

Nesreče v Sloveniji*

Dr. Boga Škrinjar

Mednarodni dan zdravja, kateremu je vsako leto posvečen 7. april, pomeni obletnico tistega dne, ko je bila leta 1948 sprejeta ustava Svetovne zdravstvene organizacije. Letos je ta dan posvečen nesrečam in njihovemu preprečevanju, pač z namenom, da opozorimo, da je nezdod vsako leto več, da je problem resen in da so varnostni ukrepi za njih preprečevanje še vedno nezadostni.

Poškodbe, kot nasledek prometnih, obratnih nezgod, nesreč pri igri, športu in v drugih nesrečnih primerih, so eden prvih problemov, s katerimi se dan na dan srečuje zdravstvena služba, tako v ordinacijah splošnih ambulant, poliklinik in obratnih ambulant kakor tudi v bolniških sobah na nezdodnih oddelkih posameznih bolnišnic. Razen tega so poškodovanci — z izjemo bolnikov, ki bolehalo na dihalih — tudi najštevilnejši gostje naših ambulant. Saj je bilo lani pri ambulantnem zdravniku v celoti nad 100 000 poškodovancev. Sleherni od teh se je povprečno še 3-krat oglasil v ambulanti. V bolnišnico je bilo sprejetih na zdravljenje med letom 21 632 poškodovancev. Ker traja zdravljenje poškodb povprečno 10 dni, je dnevno v naših bolnišnicah na zdravljenju približno 600 poškodovancev. Z drugimi besedami bi to pomenilo, da bi n. pr. dve dokaj veliki bolnišnici, kot sta n. pr. v Brežicah in Vipavi, vse leto služili samo za zdravljenje poškodovancev.

Tudi pri izpadu delovnih dni zaradi bolezni so poškodbe na enem prvih mest. Lani smo izgubili zaradi poškodb 1 683 000 delovnih dni. Ali z drugimi besedami: dnevno je zaradi poškodb v Sloveniji nesposobnih za delo približno 4600 delavcev. Približno toliko, kolikor jih je skupno zaposlenih v tovarnah »Tiskarina v Kranju« in »Litostroj — Ljubljana«. Torej toliko poškodovancev, da bi se zaustavilo v obeh tovarnah delo za vse leto! Ob tej primerjavi si pač lahko mislimo, kolikšno gospodarsko škodo nam prizadevajo nezdode pri delu.

| Poškodbe | 1953 | 1957 | 1959 |
|--|--------|---------|---------|
| Število nezgod, zdravljenih v ambulanti | 96 441 | 147 425 | 199 575 |
| Poškodovanci, zdravljeni v bolnišnici | 14 085 | 18 624 | 19 812 |
| Od prej navedenih poškodovancev, ki so se zdravili v bolnišnici, je bilo otrok, zdravljenih v bolnišnici | 3 178 | 4 191 | 4 189 |
| Umrli zaradi nezgod | 1 006 | 1 197 | 1 394 |
| Nesreče pri delu | 36 428 | 47 980 | 54 363 |
| Nesreče — delavcev izven dela | 14 530 | 24 761 | 37 830 |

* Za letošnji Svetovni dan zdravja objavljamo tri prispevke, da bi medicinskim sestram služili za pripomoček bodisi pri predavanjih higijene po šolah, tečajih prve pomoči, tečajih za usposabljanje laičnega kadra v ustanovah stanovanjskih skupnosti, pri splošno prosvetnem delu v posvetovalnicah in pri obiskih na domovih varovancev. — Op. ur.

Poškodbe pomenijo velik problem tudi v drugih skupinah prebivalstva. Poškodbe so pri malih, predšolskih in šolskih otrocih najpogostnejši vzrok smrti. Pri vseh skupinah prebivalstva pa zaradi nasilne smrti umre več ljudi kakor zaradi vseh infekcijskih obolenj, tuberkuloze, bolezni prebavil in še mnogih drugih obolenj. Edinole bolezni srca in ožilja, maligne novotvorbe in bolezni dihal so med vzroki smrti zastopane pogosteje kakor primeri nasilne smrti.

Poškodbe pa iz leta v leto še naraščajo! Zlasti obratnih in prometnih nezgod je vsako leto znatno več. Za obratne nezgode krivimo pri nas naraščajočo industrializacijo, vendar pa pri nas samo obratne nezgode onesposablajo za delo toliko aktivnih zavarovancev, kot jih v mnogih drugih državah onesposobijo vse bolezni s poškodbami vred. Tudi naraščajoči promet ne opravičuje tolikšnega porasta prometnih nezgod, če primerjamo naše številke s številkami drugih držav.

Kljub temu pa pri nas vprašanju nesreč nismo posvetili tiste pozornosti, kot smo jo posvetili marsikateri drugi, manj pogostni bolezni. Še vedno pre-pogosto govorimo o nezgodi kot o nesrečnem slučaju, ne da bi se ob tem »slučaju« zares poglobili tudi v iskanje vseh vzročnih činiteljev tega nesrečnega dogodka. Če je »slučaj« po svoji naravi usodnejši, se ob njem sicer res pomudimo nekoliko dlje, kaj malo pa ukrenemo, da bi preprečili slične dogodke v prihodnosti. In vendar lahko, kadarkoli se poglobimo v preprečevanje nesreč, bodisi prometnih ali obratnih nesreč, nesreč pri igri ali pri gospodinjskih delih, skoraj brez izjeme vselej najdemo tudi način in pot, kako zmanjšati njih število ali ublažiti njih posledice.

Zadnji čas je, da pričnemo s sistematičnim delom. Res je, da se problema nezgod tudi doslej nismo lotevali samo z golim evidentiranjem nezgod, toda naše preventivno delo je treba še bolj poglobiti. Proučevati je treba vzrok vsake nezgode, rezultate proučevanja pa izkoristiti v vsakdanjem življenju. Poglobiti moramo skrb za vzgojo ljudi in odpravljati s tem subjektivne kompetente nezgod. Vzgajali bomo otroka, mater, gospodinjo doma, šoferja, industrijskega delavca, kmeta, šolarja in pešca na cesti. Treba pa je poglobiti tudi skrb za odstranitev objektivnih činiteljev, ki jih bomo odkrili pri proučevanju nezgod. Lep primer za uspeh preventivnega dela je lanskoletna akcija za znižanje prometnih nezgod. Kljub zvišanemu številu motornih vozil se je število prometnih nezgod relativno zmanjšalo. Preprečevanje nezgod seveda pa ni le naloga uslužbencev določene službe, niti ne samo dolžnost zdravstvenih delavcev ali učitelja v šoli ali pa samo prometne milice. Preprečevanje nezgod je dolžnost vsakogar od nas. Šele če bomo zares vsi sprejeli to nalogo za svojo dolžnost, bodo številke, ki nam govorijo o tem problemu in nas po pravici navdajajo s skrbjo, kmalu pokazale tudi uspeh našega skupnega in načrtnega dela.

SOCIALNI FAKTORJI NESREČ

Otrok, ki je vključen v neko skupino in ima med vrstniki pri igri svoje mesto, je v primeri z drugimi manj v nevarnosti, da ga doleti nezgoda. Tudi med od-

raslimi medsebojno sodelovanje bolje pripomore k preprečevanju nesreč kakor pa vzdušje tekmovanja. Prav zato so že v mnogih deželah uvedli tako imenovane kampanje za »vljudnost na cesti«.

Kako se obvarujemo nesreč v domači hiši

(Ob svetovnem dnevu zdravja)

Nesreče nam ne groze samo na cesti ali pri delu v tovarni in na polju, tudi doma, pri povsem vsakdanjih opravilih, smo izpostavljeni najrazličnejšim nesrečam. Posebej velja to za gospodinje, njihove pomočnice in pa otroke. Danes, ko mnogo gospodinjskih del opravljajo tudi že stroji, pa je nesreč v gospodinjstvu vedno več. V Ameriki se v domači hiši ponesreči več ljudi kakor pa pri delu ali na cesti in tudi pri nas so nesreče v gospodinjstvu že na visokem mestu.

Največkrat sta nezgod v gospodinjstvu kriva nepremišljenost in pa lakomiselnost. Le pogledjmo, kako je s to stvarjo:

Stopnice v klet in podstrešje so največkrat le slabo razsvetljene ali pa sploh ne. Če razen tega na stopnicah niti ni ograje ali pa kdo pusti na njih vedro umazane vode, metlo, umazane čevlje, smetišnico ali kaj podobnega, se kaj hitro lahko prekucnemo, zlomljena roka ali noga v mavcu pa nas bo nekaj tednov molče spominjala na to nepremišljenost.

Zgodi se pa, da na kakšno stopnico včasih tudi pozabimo ali jo prezremo. V slabo razsvetljenem hodniku se kaj lahko zgodi, da stopimo v prazno ali zadenemo ob stopnico in že smo na tleh. Hudo je lahko že, če smo praznih rok, kaj šele, če nesemo v pralnico vedro vroče vode ali pa prenašamo kako drugo težko breme?

Tudi gremo iz lakomiselnosti in nepremišljenosti v klet ali v podstrešje dostikrat kar z nezavarovano svetilko. Ker nam bolj slabo sveti, se lahko kam zadenemo in prekucnemo. Če se pri tem svetilka razbije in petrolej razlije po tleh, je požar neizbežen.

Precej stanovalcev že si je polomilo noge ali pa jih je doletela kaka druga, tudi hujša nezgoda na mokrih tleh ali na položčenem parketu. Posebno v pralnicah se ženam to rado zgodi, starejšim pa na sveže položčenem podu, ki je vsaki gospodinjici sicer v čast, toda zlomljena roka ali noga tudi ni prijetna stvar. Razlito vodo v kuhinji je treba takoj pobrisati, pravtako tudi, če se nam po tleh polije olje ali mast. Kakršnokoli odlašanje je namreč lahko usodno.

Ko že govorimo o politih in položčenih tleh, se spomnimo še preprog, tekačev in predpražnikov. Če je preproga ali tekač slabo razprostrt po sobi, se obenj lahko spotaknemo. Najrajši se nam to zgodi, kadar nesemo lonec vrele vode ali pa servis, ki smo ga dobili za poročno darilo. Pri tem seveda ne gre samo za črepinje, huje je, če smo se pri tem porezali ali pa polili z juho. Na položčenem parketu se kaj hitro popeljemo s preprogo vred po sobi, pa tudi predpražniki imajo včasih to lepo lastnost. Zato pozor! Zato rajši pritrdimo preproge na tla, predpražnike pa opremimo z nedrsljivo podlogo.

Čiščenje oken je spet vprašanje zase. Nič koliko žena se je pri tem delu že ponesrečilo. In vendar je treba samo nekoliko več pazljivosti in pameti. Vedro z vodo je treba postaviti tako, da ne more pasti niti v sobo niti na cesto. Že marsikateri nič hudega sluteč pešec se je zavedel v bolnici, ker mu je z okna priletelo na glavo vedro ali pa slabo pritrjen cvetlični lonček. Žena, ki je čistila okno, se je nerodno motovnila po okenski polici in pri tem odrinila

vedro ali cvetlični lonček z okna. Še sreča, da tudi sama ni padla in se temeljito potolkla. Tudi to se je že zgodilo!

Ko so pomita okna, po navadi obesimo nanje sveže oprane zavese. Ker nimamo lestve, si pomagamo z mizo, stolom in pručico, vse skupaj naloženo eno vrh drugega in če se nam to ne podre, si lahko čestitamo.

POZOR! VISOKA NAPETOST!

Ob tem opozorilu vsi prisluhnemo! Nič bi ne bilo odveč, če bi bilo podobno svarilo obešeno tudi v kuhinji. Električna je namreč prinesla v sodobno gospodinjstvo mnogo olajšav, pa tudi mnogo nevarnosti. Modernizacija gospodinjstva je pametna stvar, dokler električna ne ogroža tistega, ki te različne gospodinjske strojčke uporablja. Posebno nevarnost pa pomeni električna za majhne otroke, ki v svoji neumorni raziskovalni vnemi vtikajo prste, žeblje, žico in kaj vem kaj še vse v vtičnice in stikala. Zato morajo biti vsa električna stikala, vtikala, žice, priključki, odcepi in varovalke vselej brezhibni in zavarovani, če se le da, tudi pokriti, vsaj tisti, ki jih otrok lahko doseže. Zakrpane varovalke, razmajane vtičnice in neizolirani vodi so povzročili že marsikak kratek stik in še vse kaj hujšega. Dotikanje električnih aparatov z mokrimi rokami je smrtno nevarno, zato posebej pozor pred stikali in električnimi grelci v kopalnicah! Stojče in namizne svetilke ne spadajo v kopalnico!

Posebni varnostni ukrepi so potrebni pri vseh velikih kuhinjskih strojih, kot so hladilniki, pralni stroji, električni štedilniki in bojlerji.

Zelo veliko je število dojenčkov in majhnih otrok, ki so se ponesrečili v stanovanju. Mnogo teh nesreč je zakrivila materina lahkomišelnost! Nič kolikokrat pustijo majhnega otroka na mizi, samo toliko, da skočijo po sveže pleničke. Včasih je to dovolj, da se otroček zvali z mize in nesreča je tu. Spet druge pustijo otroka sedeti v kopalni kadi, ker je morda nekdo zvonil pri vratih, medtem pa je otroku že zdrsnilo, padel je in se utopil.

Huda reč pri majhnih otrocih so opekline. Otrok sede v škafovo vročo vodo za ribanje, vrelega luga za pranje ali pa se polije, ker je neprevidna mati pustila zavreto mleko ali juho na štedilniku ali mizi, ki jo otrok lahko doseže. Pravilo, ki bi si ga vse matere morale zapisati z velikimi črkami v svoje kuhinje, se glasi: »Posode, vedra, lonce ali ponve z vročo tekočino postavi vedno na tako mesto, da jih otrok ne bo mogel doseči!« Pečice, štedilniki in električne pečice morajo biti pravtako zavarovane, da se otrok ne more opeči! Opekline so najhujše poškodbe, njih posledice ostanejo vidne vse življenje!

Tudi tole naj bi si mame dobro zapomnile: : »Igle, škarje, noži, vilice, vžigalice in vžigalniki niso igrače za majhne otroke!« Zato jih je treba hraniti na takem mestu, da otrok ne more do njih. Toda ko otrok nekoliko odraste, ko zna že dobro uporabljati svoje roke, tedaj mu pač dajmo vse to, razen vžigalic in vžigalnika, v roke in ga naučimo, kako se s temi rečmi ravna. Le tako ga bomo obvarovali, da se s tem orodjem ne bo ranil ali ponesrečil.

Otroci so pa tudi radovedni in sladkosnedni. Pogosto stikajo po shrambah in omarah. V dobri veri, da so našli nekaj imenitnega in dobrega, vtaknejo v usta in že je nesreča tu. Namesto sladkorja so vtaknili v usta lužni kamen ali sodo, namesto malinovca popili očetno kislino, med očetovim lovskim priborom pa najdejo lepe, svetlikajoče kroglice, jih vtaknejo v usta, pregriznejo in v naslednjem trenutku umro. V roke jim je prišel ciankalij, namenjen lisici. Zato važno opozorilo: »Vse kemikalije, vsa čistila in tudi vsa zdravila vedno pod ključ!!!« Pa ne samo otroke, tudi sebe in druge člane družine ogrožajo

lahkomiselne gospodinje, ki ne opremijo steklenic s potrebnimi napisi ali v svoji lahkomišelnosti vlivajo v steklenice vse kaj drugega, kakor je na njih napisano.

Vrnimo se spet k otrokom in nezgodam, ki jih lahko dolete doma.

Da ne bo otrok padel skozi okno, morajo biti vsa okna dobro zaprta in zavarovana pred nenadnim odpiranjem. Tudi vrat na stopnišče ne puščajmo odprtih, otroci kaj hitro smuknejo iz predsobe in se mimogrede prekučejo po stopnicah.

Posebno poglavje so igrače. Obarvane morajo biti z odpornimi barvami, saj vemo, da otroci igrače kaj radi nosijo v usta. Tudi ne smejo imeti ostrih robov, da se otroci ne ranijo. Mehanične in tehnične igrače za majhne otroke niso priporočljive. Zelo radi jih namreč razstavijo, majhne delčke pa nosijo potem v usta, jih vtikajo v nos ali ušesa.

Nekatere matere imajo grdo navado in privežejo otroka k postelji ali na nočno posodico, da ne bi padel. Pa je kljub temu padel, se zapletel v vrstico in se celo zadušil!

Tudi mačke in psi so otroku lahko nevarni. Domačega psa in mačko otrok pozna, prav tako pa je zaupljiv tudi do drugih psov in mačk, ki morda niso tako dobrodušne, in nesreča je tu. A tudi sicer ne puščajmo otrok in domačih živali samih brez nadzorstva, otrok in žival, oba imata premalo pameti!

Ko pa otroci nekoliko odrastejo, jih je treba začeti opozarjati na razne nevarnosti, ki jim groze, med drugim n. pr. na vročo peč, električno napeljavno, plinski štedilnik, tekoče in stoječe vode v bližini hiše, na nevarnosti na cestah ipd.

In še nekaj besed o plinu, ki zavzema v našem gospodinjstvu vse bolj in bolj važno mesto. Nobene nesreče ne bo, če bo ventil pri jeklenki vedno zaprt, kadar ne kuhamo! Vsaka lahkomišelnost se pri plinu hudo maščuje. Višek lahkomišelnosti pa je, če gospodinje iz jeklenke iztočijo bencin zato, da bodo v njem prale obleke. Sploh spada pranje v bencinu samo na odprt balkon ali teraso, v nobenem primeru pa ne v zaprt prostor. Hude opekline in tudi smrt vse družine pod ruševinami hiše so lahko posledice take nepremišljenosti. Tudi če perica pazi, da nikjer ni ognja, da ne prižge vžigalice niti ne obrne električnega stikala, se kaj lahko zgodi, da pride domov mož s cigareto v ustih, stopi v kuhinjo ali kopalnico, kjer žena pere, in že v naslednjem trenutku so njuni otroci brez očeta in matere.

To so samo nekatere nesreče, ki groze stanovalcem kar v domači hiši. Mnogim se lahko izognemo z nekoliko previdnosti in premišljenosti. Tudi ne pozabimo, da je nesreče lažje preprečiti kakor pa zdraviti!

KRITIČNE URE...

Lakota in utrujenost sta vzrok, da se otroci pogosteje ponesrečijo zlasti proti večeru. Anketa, ki jo je izvedel Švedski odbor za preprečevanje nesreč pri otrocih je pokazala, da število nesreč znatno poraste v urah pred opoldanskim kosilom in pred večerjo.

... IN VZDUŠJA NAPETOSTI

Nagnjenje k nesrečam se pri otroku še stopnjuje, če ga navdaja občutek sovravnosti do okolja, če pride s starši navzkriž ali tudi zaradi splošne napetosti, ki vlada v družini.

Nezgode in njih preprečevanje

(Okvirni vsebinski program ob Svetovnem dnevu zdravja dne 7. aprila 1961)

Program zajema glavna nevarna področja (nezgode v prometu, v industrijskih obratih, v poljedelstvu in gospodinjstvu) in je prilagojen preprečevanju nezgod pri raznih skupinah prebivalstva po starostni dobi in po socialni strukturi, in to iz razloga, ker so ljudje navadno potencialno ogroženi po nezgodah v raznih prej navedenih nevarnostnih področjih (n. pr. žena na delu, v gospodinjstvu in na poti z dela domov).

I. Dojenček in najmlajši otrok

Široko področje za sodelovanje staršev, posebno mater. V vseh zdravstvenozgojnih tečajih za dekleta in matere kakor tudi v vseh govorilnih urah oziroma pri razgovorih v raznih posvetovalnicah je treba dati temu vprašanju potreben poudarek. Prikazati je najpogostnejše nevarnostne situacije, ki vodijo do nezgod in poškodb (epidemija opeklin), nadalje možnosti in ukrepe za preprečevanje, vendar povezano z osnovami prve pomoči. Tudi pri pouku iz gospodinjstva je obravnavati najpogostnejše nezgode v zvezi z gospodinjstvenimi deli v kuhinji, v stanovanju ter z navodili za preprečevanje in za prvo pomoč.

Pri šolanju in podiplomskem usposabljanju medicinskih sester je posvetiti posebno pozornost tej tematiki.

Namen tega dela je:

- da se za vsakega dojenčka oziroma malega otroka pripravi ugodno okolje in prostor, kjer bo varen pred nezgodami v stanovanju;
- da se starši zavedajo vloge, ki jo imajo pri izvrševanju varnostnih ukrepov;
- da se pri javnih napravah (pri cestni železnici, v gostinskih obratih, v javnih nasadih itd.) več misli na koristi malega otroka.

II. Mali otrok (predšolski otrok)

Zdravstveno prosvetljevanje staršev in bodočih staršev.

Doraščajočo mladino je treba v šoli pri gospodinjstvenem pouku in pri drugih predmetih poučiti o ponašanju malih otrok, da bi pri njihovem varstvu lahko z uspehom sodelovali tudi starejši otroci.

V zdravstvenem varstvu otrok, posebno v preventivni zdravstveni oskrbi, nastane navadno vrzel, in to v dobi, ko je mali otrok še posebno izpostavljen raznim poškodbam in nesrečam. To je v dobi, ko otrok ni več dojenček (sistematični pregledi v posvetovalnicah) in vendar še ni šolski otrok (pod varstvom šolskega zdravnika). Važna pa je ta doba za pravočasno razpoznavo raznih manjših motenj v delovanju čutil, ki so lahko usodni povzročitelji nesreč. Lahna naglušnost, zmanjšana vidna zmogljivost, zmanjšano razpoznavanje barv so lahko vzrok, da otroci v tej dobi ne morejo bolje razpoznati prometnih nevarnosti.

Zgodnje navajanje (dresura) otroka na pravilno ravnanje v prometu (prečkanje cest).

Pri igračah, posebno tehničnih, je treba naznačiti oziroma proučiti kupce, za katero letno dobo so igrače. Igrače za starejše otroke so lahko nevarne v

rokah malih otrok. Priporočati je nabavo omarič prve pomoči in domače lekarne za družino kot sestavni del inventarja, vendar pa jih je namestiti na takih mestih, ki otrokom niso dostopna.

Industrija za zdravila in razna čistila naj opremi svoje izdelke z varnostnimi napisi, ki še posebej opozarjajo, da se na pol izpraznjeni zavitki oziroma steklenice ne smejo metati v odprto posodo za smeti.

Pripraviti razne vzgojne slikanice o preprečevanju nesreč in korigirati razne situacije v kontaktu otrok z živalmi, ki so jim lahko nevarne. Prezaupljiv odnos otrok do nekaterih živali. Lastniki psov naj opozarjajo otroke pred nevarnostmi z domačimi živalmi, tudi če jih dobro poznajo.

III. Šolski otroci

Izbrana poglavja o prvi pomoči s posebnim poudarkom na preprečevanje poškodb in nezdod je treba posredovati že v prvih šolskih letih in ne šele v zaključnih razredih obveznega šolanja.

Informiranje staršev o svojstvenem ponašanju otrok in mladine v posameznih razvojnih obdobjih. Te informacije je posredovati že v raznih tečajih za doraščajočo in pošolsko mladino.

Mnogo šolskih otrok pomaga staršem pri raznih gospodinjskih delih, pri poljedelskih opravilih, v obrti ali si kako drugače služijo denar. Šolske otroke je treba opozarjati na razne nevarnosti pri tem delu, in to preko staršev, preko odraslih v delavnicah oziroma v šoli pri gospodinjskem pouku in pri delu v šolskih delavnicah.

Razvijati je treba povsod šolske tehnične krožke, kjer se otroci že zgodaj nauče ravnati z raznim orodjem, z električnimi napravami itd. V Franciji se bodo šolski otroci v bodoče učili, kako se prižiga z vžigalicami, kako ravnamo s plinsko pečjo, kako se zakuri in nalaga v peč, kako vključimo električni grelec in kuhalnik, po čem spoznamo staro municijo itd. Te nove teme so vpeljali v Franciji, da bi zmanjšali število nezdod pri otrocih. V Franciji se je leta 1955 ponesrečilo oziroma poškodovalo 250 000 otrok.

V šolah pri pouku iz naravoslovja, kemije in fizike je več pažnje kakor doslej treba posvetiti praktičnemu preprečevanju nezdod.

V vse strokovne šole in v šole za vajence je vpeljati občasna predavanja, na katerih bi zdravniki obravnavali nezdode in njih preprečevanje.

Tudi pri pouku iz telovadbe naj bi se več in bolj sistematično razpravljalo o preprečevanju nezdod. V dosedanji pouk telovadbe v šoli je treba vključiti čim več vaj, ki pospešujejo hitro reagiranje, ker današnje okolje pogosto zahteva bliskovito reagiranje.

Ker se dajo šolski otroci rajši poučiti od predstavnikov ljudske milice, naj bi se ta v večji meri pritegnila k prometnovzgojnemu delu.

Ravno tako naj bi odigrali svojo vlogo tudi razni upokoјenci in drugi odrasli.

Pomoč odraslih državljanov v prometni vzgoji mladine in nasploh pri preprečevanju nesreč, tako da vzgojno delujejo v vsaki taki situaciji, n. pr. na cesti, in da ne gredo brezbrizno mimo.

V šoli in v raznih krožkih naj bi se mladina seznanjala s tehničnimi igračami. Športna društva, športne trgovine naj bi posvečale posebno pozornost varnosti in pravilni uporabi športnih rekvizitov ter jih oskrbele z ustreznimi navodili.

V čitankah in drugem čtivu je vse premalo splošnih zdravstvenovzgojnih tem, prav posebno manjkajo sestavki o preprečevanju nezgod. Za pouk o prometni varnosti naj bi se izdelalo za šole več učnih sredstev in intenzivneje naj bi se organizirali tečaji za mladinske prometnike.

IV. Pošolska mladina

V vse oblike zdravstvene vzgoje pošolske mladine vnesti osnove prve pomoči s preprečevanjem nezgod v raznih situacijah, do katerih pride na posameznih področjih, kot so:

šport (plavanje, planinstvo),
mladinske brigade,
počitniške kolonije,
izleti,
delovne akcije,
delovna mesta učencev v gospodarstvu,
množično zbiranje,
razni poklici itd.

Vzgajanje aktivistov prve pomoči za nudenje prve pomoči.

V. Odrasli

Tečaji prve pomoči s preprečevanjem nesreč za razne skupine, kot so na primer:

- a) delavci v industriji: razna delovna mesta in poklici,
- b) delavci v kmetijstvu,
- c) delavci v prometu (šoferji, sprevodniki itd.),
- č) gospodinje in matere,
- d) zdravstveni delavci, prosvetni delavci — predavatelji.

VI. Stari ljudje

Seznanjati jih je s svojstvenimi poškodbami in preprečevanjem nesreč v starosti.

Organizacija akcije: Svetovni dan: uvod ali poudarek — akcija naj bo trajna.

Stalne konference za varnost na občinah, okrajih in v republiškem merilu, v katerih naj sodelujejo tudi Rdeči križ (RK), zdravstvena služba, socialno zavarovanje, Državni zavarovalni zavod (DOZ), higiensko-tehnična zaščita, notranja uprava, društva prijateljev mladine, prosvetna služba, gasilci itd.

Metode dela: predavanja, tečaji, razgovori, filmska predavanja z diskusijami.

Razstave v šolah, kolektivih, podjetjih in zadrugah.

Sredstva: plakati, brošure, slikanice, letaki; diafilmi, flanelografi; razstave; kompleti za tečaje; rekviziti prve pomoči.

Usposabljanje kadrov: seminarji za predavatelje prve pomoči, in sicer za zdravstvene delavce, za prosvetne delavce, za bolničarje in aktiviste RK; tečaji za aktiviste prve pomoči.

Tematika: osnove prve pomoči za razna nezgodnostna področja, in to za razne skupine prebivalstva po socialni strukturi in starosti; prva pomoč za aktiviste prve pomoči (aktivni, ekipe, prve pomoči, servis prve pomoči, postaje prve pomoči, omarice, torbice).

Patronažna služba v Sloveniji

Ančka Belič in Cita Bole

V času, ko se uveljavlja novi, izredno napredni zakon o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe, je nedvomno potrebno, da kot nosilke patronažnega dela prikažemo današnje stanje in opozorimo tudi na dosedanje slabosti tega dela. Obenem pa je naša dolžnost, da postavimo predloge za boljšo ureditev zadevne službe, ki je v svojem bistvu končno vendarle gibalo preventivnega zdravstvenega varstva. Razpravljanje o patronažni službi je tema, mimo katere ne moremo na nobenem sestanku našega društva. Ob teh razpravah smo slednjič toliko napredovali, da smo razjasnili vlogo in področje patronažne službe, obenem pa opredelili naloge in lik patronažne delavke in jima določili organizacijsko obliko.

Prišli smo do zaključka, da polivalentna patronažna služba edina lahko zagotovi kompleksno obravnavanje varovanca v njegovem naravnem okolju. Kakor sodobna medicina odklanja ozko obravnavanje somatskih in bioloških funkcij in disfunkcij, tako se tudi patronažna služba kot socialno-medicinska dejavnost ne more več zadovoljiti z obravnavo posameznika, ne da bi upoštevala fizične, psihične in emocionalne komponente njegovega okolja. Zato je nujno in samo po sebi umevno, da prerašča individualna patronaža v skupinsko zdravstveno, socialno in pedagoško dejavnost, katere namen je, da uravnovesi oziroma prilagodi varovančevo okolje njegovim potrebam in obratno. Da pa more patronažna sestra z uspehom opravljati svojo nalogo, ko si prizadeva, da se prizadetemu ohrani ali vrne zdravje, mora v njegovi družini in njegovem delovnem kolektivu najti zaveznike, njemu samemu pa vzbuditi voljo in zavest, dolžnosti do lastnega zdravja in zdravja njegove okolice. Če nam uspe, da varovančeve interese spravimo v sklad z interesi njegovega okolja, je naše delo v veliki meri opravljeno.

V zvezi s tem smo predlagali rajonizacijo delovnega področja v tem smislu, da bi na določenem terenu vse delo v zvezi s patronažno službo opravljal en sam patronažni delavec. Na eni strani je s tem omogočeno nepretrgano delo ter natančno opazovanje in ugotavljanje problemov, na drugi strani pa je to tudi za posamezne družine edino umestno. Spoštovanje človekove osebnosti ne dovoljuje, da prihajajo v družino različne osebe in raziskujejo njene stiske, pa četudi so strokovni delavci. Da bi se mogla uresničiti zamisel tako urejene službe, smo predlagali ustanovitev patronažnega oddelka kot samostojne strokovne enote zdravstvenega doma. Ta bi vključeval vse patronažne delavce in omogočil, da bi se posvetili načrtnemu varstvu žene, matere, dojenčka, malega otroka, šolarja in mladince, bolnika in starčka. Tako bi patronažna služba, razpredeljena samo po določenih strokovnih vejah in posameznih problemih, prerasla v organizirano varstvo družine — osnovne družbene celice. Z enotno in smotrno dokumentacijo o vseh primerih v družini pa bi vzpostavili prepotrebno informativno socialno-medicinsko službo zdravstvenega doma, torej vseh njegovih strokovnih enot. Nedvomno bi njeno gradivo s pridom uporabila komuna in zdravstveni centri pri planiranju nalog in usmerjanju zdravstvene politike. Menimo, da je naša teza o taki ureditvi patronažne službe v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe. Potrebna pa je še pravna osnova — enotni pravilnik, ki bi točno opredelil njeno pod-

ročje s čim natančneje določenimi zahtevami, ki jih imajo do patronažne službe posamezne veje medicinskih služb. Tudi naj bi upošteval potrebe po organiziranem usmerjanju te službe in predvidel študijsko-analitično in instruktivno enoto za patronažno službo v okviru zavodov za zdravstvo oziroma zdravstvenih centrov.

Z našimi predlogi smo v preteklih letih le deloma uspeli, in sicer toliko, da je do sedaj veljavni zakon o zdravstvenih domovih in postajah predvidel patronažno službo kot samostojno strokovno enoto. Pravilnik o varstvu žene in otroka ter šolske mladine je nakazal konkretne naloge, ki jih ta veja ginekologije in pediatrije postavlja patronažni službi. Prav tako je pravilnik o protituberkuloznih dispanzerjih glede tega jasen, nekoliko manj razčlenjene pa so naloge patronažne službe v pravilniku o obratnih ambulantah. Druge veje medicinskih služb podobnih zahtev niso postavile, čeprav so patronažne sestre vselej pritegnjene k proučevanju najrazličnejših socialno-medicinskih problemov v obliki anket, kot n. pr. o alkoholizmu, prehrani, infekcijskih boleznih (pertusis), ali k posebnim ukrepom preventivnega varstva, kot so cep-ljenja, akcija za preprečevanje abortusov itd. Ne bomo tu do podrobnosti naštevati vseh dosedanjih predpisov, ki nakazujejo delo patronažne službe. Ugotavljamo le, da so bile nakazane naloge zelo obsežne, vendar pa so bili predpisi toliko pomanjkljivi, ker niso pravno določili obsega patronažnega dela tudi za druge dejavnosti, ki imajo na skrbi zdravstveno varstvo šolskega otroka in mladince, starčka, alkoholika, kroničnega bolnika, invalida, duševnega bolnika itd. Nadaljnja pomanjkljivost je bila v tem, da v doslej veljavni zdravstveni zakonodaji ni bilo nikjer do kraja določeno razmerje zdravstvene patronaže do socialne službe in konkretno do socialnega delavca na terenu. Na današnji stopnji svojega razvoja teži socialno varstvo za tem, da določene socialne službe postopoma izloča iz območja upravnih organov. Zato se snujejo samostojne strokovne službe v obliki centrov za socialno delo, ki so predvideni na področju vsake komune. Ti zavodi bodo z znanstvenimi metodami, strokovno in študijsko obravnavali psihološke in sociološke probleme pri otrocih, mladini in v družinah. Zato bodo ti zavodi organizirali tudi socialno patronažno službo.

To je nadaljnji argument, ki terja urejenost zdravstvene patronažne službe, vendar ob upoštevanju dobre koordinacije tudi s socialno preventivo, ker si nobena od teh dveh dejavnosti ne more obetati uspehov brez dobrega sodelovanja druge. Seveda sta pa to dve službi: ena obravnava človeka z zdravstvenega, druga s sociološkega vidika.

Neurejeno in nezadostno osvetljeno področje, brez točno določene vloge in izdelanih metod patronažnega dela v zdravstvu, nujno rodi slabe posledice. Predvsem je patronažna služba organizirana zelo različno — torej neenotno. Ponekod deluje v raznih vejah zdravstvenega varstva, tako n. pr. pri dispanzerjih za žene, ki ločijo sestrsko in babiško patronažno službo, pri dispanzerjih za otroke, ki v praksi v veliki meri vključujejo babice, pri protituberkuloznih dispanzerjih, kjer so zaradi pomanjkanja medicinskih sester svoj čas v tečajih usposobili ozko monovalentno patronažno sestro in prav tako je v obratnih ambulantah posebna patronažna služba. V nekaterih krajih je patronaža organizirana pri vseh omenjenih enotah. Nujna posledica je pleonazem različnih profilov v isti družini. Drugod zopet jo imajo organizirano samo pri nekaterih enotah, ponekod pa celo pri nobeni, oziroma životari samorasla, bodisi po zakonu vztrajnosti ali po osebni vnemi in prizadevnosti posamezne medicinske

sestre. S polivalentno patronažno službo v obliki samostojne strokovne enote so začeli posamezni zdravstveni domovi v Ljubljani, Mariboru, Kranju, Radovljici, Postojni itd. Težave pri uveljavljanju tako postavljene patronaže so seveda neizbežne, vendar so v glavnem subjektivnega značaja in nikakor ne nerešljive. Lepo se uveljavlja patronaža v Kranju, ker je zanjo veliko razumevanja in zadevne pomoči. Zaradi neurejenega stanja upada tudi patronažna dejavnost. Poglejmo si hišne obiske pri otrocih. V letu 1958 se je rodilo v Sloveniji 27 263 otrok. Hišnih obiskov pa je bilo v tem letu pri otrocih do 6. leta 32 500, in sicer 18 508 pri dojenčkih, kar pomeni, da v povprečju pri dobri tretjini dojenčkov ni bilo niti enega patronažnega obiska! Ker se zavedamo, koliko važnosti je stalen strokovni nadzor pri dojenčkih, pri tej najbolj ogroženi skupini prebivalstva, je to dejstvo brez dvoma porazno. Nadaljnjih 13 990 hišnih obiskov je veljalo otrokom v starosti od 1 do 6 let. Ugotovitev o zane-marjenosti varstva malih in predšolskih otrok ni nova in se stanje le počasi izboljšuje. V celoti nam pa te številke povedo, da 63 % otrok do 6. leta patronažna služba ni zajela.

V protituberkulozni službi je bilo leta 1959 opravljenih 29 670 hišnih obiskov. Računajo, da je aktivnih tuberkulotikov 15 500, oseb, ki so z njimi v kontaktu, pa okrog 60 000, ki morajo prav tako biti pod dispanzerskim nadzorom. Saj v protituberkulozni službi dejansko tudi so, kajti na enega bolnika sta bila na leto opravljena skoraj dva obiska, obenem pa vselej tudi patronažni nadzor nad vsem zabeleženim kontaktom. Žal je medicinski nadzor z radioskopskimi pregledi oseb v kontaktu bil opravljen komaj 75-odstotno.

Na zadnjem mestu omenjamo hišne obiske pri nosečnicah, čeprav bi bilo logično, da jih po pomembnosti antenatalnega varstva obravnavamo na prvem mestu. Patronaža za nosečnice je namreč še vedno in že kar predolgo v začetni fazi! Od leta 1950 do 1958 je od 0,04 napredovala komaj do 0,21 hišnih obiskov povprečno na eno nosečo mater.

Ne omenjamo rezultatov patronažne dejavnosti iz drugih področij, tako glede sanacije zdravstvenega stanja šolskih otrok (izbor za kolonije, razna posredovanja pri šolskih organih), glede ureditve razmer v družinah z alkoholiki, kroničnimi bolniki, starčki, glede preprečevanja splavov in drugih perečih problemov, ki po svoji ostrini vedno silneje zahtevajo in v aktivno delo tudi vključujejo patronažni kader. Ker periodična poročila te dejavnosti ne navajajo, zato zadevni rezultati tudi niso znani, razen v neki meri za protituberkulozno patronažno dejavnost. Jasno je, da s takimi ugotovitvami ne moremo biti zadovoljni. Zlasti je to razumljivo, če pomislimo, da se je od leta 1950 pa do leta 1958 število medicinskih sester v terenskih zdravstvenih zavodih povečalo za 4-krat. Če po vsem tem primerjamo število hišnih obiskov pri otrocih v letu 1952, ko je bilo opravljenih 64 813 hišnih obiskov, z letom 1958, do katerega se je njih število zmanjšalo za polovico, je položaj tako rekoč na dlani. Točnega pregleda nad številom medicinskih sester v patronažni službi nimamo, ker se zadevna evidenca ne vodi. Ker pa izvira patronažni kader prvenstveno iz dispanzerskih enot, približno vendarle vemo, s kolikšnim številom medicinskih sester v patronaži lahko računamo. V otroških dispanzerjih in posvetovalnicah je stalno nameščenih 94 medicinskih sester, honorarnih pa 140; v ginekoloških dispanzerjih in posvetovalnicah za žene 23 stalnih in 77 honorarnih; v protituberkuloznih dispanzerjih 92 stalnih in 6 honorarnih. Skupno je torej na

področju varstva žene in otroka ter v protituberkulozni službi zaposlenih 209 stalnih in 318 honorarnih medicinskih sester.

Da so ti kadri zaposleni prvenstveno z notranjim delom ambulant in posvetovalnic oziroma dispanzerjev, jasno priča upadanje dejavnosti v patronažni službi na eni strani, na drugi strani pa rastoča frekvenca zdravniških pregledov v dispanzerjih. Patronažno delo je medicinskim sestram prepogosto postavljeno kot vzporedna zaposlitev, torej obratno, kot je bilo v času resnično hudega pomanjkanja zdravstvenih kadrov. Takrat je bilo samo po sebi umevno, da so medicinske sestre izven hospitalnih zavodov zaposlovali prvenstveno v patronažni službi za varstvo otroka in v protituberkulozni službi, torej pri reševanju prioritetenih varstvenih problemov. Takšna orientacija, se pravi prvenstvena skrb za osnovne probleme, je nasploh glavno vodilo patronažne službe. Širiti področje — zajeti več skupin prebivalstva — pa je mogoče edinole ob vzporednem povečanju patronažnega kadra.

V Sloveniji imamo okrog 800 medicinskih sester, od teh jih je 25 % zaposlenih v dispanzerskih službah, nad 200, torej nad četrtino pa v ambulantno-poliklinični službi. Če bi združili polovico medicinskih sester iz dispanzerskih služb in pa sestre, ki niso nepogrešljive pri rutinskem in administrativnem delu ambulantno-polikliničnih zavodov, bi za področje patronažne dejavnosti zlahka imeli na razpolago najmanj 200 medicinskih sester. Če razdelimo število opravljenih hišnih obiskov na medicinske sestre otroškega varstva, vidimo, da odpade na eno sestro v celem letu komaj 265, na eno sestro protituberkuloznega dispanzerja pa 303 hišni obiski. Normirati število hišnih obiskov na dan, in to v republiškem merilu, je kaj težko. Upoštevati moramo namreč raznolikost primerov samih, pa tudi komunikacijske pogoje, raztresenost naselij po nekaterih terenih, vprašanje prevoznih sredstev itd. Vzemimo, da lahko posamezna medicinska sestra opravi na teden povprečno 20 obiskov s potrebnimi intervencijami. Če vštete leto dopust in druge morebitne ovire, bi po tem računu lahko opravila na leto vsaj 880 obiskov, 200 medicinskih sester pa skupaj 180 000 hišnih obiskov ali trikrat več kot doslej. Končno ne smemo prezreti babic, ki se ob rastočem številu porodov v bolnišnicah — čedalje bolj vključujejo v patronažo bodisi nosečnic ali otročnic, zlasti pa dojenčkov. Na terenu imamo okrog 400 babic, s povprečno 1,5 porodov mesečno in z manj kot 6 delovnimi urami na dan. Res je, da za patronažno delo niso bile usposobljene, zlasti ne moremo tega zahtevati od starejših. Toda ob organiziranem skupnem delu in smotno razdeljenih nalogah bi vsekakor lahko tako babice kakor ostali, čeprav v določeno smer usposobljeni kadri pripomogli, da se patronažno delo počivi in da dosežemo boljše rezultate, kakor so današnji.

Če smo govorili doslej le o kvantitativnih rezultatih, pa na drugi strani menimo, da se tudi s kvaliteto današnje patronažne službe ne moremo zadovoljiti. Prav tako je različna, kot so različni pogoji in kot je različna orientacija posameznih kadrov. Ne moremo mimo dejstva, da je za tako samostojno in pomembno dejavnost potreben ustrezen, strokovno in splošno kar najbolj razgledan in osebno dozorel kader. To našo ugotovitev, ki ni nova, morajo odgovorni činitelji zares upoštevati. Ali je res potreba celih pet let prepričevanja za to, kar so ustanovitelji šole za socialne delavce imeli v mislih že pri prvem osnutku. Menimo, da je danes, ko se razpravlja o reformiranju šolstva, pač treba upoštevati tudi to, da je za uspešno opravljanje poklicnega dela treba solidne pripravljenosti. Nedvomno velja ista zahteva tudi za vodilne položaje na drugih

področjih. Toda edinole tako bo zrastel kader, ki je dejansko potreben ob zdravniku, pri delu med ljudmi in za ljudi, v njihovih največjih življenjskih stiskah.

