

Medicinska sestra v bolnični službi

Med. sestra Dina Urbančič

Povodov za odločitev, da se na letošnjem občnem zboru našega društva obravnava delovno področje medicinskih sester, njihove dolžnosti in odgovornosti ter metode dela v izvenbolnični in bolnični službi, je več.

Posebna komisija Zvezne skupščine in Zveznega izvršnega sveta pripravlja načrt Zakona o organizaciji zdravstvene službe. V okviru te komisije pripravljajo posebne podkomisije načrte za posamezne zakone, tako n. pr. Zakon o zdravstvenem osebju, Zakon o medicinskih strokovnih šolah. Določila, ki bodo v Splošnem zakonu o zdravstvenem osebju urejala dolžnosti in odgovornosti medicinskih sester, bodo v zakonu gotovo zelo splošna. Splošnim zakonom bodo nedvomno sledili izvršilni predpisi, v katerih bo treba podrobneje določiti naloge in odgovornost. Na sodelovanje pri ostvaritvi teh predpisov pa moramo biti me sestre pripravljene, to se pravi, da moramo najprej same začrtati koncepcijo naše službe, dolžnosti na posameznih delovnih mestih pa tudi meje naših strokovnih kompetenc.

Vzporeden povod za razpravo o tem problemu nam dajejo tudi razni tragični dogodki, ob katerih postavljajo nadzorni organi in javnost težko vprašanje: »Kdo je odgovoren? Ali spada storitev, zaradi katere je prišlo do nesreče, v delovno področje onega, ki je s svojim dejanjem neposredno povzročil nesrečo? Ali je bil ta za določeno storitev strokovno usposobljen? Ali je bila njegova praktična strokovna usposobljenost preverjena? Ali je bil za to tudi moralno etično kvalificiran — to se pravi: ali se je zavedal, s kakšno odgovornostjo in s kakšno nevarnostjo je zvezano delo, ki ga je opravljal?

Ljudska skupščina LRS je na junijskem zasedanju hkrati sprejela tri zakone s področja zdravstvene službe: Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, Zakon o bolnicah in Zakon o strokovnem nadzorstvu. Vsi trije zakoni so bili objavljeni v Uradnem listu LRS št. 21/56. Snov, ki jo obravnavajo novi trije zakoni, je osnova za vso organizacijo in delo zdravstvenih zavodov v LRS, in bo služila kot temelj za ves nadaljni razvoj zdravstvene službe. Res je, da je vsebina novega Zakona o bolnicah zajela v glavnem obstoječe dejansko in organizacijsko stanje naših bolnic, vendar so bile v zakonu upoštewane tudi vse družbene spremembe, ekonomski razvoj v državi, napredek medicine in splošna načela socialistične zdravstvene službe.

Za Zakon o bolnicah so karakteristične sledeče lastnosti:

a) Zakon ne obravnava bolnic kot izključno terapevtskih zavodov, kot gledajo nanje mnogi nestrokovnjaki in celo strokovni ljudje, kar je seveda še ostanek starih pogledov na zdravstvo, temveč jih obravnava kot zavode s širšimi nalogami v celotnem sistemu zdravstvenih zavodov sploh.

Zato n a l a g a zakon bolnicam tudi dolžnost sodelovanja in pomoči drugim zavodom, zdravstvenoprosvetno delo med bolniki, preventivne naloge in končno znanstveno raziskovalne naloge.

Zakon u v a j a v bolnice socialno službo in obvezno strokovno izpopolnjevanje bolničnega strokovnega osebja. Način tega izpopolnjevanja ureja pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenega osebja.

Zakon d o l o č a nekatere osnovne dolžnosti bolnic do ljudi, ki jim je zdravljenje v bolnici potrebno in ki se tam zdravijo.

Z razširitvijo bolničnih nalog se razširjajo in dobivajo globljo vsebino tudi naloge medicinskih sester kot skupine strokovnih delavcev, ki naj bi bili med ostalimi strokovnimi delavci nosilci in izvrševalci teh nalog. Poglejmo konkretno! Ne da bi se spuščala v organizacijo dela v bolnici, želim očitati koncept — vsebino — sestrske službe v bolnici, koncept, kakršnega narekuje razvoj medicine, naša zdravstvena služba, naša zakonodaja in kakršnega so sprejeli po vse večjem in večjem uveljavljanju dejavnosti medicinskih sester tudi mednarodni zdravstveni forumi.

Če ta koncept iz najrazličnejših objektivnih in subjektivnih razlogov še ni ostvarjen ali v celoti realiziran, vas že vnaprej prosim za pozitiven odnos in dajem pobudo za vaše pripombe in predloge, za to, da se mu bomo vsak dan bolj približali in ga končno prenesli v prakso.

V maju 1956 je bil na 9. skupščini Svetovne zdravstvene organizacije predmet strokovne diskusije: »Medicinske sestre, njih vzgoja in njih vloga v zdravstveni službi.« Razpravljalo je o tem 213 zdravstvenih, socialnih, upravnih in drugih delavcev iz različnih držav obeh polut zemeljske oble. Sodelovalo je med njimi tudi 21 medicinskih sester, ki so se udeležile zasedanja, te skupščine kot uradne delegatke svojih držav.

Vloga medicinske sestre je bila očitana zelo pestro, kar je pa docela razumljivo, saj se njena vloga v državi, ki ima eno sestro na 300 prebivalcev, pač nujno razlikuje od vloge v državi, kjer pride komaj 1 sestra na 30 000 prebivalcev.

Vsekakor je soglasno bilo sprejeto stališče, da ima medicinska sestra določeno vlogo in široko dejavnost v zdravstveni službi vsake države. Če se v neki državi poklic še ni uveljavil v vseh svojih dejavnostih, naj pomeni pač smoter, ki ga je treba doseči v bližnji bodočnosti.

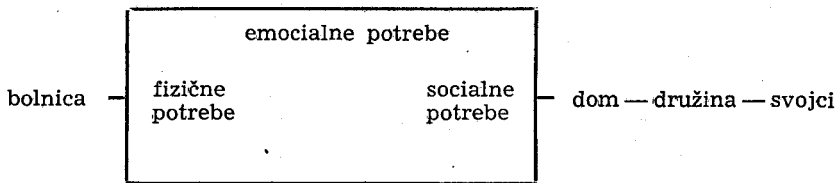
Kot bistvenih je bilo v delovnem področju medicinske sestre začetnih pet o funkcij, in sicer:

Prva: nudi strokovno in večjo nego in skrbstvo bolnemu in onemoglemu v skladu z njegovimi fizičnimi, emocionalnimi in socialnimi potrebami, ne glede na to, ali se ta nega ali skrbstvo izvaja v bolnici, na domu, v šolski ali v industrijski zdravstveni službi.

Oglejmo si te dejavnosti vsako posebej, kolikor pridejo v poštev tudi na področju sestrske službe v bolnici.

Če vzamemo besedo nega v širšem pomenu besede, jo lahko nadomestimo tudi z besedo skrb za bolnika kot osebnost z vsemi komponentami te osebnosti in njegovimi potrebami. Kaj vse naj v osnovi zajame skrb za bolnika, nam naravno prikazuje naslednja shema.

V skrbi za bolnika se morajo upoštevati:



Skupnost — možnosti,
ki jih daje skupnost na razpolago
za vrnitev zdravja

V območju bolnikovih fizičnih potreb je medicinska sestra odgovorna za nego bolnika v ožjem smislu. Zaradi onemoglosti in začasne ali trajne invalidnosti pomaga bolniku v njegovih najelementarnejših potrebah. Nikar se ne sramujmo naštetih te potrebe, v katerih je bolnik docela ali delno odvisen od tuje pomoči: hranjenje, vzdrževanje telesne čistoče in udobja v postelji in neposredni okolici, pomoč pri odvajanju, pri spremembi lege, potem pri morebitnem bruhanju, kašljanju itd.

Večkrat se načne vprašanje, ali so ta opravila delo medicinske sestre ali pa delo pomožnega osebja, t. j. bolničarjev oziroma celo strežnikov. Pravilen odgovor se glasi: To je delo sester in bolničarjev! Namenoma smo rekli: »V območju bolnikovih fizičnih potreb je medicinska sestra odgovorna za nego bolnika«. Dodati moramo še: odgovorna, bodisi da nego bolnika vrši sama, bodisi da nauči, organizira in nadzira izvajanje nege.

Na strokovni višini pa nego lahko poučuje, jo vrši, organizira in nadzira edinole, če pozna patologijo obolenja, načela diagnostike in zdravljenja, umestnost prijemov in načina dela ter bolnikovo nastrojenje.

Večkrat se nagibljemo k temu, da podcenjujemo te vrste dela me same, nagibljejo se k temu celo strokovnjaki, ki dostikrat vidijo samo »zanimiv« patološki primer, pri tem pa pozabljajo, da gre za človeka z vsemi elementarnimi potrebami. Redkejši so oni, ki se zamislijo globlje, ki priznavajo važnost dobre nege kot bistvenega dopolnila v procesu zdravljenja, v nekaterih primerih celo najpomembnejšega dela zdravljenja. Prav gotovo pa ne podcenjuje tega bolnik, ki ni toliko v zadregi, kdo mu bo dal zdravilo, kdo injekcijo itd., ampak kdo mu bo s prijaznim obrazom na diskreten način prinesel in odnesel posteljno posodo, kdo ga bo umil, da ne bo neprijeten sebi in svoji okolici.

Pred 90 leti je Florence Nightingale napisala knjižico: »Pripombe k sestreskemu delu, kaj je in kaj ni.« Na 140 straneh je napisala, kako negujemo bolnika in onemoglega.

Edinstvena je ta knjižica prav zaradi tega, ker obrača pozornost bralca na te osnovne potrebe bolnika, katerim je treba od pomoči, bodisi da ga neguje najbolj nevešča mati ali pa strokovno najbolj usposobljena oseba.

Res je, da se je v 90 letih, odkar je bil napisan ta katekizem za sestre, medicinska praksa obogatila s toliko novostmi, da se je nujno spremenil in razširil tudi repertoar del, ki jih opravlja današnja medicinska sestra v primerjavi s pionirkami našega poklica. Vse bolj in bolj prevzema medicinska sestra v svoje delovno področje razne medicinsko-tehnične storitve, ki jih pred nekaj desetletji še ni bilo v praksi ali pa so spadale v izključno domeno zdravnika. Toda osnovne bolnikove potrebe se z napredkom medicine niso spremenile. Človek je ostal človek in zaradi tega so njegove osnovne potrebe ostale pač iste, in prav glede teh je ostal bolni, slabotni, brezmočni še posebno občutljiv.

Prezahtevno in nestvarno bi bilo trditi, da mora vsaka medicinska sestra opravljati vso nego, ne gre, nimamo jih toliko in jih ne bomo nikdar imeli toliko, za ponavljajoče se delo bi to bilo z gospodarskega vidika nepovoljno. Gre pa za to, da ne črtamo te važne komponente iz našega dela, gre za to, da za nego bolnika prevzamemo nase odgovornost, da bo bolnik negovan. Odgovornost v tem smislu, da ga bomo v določenih primerih negovale tudi same. Kdaj pa mora sestra sama negovati bolnika, naj bi ne odločalo pomanjkanje

pomožnega osebja, ampak resnost bolnikovega obolenja, pri katerem mora biti še tako preprosta storitev, upošteva je bolnikovo stanje in dano situacijo, v odnosu in metodi, individualno prilagojena.

Med nami samimi je torej potrebno vrednotenje nege, gojitev kulta bolnikove nege na ravni človečanskega dostojanstva, izpopolnjevanje in kultiviranje naših rutinskih prijemov. Mislim tudi na element diskretnosti v nizu vsakdanjih storitev, kot so priprava za pregled bolnika, razne preiskave bolnikov, umivanje, opravljanje telesne potrebe v postelji, katetriziranje itd. itd. Diskretnost je vse preveč umaknjena iz naših zavodov, španska stena postaja v naših zavodih nepotreben in tuj pripomoček. Naj za podkrepitev svojih izvajanj navedem drastičen primer: Kako je mogoče, da neki bolnični oddelki dopuščajo klistiranje bolnika v prostoru pred straniščem in v stoječi pozi? Taka metoda prav gotovo z vidika učinkovitosti ne zdrži strokovne kritike; še bolj pa jo moramo grajati s stališča humanosti.

Glede na bolnikove fizične pa tudi emocionalne in do neke mere socialne potrebe spada v področje sestrskes službe v bolnici — torej v nego bolnika v širšem pomenu besede — tudi skrb in akcija za ostvaritev in vzdrževanje takega okolja, ki bo fizično in psihično dovoljno vplivalo na bolnikovo počutje, zdravljenje in okrevanje. Tu imamo v mislih vzdrževanje higiene in estetske podobe bolnikovega najožjega okolja, t. j. postelje in predmetov, ki jih uporablja, bolniške sobe ter vseh pomožnih in medicinsko funkcionalnih prostorov.

V že omenjenih zapiskih Florence Nightingale najdemo: »Splošno in na žalost globoko zakoreninjena sta vtis in mnenje, češ da res nekaj ali celo vse storimo za bolnika, če mu damo zdravila, nič pa ne pomeni, če poskrbimo za zračenje, ogrevanje, čistočo, če poskrbimo za razvedrilo, spremembo itd.« Dostikrat tudi me sestre premalo doprinesemo k priznanju te komponente v negi bolnika.

V tej dejavnosti ima medicinska sestra predvsem vzgojne, organizacijske in nadzorne naloge, ker gre za dela, ki jih opravlja pomožno zdravstveno ali celo nestrokovno osebje in ker je včasih tudi bolnike treba navajati k vzdrževanju higiene in kulturnega vzdušja. Pravimo, da ima na tem področju medicinska sestra naloge medicinsko izobražene, kulturne in prijetne gospodinje.

Ko govorimo o bolnikovem okolju, ne smemo pozabiti na zelo važen del tega okolja, na živi del, t. j. vse osebje, ki je v stiku z bolnikom po svoji strokovni, upravni ali tehnični dolžnosti. Medicinska sestra mora navajati to osebje k osebni higieni, zunanji urejenosti, dostojnosti, k zavestnemu osvajanju kulturnih privajenosti, k pravim odnosom nasproti bolnikom, ustanovi, predstojnikom, nadrejenim in sodelavcem. To je pa trdo in dolgotrajno delo, ki se statistično ne da dokazati v merilu porabljenega časa ali pa takta in vztrajnosti.

Dalje: V območju bolnikovih fizičnih potreb v zvezi z ugotavljanjem in zdravljenjem bolezní in v vsem zadevnem procesu opravlja medicinska sestra po zdravnikovem naročilu niz medicinsko-tehničnih opravil, in je v tej dejavnosti član teama-ekipe zdravstvenih delavcev, izmed katerih v harmoničnih odnosih prispeva vsak svoj delež. Z razvojem medicinske prakse v diagnostiki in terapiji se pojavlja vse več kompliciranih opravil, ki zahtevajo od sestre strokovno znanje, tehnično večino, spretnost in čut odgovornosti. Pri tem pa še to, da pri takih opravilih sestra ne odvrne svoje pozornosti od bolnika kot osebnosti.

Mislimo, da gre praksa celo predaleč in da se medicinskim sestram nalaga v razbremenitev zdravnikov mnogo takih storitev, ki bi morale ostati domena zdravnikov. Ali kdo pomisli na to, koliko še ostane časa sestri za razgovor z bolnikom, za delo s pomožnim osebjem, z učenkami na praksi in za druge naloge, ki jih bomo še našli? Govorimo o tem, kdo je odgovoren, če se zgodi nesreča zaradi storitve, ki jo je opravila namesto zdravnika sestra, namesto da bi govorili o varnosti bolnika že prej. Zame je bila zanimiva tale ugotovitev: ob priliki skupščine Svetovne zdravstvene organizacije sem dobila na vpogled poročila o stanju sestrskes službe v kakih 35 državah.

Iz teh poročil sem povzela naslednje: čim večje je v neki državi število sester glede na število prebivalcev, čim više je organizirana sestrsk služba, čim daljšo tradicijo ima, tem manj prehajajo dela, ki so domena zdravnikov, v delovno področje sester.

Druga funkcija po formulaciji Skupščine svetovne zdravstvene organizacije:

Medicinska sestra dela kot zdravstvena vzgojiteljica in svetovalka bolnikov, svojcev, družin na domovih, pa tudi v bolnicah in drugih zdravstvenih zavodih, šolah in v industriji. Zaradi tesnega in nepretrganega stika z bolniki in njih svojci navadno uživa zaupanje in je v dobri strateški poziciji, da v preprosti govorici, razumljivi bolnikom in njihovim svojcem, posreduje znanstvena dognanja, da bi jih resnično razumeli, sprejeli in se po njih dejansko ravnali.

Kakšne so možnosti in kakšne so metode zdravstvenoprosvetnega dela v bolnici in kakšen je delež medicinskih sester na tem področju? Že v sami formulaciji zdravstvenovzgojne funkcije medicinskih sester je naznačeno, da ima medicinska sestra velike možnosti za to delo prav v bolnici, predvsem zaradi individualnega kontakta z bolniki in pa zaradi tega, ker se pobude za zdravstvenovzgojno delo v bolnici tako rekoč kar vrstijo. Že samo bivanje in higienski režim v bolnici more vplivati na osvojitve higienskih navad. Še zlasti pa se to da izkoristiti v pediatriji, porodništvu, v bolnicah za tuberkulozo in v podobnih zavodih.

Poleg tega ima sestra na razpolago še druge metode. Za naj sodobnejšo in pedagoško najbolj uspešno smatramo metodo individualnega pouka in pouka v majhnih skupinah. Individualni pouk v obliki razgovora je uspešen, ker ga lahko prilagodimo trenutni situaciji, osebnemu zanimanju, stopnji bolnikove izobrazbe in motivu, zaradi katerega govorimo. Tak individualen pouk je lahko priložnosten, ko ga sprožijo dane okoliščine, ali pa načrten, po potrebi že v naprej določen in pripravljen.

O čem naj se pa menimo z bolnikom in njegovimi svojci, če imamo pred očmi zdravstvenovzgojni smoter? Predvsem o tem, kako lahko tudi sam pripomore k hitrejšemu in uspešnejšemu zdravljenju, kako se bo ravnal, ko pride iz bolnice, bodisi kar se tiče režima življenja, prehrane, prekomernega dela, kako bo obziren do svoje okolice, zlasti če ima nalezljivo bolezen ali pa je nemara bacilonosec. Vsebina razgovora v vsakem konkretnem primeru je odvisna od vrste obolenja in od navodil, ki so bolniku potrebna.

Druga metoda, pouk v malih skupinah, je v bolnici sicer tudi mogoca, vendar nekoliko težje izvedljiva. Utemeljena je pa le, če gre za majhne skupine z enakim interesom, kot so n. pr. porodnice, skupina tuberkuloznih bolnikov, z ustrezno diferenciacijo tudi diabetiki itd. V fizioterapiji pa se metode skupinskega pouka že kar vpletajo v skupinsko terapijo, n. pr. pri terapevtski telo-

vadbi, terapevtskih igrah itd. Pri zdravstvenovzgojnem delu v skupinah je važno naslednje: skupina mora biti majhna, interes skupen, stopnja izobrazbe in zdravstvene kulture vsaj približno enaka. Nadalje moramo doseči, da člani posamezne skupine pri vsem tem dejansko sodelujejo. Snov učne enote ne sme biti preobsežna in tudi ne preobložena. Pouk poteka v razgovoru, ki ga načnemo. Pri tem si pomagamo lahko z različnimi pripomočki, kot so tabla in kreda, slike, predmeti, ki jih bolnik uporablja, in tiskani letaki.

Zadnji čas imajo tudi po nekaterih naših zdravstvenih zavodih pripomočke, kot so magnetofonski posnetki, zvočniki itd. Vendar so že prvi poizkusi pokazali, da te metode daleč zaostajajo za živo besedo, ker pri njih ni osebnega kontakta, ker ni nobene kontrole glede stvarnega dožemanja, razen tega ni mogoča istočasna uporaba drugih učnih pripomočkov in tudi poslušalci ne sodelujejo aktivno.

Med ostalimi sredstvi, ki so nam na razpolago za zdravstvenovzgojno delo, je tiskano gradivo, kot so letaki, brošure, slike, napisi in knjige. Najpogostnejša je pri nas uporaba letakov z navodili za nego in prehrano dojenčkov, s poukom o nalezljivih boleznih ter z navodili za različne diete. Vedeti moramo tudi, da dosežemo kaj malo uspeha, če bolniku pri pregledu ali ob odpustu iz bolnice izročimo takšno tiskano navodilo, ne da bi ga mu poprej izčrpno razložili. Denimo n. pr., da tak letak nosi naslov Dieta Ulcus III. Bolnika kot osebnost pa ne moremo uvrstiti kratko malo v predalček št. III., ker je to vendar individuum z lastnimi prehrabnimi navadami in ima morda zelo omejene možnosti, da si uredi ustrezno dieto itd. Zato se bomo v razgovoru z njim dotaknili tudi te strani.

Brošurice in slike nam pridejo prav za opremo čakalnic, dnevnih prostorov itd. Ponekod imajo vpeljana majhna knjižnico, s knjigami opremljen voziček, ki v določenih časovnih presledkih kroži po bolniških sobah. Kdor ima to knjižnico na skrbi, mora obenem svetovati in usmerjati izbiro čtiva.

Zdravstvenovzgojno delo opravlja sestra v bolnici s tem, da bolnika, ki bo izven bolnice še potreboval pomoči, pouči o možnostih, ki mu jih nudi izvenbolnična zdravstvena služba, kot n. pr. patronaža, kontrolni pregledi v dispanzerjih, obiski posvetovalnic, ter ga obenem navaja, da te ustanove obiskuje, s čimer tudi že ustvarja povezavo med bolnično in izvenbolnično službo.

Tretja bistvena funkcija medicinske sestre (po formulaciji Svetovne zdravstvene organizacije) pa je, da bolnika opazuje, da opazuje subjektivne in objektivne razmere, ki pomembno vplivajo na ljudsko zdravje in da ta opažanja posreduje drugim članom zdravstvenega teama (izg. tima) ali organom, ki so za posamezna vprašanja odgovorni. V tem je sestra dragocena vez med bolnikom in zdravnikom, upravo zdravstvenega zavoda, sanitarno službo, socialnim delavcem, šolo in delodajalcem, pa tudi znanstvenim raziskovalcem.

Ne moremo dovolj poudariti, kolike važnosti je naloga, ki jo medicinska sestra v bolnici opravlja z opazovanjem bolnika, vplivov subjektivnih in objektivnih faktorjev njegovega okolja in o posredovanju teh opažanj odgovornemu zdravniku ali upravi, glavni sestri itd. To opazovanje pa ni le opazovanje bolezenskih simptomov, morebitnih sprememb ter bolnikove reakcije na terapijo. Zanimati se moramo tudi za subtilnejše stvari: Ali smo bolniku ob sprejemu ustvarili občutek varnosti, kako je nanj vplival pregled, vizita? Ali ga je razgovor z zdravnikom, od katerega si je toliko obetal, kaj pomiril, ali se morda ne počuti kot stranski opazovalec, ki opazuje, kaj se z njim dogaja? Ali ne išče

informacij pri osebi, ki je morda najmanj kompetentna, vendar najbolj dostopna? V teh in v nešteto drugih stvareh je bistvo naše trditve, da je medicinska sestra vez med bolnikom in zdravnikom.

Zavoljo različnih značajev, temperamentov, kulture, izobrazbe, navad je skoraj neizbežno, da bolniki drug drugemu večkrat zagrenijo bivanje v bolnici. Naloga sestre je, da bedi tudi nad tem in da s svojim posredovanjem izravna morebitna nasprotja in nestrpnost, če že nima možnosti, da bi bolnike razvrstila v ustrezne skupine.

Med zdravstvenimi strokovnimi enotami smo rekli, da uvaja zakon novo strokovno enoto, t. j. socialno službo v bolnici. Obseg te službe niti pravno niti v praksi še ni opredeljen. Če bi hoteli vsaj malo govoriti o tem, bi morali reči, da ima socialna služba nalogo, da ugotavlja socialne, osebne, družinske in druge nemedicinske okoliščine (n. pr. stanovanje, zaposlitev, finančne težave, razvade itd.) bolnika, ki utegnejo vplivati na potek zdravljenja in na bolnikovo zdravje ter emocionalno in socialno ravnovesje ob odpustu iz bolnice, in da skrbi, da se te škodljive okoliščine odpravijo ali ublaže. Funkcionar socialne službe se pouči o teh okoliščinah iz osebnih in družinskih anamnez, ko se posvetuje z zdravniki in medicinskimi sestrami in z neposrednim stikom z bolnikom. Odpravlja pa te za zdravje škodljive okoliščine s posredovanjem pri organih ljudskih odborov, pri gospodarskih organizacijah, delodajalcu, zavodu za socialno zavarovanje, množičnih organizacijah in podobno.

V nekaterih (sicer redkih) naših bolnicah opravljajo že danes socialno službo posebej v ta namen postavljene medicinske sestre, tako n. pr. v pediatriji. Z vzgojo specialno usposobljenih novih kadrov — socialnih delavcev — bo ta služba v naših bolnicah dobila splošnejši značaj. S tem se pojavlja nov član teama strokovnih delavcev v službi bolnika. Vendar moramo poudariti, da bo spričo tesnega in nepretrganega stika z bolnikom morala ostati medicinska sestra prvi signalizator bolnikovih neurejenih socialnih in drugih nemedicinskih problemov in bo za reševanje le-teh bolniku v korist iskala pomoč eksperta socialnega varstva. Če se bo pri bolnicah postopoma organizirala socialna služba v širšem merilu, bi bilo zelo koristno, da v njej sodeluje tudi medicinska sestra z izključno nalogo socialno medicinske službe. Upajmo, da bomo sčasoma imeli tudi nekaj sester, ki bodo poleg šole za sestre absolvirale tudi šolo za socialne delavce. Če bi se katera rada približe seznanila s socialnimi vplivi na potek bolezni, opozarjam na članek: »Socialna služba v bolnici«, objavljen v Vestniku Sveta za zdravstvo št. 7—8, leto III.

