

Nekaj načelnih misli o alkoholomaniji

Doc. dr. Lev Milčinski

O problemih alkoholizma je bilo pri nas že marsikaj izrečenega pa tudi napisanega. To vprašanje je bilo obravnavano s socialnega, kriminološkega, psihohigieničnega vidika pa tudi kajpak s širše medicinskega in z ože psihiatričnega vidika. Naj opozorim na članek »Antialkoholno zdravljenje z disulfiramom« (v Vestniku Sveta za zdravstvo in socialno politiko LRS, 1955, II., št. 3—4, str. 79—84) in na zbornik referatov o vprašanjih alkoholizma iz seminarja za splošne zdravnike v letu 1959 (ta zbornik bo predvidoma v kratkem izdal Rdeči križ LRS). Omenjeni dve publikaciji lahko medicinski sestre nudita dovolj teoretične opore pri vsakdanjem delu z alkoholiki in njihovimi družinami.

Mogoče pa vendarle ne bo odveč, če podam nekaj smernic, potrebnih za pravilno pojmovanje problema alkoholizma in alkoholomanije ter praktični postopek z alkoholsko zasvojenimi osebami.

1. Problemi alkoholizma v smislu alkoholizacije — kot bi morda lahko imenovali pojav, da pomen alkohola za človeka v sodobnem svetu ni toliko dodatek k hrani, temveč vse bolj splošno poživilo, ki naj mu pomaga uravnavati medosebne odnose in blažiti morebitne napetosti — ti problemi prav gotovo presegajo strokovno področje zdravstvene službe. Tudi bi zdravstvena služba sama le malo lahko pripomogla v morebitni akciji, ki so zanj poklicani najvišji družbeni organi.

2. Nedvomno pa je zdravstvena služba dolžna reševati ožji problem v okviru alkoholizma, namreč vprašanje alkoholomanije — pojava, da se nekatere osebe opijajo tako pogostoma in tako intenzivno, da s tem načinom upropaščajo fizično in psihično sebe in svojo okolico, predvsem družino. Važno je, da zdravstveni delavec pri obravnavanju oseb s takšnimi motnjami izhaja zares z medicinskih postavk in ne zavzema poze ogorčenega sovražnika »pijancev«, ki meni, da je tu pot moralnega pritiska edini primerni prijem. V velikem delu alkoholomanov gre za osebe, ki trpe za takšnimi ali drugačnimi čustvenimi in osebnostnimi konflikti, pa jim je alkohol — vsaj v prvi fazi zasvojenosti — sredstvo, ki jim začasno zmanjša notranjo napetost in tesnobo. S časom pa zloraba alkohola ustvarja z določeno zakonitostjo nova notranja in zunanja nesoglasja in poganja svojski bolezenski proces, ki vodi do osebne in socialne deprivacije pacienta ter, v nekaterih primerih, še do posebnih psihičnih in telesnih komplikacij. — Svoj čas je zdravstvena služba posegala aktivno v ta proces šele pri pojavu komplikacij — alkoholnih psihoz ali specifičnih telesnih motenj. Danes pa z ustrezno tehniko obravnava že osebe, ki jim bolečna razvada pretiranega uživanja alkohola še ni povzročila opisanih motenj.

3. V skladu z ugotovitvijo, da se alkoholomanija v velikem številu primerov razvije sekundarno na osnovi določene osebnostne oziroma čustvene neurejenosti ali pa že kar na osnovi nekih nevrotičnih ali psihopatičnih motenj in posebnosti, bo načeloma pristopati k alkoholomanom na način, kakršen velja v postopku z nevrotičnimi osebami — pač s psihoterapevtičnimi prijemi. To psihoterapevtično obravnavanje samo je področje zdravnika. Medicinska sestra oziroma socialni delavec pa posreduje tako rekoč psihoterapevtično ozračje iz ordinacije na pacientov dom.

4. Glavno vodilo pri tem delu mora biti medicinski sestri oziroma socialnemu delavcu, kot že omenjeno, da ne pristopi k pacientu z neko vzvišeno, moralizirajočo pozo, temveč z razumevanjem in pripravljenostjo pomagati, pač kot pacientu, ki se je znašel v krizi. Morda je tu potrebna neka omejitev: Z alkoholomanom vendarle ne ravnamo tako kot z onemoglim telesnim oziroma duševnim bolnikom, temveč po načelih, veljavnih za zdravljenje nevrotičnih oseb, ki jim tudi ne odvzamemo vseh bremen in pri katerih računamo z njihovim sodelovanjem. Vzemimo praktično! Alkoholoman se bo znašel od časa do časa v zadregi: izostal bo neupravičeno iz službe, prišel bo pred sodnika za prekrške in podobno. Načeloma pustimo, da se pacient sprijazni s posledicami posameznih svojih alkoholnih ekscesov. Le kadar bi mu posledice tolikanj lahko prizadele družbeni položaj, da bi to utegnilo pospešiti njegov propad, posredujemo na pristojnem mestu in z ustreznim ukrepom, ki posledice omili.

5. Tablete disulfiram (Cronetal, Antabus, Tetidis.), ki jih dobiva alkoholoman v ambulantnem protialkoholnem zdravljenju, so pomemben pripomoček v terapiji, ker pacienta napravijo začasno za alkohol intolerantnega: Sprožijo mu pri zaužitju že malih količin alkohola znano alkoholno reakcijo: rdečico, s pospešenim pulzom, z nihanjem krvnega pritiska in morebitnim bruhanjem. (Pri posameznih osebah, ki so uživale večje doze disulfirama in so se opile, je prišlo celo do smrtnih komplikacij. Podrobneje razpravljata o kontraindikacijah medikamentoznega zdravljenja spočetka omenjeni publikaciji.) Ne pomenijo pa nekega sredstva, ki bi moglo napraviti pacientu alkohol trajno zoprni. — Način, kako pacientu deliti tablete (ali mu jih bomo dnevno dajali v ambulantni; ali pustimo, da razpolaga z njimi čisto sam; ali poverimo razdeljevanje tablet njegovi ženi ali delovodji itd.), bomo variirali od primera do primera in glede na fazo alkoholske zasvojenosti oziroma zdravljenja. Vse bolj gremo danes za tem, da prepuščamo razpolaganje s tabletami pacientu, da se čimbolj umaknemo oni prikriti agresivnosti in nezaupanju, ki jo vsebuje vsak drug način razdeljevanja tablet. — Dandanes izvečine ne predpišemo doze, ki bi presegala 1 tableto disulfirama dnevno. Toda majhno količino disulfirama (n. pr. četrt tablete dnevno ali še manj) pustimo pacientu jemati dve leti in še več.

6. Terapija alkoholomanije je dolg postopek, ki traja leta dolgo in zahteva veliko potrpežljivosti od zdravnika, medicinske sestre in socialnega delavca — največ pa kajpak tudi od pacientovih svojcev. Doseči sodelovanje in pravičen odnos do bolnika pri svojcih — praktično največkrat ženi alkoholomanovi — ni lahka naloga. Neredko se bo pokazalo, da je n. pr. žena tudi nevrotična in potrebna sistematičnega zdravljenja, ker s svojimi nevrotičnimi agresivnimi izpadi proti možu v njegovih alkoholnih ekscesih pa tudi izven njih poganja moža le globlje v alkohol. — Naj tu omenimo, da so recidivi v zdravljenju alkoholomanije kar pravilo in bi bilo zgrešeno, če bi pacienta, ki je svojevolljno

prekinil terapijo in se zapil, užaljeno odklonili, ko se po daljšem presledku pojavi v ambulantni. Najti moramo način, kako pacienta poiskati in ga spet navezati na ambulantno, če se nam je izmuznil. Glede uspešnosti ambulantnega zdravljenja alkoholomanije pa recimo le to, da ni slab uspeh ambulate, če lahko izkaže, da jih je od zdravljenih alkoholomanov 50 % že 3 leta abstinentnih...

7. Nemalo je pacientov — alkoholomanov, ki jih z opisanim postopkom ni mogoče obdržati abstinence in ki so v bolezenskem procesu, v tako imenovani alkoholomaniji, zabredli že tako globoko, da so prišli v hud konflikt s svojim družbenim okoljem, da postajajo agresivni in se pogrezajo v kriminal; ali pa dobe alkoholni delirij, halucinozo, epilepsijo, psihozo Korsakov oziroma druge komplikacije. Tu nam ne ostane drugo, ko da pacienta hospitaliziramo v primer-nem zavodu. Žal prav tu zadenemo na dokaj šibko točko naše zdravstvene službe, kajti znano je, da naše psihiatrične ustanove (specializiranih zavodov za alkoholomane sploh nimamo) pri današnjih kapacitetah niso sposobne sprejeti niti vseh psihičnih bolnikov, ki bi potrebovali zdravljenja in intervencije v zaprtem zavodu. Glede na takšno stanje smo pa dolžni nenehno opozarjati pristojne oblasti na to hudo pomanjkljivost, ki terja nujnega ukrepanja.

Medicinski

Poročilo o konferenci

V zahodni
v dneh od 11.-
merilu sklicala
renca obravna
ročjih. Seveda
veljajo za vso

Iz Jugosla
vseskozi delež
tako, da so akt

V zvezi z izboljšanjem administrativne sestrške službe so osvojili tudi več naših predlogov. Ves čas konference sem imela občutek, da je naša država glede vzgoje medicinskih sester v marsičem naprednejša od drugih in da je prebogata tradicija v naši službi lahko včasih tudi neprijetna ovira za napredek. — Op. pis.

ni službi

acije v Homburgu

urgu (Bad Homburg) je
za, ki jo je v evropskem
ja. V glavnem je konfe-
v raznih delovnih pod-
vsaj v okvirnem smislu

dva delegata. Bila sva
konferenci je potekalo

o v skupinskem sistemu.
... ..,
... ..

Na konferenci sami se je razpravljalo pretežno o naslednjih štirih vprašanjih:

1. Problematične točke v administrativni, t. j. upravljalni službi sestre v Evropi.
2. Kaj naj medicinski sestra v tej smeri da osnovno strokovno šolanje?
3. Kakšen naj bo podiplomski študij sester za administrativno službo?
4. Razna druga sredstva, ki so sestri administratorki* v pomoč pri njenem delu: pisarniški personal, gospodinja, inventaristi itd.

* Ta naziv uporabljam za medicinsko sestro v upravni službi, ker v slovenščini za zdaj še nimamo drugega primerne izraza, ki bi ustrezal temu pomenu. — Op. pis.

prekinil terapijo in se zapil, užaljeno odklonili, ko se po daljšem presledku pojavi v ambulanti. Najti moramo način, kako pacienta poiskati in ga spet navezati na ambulantno, če se nam je izmuznil. Glede uspešnosti ambulantnega zdravljenja alkoholomanije pa recimo le to, da ni slab uspeh ambulate, če lahko izkaže, da jih ~~alkoholomanov~~ 50 % že 3 leta abstinentnih...

7. Nemalo je paci mogoče obdržati absti alkoholomaniji, zabrec družbenim okoljem, o dobe alkoholni delirij komplikacije. Tu nam nem zavodu. Žal pra službe, kajti znano je, alkoholomane sploh r niti vseh psihotičnih zaprtem zavodu. Gle pristojne oblasti na

z opisanim postopkom ni rocesu, v tako imenovani v hud konflikt s svojim rezajo v kriminal; ali pa Korsakov oziroma druge hospitaliziramo v primer- točko naše zdravstvene specializiranih zavodov za tah niso sposobne sprejeti avljenja in intervencije v ložni nenehno opozarjati a nujnega ukrepanja.

Medicinska sestra v administrativni službi

Poročilo o konferenci Svetovne zdravstvene organizacije v Homburgu

Med. s. Majda Šlajmer

V zahodnonemški pokrajini Hessen, v Homburgu (Bad Homburg) je v dneh od 11.—20. novembra 1959 bila konferenca, ki jo je v evropskem merilu sklicala Svetovna zdravstvena organizacija. V glavnem je konferenca obravnavala upravljanje sestrške službe v raznih delovnih področjih. Seveda je pri tem upoštevala kriterije, ki vsaj v okvirnem smislu veljajo za vso Evropo.

Iz Jugoslavije sva se konference udeležila dva delegata. Bila sva vseskozi deležna velike naklonjenosti. Delo na konferenci je potekalo tako, da so aktivno sodelovali vsi udeleženci, in to v skupinskem sistemu. V zvezi z izboljšanjem administrativne sestrške službe so osvojili tudi več naših predlogov. Ves čas konference sem imela občutek, da je naša država glede vzgoje medicinskih sester v marsičem naprednejša od drugih in da je prebogata tradicija v naši službi lahko včasih tudi neprijetna ovira za napredek. — Op. pis.

Na konferenci sami se je razpravljalo pretežno o naslednjih štirih vprašanjih:

1. Problematične točke v administrativni, t. j. upravljalni službi sestre v Evropi.
2. Kaj naj medicinski sestri v tej smeri da osnovno strokovno šolanje?
3. Kakšen naj bo podiplomski študij sester za administrativno službo?
4. Razna druga sredstva, ki so sestri administratoriki* v pomoč pri njenem delu: pisarniški personal, gospodinje, inventaristi itd.

* Ta naziv uporabljam za medicinsko sestro v upravni službi, ker v slovenščini za zdaj še nimamo drugega primerne izraza, ki bi ustrežal temu pomenu. — Op. pis.

Poročilo o delu konference

Na prvih sejah smo obravnavali najprej teorijo administracije. Naj iz razpravljanja na teh sejah na kratko povzamem nekaj osnovnih misli.

Predvsem si moramo biti do kraja na jasnem, kaj je administracija. Vsekakor administracija nasploh ni aktivnost, ki bi se ji dale določiti smernice za daljši čas. Pravzaprav je bil pojem upravljanja dognan tudi že takrat, ko so nadzorniki sužnjevi nadzorovali delo pri piramidah. Seveda bi se danes njihov postopek ne obnesel nikjer več. To je sicer drastična primera, toda res je, da se vsaka družba in odnosi med ljudmi v njej spreminjajo tako hitro, da se mora vsak, kdor koli hoče upravljati, v svojem postopku stalno podrežati tem spremembam. Z upravljanjem so se najprej ukvarjali tehniki, ki so delali z velikim številom delavcev, in verjetno je zato bilo upravljanje spočetka mehanično, deloma se je to preneslo kasneje tudi v novo zraslo zdravstveno službo, kjer pa togi način upravljanja ne more dati zaželenih uspehov. V takem mehanskem načinu dela, kjer se navodila strogo in togo prenašajo z vodilne osebe navzdol, kjer podrejeno osebje ne sme razmišljati o pravilnosti navodila, so ljudje lahko motivirani za svoje delo le zaradi zaslužka. Zato tudi ne bodo v to delo vložili vsega, kar zmorejo, ker se to niti ne pričakuje od njih in ker zanje že tako misli njihov nadrejeni. V mehanskem upravljanju uslužbenci niti nimajo možnosti, da bi uveljavili kako idejo celo za morebitno izboljšanje v svojem najožjem delovnem področju.

