

Osnove in načela zdravstvene vzgoje

(Nekaj okvirnih in teoretičnih napotkov)

Dr. Dušan Reja

Poleg vse večjega zanimanja za zdravstveno vzgojo in pa vsestranske pomoči, ki nam jo za to dejavnost nudijo organizacije in ustanove iz različnih družbenih sektorjev, lahko posebno v zadnjih nekaj letih ugotavljamo znaten napredek v koncepciji sami kakor tudi v kvaliteti zdravstvenovzgojnega dela v praksi. Do te ravni v zdravstveni vzgoji, ob kateri se nam odpirajo še vse večje možnosti v zajetju kakor tudi v uspešnosti zdravstvenovzgojnega dela, je pripomoglo predvsem dejstvo, da se vedno bolj in bolj uveljavljajo sodobna načela, ki služijo za osnovo pri študiju kakor tudi pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenoprosvetnih oziroma zdravstvenovzgojnih programov. Ta načela se nanašajo na planiranje programov, na izbiro in uporabo metod in sredstev ter končno na evalvacijo v zdravstveni vzgoji.

Vsekakor bo medsebojnemu razumevanju samo v korist, če skušamo najprej določiti in se zediniti ne sicer za popolno, pa vendar vsaj kolikor toliko zadovoljivo definicijo: Kaj je zdravstvena vzgoja? Ta definicija namreč ima v svetu toliko različnih oblik, kolikor je njenih interpretov.

Zdravstveni delavci opredeljujejo zdravstveno vzgojo nekako takole: V smislu sodobne definicije zdravja in po današnjem pojmovanju pozitivnega zdravja vzgaja zdravstvena vzgoja telesno in duševno zdravega človeka, ki se bo znal prilagoditi in si ustvariti takšne življenjske pogoje in takšno socialno okolje, v katerem bo svoje telesne in duševne sposobnosti ter delovno storilnost razvil do najvišje možne stopnje. Nadalje vzgaja človeka v zavesti, da ima do zdravja ne le pravico, temveč tudi dolžnosti.

V pedagoškem in psihološkem smislu je zdravstvena vzgoja dejavnost, ki z motivacijo in poučevanjem posreduje človeku takšne izkušnje, da more vskladiti svoje razumske in čustvene odnose, stališča in obnašanje do sodobnih zdravstvenih vprašanj in načel.

Družbeni delavec pa bi rekel: Zdravstvena vzgoja pomaga ljudstvu, da doseže zdravje s svojim naporom in s svojo iniciativo. Zdravstvena vzgoja vzbuja pri ljudeh smisel, da si izboljšujejo življenjske pogoje, in teži za tem, da razvije pri ljudeh občutek odgovornosti za njih lastno individualno zdravje kakor tudi za zdravje njihove družine in skupnosti.

Skrb za zdravje je samo en element v skrbi za človeka in zdravstvena vzgoja samo en faktor, ki izboljšuje zdravje in socialne pogoje. Zdravstvena vzgoja je važen činitelj, zato ga je treba vključiti med ostale družbene, gospodarske, zdravstvene, vzgojne in morda tudi politične napore neke skupnosti.

Te tri definicije se med seboj izpopolnjujejo in iz njih je razviden končni cilj zdravstvene vzgoje: »Vzgajati higiensko zavestnega, še več, zdravstveno

zavestnega, skratka zdravstveno kulturnega človeka, in doseči, da bo skupnost smatrala zdravje za visoko vrednoto«. Seveda pa ne smemo izpred oči izgubiti dejstva, da je vrednota, ki nam pomeni zdravje, da je ta vrednota odvisna od družbene organizacije, od stopnje splošne vzgoje, od skrbi, ki jo skupnost posveča svojim članom, nadalje od ekonomskih pogojev za izboljšanje življenja družin ter od števila in sposobnosti zdravstvenih delavcev v neki skupnosti. Med te zdravstvene delavce brez dvoma sodijo v prvi vrsti medicinske sestre, in sicer ne glede na to, na katerem delovnem mestu se udeležujejo.

Če se strinjamo, da sprejemanje informacij in golo znanje še ne spremenita človeka in da je potrebno še marsikaj povsem drugega, da se pridobljeno znanje resnično prenese tudi v življenje, smo se s tem že oddaljili od doslej pretežno ekstenzivnega, rekli bi predvsem v širino usmerjenega, vse bolj informativnega, recimo formalnega zdravstvenoprosvetnega dela, ki ga mnogi z vso pravico imenujejo zdravstveno propagando, in se približali pojmu moderne in funkcionalne zdravstvene vzgoje.

Kdor spremlja tujo strokovno literaturo, bo tu pa tam maletel tudi na izraze, ki označujejo še razne vmesne stopnje v razvoju zdravstvene vzgoje. Eno od teh stopenj imenujejo progresivno zdravstveno vzgojo. Morda se je ta izoblikovala kot protiutež, kot nekakšen odpor proti formalni zdravstveni vzgoji oziroma raznim administrativnim, dostikrat zelo avtoritativno izvajanim zdravstvenoprosvetnim ukrepom. Značilno za progresivno zdravstveno vzgojo je, da je vsa pobuda in vse dogajanje v zdravstveni vzgoji prepuščeno volji, sposobnosti, pripravljenosti, možnosti in interesom posameznih skupin prebivalstva. Prepustiti vso odgovornost za zdravstveno vzgojo popolnoma in samo ljudstvu pa je brez dvoma ekstremen in tudi kaj tvegan poskus.

Toda povrnimo se k moderni in funkcionalni zdravstveni vzgoji in oglejmo si osnove, glavna načela in njene svojstvenosti, to pa predvsem glede na dejavnost medicinske sestre.

Prav gotovo zdravstvena vzgoja ni več samo neko zdravstveno področje, neka strokovna veja socialne medicine, temveč faktor splošne vzgoje, splošnega napredka, ki doprinaša velik delež k oblikovanju posameznikove osebnosti pri njegovem ponašanju nasproti okolju kakor tudi k ustvarjanju harmoničnih medčloveških odnosov v družbi oziroma v posameznih skupinah družbe.

V mnogih progresivnih državah je zdravstvena vzgoja važen in sestavni del celotnega družbenega programa.

Iz tega sledi, da sodobna zdravstvena vzgoja že dolgo ni več zgolj poprišče samo zdravstvenih in prosvetnih delavcev, temveč je postala teamsko delo, v katerem enakovredno sodelujejo psihologi, socialni antropologi, sociologi, ekonomisti, agronomi, veterinarji, novinarji, likovniki itd.

Sodobna zdravstvena vzgoja osnavlja svoje delo na prostovoljnosti in pripravljenosti ljudstva za sodelovanje v zdravstveni vzgoji. Njena prava demokratičnost pa je v tem, da si tam, koder še ni pogojev za poglobljen zdravstvenovzgojni proces ali koder je treba ljudstvu takoj pomagati iz nujne in nevarne situacije (kadar na primer ljudsko zdravje ogrožajo razne epidemije itd.), tolerira in si pomaga tudi z ekstenzivnim, čeprav samo informativnim zdravstvenopropagandnim oziroma prosvetnim delom. S tem imamo v mislih razna množična predavanja, zdravstvenoprosvetne akcije itd. Seveda pa je med metodo enega in metodo drugega dela treba vzpostaviti sorazmerje in pri tem tudi vztrajati.

Če se ozremo na situacijo, v kateri je bila naša država po vojni, in na vse tedanje številne zdravstvene probleme, torej na situacijo, ki jo lahko primerjamo s stanjem nujne nevarnosti, potem je razumljivo, da je bilo zaradi čim hitrejše sanacije tedanjih zdravstvenih razmer potrebno pač ekstenzivno, čeprav zgolj informativno zdravstvenoprosvetno delo.

Pri tej ugotovitvi sem se zadržal dlje prav zato, ker se še vedno veliko število zdravstvenih vzgojiteljev, ki že po zakonu vztrajnosti, dostikrat pa tudi zaradi oportuniteti še vedno ostajajo pri tej metodi in iščejo pri svojem delu hitre in številčno lepo zveneče rezultate.

Končno pa nikoli ne smemo pozabiti, da mora zdravstvena vzgoja brez-pogojno graditi na obstoječih izkušnjah.

Tematika v zdravstveni vzgoji

Poznan je citat odgovornega francoskega javnega zdravstvenega delavca, ki pravi: Zdravstvena služba ne more ne v vsakdanji praksi in ne v razvoju samem napraviti nič solidnega, nič trajnega in nič uspešnega brez sistematične in intenzivne zdravstvene vzgoje.

To velja na splošno za vso zdravstveno službo. Vendar naj se tu omejim samo na določena zdravstvena področja, pri reševanju katerih igra zdravstvena vzgoja zelo važno, če ne celo odločilno vlogo.

Zdravstvena tematika, ki jo obravnava zdravstvena vzgoja, mora biti aktualna, bodisi da izhaja njen izbor iz proučevanja vsakokratne časovno in krajevno pogojene zdravstvene problematike in iz dejanskih potreb terena ali pa jo narekuje perspektivni razvoj zdravstvenih razmer oziroma splošni kulturni, socialni in ekonomski razvoj neke skupnosti.

Prav zaradi tega je prednost, vrstni red, obseg zajetja in kakovost v obravnavanju zdravstvenovzgojne tematike eden izmed zanesljivih kazateljev splošnih zdravstvenih razmer, skratka merilo za stopnjo zdravstvene zavesti in pa naporov, ki jih zdravstvena služba doprinaša za izboljšanje zdravstvenega stanja neke skupnosti.

Začnimo z osrednjim problemom »Zdravstvena zaščita matere in otroka«.

Zdravstvena vzgoja rešuje probleme, katerih ni mogoče urediti z raznimi predpisi in zakoni. Zdravstvena zaščita matere in otroka je v zdravstvu brez dvoma področje, v katerem ne moremo uveljaviti zdravstvene zakonodaje. Tako na primer zakonodaja lahko predpiše cepljenje otrok in vodi tudi kontrolo nad izvedbo, ne more pa predpisati, da se morajo izvajati osnove za pravilno nego in prehrano dojenčkov, za higiensko življenje žena in nosečnic, za harmonične odnose v družini itd. Vse to lahko dosežemo le z določeno stopnjo zdravstvene prosvetljenosti in s pripravljenostjo žena in mater za aktivno sodelovanje v naporih, ki jih temu problemu posveča naša skupnost.

Nalezljive bolezni. Evitabilna vrednost zdravstvene vzgoje, ki je v tem, da se z njeno pomočjo ognemo zdravstvene škode, pride v poštev predvsem pri preprečevanju nalezljivih bolezni. Tako n. pr. je odziv na razna cepljenja, pa naj bodo prostovoljna ali obvezna, odvisen v večji meri od prepričanosti prizadetih kakor pa od zakonske obveznosti.

Socialne bolezni in zla. To so n. pr. tuberkuloza, alkoholizem, rak, revmatična obolenja in pa bolezni civilizacije, vse od ploskih nog pa do menažerske bolezni. Zdravstvena vzgoja pomaga pri odkrivanju skritih obolenj in obolenj, katerih začetni znaki niso dovolj vidni in so težko razpoznavni (navajanje ljudi na sistematične preglede, pravočasno zdravljenje, odvratanje patogenih faktorjev itd.).

Nesreče — travmatizem. Preprečevanje nesreč v industriji, doma (n. pr. opekline pri otrocih itd.).

Okolje. Če primerjamo številnost obolevanja in strukturo obolevanja pri nas in v bolj razvitih deželah, vidimo bistveno razliko.

Tako so pri nas najštevilnejša še vedno obolenja, ki so se drugod že pomaknila na zadnja mesta v strukturi lestvici obolenj.

Za primer, v katerem vrstnem redu si po številnosti sledijo posamezne skupine obolenj, si oglejmo strukturo obolevnosti med socialnimi zavarovanci:

1. Obolenja dihal — (pot na delo, slabi pogoji pri delu, gostota stanovanj, splošna neodpornost organizma);

2. Prebavila (želodčna vnetja, enteritis) — (slabe menze, nehigiensko pripravljanje hrane);

3. Gnojna vnetja kože (panaricij) — (nehigienski delovni pogoji, nemožnost umivanja, nezadostna in nepravilna prva pomoč pri poškodbah);

4. Nezgode v industriji, doma in v prometu — (pot na delo, preutrujenost, nezadostna tehnična zaščita, nepazljivost).

Zaradi nezgod je pri nas 4—6% izostankov z dela, torej več kakor v nekatereh razvitejših državah zaradi vseh drugih bolezni.

5. Revmatizem;

6. Živčne bolezni;

7. Ženske bolezni;

8. Krvna obtočila;

9. Novotvorbe.

Če analiziramo vzroke visoke obolevnosti, vidimo, da je njih karakteristika obupna, namreč v tem, da so obolenja predvsem posledica raznih patogenih faktorjev v okolju, kot so primitivne higienske razmere, slaba stanovanja, slabi delovni pogoji, večja izpostavljenost različnim infekcijam. Te slabe sanitarne razmere so posledica objektivnih težav naše tehnično manj razvite dežele, na drugi strani pa tudi posledica subjektivnih činiteljev, kot je nizka higienska zavest itd.

Prehrana. Nepravilna, neuravnovešena prehrana izzove razna obolenja, predvsem zmanjša odpornost organizma. (Vzrok ni samo ekonomski, temveč tudi neznanje, nepravilne prehranske navade, nepravilno izkoriščanje prehrane, kot n. pr. sadja za alkohol itd.)

Duševna higiena. Duševno zdravje ni samo stanje, kadar človek ne kaže očitnih psihičnih motenj, in tudi ni samo sposobnost prilagoditi se danemu okolju. Karakteristična za duševno zdravje je sposobnost, da umemo ustvarjati harmonične odnose v družini, nadalje sposobnost, da človek svoje instinkte, ki bi lahko privedli do konfliktov, usmerja po poti harmoničnih izrazov in do popolne realizacije svojih pozitivnih sposobnosti.

Mentalna ali duševna higiena sestoji iz dejavnosti in tehnike, ki pospešuje, vzdržuje in ohranjuje duševno zdravje. Duševna higiena posreduje posamezniku in skupini izkušnje, ki stopnjujejo čustveno razumevanje in modificirajo njegovo ponašanje v smeri zdravih medosebnih odnosov in zdravega razvoja osebnosti. Izvajanje principov duševne higiene ustvarja pogoje za zdrav duševni razvoj, oblikuje harmonično uravnovešene osebnosti, ki so sposobne razumeti težke situacije v življenju in zmožne najti iz njih tudi izhod. Mentalno zdrav človek, čeprav ga od časa do časa zajamejo čustveni pretresi, bo našel zopet sam sebe, medtem ko duševno labilne osebe klonejo, postanejo psihonevrotiki ali pa se skušajo rešiti iz težkih situacij z begom v bolezen, v alkoholizem in podobno.

Nas zanimajo predvsem mentalno higienska vprašanja, kot n. pr.: Odnosi med starši in otroki. — Odnosi med zakonci (odnosi do noseče žene). — Ločitev otrok od matere v času hospitalizacije. — Odnosi med učiteljem in otroki v šoli. — Odnosi do fizično ali psihično prizadetih otrok, odnosi do starih ljudi, do invalidov, do bolnikov, medosebni odnosi na delovnem mestu itd.

Rekreacija — relaksacija (oddih — sprostitvev).

Napačno pojmovanje oddiha, nepravilno uporabljanje prostega časa na letnem dopustu.

Rehabilitacija profesionalna in socialna — invalidov, tuberkuloznih bolnikov, kroničnih bolnikov, alkoholikov, nevrotikov itd. Delo s prizadetimi, s svojci, z okolico. Delovna terapija.

Rehabilitacija profesionalna in socialna — invalidov, tuberkuloznih bolnikov, kroničnih bolnikov, alkoholikov, z okolico. Delovna terapija.

Adaptacija bolnikov na bolnico (stari ljudje in ponesrečenci) — pomagati jim, da se prilagode novemu položaju.

Zdravstveni minimum. Ustvarjanje higienskih navad. Že v rani mladosti je posredovati vsakemu državljanu potrebno osnovno znanje za zdrav način življenja, in to že za časa obveznega šolanja. Specialni zdravstveni minimum za bodoče matere, za delavce na raznih delovnih mestih itd.

Vzgoja

V sodobnem pojmovanju igra pri obravnavi teh problemov nesporno vlogo vzgoja. Izhodišče te vzgoje je vzgoja mladih ljudi, ki naj traja iz predšolske dobe skozi vso šolsko dobo prav do prve nosečnosti oziroma ustanovitve družine. Že obvezna šola mora dati vsakemu mlademu državljanu tisto osnovo, ki mu je potrebna za pravilne poglede in odnose do zdravja.

Seveda pri tem ne smemo pozabiti na odrasle, ki so že zapustili šolo in in ki pomenijo pedagoški problem zase. Pri njih je veliko težje doseči, da bi vskladili svoje poglede in interese z interesi javnega zdravja in da bi spremenili svoje dosedanje nepravilne poglede in življenjske navade.

Zdravstveni vzgojitelji

Vprašanje potrebnih kadrov s potrebno medicinsko in pedagoško izobrazbo.

Kdo so zdravstveni vzgojitelji, zdravstveni delavci, prosvetni delavci, starši itd.

Kadar govorimo o nalogah zdravstvenih delavcev v zdravstveni vzgoji, ne mislimo pri tem na kakšne posebne in nove naloge in tudi ne mislimo iz medicinskih sester oblikovati poklicne zdravstvene vzgojitelje. Zdravstvena vzgoja mora biti medicinski sestri sestavni del njenega vsakdanjega poklicnega dela, pa naj bo to na delu v bolnici, v ambulanti, v posvetovalnici ali v patronažni službi. Njeno glavno vzgojno področje so bolniki, svojci bolnika, okolica bolnika in razne starostne in interesne skupine prebivalstva, dojenčki, predšolski otroci, šolska mladina, pošolska mladina, mlade žene, matere, starši in tako dalje.

Zdravstveni delavci se često ne zavedajo, da hote ali nehote vzgojno vplivajo na svojo okolico, in to s svojimi odnosi do bolnikov, z odnosi do sodelavcev, s svojimi izjavami in tudi s svojim privatnim življenjem.

Metode

Večina metod spada v enega ali drugega od dveh glavnih tipov. Poznamo enosmerne, pasivne didaktične metode, ki temeljijo na dajahju neposrednih informacij posamezniku ali skupini. Semkaj prištevamo predavanja, filme, radio, letake, članke itd.

Druga skupina so pa tako imenovane dvosmerne, aktivne metode, ki temeljijo na izmenjavi znanja med dvema ali več osebami. Seveda je potrebno, da imajo ljudje še neko znanje, neke interese in stališča in da so za snov motivirani. Od teh metod sta najvažnejša intervju in delo v mali skupini, medtem ko zahtevajo metode, kot so panel diskusija (po naše bi rekli omizna diskusija s poslušalci), igranje tuje vloge itd., več sodelavcev, pa tudi več izkušenj in znanja v tehnični izvedbi.

Za medicinsko sestro je važno predvsem, da obvlada tehniko intervjuja in delo v mali skupini, za kar je potrebno, da tudi sama doživi proces in rast skupinskega dela ter osnove dinamične psihologije, predvsem pojem motivacije (biološki motivi, seksualni nagon, materinski motiv, tešenje gladu, streha nad glavo, izogibanje bolečinam, utrujenosti, dalje socialni motivi, potreba po osebnem uspehu, pohvali in priznanju, pripadnost skupini, zavest, da ga ima nekdo rad, da ga cenijo, da mu priznajo vrednost, da pride do izraza, končno da ga navdaja občutek gotovosti, da ga nihče ne bo čustveno prizadel, motiv identifikacije itd.).

Pojem empatije. Empatijo imenujemo sposobnost, da razumemo in cenimo čustvo druge osebe, ne da bi pri tem bili sami emocionalno prizadeti in bi tako izgubili moč presoje.

Glede intervjuja nekaj napotkov:

Intervju je treba voditi v atmosferi zaupanja, iskrenega zanimanja, do pacienta pa biti spoštljiv in poln razumevanja za njegove težave.

Gledati moramo, da zadovoljimo čim več njegovih motivov. Mnogokrat je treba velik del intervjuja porabiti, da pacienta rešimo tesnobe. Učenje in dajanje napotkov je namreč lahko uspešno edinole, ko se ljudje vsaj relativno iznebijo strahu.

Naučiti se je treba, da bolnika poslušamo in opazujemo, kadar govori ali je tiho. Imeti moramo sposobnost, da odkrijemo, kar se skriva za izgovorjeno besedo, razumeti moramo prekinitve v kontinuiteti govora, ravno tako morebitna protislovja v bolnikovem navajanju. Zdravstveni delavec se mora zave-

dati, da bolnik občuti mnogo več strahu in tesnobe, kot je lahko prizna. Bolnik ne more spremeniti svojega stališča, če ga zdravstveni delavec z odklonilnim stališčem spravi v tesnobo ali pa se proti njemu celo agresivno obnaša. V času vsakega intervjuja se manifestira tako imenovana nonverbalna komunikacija (razgovor brez besed). Stališča, čustva in misli dostikrat prenašamo nenamerno z držo, s kretnjami, z mimiko v obrazu, s tonom, govorom in tako dalje.

Nuditi moramo pacientu možnost umika. Zdravstveni delavec se mora zavedati, da so mnogi vzroki človekovega ponašanja podzavestni, pa bo potem lahko mnogo bolj toleranten nasproti bolniku. Biti si mora na jasnem glede svojih stališč in motivov ter vedeti za njih posledice glede na odnose z drugimi osebami. Docela razumljivo je, da nas nekateri bolniki bolj privlačijo. Važno pa je, da se tega zavedamo in uvidimo, da to vpliva na človeške odnose. Zdravstveni delavec mora razlikovati empatijo (sposobnost, da razumemo situacijo drugega človeka in da razumemo, kaj se skriva za njegovim obnašanjem) od simpatije (manifestna udeležba v občutjih in čustvih druge osebe). Odkrito izražanje simpatije lahko samo ojači čustvene težave bolnika in mu otežkoča izpoved.

Nekaj primerov:

Ambivalenca (nasprotujoče si emocije, ljubezen in mržnja ali boljše strah), pa naj bo zavestna ali podzavestna, na primer pri bodoči materi. (Otrok z napakami, težak porod, spremembe, ambivalenca pri možu.)

Mati z malim otrokom v posvetovalnici. Želi nekaj več kot recept in nasvet glede diete. Takole prvo srečanje z zdravnikom je prva izkušnja malega otroka v zvezi z njegovim zdravjem. Ta lahko pomeni zanj travmo ali pa je pravilno integrirana (vključena) v njegovo osebnost.

Na srcu bolni. Zdravnik navadno ne misli, kako vpliva njegova diagnoza na nepripravljenega bolnika. Pogosto ga celo zastraši. Bolnik lahko fiksira strah v svojem srcu in stanje se mu poslabša. Posledice: izolacija, hipohondrija. Strah zaradi ostrih predpisov diete.

Solski otrok. Zdravnik kritizira otroka javno zaradi nečistoče. Prizadeto je otrokovo čustvo, njegov občutek skupinske pripadnosti. Močna travma, ki negativno vpliva na probleme življenja in zdravja. (Izogiblje se pregledov, ne kaže interesa za probleme, ki jih skupnost želi rešiti.)

Avdiovizualna sredstva

Ne smejo biti sama sebi namen, temveč morajo biti sestavni del neke določene metode v zdravstvenovzgojnem programu.

Delo v skupnosti

S tem hočem reči, da ne moremo reševati nekega zdravstvenega problema izolirano, ne da bi pri tem pritegnili k sodelovanju celo skupnost. Uspeh zdravstvenovzgojnega dela v skupnosti je odvisen od tega, kako in koliko medsebojno sodeluje team ustreznih strokovnjakov, team ljudi, ki imajo vpliv na skupnost, odvisen pa tudi od vzajemne pomoči in sodelovanja vseh služb, na primer zdravstvene, prosvetne službe, ter končno od ustanov in podjetij, ki lahko tako ali drugače doprinesejo k sanaciji nekega zdravstvenega problema.

Evalvacija v zdravstveni vzgoji

V zdravstvenovzgojno delo se pri nas že vsa leta vlaga mnogo materialnih sredstev, idejnih prizadevanj, še več pa požrtvovalnega dela, ki so ga opravili naši zdravstveni in prosvetni delavci in pa številni prostovoljni sodelavci iz različnih družbenih sektorjev.

Pri ocenjevanju uspešnosti zdravstvenoprosvetnega in vzgojnega dela se pa še vse pre pogosto dogaja, da opravljeno delo (število predavanj, tečajev, razdeljenih letakov, brošur, število prebeljenih hiš, postavljenih stranišč itd.) zamenjujejo z uspehom tega dela. Dosedanje izkušnje kažejo, da so vse te akcije, ki priložnostno dajejo sicer lepe statistične podatke, brez trajne vrednosti, če niso plod predhodne sistematične vzgoje prebivalstva. Šele ta daje tem akcijam pravi uspeh in trajno vrednost.

Evalvacija je postopek, s katerim lahko merimo uspešnost zdravstvenovzgojnega dela. Evalvacija nam s pomočjo anket in testov ocenjuje pravo vrednost in uspešnost zdravstvenovzgojnih metod, sredstev in programov ter nam obenem nakazuje, kako bi z morebitno izbiro metod in sredstev dosegli večji uspeh. Možnost tega merjenja pa je odvisna od zrelosti in jasnosti koncepcije v zdravstveni vzgoji.

Tako imenovana primitivna, rekli bi poenostavljena evalvacija, ki jo lahko uporablja zdravstveni vzgojitelj v svojem vsakdanjem delu, pa temelji na izkušnjah, na samokritičnosti v delu, na zdravem razumu in omogoča pravilno izbiro metod in zdravstvenovzgojnih sredstev, ki bodo v danih situacijah zagotovila čim večji uspeh v zdravstvenovzgojnem delu. Nadalje nam služijo za merilo o uspešnosti dela razni kazatelji.

Poznamo dve vrsti kazateljev uspeha, z enim lahko merimo kvantitativno, medtem ko nam drugi pokazujejo le kvalitativne spremembe kot uspeh zdravstvenovzgojnega dela. Napačno pa bi bilo, če bi zdravstvenovzgojno delo ocenjevali samo z nekimi splošnimi kazatelji zdravstvenih razmer. Z zbiranjem in proučevanjem posebnih podatkov lahko izluščimo pojave in dejstva, ki so v glavnem posledica zdravstvenovzgojnega dela in nam služijo za specifične kazatelje.

Navajamo nekaj primerov:

1. Antiluetična akcija v Halozah leta 1949.

Zaradi ugotavljanja primerov obolenja za luesom je bilo treba pregledati na Wassermannovo reakcijo kakih 32 000 ljudi vseh starosti.

Področje dela karakterizira splošna kulturna, higienska in ekonomska zaostalost, velika raztresenost naselij in alkoholizem. Zaradi teh dejstev in delikatnosti same akcije je bilo pričakovati največ 50 do 60 % odziva na pregled. Z dobro pripravljeno in večmesečno zdravstveno propagando in prosvetno akcijo (razgovori, sestanki z naravnimi in profesionalnimi vodji, množična predavanja, delo v malih skupinah, intervjuji, tisk, radio, socialne in zdravstvene intervencije, fluorografija) smo dosegli nepričakovano visok odziv 93 %!

2. Borba proti veliki umrljivosti dojenčkov v Ilirski Bistrici v letih 1949 do 1951.

Visoka umrljivost dojenčkov 20,9 %, predvsem zaradi poletnih drisk in specifičnih črevesnih obolenj, med njimi v prvi vrsti dizenterije, je dala pobudo za načrtno zdravstvenovzgojno akcijo, ki jo je organiziralo Ministrstvo za

zdravstvo ob sodelovanju Klinike za otroške bolezni, organizacije AFŽ ter lokalnih upravnih, zdravstvenih, prosvetnih in družbenih faktorjev.

To področje karakterizira skrajna kulturna, higienska in ekonomska zaostalost, vražarstvo, raztresenost naselij in pomanjkanje kakršnihkoli zdravstvenih delavcev.

Po dveh letih sistematičnega dela v ustanovljenih posvetovalnicah je z intenzivno patronažno službo in z vsemi oblikami zdravstvenovzgojnega dela, predvsem z materami, ter z izvajanjem malih asanacij padla umrljivost dojenčkov v letu 1951 na 10,9%.

Z nadaljnjim sistematičnim zdravstvenovzgojnim delom pa se je umrljivost še znižala in v letu 1956 dosegla 6,5%.

3. Umrljivost dojenčkov v LR Sloveniji od 1946 do 1956.

Umrljivost dojenčkov je od 9,5% v letu 1946 postopoma padla, tako da je zadevni povpreček Slovenije znašal v letu 1956 le 4,99%, v nekaterih občinah celo samo 3% in tudi 2%, kar ustreza merilu umrljivosti dojenčkov zapadnoevropskih držav. Seveda je treba še upoštevati, da v tem obdobju niti ni bilo kakih večjih sprememb glede na splošni kulturni in ekonomski standard. Posebno vidno pa je padla umrljivost dojenčkov po letu 1951, ko se je znatno razširila mreža posvetovalnic za matere in otroke, ko se je patronažna služba številčno okrepila s posebnim ozirom na njeno zdravstvenovzgojno dejavnost v družini ter je še poseben poudarek dobila sistematična in sodobna vzgoja deklet in mater.

4. Med kazatelje, ki kažejo kvalitetne spremembe kot uspeh zdravstvenovzgojnega dela, lahko nedvomno štejemo uspehe, ki so bili ugotovljeni po petih letih tečajev Rdečega križa za žensko vaško mladino. Uspehi se kažejo v objektivno ugotovljenem higienskem napredku naše vasi in naših družin (izboljšanje osebne in stanovanjske higiene, načina prehrane, nege otrok, nege bolnikov, starih oseb, nudenje prve pomoči itd.).

Podobne kazatelje iz zdravstvenovzgojnega dela lahko ugotovljamo na slehernem sektorju zdravstvene zaščite, n. pr. v protiepidemski službi, v borbi proti družbenim boleznim, v zaščiti matere in otroka, v šolski higieni, v higieni prehrane, v sanaciji okolja, v borbi proti travmatizmu, v rehabilitaciji, v mentalni higieni. Nadaljnji kazatelj nam je zlasti obiskovanje preventivnih zdravstvenih ustanov, odziv na množične akcije, kot n. pr. cepljenje, fluorografiranje, potem odnosi političnih in ekonomskih faktorjev do potreb zdravstvene službe, sodelovanje prosvetnih in družbenih faktorjev z zdravstveno službo itd.

Ugotavljanje kazateljev zdravstvenovzgojnega dela sploh naj bi postala metoda zdravstvenih ustanov in delavcev, po katerih bodo sproti presojali adekvatnost naporov in vloženih finančnih sredstev z uspehom zdravstvenovzgojnega dela.

Večji zdravstvenovzgojni centri pa bodo morali s pomočjo strokovnjakov postaviti osnove za evalvacijo, ki naj ne bo samo laboratorijski eksperiment, temveč sredstvo za dviiganje kakovosti v zdravstvenovzgojnem delu.

Primitivna oziroma poenostavljena evalvacija in ugotavljanje kazateljev zdravstvenovzgojnega dela pa naj bi postalo metoda zdravstvenih delavcev, po kateri bodo presojali, koliko so vloženih naporov, tako njihovi kakor vseh onih, ki pri tem sodelujejo, ter za te namene potrošena materialna sredstva v skladu z dejanskim uspehom v zdravstvenovzgojnem delu.

Zdravstvena vzgoja v šoli za medicinske sestre

Med. sestra Slava Škrabec

Čim bolj raste skrb in zanimanje za zdravje, tem bolj opaža tudi medicinska sestra, da je sodelovanje v zdravstveni vzgoji važna oblika njenega dela, zlasti v naših razmerah, kjer sta glavna nosilca zdravstvene vzgoje učiteljstvo in zdravstveno osebje. Poučevanje je bilo vedno sestavni del sestrskega dela v javni zdravstveni službi, vendar je sodobni koncept zdravstvene vzgoje odprl sestri mnogo širše delovno področje ter ji pokazal tudi modernejše metode in sredstva, ki jih pri zdravstvenovzgojnem delu lahko uspešno uporablja.

