, da so materialno zadolženi nasproti otroku, na otroka pa z zavestjo, da je enakopraven drugim otrokom in da ne čaka na kakršno koli miloščino. Vplačila staršev naj se ravna po lestvicah, za katere ni potrebno, da bi bile izenačene, temveč določene po razmerah, v katerih se kuhinja ustanovi. Na temelju materialnih prispevkov in deleža komune je sestaviti delovni načrt kuhinje. Ker se računa na material, ki ga ima za pomoč kuhinjam na razpolago Rdeči križ in je materialni učinek te pomoči velik, ker se razen tega računa tudi na pomoč komune in družbenih organizacij, bi morale biti cene v kuhinjah res dostopne, s tem v zvezi pa večje tudi število otrok z nepopolnimi vplačili.

Ker je treba dati glavni poudarek na stalnost šolskih kuhinj, je v tem smislu treba vplivati tudi na komune in na družbene organizacije, da delo za vzdrževanje kuhinj pojmujejo kot svojo stalno dolžnost. Zaradi tega je treba tudi osebe, ki v njih delajo proti plačilu, izbrati tako, da so za svoje mesto pri kuhinjskem delu primerne (da tudi zdravstveno ustrezajo itd.). S sedanjim kuhinjskim osebjem in s pomočjo prostovoljnih sodelavcev bi se obroki, ki jih otroci zdaj dobivajo v mlečnih kuhinjah, lahko predelali v kvalitetnejše obroke, tako da bi se iz mleka, masla in masti, ki jo dobivamo iz pomoči Care, ob dodatku moke namesto kruha zamesili hlebčki, pastete, mlečni kruh in podobno, da bi otroci dobili obrok, ki bi ga rajši jedli in bi jim več koristil, tako da bi ne razmetavali hrane, kot je to bilo doslej.

Dijaške restavracije, ki bi otrokom zagotovile popolno prehrano, naj bi se ustanovljale prvenstveno po mestih, zlasti pa po delavskih centrih, koder so starši otrok zaposleni in nimajo možnosti, da bi otrokom dajali toplo in zdravo hrano. Zlasti po mestih, kjer so poleg otrok zaposlenih delavskih družin tudi dijaki in učenci, katerih starši ne živijo v kraju šole in se otroci v šolo vozijo, morajo te restavracije otrokom za zmogljivo ceno oskrbeti popolno prehrano. Lep primer take kuhinje imamo v mestu Pančevu, kjer že nekaj let dela dijaška kuhinja-restavracija. Organizirali so jo s pomočjo vseh množičnih organizacij, in sicer na pobudo Zveze ženskih društev. Kuhinja se financira samostojno. Vsak dijak lahko dobi zajtrk, kosilo in večerjo za 105 dinarjev. Hrana je res prav dobra. Za zajtrk dobe otroci belo kavo in pecivo, za kosilo pa poleg juhe lahko vsak dan izbirajo od dveh jedi. Ker ima kuhinja v službi stalnega slaščičarja, zato razen tega vsak dan pečejo in po vseh šolah prodajajo pogačice, rogljiče in drugo pecivo. Kuhinja prodaja pecivo celo nekaterim tovarnam. Pa ne samo to: Kuhinja je predelovala mleko in jogurt v lepo zaprtih steklenicah poleg peciva prodajala delavcem nekih tovarn, in to celo na enomesečni kredit. Kljub temu da je hrana zelo poceni, se vendarle izplača sama, zajela je pa veliko število otrok in delavcev. Rezultati so ugodni, kar se pa tiče materialnega stanja restavracije, niti ni bilo vprašanja. Razen pančevskega je pa v Srbiji in na Hrvatskem še nekaj primerov, ki so drugim krajem, zlasti v industrijskih centrih, lahko za vzgled pri organiziranju otroške prehrane.

Ker zakon ne predvideva šolskih kuhinj kot proračunskih ustanov, se morajo razvijati pač v tej smeri. Dolžnost komun je, da skrbijo za državljane, zlasti pa za otroke, to se pravi, da lahko najdejo sredstva in možnosti za ustanovitev in delo teh ustanov, bodisi s pomočjo v inventarju ali s prispevki iz proračuna za socialno skrbstvo ali postavk za zaščito matere in otroka. Pogoje za podpiranje dijaških kuhinj imajo tudi podjetja iz presežkov, ki jih uporabljajo za delavsko prehrano, pač glede na to, da bodo te kuhinje zajele tudi učence v gospodarstvu in otroke njihovih delavcev.

Prehrana otrok na deželi je za nas posebno vprašanje. Zaostalost in neprosvetljenost naše vasi, zlasti pa prehranske navade, nam govore, da vprašanje glede ustanavljanja dijaških kuhinj na deželi ne sme zaostajati za drugimi. Znano je, da so šole po vaseh precej oddaljene od doma, zlasti po raztresenih naseljih, tako da morajo otroci cel dan prebiti v šoli, in to s hrano, ki so jo prinesli z doma. Po anketi Akademije znanosti, katero je v neki srbski vasi izvedel Inštitut za ljudsko prehrano, so osnovne sestavine obrokov, ki jih ti otroci jemljejo v šolo, v 55 % kruh, v 12 % kruh in sir, v 24 % kruh in