Že uvodoma smo poudarili potrebo po študiju problemov, nalog in metod patronažne službe, in to na strokovno najvišji ravni, pač z namenom, da se patronažni kadri dejansko usmerjajo in pospešuje hkrati njihova strokovna rast. Postavili smo realne možnosti ter nakazali, današnjim pogojem in zahtevam časa ustrezno organizacijsko obliko te službe. Oglejmo si zdaj zadnjo — po vrstnem redu že tretjo — anketo, ki smo jo organizirali med 45 patronažnimi sestrami iz vseh področij in različnih krajev Slovenije. Postavili smo jim naslednja vprašanja:

1. Ali sedanje organizacijske oblike patronažne dejavnosti zadovoljujejo potrebe zdravstva, naše varovance in sestre same?

2. Katera organizacijska oblika patronažne službe je za današnje potrebe varovancev in tudi za zadovoljitev sestrskega dela najprimernejša?

3. Ali je šola za medicinske sestre dala sestram dovolj, da morejo uspešno začeti z delom?

Na prvo vprašanje jih je 6 odgovorilo, da sedanje oblike »delno zadovoljujejo« potrebe zdravstva, varovance in nje same, pač zato, ker se njihovi šefi zanimajo za to delo in jim nudijo pomoč, ker je to delo upoštevano in ker je v perspektivi pričakovati dotoka novih kadrov za to delovno področje. Drugi odgovori so negativni. Tako čitamo: »Premalo je storjenega, patronaže ne usmerja nihče, delamo, kakor vemo in znamo, načrtnosti ni. Šefi zdravniki se za naše delo ne zanimajo, kvečjemu v toliko, da pogledajo naša mesečna poročila, se pravi predvsem frekvenco dela, tudi ne služijo naše ugotovitve za osnovo potrebnih ukrepov. Ljudem smo dobrodošle, le premalokdaj nas vidijo, razen tistih, ki so v skrajni potrebi. Tudi na socialnem varstvu ni vselej pravega razumevanja, nemočne smo pri reševanju nekaterih problemov, zlasti stanovanjske stiske. Na splošno nismo zadovoljne, ker ni pravih uspehov, delo je naporno, kolo pozimi odpove, tereni so preobsežni, materialni stimulans je največ 15 % na plačo, delo v ordinacijah je lažje ter vse prej in bolj upoštevano.

Na drugo in tretje vprašanje so bili odgovori povsem enotni, in sicer: umestno bi bilo ustanoviti patronažni oddelek kot enoto zdravstvenega doma, teren sam pa rajonizirati. Tako bi se delovno področje posamezne patronažne sestre ob dotoku novih kadrov zožilo, ob premajhni zasedbi pa razširilo, v vsakem primeru pa bi se delo usmerjalo na najbolj pereče probleme. Odhodi na oddaljene terene naj bi se združili s predavanji ali s skupinskimi razgovori o najaktualnejši zdravstveni problematiki. Vodstvo patronažnega oddelka naj bi prevzela izkušena in razgledana medicinska sestra, po možnosti absolventka šole za socialne delavce. Glede šole za medicinske sestre so pa anketiranke nakazale potrebo, da naj bi se pri posameznih predmetih snov podajala tudi z vidika patronažnih problemov. Uvedel naj bi se tudi predmet »metodika patronažnega dela«. Na postdiplomskih tečajih in seminarjih je največ zanimanja za predavanja o socioloških problemih in metodah socialnega dela, kar dokazuje, da je treba v tej smeri nekaj popraviti in dopolniti. Za to govori tudi dejstvo, da jih je med medicinskimi sestrami vedno več, ki se vpisujejo ali pa se žele vpisati kot izredne slušateljice na šolo za socialne delavce. Pri tem jim pa niti ne gre za kakšno prekvalifikacijo, saj želijo tako rekoč vse ostati

še nadalje v svojem poklicu. Slučajno je med njimi tudi ena od naju dveh. V šolo za socialne delavce jo je privedla poleg želje tudi potreba, da bi na svojem delovnem mestu obvladala terensko, to je patronažno delo medicinske sestre.

Dosedanja šola za medicinske sestre, kljub napredku v zadnjih letih daje vpogled predvsem v praktično delo patronaže, primanjkuje ji pa študijske obravnave tega dela, torej študija socialne etiologije, socialne patologije, psihologije, pedagogike in osnov zakonitosti družbenega razvoja v smislu družbenih odnosov. Vsega tega za patronažno dejavnost prepotrebne znanja šola danes ne nudi. Menimo, da bi za študij patronažne službe lahko upoštevali naslednje postavke:

1. Vsebina dela v patronažni službi;
2. izbira in zajetje varovancev;
3. karakteristika varovancev po določenih skupinah;
4. metode dela: individualno, skupinsko delo, koordinacija, informativna služba, prvi in ponovni hišni obisk;
5. vloga in lik medicinske sestre v patronažni službi.

Kdaj naj bi si patronažni kadri pridobili to znanje, prepuščamo pristojnim činiteljem. Zavedamo se, da nalaga ureditev patronažne službe veliko dolžnost tudi nam samim.

Ob današnjih pogojih prevzema skrb za zdravstveno varstvo prebivalstva komuna. Prav je, da se tudi me pripravimo in sodelujemo pri razpravah kot člani delovnega kolektiva, kot člani organov družbenega upravljanja ali sindikalne organizacije in prikažemo pomen, vlogo in pogoje patronažne službe. Pripravimo poročilo o problematiki in rezultatih, ki so na posameznih terenih spodbudnejši, kot je opisano republiško povprečje, oziroma pokažimo na vzroke vseh pomanjkljivosti, pri čemer pa ne smemo izgubiti izpred oči perspektive bodočega razvoja.

Lahko smo prepričani, da so povsod ljudje, ki ocenjujejo delo po njegovi vrednosti in naporih in da je sedaj bolj kakor kdaj koli dozorel čas, ko bo tudi patronažna služba v zdravstvu dosegla zasluženi ugled in veljavo.

N

D

Z nosečnostnimi tokse: nosečnosti, in sicer v zadnj rija, edemi in zvišan krvni samostojno ali v zvezi z nosečnosti komplicira z ekigredientno slabša do take napad, tedaj govorimo o p

ija, ki se pojavijo v je je trias: proteinu- mov se pojavi bodisi o stanje se lahko v Če se toksemija pro- akujemo eklamptični

Ločimo dve obliki toka:

- I. esencialne in
- II. superponirane.

še nadalje v svojem poklicu. Slučajno je med njimi tudi ena od naju dveh. V šolo za socialne delavce jo je privedla poleg želje tudi potreba, da bi na svojem delovnem mestu obvladala terensko, to je patronažno delo medicinske sestre.

Dosedanja šola za medicinske sestre, kljub napredku v zadnjih letih daje vpogled predvsem v praktično delo patronaže, primanjkuje ji pa študijske obravnave tega dela, torej študija socialne etiologije, socialne patologije, psihologije, pedagogike in osnov zakonitosti družbenega razvoja v smislu družbenih odnosov. Vsega tega za patronažno dejavnost prepotrebnega znanja šola danes ne nudi. Menimo, da k ihko upoštevali naslednje postavke:

1. Vsebina dela v
 2. izbira in zajetje
 3. karakteristika v
 4. metode dela: in
 5. služba, prvi in ponovni
 6. vloga in lik me
- Kdaj naj bi si pat
činiteljem. Zavedamo s
tudi nam samim.

Ob današnjih pog
komuna. Prav je, da s

člani delovnega kolektiva, kot člani organov družbenega upravljanja ali sindikalne organizacije in prikažemo pomen, vlogo in pogoje patronažne službe. Pravimo poročilo o problematiki in rezultatih, ki so na posameznih terenih spodbudnejši, kot je opisano republiško povprečje, oziroma pokažimo na vzroke vseh pomanjkljivosti, pri čemer pa ne smemo izgubiti izpred oči perspektive bodočega razvoja.

Lahko smo prepričani, da so povsod ljudje, ki ocenjujejo delo po njegovi vrednosti in naporih in da je sedaj bolj kakor kdaj koli dozorel čas, ko bo tudi patronažna služba v zdravstvu dosegla zasluženi ugled in veljavo.

ah;
ordinacija, informativna
izbi.
e, prepuščamo pristojnim
ne službe veliko dolžnost

eno varstvo prebivalstva
ajemo pri razpravah kot

Nosečnostne toksemije

Dr. Frančiška Pirnat

Z nosečnostnimi toksemijami mislimo bolezenska stanja, ki se pojavijo v nosečnosti, in sicer v zadnjih 3 do 4 mesecih. Značilen zanje je trias: proteinurija, edemji in zvišan krvni pritisk. Vsak izmed teh simptomov se pojavi bodisi samostojno ali v zvezi z drugimi simptomi. To bolezensko stanje se lahko v nosečnosti komplicira z eklampsijo (nosečnostna božjast). Če se toksemija progredientno slabša do take stopnje, ko lahko vsak čas pričakujemo eklamptični napad, tedaj govorimo o preeklampsiji.

Ločimo dve obliki toksemij:

- I. esencialne in
- II. superponirane.

I. Esencialne toksemije so funkcionalne bolezni brez anatomske podlage. Za toksemijami te vrste obolevajo nosečnice, ki so bile prej sicer zdrave. Bolezen se začne skoro redno po 24. tednu nosečnosti. V teh primerih nosečnice po porodu popolnoma ozdravijo z izjemo nekaterih, ki imajo kratkotrajno zvišan krvni pritisk. Recidivi v naslednji nosečnosti so zelo redki.

II. Superponirane toksemije.

Pri teh imamo že pred nosečnostjo opraviti z anatomsko in funkcionalno okvaro določenih organov. V teh primerih najpogostnejša osnovna obolenja so: ledvična obolenja, bolezni jeter, diabetes in druge. Bolnice same največkrat niti ne vedo za svojo prvotno bolezen in je tudi klinično težko ločiti esencialno (pravo) od superponirane (prekrite) oblike. Značilnosti superponirane oblike so:

- a) nastop bolezni pred 24. tednom nosečnosti,
- b) mnogorodnost,
- c) recidivi in poslabšanje v naslednjih nosečnostih.

Z boljšimi diagnostičnimi pripomočki odkrijemo zadnje čase več superponiranih toksemij.

Pri nastanku toksemij ustvarja pogoje za večjo sprejemljivost več činitelev, in sicer: piknična konstitucija, debelost žene, napake v prehrani, infantilnost in pa klimatični faktorji. Znano je, da se toksemije pojavljajo v večjem številu jeseni in spomladi, ko je vlažno vreme.

Simptomatika

Kot smo že omenili, je za nosečnostna zastrupljenja značilen skupek treh znakov. To so proteinuria, edemi in zvišan krvni pritisk.

I. Proteinurija

V zadnjih tednih nosečnosti, zlasti pa med porodom dobimo često lažjo proteinurijo pod 1‰ Esbacha. To je lažja albuminurija, in sicer zaradi deskvacije epitela ledvičnih poti. Zvišanje nad 1‰ pa že smatramo za simptom toksemije, ki lahko doseže visoko stopnjo, celo do 20‰ Esbacha.

II. Edemi

Normalno se med nosečnostjo kopiči v tkivih nekoliko več tekočine, kar daje sočnost organizmu. Edem opazamo zjutraj na obrazu, čez dan pa okrog gležnjev. Pri generaliziranem edemu dobimo deformacije ekstremitet. Včasih je edem močno izražen na vulvi, kar lahko porod mehanično ovira. Zaradi zastoja vode poraste telesna teža, ki se lahko zviša celo za 1 kg na dan. Če raste telesna teža v zadnjem tromesečju nosečnosti za več kakor 500 g tedensko, se to že smatra za simptom toksemije.

III. Zvišan krvni pritisk

Sistolčni tlak nad 140 Hg mm, oziroma diastolični tlak nad 90 Hg mm smatramo že za znak toksemije. Ta simptom, zlasti diastolični tlak, je za prognozo največje vrednosti. Važno pa je za ocenjevanje krvnega pritiska, da vemo zanj, kolikšen je bil pred nosečnostjo.

Prvi simptom toksemije je po navadi (v ca. 80‰ primerov) proteinurija, le v kakih 20‰ primerov se kažejo najprej edemi z negativnim izvidom urina. Mnogo redkeje je prvi simptom zvišanje krvnega pritiska. Te izolirane oblike so običajno prehodne, saj se jim kaj kmalu pridružijo še drugi simptomi.

Preeklampsija

Pojem preeklampsije nam pove, da gre za tako stopnjo toksemije, ko lahko vsak čas pričakujemo eklamptični napad. Sindrom preeklampsije pa se kaže v celi vrsti subjektivnih in objektivnih znakov .

I. Subjektivni znaki

a) Senzorične motnje. Zvonjenje v ušesih, zlasti važne so motnje v vidu. Te se kažejo kot migotenje pred očmi, iskrenje ter oslabeledost vida prav do kratkotrajne slepote. Vzroki tega so možganski edem in spazma ožilja v možganih.

b) Nevralne motnje. Trdovratni glavoboli, in to pri ženah, ki prej niso trpele za glavobolom.

c) Motnje prebavnega traka. Slabost, bruhanje in tiščanje v epigastriju. Ti pojavi nastopijo včasih tik pred eklamptičnim napadom.

II. Objektivni znaki.

a) Porast proteinurije (v urinu dobimo visok ‰ beljakovin).

b) Porast krvnega pritiska, zlasti diastoličnega (nad 90 Hg mm).

c) Pojačenje edemov ob istočasni oliguriji do popolne anurije.

Če se tako bolezensko stanje organizma, ki se kaže v opisanih bolezenskih znakih kmalu ne popravi, pride do eklamptičnega napada.

Eklampsija

Značilni zanjo so krči s komo (nezavestjo). Nastopi v pozni nosečnosti, med porodom in le redko v poporodni dobi.

Ločimo štiri faze:

1. Začetna faza. Napet izraz obraza, trzanje obrazne miškulature, nepravilni gibi bulbusov.

Običajno je glava nagnjena na stran. Kmalu preide trzanje mišic na zgornje ekstremitete. Žena je v tej fazi običajno blede. Ta faza traja 30 do 60 sekund, običajno manj kot 30 sekund.

2. Sledi tonična faza. Zanje značilne so kontrakcije (napetosti) vse miškulature. Bulbusi so obrnjeni navzgor in navzven. Čeljustne mišice se močno skrčijo, zaradi tega se bolnice često vgriznejo v jezik. Zgornje ekstremitete so skrčene v komolcu, spodnje pa so stegnjene. Žena ne diha, ker je kontrahirana tudi miškulatura larinksa in diafragme. V tej fazi, ki traja 20 do 30 sekund, je žena v obraz cianotična.

3. Slede klonični krči. Pride do globokega diha, ki prekine nevarno asfiksijo. Slede klonični krči vsega telesa. Žena moli jezik iz ust, usta so polna pen. Dihanje je sunkovito. Značilni so gibi rok (sunkoviti kot pri bobnanju). Ta faza traja nekaj minut.

4. Koma (nezavest), ki nato sledi, je bolj ali manj globoka. Traja samo pol minute ali celo več dni.

Napadi eklampsije si lahko slede v večjih ali manjših časovnih obdobjih in so lahko različne intenzitete. Če si sledijo časovno hitro, govorimo o eklamptičnem stanju (status eklampticus). Med napadom je krvni pritisk zvišan, prav tako je zvišana temperatura, količina urina je zmanjšana, pride celo do anurije. V urinu najdemo različen ‰ beljakovin.

Komplikacije

Med najpogostnejšimi komplikacijami so vgrizi v jezik. Lahko jih preprečimo, če pravočasno vtaknemo pacientki med zobe primeren lesen predmet (žlico, spatulo), ovit z gazo. Med napadom lahko pride tudi do aspiracije pene in pozneje do pnevmonije. Asfiksija, ki nastane med napadom, je često vzrok smrti. Prav tako pogosto je vzrok smrti tudi intrakranialna krvavitev (krvavitev v možgane) zaradi močno zvišanega pritiska.

Terapija

Ker je za toksemijo cela vrsta vzrokov, bo tudi terapija zelo različna in v glavnem simptomatična.

Profilaktični ukrepi.

Pri vsaki nosečnici je treba redno kontrolirati pritisk, urin in telesno težo. Nadalje so potrebni razni higiensko-dietetični ukrepi. Nosečnica naj se preveč ne utruja s težkim delom. Hrani naj se pravilno (glej brošuro »Tekavčič - Drnovšek: Prehrana nosečnic«), prepovedati je uživanje svinjskega mesa. Važna je omejitev soli v hrani vsaj na polovico.

Kurativni ukrepi.

Počitek in neslana hrana sta dva važna ukrepa. Mirovanje zboljša diurezo in vpliva na znižanje krvnega pritiska. Zelo koristni so tudi sadno-zelenjavni dnevi. Gladovati pa nosečnica ne sme, vsaj ne dalj časa. V prehrani nosečnice s toksemijo so važne beljakovine, zlasti tam, kjer se le-te v večji količini izgubljajo s sečem. Dajemo tudi vitamine, nadalje sredstva za znižanje krvnega pritiska in sedativa (pomirjevalna sredstva).

Vsi primeri težjih toksemij, preeklampsij in seveda tudi eklampsije se zdravijo izključno v zavodu, ker je včasih pri progresivnih oblikah potrebna celo prekinitev nosečnosti.

V ilustracijo nekaj podatkov iz Centralnega ginekološkega dispanzerja (CGD):

| Leto | Število prvič pregledanih nosečnic (Ljubljank) | Med njimi primerov toksemij | |
|------|--|-----------------------------|------|
| | | število | % |
| 1953 | 2577 | 247 | 9,8 |
| 1954 | 2806 | 492 | 17,5 |

Večje število v letu 1954 v primerjavi z letom 1953 gre na račun boljše registracije in statistične evidence.

Samo v posvetovalnici za nosečnice CGD pa je bilo ugotovljeno:

| Leto | Število prvič pregledanih nosečnic | Med njimi primerov toksemij | |
|------|------------------------------------|-----------------------------|------|
| | | število | % |
| 1958 | 513 | 162 | 31,2 |
| 1959 | 550 | 116 | 21,3 |

Odstotek toksemij je sicer visok, vendar pada.

Število eklampsij v slovenskih porodnišnicah je bilo dokaj visoko, kar pomeni, da predporodno varstvo do leta 1953 ni bilo zadostno.

| Leto | Število porodov v porodnišnicah | Med njimi primerov eklampsije | |
|------|------------------------------------|-------------------------------|-----|
| | | število | % |
| 1940 | 3 779 | 17 | 0,4 |
| 1941 | 3 152 | 16 | 0,5 |
| 1942 | 2 957 | 13 | 0,4 |
| 1943 | 2 899 | 13 | 0,4 |
| 1944 | 2 315 | 9 | 0,3 |
| 1945 | 2 739 | 9 | 0,3 |
| 1946 | 6 178 | 16 | 0,2 |
| 1947 | 7 953 | 12 | 0,1 |
| 1948 | 9 312 | 28 | 0,3 |
| 1949 | 10 839 | 46 | 0,4 |
| 1950 | 13 658 | 27 | 0,1 |
| 1951 | 14 464 | 39 | 0,2 |
| 1952 | 15 463 | 33 | 0,2 |
| 1953 | 16 659 | 45 | 0,2 |

Uspeh predporodnega varstva se lepo kaže v tem, da je bilo v letu 1959. le 22 eklampsij na 29 000 porodov (0,08 ‰).

Ker poleg anemij toksemije v nosečnosti najboljše kažejo, kako deluje predporodno varstvo naših žena, je nujno, da to varstvo poglobimo. Res je, da toksemij v celoti ne bomo zatrli, lahko jih pa zmanjšamo na minimum, kar pomeni, da bo tudi eklampsij vedno manj.

0 pi — mu

Po splošnih statističnih podatkih kaže, da je stanje v teh krajih in je to v praksi darskega značaja, vendar ki potrebuje temeljite in prikazati zadevno stanje.

Toda če si hočemo priložnostno sliko in ga obenem prej vsaj temeljne značilnosti sestavljata Prekmurje in Pomurska Prlekija.

Vsega skupaj je tod nad 100 naselij z okrog 132 000 prebivalci, od tega skoraj 70 000 žena. Pokrajina, ki je pretežno agrarnega značaja, je gostonaseljena, saj prideta po ljudskem štetju iz leta 1953 na vsak km² po 102 prebivalca, kar je za kraje s tako šibkimi gospodarskimi pogoji odločno preveč. S kmetijstvom se še vedno preživljata 2/3 prebivalstva, medtem ko jih je v industriji in obrti zaposlenih samo 15 ‰.

u v pretežni meri vprava dica življenjskih razmeri v vrsti družbeno gospodarski zdravstveni problem, porodi na domu skušala tega okraja.

ariti kolikor toliko pravo, da si predočimo najzgodovinske pokrajine, ki jo

Število eklampsij v slovenskih porodnišnicah je bilo dokaj visoko, kar pomeni, da predporodno varstvo do leta 1953 ni bilo zadostno.

| Leto | Število porodov v porodnišnicah | Med njimi primerov eklampsije število | % |
|------|---------------------------------|--|-----|
| 1940 | 3 779 | 17 | 0,4 |
| 1941 | 3 152 | 16 | 0,5 |
| 1942 | 2 957 | 13 | 0,4 |
| 1943 | 2 899 | 13 | 0,4 |
| 1944 | | | 0,3 |
| 1945 | | | 0,3 |
| 1946 | | | 0,2 |
| 1947 | | | 0,1 |
| 1948 | | | 0,3 |
| 1949 | | | 0,4 |
| 1950 | | | 0,1 |
| 1951 | | | 0,2 |
| 1952 | | | 0,2 |
| 1953 | | | 0,2 |

Uspeh predporodno
le 22 eklampsij na 29

Ker poleg anemij t

porodno varstvo naših žena, je nujno, da to varstvo poglobimo. Res je, da toksemij v celoti ne bomo zatrli, lahko jih pa zmanjšamo na minimum, kar pomeni, da bo tudi eklampsij vedno manj.

, da je bilo v letu 1959.

ražejo, kako deluje pred-

0 problemih porodov na domu

Med. s. Helena Ravnič

Po splošnih statističnih podatkih so porodi na domu v pretežni meri vprašanje agrarnih predelov. Res je ta pojav predvsem posledica življenjskih razmer v teh krajih in je to vprašanje po svojem bistvu v prvi vrsti družbeno gospodarskega značaja, vendar gre zaeno tudi za zelo važen zdravstveni problem, ki potrebuje temeljite osvetlitve. Zato bom v zvezi s porodi na domu skušala prikazati zadevno stanje in razmere na področju soboškega okraja.

Toda če si hočemo o zastavljenem vprašanju ustvariti kolikor toliko pravilno sliko in ga obenem pravilno razumeti, je potrebno, da si predočimo najprej vsaj temeljne značilnosti Pomurja, te obrobne slovenske pokrajine, ki jo sestavljata Prekmurje in Pomurska Prlekija.

Vsega skupaj je tod nad 100 naselij z okrog 132 000 prebivalci, od tega skoraj 70 000 žena. Pokrajina, ki je pretežno agrarnega značaja, je gosto naseljena, saj prideta po ljudskem štetju iz leta 1953 na vsak km² po 102 prebivalca, kar je za kraje s tako šibkimi gospodarskimi pogoji odločno preveč. S kmetijstvom se še vedno preživljata ²/₃ prebivalstva, medtem ko jih je v industriji in obrti zaposlenih samo 15 %.

Pokrajina sama ima sicer zelo ugodne pogoje za smotrno agrarno izkoriščanje, vendar so to preprečevale gospodarske in družbene razmere v preteklosti, tako da je kmetijstvo tod še danes drobnoposestniško. Razen tega se je zaradi prenaseljenosti in pa premajhnih možnosti za zaposlitev v neagrarnih panogah začel vsesplošni proces izseljevanja. Presežek delovne sile si poišče zaposlitve kjerkoli na večjih deloviščih in se v zvezi s tem zadnja leta tudi že stalno naseljuje drugod. Ti delavci, bodisi stalni ali sezonski, so največkrat mladi ljudje brez strokovne kvalifikacije. To je deloma tudi vzrok, da je kulturna in prosvetna raven prebivalstva na splošno še danes na razmeroma nizki stopnji. Postane nam pa to stanje povsem razumljivo, če vemo, da je ta pokrajina bila dolga stoletja politično upravno in gospodarsko razcepljena ter podrejena tujemu socialnemu in kulturnemu vplivu, obenem pa oddaljena od večjih kulturnih središč.

Brez dvoma je tudi v opisanem zgodovinskem razvoju te pokrajine iskati vzroke za vso problematiko na področju varstva matere in otroka. Za Pomurje prav značilna je, zlasti kar se tiče porodov na domu.

Tako rodi v soboškem okraju na domovih še vedno nad polovico žena (leta 1958 — 57,4 %, leta 1959 pa 53,39 %), kar daleč presega republiško povprečje, ki je leta 1958 znašalo 28,86 %, leta 1959 pa 25,66 %. V okraju samem pa je velika razlika med posameznimi občinami (M. Sobota izkazuje za leto 1959 v celem 37 % porodov na domu, Ljutomer 59 %, Radgona 64,5 %, Petrovci 66,67 %), zlasti med predeli, ki so blizu bolnice, in tistimi, ki so od nje preveč oddaljeni. Tako je n. pr. v babiškem okolišu Rogaševci, ki je najbolj oddaljen od bolnice, rodilo leta 1959 doma 81 % žena, v babiškem okolišu Murska Sobota pa samo 3 %.

Mreža ustanov za zdravstveno varstvo žene na terenu še ni dovolj razvita; kapaciteta ustanov je nizka. Porodni oddelek ima za porodnice na razpolago le 17 običajnih in 5 zasilnih postelj, tako da je lani pri 2200 porodih v okraju prišla ena sama postelja na 100 porodnic. Še bolj natrpan pa je ta oddelek po uvedbi kmečkega zavarovanja, ker stane porod doma kljub mnogo slabši oskrbi in porodni pomoči prav toliko kakor v bolnici. Razen tega bremenijo oddelek še pacientke s hujšim nosečnostnim obolenjem, ki čakajo na porod tudi po več mesecev, tako da morajo predčasno odpuščati druge bolnice in se je pri taki zasedenosti oddelka resno bati kake epidemične infekcije.

Materinskega doma, ki bi socialno nepreskrbljenim in zdravstveno ogroženim nosečnicam zagotovil normalne pogoje nosečnosti, kljub večletnemu prizadevanju še vedno ni.

V okraju so 4 ženski dispanzerji s 14 rednimi in 5 pomožnimi posvetovalnicami za žene. Razen na sedežih večjih občin so posvetovalnice slabo opremljene. Na terenu nekatere poslujejo enkrat samkrat mesečno, in to ponekod celo v skupnih prostorih s splošno ambulanto in sočasno z otroško posvetovalnico. Posvetovalnic za žene po porodu je v okraju 5, obisk v njih pa minimalen. V sklopu dispanzerjev za žene je še 6 posvetovalnic za kontracepcijo. Materinska šola in šola za fiziološki porod se zaradi pomanjkanja medicinskih sester ne moreta razviti.

Kader v teh ustanovah je maloštevilen in zaradi tega preobremenjen. Okraj ima enega samega specialista ginekologa, ki ima na skrbi porodni oddelek bolnice, ženski dispanzer v Murski Soboti in specialistično ambulanto v Lendavi. V pomoč sta mu dva specializanta za ginekologijo. Drugod vodijo dispanzerje

oziroma posvetovalnice zdravniki splošne prakse, ki so že tako obremenjeni z ambulantnim delom, saj pride ponekod na zdravnika do 16 000 prebivalcev. Nobeden od dispanzerjev nima stalno nameščene medicinske sestre; patronažo pri nosečnicah vrši vzporedno z drugim delom 6 medicinskih sester. Stalno nameščene babice v dispanzerjih za žene so le tri.

Terenskih babic je v okraju 46, torej približno ena na 3000 prebivalcev. Vsaka ima v evidenci povprečno 50 nosečnic. Po številkah za lansko leto je imela vsaka povprečno 24 porodov na domu in 814 patronažnih obiskov.

Delo terenskih babic po kakovosti na splošno še ne zadovoljuje. Njihova strokovna in splošna raven je v največ primerih prenizka. Deloma je temu vzrok dejstvo, da si vodstva posameznih delovnih enot premalo prizadevajo za njih strokovno izpopolnjevanje in napredek. Tako se potem dogaja, da celo babice iz nove šole popuščajo in se prilagode stopnji okolice.

Na dan so zaposlene povprečno po 5,5 ur in torej ne dosežejo predpisanega delovnega časa. Kljub temu pa babice povečini še vedno opravljajo dobršen del preventivnih nalog kar na svojem domu, čeprav živijo v soseščini posvetovalnic. Neustrezno stanje babiške službe gre tudi na račun pomanjkljive opreme, čeprav se je položaj v tem pogledu zadnja leta zlasti s pomočjo UNICEFA nekoliko zboljšal. Da organizacija babiške službe ni zadovoljiva, je deloma vzrok tudi v pomanjkanju potrebnega razumevanja in pa v dejstvu, da dispanzer v Murski Soboti še ni v celoti prevzel naloge strokovnega metodološkega centra v okrajnem merilu.

Zaradi slabih gospodarskih pogojev in nezadostnega strokovnega kadra se v okraju izvaja prvenstveno kurativna služba, preventivna pa ni organizirana in je odvisna od skromnih sredstev občinskih proračunov.

Vzrokov, da je v tem okraju toliko porodov na domu, je več. Deloma gre tu za objektivne vzroke, kot je na primer velika oddaljenost od bolnice in slabe prometne zveze, razen tega pa zastarela miselnost in nizka zdravstvena zavest ljudi, ko babica kljub verjetnosti kompliciranega poroda žene nikakor ne more pregovoriti, da bi šla roditi v bolnišnico. Večkrat je kriva tudi zaostalost moža in njegov nepravilen odnos do žene.

Zgodi se pa tudi, da je žena na porod v bolnici pripravljena, a jo porod prehití doma, ker rešilni avto zaradi oddaljenosti bolnice in telefona ter slabih cest — zlasti pozimi — ne pride pravočasno. Razen tega se primeri celo, da pride žena v bolnišnico, pa jo tod zaradi prenapolnjenosti odklonijo, ker trenutno nima popadkov, nato pa še isto noč rodi doma, včasih tudi brez strokovne pomoči. Posledice so na dlani!

Strokovna pomoč pri porodih na domu je v primeri s porodno pomočjo v bolnicah slaba. Število mrtvorojenih na domu je zadnja leta na isti višini, čeprav pada število porodov na domu in tudi število nepravilnih porodov. Število patoloških porodov v bolnici pa narašča hitreje kakor skupno število porodov v bolnici. Verjetno gre ta ugotovitev tudi na račun boljše registracije v bolnici. Največ mrtvorojenih na domu so lani imele občine Beltinci, Ljutomer in Murska Sobota. Število mrtvorojenih v bolnici zadnja leta narašča in se je lani naglo dvignilo — v primeri z letom 1958 več ko podvojilo. Statistični podatki bolnice, kamor prihajajo triažirane porodnice iz okraja samega in nekaj tudi iz okraja Čakovec — torej vsi komplicirani in na terenu zanemarjeni porodi, predvsem zanemarjene prečne lege — izkazujejo za 1959. leto 2,63 % mrtvorojenih in 1,3 % smrti novorojenčkov, vtem ko je istega leta bilo na

domovih mrtvorojenih 1,1 %, umrlih novorojenčkov pa 0,52 %, torej približno le za polovico manj.

Slaba strokovna pomoč pri porodih na domu se deloma odsvita tudi na visoki umrljivosti dojenčkov v našem okraju, ki je bila lani 4,5 %, čeprav občutno pada, saj je še leta 1955 bila 16 %, dvajset let prej, leta 1935 pa 17,5 %. Skoraj polovica teh otrok je umrla v prvem mesecu starosti, četrtnina vseh dojenčkov pa v prvem tednu. To ni v zvezi le z večjo biološko občutljivostjo otrok, temveč tudi z nezadostnim predporodnim in poporodnim varstvom ter stopnjo zdravstvene zavesti družine. Umrljivost dojenčkov je bila leta 1959 največja v občinah Beltinci in Lendava, to je v izrazito nižinskem, gosto naseljenem predelu z visokim številom otrok v družinah. V zdravstveni zaostalosti igra tod veliko vlogo tudi religija. Na tem področju so namreč večinoma katoličani, medtem ko so na Goričkem v glavnem luterani, ki imajo povprečno le po dvoje otrok.

Umrljivost novorojenčkov na domu se je lani znižala. Znižala se je tudi v bolnici, kjer se je skrb za novorojenčke, posebno za nedonošenčke, izpopolnila. Umrljivost novorojenčkov v bolnici je v primeri z njih umrljivostjo na terenu nizka (2 %), če upoštevamo, da je v bolnici dosti več nenormalnih porodov kakor na domovih. To nam dokazuje, kolikšnega pomena je dobra strokovna pomoč v bolnici za ženo in otroka. Babica v primitivnih pogojih na domu ne more rešiti otroka in je dostikrat v zelo težki situaciji. Sicer pa v novejšem času stalno dobivajo navodila za delo in si poglobljajo izobrazbo s strokovnim izpopolnjevanjem. Mlajše babice iz nove šole in tudi starejše, ki so bliže centra, se ne spuščajo več v tvegane porode, saj se le predobro zavedajo velike odgovornosti za ženo in otroka. V oddaljenih krajih pa včasih pač ni drugega izhoda, kakor da vodijo tudi kompliciran porod.

Kakšna je porodna pomoč na domu, naj ponazorim še z naslednjimi ugotovitvami: tako n. pr. v ljutomerski občini babice pred porodom še lani niso opravile niti osnovne higienske toalete, do leta 1957 v babiški torbi niso imele sterilnega obvezilnega materiala niti ne porodnih zavojev za nezavarovane žene, bile so brez najnujnejšega instrumentarija, zdravil, razkužil itd., da ne govorim o delovni obleki (beli halji, maski in ruti) ter o milu, brisači in drugem priboru za osebno higieno babice. V beltinski občini je še pred 4 leti nekatere babice material za en porod na domu stal samo 20 din. Nekatere so si instrumentarij nabavile iz lastnih sredstev. Kompletiranje torbe za porodno pomoč je torej eno izmed prvih vprašanj, ki mu moramo posvečati vso skrb.

Posledice slabe strokovne pomoči se kažejo tudi po porodu v raznih škodah na zdravstvenem stanju žena, kot n. pr. na rupturah presredka, nožnice in celo danke. Manjših ruptur babice sploh niso pošiljale v bolnico ali k zdravniku na šivanje, ženi pa so često zamolčale, ker so se bale za svoj ugled.

Naj ilustriram slabosti porodne pomoči na domu z nekaterimi konkretnimi primeri iz let 1958/59:

V ljutomerski občini babica kljub večkratnim pozivom ni mogla nuditi porodno pomoč, ker je imela bolnega svojega otroka. Posledica je bila ruptura danke.

Na cankovskem področju je žena rodila brez strokovne pomoči, ker je porod naglo potekal. Pri porodu sta pomagali stara mati in sosedka. Babico so klicali šele po porodu. Zaradi površnega pregleda in zaradi slabe razsvetljave je babica šele zjutraj ugotovila rupturo anusa. Po zdravnika so poslali šele

6 in pol ure po porodu. V bolnico so ženo pripeljali še pozneje. Na srečo ni bilo hujših posledic.

V Kuzmi je babica pričakovala porod dvojčkov. Žena je imela na vulvi hude varice. Ekonomsko stanje te žene je bilo skrajno slabo. Mož je bil na sezonskem delu. Babica jo je nagovarjala, da bi šla roditi v bolnico, toda ker žena ni imela nikogar, da bi ji doma oskrboval nedorasle otroke in živino, je na lastno odgovornost rodila doma. Posledic na srečo ni bilo.

Pri Gradu stara prvesnica ni hotela pristati na porod v bolnici, dasi je bil otrok zelo zaželen. Babica je ni mogla prepričati, da je porod v bolnici nujno potreben. Obenem je prav ta babica vodila v sosednji vasi še drug porod, ki ga je zaradi prvega pospeševala. Prvesnica je rodila mrtvega otroka, nakar je zaradi hude krvavitve le morala pristati na prevoz v bolnico.

Takih in podobnih primerov je vsako leto na desetine.

Kakor sem že omenila, je posledica slabega predporodnega varstva žene in slabe obporodne pomoči tudi visoko število mrtvorojenih. Največ mrtvorojenih je od januarja do aprila, nato pa od junija do oktobra. Šef ginekološko-porodniškega oddelka v bolnici opozarja tudi na visoko število nedonošenih otrok, rojenih v zgodnjih spomladnih in poznih poletnih mesecih. V obeh skupinah je vzrok naporno delo nosečnic, pa tudi nepravilna prehrana v zimskem in poletnem času. V naštetih mesecih je tudi več nosečnostnih toksemij.

Naša kmečka žena opravlja razna poljska in druga težka dela z dviganjem bremen tako rekoč prav do poroda, in to dostikrat kljub nosečnim težavam in komplikacijam. Razen pomanjkanja moške delovne sile je temu tudi vzrok v tradiciji, zlasti starejših kmečkih ljudi, posebno starih mater, ki so prepričane, da bo nosečnica lažje rodila, če bo bolj delala. V posebno težkem položaju je nosečnica na kmetih pri tašči in pa neporočena mati. Vzrok tej brezobzirnosti do noseče žene je tudi nizka kulturna raven, slabo gospodarsko stanje in premalo razvita zdravstvena zavest, saj je kmetu dostikrat važnejše zdravje živine kakor pa zdravje žene in bodočega otroka. Dobro namreč vemo, da breje živine zlepa nikoli ne vprega.

V enaki meri je vzrok velikemu številu nedonošenih in mrtvorojenih otrok tudi nepravilna prehrana noseče žene. V prehrani nosečnice, kakor v prehrani pri nas nasploh, primanjkuje vitaminov in rudninskih snovi, posebno v poznih zimskih in zgodnjih spomladanskih mesecih. Primanjkuje tudi beljakovin, medtem ko je maščob in ogljikovih hidratov preveč, posebno pozimi. Ljudje se tudi v prehrani držijo običajev in navad, ki so v večini primerov povezane z raznimi verskimi prazniki. Pozimi je hrana suficitna, poleti ob najtežjem delu deficitna. Jedilnik je nepravilno sestavljen, hrana ni higiensko pripravljena itd. Večina Prekmurk odklanja špinačo in prekuhava smetano, ne zna higienično pomiti posode, ne opere sadja, pije alkoholne pijače v nosečnosti in ob porodu, saj nekatere celo na porod v bolnico pripeljejo vinjene. Pri težjem delu pijejo vino, ker mislijo, da daje moč. Na tem področju čaka zdravstvene delavce še mnogo zdravstveno prosvetnega in vzgojnega dela ne le z ženami, ampak tudi z možmi, posebno v zvezi z neprimernim delom nosečnice in v zvezi s kontracepcijo. Velikega pomena je tu namreč zaželenost otroka. Če je otrok zaželen, je vsa družina do nosečnice kolikor toliko obzirna. Toda s kontracepcijo pri kmečkih ženah zelo težko prodiramo, vse prej so pripravljene na sterilizacijo. Splavi pa zavzemajo v bolnicah že tretjino ginekoloških postelj.

Naloga terenskih babic je, da skrbijo za nego porodnic in novorojenčka na domu, tudi tistih, ki pridejo 5. ali 6. dan iz bolnice. Ugotovljeno je, da je ta skrb babice, če izvzamemo občino Lendava, posebno na oddaljenih terenih nezadostna, saj obišče babica marsikatero otročnico samo enkrat in še takrat vzame le podatke o porodu za prijavo. Lahko trdimo, da v soboški občini, kjer mi je njih delo dobro znano, babice niti polovice otročnic ne obiskujejo redno.

Kar se tiče porodov brez strokovne pomoči, jih poročila v okrajnem merilu izkazujejo razmeroma malo (v letu 1959 n. pr. 0,41 %). Največ jih je bilo v soboški občini, to pa na račun ciganov in goriških predelov ter predelov brez babice. Precej visok je ta odstotek tudi v Lendavi. Vendar pa odstotek, ki ga navaja poročilo v okrajnem merilu, ni povsem stvaren. Marsikje rodi žena brez babiške pomoči, če porod naglo poteka, posebno tam, kjer je babica zelo odaljena in kjer je teren zelo hribovit, in pri ciganih, ki še ne čutijo potrebe po zadevni pomoči. Babica pride navadno, da porod dokonča, uredi mater in otroka, toda poroda dejansko ni vodila sama, medtem ko v poročilu izkaže, kakor da ga je, ker je dobila pač taka navodila. Tem porodnicam pri nas največkrat pomagajo stare matere ali sosede, za mazačke same ni več slišati. Seveda bi se tak porod smel šteti kvečjemu le med porode z nepopolno strokovno pomočjo.

Verjetno še vedno dosti porodov z mazačko pa je v Halozah, saj izkazuje ptujška občina l. 1958 še 12,08 % porodov brez strokovne pomoči, v prvi polovici l. 1959 pa 10,99 %. V Halozah so cela področja brez babice, a tudi če jo imajo, se ljudem ne zdi potrebno, da bi prisostvovala porodu. Pred kakimi 5 leti sem tam doživela, da je mož odklonil pomoč babice in je ženi rajši sam pomagal pri porodu. Babic je bilo malo, kjer pa je bila, je imela tolikšen okoliš, da k porodu nikakor ni mogla priti pravočasno. Na tako hribovitem terenu z raztresenimi hišami še poleti ni mogoče s kolesom priti do vseh hiš. Zato so se ljudje tam že navadili, da v oddaljenih krajih babice sploh ne kličejo, češ »saj tako ne bi mogla priti o pravem času« — rajši pokličejo mazačko, ki je bliže in tudi bolj domača. Po porodu pa menijo, da je že vse v redu, da je nevarnost že tako ali tako mimo in da babice ne potrebujejo.

V Pomurju, kjer je babic več in njihovi okoliši manjši, ima babica ugled in ljudje se vse bolj obračajo nanjo tudi za drugo pomoč in nasvete. Babica je namreč največkrat edini predstavnik zdravstvene službe na terenu. Od njene strokovne izobrazbe in prizadevnosti ter od organizacije babiške službe je odvisen uspeh njenega dela. Določeni tereni imajo nad nosečnicami boljšo evidenco, to je tam, kjer jih obiskujejo (v Lendavi redno), zato so že v nekakšni pripravljenosti in z nosečnico glede poroda dogovorjene, tako da tedaj res pridejo dovolj zgodaj.

Za triažo porodnic na terenu skrbijo babice in terenski zdravniki. Nekatere od babic, kakor smo že omenili, svojih nalog še ne opravljajo zadovoljivo. Zato pri nas rodi doma še mnogo prvesnic, mnogorodk in celo žena, ki so že imele nepravilne porode. Vendar je vsega tega čedalje manj in se v zadnjih letih opaža znaten napredek, zlasti odkar so skoraj vse babice absolvirale post-diplomski tečaj v Ljubljani in odkar je dispanzer v Murski Soboti prevzel skrb za njih strokovno izpopolnjevanje. Tudi lani ustanovljena podružnica babiškega društva za Pomurje se uveljavlja v skrbi za njih strokovni napredek. Po društveni liniji se udeležujejo tudi občnih zborov s strokovnimi predavanji v

Mariboru in Ljubljani. V okraju samem imajo babice redne mesečne sestanke po občinah, na sedežih dispanzerjev, iz manjših občin pa prihajajo na sestanke v Mursko Soboto. Na sestankih se poleg terenske problematike obravnavajo tudi poglavja iz babiške zakonodaje. Sestanke babic po občinah vodijo medicinske sestre, ki so se zavzele za enotno opremo babic v celem okraju. Dalje imajo sestre na skrbi tudi praktično in teoretično instruktazo babic glede preventivnega dela. Tako je bila večina babic na praksi v dispanzerju za žene in na porodniškem oddelku bolnice v Murski Soboti, v otroškem dispanzerju in njegovi mlečni kuhinji.