Zdravstvena vzgoja je dolgotrajen proces, s katerim skušamo pridobiti človeka, da spremeni svoj odnos do zdravja. Toda šele tedaj, ko nekdo tisto znanje, ki smo mu ga posredovali, res tudi izvaja, šele tedaj lahko o njem trdimo, da je zdravstveno vzgojen. Uspešno pa je zdravstvenovzgojno delo le tedaj, če ga izvajamo po določenem programu, ki lahko traja tudi daljšo dobo.

Sodobna zdravstvena služba s poudarkom na teamskem (izg. timskem) delu zahteva, da je medicinska sestra sposobna sodelovati v procesu zdravstvene vzgoje, obenem pa tudi pri ustanavljanju zadevnih delovnih programov, ki naj jih z drugimi člani zdravstvenovzgojnega teama skupno izlušči iz problematike svojega delovnega področja.

Leta 1956 je bilo na 9. skupščini Svetovne zdravstvene organizacije začrtanih petero bistvenih funkcij v delovnem področju medicinske sestre, med njimi tudi ta, da medicinska sestra dela kot zdravstvena vzgojiteljica in svetovalka. Področje vzgojnega dela medicinske sestre obsega vzgojo bolnikov, njihovih svojcev in družin. Vzgojno deluje medicinska sestra na domovih svojih varovancev, v bolnicah, šolah, zdravstvenih domovih in v industriji ter v stanovanjskih in drugih skupnostih.

Zdravstvenovzgojno delo je neločljivo povezano s skoraj vsako dejavnostjo medicinske sestre v ustanovi kakor tudi na terenu. Prilike za priložnostno in načrtno zdravstvenovzgojno delo se sestri ponujajo zlasti zaradi tesnega kontakta z bolniki, njihovimi svojci, z materami v posvetovalnicah in posebno še ob hišnih obiskih.

Da bo medicinska sestra kos tem obsežnim nalogam, je potrebno, da jo na nje temeljito pripravimo že v šoli. Prav gotovo ni brez pomena za oblikovanje sestre kot zdravstvene vzgojiteljice celotni proces vzgoje in pouka v šoli in internatu. Saj je namen tega procesa, da jo etično izoblikuje in ji da solidno strokovno znanje, ki je tudi osnova njene higienske kulture. Osebni odnos sestre do zdravja in higienske kulture je zelo pomemben, saj bo sestra s svojim vzgledom hote ali nehote vzgajala okolico, v kateri bo delala in živela.

Za uspešno zdravstvenovzgojno delo pa je potrebna tudi solidna psihološka in pedagoška priprava učenk, saj je brez upoštevanja psihologije zdravstvenovzgojna tehnika neučinkovita.

Poglabljanje v psihologijo posameznika in določenih skupin ljudi, n. pr. bolnikov, rehabilitirancev, starčkov itd., nam bo pomagalo najti pot v skrito kamrico njihovega srca in odkriti tiste motive, ki jih bomo lahko uspešno uporabili na poti do zaželenega cilja.

Ker podrobneje poznam le metode zdravstvenovzgojnega dela na naši šoli, se bom v svojem poročilu omejila predvsem nanje. Tov. Dina Urbančičeva,

ki na naši šoli poučuje zdravstveno vzgojo, je že v metode svojega dela zajela moderne oblike poučevanja. V obliki predavanj je učenkam podala le naj-nujnejše napotke, nato pa je takoj prešla na aktivno obliko poučevanja, kjer so učenke v obliki skupinskih diskusij sodelovale pri reševanju zdravstveno-vzgojne problematike.

Prav zanimivo je bilo prvo skupinsko delo, kjer so učenke analizirale zdravstveno neznanje kot morbigeni faktor in ugotovljale preprečevalno (evitabilno) vrednost zdravstvenovzgojnega dela pri obolenjih, ki so v naših razmerah jedro zdravstvene problematike. Zaključki posameznih skupin so bili važen prispevek k razumevanju zdravstvenovzgojne problematike in določanju tistih tem zdravstvenovzgojnega programa, ki so pri nas prioritetenega pomena.

Preden preidem na opisovanje konkretnih primerov, ki so jih obravnavale učenke samostojno ali pa skupno s predavateljico in drugimi strokovnjaki, naj čisto na kratko pojasnim tiste metode dela, ki so nekaterim še manj znane, a so se v zdravstveni vzgoji zelo obnesle.

Sloves uspešnega poučevanja si je danes pridobila metoda individualnega razgovora ali intervjuja. Prednost te oblike dela je zlasti v tem, da jo lahko prilagodimo trenutni situaciji, stopnji izobrazbe in motivu, zaradi katerega govorimo. Sproti lahko kontroliramo aktivnost sodelovanja in zmogljivosti dožemanja. Gradimo na tistem, kar oseba, s katero se pogovarjamo, že ve. Skrivnost uspeha je v tem, da poslušalcu zagotovimo sproščenost in občutek, da ga imamo radi, da znamo poslušati in pokažemo razumevanje tudi za njegove vsakdanje skrbi in težave.

Važnejše je, kako mu kaj povemo, kot pa, koliko mu povemo.

Med ostalimi razgovornimi metodami naj omenim še predavanje, ki je pri nas najbolj razširjena oblika zdravstvenega prosvetljevanja. Dosedanje izkušnje pa so pokazale, da je ta oblika že dokaj zastarela in le težko vzdrži v tekmi z modernejšimi metodami poučevanja.

Sodobna tehnika poučevanja priporoča za večje skupine metode diskusijskih skupin, med katere spadajo: simpozion, panel diskusija in male diskusijske skupine.

Načelo diskusijskih skupin je v tem, da je diskusija zasnovana na razgovoru. Vzajemna razlaga in poslušanje drugih privede člane skupine do spoznanja, da slehernega posameznika vrednotimo kot človeka, obenem pa krepimo v skupini enotnost ter izoblikujemo pojme in ideje posameznikov.

Njen glavni pomen je v tem, da razčisti pojme posameznikov in izmenja mnenje. V tem, da ljudem damo priliko za skupno delo in medsebojno zblizanje, je glavni motiv skupinskega dela.

Tehnika skupinske diskusije je primerna za specifične skupine. Skupina mora biti čim bolj monolitna, omejena naj bo na 5—15 oseb s predsednikom ali vodjem skupine na čelu, ki diskusijo usmerja. Kako daleč naj vodja skupine vpliva na smer diskusije, je odvisno od tega, ali se je skupina sestala z namenom, da razčisti neko vprašanje, ali da določi potek neke akcije, ali da se v skupini poučuje. Vodja bo svoje delo opravil najbolje, če upošteva načelo demokratičnega vodstva. Vnaprej naj si pripravi le nekaj glavnih ciljev, za katerimi teži. Zelo dobro mora poznati snov oziroma predmet, o katerem se razpravlja, in biti pripravljen tudi na spodrsnjaje. Njegovi zaključki morajo biti rezultat skupine.

Vodja je odgovoren za razvoj diskusije in lahko v njej tudi sodeluje. Od časa do časa zbere zaključke in jih posreduje ostalim. Vodja vpliva na na-

predek, tehtnost in uspeh skupine. Včasih je težko zadržati skupino, da bi o nečem razmišljala, in rado se zgodi, da že drobna pripomba ali neznamenit pripetljaj docela spremeni tok misli. Sposobnost vodje pa se pokaže prav v tem, da je takih spodrsrljajev čim manj. Preden diskusija začne pojemati, vodja sestanek zaključí. To priliko porabi tudi zato, da svetuje, kakšne vire naj udeleženci preštudirajo za prihodnjo diskusijo.

Uspeh skupinskega dela je odvisen tudi od okoliščin, v katerih skupina dela. Delovni prostor naj bo urejen tako, da diha neko domačnost. Člani skupine naj se udobno posedejo okrog mize in če se med seboj ne poznajo, naj vodja poskrbi, da se seznanijo. Važna okoliščina za uspeh je tudi vsebina vabila, ki ga pošiljamo posameznim članom. Vljudna oblika z navedbo vsebine razgovora bo pripomogla k uspehu.

V okviru pouka smo na naši šoli tehniko individualnega razgovora in princip poučevanja v malih skupinah zelo temeljito obdelali predvsem v obliki praktičnih nastopov učenk. Kolikor je bilo le mogoče, smo vse praktične vaje izvajali v resnični situaciji. Posamezne učenke so svoj nastop pripravile samostojno tudi v organizacijskem pogledu. V nekaterih primerih pa so vloge članov skupine ali posameznikov, s katerimi so se razgovarjale, prevzele učenke same, s čimer so se vadile tudi v igranju tuje vloge. To je pa metoda, ki jo današnja tehnika zdravstvene vzgoje zelo priporoča, ker je mnenja, da si zdravstveni vzgojitelj z vživljanjem v tujo vlogo pridobi sposobnost, da laže razume probleme tistih, ki jih v resnici mora poučevati.

Naj navedem nekaj primerov individualnega pouka:

1. Pogovor z materjo o ravnanju s trmastim 2-letnim otrokom. Mati, ki jo je odigrala učenka, je bila vseznalka — vse ve, se z vsem strinja in je vse že poizkusila. Naloga je bila precej trd oreh za učenko, ki se je v vlogi dispanzerske sestre pogovarjala z materjo, in je zahtevala tudi veliko znanja iz psihologije in pedagogike.

2. Drugi primer individualnega pouka je bil podan v obliki pisma, ki ga je učenka v vlogi dispanzerske sestre napisala materi 5 mesecev starega dojenčka. Sestra mater sicer redno obiskuje, sedaj pa zaradi nepredvidenih ovir ne more do nje. Poizkus je izredno dobro uspel.

3. Intervju s tuberkuloznim bolnikom smo izvedli v resnični situaciji, ob priliki kolokvija, ki je v navadi ob zaključku prakse v protituberkuloznem dispanzerju.

4. Na osebni razgovor je učenka povabila tudi neko mater, ki je v materskem domu pričakovala prvega otroka. Razgovarjali sta se o dojenju. Da je delo uspelo, dokazuje že dejstvo, da so druge matere povabile učenke v materski dom s prošnjo, naj bi tudi njim kaj povedale.

Primeri skupinskih diskusij

V začetku sem omenila, da so se učenke vadile v metodi skupinskega dela že s tem, da jih je predavateljica razdelila v skupine, ki so dobile nalogo, da rešijo razne probleme iz teorije zdravstvene vzgoje.

Razen tega pa so učenke pri praktičnih vajah izvedle še precej nalog, med katerimi navajam sledeče:

1. Pouk skupine mater v posvetovalnici s temo: »Kaj lahko storim, da preprečim drisko«. Voditeljica skupine je sestanek odlično organizirala, spretno vodila razgovor in skupina je prišla do zelo dobrih zaključkov.

2. Tudi diskusijska skupina z osebjem otroške počitniške kolonije v kraju, kjer je mnogo muh, je dosegla svoj namen. Vloge osebja so prevzele učenke in so se nekatere prav dobro vživele vanje.

3. V resnični situaciji se je odvijala skupinska diskusija z osebjem šolske kuhinje.

Tema je bila: »Kako očuvamo vrednost živil od vskladiščenja do serviranja«. Večina članov skupine je zelo konstruktivno sodelovala. Zaključki so bili dobri. Udeleženske so ob vходу izjavile, da si takih sestankov še želijo.

4. Zelo prisrčna in uspela pa je bila skupina otrok II. razreda osnovne šole, ki jih je učenka zbrala na razgovor o negi zob. Zнала je ustvariti dober kontakt z otroki že s tem, da jim je pred razgovorom pokazala nekatere zanimivosti šolskega kabineta. Med razgovorom jim je postregla s pečivom in čeprav so poslušale ta razgovor vse ostale učenke, so otroci vendarle sproščeni pripovedovali o svojih izkušnjah v zvezi z nego zob in njih popravilom. Prišli so celo do nekaterih prav dobrih zaključkov in celo predlagali, o čem naj bi se pogovarjali v bodoče.

5. Prav posebno je uspel sestanek z mladinci vajenske šole, ki so se zbrali, da bi se pogovorili o higieni na taborjenju. Udeleženci so že taborili, zato so imeli precej lastnih izkušenj, pa tudi voditeljica skupine je bila dobro pripravljena. Skupina je dokazala, da je v njej možna temeljita izmenjava mnenj in da se v skupini lahko od vsakogar kaj naučimo. Mladinci so bili zelo sproščeni in so za obrazložitev svojega mnenja uporabljali tudi tablo in kredo.

Poleg dela v mali skupini smo v šoli praktično vodili tudi metode tako imenovane panel diskusije, po naše bi rekli omizne diskusije. To je posebna oblika poučevanja. Poteka tako, da se skupina izvedencev oziroma ljudi, ki imajo o nekem predmetu različna mnenja, zbere okrog mize na čelu s predsednikom, ki razgovor vodi. V sobi ali dvorani pa so zbrani tudi poslušalci, ki se po končani diskusiji okoli mize na predsednikov poziv lahko z vprašanji obračajo na posamezne člane tega omizja ali pa na predsednika samega.

Predsednik se diskusije ne udeležuje aktivno, njegova naloga je, da obrazloži tehniko panel diskusije, da predstavi udeležence, napove predmet diskusije in z nekaterimi uvodnimi pripombami povabi člane k razgovoru.

Razgovor poteka, kot bi poslušalcev ne bilo. Vsaka nova ideja je dobrodošla in se o njej razpravlja, člani pa se načeloma izogibajo dolgih govorov. Pogovor se razvija bolj nekako tako kot med gosti, ki so živo prizadeti pri sprejemanju in podajanju novih idej. Predsednik sam pa ima v tej konverzaciji vlogo nekakšnega gostitelja.

Po določenem času predsednik zbere zaključke in povabi poslušalce k sodelovanju. Njegova dolžnost je zdaj, da prispevke članov in poslušalcev spravi v pravilne medsebojne odnose in pred zaključkom ponovno zbere rezultate.

Panel diskusija je primerna predvsem za vzgojo odraslih. Dobro dela, če ima spretnega predsednika in eksperte, ki znajo logično voditi diskusijo na ravni, ki je za poslušalce poučna in zanimiva.

Tudi smisel za humor pripomore k uspehu, ker pomaga premostiti trenutno napetost ali spodrsrlaj v razgovoru.

Panel diskusijo lahko uspešno uporabimo pri obravnavanju zdravstvene problematike v okviru občine ali okraja, pri izdelovanju programov za sestrsko delo, pri obravnavanju zdravstvenovzgojne problematike v bolnici in podobno.

Naše učenke so prvič preskušale svoje sposobnosti v omizni diskusiji, ki ji je predsedovala predavateljica sama. Predmet razgovora pa so bili odnosi med ljudmi, vprašanje nadrejenih in podrejenih, torej vprašanje, ki je dalo dovolj prilike za ostra križanja mnenj in je rodilo koristne zaključke.

Ko so se učenke z metodami in z vsebino zdravstvene vzgoje že nekoliko bolje seznanile, smo organizirali panel diskusijo o možnostih zdravstvene vzgoje v bolnici.

Diskutirale so po sledečih točkah:

1. Kateri so zdravstvenovzgojni vplivi same hospitalizacije?
2. V katerih konkretnih okoliščinah je možnost za zdravstvenovzgojno delo, in to bodisi:
 - a) priložnostno (situacijsko),
 - b) načrtno.
3. Katere metode zdravstvenovzgojnega dela lahko uporabljamo:
 - a) pri situacijskem pouku,
 - b) pri načrtnem pouku.
4. Zdravstvenovzgojni vplivi izgleda, ki ga daje zdravstveno osebje.

Vse navedene točke so učenke najprej prediskutirale v skupinah, nakar je vsaka skupina določila svojega poročevalca, ki je pri omizni diskusiji zastopal njeno stališče.

Zaključki omizne diskusije so pomenili temeljito študijo zdravstvenovzgojne problematike v bolnicah.

Z resničnimi izvedenci (eksperti) smo organizirali omizno diskusijo o vprašanju »Kako more medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom vplivati na preprečevanje nesreč v industriji?« Kot eksperta sta sodelovala dr. Cvahte in dr. Hrušovar, predsednica pa je bila predavateljica sama.

Na sporedu je bila tudi panel diskusija o vprašanju »Zaščita socialno ogroženega otroka«. Namen diskusije je bil, da se razčistijo pojmi o tem, katerega otroka smatramo za socialno ogroženega in kakšne so možnosti za zaščito teh otrok. Dalje so razpravljali o tem, kateri organi so pristojni za reševanje socialne problematike otrok, in to s posebnim poudarkom o vlogi medicinske sestre pri odkrivanju socialno ogroženih otrok in v sanaciji vzrokov ogroženosti.

Med diskusijo so se učenke seznanile tudi s predpisi, ki urejajo materijo glede socialno ogroženega otroka. Glede na obširnost in važnost problematike socialno ogroženih otrok smo v naslednji panel diskusiji nadaljevali z obravnavanjem te snovi v okviru vprašanja »Rejništvo in posvojitev«. Razpravljali smo o organizaciji rejništva, izbiri otrok za rejništvo, kako izbiramo rejniške družine, o kontroli otrok v rejništvu, o socialnem delu z otrokom v rejništvu ter o pozitivnih in negativnih straneh rejništva.

V zvezi s posvojitvijo smo razpravljali o razliki med posvojitvijo in rejništvom, o izboru adoptivnih staršev in motivih, ki vodijo zakonce do tega, da se odločijo za posvojitev tujega otroka. Dalje smo razpravljali o psiholoških momentih, ki so glede na otroka in njegovo pravo mater važni pri posvojitvi, seznanili smo se tudi s potekom posvojitvenega akta. Končno smo govorili tudi o odnosih med otrokom in adoptivnimi starši ter o vlogi posvojitve v zaščiti otrok.

Pri obeh panel diskusijah, ki jim je predsedovala predavateljica, sta kot eksperta sodelovali še dr. Vendraminova in sestra Mira Pokorn. Učenke so v

diskusiji preizkušale svoje znanje, pridobljeno med šolanjem na praktičnem delu v patronažni službi in socialnomedicinskih ustanovah.

Rezultat panel diskusije je bil, da so se učenke seznanile s celotnim problemom socialno ogroženega otroka, z vlogo medicinske sestre pri reševanju socialne problematike otrok in z različnimi oblikami socialnomedicinskega dela za zaščito otrok.

Naštela sem le nekaj primerov, ki so jih učenke dovolj dobro izpeljale, zlasti če upoštevamo, da so to bile vaje in večinoma tudi njihovi prvi nastopi. Problemi, ki so jih obravnavale, so bili zelo zahtevni in je za njihovo reševanje poleg šolskega znanja potrebna tudi določena življenjska zrelost in izkušnja. Ker smo želeli, da bi si poleg vaje v tehniki zdravstvenovzgojnih metod učenke poglobile tudi znanje, smo k reševanju težjih problemov povabili vedno tudi ustrezne eksperte.

Učenke se pri pouku seznanijo tudi s strukturo predavanja. Kot bazo za praktične nastope smo uporabljali vajensko šolo. Nastope so izvajale učenke po načelih metode šolskega pouka. Upraviteljica šole nam je nudila izdatno pomoč in sodelovala tudi pri metodični analizi vsakega nastopa.

Pri pouku iz zdravstvene vzgoje so se učenke seznanile tudi z modernimi avdiovizualnimi pripomočki za zdravstveno vzgojo, kot so filmi, diapozitivi, slike, grafične metode in podobno. Predočila se jim je vrednost radijskih oddaj, pri katerih lahko z uspehom uporabimo vse pogovorne metode dela. Pogovorile so se tudi o organizaciji in pomenu zdravstvenovzgojnih razstav ter organizaciji seminarjev in tečajev.

Opozorjene so bile tudi na pomen sodelovanja z družbenimi organizacijami in društvi, ki lahko prispevajo k uspehu zdravstvenovzgojnega dela. Poglobitvi tega znanja so služile praktične naloge s sledečimi temami:

1. Naredite načrt za stalno razstavo v posvetovalnici za matere in otroke.
2. Izdelajte načrt za tečaj o prehrani dojenčka za kmečko mladino, ki bo vseboval napotke za metodiko pouka, ponazoritev pouka ter za preskrbo in uporabo učnih pripomočkov.
3. Izdelajte načrt za pouk o negi bolnika z metodičnimi napotki ter preskrbo in uporabo učnih pripomočkov.
4. Izdelajte načrt za pouk o umetni prehrani za skupino tovarniških delavk.

Učenke so pri pouku sodelovale z veliko vnemo in prizadevnostjo in pokazale pri morebitnih spodrslih dovolj smisla za kritiko. V praksi smo ravnali tako, da je bila za vsak nastop določena tudi ocenjevalka iz vrst učenk, ki je nastop analizirala strokovno in metodično.

Upamo, da so učenke za poslanstvo zdravstvene vzgojiteljice dobro pripravljene in da bodo na osnovah, ki so jih prejele v šoli, svoje znanje lahko izpopolnjevale. Želimo le, da bi pri izvajanju modernejših oblik dela ne bile osamljene in da bi jih zdravstveni delavci na njihovih delovnih področjih podprli.

Pri vzgoji učenk smo se zavedali, da je zlasti danes, ko je družbeno upravljanje v zdravstvu pritegnilo k reševanju zdravstvenih problemov širok krog državljanov, ki sodelujejo kot člani upravnih odborov zdravstvenih zavodov ali svetov za zdravstvo, naša dolžnost, da zdravstvene delavce usposobimo za dobre posredovalce zdravstvene kulture. Širok krog zdravstveno vzgojenega prebivalstva bo naš dober zaveznik pri izvajanju zdravstvene politike in vseh ukrepov, ki jih bomo želeli izvesti, pač z namenom, da pripomoremo k izboljšanju zdravstvenega stanja.

Zdravstvena prosveta v komuni

Med. sestra Neda Anžlovar

Z decentralizacijo zdravstvene službe v sklopu splošne decentralizacije je prevzela komuna večino zdravstvenih obveznosti, in sicer v pogledu dela, ustvarjanja in odgovornosti. Glede na veliki družbeni pomen zdravstvene dejavnosti pri utrjevanju in ohranjanju telesnega in duševnega zdravja družine, pri zniževanju obolenosti med prebivalstvom, pri podaljševanju življenja in preprečevanju prezgodnje smrtnosti, je komuna v svojih organih družbenega upravljanja, v raznih upravnih odborih, svetih in komisijah, množičnih organizacijah in društvih zbrala vse tiste ljudi, strokovnjake in nestrokovnjake, ki so pripravljene upravljati s sredstvi za zdravstveno blaginjo ljudstva in prispevati k hitrejšemu izboljšanju zdravstvene službe.

Vsebinsko zdravstvenoprosvetnega dela nam nakazuje preventivna medicina, saj je glavna veja njene dejavnosti ravno zdravstvena prosveta in zdravstvena vzgoja ljudi. Končni cilj te zdravstvene vzgoje je v tem, da naučimo posameznika čuvati in pravilno vrednotiti svoje zdravje. S pravnimi nasveti in s praktičnim poukom ga učimo in mu pomagamo pri ohranjanju fizično-psihičnega in socialnega ravnovesja. Prizadetega pravočasno napotimo na zdravljenje. Pri vsem tem je potrebno le, da vsi zdravstveni kadri preventivnih in kurativnih ustanov prispevajo k zdravstvenovzgojnemu delu s pravilno koncepcijo, z razumevanjem in prepričanjem, da je uspeh odvisen od dobre organizacije zdravstvenovzgojnega dela, od vsebine dela in načina prosvetljevanja oziroma zdravstvene vzgoje, v veliki meri pa od dobre koordinacije z množičnimi organizacijami in društvi. Množične organizacije in društva v socialistični družbi imajo sicer svoje specifične naloge, toda v njihovih programih dela je jasno zajeto tudi zdravstveno prosvetljevanje in zdravstvena vzgoja, tako n. pr. je pri Rdečem križu to ena glavnih nalog, pri drugih pa vsaj postranska naloga. S pomočjo teh množičnih organizacij in društev prodre zdravstvena prosveta posebno pri množičnih zdravstvenoprosvetnih akcijah v sleherno vas in po potrebi celo v vsako družino. Da bi zdravstvenovzgojno delo bilo čimbolj sistematično, komune upravičeno pričakujejo od zdravstvenih delavcev, da se kot strokovnjaki čimbolj posvetijo prizadevanju v tej smeri.

Iz izkustva nam je znano, da so zdravstvena služba in množične organizacije v preteklih letih odigrale važno vlogo pri izboljšanju zdravstvenega stanja ter napredku ljudstva v zdravstveni kulturi, in to s pomočjo agitacije, propagande in z aktivnim sodelovanjem pri zdravstvenih akcijah vseh vrst in pri vzgoji kadrov. Toda to delo je bilo dostikrat preveč kampanjsko, preveč teoretično, preveč priložnostno in nekoordinirano. Zato so za nadaljnjo globljo in temeljitejšo zdravstveno vzgojo ljudi bile potrebne nove delovne metode. Obveznosti za to nadaljnje zdravstvenovzgojno delo so prevzele prosveta, zdravstvo, zlasti pa množične organizacije. Ta dopolnilna — globlja, temeljitejša — vzgoja se kaže predvsem v individualnem delu s posameznikom v praktičnih tečajih, seminarjih in razgovorih z manjšimi skupinami, njen namen pa je, da slehernega državljana vzgoji v aktivnega borca za zdravo življenje — svoje osebno in družbe.

Za vso to dopolnilno zdravstveno vzgojo ljudstva pa so potrebni kadri, tako zdravstveni kakor prosvetni. Ti so kot vzgojitelji dolžni, da v prvi vrsti izoblikujejo svojo osebnost, posebno v pogledu karakterja in strokovne uspo-

sobljenosti (osvajanje sodobnih pedagoških metod dela). Uspeh ali neuspeh kake akcije, ki jo nekdo vodi, je namreč v veliki meri odvisen od njegove osebnosti. Na drugi strani pa se moramo zavedati, da nikakor še ni dovolj, če le pravilno prenašamo sodobne zdravstvene ideje, ne, razširjati jih moramo z znanjem, razumom in srcem, z zanosom in ljubeznijo, v svesti si, da k uspehu prispevajo tudi čustvene prvine. In ne samo to! Socialistična država ne more dopustiti, da bi delovni človek trpel, prizadet od bolezni in nesreč, nezmožen za delo ter socialno in ekonomsko ogrožen, ker strokovni kader morda ne izpolnjuje svojih dolžnosti dovolj vestno in natančno.

Prvi poizkus oziroma težnja zdravstvenega kadra po koordiniranem delu s prosveto in množičnimi organizacijami v preteklem letu daje v 28 občinah ljubljanskega okraja približno takole sliko in rezultate:

Najosnovnejša in zdravstveni službi najbližja je organizacija Rdečega križa, ki je v letu 1957 preko svoje zdravstvenoprosvetne komisije organizirala 39 zdravstvenoprosvetnih tečajev za vaška dekleta (37 zunanjih tečajev in 2 internatska) ter v zvezi s sindikati 11 tečajev za žensko delavsko mladino v tovarnah. Preko komisij za pomlad RK pa je po šolah bilo v 28 občinah 29 tečajev za prvo pomoč, 15 tečajev higienskega minimuma in 2 tečaja za nego dojenčka ter 7 tečajev za nego bolnika v domači oskrbi. Poleg tega je RK razvijal pestro zdravstvenovzgojno dejavnost preko komisij za borbo proti tuberkulozi, preko komisij za male asanacije, za krvodajalstvo, in to predvsem s sodelovanjem zdravstvenega kadra pri 260 zdravstvenih predavanjih. Samo pri tečajih je sodelovalo 14 zdravnikov in 19 medicinskih sester. Poleg tega je Okrajni odbor Rdečega križa prirejal seminarje za vodilne funkcionarje RK in za predavatelje v tečajih ženske vaške mladine in v pomladku RK.

Pošolsko izobraževanje, ki ga organizira prosveta za moško in žensko mladino, in to v dvoletnih kmetijsko-gospodinjskih šolah, vključuje v svojem programu 20 ur predavanj iz higiene in asanacije vasi. Takih kmetijsko gospodinjskih šol je bilo lani 35 (30 za prvi in 5 za drugi letnik), za 780 mladincev (350 m in 430 ž) v 20 občinah. Pri zdravstvenem programu je s predavanji sodelovalo 7 zdravnikov, 3 med. sestre in 1 zobotehnica, in to iz 8 zdravstvenih domov, medtem ko je v drugih občinah priskočil na pomoč prosvetni kader.

Ljudska univerza je priredila 77 zdravstvenih predavanj in 6 šol za starše. Predavalo je 12 zdravnikov po 2 uri, in to 10 iz zdravstvenih domov, 2 pa iz centralnih ustanov okraja Ljubljana. Spričo zelo obsežnega zdravstvenovzgojnega programa iz prav vseh področij zdravstvene zaščite družine in delavstva in glede na veliko pripravljenost Ljudske univerze, da organizira razne tečaje, seminarje, cikle predavanj in razna samostojna (zaključena, posamezna, vsebinsko zaokrožena) predavanja, filme ter še posebna predavanja po raznih občinah in vaseh, je udeležba zdravstvenega kadra odločno premajhna. Ljudska univerza ima v svojem programu, da organizira obravnavanje posebne problematike posameznih krajev pod naslovom »za boljše zdravje našega kraja«, toda brez pomoči zdravstvenega kadra, zdravstvenih domov in postaj, brez pomoči zdravnikov, patronažnih sester in babic ne bo mogoče uspešno uresničiti to lepo zamisel in plodonosno dejavnost. Letošnje leto ima v programu šole za starše v 3 občinah ter organizacijo različnih gospodinjskih, šiviljskih in krojnih tečajev, dalje tečajev o zdravi prehrani, o higijensko-tehnični zaščiti itd.

Če omenim še Okrajni zavod za napredek gospodinjstva, ki ima v programu gospodinjskih tečajev po 10 ur zdravstvenih predavanj iz higiene in zdravstvene zaščite matere in otroka, se nam za 42 gospodinjskih tečajev zdi,

da je za uspešno sodelovanje vse premalo troje zdravnikov in 7 medicinskih sester iz 6 zdravstvenih domov.

Mislím, da bi pri dopolnilni vzgoji deklet bilo priporočljivo spremeniti program v toliko, da dekleta v dveh letnikih absolvirajo vse tečaje, in to higienski minimum, nego in prehrano dojenčka, higieno oblačil za noseče žene in dojenčke, praktični tečaj o zdravi prehrani s hranoslovjem in tečaj za nego bolnika v domači oskrbi. Poslednji tečaj naj bi se razširil tudi še na tiste žene, ki imajo v družini kroničnega bolnika. Tako bi lahko vse patronažne sestre svoje znanje, obnovljeno ali pridobljeno še v raznih podiplomskih tečajih, prenesle tudi med dekleta, to je med svoje bodoče pomočnice in signalizatorke nezdravih pojavov na vasi.

Za delavstvo — in to predvsem za higiensko-tehnično zaščito (HTZ) delavcev v tovarnah — skrbi tudi Zavod za socialno zavarovanje (ZSZ) preko odbora za preventivno medicino in preko komisij za HTZ v 8 podružnicah okraja. V 63 seminarjih je po podjetjih zajel 3000 prvih delavcev, mojstrov in tehnikov ter člane komisij HTZ v podjetjih, organiziral je 167 filmskih predstav s 700 filmi in priredil 3 poučne ekskurzije varnostnih tehnikov.

Da bi se člani delavskih svetov čimbolj posvetili vprašanju glede preprečevanja in omejevanja nesreč v tovarnah, jim je ZSZ razposlal 4000 pisem in 10 000 plakatov. Organiziral je tudi kot pomoč zdravstvenim domovom s slabo zobozdravstveno službo zobozdravstveno akcijo v 3 občinah za 960 predšolskih in šolskih otrok. Preko svojih podružnic je ZSZ sodeloval z zdravstvom, sanitarno in delovno inšpekcijo okraja in občin.