marmelada, pri ostalih pa skupno po en primer čebule, ovčetine in krompirja. Ti otroci so dostikrat zjutraj in zvečer brez toplega obroka. Zaradi tega vaški otroci veliko zaostajajo za mestnimi v pogledu hranivih sestavin, potrebnih za razvoj otroškega organizma. Tega dejstva ne smemo zgubiti izpred oči, kadar načenjamo vprašanje glede organizacije šolskih kuhinj tudi na deželi. Res je, da bomo tam, pri osnavljanju materialne baze za delo šolskih kuhinj uporabili druge metode. Tam naj starši prispevajo v živilih, ki jih imajo na razpolago, kot n. pr. krompir, moko, čebulo in drugo, s pomočjo materiala, ki z njim razpolaga Rdeči križ, pa se otrokom lahko pripravljajo izdatni topli obroki. Razen tega bi veliko vlogo odigrali šolski vrtovi, kjer bi otroci pod nadzorstvom učiteljev pridelali povrtnino in s temi proizvodi dopolnili zalogo dijaške kuhinje, dostikrat jo pa z njimi tudi v celoti oskrbeli. Lep zgled je Sekcija zadružnic v Prištini, ki so poleg združnega posestva obdelovale vzorno parcelo s pomočjo aktivistov in samih dijakov, pridelke pa odstopale dijaški kuhinji. Razen tega gospodinjski tečaji in dekleta, ki so dovršile tečaje za zdravstveno prosvetljevanje, bi lahko z nabiranjem šipkovih jagod ter zbiranjem drugega sadja in povrtnine pripravile zimsko zalogo za vse šolsko leto. S tem bi za šolsko kuhinjo dosegli velik materialni uspeh. Tako organizirana šolska kuhinja bi ne bila koristna samo za prehrano otrok, temveč bi se v zvezi z njo lahko organizirali gospodinjski tečaji, seminarji, predavanja za pripravljanje zimске zaloge in gojitev povrtnine, katere na vasi še ne gojijo, zlasti pa bi se na prakso lahko sprejemala dekleta, ki so dovršila tečaje za zdravstveno prosvetljevanje. Te bi se poleg tega, ko bi pomagale pri delu v dijaških kuhinjah, učile tudi pripravljati zdravo prehrano. Za pripravljanje zimске zaloge bi se morali lotiti dela predvsem v sezoni, ko se obira sadje in spravlja povrtnina, morali bi zbirati živila, jih spravljati v zasipnice in jih zavarovati za zimo. Da niti ne govorimo o tem, kako bi se pri takih podeželskih kuhinjah lahko pripravil tudi primeren prostor za otroke, ki bi jih v šoli zateklo neurje in bi se ne mogli vrniti na svoje oddaljene domove.

Tako organizirane šolske kuhinje ne bi le zboljšale zdravstvenega stanja naših otrok in mladine, ne bi le pomagale dvigati življenjski standard naše družine in podprle mater, temveč bi bile tudi vzgojnega pomena tako za otroke kakor za starše. Okoli dijaške kuhinje bi se lahko zbirali starši na predavanja iz higijene in prehrane, bi se žene lahko učile pripravljati zdravo hrano za otroke in bi lahko vzgojno vplivali na okolico v pogledu skrbi za mater in otroka. Posebej pa je treba poudariti vlogo dijaške kuhinje v zvezi s poukom v gospodinjstvu, ki se uvaja po vseh šolah. Otroci bi se preko kuhinje praktično vzgajali, da v družinskem delu prispevajo svoj delež, pri praktičnem vodenju gospodinjstva bi se učili o osnovnih pojmih iz prehrane, o hranilnih sestavinah živil, pri rednih predavanjih in s praktičnim delom pa bi se učili, da so v gospodinjstvu tako fantje kakor dekleta enako dolžni delati za čim večji napredek družine. Šolski zelenjadni vrtovi bi lahko služili za poljedelske poizkuse, otroci pa bi se naučili praktično v življenju na vasi pridelovati živila, ki so potrebna za prehrano.

Glede na vse to bi bilo treba takoj razgibati vse šolske odbore s prosvetnimi oblastmi in ljudskimi odbori, da povsod, kjer koli so za to dane možnosti, ustanovijo dijaške kuhinje za dopolnilno prehrano, bodisi z zajtrkom, dopolnilnim obrokom ali celotno prehrano. V zvezi s tem si je nenehno prizadevati za stalnost teh kuhinj in vseh otroških ustanov pri šoli.

Za to vprašanje, da se začno ustanavljati šolske kuhinje, je treba pridobiti vse družbene organizacije. Le-te bodo svojo dejavnost uveljavile tudi preko svojih članov, ki delajo po občinskih svetih in bodo pri vseh vprašanjih glede ustanovitve in dela šolskih kuhinj podpirali izpolnitev te naloge z borbo, pozneje pa s stalno pomočjo.

Prizadevati si je, da vsi novi načrti šol predvidijo tudi prostore za dijaško kuhinjo, ravno tako kakor za ambulanto, telovadnico in ostalo. Prizadevati si je, da se to, če ni mogoče v prvem načrtu, izpopolni v nadaljnji izgradnji šol.

Mnenja smo, da se je treba boriti, da se za šolske kuhinje, če primanjkuje prostora, lahko uporabljajo tudi telovadnice ali celo prostori odborov socialističnih organizacij, ker se ti prostori prav redko uporabljajo v prvotne namene, tako da bi jih šolske kuhinje ne ovirale v delu.

Skrbeti je treba, da se ob razdelitvi živil iz pomoči Care in materiala Rdečega križa pozovejo tudi družbene organizacije, ki bodo najbolje vedele za potrebe posameznih okrajev in njihovo zmogljivost, da prevzamejo ta material. V tem primeru je treba gledati, da se živila dodeljujejo samo okrajem, ki se obvežejo, da bodo hrano kar največ in kar najpravilneje uporabili preko šolskih kuhinj in podobnih ustanov za prehrano otrok.

Končno pa je na nas samih, da se borimo, da se vsa sredstva, ki so namenjena za delo šolske kuhinje, uporabijo za zdravo prehrano naših otrok, s čimer se bomo oddolžili našim otrokom in naši delovni družini.

Opr

cih

Po osvoboditvi je iz potreb zrastle v naši reji teh ustanov je nihala n pri adaptaciji starih stav tekta. Zato je razumljiv izognili. Še slabše je bilo investitorja niso vodili temveč okus posameznik redkokdaj pa znanje. Tak ne ustreza niti po svoji zunanji obliki.

Na vprašanje, ki ga pogosto stavlja investitor, ali je zunanja oblika pohišstva v vrtcu sploh važna, moramo odgovoriti samo pritrdilno. Lepa oblika opreme vzgaja pri otroku čut za lepoto linije, oblike, za skladnost barv. Oblikovanje teh čutov pa pomeni ustvarjati v človeku pravilen odnos do okolja, ki ga obdaja. Za isto ceno si človek lahko nabavi lep ali neokusen predmet, za isto vsoto lahko vnaša v svoj dom lepoto, toploto, prijetnost ali neskladnost, trdoto in hladnost. Delovnemu človeku je po napornem delu dom kraj odpočitka, kjer si obnavlja delovne sile. Zato moramo že pri predšolskem otroku težiti za tem, da mu v zgodnji mladosti vzgojimo smisel za ubrano, lepo in mirno okolje. Ko bo odrasel, ga bo ta čut vodil pri opremljanju lastnega doma, pri ustvarjanju takega okolja, ki bi bil protiutež hladni, a smo-

organizacij in iz dejanskih tcev. Higienska raven investitorjev namreč ti zdravnika niti arhibi se jim sicer lahko premljanju teh ustanov predšolskega otroka, t nabave, cena itd., le ki higienkim načelom

Za to vprašanje, da vse družbene organizacije svojih članov, ki delajo ustanovitve in dela šolske kuhinje pa s stalno pomočjo

Prizadevati si je, dijaško kuhinjo, ravno devati si je, da se to, izgradnji šol.