Osnova za uspešno delo pa je zadoščenje (satisfakcija) za izvršeno delo. Prof. Revans je to podkrepil s primerom: Kar so za biološko življenje vitamini, ki morajo biti v prehrani stalno prisotni, to naj bi bili za napredek in uspeh pri delu tako imenovani psihomini, ki jih ne sme manjkati v emocionalni dieti nobenega uslužbenca. Če administrator vsega tega ne upošteva, se ne sme čuditi težavam, ki nastopajo v njegovi ustanovi.

Kdorkoli je na nadrejenem mestu, bi moral vedeti, kako deluje in vpliva na druge in bi tega ne smel podcenjevati. Prof. Revans nam je na konferenci dal za psihomine nekaj praktičnih zgledov. Naj jih navedem:

1. Nadrejena oseba mora vedno poskrbeti, da vsi v ustanovi vedo, kaj kdo dela oziroma v kakšnem smislu lahko vsak z vsakomer sodeluje. Pri tem ne smemo prezreti niti študentov, ki v ustanovi prakticirajo. (Anketa med študentkami sestrskih šol v Angliji, ki so jo izvedli, ker so bile študentke nezadovoljne na praksi, je pokazala sledeče: na praksi so bile nesrečne, ker jim nihče ni povedal, kaj kdo dela v ustanovi oziroma kakšne so naloge posameznih oddelkov. Vzdušje v posameznih bolnicah je pa tudi bilo takšno, da si niso upale dosti spraševati.)

2. Vsak človek mora imeti občutek varnosti. S tem ni mišljena gotovost, da imamo službo in dohodke. Ne! Mišljena je gotovost, da je nekdo za svoje delo res kar najboljše usposobljen, dalje občutek, da ima v svoji delovni skupini dovolj važno mesto, in pa zavest, da s svojim delom pripomore k uspehu tudi vsem drugim v tej delovni skupini. Če bo prepričan o tem, bo svoje delo cenil in ga zato opravljal bolje in vestneje.

3. Zelo važno je tudi, da vsakomur pomagamo pri reševanju njegovih delovnih problemov. Zaupanje vase človeku najbolj gotovo pomaga, da se v težavah reši občutka lastne nemoči. Najbolje pa se počuti človek, kadar mu — čeprav s pomočjo drugih — uspe, da reši svoje probleme.

Sestra, ki vrši administrativno službo, se mora zavedati, da človek potrebuje za svoje delo določeno mero samospoštovanja in relativne svobode in da si vsak za svoje delo želi tudi priznanja. Če vodilni sestri uspe to, da se bodo njeni ljudje dobro počutili, da bodo ohranili svojo iniciativo in dober kontakt z vsemi sodelavci, tedaj to ne bo več mehansko, ampak organsko upravljanje. Vsak ukaz moramo najprej razložiti in če ga ljudje razumejo, to ni več ukaz, ampak nujna sprememba v delu, ki so jo osvojili.

V upravljanju je pa velike važnosti še nekaj: lahko bi rekli, da morajo vsi uslužbenci neke ustanove ali vseh ustanov, ki so v delovni zvezi, imeti enoten jezik, predvsem kar se tiče tehnike dela, ker tudi to ekonomizira delovne sile. (Pri nas n. pr. bi delo v bolnicah potekalo dosti bolj homogeno in urejeno, če bi bila osnovna nega bolnika enaka v vseh prizadetih ustanovah.)

In še to! Stroge ukaze brez pojasnil dajejo navadno ljudje, ki sami sebe niso dovolj svesti; za administratorja je važnejše, kakor da ljudem ukazuje, da jih pri delu hrabri in jim nudi strokovno pomoč.

Sestrsko upravljanje

Vloga medicinske sestre se spreminja vsak dan, pri čemer imajo svoj delež tudi medicinska odkritja znanstvene in bolj tehnične narave. Zato morda se sestra tako težko uveljavi s svojimi praviimi nalogami. Če hočemo govoriti o sestrskem upravljanju, se moramo poprej seznaniti z nalogami in značilnostmi dela, ki ga na neki ustanovi opravljajo sestre, pa tudi z njihovimi odnosi do drugih zdravstvenih delavcev. Za primer bom opisala bolnico, velja pa to za vse preventivne in kurativne ustanove. Od medicinske sestre v bolnici se pričakuje, »da ustvarja naravno in prijetno okolje, v katerem potekajo preiskave in terapija pacientov hitro, uspešno in ekonomično«. Ustvariti mora možnosti za prakso študentk sestrške šole in za znanstveno delo. Poleg tega ne sme pozabiti, da je bolnica zdravstvenovzgojni zavod.

Osnovna enota vsake bolnice je oddelek, ki je bolniku začasen dom, kjer ga pa vznemirja cela vrsta ljudi, ki ga diagnosticirajo, mu predpisujejo zdravila, ga negujejo, učijo in mu dajejo nasvete. Nekateri se na njem tudi učijo in hvaležno registrirajo vsak dan nove komplikacije njegove bolezni.

Delo sestre administratorke mora biti v svojem končnem smotru vedno usmerjeno k temu bolniku in poskrbeti mora, da bo organizacija dela ob bolnikovi postelji takšna, da mu ne bo v breme in da bo z razumevanjem sprejemal dogajanja okoli sebe.

Kaj bomo zahtevali od oddelčne sestre? Ona odgovarja za svoje delo glavni sestri. Sama organizira in vodi osnovno nego bolnika na oddelku in je odgovorna tudi, da je ta nega na primerni ravni. Posreduje zdravnikova navodila drugim zdravstvenim delavcem. Ker je vodja oddelka, mora razumeti delo vseh svojih podrejenih.

Oddelčna sestra mora biti strokovno na višini, biti si mora v svesti svojega znanja in biti tudi dovolj prožna, da je ne spravijo iz ravnotežja vsakdanje spremembe na oddelku. Sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci zanjo ne sme biti zgolj teorija.

Odnosi na oddelku morajo temeljiti na medsebojnem spoštovanju, zaupanju in upoštevanju odgovornosti, ki jih imajo posamezni člani delovnega teama. Pri svojem delu se mora sleherni zavedati, koliko je odvisen od svojega so-delavca.

V bolnici vlada zakon »trenutne situacije« in zato mora imeti oddelčna sestra zelo homogen team, da lahko obvlada vsako situacijo. Tako n. pr. lahko kake epidemije, velike nesreče ali nujne prezidave popolnoma spremenijo dnevni red oddelka. Toda enotna in dobro usposobljena delovna ekipa bo hitro ujela novi ritem dela in bo svoje naloge uspešno opravljala tudi pod drugimi pogoji.

Selekcija oddelčnih sester je za kvaliteto bolnice velike važnosti. Ko sestra nastopi to službo, mora biti o svojem delovnem področju poučena, mora z njim soglašati in to pismeno potrditi. Uprava bolnice pa ne sme pozabiti, da kvaliteto dela dviga tudi osebna, socialna in ekonomska blaginja.

Mlada oddelčna sestra mora vedeti, da je dobila svojo novo funkcijo zaradi določenih sposobnosti in ne po naključju. Zato se od nje tudi nekaj pričakuje. Sester manjka po vsem svetu, a v našem delu število ne more nikdar nadomestiti kakovosti. Prav zato tudi velja: bolje premalo oddelčnih sester kakor dovolj slabih.

Toga hierarhija lahko delu sester škodi, vendar brez hierarhije ni organiziranega sestrskega dela. Tako n. pr. potrebuje bolnica glavno sestro vseh oddelkov s pomočnico, glavne sestre oddelkov s pomočnicami in glavne sestre delovnih enot.

Glavna sestra ima vedno tudi pomočnico, po potrebi celo več, in opravlja naloge sestrške službe preko oddelčnih in sobnih sester. Čim popolnejša je zasedba na administrativnih (upravnih) mestih, tem več je možnosti, da bo delo potekalo v redu. Glavna sestra je z drugimi kolegicami na istem položaju v stalnih stikih in tudi sodeluje z njimi. Odgovornost in kompetence morajo biti natančno opredeljene za vsako upravno sestro.

Za usposabljanje teh sester je važen tudi program v ustanovi sami (v Skandinaviji prakticirajo oddelčne sestre vsak mesec po ena kot pomočnica svoje glavne sestre in so tako usposobljene za nadomeščanje, kadar glavna sestra zapusti svoje delovno mesto.)

V ustanovi opazujejo tudi, katera od sester se med strokovnim izpopolnjevanjem v ustanovi sami najboljše uveljavlja. Sestre morajo biti stalno na tekočem o vseh važnih spremembah v ustroju in delu ustanove. Za večjo ustanovo so v ta namen primerna tudi pisana obvestila. Nemške bolnice n. pr. imajo za vse svoje osebe tiskane brošure o organizaciji in delu bolnice in o zasedbi vodilnih delovnih mest. Prav tako dobi vsak bolnik ob sprejemu prospekt bolnice z dnevnim redom, z glavnimi navodili, z imeni zdravnikov in sester, ki ga bodo zdravili ali imeli z njim kakorkoli opraviti, ter dodatni list za morebitne želje in pripombe.

Primerno je nadalje, da pride glavna sestra na oddelek, tudi kadar imajo malo personala in garajo po ves dan in jim da takrat vedeti, da upošteva njihove napore, ne pa da pride stresat le slabo voljo, če ji šef zaradi kakšne stvari izrazi nezadovoljstvo. Vsaka ustanova mora imeti redne delovne konference, kjer mora vsak imeti možnosti, da stavi za delo nove predloge. Naloga

glavne sestre je urediti vse tako, da njeno osebje na teh konferencah aktivno sodeluje.

Za glavno sestro je zelo važno, da je po svojem karakterju in po svojih osebnih lastnostih takšna, da se ljudje brez skrbi obračajo nanjo za nasvete. Da bo lahko pri delu uspevala, mora imeti tudi oficialne stike z upravo. Ker odgovarja za sestrsko službo svoje ustanove, mora imeti temu primeren položaj in pravice v upravi ustanove. Dobro je, da teh pravic ne sprejme za znamenje avtoritete, ampak kot nadaljnjo priložnost za dobro sestrsko službo. V upravi zastopa ona vse sestre, obvešča nadrejeni forum o njihovih problemih in kar se da stvarno planira izboljšanje sestrške službe. Obenem pa zori v spoznanjih, kako sestrška služba neke ustanove lahko najbolje podpre pri delu druge zdravstvene delavce. Seveda mora biti za svoje področje suverena in v nekem smislu enaka upravniku (laiku) ustanove in šefu zdravniku. Skandinavska zdravstvena služba govori o tako imenovanem »tripartitnem vodstvu« zdravstvenih ustanov.

Dobra je lahko samo tista administrativna sestra, ki pozna končne cilje svoje ustanove in ne teži samo za vidnimi uspehi vsak dan opravljenega dela. Zavedati se mora, da uspeh ni stvar sreče, ampak sposobnosti.

Priprava na administrativno službo

Za administrativno službo je težko dobiti kandidate, ker je prej treba spremeniti njihovo motivacijo. Žal je v večini primerov tako, da se mora, kdor prevzame upravno mesto, odreči neposrednemu stiku s strokovnim delom. V bodoče moramo gledati, da se to ne bo več dogajalo. Za stimuliranje administrativnih sester je vrh tega potrebno, da se jim uredi tudi ekonomsko napredovanje. Na kratko in v zgoščenih obliki povedano ima administrator naslednje funkcije:

1. Naloge strukturnega značaja:

- a) planira delo,
- b) sklepa o tem, kaj se bo delalo,
- c) kontrolira delo.

2. Dolžnosti v odnosu do osebja:

- a) izbira osebje,
- b) ga organizira,
- c) koordinira dejavnosti posameznih uslužbencev,
- č) skrbi za ugodne delovne in medosebne odnose.

Priprava za upravljanje je vzgojni postopek. Za kandidate najboljše in najuspešnejši načini, da se dobro pripravijo za to delo, pa so:

- a) instruktaža,
- b) kazuistika,
- c) nasveti za konkretno delo,
- č) inspiracije za reševanje problemov in
- d) praksa.

Glede kandidatovih osebnih lastnosti je velike važnosti tudi:

- a) njegova osebnost in priljubljenost med kolegi,
- b) uspeh na prejšnjem položaju, posebno v odnosu do ljudi.

Izogniti se moramo favoriziranju posameznikov; včasih je dobro, da izbira sam kolektiv. Vsaka bodoča upravna sestra mora prakticirati po vseh oddelkih svoje ustanove, ki ji bodo podrejeni, tudi tistih, s katerimi bo sodelovala.

Sestrsko upravljanje ima določene probleme, vendar se moramo zavedati, da je bilo sestrinstvo prva aktivnost izven doma, kjer je žena delovala v upravljanju. Od Florence Nightingale dalje so žene v naši službi prevzemale težke upravne dolžnosti, ne da bi bile primerno pripravljene nanje. Zato je bilo upravljanje bolj togo, nekam prisiljeno, včasih kar vojaško. Treba se je bilo brez premisleka podvreči avtoriteti in uveden je bil ceremoniel, ki so se ga morale strogo držati vse sestre. Posledice tega so v državah z močno tradicijo še danes vidne.

Kar se tiče šolanja, velja v bistvu to, da sposobnosti za upravljanje ni mogoče nekomu posredovati, kot mu posredujemo morda znanje iz kakega drugega predmeta, temveč se ga človek lahko nauči le s trdim delom.

Osnovno strokovno šolanje mora biti organizirano na demokratičen način, v organizaciji in delu šole naj študentke aktivno sodelujejo. Podiplomsko šolanje jim utrdi strokovno znanje, nudi dodatno izobrazbo v psihologiji, pedagogiki, organizaciji zdravstvene službe, obenem pa da tudi dobro teoretično podlago za prakso bodoče sestre administratorke.

Upoštevanje vseh načel, ki jih je nakazala konferenca in ki na njih temelji administrativna služba medicinskih sester, pa je odvisno od ljudi, ki opravljajo to službo oziroma z njo sodelujejo. Zato je tem ljudem treba posredovati ustrezno izobrazbo ter prakso in zadevne možnosti na samem delovnem področju.