Zdravstveni kader 47 preventivno-zdravstvenih ustanov v okraju Ljubljana je sodeloval pri zdravstveni vzgoji z individualno vzgojo tistih varovancev, ki so pod zdravstvenim nadzorstvom teh ustanov. Tu gre za 6 proračunskih centralnih ustanov (Okrajna higienska postaja, Centralni otroški dispanzer, Centralni ženski dispanzer, Centralna šolska poliklinika, Antituberkulozni center, Ambulanta za prvo pomoč na postaji), za 11 ustanov s samostojnim financiranjem (Poliklinika, Zobna poliklinika, Dečji dom, Materinski dom, Mestna porodnišnica, Mladinska okrevališča Rakitna, Podljubelj in Šentvid pri Stični, za Dečje okrevališče Šiljevica in Kraljevica ter Mestna dezinfekcija in dezinfekcija), 2 občinski ustanovi: Reševalna postaja in Zdravstvene menze in za 17 zdravstvenih domov in 11 zdravstvenih postaj, ki so osnovne organizacijske enote v zdravstveni službi komune. Razen individualnega zdravstvenovzgojnega dela je bilo v teh ustanovah, posebno v Materinskem domu in Dečjem domu 360 predavanj, ki so jih imele zdravnice, medicinske sestre in babice. Vse te ustanove so skupno z zdravstvenim kadrom tajništva za zdravstvo OLO Ljubljana in Okrajne higienske postaje organizirale, še več pa sodelovale same z nad 1100 predavanji, in to po svojih zdravnikih, medicinskih sestrah in babicah. Podrobnejšo analizo o številu raznih tečajev, seminarjev in predavanj je podalo Tajništvo za zdravstvo okraja Ljubljana medicinskim sestram na zadnji konferenci ter obenem prikazalo tudi prispevke, s katerimi so posamezniki od zdravstvenega kadra sodelovali pri raznih knjigah zdravstvene vsebine, brošurah, publikacijah, radijskih reportažah itd. Pri tem so sodelovali vsi vodilni zdravstveni delavci centralnih ustanov, posebno Okrajne higienske postaje, Centralnega ženskega dispanzerja in Centralnega otroškega dispanzerja in 3 zdravniki občinskih zdravstvenih domov. Omeniti moram še, da razpolagajo okrajne ustanove, množične organizacije in občine s 5 kinoprojektorji z ozvočnimi filmi, z 11 diaproyektorji z diafilmi, s flanelogrami, diapozitivi in slikami

ter raznimi pripomočki za praktične vaje pri tečajih za nego in prehrano dojenčka ter nego bolnika v domači oskrbi. Tajništvo za zdravstvo razpolaga z natančnimi zadevnimi podatki in so vsa ta sredstva predavateljskemu kadru na razpolago, če se le potruji, da pride do njih.

Pri zdravstvenovzgojni dejavnosti se je zdravstvenim domovom nudila pomoč na eni strani z individualno instruktažo, na drugi strani pa tudi z organizacijo zdravstvenih akcij. Tako na primer je bila zdravstvena akcija organizirana v Ambrusu. Sodelovali so: Višja šola za medicinske sestre (VŠMS) s 24 absolventkami in 1 inštruktorjem, Higienski inštitut medicinske fakultete, Centralni higienski zavod in Okrajna higienska postaja Ljubljana. Akcija sama je imela več namenov, to je poleg pomoči prebivalcem še pomoč zdravstvenemu domu in občini glede perlustracije terena v socialno-zdravstvenem in ekonomskem pogledu, na drugi strani pa instruktažo absolventk VŠMS za polivalentno patronažno dejavnost. Ta akcija je še čvrsteje približala zdravstveno službo občini in občino prebivalstvu tistega kraja.

Drugi primer takega sodelovanja med tajništvom za zdravstvo, zdravstvenim domom in občino Grosuplje je bilo organiziranje ankete o socialno-ekonomskem in zdravstvenem stanju delavstva ter delovnih pogojev v tovarni »Motvoz« v Grosupljem. Pri izvedbi in analizi ankete so sodelovali tudi VŠMS (10 študentk in 1 inštruktor), Okrajna higienska postaja, Higienski inštitut medicinske fakultete in Centralni higienski zavod. Analiza celotne ankete je bila podana tovarni, zdravstvenemu domu Grosuplje, Zavodu za socialno zavarovanje, zdravstvenim organom družbenega upravljanja, Okrajnemu sindikalnemu svetu, Centralnemu higienskemu zavodu, torej vsem tistim, ki jim je do tega, da se delavstvu izboljšajo delovni pogoji.

Od zdravstvenega kadra je v razne odbore množičnih organizacij in društev in v organe družbenega upravljanja vključenih 106 zdravstvenih delavcev — višjih, srednjih in nižjih. Največ jih je v odboru RK. Od 43 patronažnih sester v 28 občinah jih je aktivnih oziroma v delo množičnih organizacij vključenih 25, to je 58%. Množične organizacije in organi družbenega upravljanja pa upravičeno pričakujejo od zdravstvenega kadra še večjega sodelovanja.

Končno ne moremo govoriti o zdravstvenovzgojni dejavnosti v komuni, ne da bi omenili važno zdravstvenovzgojno dejavnost patronažnih sester in terenskih babic, uslužbenih po zdravstvenih domovih in postajah. Od 94 babic je 86 zaposlenih na terenu, 8 pa v centralnih ustanovah (3 v Materinskem domu in 5 v CDŽ). Na eno terensko babico odpade približno 3000 prebivalcev in povprečno 75 km² okoliša). Babice pripravljajo noseče žene na porod, poučujejo jih o prehrani in higieni v nosečnosti itd. Vendar zajame to delo samo 58% nosečih žena v okraju.

Boljše je stanje pri zdravstveni vzgoji in negi otročnic, saj jih babica obiše povprečno 6-krat, kar je za 6-dnevno dobo po porodu v porodnišnici in spričo velikega števila žena, ki rodijo v zavodu, in ostalih, ki rodijo doma, kar lep uspeh. Lepo število patronažnih obiskov 80 000 pri vseh ženah in materah (povprečno 920 na eno babico letno) pomeni prav toliko nasvetov za zdravo življenje in pravilno nego in vzgojo. Žal, da se kvaliteta dela ne more vrednotiti po številu obiskov. Nedvomno pa je, da se pod vplivom zdravstvene vzgoje prej ali slej mora znižati število prezgodnjih porodov, število mrtvo-rojenih otrok itd. Omeniti moramo tudi, da je 36% babic starih nad 50 let in da službe v hribovitih krajih ne morejo vršiti v redu. Glede na važnost

zdravstvenovzgojnega dela babic je občinam mnogo do tega, da si babice pridobe dopolnilno vzgojo v preventivni dejavnosti, zato tudi rade prispevajo finančna sredstva za enomesečne dopolnilne tečaje babic. Od leta 1954—1957 je pridobilo to dopolnilno vzgojo 33 babic ali 39% vseh terenskih babic.

V našem okraju v vseh 28 občinah stanje patronažne službe medicinskih sester ni zadovoljivo, prav tako tudi ne razmeščanje tega kadra in pa skrb za razvoj te veje preventivne dejavnosti, od katere je v toliki meri odvisen uspeh zdravstvenovzgojnega dela. Od 149 medicinskih sester jih v 28 zdravstvenih domovih in postajah dela le 67 ali 45%, medtem ko je pri delu v 29 centralnih zdravstvenih ustanovah zaposlenih 69, t. j. 46% medicinskih sester, v obratnih ambulantah (teh je 16 v okraju Ljubljana) pa 13 medicinskih sester ali 9%.

Od 67 medicinskih sester, ki delajo v zdravstvenih domovih in postajah, jih je pri notranjem delu kar 22, in sicer 14 glavnih sester in 18 ambulantnih, samo 45 pa v patronaži, in to 22 v 8 ljubljanskih občinah in 21 v okoliških občinah, 2 pa v centralnih ustanovah. Od teh je 25 sester 80% delovnega časa zaposlenih na terenu (ostali čas v posvetovalnicah za matere in otroke), 20 sester pa je na terenu zaposlenih polovico delovnega časa. To so sestre izven ljubljanskih občin, ki poleg patronaže opravljajo vse ostalo notranje delo v ustanovi, ponekod pa tudi v ambulanti.

Patronažna služba medicinskih sester je ob teh pogojih zadovoljiva v ljubljanskih občinah, kjer so obiski dosegli število ca. 30 000 (22 patronažnih sester), medtem ko pri patronažnih sestrah izven ljubljanskih občin število obiskov na 1 patronažno sestro ne znaša več kot 300 letno, vse to, kot sem omenila, pa zaradi tega, ker so medicinske sestre zaposlene prvenstveno pri notranjem delu v ustanovi.

Okrog 30 000 hišnih obiskov v Ljubljani in okrog 8000 obiskov v 20 občinah izven Ljubljane, in to brez obiskov patronažne službe Antituberkuloznega centra, in sicer pri individualni zdravstveni vzgoji, pomeni lahko velik uspeh, vendar nas glede na nizki odstotek zajetih družin ne more zadovoljiti.

V 6 občinah (Stari trg, Borovnica, Ribnica, Dobropolje, Velike Lašče, Ivančna gorica) nimamo patronažne medicinske sestre. V teh občinah o kaki zaščiti matere in otroka ne moremo govoriti, ker nimamo povsod organiziranih niti rednih posvetovalnic za noseče žene, matere in otroke. Če računamo, da živi v okraju Ljubljana ca. 330 000 prebivalcev, potem odpade na eno patronažno medicinsko sestro 7000 prebivalcev, kar je za dobro polivalentno patronažno službo odločno preveč. Če hočemo v tej službi govoriti o uspehih, tedaj na 1 patronažno medicinsko sestro ne sme priti več kot 300—400 družin oziroma 1500—2000 prebivalcev. To se pravi, da bi v teh 28 občinah bilo potrebno namestiti vsaj še 50 patronažnih sester. Dotok medicinskih sester v patronažni službi je slab, in to na eni strani verjetno zaradi dejavnosti, ki spričo današnje situacije zahteva od dobre patronažne sestre ogromnega napora, požrtvovalnosti in zdržnosti, na drugi strani pa večkrat tudi zato, ker nekateri vodilni zdravstveni delavci zdravstvenih domov in postaj v komunah posvečajo tej dejavnosti premalo pozornosti in je ne upoštevajo dovolj. Če pod današnjimi pogoji glede na nezadostno zdravstveno prosvetljenost ljudi damo patronažni službi prioriteto, bi rezerve sester imeli še v ambulantah, centralnih okrajnih ustanovah, ki zaposlujejo 69 medicinskih sester, od teh samo Poliklinika v svojih specialističnih ambulantah 29.

Zaradi premajhnega števila patronažnih medicinskih sester njihovo delo izgublja praktično vrednost, ponekod pa postaja preveč simbolično. Če torej računamo, da imamo v vseh 28 občinah le 43 patronažnih sester in 6 sester za patronažo pri tuberkuloznih bolnikih iz Antituberkuloznega centra, nam je jasno, da njihova dejavnost ne doseže vsake vasi, vsakega naselja, kaj šele vsako družino. Večje občine sicer štipendirajo nekaj medicinskih sester, a to je spričo velikih potreb vse premalo. Zato štipendira Tajništvo za zdravstvo okraja Ljubljana 17 medicinskih sester, od teh nekaj tudi za patronažno službo.

Ker patronažna služba zaradi nezadostnega števila medicinskih sester ne zmore sama niti najosnovnejših nalog v zdravstveni vzgoji ljudstva, pričakuje se pa od patronažne sestre, da na svojem teritoriju sistematično obravnava vse standardne socialno-ekonomske in zdravstvene podatke o družini, o nosečih ženah, dojenčkih, malih, predšolskih in šolskih otrocih, otrocih padlih borcev, sirotah brez staršev, tuberkuloznih bolnikih, socialno in zdravstveno ogroženih alkoholikih, nadalje, da ima pod nadzorstvom vsaj najbolj nesanirane družine, zato je spričo vsega tega nujno potrebno, da si patronažne sestre poiščejo sodelavce v absolventkah tečajev za žensko vaško mladino in med ostalimi aktivisti RK. Mogoče bi patronažne sestre ponekod imele pri delu večje uspehe, če bi jim oddelki zdravstvenih domov in dispanzerjev nudili izdatnejšo pomoč in če bi sodelovanje z babicami in aktivisti množičnih organizacij bilo boljše.

Vemo pa, da vsi otroški dispanzerji niti ne morejo spremljati obolevnost in smrtnost otrok. Pošteno in prav je, da se tega zavedamo in da to priznamo. Brez dvoma pa bo bolje organizirano zdravstvenovzgojno delo, zasnovano na izvajanju praktičnih nalog — če že ne temeljito individualno delo, pa vsaj preko tečajev s skupino ljudi, ob boljšem sodelovanju s prosveto, komunalno, sindikati ter vsemi drugimi množičnimi organizacijami in društvi, nemara tudi bolj koordinirano v komisijah za izvenšolsko izobraževanje v komunah — prav gotovo dvignilo ugled zdravstvenih delavcev in si med ljudmi pridobilo simpatije. Brez sodelovanja vse skupnosti in posameznika ne bo uspeha.

Centralni higienski zavod se pospešeno ukvarja z metodiko zdravstvenega prosvetljevanja, proučuje z Glavnim odborom Rdečega križa vprašanja glede nadaljnje vsebine dela, študira metode za zdravstveni napredek ljudstva in vse to posreduje tajništvu za zdravstvo, tajništvo pa neposredno ali preko Okrajne higienske postaje prenaša vse te izkušnje in priporočila brez dajanja nekih shem in šablon zdravstvenim domovom in postajam in vsem ostalim zdravstvenim ustanovam. Vse to prizadevanje mora preko ozkega okvira vsakdanje dejavnosti, ker edino zdravstvena vzgoja spreminja navade, razvade, stališča in obnašanje ljudi, zato ravno je zdravstvena vzgoja eden od faktorjev, ki mora vplivati in tudi bo vplival na izboljšanje ljudskega zdravja. Vse to je mogoče doseči z načrtno organizacijo, medsebojnim kombiniranjem in vztrajnim, ne pa zgolj kampanjskim delom vseh navedenih faktorjev. Zato je potrebno, da zdravstvena vzgoja zavzame mesto, ki ji pripada kot prvi in najvažnejši funkciji vseh zdravstvenih ustanov in tudi zdravstvenih delavcev samih. Če bomo z delom nadaljevali v tej smeri in na ta način, potem pač ne bo problem, kako pridobiti sodelavce, materialna sredstva in pomoč oblastvenih organov. Tudi ne bo težko pridobiti za aktivno sodelovanje kolektive in sploh ljudstvo, ki so mu te akcije namenjene.

Ob koncu bi še omenila, da zaradi nezadostne evidenčne in statistične službe ni analizirana vsa zdravstvenovzgojna dejavnost. Okrajna higienska

postaja je zadolžila v posameznih občinah 6 zdravnikov, 10 medicinskih sester in 1 bolničarko, v ostalih 11 zdravstvenih domovih in postajah pa bi bilo potrebno poiskati zdravstvenega delavca, ki bi prvenstveno skrbel za dobro evidenco in vzajemno sodelovanje.

Končno bi pripomnila, da v tem poročilu nisem mogla podati prav vso tematiko, ki se obravnava v zdravstveni službi in v odborih množičnih organizacij. Vendar pa sem trdno prepričana, da boste tudi poslej in še z večjo vnemo nadaljevale s poučevanjem in uresničevanjem zdravstvene vzgoje pri svojem vsakdanjem delu in da jo boste propagirale v tej obliki pri vseh zdravstvenih, prosvetnih in drugih delavcih.

Ob tem razmišljanju, ki temelji na izkušnjah voditeljev zdravstvenovzgojnega dela pri nas in je v njem vsaj deloma nakazan tudi cilj naše socialistične zdravstvene politike, zaključujem z željo, da moja izvajanja vsestransko dopolni diskusija.

Zdravstvena v

Pogoji za zdravstveno vzgojo so drugačni od teh pogojev, ki vplivajo na nastanek nekaterih dejstev:

1. V teh zavodih :
z različno miselnostjo, :
meri zrcalo socialnih raz

2. Duševna sfera bolnika
nega stanja prisiljen is

menjena glede na zdravstveni problem, in ga mora preživeti poleg tega pa je čustveno prizadet, ker je odtrgan od tiste življenjske sredine, kateri pripada in zaradi katere ga težijo skrbi in bolečina ločitve. V novem okolju, to je v zdravstvenem zavodu, pa pogosto ne najde režima, ki bi upošteval njegovo razpoloženje in ga pomirjal v njegovih dvomih.

3. Tudi prezasedenost teh zavodov vpliva na dobo bivanja v njih in na možnosti zdravstvenovzgojnega dela. Vendar imajo ti zdravstveni zavodi neko zelo ugodno lastnost, da se namreč v njih zbirajo ljudje s sorodnimi zdravstvenimi problemi.

Navedena dejstva zahtevajo od nas, da dobro naštudiramo program zdravstvene vzgoje. Ta program naj obsega predmete, ki so bolniku resnično v korist, torej stvari, ki zadevajo njegov sedanji zdravstveni problem. Razjasnitev bolnikovega problema samega, način zdravljenja, zlasti pa obrazložitev dolžnosti, ki jih ima bolnik glede na potek zdravljenja, naj bi bila težišče našega programa. Nujno pa je v naš program treba vnesti tudi osnove osebne higijene, vendar samo toliko, kolikor se osebna higiena bolnika v tem zavodu dejansko izvaja. Brez dvoma se mora zdravstvenovzgojni program zavoda izvajati sistematično in stalno, če hočemo zagotoviti uspeh.

Pravzaprav se zdravstvena vzgoja te vrste začne že pri vratih in po tisti osebi, s katero se v zavodu pacient najprej sreča. Zakaj? Ker je ustvar-

zaprtega tipa

prtega tipa so bistveno
je potrebno, da upošte-

življenjskimi navadami,
uro, kar je vse v veliki

tradi svojega zdravstve-
odu, je specifično spre-

menjena glede na zdravstveni problem, in ga mora preživeti poleg tega pa je čustveno prizadet, ker je odtrgan od tiste življenjske sredine, kateri pripada in zaradi katere ga težijo skrbi in bolečina ločitve. V novem okolju, to je v zdravstvenem zavodu, pa pogosto ne najde režima, ki bi upošteval njegovo razpoloženje in ga pomirjal v njegovih dvomih.

postaja je zadolžila v postojah in 1 bolničarko, v ostalih potrebno poiskati zdravstveno evidenco in vzajemno so

Končno bi pripomnili na tematiko, ki se obravnava v razpisnih pogojih. Vendar pa sem vsem vnaprej nadalejevala s posvojenjem vsakdanjem delu zdravstvenih, prosvetnih

Ob tem razmišljanju neka dela pri nas in je v zdravstveni politiki, za polni diskusija.



10 medicinskih sester v postajah pa bi bilo treba skrbel za dobro

mogla podati prav vse potrebne informacije v borih množičnih organizacijah in še z večjo zdravstvene vzgoje pri v tej obliki pri vseh

Glavni cilj zdravstvenovzgojnega dela je i cilj naše socialistične zdravstvene dejavnosti in njenega vsestranskega do

Zdravstvena vzgoja v ustanovah zaprtega tipa

Med. s. Mara Berčič

Pogoji za zdravstvenovzgojno delo v ustanovi zaprtega tipa so bistveno drugačni od teh pogojev drugod. Glede na njih značaj je potrebno, da upoštevamo nekatera dejstva:

1. V teh zavodih se zbirajo ljudje z različnimi življenjskimi navadami, z različno miselnostjo, značajem, vzgojo in osebno kulturo, kar je vse v veliki meri zrcalo socialnih razmer, iz katerih prihajajo.

2. Duševna sfera bolnika oziroma človeka, ki je zaradi svojega zdravstvenega stanja prisiljen iskati zdravstveno pomoč v zavodu, je specifično spremenjena glede na zdravstveni problem, ki ga tare. Poleg tega pa je čustveno prizadet, ker je odtrgan od tiste življenjske sredine, kateri pripada in zaradi katere ga težijo skrbni in bolečina ločitve. V novem okolju, to je v zdravstvenem zavodu, pa pogosto ne najde režima, ki bi upošteval njegovo razpoloženje in ga pomirjal v njegovih dvomih.

3. Tudi prezasedenost teh zavodov vpliva na dobo bivanja v njih in na možnosti zdravstvenovzgojnega dela. Vendar imajo ti zdravstveni zavodi neko zelo ugodno lastnost, da se namreč v njih zbirajo ljudje s sorodnimi zdravstvenimi problemi.

Navedena dejstva zahtevajo od nas, da dobro naštudiramo program zdravstvene vzgoje. Ta program naj obsega predmete, ki so bolniku resnično v korist, torej stvari, ki zadevajo njegov sedanji zdravstveni problem. Razjasnitev bolnikovega problema samega, način zdravljenja, zlasti pa obrazložitev dolžnosti, ki jih ima bolnik glede na potek zdravljenja, naj bi bila težišče našega programa. Nujno pa je v naš program treba vnesti tudi osnove osebne higijene, vendar samo toliko, kolikor se osebna higiena bolnika v tem zavodu dejansko izvaja. Brez dvoma se mora zdravstvenovzgojni program zavoda izvajati sistematično in stalno, če hočemo zagotoviti uspeh.

Pravzaprav se zdravstvena vzgoja te vrste začne že pri vratih in po tisti osebi, s katero se v zavodu pacient najprej sreča. Zakaž? Ker je ustvar-

janje dobrega počutja in zaupanja osnovni pogoj, da je odrasel človek pripravljen spreminjati, kar mu po zdravstvenovzgojnem programu hočemo posredovati. Če je obenem zadoščeno tudi njegovemu zanimanju, smo na najboljši poti do uspeha. Zato je bistvene važnosti, da ves kolektiv osvoji zdravstvenovzgojni program zavoda in da je v vsem svojem delu ob pacientu zvest zahtevam zdravstvenovzgojnega programa, zlasti kar se tiče osebne higiene. Pomen tega nam postane najbolj očiten s konkretnim primerom. V osnovni higienski minimum spada umivanje rok pred jedjo. To je v zdravstvenovzgojnem programu zavoda lahko res obseženo, tudi sestra, ki izvaja zdravstvenovzgojni program, pacientom morda dobro in zanimivo govori o tem in jim celo praktično pokaže. Ampak če pacientu tedaj, ko je moral ležati, nismo postregli z vodo in z umivalnim priborom pred delitvijo hrane, sta vse naše delo in precizno naštudiran program bila zaman. Vsi vemo, da se v naših zavodih to še vedno dogaja. Toda če hočejo zavodi resnično zdravstvenovzgojno vplivati na svoje varovance, je potrebno pač najprej premisliti, kako vzpostaviti osebni higienski režim.

Kakor je važen program vzgoje, tako je važna tudi metoda. Znan je Pestolozzijev izrek: Poskušajte izbrati metodo in čudili se boste, koliko se bodo učenci naučili v enem dnevu. Ljudje se učimo na najrazličnejše načine: s čitanjem, poslušanjem, gledanjem, razgovarjanjem in z vajo. Izkušnje nam dokazujejo, da se najhitreje in največ naučimo, če so za učenje angažirana vsa naša čutila, to se pravi, da naravni teoretični pouk dopolnjujemo s praktičnimi vajami učencev. Uporabljamo vedno tisto metodo, ki nam nudi največ. Idealno je sicer vzgojno delo s posameznikom, vendar zahteva od nas veliko časa. Ker pa nam je največkrat čas dragocen, si bomo izbrali metodo, ki je najbližja, izbrali bomo torej skupino. V tej skupini vzdržujemo kontakt z vsemi udeleženci in vendar tudi z vsakim posameznikom.

To se pravi spremljati moramo napredek in sodelovanje vsakega člana v skupini in spoznati njegove sposobnosti in težave, ki ga ovirajo pri napredovanju. Točno moramo vedeti, kaj lahko pričakujemo od posameznika, in mu pomagati, da postavljene naloge uspešno izvrši. To moramo storiti tako, da skupina tega ne čuti. Le tako bomo krepili željo po nadaljnjem pouku in pridobili člane skupine za aktivno sodelovanje. K aktivnosti jih bomo spodbudili tudi, če jim zastavljamo vprašanja. Seveda morajo vprašanja biti razumljiva in preprosta, pač takšna, da jih ne spravijo v zadrego. Nepravilne odgovore ali nepravilno praktično delo popravljamo sproti, vendar pa na spodbuden način, ki ne more nikogar užaliti.

Izražajmo se pozitivno, to se pravi, poudarimo predvsem vedno le, kar je pravilno, ker negativni primeri vodijo poslušalce v negotovost in prav pogosto si zapomnijo nasprotno od tega, kar smo želeli.

Vsako stvar, s katero seznanjamo našo skupino, moramo razložiti v smeri treh vprašanj: zakaj — kako — kaj?

Odgovori na ta tri vprašanja naj obsegajo bistvo predmeta, ki ga razlagamo. Vsako naše srečanje s skupino, recimo »učna ura«, naj se odvija po dobro pripravljene zgradbi, ki vsebuje: uvod in napoved obravnavane snovi, povzetek in zaključek. V izpeljavo vključujemo praktične vaje s člani skupine. Te vaje utrjujejo znanje, pomenijo sprostitev in budijo željo po nadaljnjem sodelovanju.

Za uspeh vsega zdravstvenovzgojnega dela, če ga izvajamo po opisani metodi, je potrebno v skupini prijetno vzdušje. Vzpostaviti in vzdrževati ga

mora znati oseba, ki poučuje, torej sestra učiteljica. Z zdravstvenovzgojnim delom na tak način sestra ugodno vpliva na paciente, ki se vesele nadaljnjih učnih ur, saj prinašajo v enoličnost bolniškega življenja vedno nekaj novega, prijetnega in koristnega.

Če hočemo našo razlago ljudem res približati in v naših tako imenovanih učencih ustvariti jasno predstavo, bomo pouk obogatili z nazornimi sredstvi, lahko bi v tem primeru rekli — z učnimi pripomočki. Danes poznamo že precejšnje vrste nazornih sredstev, vendar je nadvse važno vedeti, katero sredstvo je za ponazoritev določenega predmeta primerno. Poleg tega moramo upoštevati nekatere lastnosti nazornih sredstev, ki so učencem simpatična, zlasti če so preprosta, jasna, razumljiva, skromna in prilagojena kraju in vrsti učencev. V izbiri nazornih sredstev mora sestra razviti vso svojo domiselnost, praktičnost in čut za improvizacijo. Čim bolj so nazorna sredstva pristna in skrbno izbrana, tem večji je uspeh pouka in prav gotovo tudi osebno zadoščenje sestre.

Zdravstvena vzgoja varovancev v ustanovah zaprtega tipa je po Zakonu o bolnišnicah (Ur. l. št. 21/56) dolžnost in jo je zato treba opravljati prav tako vestno in uspešno kot druge dolžnosti, ki jih določa navedeni zakon.

Glede na praktično izvajanje pa moramo reči, da to dolžnost v naših zavodih kaj radi prezremo. Če pa jo že opravljamo, tedaj v primeri z drugimi dolžnostmi, ki se zahtevajo v zavodu, skoraj nikoli nima značaja nekega stalnega in enakopravnega dela.

Če upoštevamo pogoje za uspešno zdravstveno vzgajanje oziroma zdravstvenovzgojno delo v naših zavodih, torej:

- dobro izbran program,
- sistematičnost dela,
- skladnost zdravstvenovzgojnega programa in higienskega režima v zavodu,
- sodelovanje vsega kolektiva,
- zadolžitev in sprostitev izbranih sester za zdravstvenovzgojno delo,
- usposobitev izbranih sester za to delo,
- upoštevanje pedagoških načel,
- uporabo nazornih sredstev,
- zagotovitev nujnosti in materialnih sredstev,

tedaj vidimo, kako daleč smo še od uspehov. Vendar pa teh ne smemo zamenjavati s trdom. Tudi nam ta ugotovitev ne sme biti vzrok za kakršnokoli malodušje, temveč nasprotno — pobuda za razmišljanje, kako v naših zavodih uresničiti program zdravstvenovzgojnega dela. Vsekakor pa mora dozoreti v nas spoznanje, da je za uspešno zdravstvenovzgojno delo poleg znanja na zdravstvenem področju potrebno tudi obvladanje pedagoških metod. Resnična, sistematična zdravstvena vzgoja je posebno delo, ki mu je potrebno priznati mesto, čas in usposobljene ljudi.

»Šola materinstva«

(Programske smernice)

Med. s. Neža Jarnovič

Zdravstvene ustanove, kjer so medicinske sestre sistematično začele z zdravstveno vzgojo žena, so s kratkimi tečajji o pravilni prehrani dojenčka že opravile lepo delo. Po poročilih, ki jih imamo, pa vidimo, da so ponekod prav na željo tečajnic samih in iz potrebe, ki jo medicinska sestra občuti pri delu za varstvo matere in otroka, priključili tem tečajem tudi nekaj snovi o negi dojenčka. Zato smo za orientacijo in z namenom, da olajšamo delo, pripravili širši program zdravstvenovzgojnega dela, ki naj bi ga izvajale zdravstvene ustanove kot nekakšno »Šolo materinstva«. Pouk v takšnih tečajjih naj bi ženi dal tisto osnovno znanje in sposobnost, ki jo mora ob svojem otroku imeti vsaka mati.

Program, ki ga s tem posredujemo terenu, je sprejemljiv za vsako ustanovo, kjer koli je delo pri varstvu matere in otroka količkaj razvito. Osvojili pa naj bi ga predvsem dispanzerji za žene in otroke, materinski domovi, dečji domovi in pa posvetovalnice, ki so od UNICEF-a (t. j. Mednarodnega sklada Združenih narodov za nujno pomoč otrokom) dobile kot pomoč med drugim materialom tudi zdravstvenovzgojne pripomočke, lutko, šivalni stroj, pribor za demonstracijsko mlečno kuhinjo, a kljub temu nikakor ne morejo začeti s tovrstno dejavnostjo. Vsi učni pripomočki za pouk po tem programu se dobe na oddelku za zdravstveno vzgojo pri Centralnem higienskem zavodu, kot smo objavili že v 1. letošnji številki našega glasila.

Šola materinstva naj zajame snov po vseh štirih točkah programa, in sicer za vsako skupino — za zbrane bodoče matere in za matere, ki imajo že otroke. Žene teh dveh skupin so za ta pouk najbolj motivirane in sprejemljive. Kratko nakazani program o negi dojenčka, o pravilni prehrani dojenčka, o higieni oblačil in oblačenja ter splošna higiensko zdravstvena predavanja omogočajo zdravstveni ustanovi, da zdravstveno vzgoji in prosvetli matere, ki bodo s svojim pravilnim znanjem največja opora naši zdravstveni službi na terenu.

Program šole materinstva

Program te šole je:

1. nega dojenčka;
2. pravilna prehrana dojenčka;
3. higiena oblačil in oblačenje;
4. splošna higiensko zdravstvena predavanja.

I. Nega dojenčka

1. Vsem ženam demonstrirati diapozitive o negi dojenčka s predavanjem, ki se nanaša na slike diapozitivov. Ta pouk naj zajame vso skupino žena hkrati.

2. Praktični pouk o negi dojenčka se vrši po vrstnem redu diafilma. Žene za praktični pouk je treba razdeliti v več skupin. Skupina naj šteje 4—6 žena. Vse morajo aktivno sodelovati in tudi praktično izvajati, kar jim pokaže sestra.

Praktični pouk obsega:

a) **demonstriranje vseh predmetov**, ki jih mati potrebuje za nego in prehrano otroka (vsak predmet naj si posebej ogleda in ga prime v roke):

- otrokova oblačila in oprema postelje,
- pribor za kopanje,
- pribor za pripravljane hrane in za hranjenje otroka.

b) **Nega dojenčka** (sestra pokaže, vsaka mati ponovi):

- priprava za kopanje dojenčka, nato kopanje,
- oblačenje dojenčka,
- hranjenje otroka (naravno in umetno),
- priprava otroka za spanje in ureditev postelje.