Mnenja smo, da se kuje prostora, lahko u socialističnih organizacij namene, tako da bi jih

Skrbeti je treba, da se osredotočimo na pomoči Care in materiala Rdečega križa pozovejo tudi družbene organizacije, ki bodo najbolje vedele za potrebe posameznih okrajev in njihovo zmogljivost, da prevzamejo ta material. V tem primeru je treba gledati, da se živila dodeljujejo samo okrajem, ki se obvežejo, da bodo hrano kar največ in kar najpravilneje uporabili preko šolskih kuhinj in podobnih ustanov za prehrano otrok.

Končno pa je na nas samih, da se borimo, da se vsa sredstva, ki so namenjena za delo šolske kuhinje, uporabijo za zdravo prehrano naših otrok, s čimer se bomo oddolžili našim otrokom in naši delovni družini.

linije, je treba pridobiti t uveljavile tudi preko ni vseh vprašanih glede te naloge z borbo, po-

vidijo tudi prostore za radnico in ostalo. Prizadevati, izpopolni v nadaljnji

kuhinje, če primanjkuje celo prostori odborov uporabljajo v prvotne u.

Oprema v otroških vrtcih

Dr. Slava Lunaček

Po osvoboditvi je iz lastne iniciative družbenih organizacij in iz dejanskih potreb zrastle v naši republici lepo število otroških vrtcev. Higienska raven teh ustanov je nihala med visoko in nizko. Velik del investitorjev namreč pri adaptaciji starih stavb ni pritegnil k temu delu niti zdravnika niti arhitekta. Zato je razumljivo, da so se delale napake, ki bi se jim sicer lahko izognili. Še slabše je bilo z nabavljanjem opreme. Pri opremljanju teh ustanov investitorja niso vodili higieniški oziri, telesni razvoj predšolskega otroka, temveč okus posameznika ali določene skupine, možnost nabave, cena itd., le redkokdaj pa znanje. Tako ima del naših vrtcev opremo, ki higienkim načelom ne ustreza niti po svoji zunanji obliki.

Na vprašanje, ki ga pogosto stavlja investitor, ali je zunanja oblika pohištva v vrtcu sploh važna, moramo odgovoriti samo pritrdilno. Lepa oblika opreme vzgaja pri otroku čut za lepoto linije, oblike, za skladnost barv. Oblikovanje teh čutov pa pomeni ustvarjati v človeku pravilen odnos do okolja, ki ga obdaja. Za isto ceno si človek lahko nabavi lep ali neokusen predmet, za isto vsoto lahko vnaša v svoj dom lepoto, toploto, prijetnost ali neskladnost, trdoto in hladnost. Delovnemu človeku je po napornem delu dom kraj odpočitka, kjer si obnavlja delovne sile. Zato moramo že pri predšolskem otroku težiti za tem, da mu v zgodnji mladosti vzgojimo smisel za ubrano, lepo in mirno okolje. Ko bo odrasel, ga bo ta čut vodil pri opremljanju lastnega doma, pri ustvarjanju takega okolja, ki bi bil protiutež hladni, a smo-

trni opremi njegovega poklicnega delovnega torišča. Lepo oblikovano pohištvo v vrtcih je torej vzgojno sredstvo, ki bi ga ne smeli podcenjevati.

Za nas zdravnike je seveda še mnogo važnejša ustreznost pohištva s higienskega stališča. Če premotrimo potrebe vrtca po raznem pohištvu, moramo postaviti stol in mizo na prvo mesto. Čeprav je otrok v tem starostnem obdobju telesno zelo razgiban, čeprav malo miruje in sedi še najraje na podu, imamo vendar v vrtcu zaposlitve, posamezne ali skupinske, pri katerih stola in mize ne moremo pogrešati. Poudarjam, stol in miza, dva popolnoma ločena elementa, in ne vezan tip toge šolske klopi in mize. Ta preživeli, zastareli kos preteklosti so ponekod prinesli iz zaprašenega podstrešja in ga postavili v sredo razgibanega mladega življa, v sredino sodobnega nazornega načina dela. Človek obstane ob taki klopi, se zamisli in skuša dojeti miselnost ljudi, ki so postavili ta nestvor med najobčutljivejšo skupino naše mladine, ne da bi pomislili na obliko otrokovega dela v teh letih. Taka klop vklene otroka v neprirodni telesni položaj, ki ga preveč ovira v izdatnem gibanju, ga preveč izolira in s tem oropa pomoči sposobnejšega in spretnejšega sotovariša. Toga vezana klop ne prispeva k izoblikovanju socialnega čuta, ker onemogoča skupinsko delo, pri katerem se močnejši nauči pomagati slabejšemu, bistrejši manj nadarjenemu. Vezanih klopi tudi ne moremo svobodno premeščati v prostoru, ne moremo jih prenašati v pristojo naravo in ovirajo nam temeljito čiščenje prostora. Zato je osnovno in pedagoško načelo naših dni: toge klopi iz naših vrtcev, vanje pa stole in mize. Toda mnogi, ki so pri nabavi opreme sicer upoštevali to načelo, pogosto niso poznali higienskih zahtev, ki stolu in mizi jamčijo njiju neoporečnost. Iz tega neznanja je vzlic najboljši volji nujno zrasla v predšolskih ustanovah vrsta neustreznih stolov in miz, zlasti pa stolov.

Otrok sedi pravilno na stolu, če ima dve tretjini stegen na sedni deski, če se s hrbtom naslanja na celo naslanjalo in če ležé stopala po celi dolžini na tleh. Tako lahko sedi otrok le na stolu z določenimi izmerami. Stol mora biti tako visok, kot je dolga podgolen. Če je stol previsok, visijo noge v zraku, teža noge pritiska na krvne žile na stegnu zadaj za kolenom, zato nastopajo motnje v krvnem obtoku. Navadno pravimo v takem primeru, da človeku »noga zaspi«. Če je stol prenizek, otrok podvije noge nazaj pod stol ali pa jih iztegne naravnost predse, kar ga oboje hitro utruji. Sedna deska, ki mora biti spredaj lepo zaobljena, mora v širino meriti dve tretjini stegna. Če je preozka, otrok le težko sedi na njej. Če je pregloboka, se pa s hrbtom ne more opreti na naslanjalo in sedi le na robu stola. V tem primeru hrbtne mišice nimajo opore, se zato hitro utrudijo, popuste in hrbet se zaobli. Pri slabotnih otrocih lahko tak način sedenja z leti privede do napake v telesni držji, do okroglega hrbta. Da otrok lahko svobodno diha, da spodnji lok prsnega koša ne pritiska na trebušni predel, mora biti naslanjalo nagnjeno za kakih 13 do 16° nazaj. Nalahko v polkrogu oblikovano naslanjalo, ki se vanj dobro prilega hrbet, naj sega do spodnjega roba lopatice.