Iz tega poročila, v katerem sem skušala prikazati problematiko porodov na domu in pa porodov brez strokovne pomoči, je razvidno, da je zdravstvena služba kljub pomanjkanju nekaterih osnovnih ustanov za zdravstveno varstvo matere in otroka in kljub maloštevilnim kadrom dosegla določene rezultate. Vendar bi uspehi lahko bili boljši, če bi bilo med zdravstvenimi delavci v tej smeri več prizadevanja, če bi nas bilo več in če bi bila služba služba boljše organizirana. Potrebna pa je temeljitejša analiza in večletno sistematično spremljanje pojavov v zvezi s problematiko porodne pomoči.

Če hočemo sanirati vprašanje porodov na domu, bo potreba še intenzivneje nadaljevati z dosedanjim načinom strokovnega izpopolnjevanja babic. Za bodoče se predvideva v nekaterih občinah poseben seminar za babice, ki bi jih usposobil tudi za zbiranje osnovnih podatkov in za analitiko stanja na njihovih terenih.

Okraj in občine bodo morali misliti na čimprejšnjo upokožitev starih babic in gledati, da štipendirajo večje število novih kakor doslej. Z deležem babiške šole za leto 1960 smo za cel soboški okraj pridobili samo 4 babice, ker jih šola več ni mogla sprejeti. Da bi se delo z babicami poglobilo, pa je nujno potrebno v Dispanzerju za žene v Murski Soboti namestiti stalno, sposobno medicinsko sestro, ki bo skrbela za babiško službo v okrajnem merilu. Babice bo treba usposobiti za preventivno, v prvi vrsti za zdravstvenovzgojno dejavnost in jih pritegniti k prosvetnemu delu, ki ga imata v programu Rdeči križ in Zveza združnic.

Patronažna služba, ki je ena izmed najboljših oblik zdravstvenovzgojnega dela, ker zajame vse skupine ljudi v družini, je najučinkovitejša, če je stalna in načrtna. Za tako službo je potrebno več strokovno izobraženega in splošno razgledanega kadra ter strokovno in metodološko vodstvo iz centra. Na pobudo DMS je letos ustanovljen Patronažni center v Murski Soboti, ki pa svoje dejavnosti zaradi nizkega števila kadra še ni mogel razviti. Okraj v celoti štipendira precej medicinskih sester, ki bodo nameščene v glavnem v patronažni službi. Potrebe po kadru so pa visoke tudi v kurativni službi. Dozorelo je spoznanje, da nam brez šolanja domačega kadra ne bo mogoče rešiti vprašanja zdravstvenih kadrov. Zato je ustanovljena šola za zdravstvene delavce v Murski Soboti in je razpisano veliko večje število štipendij kakor doslej. Šola je velikega pomena za Pomurje ne le z vidika zdravstvene službe, temveč tudi z gospodarskega in političnega vidika.

Vse dokler v Murski Soboti ne bo zgrajen nov, že planirani ginekološko-porodniški oddelek z večjo kapaciteto, bo triažo porodnic na terenu treba zboljšati. Občina Murska Sobota pa naj bi se takoj lotila ustanovitve Materinskega doma, ki bo porodniški oddelek vsaj malo razbremenil in obenem zmanjšal

izdatke občinam, vplival pa bo tudi na porast porodov v bolnici. Obenem bi bila to ustanova, skozi katero bi zdravstvena prosveta prodirala na vas.

Ker število porodov v bolnici narašča in je spričo velike obolevnosti otrok ter razmeroma pozne hospitalizacije vedno bolj pereč problem tudi patologija novorojenčkov, zato je zaradi oddaljenosti otroških oddelkov v Mariboru, Ptuj in Varaždinu v soboški bolnici nujno potreben otroški oddelk (gradnja tega oddelka je že v pripravi), poleg tega pa stalna pediatrična služba v otroški sobi porodniškega oddelka. Objekti zdravstvene službe se v perspektivnem planu dograjujejo, s čimer dobiva poudarek preventivna služba, ki s svojimi ustanovami še danes često gostuje v neprimernih prostorih. Pri zdravstvenih domovih je treba ustanoviti ne le servis za domačo nego bolnika, temveč je misliti tudi na ustanovitev servisa za higiensko opremo in pripomočke za oskrbo porodnice. Razširiti je treba tudi mrežo terenskih ustanov za varstvo matere in otroka, namestiti v njih potrebni kader in organizirati službo tako, kakor predpisuje Pravilnik o delu dispanzerja za žene. Z ustanovitvijo Centra za zdravstvo, v smislu novih zakonskih predpisov, pa bomo končno dobili prepotrebni strokovni organ, ki bo to delo usmerjal.

Skrb družbe za varstvo matere in otroka v občinski skupnosti se razvija preko družbenih organov, katerih naloga je posredovati prebivalstvu razne oblike tega varstva. V ta namen pa je seveda nujno potrebno organizirati mrežo ustanov in služb zdravstvenovzgojnega in socialnega značaja. Da se vse doslej varstvu žene in otroka ni pripisovalo dovolj važnosti, je odgovornost tudi na nas samih. Sveti za zdravstvo namreč v letu 1958 po občinah niso niti ene seje posvetili varstvu žene in otroka, prav tako tudi upravni odbori ustanov niso razpravljali o tem. Organov družbenega upravljanja nismo dovolj seznanili s stanjem te službe na terenu. Večkrat niti ni osebe, ki bi jih informirala in se za to zavzela. Zato so se le preveč posvečali tekočim zadevam in finančno-ekonomskemu položaju zdravstvene ustanove.

Potrebno je tudi večje sodelovanje zdravstvenih ustanov z množičnimi organizacijami, posebno z organizacijo RK, ki ima v svojem programu na prvem mestu zdravstvenoprosvetno dejavnost. Glavni odbor Rdečega križa je, glede na posebno težke zdravstvene razmere v Prekmurju, ustanovil Center za zdravstveno vzgojo v Murski Soboti, ki bo zdravstvenovzgojno dejavnost vsestransko razvil in jo organiziral v raznih novih oblikah.

Zdravstvena prevzgoja ljudi mora iti vzporedno z razvojem in napredkom socializma, ki spreminja okolje človeka. Tehnični napredek, socialistična politika v kmetijstvu bo razbremenila človeka na vasi in tudi kmečko ženo, dvigala bo standard in splošno kulturno raven, s čimer se že sama po sebi dviga tudi zdravstvena zavest ljudi. Ta proces je pri nas očiten. Hitrejši razvoj gospodarstva v osrednjih pokrajinah priteguje iz Pomurja pretežni del odvečne delovne sile in jo bo tudi v bodoče, pa tudi doma rastejo novi industrijski obrati, ki bodo sčasoma pritegnili domačo delovno silo. Nova upravna in politična razdelitev pa je prvikrat v zgodovini Pomurja formalno zabrisala tradicionalno mejo na Muri in ni daleč čas, ko bo hitra gospodarska rast in politična enotnost uničila tudi neprijetno dediščino in razlike svetov ob Muri. V ta namen pa moramo še posebno vsi zdravstveni delavci svoje delo poglobiti, ga dvigniti na višjo strokovno raven, obenem pa si vsestransko prizadevati za spreminjanje stare miselnosti in zakoreninjenih navad, tako da bo skrb za ženo, zlasti pa za porodnico pri ljudeh samih končno res taka, kot si jo želimo.

Naloge medicinskih sester v zvezi z regulacijo porodov*

Cita Bole

Vprašanju regulacije porodov, planiranja družine in zavestnega starševstva, kakor imenujejo po svetu pojav zavestnega odločanja ljudi o številu potomcev in času njihovega rojstva, smo v našem društvu in preko »Medicinske sestre na terenu« dodelili dokaj važno mesto. Vzrokov, da o tem zopet razpravljamo, je dvoje: na eni strani dejstvo, da je to eno izmed najbolj perečih vprašanj v zdravstvenem varstvu matere in otroka, na drugi strani pa objektivna situacija, ko si sodobne metode za planiranje družine s težavo utirajo pot skozi zapreke nepravilnih pojmovanj, zakoreninjenih v patriarhalni miselnosti in nekaterih predsodkih.

Izkušnje med triletnim organiziranim delovanjem za prevencijo splava in za sodobno kontracepcijo so pokazale tudi potrebo, da se medicinske sestre pri tem delu bolj aktiviziramo in da se ne zadovoljimo več samo s propagiranjem kontracepcijskih sredstev. Menim, da ne bi bilo prav, če bi se omejila zgolj na naštevanje in opisovanje teh nalog, ne da bi hkrati poudarila neogibno potrebo po izpopolnitvi našega znanja glede socioloških procesov v naši družbi, zlasti glede razvoja družine, odnosov med ljudmi v socializmu, in pa potrebo po poznavanju osnovnih zakonitosti družbenega razvoja nasploh.

Nagla industrializacija, naglo spreminjanje socialne sestave prebivalstva, množično zaposlovanje žena v proizvodnji — vse to je pri nas v pičlih 15 letih povzročilo tako občutne spremembe in odprlo toliko novih problemov v družinskih odnosih, pri vzgoji otrok ter v odnosih med spoloma, da zahteva posebno, bolj sistematično in bolj poglobljeno obravnave zlasti med kadri, ki jim je skrb za človeka neposredna poklicna dolžnost. Med temi je kot zdravstveni, socialni in pedagoški profil delavca v skupini zdravstvenih kadrov tudi medicinska sestra.

Regulacija porodov, ki sodi v vrsto naštetih družbenih problemov, po svoji specifičnosti naravnost terja, da se zanjo zavzamejo medicinske sestre, zlasti one v patronažni službi, ki so po naravi svojega dela v neposrednem stiku z ljudmi in zato dobro poznajo njihove osebne težave, obenem pa uživajo tudi njihovo zaupanje.

Da bi bile kos temu delu, se moramo pač najprej zavedati, da je ta pojav v sodobni družbi neizogiben. Če ga ne bomo znali usmerjati po znanstveno utemeljenih metodah, se bodo ljudje še naprej in še bolj zatekali k neprirodnim in škodljivim načinom, kar že ima in bo lahko imelo še hujše posledice.

Razčlenjevanje spontanega reševanja neželene nosečnosti je dokazalo, da je splav pri nas najbolj razširjena metoda za regulacijo porodov in da pomeni v ginekološki patologiji osrednji etiološki faktor tako po svoji številnosti kakor tudi po hudih posledicah. Razen tega pa je splav načeloma nesprejemljiv tudi s sociološkega vidika, ker zlasti v neurejenih odnosih fiziološko, psihološko in moralno v prvi vrsti prizadeva žensko in jo postavlja v docela podrejen položaj nasproti moškemu, saj nosi posledice spolnega življenja sama.

* Referat na občnem zboru Društva medicinskih sester v Ljubljani dne 20. II. 1961.

Za pravilno reševanje te problematike veljajo tri osnovna načela:

1. da je kontracepcijska služba edini učinkoviti ukrep proti abortusu in edina sodobna metoda za reguliranje porodov;
2. da je za prevencijo nedovoljenega, nestrokovnega splava v sklopu posebnih komisij treba poleg medicinskih razlogov upoštevati tudi osebne okoliščine prizadete ženske, ki bi jih rojstvo neželenega otroka lahko še poslabšalo;
3. da je spolna vzgoja kot del splošne vzgoje v duhu enakopravnih odnosov in spoštovanja človekove osebnosti najmočnejši činitelj za pravilno usmerjanje dogajanj v zvezi z regulacijo porodov.

Posebne naloge, ki za medicinske sestre izhajajo iz teh načel, bom navedla ob kratkem pregledu situacije:

- a) na področju kontracepcijske službe,
- b) na področju komisij za dovolitev splava, in
- c) na področju prosvetno-vzgojne dejavnosti.

Kako je s kontracepcijsko službo?

Kontracepcijska služba je v maju 1958. leta postala obvezna za celotno zdravstveno službo. Mrežo in lokacijo kontracepcijskih baz določamo po istem načelu kakor druge preventivne enote, da jih tako čim neposredneje približamo ljudem.

Tako imamo v Sloveniji 120 kontracepcijskih baz, ki delujejo bodisi v dispanzerjih in posvetovalnicah za žene, bodisi v ginekoloških ordinacijah, bodisi v sklopu splošnih in obratnih ambulant. Številčnost in gostota mreže kontracepcijskih baz bi ob njihovi večji aktivnosti za silo zadovoljevala; vsekakor pa bo treba to službo še izpopolniti in jo vpeljati zlasti v obratnih ambulantah tiste industrije, ki zaposluje večinoma žensko delovno silo. Lani namreč jih je komaj 10 med njimi registriralo izdajanje kontracepcijskih sredstev.

Kontracepcijsko službo vodijo pretežno ginekologi in zdravniki — absolutni tečaja za varstvo žene in otroka; zdravniki splošne prakse, ki so se spčetka za to delo zanimali, pa ga v zadnjem času opuščajo. V poslednjih dveh letih je bilo izdanih nekaj nad 13 000 genofragem, to je približno 6500 letno; število znanih splavov pa je bilo medtem v letu 1959 — 11 672, lani pa blizu 12 000, kar priča, da čakajo kontracepcijsko službo še marsikatero težave.

Rešiti moramo predvsem vprašanje kontracepcijskih sredstev. Genofragma z antispermicidno pasto genosan je do danes priznana kot nedvomno najučinkovitejša. Pripombe ljudi, da je prekomplicirana, neestetska itd., pa je treba upoštevati. Zato pripravljamo večjo izbiro, vse od genofragme pa do preprostejših, čeprav manj zanesljivih sredstev, kajti bolje nekaj kakor nič, zlasti v razmerah, ko je dobršen del ljudi še tako zelo nekritičen, da vztraja pri abortusu. Seveda pa bomo še nadalje priporočali najboljše sredstvo. Proizvodnja nam ga bo v zadostni meri zagotovila, prav tako je rešeno tudi vprašanje glede embalaranja genofragem v polisterolskih škatlicah. Začeli pa so tudi že s proizvodnjo aplikatorjev za genosan in druge antispermicidne paste, ki se uporabljajo brez genofragme. Pri vseh teh produktih bodo bolj upoštevali higienski moment in tudi estetski videz.

Dokler medicinski znanosti ne bo uspelo odkriti res preprostih in hkrati povsem zanesljivih sredstev, si moramo z vsemi silami prizadevati, da razvijemo in izpopolnimo to službo v taki meri, da se bodo ljudje zatekali v kontra-

cepcijske posvetovalnice po pomoč s takim zaupanjem kakor v druge zdravstvene ustanove. Zlasti zato moramo skrbeti za dobro organizacijo notranjega režima in strokovnega dela v kontracepcijskih bazah. Marsikatero žensko ovira dejstvo, da pot do genofragme vodi skozi zdravniško ordinacijo. Marsikatero moti, da jo v tehniko uporabe sredstva uvaja zdravnik. Za zdravstvene delavce pomeni to delo novo obremenitev; zato marsikje ponudimo genofragme zgolj formalno, na nesposoben način, ali pa se oddahnemo, če se zadeva odloži »na prihodnjič«. Ponekod so že našli ustrežnejše oblike dela, ki jih republiška komisija za preventivo splava priporoča, da se razvijejo povsod. Zdravnik ženo ginekološko pregleda in določi ustrezno številko genofragme, kar je zaradi potrebne natančnosti njegova stvar, ginekološki pregled pa je s stališča preventivne ginekologije tudi sicer izredno pomemben. Vse drugo lahko opravi medicinska sestra ali babica: tako poskrbi za brezhibno genofragmo, ki jo določi zdravnik, nauči posameznico, kako naj jo uporablja in kako jo higiensko vzdržuje. Čez čas pa povabi ženo na kontrolni obisk, da se prepriča, ali je razumela prvotno razlago. Za to delo je potrebno izbrati vestne sodelavke, ki znajo delo opraviti natančno, hkrati pa se približati človeku in ustvariti diskretno vzdušje, občutek varnosti in organizirati delo tako, da ne bo nepotrebnega čakanja. Vsaka površnost se maščuje, saj smo soodgovorni, da bo sredstvo, ki smo ga priporočili, pravilno uporabljeno, ker od tega je odvisna njegova učinkovitost, odgovorni pa tudi za to, da ves postopek ne bo neprijeten in odbijajoč. Če bo vse to urejeno, bodo ljudje prihajali v kontracepcijsko bazo po nasvete tudi, ko se še niso odločili za vrsto kontracepcijske metode.

Kako je s preventivo nedovoljenega splava?

Lani v marcu je izšla nova uredba. Naštela bi le njene glavne značilnosti, zlasti naloge komisij za dovolitev splava. Te komisije so po novi uredbi (Ur. l. FLRJ št. 9/1960) dobile širša pooblastila. Poleg zdravstvene, evgenične in juridične indikacije upošteva uredba tudi posebno težavno okoliščino prizadete ženske. Pri tem pa uredba obvezuje člane komisije, da sami in s pomočjo ustreznih forumov skušajo odstraniti vzroke, ki žensko silijo v splav. Prav tako je komisija dolžna opozoriti vsako žensko na kontracepcijo in jo napotiti v ustrezni zavod oziroma kontracepcijsko bazo. Te značilnosti nove uredbe spreminjajo nekdanjo zdravniško komisijo v pomembno vzgojno in socialno institucijo. Prav zaradi tega je socialni delavec v njej pomemben in enakopraven član. Pravilno izvajanje uredbe je odvisno največ od pravilne usmerjenosti članov, medtem ko je uredba le pravna osnova za njihovo delo. Kdor bi mislil, da je sedaj dana neomejena možnost za dovoljevanje splavov, prav gotovo ni dojel namena te uredbe. Tako je tudi ni dojel, kdor zahteva, da naj po točkah naštejemo tiste socialne momente, ki govore za splav. Jasno je, da to zaradi subtilnosti problematike ni niti mogoče ali vsaj ne vedno. V vsak primer se moramo poglobiti individualno in upoštevati vse momente, zdravstvene, socialne in psihološke, torej obravnavati ga moramo v vsej njegovi kompleksnosti. Problemi pa se tako zelo razlikujejo med seboj, da bo pravilna presoja odvisna včasih izključno le od upoštevanja sociološke in psihološke komponente individualnega primera. Zato je nujno, da se delo komisije začne že pred zasedanjem, ko si bo socialni delavec skušal iz osebnih izpovedi prizadetih in iz navedb »socialnih poročil« terenskih sodelavcev ustvariti prvo sodbo o primeru in načrt za svoje nadaljnje delo.

Vzemimo primer žene, ki ji mož ne dovoli uporabljati kontracepcijskega sredstva, a je tudi sam ni pripravljen varovati, otroka si pa ne želi. Vzemimo dalje primere neporočenih, zlasti mladih deklet. Gotovo je na mestu, da v takih in podobnih primerih socialni delavec ali pa komisija povabi na razgovor moža ali partnerja in mu prikaže njegovo odgovornost do žene oziroma do dekleta in do spočetega otroka. Komisija je pred težko nalogo zlasti v primeru prve nosečnosti, saj danes vemo, da se procent sterilnosti po prekinitvi prve nosečnosti giblje že okrog 40 %. Kakšno življenje čaka tako žensko v poznejšem zakonu, ko bo otrok močno zaželen, ni težko dojeti. V primerih mladoletnic so te naloge še bolj zapletene. Tu gre za eksistenco nepreskrbljenega dekleta, hkrati pa je treba rešiti tudi vprašanje otrokove oskrbe. Ovire in težave so pri tem včasih tolikšne, da skoro ni drugega izhoda kakor dovoljen splav in s tem tvegana fertilitetnost, najpogosteje v primerih, ko starši ali vzgojitelji niso taki, da bi zadevo pravilno razumeli in z dekletom pravilno ravnali. So pa tudi drugačni primeri, in teh ni malo, ko ne preostane drugega kakor odobritev splava. Gotovo pa ni na mestu, da se isti osebi iz istih vzrokov dovoljujejo splavi v nedogled.

Iz teh nekaj primerov lahko vidimo, da se delo in odgovornost komisije za dovolitev splava ne začne in ne konča ob zasedanju, pa naj se splav dovoli ali ne. Kakor drugod, tako tudi tukaj zahteva preventivna služba ukrepanje pri korenini, pri vzrokih, ki vodijo v splav. Ker je pretežna večina splavov odobrenih iz socialnih in socialno-medicinskih vzrokov, je jasno, da brez trajnega dela socialnih delavcev in patronažnih sester pri saniranju družinskih razmer prizadete ženske in brez njihovega zavzemanja za prevzgojo ljudi ne moremo pričakovati izboljšanja. Patronažne medicinske sestre se s to nalogo nujno uvrščajo med sodelavke komisije za dovolitev splava; marsikatera pa je zaradi pomanjkanja strokovnih socialnih delavcev v tem svojstvu tudi član komisije. Zaradi tega je nujno, da uredbo in metode dela komisije za dovolitev splava poznamo kar se da natančno. V ta namen smo v »Medicinski sestri na terenu« (1960, št. 1, str. 56—58) objavili Uredbo za dovolitev splava, navodila za njeno izvajanje (1960, št. 2, str. 121—4) in posebno razpravo o vlogi in delu socialnega delavca v komisiji (1960, št. 1 in 2, str. 9—27 in 78—85). Ker je opisano delo obsežno in odgovorno, si v zadnjem času prizadevamo, da bi bil socialni delavec v bodoče nameščen kot profesionalac pri komisiji za dovolitev splava.

Navedla sem konkretne naloge medicinskih sester v kontracepcijski bazi, v komisiji za dovolitev splava ter naloge patronažnih medicinskih sester kot sodelavk teh komisij na terenu. Čeprav je medicinski sestri pri kontracepcijski službi odmerjeno tako imenovano tehnično delo, to ne pomeni, da ji zadošča le tehnična izurjenost. Še manj bo dobro opravila nalogo tista, ki bo pojmovala svojo vlogo pri odločanju za splav ali proti njemu samo površno, brez temeljite poglobitve v to problematiko. Pri saniranju razmer glede regulacije porodov moramo biti sami pravilno orientirani, sami vzgojeni in sami prepričani o tem, kar svetujemo drugim.

Področje spolne vzgoje

Vprašanje regulacije porodov presega okvir zdravstva in, kot smo uvodoma ugotovili, sodi med vprašanja splošno družbenega značaja, ki se na določeni stopnji družbenega razvoja posebej zaostrujejo. Tu gre za problem prilagoditve na nove pogoje, na nov način življenja, gre za nujen konflikt med starim in

novim. Gre za to, koliko bomo tako zdravstveni delavci kakor drugi kadri na področju varstva in vzgoje ljudi znali pravilno dojeti in uveljaviti nove etično-moralne vrednote, koliko bomo kos nalogi preoblikovanja naših državljanov — tudi v privatnem in najintimnejšem življenju — v svobodne in enako-pravne ljudi.

V zadnjih letih smo pri nas veliko razpravljali o vprašanju spolne poučitve in priprave ljudi na zakon. Pri iskanju prave vsebine in oblik te vzgoje so bile aktivne zlasti nekatere družbene organizacije, ki so našle čvrsto izhodišče in znanstveno fundirano idejno orientacijo v gradivu VII. kongresa ZKJ. Ta jasno opredeljuje načela našega družbenega razvoja in mesto družine v tem razvoju. Tako beremo med drugim: »Hkrati, ko se družina osvobaja hlapčevanja zaostalemu gospodinjstvu, pogloblja, bogati in krepi svoje notranje človeške odnose in je izvor osebne sreče svojih članov. Brez prisiljevanja privatno-lastniške družbe, kakor tudi brez družbenih predsodkov, ki so s tem povezani, ustanavljajo delovni ljudje svoje zakonsko in družinsko življenje na medsebojni ljubezni, tovarištvu in spoštovanju ter na ljubezni do svojih otrok. Sprememba zakonskih in družinskih odnosov je zgodovinski proces, v katerem moramo premagovati objektivne, materialne ovire, pa tudi zastarele navade, predsodke in pojmovanja, ki imajo v teh odnosih še posebno globoke korenine.« (Program ZKJ — VII. kongres, str. 452.)

Samo v enotnem pogledu na celotni kompleks vprašanj, omenjenih v navedenem odlomku, samo v harmoničnem oblikovanju celotnega človeka bo pravilno zapopadena tudi vzgoja glede odnosov med spoloma. Družbene organizacije so pospeševanju novih družbenih odnosov med spoloma, spoznanju nujnosti, da se ženska mora ekonomsko osvoboditi, gojitvi pravilnega odnosa do otrok, razvijanju čuta do soljudi — torej vsemu, kar je organsko povezano tudi s problematiko regulacije porodov — posvetile velik del svoje dejavnosti. To delo je dalo mnoge pozitivne zaključke in jasnejše okvire za konkretno akcijo. Predvsem je bilo ugotovljeno, da je spolno vprašanje del socialnega vprašanja, spolna vzgoja pa organsko povezana s splošno vzgojo socialističnega človeka. Na posvetovanjih, ki so sledila, je bila obravnavana zadevna vzgoja doraščajoče in posebej dozorele mladine v smislu vsebine in oblik oziroma načina posredovanja zadevnih informacij za posamezna življenjska obdobja. Bile so obravnavane smernice za pedagoško izobraževanje staršev, oblike in delovne metode vzgojnih posvetovalnic in posvetovalnic za spolna vprašanja mladine in zakoncev.

Med uspehi teh prizadevanj naj omenim predvsem šolstvo za starše v okviru delavskih univerz. Programi teh šol vsebujejo vzgojni in zdravstveni pouk in pouk o odnosih med spoloma ter tudi o sodobnih metodah regulacije porodov itd. Analogno temu se uspešno razvijajo »šole za življenje«, namenjene odrasli mladini v smislu pravilne orientacije za samostojno življenje, in se uveljavljajo kot ena izmed oblik priprave za zakon. V pripravah so posebne posvetovalnice za mladino in zakonce, kmalu pa bomo imeli tudi prvi tovrstni priročnik za mladoporočence, ki ga bodo dobili v dar ob sklenitvi zakonske zveze. Pomembno vlogo opravljajo na tem poprišču dopisne posvetovalnice naših družinskih revij, zadnja leta pa smo dobili prve specialne knjižne publikacije. Naj omenim na prvem mestu brošuro Vide Tomšič: »Družina in socializem« in slovenski prevod knjige: Avgust Bebel: »Ženska in socializem«. Ti dve deli sta odlično dopolnilo marksističnega klasika Friedricha Engelsa ozi-

roma njegovega dela »Razvoj družine, privatne lastnine in države«. Poleg teh del, ki nakazujejo reševanje kompleksnih vprašanj družine in mladih ljudi v luči znanstvenega socializma, imamo danes na razpolago tudi publikacijo, ki z zdravstvenih, psiholoških in pedagoških vidikov nudi napotke za spolni pouk odraslih in mladine, tako na primer knjige: Dr. Stone: »Pogovori o spolnosti in zakonu« (slov. prevod); Dr. Chesser: »Ljubav bez straha« (hrv. prevod); Dr. Bedenić: »Mentalna higiena«; Dr. Žlebnič: »Ljudje med seboj«; Helena Puhar: »O spolni vzgoji«; prof. Šilih: »Naš otrok ni več otrok« itd. Lani je Zveza prijateljev mladine, ki je na tem poprišču zlasti delavna, skupno s Svetom za šolstvo izdala Priročnik za spolno vzgojo in spolno poučitev na osemletkah, za zdaj pa je uvedla samo kot preizkušnjo tudi pouk na sedmih učnih bazah. Temu bodo sledili seminarji učiteljstva in vzgojiteljev, posvetovanja na roditeljskih sestankih, z namenom, da vskladimo delo doma in šole zlasti na tem občutljivem poprišču.

Dolžnost nas, medicinskih sester, pa je, da si še posebej prizadevamo, da ne zaostajamo za razvojem, marveč da razvijamo svoje znanje v skladu s potrebami naše družbe. Pri nalogah v zvezi z regulacijo porodov se morajo medicinske sestre uveljaviti kot prosvetni in vzgojni činitelj. Zato je nujno, da vprašanje preprečitve splava, kontracepcije in načel spolne vzgoje spoznamo že med rednim študijem, patronažne sestre pa še temeljiteje v podiplomskem izobraževanju. Spričo potreb pa ne moremo čakati, da se bo dopolnilno izobraževanje začelo organizirati od zgoraj, pač pa moramo gojiti individualni študij, naše podružnice pa naj bodo pobudniki in organizatorji tečajev za delo v kontracepcijskih bazah oziroma komisijah za dovolitev splava ter diskusij in seminarjev s tematiko spolne vzgoje.

Našteto gradivo zadevnih posvetovanj in publikacij je gotovo dovolj bogato. Zato ga moramo temeljito študirati in ga čimbolj izkoristiti bodisi kot predavateljice, bodisi kot javne delavke, torej kot socialnomedicinski kadri, da z bojem za novo, socialistično družino damo čim globlji smisel našim vsakdanjim prizadevanjem.

S študijs

Ko sem od švedske osemmesečno študijsko pot hodom napravila tudi že imela čim več koristi. Sa le v prav medlih obrisih Škandinaviji, da je glavni srednji šoli mi je nejasno poznala sem po nekaj de in Selmo Lagerlöf, vedela sem tudi, da je Švedska bila v obeh zadnjih vojnah nevtralna in da ljudje tam živijo razmeroma dobro. Kaj natančnejše predstave pa človeku ob vrvežu vsakdanjega življenja in sredi poklicnega dela kaj rade zbledijo.

dskem

z inozemstvom dobila kem, sem si pred od da bom od potovanja ti sem jo prej poznala na severu Evrope, na iz zgodovinskih ur na evalnih vojn Švedske, Avgusta Strindberga

roma njegovega dela »Razvoj družine, privatne lastnine in države«. Poleg teh del, ki nakazujejo reševanje kompleksnih vprašanj družine in mladih ljudi v luči znanstvenega socializma, imamo danes na razpolago tudi publikacijo, ki z zdravstvenih, psiholoških in pedagoških vidikov nudijo napotke za spolni pouk odraslih in mladine, tako na primer knjige: Dr. Stone: »Pogovori o spolnosti in zakonu« (slov. prevod); Dr. Chesser: »Ljubav bez straha« (hrv. prevod); Dr. Bedenić: »Mentalna higiena«; Dr. Žlebnik: »Ljudje med seboj«; Helena Puhar: »O spolni vzgoji«; prof. Šilih: »Naš otrok ni več otrok« itd. Lani je Zveza prijateljev mladine, ki je na tem področju zlasti delavna, skupno s Svetom za šolstvo iz osemletkah, za zdaj p učnih bazah. Temu k tovanja na roditeljski zlasti na tem občutljiv

Dolžnost nas, me ne zaostajamo za razv trebami naše družbe. J cinske sestre uveljavi vprašanje prevencije s med rednim študijem izobraževanju. Spričo braževanje začelo org

študij, naše podružnice pa naj bodo pobudniki in organizatorji tečajev za delo v kontracepcijskih bazah oziroma komisijah za dovolitev splava ter diskusij in seminarjev s tematiko spolne vzgoje.

Našteto gradivo zadevnih posvetovanj in publikacij je gotovo dovolj bogato. Zato ga moramo temeljito študirati in ga čimbolj izkoristiti bodisi kot predavateljice, bodisi kot javne delavke, torej kot socialnomedicinski kadri, da z bojem za novo, socialistično družino damo čim globlji smisel našim vsakdanjim prizadevanjem.

S študijskega potovanja po Švedskem

Dr. Meta Hren

Ko sem od švedskega Inštituta za kulturne stike z inozemstvom dobila osemmesečno študijsko podporo za potovanje po Švedskem, sem si pred odhodom napravila tudi že načrt, kako bom izrabila ta čas, da bom od potovanja imela čim več koristi. Saj sem se odpravljala v deželo, ki sem jo prej poznala le v prav medlih obrisih. Vedela sem, da leži Švedska na severu Evrope, na Skandinaviji, da je glavno mesto Švedske Stockholm, iz zgodovinskih ur na srednji šoli mi je nejasno ostalo v spominu nekaj zavojevalnih vojn Švedske, poznala sem po nekaj delih švedske pisatelje, na primer Avgusta Strindberga in Selmo Lagerlöf, vedela sem tudi, da je Švedska bila v obeh zadnjih vojnah nevtralna in da ljudje tam živijo razmeroma dobro. Kaj natančnejše predstave pa človeku ob vrvežu vsakdanjega življenja in sredi poklicnega dela kaj rade zbledijo.

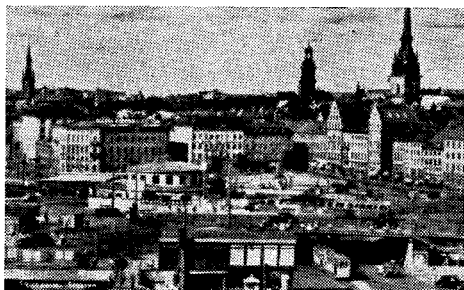
Zato se mi ne zdi odveč, če skušam osvežiti vsaj nekaj glavnih podatkov o tej deželi. Med državami Skandinavskega polotoka je Švedska največja in šteje danes blizu 7 in pol milijona prebivalcev. V dolžino meri nad 1500 km in je zaradi svoje razsežnosti pokrajinsko zelo pestra. Ima nad 96 000 jezer in rek, na severu mogočne in ponekod skoraj neprehodne gozdove, na jugu pa obsežne ravnine in obalo, kar vse daje svoj značaj deželi in njenim ljudem. Dežela ima zelo napredno poljedelstvo, razsežno elektrifikacijo in bogato industrijo. Naseljenost seveda je največja na jugu, kjer znaša svojih 126 ljudi na km², medtem ko je povprečna gostota prebivalstva 18 ljudi na km². Zelo visoka je povprečna življenjska doba, in sicer za žene 73,4, za moške pa 70,5 leta. To je obenem posredni dokaz za izredno visoki življenjski standard dežele, v kateri se vsako leto podeljujejo tudi Nobelove nagrade. Splošna umrljivost prebivalstva tod je razmeroma nizka — 9,6/1000, otroška pa 17,4/1000. Naj omenim še rodnost, ki je za leto 1958 znašala 14,8/1000 — število, okoli katerega se giblje tudi povprečje zadnjih let.

Upravno je dežela razdeljena na 25 pokrajin, glavno mesto in sedež vlade pa je Stockholm, ki šteje s predmestji vred okrog 1 100 000 prebivalcev.

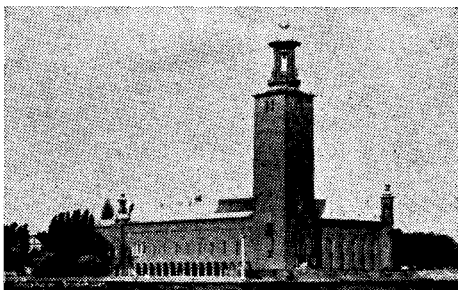
Toliko na kratko o Švedski sami! Zdaj naj pa preidem k opisu vsega tistega, kar sem si med osemmesečnim bivanjem v tej deželi hotela predvsem ogledati. Prvenstveno je bil moj namen, da se seznanim z delom njihovih preventivnih ustanov, centrov za varstvo matere in otroka, posvetovalnic za kontracepcijo in seksualno vzgojo, pa tudi z delom ginekološko-porodniških oddelkov s posebnim ozirom na socialno ginekologijo. Posvetovalnice same poslujejo bodisi v okviru bolnic in klinik ali pa kot samostojne ustanove.

Kakor sem že omenila, je Švedska upravno razdeljena na pokrajine in je v tem smislu porazdeljeno tudi upravljanje in vzdrževanje zdravstvenih ustanov. Bolnišnice nasploh so — z izjemo klinik — pokrajinske ali mestne ustanove. Vsaka pokrajina je dolžna sama skrbeti za vzgojo svojega zdravstvenega kadra, centralno pa to vodi ministrstvo za zdravstvo v Stockholmu.

Po programu sem prve tri mesece delala na Ginekološko-porodniškem oddelku pokrajinske bolnice v Falunu, severozahodno od Stockholma. Falun je industrijsko mesto z 18 000 prebivalci in sedež geografsko precej razsežne pokrajine Dalekarlije, ki šteje četr milijona prebivalcev. Bolnišnica v Falunu ima skoraj vse specialistične oddelke. Razen teh je tod edina stacionarna ginekološka ustanova za vso pokrajino in prihajajo žene semkaj tudi nad 100 km daleč. Oddelek z 90 posteljami je nastanjen skupno s pediatričnim v moderni 4-nadstropni stavbi. Kljub majhnemu številu zdravnikov (2 specialista in 2 specializanta) poteka delo vzorno. Uporabljajo vse moderne diagnostične in terapevtske metode, poleg rutinskega dela na oddelku pa se pečajo tudi z zgodnjo diagnostiko karcinoma pri ženah, sodelujejo v borbi proti splavom, propagirajo regulacijo rojstev in skrbe za zdravstveno varstvo žene. Letno imajo 1600 do 1700 porodov in okrog 3000 ginekoloških bolnic. Babič je 8 in delajo v dveh izmenah. Delovni čas traja nepretrgoma od 8. do 16. ure za zdravnike in od 7. do 17. ure za babice, vmes pa so dve uri proste. Isti delovni čas velja tudi za medicinske sestre. Babice so zaposlene izključno na porodniškem oddelku. Porodne sobe imajo po eno oziroma največ dve postelji, poleg vsake porodne postelje je vzidan aparat za porodno anestezijo z dušikom oksidulom in aparat za anestezijo s trilenom (trikloretilenom). Ker nimajo svojega anesteziologa, skrbe za porodno anestezijo babice. Te imajo na splošno



*Pogled na Stocholm, glavno mesto
Švedske*



Mestna hiša v Stocholmu

večjo odgovornost in delajo zaradi majhnega števila zdravnikov precej samostojno. Poleg vodstva porodov in porodne anestezije šivajo episiotomije in rupture, po potrebi smejo tudi iztipati maternico in dovršiti porod z vakuum ekstraktorjem.

Vakuum ekstraktor (odslej: VE) je nov aparat v porodništvu in se uveljavlja čedalje bolj. Skonstruiral ga je švedski ginekolog dr. Mahnström (1956) iz Göteborga. Aparat sestoji iz kovinske kapice, ki jo gumijasta cev veže z neprodušno zaprto steklenico, na kateri je pritrjen manometer. Na drugi strani pa je ta steklenica povezana z zračno sesalko. Za porod z VE namestimo kovinsko kapico na otrokovo glavico (seveda mora biti maternično ustje vsaj za 3 prste odprto in mehur počen), nakar s pomočjo zračne sesalke ustvarimo potreben negativni zračni tlak 0,6—0,8 Atm. Med popadki zmerno vlečemo. Porod je dokončan v 15 do 20 minutah, otrok ima povečano porodno oteklino, ki pa v večini primerov izgine v prvih 48 urah. Glavna indikacija je inertnost uterusa, pa tudi prolongiran porod in pa akutna in kronična organska obolenja matere, kjer želimo porod olajšati in skrajšati drugo porodno dobo.

Normalnim porodom lahko prisostvujejo možje. Žene vstajajo prvi dan po porodu, hospitalizirane pa so 7 do 8 dni.

Bolnišnica v Falunu ima tudi 4-letno šolo za medicinske sestre. Vse gojenke stanujejo v domu, kjer imajo brezplačno vso oskrbo, za delo na oddelkih pa prejemajo še manjšo nagrado v denarju.

Pri omenjeni bolnišnici posluje tudi komisija, ki rešuje prošnje za dovolitev splava. Člani so: ginekolog, psihiater in dve socialni delavki, tako imenovani kuratorici. Sestajajo se na vsakih 14 dni in obdelajo vsakokrat po 5 do 7 primerov. Več o delu kuratoric kasneje!

V skladu s programom sem se iz Faluna odpravila v Stockholm in tod obiskala dve kliniki: Sabbatsbergs Sjukhus in Karolinsko kliniko. Obe skrbita za vzgojo zdravniškega naraščaja. Pri profesorju A. Ingelman-Sundbergu na prvi od imenovanih klinik se mladi ginekologi vadijo zlasti v ginekološki urologiji.

Karolinska klinika pa se ukvarja zlasti s problemom Rh senzibilizacije in zbira na svojem oddelku žene iz cele Švedske. Te hospitalizirajo tri tedne pred terminom poroda in po rentgenskem pregledu otrokovega skeleta se odločijo morda za predčasno prekinitev nosečnosti. Letno napravijo nad 300 eksan-gvinih transfuzij. V ekipi delajo: ginekolog, pediater in zdravnik z oddelka

za transfuzijo. Eksangvine transfuzije delajo tudi pri hiperbilirubinemiji, čeprav ni znakov za Rh senzibilizacijo. Omenjena klinika ima še posvetovalnico za psihosomatske konzultacije, ki jih vodita dva ginekologa. Ta dva sodelujeta poleg tega še pri pouku študentov medicine v predmetih, o katerih se prej sploh ni predavalo ali vsaj ne dovolj. Razpravljajo o odnosih zdravnika do bolnika, o jemanju psihosocialne anamneze, o duševni higieni v nosečnosti in med porodom, o seksualnih problemih pri ženah itd. Povrh se posvečajo tudi raziskovalnemu delu, rešujejo organizacijske probleme in sodelujejo pri psiho-profilaktični pripravi žena za porod. Ločeno imajo tudi predavanja za bodoče očete.

Dr. af Geijerstam — vodja posvetovalnice za psihosomatske konzultacije — vodi tudi center za varstvo matere pri ministrstvu za zdravstvo. Leta 1938 je bila z zakonom določena državna pomoč za organiziranje in delo službe za varstvo matere in otrok, in to s pogojem, da bo to varstvo potem brezplačno. Pomoč države gre za nabavo potrebne opreme, deloma za plače sester in babic, za nekatera zdravila (Fe in vitamine) in za potne stroške.

Imajo pa dva tipa teh centrov za varstvo matere: V vseh večjih mestih in pokrajinah je center tipa I, ki ga vodi specialist ginekolog in porodničar, po navadi šef bolnice. V manjših mestih, kjer dela krajevni zdravnik ali katerikoli zdravnik praktik, ki se zanima za preventivno delo, pa posluje center tipa II. V kmečkih predelih so še tako imenovane postaje za varstvo žena, kamor prihaja zdravnik enkrat do dvakrat tedensko, pomaga pa mu babica ali medicinska sestra. Analogno delujejo centri za varstvo otrok. Med enkratno ordinacijo pregleda zdravnik 8 do 12 mater oziroma 10 do 15 otrok, da ni prevelikega čakanja in gneče.

Po letu 1938 so se ti centri naglo razvijali, tako da so leta 1957 imeli 117 centrov za varstvo matere, 200 za varstvo otrok in 14 kombiniranih centrov, v kmečkih predelih pa še 574 postaj in 724 pomožnih postaj za varstvo matere. Obisk je velik, leta 1957 so zajeli 79 % nosečnic in 96 % otrok. V začetku je to varstvo obsegalo samo nadzorstvo nad nosečnostjo, od leta 1946 tudi še napotke za regulacijo rojstev, po letu 1956 pa so varstvo razširili z 8-tedensko kontrolo po porodu. V nosečnosti priporočajo vsaj 3 preglede: prvič v zgodnjih mesecih, drugič, ko plod oživi, in tretjič 1 mesec pred terminom poroda. Dodali so še predporodno pripravo s strani babice in po možnosti tudi fizioterapevta, ki daje navodila za relaksacijo in dihalne vaje.

Za vzgojo babic skrbijo v dveh centrih: v Stockholmu in Göteborgu. Šolanje traja 3 leta in pol, prvi dve leti je pouk skupen s šolo za medicinske sestre, v tretjem letu se loči, zadnjega pol leta pa je izključno samo praktičen pouk. Ker je nad 94 % porodov v porodnišnicah, babic pa je razmeroma malo (1200 aktivnih, od tega okrog 300 na terenu), so te zelo iskane in se zaposlijo predvsem v bolnišnicah, na terenu pa jih nadomeščajo medicinske sestre.