Učni material:

1. projektor,
2. diafilm — »Nega dojenčka«,
3. lutka — punčka,
4. vsa oblačila za dojenčka — (že izdelana),
5. ves pribor za kopanje dojenčka,
6. ves pribor za pripravljane hrane in za hranjenje dojenčka,
7. postelja s celotno opremo (tudi improvizacije).

II. Pravilna prehrana dojenčka

Tečaj naj bo kratek in naj zajame žene po skupinah. Tečaj mora ženam posredovati vsaj osnovno znanje o pripravljanju in kuhanju:

- a) mleka,
- b) mlečnih mešanic,
- c) sadnih in zelenjavnih sokov,
- č) zelenjave,
- d) beljakovinske hrane.

Pouk naj se vrši obenem s praktično pripravo in kuhanjem hrane. Zajame naj tudi teoretično razlago in matere aktivno pritegne h kuhanju.

Pedagoške in strokovne napotke za tečaj nudijo skripta »Okvirne smernice za tečaj o zdravi prehrani dojenčka«.

Učni pripomočki:

1. Skripta »Okvirne smernice za tečaj o zdravi prehrani dojenčka«.
2. Inventar, ki ga predvideva seznam v skriptih.
3. Živila, ki jih predvideva seznam v skriptih.
4. Primeren prostor (mlečna ali čajna kuhinja v domu).

III. Higiena oblačil in oblačenja

Tečaj naj ženam posreduje osnovno znanje o pravilnem oblačenju otroka in žene v nosečnosti. Teoretični del predavanja naj zajame vse žene naenkrat. Predavanje naj poudarja važnost ustreznega kroja, primernega materiala, pra-

vilnega higienskega oblačenja ter higieno obleke in perila. Nadaljnji pouk naj omogoči, da si žene dobijo potrebne kroje za otroka in dobe tudi osnovni pouk, kako naj po kroju sešijejo potrebna oblačila.

Učni pripomočki:

1. mapa krojev s tekstom »Tečaj o higieni oblačil in oblačenja«,
2. šivalni stroj,
3. več škarij,
4. papir za kroje,
5. blago za šivanje, platno, sukanec,
6. vzorci vseh oblačil (že izdelani).

IV. Splošna higiensko zdravstvena predavanja

Predavanja naj zajamejo vse žene naenkrat.

Snov predavanj:

1. Zdrava prehrana (s flanelografom).
2. Prva pomoč pri bolnem otroku.
3. Higiena žene (s flanelografom).
4. Kvarne posledice splava in kontracepcija.
5. Splošna higiena — osebna, stanovanjska, komunalna (s filmom »Osebna higiena«).
6. Kako štiti zakon mater v delovnem razmerju.
7. Socialno zdravstvene ustanove za zaščito matere in otroka (posvetovalnica za žene in otroke, dispanzerji, otroške bolnice, zdravilišča, okrevališča, jasli, vrtci, počitniške kolonije, mlečne kuhinje).

Učni pripomočki:

1. flanelograf »Zdrava prehrana«,
2. flanelograf »Higiena žene — nosečnost«,
3. film »Osebna higiena«,
4. letaki o pravilni prehrani dojenčka,
5. razna poučna literatura (knjige, revije itd.), da se matere z njo seznanijo in si jo po možnosti nabavijo oziroma naroče,
6. svinčniki in papir za beležke mater,
7. omare — vitrine za razstavo in shrambo učil.

Ta program pa nikakor ni optimalen. Dispanzerji za žene bodo morali v svoje zdravstvenovzgojno delo vključiti tudi šolo za naravni porod brez bolečin. Njen program pa bomo objavili v prihodnji številki.

Medicinska sestra in socialni delavec v zdravstvenem domu

Socialna delavka Francka Koželj

(Konec)

Zdravstveni dom s socialnomedicinskim oddelkom

Zdravstveni dom je ustanova, ki naj bi v razvoju socialnomedicinskega dela na terenu odigral kar največjo vlogo. Zdravstvene službe danes ne delimo več tako zelo kurativno in preventivno, temveč gledamo nanjo vse bolj kot na neko nedeljivo celoto. Ravno zdravstveni dom pa je tista ustanova, ki v vsakdanjem življenju uveljavlja načela sodobne zdravstvene službe. Za vse to delo pa so v okviru zdravstvenega doma obvezno organizirane naslednje strokovne enote ali službe:

1. splošna ambulanta,
2. zobna ambulanta,
3. dispanzer, ambulanta ali poliklinika za zdravstveno varstvo šolske mladine,
4. dispanzer ali posvetovalnica za žene,
5. dispanzer ali posvetovalnica za otroke,
6. patronažna služba,
7. babiška služba.

Neobvezno pa si zdravstveni dom lahko uredi tudi še:

1. specialistične ambulante,
2. protituberkulozni, kožno-venerični, protitrahomski in onkološki dispanzer oziroma postajo in druge podobne posebne enote,
3. materinski dom ali materinski oddelek ali druge enote za zdravstveno varstvo matere in otroka,
4. ambulanto za pregled telovadcev in športnikov,
5. higiensko postajo,
6. reševalno postajo,
7. fizikalno terapijo,
8. službo za dezinfekcijo in dezinsekcijo,
9. antiskabično postajo.

Za skupne potrebe strokovnih zdravstvenih enot ima zdravstveni dom diagnostične laboratorije, lahko pa ima tudi še bolniški oddelek, zalogo (depo) zdravil in druge potrebne enote. Namesto zdravstvenega doma posluje v manjših krajih zdravstvena postaja.

Zdravstvena postaja mora imeti vsaj splošno ambulanto s stalnim zdravnikom, babiško službo ter posvetovalnico za otroke in žene s patronažno službo.

Zdravstvena postaja ima lahko tudi še druge zdravstvene strokovne enote, n. pr. zobno ambulanto, dispanzer ali ambulanto za zdravstveno varstvo šolske mladine, diagnostični laboratorij in zalogo (depo) zdravil (Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah, čl. 30 in 31 — Ur. list LRS št.21/56).

Osnovna enota za socialnomedicinsko delo na področju zdravstvenega doma pa je vsekakor »patronažna služba«, in sicer predvsem zaradi tega, ker je to najvažnejša oblika socialnomedicinskega, često izrazito socialnega dela. Tudi je

zanimiva zlasti zato, ker po pojmovanju in prizadevanju strokovnjakov socialne medicine pomeni realno podlago za dejanski razmah te dejavnosti v okviru zdravstvenih domov in je tako rekoč jedro bodočih socialnomedicinskih oddelkov kot posebne strokovne enote zdravstvenega doma.

Patronažna služba medicinskih sester se je v zdravstveni službi uveljavila, gre le za to, da se še čimbolj razvije in izpopolni. Patronažna služba je najpristnejša vez med zdravstveno ustanovo in varovančevim okoljem, ker omogoča pravilnejše diagnosticiranje in terapijo. S tem pripomore obenem k izvajanju osnovnih zdravstvenih načel, ki zahtevajo, da se človek obravnava kot psihosomatična celota. Pomen te službe narekuje, da se razvija še naprej, da se utrdi in v svojem delu kvaliteto napreduje. K temu bo mnogo pripomogla organizacija socialnomedicinskih oddelkov, ki bodo organizacijsko trdni, dovolj prožni, njihov sestav pa takšen, da bo kos vsem kompliciranim nalogam vsakdanjega življenja. Biti si moramo namreč v svesti, da moderna doba s svojim hitrim tempom neprestano ustvarja pogoje za raznotere konflikte, ki jih ljudje doživljajo sleherni dan in nanje prav različno tudi reagirajo. Človek je podvržen raznim kvarnim vplivom, zato moramo to upoštevati in v tem smislu ž njim primerno ravnati. Zgodi se, da zdravnik nekoga preiskuje, recimo človeka, ki meni, da je bolan, in v resnici tudi je bolan. Toda zdravnik ne najde na njem nobene organske bolezni. Zdravnik lahko ob pregledu bolnika ali varovanca kvečjemu zasluži vpliv socialnih vzrokov, ki so izzvali nastanek bolezni, vendar ga v sami ambulanti ne more dalje analizirati oziroma diagnosticirati in ne sanirati. To delo seveda prevzame socialnomedicinski oddelek.

Socialnomedicinski oddelek mora biti tesno povezan z vsemi enotami zdravstvenega doma.

Domnevam, da bo v prizadevanju za čim uspešnejše zdravljenje pač slehernemu zdravniku do tesnega tovrstnega sodelovanja in da mu bosta patronažna sestra in socialni delavec prav gotovo dobrodošla sodelavca.

V zadnjih desetletjih se je v svetu izoblikovala mediko-socialna služba. Ta služba se razvija in je dosegla v posameznih deželah lep razvoj. Ob vzpostavljanju te dejavnosti si pri nas lahko nekoliko pomagamo tudi z njihovimi izkušnjami, zlasti z onimi, ki naj pomagajo izboljšati metode dela.

Ko omenjam socialnomedicinski oddelek kot enoto zdravstvenega doma, naj se oddelka samega dotaknem z več vidikov.

Organizacija socialnomedicinskega oddelka

Socialnomedicinski oddelek naj bo samostojna strokovna enota zdravstvenega doma, tako na primer splošna ambulanta ali pa zobozdravstvena ambulanta. Podrejen naj bi bil neposredno upravniku zdravstvenega doma, vodila naj bi ga pa izkušena medicinska sestra.

Prizadevati si moramo, da bo oddelek obravnavan tako, kot so druge enote zdravstvenega doma, torej kot nujno potreben oddelek, ki mu upravno in družbeno upravljanje nudi za dobro funkcioniranje vso ustrezno podporo. Materialni pogoji štejejo med osnovna vprašanja oddelka.

Od socialnomedicinskega oddelka smejo z enako pravico zahtevati pomoč vsi oddelki zdravstvenega doma, kadarkoli je potrebno, da se bolje seznanijo s socialnim in higienskim okoljem svojih bolnikov oziroma varovancev, kratko malo, kadar je to pogoj za uspešno delo, torej za ohranitev in okrepitev njihovega zdravja.

Vsebina dela socialnomedicinskega oddelka

V prizadevanju, da se zdravstvena služba čimbolj približa ljudem, je socialnomedicinski oddelček tisti, ki je ljudem najbližji in kamor se ljudje radi zatekajo. Vsaka dobro urejena služba pa mora imeti pred očmi točen cilj svoje dejavnosti. Kakšna je dejavnost socialnomedicinskega oddelka? Ena izmed njegovih dejavnosti je proučevanje zdravstvenega, socialnega in ekonomskega stanja prebivalstva. Dalje mora proučevati socialno in zdravstveno okolje bolnika oziroma varovanca, posameznika in družine. Menim, da mora biti poudarek na družini, osnovni celici družbe.

Zbira podatke o zdravstvenem stanju prebivalstva in o socialno ekonomskih razmerah na področju zdravstvenega doma, jih analizira in rezultate posreduje ustreznim oddelkom ter vodstvu zdravstvenega doma. O vseh morebitnih posegih, o predvidenih akcijah in izvedenih ukrepih sproti obvešča vodstvo zdravstvenega doma in prizadeto enoto. Nadalje posreduje posameznikom nasvete in potrebno pomoč za reševanje socialnih in zdravstvenih problemov.

Smotno izvaja individualno zdravstveno vzgojo, kot jo nakazujejo zdravstvene razmere varovancev.

Razvija čimboljše polivalentno službo patronažnih medicinskih sester.

Vodi razvidno dokumentacijo vse oddelkove dejavnosti.

Tu se teh nalog dotikam in jih nakazujem samo z načelnih vidikov, določeneje opredeliti pa jih mora oddelek sam.

V sestav socialnomedicinskega oddelka štejejo patronažne medicinske sestre, socialni delavec in babice. Po potrebi pa se oddelček dopolni še z drugimi strokovnjaki.

Delitev dela med patronažno medicinsko sestro in socialnim delavcem na socialnomedicinskem oddelku

Tudi to je v naši tematiki eno izmed osnovnih vprašanj. Socialni delavec se je kot nov sodelavec zdravnika in medicinske sestre v zdravstvu pojavil šele v novejšem času. Zato njegovo delo danes niti še nima prave tradicije.

Tako mnogi še danes pojmujejo funkcijo tega poklica kot socialno dejavnost, ki naj bi se izživila zgolj v razdeljevanju podpor in iskanju stanovanj. Toda delo socialnega delavca ni samo v tem, da nudi individualno pomoč onemu, ki je že v stiski in ki pomoč že potrebuje. Dajanje pomoči onemu, ki je že v stiski in z družbo v konfliktu, je le ena stran socialnega dela, je zgolj kurativno delo. Toda nič manj važna naloga je mobilizacija družbe na čim širših področjih in v prizadevanju, da do kakršnihkoli konfliktov in težkih situacij sploh ne pride. To pa je preventivno delo. Preventivno deluje socialni delavec preko večjih družbenih skupin tako, da s svojim delom skuša mobilizirati čim širše plasti družbe za dobro in demokratično res tovariško in vzajemno sodelovanje. Delati pa mora pri vsem tem tudi individualno. Kurativno, terapevtično deluje socialni delavec, ko nudi pomoč posamezniku ali tudi celi skupini ljudi. Njegova naloga je, da odkriva in proučuje problematiko terena.

Socialni delavec je oseba, ki je usposobljen predvsem z namenom, da proučuje, ocenjuje in pomaga reševati problematiko med ljudmi, če so njih odnosi v nasprotju z normalno družbeno ureditvijo.

Če gledamo s tega vidika, bo delo socialnega delavca, to je njegovo sodelovanje z medicinsko sestro in zdravnikom na socialnomedicinskem oddelku

lahko, saj bo njihov skupni cilj delati z ljudmi in za ljudi. To poudarjam zaradi tega, ker sta delitev dela in skupna dejavnost na tem oddelku nujno potrebna, saj morata delati medicinska sestra in socialni delavec kar se da složno, če naj bo njiju delo res uspešno.

Obravnavanje primerov na oddelku bi moralo biti v vseh težjih primerih teamsko. Sodelovala naj bi vrsta strokovnjakov in sodelavcev, pač vseh tistih, ki so v danem primeru potrebni. Posamezna področja so namreč tako obsežna, da jim v celoti nikakor ne more biti kos en sam človek. Zato bolj zamotane primere težko rešuje posameznik, največkrat pa jih niti ne more. Razen tega dosežemo s skupnim obravnavanjem posameznih primerov neprimerno boljše uspehe, strokovni sodelavci v teamu pa se vzajemno izpopolnjujejo.

Kdo pa naj bo član teama? Menim, da sodijo v to delovno skupino medicinske sestre, socialni delavec, zdravniki, skratka vsi tisti, ki lahko pripomorejo k boljši rešitvi posameznega primera, brezpogojno pa predstavnik tiste stroke, ki v njeno področje prvenstveno spada obravnavanje prizadetega varovanca.

Kje imata socialni delavec in medicinska sestra skupno področje?

Pri skupnem delu socialnega delavca in medicinske sestre na socialno-medicinskem oddelku nastane vprašanje, kje na tem področju je njuna dejavnost skupna, kje se pa razhaja. Mislim, da se ta dva profila terenskega delavca srečujeta na vsakem koraku, da gre njuno delo tesno vstric in da se vzajemno dopolnjujeta. Vendar se iz dnevne prakse same nujno poraja vprašanje, kaj bo delala medicinska sestra, kaj pa socialni delavec. Na splošno smo dejavnost enega in drugega opisali že prej, vendar jo moramo prikazati nekoliko podrobneje. Medicinska sestra dela ob varovancu tam, kjer so manjši odstopi od zdravja, oziroma tam, kjer je odstopu od normalnega stanja vzrok bolezen. Kjer gre pa za resnejše socialne probleme in so le-ti vzrok odstopu od normalnega zdravstvenega stanja, je pač nujno potrebna pomoč socialnega delavca, ki družino prevzame v skrb in sanacijo in se vedno znova vrača vanjo, kakor koli bi prišlo do recidive ali vsaj do zadevne nevarnosti.

Medicinska sestra se loti sanacije socialnih primerov, kadar je vzrok socialnih problemov bolezen, s pomočjo socialnega delavca pa nastopa, kadar so socialni problemi tisti, ki povzročajo bolezen. Kadar pa gre za težave v socialnih odnosih, jih v analizo in obdelavo prepušča socialnemu delavcu.

Kjer si socialni delavec še ni utrl poti v družino v tistem obsegu, kot je to uspelo patronažni medicinski sestri, ima socialni delavec do neke mere težji položaj glede pristopa v družino kakor medicinska sestra. Prav zato in ker ljudje v takih primerih iz psiholoških razlogov reagirajo na prav različne načine, stopa socialni delavec v akcijo v konkretnem primeru, kadar je njegova pomoč potrebna in zaželeno, preventivno pa preko medicinske sestre, ki ostaja osnovni delavec v splošno zdravstveni in socialni zaščiti človeka. V konkretnem primeru bo socialni delavec privedel problem do sanacije in dal sugestije za nadaljnjo ohranitev stanja, oziroma za odvrnitev recidive. Dokler bo moral socialni delavec reševati najbolj akutne primere na terenu, naj bi bila njegova dejavnost takšna, kot smo jo nakazali že prej. Prizadevati si moramo, da tudi na socialnem področju začnemo delati preventivno, za kar seveda bodo potrebni še vse ugodnejši pogoji.

Ko analiziramo oziroma delimo delo med medicinsko sestro in socialnim delavcem, moramo tudi omeniti, da imata oba profila svoje strokovne prednosti in pomanjkljivosti, ki jih bosta za uspešno delo morala oba še vsak po svoje dopolniti. Med prednosti štejemo pri medicinskih sestrah poznavanje medicine, pri socialnih delavcih pa poznavanje psihologije, pedagogike in še nekaterih družbenih ved. Vendar se lahko medsebojno dopolnjujeta. Idealno bi bilo, da bi govorila v istem strokovnem jeziku. Poleg nakazanih nalog in primernih organizacijskih oblik pa bi socialnomedicinski oddelek imel še drugo nalogo. Služil naj bi namreč za učno bazo kadrom iz vseh zdravstvenih področij. Ravno tu bi lahko pokazali, kako vnašati metode socialnomedicinskega dela v dnevno delo zdravstvenega kadra na katerem koli področju.

Socialnomedicinski oddelek Zdravstvenega doma Bežigrad

Do sedaj sem opisovala socialnomedicinske oddelke samo načelno. V praksi pa sem delala na enem izmed takih oddelkov, namreč v Zdravstvenem domu Bežigrad v Ljubljani.

Najprej bi rada prikazala Zdravstveni dom Bežigrad na splošno in nato šele njegov socialnomedicinski oddelek.

Zdravstveni dom Bežigrad je organiziran tako, kot nakazuje to Zakon o zdravstvenih domovih. Natančneje pa notranjo organizacijo in poslovanje zdravstvenih domov ureja poseben pravilnik.

Strokovne enote zdravstvenega doma so:

Dispanzer in posvetovalnica za žene z babiško službo.

Dispanzer in posvetovalnica za otroke in socialnomedicinski oddelek.

Zdravstvena zaščita šolske mladine.

Dejavnost protituberkulozne službe.

Higienska in zdravstvenoprosvetna služba.

Obratna ambulanta.

Splošna ambulanta.

Zobozdravstvena ambulanta.

Uprava.

Področje Zdravstvenega doma Bežigrad obsega celotno občino Bežigrad, ki šteje 19 066 prebivalcev. Struktura prebivalcev nam daje takole sliko:

delavcev	5016
uslužbencev	4000
kmetov	600
obrtnikov	196
gospodinj	1000
otrok do 7 let	2420
šoloobveznih otrok	1401
dijakov	1413
študentov	600
upokojencev	2400
ostalih poklicev	20

Skupaj 19 066

Zdravstvenega doma ne mislim obravnavati širše. Nekoliko pa se bom zadržala ob socialnomedicinskem oddelku tega doma. Na tem oddelku delajo 4 medicinske sestre. Ena izmed njih je glavna sestra zdravstvenega doma. Tako delajo na terenu tri medicinske sestre in tri babice. Ene in druge si delijo teren na posebej določena področja. Po številu prebivalcev pride na eno medicinsko sestro ca. 6355 prebivalcev. Glede na problematiko terena je ta zasedba majhna. Bežigranski teren zajema namreč precejšnje število sezonskih delavcev, ki niti niso več v pravem pomenu sezonski delavci, ampak stalno živijo v raznih barakah in pomenijo v terenskem delu enega najtežavnejših problemov.

Osnovna dejavnost medicinske sestre na tem oddelku je še vedno družina z dojenčkom, vendar se uveljavljajo izrazite težnje za polivalentno službo v njihovem delu. Poleg družin z dojenčki in malimi otroki se tod pri svojem vsakdanjem delu srečuje z nizom socialnih problemov, ki jih mora reševati že zaradi zaščite zaupanih ji otrok oziroma zato, ker so posamezni problemi tako nujni, da kot zdravstvena delavka pač ne more preko njih.

Iz mesečnih poročil medicinskih sester vidimo, da socialna dejavnost izpolnjuje skoraj polovico njihovega dela na terenu. Povsem razumljivo je, da medicinska sestra kot zdravstveni delavec ne bo šla mimo socialnih problemov na svojem terenu, ampak jih bo štela za svoje delo in dolžnost.

Spričo takšne situacije se vprašamo, ali taka zasedba na oddelku tako številčno kakor tudi vsebinsko vobče ustreza namenu glede na težino in raznolikost terenskih problemov. Iz pridobljenih izkušenj in iz postavljenih norm je kot na dlani, da je takšna zasedba premajhna.

Nekih načelno izdelanih norm do danes nimamo. Za socialnomedicinski oddelek Zdravstvenega doma Bežigrad pa smo jih z zdravstvenimi delavci postavili. Po teh normah so predpisani tile obiski:

1. Obiski nosečnic dvakrat v času nosečnosti.
2. Obiski dojenčkov štirikrat v prvem letu življenja, in sicer v drugem, petem, osmem in dvanajstem mesecu.
3. Obiski otrok v drugem letu življenja trikrat letno, in sicer ob prvem, ob poldrugem in drugem letu starosti ter naprej do šolske dobe dvakrat letno.
4. Obiski šolskih otrok v prvem razredu dvakrat letno, in sicer ob začetku in ob koncu šolskega leta, vmes po potrebi na opozorilo šole, prav tako na opozorilo šole obisk ostalih šolskih otrok.
5. Obiski rejenčkov vsak mesec in to ne glede na starost.
6. Obiski pri bolnikih in starčkih po potrebi.

Ob sedanji zasedbi na socialnomedicinskem oddelku in glede na število prebivalcev pridejo na eno medicinsko sestro dnevno trije obiski, ki jih opravi po načrtu. Sedanja zasedba je vsekakor majhna in je le izhod v sili. Koliko pa naj bi oddelek imel socialnih delavcev, bodo pokazale izkušnje. Vendar bo pri tem treba upoštevati nekatere okoliščine, kot na primer število družin, obsežnost terena, predvsem pa socialno patologijo področja.

Nekaj primerov iz prakse

Primeri, ki sem jih obravnavala v praksi na socialnomedicinskem oddelku Zdravstvenega doma Bežigrad, so bili različni, takšni, kot jih prinaša vsakdanje življenje. Značilni zanje so bili socialna ogroženost, alkoholizem in primer

slepega človeka, ki je po nekaj operativnih posegih spregledal. Nekaj primerov sem obravnavala sama, nekaj pa skupno z medicinskimi sestrami. Vsi primeri so bili zanimivi, sicer pa dokaj težki. Za ponazoritev naj opišem dva.

Prvi primer I. I.

I. I. je star 30 let. Je asteničen tip z značilnim ponašanjem slepega človeka. Bil je slep že od rojstva. Izhaja iz kmečke družine, starši so videli normalno in imeli enajst otrok. On, brat in sestra so bili od rojstva slepi. Njega so poslali v Zavod za slepo mladino. Od tod je prišel v Centralno šolo za uglaševalce klavirjev v Zemun, kjer se je tega poklica tudi izučil. Po učni dobi se je vrnil v Ljubljano in bil za skladiščnika v nekem podjetju. Poklic, za katerega je bil usposobljen, mu ni prinašal toliko dohodkov, da bi lahko preživel sebe in družino, ki jo je medtem ustvaril. Osnovni poklic mu je bil torej le priložnostna zaposlitev. Slep si je svoj živi dan želel, da bi videl. Ker je večkrat slišal, da slepe oči operirajo, se je obrnil na očesno kliniko v Ljubljani in prosil za operacijo doma ali v inozemstvu. Oboje so mu odklonili. Naključje mu je po nekih slučajnih srečanjih omogočilo zdravljenje na očesni kliniki v Beogradu. Po treh operativnih posegih je spregledal. Srečen, da vidi in da se mu je izpolnila želja, se je vrnil v Ljubljano, češ da mu bo nadaljnje zdravljenje pospešilo razvoj vida. Vendar v Ljubljani ni našel na razumevanje specialistične zdravstvene službe. Zavrnjena prošnja za zdravljenje, slaba zdravstvena pomoč, vrnitev na prejšnje delovno mesto in kratek bolniški staž so pripomogli, da mu je vid začel pešati in je pretila nevarnost, da bo ponovno oslepel. Poleg tega so nastopile tudi materialne težave, saj je moral vse stroške za svoje in spremljevalčevo potovanje v Beograd in nazaj nositi sam. Razen opisanih težav so močno vplivale na njegovo psihično razpoloženje še druge okoliščine. Vse življenje je bil slep, zato je imel tudi svojevrstne predstave o ljudeh in življenju. Ko je spregledal, se je silno težko prilagodil okolju, ki je bilo bistveno drugačno, kot si ga je predstavljal. Že samo to, da je moral na novo spoznavati ljudi, predmete in okolico, je bilo tako težko, da se sam ni bil zmožen prilagoditi in nositi vso težo problema. Pomoč socialnega delavca je bila nujno potrebna, saj je problem iz dneva v dan postajal težji.

Primer I. I. je bil psihološko zelo težak. Na prizadetega je vplivala cela vrsta različnih faktorjev. Med njimi še najlažje je bilo materialno vprašanje. Sam bi si iz teh težav ne znal pomagati, ker je bil sam s seboj notranje toliko okupiran, da je padal vedno globlje in ni videl nobenega izhoda. Poleg tega mu je resno pretila ponovna izguba vida. Tudi objektivne težave za zdravljenje so bile dokaj komplicirane.

Že prvi razgovor je klientu pomenil več kot samo pomoč iz materialnih težav, saj je videl v socialnem delavcu človeka, ki mu lahko zaupa vse težave. Vrsto opravljenih intervencij je z velikim zanimanjem spremljal in sodeloval, kjerkoli je bilo potrebno. Že v prvem razgovoru sem čutila, da mi I. I. izkazuje veliko zaupanje. Poznejše sodelovanje z njim mi je to le še potrdilo. Duševno stanje se mu je iz dneva v dan izboljševalo, čutil je veliko oporo in bil je prepričan v uspeh. Uredila sem njegovo zdravljenje in vzporedno reševala tudi materialno vprašanje. Moralna opora v vsem času sodelovanja z njim mu je pomenila toliko, da se je obrnil navzven iz svojega notranjega sveta, ker je ob sebi čutil nekoga, ki mu je tudi do tega, da se njegov problem čim bolj reši. Urejala sem tudi vprašanje njegovega delovnega časa in mesta. Kolikor mi to

zaradi kratkega časa ni uspelo, se bo še naprej prizadevala medicinska sestra. Za rešitev tega problema je bilo opravljenih celo vrsto intervencij in razgovorov, kar je razvidno iz spisa na šoli.

Opisanega primera bi po mnenju zdravstvenega kolektiva v tem domu in po mojem mnenju ne bilo mogoče rešiti, če bi vmes ne bil posegel socialni delavec, ki je primer vsestransko obdelal. Ravno tu vidimo, da so primeri, pri katerih je samo medicinska terapija premalo za pomoč človeku.

Primer I. I. ne navajam zgolj zaradi tega, ker je zanimiv, pač pa zato, ker je na prvi pogled strogo zdravstvenega značaja, a bi ga zdravstvena služba ne rešila sama. Zlasti še zato ne, ker ni bilo osrednje vprašanje človek, temveč ugled zdravnikov oziroma klinik. Prognoza, da bo nazadnje vendarle spet ponovno oslepel, tudi če danes vidi, še ne more biti opravičilo za takšno obravnavanje človeka.

Drugi primer X. Y.

Družino X. Y. je reševala patronažna medicinska sestra zdravstvenega doma Bežigrad od leta 1955. Družino je zajela ob dojenčku. Problem je bil nakazan takole:

Mož X. je star 27 let, po poklicu ključavničar, oče dveh otrok, zaposlen v državnem podjetju.

Žena Y. je stara 22 let, po poklicu šivilja, mati dveh otrok, sedaj gospodinja.

Razmere v družini so težke zaradi moževega pijančevanja. Tesno stanovanje veliko pripomore k nesoglasju družine. Stanujejo v baraki v dveh majhnih, higiensko neurejenih prostorih, v katerih prebiva devet ljudi. Pretepi in prepiri so na dnevnem redu. Mož je bil zaradi kraje nekaj mesecev v zaporu.

Ženo je prisilil, da je pustila službo. Žena je malomarna, za otroke se ne briga, ne nudi jim niti najpotrebnejše nege. Na osnovi teh podatkov sem se odločila in družino obiskala. Razgovor z ženo, pozneje z možem in nato z obema skupaj je razjasnil, v čem je problem.

Problem družine X. Y. je v medsebojnem nerazumevanju moža in žene ter cele gospodinjske skupnosti, ki je med seboj v sorodstvu. Konkretnega stanja sta krjiva oba, tako mož kot žena. Mož je alkoholik, žena pa je vase zaprta in neiskrena. Žena pogosto beži od moža in se vedno vrača nazaj. Že dvakrat sta bila pripravljena za razvezo zakona, a sta se obakrat pobotala.

Mož pijančuje že od mladosti. Tega je kriva predvsem njegova vzgoja. Otroci v družini so bili vedno prepuščeni sami sebi. Do sedaj še ni pijančeval vsak dan. Sedaj se pa v težavah vse pogosteje zateka k alkoholu, tako da že najmanjše težave ne more več prebroditi brez njega. V pijanosti je napadalen in surov, a tudi sicer trmast. Pri vsem tem najbolj trpita otroka. Skoraj nikoli ništa doma, kadar pa sta, živita v družinskih prepirih, ki so že vsakdanji. Najmlajši otrok je star dve leti in sploh ne pozna svojih staršev. Otroka se tudi med seboj ne poznata. Starejšega sina imajo večinoma pri ženini materi, mlajši pa je bil v tedenskih jaslih, bolnišnici, dečjem domu itd.

Osnovno delo v družini X. Y. je bilo v tem, da bi spoznala ljudi in obseg problema. Med delom mi je to uspelo. Sodelovanje z ženo mi je pokazalo, da je neiskrena in pasivna v sodelovanju in reševanju problema. Delo z možem pa je pokazalo, da je zelo trmast, šibke volje, da se rad vdaja pijači. Moj namen

je bil predvsem, da zaščitim otroka in da pri starših dosežem, da se za otroka čutijo moralno in materialno odgovorne. Hotela sem pri možu doseči, da bi začel z zdravljenjem alkoholizma. Uspelo mi je sicer, da sem zaščitila otroka in za njiju zagotovila materialne prispevke, medtem ko sem si zaman prizadevala, da bi moža pripravila do zdravljenja oziroma da bi vztrajal pri zdravljenju. Že je pričel z zdravljenjem, toda opustil ga je prav zaradi šibke volje. Kljub temu mislim, da bi uspela, če bi bili rešeni osnovni pogoji, to je če bi mogla družino iztrgati iz sedanjega okolja in poskrbeti za stanovanje, v katerem bi živela družina sama brez sorodnikov. Poleg tega pa bi moral z njimi vsaj nekaj časa stalno delati socialni delavec ali patronažna medicinska sestra.

V družini je bil dosežen precejšen uspeh. Družina se namreč ni upirala vplivu na njihov način življenja, vendar je potrebno delati naprej in ohraniti vsaj dosežene uspehe.