Miza ne sme imeti predala. Biti mora tako visoka, da sega otroku, če porine stol vsaj 10 cm pod sprednji rob mize, v višino komolcev naprej potisnjenih podlahti. Samo pri taki mizi otrok lahko opravlja svoje delo, ne da bi bil primoran dvigniti ramena (previsoka miza) ali se nagibati naprej (prenizka miza). Najbolje je, če je mizna deska ravna, štirioglasta, v izmeri 80 × 80 cm. Ali naj bodo stranice namizne deske popolnoma ravne in le vogali nalahko zaokroženi, da otroka varujejo poškodb, ali naj so stranice nalahko

zaokrožene, je še sporno. Nekateri se zavzemajo za lahko zaokrožene, ker so lepše in prijetnejše za oko, drugi za ravne, ki jih lahko bolje združujemo v eno samo veliko delovno ploskev. Izkušnja bo pokazala, za kaj naj se odločimo: ali za lepoto linije ali zgolj za praktičnost.

Iz navedenega sledi, da sta ustrezen stol in miza v določeni odvisnosti od otrokove telesne višine. Pregled nekaterih naših vrtec je pokazal, da se višina otrok v teh ustanovah giblje od 95 do 130 cm. Zato izdelujemo stole in mize za telesno višino 95 do 100 cm, 101 do 110 cm, 111 do 120 cm, 121 do 130 cm, skupno torej štiri različno visoke mize in stole za štiri različne telesne višine otrok. Da poenostavimo proizvodnjo tega pohištva, smo obdržali za dve različni telesni višini isto globino in širino sedeža, isto višino naslanjala in menjali le višino stola oziroma mize, kot kaže naslednja razpredelnica:

Mere pohištva za otroške vrtece

Za otroke s telesno višino	Miza		Stol					
	Višina	Mere mizne ploskve	Sedežna deska				Hrbtno naslanjalo	
			Višina	Globina	Širina	Nagib	Višina	Nagib
95—100 cm	43 cm	80 × 80 cm	27 cm	22 cm	31 cm	2 cm	23 cm	15—16°
101—110 cm	47 cm	80 × 80 cm	29 cm			2 cm		15—16°
111—120 cm	51 cm	80 × 80 cm	31 cm	24 cm	36 cm	2 cm	28 cm	15—16°
121—130 cm	55 cm	80 × 80 cm	34 cm			2 cm		15—16°

Stole in mize teh izmer smo v vrtcu praktično že preskusili. Pokazalo se je, da ustrezajo, vendar bomo z opazovanjem še nadaljevali.

Opozarjam, da je otrok z višino 95 do 100 cm v najmanjši skupini izredno malo, malo je tudi otrok z višino 120 do 130 cm v najstarejši skupini. Zato so ponekod v zamejstvu opremili vrtece le s pohištvom za telesno višino 101 do 110 cm in 111 do 120 cm. Vendar nam pa naše domače izkušnje govore, da bi kazalo opustiti le najmanjšo opremo za telesno višino 95 do 100 cm.

Koliko pohištva z določenimi izjemnimi merami naj nabavimo za posamezne starostne skupine 4 do 5 let, 5 do 6 let, 6 do 7 let, bomo lahko dokončno rekli šele, ko bomo zmerili otroke vseh vrtec v LR Sloveniji, kar se že dela. Na splošno bi lahko rekli, da prevladuje v najmlajši in srednji skupini telesna višina 101 do 110 cm, v starejši skupini 111 do 120 cm.

Da ne bi prišlo do zamenjave, da si otrok ne bi vzel k mizi prenizkega ali previsokega stolčka, zaznamujemo mize in stole z rimskimi številkami O, I, II, III. Še mnogo bolje je, če obarvamo mize in stole z barvami, ki jih otrok dobro prepozna in dojema, z izrazito rumeño, zeleno in rdečo barvo. Tako n. pr. stol in mizo za telesno višino 101 do 110 cm rdeče, za telesno višino 111 do 120 cm rumeno. Z barvami vnašamo v vrtec elemente, ki budi v otroku veselo, vedro razpoloženje. Zdi se mi, da smo v preteklosti v tem pogledu grešili. V pogledu barv razmeroma vse premalo razgibano je bilo okolje otroka v vrtcu. Bela barva pohištva, ki jo je le redko poživljalo zelenje in pestra

barva cvetic, je bila za otroka te starostne dobe vsekakor enolična. Ali bo naše novo oblikovano, barvno bogato pohištvo, doseglo svoj namen, je vprašanje, na katerega nam bodo odgovorili vzgojitelji po nekajletnih izkušnjah.

Komisija za predšolsko vzgojo pri Zvezi prijateljev mladine je namreč začela z akcijo, da se za otroški vrtec izdelajo načrti sodobnega pohištva, ki bi ustrezalo v likovnem, higienskem in pedagoškem pogledu. Centralni higienski zavod je postavil higienske osnove, ing. Niko Kralj je izdelal načrte, Tovarna Stol pa je izvedla zamisel. Pohištvo ne obsega samo stolov in miz, temveč vključuje omare, sestavljene iz posameznih elementov, ki jih poljubno in po potrebi sestavljamo. V omarah shranjujemo delovni material, učila, otroške izdelke, igrače itd. Stojalce za risanke, stojalo za tase, ki služijo otrokom pri južini, so nadaljnji kosi te opreme. S takim pohištvom lahko razdelimo dnevni prostor v manjše oddelke in ustvarimo koticke za igro in delo manjših skupin.

Pri opremljanju vrtca pa ne smemo posvečati skrb samo mizam in stolom, omaram, čeprav je prav to pohištvo najpomembnejše. Misliti moramo tudi na vse one naprave, ki bi lahko služile pri vzgajanju otroka k samostojnosti. Tako morajo biti igrače nameščene le na policah, ki niso višje od 100 do 120 cm in ne globokejše od 40 cm, da si jih otrok lahko vzame sam. Kljuge vrat bi morali namestiti v višino kakih 65 cm, prav tako električna stikala, umivalnike v višini 50 cm od tal. Garderobni obešalniki morajo biti v dosegu rok predšolskega otroka, torej visoki kvečjemu 100—120 cm.