Narodna liga za spolno vzgojo (RFSU) je zasebna ustanova. Ustanovljena je bila leta 1933 na pobudo g. E. Ottesen-Jansenove, ki je častna doktorica univerze v Uppsali in sedanja predsednica Mednarodne zveze za planiranje družine (International Planned Parenthood Federation — IPPF). Že 73-letna g. Ottesen-Jansen je še vedno zelo aktivna, veliko potuje in organizira predavanja in posvetovanja doma in na tujem. Na njeno pobudo ustanovljena RFSU pa je spočetka imela tale program:

1. uvesti obvezno spolno vzgojo v vse osnovne šole, učiteljišča in ustanove za višjo vzgojo — to se praktično izvaja že 15 let;

2. organizirati centre za konzultacije, in to v mestih stacionarne, na podeželju pa ambulantne — za vodstvo in nasvete v vseh vprašanih glede spolnega življenja in zadevnih problemov;

3. doseči socialno-politične in druge reforme, da se odstranijo motivi za abortus, da se pa to dovoli iz socialnih razlogov;

4. izposlovati pravico do brezplačne nabave kontracepcijskih sredstev, kadar gre za medicinske in socialne razloge;

5. doseči v zakonodaji medicinske in preprečevalne ukrepe glede homoseksualnih deviacij;

6. raziskovalno delo na področju seksualne psihologije.

Ustanova zaposluje več zdravnikov, ki so vsi specialisti določenih strok, socialne delavke, babice in medicinske sestre. V okviru ustanove imajo urejene naslednje enote: posvetovalnico za kontracepcijo, posvetovalnico za seksualna vprašanja, laboratorij za zgodnjo diagnozo nosečnosti, laboratorij za kontrolo kondomov, prodajalnice za kontracepcijska in toaletna sredstva. Vodijo tudi posvetovanja s samskimi materami glede abortusa in adopcije otrok. Za samske matere imajo poseben dom.

Posvetovanja so deloma dopoldne, v glavnem pa v večernih urah, ker je obisk tedaj mnogo boljši. Trikrat na teden so posvetovanja za moške oziroma za zakonske pare, dvakrat na teden pa za ženske. V letu 1959 so imeli skupno 17 200 pregledov, od tega 13 200 konzultacij glede kontracepcijskih sredstev. Med tistimi, ki so prišle na konzultacijo, je bilo dve tretjini samskih (vštevši so prvi in ponovni pregledi). V posvetovalnici za seksualno vzgojo pa so počili preko 2000 žensk in 664 moških.

Kontracepcijsko sredstvo lahko dobi vsako dekle ali žena, ko izpolni 18 let, ne glede na stan in število otrok. Zdravnica žene le ginekološko pregleda in določi številko diafragme ali cervikalne kapice, vsa nadaljnja navodila glede uporabe in nege pa daje sestra, ki je za to primerno poučena. Na kontrolo prihajajo žene oziroma dekleta čez 1 do 2 tedna, nato po 6 mesecih in kasneje enkrat na leto. Priporočajo jim predvsem uporabo diafragme s pasto, diafragme Vimula, cervikalne kapice in kondom, kot manj uspešno pa uporabo spermicidne paste, ki se aplicira s posebnim nastavkom.

V laboratoriju za kontrolo kondomov še enkrat kontrolirajo vse kondome, ki jih prodajajo preko svojih prodajalnic, in tu jih ponovno izvržejo kaka 2 %. Kondomi so naprodaj tudi v avtomatih javnih stranišč, vendar ti niso kontrolirani.

Danes ponekod v svetu spet bolj poudarjajo vlogo moža pri planiranju družine in propagirajo, naj bi važnostne ukrepe uporabljal moški. Najvidnejši zagovornik kondoma je dr. Tietze iz New Yorka (National Committee on Maternal Health). Leta 1960 je publiciral brošuro z naslovom »Kondom kot kontracepcijsko sredstvo«, v kateri podrobno obravnava testiranje, izdelavo in distribucijo pa tudi sprejemljivost in učinkovitost kondoma in navaja, da je kondom takoj za diafragmo sredstvo, ki ga ljudje najredkeje opuste — v komaj 40,6 %.

Samskim nosečnicam, ki so jim terapevtski splav odsvetovali ali odklonili in žive v težkih domačih razmerah, skušajo pomagati na ta način, da jih za tri do štiri mesece pred porodom namestijo pri nekaterih družinah v okolici

Stochkolma, ki jih prostovoljno sprejmejo, nosečnice pa jim v zahvalo pomagajo pri domačih opravilih. Pred porodom jih sprejmejo v dom za samske matere, kjer lahko ostanejo tudi še nekaj časa po porodu. Samskim nosečnicam je dovoljeno roditi v katerikoli porodnišnici ali mestu na Švedskem in plača oskrbne stroške socialno zavarovanje, medtem ko morajo vse druge žene roditi v najbližji pokrajinski bolnici ali pa morajo oskrbne stroške plačati same. Izjema so seveda nujni primeri, v domu za samske matere so lahko 2 meseca pred porodom do 3 mesece po porodu. Matere, ki oddajo otroka v adoptijo, ostanejo v domu samo 2 tedna, otroka pa že teden dni po rojstvu oddajo v dom za adoptirane otroke, kjer ostane 6 mesecev, nakar ga izročijo adoptivnim staršem. Mati se do konca tretjega meseca še lahko premisli glede oddaje otroka. Če se otrok do prvega leta starosti ne razvija normalno, se adoptija razveljavi, otroka pa oddajo tedaj v vzgojni zavod. Adoptiranim otrokom že okrog četrtega leta starosti povedo, da niso njihovi pravi starši adoptanti. Menijo namreč, da je v tej starosti travma manjša, kakor če otroci zvedo to kasneje od okolice ali v šoli. Zdravnica, ki urejuje adoptije, navadno tudi sama pouči otroka o njegovih starših. Doslej so uredili nad 300 adoptij, povprečno 25 na leto, v skoro vseh primerih pa v srečo in zadovoljstvo nove družine.

Dom za samske matere ima 15 postelj, 9 za nosečnice in 6 za matere z otroki. Oskrbnina je nizka, žene pa same kuhajo, perejo in skrbе za otroke. Nadzira jih babica, ki je stalno v domu. Enkrat na teden prihaja socialna delavka in enkrat na 14 dni zdravnik. Če matere 3 mesece po porodu, ko zapuste ta dom, še nimajo stanovanja oziroma možnosti, da bi skrbele za otroka, jim skušajo omogočiti sprejem v drug dom za samske matere, kjer lahko ostanejo do sedmega leta otrokove starosti, one same pa se zaposle. Oskrbnina je tu nekoliko višja, vendar se ravna po višini mesečnih prejemkov. Ta dom vzdržuje mesto.

Vprašanje splava na Švedskem tudi danes še ni rešeno, kljub temu da jim je uspelo že znatno znižati število terapevtskih abortusov. Po zakonu iz leta 1938 in njegovih spremembah v letih 1941, 1942 in 1946 veljajo danes naslednje indikacije:

1. medicinska,
2. socialno-medicinska (po l. 1946),
3. humanitarna (posilstvo, krvoskrunstvo, mladoletne),
4. evgenična — pri teh svetujejo sterilizacijo.

Terapevtski abortus se sme odobriti do 20. tedna nosečnosti, kasneje le pri strogi medicinski indikaciji, izjemoma do 24. tedna.

Po I. svetovni vojni je število abortusov, zlasti kriminalnih, močno porastlo, število rojstev pa padlo. Že leta 1930 so registrirali 10—20 splavov na 100 rojstev, v naslednjih letih pa se je število še dvignilo. Po l. 1946, ko so priznali socialno-medicinsko indikacijo, pa je narastlo število dovoljenih splavov. Do te spremembe zakona je prišlo zaradi visokega števila kriminalnih abortusov, bila je namreč nevarnost, da bo veliko žena šlo k aborterjem, če jih zavrnejo iz socialno-medicinske indikacije. Posledice so se kmalu pokazale v naglem dviganju terapevtskih abortusov do maksimalnega števila 6328 v letu 1951. Število dovoljenih abortusov na 1000 živorojenih otrok je poraslo od 4,5 v letu 1939 na 57,4 v letu 1951. V 60 % je bila podana socialno-medicinska indikacija. Po letu 1951 število dovoljenih abortusov polagoma upada, vendar jih je bilo v letu 1959 še vedno odobrenih okrog 2200.

Postopek za terapevtski abortus je takle: prosilka se zgledi najprej pri kuratorici, šele od tod vodi pot v zdravniške ordinacije. Kuratorica vodi razgovore z ženami in njihovimi partnerji ter vzame točno anamnezo, zlasti glede na dedne in duševne bolezni. Obenem se zabeleži datum, kdaj približno bo nosečnost dosegla 20 tednov, ker do tedaj mora biti prošnja rešena. Po potrebi izvede enostaven inteligenčni test. Podatke preverijo na občini, medtem ko na domove prosilk zaradi oddaljenosti in prevelike izgube časa ne hodijo. Ženo pregleda ginekolog, v primerih socialno-medicinske indikacije pa tudi psihiater in po potrebi še kak drug specialist. Splav lahko odobrijo posebne komisije, ustanovljene pri ginekoloških oddelkih bolnic, v Stockholmu pa le ministrstvo za zdravstvo. Tu se rešujejo tudi vsa vprašanja glede evgeničnih indikacij za morebitno sterilizacijo oziroma kastracijo. Žene same se sestankom komisij ne udeležujejo, o izidu so obveščene pismeno. Med komplikacijami po splavu omenjajo endometriozo v vaginalni brazgotini (najmanj v 10 % primerov), sekundarno sterilnost v 5 %, zarastline v maternici, vnetja jajcevodov, na drugi strani pa ponovne splave ali prezgodnje porode zaradi insuficience materničnega ustja.

Spolna vzgoja je danes v švedskih šolah obvezen predmet. O vrednosti tega pouka v šolah je bilo dosti diskusij in dosti pomislekov. Nedvomno je to zelo delikaten predmet in nalaga učitelju veliko odgovornost. Bilo je mnogo ugovorov, češ da mora ta pouk biti individualen, in to s strani staršev, ker so otroci tudi v istem razredu različno razviti, tako da enim lahko koristi, kar druge rani. Razen tega je tu važno tudi vprašanje mešanih razredov itd. Gotovo je najboljša rešitev za otroke, da dobe ta pouk doma, vendar pa starši čisto nimajo niti potrebnega znanja niti ne spoznajo otrokove želje ali potrebe po teh razgovorih.

Sprva so nekateri mislili, da naj bi se ta pouk posredoval v obliki odgovorov na vprašanja, ki bi jih zastavljali otroci sami. Vendar pa to mnenje ni vzdržalo kritike, kajti res je, da otroci iz kakršnega koli vzroka sami neradi postavljajo taka vprašanja. S tem pa seveda še ni rečeno, da jih to ne zanima. Starejšim otrokom vsaj pa naj bi ta pouk bil priprava za kasnejše roditeljstvo. Zlasti velja to za zadnji razred šole, od koder jih gre mnogo naravnost v poklice in ko tako rekoč stopijo v življenje. Tu je dana tudi lepa priložnost, da se razvije pravilno etično, socialno in higiensko gledišče kot priprava za kasnejšo vlogo v družbi. Pri pouku spolne vzgoje sta vodili dve načeli: vzgojiti medsebojno spoštovanje in pomagati mladim ljudem do jasnosti. Vsa dejstva je treba točno in jasno formulirati in jih predstaviti na čim naravnejši način.

Ker ima učitelj boljši kontakt z učenci kakor n. pr. šolski zdravnik ali medicinska sestra, so se odločili za prakso, da vodi pouk o spolni vzgoji razredni učitelj oziroma profesor biologije. Za te predavatelje organizirajo vsako leto seminar, ki traja teden dni. Tu se podrobneje seznanijo z anatomijo in fiziologijo človeka in rešujejo probleme, na katere naletijo pri svojem delu z učenci. Tečaje organizira ministrstvo za šolstvo. Razredni oziroma predmetni učitelji obravnavajo s šolarji zadevno snov v 4—5 urah med letom. Učenci so razdeljeni v štiri starostne skupine: 7 let, 11—13 let, 14—16 let in 17—20 let. Starosti in razvoju primerno jim govore o razliki med spoloma. Obrazložijo jim otrokov razvoj, kako se rodi, kje pride na svet, kako je še v vsem navezan na pomoč staršev in doma in kako zelo mu je potrebno toplo vzdušje ljubezni in domačega okolja. Kasneje jih pouče še o puberteti, menstruaciji, nočnih polucijah, ma-

sturbaciji, koncepciji, nosečnosti, o razvoju ploda in otroka, pa tudi o moralnih pogledih na seksualno življenje, o abstinenci v adolescenci, o nevarnosti veneričnih infekcij, o homoseksualnosti itd. V zadnjem razredu šole obravnavajo poleg zgoraj omenjenega še varstvene ukrepe pri ureditvi doma in družine, varstvo v nosečnosti, pri porodu in dojenju pa tudi načrtovanje družine.

Čeprav poučujejo spolno vzgojo v šolah že več let, so mnogi starši, zlasti pa zdravniki še vedno precej skeptični glede vrednosti pouka in možnih negativnih vplivov, saj nekateri celo menijo, da prav to zvablja mladino v bolj zgodnje seksualne stike in pa v nabiranje »izkušenj«.*

Center za duševno higieno — je ustanova polikliničnega tipa in je pod mestno upravo Stockholma. Centrov za duševno higieno je več, seveda po obsegu manjših od glavnega. Obiskala sem enega od njih. V njem dela ekipa dveh ginekologov, nekaj psihiatrov in 12 psihiatričnih socialnih delavk. Rešujejo vprašanja terapevtskih abortusov, dajejo pouk in nasvete glede planiranja družine oziroma kontracepcije, vodijo posvetovalnico za seksualne motnje, organizirajo tečaje za pouk spolne vzgoje in psihoterapijo.

Za kuratorice imajo na Švedskem tri šole. Šolanje traja 2 leti in pol. Pogoj za sprejem v šolo je, da so se kandidatke že udejele na socialnem področju in da niso stare nad 35 let. Po nekaj letih praktičnega dela lahko opravijo dopolnilni 6-mesečni tečaj, kjer je poudarek na mentalni higieni oziroma psihosomatiki. Po opravljenem tečaju dobe naziv psihiatrične socialne delavke. Mnoge med njimi pa se izpopolnjujejo še naprej v Angliji in v ZDA. V delovno področje psihiatričnih delavk spada: obdelava primerov za dovoljenje splava, pomagati samskim nosečnicam (strokovno z nasveti, materialno glede stanovanj, denarne podpore, namestitve v domu za samske matere itd.), nasveti glede planiranja družine in napotki, kako ustvariti zdravo in srečno družino. Vsaka kuratorica obdela tedensko po tri nove primere za abortus. Žene pridejo na razgovor vsaj dvakrat, konzultirajo tudi moža, zaročenca oziroma partnerja, pri mladoletnih pa starše ali bližnje sorodnike. Povprečno pridejo na posamezno kuratorico po 4 konzultacije, preden pride prosilka za abortus h ginekologu in morda k psihiatru. Računajo, da je za razgovore kuratoric s posamezno prosilko potrebnih v celem povprečno 8 ur, pol ure za ginekološki pregled in posvet in dve uri za psihiatra. Prošnje za splav nato rešujejo na Ministrstvu za zdravstvo. Med prosilkami za splav je skoraj polovica samskih oziroma razvezanih. Leta 1959 so v tem centru obdelali 1300 prošenj za splav, odobrenih je bilo 500 (38 %).

Za pouk seksualne vzgoje odraslih organizirajo vsako leto tečaje v majhnih skupinah, največ po 8 oseb hkrati. Te tečaje vodijo kuratorice ob pomoči psihiatra. Takšen tečaj je za marsikaterega od udeležencev obenem psihoterapija, ki pa se po potrebi izvaja tudi individualno.

Poleg navedenih ima mesto še nekatere druge podobne ustanove, nekaj pa jih je pod okriljem protestantske cerkve. Omenila bi mestni Urad za planiranje družine. Tudi tu ima glavno triažo na skrbi socialna delavka, zaposlenih je pa še več drugih, tudi 1—2 ginekologa, 1 jurist in več psihiatrov. Vsak teden imajo sestanek, kjer prediskutirajo bolj zapletene primere, katerim posameznik

* V zvezi s člankom, ki opisuje švedski primer v načinu spolne vzgoje, moramo pripomniti, da so pri njih zajeli spolno vzgojo povsem ločeno, in to v obliki spolne poučitve, medtem ko gre pri nas vse prizadevanje za tem, da spolno vzgojo obravnavamo kompleksno in v sklopu splošne vzgoje. — Op. ur.

ni kos ali pa je kdaj potrebno tudi izvedensko mnenje. Sem se obračajo ljudje tudi z vprašanji glede razveze zakona, pravice nezakonskih otrok, neskladnosti v zakonu, dajejo jim pa tudi povsem praktične nasvete, kako urediti dom, nakupiti opremo, najeti posojilo itd. Urad za planiranje družine pa večkrat letno organizira tečaje tudi za prebivalstvo (za odrasle). Predavanj je v celem 6, po eno na teden. Tu jim predavajo o raznih vprašanjih, kot n. pr. o nastanku življenja, o posameznih gospodarsko družbenih problemih, kako si urediti delo doma, dalje o seksualnem življenju, o človeških odnosih, o starševstvu in podobno.

Za konec pa naj omenim, da sem bila povsod deležna velike ljubeznivosti in pozornosti. Z vso ustrežljivostjo so mi razkazali in pojasnili vse, kar sem želela. Sporazumevala sem se z njimi največ v angleškem in ponekod deloma tudi v nemškem jeziku, vendar mi je predvsem njihova vsestranska pripravljenost pomagala, da sem mogla z uspehom proučevati opisane probleme in tako izpolniti namen svojega potovanja.

občnega zbora Društva m

ubljeni dne 20. in 21.

Društvo medicinskih lovalo v smislu svojih p vključitvi v Zvezo žensk vključevanju medicinskih posebej lahko ugotavljajo zdravstvene službe, nege si je društvo prizadevalo delavka nasploh, posebej problematiko (Rdeči križ, Zveza prijateljev mladine, socialne službe itd.).

občnima zboroma de- ti smo ga sprejeli ob poudarja potrebo po h področjih, kjer še ako glede organizacije olniški službi. Nadalje veljavila kot družbena njej sorodno družbeno

Občni zbor je to orientacijo v celoti potrdil in jo priporočil za obvezno vsakdanjo prakso podružnic in članstva na vseh delovnih mestih.

Na osnovi razprav, ki so bile po podružnicah pred tem občnim zborom, ter glede na dejstva, ugotovljena v poročilih in v razpravi občnega zbora, sprejema društvo naslednje v konkretnější obliki opredeljene naloge:

I.

V času, ko se vse bolj uveljavlja komunalni sistem, v času decentralizacije in družbenega samoupravljanja, zlasti pa glede na določila novega zakona o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe, si bo društvo prizadevalo, da bo članstvo čimprej doumelo smisel družbenega procesa, ki spreminja družbene odnose povsod, tako tudi v zdravstvu.

Zato naj bo osnovna naloga društva, da goji in utrjuje take oblike dela, ki bodo medicinskim sestram omogočile, da se s problemi — ki so navidezno zgolj zdravstvenega in socialnega značaja — seznanijo kot s splošno družbenimi problemi, da bi jih znale reševati v svoji praksi v duhu socialističnega humanizma; v smislu enakopravnih odnosov in ob upoštevanju človekove osebnosti ter pravilnem vrednotenju dela vsakega posameznika in družbe kot celote.

ni kos ali pa je kdaj p
tudi z vprašanji glede
v zakonu, dajejo jim
nakupiti opremo, naje
letno organizira tečaje
po eno na teden. Tu j
življenja, o posameznik
doma, dalje o seksua
podobno.

Za konec pa naj c
in pozornosti. Z vso t
želela. Sporazumevala
tudi v nemškem jeziku
ljenost pomagala, da sem mogla z uspehom proučevati opisane probleme in
tako izpolniti namen svojega potovanja.

a. Sem se obračajo ljudje
nskih otrok, neskladnosti
svete, kako urediti dom,
anje družine pa večkrat
l. Predavanj je v celem 6,
ih, kot n. pr. o nastanku
mih, kako si urediti delo
lnosih, o starševstvu in

ežna velike ljubeznivosti
n pojasnili vse, kar sem
ikem in ponekod deloma
ova vsestranska priprav-

Sklepi

občnega zbora Društva medicinskih sester Slovenije v Ljubljani dne 20. in 21.
februarja 1961

Društvo medicinskih sester Slovenije je med obema občnima zboroma de-
lovalo v smislu svojih pravil in delovnega programa, ki smo ga sprejeli ob
vključitvi v Zvezo ženskih društev. Slednji še posebej poudarja potrebo po
vključevanju medicinskih sester na tistih zdravstvenih področjih, kjer še
posebej lahko ugotavljajo in rešujejo odprta vprašanja tako glede organizacije
zdravstvene službe, nege in varstva v bolniški in izvenbolniški službi. Nadalje
si je društvo prizadevalo, da bi se medicinska sestra uveljavila kot družbena
delavka nasploh, posebej pa na področjih, ki obravnavajo njej sorodno družbeno
problematiko (Rdeči križ, Zveza prijateljev mladine, socialne službe itd.).

Občni zbor je to orientacijo v celoti potrdil in jo priporočil za obvezno
vsakdanjo prakso podružnic in članstva na vseh delovnih mestih.

Na osnovi razprav, ki so bile po podružnicah pred tem občnim zborom,
ter glede na dejstva, ugotovljena v poročilih in v razpravi občnega zbora,
sprejema društvo naslednje v konkretnější obliki opredeljene naloge:

I.

V času, ko se vse bolj uveljavlja komunalni sistem, v času decentralizacije
in družbenega samoupravljanja, zlasti pa glede na določila novega zakona
o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe, si bo društvo pri-
zadevalo, da bo članstvo čimprej doumelo smisel družbenega procesa, ki spre-
minja družbene odnose povsod, tako tudi v zdravstvu.

Zato naj bo osnovna naloga društva, da goji in utrjuje take oblike dela,
ki bodo medicinskim sestram omogočile, da se s problemi — ki so navidezno
zgolj zdravstvenega in socialnega značaja — seznanijo kot s splošno družbenimi
problemi, da bi jih znale reševati v svoji praksi v duhu socialističnega huma-
nizma: v smislu enakopravnih odnosov in ob upoštevanju človekove osebnosti
ter pravilnem vrednotenju dela vsakega posameznika in družbe kot celote.

1. Neposredne naloge v zvezi z uveljavljanjem zakona o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe so, da medicinske sestre sodelujejo pri sestavljanju pravil in delovnih programov zdravstvenih ustanov, v okviru katerih je nujno potrebno konkretno določiti delovna mesta, ki naj jih zasede medicinska sestra, da bo v svoji vlogi kot zdravstvena, socialna in pedagoška delavka na zdravstvenem področju v celoti prišla do izraza. Le tako bo mogoče doseči pravilno zaposlovanje in analogno temu ustrezno nagrajevanje pri delu.

2. V bodoče naj medicinske sestre pokažejo še več smelosti pri delu v organih družbenega samoupravljanja, v družbenih organizacijah, v svetih komune in njih komisijah, zlasti pa v stanovanjskih skupnostih in krajevnih odborih.

II.

1. Upravni odbor Društva medicinskih sester naj v bodoče intenzivneje sodeluje s podružnicami na terenu, okrepi naj delo sekcij in pomaga formirati aktive društvenih podružnic v okviru komun, oziroma večjih zdravstvenih zavodov.

2. Občni zbor je ugotovil, da je potrebna tesnejša koordinacija z drugimi sorodnimi profili in društvi. V ta namen naj bi se ustanovila bodisi zveza ali koordinacijski odbor društev vseh zdravstvenih delavcev v LRS. Pobudo v tem smislu naj upravni odbor posreduje republiškem odboru sindikata zdravstvenih delavcev.

3. Občni zbor ponovno ugotavlja, da je pri izvrševanju socialno-medicinskih nalog, tako v zavodski kakor v patronažni zdravstveni službi, potrebna tesna povezava s socialnimi službami in društvom socialnih delavcev v smislu konkretnega sodelovanja pri reševanju tistih nalog, ki po svoji naravi zahtevajo intervencijo obeh profilov.

Glede na pobudo, ki jo je dalo tudi Društvo socialnih delavcev, je občni zbor sklenil, da se formira posebna komisija zastopnikov obeh društev, ki bo proučila metode koordiniranega dela in nakazala razmejitve nalog med medicinsko sestro in socialnim delavcem.

To nalogo naj prevzame sekcija za izvenbolniško službo pri Društvu medicinskih sester Slovenije, sporazumno s predstavniki drugih sekcij.

III.

Glede na obravnavo posebej postavljenih problemov s področja varstva žene in otroka in patronažne službe kakor tudi vprašanja glede strokovne rasti medicinskih sester so bile nakazane naslednje naloge:

1. Pri programih zdravstvenega varstva v okviru zdravstvenih zavodov naj medicinske sestre prikažejo pomembnost predporodnega varstva, porodne in poporodne pomoči za okrepitev in ohranitev zdravja matere in otroka. Posebej naj nakažejo potrebo po kvalitetnejši socialno-medicinski obravnavi v posve-tovalnicah za žene in otroke in nujnost dopolnilnega izobraževanja ter razdelitve nalog med profili v smislu skupinskega dela, zlasti pa naj opišejo naloge, ki jih medicinska sestra po svoji strokovni usposobljenosti more in mora opravljati.

2. Za aktivnejše delo medicinskih sester v zvezi s problematiko o regulaciji porodov je treba:

a) preko rednih učnih programov v medicinskih šolah in z dopolnilnim izobraževanjem seznaniti medicinske sestre s problemom splava, kontracepcijske službe in z osnovami spolne vzgoje.

b) naše podružnice naj bodo pobudniki in organizatorji tečajev za usposabljanje medicinskih sester in babic za delo v kontracepcijskih bazah, za delo v komisijah za dovolitev splava in njih vključevanje za sodelavke teh komisij po terenu.

V ta namen naj se povežejo s komisijami za preprečitev splava in za kontracepcijo pri okrajnih svetih za zdravstvo ter s podružnicami Društva socialnih delavcev, da bi dobile ustrezen učni kader za zadevne tečaje, seminarje in diskusijske sestanke.

3. Za izboljšanje patronažne službe, ki bo z novimi določili v zdravstvenem varstvu dobila največji pomen, je prikazati Svetu za zdravstvo potrebe po posebnem pravilniku za področje in metode patronažnega dela ter organizaciji te službe v smislu konkretnih predlogov, nakazanih v zadevnem referatu »Patronažna služba v Sloveniji«.

Pri tem vprašanju je občni zbor posebej poudaril potrebo po doslednem izvajanju dobro organiziranega delovnega staža za medicinske sestre, neposredno potem, ko pridejo iz šol. V tem smislu — da se zagotovijo ustrezni kadri za patronažno službo — naj upravni odbor in podružnice vplivajo na vodstva zdravstvenih zavodov. Učni programi pa naj v večji meri upoštevajo potrebe po širši razgledanosti in boljši pripravi kadrov za patronažno delo, ki je v bistvu samostojna zdravstvena in socialna preprečitev oziroma družbeno delo, kjer se najmočneje uveljavlja izvajanje koncepta o sodobnem zdravstvu.

IV.

Za usposabljanje medicinskih sester in zadevno pomoč drugim zdravstvenim kadrom in za usposabljanje laičnih kadrov v ustanovah stanovanjske skupnosti je občni zbor poveril društvu naslednje naloge:

1. Ponovno je proučiti sistem šolanja zdravstvenih delavcev na osnovi principov Resolucije Zvezne ljudske skupščine o izobraževanju strokovnih kadrov, v skladu s potrebami in možnostmi zdravstvene službe v LRS.

a) Društvo medicinskih sester je pripravljeno sodelovati pri sestavljanju programov in učnih načrtov za šolanje v bazičnih šolah in nadaljnje izobraževanje v višji in visoki šoli. Sistem šolanja in programi naj upoštevajo osnovne potrebe v zdravstvu in specifične naloge v patronaži, pa tudi v zdravstvenem šolstvu, ter končno potrebe po organizacijskem in študijskem delu, saj bo nadaljnji razvoj zdravstva še bolj kakor že doslej terjal poleg osnovnih tudi najširše razgledane profile zdravstvenih kadrov ob zdravniku.

b) Za pomoč kadrom ob pripravi — pač v zvezi s pravilnikom o opravljanju posebnih strokovnih izpitov za dodatno kvalifikacijo — bo Društvo medicinskih sester zbralo in objavilo ustrezno študijsko gradivo in sodelovalo pri organiziranju zadevnih tečajev oziroma seminarjev.

c) Za usposabljanje laičnega kadra v družinskih varstvenih ustanovah ter kadrov za nego bolnika na domu v okviru stanovanjskih skupnosti bo Društvo izdelalo ustrezne programe in mobiliziralo članstvo za zadevno aktivno pomoč na terenu.

Zato naj podružnice in njih aktivni v sodelovanju z občinskimi odbori RK organizirajo in vodijo ustrezne tečaje. Analogno temu pa naj sodelujejo pri organizaciji servisov za izposojanje pripomočkov za nego bolnika in porodnice v domači oskrbi.

Delo, očrtano v tem IV. poglavju, naj bo prva in glavna naloga šolske sekcije, ki naj ga razvije v okviru sindikata, zdravstvenih delavcev, glede usposabljanja za socialno-medicinsko delo pa tudi ob sodelovanju Društva socialnih delavcev in ustreznih komisij iz vrst našega članstva.

(Beseda odd
Me

lnikov)
lj

V letih, ko je na vse smo se kar nekam navadi. Vendar pa marsikatera s oddelku nič koliko prosti preobremenjenost. Dostiki menjenosti sester.

zdravstvenega kadra, se ne da spremeniti. otrebnem prebije na ce ob misli na svojo vzrok veliki preobre-

Kaj srečamo na oddel
V skrbi za bolnikovo

rna tudi za vse drugo

osebje na oddelku, torej mora ona urediti, da na oddelku nihče ne vpije, ne loputa z vrati in da vsi nosijo primerno obutev. Sestra je odgovorna, da je osebna higiena tega osebja na višku in da razen poročnega prstana ne nosijo nobenega nakita. Delovna obleka je po zvrsteh in strokovnosti enotna in vedno kompletna. Da si jo dalj časa ohranimo lepo urejeno, imamo na oddelku za umazana dela posebne halje.

Na oddelku naslavljamo vsakogar s pripadajočim mu nazivom in tudi s priimkom k določenemu nazivu (doktor, sestra). Enako mora osebje naslavljati vse odrasle bolnike, in to v nagovoru ali v pismenih raportih. Pomožno osebje nikoli ne razpravlja z bolnikom o njegovi bolezni, bolničar in sestra pa le v mejah svojega področja. Prav tako opravlja vsakdo le delo, določeno z delovnim področjem.

Personalnih zadev nikoli ne rešujemo pred bolniki, prav tako ne govorimo z njimi o svojem zasebnem življenju. Zdravstveno osebje mora biti vedno enako ljubeznivo, težave v privatnem življenju se nikoli ne smejo odsvitati v odnosu do bolnikov.

V tem smislu vzgojiti osebje je velika naloga oddelčne sestre. Če ji pa to uspe, je za tekoče delo in za dobro počutje bolnikov in vse delovne ekipe naredila — veliko.

Stalno opozarjanje je sicer koristno, a še zdaleč ni dovolj. Ko dobi sestra novega uslužbenca na oddelku, naj si utrga zanj četrto ure časa in mu obrazloži, kaj pričakuje od njega. Tako bo ustvarjen tudi osebni kontakt, ki je pogoj za dobro sodelovanje v bodoče. Enkrat na teden se mora tam, kjer je delo enega odvisno od delovnih uspehov drugega, sestati vsa delovna ekipa. Sestra določi stalno uro sestanka in tudi čas zaključka, da vsak ve, koliko časa bo zadržan.

Zato naj podružnice organizirajo in vodijo v organizaciji servisov za v domači oskrbi.

Delo, očrtano v tej sekciji, ki naj ga razvija usposabljanja za socialne socialnih delavcev in us

občinskimi odbori RK pa naj sodelujejo pri oskrbi bolnika in porodnice

glavna naloga šolske tvenih delavcev, glede na sodelovanju Društva zdravstva.

Olajšajmo si delo

(Beseda oddelčni sestri — za boljšo oskrbo bolnikov)

Med. s. Majda Šlajmer-Japelj

V letih, ko je na vse strani tako zelo primanjkovalo zdravstvenega kadra, smo se kar nekam navadile na izgovor, češ: ni ljudi, nič se ne da spremeniti. Vendar pa marsikatera sestra pogosto še danes po nepotrebnem prebije na oddelku nič koliko prostih ur in si pri tem uničuje živce ob misli na svojo preobremenjenost. Dostikrat je pa tudi nenačrtno delo vzrok veliki preobremenjenosti sester.

Kaj srečamo na oddelkih najpogosteje?

V skrbi za bolnikovo urejeno okolje je sestra odgovorna tudi za vse drugo osebje na oddelku, torej mora ona urediti, da na oddelku nihče ne vpije, ne loputa z vrati in da vsi nosijo primerno obutev. Sestra je odgovorna, da je osebna higiena tega osebja na višku in da razen poročnega prstana ne nosijo nobenega nakita. Delovna obleka je po zvrsteh in strokovnosti enotna in vedno kompletna. Da si jo dalj časa ohranimo lepo urejeno, imamo na oddelku za umazana dela posebne halje.

Na oddelku naslavljamo vsakogar s pripadajočim mu nazivom in tudi s priimkom k določenemu nazivu (doktor, sestra). Enako mora osebje naslavljati vse odrasle bolnike, in to v nagovoru ali v pisemenih raportih. Pomožno osebje nikoli ne razpravlja z bolnikom o njegovi bolezni, bolničar in sestra pa le v mejah svojega področja. Prav tako opravlja vsakdo le delo, določeno z delovnim področjem.

Personalnih zadev nikoli ne rešujemo pred bolniki, prav tako ne govorimo z njimi o svojem zasebnem življenju. Zdravstveno osebje mora biti vedno enako ljubeznivo, težave v privatnem življenju se nikoli ne smejo odsvitati v odnosu do bolnikov.

V tem smislu vzgojiti osebje je velika naloga oddelčne sestree. Če ji pa to uspe, je za tekoče delo in za dobro počutje bolnikov in vse delovne ekipe naredila — veliko.

Stalno opozarjanje je sicer koristno, a še zdaleč ni dovolj. Ko dobi sestra novega uslužbenca na oddelek, naj si utrga zanj četrt ure časa in mu obrazloži, kaj pričakuje od njega. Tako bo ustvarjen tudi osebni kontakt, ki je pogoj za dobro sodelovanje v bodoče. Enkrat na teden se mora tam, kjer je delo enega odvisno od delovnih uspehov drugega, sestati vsa delovna ekipa. Sestra določi stalno uro sestanka in tudi čas zaključka, dá vsak ve, koliko časa bo zadržan.

Naloga oddelčne sestre je tudi, da skrbi za prijetne odnose med bolniki samimi. V bolniški sobi se srečajo ljudje raznih bolezni, starosti, poklicev, ljudje z različnimi temperamenti, navadami in željami. Ustvariti soglasje v bolniški sobi ni lahko, je pa nujno potrebno. Nesoglasij med bolniki ne smemo podcenjevati, saj vemo, kako važna komponenta v zdravljenju je bolnikovo psihično počutje.

Za boljšo organizacijo dela na oddelku je važno tudi, kako razporedimo bolnike. Pomanjkanje prostora sicer vedno ne dovoljuje primerne razporeditve, zelo pogosto je pa to vendarle izvedljivo.

V najbolj pristopne postelje damo bolnike, ki so najbolj potrebni opazovanja in nege. Pravilno je, da imamo bolnike z istovrstnim obolenjem skupaj, in sicer iz več razlogov:

1. negovalcu se olajša delo, ker je nega za vse slična ali zelo enaka,
2. vsi dobivajo enako hrano in jih dieta toliko ne moti,
3. bolnik se tako ne počuti osamljenega v svoji bolezni in okrevanje enega vrača upanje vsem,
4. manjša je možnost, da bi bolnik na oddelku obolel še za kakšno drugo boleznijo,
5. sestri je omogočeno zdravstvenovzgojno delo, ker ima homogeno skupino z enakimi interesi.
6. ker nastopajo ob nekaterih boleznih značilne psihične spremembe, jih bolniki z isto boleznijo opažajo manj kakor drugi.

Nikoli pa ne damo v sobo enako bolnega v zelo slabem stanju!

Za sožitje na oddelku je važno, da je odnos osebja do vseh bolnikov enak. Če se moramo zadrževati ob enem bolniku dalj časa, moramo to pri drugih nadomestiti s pozornostjo in ljubeznivostjo. Bolniki so marsikdaj kakor otroci nagnjeni k ljubosumnosti in hitro dobijo občutek, da jih zapostavljamo.

Bolnikov ne smemo prepuščati brezdelju in dolgim razmišljanjem. Če si bolnik sam ne najde zaposlitve, mu jo mora najti sestra. Za imobilne bolnike v bolnišnicah je zelo prikladna knjižnica na vozičku, ki jo enkrat ali dvakrat na teden pripeljejo na oddelek, tako da si bolnik lahko izbere knjige po seznamu. Izbira literature za bolniško knjižnico mora biti previdna; bolnik si namreč hitro ustvarja razne asociacije in dogodke iz knjig rad projicira nase. Izbiramo nezahtevno literaturo, ki bolnika ne utruja in ga ne razburja. Primerne so tudi poljudnoznanstvene in zdravstvenovzgojne knjige, ne pa medicinska literatura.

Bolnikom, ki ležijo dalj časa, omogočimo, da naredijo kaj za svoje: da kaj šivajo, pletejo itd. K temu jih celo spodbujamo. Tako ostanejo s svejci v tesnejšem kontaktu in imajo občutek, da so jim v nekem smislu koristni. Za bolnikovo samozavest je ta občutek velikega pomena.

K uspešnemu delu na oddelku veliko doprinese pravilen dnevni red. Seveda se mora ujemati s hišnim redom in mora biti vzpostavljen v soglasnosti z vsemi člani delovne ekipe. Na oddelku je pomembno vsako delo in zato moramo sestaviti dnevni red tako, da upoštevamo časovne potrebe vseh oddelkovih uslužbencev, predvsem pa tako, da je fizično in psihično ugoden tudi za bolnika. Bolnika ne puščamo dalj časa nezaposlenega, moramo mu pa določiti ure počitka, ko ne pride nihče k njemu, če ni to nujno potrebno. Psihološko učinkovitejše je, da v hišnem in dnevnem redu navajamo vse, kar je dovoljeno, nasprotno pa se čimbolj izogibamo prepovedim. Tak fiksen dnevni red si prav

lahko uredijo sestre na nekirurških oddelkih, z malo dobre volje in ob sodelovanju vseh članov delovne ekipe pa tudi drugod.

Vzorec dnevnega reda.

1. Delovni dan naj se ne prične prezgodaj. Primerna bi bila sedma ura.

Znano je namreč, da večina bolnikov zaspi ponovno šele proti jutru, ko pri nas že začinjamo z jutranjo nego.

Glede na osebje je kasnejša ura tudi primernejša. Sedaj morajo zgodaj spat, če hočejo biti naslednji dan sveži. Tako so prikrajšani za vrsto kulturnih prireditvev in razgovorov, ker se družabno življenje v naši dobi odvija šele proti večeru. Takšna izoliranost zdravstvenemu delavcu škodi, ker ima vedno opravka z ljudmi in mora imeti določeno stopnjo splošne izobrazbe ter biti na tekočem o političnih in kulturnih dogodkih doma in na tujem.

2. Dokler bolnik ni urejen, naj ne prihaja na oddelek nihče razen bolničarja in sestre. Bolniki se pred zdravnikom radi pokažejo popolnoma urejeni. Tudi je marsikdo potem stalno v zadregi pred zdravnikom, če ga je ta zalotil pri intimni negi. Tudi nega gre hitreje in bolje od rok, če lahko čas posvetimo samo temu. Ob pravilni zasedbi in razporeditvi osebja zadostuje za nego 1 ura, če nočna dežurna bolničarka ob pol sedmih do sedmih izmeri bolnikom pulz in temperaturo. (Delo nočne bolničarke namreč ni le to, da je na razpolago, ampak mora negovalsko službo opravljati tako kakor v dopoldanski ali popoldanski službi. Kvaliteta dela se ponoči ne sme spremeniti.)

Ko je bolnik urejen, dobi zajtrk v prezračeni sobi. Do pol devetih so bolniki in sobe popolnoma urejeni in pripravljeni na delovni dan. Vzporedno z osnovno nego, ki jo kontrolirajo sobne in oddelčne sestre, opravijo le-te vse posege in meritve, določene za zgodnje jutranje ure. Pri teh opravkih so zaposleni tudi praktikanti zdravstvenih šol, ki s kontroliranim delom lahko mnogo opravijo.

3. Dopoldan se zvrstijo vizite, razni terapevtski posegi in preiskave. Čas za dnevno čiščenje sob prilagode uri, ob kateri prihaja zdravnik na oddelek, prav tako čas malice, ki naj jo bolniki v miru použijejo.

4. Ob 11.45 uri sobo prezračimo in pripravimo bolnika na kosilo.

5. Od 13.—14.30 ure naj vlada na oddelku popoln mir, v tem času se lahko sestra in bolničar pripravita na predajo službe in pregledata, če je vse naročeno opravljeno. Prav tako se v tem času lahko sestra pogovori z bolnikom o njegovih posebnih težavah. Če so med tednom dovoljeni obiski, naj bodo po počitku, od 14.30—15.30, nakar se bolnikom servira popoldanska malica, pol ure nato se meri pulz in temperatura.

Nato prestiljamo postelje in uredimo bolnike za popoldansko vizito.

Ob pol sedmih se servira večerja, bolnike nato umijemo in uredimo za noč, razdelimo večerno terapijo, jim ob 20. uri zaželimo lahko noč in se pripravimo na predajo službe.

Zdravila delimo vedno ob glavnih obrokih hrane, kolikor ni drugače naročeno. Dnevni red posameznega bolnika prilagodimo seveda specifičnim zahtevam njegovega zdravljenja.

Popoldanski čas uporabimo tudi za kopeli in za umivanje glav pacientom.

Najbolje je, da določimo za to stalne dneve in vrstni red bolnikov, da s tem računajo in da sestra lahko pravilno razporedi delo.

6. Za opravljanje elementarnih potreb (uriniranje, defekacija) bolnike lahko precej vzgojimo. Posteljne posode jim ponudimo vedno pred umivanjem, pred hranjenjem, pred obiski, vizitami in pred spanjem.

7. Pravilno je, da dnevni red ob nedeljah in praznikih nekoliko spremenimo in sprostito. Tako postavljamo nekake časovne mejnike in bolnikom s tem krajšamo čas. Ob teh dneh lahko n. pr. zamenjamo osebno perilo in prtičke, opoldan h kosilu damo sveže, lepo zložene in okrašene z zeleno vejico ali cvetlico. Če ima bolnik rojstni dan, tega ne prezremo. Čestitke mu pripravimo v dogovoru z drugimi bolniki, ki se bodo tudi razveselili spremembe. Vendar mora vse to potekati brez kakih finančnih izdatkov.

Seveda je ta dnevni red le vzorec, ki ga še posebej prilagodimo potrebam oddelka.