Četrta bistvena funkcija medicinskih sester po formulaciji SZO je: izbirati, usposablјati in voditi pomožno zdravstveno osebje, ki je potrebno za izvrševanje službe v bolnicah in drugih zdravstvenih zavodih. V to funkcijo spada tudi ocenjevanje teh potreb in določanje nalog pomožnemu osebju v skladu z bolnikovimi potrebami.

Definicija vsebuje široke naloge, ki jih ima sestra v bolnični službi. Opozarja nas na potrebno hierarhijo v tej službi. Izbiranje in nameščanje (ne mislimo pri tem na administrativno-tehnični postopek) vseh na novo nameščenih kolegic in pomožnega zdravstvenega osebja bi moralo biti prepuščeno glavni medicinski sestri bolnice v sporazumu z glavnimi sestrami oddelkov. Funkcija glavne medicinske sestre se pri nas v nekaterih zavodih šele uvaja, žal pa jo je Zakon o bolnicah premalo upošteval.

Naloga strokovnega usposabljanja in vodstva mlajših kolegic, pomožnega zdravstvenega osebja in tehničnega osebja ter še posebej učenk raznih medicinskih šol je vpletena v vse ostalo delo bolnične medicinske sestre.

Metode tega izvenšolskega, interinstitucionalnega strokovnega izpopolnjevanja osebja v zavodu so različne, od priložnostnega individualnega pouka, strokovnih delovnih konferenc, seminarjev, predavanj pa do praktičnih vaj za poenotenje ali izpopolnitev tehnike pri določenih opravilih.

Posebne strokovno vzgojne naloge ima medicinska sestra v zvezi z osebjem v pripravniški dobi, o čemer je bilo obširneje pisano že v »Vjesniku medicinskih sestara« št 1/III-1. Prej smo omenili tudi vzgojo tehničnega osebja, misleč pri tem na posredovanje določenega higienskega minimuma, znanje gospodinjstkih opravil in osvajanja kulturnih navad.

Opisovanje organizacijskih oblik in didaktičnih metod za strokovno vzgojo naštetega osebja, še posebej pa učenk zdravstvenih šol, bi nas zavedlo predaleč, ker zahteva ta problem posebne obravnave. Zastavimo si za diskusijo glede tega vsaj tole vprašanje: Kako rešiti pedagoški konflikt, ki se pojavlja med delom šole in prakso v bolnici? Ta konflikt je v naslednjem:

Metode dela, standard bolniške nege, oskrba z opremo in odnosido bolnikov po zavodih, kjer so učenke na praksi, niso vedno in povsod taki, da bi mogli služiti kot pozitiven vzgojni činitelj. To, kar učenke vidijo in delajo na praksi, ni vedno v skladu s tem, kar slišijo v šoli. Vzglede pa seveda vpliva močneje kakor beseda.

Peta osnovna funkcija medicinske sestre: sodelovanje z drugimi člani zdravstvenega teama, ko se razčlenjujejo potrebe zdravstvene službe in ko se o teh potrebah odloča. Sodelovanje pri planiranju gradnje zdravstvenih zavodov ter njih opreme s potrebnim inventarjem in pripomočki, od česar je odvisno uspešno sestrsko delo.

Z uvedbo družbenega upravljanja, s pritegnitvijo medicinskih sester v strokovne svete bolnic, je pri nas dana možnost, da se sestre koristno uveljavijo v tej funkciji. Pogrešamo pa tega, da bi se ob gradnji novih objektov konzultirale izkušene medicinske sestre, ki bi presodile in svetovale, ali je načrt objekta primeren glede na njihovo delo v tej zgradbi. Ni to prav nič prezahtevno, pač pa je to resen problem, saj je od smotrne ureditve bolnic odvisna uspešnost v storitvah za bolnika in tudi število potrebnega osebja.

Večkrat se je že načelo vprašanje, ali je nabavljanje, skrb za vzdrževanje in evidenco inventarja dolžnost sestre, ki ima že drugega dela dovolj? Puščamo vprašanje odprto, vendar smo mnenja, da mora skrbeti, da se za dobro nego potrebni inventar nabavi, dajati mora predloge glede števila in kvalitete predmetov, ker je ona tista, ki bo lahko najbolj in do kraja utemeljevala potrebe.

Upravno organizacijske dejavnosti še nismo omenili posebej, ker vsebujejo vse do sedaj našteje funkcije, tudi ta element: Kaj je upravljanje? Beseda »upravljanje« obsega zelo širok pojem. Navadno mislimo s tem celotno sposobnost in akcijo za praktično izvajanje določenih pravil, načel, programov ali službe. V celotni skali »upravljanja« imamo na enem koncu enostavno izvrševanje že znanih pravil, na drugem koncu pomeni upravljanje planiranje, sprejemanje in uveljavljanje novih načel, organizacijo dela, vodstvo in kontrolo dela. Čim više organizirano in kompleksno je neko delovno področje, tem bolj komplicirano je upravljanje.

Dejansko pa postane lahko tudi najpreprostejša funkcija v izvajanju že znanih pravil in reda v nekem delovnem procesu že prava umetnost, če upoštevamo zamotanost medsebojnih odnosov med ljudmi določene delovne skupine.

Za upravne in organizacijske naloge mora imeti sestra poleg strokovnega znanja tudi izkušnje, poznati mora principe načina dela z ljudmi, biti mora razgledana, zasledovati mora družbeni razvoj in imeti moralno etične kvalitete.

V bolnici ima določen obseg upravno organizacijskih dolžnosti že sobna sestra, širši obseg oddelčna sestra in zelo širokega glavna sestra bolnice. Seveda bi njih opisovanje preseglo okvir tega poročila.

Upajmo in delajmo za to, da bomo v doglednem času ostvarili trajne možnosti podiplomskega usposabljanja bolničnih sester za katere koli položaje v okviru bolnične sestrške službe.

Medosebni odnosi v bolnici.

Vse našete dejavnosti se v dani situaciji izvajajo za ljudi, med ljudmi in z ljudmi. Mislim, da so nam, ko smo jih naštevali, vzbujale spoštovanje pred njih izvajalci, t. j. pred bolničnimi sestrami.

Rekli smo za ljudi. To so bolniki vseh starosti, poklicev, različnega socialnega statusa, različne kulture, navad itd. z različni stopnjami in kategorijami obolenj, vse od simulantpa pa do nesrečneža, ki ga tare neozdravljiva bolezen.

Delo se vrši med ljudmi in z ljudmi različnega intelekta, izobrazbe značaja in temperamenta. Da povzamemo: v negi bolnika v ožjem in širšem pomenu besede, v opazovalni in posredovalni vlogi, v zdravstvenoprosvetni dejavnosti, v vzgoji kadrov, v organizaciji in vodstvu dela, povsod zadene sestra na probleme medsebojnih odnosov, med njo in predstojnikom, med bolniki samimi, med njo in sodelavci ter med samim osebjem.

Situacijska slika ima različne kombinacije. Ni recepta za vsako konkretno situacijo. Vendar je neki napotek: Nekatera zelo preprosta, vendar bistvena dejstva vplivajo na značaj odnosov v delovnem kolektivu. Preprosto povedano, so ta dejstva v tem: ljudje smo vsi enaki in ljudje smo vsi različni. Z objektivnim opazovanjem samega sebe in z opazovanjem drugih pridemo do nekih zaključkov o človeških motivih in reagiranju, vendar moramo priznati, da so naše možnosti za ocenjevanje drugih po lastnem doživljanju večkrat močno omejene.

Vsi smo enaki v tem, da potrebujemo v svojem privatnem in delovnem okolju razumevanje, občutek gotovosti, zaupanje, priznanje, možnosti lastne iniciative, četudi v drobnih stvareh. Različni smo po intelektu, temperamentu, značaju, čustveni razgibanosti, skratka po celotni osebostni strukturi in od vsega tega je odvisno, kako reagiramo na dražljaje in dogodke iz svojega okolja.

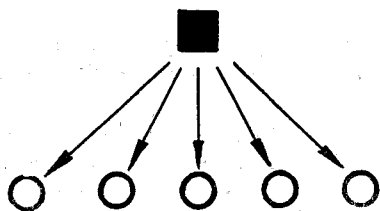
Rezultati psiholoških eksperimentov in študija skupine različnih ljudi iste delovne enote so pokazali, da so človeški odnosi odvisni od tehle preprostih činiteljev:

1. ljudje si žele, da jih okolje sprejme in razume, kakršni so, preden jih skuša kdor koli korigirati;
2. ljudje si žele, da se z njimi posvetujemo glede stvari, ki se jih tičejo in da soodločajo pri teh stvareh;
3. ljudje si žele, da jih obravnavamo kot osebnosti z njih lastnimi skrbmi, radostmi in interesi, z lastno veljavo, ponosom in dostojanstvom.

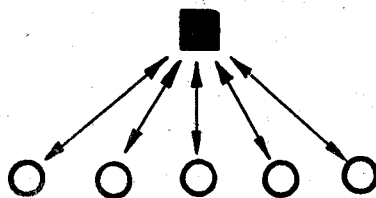
Vse to zveni preprosto. V praksi pa zahteva poguma in veliko vere v človeka. In vendar zaupajmo ljudem, pogovorimo se z njimi, obrazložimo jim

dejstva, dajmo jim časa — pa bomo presenečeni nad uspehi. Delo v bolnicah je na današnji stopnji medicine takšno, da ga mora opravljati več vrst strokovnjakov. Govorimo o teamu — o skupinskem delu. Pojem teama ni v številu in raznovrstnosti članov neke skupine, pojem teama je v skladnem harmoničnem delu za skupni smoter. Delo vsakega člana takega teama mora biti upoštevano in koordinirano z delom ostalih članov, bolnikovo mesto pa je v središču zanimanja in pozornosti.

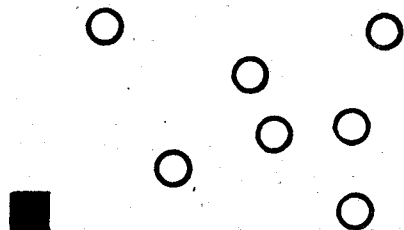
Pri tej točki bo zaradi nazornejše predstave nemara koristno, če grafično prikažemo nekaj tipičnih skupinskih struktur in jih primerjamo s situacijo na njih delovnih mestih.



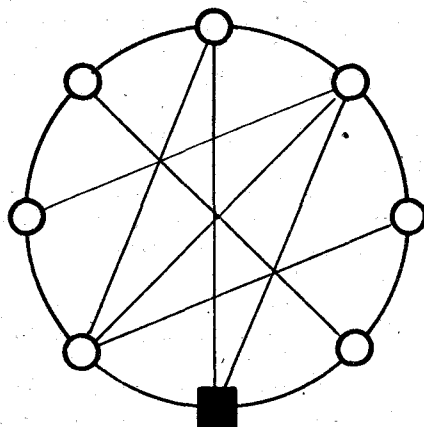
Avtokratični sistem



Demokratični centralizem



Anarhični sistem



Kooperativni sistem

Ko smo naštevali naloge medicinskih sester, smo se namenoma izognili opredelitve teh nalog na posamezne sestre v hierarhični lestvici bolnične službe. Še manj smo imeli namen postavljati naloge. Že v uvodu smo poudarili, da želimo orisati koncept te službe v njeni celoti in prikazati njeno pomembnost. Želela sem orisati koncept, kakršnega moramo prvenstveno osvojiti me sestre, ga gojiti, težiti za njegovo ostvaritvijo in z njim seznaniti skupnost. Želela sem doprinesiti k temu, da nestrokovnjaki in celo strokovnjaki ne bodo gledali na bolnično sestro zgolj kot na strokovno tehnično dobro uposobljeno delavko, češ da je to delavko mogoče rekrutirati kar iz »šole v praksi«. Če velja za medicinsko sestro v izvenbolnični zdravstveni službi trditev, da je zdravstveno-

socialni in pedagoški delavec, velja po vsebini dela za sestro v bolnični službi ista definicija. Gre le za to, katera komponenta v njeni dejavnosti prevladuje, za katero je pretežno zadolžena, za katero je boljše usposobljena in za katero čuti več nagnjenja. S tem pa je že povedano, da vsaka vsega ne more delati. Ne opravlja pa nobena svojega dela polnovredno, če iz celote docela izloči ali negira katero koli naštetih komponent.

Če bi hoteli poiskati napredek, ki je bil doslej dosežen v naših bolnicah z vašim trdim delom in vztrajnostjo, če bi hotela namesto vas, ki na vaših ramenih leži breme te službe, naštetih vse objektivne in subjektivne težave, bi se naša izvajanja zavlekla predologo. Rajši boste o vsem tem spregovorile same.

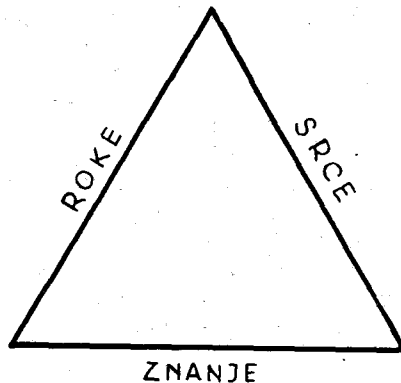
Da bi se povečal številni dotok kvalitetnih kadrov, pa v imenu našega društva apeliram na pristojne organe in na skupnost sploh, da se zagotovi ekonomsko materialna osnova za razširitev mreže strokovnih medicinskih šol, da se ukine in prepreči nadaljnja improvizacija v vzgoji kadrov za bolnično službo.

Ker smo sprejeli nov koncept zdravja kot vsoto fizičnega, emocionalnega in socialnega ravnovesja, ker uvajamo napredno zdravstveno službo, moramo priznati tudi nujnost da se razširi in poglobi vsebina sestrške službe.

Če govorimo o potrebi, da se šolajo sestre na ravni visoke kvalitete, govorimo to zaradi tega, ker bodo edinole tako šolane sestre resnično sposobne izpolnjevati svoje naloge. Če pravimo, da naj bi mlade žene, ki hočejo postati »medicinske sestre«, imele pred vstopom v strokovno šolo primerno izobrazbo, pravimo to pač zato, ker se od njih v sestrski službi zahteva, da so sposobne v več smereh.

Če govorimo o sestrskih šolah kot samostojnih, po pedagoških principih organiziranih učnih ustanovah, je to zato, ker verjamemo in vemo, da bomo s takim sistemom bolje pripravili bodoče sestre za njihove naloge v vseh vrstah bolnic in v izvenbolnični službi.

Pa še to, kar sem nekje že napisala, naj povem: Nevarnost današnjega dne, da bi sestre — v sicer potrebnem prizadevanju za vsestranski razmah poklica in ob organizacijsko čedalje bolj kompliciranem poslovanju zdravstvenih zavodov — prezrle eno poglobitvinih nalog, ki je prav za sestrski poklic bistvenega pomena — namreč zvezo z bolnikom — to nevarnost bomo morale zaježiti. Najti bo treba pravo ravnovesje med znanjem, tehnično večščino in srčno kulturo, kajti v delu za bolnika je važno vse troje: znanje, srce in roke!

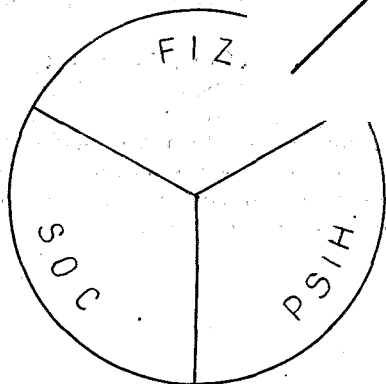


LITERATURA

1. Florence Nightingale: Notes on nursing, what it is, and what it is not.
2. Plut Stanko: Zakon o bolnicah (Referat na sestanku ravnateljev [pomočnikov] bolnic v Celju 1957).
3. W. H. O.: Nurses. Their education, and their role in health programmes Chronicle of the W. H. O. Vol. 10 No 7. July 1956.
4. Dr. M. Kelber: Human relations in our daily work — predavanje Mont-Pelerin, s/Vevey 1953 W. H. O.
5. Mr. H. A. Goddard: Administration; predavanje Mont-Pelerin, s/Vevey 1953 W. H. O.
6. Dina Urbančič: Odgovornost sester ob vedno novih nalogah zdravstva. »Medicinska sestra na terenu« III/3 1956.
7. Dina Urbančič: Obrazovanje medicinskih sestara i lekarskih pomočnika posle diplomiranja, Vjesnik medicinskih sestara II/1 1955.
8. Dina Urbančič: Problemi odgoja medicinskih sestara, Narodno zdravlje 2/1955.

Medicinska ses

Če hoče izvenbolni ohranjati, varovati in vzpostavljati in tako u



dravstveni službi

k

levati svoj namen, to je v mnogih primerih tudi šen v znižanju smrtnosti še smrtnosti dojenčkov v podaljšanju življenjske obolevnosti itd. — tedaj loveka v celoti. Zajeti ti pa se pravi zajeti ga izičnem dogajanju, psihičnih posebnosti in v njegovem socialnem položaju. To nam dobro ponazarja tule začrtani krog. Če gledamo človekovo zdravje skozi prizmo kroga, ki vsebuje vse elemente, iz katerih sestoji pojem popolnega človekovega zdravja, nam bo jasno, da en sam profil zdravstvenega delavca — tu mislimo zdravnika — v še tako urejeni zdravstveni službi ne more ohraniti harmonije vseh elementov človekovega

zdravja niti ne more te harmonije vzpostaviti, pa tudi če je bila razrušena na enem samem področju. Medsebojna odvisnost teh treh elementov človekovega zdravja je tolikšna, da je samo iluzija misliti, da lahko vzpostavimo enega samega, če hkrati nismo harmonično vzpostavili tudi ostalih dveh. Ta medsebojna odvisnost pa narekuje z absolutno nujnostjo ekipno delo več profilov, ki šele v skupnem delu lahko dosežejo dejansko pozitiven rezultat. Težnja za takim

1. Florence Nightingale: *is not.*
2. Plut Stanko: *[močnikov] bolnic v Celju*
3. W. H. O.: *Nurses. Chronicle of the W. H. O.*
4. Dr. M. Kelber: *Pelerin, s/Vevey 1953 W. H. O.*
5. Mr. H. A. Goddard: *1953 W. H. O.*
6. Dina Urbančič: *»Medicinska sestra na tere*
7. Dina Urbančič: *nikarj, Vjesnik medicinskih sestara 11/1 1955.*
8. Dina Urbančič: *Problemi odgoja medicinskih sestara, Narodno zdravlje 2/1955.*



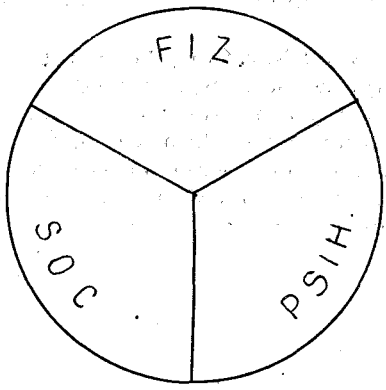
what it is, and what it
 stanku ravnateljev [po-
 in health programmes
 rk — predavanje Mont-
 Mont-Pelerin, s/Verey
 ovih nalogah zdravstva.

ara i lekarskih pomoč-
 nika, Narodno zdravlje 2/1955.

Medicinska sestra v izvenbolnični zdravstveni službi

Med. sestra Majda Musek

Če hoče izvenbolnična zdravstvena služba uresničevati svoj namen, to je ohranjati, varovati in krepiti zdravje človeka ter ga v mnogih primerih tudi vzpostavljati in tako uresničevati svoj cilj, ki je obsežen v znižanju smrtnosti



nasploh, zlasti še smrtnosti dojenčkov in malih otrok, v podaljšanju življenjske dobe, znižanju obolevnosti itd. — tedaj mora zajeti človeka v celoti. Zajeti človeka v celoti pa se pravi zajeti ga v njegovem fizičnem dogajanju, psihičnih posebnostih in v njegovem socialnem položaju. To nam dobro ponazarja tule začrtani krog. Če gledamo človekovo zdravje skozi prizmo kroga, ki vsebuje vse elemente, iz katerih sestoji pojem popolnega človekovega zdravja, nam bo jasno, da en sam profil zdravstvenega delavca — tu mislimo zdravnika — v še tako urejeni zdravstveni službi ne more ohraniti harmonije vseh elementov človekovega

zdravja niti ne more te harmonije vzpostaviti, pa tudi če je bila razrušena na enem samem področju. Medsebojna odvisnost teh treh elementov človekovega zdravja je tolikšna, da je samo iluzija misliti, da lahko vzpostavimo enega samega, če hkrati nismo harmonično vzpostavili tudi ostalih dveh. Ta medsebojna odvisnost pa narekuje z absolutno nujnostjo ekipno delo več profilov, ki šele v skupnem delu lahko dosežejo dejansko pozitiven rezultat. Težnja za takim

rezultatom ekipnega dela postavlja takoj v začetku zelo važno resnico, ki se je večkrat vse premalo zavedamo, da je namreč delo vseh členov ekipe enako važno. V takšnem ekipnem delu je eden izmed členov tudi medicinska sestra, ki je po svoji strokovni pripravljenosti in širini dela najbližji sodelavec zdravnika.

Kakšen je v tem ekipnem delu profil medicinske sestre?

V eni osebi združuje vse elemente zdravstvene, socialne in pedagoške delavke. Ta njena funkcija velja tako ob zdravem človeku kot ob bolniku.

Ob zdravem varovancu pomaga njeno delo uresničevati pogoje zdravega življenja, ki naj ohranijo in zavarujejo zdravje varovanca. Izkustvo kaže, da je ta sestrskaja dejavnost potrebna, kajti varovancu ni dovolj samo nasvet, temveč mu je potrebno konkretno in praktično sodelovanje sestre, da uredi svoje življenjske razmere v smislu zaščite in ohranitve zdravja. Sestra namreč mora znati prenašati zdravstvena načela v praktično življenje, in to od primera do primera pod različnimi pogoji in v okolju, ki varovancu ne nudi vselej možnosti, da bi ta načela izvedel. Najrazličnejše so namreč zapreke, zaradi katerih bi varovanec brez sestrine pomoči odstopil od uresničenja navodil in zdravstvenih principov. Konkretno: higienska zavest in potreba našega človeka nista tako razviti, da bi bili sami po sebi pobuda in jamstvo za to, da bi varovanec samostojno uredil pogoje zdravega življenja. V skromnih stanovanjskih in ekonomskih razmerah varovanec navadno ne zna sam praktično uresničiti principov zdravega življenja, ker naleti na nešteto ovir, ki ga odvrtaajo od uresničenja teh načel in ga vklepajo v zakoreninjene navade. Zato je izpreminjanje načina življenja in opuščanje navad, ki so se prenašale iz roda v rod, daljši proces, ki se brez sestrine konkretne pomoči ne more razvijati tako hitro, kakor bi bilo treba. Pri tem svojem delu sestra hkrati odkriva problematiko na področju, kjer dela, jo registrira, analizira in posreduje zdravstveni ustanovi. Ta analiza in posredovanje problematike sta signalizator za nadaljnje delo zdravnika in zdravstvene ustanove.

Ob bolniku ustvarja pri osebju v ustanovi ali v bolnikovi družini pravičen odnos do njega. Ta odnos je najvažnejši za psihično ravnotežje bolnika. Kaže se v pripravljenosti, da bolnika poslušamo, kaže se v celotnem ravnanju z bolnikom, ko mu olajšamo ves njegov kontakt z zdravstveno ustanovo, da ga resnično navdaja občutek, kako dobrodošel je v njej, in da se z zaupanjem prepusti preiskavam in zdravljenju. Sestra pa bolnika tudi praktično uvaja v zdravljenje, ki ga je predpisal zdravnik, ali temu pomaga pri izvajanju terapije. Na bolnikovem domu uvaja nego bolnika, tako da uči bolnikovo neposredno okolico osnovnih praktičnih prijemov nege kakor tudi vseh higienskih ukrepov, ki so potrebni, da ohranimo zdravje bolnikove okolice. Sestrin postopek na bolnikovem domu je izredno kočljivo delo. Vzpostaviti namreč mora pravičen odnos družine do bolnika, pa tudi bolnika do družine. Tu sta važni dve resnici. Bolnik se mora vključiti v zaščitnih ukrepov čutiti vključenega v družinsko življenje, na drugi strani pa njegova nega in izvajanje zaščitnih ukrepov ne smejo za družino pomeniti breme. Vse to je pa odvisno od obzirnega in praktičnega dela sestre. Tako ob varovancu kot ob bolniku je za sestro osnovno načelo spoštovanje človekove osebnosti, pa naj bo nje zunanja podoba

še tako neogljenjena. Njeno delo ob bolniku je hkrati zanesljiv pregled, kako poteka zdravljenje. Poleg tega odkriva sestra v tesnejšem kontaktu z bolnikom in njegovo okolico vzroke, ki so povzročili bolezen, ki zavirajo zdravljenje ali kakor koli ogrožajo zdravje. Takšen njen kontakt z bolnikom in njegovo okolico je zelo važen tako za zdravnika kot za zdravstveno ustanovo samo, saj jima je poznavanje bolnikovega stanja in pa potek zdravljenja spodbuda za nadaljnje ukrepe.