Table, ki služijo samodejavnosti otroka, namestimo ob stenah v višini 61 cm, ali pa obdelamo steno tako, da stena sama služi temu namenu. Table obarvamo z nelesketajočo barvo v zelenih, oranžnih ali svetlosivih odtenkih, ki utrujajo oko neprimerno manj kakor črno obarvana tabla na ozadju svetlo obarvane stene. Prav tako dajemo prednost flanelografu, ki ima srebrnosivo barvo in služi vzgojiteljici kot pomagalo ali otrokom za pritrjevanje lastnih risarskih in drugih proizvodov.

Široka je problematika opreme otroškega vrtca, a tudi važna, ker od ustrezne opreme je do neke mere odvisna tudi kvaliteta dela in zdravje otroka. Zato bi moral investitor desetkrat premisliti, preden se odloči za nakup, vsekakor pa bi se pred naročilom moral posvetovati s strokovnjakom.

Dieta pri jetrnih obolenjih

Asist. dr. Bogomil Vargazon

Moderna farmacevtska industrija je v zadnjih desetletjih ustvarila številna nova zdravila s specifičnim učinkom pri najrazličnejših boleznih. Kljub temu je še veliko obolenj, za katera ne poznamo ustreznega zdravila in kjer skušamo zato z drugimi ukrepi ustvariti v bolnem organizmu take pogoje, ki najbolje podpirajo naravno težnjo po ozdravljenju ali vsaj zboljšanju nastale okvare. Med te sodita tudi najpogostejši obolenji jeter — akutni hepatitis in ciroza. V zadnjem času opažamo nenehno naraščanje primerov akutnega hepatitisa, ki se pojavlja v nekaterih — največkrat celo zdravstvenih — kolektivih tudi v epidemični obliki. Čeprav od dejanskih obolenj velik del gotovo niti ni bil prijavljen, nam podatki Centralnega higienskega zavoda vendarle kažejo stalno dviganje obolenosti. Tako je bilo leta 1950 v LR Sloveniji prijavljenih 294, lani pa že 556 primerov. Iz izkustva vemo, da preide v sicer majhnem odstotku bolezni v kronično obliko in pozneje v cirozo. Zato je v naslednjih letih pričakovati tudi precej večje število cirotikov, kar že opazujemo pri nekaterih pacientih, ki so preboleli akutni hepatitis. Poleg tega vzročnega faktorja ne smemo v naši domači patologiji prezreti vpliva, ki ga ima prekomerno uživanje alkoholnih pijač pri sicer kakovostno neustrezni prehrani — predvsem zaradi pomanjkanja beljakovin, kar je tudi eden glavnih razlogov za nastanek ali hitro poslabšanje že prisotne ciroze.

Zdravstveni delavci z večjimi izkustvi prav dobro vedo, da se akutno vnetje v mnogih primerih zazdravi brez posebne terapije. Žal pa v začetku obolenja nikoli ne moremo predvideti, ali bo nadaljnji potek bolezni lahek ali težak. Prav zato je iz preventivnih razlogov že od vsega početka utemeljeno intenzivno zdravljenje. Čeprav bi bilo želeli, da bi bil vsak primer akutnega hepatitisa po možnosti sprejet v bolnico, nam pa številke kažejo, da je velik del teh bolnikov ostal v domači oskrbi. Iz statistike zadnjih šestih let je razvidno, da v tem obdobju od 1989 prijavljenih primerov hepatitisa 834 ni bilo hospitaliziranih. Prav ti razlogi so nam dali tudi povod za kratek prikaz o načelih sodobnega zdravljenja omenjenih hepatopatij.

Glavni pripomoček terapije je počitek in dieta, katere načela so šele v zadnjem času dobila trdno eksperimentalno osnovo. Ni še dolgo tega, ko se je pri akutnem hepatitisu prepovedovalo uživanje kakršnih koli živalskih beljakovin in je bila hrana sestavljena pretežno iz ogljikovih hidratov. To je bila res »dieta« v svojem prvotnem pomenu restrikcije ali omejitve, medtem ko gre pri moderni »dieti« jetrnih obolenj predvsem za izdatno kvalitativno izboljšanje bolnikove prehrane. Dejanska »omejitev« — tako po količini kot kakovosti — bo na mestu le v prvih dneh hepatitisa, ko so v ospredju močnejše subjektivne bolnikove težave in dispeptične motnje, kot izguba apetita, navzeja, bruhanje, tiščanje v predelu želodca in jeter, driske in podobno. Na srečo traja tako stanje navadno le nekaj dni in se mi zato zdi tudi nepravilno v tem obdobju siliti bolnika s hrano ali mu jo celo dajati skozi želodčno sondo, kakor delajo ponekod v zamejstvu.

V tej začetni fazi serviramo le okusno pripravljena lahka jedila po želji, sestavljena iz ogljikovih hidratov z obilico sladkorja in dodatkom sadnih sokov. Če bolnik prenese, mu damo tudi posneto mleko. Zelo primerna in lahko pre-

bavljiva so n. pr. nastrgana jabolka s sladkorjem. Poleg tega dajemo vedno i. v. tudi večje množine hipertonične glukoze, čeprav se sicer ogljikovi hidrati izdatneje kopičijo v jetrih preko prebavil, od koder prihajajo v jetra direktno skozi portalno veno, vendar z njimi zmanjšamo pretvorbo glikogena v glukozo.

Pogoj za funkcijo jetrne celice pa je, da je v njej dovolj glikogena. Zato tudi hrani dodajamo velike količine ogljikovih hidratov.