Za bolnikovo hitro okrevanje je važno tudi, da upoštevamo njegove socialne potrebe. Že dober odnos med bolniki in zdravstvenimi delavci na oddelku je tu velike važnosti. Prav tako je že v tem zajeta tudi skrb, da se bolnik ne odtuji svojcem, da se z njimi sreča, dopisuje in da je obveščen o dogodkih na domu. Bolnik mora imeti na razpolago tudi časopise, da se seznanj s političnimi in kulturnimi dogodki — ne smemo ga izolirati od vsakdanjega življenja. Mlademu bolniku moramo dati možnost duševnega razvoja.

Preko socialnega delavca ali socialne sestre bo oddelčna sestra domače še pred bolnikovo vrnitvijo pripravila na njegov prihod. Urejeno emocionalno življenje je zagotovilo, da pridobljeno zdravje — rezultat naporov vseh zdravstvenih delavcev v ustanovi — ne bo zapravljeno v nekaj tednih. Skrb za rekonvalescenta na domu je pa obenem borba proti ponovnemu vračanju bolnikov v bolnišnico, ki je pri nas še prav pogostno.

Kdor je ta članek na hitro prebral, se mu bo naslov zazdel nekoliko neupravičen, saj se zdi, kakor da oddelčno sestro le še opozarja na njene dodatne dolžnosti. Namen članka pa je opozoriti sestre na to, da je sistematičnost v delu, predvsem pa, da so jasni in urejeni odnosi na oddelku med bolniki in delovno ekipo tisto, kar omogoča hitro in uspešno opravljeno delo. Doseči ravnotežje v medsebojnih odnosih pa je prav tako važna in pomembna naloga sestre kakor medicinsko tehnični posegi, ki smo jih z leti popolnoma zgrešeno prenesli na prvo mesto v delovnem področju oddelčne sestre.

Nekaj misli

Rehabilitirati se gubili ali pa nam je bi

Izgubili smo lahko moramo, da se ekono telesno ali duševno zc ravnotežje, to se prav koli razlogov izgubili litirati profesionalno.

Da smo nekaj izgubili, je lahko naša krivda ali krivda koga drugega ali krivda obeh. Ko pa iščemo, kar smo izgubili, moramo biti aktivni tudi mi sami,

loznih bolnikov

ek

imo za nekaj, kar smo iz-

svoj ugled in potruditi se o. Izgubili smo tudi svoje piti, da si zopet pridobimo ko. Ali pa smo iz kakršnih

an se moramo zato rehabi-

7. Pravilno je, da dnevni red ob nedeljah in praznikih nekoliko spremenimo in sprostito. Tako postavljamo nekake časovne mejnike in bolnikom s tem krajšamo čas. Ob teh dneh lahko n. pr. zamenjamo osebno perilo in prtičke, opoldan h kosilu damo sveže, lepo zložene in okrašene z zeleno vejico ali cvetlico. Če ima bolnik rojstni dan, tega ne prezremo. Čestitke mu pripravimo v dogovoru z drugimi bolniki, ki se bodo tudi razveselili spremembe. Vendar mora vse to potekati brez kakih finančnih izdatkov.

Seveda je ta dnevni red le vzorec, ki ga še posebej prilagodimo potrebam oddelka.

Za bolnikovo hitro potrebe. Že dober odnos velike važnosti. Prav t svojcem, da se z njimi Bolnik mora imeti na kulturnimi dogodki — bolniku moramo dati :

Preko socialnega pred bolnikovo vrnitv življenje je zagotovilo, stvenih delavcev v u rekonvalescenta na do nikov v bolnišnico, ki

števeno njegove socialne delavci na oddelku je tu b, da se bolnik ne odtuji šen o dogodkih na domu. seznanji s političnimi in njega življenja. Mlademu

ddelčna sestra domače še od. Urejeno emocionalno ltat naporov vseh zdrav- v nekaj tednih. Skrb za ponovnemu vračanju bol-



Kdor je ta članek na hitro prebral, se mu bo naslov zazdel nekoliko neupravičen, saj se zdi, kakor da oddelčno sestro le še opozarja na njene dodatne dolžnosti. Namen članka pa je opozoriti sestre na to, da je sistematičnost v delu, predvsem pa, da so jasni in urejeni odnosi na oddelku med bolniki in delovno ekipo tisto, kar omogoča hitro in uspešno opravljeno delo. Doseči ravnotežje v medsebojnih odnosih pa je prav tako važna in pomembna naloga sestre kakor medicinsko tehnični posegi, ki smo jih z leti popolnoma zgrešeno prenesli na prvo mesto v delovnem področju oddelčne sestre.

Nekaj misli o rehabilitaciji tuberkuloznih bolnikov

Dr. Baldomir Savinšek

I

Rehabilitirati se pomeni, da se ponovno usposobimo za nekaj, kar smo izgubili ali pa nam je bilo odvzeto.

Izgubili smo lahko denar, premoženje ali čast in svoj ugled in potruditi se moramo, da se ekonomsko ali moralno rehabilitiramo. Izgubili smo tudi svoje telesno ali duševno zdravje in naša skrb mora tedaj biti, da si zopet pridobimo ravnotežje, to se pravi, da se rehabilitiramo medicinsko. Ali pa smo iz kakršnih koli razlogov izgubili svoje delovno mesto ali poklic in se moramo zato rehabilitirati profesionalno.

Da smo nekaj izgubili, je lahko naša krivda ali krivda koga drugega ali krivda obeh. Ko pa iščemo, kar smo izgubili, moramo biti aktivni tudi mi sami,

dasi nam lahko s svojim sodelovanjem pomagajo tudi drugi. Prav to sodelovanje pa je pri vzpostavljanju zdravja nujno potrebno — v zdravstveni službi sploh, zlasti pa pri tuberkuloznih bolnikih.

Tuberkulozni bolnik teži predvsem za tem, da se pozdravi, da se medicinsko rehabilitira, pri čemer mu pomagajo predvsem drugi, t. j. zdravniki s svojo večščino, z zdravili in operacijami. Toda sodelovati mora s svojimi zdravstvenimi prijatelji tudi bolnik sam, ker sicer uspeh ne bo tak, kakor bi si ga želeli.

Žal pa se izgubi zdravja, zlasti pri kroničnih tuberkulotikih, kaj rada pridruži tudi večja ali manjša izguba materialnih dobrin (v naši socialistični ureditvi še najmanj!), zaradi katere je potrebna tudi ekonomska rehabilitacija. Če traja potreba po medicinski in ekonomski rehabilitaciji le predolgo, privede že v kratkem času — pri manj trdnih značajih — tudi do potrebe po moralni rehabilitaciji. Zdi se (vsaj skušnje življenja kažejo tako!), da je moralna rehabilitacija ena najtežjih, ker prizadeti sam iz raznih vzrokov (zlasti v primerih alkoholizma) kaj malo ali pa nič ne sodeluje s prijatelji, ki se trudijo za njegovo moralno rehabilitacijo.

Če nismo izgubili tudi moralnega ugleda, ampak le medicinsko zdravje in nam zaradi tega grozi profesionalna izguba, bomo napeli vse sile, da z naporji za medicinsko dosežemo obenem tudi profesionalno rehabilitacijo, ki pomeni (skoraj) vedno tudi ekonomsko rehabilitacijo.

Iz tega je razvidno, da je splošni naziv rehabilitacije nekak velik »klobuk«, ki se pod njim skupaj skriva več različnih vrst rehabilitacije. — In na to moramo pri tuberkuloznem bolniku vedno misliti mi, pa tudi bolnik sam bi si moral biti tega v svesti, bodisi da pride do spoznanja sam ali pa s pomočjo prijateljev.

Kdo so ti prijatelji? Najdemo jih povsod: na oblastvenih forumih, v družbenih organizacijah, v samoupravnih telesih in predvsem seveda — v zdravstveni službi. V zdravstveni službi se ti prijatelji imenujejo: zdravnik, socialni delavec, medicinska sestra, zlasti patronažna sestra, in pa fizioterapevt. Izven zdravstvene službe se imenujejo tudi zdravstveni (ali patronažni) aktivist, socialni skrbstveni referent, referent za zaposlovanje itd. Tudi v podjetjih, tovarnah in ustanovah jih imamo in niso neznani, čeprav tod vsi nimajo posebnih nazivov.

Spominjam se — po letih ni še tako dolgo tega — ko so se v tujih knjigah le redki na tihem učili tega, kar je zamejstvo imelo že davna desetletja. Začeli so se prvi sestanki, na katerih je bila vsaka deseta beseda — sprva še težko izgovorljiva — »readaptacija«, »rehabilitacija«, »prekvalifikacija«. Pisane ali tiskane besede o tem v naši materinščini ali v naših jezikih še ni bilo ali komaj kje, skrita kot ponižna vijolica. Danes je naše domače zadevne literature že toliko, da je treba biti prav marljiv in z drugim delom neobremenjen, da se preriješ skozi ta gozd. Pa ne samo to! Ni več dovolj samo beseda! Niso se še poglobili zadevni sestanki in tudi ne zaprla vrata kongresov, ki so imeli na dnevnem redu če ne za izključno, pa vsaj za glavno temo — vprašanje rehabilitacije, že so se začeli pojavljati zavodi, manjši, večji, s ponosnim imenom — Zavod za rehabilitacijo, že so vzniknili tudi pri drugih zdravstvenih zavodih oddelki, namenjeni bodisi rehabilitaciji ali prekvalifikaciji. In isto se je dogodilo v vseh protituberkuloznih zavodih; in v dispanzerjih začenjajo tako zdravniki kakor patronažne sestre obračati največjo pažnjo prav vprašanju rehabilitacije.

Ko smo v dispanzerjih Slovenije leta 1958 napravili anketo, kolikšne so potrebe po rehabilitaciji ali prekvalifikaciji tuberkulotikov, smo ugotovili, da bi jih samo med aktivnimi zavarovanci za rehabilitacijo prišlo v poštev nad 83 %, za prekvalifikacijo pa skoraj 18 %. To je napotilo protituberkulozno službo, da se je z zanosom poglobila v rehabilitacijsko vprašanje, zlasti ker se je zavedala, da bo odstotek takih bolnikov, tako imenovanih »dobrih kroničarjev« (good chronics), zaradi sodobnega zdravljenja in zaradi tega tudi zboljššanega vnanjega videza bolnikov in popravljene notranje slike tuberkuloznega procesa še naraščal.

Medtem ko je pred zadnjo vojno moral zdravstveni kader ljudi stalno prepričevati, da ni vsaka tuberkuloza smrtna, se moramo danes skoraj boriti za to, da bi nam bolniki verjeli, da je tuberkuloza še vedno resna bolezen in da ljudje za tuberkulozo še umirajo. Zaradi tega, včasih le navidezno zboljššanega stanja si bolniki povprečno žele v službo, si žele na delo, pretežno na isto delovno mesto, ki so ga imeli prej. Zdravstveno osebje pa vé, da mnogi za tisto delovno mesto niso več sposobni, včasih niti ne za isti poklic, zlasti če so še vedno bacilozni. Število takšnih za delo sposobnih raste — ne morejo pa ostati ne iz medicinskih, še manj pa iz psihičnih razlogov večni invalidi.

Res da kljub naši novi socialno- ali invalidno-zavarovalni zakonodaji ne bomo mogli vseh sposobnih ne rehabilitirati in ne prekvalificirati. Pri enih bo ovira starost, pri drugih pomanjkanje najosnovnejše izobrazbe in inteligence, pri tretjih pa kakršnikoli subjektivni vzroki (lov za rento, nedisciplinā, preveč ukoreninjeno prepričanje, da bi jim delo škodovalo), da bodo odklonili rehabilitacijo kakor tudi prekvalifikacijo. S temi tretjimi se ne bomo ukvarjali, ker bi pri njih tako ali tako ne zaleglo nobeno prepričevanje.

Vprašanje rehabilitacije se začenja pravzaprav že z določitvijo diagnoze oziroma z začetkom zdravljenja. Razumljivo je, da »svežih« akutnih bolnikov ne bomo poskušali takoj profesionalno rehabilitirati, temveč le medicinsko. Prav tako ne bomo poskušali rehabilitirati močnih kašljavcev, še močno kužnih za okolico in sploh bolnikov z veliko respiratorno invalidnostjo. Po izločitvi vseh teh pa bo ostalo še vedno število tistih, ki jim preostala delozmožnost in sposobnost za materialno pridobivanje dovoljujeta prevzeti delo brez škode za njih zdravje zaradi delovne obremenitve.

Te pa bi delili v *tri* skupine:

V *prvo* skupino bi šteli bolnike, ki jih lahko brez škode vključimo na delovno mesto v starem poklicu s polnim ali skrajšanim delovnim časom. V to skupino spadajo vsi bolniki z inaktivno in z zaustavljeno tuberkulozo, ki niso nikdar izločali klic tuberkuloze ali pa jih vsaj že eno leto ne izločajo več in pri katerih nam tudi vse druge preiskave (rentgenske-, spiro- in ergometrične itd.) dajejo ugodno sliko.

V *drugo* skupino bi šteli bolnike, ki jih lahko vključimo na delo v starem poklicu s skrajšanim delovnim časom ali pa s polno zaposlitvijo, toda le ob določenih pogojih in na lažja, primernejša delovna mesta. Semkaj bi šteli bolnike z zaustavljeno tuberkulozo, ki že nad eno leto ne izločajo klic tuberkuloze, pri katerih pa vse druge preiskave ne dajejo prav ugodne slike. Poleg teh bi sem šteli tudi še bolnike z razjedno tuberkulozo, ki bodisi že zadnji dve leti ne izločajo klic tuberkuloze ali pa jih izločajo le sporadično, a njihov bolezenski proces ne kaže progredience.

V tretjo skupino bi končno šteli bolnike, ki so sposobni le za prekvalifikacijo v drug lažji poklic (bodisi s prešolanjem ali pri nekvalificiranih včasih tudi brez tega) s polnim ali skrajšanim delovnim časom. V to skupino spadajo vsi poklici, ki so pod nadzorom sanitarne inšpekcije (prehrambna industrija in trgovina, obrati gostinskega in higienskega značaja ter šole in vsi zavodi, ki imajo opraviti z mladino) in vsi bolniki iz druge skupine, pri katerih bi se izkazalo, da delovne obremenitve iz te skupine ne zmorejo. Sem spadajo običajno vsi zazdraveli rehabilitiranci, pri katerih je bolezen — ne po njih krivdi — recidivirala. Takih primerov pa je povsod v svetu (in tudi pri nas) od 20 do 30 odstotkov. (Statistični podatek iz Zahodne Nemčije pravi, da so bili v $\frac{2}{3}$ recidivnih primerov bolniki rehabilitirani nepravilno ali predčasno; vzrok — popustljivost zdravstvenega osebja na prošnje bolnikov, vzrok tem prošnjam pa — socialne razmere in dolgočasje.)

Razumljivo je torej, da moramo pri razporejanju rekonvalescentov po sprednji razpredelnici ravnati z največjo uvidevnostjo in prožnostjo, nikakor pa ne shematično togo. Saj je v posameznih primerih odstop od prednjih skupin medicinsko indiciran, zlasti pri psihično labilnih bolnikih, tako n. pr. če bi bolnik v prekvalifikaciji duševno več trpel in bil zaradi tega tudi telesno prizadet, in pri bolnikih, ki se jim je bolezen že večkrat ponovila.

Kakor rečeno, se rehabilitacija prične že ob začetku zdravljenja. Ker mora ali bi vsaj moral vsak »sveži«
tuberkulotik v bolniško ustanovo, je razumljivo, da naj se tam prične tudi rehabilitacija. Prične naj se takoj, pa vsaj čimprej, brž ko je bolnik iz akutne faze obolenja. To bo rehabilitacija prve stopnje, tako imenovana okupacijska terapija. V tej stopnji poskušamo zaposliti bolnika z delom, ki je njegovemu poklicu, izobrazbi ali inteligenci najbližje, skušamo ga zamotiti, da laže prenaša odsotnost iz svojega običajnega družbenega in delovnega kroga. Dasi je okupacijska, zamotitvena terapija deloma tudi že delovna terapija, vendar prava delovna terapija to še vedno ni. Prava delovna terapija je tista, rekli bi lahko druga stopnja rehabilitacijskega poskusa, ko se bolniku aktivni bolezenski proces zboljšuje, pa mu bolnišnična zdravniška ekipa priporoči (včasih celo odredi), da kako uro ali tudi več ur na dan dela v za to določenih oddelkih zavoda (delovnih oddelkih, ne v postelji ali bolniški dnevni sobi) bodisi delo poklica, ki je njegovemu enak ali zelo blizu, ali pa delo poklica, za katerega naj bi se prekvalificiral. Razumljivo je, da se odkazano delo glede na obseg in napornost po potrebi kolikor se da natanko določi, meri in — ker je imunobiološko osnovo težko oceniti — tudi poveča ali zmanjša. Te vrste stopnja k rehabilitaciji je pravzaprav vzgoja k storilnosti in v nekem smislu poskus, da bolnika vključimo v normalni delovni proces, bodisi v starem ali pa na novo izbranem bodočem poklicu. V bistvu gre pač tudi za to, da zvmemo za realno vrednost tuberkulotikovih sil, da jih povečamo in da njegovo preostalo zmogljivost in sposobnost (pozitivno) s pridom izkoristimo. Do sem sega rehabilitacija v zaprti ustanovi bolnišničnega tipa. Vse to delo usmerjajo fiziologi, oziroma ekipa, eni po klinični, drugi po rentgenski, tretji po biološko-spirometrični plati, odločilnega pomena pa je znanje oddelčnih sester, zdravstvenega in učnega osebja profesionalistov na ustreznih delovnih oddelkih in pa fizioterapevtov. Skratka, to je team, kjer ima vsak natančno določeno področje, kjer je vsakdo kolesce v mehanizmu, ki mora v celoti delovati brezhibno. Seveda je važno kolesce pri tem tudi bolnik-rehabilitant.

Pri nadaljevanju, t. j. tretji stopnji rehabilitiranja, pravega profesionalnega rehabilitiranja in izven zaprte zdravstvene ustanove imajo še vedno veliko nadzorno — toda ne več toliko odredajočo — vlogo dispanzerski ftiziologi, še v mnogo večji meri pa dispanzerske sestre, sploh medicinske sestre, zlasti patronažne, obratni zdravniki in rehabilitacijski prijatelji izven zdravstvene službe. Ta stopnja rehabilitacije se nadaljuje ali v posebnih zaščitnih delavnicah ali posebnih primernih oddelkih industrije ali pa v normalnem, zdravem delovnem okolju. Razne dobe in razne dežele so v tej stopnji rehabilitacije zagovarjale premoč ene ali druge metode. Toda rehabilitacija novega časa izbira v glavnem le zadnjo smer, ker smatra druge metode le za »prehodne« rešitve. Pravilna rešitev naj bi bila le vključevanje v življenjski krog kolektiva (in družine) z vsemi domačimi in poklicnimi navadami. To velja za vse primere enako, pa naj gre za delo v trgovini, obrti ali industriji, za delo na kakem zavodu ali v ustanovi, za študij ali za terensko delo.

Vse, o čemer smo govorili, velja za zavarovance in invalide (pa tudi za nezavarovance). Zdravljenje tuberkulotikov (in seveda tudi drugih) danes ni več samo vzročno, temveč situacijsko zdravljenje, ni več samo zdravljenje bolezni niti ne osebe, individua, temveč zdravljenja situacije, ki je nastala v tem bolnem individuu in okoli njega.

Tako je skrb za profesionalno rehabilitacijo zelo pogosto tudi skrb za medicinsko in ne samo za ekonomsko rehabilitacijo. Profesionalna rehabilitacija je torej istočasno klinično in socialno zdravljenje bolnika in njegovega najožjega okolja, ob pravilni rehabilitaciji pa tudi zdravljenje finančnega proračuna za protituberkulozno borbo in službo, ker so potrebna pač manjša sredstva, dosežemo pa večje uspehe.

II

Kakšni so dandanes naši pogledi, kakšna so sredstva in možnosti za rehabilitacijo tuberkulotikov?

Skoraj že ni specialne bolnice ali bolničnega oddelka za tuberkulozo, ki bi takoj po najakutnejši fazi tuberkuloznega procesa na kakršen koli način ne zaposloval bolnikov v smislu zamotitvene terapije. Čim bolj sta v nekem zavodu vpeljeni ta in pa delovna terapija, tem manj je med bolniki tudi ekscesov, tem manj prostovoljnih odhodov in disciplinskih odpustov. Tako ženske kakor moški delajo kaka ročna dela (iz blaga, volne, vrbovja, rafije, lesa, roževine, polivinila) — včasih neradi — ali se ukvarjajo z inteligenčnimi posli, bodisi da študirajo, prevajajo, opravljajo razna matematična, statistična dela, analize ipd. Zadostno število primernih zamotitvenih del za večje število bolnikov pa je, žal, težko najti. Zabavo z branjem romanov, šahiranjem ali drugimi igrami in kino predstavami, čeprav so tudi neke vrste zamotitvena zabava, pač še ne moremo šteti v zamotitveno terapijo. Okupacijska terapija je, kakor rečeno, bolj ali manj vpeljana že v vseh zavodih za zdravljenje tuberkuloze. Če slišiš od odpuščenih bolnikov, ki ti pripovedujejo, kaj vse so — včasih prav po navadah pubertetnikov — počenjali v zdravilišču, ali če na obisku v zdravilišču vidiš, koliko bolnikov se sprehaja in kako se sprehajajo; že veš, koliko je okupacijska terapija v tem ali onem zdravilišču uvedena in — koliko je vredna. Vrednost pa ni odvisna samo in edino od zdraviliških zdravnikov, od metodologije dela v zdravilišču, temveč predvsem od poučenosti in aktivnosti drugega medicinskega osebja, v glavnem sester in seveda tudi od njih števila. Te se

morajo poglobiti v psiho bolnika in zanj po možnosti odkriti primerne »ko-njička« za zamotitev, in to s kakšnim delom. Od njih je odvisen uspeh, velikost in trajnost uspeha, če bodo znale na duhovit in kratkočasen način pravilno kanalizirati življenjsko silo bolnikov.

Nekaj drugega je delovna terapija. Delovna terapija je uvedena tudi že skoraj v vseh specialnih bolnicah za tuberkulozo, n. pr. v Ormožu, Novem Celju, Topolšici, na Golniku, Slivniškem Pohorju itd. Ponekod je malone že prerasla svojo osnovo prave delovne terapije in prešla celo v tečaje za prekvalifikacijo, n. pr. v Ormožu, Novem Celju in na Golniku. Povsod se je začelo bolj ali manj le z zaposlitveno terapijo po oddelkih, a so sčasoma našli nekaj prostorov, kjer so začeli uvajati bolnike v pletarstvo, kartonažno, knjigoveško, šiviljsko stroko ali strojepisje. Ta delovna terapija je ponekod ostala pri svoji osnovni nalogi in ni prerasla v pravi kvalifikacijski tečaj. Ponekod pa se je spremenila v prekvalifikacijski tečaj, kamor dispanzerji ali drugi zdravstveni zavodi prav s tem namenom pošiljajo bolnike. Ob tem tečaju pa so zrastle in se razvili še drugi podobni tečaji, n. pr. tiskarski, radio-tehnični, kmetovalski, vrtnarski, sadjarski, čebelarški, a tudi knjigovodsko-režiserski in stenodaktilografski. V svetovnem merilu so to seveda šele začetki, v našem pa jih ne moremo več imenovati tako. Saj dajejo n. pr. ormoški tečaji kmetijskim zadrugam že nekaj let več ko na pol strokovnjake, enako tudi novoceljski za delo v administrativnih in precizno-tehničnih poklicih, na Golniku pa se iz meseca v mesec širi in večja prav profesionalno vodena obrt, ki bo morda že v bližnji prihodnosti prešla v majhno kartonažno-grafično industrijo (po ekonomsko-finančni plati je to že danes!). Razumljivo je, da je še mnogo obrti, ki bi prišle v poštev za tečajnike; žal danes še večje izbire v naših zavodih še ni. Toda tudi v teh tečajih so in bi morale biti še bolj — poleg orienterjev, zdravnika, profesionalnega mojstra in sploh učnega osebja — sestre tiste, ki bi naj dosledno in krepko vodile zdravstveni nadzor nad bolniki.

Ker vemo, da namen profesionalne rehabilitacije ni predvsem prekvalifikacija in da je (po podatkih v 1. delu našega članka) manj bolnikov za prekvalifikacijo kakor za rehabilitacijo, vemo tudi, da je prav pri tej svojskostni bolezni, kakor je tuberkuloza, prekvalifikacija često še bolj na mestu kakor pri travmatoloških (ali nekaterih drugih) primerih. V tuberkulozi prekvalifikacije nikakor ne moremo šteti za degradacijo glede na poklic. Često pač ni drugega izhoda, čeprav teži vsa protituberkulozna služba (kakor tudi bolniki sami) za rehabilitacijo v prvotnem poklicu, kar se zdravstveni službi, zlasti sestram in socialnim delavcem — največkrat pač v zvezi z vsemi forumi, ki pridejo pri tem v poštev — tudi posreči. Rehabilitacija Američanov — ki celo vojake rehabilitirajo, in to za osnovne vaje zdravih vojakov — nam je za sedaj še tuja, morda nam je tuj tudi njihov zadevni bolezenski »material«. Da se bolniki za prej omenjene prekvalifikacijske tečaje rekrutirajo šele kasneje, po hospitalnem in daljšem dispanzerskem zdravljenju, je razumljivo, medtem ko je delovna terapija v zavodu kot druga stopnja rehabilitacije že poskus za posthospitalno zaposlitev s skrajšanim delovnim časom, ki ga članu-zavarovancu na predlog dispanzerja odredi komisija Zavoda za socialno zavarovanje; žal pa nezavarovanci — in tudi kmetijski zavarovanci — takega skrajšanega delovnega časa v vsakdanjem življenju po navadi ne morejo (ali pa nočejo) priznati. Najtežavnejša je situacija pri nekvalificirani (ali včasih celo polkvalificirani) zavarovani delovni sili, kjer praktično tudi odločba o skrajšanem delovnem času

ne more bistveno doprinesiti k pravilni rehabilitaciji. Tak je problem tudi za ženo-gospodinjo in za samostojnega obrtnika. Torej imajo potronažne sestre že pri vseh teh najtežje stališče, ki ga nikakor ni mogoče primerjati s stališčem, ko gre pri rehabilitacijskem postopku za administrativnega uslužbenca ali delavca-profionalca. Tudi inteligenčni poklici, zlasti tisti na samostojnih delovnih ali celo vodilnih mestih, povzročajo dispanzerskemū osebjū glede vključitve — in to pravilne, odmerjene, tehtane — obilo dela, skrbi in preglavic. Te niso nič manjše kakor za bolnika, ki je po prvem posrečenem, da tako rečem, rehabilitacijskem postopku ponovno zbolel, ponovno okreval in ga je treba ponovno profesionalno rehabilitirati. Medtem ko je dandanes naša gospodarska skupnost (z odgovornimi organi vred) miselno že tako napredovala, da se več toliko ne brani — kakor pred leti — jemati ponovno v delo tuberkuloznega bolnika, je tak primer pri zazdravljenih recidivih (ki niti niso tako redki) že kar sporadičen. Teh vsekakor najboljše delujoča sestra največkrat ne bo mogla več izvleči iz staleža invalidnih in jih profesionalno rehabilitirati.

Sploh je pa predvsem važno, da se zavedamo, kakšen je človek, ki se borimo za njegovo rehabilitacijo ali celo za prekvalifikacijo. Stalno moramo imeti v mislih: zavarovan, inteligenčnega poklica, profesionalac, visokoklasificirana, polkvalificirana, nekvalificirana delovna sila, splošna izobrazba, umske sposobnosti, sposobnost prilagajanja — in zelo važno je tudi, kje živi — v mestnem, industrijskem ali na kmetijsko-proizvajalnem področju. Problematika rehabilitacijskega postopka, iskanje primernih delovnih mest je na podeželju za vsakega zgoraj navedenih primerov čisto drugačna kakor pa na strnjeno naseljenih ali celo mestnih področjih. Saj se področja bistveno razlikujejo med seboj. To so skušnje sester iz praktičnega življenja in nihče tega ne more bolj točno povedati kakor skušena medicinska sestra, ki mora pri vsem tem težavnem delovanju upoštevati še družinske odnose in bolnikovo družinsko okolje, ki prenekaterikrat ni prav nič ugodno za rehabilitacijski postopek ali za ponovno zaposlitev bolnika.

Do sedaj smo imeli v mislih največ bolnike, ki so potrebni rehabilitacije po zazdravljenem prvem ali morda drugem bolezenskem napadu, to se pravi bolnike, ki so potrebni profesionalne rehabilitacije (ali prekvalifikacije) po medicinski strokovni plati. Tu so bili mišljeni torej predvsem tako imenovani »staležarji«. Invalidnih bolnikov, ki bi bili potrebni profesionalne rehabilitacije po medicinski plati, t. j. iz medicinskih indikacij, je razmeroma malo, več jih je (skoraj večina), ki so je potrebni po socialni plati. To so tisti, ki jim je zaradi ekonomske rehabilitacije potrebna tudi profesionalna rehabilitacija. S temi ali, bolje rečeno, za te sta delo in skrb mnogo težja, vendar pa bolnika in sestro morebitni uspeh vsekakor navdaja z občutkom večjega zadovoljstva.

Medtem ko je pri neinvalidnih prebolevalnikih (kroničarjih) le redkokdaj misliti na prekvalifikacijo (razen pri poklicih, ki so pod kontrolo sanitarne inšpekcije), pa ta razmeroma mnogo pogosteje prihaja v poštev pri drugih, pri tako imenovanih »invalidninarjih«, zlasti če so mlajših let. Prekvalifikacija pri invalidih starejših letnikov, žensk nad 40 in moških nad 45 let, ni kdo ve kaj na mestu, tako bodisi iz delovno-proizvodnih razlogov kakor tudi iz osebnih, zlasti psihičnih in pa fizičnih bolnikovih razlogov in sposobnosti prilagajanja.

Zaščitenih, tako imenovanih protežiranih delavnic, bodisi samostojnih ali naslonjenih na obstoječe obrti, podjetja ali gospodarske organizacije, nimamo,

smo pa na najboljšem potu do njih, in sicer po novem zveznem Pravilniku o invalidskih delavnicah, ki je izšel letos meseca januarja. Pristojnim faktorjem, med katerimi so seveda poleg ocenjevalnega teama (ftiziolog, mentalni psiholog, tehnolog, orienter) sestre in socialni delavci najvažnejši, bo pri iskanju rehabilitacijskih delovnih mest kaj težko najti primerno delovno mesto bodisi za poln ali celo skrajšan delovni čas. Brez opore in močne uspešne zaslombe pri zadevnih uslužbencih socialnega zavarovanja in zavoda za zaposlovanje invalidnih oseb oziroma uprave za posredovanje dela bo kaj malo uspeha, včasih celo manj kakor pri regularno (ali polregularno) prekvalificiranih. Pogosto ne bo preostalo drugega, zlasti za invalidne upokojece (predvsem starejše ali nekvalificirane in polkvalificirane), kakor dodatno ekonomsko delo na domu, kar je pa dejansko le ekonomska rehabilitacijska pomoč, rekli bi psevdorehabilitacija.

Že iz dosedanjega kratkega prikaza je razvidno, da je rehabilitacijska problematika in operativa pri tuberkuloznem bolniku čisto svoje vrste, kakor je bolezen sama. Zadevala je in bo še zadevala pri tej internistični bolezni na povsem druge težave in prijeme kakor pri travmatskih prebolevalnikih in invalidih, tako da smo v tem delovanju šele — mislim namreč sistematično — komaj nekaj pedi od začetne faze, da pa je to delovanje ob vedno večjem številu tuberkuloznih kroničarjev in invalidnih oseb vsaj toliko, če ne še bolj važno kakor medicinska restitucija, in to za bolnike kakor za družbo in za skupno ekonomiko.

Z vsoto problematiko in operativo se bo moral naš zdravstveni kader, zlasti medicinske sestre in socialni delavci, vedno bolj spoznavati in se vanjo poglobljati. Marsikatera ura razmišljanja in marsikateri, morda celo napačen korak pri rehabilitacijskem postopku in iskanju primernih delovnih mest bo našemu zdravstvenemu kadru približal to vrsto dejavnosti. Praksa bo izkristalizirala mišljenja, izkristalizirano mišljenje pa bo nakazalo pravilne prijeme — ki bodo morali vedno in povsod biti individualni, se pravi, prilagojeni predvsem vsakokratnemu primeru.

Ob čedalje večjem standardu naše družbe, ekonomske in socialne ter duhovne, bo nadaljnja pot v rehabilitacijsko-prekvalifikacijski smeri vse lažja. Lažja tudi zato, ker se bo — poleg medicinske sestre, psihologov, socialnih delavcev, tehnologov, pedagogov, orienterjev — v to dejavnost poleg gospodarskih organizacij vedno bolj vključevala tudi vsa družbena skupnost.

TUDI ŠE TAKO »VARNI« PREDMETI SO LAHKO ŠKODLJIVI

Mnogo je igrač in stvari, ki so izdelane nalašč tako, da bi otrokom ne bile nevarne: lopate iz gume, škarje z okroglimi konci itd. Vendar pa je nujno potrebno, da se malčki seznanijo tudi s tem, kaj pomenijo besede, kot n. pr. »nabrušen«,

»oster«, »koničast«, »vroč«, »težak«, pač zato, da spoznajo nevarnosti tudi sami od sebe. Starši in vzgojitelji ne bi smeli nikoli pozabiti, da gresta *varstvo* in *vzgoja* neposredno drug z drugim. Spoznavanje resničnih nevarnosti in iz lastnih izkušenj je otrokom lahko še bolj v korist, kakor pa le namišljene nevarnosti in poučevanje.

O varstvu slabovidnih

(Prvi napotki za delo medicinske sestre na terenu)

Doc. dr. Stane Stergar

Vtem ko je varstvo slepih stvar, ki je pred zadnjo vojno, posebno pa še po osvoboditvi našla vse pogoje za svoj razvoj in dosegla takšno raven, da ga lahko smatramo za dobro urejen problem, se je za varstvo slabovidnih doslej še vse premalo storilo.

Vsi pač vemo, da imamo šole za slepe, kjer se ti vzgajajo po posebnih učnih metodah, tudi domove za slepe, kjer se potem še nadalje usposabljujejo za razne poklice, ki jih kasneje lahko izvršujejo v domu ali kje drugje (v tovarnah, v bolnišnicah itd.).

Kako je pa s slabovidnimi?

Ti nimajo posebnih šol niti ne drugih ustanov, kjer bi se usposabljali za življenje. S slabim vidom se mučijo že v šolah za normalnovidne in tudi kasneje v življenju naletijo na težave, tako da včasih ne najdejo primerne zatočišča, kjer bi vse to lahko povedali in našli potrebno razumevanje.

Čeprav nekaterim močno slabovidnim omogočimo šolanje tudi v zavodih za slepe, so le posamezni primeri z močno slabovidnostjo. Razen tega pa to še vedno ni zadovoljiva rešitev problema, kako in kje šolati slabovidne otroke.

Naša oblast je temu vprašanju prisluhnila in mu prav zdaj posvetila vso pozornost. Postavila ga je v našem perspektivnem razvoju na tisto važno mesto, kot ga zasluži.

Ko smo zbirali podatke o slepih, smo često že doslej registrirali tudi močno slabovidne. Tako imamo v kartoteki slepih pri glavnem odboru Zveze slepih Slovenije vpisanih precej slabovidnih oseb, vendar je to delo nepopolno, ker je nastajalo le slučajnostno in ob omenjenem popisu.

Naša naloga pa je, da zberemo prav vse, ki se s slabim vidom mučijo po šolah in na raznih delovnih mestih, ter jim nudimo ustrezno podporo in primerne delovne pogoje. Pri tem delu nam v mnogočem pomagajo medicinske sestre na terenu, ki lahko take primere zasledijo in javijo na pristojna mesta.

Po občinah oziroma okrajih poslujejo zdaj prvostopenjske komisije za kategorizacijo in evidenco otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Te komisije so že eno od tistih mest, kamor lahko prijavimo take otroke.

Toda čeprav se na prvi pogled zdi, kakor da se doslej glede problema slabovidnosti ni napravilo dosti, lahko vendarle povemo, da smo o tem vprašanju že neštetokrat razpravljali na raznih mestih, tako n. pr. na sestankih oftalmoloških sekcij, na kongresih oftalmologov, na plenurnih in kongresih Združenja slepih in drugod, in da se je v določeni meri pri šolanju pomagalo tudi že doslej otrokom s slabim vidom.

Zavod za slepo mladino v Ljubljani se že nekaj let ukvarja tudi z individualnim šolanjem slabovidnih posameznikov, l. 1954 pa so bili odprti prvi razredi za šolanje slabovidnih otrok v Beogradu. Šole za slabovidne niso nova stvar, saj so prvi začetki takega šolanja v Evropi opaženi že v prvih letih 20. stoletja. Čas pa je, da tudi pri nas začnemo z realizacijo posebnih razredov ali šol za slabovidne otroke.

Seveda pa tudi tu ne moremo mimo definicij. Vedeti moramo, kdo je slaboviden. Na III. kongresu oftalmologov na Bledu l. 1953 smo sklenili šteti za slabovidnega tistega, ki po korekciji z očali ne vidi več kot 0,1 do 0,3. Za slabovidnega torej velja, kdor ima le eno do tri desetinke normalnega vida. Okulistom je zato naročeno in tako tudi delamo, da v vseh izvidih pišemo vid v decimalnem sistemu. Navodila Sveta za socialno skrbstvo, ki je imenovalo posebno komisijo tudi za delo na tem področju, označujejo za slabovidnega tistega, ki vidi manj kot 0,4, torej tistega, ki ima manj kot štiri desetinke normalnega vida. Ta definicija je tudi dobra, saj otrok, ki vidi manj kot 0,4 ali pa vidi celo 0,5, še vedno zelo težko dela v šoli za normalnovidne otroke. Misliti moramo tudi na otroke z visoko kratkovidnostjo, ki z očali še kar dobro vidijo, vendar pa kratkovidnost pri njih narašča, vid jim peša in potreben je zanje poseben način šolanja kot preventivni ukrep proti nadaljnjemu pešanju vida. Isto velja za nekatere druge očesne hibe in bolezni.

V čem pa se razlikuje šolanje slabovidnih od šolanja slepih? Bistvo je v tem, da mora pedagog, ki dela s slabovidnimi, upoštevati njihov zmanjšani vid, ga individualno uporabljati in čuvati, medtem ko pri delu s slepimi tega ni ali pa je ta moment upoštevan le delno. O načinu šolanja in o šolah za slabovidne bi danes ne govorili, omenimo le, da so za tako delo potrebni posebni prostori, posebna učila, posebna razsvetljava in osvetlitev delovnega mesta ter stalna kontrola oči učencev po okulistu. Seveda ne sme pedagog preveč izkoriščati vida svojih učencev, ker se jim lahko vid poslabša, namen takega šolanja pa je, da učencu ohranimo ali še celo izboljšamo vid za tisti čas, ko bo nastopil svoj poklic. Poklici za slabovidne so številnejši od poklicev za slepe, saj kasneje lahko opravlja slabovidni veliko število del, če mu le pri delu uredimo pogoje za njegov vid in stanje njegovih oči. Te pogoje mu mora ustvariti družba.

Zelo priporočljivo bi bilo pregledati vse otroke že v prvih letih glede oči in vida, vsekakor pa preden gredo v šolo. To je dandanes izvedljivo že skoraj v vseh večjih mestih, težave so pa drugod, kjer še primanjkuje primerne kadra. Pri tem delu je medicinska sestra poleg učiteljev in specializiranih tiflopedagogov dragocena pomoč okulistom. Pri zgodnji diagnostiki se da v rani mladosti še mnogokaj popraviti ali izboljšati. Korekcija refrakcijskih hib z očali je pri tem važen moment. Ne smemo pa misliti, da je z očali pri otrocih tako enostavno. Ponovno doživimo, da nosijo starši recept za očala v žepu, kljub nasvetu zdravnika, da naj otrok nosi očala, pač zato, ker se otrok staršem »smili«. Delo zdravnikov in medicinskih sester v zdravstvenem prosvetljevanju na tem področju bo rodilo dosti uspeha. Često starši ne vedo ali pa zavestno skrivajo, da je otrok slaboviden, in še mnogo drugih stvari tiči za vso to problematiko, pri kateri potrebujemo pomoč medicinske sestre posebno v patronažni službi, dalje pomoč socialnih delavcev, pedagogov in zdravnikov, ki znajo v določenih primerih ustrezno svetovati in predlagati. Toliko o šolskih otrocih.

Kasneje, ko pridejo slabovidni do svojih poklicev, pa še vedno potrebujejo neko zatočišče, kamor se lahko obrnejo, kakor se zatečejo slepi v organizacijo Združenja slepih, in kjer v primerih preutrujenosti najdejo svetovalca, s katerim se lahko pogovorijo in ki jim potem, ko je dobil še mnenje zdravnika, pomaga reševati trenutne težave. Često zadostuje že kratek dopust ali kak drug

običajni ukrep, da slabovidnega ponovno usposobimo za delo, včasih pa so potrebni še drugi preventivni in kurativni ukrepi. Potrebno bo torej, da se pri organizaciji slepih — bodisi da se ta preimenuje tudi v organizacijo ljudi z okvarjenim vidom ali v organizacijo za varstvo vida ali kako drugače — osnuje odsek za slabovidne, o čemer je bilo že govora in bo verjetno kmalu prišlo do konkretnih ukrepov.

Želimo samo, da bi se delo za varstvo slabovidnih nadaljevalo ob pomoči vseh, ki so k takemu sodelovanju poklicani, in da bi rodilo podobne uspehe, kot jih ima delo za varstvo slepih.

Pre| a

Leta 1954 je Komite i da je cepljenje proti po splošno uporabo še ni m je aktivna imunizacija p let napredovala tako zel poliomielitisu.

Mrtvo Salkovo cepivo uporabljaja še danes, je na izgubili svojo kužnost in sposobnost, kar pomeni, da vbrizgano cepivo izzove tvorbo protiteles in na ta način zavaruje cepljeno osebo. Vendar pa ta imunost, kakor kažejo izkušnje, ne traja posebno dolgo in so zato potrebne revakcinacije. Rezultati cepljenja z mrtvim cepivom so v glavnem taki, kot smo jih leta 1954 po velikem terenskem preizkusu v ZDA lahko pričakovali: 4-krat do 7-krat manjša obolevnost in do 10-krat manjša smrtnost cepljenih. Cepljenje je uspešno v 80 do 96 %, kar je seveda odvisno od imunogene vrednosti cepiva, ki je pri tovarniško izdelanih cepivih dokaj različna, dalje od števila prejetih injekcij, od količine cepiva, od starosti cepljenega in še od nekaterih drugih manj pomembnih činiteljev. Kolikor so po opravljenem cepljenju še nastajale krajevne epidemije, je v največji meri oboleval slabo precepljeni del prebivalstva, ki je v zahodnih deželah praviloma pripadal gospodarsko šibkejšim slojem.

Poleg omenjenih dobrih rezultatov pa so opazili tudi slabše (n. pr. v ZSSR, na Čehoslovaškem in Madžarskem). Najbolj verjetno je, da so tem razlikam deloma vzrok različni načini vbrizgavanja, različne količine in že prej omenjena velika variabilnost v imunogeni vrednosti uporabljenih cepiv, deloma pa iz vzrokov, ki jih vseh še ne poznamo. Toda ravno nekateri slabši rezultati so bili spodbuda za nadaljnje delo pri iskanju bolj učinkovitega cepiva.