Na to delo pa se navezuje socialna zaščita varovanca oziroma bolnika. Kakor je sestra v svojem ožjem zdravstvenem delu tesno navezana na navodila zdravnika, tako je področje socialne zaščite tisto, kjer nastopa samostojno, saj samostojno ugotavlja socialne primere varovanca in bolnika, se pravi postavlja njegovo socialno anamnezo in njegovo socialno diagnozo ter na osnovi teh dveh nakazuje in posreduje socialno pomoč. Socialna problematika, s katero se srečuje sestra v svojem delu, pa je navadno mnogo obširnejša kakor zdravstvena, saj zajema vse osebno, družinsko in družbeno življenje varovanca ali bolnika. Kjer koli je v teh odnosih nasproti samemu sebi, nasproti družini ali družbi varovanec oziroma bolnik prizadet, bodisi po lastni krivdi ali po krivdi okolja, povsod je sestrina dejavnost potrebna. Ob vsakem bolniku se odpira problem socialne zaščite, zlasti še ob vprašanju alkoholizma, družinskih nesoglasij, nepravilne zaposlitve, neporočenih mater ali ljudi, ki so postali zaradi kroničnih bolezni oziroma poškodb invalidi in je njihova delovna sposobnost občutno spremenjena. V vseh takšnih primerih sestra nudi z vso svojo osebno avtoriteto varovancu oziroma bolniku najširšo pomoč, tako da mu pomaga pri praktičnem reševanju njegovega socialnega problema, pri čemer najprej aktivira njega samega, tako da dobi zopet voljo do udeleževanja in sodelovanja v naporih ter si z njeno pomočjo najde ustrezno mesto v družbi. V tej dejavnosti se sestrično delo dotika dela socialnega delavca, ki sestri ob reševanju teh problemov pomaga in prevzema ter nadaljuje njeno delo v primerih, ko postaja problem izrazito socialen. Izkušnje kažejo, da socialna skrb sestri pri varovancu ali bolniku vzbuja zaupanje do nje in pripravljenost, da bo izvrševal navodila, ki mu jih daje. Nobenega dvoma ni, da je od varovanca ali bolnika šele tedaj mogoče pričakovati izpolnjevanje določenih zahtev, če mu pomagamo uresničiti osnovne socialne oziroma materialne pogoje, v katerih bo naša navodila lahko izpolnil. Seveda je tudi socialno delo sestri zelo težavno. Od nje zahteva predvsem mnogo srčne kulture, odločnosti, vztrajnosti in poznavanja metod socialnega dela. Ne smemo namreč pozabljati, da je vsakemu človeku lažje odkrivati svoje fizične težave in bolečine, kakor pa razkrivati svojo osebno revščino. Tu se srečujemo z elementarno človekovo potezo — s ponosom. Z njim mora sestra v svojem socialnem delu predvsem računati. Zato ne sme njena socialna dejavnost nikoli izzveneti kot miloščina ali celo obvezovati varovanca oziroma bolnika do osebne hvaležnosti. Varovanec ali bolnik naj čuti sestrično socialno dejavnost kot sestavni del njenega poklicnega dela, kot sestavni del zdravstvene zaščite, ki je njemu namenjena.

Obe omenjeni področji sestrične dejavnosti vključujeta sami po sebi pedagoško delo. Sestra je vzgojiteljica v vsem svojem delu, z vso svojo osebo, bodisi kadar nastopa izrazito pedagoško ali kadar se tega niti ne zaveda. S tega vidika je posebna moč sestri v tem, ker velja varovancu oziroma bolniku za

poosebljeno zastopnico socialno-medicinskih dognanj in njih nesporne resnice. Ker svetuje v konkretnih življenjskih primerih in ima opravka s konkretnim posameznim človekom, medicinska sestra pač pozna dogajanja v človekovem življenju in s svojim praktičnim delom bogati izkušnje celotne zdravstvene zaščite. Poleg tega jo čuti varovanec ali bolnik kot odgovorno ohranjevalko življenja in zdravja, smatra jo za svojo pomočnico, svetovalko in prijateljico, ker mu posreduje razne življenske, zdravstvene in vzgojne vrednote z avtoriteto strokovnjaka in ne kot poklicni pedagog. Zato je tako važno, da se sestra tega svojega pedagoškega vpliva ob vsem svojem zdravstvenem in socialnem delu zaveda. Takšna izvenbolnična služba preko sestre, ki deluje pedagoško individualno ali skupinsko, res izpolnjuje svoj zdravstvenovzgojni program.

Na kakšnih mestih v izvenbolnični zdravstveni službi že danes srečujemo in bi želeli srečati medicinsko sestro, kot jo gledamo skozi prizmo malo prej orisanega koncepta?

Tako orientirano in dejavno medicinsko sestro srečujemo danes deloma v patronažni službi, drugod pa žal še ne. Vendar si želimo takšne sestre v vsej naši izvenbolnični zdravstveni službi, zlasti pa v njenih osnovnih enotah, to je v zdravstvenih domovih in njim priključenih zdravstvenih ustanovah. Tu nastopa v dveh delovnih področjih: v notranjem delu in v socialno-medicinskem delu na terenu.

Kako sestra uresničuje načrtani koncept v notranjem delu zdravstvenega doma in njegovih ustanov?

V prvi vrsti organizira ves proces dela z varovancem ali bolnikom tako, da je v skladu s takšnim odnosom do človeka, kot smo ga omenili poprej. Obenem pa upošteva možnosti, da se človek zajame kompleksno.

V vsem tem obravnavanju bolnika je toliko neznatnih, skoraj neopaznih podrobnosti in če se te izpolnijo, tedaj bolniku ali varovancu vzbujajo zaupanje, sproščenost, pripravljenost na sodelovanje in hkrati spoštovanje do zdravstvene ustanove. Take podrobnosti so n. pr. ureditev čakalnic in vzdrževanje vzdušja v njih, snaga in domačnost prostorov, zunanja ureditev osebja, način sprejema varovanca ali bolnika, ljubezniva pomoč osebja varovancu ali bolniku, medsebojni odnosi osebja, vestna triaža, pripravljenost odgovarjati na vprašanja in seveda vestno strokovno delo.

Socialno-medicinsko dejavnost razvijajo sestre najbolj v patronažnem delu. Če hočemo vendarle že končno človeka zajeti kompleksno, mora postati patronažno delo polivalentno. Polivalentnost patronažnega dela pa najbolj zaščitimo tako, da vključimo patronažne sestre v poseben socialno-medicinski oddelek zdravstvenega doma, ki je enakovreden vsem ostalim oddelkom in tudi služi vsem ostalim oddelkom za boljše poznavanje socialnega in higienskega okolja njihovih varovancev ali bolnikov ter za uspešnejše delo za ohranitev in ponovno vzpostavitev njihovega zdravja. V socialno-medicinskem delu naj se patronažne sestre posvečajo načrtni zaščiti žene-matere, dojenčka, malega, predšolskega otroka, mladince, rejenčka, bolnika in starčka. V tej široki zaščiti patronažna sestra v celoti uveljavlja koncept sestrskega profila in z enotno ter smotrno dokumentacijo svojega patronažnega dela ustvarja ono informativno socialno-medicinsko službo zdravstvenega doma, ki je potrebna

vsem oddelkom te ustanove. Poleg tega je patronažna dejavnost sester na eni strani vez med zdravstveno ustanovo in varovancem ali bolnikom na njegovem domu, na drugi strani pa vez med zdravstveno ustanovo in med bolnikom ali varovancem, kadar se ta zdravi v bolnici ali v zdravilišču. Ta druga vez je zlasti važna zaradi tega, ker je za končno ozdravljenje potrebno urediti razmere na bolnikovem domu tako, da zagotovimo uspeh zdravljenja v hospitalni ustanovi. Obenem pa je ta vez potrebna tudi za izvenbolnično zdravstveno ustanovo, ker poteka obravnavanje bolnika nepretrgano in brez presledka.

Povezava notranje in zunanje sestrskе službe v zdravstvenem domu je za harmonijo dela v izvenbolnični službi nujno potrebna, ker bo zadovoljila pričakovanje našega bolnika ali varovanca in bo zagotovila uspeh pri delu.

Nakazali smo na kratko, kakšen je po svoji vsebini sestrski poklic in kje so mesta njenega udejevtvovanja v izvenbolnični zdravstveni službi. Zdaj se moramo pa dotakniti še pogojev, ki naj omogočijo, da bomo to, o čemer smo govorili, tudi dosegli.

Predvsem je nujna takšna organizacija notranjega dela v ustanovah izvenbolnične zdravstvene službe, ki bo omogočala sestram, da razvijejo vso dejavnost v smislu uvodoma postavljenih načel. Poleg tega je potrebno z zakonom urediti in zaščititi sestrsko službo. Takšen zakon naj natančno določi definicijo sestrskega poklica, predpiše naj dolžnosti in pravice sestre. Drugi izvršilni predpisi naj določijo področje sestrskega poklica, uredijo naj hierarhijo sestrskе službe in pogoje za dosego posameznih položajev v tej službi. Poleg tega naj poseben zakon uzakoni enotni sistem osnovnega šolanja za sestrski poklic v smislu opisanega koncepta. Uzakoni naj se tudi redno, neobvezno postdiplomsko šolanje, ki naj usposablja sestre za odgovornejša dela v dveh smereh: v bolnični službi in socialno-medicinski dejavnosti. Obenem naj to postdiplomsko šolanje zagotavlja položajno in materialno stimulacijo.

Te pogoje pa bomo lahko dosegle in razvile resnično dobro sestrsko službo le tedaj, če bomo deležne razumevanja s strani zdravnikov, katerim smo in želimo biti najbližje sodelavke. Vse pridobitve bodo za nas brez koristi, če tudi zdravniki in predvsem oni, ki so po delu najbližji in obenem predstojniki, ne bodo osvojili takšnega koncepta sestrskega poklica in če sestrskega dela ne bodo ocenjevali s stališča enakopravnega ekipnega dela. Pri uresničevanju tega koncepta si želimo seveda in tudi pričakujemo razumevanja pri organih zdravstvene oblasti.

Zadnji pogoj, ki pa je hkrati izhodišče za uresničitev koncepta sestrskega poklica in njene vloge tako v bolnični kot v izvenbolnični zdravstveni službi, pa je sestrina osebnost. Najprej moramo me sestre same v celoti osvojiti vsebino našega poklica. Če jo bomo resnično osvojile in bo postala osnova našega poklicnega dela, ki ga bomo požlahtnile tudi z osebnim doživljanjem našega poklica, bomo znale biti na vsakem delovnem mestu in ob vsakem pomoči potrebnem človeku resnično sestre. Šele tedaj bo naš varovanec ali naš bolnik sprejemal v sestri tistega zdravstvenega delavca, kateremu bo rad odpiral vrata svojega doma in kateremu se bo zaupal v zdravstvenih ustanovah.

Tako ne bomo izpolnjevale samo našega zdravstvenega poslanstva, temveč bomo oživljale tudi družbeno funkcijo našega poklica.

Medicinske sestre v zdravstvenem domu

Za medicinske sestre sta zdravstveni dom in zdravstvena postaja ne samo novo, ampak obenem zelo obširno in mnogolično delovno področje. Zato mora medicinska sestra vedeti kaj več o nalogah, delu in o organizacijskih enotah teh za zdravstveno službo in ljudstvo najvažnejših zavodov v sistemu vseh zdravstvenih zavodov sploh. Poznavanje nalog in organizacije teh zavodov je za medicinsko sestro še toliko važnejše, ker v zdravstvenem domu (postaji) ne bo opravljala samo strokovnih nalog po svoji strokovnošolski izobrazbi, ampak tudi naloge, ki izvirajo iz njenega položaja, bodisi da je glavna sestra, šef patronažne službe, šef pomožne zdravstvene postaje itd., ali iz njenih funkcij v kolektivnih organih, kot n. pr. član strokovnega kolegija ali zastopnik delovnega kolektiva v upravnem odboru.

Vsak zdravstveni dom in zdravstvena postaja mora ne glede na to, kakšne strokovne organizacijske enote so v ta zavod vključene, opravljati vsaj te osnovne naloge: proučevati zdravstveno stanje prebivalstva na svojem območju; skrbeti za izboljšanje higijene na javnih krajih, v obratih, internatih in sploh prostorih, kjer se zbirajo ljudje; preprečevati in zatirati nalezljive bolezni, izvajati predpise o higieni živil, pitne vode in ukrepe glede baciloposceev; opravljati posle dezinfekcije in dezinfekcije, organizirati in izvajati **patronažno službo; izvajati zdravstveno varstvo nosečih, dojenčkov, mater, predšolske in šolske mladine;** uvajati zdravstveno varstvo športnikov; **skrbeti za zdravstveno prosveto in vzgojo;** nuditi ambulantno zdravstveno pomoč; zbirati zdravstveno statistiko, jo analizirati in na osnovi tega predlagati občinskemu ljudskemu odboru potrebne ukrepe za izboljšanje zdravstvene službe; skrbeti za strokovni napredek zdravstvenega osebja in še druge naloge, ki jih določi svet za zdravstvo občinskega ljudskega odbora.

Že iz naštetih številnih in pestrih nalog se vidi, da je v njih zajeta vsa osnovna preventivna in kurativna zdravstvena služba in da se zdravstveni domovi in postaje ne označujejo brez razloga kot **temeljni** zdravstveni zavodi splošne zdravstvene službe. Temeljni zavodi pa so tudi zato, ker so ljudstvu najbližji, ker se jih ljudje najbolj poslužujejo in ker po njih občinski ljudski odbor izvaja svojo zdravstveno politiko in potrebne zdravstvene ukrepe.

Kot so številne in obsežne naloge zdravstvenih domov in postaj, tako so številne in mnogovrstne organizacijske enote, ki sestavljajo zdravstveno postajo ali zdravstveni dom. V vsako zdravstveno postajo mora biti vključena vsaj splošna ambulanta s stalnim zdravnikom, posvetovalnica za otroke in žene, sestrška patronažna služba in babiška služba. Lahko pa ima — čeprav ni obvezno — zdravstvena postaja še druge enote, n. pr. zobno ambulanto, dispanzer ali ambulanto za zdravstveno varstvo šolske mladine, depo zdravil itd.

Zdravstveni dom, ki je po svoji vsebini dela pravzaprav samo večja zdravstvena postaja, pa mora imeti vsaj te organizacijske enote: splošno in zobno ambulanto, dispanzer ali ambulanto za šolsko mladino; dispanzer ali posvetovalnico za žene; dispanzer ali posvetovalnico za otroke; patronažno in bolniško službo. Praviloma pa so vključene v zdravstveni dom še vse specialistične ordinacije (ambulante); vsi dispanzerji (antituberkulozni, antitrahomski, kožnovenerični, onkološki); materinski in podobni domovi; športna ambulanta; higijenska postaja; reševalna postaja, fizikalna terapija; dezinfektorska služba; laboratoriji, depo zdravil in bolniški oddelek (diagnostična postaja) itd.

Vse te strokovne enote zdravstvenih domov in postaj seveda niso in spričo teritorialne razsežnosti sedanjih občin tudi ne morejo biti na enem kraju ali v eni zgradbi. Zdravstveni dom in postaja nista torej neka zgradba, ampak organizacijski pojem za povezavo na območju občine raztresenih nesamostojnih enot v enotni zdravstveni zavod.

Zakon sam ne obravnava nalog in ureditve posameznih organizacijskih enot, temveč prepušča to pravilnikom Sveta za zdravstvo LRS. Obravnava pa eno strokovno enoto (ki je zgoraj nismo navedli), t. j. **pomožno zdravstveno postajo**. Ta je lahko v sestavu zdravstvenega doma ali zdravstvene postaje in se ustanovi v oddaljenih krajih, kjer ni stalnega zdravnika in torej ni možnosti za ustanovitev zdravstvenega doma (postaje). Tako pomožno postajo vodi stalna medicinska sestra, zdravnik pa pride samo občasno (n. pr. tedensko) na to postajo. Naloga take postaje je zlasti iskati vire nalezljivih bolezní, prijavljati nalezljive bolezni, zdravstvena prosveta in vzgoja, patronažna služba, prva pomoč in ambulantna zdravniška služba, kadar pride zdravnik. Medicinski sestri in pomožni zdravstveni postaji bo v pomoč svet državljanov, ki ga izvolijo zbori volivcev za reševanje problemov pomožne zdravstvene postaje.

V predpisih Sveta za zdravstvo LRS, ki se že pripravljajo, bodo natančno določene naloge in ureditev posameznih strokovnih organizacijskih enot zdravstvenega doma oziroma zdravstvene postaje in naloge osebja v teh zavodih. Lahko pa rečemo že sedaj, da bo v teh predpisih podčrtana vloga medicinske sestre v vseh vprašanih nege bolnika, pri zdravstvenem varstvu otroka, mladine in žena, v zdravstveni prosveti in patronažni službi.

Od napovedanih predpisov je doslej že izšel Pravilnik o nalogah, ureditvi in delu protituberkuloznih dispanzerjev (Ur. l. LRS št. 5/57), ki je prepustil patronažno službo medicinski sestri. Nato pa je določil, da je to lahko monovalentna medicinska sestra protituberkuloznega dispanzerja ali pa polivalentna sestra zdravstvenega doma (postaje).

Na podlagi Zakona o zdravstvenih domovih in postajah je bil uveljavljen tudi že Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenega osebja. Po tem pravilniku se bodo morale medicinske sestre, ki delajo v kateri koli enoti zdravstvenega doma (postaje), obvezno strokovno izpopolnjevati s praktičnim delom v strokovno bolj urejenih zdravstvenih zavodih 30 dni na vsakih 5 let ali pa se bodo zanje organizirali posebni tečaji za usposobitev in izpopolnitev v posameznih panogah sestrške službe, n. pr. za patronažno službo, za zdravstveno varstvo matere in otroka, za dietetiko, za transfuzijsko službo, za delo v industrijski higieni, za instrumentarsko službo itd.

Medicinskih sester je doslej malo v preventivni službi zdravstvenih domov in postaj, četudi je tam zanje dosti strokovnih in organizacijskih nalog. Opozoriti pa moramo tudi na napake, ki jih delajo zdravstveni domovi (postaje) s tem, da medicinske sestre nepravilno zaposlujejo, in to predvsem v ambulantah za asistenco zdravnikov, kar bi lahko opravljale bolničarke, ali pa pri strokovno administrativnih poslih, ki bi jih lahko opravljali posebej za to usposobljeni administrativni uslužbenci. Služba v zdravstvenih domovih (postajah) in njihovih preventivnih enotah je za medicinske sestre raznovrstnejša, neposrednejša in samostojnejša kot v kurativni službi; poleg tega pa za splošno zdravstveno službo in za ljudstvo prvenstvene važnosti. Zato naj se je medicinske sestre ne izogibajo. S tem bodo sestrsko službo še bolj približale ljudstvu in obenem še bolj dvignile ugled svojega poklica.

P. S.

Pregled čez antenatalno medicino

Dr. Marij Avčín

I. Predgovor

Medicinska sestra, zlasti medicinska sestra na terenu se pogosto srečuje z razvojnimi napakami otrok, z boleznimi, ki so dednega značaja, ali takimi, ki so posledice bolezni, nastalih pri plodu še v materi.

Medicinska sestra dandanes zlasti mnogo sliši o antenatalnem skrbstvu, o preprečevanju vsega vrojenega in prirojenega zla. Sliši mnogo, toda nima gradiva o antenatalni medicini doslej nikjer vsaj v približni celoti in v primernih obliki zbranega.

Ker je in ostane pri nas ravno terenska medicinska sestra nosilka osnovne zdravstvene prosvete, katera že danes in bo še bolj v bodoče prežela vse naše domove, naj k njeni sodobni izobrazbi pridenemo še razgledovanje po sicer težkih, pa vendar zanimivih poglavjih iz antenatalnega zdravstva.

Njeno poseganje na to področje bo v mnogokaterem primeru prineslo našim materam in otrokom, družinam in vsej naši skupnosti svetle koristi.

V tem namenu je napisan ta sestavek.

II. UVOD

Človeško telo se mora razviti iz dveh osnovnih celic, ki stvorita zametek. To sta: semenčica (spermij) kot moška osnovna celica in jajčece (ovulus), ki je ženska osnovna celica.

Po oploditvi se prično v zametku deliti celice jako hitro in smotrno ter stvorijo najprej gmoto celic, ki jo imenujemo morulo (murvo), nato mešiček (blastulo), ki se trebušasto vdolbi (gastrula). Tvorba se razvija najprej v klične pole: zunanjo (ektoderm), notranjo (entoderm) in vmesno (mezoderm).

Celice v vsaki klični poli imajo svoj namen, določen za bodoči razvoj. Tako se stvorijo:

iz celic zunanje klične pole: možgani in hrbtni mozeg, roženice, mlečna žleza, povrhnjica, lojnice in znojnice;

iz celic notranje klične pole: jetra, golšna žleza, slinavke, epitel črevesja in dihal;

iz celic vmesne klične pole: mišičje, ožilje, vezivo, kosti, hrustanec, mezgovno tkivo, maščevina, sečna izločila, epiteli trebušne, prsne in srčne mreže.

Začetek mora imeti za svoj razvoj v veličastno zgradbo za življenje sposobnega in v življenju uspešnega človeškega posameznika ugodne pogoje. Razvoj mora biti nemoten v okolju, ki je zanj za nosečnost spremenjena in pripravljena maternica in pa zdravo in skladno delujoče telo noseče žene, ki se oblikuje v telo matere.

Če so temu razvoju napoti najrazličnejša dogajanja v materinem telesu samem ali če preko matere nanj vplivajo najrazličnejše oškodbe iz okolja ter mu pretijo razne škodljivosti, se zakonitost razvojnih dogajanj lahko iztiri, tako v posameznih kličnih polah, posameznih skupinah celic ali v celoti. Zametek se sicer lahko razvija naprej, vendar ne izvršijo celice zametka svojega osnovnega namena: stvoriti tkiva in organe, katerim so razvojna osnova v uzakonjeni obliki, ki skladno sestavlja telo človeškega posameznika. Tako na-

stajajo razvojne napake. Lahko pa je napaka zaradi oškodbe osnovnih celic ali celic iz kličnih pol tolikšna, da zametek ne more izvršiti svoje naloge: razviti se v posameznika, sposobnega za življenje. V tem primeru zgodaj ali kasneje preneha življenje zametka, ki odmre in ki ga maternica splavi (abortira), pride do prezgodnjega poroda mrtvega ali za življenje nesposobnega ploda ali pa do okvar, ki niso združljive z življenjem sicer živo rojenega otroka. Okvare so tem hujše in napake so tem večje, čim bolj zgodaj v razvoju zametka je učinkoval škodljivi vpliv in čim močnejši je bil in čim dalj časa je trajal. Torej je človeški plod najbolj ogrožen med razvojem embria (med embriogenezo), ki traja nekako do 3. meseca plodovega življenja v materi.

DEFINICIJA RAZVOJNIH NAPAK

Razvojne napake lahko nastajajo iz raznih bolezenskih stanj in posebnih okoliščin v nastajajočem organizmu. Tako iz dedno nezdrave, nepopolne, okvarjene, obremenjene jajčne celice ali semenčice. Lahko pa sta obe celici bodočega zametka okvarjeni, n. pr. z rentgenskimi žarki, lahko sta povsem zdravi, pa n. pr. po svoji tkivni skupini, to je krvni skupini bodočega organizma nista v skladu (n. pr. pri neskladni nosečnosti glede na RH sistem). Prav tako lahko zaradi raznih vplivov preidejo preko materinega telesa razne škodljivosti in bolezni na zametek, embrio in plod. Tako nastajajo n. pr. razne razvojne kardiopatije (bolezni srca), encefalopatije (bolezni možganov), bolezni čutil itd. Zgodi se tudi lahko, da oboli plod šele v kasnejših mesecih nosečnosti, n. pr. zaradi luesa matere, septičnih bolezni ali zaradi kvalitativno pomanjkljive prehrane.

Ker je torej možno, da razvojne napake v veliki meri ali le delno temeljijo na dednih osnovah, nasprotno pa lahko nastajajo na povsem zdravih dednih osnovah zaradi zunanjih okoliščin, katerih škodljivi vplivi se prenašajo na plod preko matere, je pri vsaki razvojni napaki potrebno vedeti, da li je nastala kot prirojena (kongenitalna) ali vrojena (konnatalna), to je med nosečnostjo pridobljena.

Upoštevaajoč nastanek razvojnih bolezni in napak jih dandanes v praktične in klinične namene ločimo v veliko skupino fetalnih bolezni, v skupino malformacij in deformitet ter v skupino monstrozitet.

Za fetalno (plodovo) bolezen smatramo vsa tista patološka stanja ploda, ki nastanejo že v času embriogeneze (razvoj embria), pa se morda pokažejo šele na plodu (fetusu). Za dobo embriogeneze smatramo prvih osem tednov razvoja in življenja ploda v materi, ko je zaključeno obdobje razvoja organov embria in je zametek pridobil že vse tiste značilnosti, tako tkivne kakor organske, ki so značilne kasneje v življenju izven materinega telesa. Vzroki za fetalne bolezni so lahko isti kot za druge bolezni že izoblikovanega fetalnega dela. Vstopna pot v fetalni organizem pa je večinoma preko placente skozi plodov krvni obtok.

Za malformacijo (nakazo) smatramo kongenitalni defekt v gradbi in razvoju nekega dela fetalnega ali že rojenega organizma. Ta del ni pravilno razvit. Vzrok temu je v pretiranem ali zaostalem razvoju tega dela ali organa v organizmu.

Za deformiteto smatramo defekt v strukturi že izoblikovanega fetalnega dela. Vzroki so v genetičnih osnovah ali v posledicah kvarnih vplivov okolice.

Za monstrozitate (spačke) smatramo rezultate nenormalnega razvoja na podlagi dednih ali zunanjih vzrokov, ki lahko vplivajo škodljivo v času razvoja organov.

Razumljivo je, da se lahko navedene oblike razvojnih napak vežejo med seboj. Ni pa potrebno, da so napake vedno tako izražene, da bi jih lahko uvrstili med navedene velike skupine. Mnogokrat jih najdemo edinole v obliki napak v presnovi, kar pa ima posledice v nadaljnjem razvoju organizma.

Točnih definicij za razvojne napake torej ne moremo postaviti. Možno je s tega ali onega gledišča, n. pr. anatomskega, embrionalnega, biokemičnega, napraviti razne razpredelnice, ki pa imajo svojo vrednost le do neke meje.

VLOGA ZUNANJIH UČINKOV IN RAZVOJ NAPAK

Znano je, da lahko razni škodljivi vplivi pobudijo na mladem embriu motnje v obliki, ki so večasih skoraj povsem slične tistim, ki nastajajo na dednih osnovah.

Če hočemo zavreti ali iztiriti normalen razvoj embria, mora neki škodljivi učinek vplivati v nekem določenem obdobju razvoja, zlasti v zgodnji nosečnosti.