Od posameznih predlogov pa se mi za naše delovne pogoje zdijo zelo koristni in upoštevanja vredni zlasti tile:

1. praksa za gojenke sestrške šole se organizira ob uradnem sodelovanju šole, bolnice in zdravstvenih domov;

2. štipendirana gojenka sestrške šole mora pred diplomu dva meseca prakticirati v ustanovi istega tipa, kot je ustanova, ki jo je štipendirala;

3. študentke zadnjega letnika vrše obvezno inštruktažo iz osnovne nege bolnika za mlajše kolegice;

4. za napredovanje je potreben še poseben podiplomski študij zaradi izpopolnitve;

5. sestrška služba ima za posamezne sektorje dela svoje referente na najvišjih forumih zdravstvene službe.

NIKOTIN IN BOLEZNI OŽILJA

Pri kajenju ene same cigarete sprejmejo pljuča 1,6 mg nikotina. Ta količina pride v krvni obtok. Čeprav je majhna, pa vendar zadostuje, da spremeni stanje ožilja. Kapilare se skrčijo in se deloma tudi popolnoma zapro.

Vsi deli telesa ne odgovarjajo na isti način. Pojav skrčenja kapilar je dobro viden na nohtih, ni pa očiten na ušesih. Koder se zaradi skrčenja kapilar zmanjša krvni obtok, začne po desetih minutah padati temperatura in doseže najnižjo stopnjo po 30 minutah. Po eni uri je vzpostavljena zopet normalna temperatura. Temperatura pade za 2,5—3,2° C.

Gluhi in naglušni otroci

Dr. Zlatica Hribar

Preden spregovorim o gluhem in naglušnem otroku, naj samo osvežim nekaj že znanih dejstev o govoru in sluhu.

O govoru bi lahko rekli, da je izražanje misli s pomočjo znakov in kretenj. Tak govor v širšem pomenu besede najdemo seveda tudi pri višjih živalskih vrstah; divji petelin poje — gluhi in slepi za vso okolico — svojo ljubavno pesem; vodnik črede gamsov opozarja svoje varovance na bližajočo se nevarnost; pes žalostno zacvili, če mu stopiš na rep, laja, če se bliža neznanec, in prav pristrčno izraža veselje nad gospodarjevim povratkom.

Človeški govor se seveda od tega govora znatno razlikuje. Če se držimo gornje definicije, je razlika v razvoju misli. Skozi dolge veke se je moral človek boriti za to, da je ustvaril pogoje za izražanje najbolj enostavnih in najbolj materialnih misli.

Čim bolj se je večala kultura človeka, tem bolj se je množil slovar znakov in besed in tem manj materialen je bil njih pomen.

Razvijajoči se možganski centri so zbirali vtise iz področij vseh čutov, usmerjali so razvoj ušesa in grla za namene, ki mu sprva niso bili določeni.

- V našem govoru je poleg govorilnih organov najvažnejši sluh, vid ima le sekundaren pomen. Pri slepcu se govor razvije kasneje, pri glušču sploh nikoli.

Da dajemo danes zvoku prednost pred kretnjo, temu je verjetno vzrok dejstvo, da je sleherni kulturni napredek terjal več dela in so tako bile roke in oči vse bolj zaposlene. Primitivni narodi v Avstraliji še dandanes močno dopolnjuje govor s kretnjami. Za dojetje zvoka tudi ni potrebna razsvetljava, medtem ko nam postane kretnja v temi nerazumljiva. Poleg tega pa za govor porabimo najmanj energije. Ekonomičnost je torej priborila govorjeni besedi zmago nad kretnjami.

Brez zdravega sluha in vsaj kolikor toliko zdravih govorilnih organov ne more biti normalnega govorjenja. Vsebinsko pa trpi govor seveda z izpadom kateregakoli čutila: n. pr. s slepcem se ne moremo pogovarjati o barvah, ne o oblikah predmetov, ki so tako veliki, da jih ni mogoče otipati. Z izpadom enega čuta odpade mnogo konkretnih pojmov, ki so nujna podlaga za abstraktno mišljenje.

Kako dolga pot je od konkretnega do abstraktnega, nam še danes kažejo nekateri primitivni jeziki. Ti jeziki poznajo n. pr. ime za vsako vrsto drevesa, pojma drevo pa nimajo, dobro poznajo in imenujejo vsako ribo, ki plava po njihovih vodah, pojem ribe pa jim je neznan.

Toda čemu bi segali tako daleč? V razvoju govora pri normalnem otroku, v prvih 6 letih življenja, je zgoščen sto in stotisočletni zgodovinski razvoj človeškega govora.

Mimo tega poglavja ne moremo in ne smemo.

Najprej otrok reflektorno kriči.

Po drugem mesecu že razlikujemo izraze neugodja (lačen, žejen, moker) ali zahteve (jesti, piti, previjte me), ki se izražajo v kričanju, in izraz ugodja, ko dete gode kot mucka.

V 3. in 4. mesecu se pojavi blebetanje. Najprej to niti niso pravi zlogi: pff, gla, dla itd., toda čedalje bolj se jim približujejo in otrok posluša svoj lastni glas in se posnema. Prvič v življenju postane pozoren, zave se gibanja svojih govornih organov. Nato začne otrok uporabljati vedno iste oznake za iste ali slične želje. N. pr. mama in razširjene ročice pomeni, da si otrok želi v naročje. Potem samostalniki ne izražajo več samo želje, temveč enostavno označujejo določen predmet.

Spočetka sestoji govor samo iz samostalnikov, kmalu pa se jim pridružijo še pomožne besede; seveda stavek še ni popoln, n. pr. mama ne.

Nato se razvijejo že stavki, otrok sledi z zanimanjem opisu predmeta, ki ga ima pred sabo, toda pravljic še ne razume. Ko govori otrok sam s seboj, premleva vtise iz okolice.

Sedaj se začne otrok že izpraševati, toda ne čaka odgovora ali pa odgovarja na vprašanja sam.

Smotno spraševanje se pojavi šele v 6., 7. ali 8. letu. Tedaj se razvije tudi sposobnost pripovedovanja.

Ko začne duševno in telesno zdrav otrok hoditi v šolo, ima že precejšen, čeprav nekoliko neurejen besedni zaklad in neke primitivne gramatikalne pojme. Šola to znanje uredi in pogladi in pred nami stoji zrel človek.

Ves pomen govora nam stopa jasno pred oči šele, ko gledamo gluhega otroka. Tudi pri gluhem otroku se pojavi faza blebetanja in prav to zapelje starše, da gluhosti ne opazijo takoj. Toda blebetanje pri gluhem otroku ne vzdraži slušnega centra, zvok ne vzbudi njegove pozornosti in ker sam sebe ne sliši, se tudi ne posnema. Blebetanje počasi zamre in starši poročajo zdravniku: otrok je že govoril, potem je pa oglušel in pozabil še tisto malo, kar je znal.

Ker zvok gluhemu otroku ne pomeni ničesar, odpade cela vrsta signalov in impulzov, ki pospešujejo njegov razvoj. Tak malček seveda močno zaostane in tako mu često delamo krivico, ko ga obsodimo, da je duševno manj vreden. Tak otrok je navadno zelo miren; ne obrača se na klic, noben šum ga ne vznemirja, toda reagira na vsak mig, na najmanjšo izpremembo mimike in smotno vrši delo, ki zahteva predvsem dobro razvit vid in tip: sestavlja kocke, gradi hiše iz peska, posnema mater pri pomivanju posode, pranju itd.

Tak otrok ni kdo ve kaj družaben, ne zna biti prisrčen kot zdrav otrok. Zelo hitro se prestraši, saj lahko predvideva v življenju samo takšne situacije, ki jih je že sam izkusil, ne moremo mu prav ničesar z besedo pojasniti ali ga na kaj napraviti. V strahu kriči z nekontroliranim, često skoraj živalskim glasom, ki mu še bolj daje pečat manjvrednosti.

Od kod mirnost otroka, ki mu daje nekak videz lenobe? Svoj čas so učitelji gluhih otrok pojasnjevali to z okvarjeno vestibularno funkcijo, ki daje otrokovi hoji poseben pečat in je tudi vzrok njegovi nespretnosti pri fizikalnih vajah.

Delno je morda to res, toda kako si bomo pojasnili isti pojav pri otroku, ki ima vestibularno funkcijo ohranjeno?

Novejše psihološke raziskave sluha so pokazale, kako pomanjkljive in celo napačne so bile naše predstave o tem čutu.

Vse preveč smo vajeni primerjati izgubo sluha z izgubo vida. Da si izgubo vida lažje predstavljamo, je naravno, saj si tako predstavo lahko izzovemo že s tem, da zapremo oči. Pri ušesih pa nimamo trepalnicam sličnih naprav in tudi če si zamašimo ušesa, nam to le neznatno zmanjša sluh (kvečjemu za 20 deci-

belov). To seveda je zelo daleč od resne naglušnosti, kaj šele od popolne gluhosti. Saj je zvok v tem primeru le oslavljen, ne pa popačen. Poleg tega so tudi fiziološke in psihološke preiskave pokazale, da izgube sluha in vida ne gre primerjati.

Ko so otologi opazili silne duševne alteracije pri oglušelih, so se poglobili v psihologijo sluha in so zvoke, ki jih slišimo, zaradi lažjega razumevanja ločili v tri skupine:

1. stopnja simbolov: človek sliši govor in vzpostavlja neposredni kontakt s sočlovekom;

2. stopnja signalov in opominov: brnenje motorja nas na cesti opozori, da se je treba ogniti motornemu vozilu, čeprav ga ne vidimo;

3. in končno še slušno ozadje: čeprav so naše misli pri knjigi, ki jo beremo, vendar podzvestno slišimo vse, kar se godi okoli nas: šelestenje listja v vetru, padanje dežnih kapelj, tiktakanje ure, škripanje vrat, korake mirhoidočih. Ti zvoki, ki sicer ne dosežajo možganske skorje, nas vendarle skupno z ravnotežnimi dražljaji vzdržujejo v budnem stanju tudi tedaj, ko nimamo ravno kake določene zaposlitve, in povzročajo nehotne menjave v mišičnem tonusu.

In čudno: prav izguba slušnega ozadja povzroča največje psihične depresije pri tistih, ki so slišali in so izgubili sluh.

Od rojstva ali od rane mladosti gluhi otrok te depresije ne pozna, toda manjka mu impulza za gibanje, ki ga daje prav to slušno ozadje, manjka mu orientacija, saj zvoki naše okolice tudi znatno sodelujejo pri vzdrževanju ravnotežja.

Če nam uspe, da močno naglušnemu otroku sluh z operacijo znatno izboljšamo (n. pr. mikrotija z atrezijo zunanjega sluhovoda, malformacijo srednjega ušesa in normalno kokleo), se otrok iznenada znajde v neznanem svetu in reagira čisto z veliko prestrašenostjo. Šele počasi se navadi na novo stanje.

Sicer zdrav, gluhi otrok ima normalno inteligenco, vendar kljub najskrbnejši vzgoji ne more nikoli doseči znanje in obzorje otroka z normalnim sluhom: nauči se govoriti, toda govor je vedno kolikor toliko agramatičen, slovar je vedno pomanjkljiv. Saj se otrok lahko nauči kvečjemu 1/10 obstoječih besed. Poleg tega se jezik stalno razvija in vključuje v besedni zaklad nove besede, gluhi človek pa ne more slediti tempu razvoja in zaostaja. Vsebinsko je govor pomanjkljiv, ker je takemu otroku abstraktni svet odmaknjen. Tudi vzgoja je vedno usmerjena k metodam s praktičnimi konkretnimi demonstracijami: gluhi otrok najlaže razume, kar vidi in tiplje.

Gluhega otroka seveda ne smemo zamenjati z afatikom. Ta ne obrača pažnje na zvok in ima slab spomin za besede in zvoke. Često se znajdejo taki otroci v gluhonemnicah, kjer jih imajo izpočetka za slaboumne. Ko pa se slednjič zavedo, da zvok ni brez pomena, tedaj napredujejo zelo hitro, začno govoriti in govore z normalnim naglasom; čisto končajo v šoli med normalnimi otroki.

Zato tudi usmerjajo gluhe otroke v praktične poklice in obrti. Akademsko izobrazbo jim ni dostopna. To velja seveda samo za tiste, ki so od rojstva gluhi.

Kje je meja med gluhim in naglušnim? Zavedati se moramo, da ga z normalnimi možgani ni človeka, ki bi bil popolnoma gluhi. Nekje je gotovo ohranjen vsaj majhen slušni otoček. So frekvence, na katere otrok reagira, če so zelo glasne. Nizke frekvence pa bolnik vsaj čuti kot vibracijo, če jih že ne sliši. So otroci, ki slišijo samo 1 frekvenco, t. j. navadno okoli fr. 4000, so pa drugi, ki

imajo ohranjena večja frekvenčna območja. Vidimo torej, da — kakor povsod v medicini — tudi tu ni ostre meje med gluhim in naglušnim. Praktično pa velja: gluhi je za nas otrok, ki še v domači oskrbi ni naučil govoriti, ki ne posveča pažnje zvokom.

Naglušen otrok ima lahko zelo pomanjkljiv, celo nerazumljiv govor, vendar mu zvok nekaj pomeni. Njegov avdiogram kaže ohranjen, čeprav okrnjen sluh vsaj v govornih frekvencah.

Diagnoza gluhosti je še danes pri dojenčkih težka, diagnoza in določitev stopnje naglušnosti pa skoraj nemogoča.

Omenim naj le diagnostične metode, ki so dostopne praktičnemu zdravniku: čisto majhen dojenček reagira na močan zvok z avropalpebralnim refleksom, se pravi, da trenje z očmi. Čim bolj se otrok na znake privadi, čim bolj obračuna nanje pažnjo, tem manj je izražen refleks, toda tem bolj se ob zvoku izpremeni izraz v obrazu. V široki vsakdanji praksi lahko za izvor zvoka uporabljamo tudi boben, piščalko, samokres na vžigalne kapice, zvonec, glasbene vilice itd.

Objektivna avdiometrija, ki sloni na pogojnih refleksih, je še precej nezanesljiva.

Kaj naj stori zdravnik, če ugotovi, da je dojenček gluhi?