Na splošno bi poudarila samo to, da je uspeh dosežen v vseh obravnavanih družinah. Seveda pa je z njimi treba delati naprej, sicer se zlasti v nekaterih kaj kmalu lahko poruši tudi večmesečno delo.

V vseh primerih sem delovala iz Zdravstvenega doma Bežigrad. Vso svojo dejavnost sem tedensko posredovala patronažnim medicinskim sestram na sestanku. Tudi one so povedale svoje mnenje, saj poznajo te družine že dalj časa. Posamezne resnejše primere, ki so jih med tem časom reševale medicinske sestre, smo obravnavale skupno. V posameznih primerih je ta način nujno potreben in za uspešno delo najboljši. Poleg tega sem ob takih primerih posredovala medicinskim sestram metode socialnega dela, ki so jih tudi same z uspehom uporabljale pri svojem delu.

Ker vloga socialnega delavca v zdravstveni službi premnogim še ni povsem jasna, zato si bo treba še nadalje prizadevati, da na vseh področjih našega življenja uveljavimo njegovo poslanstvo in utremo pot k pravilnemu pojmovanju njegovih nalog. Šele tedaj bo socialni delavec tudi v zdravstveni službi lahko do kraja razvil svojo dejavnost in s tem opravičil vse napore, ki so bili zanj vloženi.

Zaključki

Iz vseh teh izvajanj bi ob koncu lahko povzeli naslednjih nekaj zaključkov:

1. Če osvojimo sodobno pojmovanje človekovega zdravja, moramo človeka obravnavati z vseh treh vidikov, kar je možno edinole z več profili, povezanimi v teamskem delu.

2. V socialnomedicinski dejavnosti sta osnovna profila patronažna medicinska sestra in socialni delavec. Zaradi sorodnosti njunega poklicnega dela je potrebno, da se učna programa zblížata v tisti smeri, v kateri naj ta dva profila skladno nastopata.

3. Zaradi specifičnosti socialnega dela v zdravstveni službi kaže razmisliti o potrebi širše razgledanosti socialnega delavca v strogo zdravstvenem smislu. To je mogoče doseči:

a) z zadevnim usposabljanjem socialnih delavcev, ki se odločijo za zdravstveno službo,

b) z dopolnilnim usposabljanjem medicinskih sester v metodah socialnega dela in drugih sorodnih področjih. Ker zdravstvena služba nujno potrebuje

tovrstne kadre, je ta rešitev glede na časovno ekonomičnost in zmogljivost šole najboljša.

4. Zdravstveni domovi kot temeljne enote javne zdravstvene službe so tiste ustanove, ki morejo v uveljavljanju socialnomedicinskih metod dela odigrati izredno važno vlogo. Že dosedanje izkušnje pa opravičujejo trditev, da bodo socialnomedicinski oddelki v zdravstvenih domovih tiste baze, s katerih se uresničuje polivalentni koncept v zaščiti ljudskega zdravja in kjer se dopolnjujeta kurativna in preventivna dejavnost zdravstvene službe.

Stopalo potrebuje da bo ostalo zdravo in jemo tudi fiziološko o celo prepreči težave s nimi vplivi pa tudi človeka, ki bi hodil b mora ustrezati zelo š nasprotujejo. Pozimi

in zračna. Vnanji videz in razni običaji postavljajo zahteve, ki se pogosto križajo s predpisi higiene. Osnovno pravilo je namreč, da moramo obutev prilagoditi stopalu, ne pa obratno. Različne potrebe zahtevajo izdelavo raznih vrst obutve za različne prilike in namene. Vsem zahtevam hkrati ne moremo ugoditi, zato je izhod vedno v kompromisu. Pri izdelavi obutve imamo zaradi tega v vidu določene zahteve in značilnosti, ki so za nekatere namene bistvene važnosti. Pri tem moramo zanemariti druge, ki nujno postanejo v danih okolnostih manj važne. Kolikšna razlika je med obuvalom za delavca v kamnolomu, za vojaka pešaka, za nameščenca, za uradnico, za gospodinjo, za šolskega in predšolskega otroka! Različna obuvala imajo značilnosti, ki se včasih izključujejo med seboj: trajnost, trpežnost, odpornost, udobnost, lahkotnost, gibkost, gracioznost itd.

Kakor ni vrste ali tipa obutve, ki bi ustrezala vsem namenom, potrebam in prilikam, tako tudi ni materiala, ki bi bil primeren za vse vrste in za vse dele čevlja.

Usnje in sintetične snovi. Živalska koža je najstarejše oblačilno in obuvalno sredstvo. Ustrojena in primerno obdelana je bila do nedavnega brez tekmeča. Čedalje bolj pa se uveljavljajo sintetične snovi in nekatere pod določenimi pogoji in za nekatere namene uspešno nadomeščajo usnje, na primer za podplate. Vendar še ni uspelo izdelati takšno umetno snov, ki bi imela lastnosti usnja. Bistvene lastnosti usnja so vezane na njegovo notranjo gradnjo. Ta se odlikuje po gostem vlaknastem prepletu, ki daje visoko mehansko odpornost, prožnost, gibkost in veliko notranjo površino v strukturi usnja samega, ki jo usnarji imenujejo reakcijsko površino usnja. Usnje do neke mere propušča zrak in vlago, zato ne more povsem zaščititi stopala pred zunanjo vlago. Z druge strani je ravno ta lastnost velika prednost usnja, kajti ravno ta propustnost za

zajočo obutev, če hočemo, ost. Tako obuvalo imenu-poveča ali pa zmanjša in mo pred zunanjimi kvar-nes ne moremo zamisliti ekoč nujno zlo. Vrh tega t, ki si včasih med seboj in suha, poleti pa lahka

tovrstne kadre, je ta rešitev šole najboljša.

4. Zdravstveni domovi in ustanove, ki morejo v tujini izredno važno vlogo. Že socialnomedicinski oddelki uresničujeta polivalentni in pre-



ničnost in zmogljivost

zdravstvene službe so tiste, ki s pomočjo različnih metod dela odlično opravljajo svoje delo. Učijo se, da bodo boljše baze, s katerimi se bodo srečevali in kjer se dopolnjevale službe.

Higienično obuvalo

Dr. Rado Bobič

Stopalo potrebuje funkcionalnim zahtevam ustrezajočo obutev, če hočemo, da bo ostalo zdravo in da bo ohranilo svojo zmogljivost. Tako obuvalo imenujemo tudi fiziološko obuvalo. Obutev lahko povzroči, poveča ali pa zmanjša in celo prepreči težave stopala. Nosimo jo, da se zaščitimo pred zunanjimi kvarnimi vplivi pa tudi iz družabne potrebe, saj si danes ne moremo zamisliti človeka, ki bi hodil bos. Postala je za človeka tako rekoč nujno zlo. Vrh tega mora ustrezati zelo številnim in različnim zahtevam, ki si včasih med seboj nasprotujejo. Pozimi zahtevamo, da bo obutev topla in suha, poleti pa lahka in zračna. Vnanji videz in razni običaji postavljajo zahteve, ki se pogosto križajo s predpisi higiene. Osnovno pravilo je namreč, da moramo obutev prilagoditi stopalu, ne pa obratno. Različne potrebe zahtevajo izdelavo raznih vrst obutve za različne prilike in namene. Vsem zahtevam hkrati ne moremo ugoditi, zato je izhod vedno v kompromisu. Pri izdelavi obutve imamo zaradi tega v vidu določene zahteve in značilnosti, ki so za nekatere namene bistvene važnosti. Pri tem moramo zanemariti druge, ki nujno postanejo v danih okoliščinah manj važne. Kolikšna razlika je med obuvalom za delavca v kamnolomu, za vojaka pešaka, za nameščenca, za uradnico, za gospodinjo, za šolskega in predšolskega otroka! Različna obuvala imajo značilnosti, ki se včasih izključujejo med seboj: trajnost, trpežnost, odpornost, udobnost, lahkotnost, gibkost, gracioznost itd.

Kakor ni vrste ali tipa obutve, ki bi ustrezala vsem namenom, potrebam in prilikam, tako tudi ni materiala, ki bi bil primeren za vse vrste in za vse dele čevlja.

Usnje in sintetične snovi. Živalska koža je najstarejše oblačilno in obuvalno sredstvo. Ustrojena in primerno obdelana je bila do nedavnega brez tekmeca. Čedalje bolj pa se uveljavljajo sintetične snovi in nekatere pod določenimi pogoji in za nekatere namene uspešno nadomeščajo usnje, na primer za podplate. Vendar še ni uspelo izdelati takšne umetne snovi, ki bi imela lastnosti usnja. Bistvene lastnosti usnja so vezane na njegovo notranjo gradnjo. Ta se odlikuje po gostem vlaknastem prepletu, ki daje visoko mehansko odpornost, prožnost, gibkost in veliko notranjo površino v strukturi usnja samega, ki jo usnarji imenujejo reakcijsko površino usnja. Usnje do neke mere propušča zrak in vlago, zato ne more povsem zaščititi stopala pred zunanjo vlago. Z druge strani je ravno ta lastnost velika prednost usnja, kajti ravno ta propustnost za

zrak in vodno paro omogoča pri stopalu dihanje kože (perspiracija in transpiracija). Usnje ima to sposobnost, da vlago, ki nastaja zaradi izparevanja kože v notranjosti obuvala, odvaja ven, t. j. iz bolj vlažnega v manj vlažni prostor. Vsekakor pa je propustnost usnja odvisna od načina strojenja, barvanja in impregniranja.

Če se za dalj časa obujemo v gumijast škorenj, se bo zbiral v njem znoj. Bakterije in plesni, ki dobijo v vlagi in nečistoči primerno podlago za hiter razvoj, povzročajo obolenja in vnetja kože. Vedeti moramo, da koža izpareva tudi pozimi. Če zadržujemo v čevlju vlago, ki je dober prevodnik toplote, se zmanjša zaščitna moč obuvala proti mrazu. Zebe nas. Če že moramo obuti gumijasto obualo, bomo zmanjšali zle posledice s primernimi nogavicami. Dobre so volnene nogavice.

Usnje omogoča, da se notranjost obutve zadovoljivo zrači, medtem ko nepropustne snovi to povsem preprečujejo. Razen tega vsebuje usnje velike količine zraka v sami strukturi svojega vlaknastega prepleta. Ta zrak ne more krožiti, zato je usnje slab toplotni prevodnik. Vsekakor je usnje snov, ki je v obutveni industriji ne moremo pogršati.

Podplat. Dno čevlja je praviloma sestavljeno iz zunanje plasti, ki je v dotiku s tлом, iz notranjika v dotiku s podplatom stopala, vmes pa je polnilo. Podplat mora ščititi stopalo pred zunanjo vlago, zato težimo za nepropustnostjo podplata, medtem ko mora notranjik imeti take lastnosti, da v čim večji meri vsrkava izparine stopala in jih oddaja zopet ven, ko se sezujemo.

Čevelj in predvsem podplat morata biti izdelana tako, da ne zavirata gibov stopala pri hoji. Če gre za zaščito stopala pred zunanjo vlago in za čim večjo prožnost podplata, je guma gotovo idealna snov. Prožnost podplata je tudi faktor, ki mu podaljša trajnost. Gibkost podplata določajo mehanske lastnosti snovi, debelina in število plasti, način medsebojne povezave in kako je podplat pritrjen na zgornji del čevlja. Podplat stopala je najbolj gibljiv v metatarzofalangealnih sklepih, to je v zaprstju, najmanj pa v srednjem delu stopala, to je pod nartom. No, podplat ima ravno nasprotno lastnosti: kjer je najbolj širok, je tudi najmanj gibek. Veliko tendenco k upogibanju v sredini čevlja moramo preprečiti in skrbeti za gibkost v zaprstju.

Notranjik je tisti del čevlja, na katerem stopalo neposredno sloni. Če ni iz pravilno strojenega usnja, nas stopalo peče. Za čevlje, ki imajo gumijaste podplate, je nujno potrebno, da je med gumo in stopalom plast, ki vsrkava izparine stopala in jih lahko oddaja, ko čevelj sezujemo. Kroj notranjika se mora ujemati z obrisom stopala po širini in dolžini. Čevelj, katerega notranjik je ožji od stopala, bo čez mero pritiskal na prednji del stopala in preprečeval tiste gibe, ki so stopalu najbolj potrebni. To povzroča okvare na stopalu in tak čevelj kmalu izgubi svojo prvotno obliko. V prednjem delu se stopalo upogiblje od zadaj navzpred in od zunanje strani na notranjo stran. Tudi omejevanje v gibanju prstov je zelo kvarno, posebno v dobi razvoja. Utruja namreč stopalo, povzroča bolečine in trajne deformacije.

Opetnik je zadajšnji del čevlja, ki obkroža peto, biti ne sme preozek, ne preširok. Nepravilno oblikovan opetnik ali jermen, ki pritiska na kožo in na mehke dele nad petnico, povzroča trenje in vnetja in celo koščene izrastke na petnici. Vložek med zunanjim usnjem in podlogo čevlja daje opetnici zadostno

čvrstost in odpornost proti silam, ki delujejo od strani. Dobro služi v ta namen umetno usnje ali vlaknaste snovi, ki jih prepojimo z ustreznimi sestavinami, da je vložek trden in da preprečuje vsrkavanje vlage, ki bi jih zmehčala.

Vrhnji del čevlja se mora lepo prilagati stopalu in ga ne sme ovirati pri gibanju. Nujno je, da dno čevlja natančno ustreza širini stopala. Vrhnji del čevlja nikakor ne sme viseti čez rob podplata. To se dogaja, če je dno čevlja preozko. Kar se tiče številnih krojev, ki jih zahteva želja po lepi zunanosti in različnosti, mora biti vse tako izvedeno, da razni našitki ne zmanjšujejo gibkosti obuvala. To pride v poštev predvsem pri otroški obutvi.

Omenili smo, da koža stopala diha. Če ni potrebna izdatna zaščita pred mrazom in predvsem pred vlago, je zelo povoljno in zaželeno mehko in luknjičasto usnje. Omeniti moramo, da razna lepila zmanjšujejo propustnost usnja. Plast lepila na osnovi gumija ali celulozida ter neka barvila in laki naredijo usnje popolnoma nepropustno. Čevlji iz tako imenovane irhovine (semiš usnja), ki dopušča dobro zračenje in je prožna, toda ne zadrži zaželenih oblik, postanejo docela neprodušni, če je podloga lepljena s takimi lepili.

Podpetnik (tzv. peta). Pravijo, da je bila Catarina dei Medici zelo nizke postave in da je zato uporabljala pri obuvalu neke zelo visoke podstavke. Na splošno se je pri čevlju začela uporabljati peta ali podpetnik v sredini prejšnjega stoletja. Naša naloga je, da pregledamo z zdravstvenega vidika funkcijo podpetnika pri čevlju in njegov vpliv na stopalo in celotno držo telesa. Pokončna hoja in pokončna drža z iztegnjenimi koleno in kolki, kot jih ima človek, zahteva čvrsto obremenitev pete, ki mora nuditi telesu zanesljiv oslon. Peta se je razvila pri tistih četveronožcih, ki imajo pri hoji posevno držo telesa in obremenjujejo pretežno zadajšnje, to je spodnje ude, kot na primer opice. Vendar je tudi pri teh bitjih petnica slabo razvita v primeri s človekovo. Če torej človek pri svojem obuvalu pretirano dvigne podpetnik, mora pri tem ukriviti kolena in ne more imeti iztegnjenih kolkov. Spremeniti se mora celotna drža telesa, težiščnica se premakne naprej in razumljivo je, da se s tem zmanjša obremenitev pete, bolj obremenjeni pa se sprednji del stopala. Pri tem ne trpi le stopalo, temveč vsa statika našega telesa, predvsem križni del hrbtenice, ki se pretirano ukrivi. V tem predelu je mnogo sklepov in le-ti so podvrženi večjemu naporu, kot jih zmorejo. Če pomislimo na napore dnevnega dela ali celo na povečane napore med nosečnostjo, se ne bomo čudili tako pogostnim težavam v križu. Previsok podpetnik kvari vezi in sklepe in preutruja mišice.

Vemo, da dobra zmogljivost mišic vpliva na zgradnjo in obliko stopala in na stopalne loke. Priznani avtorji priporočajo, da naj bo pri moški obutvi peta visoka do 2 in pol cm, za žensko obutev pa do 4 cm. S pretirano obremenitvijo prednjega dela stopala se splošči prečni lok. Mišice delujejo v neugodnih pogojih, ene so preveč iztegnjene, druge preveč skrčene, njihova zmogljivost pa je zmanjšana. Ko se mišice preveč utrudijo in popustijo, se splošči tudi vzdolžni lok. Svod takega stopala se spušča.

Podpetnik sme biti primerno visok in mora biti primerno širok, da ima cela nosilna površina pete zanesljiv oslon in da vzdrževanje ravnotežja ne utruja po nepotrebnem raznih mišic. Previsok in preozek podpetnik izpostavlja gleženj izvinom. Podpetnik iz elastičnega materiala ublažuje udarjanje ob trda tla in preprečuje prenašanje sunkov in udarcev od stopala preko krače navzgor. Uporaba takih podpetnikov je vsekakor ugodna in koristna.

Pravilna oblika čevlja

Zunanje sile, ki dalj časa delujejo na stopalo, spremenijo njegovo obliko, anatomsko zgradnjo in delovanje, kajti oblika, struktura in funkcija niso nekaj ločenega in ne obstajajo same za sebe, temveč so eno. Za krajni primer, kako kvarno vplivajo na stopalo zunanje sile, nam služijo deformirana in invalidna stopala Kitajk, ki so jih povzročili s poznano vrsto obuvala. Od oblike in kroja je odvisno, koliko prostora bodo imeli prsti, kako se bodo gibali, če jih bomo obvarovali pred deformacijami, kako bo usmerjen palec, kolikšnemu pritisku bo izpostavljen peti prst in kolikšne kurje oči bo imel, kako bo usmerjen



Slika 1



Slika 2

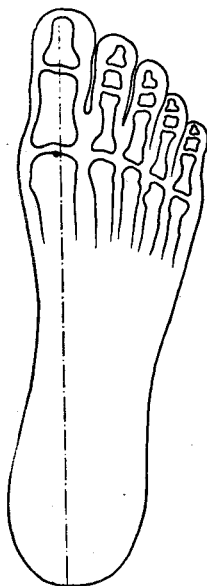
prednji del stopala nasproti petnemu delu, kakšno osnovo bo imela peta stopala, če bo pritiskala na opetnik in ga zvrčala ali ne, itd. Predpostavljamo seveda, da smo izbrali čevlji, ki vsaj po dolžini ustreza stopalu.

Primerjanje rentgenske slike obutega in bosega stopala zelo nazorno in neizpodbitno pokaže, kako pogosto izpostavljammo naša stopala pravemu mučenju. Potrebno je mimogrede poudariti, da je sama presvetlitev obutega stopala z rentgenskimi žarki zelo varljiva in ni koristna. Ker je reprodukcija rentgenskih slik v tisku težavna in ni več tako izrazita, objavljamo skico in ponazoritev originalne rentgenske slike. Slika št. 1 nam zelo zgovorno kaže, kako kvarno vpliva nepravilno oblikovana konica čevlja na prste, jih stiska in oži ter poriva palec proti mezincu. Prsti so nepravilno usmerjeni, sklepane površine v korenu palca si niso več skladne. To mesto je eno najvažnejših nosilnih točk stopala in ravno to je prizadeto. Tako stanje ne more ostati dolgo časa nezakazovano. Stopalo si išče novega razvnotežja in na kosteh že vidimo znake, ki so značilni za razkrečenost stopala (*Pes transversoplanus*, *Hallux valgus*). Na ne-

pokvarjenem prirodnem stopalu človeka vidimo, da je notranji rob stopala raven. To nam bo laže razumljivo, če se spomnimo, kako se je stopalo razvijalo od pradavnine do naših dni. Slika št. 2 nam kaže, kakšno je otroško stopalo, dokler ga še nismo pokvarili. Posledice neprimerne obutve vidimo na sosednji sliki. Vsaka oblika čevlja, ki ovira prosto gibanje prstov, je kvarna in z zdravstvenega vidika nedopustna. Če hoče modelêr oblikovati čevelj, da bo koničast, sme to napraviti le pod pogojem, da obuvalo ne bo pritiskalo na prste in oviralo gibanja pri hoji. Upoštevati moramo stvarno širino zaprstja in koničasto obliko smemo doseči le z dodatnim praznim prostorom pred prsti, tako da podaljšamo dolžino čevlja. Posneti smemo le zunanjo stran toliko, kolikor dopuščajo prsti,



Slika 3



Slika 4

nikakor pa ne na strani palca. Notranjik in celotna oblika čevlja se morata ravnati po obliki stopala. Stopala so zelo različna tudi v sprednjem delu. Nekatera so bolj koničasta, drugi prst je včasih daljši od palca, četrti in peti prst pa zelo kratka. Druga stopala so bolj oglata in se končujejo skoraj pravokotno, če sta namreč četrti in peti prst razmeroma dolga in segata skoraj tako daleč kot palec, ki je v tem primeru razmeroma kratek. Taka stopala — posebno še, če so v zaprstju široka, kar opažamo pri ljudeh, ki mnogo hodijo bos — ne prenašajo koničastih čevljev.

Slika št. 3 nam kaže izvedbo čevlja, ki ga stopalo prenaša razmeroma dobro in brez škode. Notranji rob čevlja je od pete do kraja palca skoraj raven, v območju palca zelo malo posnet in mu dopušča dokaj fiziološko držo. Koničasta oblika ne utesnjuje palca.

Slika št. 4 je izdelana po rentgenski sliki neokvarjenega odraslega stopala. Kaže nam pravilno držo palca. Podaljšana vzdolžna os palca poteka proti sredini pete. To je mogoče le v pravilno izdelanem čevlju z ravnim robom na notranji strani, ki ustreza ravnemu notranjemu robu neokvarjenega stopala.

Izbirajmo pravilno!

Izbirajmo le obutev, ki ustreza našim stopalom in našim delovnim in življenjskim pogojem. Le v taki obutvi se bomo dobro počutili in stopala obvarovali pred okvarami. Če bomo potrošnika naučili, kaj potrebuje, bo znal tudi izbirati in bo neprimerno obutev odklanjal.

Nove čevlje je najbolje, da kupujemo popoldne, ko je noga zaradi utrujenosti bolj občutljiva in navadno nekoliko širša. Ponekod je običaj, da potrošnik ve ne samo za dolžino svojega stopala, temveč da ve tudi za širino stopala ali točneje rečeno, za prstni obseg. To ni nič novega, saj ve to vsak čevljar. Potrebno je, da bi tudi naša serijska proizvodnja izdelovala dovolj čevljev z različnimi širinami za posamezne dolžine. Odvzeti obris stopala in ga primerjati z obliko notranjika ni zamudno delo in nam pokaže neskladnosti med stopalom in podplatom čevlja. Če tega ne ve prodajalec, naredimo to sami.

V precejšnji meri bi mogli pritrditi mnenju, da se v sodobnem načinu oblačenja čedalje bolj uveljavlja to, kar je zdravju koristno in funkcionalno dobro. Lepota je odsev zdravja. Glede obuvanja pa si pravilna miselnost še ni utrla poti predvsem zaradi neznanja in nepoučenosti potrošnika. Čim večjemu naporu so podvržena naša stopala, tem bolj moramo paziti pri izbiri obutve, da bo ustrezala higienskim načelom. Naši delovni ljudje, predvsem naše žene, bi bolje izbirali obutev, če bi jih poučili, kje so vzroki okvaram stopal, ki kvarijo estetiko ter povzročajo deformacije in težave ne samo v stopalu, temveč se kažejo na držo celega telesa. Če pomislimo na fizične napore naših delovnih ljudi, se nam bo zdelo naravnost nepojmljivo, kako brez potrebe zahtevamo od našega organizma še dodatne napore, ki jih nalaga neprimerna obutev. To, kar priporočamo, ni nikaka posebna obutev. Kar potrebujemo, je le higienska obutev, ki ustreza fiziološkim in delovnim zahtevam našega organizma nasploh in stopala še posebej. Različne so, kar se tiče stopala, zahteve rudarja ali bolničarke. V obeh poklicih so noge in stopala zelo obremenjena. Vendar razna delovna mesta zahtevajo neke posebnosti, celo specifičnosti pri obutvi. Tudi pri nas bi bil potreben raziskovalni center, ki bi vskladal zdravstvene predpise s širokimi možnostmi obutvene proizvodnje. Samo vztrajna zahteva potrošnika, ki bo odklanjal neprimerno obutev in zahteval boljše, bo prisilila proizvajalca, da bo vskladal proizvodnjo z zdravstvenimi predpisi. Tako sodelovanje ni samo možno, temveč tudi skrajno potrebno in bi ga pri nas lahko uspešno opravil tak center, ki bi ob sodelovanju pristojnih strokovnjakov skrbel in dosegel, da bi na trgu dobili to, kar vemo, da je koristno in potrebno.

KAKO SKUŠAJO PONEKOD ZATIRATI UMETNI SPLAV

Na *Norveškem* so pred kratkim izdali zakon, ki močno omejuje poklicno zdravniško molčečnost: Odslej je dolžnost zdravnikov in babic, da vsako nosečnost samskih žensk prijavijo Zdravstvenemu uradu (pri nas recimo sanitarni inšpekciji).

V *Franciji*, kjer je zdravnikova molčečnost prav posebno zavarovana, pa se morajo vsi laboratoriji, ki delajo biološke preskušnje na nosečnost, razvedeti o identičnosti osebe, ki je poslala seč na pregled, in te podatke poslati policijskemu komisarju, kadar le-ta posumi, da je bil napravljen umetni splav.

M. K.

Kandida in kandidijaze

Dr. Zlata Stropnik

Z uporabo antibiotikov v medicini se spreminjajo bolezenske slike in tudi razširjenost bolezenskih povzročiteljev. Nekatere — prej pogostne bolezni — opadajo in postajajo manj nevarne, druge — prej redkejše — so po številu sorazmerno porastle.

V zvezi z večjo razširjenostjo glive *Candida albicans* v človeškem organizmu se pojavljajo v praksi večkrat vprašanja, na katera bomo skušali odgovoriti.

Op. pis.

1. Ali je Candida isto kot Monilia?

Kvasnicam podobne organizme, ki povzročajo pri otrocih gobice (nemško Soor, francosko muguet, angleško trush), poznamo od leta 1839, ko jih je prvi opisal Langenbeck na sluznici ust. Mikroorganizem so najprej imenovali *Oidium albicans*. Kasneje so ga opisovali še mnogokrat in tudi različno imenovali. Skupno je dobil okrog 180 sinonimov. Zelo pogosto so uporabljali ime *Monilia* in tudi *Candida*, bolezen pa so imenovali monilijazo ali kandidijazo. Na 3. mednarodnem kongresu za mikrobiologijo v New Yorku leta 1939, ravno 100 let po prvem opisu, so sklenili problem poenostaviti in so uvedli enotno ime *Candida*. *Monilia* je ostalo ime za drugo glivo, ki se razmnožuje na slivah in drugih sadežih in jo dobro poznajo sadjarji. To je plesni podobni mikroorganizem, ki nima kvasnih celic in nič skupnega s kandido. *Candida* pa je ime za večjo skupino sorodnih mikroorganizmov, ki se množe z brstenjem kot kvasnice. Za razliko od njih pa tvorijo tudi micelije (glivična vlakna), ki jih pri kvasnicah ne najdemo. Med raznimi vrstami kandid je *Candida albicans* najpogostnejši povzročitelj obolenj pri človeku in more povzročiti obolenje tudi pri poskusnih živalih.

2. Kdaj je *Candida albicans* povzročitelj obolenja pri človeku?

C. albicans je eden od številnih saprofitov na sluznicah človeka. Najdemo jo v ustih, v dihalih, prebavilih in v vagini pri 25% povsem zdravih ljudi. Druge vrste kandid, ki so manj patogene, lahko najdemo tudi na zunanji površini telesa. Na koži so precej razširjene, ne da bi povzročale kake bolezenske procese. Izven telesa jih najdemo v mlečnih izdelkih in na sadju. Da v telesu prisotna kandida lahko povzroči obolenje, mora v organizmu najti ugodno okolje za razmnoževanje. Stopnja njene virulence je pri naravni odpornosti zdravega človeka zelo nizka. Kakor hitro pa naravna odpornost pade, so s tem že dani ugodni pogoji, da se kandida množi in preraste ostalo mikrofloro.

Samo preraščanje še ne pomeni tudi bolezenskega procesa. Kandidate so lahko prisotne v telesu v velikem številu, ne da bi povzročale bolezen. Navadno se pridružijo kot sekundarni infektant kaki drugi infekciji.

3. Katera obolenja povzroča *Candida albicans*?

Naselj se na najrazličnejših organih in povzroča akutna ali subakutna obolenja. Najpogosteje na sluznicah, kjer je prisotna že kot saprofit. V ustih vidimo kolonije *C. albicans* kot bele pege, ki se včasih zlivajo in tvorijo bele obloge. Posebni obliki kandidijaze v ustih sta infekciji jezika (glositis) in ustnih kotov. Slaba splošna prehranjenost pospešuje kandidijaze na ustnih sluznicah.

Candida je pogosten povzročitelj vaginitisa, posebno pri ženah s sladkorno boleznijo in med nosečnostjo. Pri sladkorni bolezni kroži v krvi in seču večja

množina sladkorja, ki je dobra podlaga za razmnoževanje kandidate v tkivih. Med nosečnostjo imajo glikogenu sorodne snovi v vaginalnem epitelu enako vlogo.

Na koži se razmnožujejo kandidate obilneje pri ljudeh, ki pri vsakodnevnem delu roke macerirajo z namakanjem v vodo in sladke tekočine. Pri kuharicah, slašičarjih, natakarih in prodajalcih sadja povzročajo kandida vnetne spremembe na razjedah med prsti (v 50% med tretjim in četrtim prstom). Vnetja v kožnih gubah (pod pazduho, med prsti na nogah in drugod) pri obilnem znojenju, pri slabo negovanih otrocih in pri debelih pospešujejo naselitev kandidate na teh mestih. Zaradi srbenja so neprijetne enake spremembe v perianalnem predelu.

Med kožnimi kandidijazami so zelo razširjene spremembe na nohtih in ob njih (onihija, paronihija). Konci prstov so rdeči, nabrekli in boleči kot pri gnojnih vnetjih, vendar gnoja ni. Nohti otrde, se odebele in nabrazdajo, včasih postanejo rjavkasti. Ohranijo sijaj in niso krhki in lomljivi kot pri drugi glivični bolezni — trihofitiji. Trihofitije nohtov navadno ne spremlja vnetje ob nohtu, ki je pri kandidijazi običajno.

Kandidijaza na nohtih ali v ustih zelo pogosto spremlja glivične spremembe na neporaščeni koži. Te morejo biti omejene na določeni predel kože ali pa so generalizirane. Po obliki so največkrat podobne ekcemu, včasih so vezikularne ali pustulozne, redko so granulomatozne, izjemoma posnemajo Leinerjevo deskvamativno eritodermijo pri otrocih.

Prav pogostne so bronhialne infekcije. Pri lažjih oblikah splošno stanje bolnika ni zelo prizadeto, bolezen se rada sama po sebi pozdravi. Pogostnejše pa so oblike, ki trajajo leta in leta s periodičnimi poslabšanji in zboljšanji. Obolenje ima klinično sliko bronhitisa.

Manj pogostne kot bronhialne so pljučne kandidijaze, ki so po klinični sliki podobne pnevmoniji, tuberkulozi in so često smrtne. Dolgo so že znane sekundarne infekcije s kandido v starih pljučnih kavernah, v bronhiektazijah in pri pljučnem raku. V redkih primerih so opisali kandido kot povzročitelja endokarditisa, meningitisa in ulceroznega enteritisa.

Kandida škoduje našemu organizmu z direktnim delovanjem toksinov. Toksini kot senzibilizirajoče snovi aktivno vplivajo na žilje. Spreminjajo prekrvlnost kapilar in vzburljivost vegetativnega živčevja. Na tej podlagi si razlagajo, da nastane »rosacea« zaradi resorpcije snovi, ki delujejo na žilje. Resorpcija toksinov je obilnejša pri prebavnih motnjah. Pri anacidnosti in hipacidnosti so pogostne tudi kožne spremembe, ki jih imenujemo »kandidide«: po hematogenem širjenju glive ali njenih alergenov iz prvotnega žarišča nastajajo pri senzibiliziranih ljudeh sterilne sekundarne spremembe na raznih mestih telesa. Žarišče je mnogokrat v prebavilih.