Najpogostnejši zunanji vzroki za nastanek razvojnih napak so žarkovni, prehrambni in kužni.

Vsi ti so tudi najbolj raziskani. Nadalje: dedni (hereditarni), neskladnostni (inkompatibilnostni), strupeni (toksični) in drugi. Zaradi razumevanja celotnega vprašanja se bomo ustavili le pri najbolj važnih in najbolj dognanih.

A. Alimentarni (prehrambni) vzroki imajo široko veljavo in širok socialno-medicinski pomen ter so dogajanja iz tega področja izredne važnosti, tudi glede na preprečevanje razvojnih napak. Najrazličnejši so poizkusi zlasti z vitaminom B₂ (riboflavin). Pomanjkanje riboflavina pri noseči podgani stvarja iste učinke, kot obsevanje z rentgenskimi žarki (nepopoln razvoj krovnih kosti lobanje, spodnje čeljusti, kosti v okončinah, zlasti prsti — sindaktilija, strnitev reber med seboj — kostalna fuzija). Tudi pri človeku je dognano, da popolno pomanjkanje riboflavina vodi do pojavljanja raznih defektov, kot so zajčja ustnica, volčje žrelo itd. Delna ariboflavinoza pri nosečih ženah lahko vodi do zamrtja ploda ali pa do prezgodnjega poroda ter do pomanjkljive mlečnosti pri materi. Tudi pomen beljakovin v materini dieti je izredno važen. Kronično pomanjkanje beljakovin je prav tako lahko v zvezi z razvojnimi napakami, bodisi naravnost zaradi pomanjkanja beljakovin že v krvi pri materi (hipoproteinemije), bodisi posredno preko hormonalnih motenj v nosečnosti, ki lahko vplivajo na motnje v razvoju embria.

Splošno veljajo glede hranitve dandanes naslednje ugotovitve: prehrana igra življenjsko važno vlogo pri normalnem razvoju embria in ploda. Pomanjkljiva prehrana je lahko ena izmed najbolj važnih osnov za nastanek raznih bolezni pri plodu. Učinek pomankljive hranitve se kaže v različni meri glede na pomanjkanje raznih sestavin hrane ali samo ene sestavine. Splošno pomanjkanje hrane, ki pa je kakovostno dobro sestavljena, večinoma ne vodi do oškodbe ploda, ker imata placenta in plod svojo živahno presnovo ter sta sama po sebi zmožna raznih kemičnih dejavnosti, v smislu kar najboljše hranitve ploda, zlasti v pričetku nosečnosti in oblikovanja ploda.

Če so prehrambni pogoji neugodni in so pod določeno fiziološko mejo, lahko pride do odmrtja ploda v maternici, do mrtvorojenosti, zlasti pa do pre-

zgodnjega poroda ali do otroka, nezmožnega živeti izven matere, dalje do splošne slabosti novorojenčka, do nepopravljive bledice. Med temi plodovi in takimi novorojenčki je jako velik odstotek razvojnih napak.

Kritični trenutki se javljajo med razvojem za vsak organ ali organski sistem tako rekoč posebej, kajti vsak ima za svojo rast in razvoj kritično obdobje, v katerem se lahko iztirijo razvojni procesi in potekajo v smislu razvojnih napak ali celo spačkov.

Ureditev in popravljanje pogojev, ki so privedli do takega iztirjenja, dovede sicer do nadaljevanja nosečnosti in do donositve, vendar pa ne popravlja posledic, ki so že nastale. Zanimivo je tudi, kako se v tem pogledu obnaša kisik. Pomanjkanje kisika pri plodu se zlasti opaža pri materah s prirojenimi srčnimi boleznimi, ki vodijo do pomanjkanja kisika v krvi (hipoksemije) in s tem do pomanjkanja kisika v tkivih (hipoksije), posredno tudi v placenti in v plodu. Take pogoje za pomanjkanje kisika pri materi in naknadno pri plodu dajejo zlasti srčne napake s pretakanjem venozne krvi med arterialno.

Od vitaminov je zlasti važen vitamin A in pa vitamini B₂. Opazovali so posledico pomanjkanja vitamina A pri živalih. Če so hranili svinje pred pričetkom gestacije in prvih 30 dni po pričetku v strogem pomanjkanju vitamina A, so opazovali hudo malformacijo na očeh, zlasti pa premajhno zrklo (mikroftalmijo) in razcepljeno nebo (palatoshizo). Naknadno dovajanje vitamina A je pripomoglo do dovržitve nosečnosti, vendar pa ne do pravilne usmeritve iztirnjenega izoblikovanja.

Koliko vpliva pomanjkanje riboflavina v nosečnosti pri človeku na iztiranje razvojnih dogajanj embria in ploda, še ni dognano. Vendar je dokaj poročil, izvirajočih zlasti iz prehrabnih stisk v vojni in po njej, o sličnih izsledkih, kakor jih opazujemo v živalskem poizkusu.

B. Žarkovni vzroki sicer niso najbolj pogostni, so pa najbolj oprijemljivi in primerni za proučevanje. Njihov učinek v širino seveda je odvisen od stanja civilizacije, zaposlitve žena, stopnje zaposlitvene higijene, nadalje od širine žarkovja pri razpoznavanju in zdravljenju bolezni. Izvzeta niso učinkovanja novih sredstev, ki jih je odkrila sodobna jedrna fizika.

Poznamo tudi iztirjeno izoblikovanje zaradi žarkovja pri tistih ženah, ki so jih v času nosečnosti obsevali v medeničnem predelu. Vsi otroci takih mater so imeli dokaj slične razvojne napake, zlasti v obliki drobne in premajhne lobanje, motnje v razvoju očesa, kakor n. pr. vrojene mreže na leči (katarakte), izseke na šarenici (koloboze) in premajhno zrklo (mikroftalmija). Ker smo zaradi tega postali bolj previdni z uporabo rentgenskih žarkov v nosečnosti, so danes rentgenske okvare fetusov razmeroma jako redek pojav.

Široki poizkusi so dokazali, da se dajo z rentgenskimi žarki izzvati povsem slične spremembe, kakršne nastajajo pod vplivom dednih činiteljev. Tako povzroča obsevanje oplojenega jajčeca žabe iztiranje pravilnega razvoja hrbtenice. Pri podganah lahko s točno odmerjenim obsevanjem že v starostni razliki enega dneva, n. pr. 12. in 13. dne starosti, povzročimo različne razvojne napake. Doba razvoja, v kateri obsevamo, je torej izredno važna za izid dogajanj pri izoblikovanju. Obsevanje v 13. dnevu nosečnosti povzroča velike defekte v razvoju lobanjskih krovnih kosti, medtem ko povzroča obsevanje s 13. dnevom nosečnosti nepravilen razvoj spodnje čeljusti in kosti v okončinah.

Pri atomskem bombardiranju v zadnji vojni so žene, ki so preživele bombardiranje in bile v zgodnji nosečnosti, skoraj vse rodile malformirane otroke, zlasti z razvojnimi napakami na lobanji in možganih.

Sličnih poizkusov je mnogo. Prav tako je tudi mnogo opisov pri otrocih radioloških tehničark. Pri nas smo opazovali pri otrocih rentgenoloških tehničark in sester, ki so premalo ali nezaščitene delale ob rentgenskih aparatih, več primerov razvojnih napak srca in krvnih bolezni, predvsem s pomanjkanjem za strjevanje krvi važnih faktorjev.

C. Infekcijski vzroki za nastanek fetalnih (plodovih) bolezni in razvojnih napak so dandanes v ospredju znanstvene pozornosti. Tako imenovana »placentarna pregrada«, ki je vstavljena med plod in mater, se je nekdanj smatrala za absolutno zanesljivo in nepropustno. Vsekakor je placentarna pregrada uspešno zaščitno sredstvo proti prenosu raznih delcev in kemizmov od matere na plod, vendar ne v vseh primerih. Za to svojo funkcijo ima placenta svojstveno dejavnost in zgradbo. Začetki raziskovanja placentarne pregrade niso povsem novi. Že Virchow je 1867 podvomil v absolutnost placentarne zaščite. Opazoval je namreč posebno vrsto encefalitisa (vnetje možganov) pri novorojenčkih, za katerega je trdil, da je nastal že med razvojem ploda v materi.

Od te ugotovitve do danes je medicina zabeležila niz takih opazovanj. Opazovanja so lažja in bolj dostopna kliničnim razmotrivanjem, ker je čezdalje več porodov kontroliranih v porodnišnicah, zlasti pa, ker se organizira antenatalno skrbstvo in registracija vseh bolezni v nosečnosti.

V vsakem primeru malformacije, deformitete ali monstra (spačka), zlasti pa v primerih vrojenih bolezni, moramo torej pomisliti na možnost katerega koli infekta, ki pride v poštev za prenos preko placente. Napraviti moramo izčrpno antenatalno (predroditveno) anamnezo v tej smeri.

Glede prehoda mikroorganizmov čez placentarno pregrado in prenosa na plod, velja dandanes v glavnem dvoje naziranj. Najprej: mikroorganizem, ki preide v bariero, mora biti jako majhen — filtrabilen, če pa je večji, mora biti sam in premakljiv. Nato: mikroorganizem mora povzročiti oškodbo placentarnega tkiva, iz katerega se lahko nemoteno razseje po plodovem krvnem obtoku (n. pr. lues, tuberkuloza).

Prenos mikroorganizmov, ki lahko izzovejo bolezen pri plodu preko placente, je dandanes že dokaj raziskan. Po navadi uvrščamo take primere v tri velike skupine:

I. Bakteriálne infekcije: pnevmokoki, piokoki, hemolitični streptokoki, bacili tifusne in paratifusne skupine, koli, tuberkuloza, lepra, kuga, gonoreja, bruceloza, tularemija.

II. Virusne infekcije: rubeola, variola, gripa, varicella, parotitis epidemica, poliomyelitis, lyssa, hepatitis epidemica.

III. Druge infekcije:

a) spirohete: sifilis, rekurens, leptospire;

b) sporozoa: malarija, toksoplazmoza, tripanosomijaza;

c) rikecijoza;

č) helmintijaza, ehinokokoza, askaris ankilostoma.

Ta sicer na videz jako popolna razdelitev pa ne predvideva drugih možnosti prenosa pri nas morda vsakdanjih, tako prenos raznih virusnih bolezni, ki povzročajo tako imenovane netipične pljučnice (atipične pnevmonije), potem davice in revmatičnih bolezni.

Da mikroorganizmi lahko okvarijo plod, morajo po današnjih gledanjih množično vstopiti preko placentarne zaščitne pregrade, se v njej namnožiti in jo oškodovati.

(Se nadaljuje.)

K vprašanju poliomielitisa

Dr. Milko Bedjanič

Otroška paraliza je tudi za nas postala pereč problem. Število bolnikov je v zadnjem letu toliko naraslo, pogledi na to bolezen so se toliko izpremenili, da se mora medicinska sestra na terenu seznaniti z novo situacijo.

Velik napredek znanosti v zadnjih desetih letih je pojasnil marsikaj, kar je bilo v epidemiologiji in kliniki otroške paralize nerazumljivo, nakazal je tudi pot za uspešno borbo proti tej nevarni bolezni.

Najbolje bo, da si ogledamo dogodke, kakor so se vrstili. Poliomielitisa je bilo do konca prejšnjega stoletja tako malo, da ni vzbujal posebne pozornosti, primeri bolezni so bili tako redki, da nikdo ni pomislil, da gre za nalezljivo bolezen. V prvih letih našega stoletja je prišel veliki preobrat. Najprej na Švedskem, potem v drugih severnih deželah se začne vrstiti ena epidemija za drugo, kmalu preide bolezen na ZDA, kjer je leta 1916 prvič zavzela katastrofalen obseg. Kjer koli se je otroška paraliza kdaj pojavila v večjem obsegu, je ostala kot stalen epidemiološki pojav z velikim številom obolelih.

Leta 1909 so na Dunaju dokazali, da je povzročitelj otroške paralize virus, ker ga je uspelo prenesti s filtratom kužnine na opico. Izkazalo se je, da je opica edina med poskusnimi živalmi dovzeta za poliomielitisa. Tako je celotno eksperimentalno raziskovalno delo ostalo omejeno na poskuse z opicami. Ker je opica zelo draga poskusna žival, je bilo raziskovanje virusa omogočeno samo maloštevilnim laboratorijem; tako so tudi uspehi ostali kaj skromni. Klinična in epidemiološka raziskovanja so zaman skušala prodirati v razne probleme poliomielitisa, ki so se zdeli polni protislovja. Otroška paraliza se je pač obnašala povsem drugače kot tifus, influenza ali druge bolezni, navidezno proti vsem pravilom epidemiologije.

Kar je leta 1948 bilo znanega o poliomielitisu, je v glavnem tole:

1. Poliomielitisa v preteklosti ni bilo, vsaj ne v epidemični obliki. Kako je mogla tako rekoč pred našimi očmi nastati nova bolezen?!

2. Poliomielitisa se najbolj javlja v deželah, ki imajo po svoji zemljepisni legi hladno klimo. V deželah s toplo in vročo klimo ga skorajda ni. Če je v zvezi s hladno klimo, zakaj se potem najraje pojavlja v vročih mesecih poletja?!

3. Čeprav se pojavlja bolezen v epidemijah, vendar v večini primerov ni mogoče zasledovati poti infekcije; primeri, za katere je znan vir okužbe, so redki; večkrat obolevajo ljudje v osamljenih naseljih, ki gotovo niso bili niti v posrednem kontaktu z bolnikom.

4. Poliomielitisa je kolikor toliko strogo sezonska bolezen poznega poletja in zgodnje jeseni.

5. Poliomielitisa je predvsem otroška bolezen. Odrasle prizadene le izjemoma.

6. Poskusi na opicah so pokazali, da virus poliomielitisa ni enoten, temveč, da imamo opravka s tremi antigensko različnimi soji, ki so dobili naziv tip I, II in III.

7. Poskusi na opicah so pokazali, da izloča bolnik virus skozi črevo in da nastanejo v bolnikovi krvi protitelesa, ki nevtralizirajo virus.

8. Virus poliomielitisa je proti zunanjim vplivom precej odporen in vzdrži n. pr. v vodi dalj časa. To omogoča različne načine indirektno okužbe.

9. Prebolenje poliomielitisa nas ščiti samo proti tistemu soju, ki je povzročil obolenje, imunost je torej zelo specifična.

Leta 1949 je Enders v Bostonu (ZDA) uvedel vzgajanje virusa na tkivni kulturi, kar pomeni zgodovinski preobrat v celotni problematiki poliomielitisa.

Kakor znano, je ena med glavnimi biološkimi lastnostmi vseh virusov, da rastejo samo na živem tkivu; na običajnih (mrtvih) bakterioloških gojiščih ne uspevajo. Že dolgo je znano, da razna tkiva lahko rastejo in se razmnožujejo v primerni hranilni tekočini v termostatu, tudi če smo jih izločili iz njihovega organizma. Če redno obnavljamo hranilno tekočino, se razrastejo prav mogočno in pravzaprav neomejeno. To je kultura tkiva. Na tako kulturo tkiva je Enders nasadil virus poliomielitisa. Opazil je, da so se tkivne celice v kulturi čez nekaj dni nehale razmnoževati in so odmrle. Hkrati pa je mogel dokazati, da se je virus v tej kulturi silno namnožil. S tem je našel enostaven in poceni način za vzgajanje virusa. Če so pred Endersovim odkritjem hoteli dokazati, da vsebuje neka kužnina (iztrebki, obdukcijski material) virus poliomielitisa, so jo morali vcepiti opici v možgane. Če je nato opica zbolela za poliomielitidom in poginila, je s tem bila dokazana prisotnost virusa. Po Endersu vzamejo nekaj drobnih koščkov tkiva (najboljša se danes zdi opičja ledvica), pustijo, da se v kulturi razraste in v to kulturo vcepijo sumljivo kužnino. Če bo nato kultura prenehala rasti, je to dokaz, da je kužnina vsebovala virus. Serum rekonvalescentov nevtralizira delovanje virusa. Če dodamo k tkivni kulturi poleg virusa še rekonvalescentov serum, virus na celice tkiva ne bo učinkoval. Če smo dodali h kulturi poleg virusa tudi serum in kultura raste nemoteno, je to znak, da vsebuje serum protitelesa proti poliomielitisu, ker bi v nasprotnem primeru virus uničil celice kulture. Tako dokažemo s tkivno kulturo z ene strani virus, z druge pa lahko tudi protitelesa v krvi (reakcija nevtralizacije virusa). Tretje, kar nam daje Endersova metoda, je možnost, da si na poceni in enostaven način lahko vzgojimo poljubne količine virusa, ki ga potrebujemo za izdelovanje cepiva za aktivno imunizacijo. Iz ene opičje ledvice si lahko naredimo več sto tkivnih kultur. Za svoje odkritje je Enders prejel Nobelovo nagrado.

Z uvedbo tkivne kulture so postala raziskovanja dostopna vsem laboratorijem, bogatim in revnim širom po svetu. Začelo se je intenzivno delo, ki je prineslo bogate sadove: cela vrsta vprašanj je rešenih in ni več daleč čas, ko bomo s cepljenem lahko aktivno posegli v tok dogodkov. Na podlagi izsledkov zadnjih let imamo o poliomielitisu danes tole predstavo:

Infekcija z virusom poliomielitisa je bila že od zdaleka zelo razširjena, lahko rečemo splošna. Če je mati prebolela infekcijo, so v njeni krvi ostala za celo življenje protitelesa, ki prehajajo tudi na plod in ga v prvih mesecih življenja varujejo bolezi. Otrok take matere ima torej v prvih mesecih prirojeno pasivno imunost. Če se v tem času okuži, poteka bolezen v nezaznavno lahki obliki, vendar toliko izdatno, da v otroku nastane aktivna imunost, ki ga za bodoče obvaruje bolezi. To aktivno imunost krepijo nadaljnje stalne okužbe z virusom. V slabih higienskih razmerah se srečajo več ali manj vsi otroci z virusom poliomielitisa v tistih ugodnih prvih mesecih, ko zanje infekcija ne pomeni bolezi, temveč tiho imunizacijo. To imunost prenesejo na svoje potomstvo in ga obvarujejo bolezi. Predstavljamo si, da je tako prehajala imunost iz roda v rod, kljub temu da je bila infekcija splošna, ni bilo očitnih obolenj. Ko se je proti koncu prejšnjega stoletja začela tako imenovana »bakteriološka doba« in so ljudje v vedno večji meri začeli uveljavljati načela higiene pri negi dojenčkov, se je zato v isti meri dogajalo, da dojenček ni več imel

priložnosti, da bi se okužil s poliomielitisom že v prvih mesecih. Posledica je bila, da se je okužil šele pozneje, ko ga materina zaščitna protitelesa niso več varovala in je zbolel z očitno boleznijo. Tako se je začelo število bolnikov z otroško paralizjo čedalje bolj množiti in je privedlo do današnjega stanja. Ob tem nam postane tudi razumljivo, zakaj je toliko poliomielitisa v nekaterih deželah, v drugih pa ne. Ni torej hladna klima tisti faktor, ki olajša razvoj poliomielitisa, temveč urejene higienske razmere. Zato imenujemo poliomielitis po pravici »bolezen civilizacije«. Da je pri nas bilo do zadnjega časa le malo otroške paralize, torej ni vzrok morda v tem, ker bolezen še ni prodrla v toliki meri v naše kraje, temveč zato, ker je naše ljudstvo bilo popolnoma prekuženo in zato tudi aktivno imuno.

Z nadaljnjim razvojem higienskih razmer pa nastopa pri poliomielitisu značilna sprememba, namreč v kateri starostni dobi se pojavlja najčešče. Medtem ko so pred leti najbolj obolevali majhni otroci, se je sčasoma začela starostna doba bolnikov pomikati navzgor. Tako vidimo v najbolj prizadetih deželah že polovico bolnikov v višjih letnikih. Prav tam se dogaja tudi, da se narodi vedno več otrok, katerih matere še niso imunizirane. Taki otroci potem seveda nimajo prirojene zaščite in obolevajo že v prvih mesecih življenja. Higienizacija ima torej v tem oziru dve posledici: pomik starostne dobe nazaj na prve mesece in naprej na starejše osebe. Slednja okoliščina je posebno neljuba, ker raste smrtnost pri poliomielitisu s starostjo bolnika.

Vsi soji poliomielitisnega virusa niso geografsko enakomerno porazdeljeni. Tako pride, da so prebivalci te ali one dežele imuni proti enemu samemu soju. Če se med njimi pojavi nov soj, sledi lahko huda epidemija. Tak primer smo v lanskem letu imeli v LR Srbiji, ko je nastala prava epidemija, čeprav nihče ne bo trdil, da so tam higienske razmere idealne.

To bi bila današnja razlaga za prve tri med zgoraj navedenimi točkami. Ni znano, zakaj je otroška paraliza sezonska bolezen poletja in kaj počenja virus čez zimo. Ker se pojavi epidemija ozemlja v enem letu hkrati, bi si mogli misliti, da se virus širi pozimi in že takrat zavzema celotno ozemlje, na katerem se misli v poletju pojaviti kot epidemija. Sicer tako plodno raziskovalno delo ni moglo pojasniti, kako se bolezen pravzaprav širi. Vemo, da bolnik izloča virus z iztrebki, najdemo ga pa tudi v sluzi iz bolnikovega nazofarinksa. Za zdaj nam to dovoljuje samo zaključek, da se otroška paraliza lahko širi s kužnimi kapljicami kakor influenza in z iztrebki kakor črevesne kužne bolezni. Ni znano, kateri od teh je glavni način širjenja.

Iz navedenega sledi, da je infekcija zelo razširjena, število bolnikov pa je sorazmerno majhno. Težko je reči, zakaj je ravno ta ali oni zbolel. Epidemio- loške preiskave pa so z izčrpnim študijem statističnih podatkov velikega števila bolnikov le našle neka dejstva, ki so v očitni zvezi z obolevanjem. Velikokrat se dogaja, da ohromi pri poliomielitisu ravno tisti del telesa, ki je pred kratkim časom utrpel kakršno koli poškodbo, vstevši injekcije. Tako se je n. pr. pokazalo pri zadnjih velikih angleških epidemijah, da je imelo zaščitno cepljenje proti davici, ki so ga izvajali tik pred epidemijo poliomielitisa, odločen vpliv na nastanek ohromitev. Ohromitve so se redno pojavljale okrog mesta, kjer so injicirali cepivo. Znano je, da tonzilektomija v času epidemije rada povzroča ohromitev požiralnih mišic in bližnjega centra za dihanje. Takih primerov je toliko, da ni več dvoma o vzročni zvezi med kakršno koli travmo in poliomielitisom. Očitno je tudi, da gastroenteritis v poletnih mesecih olajša nastanek poliomie-

litisa. Predvsem bi rad opozoril na vlogo, ki jo ima pri tem telesni napor. Sami smo se ponovno prepričali, da obolevajo z najhujšimi ohromitvami ljudje, ki so tik pred obolenjem bili izpostavljeni hujšim telesnim naporom. Končno moramo vedeti, da zboli ženska v nosečnosti laže za poliomielitom kot sicer. Večina okuženih ljudi preboli poliomielit v povsem »tih« obliki, ki pa zadošča za imunizacijo. Nekaj okuženih zboli za aparalitično obliko bolezni, t. j. poliomielit se ne pokaže z ohromitvami, temveč samo v podobi neznačilnega seroznega meningitisa. Le malenkosten odstotek (morda pol procenta) zboli za očitno paralizo. To so tisti, ki jim virus napade in uniči živčne celice v hrbtнем mozgu. Vidimo, da virus tega nikakor ne stori v vsakem primeru, nasprotno, v veliki večini virus ne more prodreti v živčne celice same, temveč povzroči samo kolikor toliko nedolžno ali pa celo nezaznavno splošno obolenje organizma. Zgoraj naštetih škodljivih vplivov (injekcije, enteritis, napor itd.), oslabijo odpornost živčnih celic toliko, da se virusu ne morejo več upreti. Poleg naštetih vzrokov za obolenje morajo biti še drugi, ki pa nam za zdaj še niso znani.

Vse to moramo upoštevati, če se hočemo lotiti vprašanja profilakse. Priznati moramo, da je profilaksa težavna reč, če še niti ne vemo, kako se pravzaprav bolezen širi. V načelu smo si za tak primer takoj na jasnem: kot edino pomaga široko zasnovana, splošna aktivna imunizacija kot pri davici in varioli! Znana Salkova vakcina zoper otroško paralizo ni nikaka genialna iznajdba, narejena je po istih načelih kakor druge vakcine: s formolom inaktivirani virus obdrži svojo antigensko sposobnost, t. j. v organizmu sproži tvorbo specifičnih protiteles, čeprav ne more več izzvati obolenja. Vendar se je pri Salkovi vakcini pokazalo, da pri virusu poliomielitisa zadeva ni tako povsem enostavna. Če namreč virus preveč inaktiviramo, je delovanje vakcine preslabo, če ga premalo inaktiviramo, pa ostane nekaj virusa živega in lahko povzroči obolenje. Težko je najti tisto pravilno mero inaktivacije, da je vakcina hkrati učinkovita in povsem varna. Ni dvoma, da je prav blizu čas, ko bomo imeli v rokah dobro vakcino. Ravno tako pa ni dvoma, da bomo morali izdelovati vakcino doma. Uvoz potrebnih velikih količin vakcine bi terjal vsako leto neznosne izdatke v devizah. Dokler to vprašanje ni zadovoljivo rešeno, bomo morali izvajati splošna načela profilakse na temelju vsega tega, kar o poliomielitisu vemo, čeprav to ni veliko:

Izolacijo bolnika smatramo vkljub razširjenosti virusa za važno, ker je za gotovo vir okužbe. Bolnik je verjetno sposoben širiti infekcijo tudi s kapljicami. Izolacija mora trajati vsaj 3 tedne. Odkar lahko kontroliramo izločanje virusa, bomo bolnika odpustili iz bolnice šele, ko neha izločati virus. Trajnih izločevalcev pri poliomielitisu za zdaj ne poznamo.