Najprej mora poučiti mater, naj z otrokom čim več govori, naj vidno premika ustnice, naj govori glasno in naj ponavlja predvsem enostavne besede, ki jih artikuliramo spredaj: mama, papa, tata, dada itd., in naj jih ponavlja v taki zvezi, da bo otrok doumel njih pomen. Ko nastopi doba bebljanja, naj mati svoj napor podvoji. Tako bo otrok kljub gluhosti nekaj malega govoril, poznal bo pomen zvoka in besede, če le ni preveč naglušen. Najkasneje s 3 leti pa ga mora začeti vzgajati strokovnjak, učitelj za gluho mladino. Žal je pri nas to skoraj neizvedljivo, ko nimamo vrtcev za gluho mladino. Vendar pa imamo logopedične ambulante in tja napotimo mater z majhnim, gluhim otrokom.

Take otroke vzgajajo danes v zvočnih prostorih, kjer je močan odmev in kjer močni zvoki iz zvočnikov ustvarjajo nekako slušno ozadje tudi za gluhega otroka in ga tako vadijo poslušati. Če tega ne moremo, tedaj moramo otroku čimprej preskrbeti vsaj slušni aparat in z njim naj mati vadi z otrokom po več ur dnevno.

Ko doseže gluhi otrok starost do 6 let, naj ga da mati v zavod, najbolje samo čez dan, zvečer naj se otrok vrača v svoj domači krog.

Ko konča šolo, bo znal govoriti; če je nadarjen, bo govoril razločno in bo dobro odgledoval, se pravi z ustnic razbiral posamezne glasove. Vendar bo, če je otrok res gluhi, zvenel njegov govor monotono, nemelodično in bodo njegovi razgovori kljub velikemu besednemu zakladu brez vsega, kar ni nujno potrebno. Tako nam gluhi otrok sploh ne odgovori, recimo, na vprašanje: »Ali ni danes lep dan?«, ker se mu zdi to samo po sebi umevno in zato tudi vsaka beseda o tem odveč. Poleg tega gluhi otrok neprestano povzroča šume: drsa pri hoji, cmoka pri jedi itd., če ga na to prav posebej ne opozarjamo.

Nekoliko drugače je z naglušnim otrokom. Če so ostanki sluha precejšnji in v frekvencah, ki so za govor važne, tedaj starši dolgo ne opazijo defekta, saj otrok sliši in reagira na zvoke, vendar pa začne kasno govoriti, govori malo in pomanjkljivo. Starši in često zdravniki mislijo na zaostalost v razvoju in se tolažijo, da se bo govor razvil kasneje. Vse prepogosto pozabljamo, da naglušen otrok ne sliši le manj, temveč da to, kar dojema, sliši popačeno. Ker je govor defekten, je manjše tudi otrokovo obzorje.

Če je naglušnost omejena le na predele visokih tonov, je defekt lahko omejen na razne sigmatizme, t. j. na nepravilno izgovarjanje sičnikov in šumevcev.

Pri okvarah notranjega ušesa je okvarjeno predvsem dojemanje visokih tonov in prav teh je največ v frekvenčnem območju sičnikov.

Močno naglušen otrok potrebuje veliko pomoči od vzgojiteljev v prvih letih življenja, nato pa spada v posebno šolo za naglušne in nikakor ne med gluho mladino. Taka šola ima normalen učni program, le način podajanja je drugačen. Učenci morajo imeti slušne aparate. Naglušen otrok lahko konča gimnazijo in če je nadarjen, mu akademska pot ne bo zaprta.

Manj naglušen otrok spada v šolo skupaj z normalnimi otroki, opremljen pa mora biti s slušnim aparatom in imeti mora v šoli določene privilegije: sedi naj v prvi klopi, prekiné naj učitelja, če ni razumel, in prosi za ponovno razlago. dovoljeno naj mu bo, da gre k tabli in posluša od blizu. Doma naj mu pomagajo starši in še strokovni učitelj, ki ga uči odgledovanja in mu pomaga preko govornih motenj.

Čisto drugače je z otroki, ki so oglušeli, ko so se že povsem zavedali svojega sluha in so dobro govorili. Tak otrok zapade v depresijo. Občutek ima, da je vse okoli njega umrlo, in često tak otrok spočetka samo joka ali spi. Ker ne zna odgledovati, ne razume, če mu govoriš, vendar pa po pogledu in premikanju ustnic vidi, da so besede namenjene njemu, zato začne odvrčati pogled in gledati stran. Tako duševno alteracijo često pripisujejo okvari možganske skorje, zlasti še, ker je oglušitev često posledica meningitisa, v resnici pa je največkrat le alteracija zaradi izgube sluha. Zdi se mu, da je ves svet okoli njega umrl, vendar mu vid govori nasprotno: ljudje še vedno gestikulirajo, ustnice se premikajo. Ker si tega nasprotja ne zna razložiti, rajši poveša pogled in se zapira sam vase. Nedružaben postane, cmerav, boječ, neprilagodljiv. Spočetka še izraža svoje želje v besedah in stavkih, potem pa začne pozabljati in kmalu ne zna več govoriti.

V takem primeru je važno, da s takojšnjimi vajami ohranimo vsaj tisto sposobnost govora, ki jo še ima. Če zna otrok že pisati, je delo veliko lažje.

Preskrbeti moramo tudi, da bo otrok imel družbo, da ne zapade v samotarstvo.

Če je otrok postal naglušen potem, ko je že govoril, je ogromna razlika med njim in tistim, ki ima že od rojstva isto stopnjo naglušnosti. Kasno oglušeli otrok je na normalni stopnji razvoja, svojega pomanjkljaja se docela zaveda in ga skuša, če je inteligen ten, nadomestiti z drugimi čuti. Če damo takemu otroku slušni aparat, bo takoj razumel govor v tolikšni meri, kolikor mu pač dopušča ostanek sluha, in bo popravil napake v izgovorjavi, ki so se morda po bolezn i že pojavile. Od rojstva naglušni pa si z aparatom spočetka ne bo nič pomagal, ker ne bo vedel kaj početi s tako alteriranimi zvoki, ki jih prvič sliši.

Vendar pa je slušni aparat potreben vsakemu naglušnemu otroku, in sicer čimprej. S slušnim aparatom bomo ojačili tiste centre, za katere je otrokovo uho sploh dovzetno. Opozorili ga bomo na centre in ga nanje navadili že v dobi, ki je odločilna za kasnejšo možgansko aktivnost.

Če se bo dete navadilo uporabljati tisto malo sluha, kar ga ima, že v prvih letih življenja, ne bo nikoli gluhonemo. Kadar pa nam bo uspelo opremiti vsakega 2-letnega naglušnega s slušnim aparatom in pritegniti k vzgoji teh otrok vse starše, bomo izraz gluhonem iz našega slovarja lahko črtali, gluhonemnice pa spremenili v šole za naglušne.

Delo in vloga socialnega delavca v komisiji za dovoljeno odpravo plodu

Soc. delavka Albina Pečaver

(Konec)

Delo socialnega delavca na seji komisije za dovoljeno odpravo plodu

Ko so opravljene vse priprave v zvezi z ženo, ki prosi za splav, pride žena pred komisijo. Priprave obsegajo razgovor z ženo, zbiranje podatkov, po potrebi tudi urejanje raznih težkoč in morebitne intervencije. Vse to je podlaga za socialno poročilo, ki mora prikazati vsak primer z vseh odločilnih vidikov. Poleg tega pa mora nosečnost žene potrditi zdravnik ginekolog.

Komisija zaseda redno vsak teden ob določenem dnevu in uri. Vsi organi in osebe, ki sodelujejo v pripravah za komisijo in pošiljajo žene h komisiji, morajo biti točno obveščeni, kateri dan in ura sta določena za delo komisije, enako morajo biti obveščeni tudi o vseh zadevnih spremembah.

Celotna komisija za a. a. s socialnim delavcem odloča o pomembnih in odločilnih življenjskih momentih, od katerih je odvisno, kako si bo žena poslej urejala življenje. Opravljati morajo svoje delo s čutom odgovornosti, resno in dostojno. Vsekakor bo to pozitivno vplivalo na žene, ki bodo potem tudi navodila komisije sprejele z vso resnostjo.

Ko prouči vsa poročila in se z ženami samimi oziroma s sodelavci po potrebi še dodatno porazgovori pred zasedanjem komisije, bo socialni delavec na seji komisijo seznanil z bistveno vsebino socialnega poročila za vsako posamezno ženo, ki iz socialnih razlogov želi prekiniti nosečnost. Še posebej poroča komisiji tudi o tem, kako je žena sprejela nasvet o kontracepciji. Po tem poročilu in obrazložitvi pove socialni delavec svoje mnenje, ki ga tudi utemelji.

Odločitev komisije, ali bo ženi odobrila splav ali ne, je stvar prostega preudarka. Odobritev splava iz socialnih razlogov mora biti v skladu z našim splošnim družbenim gledanjem na ekonomska, socialna, osebna, družinska in druga vprašanja. Poleg tega pa mora komisija probleme reševati tudi z vidika humanosti in pravih odnosov do sočloveka.

Če je vse gradivo dobro in temeljito pripravljeno, bo komisija največkrat že na podlagi tega lahko odločila, ali naj ženi ugodi ali ne. V kočljivejših ali težjih primerih, ko se komisija ne more takoj odločiti za neko stališče, za ugoditev ali zavrnitev, je dolžnost socialnega delavca, da komisiji obširneje obrazloži primer in ji ga vsestransko osvetli, tako da ji pomaga do pravilne in objektivne odločitve in da žene na sami seji ni treba mučiti z raznimi vprašanji.

Socialno poročilo in predlogi socialnega delavca naj se na seji obravnavajo v odsotnosti žene. Vpričo nje je takšno obravnavanje kaj mučno, zlasti kadar gre za hujše osebne težave ali kadar se komisija teže odloči in porabi več časa za izmenjavo mnenj, preden pride do sklepa.

Vsaka žena mora priti k seji komisije sama. Njena navzočnost je potrebna, da ji komisija ob bolj kočljivih in premalo pojasnjenih primerih lahko po potrebi stavi še dodatna vprašanja za osvetlitev spornih okoliščin. Takih primerov pa naj bo čim manj! Z ženo naj se na seji načeloma ne govori mnogo, posebno ne o njenih težavah. Izvzeta so seveda nujna pojasnila, naročila in

napotki. Ponovno obravnavanje razlogov za splav vpricho žene ali kakršne koli druge pripombe nimajo tedaj prav nobenega pomena in so tudi čisto brez uspeha. Tisti čas, ko je pred komisijo, misli žena največkrat samo na to, ali se bo komisija odločila v njen prid ali ne. Zato takrat na razna vprašanja res ne more odgovoriti objektivno. Zanj je v tem trenutku važno predvsem vprašanje, kako doseči odobritev splava, in to na kakršenkoli način. Popolna osredotočenost na to vprašanje ji tedaj omejuje sprejemljivost in sposobnost za dojemanje globljih stvari. Zato naj ji predsednik komisije da edinole kratke napotke glede splava in kontracepcije in po potrebi morda še kaka druga pojasnila.

Pri delu komisije se stalno panavljajo primeri, da žena presliži važna naročila, ki so v njen prid. Šele kasneje se nekoliko zbere in pride ponovno vprašat, kaj ji je bilo naročeno. Nedvomno stopi večina žena pred komisijo z mučnim razpoloženjem. Zavest, da bodo neznane ji osebe razmotrivalo o njenem primeru in o intimnostih njenega življenja, ustvarja v njej čustveno napetost. Količ kaj natančnejše izpraševanje pred komisijo, zlasti v zvezi z njenimi težavami ali pripombe glede njenega primera so dostikrat vzrok, da ta napetost popusti in da se v njej sprožijo čustveni mehanizmi. Žena se začne jokati, tresti, jeziti ali reagira kako drugače. Delo komisije se s takimi pojavi komplicira in otežkoča. Takšno mučno stanje nehote vpliva tudi na druge žene, ki na obravnavo čakajo še v čakalnici.

Vsi ti razlogi nujno zahtevajo, da z ženo, ki prosi za odobritev splava, uremo vse potrebno, še preden pride sama pred komisijo.

Socialni delavec lahko do neke mere prepreči že opisane nezaželene pojave, če izkoristi proste trenutke med sejo, pa stopi k ženam v čakalnico, jim obrazloži postopek komisije in jih tako notranje pripravi na razpravo. Brez dvoma to pomirjevalno vpliva nanje.

Posebno pozornost mora komisija posvetiti primerom, ko pridejo pred komisijo mladoletne deklice s starši ali skrbnikom. Prav tako tudi primerom, ko žena ali dekle želi priti pred komisijo z možem oziroma s partnerjem ali kadar zahteva to komisija. V takih primerih je čakanje skupaj z drugimi čakajočimi ženami neprijetno že zaradi morebitnih neumestnih pripomb, pri mladoletnih pa tudi zaradi diskrecije. Takšnim strankam naročimo že prej, da pridejo ob določenem času mimo čakalnice naravnost pred komisijo, ali pa se z njimi dogovorimo, da pridejo, tik preden komisija zaključi z delom.

Po končani razpravi in ko komisija reši prošnjo žene za odobritev splava, predsednik prosilki sporoči odločitev, do katere je komisija prišla na podlagi razpoložljivega gradiva. Sklep komisije se vpiše v zapisnik hkrati z razlogi za odločitev. O rešitvi je žena takoj obveščena, bodisi da je komisija njeni prošnji ugodila ali ne.

Če ji je splav odobren, se ji ob tej priliki naroči, kdaj in kje se mora javiti za izvršitev odobrenega splava. O tem se vodi poseben razvid, da ne nastanejo kake težave in da za določeni dan ni naročenih preveč žena.

Kadar se pa, ženi ne dovoli splav, bodisi zaradi previsoke nosečnosti ali ker ji ga je prvostopna komisija enkrat že odobrila, bodisi da razlogi za prekinitev nosečnosti niso dovolj utemeljeni ali pa žena sama ni trdno odločena, tako da pred komisijo še vedno koleba, v takih primerih se ženi prošnja zavrne. Obenem se ji takoj tedaj izroči tudi pismena odločba, v kateri je zavrnitev obrazložena. Vendar moramo ženo poučiti, da ima zoper odločbo prvostopne komisije pravico do pritožbe na drugostopno komisijo, čeprav jo je o tem socialni delavec pred

sejo morda že obvestil. Obenem ji povemo, kdaj in kje zaseda komisija druge stopnje. V odločbi, s katero se ženi prošnja zavrne, so navedene vse njene nadaljnje pravice. Ker pridejo pred komisijo dostikrat preproste žene, ki teže razberejo vsa ta navodila in tudi nerade iščejo nasvetov, kako naj pripravijo listine za drugostopno komisijo, se primeri, da pridejo žene drugič pred komisijo tudi brez potrebnih dokumentov. Tako je njihova pot do Ljubljane bila zaman.