Iskanje novih poti — živo cepivo

Epidemiološke študije so pokazale, da je infekcija s poliovirusi močno razširjena tudi tam, koder je le malo obolenj z ohromitvami. Veliko število okužb in razmeroma neznatno število primerov z ohromitvami pomeni, da velika večina okužb ostane, kakor pravimo, »nemih ali latentnih« in ne privede

običajni ukrep, da sla potrebni še drugi prev pri organizaciji slepih z okvarjenim vidom a osnuje odsek za slabov prišlo do konkretnih u

Želimo samo, da b vseh, ki so k takemu kot jih ima delo za va

o za delo, včasih pa so otrebno bo torej, da se tudi v organizacijo ljudi da ali kako drugače — a in bo verjetno kmalu

o nadaljevalo ob pomoči rodilo podobne uspehe,

Preprečevanje poliomielitisa

Dr. Svetozar Kalčič

Leta 1954 je Komite izvedencev Svetovne zdravstvene organizacije ugotovil, da je cepljenje proti poliomielitisu še v eksperimentalnem stanju in da za splošno uporabo še ni mogoče dobiti zanesljivo preizkušene cepiva. Od tedaj je aktivna imunizacija proti tej bolezni v kratkem časovnem razdobju šestih let napredovala tako zelo, da danes že širom po svetu množično cepijo proti poliomielitisu.

Mrtvo Salkovo cepivo, ki so ga pri nas uporabljali spočetka in se marsikje uporablja še danes, je naplavina poliovirusov, ki so zaradi delovanja formalina izgubili svojo kužnost in sposobnost razmnoževanja. Ohranili so pa imunogeno sposobnost, kar pomeni, da vbrizgano cepivo izzove tvorbo protiteles in na ta način zavaruje cepljeno osebo. Vendar pa ta imunost, kakor kažejo izkušnje, ne traja posebno dolgo in so zato potrebne revakcinacije. Rezultati cepljenja z mrtvim cepivom so v glavnem taki, kot smo jih leta 1954 po velikem terenskem preizkusu v ZDA lahko pričakovali: 4-krat do 7-krat manjša obolevnost in do 10-krat manjša smrtnost cepljenih. Cepljenje je uspešno v 80 do 96 %, kar je seveda odvisno od imunogene vrednosti cepiva, ki je pri tovarniško izdelanih cepivih dokaj različna, dalje od števila prejetih injekcij, od količine cepiva, od starosti cepljenega in še od nekaterih drugih manj pomembnih činiteljev. Kolikor so po opravljenem cepljenju še nastajale krajevne epidemije, je v največji meri oboleval slabo precepljeni del prebivalstva, ki je v zahodnih deželah praviloma pripadal gospodarsko šibkejšim slojem.

Poleg omenjenih dobrih rezultatov pa so opazili tudi slabše (n. pr. v ZSSR, na Čehoslovaškem in Madžarskem). Najbolj verjetno je, da so tem razlikam deloma vzrok različni načini vbrizgavanja, različne količine in že prej omenjena velika variabilnost v imunogeni vrednosti uporabljenih cepiv, deloma pa iz vzrokov, ki jih vseh še ne poznamo. Toda ravno nekateri slabši rezultati so bili spodbuda za nadaljnje delo pri iskanju bolj učinkovitega cepiva.

Iskanje novih poti — živo cepivo

Epidemiološke študije so pokazale, da je infekcija s poliovirusi močno razširjena tudi tam, koder je le malo obolenj z ohromitvami. Veliko število okužb in razmeroma neznatno število primerov z ohromitvami pomeni, da velika večina okužb ostane, kakor pravimo, »nemih ali latentnih« in ne privede

do bolezenskih znakov. To ugodno razmerje med okužbami in obolevanjem ugotavljajo povsod, koderkoli so razširjeni relativno avirulentni soji virusov, s katerimi se otroci srečajo in okužijo že zelo zgodaj in si v najbolj primernem času na nezaznaven način pridobe imunost za kasnejše življenje. Stanje prekuženosti oziroma imunosti je odvisno torej od razširjenosti relativno avirulentnih virusov med otroki v ranem detinstvu. Pri veliki razširjenosti takih sojev že po naravni poti dosežemo tisto ugodno stanje, kot ga za mnoge druge nalezljive bolezni dosežemo šele umetno, s cepljenjem.

Te ugotovitve so bile tudi izhodišče pri iskanju novega, še uspešnejšega cepiva proti poliomielitisu, s katerim bi umetno, vendar latentno okuževali ljudi ter jim s tem pomagali do imunosti. Namen vseh teh prizadevanj je torej bil, da se izločijo živi, relativno avirulentni soji poliovirusov, ki bi jih ljudem kakor pri naravni okužbi dajali pri cepljenju skozi usta, tako da bi se naselili v črevesju in končno privedli do takšne imunosti, kakršno dajejo naravne latentne okužbe. Na opisani način bi posnemali naravno dogajanje v tistih krajih, koder vlada že omenjeno ugodno razmerje med zelo razširjenimi okužbami in redkimi paraličnimi primeri bolezni. Ker že poznamo nekatera živa, a zelo uspešna in nenevarna cepiva (n. pr. proti kozam, rumeni mrzlici), je bil ta namen vsaj s teoretičnega vidika — dosegljiv.

Za cepivo primerna debela virusov so raziskovalci (Sabin, Koprowski, Cox) v kulturi tkiva izločili s selekcijo. Izločeni soji, primerni za cepivo, morajo imeti naslednje lastnosti:

- a) nizko nevropatogenost za opice, ki jo ugotovimo z vcepljenjem v možgane;
- b) dobre imunizirajoče lastnosti, ki jih določimo z ugotovitvijo okuženosti in količine protiteles pri cepljeni osebi;
- c) genetično stabilnost pri širjenju s cepljenega na okolico, kar pomeni, da ne smejo spreminjati svojih lastnosti, zlasti pa ne pridobiti nevropatogenosti s pasażami;
- č) nesposobnost povzročiti ohromitve pri človeku;
- d) omejeno sposobnost širjenja, kar ugotavljamo s študijami v družinah in kolektivih otrok;
- e) le omejeno sposobnost za napadanje tkiv daleč od črevesja, kar se izraža s silno redko virusemijo pri cepljenem (okuženem).

Tehnični postopki za proizvodnjo živega cepiva niso zahtevnejši in se izbrani soji ločeno razmnožijo prav tako kakor mrtvo cepivo v kulturi tkiva iz opičjih ledvic. Odpade pa postopek inaktiviranja virusov, torej obdelovanje s formalinom in obsevanje z ultravijoličnimi žarki, s čimer se proizvodnja seveda poenostavi in poceni. Kontrolni postopki za neškodljivost in učinkovitost so danes že dognani in se praviloma opravijo pri vsakem cepivu, še preden gre v promet. Da ostanejo virusi v cepivu živi, uporabljamo v virusologiji najbolj znani postopek konserviranja, to je globoko zmrzovanje (najmanj -20°C). Ko se cepivo odtali, je uporabno le še 5 do 6 dni, vendar pod pogojem, da ga v tem času hranimo pri temperaturi 4 do 10°C , kakršno imamo v hladilniku ali v posodi s koščki ledu. Če je temperatura višja, cepivo hitro izgubi učinkovitost, ker virusi v njem odmirajo. Tudi se močno zniža učinkovitost cepiva, če damo že odtaljeno cepivo znova zmrzniti, kar seveda ni dovoljeno.

Doslej poznane tri tipe poliovirusa dajemo v predpisani količini skozi usta z vodo, z mlekom, s sirupom, čajem ipd., in sicer ločeno, vsakega posebej,

ker je njih sposobnost za naselitev v črevesju različna: najlaže se naseli tip 2, medtem ko tip 1 in tip 3 v tej lastnosti nekoliko zaostajata. Zaradi omenjenih razlik ni priporočljivo pri bazičnem cepljenju dajati mešanico vseh treh tipov virusa hkrati, ker bi tip 2 izpodrinil ostala dva in bi človek pridobil imunost le za najmanj nevaren tip virusa. Ker povzroča paralitično bolezen in velike epidemije največkrat tip 1, ki mu po pogostnosti sledi tip 3, najredkeje pa tip 2, zato tudi dajemo cepivo v tem zaporedju. Produkcija se je danes že toliko izpopolnila, da izdelujejo cepivo tudi v obliki tablet in bonbonov, ki jih otroci seveda še rajši jemljejo. V bistvu gre torej za tri popolnoma ločena cepljenja, s katerimi človek pridobi aktivno imunost za posamezne tipe poliovirusov v takem vrstnem redu, v kakršnem pač cepivo dajemo.

Vendar se pa vakcinalni soji virusov lahko naselijo v črevesni sluznici, samo če se v njej ne razmnožujejo že drugi enterovirusi. V nasprotnem primeru je učinek cepljenja dvomljiv, ker se s cepivom dani virus v črevesju ne »prime«. Pojav imenujemo interferenco in njegov pomen za cepljenje še ni popolnoma jasen. Interferirajo lahko tudi različni tipi vakcinalnih sojev, če jih dajemo v prekratkih časovnih presledkih. Interferenco je po mnenju nekaterih avtorjev mogoče premagati z večjimi dozami ali s ponovnim dajanjem cepiva. Ker je razširjenost enterovirusov v različnih letnih časih različna, si za zdaj pomagamo tako, da za množično cepljenje izbiramo kasno zimo in zgodnjo pomlad, ko je razširjenost enterovirusov med ljudmi po dosedanjih skušnjah najmanjša in je zato največ upanja za dober uspeh cepljenja. Še bolje pa je, da tik pred cepljenjem virusološko preiščemo vzorce blata in tako ugotovimo stopnjo razširjenosti enterovirusov. S pomočjo tega kazatelja lahko vsaj v grobem presodimo, kakšen bo po vsej verjetnosti uspeh cepljenja.

Presledek med posameznimi cepljenji je najmanj 6 tednov, to je čas, v katerem se virus pri cepljenju skoraj v stodontni meri preneha razmnoževati in izločati. Pri krajših presledkih bi novi tip virusa naletel v črevesju še na prejšnjega in se zaradi interference ne bi mogel naseliti in razmnoževati. Cepljenje bi bilo v takem primeru brezuspešno. Presledki pa so lahko daljši, ker gre za tri posamična cepljenja brez medsebojne zveze.

Pravih kontraindikacij za cepljenje z živim cepivom je zelo malo. Na prvem mestu moramo omeniti vročinska stanja in prebavne motnje, poslednje predvsem zaradi tega, ker je le malo verjetnosti, da bi se vakcinalni virus naselil v črevesju človeka, ki ima drisko. Nekatere kontraindikacije, ki so jih včasih navajali (n. pr. aktivna tuberkuloza, distrofija, dekompenzirane srčne napake, 14-dnevna rekonvalescenca po drugih boleznih), se že opuščajo.

Kakor ni pomembnejših kontraindikacij, tako tudi ni omembe vrednih reakcij in komplikacij po cepljenju. Tuja poročila v redkih primerih omenjajo malo pomembno urtikarialno reakcijo, pri nas so v redkih primerih opazili prebavne motnje lažje narave, zlasti pri odraslih ljudeh.

Imunost, ki jo človeku da cepljenje z živim cepivom, je dvojna: humoralna in lokalna. To pomeni: da cepljeni poleg protiteles v krvi, ki blokirajo krvni obtok in preprečujejo vdor virusa iz črevesja po krvi v centralno živčevje, pridobi še lokalno imunost črevesja, zaradi katere se divji in bolezen povzročajoči virusi v njem sploh ne morejo naseliti. To lokalno imunost daje samo živo cepivo (z mrtvim je ne moremo pridobiti!), v čemer je pravzaprav tudi strokovna

osnova načrta za iztrebljanje ali eradikacijo poliomielitisa. Po tem načrtu bi človeštvo »zalili« z vakcinalnimi soji poliovirusov in tako vzeli divjim virusom možnost najti sprejemljivega gostitelja.

Za zdaj še ne moremo povedati, koliko časa traja imunost po cepljenju z živim cepivom ter kdaj in kako pogosto so potrebne revakcinacije. Teoretično bi bila revakcinacija potrebna takrat, ko bi protitelesa v krvi cepljenega padla pod ugotovljivo količino, ko bi se vakcinalni virus pri morebitnem ponovnem cepljenju naselil v črevesju ter se tod razmnoževal in izločal, kar bi obenem bilo znamenje, da je krajevna imunost popustila, in ko bi se med cepljenimi začeli množiti paralični primeri bolezni. Dosedanja kratkotrajna uporaba živega cepiva pa za take ugotovitve še ni dala prilike.

Živo cepivo proti poliomielitisu je nedvomno napredek v preprečevanju te bolezni. Njegove prednosti so: zelo enostavno dajanje, kar je pomembno zlasti pri množičnih cepljenjih, lokalna imunost črevesja, ki nastane zaradi posne-manja naravne okužbe, ter enostavnejša in zato cenejša proizvodnja. Interferenca z enterovirusi, ki zmanjšuje uspeh cepljenja, in možnost, da so v cepivu prisotni še kaki drugi živi agensi, katerih pomena še ne poznamo dobro, pa so za zdaj še njegove slabe strani.

IZ NESREČE V SMRT

V starosti od 1—44 let je poglavitni vzrok smrti nezgoda. Od vseh smrtnih primerov v tej starostni skupini jih gre več ko četrtina na rovaš nesreč. Že samo na cestnoprometne nezgode odpade polovica smrtnih nesreč v starosti od 5 do 44 let.

NEKAJ ŠTEVILK

V ZDA cenijo, da se je v letu 1959 pripetilo na domovih (na gospodarstvu oziroma v gospodinjstvu) kake 3 900 000 nezgod s posledico invalidnosti, medtem ko se je v istem letu pri delu in v prometu skupaj zgodilo samo 3 350 000 nesreč.

Četudi je število smrtnih primerov zaradi nesreč pri delu in v prometu nekoliko višje (51 600 v letu 1959), vendar se jih je pri vseh drugih nezgodah, razen tistih pri delu in v prometu, ponesrečilo smrtno 42 500, od teh pa okrog 27 000 samo na domovih.

VARNOST V INDUSTRIJI

V Franciji se vsaki dve minuti zgodi pri delu nesreča, ki povzroči smrt ali trajno invalidnost. Švica ima pri manj ko 5 milijonih prebivalstva pri delu na leto svojih 200 000 nesreč, med njimi 300 do 400 smrtnih.

AVTOMOBILSKI PROMET NARAŠČA

Lahko računamo, da bo leta 1965 avtomobilski promet na Japonskem za 2,7-krat tolikšen, kot je bil leta 1955. Kakor kažejo računi danes, bo v prihodnjih desetih letih enak porast tudi v drugih deželah jugovzhodne Azije in Zahodnega Pacifika. Problemi zaradi prometnih nesreč pa se bodo brez dvoma še zaostri, če na področju vzgoje, če v zakonodaji in pri graditvi cest ne bomo izvedli nujno potrebnih preventivnih ukrepov.

Kmetijska proizvajalka v vasi in v komuni

Cvetka Vodopivec

Družbena sredstva, ki jih vlagamo v kmetijstvo, vse bolj omogočajo, da se kmetijstvo postopoma razvija v donosno gospodarsko panogo, v kateri bodo kmetijski proizvajalci nastopali kot tržni proizvajalci na kmetijskih posestvih in v proizvodnem sodelovanju z zadrugo. Kmetijske proizvajalke postajajo z modernizacijo kmetijstva kot kvalificirana delovna sila vedno pomembnejši činitelji v kmetijski proizvodnji, v upravljanju na posestvih in v zadrugah. Toda za zgraditev socializma in kvaliteto novih odnosov med ljudmi nam je potreben človek, ki ne bo usposobljen samo za delo v proizvodnji ali kje drugje, čeprav je tudi to velike važnosti, temveč človek, ki bo vsestransko ustvarjalno aktiven v družbenem in političnem življenju tudi izven svojega delovnega mesta. Splošni gospodarski in družbeni napredek, delavsko in družbeno upravljanje ter komunalni sistem dajejo človeku, ki vlaga svoje ustvarjalne sile in sposobnosti v izgradnjo socializma, vse večje možnosti, da v celoti zaživi tudi kot upravitelj naše družbene skupnosti. Tu nastopa človek kot pomembna osebnost, kot enakopraven in odgovoren član naše skupnosti. Njegova ustvarjalna sila in moč lahko prihaja do popolnega izraza pri reševanju konkretnih problemov. Pri tem delu vedno bolj spoznava pomembnost človekove osebnosti v naši družbi. Ravno to pa mu pravzaprav tudi daje neizčrpne moralne sile, da po svojih sposobnostih deluje za rešitev družbenih problemov. Ko se v te probleme poglobi in si jih je v svesti, postanejo tako rekoč sestavni del njegovih lastnih vprašanj. Ob tem tudi vse bolj spoznava povezanost osebne blaginje in napredka z napredkom in blaginjo skupnosti in da je socialistična izgradnja vse bolj odvisna tudi od njegove sposobnosti, aktivnosti in ustvarjalnosti.

Družbeno politična aktivnost kmetijskih proizvajalk

Kmetijske proizvajalke čedalje bolj posegajo tudi v družbeno politično življenje. Svojo politično zrelost dokazujejo ob vseh pomembnih političnih akcijah in manifestacijah, pri volitvah in ob drugih priložnostih. V zadnjih letih opažamo znaten porast v aktivni udeležbi kmetijskih proizvajalk na zborih volivcev, sestankih SZDL, združnih zborih, in to kljub nekaterim zaostalim pogledom. Mnogo jih aktivno deluje v organizaciji Rdečega križa, v društvih prijateljev mladine, v šolskih odborih in odborih šolskih kuhinj, v sekcijah združnic pri zadrugah, v združnih svetih, nekaj pa jih deluje tudi v svetih za zdravstvo in socialno politiko pri občinskih ljudskih odborih. V okrajih Maribor in Murska Sobota n. pr. zasedajo kmetijske proizvajalke svojih 3700 odborniških mest. Seveda so nekatere med njimi odbornice v več organizacijah hkrati. Vsekakor udeležba kmetijskih proizvajalk v družbenem življenju napreduje iz leta v leto, vendar pa še vedno močno zaostaja za njih udeležbo v proizvodnji, kar velja zlasti za delavke v kmetijstvu. Zaradi zaostalih pogledov

na položaj žene v družbi, predvsem v kmečkih predelih, zastopa člane družine v javnosti po navadi gospodar. To se na splošno odsvita pri udeležbi žensk zlasti v odborih SZDL, ljudskih odborih, krajevnih odborih, v svetih za gospodarstvo in kmetijstvo pri občinah in tudi na drugih odgovornih mestih v kmetijstvu. Vzrokov za to pač ni treba iskati samo v preobremenjenosti žensk, v njihovi premajhni splošni razgledanosti in v nepopolni šolski izobrazbi, temveč tudi v tem, da ni bilo dovolj načrtnega dela za vzgojo ženskih kadrov za opravljanje družbenih funkcij in tudi ne dovolj sistematične kadrovske politike. Nezadovoljiva udeležba kmetijskih proizvajalk pri opravljanju družbenih funkcij je najmanj v skladu z demokratičnim mehanizmom družbenega samoupravljanja. Tu pravzaprav niti ne mislimo na ustvarjalno moč in sposobnost tistih, ki se v svoji vnemi za graditev socializma ob sleherni priliki uveljavljajo že same. Toda med 200 000 kmetijskimi proizvajalkami bi pač našli mnogo več takih, ki so sposobne in pripravljene delati na enem ali drugem področju družbenega življenja. Na drugi strani pa bi se morale kmetijske proizvajalke same vedno bolj zavedati, da je reševanje številnih vprašanj, zlasti tistih, ki jih kot proizvajalke, matere in gospodinje najbolj občutijo, odvisno tudi od njihove aktivnosti in prizadevanj v odborih političnih in družbenih organizacij, v organih samoupravljanja, v ljudskih in krajevnih odborih, v zborih volivcev itd. Nujno je, da se ženske v večjem številu in smejeje vključujejo in delujejo v družbenem življenju. Pri konkretnem delu se bodo usposabljevale tudi za prevzem odgovornih nalog in si obenem širile obzorje.

Zato bomo morali v prihodnje:

— bolj usmerjati kmetijske proizvajalke k aktivnemu delovanju na tem ali onem področju družbenega življenja, da bodo tudi one po svojih sposobnostih pomagale reševati vprašanja, ki se porajajo ob naši socialistični graditvi;

— družbene, politične, gospodarske in druge organizacije usmerjati k proizvajalkam, da jih bodo bolj pritegnile k svojemu delu in jih zanj tudi usposobile, zlasti pa, da bodo vodile načrtno kadrovsko politiko, in sicer stalno, ne samo ob volitvah in drugih priložnostih.

Socialistična zveza delovnega ljudstva

V SZDL, v naši vseljudski politični organizaciji, ki je pobudnik in nosilec družbeno pomembnih akcij, je včlanjenih 58,40 % volivk. V dosedanjih odborih osnovnih organizacij jih je bilo samo 18,17 %, v občinskih odborih 20,1 %, v okrajnih pa 16,45 %. V članstvu SZDL in njenih odborih je premalo kmetijskih proizvajalk tudi zaradi tega, ker je njihovo vključevanje v članstvo SZDL in v njene odbore večkrat slonelo le na kampanjski agitaciji, premalo pa na tem, da bi te proizvajalke pritegnili k reševanju konkretnih problemov v vasi in komuni. Tudi to je mimo drugega vzrok, te proizvajalke niso vedno našle svojega mesta in dela v SZDL in da so se bolj navezovale na delo v sekcijah zadružnic pri zadrugah, ki jih je tedaj bilo po številu toliko, da jo je imela skoraj vsaka večja vas. Sekcije zadružnic so si prizadevale za aktiviranje žensk pri izvajanju proizvodnih nalog v okviru zadrug, za uvajanje proizvajalk v družbeno politično delo izven zadruge kakor tudi za vprašanja, ki se tičejo družine in gospodinjstva. Sekcije zadružnic pa v svoje delo niso zajele delavk s kmetijskih posestev, tako da so te bile v preteklem obdobju več ali manj prepuščene same sebi, zato jih

je tudi najmanj v članstvu SZDL in v drugih organizacijah. Nasploh so pa sekcije združnic imele lepe uspehe.

Toda mnogi odbori SZDL in drugi so menili, da so vprašanja aktivnega družbenega dela in položaja kmetijskih proizvajalk rešena že s tem, če le-te delujejo v sekcijah združnic. Zato sami tudi niso dovolj skrbeli za ta vprašanja ali pa so odgovornost zanje kratko malo prepuščali sekcijam združnic. Delali so to pač zato, ker so vse premalo poznali probleme, ki so povezani s položajem žensk v družbi.

Tovariš Kardelj je v knjigi »O problemih socialistične politike na vasi« dejal, da mora skrb za delo z ženskami in mladino na vasi postati vse bolj stvar SZDL bodisi v okviru zadruga ali v sodelovanju z njo. Glede na vsebino dela, ki jo je sprejel V. kongres SZDLJ, in glede na novi statut, ki prinaša nove oblike in metode dela v organizacijo SZDL, bi bilo prav, da bi kmetijske proizvajalke in združnice še bolj povezovali v SZDL. Krajevni odbori SZDL in njihove sekcije so teritorialno najbližje ljudem in dejansko nudijo največ možnosti za aktivno delovanje članstva. Sekcije SZDL pri krajevnih odborih se bodo organizirale za razna konkretna družbeno politična in gospodarska vprašanja, lahko pa tudi za vprašanja, ki se tičejo družine. Za delo v sekcijah se kmetijske proizvajalke odločijo pač glede na svoje zanimanje za tista vprašanja, ki je zanje bila pri GO SZDL organizirana sekcija, kakor tudi po svojih sposobnostih za reševanje zadev ter glede na hotenje in napredek na tem ali onem področju gospodarskega in družbenega življenja. Katere sekcije se bodo najprej organizirale, je odvisno od problemov, ki so pereči na območju krajevnih odborov, in pa od okoliščine, koliko je članom SZDL kakor tudi kmetijskim proizvajalkam do tega in koliko si prizadevajo, da se ti problemi rešijo. Kmetijske proizvajalke postanejo lahko pobudniki in aktivni delavci pri reševanju konkretnih problemov v sekcijah krajevnih odborov SZDL.

Sedaj, ko se kmetijske zadruga združujejo v večje gospodarske enote in se obenem v številnih vaseh ukinjajo njihova središča, bodo aktivne združnice našle svoje mesto in delo v krajevnih odborih SZDL, kjer bodo skupno z delavci in delavkami kmetijskih posestev ter drugimi vaščani razvijale svojo aktivnost in v sekcijah SZDL reševale probleme svojega kraja. Organizacije SZDL pa naj jim pomagajo in z njimi sistematično delajo, da bodo postale aktivni činitelji ne le v proizvodnji, ampak tudi v političnem in družbenem življenju.

Komuna ob današnjih pogojih in dosežkih ter stopnji materialnega razvoja se vse bolj razvija v svobodno združenje proizvajalcev, upravljavcev in potrošnikov. V komuni nastopajo proizvajalci in drugi hkrati kot upravljavci, potrošniki in porabniki zdravstvenih, kulturnih in prosvetnih kakor tudi drugih družbenih ustanov. To jih tudi navaja, da se vse bolj živo zanimajo za gospodarjenje v komuni, za njene družbene načrte, za razvoj javnih služb in objektov družbenega standarda, za trošenje sredstev ipd. Kam in kako bo vložen presežek dela, ki je bil ustvarjen v komuni, je predvsem odvisno od državljanov samih, od njihovih stališč, ki so jih razložili na zborih volivcev, in od sklepov, ki so jih sprejeli na ljudskih odborih. Reševanje gmotnih in družbenih problemov v komuni je torej odvisno od državljanov samih, od njihovega dela v proizvodnji in od njihove dejavnosti in stališč v samoupravnih organih. Kmetijske proizvajalke se uveljavljajo v komuni kot proizvajalke in potrošnice, medtem ko njihova udeležba pri upravljanju napreduje le počasi.

V občinskih ljudskih odborih je 51 kmetijskih proizvajalk, od teh jih je 15 v zborih proizvajalcev. V svetih za kmetijstvo in gozdarstvo jih je 48 izmed 800 članov, v okrajnih svetih pa 7. Nekoliko več jih je v svetih za zdravstvo in socialno politiko ter v šolskih odborih. V okrajnih ljudskih odborih so proizvajalke zelo redke. Vzrokov za majhno udeležbo kmetijskih proizvajalk v ljudskih odborih, njihovih svetih in komisijah je več. Menim, da je osnovni vzrok v tem, ker pri proizvajalkah samih še ni dovolj razčiščeno in jasno, kje je mesto za reševanje številnih zadev. Še vedno se premalo zavedajo, da so tudi one sestavni del tistih, od katerih je odvisna slaba ali dobra rešitev posameznih vprašanj tako s področja gospodarstva, družbenega standarda in drugih, kolikor pri tem ne igrajo vloge tudi zaostala gledanja, religiozni in drugi predsodki bodisi njih samih ali okolice. Na drugi strani pa je vzrok v tem, ker tudi nekatera vodstva premalo napravijo, da bi se to stanje popravilo, ker tudi sama še nimajo dovolj razčiščenih pogledov, ki so vezani na položaj in delovanje žensk v družbenem življenju. Zato bo treba za prihodnje volitve občinskih in okrajnih ljudskih odborov, njihovih svetov in komisij načrtno pripraviti in tudi uspeti, da bo izvoljenih več kmetijskih proizvajalk.

Krajevni odbori zavzemajo zelo važno mesto v našem komunalnem sistemu. Kot samoupravni organi na podeželju imajo pravzaprav dvojno funkcijo:

1. delujejo kot zveza med volivci in ljudskimi odbori, tako da tolmačijo politiko ljudskih odborov, skrbijo, da se izvajajo njihovi sklepi, in jim posredujejo predloge volivcev. Dobro delovanje krajevnih odborov bo vedno bolj omogočalo državljanom, da bodo v celoti soodločali v občinskih zadevah,

2. Rešujejo širše naloge družbenega in družinskega standarda, ki nastajajo zaradi vedno večjega vključevanja žensk v tržno proizvodnjo in pa zaradi sprememb v strukturi prebivalstva in družinskega gospodinjstva. Pri svojem dosedanjem delu so krajevni odbori imeli precejšnje uspehe, posebno na področju komunalnega standarda, ker so urejali zadeve, ki so bile za državljane življenjskega pomena. Razpoložljiva sredstva so skoraj vsi znatno povečali s prispevki ljudi v delu, materialu in denarju. Prvenstvene naloge nekaterih krajevnih odborov bodo še vedno zadeve komunalnega standarda, kar je tudi razumljivo. Toda koder so te zadeve več ali manj urejene in koder je večina kmečkih žena vključenih v tržno proizvodnjo, se bodo morali krajevni odbori v svojem delovanju hitreje preusmerjati, da bodo reševali tudi širše naloge, ki izhajajo iz potreb teh družin. V svojem dosedanjem delu so ti odbori premalo težili za reševanjem širših zadev, ker mnogi med njimi po svoji sestavi niso več ustrezali novi vsebini dela. V teh odborih je le malo kmetijskih proizvajalcev ki delajo na posestvih in v proizvodnem sodelovanju z zadrugo, mladih ljudi skoraj ni, žensk pa je od 11 000 odbornikov 346 ali 3,2 %. Treba bo sestavo odbornikov spremeniti tako, da pridejo vanje tisti državljani, ki jim je glede na spremenjene pogoje življenja in dela kmečkih družin največ do tega, da se upravljajo njihove življenjske zadeve tudi izven družinskega kroga v okviru krajevnih in stanovanjskih skupnosti. Ker odhaja z vasi pretežno moška delovna sila, se bo moderna proizvodnja naslonila predvsem na kmetijske proizvajalke, toda kot kvalificirane delovne moči. To jim še posebej nalaga dolžnost, da najdejo časa, volje in energije ter si prizadevajo, da se strokovno čimprej in čimbolj usposobijo. Tako bodo v proizvodnji imele tudi več uspehov, razviti mehanizem samoupravljanja pa bo v družbeno delo pritegnil vedno več pro-

izvajalk: Novi položaj jim nalaga pravzaprav tudi nova bremena. V proizvodnji in upravljanju prevzemajo vrsto novih nalog. Njihove dolžnosti do družine pa so v večini primerov ostale neizpremenjene. Toda pustiti kmetijsko proizvodnjo zgolj v njenem ozkem gospodinjstvu in gospodarstvu bi pomenilo pustiti jo v odvisnosti od zaslužka drugih, izločiti jo iz družbene proizvodnje in iz družbenega dela, jo torej pasivizirati kot proizvajalko in upravljavko, napraviti iz nje nesvobodnega in neenakopravnega človeka, kar ni v skladu z osnovnimi principi naše socialistične politike.

Neskladnosti, ki nastajajo zaradi novega položaja proizvajalk v proizvodnji, družini in družbi z njihovimi skoraj nespremenjenimi obveznostmi v gospodinjstvu in družini, rešuje naša družba na eni strani tudi s tem, da vlaga veliko naporov in družbenih sredstev za modernizacijo kmetijstva, kjer se pravzaprav ustvarja materialna podlaga tudi za dvig družinskega in družbenega standarda. Razvoj lahke industrije omogoča, da prihaja na trg vedno več tehničnih pripomočkov za gospodinjstva in zlasti za službe, ki se opravljajo za gospodinjstva izven doma. Prehrabna industrija daje na voljo široki potrošnji vedno več takih proizvodov, ki so jih potrošniki včasih pripravljali doma. Mreža pekarn, zlasti prodajaln kruha, se je precej razširila tudi na podeželju. Zato mnogo kmečkih družin kruha ne peče več doma. V mnogih krajih izbira in prodaja izdelkov prehrabne industrije v ničemer ne zaostaja za mesti in industrijskimi središči. Po vojni je bilo elektrificiranih z znatnimi družbenimi sredstvi in s sredstvi državljanov nad 3500 vasi. Električno omrežje pa zajema 8500 vasi in zaselkov.

Električni in drugi pripomočki ter izdelki prehrabne industrije naglo prodirajo v gospodinjstva na vaseh in marsikateri družini olajšujejo delo v gospodinjstvu. Na drugi strani pa je z zakonom o stanovanjskih skupnostih omogočeno, da se v okviru stanovanjskih skupnosti in krajevnih odborov organizirajo službe za pomoč družini in gospodinjstvu na vasi, tako službe za varstvo in vzgojo otrok, za družbeno prehrano, za preskrbo starejših oseb, bolnikov in porodnic, dalje kopalnice, pralnice, likalnice, krpalnice in drugo. Kdaj, kje in kakšne službe se bodo organizirale najprej, je odvisno od ljudi samih, od njihovih potreb in pripravljenosti, da te službe organizirajo, upravljajo in financirajo. Jasno je, da potrebo po službah za pomoč družini bolj čufijo tam, kjer so mož, žena in tudi drugi člani družine vključeni in usposobljeni za specializirano delo v tržni proizvodnji. Take družine ne morejo več upravljati doma vseh del, zato tudi so te službe namenjene prvenstveno njim. Tudi bodo ljudje z visoko produktivnostjo v proizvodnji od svojega zaslužka lažje plačevali te storitve, ki se bodo zanje opravljale izven doma. Torej bo večji zaslužek rezultat večje produktivnosti dela tudi pri ženskah. Tako bodo zaradi večje produktivnosti pri delu vse lažje plačevale te storitve. Z visoko produktivnostjo pri delu pa se bodo hkrati večali tudi skupni skladi. Kmetijske zadruge, kmetijska posestva in komune bodo imele več sredstev za vlaganje v družbeni standard, za zgraditev cest, otroških ustanov, šol, stanovanj, zdravstvenih in kulturnih domov ter drugih objektov, ki služijo državljanom. V veliko korist nas vseh je, da čim hitreje narašča delovna produktivnost, ker bodo tako hitreje naraščali skladi posameznikov in skupnosti. Družbeni in osebni standard, razvoj služb za pomoč družini in gospodinjstvu, kakor tudi povečana blaginja družbe in posameznika, vse to je tesno povezano s produktivnostjo dela posameznikov in tudi z njihovim družbenim udejstvom. Da povečamo in dosežemo visoko

produktivnost, je potrebna večja usposobljenost za delo v proizvodnji in tudi aktivno delo v delavskem in družbenem upravljanju. Tudi službe za pomoč družini in gospodinjstvu se ne morejo razviti ločeno od našega gospodarskega in družbenega razvoja, mimo potreb in hotenj ljudi ter ne glede na njihovo produktivnost pri delu, njihovo finančno zmogljivost in pripravljenost, da te službe opravljajo.

Ko razpravljamo in se pripravljamo, da bi organizirali službe za pomoč družini in gospodinjstvu, moramo imeti pred očmi naš gospodarski in družbeni razvoj, našega človeka, njegovo gospodarsko in siceršnjo zmogljivost, njegove potrebe, njegovo prizadevnost in pripravljenost, da aktivno sodeluje pri reševanju vprašanj, ki nastajajo spričo novega človekovega položaja v naši družbi. S splošnim gospodarskim napredkom, zlasti z razvojem industrije je vedno močnejša tudi tehnična podlaga za modernizacijo gospodinjstva, obenem pa se zboljšujejo pogoji za razvoj drugih služb v stanovanjskih in krajevnih skupnostih. Tehnično podlago gospodinjstva in druge službe je treba razvijati v stanovanjskih in krajevnih skupnostih tudi zato, da družine in posameznike, ki so vključeni v družbeno proizvodnjo in družbeno delo, osvobodimo tistih opravil, ki jih kot proizvajalci ne morejo več opravljati doma, ne da bi pri tem trpelo njihovo delo v proizvodnji in upravljanju kakor tudi njihovo osebno in družinsko življenje. Gre za sprostitev človeka, da bi se lažje posvetil proizvodnji in družbenemu delu, pri tem pa imel več časa zase in družino in tako zaživel v družini in družbi življenje srečnega svobodnega človeka. Zaradi tega je potrebno, da si posamezniki in organizacije odločno prizadevajo za ureditev tehnične baze gospodinjstva v servisih stanovanjskih in krajevnih skupnosti. Tako namreč bomo hitreje prišli do mehanizacije za opravljanje nekaterih gospodinjstevskih opravil ter drugih služb za družine in posameznike, ki so jim te službe najbolj potrebne. Službe v stanovanjskih skupnostih za več prebivalcev skupaj bodo brez dvoma cenejše. Prebivalci bodo lažje prispevali del sredstev za ureditev skupnih služb, za nabavo skupnega pralnika, televizorja, za opremo otroške ustanove, šolske kuhinje, kopalnice itd. Prenos nekaterih gospodinjstevskih in drugih opravil na službe izven doma razbremeni družino in posameznika, medtem ko mehanizacija individualnih gospodinjstev sicer fizično olajša nekatera dela, a hkrati prinaša novo obremenitev z modernimi gospodinjstevskimi pripomočki ter ženi in družini po nepotrebnem jemlje dragoceni čas. Z industrializacijo dežele se je struktura prebivalstva pri nas hitro in močno spreminjala. Od kmetijstva živi po nepopolnih podatkih 30 % ljudi, vendar se bo klasična podoba kmetijstva naglo spremenila zlasti z novim petletnim načrtom. Razlike med vasjo in mestom naglo zginevajo. Zlasti so se spremenile večje strnjene vasi. V njih živijo delavci, zadružniki, intelektualci in drugi. Pri organizaciji služb za pomoč družini in gospodinjstvu moramo upoštevati velike spremembe, ki nastajajo na vasi, in organizirati službe, ki bodo v okviru stanovanjskih in krajevnih skupnosti lahko rabile prav vsem. Napraviti je treba program za razvoj teh služb, združiti vse sile in sredstva prizadetih, ker le tako bomo z združenimi sredstvi in močmi ter z aktivnim delom državljanov hitreje prišli do teh služb. Če bomo stvari pravilno zastavili, se bodo tudi sredstva, ki jih bo družba dajala v te namene, prav tako večala in morda še bolj, kakor se večajo sredstva, ki jih krajevnim odborom daje komunalni standard. Od številnih služb, ki bi jih organizirali in razvili v stanovanjskih in krajevnih skupnostih, se bom v svojem nadaljnjem izvajanju dotaknila le najnujnejših.

Varstvo in vzgoja otrok

Kvalitetne spremembe v kmetijstvu omogočajo, da se v družbeno proizvodnjo vključuje vedno več ženske delovne sile. Med kmetijskimi proizvajalci je nad 60 % žensk, na kmetijskih posestvih pa jih je med delavci kar 40 %. Večina delavk na posestvih je mladih in z otroki. Da bodo te proizvajalke uspešno delale v proizvodnji in opravljale državljanske dolžnosti, ne da bi se odrekle materinstvu in ne da bi škodo trpeli otroci, je potrebno organizirati varstvo otrok v času, ko so starši zaposleni v proizvodnji. Varstvo, vzgojo in nego otrok namreč ni moč odlagati na druge dneve v tednu ali mesecu, kakor lahko storimo z nekaterimi drugimi deli. Otrok potrebuje nego in skrb vsak dan in ob vsakem času. V Sloveniji se v raznih otroških ustanovah oskrbuje 8965 otrok. Od teh je 46 % otrok nameščencev, 41,9 % otrok delavcev in 4,5 % otrok kmetijskih proizvajalcev.

Kako rešujejo zaposlene matere varstvo otrok v času, ko delajo v proizvodnji, zlasti v delovnih konicah, ko traja delovni čas v kmetijstvu na dan po 10 ur in tudi več, je posebno vprašanje. Po podatkih, s katerimi razpolagamo, samo 20 % kmetijskih delavk pušča otroke v varstvu, kō gre na delo. Druge jih vodijo s seboj na polje, v hleve ali pa jih puščajo doma brez varstva. Tudi na delu so otroci brez nadzorstva izpostavljeni raznim nevarnostim (stroji, živina, orodje). V nevarnosti pa je večkrat tudi družbeno imetje, ker se otroci večkrat igrajo s predmeti, ki lahko povzročijo požare in druge nesreče. Ker za varstvo otrok ni poskrbljeno, vodstva posestev dopuščajo materam, da vozijo otroke s seboj, čeprav jih pri delu ovirajo, tako da sta prizadeta njihova produktivnost in zaslužek kakor tudi končni uspeh podjetja. V okraju Ljubljana ima na 25 kmetijskih obratih 511 družin več kot 1200 otrok. Za vse te otroke pa je ena sama kombinirana otroška ustanova v Kočevski Reki, ki sprejme do 30 otrok. V okraju Maribor imajo zaposleni delavci 4011 otrok do 14. leta starosti. Tehnika in znanost doživlja tudi v kmetijstvu silovit razvoj, družbeno varstvo otrok pa močno zaostaja za našimi možnostmi. Ne smemo dopustiti, da bi bil otrok, ki je za roditelje in družbo nekaj najdragocenejšega, svojim staršem ovira pri delu, upravljanju in pridobivanju znanja, pač zato, ker premalo odločno rešujemo vprašanje družbenega varstva otrok in ker premalo storimo, da bi se tudi starši sami v večji meri kakor sicer zavzeli za reševanje tega vprašanja.

Za delo z otroki po končani šoli mnogi roditelji ne najdejo časa, drugi spet tega dela ne zmorejo. Znanje mnogih otrok je po končani osemletki pomanjkljivo. Zaradi tega imajo velike težave zlasti tisti otroci, ki gredo v strokovne in druge šole. Vprašanja družbenega varstva in vzgoje otrok bi morali hitreje reševati vsi činitelji: ljudski odbori, sveti za varstvo družine, organi upravljanja, zadružne, sindikalne in druge organizacije ter ZPM. V perspektivnih petletnih načrtih komun in drugih organizacij ter stanovanjskih in krajevnih skupnosti bi moral zavzeti važno mesto perspektivni načrt razvoja kombiniranih ustanov za varstvo in vzgojo otrok. Perspektivni program za razvoj teh ustanov naj bi bil predložen v razpravo zborom volivcev, da bi se volivci seznanili s to problematiko, se zavzeli za rešitev ustreznih vprašanj in te ustanove tudi fizično podprli. Starši, ki rešujejo te probleme po svoje in vsak zase, naj bi bili odločnejši pobudniki za reševanje problemov družbenega varstva in vzgoje otrok v okviru stanovanjskih in krajevnih skupnosti. Za sedanje in bodoče otroške ustanove pa bi pristojni organi morali storiti naslednje:

— urediti delovni čas teh ustanov tako, da bi bile odprte v času, ko starši delajo v proizvodnji,

— teh ustanov ne bi smeli zapirati v poletnem času, zlasti ne ob delovnih konicah, in tudi ne tam, kjer teče proizvodnja nepretrgoma (živinoreja, predelava),

— poklicni in laični kader v teh ustanovah je treba razporediti tako, da bodo delovale ustanove tudi v popoldanskem času, ko poklicni vzgojitelj konča svojo dnevno obveznost,

— organizirati dopisno šolo in razne seminarje za laični kader, ki naj bi delal v teh ustanovah,

— z organiziranjem otroških ustanov bi morali začeti nekoliko smejeje. Zlasti je treba organizirati preproste in cenene oblike otroškega varstva, ponekod morda za začetek tudi samo sezonske ali kakršne pač dovoljuje gospodarska zmogljivost roditeljev in družbe. Vendar naj bi te ustanove bile kombinirane in naj bi sprejemale predšolske in šolske otroke. V njih naj bi otroci dobivali tudi kosilo in pomoč pri pripravi za šolo.