Že več let je znano, da ne izloča virusa samo bolnik, temveč redno tudi vsa njegova okolica. Zato je dobro, če omejimo obiske v bolnikovi družini skozi 3 tedne na najnujnejše, otrokom pa jih sploh prepovemo.

Ker je verjetno, da se poliomielit lahko širi kakor druge črevesne kužne bolezni, bomo za časa kritičnih mesecev poostriili ustrezne ukrepe: umivanje rok, sadja itd. Ker vzdrži virus v vodi prav dolgo, moramo kopalne bazene klorirati, da ne postanejo izvor množične okužbe.

Če se je kje začela epidemija, nima smisla iz kraja zbežati: Izkušnja je pokazala, da je v takem primeru potovanje za otroka samo napor, ki bi lahko izzval obolenje. Gotovo pa ne bomo brez potrebe potovali v kraj, kjer vlada epidemija.

Zapiranje šol pride v poštev le, če se pojavijo v kakem razredu, številnejši primeri in bi vse kazalo na to, da so se okužili v šoli. Taki primeri so gotovo redki.

Profilaktični ukrepi, o katerih je bilo doslej govora, so splošnega značaja. Važnejše je, da imamo za časa poliomielitise sezone stalno pred očmi tiste okoliščine, za katere vemo, da olajšajo nastanek bolezni (poškodbe, injekcije, tonzilektomije, napor itd.). Zato se v času sezone ne smejo vršiti cepljenja in tozilektomije.

Kakor znano, poteka tipični poliomiелitis v dveh fazah: prva je prodromalna, nato sledi prost premor in šele potem pride glavni del bolezni s paralizami. Za časa prodromalnega stadija kroži virus v krvi, v centralno živčevje še ni prodril. Prodromalna faza poliomielitisa nima nikakih znakov, ki bi nakazovali pravo naravo bolezni, gre za neznačilno kratkotrajno vročinsko obolenje. To je čas, v katerem se odloča usoda bolnika. Če mora n. pr. v tem času vršiti kaka naporna dela, sledi lahko huda paraliza. Zato moramo v vsaki febrilni bolezni v poletnem času videti morebitni začetek poliomielitisa in temu primerno ravnati: bolnik mora v posteljo in nekaj dni najstrože mirovati. S tem smo storili, kar moremo, da preprečimo hudo bolezen. V tem oziru se mnogo greši iz nevednosti; naloga medicinske sestre je, da z nenehno vnemo širi znanje o poliomielitisu med ljudstvom. S primerno zdravstveno prosveto lahko naredimo tudi v borbi proti poliomielitisu več, kakor se zdi, na prvi pogled.



V sledečih odstavkih ki sprožijo bolečine v križu obolenja, ki smo jih sreča posameznimi specialisti.

Zdravniki smo nered pred nami bolnik — pog Zelo se je udomačil izraz sam zase, je to le simptom,

... je seveda, če točneje definiramo, n. pr. Lumbalgia spastica, ali rheumatica, ali traumatica, ali pa idiopatica, ker s to zadnjo diagnozo povemo točno, da smo sicer iskali vzrok obolenju, a ga nismo mogli najti. Morda bo kdo oporekal, češ, tudi ortopedi napišejo »Lumbalgia« kot diagnozo. K, takemu ugovoru moramo pripomniti sledeče: zdravnik-ortoped je prav tako človek in ne more vselej že ob prvem pregledu najti patološko anatomske osnove, ki je sprožila bolečine v križu.

V vseh primerih, ko je bolečina v križu ostala trdovratna, smo v naši ambulanti s kasnejšimi ponovnimi pregledi pri ortopedu ali pri drugih specialistih našli izvor bolečinam tako, da je prvotna »lumbalgia« dobila svojo organsko bazo. V nekaj primerih se je nevrolog odločil za nevrastenijo in res po zdravljenju nevrastenije so bolečine popustile.

Torej smatramo oznako »Lumbalgia« vedno le samo kot nerešeno vprašanje, ki zahteva nadaljnega raziskavanja.

ono redkih obolenjih, prikazati vsa glavna in razvozlati skupno s

diagnoze, kadar stoji o bolečinah v križu. ok pojem in če stoji

je seveda, če točneje

Zapiranje šol pride v poštev le, če se pojavijo v kakem razredu, številnejši primeri in bi vse kazalo na to, da so se okužili v šoli. Taki primeri so gotovo redki.

Profilaktični ukrepi, o katerih je bilo doslej govora, so splošnega značaja. Važnejše je, da imamo za okolščine, za katere vemo tonzilektomije, napor itd.) tozilektomije.

Kakor znano, poteka malna, nato sledi prost prilizami. Za časa prodromalše ni prodr. Prodromalna kazovali pravo naravo boljenje. To je čas, v katerem vršiti kaka naporna dela, febrilni boleznih v poletner primerno ravnati; bolnik nsmo storili, kar moremo, da prepričamo nudo bolezen. v tem oziru se mnogo greši iz nevednosti; naloga medicinske sestre je, da z nenehno vnemo širi znanje o poliomielitisu med ljudstvom. S primerno zdravstveno prosveto lahko naredimo tudi v borbi proti poliomielitisu več, kakor se zdi na prvi pogled.

alno pred očmi tiste (poškodbe, injekcije, jo vršiti cepljenja in

zah: prva je prodromi del boleznih s parav centralno živčevje ih znakov, ki bi narajno vročinsko oboora n. pr. v tem času ato moramo v vsaki poliomielitisa in temu trože mirovati. S tem

O bolečinah v križu

Dr. Marjan Jerše

V sledečih odstavkih ne bi hotel razpravljati o posebno redkih obolenjih, ki sprožijo bolečine v križu, želel bi pa čim pregledneje prikazati vsa glavna obolenja, ki smo jih srečevali v ambulantnem delu in jih razvozlati skupno s posameznimi specialisti.

Zdravniki smo neredko v zadregi pri postavljanju diagnoze, kadar stoji pred nami bolnik — pogosteje je to bolnica — ki toži o bolečinah v križu. Zelo se je udomačil izraz *lumbalgia*, kar je pa širok pojem in če stoji sam zase, je to le simptom, ne pa diagnoza. Nekaj drugega je seveda, če točneje definiramo, n. pr. *Lumbalgia spastica*, ali *rheumatica*, ali *traumatica*, ali pa *idiopatica*, ker s to zadnjo diagnozo povemo točno, da smo sicer iskali vzrok obolenju, a ga nismo mogli najti. Morda bo kdo oporekal, češ, tudi ortopedi napišejo »*Lumbalgia*« kot diagnozo. K takemu ugovoru moramo pripomniti sledeče: zdravnik-ortoped je prav tako človek in ne more vselej že ob prvem pregledu najti patološko anatomске osnove, ki je sprožila bolečine v križu.

V vseh primerih, ko je bolečina v križu ostala trdovratna, smo v naši ambulanti s kasnejšimi ponovnimi pregledi pri ortopedu ali pri drugih specialistih našli izvor bolečinam tako, da je prvotna »*lumbalgia*« dobila svojo organsko bazo. V nekaj primerih se je nevrolog odločil za nevrastenijo in res po zdravljenju nevrastenije so bolečine popustile.

Torej smatramo oznako »*Lumbalgia*« vedno le samo kot nerešeno vprašanje, ki zahteva nadaljnega raziskavanja.

Kot že omenjeno, bomo v tem članku našeli samo ona obolenja, ki jih najpogosteje srečamo kot povzročitelje bolečin v križu.

Lahko rečemo, da je več kot tri četrtine bolnikov, ki tožijo o težavah v lumbalnem predelu, ženskega spola. Pri mlajših gre najpogosteje za spastično lumbalgijo, revmatično obolenje, ponavljajoče se in ne preveč burno vnetje ledvičnih ponvic (pyelitis), nevrasteničen sindrom ter izrazito ortopedska in ginekološka obolenja. Pri starejših pa nosijo zastavo spondiloza in spondilartroza ter starostna osteoporozna.

Poglejmo nekoliko podrobneje našeta obolenja, saj bomo večkrat že iz same anamneze lahko sklepali na naravo bolezni.

Lumbalgia spastica: ne moremo trditi, da je ta diagnoza pri nas udomačena, vendar bi jo lahko marsikdaj zabeležili, če bi nanjo bolj mislili. Bolnik nam pove, da je dobil pri določenem zgibu naenkrat močne bolečine v križu, tako da se niti vzravhati ni mogel. Ker se taka bolečina pojavi navadno takrat, ko je telo sklonjeno in zasukano v določeno smer, nazivajo nekateri to obolenje *torzijski krč*. Distenzijo mišic bomo težko razlikovali od spastične lumbalgije, zlasti še, ker obolenji neredko nastopata skupaj. Vedno pa moramo te paciente vprašati, če nimajo morda motenj v senzibiliteti spodnjih okončin (določene predele navadno manj čutijo kot druge), in če zasledimo te, lahko z veliko verjetnostjo sumimo na diskopatijo.

Lumbalgia rheumatica: navadno rabimo za to obolenje krajši naziv lumbago. Gre torej za revmatično obolenje mišic, ki poteka le izjemno z vso burno sliko, kakršno smo vajeni opazovati pri revmatičnih manifestacijah na sklepih. Najpogosteje zavzame lumbago kroničen značaj, seveda je stanje zdaj boljše zdaj slabše. Neredko je oblika tako mila, da se ljudje nanj kar privadijo in ne iščejo zdravniške pomoči, kajti že na samo gretje težave dokaj hitro izginejo.

V to skupino pa ne štejemo bolečin v križu ob akutnih febrilnih stanjih oziroma infekcijah. Te bolečine so najverjetneje toksične narave.

Če so bolečine v ledvenem predelu močne in enostranske in jih spremlja mrzlica s temperaturo, pomislimo najprej na urološko obolenje (vnetje ledvičnih ponvic, ledvični kamni).

Nevrastenični sindrom: danes že prav vsak pozna pestro simptomatiko nevrastenikov, zato ne bi o tem podrobneje razpravljali. Opozoriti pa je treba, da moramo biti pri postavljanju te diagnoze silno previdni in se moramo držati pravila, da je potrebno izključiti najprej vsa organska obolenja, nato šele lahko bolnikove težave obesimo na ramena nevrastenije.

Ortopedska obolenja:

a) Šele pred nekaj leti je pričela naraščati literatura, ki je natančneje obravnavala problem diskopatij. Danes nam ne zveni več kot novo, če beremo: *Hernia disci*, *Degeneratio disci intervertebralis*. In vendar, vedno znova nam ortopedi dokazujejo, da je prav medvretenčna blazinica (*discus intervertebralis*), če je patološko spremenjena, vzrok ne samo obolenju, ki ga poznamo pod imenom *ishias*, ampak tudi bolečinam v križu. Pogostna je kombinacija bolečin v križu s težavami, ki jih povzroča prizadeti živec *ishiadicus*, zato naziv *lumboishialgia*. Zelo veliko teh *lumboishialgij* pri kasnejših kontrolnih pregledih pokaže svojo patološko anatomsko podlago v spremenjeni medvretenčni blazinici in šele takrat lahko govorimo, da smo prišli do diagnoze.

b) *Spondiloza* in *spondilartroza* sta drugo ortopedsko obolenje, ki povzročata bolečine v križu zlasti starejšim. Danes že skoraj vsaka mestna žena spr-

šuje, če nima morda izrastkov ali trnov na hrbtenici, ki ji povzročajo težave. Obolenje je res nadležno tako za bolnika kot za zdravnika. Zdravnik namreč nima dosti izbire v terapiji. Lokalne aplikacije toplote in sredstva za lajšanje bolečin, to je skoraj vse, kar lahko bolnicam nudimo, če nismo v bližini večjega medicinskega centra, kjer si lahko pomagamo še z UKW in morebitnim rentgenskim obsevanjem. Tudi toliko pričakovani radioaktivni izotopi so se izkazali pri teh obolenjih manj uporabljivi.

c) Že bolj redko srečamo v ambulantah zraščena posameznih vretenc (lumbalizacija in sakralizacija), zdrknjenja vretenc (spondilolistezo), tuberkulozo vretenc in metastaze malignih tumorjev. Pač pa se vsa našeta obolenja v tem odstavku pogosteje videvajo v ortopedskih ambulatorijih.

č) Ljudje, ki več let šepajo (n. pr. prirojen izpah kolka, pa tudi težje stopnje ploskih stopal itd.), večkrat tožijo, da jih boli križ. Vzrok tem bolečinam so degenerativne spremembe hrbteničnih sklepov, ki so posledica nesimetričnega obremenjevanja hrbtenice.

Ginekološka obolenja: Večinoma prepogosto mislimo, da so ginekološka obolenja vzrok bolečinam v križu. Daleč pred drugimi obolenji ženskih genitalij so tako dobro vsem znani adneksitisi. Dobršen del teh poteka kronično in v dokaj blagi obliki. Če je obolenje milejše narave, prav gotovo ne more biti krivo bolečin v križu. Nekaj drugega pa je seveda, če ugotovimo, da je vnetni proces zajel tudi že tkivo v okolici maternice (parametrij), tedaj pa, zlasti še, če je lokalizirano bolj proti hrbtenici oziroma križnici, je to vnetje vzrok bolečinam v križu. Tudi navzad obrnjena maternica, ki je fiksirana, in tumorji male medenice lahko pritiskajo na živčne razplete in povzročajo bolečine. Močno povešena (spuščena) maternica in ostali trebušni organi sprožijo bolečine v križu kot posledica statično dinamične dekompenzacije.

Posebej moramo še omeniti parametritis posteriospastica. Čeprav nam diagnozo postavi ginekolog, spada obolenje v sklop nevrasteničnega sindroma.

Internistična obolenja: Res je, da na internistično obdelavo pogosto pozabimo, kadar stoji pred nami pacient s težavami v križu. Poudariti pa moramo, da so obolenja žolčnika in žolčnih vodov, želodca in dvanajstnika, trebušne slinavke, ledvic in črevesja prav pogosto skriti povzročitelji bolečin v križu. Če od naštetih izberemo še najpogostnejše, bi bil vrstni red približno takle: cholelithiasis, gastro-duodenalni ulcus, v akutnih primerih pa še bazalna pljučnica. Simptomatika navedenih internističnih obolenj je precej dobro poznana, zato je ne bi v tem sestavku podrobneje obravnavali.

Nevrološka obolenja: Omenili smo že, da iščemo pri bolečinah v križu vedno najprej organsko obolenje. Če smo že vsa ta obolenja izključili in so bili vsi izvidi absolutno negativni, bolečine pa se ne izboljšajo, je nujno, da se posvetujemo še z nevrologom (če ga nismo konzultirali že pri sumu na ortopedsko obolenje). Spinalne nevralgije, zlasti pa že večkrat omenjeni nevrastenični sindrom, so njihova domena.

V kratkem smo našeli najpogostnejša obolenja, ki jih srečujemo v splošnih ordinacijah, ko preiskujemo paciente, ki tožijo o bolečinah v križu. Marsikatera bolezen je samo omenjena, ker sem bil pač mnenja, da naj bo članek čimbolj pregleden. Če bi se pa povsod spuščali v podrobno simptomatiko, bi preglednost močno trpela. Iz istih razlogov smo izpustili tudi redkejša obolenja.

Upam, da bo marsikateri medicinski sestri, ko bo ta članek prečitala, laže svetovati na tako pogosto zastavljeno vprašanje: »Kaj naj storim s tem svojim križem?«

Ali je družina res samo potrebno zlo?

Dr. Jože Potrč

Zveza prijateljev mladine Slovenije je konec februarja priredila trodnevno posvetovanje o izobraževanju in vzgajanju staršev. Namen tega posvetovanja je bil proučiti dosedanje delo na področju vzgoje in izobraževanja staršev ter mladih ljudi za zakon, in to z različnih vidikov (ekonomsko-gospodinjanskega, socialnega, zdravstvenega, pedagoškega in etičnega). Na posvetovanju so sodelovali strokovnjaki in družbeni delavci, ki se pečajo z navedenimi vprašanji, med njimi tudi medicinske sestre iz posameznih okrajev. Na osnovi predhodne ankete, referatov in razprav v skupinah so za vsako važnejše vprašanje posebej bili sprejeti določeni sklepi s smernicami za bodoče bolj sistematično delo na tem področju. Ves material tega posvetovanja bo zbran v posebni brošuri, ki jo pripravlja Zveza prijateljev mladine in jo medicinskim sestram že vnaprej toplo priporočamo. Glede na to, da je za uspešno delo medicinske sestre neizogibno potrebna pravilna orientacija in temeljito poznavanje vprašanj, ki zadevajo našo družino, bomo v našem listu med letom priobčili za zdravstvene delavce najvažnejše referate ter izvajanja iz razprav in zaključke. Kot prvega objavljamo pomembni članek tov. dr. J. Potrča.

Uredništvo

Naši naporji za izobraževanje in vzgajanje staršev v socialističnem duhu so sestavni del naše borbe za socialistično demokracijo in za tak socializem, ki lahko služi kot privlačen zgled za vsakogar in ki lahko tudi nudi človeštvu svetlo perspektivo. Danes še nimamo pravice govoriti o velikih uspehih. Nasprotno, v današnji veliki zmedbi na svetu z vsemi mogočimi izkoriščanji in zatiranjem nas lahko hrabri zavest, da že iskren boj za resnični demokratizem in za svobodo delovnega človeka vzbuja zaupanje in vero v socializem. Brez socialistične demokracije, brez uspešnega družbenega samoupravljanja vsega ljudstva ni mogoče ustvariti harmonije v interesih posameznika in družbe, družine in družbe zares tovariških socialističnih odnosov med vsemi ljudmi. Če hočemo družbeni razvoj kar najbolj pospešiti, potem moramo točno vedeti, kaj hočemo, skoncentrirati moramo vse svoje zavestne sile na vse družbene ustanove, na nove, pa tudi na stare, ter ustvarjati višje oblike. Samo dejstvo, da posvečamo družini tako pozornost, da organiziramo posvetovanja vseh družbenih delavcev in se odrekamo reševanju zgolj s paragrafi, dokazuje, da pri nas ljudstvo samo odloča, da se mobilizira sleherni državljan v svojih najintimnejših interesih. Prevzgoja vseh naših ljudi v duhu znanstvenega socializma, je cilj in želja naših najboljših ljudi, borcev za socializem.

Toda ali smo dovolj oboroženi za to? Ne, nismo! Pa to še ni tako strašno; brezpogojno potrebno pa je, da se borimo za socialistično spoznanje, da odkri-

vamo nedoslednosti, fraze in krije poti in tako rastemo. Razpravljati o spolnem in družinskem problemu s stališča zrelega, živega zgodovinskega materializma, je rekel Lenin, zahteva mnogostransko in globoko znanje ter jasno marksistično obvladanje ogromnega gradiva.

Zato sem si zopet zastavil nalogo, da propagiram že utrjene resnice o socialistični družini in odgovorim na one zablode in pretiravanja, ki se pojavljajo v vrstah najnaprednejših borcev za socializem. Če ne bom omenjal predsodkov in preživelih predstav kake zaostale vasi, tedaj le zato ne, ker verujem, da je nesmiselno ubijati temo namesto prižigati luč, pred katero tema sama beži. Širiti znanstveni socializem pa pomeni krepiti vero v lepše odnose, v našem primeru vero v socialistično družino, ki se poraja kot elementarni sestavni del brezrazredne družbe, kakršno bodo nekoč doživeli naši otroci. Potrebna je vera v oboje, v socialistično družbo in enako v družino. Sholastiki naj se prepirajo, katera vera je potrebnejša, znanstveni socializem govori o višji obliki družine v socialistični družbi. Ne enega, ne drugega ne smemo podcenjevati.

Ni slučaj, da naše posvetovanje pozdravlja »Ljudska pravica« s temi besedami: »Vzgojna funkcija družine je ena najpomembnejših, kajti te naloge družba iz objektivnih razlogov še ni mogla v celoti (!) prevzeti«. Brez dvoma želi avtor izraziti vero v vsemogočno družbo, ki bo posameznika osvobodila vseh skrbi. Njegova dobronamernost se vidi še iz nadaljnjih besed, da bi (danes) ne bilo prav, če bi vzgojo v družini ločili od one v družbi in če bi kateri dajali prednost. V resnici pa ta teorija o prevzemu najvažnejše in najpomembnejše pravice matere in očeta do vzgoje lastnih otrok, in to v celoti, s strani družbe, ni tako nedolžna! V socializmu, kjer ne bo razredov ne države in kjer se bo »politična vlada nad ljudmi prelila v upravljanje stvari in v vodstvo proizvodnih procesov«,¹ se bo odgovornost slehernega posameznika do družbe samo povečala, hkrati pa seveda tudi razcvetela svoboda slehernega posameznika. Teorija o absolutni vladavini države ali družbe nad posameznikom je antisocialistična. Služi birokratski tendenci, da se posameznik ali družina podredi določenim, zelo znanim smotrom vladajočih slojev in da se zaduši svobodni razvoj osebnosti. Družina mora seveda dobiti vedno več družbene pomoči, toda ne zato, da se otrese v celoti vzgojne dolžnosti, nego zato, da lahko to svojo pravico čim bolje uživa. Socializem prinaša nove pravice in seveda tudi nove dolžnosti.

V bučni borbi proti staremu in preživelemu se često pozablja na bistvo pri vsakem družbenem prehodu, namreč na ustvarjanje novega, da ne govorimo o potrebi ohranitve vse pozitivne tradicije in skozi stoletja nakopičenega kulturnega in moralnega kapitala. Tako v vprašanju družine često radi poudarjajo samo propadanje starega in pozabljajo na konkretno novo vsebino, na novo napredno tendenco, ki jo moramo z vsemi silami podpirati, če hočemo res iskreno, da bo odmrlo samo ono, kar je v starem slabega. Rdeča nit, ki se vleče skozi zgodovino, je progresivni razvoj, kjer se novo vedno gradi na starem. Družina ima v bodočnosti veliko vlogo, večjo kot jo je imela doslej. Če jo pravilno pojmuje kot živo celico družbe in če ne zapademo v dogmatiziranje nekih Marksovih citatov, njene vloge v bodočnosti ne moremo precenjevati. V borbi za njene nove oblike se moramo učiti brezkompromisne doslednosti, da njen razvoj zavarujemo in da odstranimo vse, kar ta razvoj zavira. Do kraja se moramo odpovedati teoriji, da je družina samo neko nujno zlo,

¹ Engels, N. d., stran 298.

neka prehodna oblika za prehodno dobo. Celo našim najboljšim tovarišem se zgodi, da jim uide na posvetovanjih trditev, kot n. pr., da ima družina »še vedno« veliko odgovornost v vzgoji otrok. Ali da n. pr. med predsodke, ki jih je treba odpraviti, štejejo tudi očetovsko avtoriteto in vezanost na družino. Brez dvoma eksistira zastarelo pojmovanje o očetovi avtoriteti in tudi družinski egoizem. Toda odpraviti hočemo samo očetovo oblast, njegova avtoriteta pa bo v socializmu še rasla, kakor bo sploh dostojanstvo človeka prišlo šele v brezrazredni družbi do polne veljave. Seveda imamo razne vrste avtoritete. Marksistični odnos do avtoritete lahko spoznamo v Engelsovem članku, v II. knjigi Marx — Engelsovih zbranih del. Tudi vezanost na družino bo v socializmu nujno rasla, seveda tem bolje, ker se bosta v daljni bodočnosti družinski in družbeni interes res zelo zblížala. Kar se pa tiče odgovornosti staršev do otrok, lahko pričakujemo samo brezprimeren porast tudi individualne odgovornosti in individualne očetovske in materinske ljubezni do otroka, celo tako, da bo prvič v zgodovini vsak otrok že pred spočetjem res zaželen. Danes ga često prinaša slepi spolni nažon očetu, ki beži pred odgovornostjo. Socialistično sočustvovanje odklanja prikriti napad na lepoto družinske povezanosti, na njeno toploto in zaupljivo tovariško področje, če se pravi grdim, oportunističnim odnosom, da so familiarni. Družina ima svojo socialistično bodočnost prav v tem, da bo človeka obogatila s še globljimi čustvi do najbližjih, ne da bi ga zato odtrgala od slehernega človeka ne glede na spol, raso in narodnost. Seveda človek svojih dolžnosti do brata in sestre, žene ali otroka ne bi čutil kot breme, ampak kot normalno čustvo. Samo današnji človek seveda tudi iz objektivnih razlogov, zaradi siromaštva, zaostalosti itd. — lahko smatra dolžnosti do družine in družbe kot breme. Brez dvoma bo v bodočnosti družba prevzemala vedno več družinskih, posebno ekonomskih funkcij na sebe. Toda naj še toliko pomaga družini, odgovornost za vzgojo lahko s starši samo deli, kajti očetovska in materinska ljubezen se ne bo nikdar »socializirala«. Tako družbena kot družinska povezanost bo v socializmu le na višji stopnji. Da bo pa nekoč res tako, moramo danes ustvariti socialistično moralo in slehernega državljana po njenih načelih vzgajati. Samo od sebe, spontano, brez ogromnih vzgojnih naporov ne bo nič. Tu pa moramo izhajati od današnjega stanja. Vse, kar tak razvoj pospešuje, predvsem izgradnja materialne baze in na njej socialistične demokracije, razvijanje vseh znanosti, vse kulture, ki jo je ustvarilo človeštvo, mora služiti obogatitvi človeka.

Neki referent na beograjskem posvetovanju je govoril o propadanju buržoazno patriarhalne družine, ne da bi s črko omenil porajanje novega. Svaril je tudi pred uporabo mentalne higijene, ki da hoče ohraniti staro družino. Toda o mentalni higieni pozneje! Ogromna večina naših družin so družine delovnih ljudi, ki so ustvarili našo revolucijo; njihov razvoj nas vendar najbolj zanima in ta je progresiven, tu se ustvarja ono novo, ki prav s tem odpravlja staro. Izražajmo se sploh, kadar gre za kulturo, za zgodovinski kapital, kot za družino itd., pozitivno in manj negativno! To ni formalizem. Vse ogromno bogastvo življenja prihaja tako do mnogo konkretnjšega izraza. Kadar rušimo staro, se zavedajmo, da lahko v trenutku zrušimo tudi dobro, kar so ljudje gradili stoletja. To velja prav posebno za družino. Pravzaprav tu ni kaj podirati. Če smo mesto cerkvenega uvedli civilni zakon, smo šli le korak naprej. Ko gre za razvezo, smo le za podiranje tega, kar je že podrt. Ves naš

ponos, naš cilj pa je višja oblika družine, katere trajnost počiva na socialistični vzgoji. Namesto starih, prisilnih oblik družbene povezave ljudi ustvarjamo nove, boljše, prostovoljne in prav zato trdnejše odnose!