Ženi je treba na seji prvostopne komisije povedati, kakšne listine mora predložiti drugostopni komisiji, hkrati pa se moramo tudi prepričati, če je pravilno razumela navodila o tem. Potrebna navodila in pojasnila daje lahko ženam socialni delavec.

Žene, katerih primeri so težji in pri katerih je potrebno še nadalje urejati njihove razmere, se napotijo k sodelavcu, seveda le, če same želijo takšno pomoč.

Komisija za a. a., ki je obenem organ za širjenje kontracepcije, bo lahko del svoje naloge v tem smislu opravila že v času, ko ima ženo pred seboj. Predsednik komisije za a. a. ji razloži, kar je že prej slišala od socialnega delavca, sodelavca ali zdravnika na terenu, da imamo danes v obrambi proti splavom sodobno kontracepcijo, s katero naj si pomaga tudi ona. Zato naj gre 6 tednov po splavu ali po porodu na pregled k zdravniku, ki je usposobljen za kontracepcijsko službo, in naj se z njim porazgovori o rabi kontracepcijskih sredstev. Nadalje ji predsednik pojasni, da odobritev splava pravzaprav ni njena pravica, temveč da se je to pot upošteval le njen težki položaj. Če bo v prihodnje znova prosila za splav, tega razloga ne bo mogoče več upoštevati in ji splav ne bo odobren.

Komisija opravi svoje delo razmeroma hitro in brez zadržkov, če je zadevno gradivo temeljito in dobro pripravljeno. Zato se mora socialni delavec pri svojem delu zavedati, da gre za reševanje zelo perečih in občutljivih zadev, ki jih mora urejati z vso resnostjo in točnostjo. Z opisom celotnega postopka na seji komisije pa je v bistvu zajeta tudi vsa dejavnost socialnega delavca na tem področju.

Delo socialnega delavca po seji komisije za dovoljeno odpravo plodu

S tem, da smo primer neke žene obravnavali na seji komisije in ji je bila prošnja za splav odobrena ali odklonjena, pa naše delo še ni zaključeno. Takšno delo bi bilo zgolj formalno in opravljeno samo zato, da ženam trenutno pomagamo. Bistvo preventivnega dela, ki ga mora opraviti socialni delavec, pa je njegovo delo z ženami po seji komisije za a. a. Šele s tem delom, namreč s širjenjem kontracepcije, se vključuje v akcijo proti splavu. Zato zaključujemo naše delo z ženami šele po seji komisije, in to s posredno ali neposredno obdelavo. Namen tega dela je naslednji:

1. Žene, ki smo jih spoznali pri obdelavi njihovih primerov in pred komisijo samo, so nam zaupale vse svoje težave in so nas prosile pomoči. Zato nas veže moralna dolžnost, da se zanimamo za njihovo nadaljnjo usodo, posebno za tiste, ki živijo v težjih ali sicer problematičnih razmerah in so nujno potrebne še nadaljnje pomoči, če jim hočemo popraviti oziroma izboljšati položaj.

2. Vsekakor je treba skrbeti tudi za vse druge žene in se glede njih zanimati, koliko so izpolnile nasvet in nekatere tudi obljubo, da bodo po splavu šle k zdravniku zaradi pouka o kontracepciji. Vsi, ki delamo z ženami v tej

smeri, moramo težiti za končnim smotrom vsega prizadevanja, da čim več teh žena, ki smo jih poučili, pripravimo do tega, da sežejo po kontracepcijskem sredstvu in se tako obvarujejo ponovne nezaželene nosečnosti.

3. Po seji komisije moramo opraviti še neko važno delo, če hočemo, da spoznamo situacijo v celoti in se pri delu izognemo ozkosti, v katero nas bi moglo zavesti upoštevanje zgolj individualnih primerov. Vse gradivo, ki nam je na razpolago, je treba obdelati tudi statistično, tako da se nam pokažejo značilnosti našega dela, ki so lahko ugodne ali neugodne. Na podlagi številnih podatkov lahko usmerjamo svoje delo in ga stalno motrimo s širših vidikov.

Delo s posamezno ženo, ki ji je treba nuditi pomoč. Socialni delavec se posveti v prvi vrsti tistim tovarišicam, ki jim je bila prošnja za odpravo plodu zavrnjena, in pa tistim, ki žive v posebno težkih življenjskih razmerah. Žene, ki jim je bila prošnja za splav odklonjena, so potrebne še posebne skrbi. Takoj po seji komisije sporočimo vse take primere sodelavcu. Če je kateri od žena tudi drugostopna komisija zavrnila prošnjo za odobritev splava, tedaj je njegova skrb, da to ženo čimprej obišče babica. Le-ta opravi svojo nalogo v tem smislu, da jo pouči o režimu v nosečnosti, obenem pa jo povabi v posvetovalnico za žene. Pri vsem tem seveda mora upoštevati tudi njeno duševno razpoloženje in si prizadevati, da jo čimbolj opogumi. Velikokrat bo pred porodom treba z ženo in okoljem marsikaj urediti, ženo samo pa seznaniti z vsemi pravicami, ki jih ima kot nosečnica. Z vsem tem in še z drugimi primernimi ukrepi ji je treba omogočiti, da kar se da mirno mirno pričakuje porod. Tako bo imela občutek, da v stiski ni sama in da ji vendarle želimo pomagati. Veliko je odvisno od ljudi, predvsem od babice, ali bo znala ženo spodbuditi in ji obenem pomagala urediti vse potrebno.

S takšno skrbjo ženi ne samo pomagamo, temveč dostikrat celo dosežemo, da ji misli ne bodo uhajale samo na splav in da rešitve ne bo iskala v kriminalnem splavu.

Za žene, ki živijo v posebno težkih življenjskih razmerah in jim je bil splav bodisi odobren ali odklonjen (zaradi previsoke nosečnosti), bo socialni delavec ali sodelavec uredil vse, kar je v njegovih močeh ali pristojnosti. Poleg tega bo njihov težki položaj obrazložil pristojnim organom, ki dejansko rešujejo take primere. Seveda bo to storil edinole s privoljenjem prizadete žene.

Prav takšnih primerov, ki bi jih lahko uredili že prej, pa razni organi dostikrat ne poznajo, ker žene največkrat nerade razkrivajo svoje težave uradnim osebam, posebno če je to povezano z njihovimi odnosi v družini ali okolju.

Niti socialni delavec niti sodelavec pa kakih težjih primerov, ki jih obravnavata, ne moreta reševati do kraja in na širši osnovi, ker za to pač nista pristojna. Njuna naloga je — z ženo delati, temeljito spoznati njene težave, ji pomagati in svetovati, zaradi konkretne rešitve pa morata sporočati take izredne primere pristojnim organom oziroma nadrejenemu starešini.

Tudi če bi bil socialni delavec ali sodelavec pristojen, da takšne primere rešuje na širši podlagi, bi te naloge ne mogel sprejeti že zaradi obilice in nujnosti svojega rednega dela. Zato je prav, da take primere rešujejo organi, ki so zanje pristojni. Prav pa bi bilo, da se od teh organov zahteva pojasnilo, kako napreduje nadaljnje reševanje primera.

Že samo s posredovanjem, da naj se primeri rešijo, naletimo pri raznih organih na težave in nerazumevanje. Toda z vztrajnostjo in doslednostjo bomo

premostili tudi te subjektivne težave. Vsakomur in povsod, kjerkoli moramo urejati naše primere, prikažemo nujnost rešitve z vidika predrojstvenega varstva, ki je tako važno za zdrav in dober napredek otroka.

Mnogokrat pomagamo ženi že s tem, da ji svetujemo ali jo poučimo o načinu postopka za reševanje njenega primera in jo seznanimo z vsemi možnostmi, ki so ji na razpolago, oziroma z vsemi pravicami, ki jih ji daje naša družba. Žena potem sama ureja svoj primer, zaradi občutka, da pravilno ravna, pa nam lahko sprti pride poročat.

V lažjih primerih pa zadostuje, da imamo z ženo po seji komisije temeljit razgovor, s katerim navadno dosežemo, da se žena umiri in se nekako le sprijazni s svojim novim položajem, zlasti v primerih, ko ji je bila prošnja za odobritev splava zavrnjena.

Da ve ženam dajati pravilne in točne napotke, mora socialni delavec dobro poznati ves ustroj oblastvenih in družbenih organov in organizacij, prav tako pa tudi vso našo zadevno zakonodajo, ki rešuje vprašanje žene, matere in otroka.

Skrb za žene, da si po izvršenem splavu pomagajo s kontracepcijo. Naše delo z ženami ni namenjeno samo pomoči, ki jim jo v stiski nudimo z individualnim delom, temveč je daljnosežnega pomena in izrazito družbeno delo. Osnovni smoter nam mora biti, da čimbolj razširimo uporabo moderne kontracepcije. S tem se najbolj uspešno borimo proti splavu sploh kot zlu za ženo in družbo.

Metoda sodobne kontracepcije se pri nas šele uvaja, saj smo tako rekoč šele začeli privajati naše ljudi na to, da na zdrav in human način urejajo medsebojne spolne odnose in s tem v zvezi skrbijo za zdravo in pravilno regulacijo rojstev.

Vsaka nova preventivna akcija, ki posega v ustaljena gledanja in običaje in zahteva preusmeritev in prevzgojo za odpravo zastarelih navad, še ne more prinesiti takoj vidnih uspehov, zato si težko utira pot. Tudi borba proti splavu s pomočjo moderne kontracepcije ne poteka brez težav. Pomisleki glede kontracepcije se pojavljajo zaradi nepoučenosti, nerazumevanja ali zastarelih nazorov o življenju, zato so mnogi načeloma proti uvajanju nove metode. Začetne težave pa bodo premagane le z upornostjo, doslednostjo in jasnim pogledom na to vprašanje s strani vseh, ki se pečajo z reševanjem in urejanjem teh zadev. Krog ljudi, ki bi lahko mnogo doprinesel k širjenju te metode, je zelo velik in lahko s svojim vplivom poseže na razna področja dela in življenja.

Akcija za širjenje kontracepcije je komaj na začetku, čeprav traja že nekaj let. Težave pri uvajanju te metode narekujejo prav socialnim delavcem in sodelavcem, da svojo dejavnost razširijo tudi na delo po seji komisije, predvsem pač v tem smislu, da se žena oprime naših nasvetov in napotkov o kontracepciji. Zato zahteva to delo po seji komisije od sodelavcev res veliko požrtvovalnosti in mnogo napora.

Ceprav so žene pred sejo in na seji komisije poučene o prednosti, ki jim jo nudi varstvo pred ponovno nezaželeno nosečnostjo, se je iz dosedanje prakse vendarle pokazalo, da so mnoge od žena, ki jim je bil splav odobren in so se rešile težav, pozabile iti k zdravniku ali pa jim ni bilo več do tega.

Sodelavke so meseca marca in aprila 1959 v območju Zdravstvenega doma Ljubljana-Moste obiskale 40 žena, katerim je bil splav odobren v zadnjem tromesečju prejšnjega leta in v januarju 1959. Ugotovilo se je, da je po splavu

obiskalo zdravniško ordinacijo samo 21 žena. Le 6 med njimi jih je prosilo za kontracepcijsko sredstvo in za pouk o teh sredstvih in so zaprošeno tudi dobile. Drugih 19 žena ni šlo na zdravniški pregled, vendar so nato pri obisku vse obljubile, da pojdejo k zdravniku. Pri večini prej navedenih 21 žena je bil prav ta obisk spodbuda za njihovo pot k zdravniku.

Če ne bi tako skrbeli za nadaljnjo usodo žene po splavu, bi ves trud v tej smeri propadel. Zato mora biti nadaljnje delo organizirano tako, da se žene po izvršenem splavu po določeni dobi (po 6 tednih) opomnijo, naj se javijo pri zdravniku zaradi pregleda. Ko žena pride, bodisi sama od sebe ali na vabilo, jo zdravnik po pregledu pouči o kontracepciji.

Evidence o teh pregledih po seji komisije ne bi mogel voditi socialni delavec, ker bi bilo to delo zlasti za večje število žena preobširno. Vse obravnavane primere, tako odobrene kakor zavrnjene, javlja socialni delavec sodelavcem in ti imajo potem nadaljnjo skrb za te žene. Sodelavec to mnogo lažje opravi in se prepriča, ali je žena že prišla k zdravniku na posvet, in bo opomnil le tiste, ki so na obljubo pred komisijo hote ali nehote pozabile. To stori lahko z vljudnim pismenim vabilom ali pa z obiskom na domu.

Socialni delavec bo to imel na skrbi posredno, in sicer tako, da bo sodelavce opozarjal na zadevno nalogo in ga bodo ti nato v določenih razdobjih (trome-sečnih in letnih) obveščali o rezultatih svojega uspeha pri tem delu.

Ti rezultati so važni za komisijo, za socialnega delavca in sodelavca ter zdravstveno službo sploh, še posebej pa za dispanzer za žene, ker šele potem bo mogoče res oceniti, ali je bilo njihovo delo uspešno ali ne.

Menim, da od našega prizadevanja ne moremo že kar v začetku pričakovati velikih uspehov. Nemogoče je, da bi v kratkem času kdo ve koliko znižali število žena, ki prihajajo pred komisijo s prošnjo za splav, ali da bi se našim napotkom odzvale vse žene. Vendar nam to ne sme vzeti poguma in v vztrajnosti ne smemo popustiti, če ne dosežemo vidnejših uspehov že v začetku. Posebno skrb je treba posvetiti tej preventivni dejavnosti v tistih krajih, iz katerih prihaja sorazmerno več žena pred komisijo. V tem delu morajo komisija in sodelavci podpreti na eni strani prizadevanja dispanzerjev za žene, na drugi pa splošne zdravstvene službe.

Statistična obdelava podatkov. Socialni delavec mora poznati celotno problematiko, ki se tiče splava. Sicer se utegne zgoditi, da mu posamezni, zlasti resnejši primeri zameglijo pogled na celoto, kar bi ga pri delu lahko zavedlo v napačno smer. Če ne pozna te problematike v celoti, tudi ne more voditi široke akcije v borbi proti splavu.

Nedvomno vsak član komisije pozna to problematiko vsaj po individualnih primerih, ki se obravnavajo na seji komisije. Za poznavanje široke problematike pa je v določenih razdobjih treba izdelati analizo o delu komisije na podlagi statistične obdelave vseh primerov, ki jih je komisija obravnavala.

To delo naj bi opravil socialni delavec, ki večino primerov bolj ali manj temeljito pozna in so mu statistične analize merilo za njegovo nadaljnje delo. Statistično je treba delo komisije obdelati mesečno. Na podlagi mesečnih analiz se nato sestavijo trimesečni in letni statistični pregledi.