Prehrana in stanovanjske razmere

Prehrana kmetijskih in gozdnih delavcev je zadeva, ki jo bo treba še posebej obdelati glede na naravo dela v kmetijstvu in gozdarstvu, na raztresenost in oddaljenost delovišč (tudi do 30 km) itd. Nekatera posestva so začela ustanavljati obrate družbene prehrane, vendar se v njih hranijo večinoma le samski delavci in nameščenci, zato tudi zmogljivost teh obratov ni povsod izkoriščena. Na drugi strani pa se mnogi delavci hranijo tako, da nosijo s seboj suho hrano in so na delu ves dan brez toplega obroka. Nekatera posestva so urnik dela priredila tako, da so zaposlene žene proste od 11. do 13. ure, da v tem času oskrbijo za družino kosilo. Prehrana kmetijskih delavcev je enolična in dostikrat premalo kalorična, da ne govorimo o pomanjkljivi sestavi tudi zaradi slabih prehrabnih navad. Nekatera posestva so dala nekaj sredstev za ureditev družbene prehrane in nekaj tudi za regres na prehrano v obstoječih obratih, vendar se ti obrati povsod borijo z velikimi težavami zaradi prostorov, denarja za opremo in pa premajhnega števila strokovnih moči za pripravo hrane. Premalo storimo, da bi se popravilo stanje zlasti glede strokovne delovne sile za pripravljanje hrane. Tudi tedaj namreč, ko zavodi za napredek gospodinjstva in občinski centri prirejajo tečaje za izpopolnjevanje tega kadra, le redkokdaj vidimo med uslužbenkami tovarišice s kmetijskih obratov.

Tudi prehrana otrok kmetijskih delavcev in kmetovalcev je pomanjkljiva, ker jim matere ne utegnejo vselej ob pravem času nuditi toplo hrano. V Sloveniji dobiva v šolskih kuhinjah 179 379 ali 83 % šoloobveznih otrok malico, 23 349 ali 11 % učencev pa tudi opoldanski obrok hrane. Roditelji bi se morali bolj zavzeti, da bi se število šolskih kuhinj, kjer bi otroci dobivali tudi opoldanski obrok hrane, povečalo, vendar z njihovimi prispevki v denarju ali živilih. S tem bi bila marsikatera mati rešena skrbi in tudi truda s pripravljanjem hrane otrokom. Otroci pa bi ob pravem času dobili toplo hrano, kar bi brez dvoma vplivalo tudi na njihovo rast in razvoj, na njihove umske in telesne sposobnosti.

Za ureditev prehrane kmetijskih delavcev bi bilo potrebno:

— da bi okrajni zavodi in centri za napredek gospodinjstva z vodstvi posestev in zadrug proučili vprašanje, kako poskrbeti za prehrano kmetijskih in gozdnih delavcev, ter obenem pripravili predlog za organizacijo te prehrane, nudili strokovno pomoč pri ustanavljanju obratov družbene prehrane in usposabljali tudi strokovne moči za te obrate,

— da bi CZZNG pomagal pri načrtovanju in sestavljanju programa za prehrano v obratih, pripravil jedilnike in posredoval izkušnje med okraji in centri,

— da bi začeli življenjsko urejati obrate družbene prehrane. Predvsem je treba izkoristiti vse možnosti, da se z majhnimi sredstvi uredijo prostori za pripravo hrane (v počtev pridejo lahko kmečke kuhinje, gostilniške in tudi poljske kuhinje po zgledu tabornikov),

— sindikati, vodstva podjetij, delavske univerze in drugi pa naj bi priredili predavanja za delavce o zdravi prehrani. Mnogi delavci tudi zaradi slabe prosvetljenosti odklanjajo hrano v obratih, češ da je predraga, hkrati pa zapravljajo denar za alkoholne pijače.

Stanovanjske razmere delavcev v kmetijstvu so precej kritične. Kmetijska posestva so se zadnja leta združevala v kombinata in so skoraj povsod prešla na specializirano proizvodnjo. Za zgraditev kmetijskih obratov smo v pretekli petletki veliko investirali. Proizvodnja na teh obratih je naglo naraščala, zlasti živinorejska. Obrati potrebujejo čedalje več kvalificirane delovne sile. Stanovanjski sklad, ki ga imajo posestva, pa nikakor ne ustreza, predvsem je premajhen. Zgraditev stanovanj za kmetijske delavce — kljub določenemu napredku v preteklem letu — močno zaostaja za rastjo in napredkom posestev. Tako n. pr. so na obratu Mlaka (Kmetijsko posestvo Kočevje) v preteklem letu naglo povečali proizvodnjo. Zgradili so dva hleva za 1000 svinj, porodnišnico za 60 plemenskih svinj, 4 hleve za pitano živino po 180 glav in 2 hleva za 300 glav živine ter še 2 hleva za krave po 100 glav. Vsi hlevi so že napolnjeni. V teh hlevih so zaposlili 30 novih delavcev. V vseh povojnih letih pa niso na tem obratu zgradili niti enega stanovanja. V slabih nehigijskih barakah stanuje 24 delavcev, nekaj družin pa v takih stanovanjih, ki niso primerna za ljudi. Tudi na nekaterih drugih obratih niso nobena izjema primeri, da imajo zasilne stanovanjske prostore urejene v bivših hlevih, skladiščih in podobno. Tudi družinski stanovanjski prostori v okviru sedanjih hlevov niso nobena redkost, saj jih najdemo tako na neurejenem zastarelem obratu kakor v moderno urejenih hlevih. Nič posebnega tudi niso bivališča delavk v prostorih, ki so bili predvideni za shranjevanje strojev, v lopah, v katerih spiyo, kuhajo in perejo, ali pa komaj 20 m² veliko bivališče za 15 sezonskih delavcev. Zaradi slabih stanovanjskih razmer mnoge prekmurske družine pošiljajo svoje otroke v rejó svojcem ali drugim. Pridni delavci zaradi slabih stanovanjskih razmer neradi ostajajo na posestvih, zato je temu primerna tudi fluktuacija delovne sile. Prav tako pa je v nevarnosti tudi zdravstveno stanje teh ljudi. Menim pa, da slabo zdravstveno stanje ni vse, kar preti ljudem, ki žive pod takimi pogoji. Dejstvo, da se pogloblja razlika med razvijajočo se modernizacijo kmetijske proizvodnje ter neurejenimi osnovnimi življenjskimi potrebami delavcev v kmetijstvu — ena izmed teh potreb je brez dvoma tudi primerno stanovanje — nikakor ne prispeva k prisvajanju kulturnih navad, k prosvetljenosti in humanostim in drugim kulturnim dobrinam, ne prispeva k oblikovanju socia-

lističnega človeka, ki bi le tak lahko zaživel srečno življenje zase in za svojo okolico.

Na kmetijskih obratih se zaposluje množica mladih fantov in deklet, zato je zelo važno, kakšne pogoje jim bomo nudili za delo in življenje. Ti mladi ljudje, ki prihajajo iz zaostale sredine z močno zasidrano staro miselnostjo in patriarhalno vzgojo, se naenkrat znajdejo v povsem novem okolju, na katero so premalo pripravljene. Ugotoviti moramo, da smo za njihovo lažjo prilagoditev na nove pogoje do sedaj prav malo storili, čeprav je ta mladina nosilec novih elementov, ki rušijo staro zakoreninjeno moralo. Seveda so stare navade, stara miselnost, patriarhalni odnosi, zdravstvena neprosvetljenost, zaostalo gledanje na vlogo ženske, kakor tudi onesvečenost žensk samih le precejšnja ovira hitrejšemu oblikovanju pozitivnih socialističnih odnosov med ljudmi in spoloma. Boljša in skrbnejša priprava te mladine za življenje bi odpravila hude posledice, ki so za marsikaterega mladega človeka usodne. Vzemimo primere nekaterih deklet, ki že prvo leto po prihodu na posestvo dobijo otroka. Same so brez kvalifikacije, brez materialnih sredstev, brez stanovanja in pogosto nedozorele, da bi lahko nudile otroku toplino, dom in ljubezen. Ti problemi že samo po sebi težavno situacijo še bolj zaostre. Načinja se stanovanjsko vprašanje v še hujši obliki, vprašanje otrokove oskrbe in pomoči dekletu, da končno le premaga težave nezaželenega materinstva. Gre pa obenem tudi za vprašanje spolne vzgoje in spolnega pouka v smislu odgovornosti tako do otroka kakor do dekleta, ki nosi posledico dejanja dveh. Ob nadaljnjem pouku za življenje ne bi smeli prezreti tudi pouka o kontracepciji. Gotovo je na posestvih in na vaseh veliko dozorele odrasle mladine s pravilnim odnosom do teh vprašanj, ki pa morajo počakati s snovanjem družine in rojstvom otrok. Rojstvo otroka zahteva skrbno pripravo, gmotno osamosvojitvev in topel dom. Brez tega si težko zamišljamo srečno družino in take pogoje, ki jih otrok potrebuje za svoj razvoj. Za pomoč mladini moramo nekaj storiti. To obsežno izobraževalno delo zahteva večjo aktivnost skrbstvenih in zdravstvenih organov, organizacij, Rdečega križa, centrov za izobraževanje, delavskih in ljudskih univerz v komuni, socialnih delavcev itd. Ni dovolj, da v perspektivnih planih komun, gospodarskih in drugih organizacij zajamemo samo proizvodne naloge, gradnjo hlevov, nakup živine in podobno, ne vnašamo pa vanje tudi tistih elementov, ki so pogoj za ureditev primerne življenja delavcev in tudi pogoj za nemoteno proizvodnjo.

Če ne bomo vzporedno z velikimi naložbami v kmetijstvu reševali stanovanjskih in drugih problemov za one ljudi, ki bodo delali v tej specializirani proizvodnji, bo ogrožena tudi uspešnost teh naložb. Pri gradnji stanovanj za kmetijske delavce so še precejšnje nejasnosti, kje naj bi se stanovanja gradila in kakšna naj bodo. Nekateri zagovarjajo načelo, da je treba stanovanja graditi neposredno ob deloviščih, torej izven naselij, in sicer zaradi same narave delovnega procesa, zlasti v živinorejski panogi. Ob teh deloviščih pa ponekod gradijo stanovanja brez prostorov za umivanje in kopalnic, kakor da bi delavcem vse to ne bilo potrebno. Nerazumljivo je, zakaj dopuščamo eno in drugo. Delavci in strokovnjaki ne stanujejo radi v odročnih deloviščih, odtrgani od življenja, od šol, kulturnih ustanov, preskrbovalnih in drugih objektov. Mislim, da je s tako prakso treba kratko malo prenehati in graditi stanovanja v naseljih, kjer so komunalne in druge naprave, pa tudi prostori za kopalnice, ki niso prav nobeno razkošje, temveč vsakdanja človekova po-

treba. Urbanisti, projektanti in ljudski odbori naj v prihodnje upoštevajo ta načela in jih v praksi uresničujejo. Za ureditev stanovanjskih vprašanj kmetijskih delavcev bi se morali bolj zavzeti tudi ljudski odbori. Reševanja teh vprašanj ne bi smeli prepuščati kmetijskim posestvom samim, ki so že tako močno obremenjena s proizvodnimi nalogami. Perspektivni načrti komun bi morali vsebovati tudi rešitve za ta vprašanja.

Splošno in strokovno izobraževanje

V razvitem mehanizmu družbenega samoupravljanja se bodo kmetijske proizvajalke vedno česče znašle pred dejstvom, da bodo razpravljale in sodelovale pri reševanju raznih vprašanj v gospodarstvu, zdravstvu, prosveti, kulturi ter komunalnih in socialnih zadevah. Tudi bo od njihove sposobnosti in spoznavanja stvari čedalje bolj odvisen sprejem kvalitetnih sklepov in rešitev za posamezna področja. To pa jim narekuje, da se nenehno usposablajo kot proizvajalke, upravljavke in družbene delavke in da v sebi prebude smisel in zanimanje tudi za gospodarska, tehnična in druga vprašanja.

V vrsti izobraževalnih ustanov so se pri nas v poslednjih letih izoblikovali:

- oddelki za odrasle pri rednih šolah,
- izobraževalna središča pri gospodarskih organizacijah,
- delavske in ljudske univerze.

Kmetijske proizvajalke so sicer v proizvodnji pridne kot mravlje, toda večina jih opravlja le težaška, nekvalificirana dela. Njihova splošna razgledanost je majhna, nepopolna je tudi osnovnošolska izobrazba. Tudi to je eden izmed vzrokov, da v družbeno delo ne posegajo bolj. Zato je potrebno, da se v okviru izobraževalnih ustanov napravi perspektivni načrt za izobraževanje proizvajalk, in sicer za:

- splošno izobrazbo,
- strokovno usposabljanje,
- šolanje v šolah za odrasle,
- izobraževanje za opravljanje družbenih funkcij,
- idejno-politično vzgojo,
- zdravstveno vzgojo in
- tehnično vzgojo.

Izobraževalno delo je potrebno čimbolj približati proizvajalkam ter najti primeren čas in kraj, do katerega bodo ženske lahko prišle brez večje zamude časa. Zlasti nujno pa je, da v njih, posebno pri ženski mladini vzbudimo več zanimanja za strokovno, zdravstveno, tehnično in splošno izobraževanje ter idejno-politično vzgojo.

Ob tem se mi zdi zelo pomembno poudariti pomen tečajev, ki jih je prirejal za mlada dekleta Rdeči križ. S temi tečaji bi morali sistematično nadaljevati in jih, če ne gre drugače, posebej prirejati tudi za mladino, ki ne dela na posestvih. Te tečaje bi bilo potreba prirejati tudi za mladeniče in ne samo za dekleta, kajti zdravstvene vzgoje v življenju so potrebni eni in drugi. Na drugi strani pa bi bilo prav, da bi organizacije Ljudske tehnike sedaj, ko živimo v dobi tehnike in avtomatizacije, organizirale tečaje za dekleta pač z namenom, da bi pri ženski mladini vzbudili več zanimanja in smisla za tehniko, s katero se danes vedno bolj srečujejo tudi dekleta.

Zaključek

Nagel gospodarski in družbeni razvoj prinaša v našo vas velike gospodarske in družbeno-politične spremembe, ki do temelja spreminjajo položaj kmetijske proizvajalke v proizvodnji, družini in v družbi. Glede na to smo si pač vsi dolžni prizadevati:

— da se bodo te proizvajalke strokovno čimbolj usposabljale za delo v moderni proizvodnji,

— da bodo sodelovale v političnih, družbenih in gospodarskih organizacijah, organih upravljanja in ljudskih odborih,

— da si bodo pridobivale splošno, strokovno, tehnično zdravstveno in idejno-politično izobrazbo.

Družbenopolitične, gospodarske, sindikalne in zadružne organizacije, organi upravljanja ter ljudski odbori naj v svoje delo in v svoje perspektivne načrte vnesejo tudi tiste elemente, s katerimi bodo reševali prej nakazane probleme. Tako bodo vse hitreje ustvarjali pogoje, da se bodo proizvajalke lahko bolj pošvetile strokovnemu in javnemu delu ter osebnemu in družinskemu življenju. Tako bomo tudi hitreje odstranjevali ostanke preteklosti, ki ne tičijo vedno le v gospodarskih pogojih, temveč večkrat tudi v nas samih, v naših pogledih na položaj žene, v pogledih, ki večkrat nimajo nobene zveze s socialističnimi pogledi na ženo in tudi ne s socialističnim humanizmom.

Še posebej bi poudarila, da je potrebno več delati z mladino, zlasti bi se morali potruditi, da bi jo bolj spoznali, jo bolj razumeli in ji bolj zaupali, obenem pa vedeli, kje živi in v kakšnih okoliščinah in kdo vse vpliva na oblikovanje teh mladih ljudi.

STVARNO OMEJEVANJE HITROSTI

S proučevanjem v tej smeri so v ZDA dokazali, da je pri neki sorazmerno veliki hitrosti na dobro urejenih cestah z velikim prometom odstotek nesreč najnižji. Če upoštevamo prevožene razdalje, tedaj se pri najmanjših hitrostih avtomobilist dejansko zaplete v največ nesreč. Odstotek se znižuje, bolj ko se hitrost približuje 100 kilometrom na uro, iznenada pa poraste, brž ko preseže to mejo. Te ugotovitve bi lahko pripomogle k stvarnejšemu omejevanju hitrosti.

POLETNI ZDRSKI

Preiskave Brintanskega laboratorija za proučevanje cest (British Road Research Laboratory) v zvezi z relativnim vplivom določenega cestnega tlaka na njih drsnost so dokazale, da se je dostikrat bolj bati poletja kakor zime: cesta, ki je bila dolgo

razdobje suha, pa se nanjo nenadoma ulije ploha, je neprimerno bolj drsna, kakor če bi jo neprerahoma močil dež.

VEČ SREČE KAKOR V LOTERIJI

Na Holandskem vsako leto na vsakih 300 oseb enega doleti lažja ali težja poškodba v prometni nesreči. Statistike za leta 1955—1957 izkazujejo na 100 000 prebivalcev zaradi prometnih nesreč 16 smrtnih žrtev in 300 do 350 ranjenih.

PROMET V MESTU IN NA DEŽELI

Na Holandskem so otroci od 1 do 15 let po velikih mestih dvakrat bolj v nevarnosti, da se poškodujejo pri prometnih nezgodah, kakor v krajih z manj kot 20 000 prebivalci. Kar se pa tiče žrtev pri teh nesrečah, jih je največ med otroki s podeželja.

Med zakoni in uredbami

Kaj nam prinašata zvezni zakon o organizaciji zdravstvene službe in pa osnutek zakona o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe v IRS

Ko želimo razpravljati o stvareh, ki dejansko pomenijo revolucionarne spremembe v organizaciji naše zdravstvene službe in pri upravljanju zdravstvenih zavodov, moramo najprej omeniti odločujoče sodelovanje delovnega kolektiva pri upravljanju zdravstvenih zavodov.

Upravni odbor — organ samouprave

Upravni odbor, novi organ samouprave, izvoli iz svojih vrst delovni kolektiv zdravstvenega zavoda. S tem organom samoupravljanja uvajamo zdaj tudi v zdravstvu resnično samoupravljanje, kot ga imamo v gospodarskih organizacijah. Zdaj prihaja kolektiv zdravstvenega zavoda res v povsem nov položaj in postaja činitelj, ki bo pomembno vplival na zdravstveno službo v celoti in na njeno družbeno koristnost. Vse važnejše funkcije prehajajo zdaj z administrativnega vodstva na kolektiv, to je na njegov izvoljeni organ samoupravljanja. Doslej namreč družbeno upravljanje ni moglo reševati vseh aktualnih vprašanj, saj ni poudarjalo vloge kolektiva kot samoupravljavca.

Pravice in dolžnosti upravnega odbora

Naj na kratko povzamemo, kakšne so po splošnem Zveznem zakonu o organizaciji zdravstvene službe pravice in dolžnosti, ki jih ima upravni odbor kot organ samouprave v zdravstvenem zavodu:

- upravni odbor obravnava zavodova pravila, finančni načrt in letni delovni načrt ter jih predlaga svetu zavoda;
- sprejme pravilnik o delovnih razmerjih, pravilnik o osebnih dohodkih in druge pravilnike ter sklepni račun zavoda in jih daje svetu v soglasje;
- odloča o važnejših vprašanjih zavodovega finančno-ekonomskega poslovanja;
- odloča o ugovorih zoper odločbe upravnika o delovnih razmerjih;
- opravlja druge zadeve, ki so mu poverjene z navedenim zakonom, z novimi zakonskimi predpisi in s pravili zavoda.

Odloča tudi kolektiv

Odslej naprej ne bo torej več zdravstvenega zavoda, v katerem ne bi njegov kolektiv odločal o vseh važnejših vprašanjih. Nesporno je, da je treba uveljaviti funkcijo kolektiva prvenstveno na področju notranje delitve in vseh tistih vprašanj, ki zadevajo položaj njegovih članov. S tem zakonom se

namreč bistveno spreminja položaj delovnega kolektiva tudi glede njegovega vpliva na višino skupnih dohodkov vsakega njegovega člana. Pravilnik o osebnih dohodkih bo namreč sprejemal upravni odbor v soglasju s svetom zavoda, ko ga bo poprej obravnaval ves delovni kolektiv, tako da bo moral upoštevati mnenja in predloge njegovih članov. Te pravice, to močno razširjeno upravljanje narekuje torej vsemu kolektivu in vsem posameznikom, da si prizadevajo za izboljšanje organizacijskega strokovnega dela na posameznih delovnih mestih in na področju vsega zavoda. S to novo vlogo kolektiva je konec administrativne hierarhije, ki je bila glavni vir birokratskih teženj in marsikje tudi samovolje v zdravstvenih zavodih. Te pravice bodo omogočale hitrejši razvoj in krepitev demokratičnih socialističnih odnosov tudi na tem področju. Vsega tega doslej ni dovoljevala hierarhična razvrstitev v javnih službah, ki so imele še izključno državni značaj; izključevala je vlogo kolektiva. Zdaj pa, ko postaja vloga kolektiva vse močnejša, so vedno ugodnejši tudi pogoji za nove delovne odnose, ki ne bodo več temeljili, denimo, samo na neki formalni disciplini, marveč tudi in predvsem na osebnem zanimanju posameznih zdravstvenih delavcev.

Samostojno finansiranje zdravstvenih zavodov in osebni dohodki zdravstvenih delavcev

Naj dalje omenimo uvajanje novih načel o finansiranju zdravstvenih zavodov. Nedvomno so ta načela posledica povečane materialne osnove in drugih sprememb v življenju družbene skupnosti. Tako se bodo odslej finansirali po načelih samostojnega finansiranja vsi zdravstveni zavodi in ne samo tisti, ki jim je kurativa prva naloga. Za vse vrste zdravstvenih storitev bodo zdravstveni zavodi sklepali pogodbe s tistimi, za katerih račun jih bodo opravljali (fondi zdravstvenega zavarovanja, ljudski odbori, gospodarske in druge organizacije itd.). Torej je osnova teh odnosov samostojno gospodarjenje na temelju stalnih virov dohodkov, ne glede na to, ali izvirajo iz plačanih uslug ali prispevkov iz družbenih sredstev. Seveda pa poudarja zakon, da naj se zdravstveni zavodi usmerjajo predvsem k dohodkom od lastnih uslug. Le-to je v bistvu namreč osnovni pogoj za dejansko samostojnost vsakega zdravstvenega zavoda in njegovega kolektiva. Po tej poti lahko kolektiv povečuje lastne dohodke in seveda tudi osebne prejemke zdravstvenih delavcev. Tako zdaj privikrat vzpostavljamo neposredno vzajemno odvisnost med uspehi dela, ki jih dosega kolektiv zavoda, in skupno vsoto osebnih prejemkov. S tem daje zakon zdravstvenim delavcem mnogo boljši položaj v zdravstveni službi, kakor so ga imeli doslej; obenem pa jim nalaga tudi večjo odgovornost pri izvajanju zdravstvenega varstva. Po načelih splošnega sklepanja pogodb in ustvarjanja dohodkov od lastnih uslug bodo osebni dohodki vseh zdravstvenih profilov nujno odvisni od skupnih dohodkov, ki jih bo ustvaril njihov zavod s svojim delom. Torej se osebni dohodki ne bodo več določevali, kakor doslej, po administrativnem uradniškem sistemu, marveč po sistemu, ki velja v gospodarskih organizacijah. Po novi koncepciji zdravstveni delavci niso več uradniki; poslej bodo ustvarjali osebne dohodke na osnovi strokovne sposobnosti, izkušenj, delovnega mesta, obsega dela, na osnovi osebne prizadevnosti in osebnih kvalitet itd. Za tista dela, ki jih lahko merimo po učinku (laboratorijska dela, rentgenske preiskave, uspešno opravljena cepljenja in pod.), pa tudi po učinku

vsakega posebej in po učinku organizacijsko-delovne enote, v kateri delajo. Torej ne bo osebni dohodek zdravstvenih delavcev odvisen samo od njihovega lastnega dela, marveč tudi od uspehov, ki jih bo dosegala pri delu vsa organizacijska enota. Zakon na ta način spodbuja vse zdravstvene delavce k boljši kakovosti pri strokovnem delu in s tem seveda k nadaljnjemu razvoju zdravstvene službe sploh.

Svet zdravstvenega zavoda in njegove naloge

Svet zdravstvenega zavoda bo kot družbeno-politični organ vsklajeval delo zavoda s potrebami družbe, tako da s tem resnično postaja družbeni organ. Sprejemal bo pravila zavoda, njegov finančni in letni delovni načrt, dajal soglasje k pravilniku o delovnih razmerjih in o osebnih dohodkih zavoda, obravnaval bo pripombe in opozorila prizadetih organov, organizacij, zavodov in državljanov glede nepravilnosti pri delu zavoda in razmerij med zdravstvenim osebjem in bolniki (družbena kontrola), odločal bo o sprejemu in razrešitvi vodilnih uslužbenecv itd. Opravljal bo torej naloge kot upravni odbor po dosedanjih predpisih, le s to spremembo, da so rešitve finančno-ekonomskih nalog, nekatere personalne zadeve in pa skrb za izobraževanje kadrov itd. prenesene na nov upravni odbor kot organ samouprave.

Vloga državljanov ter političnih in družbenih organizacij

Tudi vprašanje glede pravic državljanov je zelo pomembno v nadaljnjem razvoju zdravstvene službe, in to tembolj, ker so funkcije zdravstvene službe močno vezane na življenje komune in vsakega njenega člana. Seznanjanje državljanov (zbori volivcev, konference SZDL, ZK, skupščine fondov socialnega zavarovanja, seje ljudskih odborov, sestanki delovnih kolektivov) z delom zdravstvenih zavodov in organov samoupravljanja ter družbenega upravljanja prehaja že v prakso. Zdravstveni varovanci zdaj ne bodo več samo načelno razpravljali o problemih zdravstvene službe, marveč bodo lahko marsikatero od njih dejansko tudi že reševali. To je načelo resničnega upravljanja, načelo močnejšega in neposrednejšega vpliva državljanov in njihovih političnih ter družbenih organizacij na delo in notranji mehanizem zdravstvene službe kot javne službe. Še posebej pa moramo poudariti pravico državljanov ter političnih in družbenih organizacij, ki jih imajo n. pr. pri sprejemanju programa posameznih zdravstvenih zavodov, pri izvajanju zdravstvenega varstva, pri družbeni kontroli itd.

Pravice državnih organov

Po novem zakonu imajo državni organi le še pravico, da nadzirajo zakonitost dela v zdravstvenih zavodih, dalje pravico do sodelovanja pri orientacijskem programu za izpopolnitev omrežja in nadaljnji razvoj zdravstvenih zavodov, pravico do sodelovanja pri programih zdravstvenega varstva v politično-teritorialnih enotah, pravico do ustanavljanja novih zdravstvenih zavodov in do reševanja podobnih vprašanj. Komuni pa je odslej naprej zaupana vsa skrb za zdravstveno varstvo državljanov in za preventivno varstvo komunalne skupnosti.

Zdravstveni delavci po prosti izbiri

Naj na kraju omenimo še pravico državljana do proste izbire zdravstvenega delavca in tudi zdravstvenega zavoda. Morda se to ne bo dalo uresničiti povsod in takoj. Vendar bi to ne smel biti izgovor, da ne bi izvedli svobodne izbire zdravstvenega delavca in zavoda vsaj tam, kjer je to že mogoče. Takšen izgovor bi namreč pomenil, da priznavamo to načelo samo v besedah, ne pa tudi v praksi. Zdravstveni delavci namreč se bodo morali ob načelu svobodne izbire resnično potruditi, da jih bodo bolniki zahtevali in iskali. Morali si bodo nenehno prizadevati in skrbeti za čedalje večjo strokovnost. V nasprotnem primeru se bo namreč lahko dogajalo, da bodo iskali ljudje bolj kakovostne zdravstvene delavce in bolj kakovostne zdravstvene zavode. Odveč pa je strah, da bi ta svobodna izbira v organizacijo zdravstvene službe zanesla kakršnokoli anarhijo, saj morajo pravila vsakega zavoda jamčiti za red in sistem dela.

Sklep

To so najvažnejše spremembe, ki jih prinašata novi zvezni zakon o organizaciji zdravstvene službe in osnutek zakona o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe v LRS. Uresničenje teh načel bo bistveno spremenilo odnose v zdravstvenih zavodih in med njimi. Sistem upravljanja se izpopolnjuje in krepi z novo vlogo kolektiva. Tako bomo ob novih pogojih dobili možnosti za še hitrejši razvoj zdravstvene službe in za hitrejšo krepitev demokratičnih socialističnih odnosov. Seveda pa imajo pri vsem tem svoje naloge tudi organizacije, kot n. pr. Zveza komunistov, sindikati in drugi družbeno-politični činitelji (strokovna društva). Le-ti naj pomagajo zdravstvenim kolektivom, da se čimprej vključijo v novo delo in nove naloge za zgraditev novih odnosov. Obenem pa naj jih kar najbolje pripravijo tudi politično, da bodo čimprej prevzeli in uspešno izpolnjevali vse tiste dolžnosti, ki jim jih nalagajo novi zdravstveni predpisi.

Slavko Kobè

Zakon o rejništvu

Družinska zakonodaja v LR Sloveniji se je izpopolnila z važnim zakonskim predpisom — z zakonom o rejništvu (Uradni list LRS z dne 3. XI. 1960 št. 34/60). Ta zakon ureja razmerja otrok, ki živijo v rejniških družinah. Oddaja otrok v rejništvo je poleg posvojitve najprimernejša oblika za varstvo mladoletnih otrok, ki so izgubili starše, kakor tudi otrok, ki iz zdravstvenih ali vzgojnih razlogov ne morejo živeti v lastni družini. V rejniških družinah živi pri nas pod družbenim varstvom okoli 4000 otrok. Med njimi jih je veliko število mladoletnih v starosti od 7 do 15 let, ki so jih starši dali služiti večjim kmetom za pastirje.

Z zakonom o rejništvu je podana osnova za pravilno skrb nad vsemi otroki, ki nimajo lastnega doma, to so predvsem otroci:

- ki so jim umrli starši;
- ki jim je umrl eden od staršev, drugi pa iz socialnih, zdravstvenih ali drugih razlogov začasno ali trajno ne more skrbeti zanje;

— otroci iz socialno in zdravstveno ogroženih družin, kjer so starši sicer še živi, vendar pa je v domačem okolju ogrožen duševni ali telesni razvoj otrok.

Zaradi posebnega družbenega interesa za pravilen razvoj takih otrok so otroci v rejništvu pod posebnim družbenim varstvom in nadzorstvom, kot ga določa navedeni zakon. Službeno nadzorstvo se bo obvezno izvajalo tudi nad mladoletnimi otroki, ki jih dajejo v rejništvo starši sami. To nadzorstvo bodo ob sodelovanju z družbenimi organizacijami, ustreznimi zavodi in sorodnimi strokovnimi službami, opravljali pristojni občinski organi socialnega varstva — na katerih področju bodo imeli otroci pred oddajo v rejništvo svoje stalno oziroma začasno prebivališče.

V zakonu o rejništvu so izražena sodobna načela varstva in skrbi za mladoletne otroke. Predvsem zakon jasno poudarja potrebe, da otrok brez utemeljenih razlogov ne ločimo od staršev. Zato morajo skrbstveni organi pred oddajo otrok v rejništvo poskusiti vse, da odpravijo vzroke, zaradi katerih bi bilo potrebno otroke staršem odvzeti in jim poiskati novo družinsko okolje.

Nadalje zakon izraža načelo, da je treba poiskati otroku tako družbeno in kulturno okolje, kjer bo kar najbolj zagotovljen njegov pravilni razvoj in kjer bo čimbolj poskrbljeno za njegovo pravilno vzgojo, šolanje ter poklicno usposabljanje. Nujno potreben je zato pogoj, da se dajejo otroci v rejništvo predvsem v krajih z organizirano splošno zdravstveno službo in z dovolj ugodnimi pogoji za šolanje.

Po novem zakonu je predvsem važna pravilna izbira rejniške družine, ki naj bi bila otroku v največji meri sposobna nadomestiti toplino, ljubezen in razumevanje družinskega okolja. Za pravilen duševni in telesni razvoj otrok v rejništvu so najprimernejše popolne rejniške družine. Zato je treba izbirati predvsem družine, kjer sta oba zakonca primerne starosti. Priporočljivo je dajati otroke takim rejnikom, ki bi tudi sami mogli imeti lastne otroke v isti starosti, kot je rejnec. Če bi imela rejniška družina svoje lastne otroke, naj bi bil rejnec po možnosti najmlajši otrok v družini. Rejniki, ki bi imeli otroka v reji krajšo dobo, ne bi smeli otroka čustveno preveč navezovati nase.

V zakonu je predvideno tudi rejništvo za otroke z motnjami v duševnem ali telesnem razvoju, za družbeno neprilagojene otroke kakor tudi za otroke, ki so kakorkoli prizadeti v čustvenem življenju. Duševno huje prizadetih otrok pa praviloma ne dajemo v rejništvo. Za vse take otroke morajo biti rejniške družine še skrbneje izbrane ter za nego in vzgojo kakorkoli prizadetih otrok dovolj pripravljene in usposobljene. Prav tako je treba tem otrokom poiskati drugi dom v takem okolju, kjer bi jim bilo omogočeno specialno šolanje in poklicno usposabljanje.

Pravilen duševni ali telesni razvoj rejencev pa bi bil ogrožen v neurejenih ali zdravstveno resneje prizadetih rejniških družinah, predvsem v družinah, kjer so člani bolni za hujšimi nalezljivimi boleznimi. Važno je zato, da se s posebnimi zdravniškimi pregledi ugotovi zdravstveno stanje družinskih članov iz predvidenih rejniških družin, še preden le-te dobijo v oskrbo rejnenčka.

Rejniška družina ima pravico do plačila za oskrbovanje otroka, rejnino pa plačujejo po svoji zmogljivosti starši oziroma pristojni skrbstveni organi. Višina rejnine se določa za vsakega otroka posebej s pogodbo med rejniki in skrbstvenim organom, ki je otroka dal v rejništvo. V pogodbi je treba še določiti: trajanje rejništva, dolžnosti rejniške družine glede otrokove nege, vzgoje in

šolanja, dolžnosti rejniške družine v zvezi z otrokovim zdravjem, način vzdrževanja stikov z otrokovimi starši oziroma skrbniki itd.

Rejniška družina lahko iz utemeljenih razlogov odpove rejniško pogodbo v roku treh mesecev, če ni v pogodbi določen daljši odpovedni rok. Pristojni skrbstveni organ pa lahko odpove rejniško pogodbo, če bi prenehali vzroki, zaradi katerih je bil otrok oddan v rejništvo, če bi se v rejniški družini spremenile družinske in materialne razmere v toliki meri, da bi le-ta ne mogla več oskrbovati rejenca ali če bi rejenc zaradi bolezni in drugih razlogov doživel v rejniški družini take spremembe, da bi to občutno oviralo njegov normalni razvoj. Rejniška družina mora namreč otroka pravilno negovati, mu dajati primerno prehrano in oskrbo ter ga vzgajati za koristnega člana družbene skupnosti.

Pristojni skrbstveni organi bodo nadzirali otroke v rejništvu, spremljali njihov duševni in telesni razvoj ter čustveno prilagoditev v rejniških družinah. Zanimali se bodo tudi za šolske uspehe rejencev in za njihovo poklicno usposabljanje. Pri rejencih, ki bodo živeli na področju druge občine, bo moral krajevno pristojni skrbstveni organ spremljati njihov razvoj in obveščati matični skrbstveni organ o življenju posameznega otroka, zlasti kadar bi bili v rejenkovo korist potrebni nagli ukrepi.

Ker bodo pristojni skrbstveni organi nadzirali tudi otroke, ki jih bodo dali v rejništvo starši sami, so le-ti obvezni najkasneje v 30 dneh sporočiti pristojnemu skrbstvenemu organu, da so oddali otroka v rejništvo. Skrbstveni organi bodo ukrenili vse potrebno, če bodo ugotovili, da starši sami rejnikov niso dobro izbrali in da bi tako bil ogrožen otrokov pravilni razvoj.

Skrbstvenim organom lahko pri izvajanju nadzora rejencev uspešno pomagajo druge strokovne službe, zlasti zdravstvena patronažna služba. Zdravstveni nadzor nad rejenci so dolžni opravljati pristojni zdravstveni organi po veljavnih predpisih in navodilih. Patronažne medicinske sestre naj bi poznale vsakega rejenca na svojem področju in opozarjale rejniške družine na pravilno nego in zdravstveno varstvo otrok. Medicinske sestre bi poleg družbenih organizacij lahko sodelovale tudi pri iskanju primernih rejniških družin in pri splošnem zdravstvenem prosvetljevanju družin, ki bi oskrbovale rejence.

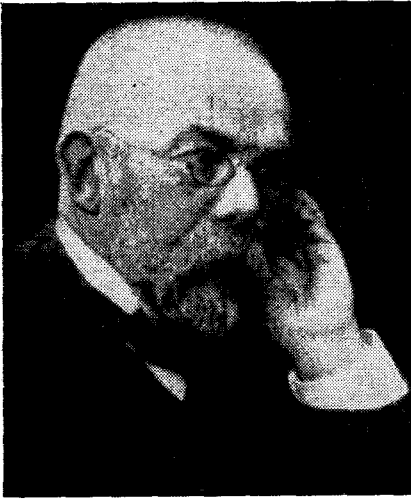
Svet za socialno varstvo LRS bo dal pristojnim organom posebna podrobna navodila za izvajanje Zakona o rejništvu. V smislu teh navodil bo nujno potrebno vskladiti delo socialnih in zdravstvenih organov ter služb za uspešen razvoj rejniške službe, predvsem pa za srečno in zdravo življenje otrok, ki so zaupani rejniškim družinam.

VARNOST V TAKSIJU

Po dveh letih vožnje brez nesreč dobijo vozniki taksijev na Japonskem spričevalo in vidno značko za v gumbnico in na vetrobran. Med 20 000 vozniki taksijev v Tokiu jih je to odlikovanje dobilo 2745. Tudi v Nemčiji nagrajujejo vozače brez nesreč.

KADAR NE MOREMO DO ZDRAVNIKA

Neki ameriški tovarnar farmacevtskih proizvodov predlaga uvedbo cenene pripravka — »univerzalni antidot«, ki lahko reši življenje zastrupljencu, ko čaka na zdravniško pomoč: dva dela oglja v prahu, del magnezijevega oksida in del tamina.



Ob 50. obletnici smrti Roberta Kocha

Dr. Mirko Karlin

Uredništvo pričujočega obzornika me je naprosilo, naj napišem članek v spomin na obletnico tega velikega bakteriologa. Ze pred nekaj leti sem napisal »Kratek življenjepis Roberta Kocha«, ki pa ni nikdar izšel. Zdaj sem ga, nekoliko zapraščenega, izvlekel iz predala rokopisov in ga začel prebirati. Ker je za spominski članek odločno preobširen, sem ga kar se da skrajšal. Tako okleščen naj bi našim bralkam dal bežno podobo zelo razgibanega življenja tega izrednega moža:

Robert Koch se je rodil 11. decembra 1843 v rudarskem mestu Clausthal v Gornjem Harzu. Njegov oče je bil spočetka navaden rudar, pozneje se je povzpел do učitelja na rudarski šoli, svojo življenjsko pot pa je zaključil kot tajni rudarski svetnik in vodja rudnika.

V ljudski šoli je bil Robert povprečen učenec, šele v gimnaziji je počasi začel kazati smisel za opazovanje narave. Od nešolskih predmetov so ga še mikali šah, petje in igranje na klavir.

Leta 1862 je Koch opravil zrelostni izpit in se vpisal na filozofsko fakulteto v Göttingenu. Poslušal je predmete iz naravoslovja in matematike. Na univerzi je bil Robert zelo prizadeven in je, ker ni imel kaj prida podpore od doma, živel precej skromno. Edina njegova strast je bil tobak. Ker ga študij filozofije ni zadovoljeval, se je po dveh semestrih vpisal na medicino. Med njegovimi prvimi učitelji je bil tudi znani anatom *Jakob Henle* (1809—1885), ki je že takrat učil, da nalezljive bolezni povzročajo posebna kužila. Le-ta so bržda rastlinskega izvora in menda tako majhna, da jih ni moči videti.

Ze v prvih semestrih se je Koch spoznal z rabo mikroskopa, ki mu je pozneje prinesel svetovno slavo. Komaj dvaindvajsetleten je opravil vse izpite z najvišjo pohvalo in napisal doktorsko nalogo. Tako je bil 16. januarja 1866 promoviran za doktorja medicine.

Ker so ga od zgodnje mladosti privlačevali tuji kraji, se je najprej ponudil za vojaškega zdravnika v Rusiji; ko so ga tam zavrnil, je v Hamburgu zaprosil za

mesto ladijskega zdravnika na kakšnem velikem parniku. Ker se mu tudi ta želja ni izpolnila, je sprejel službo pomožnega zdravnika splošne bolnišnice v Hamburgu. Po treh mesecih je sprejel mesto zdravnika v nekem zavodu za duševne bolezni pri Hannoveru. Tu se je julija 1867 oženil s hčerko protestantovskega nadškofa iz svojega rojstnega mesta, ki jo je poznal že iz dijaških let. Leta 1869 se je kot zdravnik splošne prakse preselil v pomorjansko mestece Rakwitz, kjer se je kmalu rešil vsakdanjih skrbi.

Vmes je leta 1870 izbruhnila prusko-francoska vojna. Nekaj časa je bil Koch v vojnem lazaretu tik za fronto, vendar je bil že pred koncem vojne odpuščen v civilno službo. Leta 1872 je z odliko napravil izpit za mestnega zdravnika (fizika) in postal okrožni zdravnik v Wollsteinu. Tu je Koch začel z raziskovalnim delom v skromnem laboratoriju, ki ga je z zaveso pregradil kar od svoje velike študijske sobe. Ko mu je žena za rojstni dan kupila mikroskop, je še laže znanstveno delal. Kakor njega dni *A. Leeuwenhoek* (1632—1723) je Koch zdaj pod drobnogledom opazoval alge in infuzorije, ki si jih je znašal iz bližnje mlakuže. Poznal je že raziskovanja francoskega kemika *L. Pasteurja* (1822—1895), ki je dognal, da enostanične glivice kvasovke sladkor v moštu spreminjajo v vinski alkohol. Pasteur je tudi domneval, da gnitje mesa povzročajo posebne glivice, morda pa tudi gnojenje ran. To misel je po Pasteurju prevzel angleški kirurg *J. Lister* (1827—1912) in pri operacijah uvedel antisepto.

V Kochovem okraju se je prav tedaj množinsko pojavljal vranični prisad pri govedu in ovcah, pa tudi pri ljudeh. Čeprav so že 20 let pred tem na Nemškem in v Franciji opisali neke paličice v krvi živali, poginulih za antraksom, je Koch začel sistematično iskati pravega povzročitelja. Uvidel je, da bi pri vsakem takem delu moral izpolniti tri pogoje:

1. Pri vsaki za antraksom oboleli živali ali človeku je treba najti povzročitelja,
2. ni dovolj, če ga kot slučajnega zajedavca zasledimo pri kakem zdravem ali za drugo boleznijo obolelem individuumu in
3. dozdevnega povzročitelja bolezni moramo vzgajati izven obolelega telesa, da vidimo, ali se zares razmnožuje; po prenosu na zdravo žival pa moramo povzročiti isto bolezen.

Prenos antraksa na miške je Kochu z lahkoto uspel. Da se antraksovi bacili razmnožujejo, pa je dokazal pod mikroskopom, in sicer v zrklini (tekočini iz volovskih oči). Tej tekočini je dodal košček vranice iz miške, ki je poginila zaradi umetne okužbe z vraničnim prisadom. Množeče se bacile je potem prenašal na drugi, tretji preparat itd.; od osmega pa je nekaj tekočine vzbrižgal miški, ki je naslednji dan poginila za antraksom. To je največji dotedanji Kochov izum — metoda tako imenovane čiste kulture mikrobov.

Pri nadaljnjem raziskovanju je Kochu še uspelo, da je našel spore ali troske antraksa: v osušenem preparatu iz očesne tekočine je opazil, da so antraksove paličice začele spreminjati obliko in se preobrazati v jajčasta telesa. Ko je po več tednih suhi preparat polil z novo zrkline in je nekaj kapljic prenesel na miško, je ta kmalu poginila. Tako je Koch dognal, da so trosi trajna oblika antraksovega bacila. Nadalje je še dokazal, da so trosi odporni proti mrazu, vročini in suši; v živalskem telesu pa se spet spremene v navadne bacile.