Ko se izražamo pozitivno, konkretno, ustvarjalno, se najbolje izognemo nevarnosti, da ustvarimo meglo in zmedo v glavah. Prav v vprašanju družine in odnosov med spoloma imamo zgodovinske izkušnje po Oktobrski revoluciji. Čeprav je bil Lenin osebno — in se je tako izrazil — v vprašanju zakona, družine, ljubezni in kulture mnenja, da je tu ves poudarek na graditvi in ne na podiranju, so se mnogi vodilni državni in partijski voditelji izražali drugače. Nihče ni bolj primeren, da nam posreduje izkušnje s tega področja, kot Kurskij, ki je bil 10 let minister pravosodja. Prišel je po 8 letih delovanja prvega Kodeksa o zakonu in družini do sledečega zaključka: »Nujno moramo vzgajati mladino, na vsak način podpirati strog odnos do spolnih vprašanj pri naši mladini, to je nesporna resnica. Toda to ne gre po zakonski poti, pa naj uvedemo še tako strogo registracijo zakona« (str. 182.). Paragraf in socialistična morala se morata ujemati, paragraf naj vsaj ne ovira razvoja socialistične morale, moral bi jo pa seve pospeševati. Toda, kako je bilo z vzgojo in z »nesporno resnico?« Sam Kurskij je izjavil 1919. leta, da je sovjetska oblast razrušila tlačansko družino in da namesto tlačanske prihaja svobodna družina in se uvaja družbena vzgoja otrok. Ta svoboda se je v praksi pojmovala tako, da so našli leta 1923 70 000 do 100 000 neregistriranih zakonov (165). Sama vlada je absolutizirala svobodo tako daleč, da je z dekretom dovolila, da sme vsak zakonec tudi registrirani zakon razbiti s čisto navadno enostransko prijavo razveze. Neregistrirani zakon, ki po našem pojmovanju sploh ni zakon, ker ne priznava potrebe družbene evidence, pa je dobil imel faktičnega zakona. Sam Kurskij pravi o njem, »bil je torej zakon, bili so otroci, potem pa je oče zapustil mater, ki je zahtevala alimente« (166). Lahko si mislimo, kako si je želel tak oče raj, kjer »ne bo ne alimentov, ne sklepanja zakona in kjer bo kolektivna vzgoja otrok« (155). Da se bo vprašanje družine v daljni bodočnosti res drugače reševalo kot danes, to je seve res, toda neizpodbitna in danes skrajno aktualna resnica je, da bodo ti odnosi v komunizmu zgrajeni na onem, kar je danes in kar bo jutri najboljše, a to so za zdaj socialistična družina in, če že ne more biti drugače, tudi alimenti. Kar se pa toliko opevane in zlorabljene kolektivne vzgoje tiče, mislim, da je treba pribiti, da je vzgoja vedno bila tudi kolektivna in ne samo družinska ali individualna. Le proporc se menja. Kolektivne bo vedno več, toda tudi individualna oziroma družinska bo ostala, kvaliteta obeh pa naraščala. Nikdar ne bo odmrla individualna in družinska odgovornost do otrok, pa če bo družba še tako kolektivna, kajti kolektiv bo vedno sestavljen iz posameznikov. Pretiravanje v poudarjanju podiranja in nevzgojno in nekritično hvalisanje svobode, a ne tudi njene druge plati, dolžnosti, je seveda dovedlo do absurdā. Tako je sam Kurskij izjavil leta 1926, da izdajajo »nov Kodeks, da bi še bolj zavarovali interese matere in posebno otrok« (183). »Ta novi Kodeks pripisuje velik pomen registraciji zakona.« (185). Želim s točnim citatom opisati, do kam se je povzpela socialistična misel o družini konec 1926. leta: »Registracija zakona zelo resno varuje soproge in državo težkih posledic, ki lahko nastanejo pri istočasnem zakonu z več osebami. Takih garancij neregistrirani zakon ne daje« (185). Drugi citat: »Razume se po sebi, da le registracija zakonov lajša zaščito interesov države, kot tudi osebnih premoženjskih

interesov oseb, ki stopajo v zakon« (186). Vse sodobne države so odpravile mnogoženstvo, v »faktičnem zakonu« pa je torej bilo faktično legalizirano. Toda danes po nadaljnjih 30 letih družbenega razvoja nas interesi »države« in »premoženjski« interesi zakoncev ne morejo posebno ganiti, ker gre pri socializmu za mnogo višje etične vrednote. S »težkimi posledicami« mislimo danes predvsem podcenjevanje prvič osebnega dostojanstva vsakega človeka in drugič nespoštovanje socialistične družbe, ki preko svojih državnih in še prav posebno preko družbenih organov bedi nad materialnimi in še bolj nad moralno-političnimi pogoji za napredek družbe.

Pri nas ni bilo nikdar izenačevanja konkubinata z zakonsko zvezo, sklenjeno pred ljudsko oblastjo. Ta slednja je dobila v zakonu vso moralno podporo. Nedoslednost najdemo bolj v tem, kar ni rečeno, kot v resnicah, ki jih govorimo. V vprašanju razveze nismo dovolj storili, če jo pod določenimi pogoji dovoljujemo. Izenačenje pravic nezakonskega otroka z zakonskim, odprava sodnega preganjanja žene zaradi splava itd. je lahko samo izhodišče za zares socialistično zdravstveno, vzgojno in kulturno akcijo. Da, nujno moramo vzgajati mladino, to je nesporna resnica tudi danes, še mnogo bolj kot pred 30 leti! Toda vse težišče je treba položiti, brez kakega moraliziranja okrog »strogega odnosa do spolnih vprašanj pri naši mladini«, na pozitivno stran v družbenem procesu, na nove socialistične družbene odnose, ali kar je sinonim, na socialistično moralo, ki jo proučuje etika. V tem ko Sovjetska zveza sploh nima nobene katedre za predmet etike, je stanje pri nas pomanjkljivo. Življenje nas bo prav gotovo prisililo, da bomo odpravili neko podcenjevanje socialistične etike, ki se izraža tudi tako, da se vse preveč pričakuje od materialne stimulacije. Res, nje absolutno ne smemo podcenjevati, saj je začetek progressa vsake družbe v razvijanju proizvodjalnih sil. Toda dolarska stimulacija ali gonja za dolarjem blesteče dokazuje, da je to le baza, na kateri se šele lahko razvija borba za socializem. Razvijati moramo socialni čut, smisel za enakopravnost, odgovornost slehernega človeka do sočloveka, čast, da skušaš družbi čim več dati in biti skromen v zahtevah do nje. V nekem smislu je ta boj za socialistično pojmovanje dolžnosti do družbe v nasprotju z dinarsko stimulacijo. To velja seve predvsem za tiste, ki družbi lahko mnogo dajo. Pa tudi za skromnega delavca velja isti princip, isti ideal socialističnega človeka. Zadnje čase so začeli take družbené parazite ali izkoriščevalce, ki hočejo živeti z malo dela na račun družbe, psovati na nov način kot »sociale«. (Bořba 15. I. 1957.) Neki vaški knjižničar si je namreč določil tak honorar, da je stalo posojanje knjige od police do bralca 100 din. Socializem, tovarišstvo, družina pa so vendar za nas socialiste tako lepi pojmi, da jih prav gotovo ne moreš podcenjevati. Toda gre seve za stvar. Vse težišče naših naporov moramo koncentrirati na pozitivne družbene naloge, na nova pojmovanja časti, pravičnosti, socialnosti itd. Zato se absolutno ne moremo zadovoljiti s frazo o enakopravnosti nezakonskega in zakonskega otroka, ampak se moramo boriti za nov socialistični, resni odnos do dolžnosti do sočloveka, še prav posebno do lastnega otroka. S tako vzgojo bomo kar mimogrede rešili tudi vprašanje splava, razveze, nezakonskega otroka itd., ko bomo namreč ustvarjali socialistične družbene odnose. Vsak lahkomiseln odnos do gornjih vprašanj pa je asocialen in antisocialističen. Torej socialistični odnosi med ljudmi povsod in vedno, to je tudi edino pravilna socialistična spolna vzgoja. Če govorimo o spolnem problemu, potem lahko trdimo, da je

edino znanstveno obravnavanje vprašanja, če ga obravnavamo v luči znanstvenega socializma, saj je spolno vprašanje del socialnega vprašanja. Za nas so temeljnega pomena odnosi med spoloma kot sestavni del odnosov med ljudmi sploh. Načelno je to vprašanje znanost rešila tako temeljito, da lahko njene rezultate samo populariziramo in v podrobnostih razvijamo dalje. Pri tem nam lahko seksologi, ki jim je predmet spol, spolni organ, spolni nagon itd., brez dvoma nudijo neka koristna spoznanja. Toda ker gre za človeka in ne samo za spol, zato nam ekstremno samo na spolni nagon ozko specializirani strokovnjaki lahko ustvarijo pravo zmedo in nas speljejo s poti vsestranskega proučevanja v luči živega znanstvenega socializma. Ponovno moramo pribiti, da nas zanima predvsem človek in pa odnosi med ljudmi, tako proizvodni kakor tudi vsi ostali družbeni in ne samo biološki odnosi. Kakor je vsak profesor zaljubljen predvsem v svoj predmet, tako vidijo mnogi seksologi le spol, spolne organe in njihovo »izžarevanje«, tako da na človeka kot »družbeno bitje« kar pozabljajo. To velja za seksologe, ki so ali hočejo biti samo biologi. In takšnim mojstrom svoje ozke stroke je delno uspelo, da so začeli pri nas dajati spolnemu vprašanju zmaličen, asocialni karakter. Mislim, da se bodo mnogi z mano strinjali, da smo celo na prvem posvetovanju preveč poudarili seksualni, torej biološki pomen vprašanja na škodo socialnega. To porazno dejstvo nedvomno potrjuje uspeh seksologov, da začenja že »Politika«, največji organ SZDLJ — propagirati seksualno vzgojo v smislu biologov.

Nosilec take seksualne »vzgoje« pri nas je prof. Kostić, ki ugotavlja 12. I. 1957 v »Politiki«, da se pri nas zadnje čase mnogo govori o seksualni vzgoji, da »smo najtežji korak napravili, ko smo prišli v glavnem do soglasja o potrebi seksualne vzgoje«. Res je, da se čutijo kar mnogi poklicane, da nas rešijo te »praznine«, ki da je doslej mučila naše narode in posebej našo mladino. Res je pa seveda, da ni treba odkrivati Amerike; seksualna vzgoja je vedno bila, premalo pa je doslej bilo socialistične. V Evropi je imelo monopol na tako vzgojo krščanstvo, kar vsakdo ve; in vsakdo tudi ve, kakšna je bila ta vzgoja. Vprašanje je samo — in absolutno nobenega drugega vprašanja ne more biti v deželi, ki se bori za socializem — kako dosedanje vzgojo, ki so jo uživali naši narodi, vzdigniti na višjo, na socialistično stopnjo? Samo popoln slepec lahko trdi, da takih naporov naše pedagogike in naših najnaprednejših staršev ni bilo. Seveda, če se omejimo samo na predmet seksus, potem pridemo do prav čudnih zaključkov, do pravih absurdov.

Ker je stopil prof. Kostić iz ozkih okvirov »Medicinske knjige«, kjer je objavil svojo seksualno vzgojo, pred najširšo javnost z vprašanjem, »kako daleč se je prišlo s seksualno vzgojo«, moramo javni delavci socialističnega svetovnega nazora povedati, da se s tako seksualno vzgojo ne strinjamo.

S svojega ozkega in neverjetno doslednega samo biološkega aspekta deli avtor zgodovino družbe na dva dela, ne recimo na razredno in na brezrazredno, ampak na seksualno-nevzgojeno družbo (str. 21), to je vse do pojava sodobnih meščanskih seksologov, in na bodočo družbo seksualno vzgojenih ljudi (305), ki bodo imeli tudi nekaj socialističnih lastnosti. Tako bi n. pr. imeli možje, ki jim bo, glede seksusa, hormonov, izžarevanja, spočetja itd. vse jasno, spoštovanje do žene. Čemu torej razredni boj za socializem, seksualno moramo prosvetliti človeka, seksualno ga vzgajati! Kajti avtor pravi: »družba seksualno

vzgojenih ljudi bo srečnejša in zadovoljnejša, pot k njenemu napredku lažja in pravilnejša. V boju za boljše življenje bodoči človek ne bo grešil kakor današnji, ki želi druge obvladati, a ne pomisli, da bi obvladal in ukrotil sebe. Izhajajoč od sebe bo bodoči človek popravljaj druge«. Neke nove vrste utopični socializem torej: brez politične borbe proletariata bi prišel človek po seksualni poti v bodočo družbo.

Nekaj takšnega kar pozna ekonomika — da smo pravični — pozna tudi avtor, vendar spolnost mu je nad vse! Kajti ozdravitev človeštva bo prišla skoz ozdravitev ljudske spolnosti v okviru in v zvezi z rešitvijo ekonomskih vprašanj družbene ureditve« (304). Torej človeštvo je bilo doslej bolno, in sicer seksualno bolno, seksologi pa prinašajo ozdravitev ob asistenci ekonomistov! Avtor ponovno proglašja seksološko stališče za najuniverzalnejše s trditvijo, da »ima vedno pred očmi a k s i o m ; če ni vse spolno, je skoro vse zaradi spolnega« (304). Avtorja ne moti kontradikcija v trditvi, češ da so bili doslej vsi starši »konstraseksualno« vzgojeni, pa vendar niso ostali brez otrok. Kljub temu se avtor muči in piše knjige o seksualni vzgoji, čeprav si »v seksualni vzgoji ljudje nimajo kaj izmišljati, ker jim je glavno in osnovno dano v narodi« (131) itd. Iz citatov se vidi, da so mu družbene znanosti docela tuje (ali neznano področje). S takšno biološko »seksualno pedagogiko« je obračunal pedagog Makarenko, ki je konkretiziral temeljne socialistične vzgojne principe na tem področju in ki bi jih moral poznati vsak naš vzgojitelj, pa tudi zdravnik. Prav med slednjimi je namreč najbolj razširjena freudistična seksologija. Ostaja še vprašanje, v čem imajo taki seksologi vendarle prav? Predvsem moramo res odgovoriti na vprašanje, kdaj mladini pojasniti anatomske, fiziološke in psihološke pojave v zvezi s spolnim zorenjem. To je pa tudi edino pozitivno opozorilo, vtem ko je borba seksologov proti vsaki sramežljivosti in za neko nudistično gibanje neokusna in škodljiva. Če vidijo neki seksologi revolucijo v razgaljanju spolnih organov staršev pred otroki, ker da je to baje »naravno«, in če zanikajo vsako intimno področje, potem naj to delajo kar sami! Za nas je največja revolucija v menjanju družbenih odnosov med ljudmi in torej tudi med spoloma. Bodimo vse bolj socialni in socialistični, a ne vse bolj seksualni!

Največja škoda takih seksologov, ki se na neodgovoren način vmešavajo v vzgojo našega mladega človeka, je v tem, da hočejo z vso silo skoncentrirati njegovo pozornost na seksualno mesto na socialno! Lenin se je silno zgražal nad to »seksualno hipertrofijo«, nad tem večnim brskanjem po seksualnem, kakor da je na svetu res vse samo zaradi spolnega nagona. Take priapistične tendence se pojavljajo po vsaki vojni. To je negativen pojav. Že pri najbolj primitivnih narodih, piše Malinovski, je veljalo za sramoto, če je bil kak mož stalno spolno razdražen. Ne samo socialistu, vsakemu normalnemu človeku je jasno, da mora biti spolna funkcija podrejena socialni. Pri človeku govorimo zato o spolni ljubezni in ne več samo o spolnem nagonu in instinktu. Ljubezen je za nas šola altruizma, torej sredstvo za socialni napredek. Zaradi tega se moramo energično boriti proti vsaki bučni propagandi neke seksualne vzgoje, ki naj nadomesti socialistično. Ne smemo dopustiti, da postanejo seksualni problemi, posebno pri mladini, središče vse pozornosti, namesto zdravega izživljanja vse osebnosti in vseh njenih funkcij, posebno onih, ki človeka dvigajo nad žival. Ne smemo končno dopustiti, da postane v naši socialistični vzgoji staršev seksualni problem najvažnejši, kar se lahko zgodi le na škodo celo-

vite vsestranske vzgoje socialističnega človeka. S tem smo se že dotaknili zadnjega problema, ki se mi zdi na naši jugoslovanski poti v socializem prav danes posebno aktualen.

Kljub temu da smo danes v marsičem na čelu narodov za resničen demokratični in rekel bi zgledni socializem, vendar spet marsikje obupno zaostajamo za drugimi razvitimi narodi. Brez dvoma je to normalno, da drugače biti ne more. Toda prav to spoznavanje nam nalaga dolžnost, da zelo mnogo delamo, da se povsod in pri vseh učimo, da premagamo vsak sektaški strah pred »tujimi vplivi«, da oboroženi z vsemi znanostmi, seveda predvsem z marksizmom, skušamo iz vseh znanstvenih strok izluščiti resnice in jih za naše potrebe predelati. Drugače izraženo, mobilizirajmo vse mogoče strokovnjake, postavimo vse znanstvene panoge v službo izobraževanja in vzgajanja staršev! Neki tovariš nas je svaril sicer do neke mere pravilno pred tendenco mentalne higijene, ki da hoče konservirati staro patriarhalno družino, a je pri tem pozabil, da pri nas — seveda ob vsaj minimalni socialistični borbenosti in doslednosti — taka tendenca ne more priti do izraza, a da nam mentalna higiena z lepimi znanstvenimi pridobitvami lahko zelo pomaga pospešiti zdravstveni in tudi družbeni napredek. In isto velja za vse znanosti, za vse znanstvenike vseh svetovnih nazorov.

Seveda moramo tako stališče podrobneje utemeljiti. Prvič gre tu za problem svobode znanosti, svobode razpravljanja, ki edina lahko rodi res množično iniciativo, drugič je mogoče nuditi ljudstvu največje bogatvo znanja in znanstvenih resnic le tedaj, če se učimo tudi pri drugače mislečih. Šele v življenjski praksi se namreč kaže, katere ideje so pravilne ali zdrave, katere pa niso. Vsi vemo, kako veliko škodo je napravil socializmu kult osebnosti in dogmatiziranje in absolutiziranje nekih relativnih resnic. Ker ne podcenjujemo druge nevarnosti, nekritičnega eklektizma, zato poudarjamo ogromno važnost sistematičnega študija znanstvenega socializma. Toda tudi znanstveni socializem lahko postane fraza in celo etiketa za čisto nesocialistične pojave, če ne temelji na ogromnem bogastvu dejstev, ki ga je zbralo vse človeštvo. Stalinizem kot zgodovinski primer dogmatizma in sektaštva ima med drugim tudi ta koren, da prezira znanost, dognanja in izkušnje ljudskih množic izven svojega tabora. Spomnimo se samo, kakšen je bil in deloma še je njegov odnos do pozitivnih pridobitev naše družbene preobrazbe!

Izobraževanje in vzgoja staršev je pravzaprav le sestavni del naših naporov za izobrazbo odraslih in seveda vsega ljudstva v duhu socializma. Na maksimalen uspeh pri prevzgoji vzgojiteljev naše mladine lahko računamo samo, če jim damo vsestransko globoko znanje, kar pomeni vsaj najosnovnejše rezultate vseh znanosti, poudarjam, vseh brez razlike. Dalje moramo vedeti, da bo ogromna večina, ki se želi otresti zaostalosti in spoznati resnico, sprejela z vso ljubeznijo znanstveni socializem kot svoj življenjski in svetovni nazor, če bomo vedeli spoštovati pozitivno tradicijo. Kdor tega ne zmore, ne spoštuje človeka! Zato moramo imenovati stališče, ki prezira vso dosedanjo spolno in družinsko vzgojo ali jo celo kratko malo zanika, zelo plitko in manjvredno. Pa če je ta vzgoja doslej krščanska, je pač bila, napravimo jo danes, ko dozoreva socializem, socialistično! Če je bila cerkev za monogamijo, smo tudi mi zanjo, samo za boljše, brez hinavščine in brez bordelov, za višje, lepše oblike sožitja med

ljudmi. Če so se v preteklosti razvile neke kulturne navade, jih bomo samo obogatili, a ne osiromašili. Absolutno ni samo neka taktika, če postavljamo pred našega človeka v prvi vrsti pozitivne ideale socializma, a se odrekamo n. pr. surovi brezbožni propagandi, kot jo je izvajal nekaj časa Stalin. Smo za svobodo, naše žrtve pričajo, koliko nam je draga resnična svoboda. Toda nikdar nismo dovolili anarhije v družbenih stvareh, da bi smel poljubni soprog svoj zakon enostavno odjaviti. Naš ponos je, da damo ves poudarek pozitivnim idealom. Naši znanci, pa tudi ostali svet nas bo sodil po pozitivnem skladu v znanstveno, socialno kulturno in moralno zakladnico človeštva. Te vrednote moramo poznati, da bi jih mogli pravilno ceniti in dalje razvijati. Naša največja vrednota je boj za socialistične, tovariške odnose v proizvodnji in vsepovsod drugod. Če hočemo vkljub neugodni klimi za take odnose, t. j. kljub naši relativni revščini, vendar kaj znatnega doseči, moramo maksimalno zaposliti našo zavest, naš subjektivni faktor. Organizirati moramo vsesplošno razpravljanje, borbo mnenj na podlagi bogatega znanja. Hruščev je nekoč zapisal, da je treba širiti vse prirodne vede, družbenim vedam pa je hkrati določil vlogo sredstva (dekle) v protireligioznem boju. Takšnemu mišljenju nasprotujemo z našo iz prakse zraslo teoretično pravilnejšo, človečansko pa mnogo globljo mislijo, da naj vse znanosti, ne samo prirodne, ampak še prav posebno družbene vede, ki jim je predmet človek, služijo bogatitvi človeka, njegovi sreči, njegovemu plemenitenju, njegovi socialistični preobrazbi. Tak je osnovni cilj vseh znanosti, iskati in odkrivati resnico! Naloga znanosti je lahko le indirektno negativna, n. pr. naloga kemije, da pobija alkimijo, njena pozitivna naloga pa, da odkriva nove koristne predmete človeku za uporabo. Če bomo tako učili naše starše v vseh znanostih, nam bismarkovski kulturni boj kar mimogrede odpade in lahko mobiliziramo vse naše ljudi, ne glede na njihove svetovne nazore in ne glede na vse predsodke, ki jih še imajo, za naše pozitivne cilje. Hitrost določamo ne samo z motorjem, ampak tudi z izključitvijo zavor. Primitivna, surova antireligiozna borba lahko socialistično preobrazbo le zavira. Ta filozofija pa pomeni še nekaj več. Ne smemo učiti naših staršev samo verbalno socialistično. Bolj kot kjer koli drugje imamo v praktičnem družinskem življenju in v aktivnem družbenem delovanju v komuni kot v širši družinski skupnosti priložnost, da s socialističnim življenjem, dejanjem in zgledom krepimo družino in pospešujemo njeno socialistično preobrazbo.

Želim na koncu poudariti, da drobno delo vseh naših tisočev in tisočev delavcev na področju družinske vzgoje zasluži že doslej priznanje. S pravilnim socialističnim pojmovanjem odnosa družine do skupnosti in z optimističnim gledanjem na perspektivo družine bomo imeli vedno boljše uspehe.

Novi zdravstveni zakoni

Ljudska skupščina LRS je sprejela na svojem predzadnjem zasedanju tri zakone s področja zdravstvene službe: Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, Zakon o bolnicah in Zakon o strokovnem nadzorstvu; vsi trije zakoni so bili objavljeni v Uradnem listu LRS št. 21/56. Istočasni sprejem treh zakonov ni slučajen, ampak je bilo storjeno to iz več razlogov. Predvsem je bilo to potrebno, ker je snov, ki jo obravnavajo novi trije zakoni, podlaga za vso organizacijo in delo zdravstvenih zavodov v LRS, ki do zdaj še ni bila zajeta v nobenem zveznem oziroma republiškem pravnem predpisu. Z novimi zakoni bo odstranjena ne samo pravna praznina, ki je bila do zdaj na področju ambulanto-poliklinične službe, bolnične službe, kar je posredno vplivalo na kvaliteto dela v zdravstvenih zavodih, ampak so z njim utrjeni temelji za ves nadaljnji razvoj zdravstvene službe na terenu.

Res je, da je že do zdaj izvenbolnična in bolnična služba delovala in da se je tudi do določene mere strokovno nadzorovalo strokovno delo zdravstvenih zavodov in da novi zakoni torej ne uvajajo šele teh zdravstvenih služb, vendar so organizacijske nejasnosti in nepopolnosti v teh službah imele za posledico tudi zmanjšano kvaliteto dela v škodo vseh, ki so iskali zdravstveno pomoč. Kako potrebno je bilo dati trdne temelje izvenbolnični in bolnični službi ter službi strokovnega nadzorstva, se vidi iz tega, da so ljudski odbori, socialno zavarovanje, zdravstveni zavodi, strokovna društva medicinskega osebja itd. vztrajno in dosledno zahtevali dokončno in solidno ureditev teh služb.