Taki pregledi za daljša obdobja so vsekakor že študijsko gradivo za socialnega delavca in za komisijo samo. Statistične izdelke je treba sporočati svetoma za zdravstvo in za socialno varstvo kakor tudi drugostopni komisiji.

Značilnosti in posebnosti, ki se pokažejo v statističnih pregledih za določena obdobja, je treba vestno analizirati, enako tudi vse rezultate, ki se pokažejo ob primerjanju statističnih pregledov za različna obdobja. Take značilnosti in posebnosti je treba ugotavljati tudi po teritorialnih enotah, z ugotovitvami teh analiz pa seznanjati pristojne občinske organe in sodelavce, da morejo pravilno usmerjati svoje delo v prihodnje.

Sestavljanje navedenih statističnih pregledov pa bo služilo temu namenu le, če se že vnaprej določijo vsi podatki, ki jih je treba zbirati zaradi dela in analize, in če se določeni obrazec ne spreminja brez stvarne potrebe.

Naša praksa dokazuje, da je zgolj iz medicinskih razlogov odobrenih zelo malo splavov. Medicinska znanost je do danes že tako napredovala in tudi zdravstvena služba je tako razširjena, da je res le še malo absolutno medicinskih indikacij za prekinitev nosečnosti. Prav tako so med medicinsko-socialnimi razlogi izključno medicinski razlogi bolj relativnega značaja, ker v večini primerov prevladujejo socialni razlogi.

Razlogov, ki ženo privedejo pred komisijo zaradi težkih gmotnih, osebnih ali družinskih razmer, ne moremo spraviti v kakšen že vnaprej določeni ali celo predpisani okvir. Problemi žena so zelo različni in za vsak primer po svoje značilni. Razlogi se zelo razlikujejo že po sami vsebini, so pa različni tudi po tem, ker imamo lahko z istim razlogom opraviti v različnih razmerah in različnem okolju. Vseh tako zelo različnih vzrokov, ki ženo privedejo pred komisijo, pa takšen vnaprej določeni okvir ne bi mogel zajeti.

Po njih osnovni vsebini delimo te tolikanj raznovrstne vzroke v sedem glavnih, najbolj značilnih skupin, in sicer v razloge zaradi:

- stanovanjskih problemov,
- socialno-ekonomskega stanja,
- neurejenih razmer,
- bolezni v družini,
- razdora v zakonu oziroma družini,
- alkoholizma in
- osebnih težav.

V istem primeru nastopa dostikrat več različnih razlogov, ki se med seboj prepletajo. V primerih, kjer se pojavlja več razlogov hkrati, so ti lahko tudi v vzročni zvezi med seboj, tako da se novi razlog pojavi zaradi drugega, že prejšnjega razloga.

Ko določamo, v katero skupino spada posamezni problem, ugotovimo najodločilnejši in najtehtnejši razlog, nato pa primer uvrstimo v ustrezno skupino.

Zaključki

Razvoj naše družbe, ki mora v sedanjem razdobju premagovati razne socialno-ekonomske težave, in pa nezadostna zdravstveno preventivna dejavnost v varstvu žene pred splavom narekujeta, da se vprašanje splavov rešuje za zdaj s širših vidikov in da se pri tem upoštevajo tudi ekonomski, socialni, osebni in družinski razlogi.

Ker se vprašanje splava ne rešuje več samo z medicinskimi vidiki, se je izkazalo za nujno, da sodeluje pri reševanju tega problema v komisiji za a. a. tudi socialni delavec.

Vprašanje splava je torej širši družbeni problem, zato naj sveti za zdravstvo kot družbeni organi točno določijo področje komisije za a. a. in imenujejo člane komisije, socialne delavce in sodelavce sporazumno s sveti za socialno varstvo in za varstvo družine ter zdravstvenimi domovi in drugimi prizadetimi organi.

Komisija za a. a. in socialni delavec še posebej sta dolžna stalno spremljati delo sodelavcev, biti z njimi v najtesnejših stikih in težiti za tem, da se njihovo delo z ženami čedalje bolj izpopolnjuje.

Ceprav ima komisija za a. a. mnogo širše možnosti, ko rešuje vprašanje splava, vendar pa to ne more in tudi ne sme zastreti resnice, da je splav za ženo škodljiv in nevaren. Zato naj se komisije za a. a., z njimi vred pa tudi socialni delavci in vsi drugi, ki sodelujejo pri varstvu žene, vključijo obenem v široko preventivno delo proti splavu, in to s širjenjem sodobne kontracepcije.

Socialni delavec in sodelavec morata poleg znanja imeti take osebne in moralne kvalitete, da bosta to odgovorno delo z ženo lahko opravila pravilno in uspešno.

Postopek za ugotavljanje dejstev, s katerimi žena upravičuje zahtevo po splavu, naj bo hiter in enostaven, tako da prosilki prihranimo nepotrebna pota po raznih uradih.

Tajnost vsega postopka mora biti brezpogojno zagamčena.

Zadostuje, da potrebno delo z ženo opravi ena sama za odrejeno krajevno področje določena oseba, ki po dobrem in temeljitem razgovoru ter na podlagi objektivnih podatkov in subjektivnih ocen komisiji za a. a. z izčrpnim socialnim poročilom prikaže položaj prosilke.

Socialni delavec predloži komisiji poročilo o stanju prosilke in dostavi svoje mnenje, kadar gre za odobritev splava iz socialnih razlogov.

Komisija odloča o odobritvi splava po prostem preudarku.

Ženi se mora morebitna zavrnitev prošnje obrazložiti, obenem pa pojasniti postopek pred drugostopno komisijo.

Naloga komisije ni samo v tem, da z odobritvijo splava ženo rešuje iz težav, temveč da ji omogoči tudi, da postane mati. Socialni delavec kot član komisije se mora v takih primerih še posebej zavzeti, da pridobi vse pristojne organe, ki so prosilki dolžni urediti razmere.

Komisija za a. a. mora poznati vso problematiko svojega dela, da ji posamezni primeri ne zakrivajo pogledov na celoto, zato socialni delavec vse obravnavane primere statistično temeljito obdela in jih prouči. Svoje ugotovitve in analize sporoči komisijama prve in druge stopnje kakor tudi okrajnemu svetu za zdravstvo in socialno varstvo.

Na tej podlagi si komisija za a. a. izdela napotke za nadaljnje delo.

Socialni delavec oziroma sodelavci žene po izvršenem splavu ne smejo zgubiti izpred oči, temveč si morajo prizadevati, da jo po določenem času privedejo v zdravniško ordinacijo, kjer lahko dobi vse napotke in sredstva za kontracepcijo.

TUBERKULOZA PRI MNOGORODNICAH

Pri 276 ženah s pljučno tuberkulozo so opazovali, kako vpliva nosečnost na potek njihove bolezni. Pri 12% je proces ponovno vzplamenel v prvih treh mesecih

nosečnosti, pri 8% pa po porodu. Pri 7% žena so tuberkulozo prvič odkrili ravno med nosečnostjo. Toda več kot polovici žena, ki so imele tuberkulozo pred nosečnostjo, se stanje ni poslabšalo.

Z. S.

Naši pogledi na sodobna kontracepcijska sredstva

Dr. Lidija Andolšek-Jeras

Naše domače tovarne »Lek«, »Krka«, »Bosna Lijek«, »Eskulap« bodo v kratkem poslale na trg nova kontracepcijska sredstva. Prodajale jih bodo brez receptov vse lekarne.

Ker se bodo žene na terenu obračale na vas, zlasti kar vas je patronažnih sestra, ne bo odveč, da se poprej o nekaterih vprašanjih še pomenimo.

Z novo uredbo o dovolitvi splava, ki priznava socialno indikacijo v celoti, je pričakovati večji dotok žena pred komisije za dovolitev splava. S tem seveda se bo zvečalo tudi število žena, ki se bodo zatekale k vam po socialne izvide. Prav zato je tudi potrebno, da postane patronažna sestra na terenu še prizadevnejša bojovnica v aktivni borbi proti splavu. Gotovo nimajo te naloge samo patronažne sestre, temveč vsak zdravstveni delavec, ne glede na položaj in vrsto dela, ki ga opravlja. Toda ravno patronažna sestra je tista, ki najbolj pozna problematiko svojega področja in ima z ženami največ stika. Zaradi pre-zaposlenosti za zdaj seveda še ne more obiskovati na terenu prav vseh, zlasti ne obiskuje tistih, ki imajo v resnici ali vsaj na videz urejen dom in družinske razmere. Njeni obiski veljajo predvsem družinam, ki jih doma teži nič koliko problemov: slabo stanovanje, številni otroci, alkoholizem in druge neprilike. Če pride v družino, kjer je gospodinja zaposlena delavka, poleg tega pa še mati številnih otrok in živijo v tesnem, odločno premajhnem stanovanju, je kar razumljivo, da izgubi pogum. Zadostuje že, če se vpraša: kako in kje naj ta žena uporablja diafragmo, ko nima niti osnovnega življenjskega prostora? Take razmere pač silijo naše medicinske sestre v malodušje in pasivno rezistenco in so zato v dovoljevanju splavov tudi zelo liberalne.

Medicinska sestra ima največ kontakta z ženami na svojem področju. Svoje individualno delo z njimi pa mora še okrepiti. V intimnem pogovoru lahko ženi marsikaj svetuje. Nujno pa je, da k takemu pogovoru pritegne tudi moža. Saj je tudi on odgovoren in še kako zelo odgovoren za to, kaj se dogaja z njegovo ženo. Razbiti je treba miselnost, da je splav najenostavnejša rešitev iz zadrege, v katero prideta partnerja, zlasti ženska, z neželeno nosečnostjo. Ne-prestano je treba opozarjati na kontracepcijska sredstva in govoriti o posledicah splava. Zlasti je treba govoriti o kasnih posledicah splava, o posledicah, v ka-tere precejšnje število ljudi še vedno ne verjame. Mislim tu na adneksitise, na sterilnost, na razne psihonevroze in na zmanjšano delovno sposobnost.

Vsaka družina planira na neki način svoje potomce. To dela človek, že odkar stoji svet. Sicer nismo proti planiranju družine, toda sredstvo za to ne sme biti splav. Naša družba ve, da so okoliščine, v katerih se znajde ženska z neželeno nosečnostjo, včasih tako hude, da je splav tako rekoč edina rešitev. V takih primerih se splav tudi komisijsko odobri. Vendar pa to ne sme postati pravilo. Zato je naša dolžnost, da podvojimo sile za čimboljšo organizacijo kon-tracepcijske službe. Oglejmo si, kako se je dvignilo število splavov zadnja leta v LR Sloveniji (glej razpredelnico na naslednji strani).

Vplivati moramo na ljudi, da bodo spremenili svoje gledanje na splav. V večini primerov namreč izenačujejo splav z ekstrakcijo zoba in ga ne smatrajo za resen operativni poseg. Žal prevladuje takšno mišljenje celo med ženskami samimi. Prav tako je vzrok, da ženske odklanjajo diafragmo, največkrat samo

lagodnost. Neredko pa se zgodi tudi, da celo zdravstveni delavci sami ženskam odsvetujejo uporabo diafragme. Mislim, da so to pojavi, proti katerim se moramo boriti v prvi vrsti. Res so nekatere kontraindikacije za dodelitev diafragme. Toda zdravnikova naloga je, ko ženo ginekološko pregleda, da ji pove, ali lahko uporablja diafragmo ali ne. Zelo redki so namreč primeri, ko ženska ne more rabiti diafragme. Najpogostejše so to žene, ki so večkrat rodile in imajo večji descensus vagine ali druge porodne poškodbe, ki onemogočajo pravilno namestitev diafragme. Na splošno pa velja danes diafragma v svetu za najboljše kontracepcijsko sredstvo. Nova sredstva, ki pridejo zdaj na trg, so sicer, kar se tiče uporabe, zelo enostavna, vendar tudi manj zanesljiva.

Nastane vprašanje, čemu potem sploh dovoliti, da gredo na trg ta enostavna sredstva, ko vemo, da so veliko manj zanesljiva od diafragme. Zato, ker menimo, da je uporaba katerega koli kontracepcijskega sredstva, tudi če je manj zanesljivo, še vedno veliko boljša kakor odprava plodu. Prav tako želimo, da ženske, ki odklanjajo diafragmo, dobijo zanjo nadomestilo, čeprav to ni diafragmi enakovredno. Na ta način ima ženska več možnosti za izbiro. Tudi lahko ženska ta zaščitna sredstva kombinira ali pa jih uporablja hkrati.

Leto	Predlogov	Vseh izvršenih artef. ab. v LRS	Indikacije			Vseh rojstev v LRS
			med.	med. in soc.	nemed.	
1952	338	186	45	64	77	33 307
1953	336	209	47	95	67	33 042
1954	516	367	65	216	86	31 158
1955	691	583	147	255	181	30 957
1956	1914	1379	543	370	466	30 266
1957	4016	3128	500	734	1894	29 504
1958	6910	5265	541	841	3883	27 802
1959	9570	7862	578	710	6574	27 860

Danes so ženskam pri nas na razpolago naslednja kontracepcijska sredstva:

- diafragma s pasto,
- posebne vrste pasta, sama in brez diafragme,
- svečke različnih oblik,
- tablete.

Diafragma s pasto je še vedno najboljše sredstvo, kar jih poznamo. Ker diafragmo gotovo poznate, je ne bom podrobno opisovala. Važno je, da ženske vedno opozarjate, da je pri stalni uporabi in pravilni namestitvi njena zanesljivost skoraj stoodstotna.

Pasta sama brez diafragme je zanesljiva v okroglo 80–85 %. Lahko je izdelana bodisi kot zdriz ali kot krema. Deluje kemično in mehanično. Kemično na ta način, da se v nožnici razleze in ohromi spermije. Mehanično pa tako, da prekrije maternično ustje in spermijem tako prepreči vstop v materico. V nožnico se vlaga s posebnim nastavkom ali pa brez njega, vendar vedno leže. Nastavek ima to prednost, da z njim apliciramo v nožnico ravno pravnjo količino paste, razen tega pa je aplikacija z njim veliko bolj enostavna in higienska.

Svečke imajo lahko različno obliko. So enostavne za uporabo, ker jih ima žena zaradi primerne oblike lahko vedno pri roki. Vendar niso tako za-

nesljive, komaj v 70 % ali še manj. Vložiti jih moramo globoko v nožnico najmanj 15 minut pred občevanjem. Približno pol ure po vložitvi izgubijo varovalno moč. Delujejo samo kemično.