Ko prenehajo te večje začetne subjektivne motnje — običajno se istočasno pojavi zlatenica — preidemo na dieto, ki mora vsebovati zadostne množine beljakovin in ogljikovih hidratov z zmerno omejitvijo maščob. Predvsem se izogibamo maščob, ki se pri kuhanju kemično izpremenijo, in dajemo prednost svežim tolščam, kot olju, surovemu maslu in smetani, s katero naj se beli ob koncu kuhanja. Taka dieta naj ima vrednost vsaj okrog 2300—2400 kalorij in naj vsebuje približno 80 g beljakovin, 350 g ogljikovih hidratov in 60—70 g tolšč. Nekateri avtorji se sicer zavzemajo še za višje kalorične vrednosti (do 3000 kalorij ali celo več) z večjimi množinami beljakovin (150 g) in opazujejo pri tem tudi neznatno skrajšanje obolenja. Dieta je sestavljena v glavnem takole: mleko, lahko prebavljive močnate in mlečne jedi, riž, krompir — razen ocvrtega (pommes frites) — ovseni kosmiči, zdrob, razne testenine, ter več sladkorja, marmelade in medu. Z zadostnimi količinami sadnih sokov, sadja in sadežev (razen orehov in lešnikov), zelenjave in mleka krijemo tudi potrebe po vitaminih. Beljakovine nadoknadimo deloma z mlekom, dalje z mladim nepikantnim sirom, skuto, jajci, perutnino, ribami ter drugimi lahкими vrstami mesa, bodisi kuhanega, dušenega ali pečenega »a la nature«, medtem ko cvrtje, paniranje ali praženje ni primerno. Izogibamo se vseh konzerviranih jedil ter prepovedujemo prekajeno in mastno meso, zelo pikanten ali začinjen sir, pečene, ocvrte in z več maščobe prirejene močnate jedi, vse vrste začimbe, kot poper, papriko, gorčico, močno prežganje in — kar najbrž ne bi bilo potrebno posebej omenjati — vse alkoholne pijače.

To dieto dajemo toliko časa, dokler traja ikterus in dokler bolezen ne preide v rekonvalescenco. Pri tem se povsem upravičeno vprašamo, kakšno hrano bomo predpisali potem in za koliko časa. Običajno priporočamo vsaj za 6 mesecev tako sestavljeno dieto, s katero še najbolj zanesljivo skušamo preprečiti nastanek ciroze in ki jo dajemo tudi bolnikom, pri katerih je to obolenje bilo že ugotovljeno — namreč tako imenovano *hiperproteinsko* dieto. Objavila sta jo pred 15 leti Patek in Post in se zato tudi imenuje Patekova dieta. Glavna značilnost hiperproteinske diete je povečana množina beljakovin (preko 100 g), ki jih dajemo poleg ostalih hranil v obliki zvišane množine mleka, mladega sira in mesa. Pri tem moramo upoštevati tudi dejstvo, da so predpisane beljakovine kvalitetno polnovredne in da vsebujejo v zadostni meri tako imenovane esencialne aminokisliline. Razen tega bo hiperproteinska dieta le takrat učinkovita, če bo istočasno tudi visoko kalorična, kar le težko dosežemo pri bolnikih, če nimajo apetita. Največja težava take prehrane je pa njena visoka cena, ki jo marsikateri bolnik le s težavo zmora za daljše obdobje.

Pred najtežji dietetični problem smo postavljeni takrat, ko se ciroza dekompenzira (zmanjšanje beljakovin v plazmi, ascites, edemi, ikterus itd.) in je indicirana neslana hiperproteinska dieta. Ker gre povečini za ležeče bolnike brez apetita, jim bomo le s težavo vsilili obilne obroke z visoko kalorično vrednostjo. Dnevna kalorična potreba organizma mora namreč biti zagotovljena

v tolikšni meri z ostalo beljakovinsko hrano, da služijo sprejete beljakovine res le za obnovo celičnih proteinov. Druga težava je v tem, da glavna hranila, ki pridejo v poštev za obogatitev obrokov z beljakovinami, vsebujejo obenem tudi precej soli, kot n. pr. ravno sir. Sicer veljajo tudi pri cirozi ista dietna načela, kot smo jih navedli pri prehrani bolnika s hepatitisom.

Četudi zdravimo dekompenzirano cirozo po vseh sodobnih smernicah dietetike in nudimo istočasno še vse druge adjuvanse, je njena prognoza slaba, a preostala življenjska doba prav kratka. V celoti torej tudi velja pravilo: Bolje preprečiti kakor zdraviti! S preventivnimi ukrepi zato skušajmo zmanjšati obolevnost za akutnim hepatitisom, obenem pa se dosledno borimo tudi proti alkoholizmu, kar bo v prihodnosti gotovo zmanjšalo sedanje visoko število jetrnih bolnikov.

LITERATURA:

1. Current Therapy, Saunders 1956.
2. Demole M.: Gastroenterologia, 76, 199, 1950—1951.
3. Demole M.: Schw. Med. Wochschr. No 1, 6, 1955.
4. Demole M.: Praxis, 45, 369, 1956.
5. Treatment of Infective Hepatitis — Lancet, 270, 269, 1956.

* Po teh načelih se ravna dietetika hepatitisa in ciroze na Interni kliniki v Ljubljani. — Op. ured.

Sterilizacija

zelenje

Pri sterilizaciji sadja s tem uničimo bakterije in tvori brezračni prostor, ki je okužba z mikrobi iz zunanosti prepreči.

Pomanjkljivost tega postopka, posebno A, B₁ in C.

Še dalj časa kot v sopari steriliziramo v električnih in plinskih pečicah, za kar potrebujemo posebno časovno tabelo.

Pri vsakem sistemu sterilizacije so vitamini uničeni in tudi aroma in okus sta precej izpremenjena.

Če hočemo uničiti bakterije na zelenjavi in mesu, jih moramo sterilizirati pri višjih temperaturah in v daljših časovnih intervalih.

Nasprotno pa se bakterije na sadju uničijo s kratkotrajnim segrevanjem od 70° do 80°. Zato je sadje bolj priporočljivo vroče polniti, ker traja manj časa, čeprav ga segrevamo do vrenja.

temperatura nad 80° do 100° C. in vsebino kozarca rmetično zaprt. S tem

segrevanju uničijo vita-

v tolikšni meri z ostalimi, da se za obnovo celičnih tkiv pridejo v poštev za tudi precej soli, kot n. pr. načela, kot smo jih našli.

Četudi zdravimo s dietetiko in nudimo ista preostala življenjska sredstva. Bolje preprečiti kakor ščiti obolenost za aku-tni protivirusni, kar vilo jetrnih bolnikov.



ki sprejete beljakovine, tem, da glavna hranila, nam, vsebujejo obnem-rti pri cirozi ista dietna hepatitisom.

eh sodobnih smernicah je njena prognoza slaba, orej tudi velja pravilo: pi zato skušajmo zmanj-se dosledno borimo tudi šalo sedanje visoko šte-

LITERATURA:

1. Current Therapy, Saunders 1956.
2. Demole M.: Gastroenterologia, 76, 199, 1950—1951.
3. Demole M.: Schw. Med. Wochschr. No 1, 6, 1955.
4. Demole M.: Praxis, 45, 369, 1956.
5. Treatment of Infective Hepatitis — Lancet, 270, 269, 1956.