V telesu prisotne kandidate ne dajejo včasih nobenih lokalnih znakov bolezni, povzročajo pa tako močno občutljivost, da organizem reagira z znaki alergije. V domači literaturi so že opisali primere astme, ki so jih ozdravili s tem, da so odstranili kandido iz telesa.

4. Kako se okužijo otroci?

V nosečnosti, posebno od petega meseca dalje, ima 50% nosečnic kandido v ustih in vagini. Biološko stanje organizma je takšno, da kandidam pospešuje rast. Skušali so to stanje razložiti na živalskih poskusih. Dokazali so, da hormoni, med njimi cortison, pregnandiol in estradiol, kandidam pri živalih pospešujejo rast in razmnoževanje. Zdravi otroci ob rojstvu nimajo v svojem

telesu nobenih bakterij, virusov ali gliv. Lahko pa se okužijo že ob porodu med potovanjem skozi porodni kanal ali po porodu, prav tako od svojih mater.

5. Ali vplivajo antibiotiki na infekcije s Candido?

Kandide so odporne proti vsem antibiotikom, ki jih pri nas v praksi uporabljamo za zdravljenje. Zato morejo vzplameneti latentne kandidijaze, kadar uničijo antibiotiki z baktericidnim delovanjem normalno mikrobovno floro. Tako nastalo bakterijsko praznino izpolni kandida, ki ji antibiotiki ne morejo do živlega. Včasih se obilno razrastejo ne le na posameznih organih ali delih telesa, ampak po vsem organizmu. Med ljudmi, ki prejemajo antibiotike, je polovica takih, ki jim je mogoče dokazati kandido v grlu in sputumu, vendar brez bolezenskih sprememb. Dolgotrajno dajanje antibiotikov brez mikrobiološke kontrole lahko izzove generalizacijo glive. **V dobi antibiotikov pomenijo kandidijaze komplikacijo nekontroliranega zdravljenja.** Ravno v tej dobi opisujejo ne le več nevarnejših kožnih in pljučnih oblik, ampak tudi v prejšnjih časih zelo redke lokalizacije obolenj, n. pr. v možganih, na endokardu, v črevesju. Kandidijaze nohtov so se v dobi antibiotikov tako pomnožile, da povzročajo 60% vseh glivičnih obolenj na nohtih. Zanimivo pa je, da so sedaj bolj razširjene tudi med ljudmi, ki jim poklic ne ustvarja nobene predispozicije za to infekcijo in ki se ne zdravijo z antibiotiki.

6. Kakšen je odnos Candide do mikroflore v našem telesu?

Mikrobi v človeškem telesu, tako škodljivi kot neškodljivi, lahko na eni strani kandidam pospešujejo rast, na drugi strani pa jim jo zavirajo. Tako so n. pr. ugotovili, da povzročitelj tuberkuloze pospešuje rast kvasnicam in njim podobnim organizmom. Na ta način lahko razumemo, da najdemo pri bolnikih s pljučno tuberkulozo kandide različnih vrst v sputumu, ne glede na to, če so prejemali antibiotike ali ne.

Laktobacile najdemo kot saprofitne bakterije med normalno ustno floro in kot Döderleinove bacile v vagini. Tu vzdržujejo s tvorbo kisline iz ogljikovih hidratov potrebno kislost, ki deluje bakteriostatično na večino bolezenskih bakterij. Zato je prisotnost laktobacilov v vagini indikator bakteriološke čistoče. Laktobacili do neke mere zavirajo razmnoževanje kandidi, medtem ko le-ta pospešuje njihovo rast. V kandidah je zaradi bogastva ogljikovih hidratov dobra podlaga za druge mikrobov, tudi bolezenske. Prav radi se pridružijo n. pr. stafilokoki, ki komplicirajo infekcijo in tudi otežkočajo pravilno diagnozo. V poskusih so dokazali, da črevesne bakterije (*Echerichia coli*) kandidam zavirajo rast. Če torej z antibiotiki zatremo normalno črevesno floro, odstranimo s tem bakterijsko bariero in kandide se prosto razmnožujejo.

7. V kakšnem medsebojnem odnosu so vitamini in Candida?

Kadar antibiotiki okvarijo normalno črevesno floro, se včasih pokažejo znaki hipovitaminoze B kompleksa in vitamina K. Hipovitaminoze se razvijejo, ker ni bakterij, ki sintetizirajo vitamin K, in ker kandide porabijo vitamine kompleksa B. Vendar se vsi znaki navadno izgubijo, če dajemo večje množine vitaminov, ki nadomestijo primanjkljaj. Na drugi strani pa so vitamini kompleksa B — tudi če jih umetno dajemo — rastni faktorji mnogih bakterij in tudi kandid. *Candida albicans* je celo sama sposobna sintetizirati nekatere med njimi. Vitamini kompleksa B delujejo še dodatno, da pospešujejo produkcijo protiteles in s tem zvišujejo odpornost organizma proti raznim vrstam infekcij.

Vitamin C vpliva na odpornost sluznic. To njegovo delovanje je močnejše od neposrednega učinka, s katerim zavira razmnoževanje kandidam.

8. Kako zdravimo kandidijaze?

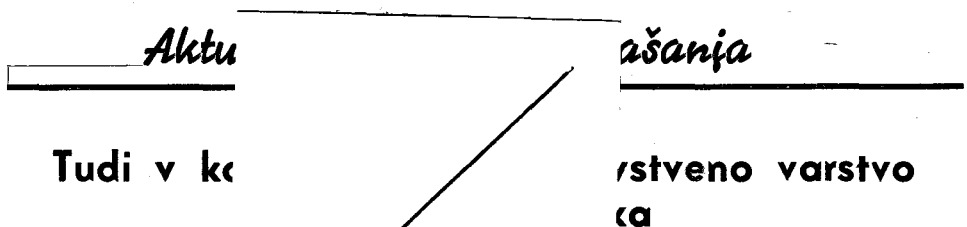
Pri zdravljenju se skušamo izogniti vsem faktorjem, ki pospešujejo razvoj te glivične bolezni. Z uspehom dvigamo splošno odpornost organizma, odvrčamo maceracijo kože, zdravimo sladkorno bolezen itd. Če so preraščanju kandidate vzrok antibiotiki, prenehamo s tem načinom zdravljenja. Kandidijaze v ustih mažemo (tuširamo) poleg tega še z raztopino genciansko vijoličnega barvila 1 : 10 000 v 10% alkoholu. Priporočljivo je grgrati večkrat dnevno isto barvilo v razredčenju 1 : 100 000. Mažemo vsakih 6—12 ur 4—5 dni zaporedoma. Pri vaginitisu spiramo vagino vsak drugi dan z istim sredstvom (1 : 10 000).

Spremembe na nohtih zdravimo z obkladki hipermangana (1 : 4 000) trikrat dnevno in nato z 1% raztopino genciansko vijoličnega barvila. Učinkovita so mazila z živim srebrom, ki jih uporabljamo tudi na intertriginoznih mestih.

V posebno odpornih primerih moramo obsevati z rentgenskimi žarki 4 do 8 tednov po enkrat tedensko ali pa si pomagamo tako, da organizem desenzibiliziramo s pomočjo vaccine.

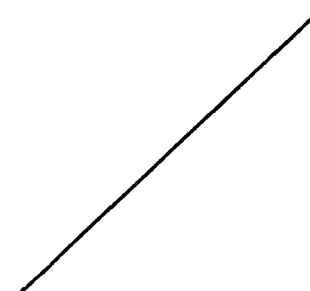
Kandidijaze notranjih organov včasih presenetljivo hitro odgovarjajo na kalijev jodid.

Leta 1950 so Francozi odkrili nov antibiotik iz *Streptomyces noursei* z imenom nystatin ali mycostatin. To je doslej najuspešnejše zdravilo, s katerim je uspelo zdraviti že mnoge prej brezupne primere.



Že nekaj let :
na dnevni red vse
hotenih splavov g

sami. Zato je ta pojav zameval pomoč zdravstvene službe na eni in družbenih činiteljev na drugi strani. V tem času so napredni ginekologi v Sloveniji — ob podpori družbenih organizacij, zlasti Zveze ženskih društev — začeli s propagando in pripomogli k proizvodnji domačih sodobnih kontracepcijskih sredstev. S tem je bila dana osnova kontracepcijski službi kot najzanesljivejšemu sredstvu proti splavu. Pred tremi leti je v našem listu (»Medicinska sestra na terenu«, 1955 št. 2) prof. dr. Franc Novak, pionir te službe v Jugoslaviji, obrazložil pomen in prednosti kontracepcije s sodobnimi sredstvi. Revija »Naša žena« je v nadaljevanjih prinašala njegove razlage in nato njegovo razpravo o tem problemu izdala v posebni brošurici »Spočetje po naši volji ali kontracepcija«. Vendar pa niti objektivni niti subjektivni pogoji tedaj še niso bili takšni, da bi mogli začeti z akcijo kontracepcije v taki širini, kot jo to vprašanje zahteva. Nedavna polemika o sredstvih in metodah borbe proti kriminalnemu splavu je sprožila dvojke nasprotujočih si stališč. Prvo stališče,



ni družbeni delavci postavili i. Ob stalno rastočem številu oči, da bi se temu zlu uprli zdravstvene službe na eni in družbenih činiteljev na drugi strani. V tem času so napredni ginekologi v Sloveniji — ob podpori družbenih organizacij, zlasti Zveze ženskih društev — začeli s propagando in pripomogli k proizvodnji domačih sodobnih kontracepcijskih sredstev. S tem je bila dana osnova kontracepcijski službi kot najzanesljivejšemu sredstvu proti splavu. Pred tremi leti je v našem listu (»Medicinska sestra na terenu«, 1955 št. 2) prof. dr. Franc Novak, pionir te službe v Jugoslaviji, obrazložil pomen in prednosti kontracepcije s sodobnimi sredstvi. Revija »Naša žena« je v nadaljevanjih prinašala njegove razlage in nato njegovo razpravo o tem problemu izdala v posebni brošurici »Spočetje po naši volji ali kontracepcija«. Vendar pa niti objektivni niti subjektivni pogoji tedaj še niso bili takšni, da bi mogli začeti z akcijo kontracepcije v taki širini, kot jo to vprašanje zahteva. Nedavna polemika o sredstvih in metodah borbe proti kriminalnemu splavu je sprožila dvojke nasprotujočih si stališč. Prvo stališče,

Pri zdravljenju se skušamo izogniti vsem faktorjem, ki pospešujejo razvoj te glivične bolezni. Z uspehom dvigamo splošno odpornost organizma, odvrčamo maceracijo kože, zdravimo sladkorno bolezen itd. Če so preraščanju kandidate vzrok antibiotiki v ustih mažemo (tuš: barvila 1 : 10 000 v 10 barvilo v razredčenju Pri vaginitisu spiram

Spremembe na no dnevno in nato z 1% mazila z živim srebr

V posebno odpor 8 tednov po enkrat te biliziramo s pomočjo

Kandidijaze notr: kalijev jodid.

Leta 1950 so Francozi odkrili nov antibiotik iz *Streptomyces noursei* z imenom nystatin ali mycostatin. To je doslej najuspešnejše zdravilo, s katerim je uspelo zdraviti že mnoge prej brezupne primere.



zdravljenja. Kandidijaze to gencijsko vijoličnega :grati večkrat dnevno isto 2 ur 4—5 dni zaporedoma. m sredstvom (1 : 10 000). mangana (1 : 4 000) trikrat ga barvila. Učinkovita so a intertriginoznih mestih. z rentgenskimi žarki 4 do so, da organizem desenzi-

jivo hitro odgovarjajo na

Aktualna družbena vprašanja

Tudi v kontracepciji je zdravstveno varstvo matere in otroka

Cita Bole

Že nekaj let je tega, ko so naši ginekologi in družbeni delavci postavili na dnevni red vse bolj pereče vprašanje abortusa. Ob stalno rastočem številu hotenih splavov ginekologi že niso imeli več moči, da bi se temu zlu uprli sami. Zato je ta pojav zahteval pomoč celotne zdravstvene službe na eni in družbenih činiteljev na drugi strani. V tem času so napredni ginekologi v Sloveniji — ob podpori družbenih organizacij, zlasti Zveze ženskih društev — začeli s propagando in pripomogli k proizvodnji domačih sodobnih kontracepcijskih sredstev. S tem je bila dana osnova kontracepcijski službi kot najzanesljivejšemu sredstvu proti splavu. Pred tremi leti je v našem listu (»Medicinska sestra na terenu«, 1955 št. 2) prof. dr. Franc Novak, pionir te službe v Jugoslaviji, obrazložil pomen in prednosti kontracepcije s sodobnimi sredstvi. Revija »Naša žena« je v nadaljevanjih prinašala njegove razlage in nato njegovo razpravo o tem problemu izdala v posebni brošurici »Spočetje po naši volji ali kontracepcija«. Vendar pa niti objektivni niti subjektivni pogoji tedaj še niso bili takšni, da bi mogli začeti z akcijo kontracepcije v taki širini, kot jo to vprašanje zahteva. Nedavna polemika o sredstvih in metodah borbe proti kriminalnemu splavu je sprožila dvoje nasprotujočih si stališč. Prvo stališče,

ideja legalizacije ali uzakonitve splava, se je pod težo močnejših dokazov moralo umakniti drugemu stališču, in sicer ideji kontracepcije. Uzakonitev kakor tudi preširoka dopustitev (liberalizacija) splava pa seveda zavira razvoj kontracepcijske službe ali mu celo nasprotuje, saj se tistim, ki ne upoštevajo posledic splava, dozdeva konec koncev enostavnejši način za omejevanje rojstev.

Obširne razprave strokovnjakov in javnih delavcev so dokončno odločile, da legalizacija splava iz zdravstvenih, humanih in političnih razlogov ni sprejemljiva. To pa zaradi tega:

1. ker je splav v vsakem primeru, tudi če ga izvrši strokovnjak, nevaren operativni poseg, z večjimi ali manjšimi, vsekakor pa daljnosežnimi zdravstvenimi posledicami za žensko,

2. ker je splav kot sredstvo za prekinitev nosečnosti za sleherno žensko fizičen, psihičen in moralni insult (bolečina, strah, moralni očitki pred spočetim bitjem),

3. ker splav kot sredstvo, ki naj uravnava število porodov, postavlja žensko v docela neenakopraven položaj, saj nosi vse posledice intimnega življenja ona sama, medtem ko moški pri tem ni prav nič prizadet.

Po vsem tem je docela dozorela misel, da je za borbo proti splavu kot socialnomedicinskemu zlu rešitev edinole v dobro organizirani službi za preprečevanje nezaželenega spočetja ter v pravilni spolni vzgoji kot sestavnem delu splošne vzgoje, ki mora temeljiti na spoštovanju človekove osebnosti.

Vsaka nova ideja, pa naj ima še tako plemenite namene, si le s težavo krči pot. Zmaga njenih ciljev ni odvisna le od ustreznih materialnih pogojev, temveč še v veliko večji meri od subjektivnega zdravstvenega činitelja — od ljudi, ki so prežeti z vero v pravilnost ideje in so obenem voljni pomagati pri premagovanju predsodkov in nepravilnega pojmovanja.

Borba proti splavu kot socialnomedicinskemu zlu s sredstvi, ki segajo prav do njegovih korenin, je v bistvu metoda socialne medicine. Torej je kontracepcijska služba ukrep, s katerim se preprečuje zdravstvena in socialna škoda, ki jo povzročajo splavi. Od medicinskih sester, katerih poklicna dolžnost terja zdravstveno, socialno in vzgojno dejavnost, upravičeno pričakujemo, da se uvrsti med najagilnejše borce za sodožno kontracepcijo.

Preprečevati zlo pri koreninah se pravi ženo obvarovati nezaželenega spočetja — v tem je bistvo kontracepcije. Zaradi tega je pomoč ljudem v tem smislu socialnomedicinska dejavnost zdravstvene službe ali ena osnovnih nalog, ki jih ima sodobna zaščita žene in materinstva.

Da bi bile medicinske sestre kos tem nalogam, morajo poznati bistvo in vzroke, ki tirajo žene, da segajo po nevarnih sredstvih za nasilno prekinitev nosečnosti. V bistvu gre za zavestno omejevanje števila otrok — za regulacijo porodov. To je že star družbeni pojav, ki se je manifestiral z različnimi sredstvi in metodami, pač takimi, kakršna je bila stopnja splošne kulture in medicine. Vprašanje omejevanja rojstev pa se v posebno ostri obliki pojavlja zlasti v dobi industrializacije. Velik dotok ljudi v središča povzroča stanovanjsko stisko; zaposlitev žene izven doma, zlasti dokler ni vzpostavljena služba za čuvanje otrok, in pa modernizacija gospodinjstva čedalje bolj zaostruje vprašanje družinskega življenja. Hkrati pa si civiliziran in kulturni človek prizadeva, da bi o svojih osebnih, zlasti intimnih vprašanjih odločal sam. Industrializacija ruši stari način življenja in odpira nova vprašanja, ki jim more odpomoči edinole družbena skupnost. Regulacijo porodov narekujejo torej ekonomsko socialni razlogi. Rešitev stanovanjske stiske, modernizacija gospodinj-

stva, oskrba otrok med delovnim časom staršev — to vse so tako težavne naloge, ki jih ob še tako vztrajnih prizadevanjih ni moči rešiti tako hitro, kot bi želeli. Vendar ob današnji stopnji razvoja medicinskih in socialnih ved ni opravičila, da ne bi splava, ki je v vsakem pogledu zelo škodljiv, zamenjali s sodobnejšim sredstvom.

Dosedanje razprave o tem problemu so med pozitivnimi pobudami pokazale tudi vrsto zaostalih in nepravilnih pojmovanj o splavu in njegovih posledicah za zdravje žene. Pokazale so tudi negativne socialno-ekonomske posledice za družbo kot celoto, saj s številom splavov obenem narašča tudi število ginekoloških obolenj. Eno in drugo prinaša nove stroške zdravljenja in gospodarsko škodo, ki jo prinašajo bolezenski dopusti zaposlenih žensk.

Socialistična družba, ki ji je človek najvišja vrednota, mora ob zavestni težnji ljudi po regulaciji rojstev ali načrtovanju porodov izključno s sodobnimi sredstvi in metodami vskladiti svoje interese z interesi posameznika, torej z interesi družine in še posebej ženske. Ker je v tem primeru žena najbolj ogrožena, se družba še posebej zavzema za tista sredstva, ki z njimi razpolaga žena. Saj ima spričo največje osebne prizadetosti tudi več pravic, da odloča o številu porodov.

Večina onih, ki se bodo resno poglobile v to vprašanje in obenem spoznale tudi sredstvo, kako se lahko iznebijo neprestanega strahu pred zanositvijo, se bodo zanj odločile, kakor hitro premagajo predsodke. Uredba sodobne kontracepcijske službe pomeni vsekakor revolucionaren ukrep v zaščiti materinstva. Treba pa bo za zmago pravičnega pojmovanja, za osvojitve naprednega gledanja še mnogo naporov, ne samo med laiki, temveč med strokovnjaki samimi.

Ali bo s tem ogrožen naš narodni prirastek? To je vprašanje, ki ga zastavljajo tisti, ki se drže idealističnega nazora o »sreči družine« s številnimi otroki. Ti namreč ne bodo naši zavezniki. Res je, regulacija rojstev do neke mere omejuje število rojstev. Res je pa tudi, da imajo zaostale dežele sicer visoko rodnost, a hkrati tudi visoko umrljivost otrok in nasploh razmeroma kratko življenjsko dobo, medtem ko je rodnost v ekonomsko in kulturno razvitih deželah nižja, umrljivost otrok zelo majhna, življenjska doba pa razmeroma dolga. Pri nas v Sloveniji je stanje glede rodnosti, glede umrljivosti otrok in življenjske dobe prebivalstva že na tisti stopnji, ki je značilna za razvite dežele. Da bi življu s tem pretilo izumiranje, ni torej nobene bojazni.

Prof. dr. Novak je o vprašanju populacije v zvezi z vprašanjem regulacije porodov s sodobnimi kontracepcijskimi sredstvi odgovoril takole: »Z vprašanjem kontracepcije se pri nas ne ukvarjamo zato, ker bi morda mislili, da je otrok preveč, tudi ne zato, ker bi želeli manjši prirastek prebivalstva, kot delajo v nekaterih drugih državah. Vprašanje načenjamo zato, da bi bilo manj abortusov, manj bolnih in sterilnih žena, da bi se otroci rodili v srečnejših okoliščinah, da bi bili zaželeni in zato bolj ljubljeni. Kontracepcija in seksualno vprašanje sta po našem mnenju sestavni del sodobne zaščite matere in otroka in mentalne higijene!« (Medic. sestra na terenu 1955, št. 2, str. 115).

Tej ideji se bodo upirali tudi ljudje, ki zagovarjajo pospeševanje rojstev bodisi iz šovinističnih teženj ali iz religioznih nagibov. Prav dobro se še spominjamo, kako je fašistična politika pod zaščito vseh mogočih prisilnih ukrepov pospeševala rojstva, saj je za svoje imperialistične cilje potrebovala čim več vojakov. Podobna so bila tudi prizadevanja cerkvenih krogov, ki so pod pretvezo skrbi za moralno terjali od vernikov čim številnejše družine. Naj se tu s socialnomedicinskega vidika vprašamo samo: kakšno korist ima družba

od tega, če je žena od številnih nosečnosti in porodov vsa izčrpana, življenje njenih številnih otrok pa v nezadostni meri zaščiteno?

Pogostne nosečnosti in porodi izčrpavajo organizem žene, zlasti če ni med njimi presledka, ki ji je potreben za regeneracijo organizma.

Regulacijo porodov tako glede števila porodov kakor tudi glede določenega časovnega presledka med njimi smatrata porodništvo in ginekologija za enega najvažnejših preventivnih ukrepov te panoge. Preventivni ukrepi sodobne ginekologije za reguliranje porodov temeljijo na dveh osnovnih medicinskih indikacijah. Na eni strani je to namen, da se preprečijo pogostne nosečnosti in se tako ohrani standard ženskega organizma, na drugi strani pa namen, da se omeji število patoloških sprememb, ki jih na genitalijah ali drugih organih v določenih primerih sproži oziroma potencira nosečnost in porod.

Kako ocenjuje socialna medicina pojave nezaželenih otrok? Danes je popolnoma jasno, da je za zdravje otroka potrebno skrbeti že v času njegovega embrionalnega življenja. Zato nenehno poudarjamo potrebo, da je žena pod zdravstveno kontrolo od prvih mesecev nosečnosti pa vse do poroda. Posebej poudarjamo važnost higienskega režima v nosečnosti, in to vse od pravilne prehrane in obleke pa do počitka in uravnovešenega psihičnega stanja nosečnice. V strahu pričakovani otrok vsega tega ni deležen. Pa tudi po rojstvu pogreša skrbne nege in toplega domačega vzdušja, brez česar ni mogoče pričakovati, da bi dozorel v telesno in duševno uravnovešeno osebnost.

Medicinske sestre so že nešteto krat nakazale ta problem iz svojih izkušenj na terenu in so vse njihove izjave v skladu s stališčem naše družbene skupnosti do tega vprašanja. To stališče se kaže že v poudarjanju odgovornosti, ki jo morata za spočetje in rojstvo otroka v prvi vrsti in v celoti prevzeti oba roditelja, da se bodočemu bitju zagotovijo ustrezni življenjski pogoji. Družbena skupnost jima pri tem le pomaga. Tudi v tem primeru je regulacija porodov lahko le pozitivna.

Naši ljudje imajo otroke v splošnem radi in skoraj ni zakoncev, ki si jih ne bi želeli. Gre torej le za regulacijo števila in uravnavanje rojstev ob času, ki ga zakonci smatrajo za primerne. Gotovo so in še bodo primeri, ko se bo prvo negodovanje nad neželjeno nosečnostjo z dobrohotnostjo in pomočjo soljudi poleglo. Tudi tu imajo medicinske sestre že kar precej izkušenj, saj je marsikatera njihova intervencija v obliki socialne pomoči in moralne opore pripomogla, da je otrok našel svoje pravo mesto v družini, ki ga je sprva odklanjala. Prav gotovo pa bodo še primeri, ko — kljub možnosti zaščite pred nosečnostjo in kljub pripravljenosti naših zdravstvenih in socialnih delavcev, da ženi in družini nudijo potrebno pomoč — ne bo mogoče preprečiti, da se žena zateče k splavu. Da bi v takih primerih omogočili strokoven medicinski poseg, sta Sveta za zdravstvo in socialno varstvo sprejela priporočilo, da se spremene in dopolnijo nekatera določila uredbe o komisijah za odpravo plodu (Ur. list FLRJ št. 4/52). Po tej uredbi namreč imenuje člane komisije druge stopnje republiški Svet za zdravstvo, člane komisije prve stopnje pa vodja ginekološko-porodniškega oddelka.

Ker glede na obseg tako važnega družbenega vprašanja in v obdobju družbenega upravljanja pravzaprav ni najbolj primerno, da bi za imenovanje prvostopne komisije bilo pristojno vodstvo nekega določenega zavoda, je predlagano, da tudi člane komisije prve stopnje imenujejo sveti za zdravstvo in socialno varstvo okrajnih ljudskih odborov. Dalje je sklenjeno, da bo v bodoče član te komisije tudi socialni delavec. To pa zaradi tega, da se bodo že veljavni

predpisi (ki ne izključujejo socialnih indikacij za dovolitev splava), uporabljali gibčeneje. Ob pomanjkanju kvalificiranih socialnih delavcev bo ta član lahko patronažna medicinska sestra ali tudi kaka druga socialnomedicinsko sicer nekvalificirana, toda ugledna in zaupna oseba. Hkrati pa naj bi socialna delavka — kot član komisije — pomagala prosilki prebroditi ovire, ki jih navaja za prekinitve nosečnosti, in vplivala nanjo, da se zanaprej takoj zateče k zdravniku po kontracepcijsko sredstvo. **Ob vsem tem je nadvse važen človeški odnos do žene in pa skrajna diskretnost.** Zato je sklenjeno, da bodo socialni delavci, ki bi bili imenovani za člane v komisijah za dovoljenje splava, o svoji vlogi poučeni v posebnem seminarju, ki ga bo pripravil sekretariat Sveta za socialno varstvo LRS. Iz že navedenih razlogov je sklenjeno tudi, da sodi preverjanje neugodnih socialnih razmer prosilke in izdajanje zadevnih potrdil v področje socialnega delavca. Prav tako je sklenjeno, da bo to delo zaupano osebi (patronažna medicinska sestra zdravstvenega doma, socialni delavec ali kaka druga primerna oseba), ki jo bo za to posebej pooblastil pristojni svet za varstvo družine. S tem bo odpravljeno birokratsko dajanje teh potrdil na raznih oddelkih občinskega ljudskega odbora.

V zvezi z razpravami o vzpostavitvi kontracepcijske službe in o potrebi po večjem razumevanju žene, ki jo nepričakovana nosečnost spravi v hudo socialno in duševno stisko, se je pojavilo tudi vprašanje indikacije za kontracepcijsko sredstvo. Na terenu zasledimo celo med nekaterimi strokovnjaki poleg izrazito odklonilnega stališča nasproti socialni indikaciji kot razlogu za odpravo plodu tudi primere, ko odklonijo dodelitev diafragme ženi z enim ali dvema otrokoma, medtem ko s te vrste pomočjo pri neporočeni ženski sploh ne računajo. Drugi — to pa iz vrst nestrokovnjakov — so razumeli, da je kontracepcijsko sredstvo namenjeno le ženam alkoholikov ali sicer družbeno neurejenih in neprilagojenih mož. Indikacije pa za to sredstvo pravzaprav ni. Katerakoli ženska se odloči, da si bo poiskala pomoči, je te pomoči nedvomno potrebna. Nemalo ljudi sicer upravičeno vprašuje: kaj pa z mladino in njeno moralo, če bodo ta sredstva dostopna prav vsem? Pot, ki drži do nabave kontracepcijskega sredstva, je zdravniška ordinacija. Tako preprosta pot za nedozorele ljudi torej to spet ni! V takih primerih, ki navsezadnje le ne bodo tako zelo pogostni, pa je stvar zdravnika, da pouči mladega človeka, kako naj živi svoji starosti in zrelosti primerno. Sicer pa to vprašanje zadeva drugo področje: področje spolne vzgoje kot sestavnega dela splošne mladinske vzgoje. Za pravilno, zdravo vzgojeno mladino naši kontracepcijski ukrepi ne bodo pomenili kake moralne nevarnosti. Zavzeti pa se je treba, da se ta spolna vzgoja res začne tudi izvajati. Prav gotovo tudi ni zgolj naključje, da so na vseh posvetovanjih v organizaciji kontracepcijske službe posvetili mnogo časa razmotrivanju tega vprašanja in da so sprejeli nekatere sklepe, ki sodijo na področje šolstva in prosvete, zdravstvene vzgoje in določenih družbenih organizacij. Regulacija rojstev je torej zelo obsežno delovno področje socialnih, medicinskih, pedagoških kadrov ter družbenih činiteljev. Da bi ureditev kontracepcijske službe in s tem v zvezi pravilno sodobno pojmovanje tega kompleksnega vprašanja — postalo čimprej živa resnica, sta Sveta za zdravstvo in socialno varstvo za našo republiko sprejela več sklepov. V smislu teh zaključkov bo v okviru Sveta za zdravstvo LRS delovala posebna komisija, ki povezuje vrsto odgovornih organov in družbenih organizacij. Ta komisija bo imela na skrbi, da se ti zaključki izvedejo. V ta namen pripravljajo propagandno gradivo, programe za tečaje in seminarje zdravstvenoprosvetnih in socialnih delavcev, zbirajo predloge za zadevno iz-

popolnitev šolskih učnih programov, skrbijo za proizvodnjo in pocenitev kontra-
cepcijskih sredstev itd.

Pri tem seveda ne smemo pozabiti, da je praktična izvedba te akcije v največji meri odvisna od pripravljenosti »terena«. Zato je tudi pri okrajnih svetih za zdravstvo določena posebna komisija, medtem ko so za konkretno izvedbo teh nalog v občini zadolženi sveti za varstvo družine.

Ob vsem tem je medicinskim sestram, zlasti onim v patronažni službi, določena važna vloga. Tej nalogi pa bodo kos edinole, če se bodo seznanile s celotnim vprašanjem regulacije porodov, nato se pa z vso odgovornostjo in pravilnim razumevanjem lotile dela pri svojih varovancih. To ni le vloga njihove poklicne dolžnosti, temveč tudi vloga zavestne delavke v borbi za zmago tako humanih družbenih vrednot, kot je uveljavljanje enakopravnih in kulturnih odnosov v življenju naših družin.

Dvorišče — ig

Dvorišče — igrišče p
razne igre, se v njih izi
na svežem zraku ob razn
življenjske radosti, ki je
od ceste, od potepanja, n
tovariški čut. Zato smatr
vijati v okviru stanovanj:

V starih hišah strnje
rišč ali pa so tako tesne
otroku v rekreacijske namene, še posebno ne, ker je dvorišče dostikrat
prostor, kamor odlgajo smeti, staro ropotijo itd. Zato bodo otroci stanovanjskih
skupnosti v starejših delih mesta pogosto nujno vezani na večje javno igrišče
njihovega okoliša. Krog sovrstnikov je tod večji, pestrejši, kar je z vzgojnega
stališča priporočljivo, vendar pa bo daljša pot do igrišča marsikateremu malčku
nepremostljiva zapreka. Zato bomo morali težiti za tem, da usposobimo za
igro otroka tudi mala sončna dvorišča, toda pasti bodo morale ograje med
posameznimi dvorišči, da dobimo večje površine za igrišča v soseski.