Sprejeti zakoni so v medsebojni organski zvezi, vsi pa imajo isti cilj; napredek zdravstvene službe in zboljšanje kvalitete zdravstvenih storitev. Organska zveza bolnične in izvenbolnične službe, to je službe zdravstvenih domov in postaj, se ne kaže le v tem, da mora biti bolnik formalno napoten v bolnišnico z napotnico zdravnika v izvenbolnični službi, ampak predvsem v tem, da morajo bolnišnice strokovno pomagati izvenbolnični službi s svojimi specialisti, ji nuditi pomoč v strokovno-metodoloških vprašanjih in da morajo vzgajati medicinsko osebje za vse zdravstvene zavode, torej ne le za delo v samih bolnišnicah. Do zdaj so bolnišnice drugim zavodom pomagale le v manjši meri. Upravni organi za zdravstvo pri ljudskih odborih bodo morali to medsebojno pomoč v prihodnje v praksi dobro in prav izkoristiti, zlasti tako, da bo prišlo do izmenjave in strokovne izpopolnitve zlasti bolničnih zdravnikov in medicinskih sester z istovrstnim osebjem zdravstvenih domov in postaj, da se bo tako zlasti višje in srednje medicinsko osebje usposobilo za delo v vseh zdravstvenih zavodih in da bo tako v celoti obvladalo službo svojega naziva.

Novi zakonski predpisi so nadaljnji korak v decentralizaciji zdravstvene službe. Pri tem je bila podčrtana vloga občinskih ljudskih odborov. Po novih predpisih bo občinski ljudski odbor lahko ustanovil, usmerjal in nadziral tudi bolnišnice ter ustanavljal zdravstvene domove in postaje celo za več občin,

vendar v sporazumu z drugimi občinskimi ljudskimi odbori, kar je bila do zdaj izključna pravica okrajnih ljudskih odborov. Vprašanje je bilo le, ali naj se prepusti tudi strokovno nadzorstvo nad delom zdravstvenih zavodov občinskemu ljudskemu odboru. Zaradi pomanjkanja visokokvalificiranega strokovnega kadra, posebno takega, ki obvlada organizacijska in finančna vprašanja, kar je v zvezi z izvajanjem strokovnega nadzorstva, za zdaj te naloge še ni bilo mogoče prepustiti občinskemu ljudskemu odboru.

Največja decentralizacija je v tem, da ljudski odbori praktično lahko ustanovijo vsak zdravstveni zavod, za katerega mislijo, da je potreben na njihovem območju.

Vsi novi zakoni poudarjajo pomen preventivne zdravstvene službe. Tudi bolnišnice, katere imajo nestrokovnjaki, dostokrat pa tudi zdravstveno osebje, za izrazito kurativne zavode, morajo sodelovati v borbi proti nalezljivim boleznim, proučevati vzroke in umrljivost ter predlagati ukrepe, da se ti vzroki odpravijo. Prav tako morajo opravljati zdravstveno prosvetno delo in higiensko vzgajati bolnike. Ljudski odbori kot nadzorni organi bolnišnic pa bodo morali skrbeti in paziti, da bodo tudi bolnišnice njihove preventivne zdravstvene naloge izvrševale.

V zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah je načeloma združena vsa preventivna in kurativna zdravstvena služba, saj so v te zavode vključeni vsi dispanzerji, posvetovalnice, otroški dispanzerji, patronažna in babiška služba, neobvezno pa tudi vsa higienska služba.

Zakon o strokovnem nadzorstvu je vpeljal dolžnost strokovnih nadzornikov, da nadzirajo, kako vsi ti zavodi — ne samo izrazito preventivni — opravljajo dolžnosti s področja preventivnega zdravstva.

Novi predpisi do določene mere razširjajo tudi družbeno upravljanje zdravstvenih zavodov, čeprav veljajo glede tega zvezni predpisi. Predvsem omogočajo ustanovitev posebnih upravnih odborov v večjih bolnišnicah ali v bolnišnicah z dislociranimi objekti. Naloge upravnih odborov so razširjene tudi preko čisto ekonomsko-finančno administrativnih na vse delo zavoda. Vodstveni značaj upravnega odbora je mnogo bolj poudarjen kot v zveznih predpisih o upravljanju zdravstvenih zavodov. V upravnih odborih mora biti obvezno tudi zastopnik občinskega ljudskega odbora.

Tudi v zakonu o strokovnem nadzorstvu je bilo ukrepanje o odpravi pomanjkljivosti v zdravstvenih zavodih preneseno na svete za zdravstvo ljudskih odborov in odvzeta ta pravica strokovnim nadzornikom, razen v neodložljivih primerih.

Vsi novi zakoni poudarjajo strokovno delo zdravstvenih zavodov (bolnišnic, zdravstvenih domov in postaj in njihovih enot), ki mora biti v skladu s sodobnimi zdravstvenimi metodami in sredstvi. Za strokovnost dela so odgovorni vodilni strokovni uslužbenci in strokovni kolegi. Za strokovnost dela je pa še posebej poskrbljeno z obveznimi letnimi pregledi zdravstvenih zavodov po strokovnih nadzornikih.

Novi zakoni predvidevajo vrsto izvršilnih predpisov, ki bodo obenem z zakoni, ki dajejo le splošna načela, omogočili izgradnjo celotne osnovne zdravstvene službe in zdravstvene pomoči državljanom. Zaradi razširjenega družbenega upravljanja, decentralizacije, družbene kontrole nad zdrav-

stvenimi zavodi, zaradi povečanih strokovnih nalog in rešenih organizacijskih vprašanj, kar vse urejajo novi zakoni, pričakuje zdravstvena služba od novih zakonov velike koristi za svoj napredek. Obenem pa bodo ti novi predpisi v pomoč zveznim organom pri izgradnji zdravstvene službe.

Posebnost posameznih zakonov

I. Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah je zaradi svojega pomena, obsega in raznovrstnosti v zdravstveni dom ali zdravstveno postajo vključenih preventivnih in kurativnih zdravstvenih enot ter zaradi svojega razmerja do ljudskih odborov in do splošne zdravstvene službe, najvažnejši od sprejetih zakonov. Osnovne značilnosti zakona so:

1. Natanko se je opredelil pojem zdravstvenega doma in zdravstvene postaje kot temeljnega zdravstvenega zavoda splošne zdravstvene službe. Zmotno je namreč mnenje, da so najvažnejši zdravstveni zavodi — bolnišnice. Bolnišnice so le najvišji terapevtski zavodi, zdravstveni dom oziroma zdravstvena postaja pa ima z vsemi svojimi vključenimi strokovnimi organizacijami neprimerno širše delovno področje in večji pomen za splošno zdravstveno službo kakor bolnišnice.

2. V zdravstvenem domu oziroma postaji je združena vsa preventivna in kurativna zdravstvena služba, skratka sploh vsa zdravstvena služba na območju občine oziroma njenega dela. Izven zdravstvenih domov se lahko ustanavljajo zdravstveni zavodi samo za specialne potrebe zdravstvene službe če za to obstojijo posebni razlogi.

3. Ljudski odbori praktično izvajajo svojo lokalno zdravstveno politiko po zdravstvenih postajah prav zaradi obsega zdravstvene službe, ki je združena v zdravstvenih domovih in postajah. Po drugi strani pa opravljajo ti zavodi tudi razne strokovne zdravstvene naloge za sam ljudski odbor in njegove organe (proučevanje zdravstvenega stanja ljudstva, vodstvo in analiza zdravstvene statistike, zdravstvena prosveta, organizacija cepljenj itd.) ter opozarjajo ljudske odbore oziroma njegove organe na napake pri delu vseh zdravstvenih zavodov na območju ljudskega odbora.

4. Glede na svoj namen in obseg dela za vse območje občine ali njenega dela ter zaradi nalog, ki jih opravlja zdravstveni dom oziroma zdravstvena postaja za ljudski odbor, morajo biti ti zavodi pod nadzorstvom ljudskih odborov kot zavodi splošne zdravstvene službe. Zato teh zavodov tudi ne morejo ustanavljati gospodarske ali družbene organizacije, saj močno presegajo njihove naloge potrebe teh organizacij.

5. Med zdravstvenim domom in postajo ne obstoji razmerje nadrejenosti in podrejenosti. Razlika med njima obstoji le v obsegu dela in v številu ter vrstah v zavod vključenih nesamostojnih zdravstvenih enot. Zato se zdravstvene postaje lahko ustanavljajo samo tam, kjer ni pogojev za ustanovitev zdravstvenega doma. Ker pa se morajo določene zadeve opravljati enotno ali za vse območje občine (evidenca kadrov, zdravstvena statistika, organizacija raznih zdravstvenih akcij itd.), lahko svet za zdravstvo občinskega ljudskega odbora naloži posamezne skupne naloge za vse svoje območje določenemu zdravstvenemu domu ali postaji.

6. Načelu čim popolnejše decentralizacije v zdravstvu in glede na pomen zdravstvenih domov (postaj) za splošno zdravstveno službo, odgovarja, da zdravstvene domove in postaje ustanavlja le občinski ljudski odbor.

7. Čeprav so v zdravstveni dom ali zdravstveno postajo lahko vključene razne nesamostojne strokovne enote (splošne in specialistične ambulante, razni dispanzerji, higienske postaje, reševalne postaje itd.), vendar zakon namenoma posebej obravnava še pomožno zdravstveno postajo v sestavu teh zavodov. To pa zaradi tega, ker je v tej samostojni enoti prav tako združena vsa preventivna in kurativna zdravstvena služba in ker se te pomožne zdravstvene postaje ustanavljajo le v najbolj oddaljenih krajih in imajo prav posebne preventivno zdravstvene naloge.

8. V zakonu je bilo treba poudariti tudi, da mora ustanovitelj nositi stroške preventivne zdravstvene službe vseh vključenih strokovnih enot. To je bilo nujno, da se poudari pomen preventivne zdravstvene službe ter zavodov in vseh strokovnih enot, na drugi strani pa, ker se ljudski odbori branijo nositi stroške preventivne zdravstvene službe, čeprav so k temu zavezani že po 3. točki odloka o finansiranju zdravstvenih zavodov (Ur. list FLRJ, št. 14/53).

II. Zakon o bolnicah

Osnovne značilnosti zakona so:

1. Zakon ne obravnava bolnišnic kot izključno terapevtskih zavodov, ampak jih obravnava kot zavod v celotnem sistemu zdravstvenih zavodov sploh. Zato nalaga zakon bolnišnicam tudi dolžnost sodelovati in pomagati drugim zavodom, opravljati zdravstveno prosvetno delo in preventivno zdravstvene in končno tudi znanstveno raziskovalne naloge.

2. Zakon določa osnovne dolžnosti bolnišnic do ljudi, ki jim je zdravljenje v bolnišnicah potrebno in ki se tam zdravijo. Zato ureja obveznost sprejemanja bolnikov, obveznost nujenja prve pomoči, neprekinjenost bolnične zdravstvene službe, trajanje zdravljenja v bolnišnici, prehrano, kvaliteto bolničnih zdravstvenih storitev itd.

3. Zakon uvaja novote pri ustanavljanju bolnišnic. Pravico ustanoviti bolnišnico imajo Izvršni svet in ljudski odbor, pa tudi gospodarske in družbene organizacije in samoupravni zavodi; ti pa seveda po prejšnji potrditvi Sveta za zdravstvo LRS. Da pa se ne bi ustanovljale pomanjkljivo urejene bolnišnice, bo Svet za zdravstvo LRS predpisal gradbene in sanitarno-tehnične pogoje za ustanovitev bolnišnic in pogoje za njihovo minimalno opremo.

4. Zakon razširja družbeno upravljanje bolnišnic. V upravnem odboru je obvezno tudi zastopnik občinskega ljudskega odbora, od delovnega kolektiva pa je največ ena tretjina članov. Upravni odbori so lahko tudi za posamezne dislocirane oddelke bolnišnic. Upravni odbor nima samo administrativno-finančno-ekonomskih nalog, ampak kot vodstveni kolektivni organ vso skrb za pravilno opravljanje vseh nalog bolnišnic.

5. Posebnost zakona je, da ne določa, da bi moral biti ravnatelj zdravnik, da pa mora imeti vsaka bolnišnica šefa zdravnika. Če je ravnatelj zdravnik, je obenem tudi šef zdravnik. Šef zdravnik je odgovoren zlasti za strokovnost

vsega dela, za strokovno opremo bolnišnice, za razporejanje strokovnega osebja in za delo strokovnega kolegija.

6. Zakon uvaja obvezno izpopolnjevanje bolničnega strokovnega osebja. Način tega izpopolnjevanja, možnost specializacije zdravnikov v določenih bolnišnicah kot tudi dolžnosti vodij bolničnih strokovnih enot prepušča zakon izvršilnim predpisom.

7. Zakon načeloma uvaja tudi važnejše pravice in dolžnosti bolnikov, kot n. pr. možnost pritožbe zoper odklonitev sprejema ali zoper odpust iz bolnišnice, privoljenje za operacijo, vprašanje trajanja zdravljenja, ravnanje po hišnem redu bolnišnice itd.

8. Splošno nadzorstvo (finančno, ekonomsko itd.) opravljajo pristojni sveti za zdravstvo; strokovno nadzorstvo pa se opravlja po posebnem zakonu. Finančno poslovanje bolnišnic se v zakonu ne ureja posebej, ker je urejeno s specialnimi, deloma zveznimi deloma republiški predpisi.

9. Posebno poglavje v zakonu ureja pravice in dolžnosti, ki jih ima ustanovitelj (ki ni vedno nadzorni organ) do bolnišnice. Te določbe imajo pomen zlasti, če bi ustanovila bolnišnico družbena ali gospodarska organizacija.

III. Zakon o strokovnem nadzorstvu nad zdravstvenimi zavodi

Namen in značilnosti zakona so:

1. Vpeljani bodo redni letni strokovni pregledi zdravstvenih zavodov in s tem sistematičnost v strokovnem nadzorstvu. Do zdaj se zdravstveni zavodi na splošno niso pregledovali razen bolnišnice in zobozdravstveni zavodi, v nobenem primeru pa se strokovni pregledi niso opravliali sistematično.

2. Strokovno nadzorstvo se bo preneslo na ljudske odbore in njihove organe. V zvezi s tem bodo sicer določene težave zaradi pomanjkanja visokokvalificiranega osebja, zato lahko tudi Svet za zdravstvo LRS opravlja neposredno te preglede v vseh zdravstvenih zavodih.

3. Strokovno nadzorstvo ne bo zajemalo samo čisto strokovnih zadev (n. pr. metod in sredstev zdravljenja, predpisovanja zdravil, opreme, prehrane bolnikov itd.), ampak tudi vprašanja, ki so v zvezi s strokovnim delom, kot n. pr. pravilne razmestitve osebja, dežurnih služb, organizacije dela, cene za oskrbni dan, pouka samega osebja. Strokovno nadzorstvo je obenem instruktorska služba in to je ravno največji pomen te službe, če hočemo strokovno in organizacijsko dvigniti naše zdravstvene zavode. Strokovni nadzorniki bodo lahko prenašali svoje izkušnje na druge zdravstvene delavce, izkušnje enega zavoda na drugega, posredovali bodo najnovejše domače in tuje izsledke v metodah ter načinu zdravljenja in preprečevanju bolezni.

4. Strokovni nadzorniki nimajo pravice ukrepanja (razen kadar je to neizogibno potrebno); ukrepa samo svet za zdravstvo okrajnega ljudskega odbora oziroma Svet za zdravstvo LRS. Institucija strokovnega nadzorstva torej ni administrativnega značaja, ker je ukrepanje za odpravo nepravilnosti in pomanjkljivosti stvar ljudskega odbora oziroma njegovega organa, pristojnega za zdravstvo, ne pa uslužbenca, ki je pregled opravil. Pri vsem tem pa ostane neokrnjena tudi pravica prizadetega zavoda, da se zoper odrejeni ukrep pritoži na »višji« organ.

P. S.

Beleške ob knjigah

»Problem prehrane prebivalstva v Sloveniji«

V tej knjigi, ki jo je izdala Zveza ženskih društev Slovenije, so zbrani vsi referati in razprave iz posvetovanja o prehrani v decembru 1955. Knjiga obsega 96 strani in vsebuje sledeče referate: Prehrana našega prebivalstva (dr. Damjana Bebler), Kmetijska proizvodnja živil (Andrej Petelin), Industrijska proizvodnja in predelava (ing. Albert Nučič), Preskrba prebivalstva z živili (Mara Dermastja), O kvarjenju živil (ing. Emilija Letonja), Prehrana v javnih kuhinjah, obratnih kuhinjah in zavodih (Andreja Grum).

Zelo pomembne in aktualne so razprave, katerih se je poleg tov. Vide Tomšičeve udeležilo še 23 diskutantov, zastopnikov raznih družbenih organizacij in ustanov, med njimi tudi dve medicinski sestri (Francka Šušteršič in Majda Musek). Knjiga zelo dobro in vsestransko osvetljuje problem prehrane prebivalstva pri nas, tako z zdravstvenega, gospodarsko finančnega in prosvetno vzgojnega stališča.

»O spolni vzgoji«

Knjigo, ki obsega 160 strani, je izdala Zveza prijateljev mladine in stane 270 din. V njenem prvem delu obravnava avtorica Helena Puhar vzgojo spolnosti, v drugem pa pouk o spolnosti. V prvem delu poudarja, da je cilj spolne vzgoje v tem, da skuša v človeku izoblikovati vse vrline njemu lastnega spola in mu posredovati vrline drugega spola. Pouk o spolnosti pa naj bralca seznanja z zakoni obnavljanja vsega živega v naravi in človeka posebej. Pouči naj ga o razlikah med spoloma, z gradnjo in delovanjem spolnih organov ter pomenom vsega tega za človeško življenje.

Avtorica posebej pove, da je knjižica namenjena staršem, ne pa otrokom in do-

zorevajoči mladini. Staršem naj bi svetovala, kako otroke pravilno oblikovati in voditi za njihovo bodočo vlogo v tej smeri.

»Otrok od spočetja do pubertete«

Spisala dr. M. Avčin in dr. S. Lunaček. Delo je izšlo kot izredna knjiga Prešernove družbe za leto 1957., obsega 112 strani in stane 180 din. V prvem delu obravnava dr. Avčin otrokovo okolje pred rojstvom in po rojstvu v prvem letu življenja, nadalje malega in šolskega otroka. Avtor naglašaja predvsem važnost okolja, v katerem se razvija otrok, in krvne vplive, ki jih ima na otrokovo duševnost neprimerno vzdušje v posameznih družinah. V drugem delu knjige pa dr. Slava Lunaček razlaga in ugotavlja, kakšni so vplivi okolja na doraščajočo mladino. Obširno obravnava telesni razvoj otroka, vpliv sonca, vode in zraka, telesno vzgojo in zdravstveno vzgojo, pravilno telesno držo ter odmor in počitek otroka. Celotna snov knjige daje poučen pregled dobrih in slabih vplivov okolja, v katerem otrok živi od spočetja do pubertete.

»Pobačaji i regulisanje začeca«

Knjigo je izdala Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, v letu 1955. Obsega 110 strani in stane 160 din. Poznana specialistka, ginekologinja in porodničarka dr. Anđjelina Mojić je napisala knjigo z najbolj aktualno temo: Problem abortusa in kontracepcije s strani žene in moža. Avtorica, ki dobro pozna, kakšno je stanje zdravstvene zaščite matere in otroka v naši državi, je v tej knjigi združila stališče ginekologov in svoje gledanje, ki temelji na bogatih izkustvih, ter široki javnosti s strokovnega stališča osvetlila vprašanje reguliranja porodov.

»Moj otrok«

Knjiga je izšla 1956 pri založbi »Obzorja« v Mariboru, obsega 191 strani in je v prodaji za ceno 200 din. V nji obravnava avtorja dr. Draga Črnelč in dr. Franc Rostaher poglavja o nosečnosti, porodu in otročnici, nadalje dobo novorojenčka, dojenčka, malega predšolskega in šolskega otroka. Natančna je razlaga o pravilni negi ter sodobni prehrani zdravega in bolnega otroka. V knjigi so na kratko omenjene prebavne motnje, otroške akutne infekcijske bolezni in druge bolezni, ki jih srečujemo pri otrocih, ter nega in prva pomoč pri njih.

»Prehrana nosečnic«

Je ena izmed knjižic, ki jih zadnja leta sistematično izdaja Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani. Spisala sta jo dr. Bogdan Tekavčič, predstojnik Centralnega ginekološkega dispanzerja, in Marija Dernovšek, med. sestra ginekološke klinike. Obsega 64 strani. Stane 150 din.

Po vsebini je knjiga razdeljena v dva dela. V prvem delu dr. Tekavčič utemeljuje, čemu posebej govorimo o prehrani žene v času nosečnosti, in seznanja bralce, kakšna naj bo prehrana nosečnice po kakovosti in količini. Govori o nujno potrebnih snoveh, ki jih v prehrani nosečnice ne sme manjkati. Ob koncu prvega dela ob razloži tudi prehrano otročnice.

Drugi del, ki ga je napisala med. sestra Dernovškova, pa daje praktična navodila s splošnimi pripombami za prehrano med nosečnostjo. Za citirani pregovor, »da bi slovenska mati prodala krilo za zdravje svojega otroka«, pravi, da bi ga morali dopolniti še z besedami, »za otroka, ki ga pričakuje«.

V tem delu knjižice so praktični napotki za pripravljavanje hrane in sestavljanje jedilnikov, ki so po kalorični in biološki vrednosti pravilni za nosečnico. — Avtorica drugega dela navaja tudi »preproste domače mere« namesto gramov in tabelo najvažnejših sestavin hrane.

Obzorn

MEDNARODNI TEČAJ NJEVANJE V DELU KULOZI

Med. s. Anica

Svetovna zdravstvena sedežem v Ženevi je spec velikem aparatu Organi narodov. Ustanovljena je Pred tem so se z zdravstvenimi vprašanji pečale že različne mednarodne organizacije. Svetovna zdravstvena organizacija skrbi zlasti za dvig zdravstva v nezadostno razvitih deželah, njen cilj pa je dvigniti narode na čim višjo zdravstveno raven.

Leta 1950 je bil v Kopenhagnu sklican kongres Mednarodne unije za borbo proti

kjer se je razpravljalo o tu- ti v državah, kjer je ta boj razvit in kjer ta nezadost- z pomanjkanja kvalificira- venega kadra. Da bi tem agala, pa je Svetovna zdrav- zacija sklenila, da se usta- aterih državah mednarodni centri za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi. Naloga teh centrov je vzgoja zdravstvenega kadra za antituberkulozno službo.

Eden teh centrov je za bližnji Orient ustanovljen v Istanbulu in prireja v zad- njih letih enkrat letno 4 do 6 tedenski te- čaj za izpopolnjevanje v delu proti tuber- kulozi. Za ta tečaj so izbrani zdravniki in

»Moj otrok«

Knjiga je izšla 1956 pri založbi »Obzorja« v Mariboru, obsega 191 strani in je v prodaji za ceno 200 din. V nji obravnava avtorja dr. Draga Franc Rostaher poglavja o rodu in otročnosti, nadalje o dojenčku, dojenčici, malega šolskega otroka. Natančno pravilni negi ter sodobni negi in bolnega otroka. Kratko omenjene prebavne ške akutne infekcijske bolezni, ki jih srečujemo in prva pomoč pri r

»Prehrana nosečnic«

Je ena izmed knjižic, ki jih izdaja Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani. Spisala sta jo dr. Bogdan Tekavčič, predstojnik Centralnega ginekološkega dispanzerja, in Marija Dernovšek, med. sestra ginekološke klinike. Obsega 64 strani. Stane 150 din.

Po vsebini je knjiga razdeljena v dva dela. V prvem delu dr. Tekavčič utemeljuje, čemu posebej govorimo o prehrani žene v času nosečnosti, in seznanja bralce, kakšna naj bo prehrana nosečnice po ka-

lini. Govori o nujno potrebnih v prehrani nosečnice ne ob koncu prvega dela obeh otročnice.

i ga je napisala med. sestra pa daje praktična navodila pombami za prehrano med a citirani pregovor, »da bi i prodala krilo za zdravje«, pravi, da bi ga morali besedami, »za otroka, ki ga



knjižice so praktični napotki za pripravljane hrane in sestavljanje jedilnikov, ki so po kalorični in biološki vrednosti pravilni za nosečnico. — Avtorica drugega dela navaja tudi »preproste domače mere« namesto gramov in tabelo najvažnejših sestavin hrane.

Obzornik

MEDNARODNI TEČAJ ZA IZPOPOLNJEVANJE V DELU PROTI TUBERKULOZI

Med. s. Anica Čarman

Svetovna zdravstvena organizacija s sedežem v Ženevi je specialna ustanova v velikem aparatu Organizacije združenih narodov. Ustanovljena je bila leta 1948. Pred tem so se z zdravstvenimi vprašanji pečale že različne mednarodne organizacije. Svetovna zdravstvena organizacija skrbi zlasti za dvig zdravstva v nezadostno razvitih deželah, njen cilj pa je dvigniti narode na čim višjo zdravstveno raven.

Leta 1950 je bil v Kopenhagenu sklican kongres Mednarodne unije za borbo proti

tuberkulozi, kjer se je razpravljalo o tuberkulozi zlasti v državah, kjer je ta boj še nezadostno razvit in kjer ta nezadostnost izvira iz pomanjkanja kvalificiranega zdravstvenega kadra. Da bi tem državam pomagala, pa je Svetovna zdravstvena organizacija sklenila, da se ustanovijo v nekaterih državah mednarodni centri za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi. Naloga teh centrov je vzgoja zdravstvenega kadra za antituberkulozno službo.

Eden teh centrov je za bližnji Orient ustanovljen v Istanbulu in prireja v zadnjih letih enkrat letno 4 do 6 tedenski tečaj za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi. Za ta tečaj so izbrani zdravniki in

medicinske sestre raznih profilov iz raznih držav bližnjega Orienta pa tudi iz Evrope.

V letu 1956 je bil v Istanbulu zopet tak mednarodni tečaj, ki je trajal od 24. septembra do 20. oktobra. Tečaja se je udeležilo 13 zdravnikov in 7 medicinskih sester. Udeleženci tečaja so bili izbrani iz raznih držav Afrike in Azije; Evropo sta zastopali samo Španija in Jugoslavija, ki sta poslali na tečaj po enega zdravnika in eno medicinsko sestro. Poleg teh se je tečaja udeležilo še 11 turških zdravnikov in 8 medicinskih sester, za katere pa se je tečaj pričel že 14 dni pred našim prihodom. Predavanja so bila skupna, zato so jih prevajali sproti iz francoščine v turški jezik.