* Po teh načelih se ravna dietetika hepatitisa in ciroze na Interni kliniki v Ljubljani. — Op. ured.

Sterilizacija in vroče polnjenje

Vika Simčič

Sterilizacija

Pri sterilizaciji sadja, zelenjave ali mesa segrevamo nad 80° do 100° C. S tem uničimo bakterije. Po ohladitvi se nad pokrovom in vsebino kozarca tvori brezračni prostor — vakuum — in kozarec je hermetično zaprt. S tem je okužba z mikrobi iz zunanjega zraka izključena.

Pomanjkljivost tega načina je, da se pri daljšem segrevanju uničijo vitamini, posebno A, B₁ in C.

Še dalj časa kot v sopari steriliziramo v električnih in plinskih pečicah, za kar potrebujemo posebno časovno tabelo.

Pri vsakem sistemu sterilizacije so vitamini uničeni in tudi aroma in okus sta precej izpremenjena.

Če hočemo uničiti bakterije na zelenjavi in mesu, jih moramo sterilizirati pri višjih temperaturah in v daljših časovnih intervalih.

Nasprotno pa se bakterije na sadju uničijo s kratkotrajnim segrevanjem od 70° do 80°. Zato je sadje bolj priporočljivo vroče polniti, ker traja manj časa, čeprav ga segrevamo do vrenja.

Vročje polnjenje

Prednosti toplega polnjenja:

1. Tako konservirano sadje ima okus svežega sadja in je mnogo bolj aromatično.
2. S hitrejšo pripravo porabimo veliko manj kuriva ali električnega toka.
3. Ker kuhamo sadje pred vlaganjem, se že skrči in zavzema manj prostora; zato potrebujemo manj kozarcev.
4. Ne potrebujemo nikakih posebnih naprav, ker segrevamo sadje v odprtih kozicah, ki ne smejo biti okrušene.

Posoda

Za sokove uporabljamo steklenice in gumijaste pokrovčke. Vrat steklenice mora biti na vrhu raven, ne izbočen.

Za jagodičasto sadje bi morali imeti patentne kozarce s 6 cm, za ostalo sadje pa z 28 cm široko odprtino. Lahko uporabljamo vse patentne kozarce.

Za vlivanje sadja v kozarce potrebujemo lij s širšo odprtino. Najboljši je steklen, dober pa tudi položen in neokrušene kozice.

Priprava

Steklenice in kozarce pred polnjenjem dobro umijemo s sodo in splaknemo s toplo vodo, gumice pa umijemo v topli vodi.

Steklenice položimo z vratom navzdol počasi v vročo vodo od 60—70° C in počasi obračamo. Nato jih napolnimo z vročo vodo do $\frac{3}{4}$ njene višine in postavimo v vročo vodo. Tu jih pustimo do uporabe. Ko je sadje za vlaganje kuhano, zlijemo vodo iz steklenic in jih ponovno postavimo v vročo vodo. V isti vodi segrevamo tudi stekleni lij, pokrov, gumico in vzmet. Tako segrevamo vsaj 5 minut.

Kuhanje sadja

Sladkor z vodo skuhamo. Nato dodamo v sladkorno raztopino le toliko sadja, kolikor ga potrebujemo, da napolnimo en kozarec ali steklenico. Sadje kuhamo toliko časa, da se dvignejo zračni mehurčki, zlasti na robu posode. Vodo iz kozarca izlijemo, postavimo nazaj v vodo in s penavko takoj napolnimo vroče sadje brez soka do 1 cm pod robom. Sok še enkrat prevremo in vrelega vlijemo čez sadje do roba, tako da teče skoro čez. Takoj nato zapremo z mokro gumico, pokrovom in vzmetjo. Kozarce postavimo na prtič in ohladimo. Pazimo, da ni na prepihu. Po ohlajenju se para zgosti in nastane vakuum. S tem je pritisk zunanega zraka večji in pritiska pokrov na kozarec kot pri sterilizaciji. Zaradi varnosti pustimo vzmeti do uporabe na kozarcu.

Kadar vlagamo v večje kozarce, je nevarnost, da se sadje razkuha, če ga kuhamo v večji množini. Zato ga polnimo dvakrat. Najprej skuhamo polovico sadja in ga vložimo brez soka v kozarce. V istem soku skuhamo še drugo polovico. S tem sadjem dopolnimo kozarce in zalijemo z vrelim sokom. Po polnjenju prvega dela sadja moramo kozarce pokriti s steklenim pokrovom, da se ne ohladi in okuži z mikrobi.

Vroče polnjenje sadnega soka:

Sok segrevamo od 72 do 75° C. Najprej segrejemo le za eno steklenico soka v eni kozici. V drugi kozici ga segrejemo za drugo steklenico. Ko vlijemo iz prve kozice sok v steklenico, pristavimo sok že za tretjo steklenico. Tako segrevamo enakomerno, brez bojzani, da nam sok zavre. Vroč sok takoj polnimo v vroče steklenice do 4 cm pod robom, jih takoj zamašimo s prekuhanimi novimi zamaški, zavežemo z apotekarskim vozlom, poveznemo v košaro, obloženo s krpo, in ohladimo. Ohlajene steklenice parafiramo. Če rabimo gumijaste obročke, polnimo sok do roba in takoj zapremo.

Shranjevanje

Steklenice shranjujemo v kleti na temnem, suhem in zračnem prostoru z enakomerno toploto, ne nad 9—12° C in ne pod 0° C.

Iz tega izvajanja je razvidno, da temeljita sterilizacija in vroče polnjenje na istih načelih konserviranja, samo da je vroče polnjenje mnogo bolj enostavno in bolj ekonomično.

Če hočemo imeti res dobro vkuhano sadje, moramo paziti:

1. na kvaliteto sadja, ki mora biti skrbno prebrano in oprano;
2. na čistočo, ki je važen činitelj pri predelavi sadja, in
3. na pravilno izvedbo.

Pomagaj bolniku!

Kdor koli ima pri svojem poklicnem delu opravka z bolniki, kaj kmalu niti ne pomisli več, da to delo, ki je njemu samemu postalo že rutinsko, nikakor ni nekaj vsakdanjega tudi za bolnika. Tako n. pr. zdravniški pregled, ki je v zdravniški ordinaciji nekaj tako običajnega, za večino bolnikov še malo ni brezpomemben vsakdanji dogodek. Nekateri bolniki se boje, da bo zdravniški pregled zvezan z bolečinami, za druge je vznemirljiv kratko malo zato, ker ga niso vajeni. Marsikdo zavlačuje obisk pri zdravniku zaradi napačne sramežljivosti, pa tudi zaradi omalovaževanja svoje bolezni ali celo iz bojazni, da bi nazadnje le zvedel resnico. Čeprav se medicinski sestri včasih zdi bolnikov strah pred zdravniškim pregledom nekaj nerazumljivega in nepotrebne, vendar pa ne sme pozabiti, da je njena dolžnost tudi, da bolnika pomiri, mu pomaga preko zadrege in ga pripravi na pregled.