Tablete so zanesljive približno toliko kakor svečke ali pa še manj. Tablete vsebujejo peno, ki raznaša te spermicidne snovi po nožnici. Vložimo jo v nožnico navadno 10 minut pred občevanjem. Tudi njih učinkovitost in varovalna moč preneha čez pol ure. Pred vsakim občevanjem je treba vložiti v nožnico novo svečko oziroma novo tableto.

O vsem tem bomo seznanili ljudi s posebnimi letaki, ki jih pripravlja za tisk republiška komisija za prewencijo splava in za kontracepcijo. Letake bo založila »Naša žena«. Zato se nam zdi potrebno, da si jih oskrbi vsaka zdravstvena postaja in vsak zdravstveni dom (oziroma posvetovalnice in dispanzerji za žene), vse obratne ambulante, porodnišnice, dečji domovi, skratka vsak zdravstveni zavod. Cena bo malenkostna, komaj nekaj dinarjev. Zavodi bodo le založili potrebna sredstva za odkup potrebnih izvodov, ki jih bodo naročili pri upravi »Naša žena«.

Naša naloga je, ženske neprestano opozarjati na to, da je diafragma trenutno najboljše kontracepcijsko sredstvo. Če se kljub temu zanjo ne bodo navdušile, jim svetujte druga enostavnejša sredstva. Opozoriti pa jih moramo, da naj se v dneh, ki so za zanositev nevarna, držijo še Knaus-Oginove teorije in naj ta manj zanesljiva sredstva kombinirajo še z bolj zanesljivimi.

Zavedati se moramo, da je naloga vseh zdravstvenih delavcev, da aktivno sodelujejo v borbi proti splavu, ki ni več samo ginekološki niti ne samo zdravstveni, temveč splošno družbeni problem.

Naloge obratn

čevanju poškodb

Poškodbe pri delu, invalidnosti in smrtnostna služba, posebnost se da vestno, prav tal

Žal je tako v svetu da je industrijski trgnirjev, problem za zoprijeti.

pri izostankih od dela, vda se mora vsaka zdravati s tem vprašanjem karugo skupino obolenj.

ukoreninjeno mnenje, češnikov in varnostnih inženle tedaj, ko se nesreča že

V zadnjih desetletjih je strokovna in znanstvena analiza poškodb pri delu, predvsem pa vzrokov, ki privedejo do nesreč pri delu, pokazala, da so nesreče pri delu zelo kompleksen problem. Lahko pa ta problem zelo uspešno rešujemo z epidemiološko metodo, ki je zdravstvenemu kadru že znana in jo uspešno uporablja tudi na drugih sektorjih zdravstva. Bistvo epidemiološke metode je v tem, da skušamo problem profesionalnega travmatizma raziskovati in reševati v celoti, da ga skušamo do kraja razčleniti in nesreče pri delu preprečevati.

nesljive, komaj v 70 % ali še manj. Vložiti jih moramo globoko v nožnico najmanj 15 minut pred občevanjem. Približno pol ure po vložitvi izgubijo varovalno moč. Delujejo samo kemično.

Tablete so zanesljive približno toliko kakor svečke ali pa še manj. Tablete vsebujejo peno, ki raznaša te spermicidne snovi po nožnici. Vložimo jo v nožnico navadno 10 minut, nato pa jih učinkovitost in varovalna moč preneha čez nekaj ur. V nožnico je treba vložiti v nožnico novo svečko o

O vsem tem bomo tisk republiška komisij založila »Naša žena«. Zastvena postaja in vsaka za žene), vse obratne zdravstveni zavod. Cen le založili potrebna sre pri upravi »Naša žena.

Naša naloga je, že nutno najboljše kontracepcije, jim svetujete druga sredstva. Naj se v dneh, ki so za zanositev nevarna, držijo še Knaus-Oginove teorije in naj ta manj zanesljiva sredstva kombinirajo še z bolj zanesljivimi.

Zavedati se moramo, da je naloga vseh zdravstvenih delavcev, da aktivno sodelujejo v borbi proti splavu, ki ni več samo ginekološki niti ne samo zdravstveni, temveč splošno družbeni problem.

aki, ki jih pripravlja za kontracepcijo. Letake bo jih oskrbi vsaka zdravstvena postaja in dispanzerji doma, v domovi, skratka vsak j dinarjev. Zavodi bodo lov, ki jih bodo naročili

to, da je diafragma potrebna, da ji ne bodo navzgor, pa jih moramo, da

Naloge obratne ambulante pri preprečevanju poškodb pri delu

Dr. Stane Lajevec

Poškodbe pri delu zavzemajo v morbidnosti, pri izostankih od dela, v invalidnosti in smrtnosti delavcev tako važno mesto, da se mora vsaka zdravstvena služba, posebno pa še obratna ambulanta, pečati s tem vprašanjem kar se da vestno, prav tako, kakor se peča s katerokoli drugo skupino obolenj.

Žal je tako v svetu še bolj pa pri nas še vedno ukoreninjeno mnenje, češ da je industrijski travmatizem predvsem stvar tehnikov in varnostnih inženirjev, problem za zdravstveno službo pa postane šele tedaj, ko se nesreča že pripeti.

V zadnjih desetletjih je strokovna in znanstvena analiza poškodb pri delu, predvsem pa vzrokov, ki privedejo do nesreč pri delu, pokazala, da so nesreče pri delu zelo kompleksen problem. Lahko pa ta problem zelo uspešno rešujemo z epidemiološko metodo, ki je zdravstvenemu kadru že znana in jo uspešno uporablja tudi na drugih sektorjih zdravstva. Bistvo epidemiološke metode je v tem, da skušamo problem profesionalnega travmatizma raziskovati in reševati v celoti, da ga skušamo do kraja razčleniti in nesreče pri delu preprečevati.

Kakor pri vsaki bolezni tudi tu razlikujemo tri važne faktorje, to je gostitelja, povzročitelja in pa okolnosti, ki spremljajo pojav nesreče pri delu. Gostitelj je ponesrečeni delavec, povzročitelj je pa navadno več in jim v industrijskem travmatizmu običajno pravimo vzroki. Še prav posebno so v industrijskem travmatizmu važne okolnosti, med katere štejemo zlasti delovno okolje, tehnološki proces, organizacijo dela ipd.

Za preprečevanje nesreč pri delu je posebno važna analiza vzrokov ali, kot jim pravimo, etioloških faktorjev. Ta analiza je pokazala, da je med vsemi etiološkimi faktorji najvažnejši personalni faktor, t. j. človek s svojimi psihofizičnimi lastnostmi. Po statistikah poškodb pri delu v inozemstvu pa tudi pri nas je ugotovljeno, da je v 80–90 % vseh nesreč pri delu vzrok predvsem personalni faktor. Prav to dejstvo pa daje zdravstvenemu osebju ne samo pravico, temveč mu nalaga tudi dolžnost, da čim aktivneje sodeluje pri preprečevanju nesreč pri delu. Zdravstveni kader namreč pozna ali bi vsaj moral bolj kakor kdorkoli drug poznati psihofiziološke lastnosti ljudi, ki so mu zaupani v zdravstveno varstvo.

Ko že poudarjamo važnost personalnega faktorja v industrijskem travmatizmu in naglašamo potrebo, da zdravstveni kadri sodelujejo pri preprečevanju nesreč pri delu, pa nikakor ne mislimo omalovaževati vloge, ki jo imajo pri reševanju tega vprašanja drugi, predvsem tehnični strokovnjaki. Prepričani smo, da je borba proti nesrečam pri delu uspešna šele takrat, ko je tehnična zaščita strojev in strojnih naprav odstranila vsaj osnovne nevarnosti, in da je minimum tehnične zaščite pravzaprav osnovni pogoj, da začnemo z raziskovanjem personalnega faktorja in da na osnovi teh preiskav in analiz izvajamo preventivne ukrepe.

Mehanizem nesreč pri delu je v bistvu naslednji: Vzrok, da pride do nesreče, je neka napaka, ki jo je delavec zagrešil. Delavec je to napako zagrešil bodisi zaradi svojih duševnih ali telesnih lastnosti. Napaka pa vseeno ne bi privedla do nesreče, če ne bi bilo na delovnem mestu neke objektivne nevarnosti, kot so n. pr. hitro gibljivi deli, ostri ali zelo vroči strojni deli, možnost poškodbe z električnim tokom in podobno. Tretji faktor, ki tu nastopa, je deloma še okolje, ki je morda popolnoma urejeno in zato redkeje pride v njem do nesreče ali pa je neurejeno in lahko nesreče samo pospeši. Vzemimo za primer krožno žago: Delavec, ki je delal na njej morda že leta in leta, zboli za angino in pride kljub temperaturi na delo. Zaradi te bolezni (psihofizična lastnost) bo naredil napako in se s prsti preveč približal objektivni nevarnosti, t. j. ostrim zobovom na listu krožne žage. Do nesreče kljub temu ne bi prišlo, če bi bila ta žaga popolnoma zavarovana ali če bi bila n. pr. razsvetljava idealno urejena in bi zaradi tega delavec kljub svoji bolezni in objektivni nevarnosti lahko brez težav določil razdaljo in prste pravočasno umaknil.

Iz opisanega primera že lahko vidimo, kako kompleksno vprašanje so nesreče pri delu in da prav z uspehom lahko proti nesrečam pri delu sodelujejo tudi zdravstveni kadri.

Za nas zdravstvene delavce so poškodbe pri delu posebna skupina bolezni. Obravnavamo jih po epidemiološki metodi in po načelih preventivne medicine, ki so se povsod v naprednem svetu že uveljavila. Zaradi preglednosti se tudi pri obravnavanju poškodb pri delu lahko ravnamo po znanih petih stopnjah oziroma etapah zdravljenja.

K prvi stopnji preventivne dejavnosti prištevamo vse splošne ukrepe, s katerimi utrjujemo zdravje, ki je po sodobnem pojmovanju te dobrine popolno telesno in duševno zdravje ter socialna blaginja. Delavec, ki je zdrav, bo bolj odporen, bolj spreten, bolj oprezen in pri delu umirjen. Imel bo torej take psihofizične lastnosti, ki ga bodo varovale tudi pri nevarnem delu in v slabih delovnih pogojih. Če pa tudi kljub temu pride do nesreče, je verjetno, da se bo tak delavec hitreje pozdravil, rane pa se mu ne bodo okužile, tudi ne bo kakih komplikacij in zdravljenje bo trajalo manj časa.

Obratna ambulanta lahko prav v tej smeri sila veliko stori. Med najvažnejše ukrepe moramo vsekakor šteti zdravstveno prosvetno in vzgojno delo, uvajanje higienskih navad, borbo proti alkoholu in nikotinu, navajanje na zdravo prehrano in počitek po delu, na snago in red doma in pri delu, še prav posebno pa skrb za primerno stanovanje, za udoben prevoz na delo in z dela, za utrjevanje s športom, skratka dvig življenjskega standarda, s katerim se največkrat kar avtomatično uveljavijo higienska načela. Pri tem ne smemo pozabiti na duševno zdravje in moramo ukreniti vse, da se tako na domovih, zlasti pa v tovarnah ustvari prijetno tovariško vzdušje in da zavladajo zdravi odnosi med ljudmi.

K drugi stopnji preventivnega zdravljenja prištevamo vse specifične ukrepe proti kakšni bolezni, v našem primeru proti nesrečam pri delu. Da bi mogli specifične ukrepe izvesti, si moramo najprej ustvariti evidenco, koliko je nesreč pri delu, kako so se pripetile, kateri delavci so se ponesrečili in sploh vse momente, ki so s poškodbo pri delu v kakršnikoli zvezi. V večini naših tovarn vodijo evidenco po zgornjih vidikih varnostni tehniki in si obratna ambulanta lahko pomaga s to evidenco. Lahko si pa za svoje potrebe z majhnim trudom ustvari takšno evidenco tudi sama, saj tako ali tako vsak poškodovani delavec išče zdravniško pomoč v obratni ambulanti in mora zdravnik obratne ambulante obvezno izpolniti tudi nekatere rubrike v »Prijava nesreče pri delu«. Obratna ambulanta ima glede te evidence celó prednost pred oddelkom za varnost pri delu, saj poškodovani delavec neposredno po poškodbi najbolj odkrito in najbolj objektivno izpove, kako se je nesreča pripetila.

Da bi mogel zdravstveni kader uspešno sodelovati v borbi proti nesrečam pri delu, je važno, da pozna delovno okolje in pa delavce ter njihove psihofizične lastnosti. Medtem ko mu pri poznavanju delovnega okolja in v presoji nevarnosti na posameznih delovnih mestih lahko zelo veliko pomaga varnostni tehnik ali kak drug tehnični strokovnjak, je pa za poznavanje psihofizičnih lastnosti pravzaprav edini, ki ima res vse možnosti in tudi obveznost, da si o njih napravi čim podrobnejšo evidenco.

Vsak delavec, ki je na novo sprejet v službo, mora biti po naših predpisih v obratni ambulanti natančno zdravniško pregledan. Že ob tej priliki mora zdravnik ugotoviti in v zdravstveni karton zabeležiti morebitne bolezni ali invalidnosti, ki bi lahko povzročile kakšne nesreče pri delu. Takih bolezni je cela vrsta. Lahko bi celo rekli, da do neke meje vsaka bolezen pomeni predispozicijo za poškodbo pri delu. Pri prvih pregledih pa moramo posvetiti še večjo pozornost tistim boleznim, o katerih iz prakse vemo, da velikokrat povzročijo nagnjenost k poškodbam pri delu. Med te bolezni spadajo predvsem invalidnosti na ekstremitetah, bolezni, ki povzročajo napade z delno ali popolno izgubo zavesti, kakor tudi bolezni, ki povzročajo kolapse. Tudi bolezni endokrinega

sistema, pri katerih so refleksi preveč leni ali pa prehitri in premočni, lahko pomenijo važen moment pri nesrečah pri delu. Zelo važne so tudi bolezni organov za vzdrževanje ravnotežja ali koordinacije kretanj, predvsem pa zaradi neredkih pojavov hiper-inhipotonije, ki so pri starejših delavcev še prav posebno pogostni.

Težek problem so epilepsije in njim podobna obolenja. Pogosto jih je težko ugotoviti, če jih pa ugotovimo, je spet zadrega, na kakšno delovno mesto te bolnike razmestiti, da se ob morebitnem napadu ne bi poškodovali epileptiki sami ali celo kateri od delavcev v njihovi bližini.