Mednarodni tečaj je bil v prostorih Mednarodnega centra za tuberkulozo. To je 5-nadstropna stavba v modernem delu Istanbula. V stavbi imajo svoje prostore: Centralni antituberkulozni dispanzer, epidemiološki oddelek, centralni laboratorij za bakteriologijo, centralna služba Antituberkulozne lige Istanbul in pisarne Svetovne zdravstvene organizacije s konferenčno dvorano in knjižnico. V kleti pa je temnica za razvijanje filmov.

Direktor Mednarodnega tečaja za tuberkulozo je znana osebnost protituberkulozne borbe v Turčiji, prof. dr. Tefvik Salgam, ki nas je prvi dan zelo ljubeznivo sprejel in nam po prijaznem pozdravnem govoru razkazal stavbo. Zelo požrtvovalen je bil njegov sodelavec dr. Fazil Erhat, ki je pomagal organizirati naš študijski tečaj in je tudi predaval ter vodil študijske ekskurzije, ki so slehernega udeleženca tečaja seznanile z dejanskim položajem na področju protituberkulozne borbe v Turčiji.

Program tečaja je bil zelo obširen in časovno točno določen, zato smo bili slušatelji tečaja vsak dan zaposleni od 9. do 12. in od 14. do 17. ure. Predavanj je bilo 24, od teh 19 za sestre in zdravnike, 5 predavanj pa samo za sestre. Predavali so nam francoski in turški zdravniki, specialisti za tuberkulozo.

Strokovna predavanja so bila sestavni del istanbulskega tečaja. Obravnavala so vse principe protituberkulozne borbe, organizacijo te borbe, zdravljenje tuberkuloze in rehabilitacijo ozdravljenih tuberkuloznih bolnikov.

Profesor dr. Tefvik Salgam je imel 3 predavanja. V prvem predavanju »Načelo protituberkulozne borbe in protituberkulozna borba v nezadostno razvitih deželah« poudarja, da je v protituberkulozni borbi treba predvsem dobro poznati epidemiologijo tuberkuloze. Kjer protituberkulozna borba ni zadostno razvita, pride bolnik navadno k zdravniku šele takrat, ko je bolezen že v polnem razmahu. Odpornost proti tuberkulozi je odvisna tudi od razmer, v katerih živimo. Aplikacija cepiva BCG tudi ne zavaruje stoodstotno proti okužitvi, vendar je alergija pri tuberkulozi manjša. Imuniteta je samodelna. Boj proti tuberkulozi mora biti oborožen z vsemi sredstvi in je to pač vprašanje organizacije. Glavni delež pri tem nosi država. Tuberkuloza je socialna bolezen, zato je tudi boj proti nji zdravstveno-socialen. Tesno sodelovanje med zdravstvenim osebjem in oblastjo je zelo važno zlasti v nezadostno razvitih deželah. Zato je treba za to borbo pridobiti k sodelovanju oblast in prebivalstvo.

Drugo predavanje prof. dr. Salgama »Boj proti tuberkulozi v Turčiji« prikazuje umrljivost za tuberkulozo v Turčiji in ugotavlja, da je še zelo visoka. Po podatkih iz leta 1950 umre v Turčiji letno več kot 40 000 prebivalcev za tuberkulozo. Umrljivosti še vedno ni mogoče čisto točno ugotoviti, četudi je prijava smrti za tuberkulozo obvezna. Z ustanavljanjem protituberkuloznih dispanzerjev in vse protituberkulozne borbe je število sedaj že nekoliko padlo. Predavatelj je nato predložil dejavnost protituberkulozne borbe, ki se je intenzivno začela pravzaprav šele leta 1947 s prvim protituberkuloznim tednom. Protituberkulozna borba sama se je začela sicer že leta 1923 z ustanovitvijo »Protituberkulozne lige«, vendar ni posebno napredovala, ker ni bilo dosti de-

narnih sredstev. Po prvem protituberkuloznem tednu, s prodajo znamkic, poučnimi predavanji in poučnimi filmi se je borba razširila, delo je napredovalo. Leta 1948 je bil potrjen občinski davek na veselične in športne prireditve, ki je prinesel 10 % od dohodkov v korist protituberkulozne borbe. — Leta 1949 pa je Narodna skupščina enoglasno odobrila davek za namene protituberkulozne borbe. In začeli so se množiti protituberkulozni dispanzerji, ustanavljale so se nove Protituberkulozne lige, bolnice in sanatoriji za tuberkulozo. Sedež protituberkuloznih lig je v Ankari, ki ima danes 5 dispanzerjev. Istanbul ima 18 dispanzerjev, njih število pa se bo povečalo na 22. Turčija ima danes že dobro urejene dispanzerje, moderne sanatorije, bolnice itd., kjer ima ljudstvo možnost zdravljenja. Istanbul ima tudi dobro urejeno šolo za bolničarke, kjer se gojenke specializirajo za protituberkulozno službo. Cepivo BCG izdelujejo za Turčijo v »Institutu Refik Saydam« v Ankari. Cepljenje šolskih otrok z BCG vakcino je obvezno.

V tretjem predavanju »Sednji podatki o zdravljenju tuberkuloze« nas prof. dr. Salgam seznanja z zdravljenjem po načelih in praksi, ki je bila in je v navadi pri nas in drugje.

Dr. E. Berthet, svetovalec za tuberkulozo pri Svetovni zdravstveni organizaciji, nam je v svoji temi »Boj proti tuberkulozi v svetu in vloga mednarodnih organizacij« podal sliko neenakosti ljudstva pred boleznijo in pred smrtjo. V statističnih podatkih nam je prikazal razlike otroške umrljivosti, umrljivosti za tuberkulozo in podaljšanje povprečne življenjske dobe v razvitih, polrazvitih in manj razvitih deželah, n. pr. umrljivost za tuberkulozo na 100 000 prebivalcev v razvitih deželah je nižja od 50, v manj razvitih deželah pa večja od 100. Tuberkuloza, bolezen civilizacije in bede, je toliko bolj razširjena, kolikor slabše so življenjske razmere prebivalstva. Tako n. pr. znaša umrljivost za tuberkulozo na 100 000 prebivalcev na Danskem 7, v Indoneziji pa 190. Velik čini-

telj te neenakosti v umrljivosti je pa predvsem pomanjkanje zdravstvenega kadra v manj razvitih deželah.

V drugem referatu »Praktični načrt organizacije za borbo proti tuberkulozi v deželah z močno endemijo tuberkuloze«, nam je dr. Berthet razložil vse možnosti organizacije v protituberkulozni borbi.

Dr. E. Pontefract, okrajni direktor zdravstva iz Dijona, je v svoji temi »Organizacija in delovanje protituberkuloznih dispanzerjev« poudarjal, da je dispanzer središče. izsledovanja, triaže, profilakse, nadzorstva, socialnega sodelovanja in pa zdravljenja. K njemu se obrača bolnik v vsakem primeru, bodisi v stadiju bolezni, bodisi kot rekonvalescent ali kot readaptiranec. Dosedanje dispanzersko delo je pokazalo, da bi moral imeti vsak večji kraj centralni dispanzer s popolno zdravstveno ekipo in s popolno opremo. Ne smemo se zadovoljiti in čakati, da pride bolnik sam k nam, temveč ga je treba poiskati. Izpolnjevanje vseh nalog zahteva od dispanzerja posebno organizacijo in dovršen red, predvsem pa kvalitetno osebje, zdravniško kakor socialno.

V drugi razpravi »Sistematično izsledovanje tuberkuloze v velikih kolektivih« razlaga dr. Pontefract o izsledovanju bolnikov s pomočjo radiologije, z radiofotografijo in s tuberkulinskimi poizkusi.

Tretja njegova tema »Poklicna in socialna rehabilitacija ozdravljenih tuberkulotikov« je bila zelo zanimiva. Če pri bolniku da zdravljenje dobre rezultate, je treba misliti že tudi na njegov bodoči poklic. Marsikateri bolnik se zatopi v misel, da ne bo več mogel delati. To je posebno psihološko stanje za bolnika. Zato je potrebno, da ga privajamo k delu že med zdravljenjem, četudi je to delo drugačno od njegovega bodočega poklica. Poiskati je treba vse možnosti za bolnikov bodoči poklic. Preusmeritev dela ne sme biti preveč različna od njegovega prvotnega poklica. Preusmeritev dela mora biti v tesni povezavi z lečečim zdravnikom in izvedenci raznih strok. Uvajanje v delo je za bolnika neke vrste terapija, zato ga je

na novo delo treba preusmerjati v specialnih ustanovah, dokler bolnik ni sposoben za redno uvajanje v svojem novem poklicu. V poklicu, na katerega se je prilagodil, sme delati bolnik samo delno. Preusmeritev poklica mora biti podprta z vsemi fiziološkimi, psihološkimi in socialnimi jamstvi in se mora opravljati v centrih za poklicna oblikovanja ali pa po dogovoru v podjetjih. Prilagoditev na novo poklicno zaposlitev bi šla hitreje od rok pri kakem enostavnem delu, toda takšna delovna mesta so že zasedena po ljudeh, ki niso bili nikdar bolni. Ker gre v tem primeru za ohranitev celotne neokrnjene delovne sposobnosti človeka, je treba prej dobro pretehtati celo vrsto poklicev. Vsi ti rehabilitiranci pa morajo med časom, ko urijo svojo zmogljivost, biti pod zdravniškim nadzorstvom. Pri vežbanju na domu je medicinska sestra najboljša sodelavka, ki nam zagotovi, da se bo bolnik ravnal po zdravnikovih navodilih. Glede na silen razvoj protituberkuloznega boja in glede moderne terapije dandanes lahko velik odstotek tuberkuloznih bolnikov upa v ozdravljenje. Takšno stanje pa pomenja že samo po sebi povratek k normalnim življenjskim razmeram.

Za medicinske sestre pa so bile posebno zanimive teme glavne medicinske sestre Yvonne Turpin, ki nam je v svojih štirih predavanjih izčrpno obrazložila vse delo medicinske sestre, njeno socialno vlogo v zdravstveni vzgoji prebivalstva, vlogo medicinske sestre v antituberkuloznem dispanzerju, tehniko hišnega poseta in vlogo medicinske sestre v zdravstveno socialni ekipi. V zadnji temi pa je obravnavala oblikovanje in izpopolnjevanje medicinskih sester.

Izven povedanega je bilo še mnogo drugih predavanj in demonstracij, ki jih ni mogoče zajeti v okviru kratkega pregleda. Vsa predavanja so bila za udeležence tečaja zanimiva in poučna tako, da je lahko vsakdo dobil popoln vpogled v ustroj in uspehe svetovne borbe proti tuberkulozi in se obogatil, kolikor daleč je v tej smeri segalo njegovo zanimanje.

V določenih urah smo imeli skupno z zdravniki ali pa ločeno samo sestre »razgovore«, ki so se nanašali na razna predavanja. Pri teh razgovorih je moral vsak udeleženec govoriti enkrat tudi o svojem delu v svoji državi. Zanimivo je bilo poslušati udeležence tečaja iz Afrike, ki so opisovali protituberkulozno delo, ki je zelo težko zaradi rasnih razlik in zaostalosti ljudstva.

Po predavanjih in razgovorih so nam predvajali poučne filme.

Vsak udeleženec tečaja je moral stazirati trikrat v dopoldanskih urah v Centralnem protituberkuloznem dispanzerju, trikrat v Centralnem laboratoriju in trikrat v epidemiološkem oddelku. Delo je isto kot pri nas, le s to razliko, da se dispanzer ne peča s serijskimi pregledi in tudi ne z besežiranjem in fluorografiranjem. To vodi vse epidemiološki oddelek, ki po končanih pregledih pošilja bolnike v dispanzer v nadaljno kontrolo.

Program tečaja je bil izpopolnjen z ogledi zdravstvenih ustanov. Skupno smo si ogledali 22 ustanov. Nekaj od teh je bilo v Istanbulu, ogledi drugih ustanov pa so bili vezani s prekrasnimi izlety v okolico in pa z nepozabnimi ekskurzijami v Ankaru, Burso in na otok Heybeli. Povsod smo občudovali moderne, lepo urejene zdravstvene ustanove in pa prekrasno Turčijo, ki tudi v območju napredujoče civilizacije ne more izbrisati svojih zgodovinskih svojevrstnosti pravljičnega Orienta. Preobširno bi bilo naštevanje vseh teh ustanov, to se pravi: protituberkuloznih dispanzerjev, zdravilišč, institutov itd. Zato omenjam samo najlepše in najmoderneje.

1. Sanatorij za pljučno tuberkulozo »Uludag« v pogorju Olymp v višini 1505 m. Vožnja do tja je z avtomobilom po lepo speljanih serpentinah. Stavba je 3-nadstropna, opremljena z najmodernejšimi aparati in instrumentarijem.

2. Sanatorij »Atatürk« leži 5 km od Ankare. Ima 380 postelj. Opremljen je za izvrševanje vseh pljučnih operacij in ima tudi oddelek za rehabilitacijo.

3. »Sanatorij Heybeliada« na otoku Heybeli v Marmarskem morju. Prostora ima za 560 bolnikov. To sta 3 in 4-nadstropni stavbi v lepem borovem gozdu. Sanatorij je moderna stavba z vso pripadajočo opremo. Približno 7 minut od sanatorija stoji druga manjša stavba, ki je namenjena rehabilitirancem. Tu so razni oddelki: usnjarski, fotografski, strojepisni, oddelki za pletenje nogavic, oddelek za domačo keramiko. Pacienti v tej stavbi tudi spe. Delajo sprva 2 uri dnevno, nato 4 ure, pozneje 6 ur. Ob določenem času imajo počitek. Hrano imajo isto kot v sanatoriju, vendar samo v 4 obrokih, toda z isto kalorično vrednostjo. Na razpolago imajo knjižnico in razne igre. Izdelke pacientov prodajajo v trgovine. Sanatorij preskrbi tem rekonvalescentom-rehabilitirancem službo tudi potem, ko zapustijo zdravilišče.

4. »Sanatorij Erenköy« blizu Skutari. Ima 180 postelj. Poleg sanatorija v parku je stavba, kjer je »šola za bolničarke«. Triletna šola, kjer se gojenke specializirajo predvsem za antituberkulozno službo. Pogoji za sprejem v to šolo je starost 17 let ter končana »orta« šola, to je nekaka nadaljevalna osnovna šola.

5. »Institut za raziskovanje — Naile Saglam«. Ustanovljen po smrti Naile Saglam, ki je darovala vse svoje premoženje za ustanavljanje dispanzerjev in za institut. Stavba ima velike laboratorije in patološko-anatomske dvorane.

6. Splošna bolnica v Ankari. To je 4-nadstropna velikanska stavba, ki je sicer že dograjena, vendar notranje še ni opremljena. Značilno pri tej stavbi je, da ima kuhinjske prostore v najvišjem nadstropju.

Protituberkuloznih dispanzerjev smo si ogledali skupno 6. Omenjam samo dispanzer v Sisli-Istanbul, kateremu je prključen v posebni stavbi poleg dispanzerja še oddelek za rehabilitacijo, strojepisje in šivanje. Tudi dispanzer v Ankari ima v višjem nadstropju oddelek za žensko rehabilitacijo. Izdelujejo ročna dela.

Poleg naštetih ustanov smo videli še mnogo drugih ustanov, ki služijo zdravstvenim namenom in je nanje Turčija res lahko ponosna.

OBOLEVNOST ZA TUBERKULOZO PRI BESEŽIRANIH OTROCIH V VARŠAVI

Dr. M. Karlin

V varšavski dispanzer so v letih 1950 do 1953 privedli na pregled 205 otrok, ki naj bi kljub poprejšnjemu cepljenju z BCG boleli za tuberkulozo. Po natančnem kliničnem pregledu pa so ugotovili, da je samo 22 otrok (11 %) zares bolelo za jetiko; pri vseh drugih 183 otrocih pa so se zdravniki, ki so jih poslali na specialistični pregled, zmotili v diagnozi.

Pri vseh 22 malih bolnikih, ki so resnično boleli za jetiko, so ugotovili samo lažja obolenja: 15-krat tuberkulozo hiliusnih bezgavk, 2-krat vnetje rebrne mreže, 1-krat tuberkulozno vnetje očesne žilnice, 4-krat pa le zaapnine v bezgavkah. Zdravljenje v bolnišnici je bilo potrebno le pri 15 otrocih. Razen pri enem bolniku, pri katerem je cepljenje dejansko zatajilo (odreklo), niso pri vseh drugih dognali nobene krivde, ki bi jo mogli naprtiti besežiranju. Sicer pa pristaši besežiranja nismo nikdar in nikjer trdili, da bi cepljenje z BCG dajalo popolno zaščito proti obolenju za jetiko. Vedno smo odkrito izjavljali, da besežiranje daje samo relativno (sorazmerno) zaščito proti jetičnemu obolenju in da cepljenje z BCG prvenstveno varuje otroke najhujših oblik te bolezni, zlasti tuberkuloznega vnetja možganskih mren in milirne jetike.

Značilno pa je, za kakšnimi boleznimi so boleli vsi drugi otroci, ki so jih pomotoma osumili, da so jetični: 21 jih je bolelo za nasledki oslovskega kašlja ali ošpic, 10 teh bolnikov je imelo revmatizem, 13 jih je bolelo za vnetjem obnosnih votlin, 48 jih je imelo spremembe na nebnicah, 31 jih je bolelo za pljučnico, 10 jih je imelo razširjene dušnice (bronhekt-

zije). 18 pa jih je kazalo znake bronhitisa (pljučnega katarja).

Zakaj neki je prišlo do tako obilnih zmot v diagnozi? Tu moramo upoštevati naslednje tri napake:

1. Tuberkulinsko preskušnjo so razlagali napačno, ker je večina besežiranih otrok tuberkulinsko pozitivnih.

2. Rentgenske slike bolnikov so nepravilno presojali.

3. Zdravniki, ki so prvi preiskali bolne otroke, so pozabili starše vprašati, ali so bili mali bolniki poprej že besežirani?

Za sklep lahko rečemo, da smemo pri besežiranih otrocih domnevati neko tuberkulozno obolenje šele tedaj, kadar lahko izključimo vse druge vzroke za prisotne bolezenske spremembe.

ALERGIJA — DRUŽBENI PROBLEM

Alergija je družbeni problem, ki ga srečavamo v vseh življenjskih dobah od rojstva do starosti, in to ne glede na socialni položaj. Na alergijo katere koli oblike in s prav neznatnimi razlikami naletimo prav povsod v vseh družbenih plasteh. Alergijo moramo zdaj motriti kot klinično vprašanje, dasi se tiče tudi drugih nekliničnih medicinskih strok.

Respiratorne alergije

Po novejših ocenah je na primer v ZDA okrog 10% prebivalstva alergičnega. Od ugotovljenih primerov najpomembnejše pa so tako imenovane respiratorne alergije, ki se pojavljajo večji del v prvih treh desetletjih življenja. Respiratorne alergije pri osebah starih nad 45 let so resnejši problem glede na možnost komplikacij in glede na diferencialno diagnostiko. Vsak tretji od ljudi, ki imajo sezonski senski nahod, trpi tudi zaradi sezonske astme. Alergije v zgornjem delu dihal se pri razvoju preobčutljivosti pri nižjih delih dihalnega trakta s kroničnimi infekcijami često družijo, n. pr. v alergični bronhitis, bronhialno astmo in emfizem. Če pljučnih obolenj ne zdravimo ali jih celo zanemarimo, se zlasti v višji starosti rada

razvijejo v stalne, nepopravljive patološke strukturne spremembe. Po skrbnih preiskavah pa se dostikrat ugotovi, da se večina respiratornih alergij prične z akutno respiratorno infekcijo že v mladosti. Zlasti pri starejših astmatikih je astma pogosto posledica kroničnega sinusitisa, ki temelji na akutni infekciji ali pa na alergiji, ki se je razvila kdaj prej v življenju, navadno že v mladih letih. Oslovski kašelj, krup, škrlatinka, rdečke ali druge akutne infekcije otroške dobe, bronhopnevmonija, ponovni napadi akutnega traheobronhitisa in adenitisa v gornjem delu dihalnega trakta lahko sprožijo začarani krog.

Po daljšem proučevanju je Lubens v ZDA l. 1955 pri 300 primerih poliomielitisa ugotovil, da je bilo 5-krat več bulbarnega poliomielitisa pri pacientih z alergično anamnezo. Tudi umrljivost je v tej skupini bila višja kot pri nealergičnih.

Dostikrat je praktično skoraj brez pomena predlagati alergičnemu bolniku, da se preseli v področje, kjer bi ne bil izpostavljen določenim alergenom. V zvezi s tem je večkrat lahko tudi sprememba zaposlitve, zapustitev družine in pa nevarnost, da utegne biti drugod izpostavljen novim alergenom. In res vidimo, da postanejo nekateri alergični pacienti po daljšem ali krajšem bivanju v novih krajih občutljivi spet za nove snovi.

Socialni faktorji

Po prvi in drugi svetovni ter korejski vojni je vznemirljivo poraslo število rojstev v obeh zemeljskih polovicah. V takih deželah, kot sta Japonska in Indija, in v nekaterih drugih predelih Azije, kjer je za stanovanja in hrano že tako ali tako stiska, je prehrana padla pod prehrabni standard, ki zagotavlja zdravje. Namnožili so se pa tudi pretresi in živčna napetost, kar vse pomeni činitelje, ki ugodno vplivajo na razvoj alergične bolezni.

Tako n. pr. je na Poljskem po drugi svetovni vojni, ko so bila porušena cela naselja, močno poskočilo število primerov bronhialne astme. Očitno je izvor temu pojavu obenem s slabo prehrano tudi

prah v ruševinah uničenih domov in industrijskih obratov. Med vsako vojno se namnoži bronhialna astma celo v deželah, kjer sta visoki zdravstveni in higienski standard ostala na isti stopnji. V deželah z zelo mrzlimi zimami, kot je na Koreji, lahko hkrati z respiratornimi infekcijami in bronhialno astmo nastopajo še mnoge druge bolezni, ki se pojavljajo v času pomanjkanja.

Industrijski činitelji

Alergija je postala v industriji resen problem. Mnogi industrijski izdelki so izvor važnih alergičnih obolenj, ki ne zadevajo le oseb, zaposlenih pri proizvodnji sami, temveč tudi potrošnike teh izdelkov. Onečiščenje zraka po industriji je prav tako postalo važno vprašanje javnega zdravstva. Spričo vedno večje proizvodnje novih kemikalij, zlasti v mestnih predelih, kjer posebne klimatične razmere prispevajo svoj delež pri koncentraciji strupenih hlapov, dimov in megle, je v mestih, kot n. pr. v Pittsburgu (ZDA), astma vznemirljivo porasla. Tudi alergična obolenja kože so zaradi večje izpostavljenosti onečiščenim atmosferam vedno številnejša.

Na obiskih po zasebnih domovih so skoro v vseh predelih južne Amerike in Evrope ugotavljali splošne življenjske razmere in vrsto okoliške industrije. In ugotovili so, da kažejo bolniki s hujšimi alergičnimi obolenji v teh deželah občutljivost za iste alergene, pač tiste, ki tod sorazmerno najbolj prevladujejo. Prah v domovih, šolah, atmosferične plesni, nekateri cvetni prahovi, delci različnih tkanin, živalske emanacije in živila so v glavnem največji krivci. Ko je šlo za ukrepe, da bi izločili stik z alergeni oziroma da bi znižali občutljivost in začeli s protialergičnim zdravljenjem, se je izkazalo, da preiskujejo okolje na alergene in s tem v zvezi tudi ukrepajo na podobne načine.

Dednost

Spričo rastočega prebivalstva in glede na ugotovitev, da dedni faktor vendarle obstoji, je pričakovati, da bo število

alergičnih sindromov še naraščalo. Kjer sta v družini oba roditelja brezpogojno alergika, je dobro znano, da se glavna alergična obolenja v čedalje večji meri pojavljajo kot posledica obojestransko podedovanega nagnjenja. Večina otrok teh staršev slabo reagira na antialergične ukrepe. Raziskave so odkrile, da v družinah, kjer sta oba roditelja alergika, skoraj 75 % otrok zapade alergiji. Kjer je po anamnezi alergik en sam roditelj, je alergičnih 50 % otrok. Kjer pa starši niso brezpogojno alergiki, se alergija pojavlja pri 40 % otrok. Tudi je ugotovljeno, da se alergija pri otrocih alergičnih staršev pojavi v bolj zgodnji življenjski dobi.

Nastane vprašanje, ali se alergični moški in ženska lahko poročita. Odgovor na to kočljivo vprašanje je razmeroma zelo težak. Vsekakor pa je potreben resen premislek. In če se poročita, morajo njuni potomci dobiti ustrezno terapijo, še preden se pri njih razvijejo alergični simptomi do take mere, da postanejo očitni. Storiti je treba vse preventivne ukrepe, vključno pravilno prehrano, in upoštevati razne činitelje okolice, da se tako preprečijo klinični simptomi. Ta način preprečevanja je zelo uspešen.

Uravnovešena alergija

Poleg dednostnih je še mnogo drugih činiteljev, ki vplivajo na razvoj in potek alergičnih bolezni. Mnogi alergični bolniki, ki so v dobri kondiciji in žive v ugodnem okolju, niso očitno bolni. Ostanjejo pač v okolju, tzv. uravnovešene alergije. Simptomi pri njih so subklinični. Toda če bi kdaj padle ali se znižale pregraje nasproti pojavom, kot so infekcija, prehrambne motnje, porušitev hormonalnega ravnovesja, znatne vremenske spremembe, uporaba drog in vakcin, življenjski pretresi, psihosomatični činitelji ali navade, ki poslabšajo njihovo dobro stanje, lahko nastopijo alergične manifestacije v tako resni obliki, da vodijo do trajne invalidnosti, če jih ne zavrnemo že v samem začetku in na pravilen način.

Po »Triangle«, volume II/5 - 1956. — F. N.