Nova oblika stanovanjske gradnje predvideva večje odmike med posa-
meznimi bloki in tako nastanejo tudi večje proste, nežazidane površine. Žal
obravnavajo arhitekti te površine dostikrat samo z estetskega stališča in ustvar-
jajo zelene ploskve, v katerih leže stavbe lepo in prijetno za oko. Te zelene
trate z visokimi in nizkimi nasadi nosijo premnogokrat tablice z napisi »Čuvaj
nasade«. Kakor so z estetskega, urbanističnega in zdravstvenega stališča lepo
negovane zelene livade med enoličnimi bloki zaželeni, bi arhitekti vendar ne
smeli pozabiti, da bi vsaj del teh trat moral služiti oddihu našega ročnega,
umskega delavca, v prvi vrsti pa našim otrokom v vseh njihovih življenjskih
obdobjih. Da bi pa mogle služiti temu namenu, jih je treba seveda ustrezno
oblikovati.

Načelno je treba najprvo razčistiti vprašanje, ki se je nedavno pojavilo,
ali rekreacijo mladine lahko združujemo z rekreacijo odraslih delovnih ljudi in

ci skupnosti

se zbirajo, spoznavajo
stike s sovrstniki, si
n so tako deležni tiste
orišče odvrča otroka
avo in razvija v njem
vo, ki jo moramo raz-

to sploh nimamo dvo-
rišč, da ne morejo služiti
otroku v rekreacijske namene, še posebno ne, ker je dvorišče dostikrat
prostor, kamor odlgajo smeti, staro ropotijo itd. Zato bodo otroci stanovanjskih
skupnosti v starejših delih mesta pogosto nujno vezani na večje javno igrišče
njihovega okoliša. Krog sovrstnikov je tod večji, pestrejši, kar je z vzgojnega
stališča priporočljivo, vendar pa bo daljša pot do igrišča marsikateremu malčku
nepremostljiva zapreka. Zato bomo morali težiti za tem, da usposobimo za
igro otroka tudi mala sončna dvorišča, toda pasti bodo morale ograje med
posameznimi dvorišči, da dobimo večje površine za igrišča v soseski.

popolnitev šolskih učni-
cepcijskih sredstev itd.

Pri tem seveda ne
največji meri odvisna
svetih za zdravstvo do
izvedbo teh nalog v o

Ob vsem tem je
določena važna vloga.
celotnim vprašanjem i
pravilnim razumevanj
njihove poklicne dolži
zmago tako humanih č
kulturnih odnosov v ž



Injo in pocenitev kontra-

čna izvedba te akcije v
ato je tudi pri okrajnih
em ko so za konkretno
) družine.

im v patronažni službi,
, če se bodo seznanile s
z vso odgovornostjo in
vancih. To ni le vloga
tne delavke v borbi za
vljanje enakopravnih in

Dvorišče — igrišče v stanovanjski skupnosti

Dr. Slava Lunaček

Dvorišče — igrišče privlači otroka vseh starosti. Tu se zbirajo, spoznavajo razne igre, se v njih izživljajo, navezujejo prijateljske stike s sovrstniki, si na svežem zraku ob raznovrstni dejavnosti krepijo telo in so tako deležni tiste življenjske radosti, ki je osnovna potreba vsakogar. Dvorišče odvrta otroka od ceste, od potepanja, nudi mu kulturni odmor in zabavo in razvija v njem tovariški čut. Zato smatramo igrišča za vzgojno ustanovo, ki jo moramo razvijati v okviru stanovanjske skupnosti.

V starih hišah strnjenege zazidalnega sistema pogosto sploh nimamo dvorišče ali pa so tako tesna, mračna, tlakovana s kamni, da ne morejo služiti otroku v rekreacijske namene, še posebno ne, ker je dvorišče dostikrat prostor, kamor odlagajo smeti, staro ropotijo itd. Zato bodo otroci stanovanjskih skupnosti v starejših delih mesta pogosto nujno vezani na večje javno igrišče njihovega okoliša. Krog sovrstnikov je tod večji, pestrejši, kar je z vzgojnega stališča priporočljivo, vendar pa bo daljša pot do igrišča marsikateremu malčku nepremostljiva zapreka. Zato bomo morali težiti za tem, da usposobimo za igro otroka tudi mala sončna dvorišča, toda pasti bodo morale ograje med posameznimi dvorišči, da dobimo večje površine za igrišča v soseski.

Nova oblika stanovanjske gradnje predvideva večje odmike med posameznimi bloki in tako nastanejo tudi večje proste, nezazidane površine. Žal obravnavajo arhitekti te površine dostikrat samo z estetskega stališča in ustvarjajo zelene ploskve, v katerih leže stavbe lepo in prijetno za oko. Te zelene trate z visokimi in nizkimi nasadi nosijo premnogokrat tablice z napisi »Čuvaj nasade«. Kakor so z estetskega, urbanističnega in zdravstvenega stališča lepo negovane zelene livade med enoličnimi bloki zaželeni, bi arhitekti vendar ne smeli pozabiti, da bi vsaj del teh trat moral služiti oddihu našega ročnega, umskega delavca, v prvi vrsti pa našim otrokom v vseh njihovih življenjskih obdobjih. Da bi pa mogle služiti temu namenu, jih je treba seveda ustrezno oblikovati.

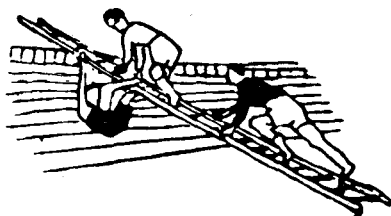
Načelno je treba najprvo razčistiti vprašanje, ki se je nedavno pojavilo, ali rekreacijo mladine lahko združujemo z rekreacijo odraslih delovnih ljudi in

upokojecev na istem prostoru. Po našem mnenju tako povezovanje ni ustrezno in ga ne bi smeli dopustiti. Za umskega ali ročnega delavca pomeni odmor — mir. V današnjem civiliziranem svetu človeku najbolj ogrožata zdravje šum in ropot. Brnenje motorjev v tovarni, ropot cestnega prometa, vse to mu neprestano obremenjuje živčevje, čeprav se vsega tega hrupa polagoma privadi in zanj tako rekoč otopi. Zato potrebuje odrasel človek po svojem delu v zvočno razgibanem okolju miren kotiček, kjer se lahko na prostem posveti knjigi, nemotenemu pogovoru o dnevnih dogodkih s sosedi, reševanju perečih stanovanjskih vprašanj itd. Starega človeka pa spravlja čebljanje otrok, njihov vrisk in krik iz ravnovesja, zato negodujejo nad živahnostjo in razligranostjo otrok, ki je v pravih mejah celo znak njihovega zdravja, a se vendarle zgodi, da povsem nepedagoško posežejo med malčke. Seveda ni to nič čudnega, saj so že pozabili, kakšni so bili nekdanj sami. So sicer posamezniki, ki jim je tudi daljše bivanje ob otrocih prijetno, vendar so to izjeme. Za te izjeme lahko postavimo v senco otroškega igrišča nekaj klopic, da opazujejo početje otrok, se z njimi veselijo in po potrebi primerno ukrepajo. Glavni prostor za oddih odraslih pa moramo le ločiti od otroškega, če želimo, da ga bodo stanovalci radi obiskovali in se bodo tod res sprostiti in odpočili.

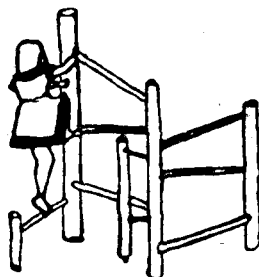
Obenem pa bi bilo treba rešiti še neko drugo vprašanje, namreč vprašanje, ali naj vse starostne skupine otrok vežemo na en sam prostor ali ne. Če imamo v strnjemem zazidalnem sistemu na razpolago samo majhno dvorišče, je jasno, da se zbira na tem prostoru vsa mladina tiste hiše in celo otroci bližnje sosesčine, če sosednje hiše nimajo primerne prostora, kjer bi se otroci mogli razgibati in poigrati. Pa tudi pri novih blokkih in na večjih igriščih je sporno, ali bi kazalo urediti posebne prostore za malčke in posebne za šolarje. Marsikateri starejši bratec mora paziti na mlajšega in bi njiu ločitev imela lahko neugodne posledice. Celó pri organizirani zaščiti otrok v stanovanjski skupnosti in pri urejenem rednem nadzoru nam bo pokazala šele praksa, ali kaže in je potrebno, da predšolsko in šolsko mladino ločimo. Za zdaj smo mnenja, da uredimo na skupnem prostoru za malčke le poseben kotiček, kjer se lahko nemoteno predajo svoji igri in zabavi. Ta kotiček dobimo, če z nizkim zelenim nasadom cel prostor predelimo na dva dela. To potem eni in drugi starostni skupini omogoča nemoteno zaposlitev pri igri, ne da bi otroci bili popolnoma ločeni. Na manjših dvoriščih to seveda ni vselej izvedljivo. Tu si otroci raznih starostnih obdobj šele postopoma priborijo določen del dvorišča in dobe do njega neko nepisano lastninsko pravico, ki jo vsi upoštevajo.

Kakšno naj bo igrišče? Zelo važno je, da je sončno, saj je sonce vir zdravja za otroke. Ne moremo pa otroka ves ljubi izpostaviti vplivom sonca in zato mora vsako igrišče imeti tudi nekaj senčnih prostorov. V novo zraslih naseljih sadimo zato na prostore, ki jih določimo otrokom, tudi drevesa. Najboljša so drevesa z veliko, bogato krošnjo. Žal prav ta drevesa rastejo počasi. Pomagamo si tako, da med nje zasadimo hitro rastoče vrste, ki jih posekamo, kakor hitro dorastejo počasi rastoče. Poleg osenčenosti je potrebno, da ima prostor tudi primeren razgled. Za otroke izbiramo čimbolj odprte površine, da je pogled na okolico čim večji. Cesti se ne smemo približati na več kot 30—50 metrov. Cesta s svojim prahom ogroža klimatične pogoje na igriščih, če prostor ni ograjen, pa tudi varnost otrok. Da prah ne more na igrišče, igrišče proti cesti obdamo z visokim zelenim nasadom. Koder vejejo močni vetrovi, se moramo pri razmeščanju igrišč čimbolj ogibati prostorov na vetrnem. Čim večje je zatišje, tem bolj so otroci na varnem.

Tla morajo biti propustna, da se prostor po nalivih hitro posuši. Če je svet ilovnat, je treba poskrbeti za ustrezno drenažo. Tlakovana tla tudi niso primerna, saj želimo, da hoči otrok poleti čim več bos. Bosa hoja po neelastičnih tleh pa ogroža pravilno izoblikovanje stopal. Del dvorišča ali igrišče posujemo z rečnim ali dolomitnim peskom, ki se ne drobi, da bi se pri količkaj razgibani igri otrok dvigali oblaki prahu. Del prostora oblikujemo kot zeleno trato, ki služi malčkom za gibalne igre, šolarjem pa za ustrezno borbo in tekme. Igrišče med bloki bi moralo imeti vsaj eno posebno stranišče v enem izmed blokov. Če

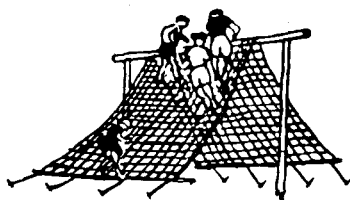


Slika 1



Slika 2

je igrišče del otroške sobe ali kluba šolarjev v stanovanjski skupnosti, tedaj otroci uporabljajo pač sanitarije teh prostorov. Med stavbo in igriščem uredimo ožje cvetlične grede, ki se pa ne smejo dotikati stavbnega zidu, ker bi stene bile sicer vedno vlažne. Gredlice služijo trem namenom. Prispevajo k lepoti okolja, služijo za vzgajanje otrok k čutu dolžnosti, če jih zadolžimo z njihovo nego, in obvarujejo otroke pred poškodbami z drobci okenskih stekel podprtitličnih prostorov, ki se lahko razbijejo pri raznih otroških igrah.



Slika 3



Slika 4

Veliko veselja napravimo otrokom, če igrišče opremimo s cenenimi in enostavnimi napravami. Gledati moramo le, da so dobro in solidno izdelane, čvrsto pritrjene in da otrokom budijo domišljijo. Za predšolsko dečo obesimo na vejo ali na močan, v steno zabiti klin vrv, nanjo pa staro avtomobilsko zračnico, ali položimo na tla 60 cm visoko kanalsko cementno cev, ki je ob roboh in v notranjosti prevlečemo z glajenim cementnim ometom, na njena tla pa pritrdimo desko. Ni bolj priljubljene igre, kot je plezanje skozi to temačno, tajinstveno cev. Male otroke lahko ure in ure zaposlimo na pesku. Preprost peskovnik budi v otroku ustvarjalne sile in razvija v njem domišljijo. Pesek je

treba z lopato večkrat dnevno premetati, da ga izpostavimo vplivom ultraviole-
letnih žarkov in tako razkužimo. Kjer je mogoče, postavimo v bližino peskov-
nika vodovodno pipo, da dobi otrok za svojo gradbeno dejavnost potrebno vodo
in da si po igri lahko opere tudi roke. Navadna lesena lestva (glej št. 1), ki
jo prislonimo na ograjo ali na podstavek, lahko otroku pripomore do najraz-
ličnejše telesne dejavnosti in koordinira obenem razvoj raznih mišičnih skupin.
Lestvo lahko nadomesti tudi plošč, po katerem se otroci dričajo navzdol in
se zatem vzpenjajo spet kvišku. Biti mora pa iz trdega lesa in gladek, da
se ne cepi in da ne pride do telesnih poškodb. Tudi hlod je za igrišče pripravna
stvar, samo pritrčiti ga moramo, da se ne prevali in ne poškoduje otrok. Na
vodoravni hodni deski, dvignjeni za kakih 10 cm od tal, pa si predšolska deca
uri čut za ravnovesje, ki je pri njej še slabo razvit. Da se otrok nauči preso-
jati razdalje in vodoravno meriti na cilj, pričvrstimo na zemljo po dolgem 3—4 m
dolgo desko, nanjo pa v določenih presledkih zarišemo raznobarvne kroge —
cilje, ki naj se jih otrok uči zadeti z žogo. Za 5—7 let stare, ki pogodijo tudi že
cilj v višino, pritrđimo takšno desko pokonci. Na igriščih novih naselij postavimo
lahko pregrade za plezanje (glej sl. št. 2). Pregrada ima eno, dve ali več kril. Ta
krila so lahko različno visoka, in sicer kakih 100—150 cm, razmak med posamez-
nimi letvami pa ne sme biti večji kot 20 cm. Zelo dobrodošli, a dražji sta teles-
novzgojni napravi št. 3 in št. 4. Naprava z mrežo je 2 m visoka, prečni drog
3,32 m dolg, razmak med višinskimi stebri znaša 2,80 m. Če je naprava iz želez-
ne cevi, vzamemo premer 7 cm, pri leseni napravi pa naj imajo drogi v premeru
vsaj kakih 15 cm. Naprava z vrvjo št. 4 meri v višino 2,2 m, razmak med pokonč-
nimi drogovi znaša 72 cm, prečni drog pa naj v dolžino meri v celem 1,2 m.
Premer železne cevi naj bo 7 cm, premer lesenega droga pa 15—20 cm. Nazna-
čene višine veljajo seveda samo za tisti del, ki je nad zemljo. Zato moramo
k dolžini pokončnih drogov prišteti vsaj še 50—60 cm, ker morajo biti takšne
naprave močno zabetonirane v tla. Imajo pa te naprave zlasti eno prednost: z
njimi dosežemo aktivno dejavnost otroka. Zato smo mnenja, da jih je na naših
igriščih vse premalo. Poglejmo samo igrišče v Tivoliju! Viseče gugalnice se
vrstijo druga za drugo, vrtiljak za vrtiljakom. Prav visečih gugalnic pa ne
želimo na otroških igriščih, saj od otroka ne zahtevajo nobenega telesnega
napora. Tudi ima otrok sam, posebno če je slaboten, od takšne gugalnice dosti-
krat kaj malo veselja, tem več pa nebogljeni malček užije strahu. Če se torej
že odločimo za gugalnico, jo postavimo nizko. Preko 55—60 cm visokega čoka
ali cementiranega podstavka položimo 4 m dolgo in 30 cm široko desko na
krogličnem ležaju. Deska bi praviloma morala imeti spredaj ročaj, zadaj pa
naslonjalo, da otrok ne omahne nazaj.

Za starejše šolarje postavimo na posebej oddeljen prostor pingpong
mizo, mrežo za odbojko, napravo za skok v višino, če je prostor obsežen, stezo
za tek itd. Najbolje bi bilo, da s šolarji samimi proučimo možnosti in da njihove
želje vskladimo s tem, kar menimo, da je zdravo in koristno za njihov telesni
razvoj in za oblikovanje pravilne osebnosti.

Igrišče morajo vzdrževati otroci sami in skrbeti, da je čisto in negovano.
Tako postane igrišče tudi sredstvo za delovno vzgojo otroka.

Velikost zemljišča, ki ga uporabimo za otroško igrišče, je odvisna seveda
od vsakokratnih okoliščin. Čim večji je ta prostor, tem bolje je. Praviloma pa
se računa, da je za 75—100 otrok treba v ta namen vsaj 600—1500 m² površine.

Če bi organizator igrišč potreboval še natančnejša pojasnila, se lahko obrne
na komisijo za predšolsko vzgojo pri Zvezi prijateljev mladine.

Pokojnina vdov

Dr. Bronislav Skaberne

Dne 1. januarja 1958 je dobil veljavo novi zakon o pokojninskem zavarovanju. Ta zakon je v mnogočem spremenil naše dosedanje predpise o pokojninskem zavarovanju. Zlasti pa so bile upoštevane zahteve ženskih društev, da bi se spremenili predpisi o pokojnini vdov, tako da je odpravljena večina dosedanjih pomanjkljivosti na tem področju družinskih pokojnin.

V tem članku želim seznaniti medicinske sestre na terenu z novimi zakonskimi predpisi o pokojninah vdov, ker bo marsikatera medicinska sestra lahko kdaj na tem, da bo tudi o tej važni pravici želela dati vdovi potrebne informacije in jo seznaniti z njenimi pravicami.

Kdaj ima vdova pravico do pokojnine?

Predvsem pridobi vdova (pa tudi družinski člani otroci, vnuki in starši) pravico do pokojnine le, če je bil njen pokojni mož zavarovan in 1. če je imel 5-letno delovno dobo, vendar pod pogojem, da je v zadnjih petih letih pred smrtjo delal najmanj po 8 mesecev vsako leto, 2. če je ob smrti izpolnjeval zakonske pogoje za pridobitev osebne pokojnine ali invalidnine ob invalidnosti zaradi bolezni, 3. če je umrl za posledicami nesreče pri delu ali poklicne bolezni, 4. če je umrl kot osebni upokojenec ali 5. če je umrl kot uživalec invalidnine ali oskrbnine po predpisih o invalidskem zavarovanju. Ti predpisi ustrezajo v glavnem tudi dosedanjim predpisom. Zakon pa je strožji, ker se ne zadovoljuje le z delovno dobo 5 let, marveč zahteva v tej delovni dobi neko določeno gostoto. Vsako od teh petih let je moral pokojnik delati vsaj 8 mesecev letno. Iz zakona je razvidno, da je ta pogoj glede gostote delovnega staža izpolnjen, če je izpolnjen v roku, daljšem od petih let, in to, če je pokojni zavarovanec v tem času prejemal invalidnino ali oskrbnino po predpisih o invalidskem zavarovanju ali nepopolno pokojnino, dalje če je zavarovanec bil prijavljen pri posredovalnici za delo in se je po prenehanju delovnega razmerja prijavil posredovalnici v 30 dneh, in končno, če gre za zavarovanca, ki je prekinil delovno razmerje v zadnjih petih letih pred smrtjo in nekaj časa ni bil v delovnem razmerju zaradi odslužitve vojaškega roka v JLA, ne glede na to, koliko časa ni bil v delovnem razmerju.

Glede vdov zahteva zakon razen teh splošnih osnovnih pogojev za pokojnino tudi še, da mora do moževe smrti dopolniti 45 let. V tem pogledu ni razlike od dosedanjih predpisov.

Močno pa je razširjena pravica vdove do pokojnine, če ob zavarovančevi smrti še ni bila stara 45 let. Predvsem ima v takem primeru pravico do pokojnine:

1. če ji je ostal otrok, ki je mlajši kot 15 let in ima pravico do pokojnine,
2. če ji je ostal otrok, starejši kot 15 let, ki ima pravico do pokojnine, ker je popolnoma ali trajno nezmožen za delo, in končno

3. če ji je ostalo troje ali več otrok, ne glede na starost, ki pa imajo pravico do pokojnine po umrlem očetu.

Vdovi pa gre v vseh teh treh primerih pokojnina le, če je glede teh otrok izpolnjevala roditeljske dolžnosti ob smrti njenega moža. Pri tem ni važno, ali gre za lastne otroke ali moževe nezakonske ali zakonske otroke iz prejšnjega zakona, odločilno je le, da je za te otroke ob moževi smrti skrbela kot mati in je izvrševala roditeljske pravice v smislu zakona o razmerju med starši in otroki. Menim, da bo vdovi mlajši od 45 let prav tako priznana pravica do pokojnine, če iz opravičljivih razlogov ob smrti moža ni mogla izvrševati roditeljskih dolžnosti, ker je bila n. pr. bolna. Tega zakon sicer ne določa izrecno, vendar pa se to lahko sklepa iz njegovega smisla.

Vdova, mlajša od 45 let, ima pravico do pokojnine tudi v primeru, če se rodi zavarovančev otrok po njejovi smrti. To pravico ima vdova od zavarovančeve smrti. Uveljaviti pa jo more od dneva, ko je ugotovljena nosečnost, pri čemer se do otrokovega rojstva odmeri pokojnina za enega družinskega člana. Če se vdovi rodi mrtev otrok ali če umre, preden je dopolnil 45 dni, gre vdovi ta pokojnina do preteka 45 dni po porodu.

Novi zakon določa tudi, da ima vdova pravico do pokojnine, če je ob smrti moža zavarovanca mlajša kot 45 let, pa se ugotovi, da je popolnoma in trajno nesposobna za delo (invalid I. skupine, t. j. kadar je njena delovna sposobnost zmanjšana nad 75%). Novo pa je, da ima vdova pravico do pokojnine po pokojnem možu zavarovancu tudi, če postane invalid I. skupine v enem letu po moževi smrti ali med uživanjem invalidnine, ki smo jo opisali v zvezi s starostjo in številom otrok.

Tako vidimo, da je po novem zakonu položaj vdove v zvezi z njeno pravico do pokojnine mnogo boljši, kot je bil prej. To velja posebno za vdovo, ki je mlajša od 45 let. Po prejšnjih predpisih je vdova, mlajša kot 45 let, imela pravico do pokojnine, samo če je imela otroke mlajše od 7 let (danes 15 let) ali če je bila popolnoma ali trajno (ali za dalj kot 1 leto) nesposobna za delo.

Kdaj vdova nima pravice do pokojnine?

Vdova nima pravice do pokojnine:

1. če se ugotovi, da je bila zakonska zveza, ki jo je sklenil pokojni zavarovanec in ki je trajala manj kot eno leto, sklenjena z namenom, da bi vdova pridobila pravico do družinske pokojnine,

2. če je trajala zakonska zveza s pokojnim zavarovancem, ki je užival osebno pokojnino ali invalidnino po predpisih o invalidskem zavarovanju, manj kot eno leto.

3. če je bila zakonska zveza razvezana s pravnomočno sodbo sodišča, pa vdovi ni bila prisojena preživnina,

4. če je pred zavarovančevo smrtjo neopravičeno zapustila zakonsko skupnost in je živela izven te skupnosti 6 mesecev ali dalj. Ali je bila zapustitev zakonske skupnosti neopravičena, presoja v tem primeru sodišče.

Počivanje pravice vdove do pokojnine

Vdova, ki je bila na dan moževe smrti stara nad 40 let, toda še ne 45 let, pa tudi ni imela otroka, mlajšega kot 15 let, niti ne otroka, ki bi imel pravico do družinske pokojnine, ker je popolnoma ali trajno nezmožen za delo, oziroma ni imela troje ali več otrok, ki so starejši kot 15 let in ki bi prejeli pokojnino

po umrlem, in zaradi tega ni pridobila pravice do družinske pokojnine, pridobi pravico do pokojnine, ko dopolni 45 let starosti.

Enako pridobi znova pravico do družinske pokojnine, ko dopolni 45 let starosti vdova, ki je vdovsko pokojnino že prejemale, pa jo je izgubila potem, ko je že dopolnila 40 let starosti, zato, ker je pri otrocih odpadel kakšen pogoj, na podlagi katerega je imela pravico do družinske pokojnine (otrok je n. pr. dopolnil 15 let starosti), ali pa sama vdova ni več invalid I. skupine, če je zaradi te invalidnosti pridobila pravico do pokojnine.

Počivanje vdovine pravice do pokojnine je pomembna novost. Zgolj počivanje pravice do pokojnine, ker vdova še ni dosegla določene starosti, smo pri nas poznali že od leta 1946 do 1950, ko te pravice takrat izšli zakon o socialnem zavarovanju delavcev in uslužbencev in njihovih družin ni več predvidel.

Za vdovo, ki je bila ob moževi smrti stara nad 40 let, ne pa še 45 let, zaradi česar tudi ni pridobila pravice do pokojnine, predvideva novi zakon **odpravnino**. Tudi to je novost nasproti dosedanjim predpisom. Do te odpravnine ima vdova stara med 40 do 45 let pravico le tedaj, če ni v delovnem razmerju in se ne ukvarja s samostojnim poklicnim delom. Višina odpravnine znaša trojni znesek povprečne pokojninske osnove X. zavarovalnega razreda (din 11 900), če ni otrok, ki imajo pravico na družinsko pokojnino. Če pa so po umrlem možu ostali otroci (zakonski, nezakonski, posvojeni, pastorki), tedaj znaša odpravnina šestmesečno razliko med družinsko pokojnino, do katere bi otrok imel pravico, če bi bila souživalec družinske pokojnine tudi vdova, in pa družinsko pokojnino, ki se dejansko izplačuje otrokom. Odpravnina se izplača v treh oziroma v šestih enakih mesečnih obrokih, začeni od prvega dne prihodnjega meseca po zavarovančevi smrti, če vdova medtem ne pridobi pravice do pokojnine. Ta odpravnina pomeničasno pomoč vdovi, ki za preživljanje nima lastnih sredstev. Ko taka vdova dopolni 45. leto, se ji bo priznala pokojnina, če izpolnjuje ostale pogoje zanjo.

Pokojnina razvezane žene

Razvezana žena, katere zakonska zveza je bila razvezana brez njene krivde in ji je bila prisojena preživnina, ima pravico do pokojnine ne glede na to, ali se je pokojni bivši mož — zavarovanec ponovno poročil ali ne. Novost nasproti dosedanjim predpisom je v tem, da razvezana žena ohrani pravico do pokojnine, tudi če se je njen bivši mož po razvezi poročil. Če se je namreč bivši mož poročil, razvezana žena po njegovi poroki — po dosedanjih predpisih — ni imela pravice do pokojnine, marveč je pokojnino dobila le druga vdova, t. j. zakonska žena iz druge zveze. Danes delita pokojnino obe ženi, t. j. razvezana žena in druga žena, in sicer se pokojnina ene vdove deli med obe na enaka dela. Če bi eni od obeh vdov prenehala pravica do pokojnine, ker je n. pr. umrla, gre njen del pokojnine preostali vdovi. V tem primeru bi torej preostala vdova dobila celotno vdovsko pokojnino.

Če pa je zavarovanec ob smrti zapustil več vdov, bodisi iz več svojih razvezanih zakonov ali pa nekaj iz razvezanih zakonov in vdovo iz zadnjega svojega zakona, tedaj se bodo pač vse te vdove obravnavale pri določitvi pokojnine kot ena vdova in se bo potem ta pokojnina razdelila po enakih delih med vse obstoječe vdove. Ko bi potem eni vdovi prenehala pravica do pokojnine, n. pr. zaradi njene smrti, se bo pokojnina ostalim vdovam za njen delež sorazmerno povečala.

Tako je novi zakon bolj pravično rešil vprašanje pokojninske razvezane žene in je tudi njej zagotovil skromna sredstva za preživljanje. Nasprotno pa je ženo iz drugega zakona razvezanega zavarovanca postavil v neugodnejši položaj, ker je po dosedanjih predpisih dobila vso pokojnino le vdova iz zadnje zakonske zveze pokojnega zavarovanca.

Višina pokojnin

Osnova za odmero pokojnine vdovi je višina osebne pokojnine pokojnega zavarovanca, če je bil že upokojen. Če pa še ni bil upokojen, tedaj je osnova za odmero pokojnine vdovi višina osebne pokojnine, ki bi šla pokojniku, če bi bil upokojen z dnem njegove smrti.

Višina vdovine pokojnine je odvisna od tega, ali bo pokojnino prejemala sama ali pa skupno z otroki (zakonskimi, nezakonskimi, posvojenimi, pastorki). Če je vdova po smrti moža zavarovanca ostala sama, ji gre pokojnina v višini 60% pokojninske osnove. Kadar pa gre vdovi pravica do pokojnine skupaj z otroki, se ravna višina pokojnine po številu družinskih članov, ki so upravičeni do pokojnine, in sicer bo znašala pokojnina za dva člana (vdovo in enega otroka) 75%, za tri člane 90% in za štiri člane 100% od osnove za odmero pokojnine, o kateri smo govorili v prejšnjem odstavku.

Po novih predpisih so gornji odstotki višji, kot pa so bili dosedanji, ker je sama vdova prejemala le 55% osnove, medtem ko je znašala pokojnina za dva člana 65%, za tri 80%, za štiri 95% in za 5 ali več članov 100% osnove.

Vpliv zaposlitve vdove na izplačevanje pokojnine

Novi predpisi o vplivu vdovine zaposlitve na izplačevanje pokojnine so veliko ugodnejši za vdovo kot dosedanji. Danes zaposlitev vdove z nepopolnim delovnim časom sploh ne vpliva na izplačevanje njene pokojnine. To se pravi, da prejema vdova ob nepopolni zaposlitvi nezmanjšano pokojnino, ne glede na višino zaslužka.

Če vdova ob času smrti moža zavarovanca zaposlena ali pa se zaposli po smrti s polnim delovnim časom, se izplačuje vdovi 50% pokojnine oziroma 50% njenega dela pokojnine, če prejema pokojnino skupno z otroki. To velja tudi, če začne opravljati samostojni poklic ali drugo samostojno delo.

Ti novi predpisi so za vdovo ugodnejši, ker se je po dosedanjih predpisih vdovi ustavila pokojnina, če se je zaposlila s polnim delovnim časom, če pa je bila zaposlena z nepopolnim delovnim časom, se ji je ustavila pokojnina, če je zaslužek znašal več kot dve tretjini njene pokojnine oziroma če je presegal mesečno din 6000.

Vpliv vdovine poroke na pokojnino

Sklenitev zakonske zveze ne vpliva na pravico vdove do pokojnine, če je vdova že stara 45 let ali če je mlajša kot 45 in si je pridobila pravico do pokojnine zaradi invalidnosti (ker je izgubila nad 75% svoje delovne zmožnosti).

Če pa se poroči vdova, ki še ni stara 45 let, izgubi s poroko pravico do pokojnine, razen če je pridobila pokojnino zaradi invalidnosti. Zakon pa predpisuje, da vdovi, ki še ni stara 45 let, oživi pravica do pokojnine, ki jo je izgubila s sklenitvijo nove zakonske zveze, a je ni pridobila po zakonu iz

druge zakonske zveze, če so ob prenehanju te druge zakonske zveze še vedno podani pogoji za njeno pravico do pokojnine (t. j. da ima otroka mlajšega od 15 let ali otroka starejšega od 15 let, ki je popolno ali trajno nezmožen za delo, ali troje ali več otrok, ki imajo pravico do pokojnine, in tudi izvršuje roditeljsko pravico do teh otrok). Zakon ne govori o tem, iz kakšnih razlogov je prenehala zakonska zveza, kar pomeni, da je zakonska zveza lahko prenehala tako zaradi smrti kakor tudi zaradi razveze ali ker je zakon bil razglašen za neveljavnega.