Vsa ta dognanja je Koch natanko premislil in napisal. Najprej (aprila 1876) je o teh raziskavah predaval v breslavskem Inštitutu za rastlinsko fiziologijo; kmalu pa je to predavanje izšlo tudi v tisku.

Slavni berlinski patolog *R. Virchow* (1821—1902) je na Kochove iznajdbe gledal bolj skeptično in tudi Pasteurju odkritje trosov pri vraničnem prisadu ni šlo v račun.

Zdaj se je Koch lotil tehnične izpopolnitve mikroskopa. Zato je odšel v Jenó, kjer so mu v znameniti Zeissovi optični tovarni napravili nov drobnogled z boljšo razsvetljavo in večjo povečavo. Hkrati je uvedel še fotografiranje kot pomožno pomagalo pri mikroskopiranju.

Po antraksu je Koch začel iskati povzročitelje gnojenja ran. S poskusi na miših in zajčkah je dognal, da gnojenje ran povzročajo različni mikrobi. Zaradi tega so tudi bolezenski pojavi drugačni. Te nove izsledke je Koch objavil leta 1878.

Zaradi svojih zaslug pri raziskovanju mikrobov je bil Koch leta 1880 imenovan za izrednega člana cesarskega »Zdravstvenega urada« (Gesundheitsamt) v Berlinu. Še isto leto, v 37. letu starosti, so ga odpoklicali v Berlin kot vladnega svetnika in rednega člana Zdravstvenega urada. Tam so mu dodelili tudi dva asistenta, ki sta se pozneje oba proslavila v bakteriologiji: *G. Gaffkyja* (1850—1918) in *F. Löfflerja* (1852—1915).

Prvi čas v Berlinu je Koch v barvanje bacilov uvedel anilinske barve; z dodatkom želatine pa je tekoča gojišča iz goveje juhe spremenil v trdna. Tako se je bližalo znamenito leto 1882.

Prav tedaj (24. marca) je Koch na zgodovinski seji Fiziološkega društva v Berlinu objavil, da je našel pravega povzročitelja jetike. Kmalu zatem ga je nemška vlada imenovala za tajnega svetnika.

Poleti 1883 se začena v Kochovem življenju doba nenehnega potovanja po tujih daljnih deželah. Tako je v avgustu raziskoval kolero v Aleksandriji in že videl pravega povzročitelja kolere, ni ga pa mogel natančneje proučiti, ker je epidemija kolere v Egiptu zamrla. Zato se je odpravil naprej v Indijo, kjer je januarja 1884 mogel osamiti bacil kolere in ga vzrediti v čisti kulturi. Ko je zaključil bakteriološka preiskovanja, je z epidemiološkimi študijami dognal še odločilni pomen pitne vode pri prenašanju te bolezni.

Ob vrnitvi v domovino so Kocha zaradi izrednih znanstvenih uspehov imenovali za rednega profesorja higijene v Berlinu. Dobil je tudi nov Higijenski inštitut, ki je bil dokončno zgrajen šele leta 1889. Tu je postal njegov asistent Japonec *Š. Kitasato* (1852—1931), ki je pod Kochovim vodstvom odkril bacil tetanusa. Od njegovih starejših sodelavcev je *E. v. Behring* (1854—1917) odkril serum zoper davico, potem ko je bil *Löffler* že poprej odkril bacil difterije; *Gaffky* pa je v čisti kulturi vzgojil bacil tifusa.

Že od leta 1882, ko je Koch odkril bacil tuberkuloze, se je ukvarjal z mislijo, da bi našel tudi zdravilo zoper to zavratno bolezen. Komaj je dobrodu začel na poskusnih živalih preizkušati tuberkulin (AT), ki ga je delal iz bacilov tuberkuloze, so se začele priprave za X. mednarodni medicinski kongres v Berlinu. Sicer tako natančni znanstvenik se je dal pregovoriti, da je v avgustu 1890 na tem kongresu najavil svoje novo »uspešno« zdravilo zoper človeško jetiko. Novinarji so to njegovo izjavo obesili na veliki zvon in uspešnost tuberkulina kot zdravila močno pretiravali. Vendar je gola resnica, da je kmalu za tem začel Koch dajati tuberkulin tudi jetičnim bolnikom. Da bi laže nadaljeval svoje poskuse, so mu zgradili posebne barake s 128 posteljami za tuberkulozne bolnike. Kljub temu pa so kmalu uvideli, da tuberkulin še ni pravo zdravilo zoper tuberkulozo. Tako so se bolniki, ki so trumoma prihajali v Berlin, kmalu razočarali nad svojim »rešiteljem« in tudi sam Koch je uvidel, da je doživel poraz.

Leta 1892 je epidemija kolere zadnjič zajela Evropo in močno pustošila tudi v Hamburgu. Koch je z *Gaffkyjem* hitel na pomoč, kjer je uveljavil svojo staro domnevo, da je pitna voda v najožji zvezi z epidemijo. Zato je izdelal še danes veljavne

predpise za preiskavo iztrebkov, za ogled pitne vode in za nadzorstvo nad prometom z ladjami.

Leta 1893 se je skoraj 50 letnemu znanstveniku svetovnega slovesa zbudilo globoko nagnjenje do 30 let mlajše, umetniško navdahnjene *Hedvike Freiberg*. Zaradi tega se je ločil od prve žene, s katero je živel 26 let, in se znova poročil z mlado. Odslej ga je le-ta spremljala na vseh njegovih potovanjih.

Jeseni leta 1896 je odšel Koch na nemško-rusko mejo, kjer se je že nekaj let pojavljala gobavost. Z lastnimi preiskavami je mogel potrditi, da je bacil leppe, ki ga je že l. 1875 našel norveški raziskovalec *A. Hansen* (1841—1912), pravi povzročitelj gobavosti.

Odslej je Koch skoraj nenehno na znanstvenih potovanjih v daljne tropske kraje. Na prošnjo angleške kolonialne vlade je jeseni 1896 odšel v jugozapadno Afriko, da bi tam raziskoval neko govejo kužno bolezen. Kljub največjim naporom mu ni uspelo, da bi našel povzročitelja. Govejo kugo povzroča namreč neki virus, ki ga z navadnim mikroskopom ni moč videti. Dognal je le, da je bolezen mogoče presajati z bolnega na zdravo govedo in da so navadne poskusne živalce nesprejemljive za govejo kugo. Iz žolča poginulih živali pa je izdelal zaščitno cepivo, ki zdrave živali več mesecev varuje obolenja.

Svojih raziskovanj v Afriki Koch še ni zaključil, ko so ga spomladi 1897 klicali v Indijo, kjer je bila huda epidemija kuge. Njegov učenec *Kitasato* je že l. 1894 odkril bacil kuge, neodvisno od njega pa tudi Francoz *G. A. Yersin* (1863—1943). Koch je v Indiji dognal, da je kuga pravzaprav obolenje podgan, ki se z bolhami prenaša na človeka. Tako je ugotovil tudi vlogo ladij in njihovih podgan, s katerimi se prenaša kuga po velikih lukah. Sredi raziskovanj v Indiji so ga poleti 1897 poklicali nazaj v Afriko, da bi raziskoval neko še nepojasnjeno govejo bolezen. Tu je Koch ugotovil, da gre za spalno bolezen (tsetse) pri govedu, deloma pa tudi za tekšaško mrzlico, ki so jo odkrili že Američani. Koch je ugotovil, da tripanozome spalne bolezní prenašajo neke muhe (glosíne) in da povzročitelji morajo v muhi prestati več razvojnih stopenj, preden lahko okužijo zdrave živali. Pri tekšaški mrzlici pa je Koch dognal, da jo prenašajo neki klopi. Med bivanjem v vzhodni Afriki je Koch ob jezèru Viktorija odkril novo veliko žarišče kuge, ki je poprej veljala za izključno azijsko bolezen.

Ob študiju spalne bolezní so Kocha začeli mikati živalski paraziti kot povzročitelji človeških in živalskih bolezní. Čeprav je povzročitelja malarije l. 1880 odkril Francoz *A. Laveran* (1845—1922), vendar je Koch hotel spoznati, ali se malarija prenaša s pitno vodo ali s posredovanjem komarjev. Zato se je spomladi 1898 vrnil v Berlin, da bi pripravil novo ekspedicijo. Prav tedaj pa je prišla iz Indije novica, da je Anglež *R. Ross* (1857—1932) ugotovil, da povzročitelj malarije prihaja z bolnikovo krvjo v komarje, kjer naredi več razvojnih stopenj, dokler se ne pojavi v komarjevi slinavki.

Da bi preizkusil *Rossovo* odkritje, je Koch avgusta 1898 krenil v Italijo, kjer je kmalu spoznal, da ima Anglež prav. Drugo pomlad (1899) je Koch že zopet v Italiji, kjer proučuje razne komarje, ki bi mogli prenašati malarijo, in zdravljenje te bolezní s kininom. Od tod je po morju odplul v Nizozemsko Indijo, od tam pa v takratno Nemško Gvinejo. Tu je ugotovil, da za malarijo obolevajo že otroci in da so, če bolezen prebole, pozneje sorazmerno imuni zanjo. V Berlin se je vrnil šele oktobra l. 1900. L. 1901 nahajamo Kocha na Brionih, kjer organizira boj proti malariji. V začetku l. 1903 pa je bil Koch zopet v Afriki, kjer je v Rodeziji raziskoval neko kugo

med govedom. Kmalu je našel povzročitelja te bolezni, ki jo je poimenoval »afriško obalno vročico«. Kot prenašalca je zopet spoznal klopa.

Tako je Koch sredi dela v osrčju Afrike dočakal svojo šestdesetletnico (11. decembra 1903). Hkrati je zaprosil za upokojitev. Tej prošnji je berlinska vlada le delno ugodila, imenovali so ga za državnega svetovalca za higieno; v Inštitutu za infekcijske bolezni, kjer je bil Koch dotlej predstojnik, pa so mu uredili lasten laboratorij in mu dodeli posebnega asistenta.

Ko se je Koch spomladi 1904 odpravil domov, je prvič začutil znamenje poznejšega obolenja srca. Zato se je na poti nekaj časa ustavil v Italiji in v kopališču Ems, da bi si odpočil. Ko se je vrnil v Berlin, so mu v veži njegovega inštituta postavili doprnsni kip. Na zimo 1904 je bil Koch znova v Vzhodni Afriki, kjer je proučeval povratno mrzlico in dognal, da njene spirohete prenašajo klopi, največkrat po prenočiščih potujočih karavan. Jeseni 1905 se je Koch vrnil v Berlin, da bi se pripravil za novo odpravo v Afriko. Kratek čas je bil tudi na Švedskem, kjer so mu (10. XII. 1905) izročili Nobelovo nagrado. Spomladi 1906 se je Koch v Neaplju vkrcal na parnik in odšel na svoje zadnje znanstveno in raziskovalno potovanje v Afriko. Hotel je najti neko uspešno zdravilo zoper spalno bolezen, kar mu pa ni uspelo.

Ko se je Koch pozno jeseni 1907 vrnil v Berlin, so ga imenovali za pravega cesarskega tajnega svetnika; zdravniško društvo pa mu je poklonilo medaljo z njegovo podobo in s temle napisom na zadnji strani: »Iz sveta v malem si ustvaril svojo veličino in si osvojil zemeljski krog, ki ti hvaležno izroča venec nesmrtnosti«.

Strast do potovanja pa Kocha tudi v starosti ni zapustila. Tako se je spomladi 1908 odpravil v Severno Ameriko, kjer je prepotoval precejšen del te dežele. Od tod se je odpeljal na Japonsko, kjer je bil po zaslugi bivšega asistenta Kitasata, ki je bil tedaj že profesor in ravnatelj Zavoda za nalezljive bolezni v Tokiu, prav po kraljevsko sprejet. Iz »dežele vzhajajočega sonca« je Koch nameraval obiskati še Kitajsko in Indijo. Ker pa mu je ministrstvo v Berlinu sporočilo, naj v septembru vodi nemško delegacijo na mednarodnem kongresu za tuberkulozo v Washingtonu, je z Japonske krenil v Kanado in po pacifiški železnici v New York. Tam je kot častni predsednik odprl kongres.

Po vrnitvi v domovino je z nezmanjšano voljo delal v laboratoriju in pripravil razna predavanja. V prvih dneh februarja 1909 je še na videz popolnoma zdrav slavil šestdesetletnico svojega najljubšega učenca Gaffkyja; teden dni za tem pa je v noči dobil tako silovit napad angine pektoris, da so zdravniki mislili, da se mu bliža zadnja ura. Vendar si je po napadu še toliko opomogel, da je mogel oditi v zdravilišče Baden Baden. Tam se je 27. maja zvečer čutil še tako močnega, da je hotel skupaj z ženo večerjati za mizo. Napravil se je in v naslonjaču čakal na večerjo. Ko je hišni zdravnik prišel na vizito, je videl, da Koch nekam čudno poveša glavo. Ko se mu je približal, je ugotovil, da slavni bakteriolog ni več med živimi.

Tako se je končala življenjska pot utemeljitelja nove znanosti — bakteriologije in enega največjih zdravnikov vseh dob.

IGRIŠČA SO KORISTNA

V poletnih počitnicah je med žrtvami prometnih nesreč odstotek šolskih otrok največji. To so dokazali z anketami na

Holandskem in še v mnogih drugih državah. Posebnega porasta med sezono pa niso ugotovili za starejše ljudi, čeprav so tudi ti pogosto žrtve cestnih nezgod. Nauk: Povečajmo število otroških igrišč.

Beleške ob knjigah

AVGUST BEBEL: »ŽENSKA IN SOCIALIZEM«

je znamenito delo s področja znanstvenih dognanj o položaju žensk v vseh obdobjih človeške družbe od praskupnosti do kapitalizma in njihovega mesta v socializmu. Prvič je ta knjiga izšla v nemščini pred dvainosemdesetimi leti (1879. l.), torej v času, ko so napredne družbene sile iskale poti za osvobodilni pohod delavskega razreda proti slehernemu izkoriščanju. Avgust Bebel je sredi tega boja na osnovi temeljitih analiz osvetlil težavni položaj ženske v kapitalizmu, ki jo zapostavlja v socialnem in spolnem pogledu. Izredno pomembni so njegovi zaključki, med njimi zlasti ta, da je rešitev ženskega vprašanja mogoča le v takem družbenem sistemu, ki ne pozna izkoriščevalcev in izkoriščanih, in pa zaključek, da je pogoj za osvoboditev ženske njena ekonomska osamosvojitve, ki ji prinaša socialno, duhovno in telesno enakopravnost. Te ugotovitve je naš čas — obdobje socializma — v celoti potrdil.

To delo, ki je prevedeno v številne jezike, je konec leta 1960 izšlo tudi v slovenskem prevodu, ki ga je oskrbela Stana Gerkova, izdala pa Cankarjeva založba. Knjigi je predgovor napisal dr. Jože Potrč, ki dopolnjuje avtorja v določenih vprašanjih glede zakonske zveze in ljubezenskih odnosov v socialistični družbi. Beblova knjiga »Ženska in socializem« je pomembna tudi za medicinske sestre kot javne delavke, saj jim prikazuje proces družbenega razvoja, odnosov med ljudmi in daje tudi pobudo za družbeno delo nasploh, še posebej pa za pravilno reševanje socialno-medicinskih problemov. Delo obsega 505 strani in stane 1200 din.

C. B.

DR. MARIJ AVČIN: NAŠ OTROK

Ilustriral Maksim Sedej. Založila Državna založba Slovenije, Ljubljana 1961. Knjiga obsega 430 strani in stane 1000 din

V knjižni zbirki »Popularna medicina« je izšlo zajetno »berilo o zdravju našega otroka«. Namenjeno je staršem in vsem tistim, ki imajo kakorkoli opraviti z otroki.

V prvem delu obravnava avtor mater in otrokovo okolje pred rojstvom in po njem. Dotika se vseh vprašanj, ki zadevajo telesni in duševni razvoj, nego in prehrano otroka v prvem letu življenja. Naglaša predvsem važnost okolja, v katerem se razvija otrok, in kvarne vplive, ki jih ima na otrokovo duševnost neprimerno vzdušje.

V drugem poglavju obravnava otroka, in sicer njegovo rast in razvoj, nego, prehrano, navade in razvade.

Na zanimiv način govori v tretjem poglavju o šolarju in vseh njegovih značilnostih.

V zaključnih dveh poglavjih pa govori o otrokovih boleznih in njihovem preprečevanju.

Avtor, predstojnik otroške klinike, znan širši javnosti že po svojih knjižicah »Naš najmlajši«, »Naš otroček«, »Naš šolar« in »Mali bolnik«, v tem svojem delu na preprost način prikazuje, kako je treba ravnati z otroki od najnežnejše mladosti pa do šolskih let, da ostanejo zdravi in da jih obvarujemo raznoterih bolezni, ki jim pretijo v jutru njihovega življenja.

Š. M. M.

GRADIVO S POSVETOVANJA O PROBLEMIH KMETIJSKIH PROIZVADJALK v dneh 11. in 12. I. 1961 je v posebni brošuri izdala Glavna zadružna zveza Slovenije. Poročili ing. Janeza Perovška: »Žena v socialistični preobrazbi vasi« in

Cvetke Vodopivec: »Kmetijska proizvajalka na vasi in komuni« ter diskusijska izvajanja Vide Tomšič in Jožeta Ingoliča dajejo važne napotike tudi medicinskim sestram za delo na terenu. Zlasti morajo poznati to problematiko in družbene napore za modernizacijo kmetijstva tiste, ki so zaposlene v agrarnih predelih. Za zdravstvenoprosvetno delo v okviru združenih organizacij, RK, Ljudske univerze in za pomoč ljudem pri zboljšanju življenjske ravni ob patronažnih obiskih bo prav, če bomo proces in končni cilj preobrazbe na vasi poznali in kot zdravstveni delavci k temu tudi sami prispevali svoj delež.

Brošura bo na razpolago pri okrajnih združenih zvezah (cena bo okr. 150 din).

C. B.

DR. STEVO JULIUS: »NA ŽIVČNI PODLAGI«

Prevedel Božidar Borko. Pod tem naslovom je pri Cankarjevi založbi v poljudnoznanski zbirki »Planet« izšla knjiga, ki ne utegne koristiti samo širokemu krogu laičnih bralcev, temveč tudi mnogim zdravstvenim delavcem pri njihovem delu na področju proučevanja, preprečevanja in zatiranja psihosomatičnih bolezni. Bogato in nazorno ilustrirana knjiga obsega 268 strani in stane vezana 650 din.

Preprečevanje in zatiranje psihosomatičnih bolezni, to je bila glavna vsebina knjige »Na živčni podlagi«. Psihosomatične bolezni so pri nas, posebno med širšimi sloji prebivalstva malo znane, čeprav nešteto pacientov pri pregledih v ambulantah dobi diagnozo »vegetativna distonija«, tako da jo pisec po pravici imenuje »bolezen našega stoletja«.

V knjigi govori dr. Julius najprej o vplivih današnje civilizacije na človekovo zdravje. Nato pa jasno in poljudno ob-

ravnava delovanje vegetativnega živčevja na posamezne važnejše organe. Različni emocionalni pretresi namreč prav preko tega živčevja povzročajo razne motnje v delovanju teh organov in tako pride na živčni podlagi do obolenj, kot so rane na želodcu, histerija, zvišan krvni pritisk itd. O teh boleznih pisec jasno in nazorno govori v naslednjih poglavjih. Nazadnje pa pouči, kako se izognemo mnogim duševnim konfliktom, ki so glavni povzročitelji vseh zgoraj naštetih obolenj.

Knjigo priporočamo v branje vsem zdravstvenim delavcem, saj bo povedala vsakomur nekaj novega in mu dala koristne nasvete za razne življenjske situacije, ki nastajajo »na živčni podlagi«. Obenem pa jim bo knjiga lahko tudi odlično gradivo za izpitno snov iz medicinske psihologije in pedagogike.

Š. M. M.

DR. DRAGA ČERNELČ IN DR. FRANCE ROSTAHER: »ZDRAV IN BOLAN OTROK«

Založila Založba »Obzorja« v Mariboru 1961. Knjiga obsega 381 strani in stane 700 din

Po razmeroma kratkem razdobju štirih let, odkar sta avtorja izdala knjigo »Moj otrok«, o kateri smo v našem glasilu na kratko že poročali, imamo pred seboj v skoraj še enkrat tolikšnem obsegu knjigo »Zdrav in bolan otrok«, v kateri avtorja obravnavata nosečnost in porod, zatem pa obdobja novorojenčka, dojenčka ter malega in šolskega otroka. Po nadrobni razlagi o pravilni prehrani in negi otroka orišeta še bolezni, ki jih pogosto srečujemo pri otrocih, njih nego in prehrano v bolezni in dajanje zdravil. Posebno pozornost posvečata boleznim, kot so astma, revma, ortopedske bolezni in opekline, katerih nega in oskrba zahteva velike žrtve zlasti od zaposlenih mater.

V zadnjem poglavju pa Slavica in dr. Ivan Toličič s psihološkega vidika podajata duševni razvoj otroka od prvih začetkov do pubertete in prikazujeta obenem tudi težave, ki pogosto nastopajo v razvoju otrokove osebnosti.

Š. M. M.

PREDŠOLSKI GLUHI OTROK IN NJEGOVA VZGOJA

Spisal Zdravko Omerza. Izdala Državna založba Slovenije v Ljubljani, 1955. Knjiga obsega 189 strani in stane 160 din

Imenovano delo izpod peresa našega znanega surdopedagoga je izšlo kot priručnik za učitelje, starše, socialne delavce in druge. Kot pravi avtor v uvodu sam, je knjiga namenjena vsem tistim, ki žive z gluhim otrokom stalno ali samo včasih.

Ker se tudi zdravstveni delavci srečujemo s takimi otroki bodisi na njihovih domovih ali v zdravstvenih ustanovah, a so nam vzgoja in problemi gluhih otrok

manj znani, je prav, da posežemo tudi po navedeni knjigi.

Avtor obravnava v prvem delu predšolskega gluhega otroka na splošno. Govori o vzrokih gluhosti, o ugotavljanju gluhosti in o splošnih problemih gluhih in naglušnih otrok.

V drugem delu knjige pisec natančno razpravlja o vzgojnih in izobraževalnih možnostih, ki jih imamo pri predšolskih gluhih otrocih, in to od vežbanja vida, tipa, spomina, slušnih ostankov s pomočjo raznih vaj in po različnih metodah. Nato nam avtor v dveh posebnih poglavjih natančno in na zanimiv način spregovori o osebnih slušnih aparatih in o pripravi glušca na šolo. Nazadnje pa v knjigi opozarja še na razne vzgojne težkoče, ki se pojavljajo tudi pri vzgoji gluhih otrok, ter obenem nakazuje možnosti za njihovo odpravo.

Knjiga resnično padaja vsa glavna vprašanja in misli o predšolskih gluhih otrocih in prav bi bilo, da se s to problematiko seznanijo vsaki zdravstveni delavec.

Š. M. M.

Obzori

KAKŠNI SO PROGI

Leta 1960 bo na svetu 100 milijonov otrok pod 15 let, od tega 60 milijonov v deželah, ki jih podpirajo otroci v teh deželah bo naraslo za okrog 65 milijonov, 33 milijonov jih bo živelo v deželah, kjer je hodek na prebivalca manj kakor 100 dolarjev, je dejal Maurice Pate v svojem poročilu, ki ga je predložil izvršilnemu odboru. Unicef se je v svojih prizadevanjih osredotočil na štiri glavne naloge, in to so: varstvo matere in otroka, boj proti malariji, izboljšanje prehranskega standarda in boj proti trahomu.

Uloge Unicefa za glavna področja dejavnosti v Aziji, Latinski Ameriki in bližnjem Vzhodu in v Evropi poročilo generalnega izvršilnega odbora naslednje:

Žetev v Aziji je leta 1954 bila predvojno stanje. Število žetev na 1000, število smrtnih žrtev pa 25 na 1000. Prebivalstvo Azije raste močneje, ker se že kažejo prvi vidni uspehi boja proti malariji.

Leta 1958 se je zdravilo proti malariji 11,004.000 ljudi v primeri s 7,813.000 v letu 1956 in 10,047.000 v letu 1957.

Na področju preventive, ki je glede na porabljen sredstva postala v Aziji glavna naloga Unicefa, so za varstvo mater

V zadnjem poglavju pa Slavica in dr. Ivan Toličič s psihološkega vidika podajata duševni razvoj otroka od prvih začetkov do pubertete in prikazujeta ob enem tudi težave, ki pogosto nastopajo v razvoju otrokove osebnosti.

Š. M. M.

PREDŠOLSKI GLI IN NJEGOVA

Spisal Zdravko Omerza
založba Slovenije v
Knjiga obsega 189 stran

Imenovano delo izp. znanega surdopedagoga ročnik za učitelje, starše in druge. Kot prav sam, je knjiga namenjena žive z gluhih otrokom včasih.

Ker se tudi zdravstveni delavci srečujemo s takimi otroki bodisi na njihovih domovih ali v zdravstvenih ustanovah, a so nam vzgoja in problemi gluhih otrok

manj znani, je prav, da posežemo tudi po navedeni knjigi.

Avtor obravnava v prvem delu predšolskega gluhega otroka na splošno. Govori o vzrokih gluhosti, o ugotavljanju gluhosti in o splošnih problemih gluhih in naglušnih otrok.

V drugem delu knjige pisec natančno razpravlja o vzgojnih in izobraževalnih

jih imamo pri predšolskih, in to od vežbanja vida, slušnih ostankov s pomočjo po različnih metodah. Nato lveh posebnih poglavjih n. zanimiv način spregovori o ih aparatih in o pripravi . Nazadnje pa v knjigi opozne vzgojne težkoče, ki se li pri vzgoji gluhih otrok, akazuje možnosti za njih

nično padaja vsa glavna v prasa in misli o predšolskih gluhih otrocih in prav bi bilo, da se s to problematiko seznanijo vsaki zdravstveni delavec.

Š. M. M.

Obzornik

KAKŠNI SO PROGRAMI UNICEFA

Leta 1960. bo na svetu 1.075 milijonov otrok pod 15 let, od tega 550 milijonov v deželah, ki jih podpira Unicef. Število otrok v teh deželah bo v letih 1960—1965 naraslo za okrog 65 milijonov. Od teh 550 milijonov jih 330 milijonov, torej 60 %, živi v deželah, kjer znese letni dohodek na prebivalca manj kakor 100 dolarjev, je dejal Maurice Pate v svojem poročilu, ki ga je predložil izvršilnemu odboru. Unicef se je v svojih prizadevanjih osredotočil na štiri glavne naloge, in to so: varstvo matere in otroka, boj proti malariji, izboljšanje prehranskega standarda in boj proti trahomu.

Bodoče naloge Unicefa za glavna področja njegove dejavnosti v Aziji, Latinski Ameriki, na bližnjem Vzhodu in v Evropi so po poročilu generalnega direktorja za izvršilni odbor naslednje:

Azija — Žetev v Aziji je leta 1954 prvič dosegla predvojno stanje. Število rojstev je danes 40 na 1000, število smrtnih primerov pa 25 na 1000. Prebivalstvo narašča tem močneje, ker se že kažejo prvi vidni uspehi boja proti malariji.

Leta 1958 se je zdravilo proti malariji 11.004.000 ljudi v primeri s 7.813.000 v letu 1956 in 10.047.000 v letu 1957.

Na področju preventive, ki je glede na porabljena sredstva postala v Aziji glavna naloga Unicefa, so za varstvo mater

in otrok v letu 1958 uredili 2883 postaj v primeri s 1185 v letu 1956 in 1672 v letu 1957.

Kar se tiče tretje točke, t. j. boja proti tuberkulozi, so z besežiranjem imunizirali 31,439.000 ljudi.

28,705.000 oseb se je zdravilo za frambezijo*. S prehrabnimi programi, ki se izvajajo v Aziji, je bilo zajetih 2,666.000 mater in otrok v primeri z 1,930.000 v letu 1957 in 1,414.000 v letu 1956.

Latinska Amerika — V Južni Ameriki je glavna naloga Unicefa v boju proti malariji in so v ta namen leta 1958 vložili 13,468.000 dolarjev. Zaradi klime je posebnega pomena konserviranje živil in mleka, za kar so doslej izdali 2,665.000 dolarjev. Zatem sledi delo v zvezi z varstvom mater in otrok. Tu je glavni problem preskrba opreme, prvega upravnega aparata in šolanega osebja. V ta namen je Unicef dal 1,494.000 dolarjev. V 23 različnih deželah in teritorijih se izvaja 37 programov.

1,030.000 dolarjev so porabili za zatiranje drugih bolezní, kot malarije (frambezije, lepre, sifilisa in tuberkuloze), in pa za pripravo seruma.

Afrika — Skupni izdatki Unicefa za Afriko v znesku 11,373.000 dolarjev so razdeljeni na 106 posameznih programov, ki se izvajajo v 31 deželah in teritorijih Severne Afrike.

Unicef vidi svoje poslanstvo v Afriki predvsem v zatiranju bolezní, za kar je namenjenih sedem milijonov dolarjev, to je 70 % skupne vsote, določene za ta kontinent.

3,300.000 dolarjev (t. j. 32,55 %) je bilo porabljenih samo za zatiranje malarije, nato sledijo po vrstnem redu njihovega pomena frambezija, tuberkuloza, trahom in lepra.

* Frambezija ali tropična malinovka — sifilisu podobna endemična kožna bolezen v tropičnih krajih, značilna po malinastih papulah na koži. — Op. ur.

Za varstvo mater in otrok so namenili 12,67 % celotne vsote, torej 1,283.500 dolarjev.

Za zboljšanje prehrane, všteti akcije za konserviranje mleka, so porabili 422 tisoč 500 dolarjev (4,17 %).

Ta splošna razdelitev sredstev se bo polagoma spremenila v prid varstvu matere in otroka, kakor hitro bodo zajezili epidemične bolezni.

Bližnji Vzhod — V letu 1958 so z ukrepi 60 programov podprli 13 deželá. Odkar deluje Unicef, je to področje prejelo več kot 35 milijonov od tega 16 milijonov samo za palestinske begunce. Ostalih 16,600.000 dolarjev je bilo porabljenih za različne nacionalne programe takole:

Kakor v Afriki je tudi tod prvi sovražnik — »bolezen« in je za njeno zatiranje bilo porabljenih 9,431.000 dolarjev. Kakor v Južni Ameriki in Afriki so največ prizadevanj posvetili boju proti malariji, za kar so porabili 7,400.000 dolarjev, t. j. 44,63 % skupnih izdatkov. Tu so všteti tudi stroški za domačo proizvodnjo DDT (diditija). Sledijo akcije proti tuberkulozi, spolnim boleznim, trahomu in lepri po vrstnem redu njihovega pomena.

Boj proti boleznim na bližnjem Vzhodu je izrazitejši in so glede malarije dosegli večje uspehe kakor po drugih predelih, zlasti v Libanonu.

223.000 dolarjev (13,41 %) so izdali za varstvo mater in otrok, 2,826.400 dolarjev (17,04 %) pa za zboljšanje prehrane.

Evropa — Unicefu v Evropi ni treba reševati nujnih problemov v tistem obsegu kot v nerazvitih oziroma manj razvitih deželah. Poglavitna naloga je v konserviranju mleka. Unicef je osredotočil svojo dejavnost v letu 1958 na Poljsko, Španijo in Jugoslavijo. Programi za Avstrijo, Finsko in Italijo so malone zaključeni.

V Grčiji, na Poljskem in v Jugoslaviji je Unicef nudil podporo za varstvo mater in otrok predvsem v izobraževanju (in

strokovnem izpopolnjevanju) osebja za otroške bolezni in javno zdravstvo ter v razširjenju teh pomožnih akcij tako na podeželju kakor tudi po mestih.

V celem je bilo za programe na Finskem, v Grčiji, Italiji, na Poljskem, v Španiji in Jugoslaviji določenih 6,041.500 dolarjev, in sicer:

| | dolarjev |
|-----------------------------|---------------------|
| za konserviranje mleka | 4,074.900 (67,45 %) |
| za varstvo mater | |
| in otrok | 1,671.300 (27,66 %) |
| za proizvodnjo | |
| penicilina | 184.400 (3,05 %) |
| za akcijo proti | |
| trahomu | 78.800 (1,31 %) |
| za akcijo besežiranja | |
| proti tuberkulozi | 32.100 (0,53 %) |

NEKAJ ŠTEVILK O FINANČNEM POSLOVANJU UNICEFA

Polletni proračun, ki ga je meseca marca sestavil izvršni odbor v Ženevi, je znašal za 71 odobrenih projektov 10,270.179 dolarjev. Levji delež te vsote (41,5 %) so porabili za akcijo proti epidemičnim boleznim med otroki. Največji znesek je šel za boj proti malariji, nato pa sledijo zneski za akcije proti tuberkulozi, frambeziji, trahomu, lepri in tifusu.

40,6 % je bilo porabljenih za programe pomoči v prehrani, všteti skrb za osnovno prehrano otrok, pomoč v dietičnem izobraževanju in domači proizvodnji mleka in proteinskih živil.

17,9 % proračuna gre za stalno pomoč varstvu mater in otrok. Ta odstotek je nekoliko nižji kakor v prejšnjih proračunih.

Pripomniti moramo še, da je proračun Unicefa sestavljen za dobo 6 mesecev, tako da je skupna vsota za leto 1959 navedenih zneskov približno še enkrat tolikšna.

Vlade, ki prejema pomoč Unicefa, pa so dolžne prispevati dodatno vsoto, ki mora znašati najmanj dvakratno protivrednost prejete podpore. To pomeni, če prištejemo znesek 10,270.179 dolarjev, ki

ga je dal na razpolago izvršni odbor, dobimo skupno vsoto 32,117.000 dolarjev.

71 odobrenih projektov je določenih za več kakor 50 deželá in teritorijev. Azija je s 5,225.434 dolarji prejela največji del, nato sledijo Srednja in Južna Amerika (2,547.157 dolarjev), Afrika (1,017.600 dolarjev), bližnji Vzhod (749.988 dolarjev) in Evropa (534.000 dolarjev). Mali znesek za Evropo in dejstvo, da Severna Amerika ne dobiva nobene podpore, je razumeti pač tako, da Unicef v izpolnjevanju svojega poslanstva daje svojo podporo predvsem nerazvitim deželam.

Od posameznih projektov največjega obsega je ureditev predelave mleka v Bombayu. Stroški znašajo milijon dolarjev.

Najmanjšo podporo (5000 dolarjev) so podelili za varstvo mater in otrok v srednjem Pacifiku, na Salomonskih otokih.

Med zborovanjem samim so razni delegati sporočili zneske, ki jih bodo prispevale njihove dežele za leto 1959:

Švedska — 260.000 dolarjev (23 % več kakor leta 1958); ZSSR — 2 milijona rubljev, t. j. 500.000 dolarjev; Ukrajina — 300.000 rubljev, t. j. 75.000 dolarjev; Bela Rusija — 150.000 rubljev, t. j. 37.500 dolarjev; Iran — 240.000 dolarjev (v primeri z 200.000 v letu 1958); Peru — 96.000 dolarjev (t. j. 2,400.000 solerjev v primeri z 2,000.000 v letu 1958); Belgija — 10 milijonov belg. frankov (200.000 dolarjev) v primeri s 6,700.000 v letu 1958 (135.000 dolarjev); Salvador — 20.000 dolarjev; Mehika — 300.000 dolarjev; Nikaragua — 10.000 dolarjev.

(Objavljeno v št. 3/9 — maj/junij 1959 — Unicef, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen.)

PREDNOSTI ELEKTRONSKEGA MIKROSKOPA

Z elektronskim mikroskopom odkrijemo fine spremembe na povrhnjici materničnega ustja v nožnici mnogo prej kakor z navadnim mikroskopom. Š. K.

KAKO JE Z ODPRAVLJANJEM PLODU V SOVJETSKI ZVEZI?

Prekinitev nosečnosti je bila do leta 1955 strogo prepovedana, razen kadar je bila potrebna iz zdravstvenih razlogov, in so odpravljala in mater hudo kazovali. Zdaj je odprava plodu do tretjega meseca nosečnosti zopet dovoljena. Svoj korak opravičujejo s tem, da sta se zavest in kulturna raven sovjetskih žena medtem tako dvignila, da se zakonski prepovedi odpravljanja plodu že lahko odpovedo. Menijo pa, da bodo ženske odvracali od abortusa s prosvetljevanjem in vzgojo ter s še večjim pospeševanjem varstva mater. Razveljavljenje zakona zoper odpravljanje plodu dalje omogoča nosečnicam, da se obvarujejo zdravstvenih okvar, ki bi jih utrpele, če bi plod odpravljale skrivaj.

Kakor smo rekli, je v SZ odpravljanje plodu do 3. meseca nosečnosti zdaj dovoljeno. Za odpravo plodu od tretjega meseca dalje pa je treba dobiti privolitve posebnih komisij, ki jih imajo po vseh večjih krajih. V teh komisijah so po en zdravnik za notranje bolezni, zdravnik za ženske bolezni in zdravnik za živčne bolezni. Če ta komisija abortus odkloni, se nosečnica lahko pritoži še na okrožno komisijo, zoper njeno odločbo pa na centralno komisijo za pritožbe v Moskvi. Nosečnost prekinejo lahko samo na neki kliniki ali v bolnišnici.

M. K.

SOVPADANJE EPIDEMIJE NORIC IN EPIDEMIJE PLJUČNICE

V Gdanku na Poljskem so v otroških jaslih opazovali sovpadanje epidemije noric z epidemijo pljučnice, ki jo je povzročil staphylococcus pyogenes aureus. Izmed 107 otrok v jaslih jih je v marcu in aprilu obolelo za noricami 96, in sicer vseh starosti. V aprilu je 35 teh otrok obolelo za pljučnico, ki je bila v več primerih zelo težka. Dojenčki v starosti od 1—5½ meseca so bili za pljučnico bolj

dovzetni kakor starejši otroci in je obolenje pri njih potekalo mnogo huje. Za pljučnico pa niso oboleli otroci, ki v tem času niso preboleli noric. Zanimivo je opazovanje o vplivih atmosferskih pogojev na razvoj pljučnice: medtem ko v marcu, ko je bilo vreme sončno, niso opazili pljučnice pri prebolevalnikih noric, čeprav so se v teh primerih večkrat pojavile komplikacije z vnetjem srednjega ušesa, pa se je epidemija pljučnice naglo širila v aprilu, ko je bilo vreme zelo deževno. Kurativna in preventivna terapija z avreomicinom, z gama globulini in s transfuzijo krvi je bila uspešna.

Dr. Š. K.

SEROLOŠKE REAKCIJE PRI SIFILISU

Tehnika dokazovanja protiteles pri sifilisu se stalno izpopolnjuje. Standardna serološka reakcija je še vedno reakcija, katere bistvo je vezanje komplementa z antigenom kardiolipinom, in služi za rutinsko reakcijo tudi v manjših laboratorijih.

Novejši in zanesljivejši je Nelsonov test ali TPI test (Treponema pallidum immobilisation test). Rezultati reakcije vezanja komplementa in TPI testa se razlikujejo, ker z vsako od obeh reakcij prikazujemo druga protitelesa. S kardiolipinsko reakcijo prikazujemo v bolnikovem telesu protitelesa, ki jih imenujemo »reagine« in ki reagirajo s kardiolipinom in komplementom. Rezultat Nelsonovega testa pa je odvisen od prisotnosti ali odsotnosti protiteles »imobilizinov«, ki imajo to sposobnost, da imobilizirajo gibljive spirohete. TPI test velja za zanesljivejšega. Pravičoma postanejo pri bolnikih po zdravljenju negativne najprej standardne serološke reakcije, šele kasneje tudi TPI test. Izdelave TPI testa manjši laboratoriji tehnično ne zmorejo. Tudi je povezana z visokimi režijskimi stroški. Treponeme namreč ni mogoče gojiti na umetnih gojiščih, ampak le na živih tki-

vih. Za antigen služijo treponeme, ki jih morajo gojiti na živih zajcih.

Najnovejša serološka reakcija pri sifilisu je FTA (fluorescent treponemal antibody) test. Z bolnikovim serumom, ki vsebuje protitelesa, reagirajo treponeme tako, da fluorescirajo zelenkastorumeni. V odsotnosti protiteles treponeme ne fluorescirajo.

Na univerzi v Palermu so preiskali 100 serumov z vsemi tremi reakcijami istočasno. Vse tri reakcije so bile pozitivne z 38 serumi. Pri 16 serumih so dobili pozitivne rezultate samo s testoma TPI in FTA. Pri 4 serumih je bila pozitivna samo kardiolipinska reakcija. Zaradi nespecifičnosti so jo šteli za lažno pozitivno. En sam serum je bil pozitiven samo s FTA testom. Po teh opazovanjih se rezultati FTA testa ujemajo s TPI testom z izjemo 1%. Vendar ima izdelava FTA testa prednosti, ker je enostavnejša in cenejša od izdelave TPI testa. Toda prednost poslednjega je v tem, da daje kvantitativne rezultate.

Z. S.

POSKUSNA PROFILAKSA DISPEPSIJE, KI JO POVZROČAJO KOLIBACILI

V otroških jaslih v Strasburgu so v letu 1957/1958 opazovali epidemijo driske, ki jo povzročajo kolibacili soja »O 119«. V letu 1958 je bilo to obolenje že endemično, z dvema epidemičnima vrhovoma v mesecih april/maj in avgust. Da bi omilili epidemijo, so pri 18 otrocih preizkusili preventivno terapijo s korenjevo juho. Izvajali so jo od marca do septembra pri otrocih v starosti 3—8 mesecev. Prehrana otrok je ustrezala običajni prehrani za posamezna obdobja. Dojenčki pod 4 mesece so dobivali dodatek 2% Arobona, starejši pa 5% raztopino Arobona. Arobon je suho korenje v prahu — proizvod tovarne Nestlé. Opazovali so, da je za dispepsijo, ki jo povzročajo specifični kolibacili, obbolelo samo 5,5% otrok, ki so dobivali korenjevo juho, a so sicer

živeli v enakih epidemičnih okoliščinah kakor otroci iz kontrolne skupine. Otrok iz te skupine je za dispepsijo obbolelo mnogo več, in sicer 12,1%. Dr. K. Š.

KJE JE VEČ RAKAVIH CELIC

Visoki odstotek rakavih celic dobimo v sedimentu urina pri karcinomu mehurja, ledvične čašice in ureterjev, v manjšem odstotku pa pri karcinomu ledvic.

Š. K.

ENOSTAVNA METODA ZA PREKINITEV LAKTACIJE

Kontraindikacije dojenja po porodu so sicer redke, a kadar dojenje ni zaželeno, povzročajo zastoj mleka v prsni bolečini. S hormonalno terapijo po 1—2 lingveti estrogenskega preparata Eticyclina 8 dni zaporedoma so dosegli lepe uspehe. Posebna dieta pri tem ni potrebna, če izvzamemo omejitve tekočin in beljakovin. Vendar je v polovici primerov, zdravljenih na ta način, bilo treba na prsi aplicirati led in dojke namestiti v višji položaj.

(Ciba-Zeitschrift 4, 1959.)

Š. K.

VNETLJIVO ALI NEVNETLJIVO

Vemo za primer, ko je bila pomota zaradi pomanjkljivo označene posode z vnetljivo tekočino vzrok, da je v Luxemburgu zgorela cela hiša. Ker na podoben način nastane mnogo požarov, priporočamo, da se posoda, kjerkoli je to potrebno, predpiše in uvede dovolj viden, že znan in stalen znak: Pozor! Vnetljivo!

PREPREČEVANJE S ŠPORTOM

Tudi razumno gojenje športa je lahko važen činitelj v preprečevanju nesreč: šport izostril reflekse, navaja k redu, k uravnovešenemu življenju, k zdravni prehrani in zmernemu uživanju alkohola.