Morda ne bo odveč, če se kdaj pa kdaj zamislimo ob tehle kratkih smernicah. Saj nam utegnejo storiti delo lažje in prijetnejše, obenem pa nam v sicer težavnem poklicu nuditi še več notranjega zadoščenja.

1. Predvsem ne smemo pozabiti, da zdravniški pregled za bolnika ni brezpomemben dogodek.

2. Poskušajmo ustvariti topel odnos, ki bolnika navda s pogumom. Po navadi se namreč boji, če ravnamo z njim brezosebno, bi rekli, mehanično. Upoštevati moramo, da je pred nami bolan človek, ne pa zgolj primer bolezni, ki je za zdravnika včasih zanimiv šele takrat, kadar je redek.

3. Če je količjak potrebno, mu obrazložimo, čemu mora na pregled in kaj zdravnik pri tem pričakuje od njega. Večkrat zadostuje samo nekaj primernih be-

sed in prijazen nasmeh, da ga pridobimo za sodelovanje.

4. Če le moremo, pomagajmo bolniku tudi pri slačenju. Dobil bo zaupanje do sestre in do ustanove. V nobenem primeru zato ne smemo te pozornosti, ki jo izkazujemo, smatrati za količjak poniževalno. Gre končno le za pravičen sestrski odnos do bolnika, ki je naše pomoči potreben, zlasti še, če je to poškodovanec ali telesno onemogel ali pa starejši človek.

5. Poskrbimo tudi za bolnikovo udobje v zdravniški sobi. Ker bolniki pri pregledu po navadi že tako odložijo del obleke, naj bo ta prostor primerno topel. Saj je tudi zdravniku težko preiskovati bolnika, če ta ni sproščen in se ne počuti udobno.

Če se bomo držale teh smernic, bomo bolnika lahko duševno čimbolj pripravile na zdravniški pregled, ki je v našem poklicnem delu sicer nekaj vsakdanjega, a vendarle nujno potrebne.

(Medical News, št. 10/1956) — F. N.

Transplantacija živalskih kosti

Dvema znanstvenikoma je uspelo transplantirati kosti raznih živali v nogo psa, ne da bi nastopila običajna razdiralna antigena reakcija zaradi razlik v vrsti. Poseben kemični postopek, ki sta ga pri tem uporabila, verjetno odstrani proteine in s tem omogoča združitev raznovrstnih substanc, ki običajno povzročijo antigeno reakcijo. (Medical News, št. 10/1956) — F. N.

Direktno merjenje toplotne izgube

Fiziologom je slednjič uspelo, da so osebi, ki je bila v ozračju s temperaturo pod 0°C, direktno izmerili izgubo telesne toplote.

S pomočjo posebnega kalorimetra so ugotovili, da človek pri temperaturi pod -12°C, če je razoglavljen, polovico vse toplote izgubi preko glave.

(Medical News, št. 10/1956) — F. N.

Uravnovešenost v prehrani nosečnic

Uravnovešena prehrana je izredno važna v dieti nosečnice. Napravili so poizkuse na samicah nekaterih živali. Če so jim v določeni dobi nosečnosti odtegnili nekatere sestavine hrane, so opazovali prirojene okvare na mladičih. Pri človeku obstoji podobna kritična doba med drugim in osmim tednom nosečnosti. Med snovmi, ki morajo tedaj brezpogojno biti v hrani, so vitamini A in E, riboflavin, pantotenska kislina in folna kislina.

(Medical News, št. 10/1956) — F. N.

Dieta in zobni karies

Poizkusi kažejo, da ruski čaj in tudi kamilični listi, ki vsebujejo znatne količine fluora, vsaj pri nekaterih živalih preprečujejo razvoj zobnega kariesa. Primerjali so glede na razvoj kariesa dve skupini poskusnih živalic. Prvi skupini so poleg snovi, ki pospešujejo razvoj kariesa, dajali še znatne količine čaja in kamiličnih listov v prahu. Druga skupina živalic pa čaja in kamiličnih listov ni dobivala. Po 4 mesecih so pri 10 živalcah prve skupine ugotovili samo 15 karioznih zob, v drugi skupini pa 46 pri enakem številu živalic.

(Medical News, št. 10/1956) — F. N.

OBČNI ZBOR ZDRUŽENJA PROIZVAJALCEV V ŽIVILSKI INDUSTRIJI

Pred kratkim je bil v Izoli občni zbor Zdrúženja proizvajalcev živilske industrije. Iz poročila predsednika smo razbrali, da je Zdrúženje razvilo široko dejavnost za izboljšanje in razširitev proizvodnje. V letu 1955 je slovenska živilska industrija predelala 19 727 ton sadja in zelenjave. Na novo so lani posadili 95 ha malin, 30 ha črnega ribeza in 2 ha jagod. Ker ni bilo za predelavo sadja zadostnih količin sladkorja, je ostalo precej sadne pulpe, ki se bo predelala letos. To je razumljivo, saj je znašal pridelek sadja lani ca. 2 000 000 ton, industrijsko je bilo predelanega pa le 3 %. Večina sadja se prekuha v žganje. Živilska industrija bo skušala razširiti pridobivanje sadnih sokov, ki so sedaj še zelo dragi. Pocenitev zavisi od embalaže,

ki je v primerjavi z vsebino draga. Pri Zvezni industrijski zbornici je zato osnovan poseben odbor. Ko bo proučeval nove možnosti za hranjenje proizvodov živilske industrije z namenom, da se ti pocenijo, tako da bodo dostopni tudi širšemu krogu potrošnikov.

H koncu naj omenimo še, da je Tovarna Arrigoni v Izoli začela s proizvodnjo dehidriranih juh, ki bodo, kot upamo, ob sorazmerno nizki ceni, za naše gospodinje dragocena pridobitev.

Letošnje leto bodo porabljeni razpoložljiva industrijska sredstva predvsem za povečanje proizvodnje sladkorne pese in sladkorja, za opremo oljarn ter za razširitev surovinske osnove za pridobivanje jedilnega olja.

Cilka Maležič