Tudi ti predpisi glede vpliva vdovine poroke na pokojnino so ugodnejši za vdovo kot dosedanji, ker po teh predpisih je vdova s sklenitvijo zakonske zveze izgubila pravico do pokojnine in ji ta pravica kasneje ni oživila nikoli več.

Beležke

Zdravstvena stanica i

Arh. S. Kliska, Bibl
zavoda za narodno zdr
cena din 200.—

V predgovoru pravi trovič, direktor Zvezr ljudsko zdravje, da na ditve do danes uspelo število različnih ambulantno-polikliničnih in dispanzerskih ustanov. Zapostavljali pa smo vprašanje opreme in organizacijskih oblik. Pri Zveznem zavodu za ljudsko zdravje se je zato ustanovila posebna komisija specializiranih arhitektov in zdravnikov, ki se ukvarjajo z organizacijo in administracijo zdravstvene službe in zdravstvenih ustanov. Delo te komisije je trajalo 3 leta. Na osnovi diskusij in zaključkov so izdelane in v brošuri objavljene skice najboljših rešitev, obenem pa so obrazloženi osnovni elementi zdravstvenih domov in postaj.

Avtor že v uvodu opozarja na nevarnost, da se zaradi hitrega tempa in nujnih potreb zdravstvene službe utegnemo zgraditi oziroma adaptirati objekti, ki bodo morda slabo služili svojemu namenu, potrošila se bodo pa zanje ogromna finančna sredstva. Zato naj bo ob-

vo nekaka izhodna točka, se pri gradnji in organizaciji domov in postaj upoštevajo posebne potrebe.

bravnavata ta knjižica zdravstvenega doma in zdrav-

a postaja, ki se ustanovi na terenu in tam opravlja

zdravstveno službo za eno ali več občin ali gospodarsko organizacijo (podjetje), zajame do 10 000 prebivalcev. Shema za organizacijo zdravstvene postaje večjegega in manjšega tipa nakazuje lokacijo zgradnje, potrebni kader, prostore in stroške, s skicami pa ponazarja funkcionalno povezanost in razporeditev prostorov.

Zdravstveni dom, ki je višje organizirana zdravstvena enota in vrši zdravstveno zaščito preko dispanzerjev in specialističnih ordinacij, ima tudi obširnejši program dela. V tem delu brošura s skicami prikazuje strokovne enote zdravstvenega doma in prostore, ki so tem enotam potrebni, ter celotno mrežo zdravstvene službe v okraju.

Zaključki in mnenja, ki jih komisija za sanitarno arhitekturo objavlja v tej brošuri, bodo lahko v veliko pomoč in

druge zakonske zveze, podani pogoji za njeno 15 let ali otroka starejš ali troje ali več otrok, teljsko pravico do teh prenehala zakonska zveza tako zaradi smrti kak za neveljavnega.

Tudi ti predpisi g za vdovo kot dosedan zveze izgubila pravico več.



zakonske zveze še vedno ima otroka mlajšega od trajno nezmožen za delo, e, in tudi izvršuje roditelj, iz kakšnih razlogov je a zveza lahko prenehala je zakon bil razglašen

pokojnino so ugodnejši a s sklenitvijo zakonske kasneje ni oživela nikoli

Beleške ob knjigah

Zdravstvena stanica i dom zdravlja

Arh. S. Kliska, Biblioteka Saveznog zavoda za narodno zdravlje, 46 strani, cena din 200.—

V predgovoru pravi dr. Borislav Petrovič, direktor Zveznega zavoda za ljudsko zdravje, da nam je od osvoboditve do danes uspelo osnovati veliko število različnih ambulantno-polikliničnih in dispanzerskih ustanov. Zapostavljali pa smo vprašanje opreme in organizacijskih oblik. Pri Zveznem zavodu za ljudsko zdravje se je zato ustanovila posebna komisija specializiranih arhitektov in zdravnikov, ki se ukvarjajo z organizacijo in administracijo zdravstvene službe in zdravstvenih ustanov. Delo te komisije je trajalo 3 leta. Na osnovi diskusij in zaključkov so izdelane in v brošuri objavljene skice najboljših rešitev, obenem pa so obrazloženi osnovni elementi zdravstvenih domov in postaj.

Avtor že v uvodu opozarja na nevarnost, da se zaradi hitrega tempa in nujnih potreb zdravstvene službe utegnemo zgraditi oziroma adaptirati objekti, ki bodo morda slabo služili svojemu namenu, potrošila se bodo pa zanje ogromna finančna sredstva. Zato naj bo ob-

javljeno gradivo nekaka izhodna točka, ob kateri naj se pri gradnji in organizaciji zdravstvenih domov in postaj upoštevajo njih specifične potrebe.

V celoti obravnava ta knjižica problematiko zdravstvenega doma in zdravstvene postaje.

Zdravstvena postaja, ki se ustanovi na določenem terenu in tam opravlja zdravstveno službo za eno ali več občin ali gospodarsko organizacijo (podjetje), zajame do 10 000 prebivalcev. Shema za organizacijo zdravstvene postaje večjega in manjšega tipa nakazuje lokacijo zgradnje, potrebni kader, prostore in stroške, s skicami pa ponazarja funkcionalno povezanost in razporeditev prostorov.

Zdravstveni dom, ki je više organizirana zdravstvena enota in vrši zdravstveno zaščito preko dispanzerjev in specialističnih ordinacij, ima tudi obširnejši program dela. V tem delu brošura s skicami prikazuje strokovne enote zdravstvenega doma in prostore, ki so tem enotam potrebni, ter celotno mrežo zdravstvene službe v okraju.

Zaključki in mnenja, ki jih komisija za sanitarno arhitekturo objavlja v tej brošuri, bodo lahko v veliko pomoč in

zanesljivo orientacijo pri delu oziroma gradnji in organizaciji zdravstvenih ustanov — zdravstvenih domov, postaj, dispanzerjev, posvetovalnic ambulant, obratnih ambulant, laboratorijev, prostorov za administracijo itd.

N. J.

VESTNIK

Sveta za zdravstvo in socialno varstvo LRS

prinaša v lanskih številkah 9—10 in 11—12 vrsto važnih pravilnikov, odločb in navodil za zdravstveno službo.

V 9. in 10. številki je objavljena: »Organizacija službe za rehabilitacijo invalidov v Sloveniji.« Tu se obravnavajo splošna načela te službe, omrežje zavodov, zadevna služba v LRS in pomoč službi za rehabilitacijo. Objavljen je pravilnik o nalogah, notranji ureditvi in delu zdrav. strokovnih enot za zdravstveno varstvo žene, otrok in šolske mladine v zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o vojaških vojnih invalidih, navodilo o finansiranju in finančnem poslovanju finančno samostojnih zdravstvenih zavodov ter pojasnila oziroma odgovori na razna vprašanja s terena.

V štev. 11—12 so ponatisnjeni referati s posvetovanja zdravnikov in upravnikov bolnišnic v Dobrni. Referati razpravljajo o odnosih do bolnika s stališča zdravnika in s stališča medicinske sestre, o problemu prehrane v bolnišnicah in o posebni problematiki dietetne prehrane. Nadalje je objavljen zakon o zasebni zdravniški praksi v Sloveniji, pravilnik o zdravstvenih obiskih zdravnikov zdravstvenih domov in postaj na bolniškem domu. V »Navodilih in pojasnilih« pa je tudi v tej številki vse polno informacij, ki bodo v korist slehernemu zdravstvenemu delavcu, pa naj opravlja svojo službo kjerkoli.

N. J.

SOCIALNA POLITIKA

Mesečnik za socialno-ekonomska pitanja, izdaja Jugoslovenski nacionalni odbor za socialni rad, Beograd, Moše Pi-jade 14, letna naročnina din 1500.—

Mesečnik je ves posvečen socialno ekonomskim vprašanjem naše družbene stvarnosti in praktično obravnava aktualna vprašanja socialne politike, organizacijo socialnega varstva in socialnega dela v celoti.

Članki obravnavajo delovne odnose, socialno zavarovanje, življenjski standard, demografske in zdravstvene probleme prebivalstva, družbeno varstvo družine in mladine, invalidov ter vsa druga aktualna vprašanja s socialno-ekonomskega področja.

Beleške obravnavajo socialno zaščito v drugih državah in mednarodno aktivnost na socialno-ekonomskem področju.

Priloge iz prakse socialne zaščite. Pod tem poglavjem se komentirajo novi predpisi in njih spremembe v praksi ter dajejo napotki za praktično delo. V statističnih pregledih pa se objavlja statistično gradivo, ki je osnova za socialno-ekonomsko analizo.

Poleg tega mesečnik redno objavlja seznam naših zakonskih predpisov, obenem pa tudi bibliografijo važnejših domačih in tujih publikacij s tega področja.

Revija s svojo bogato in pestro vsebino nudi veliko pomoč pri vsakdanjem reševanju socialno-ekonomskih in medicinskih vprašanj.

N. J.

HIGIENA STANOVANJA IN NASELJA

Spisal Bogdan Teodorović, izdal Institut za higijenu rada, Zagreb, 124 strani, cena din 360.—

Uvodoma pravi avtor knjige, da je sodobna koncepcija stanovanja zdravstvena in tehnična. Zato je higiena sta-

novanja in naselja postala v mnogih državah predmet študija za specializacijo iz sanitarne tehnike in je ta problem izredno važen za vse zdravstvene delavce, ki delajo v preventivni medicini.

Knjiga Higiena stanovanja in naselja je prvi poizkus, da se ta sicer tehnična domena sistematično obdela tudi s higienskimi vidikov.

Principe zdravega stanovanja je prvi postavil Komite za higieno stanovanja v Ameriškem društvu za ljudsko zdravje leta 1930. Postavil je 30 temeljnih načel, s katerimi je zajeto vse, kar kolikoli smatramo za važno v higieni stanovanja. V skupinah zajemajo ta načela:

- temeljne fiziološke potrebe,
- temeljne psihološke potrebe,
- zaščito pred okužbo in
- zaščito pred nevarnostmi.

V tem smislu je razdeljena in obravnavana vsa snov v prvem delu knjige.

V zvezi s fiziološkimi potrebami obravnava avtor vlogo gradnje, cestne jarke, razsvetljavo (dnevno, umetno bleščanje), zaščito pred ropotom in prostor za otroška igrišča.

Pri psiholoških potrebah navaja potrebo po izolaciji, pogoje za normalno življenje družine in skupnosti, olajšave za delo v gospodinjstvu, čistočo stanovanja in ljudi ter ureditev stanovanja

v estetskem pogledu. Zaščita pred okužbo v stanovanju zajema higiensko neoporečno oskrbo z vodo, stranišče, kanalizacijo, higiensko okolico stanovanja, vprašanja mrčesa in golazni, ukrepe proti kvarjenju živil v stanovanju in vprašanje kubature glede na različno infekcijo.

V poglavju o preprečevanju nezgod v stanovanju obravnava varnost stavbe, ukrepe proti požaru, zaščito pred električnimi in plinskimi nevarnostmi, mehanske poškodbe v stanovanju in nevarnost avtomobilskega prometa v okolici stanovanja.

Drugi del knjige po istih načelih razpravlja o higieni naselja. Avtor knjige pravi, da se stanovanje ne more obravnavati ločeno od naselja. Zato mora biti okolica stanovanja urejena po higienskih načelih, ki so pogoj za higiensko bivanje.

V tem delu knjige so upoštevani vsi momenti za lokacijo zgradbe in zasedbo terena ter vse vrste komunalnih naprav in zaščitnih ukrepov pred okužbo in mrčesom.

Knjiga je sicer mišljena kot priročnik za študente medicine in tehnike, vendar pa bo po svoji aktualni vsebini dobrodošla vsem zdravstvenim delavcem na področju preventivne medicine.

N. J.

ČE ZDRAVNIK ODREČE POMOČ

Nedavno tega je kazenski senat v Zahodnem Berlinu potrdil obsodbo nekega zdravnika. Obsojenec je moral odsedeti šest mesecev zaporne kazni. Kaj je neki zakrivil?

Neko noč, ko je imel obsojeni zdravnik dežurno službo v nekem berlinskem predmestju, je prišel k njemu mož in ga prosil, naj bi obiskal njegovo bolno ženo. Čeprav mu je natanko opisal njena bo-

lezenska znamenja, je zdravnik odklonil obisk na domu, češ da ima žena bržčas želodčni in črevesni katar. Možu je dal neke tablete in mu naročil, naj daje ženi obkladke na trebuh. Naslednje jutro je tridesetletna žena, mati dveh otrok, umrla zaradi izkrvavitve po raztrganju jajcevoda v izvenmaternični nosečnosti. Pri sodni obdukciji so ugotovili, da bi to ženo z operacijo še lahko rešili.

M. K.

SOCIALNOMEDICINSKI NAPORI V BOJU PROTI SLADKORNI BOLEZNI V ZDA

Dr. Mirko Karlin

Spričo visokega števila diabetikov v ZDA, ki je doseglo že 2%, se tamkajšnji zdravniki popolnoma zavedajo pomena, ki ga ima sladkorna bolezen za ljudsko zdravje. Glavni nosilec in organizator boja proti sladkorni bolezni v ZDA je »Ameriško združenje proti diabetesu« (American Diabetes Association), ki ga je že leta 1940 ustanovila prizadevna skupina zdravnikov. Ta ADA je edino narodno združenje te vrste v vsej državi; zato se ji tudi vse ostale skupine, ki se zanimajo za vprašanje boja proti diabetesu, podrejuje ne samo glede strategije, marveč tudi glede taktike ukrepov, ki naj bi jih uporabili v boju zoper to bolezen.

ADA, ki močno vpliva na javno življenje v državi, ima 1500 članov, zvečine zdravnikov; kajti le zdravniki so lahko aktivni člani tega združenja. Nezdravniki (laiki), ki sodelujejo pri delu tega društva, so le prideljeni člani. Glavno duštvo ima 31 krajevnih podružnic, od katerih ima vsaka po dva odseka: v prvem so sami zdravniki, v drugem pa laiki, ne le diabetiki, marveč ljudje nasploh, ki se iz katerihkoli vzrokov zanimajo za boj proti sladkorni bolezni.

Združenje proti diabetesu ima naslednje namene:

1. Izslediti čim več doslej neznanih diabetikov.
2. Skrbeti za bolnike s sladkorno boleznijo.
3. Podpirati nadaljnje izobraževanje zdravnikov, ki zdravijo diabetike.
4. Pospeševati znanstvena raziskavanja sladkorne bolezni.

5. Poučevati množice o pomenu diabetesa.

Predsedniku glavnega združenja stoje ob strani še številni odseki, ki skrbijo za to, da bi programi društva ne ostali samo na papirju, marveč da bi se dejansko tudi uresničili. Naštetimo nekaj takšnih komitejev: odsek za vzgojo, za izsledovanje neznanih bolnikov, za dajanje informacij, komite za živila in prehrano, za nadaljnjo izobrazbo zdravnikov, za znanstveno raziskavanje, za počitniške kolonije diabetičnih otrok, za publicistično, za statistiko, za izdelavo programa, za zdravila in odsek za podružnice društva. Vsak komite vodi po več zdravnikov, ki so na tem področju posebno izkušeni. Organizatorično in tehnično delo tega obširnega aparata vodi upravni ravnatelj. On je edini predstojnik v ADA, ki ni zdravnik. Le-ta ima v središču New Yorka veliko pisarno s celim štabom nameščencev.

V ZDA je po mnenju strokovnjakov 1—1.5 milijona znanih diabetikov, pa še kakšen milijon neznanih bolnikov. Zato je glavna naloga ADA, da izsledi čimprej in čim več diabetikov, ki se svoje bolezni še ne zavedajo, in jim na ta način izboljša bodočo usodo.

Vrhunec svojega dela doseže ADA s široko zasnovano **iskalno akcijo**, ki se vsako leto meseca novembra ponavlja kot **teden diabetikov**. Za to priliko izdaja ADA po cele serije brošur in jih v velikih nakladah razdeljuje po podružnicah. V teh brošurah je govora o smotni organizaciji in o učinkoviti izvedbi programa. Pri tem se centralno društvo prvenstveno opira na krajevna zdravniška društva, ki imajo zvečine že svoj odsek za diabetes. Le-ta osebno pozove vse zdravnike, naj v tednu zoper sladkorno bolezen brezplačno pregledujejo seč na sladkor. Obenem pozivajo na so-

delovanje vse organizacije, skupine in obrate. Pri tej akciji aktivno sodelujejo zlasti **Rdeči križ**, sestrške družbe, bolnice, laboratoriji, zdravstveni uradi, šole, verske skupine, ženska društva, razni klubi itd. Le-ti sodelujejo pri tehnični izvedbi akcije ali pa pozivajo svoje člane, naj si v tednu diabetikov dajo preiskati seč. Župani, deželni predstojniki in višji funkcionarji pa v tem tednu izdajajo proglose na ljudstvo. ADA si v tej kampanji na široko pomaga tudi s tiskom, radiom, televizijo, filmom, plakati, brošurami, letaki in drugimi propagandnimi sredstvi. Udeležba pri tej akciji je skoz in skoz prostovoljna. Pregledovanje urina na sladkor je organizirano prav po ameriškansko širokopoletno. Tako omogočajo n. pr. vsakemu državljanu, da po priloženih cevčicah in kemikalijah sam pregleda seč na svojem domu ali da ga pregleda zdravnik v ordinaciji, lahko pa ga pošlje tudi v zbiralne preiskovalne centre, ki jih organizirajo po šolah, poštah, policijskih revirjih, postajah požarne brambe, po ambulancah, medicinskih preiskovalnih uradih in podobno. Če je kakšen urin pozitiven, pregledajo tistemu bolniku tudi še krvni sladkor. Pri teh akcijah zajamejo po več milijonov ljudi in izsledijo za poldrugí odstotek novih diabetikov.

Razen preiskave seča ima »teden diabetesa« tudi še namen, da poučuje ljudstvo o sladkorni bolezni. Zato v tem tednu prirejajo razstave, radijska in televizijska predavanja ter pišejo članke po časopisih. Program teh prireditev je zelo pester: Poljudnoznanstvene teme, kratke zgodbe, dialogi, intervjuji z znanimi diabetiki. Pri tem sodelujejo pomembni znanstveniki, napovedovalci, igralci, pa še kakšen popularni diabetik. Zaradi vsega tega je poprečni Amerikaneec dobro poučen o bistvu sladkorne bolezni in gleda nanjo brez predsodkov.

ADA izdaja tudi knjige o diabetesu za zdravnike in dva strokovna časopisa za specialiste. Pri teh izdajah sodelujejo

največji znanstveniki s tega področja medicine. Obenem podpirajo tudi izdajanje informativnega lista za spodbudo in pouk bolnikom (v 30 000 izvodih).

ADA prireja tudi izobraževalne tečaje za zdravnike na najvišji stopnji.

ADA že dolga leta organizira počitniške kolonije za diabetične otroke, ki nudijo udeležencem kar največ udobnosti in možnosti vsakovrstnih telesno-vzgojnih udejstvanj in razvedril. Takšna taborjenja (CAMPS) trajajo po 4 do 8 tednov in prav ugodno vplivajo na manjvrednostni občutek diabetičnih otrok, obenem jim olajšujejo vstop v življenje, ki ga obremenjuje ta kronična presnovna bolezen.

ADA organizira tudi številne, zelo dobro obiskane tečaje za kuhanje dietne hrane. Za dietetično vzgojo diabetikov skrbe tudi številne posvetovalnice za diabetično dieto in prehrano.

Omeniti moramo tudi še zavarovalne družbe, ki iz svojih sredstev izdajajo poučne spise za izobrazbo diabetičnih bolnikov ter dragocene statistične podatke za zdravnike. Največja ameriška zavarovalna družba je za bolnike s sladkorno boleznijo dala izdelati tudi poučen barvni film.

Vsa ta ogromna denarna sredstva, ki jih ima na razpolago ADA, pritekajo društvu samo iz prostovoljnih prispevkov državljanov in iz testamentarnih volil. Podoba je, da za takšne dobrodelne namene Amerikanci prav radi malo globlje sežejo v svoj žep.

Iz opisanega bi se tudi naši zdravniki in diabetiki mogli marsikaj naučiti. Organizatorji pri nas že vpeljanih »tednov« pa bi v organizaciji ADA imeli lep vzgled in koristno spodbudo.

Pisec tega poročila meni, da bi tudi naši diabetiki že prej imeli podobno organizacijo, če kruta smrt ne bi tako zgodaj ugrabila našega najprizadevnejšega diabetologa prof. dr. **L. Merčuna**.

Naj mu bodo te vrstice v blag spomin!

OBDOJENI KIRURG IN INSTRUMENTARKA

Dogodilo se je takole:

Znani münchenski kirurg prof. **Friedrich Schörcher** je lansko leto v neki privatni kliniki hotel napraviti nekakšno lepотно operacijo. Sestra, ki mu je pomagala pri operaciji, mu je namesto novokaina v brizgo napolnila razkužilo cefiro, ki ga je imela skoraj v enaki steklenici. Bolnica je zaradi tega umrla.

Na prvi razpravi je sodišče kirurga in njegovo sestro spoznalo za kriva in ju je obsodilo na občutno kazen. Tudi drugostopno sodišče je to obsodbo potrdilo.

Ob tem dogodku je šlo za vprašanje, ali se operater lahko zanese na sestro, ki mu pomaga pri operaciji. Večina strokovnjakov je pred sodnijo izjavila, da naj bi se kirurg pred operacijo skoncentriral samo na operativni poseg, ki naj bi ga izvedel; pripravljala dela pa naj bi zaupal sestri. Vendar je sodišče izjavilo, da je treba zdravniško »dolznostno skrb« raztegniti tudi na nadzorstvo nad pripravami za operacijo.

Spričo tega dogodka so se 14. XII. 1957. sestali vsi predstojniki zahodnonemških kirurških klinik, kjer so najprej enoglasno izrazili sožalje nad obsojenim profesorjem, potem pa so predlagali naslednje ukrepe:

1. Treba je izboljšati telesno-duševno kondicijo »operacijskih sester,« ki prevzemajo takšno odgovornost.

2. Ustanoviti bi morali šole za »operacijske sestre« (instrumentarke) z zaključnim izpitom in s podelitvijo posebne diplome.

3. Za te sestre naj bi izdali posebne učbenike.

4. Sodnikom in tožilcem naj bi dali priložnost, da si osebno ogledajo poln »operacijski obrat« neke klinike.

M. K.

BOLNIKI IN POTOVANJE Z LETALI

Zdravstveni ravnatelj Ameriške zračne linije **K. L. Stratton** je že pred nekaj leti izdal navodila glede prevažanja bolnikov po zraku. Iz tega poročila povzemamo naslednje:

Samo malo bolezenskih stanj je, pri katerih bolnikom ni dovoljeno potovanje z letali. Čeprav v zadnjem času lahko zračni pritisk že močno izravnajo, vendar v avionih še ni mogoče govoriti o popolnem izenačenju. Tako je mogoče v sodobnih potniških letalih zračni pritisk v višini 4000 m izenačiti s pritiskom, ki je v višini morja; zračni pritisk v aeroplanu, ki leti v višini 6000 m, pa je še vedno enak pritisku, ki nekako ustreza višini 1500 m. Po uredbi mora biti sicer v vsakem potniškem letalu bomba s kisikom, vendar le-ta še ne zadostuje n. pr. za bolnika, ki bi moral ves čas vožnje vdihavati kisik. Zato priporoča omenjena letalska družba, da si takšni bolniki sami priskrbe zadostno zalogo kisika.

Osebe s hudim nahodom ali z infekcijami v nosu in v požiralniku naj bi šle na potovanje z letalom šele takrat, ko je sluznica omenjenih votlin zopet normalna; sicer bi tvegale, da zaradi zamašitve ušesne troblje dobe vnetje srednjega ušesa.

Bolnikom s hibami srčnih zaklopk, če so kolikor toliko izravnane (kompenzirane), letenje ni prepovedano. Isto velja tudi za bolnike s povečanim krvnim pritiskom. Bolnikom s svežim infarktom srčne mišice ali s trombozo koronarnih arterij pa letenje ni dovoljeno.

Astmatiki lahko gredo na daljše potovanje z letali; bolnikom z bronhiektazijami (razširjenimi bronhi) pa se bolezen lahko poslabša. Bolnikom, katerim so izrezali pljučni reženj (po lobektomiji), ali ena pljuča (po pnevmonektomiji), dela letenje težave, vsaj dokler ni preteklo 3 mesece po operaciji. Tuberkuloznim bolnikom, ki dobivajo pnevmoto-

raks, tudi ni priporočljivo daljše letenje z letalom.

Slabokrvni bolniki dobro prenašajo potovanje z aeroplanom, diabetiki pa morajo na pot vzeti inzulin in kakšno zdravilo zoper »zračno bolezen« (slabost med vožnjo).

Noseče žene do 8. meseca se lahko odpravijo na daljšo pot po zraku; vendar večina zračnih družb terja od nosečnic, da prinesejo s seboj zdravniško potrdilo, da vsaj tri dni po pristanku še ni pričakovati poroda.

Duševno bolni, ki so zmedeni ali nemirni, so izključeni od vožnje z letali; epileptiki pa slabo prenašajo vožnjo po zraku in lahko dobe več božjastnih napadov.

Tudi bolniki s krvavečim čišrom na želodcu naj bi se ne vozili z letali; prav tako tisti, ki so bili pred kratkim operirani na želodcu.

Na koncu poročila pravi glavni zdravnik Ameriške letalske družbe, da je število smrtnih primerov med vožnjo po zraku sorazmerno majhno. Tako je na pr. od 6 milijonov zdravih in bolnih potnikov, ki jih je ta družba leta 1953 prevozila, v zraku umrlo samo 5 bolnikov.

M. K.

DELOVNI ČAS SESTER PO BOLNIŠNICAH JE V RAZNIH DRŽAVAH PRAV RAZLIČEN

Po poročilu Zvezne zdravniške zbornice v Kölnu je predpisan delovni čas za bolniške sestre v Zahodni Nemčiji 54 ur na teden. Medtem ko delajo sestre v ZDA samo po 40 ur na teden, je ta čas v Franciji odmerjen na 45 ur, v večini evropskih dežel pa na 48 ur. Samo v Avstriji delajo sestre po 60 ur na teden.

M. K.

PRAVICA DO ZDRAVJA SI UTIRA POT

Po ustavi Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje ena izmed osnovnih pravic slehernega človeka. Žal uživa to pravico dandanes še vse premalo ljudi. Taka je resničnost okoli nas, velja pa tudi za daljne dežele. Toda naj bo ravnotežje med zdravjem in boleznijo nekaj še tako nestalnega, ta »pravica« — ki jo je slovesno priznalo 88 držav, ko so podpisale ustavo Svetovne zdravstvene organizacije — je več kot želja, je več kot zahteva. In če pogledamo za nekaj let nazaj, mislim, da lahko potrdimo, da se je ideja pravice do zdravja že močno uveljavila.

Predvsem je ta ideja danes zastavljena bolj na široko kakor nekoč. Malo razumnih ljudi bi se upalo trditi, da mora ta ali oni narod še nadalje živeti v revščini in pod jarmom bolezni. Tudi brezbrizen odnos do bolezni ni več mogoč, kajti na marsikatera, še včeraj nerešljiva vprašanja imamo danes odgovor. Po drugi strani pa je pravica do zdravja zadobila svoj pomen za mnogo ljudi širom po svetu in bilo je veliko prav resnega prizadevanja, da bi jo uveljavili. Navedli bi lahko številne vzglede. Toda govoril bom tu le o naporih, ki so v Evropi bili posvečeni preprečevanju bolezni. Zdravstvena služba, zdravniki, zdravstveno osebje nasploh in tudi široke množice, vsi sodelujejo pri tem. Ne mislim tu le na klasične metode preprečevanja, kot so zaščitna cepljenja ali zatiranje vektorjev, n. pr. mrčesa in golazni, ki prenaša povzročitelje nevarnih bolezni. V zadnjih letih pa se preventiva uveljavlja tudi v preprečevanju genetičnih (vrojenih in prirojenih) obolenj. Po sodobnih metodah je mogoče odkriti tudi skrite nosilce genetičnih obolenj in preprečiti prenašanje le-teh na potomstvo. To so področja, na katerih je Evropa dosegala vedno nove uspehe. Mislim tudi na preprečevanje v

območju duševnih motenj in kroničnih bolezni. Z vidika preprečevanja pridejo v poštev tudi nujni problemi, kot so pogostne nesreče in pa onesnaženost vode in zraka. Razen tega pa spoznanje, da je onesnaženost zraka in vode problem zdravja — in ta resnica je danes tako razširjena, kot je onesnaženje samo — mar ni že samo to preventivna dejavnost?

Seveda je veliko težav, kar se tiče osnovnih raziskav, praktične uporabe pridobljenih spoznanj, izboljševanja zdravstvene službe in oblikovanja ter usposabljanja osebja. Toda spodbudna je že ugotovitev, da je mednarodna zdravstvena dejavnost v Evropi preteklo leto dobila nove sile, odkar je več držav članic, ki prej niso sodelovale, spet poprijelo za delo pri Svetovni zdravstveni organizaciji. To se kaže v vse hitrejšem posredovanju idej in poročanju preko meja, kakor tudi v tem, da v večji meri dajejo na razpolago pokrajinska denarna sredstva. Upajmo, da ne bo ostalo samo pri tem in da bodo že doseženim sledili še novi uspehi, da se bo idejni osnutek temeljne pravice slehernega človeka do zdravja razvijal še naprej, dokler ne postane živa resničnost!

Ob deseti obletnici Svetovne zdravstvene organizacije

Dr. Paul J. J. van de Calseyde,
pokrajinski direktor za Evropo

NOVA PRIPRAVA ZA CEPLJENJE BREZ IGLE

Vojaški zdravniki ameriške vojske v Nemčiji so pred kratkim prvič začeli uporabljati cepilno pripravo v obliki pištole. Z njo lahko brez vboda spravijo cepivo pod kožo samo s pritiskom. Ker ni treba prekuhavati in izmenjavati igel, so s to pištolo zoper gripo in otroško paralizo cepili po 400 vojakov na uro.

M. K.

NOV TERMOMETER ZA MERJENJE TELESNE TOPLOTE

Pred kratkim je severnoameriški zobozdravnik dr. G. T. Perkins skonstruiral termometer, ki se imenuje »Swiftem«. Z njim lahko že v petih do sedmih sekundah po začetku merjenja »odberemo« telesno toploto. Pri tem novem toplomeru gre za priročni elektrotermometer, ki bo močno-olajšal množinsko merjenje temperature po bolnišnicah.

M. K.

FLUORIRANJE PITNE VODE JE UČINKOVIT PRIPOMOČEK PROTI ZOBNI GNILOBI

Posebni odbor Svetovne zdravstvene organizacije, ki je obravnaval preprečevanje zobne gnilobe, je zdaj objavil svoje zaključke. V poročilu poudarja, da je dodajanje fluora k pitni vodi praktično in brez nevarnosti.

To poročilo temelji na več kot sto fluorizacijah pitne vode v 17 državah. V nekaterih deželah fluorizirajo že dvajset let. Rezultati raziskovanja so zelo enotni: V krajih s fluorizirano pitno vodo se je zobna gniloba pri stalnih zobeh otrok zmanjšala za 60%; pri mlečnih zobeh pa za 50%. Pri odraslih je zobna gniloba nazadovala za celo tretjino. Vode z naravnim in takšne z umetno dodanim fluorom delujejo enako, če vsebujejo enako mero fluora. Dodajanje tisočinke fluora zadostuje.

Kakšne okvare zdravja zaradi fluoriranja vode niso opazili. Celotno tam, kjer ima voda toliko naravnega fluora, da nastajajo pege na zobni sklenini, tudi v več generacijah niso mogli dognati nobenih škodljivih vplivov.

Dolgoletni poskusi, da bi drugače preprečili zobno gnilobo, so se izjalovili.

M. K.