Pri prvih zdravniških pregledih je pregled vida in sluha sicer obvezen, vendar vemo, da se ta pregled žal pogosto opravi zelo površno in da se tudi ugotovljene pomanjkljivosti teh čutov ne upoštevajo dovolj kot faktor, ki lahko privede do poškodbe pri delu.

Med novo sprejetimi delavci bomo našli tudi precejšen odstotek nevrotikov in nevrovegetativno labilnih ljudi. Pri vestnem pregledu se sicer v redkih primerih, a včasih vendarle ugotovijo tudi huda duševna obolenja. Zelo usodno bi bilo, če bi zdravnik ne odkril duševnih obolenj že pri prvem pregledu, saj bi to mnogokrat pomenilo usodno napako, zaradi katere se lahko poškoduje duševno oboleli ali pa ljudje, ki delajo z njim skupaj. Med nevrotike prištevamo tudi alkoholike in druge narkomane. Iz prakse vemo, da so prav ti zelo nagnjeni k poškodbam in bi zato bilo prav, da vodi obratna ambulanta te bolnike v posebno evidenci ter opozarja na njihove lastnosti tudi takrat, ko se razvrščajo na delo.

V naših obratnih ambulantah premalo upoštevamo dejstvo, da pomeni vsako febrilno obolenje, pa tudi vsako obolenje, ki povzroča hujše bolečine, prav zelo važen moment, ki lahko privede do nesreče pri delu. Ni torej prav, da teh »banalnih« obolenj ne jemljemo resno in da to damo čutiti delavcem, ki za taka obolenja iščejo zdravstvene pomoči.

Nagnjenost k nesrečam pri delu ustvarja tudi vsaka hujša poškodba, ki jo je delavec kdaj utrpel. Dokler namreč človek ne doživi sam kakšne poškodbe, se vdaja nekim utvaram o varnosti in o tem, da se njemu ne more nič pripetiti. Kadar govorimo o poškodbah, misli tak človek, da to velja za druge, čisto nič pa ne pomisli, da bi mogel kdaj tudi on priti na vrsto. Ta iluzija je pravzaprav koristna, saj daje človeku občutek varnosti in mirnosti ter uravnovešenosti pri delu. Po prvi večji poškodbi ali celo pri doživetju strahu v nevarnosti pred poškodbo pa človek izgubi ta občutek varnosti, tako da ga to tudi pri manj nevarnem delu moti in ga končno res lahko privede do poškodbe pri delu. Tudi iz tega razloga je treba v zdravstveni karton vsakega delavca zabeležiti prav vse poškodbe pri delu.

Tudi pri periodičnih in sistematičnih zdravniških pregledih se večkrat ugotovi kakšna taka bolezen, zaradi katere moramo delavca premestiti z nevarnega delovnega mesta.

Po naših predpisih bi moral zdravnik vsakogar, ki utрпи poškodbo pri delu, temeljito zdravniško preiskati in ugotoviti, ali ni morda kakšna bolezen ali invalidnost vzrok, da je prišlo do poškodbe. Kadar je poškodb pri delu veliko, je ta predpis res malo strog in je razumljivo, da se ga zdravnik ne more natančno držati. Neodpušljivo pa je, če zdravnik tudi po drugi ali celo tretji in četrti

poškodbi ne pregleda delavca temeljito klinično, da bi tako morda ugotovil bolezen, ki je osnovni vzrok ponovnim poškodbam.

Delavci, ki se večkrat ponesrečijo, pogosto živijo v neurejenih socialnih razmerah in so te krive, da pride do nesreče. Medicinska sestra v obratni ambulanti bi morala prav za te delavce izvršiti podrobno socialno anketo in predlagati morda, kako bi se dalo urediti njih socialno stanje.

Amerikanski psihiatri priporočajo, da pri prvi poškodbi varnostni tehnik pregleda delovno mesto, kjer se je poškodba pripetila. Če se isti delavec poškoduje drugič, je treba temeljito analizirati njegovo zdravstveno in socialno stanje. Pri tretji poškodbi pa priporočajo, da se poškodovani pošlje na pregled k psihiatru ali v mentalnohigiensko posvetovalnico, ker je pogostnim poškodbam velikokrat vzrok kakšna psihonevroza.

Ker vemo, da so tudi slabi delovni pogoji večkrat vzrok, da pride do nesreče, mora zdravstveni kader obratne ambulante tudi na tem področju nuditi svojo strokovno pomoč. Zdravstveni kader bo večkrat temeljiteje poznal posledice nepravilne mikroklimе v delovnem prostoru in kolike važnosti je, da se uredi dobra razsvetljava, da se odstrani ropot in podobno.

Prav tako lahko zdravstveni kader veliko pripomore, da delavci dobijo in tudi uporabljajo ustrezna sredstva za osebno varstvo pri delu. Neodpušljivo je, če se v obratni ambulanti dan za dnem nizajo poškodbe na očeh ali na nogah ali mikrotravme na rokah, ki bi se dale preprečiti z dobrimi zaščitnimi očali, čevlji z varnostno jekleno kapico ali zaščitnimi rokavicami, ambulanta pa na vse to molči. V nekaterih republikah je rodila dobre uspehe praksa, da so vsak mesec poklicali v obratno ambulanto vse, ki so med mesecem doživeli kakšno poškodbo pri delu, in so te poškodbe vsestransko analizirali. Ob tej priložnosti so prepričali tudi manj disciplinirane delavce, da so pozneje redno uporabljali ustrezna sredstva za osebno varnost pri delu.

Zelo važen ukrep v borbi proti nesrečam pri delu je analiza nesreč pri delu. V teamu, ki preiskuje vzroke nesreč, izvore nesreč in okolnosti v zvezi z nesrečami pri delu, mora biti brezpogojno tudi zdravstveni delavec. Dolžnost zdravstvenega delavca v tem teamu je, da stalno opozarja na psihofizične lastnosti kot važen faktor pri nesrečah pri delu, na utrujenost in na važnost dopolnilne prehrane v podjetju, na higienske pogoje pri delu pa tudi na važnost prve pomoči in reševalne službe. V dosedanjih analizah nesreč pri delu žal vse preveč pogosto naprtijo vso krivdo na poškodovanega delavca, češ da je bil pri delu premalo previden ali da ni upošteval varnostnih navodil. Pri globlji analizi bi lahko zdravstveni delavec večkrat ugotovil, da ne gre za neprevidnost ali malomarnost, pač pa za kakšno bolezen in zelo pogostokrat za tako imenovani blok ali prekinitve, ki je posledica preutrujenosti ali izčrpanosti. Vemo namreč, da človeška zavest in dejavnost nekako valuje in da so v tej zavesti in dejavnosti globoke in pogostne depresije ali celo popolne prekinitve, če je človek preveč utrujen ali izčrpan.

Tretja etapa oziroma tretja stopnja preventivne dejavnosti nastopi pri poškodbah takrat, ko se poškodba že pripeti. Zlasti v tej etapi lahko zelo veliko pripomore industrijska medicinska sestra. Vsebina te etape je zgodnja ugotovitev diagnoze in čimprejšnje zdravljenje z namenom, da se pri poškodovanem vzpostavi ne samo anatomsko, temveč tudi funkcionalno zdravje.

Industrijski medicinski sestri je največkrat v obratni ambulanti poverjeno, da organizira tečaje za prvo pomoč v podjetju. Ni pa dovolj, da tečajniki ob

koncu tečaja pokažejo primerno znanje, temveč je treba njih znanje vsaj vsaka tri leta s ponovnim izpitom preveriti in tiste, ki jim je zaupana služba prve pomoči v podjetju, stalno nadzirati, po drugi strani jim pa tudi dati možnost, da vsako leto vsaj en teden ali dva hospitirajo v obratni ambulanti in si tako izpopolnijo znanje.

Industrijski medicinski sestri je poverjena tudi naloga, da se zanima, kako poteka zdravljenje poškodovanih delavcev, ki jih je obratna ambulanta napotila v bolnišnico. Prav to zanimanje bo mogoče pripomoglo, da bodo tudi v bolnišnici posvečali poškodovanemu več pozornosti in da ga bodo skušali čim hitreje in čim boljše usposobiti za njegovo prejšnje delo.

Obratna ambulanta ima zelo veliko in težko nalogo, da sodeluje tudi v peti, zadnji stopnji preventivne dejavnosti pri poškodbah pri delu, to je pri rehabilitaciji in prekvalifikaciji.

Skoro pri vseh težjih poškodbah se zlasti funkcionalno zdravljenje zelo dolgo zavleče in je treba delavce šele postopoma usposablјati za bolj in bolj zahtevne delovne operacije. Za rekonvalescente po poškodbah bi moralo vsako večje podjetje organizirati posebne delavnice, kjer bi se ponovno uvajali v delo. To je še posebno važno, kjer delo pozitivno vpliva na potek zdravljenja in preprečuje, da delavec ne zapade v depresijo in rentno psihozo.

Zdravstveni delavci morajo v podjetju dajati tudi dober zgled drugim, ki pogostokrat nimajo pravilnega odnosa do invalidov. Nekateri ljudje so do teh invalidov neprijateljsko razpoloženi, ker vidijo v njih mogoče nekakšne parazite skupnosti. Spet drugi jih pa preveč pomilujejo. Namesto da bi vse ukrenili, da bi njihove bolečine in trpljenje čimbolj ublažili, jih skušajo za te bolečine in trpljenje samo denarno nagraditi in odškodovati.

Kakor pri vsaki bolezni je tudi pri poškodbah pri delu najbolj važna, najbolj uspešna in tudi najbolj ekonomična pač dejavnost v prvih stopnjah zdravljenja, to je predvsem v splošnih ukrepih in v specifičnih ukrepih za preprečevanje poškodb pri delu. Zdravstveni delavci to sicer načelno priznajo, vendar pa se v praksi teh načel ne drže. Ob poškodbah pri delu je javno mnenje sicer odločno na strani preventivcev, vendar pa zdravstvene delavce nekako odriva od sodelovanja v borbi proti nesrečam pri delu. To tudi ni čudno, saj brez podrobne analize mehanizma poškodb pri delu vsakogar le prerado zavede, da pripisuje tehnični zaščiti vse preveliko pozornost. Ta miselnost, da je preprečevanje nesreč pri delu področje varnostnih tehnikov in inženirjev, se žal uveljavlja tudi v nekaterih naših predpisih. Zdravstveni delavci zato ne smemo pričakovati, da bomo od uprave podjetja ali tehničnega vodilnega kadra dobili spodbudo in povabilo za sodelovanje v borbi proti nesrečam. Zato moramo svojo strokovno pomoč z dokazovanjem in prepričevanjem uveljaviti v podjetjih sami. Kot dobri preventivci moramo svoje sile zastaviti predvsem v to, da s splošnimi ukrepi dvignemo zdravstveno stanje delavcev in jim utrdimo zdravje, s specifičnimi ukrepi po epidemioološki metodi pa storimo vse, da do poškodb niti ne pride.

Odvisnost otrokovega razvoja od žlez z notranjim izločevanjem

Dr. Marij Avčin

Razvoj otroka in njegovo rast usmerjajo razvojne in rastne silnice v tkivih in organih, kjer so pa močno odvisne od zunanjih okoliščin. Razvoj in rast ter presnovo tkiv in organov pa uravnavajo izcedki iz žlez z notranjim izločanjem — hormoni (pobudniki). Le-ti nastajajo v žlezah, kot so možganski podvesek, golšna žleza, obgolšni žlezi, nadobistni žlezi, spolne žleze in otočni del trebušne slinavke. Iz njih prehajajo izločki (hormoni, pobudniki) naravnost v kri. Torej se ne izločajo »navzven«, kakor n. pr. izločki iz drugih žlez, n. pr. iz slinavk, lojnic, znojnic, iz jeter, iz ledvic itd. Izločajo se »navznoter«, krožijo v krvi in potujejo po tkivih in organih v telesu, ki so jim »poslušni«, se nanje »obračajo« oziroma učinkujejo nanje v tem smislu, da sprožijo njihovo dejavnost.

Vsekakor mora biti med razvojnimi in rastnimi smernicami in silnicami tkiv in organov in pa med izločki žlez z notranjim izločanjem in tudi med vplivom zunanjih okoliščin — neka skladnost, neka medsebojna ubranost, če naj bo končni smoter, namreč pravilno izoblikovanje in dejavno telo kar se da popolno in zdravo. Če take skladnosti ni že v materinem telesu samem, ravno tako tudi, če ni skladnosti in ubranega sosredja med izločki matere in izločki otroka, če je nekaterih preveč, drugih premalo, če so med seboj v nesorazmerju in nasprotju itd., potem se razvojna dogajanja pri plodu lahko iztirijo s poti normalnega razvoja.

V takih primerih seveda ni dosežen končni smoter, to je skladna rast in nemoten razvoj, ker razvoj na neki meji zastane, presnova se sprevrže v nepravo smer, kar utegne imeti za posledico tudi motnje na oblikovni strani organizma. Na ta način lahko nastanejo nekatere razvojne napake in tudi razvojne bolezni.

Seveda ne moremo na tem mestu v celoti obravnavati vpliva motenj v dejavnosti žlez z notranjim izločanjem na razvijajoči se plod v materi, vendar bomo skušali na nekaterih primerih to sicer dokaj zamotano vprašanje razjasniti v toliko, da bo postalo razumljivejše. Gre namreč največ za to, — in to bo naša rdeča nit v tem zamotanem klobku — da osvetlimo nastanek nekaterih razvojnih napak in bolezni.

V ta namen opisujemo sladkorno bolezen, motnje v dejavnosti golšne žleze, motnje v dejavnosti spolnih žlez ter motnje v območju možganskega podveska in motnje v delovanju nadobistne žleze, ki so vse lahko več ali manj v zvezi z nekaterimi bolezenskimi pojavi pri novorojenčku in tudi kasneje, pri rastočem otroku.

Kakor vemo, temelji sladkorna bolezen na moteni dejavnosti otočkov posebnega tkivja v trebušni slinavki. Ti otočki so »žleza z notranjim izločanjem« in stvarjajo poseben izloček — insulin, ki uravnava presnovo sladkorja in njegovo raven v krvi. Insulin znižuje to raven. Če ga je premalo, je torej sladkorja v krvi preveč. Pravimo, da imamo opravka s sladkorno boleznijo, ki se kaže v hujšanju, veliki žeji, velikem teku, obilnem izločanju seča in privede do resnih stanj — do zastrupitve telesa s kislimi kemičnimi spojki, nastalimi iz maščob, kar vodi do izsušitve, do nepravilnega sorazmerja rudnin v telesu itd.

Ne moremo opisovati sladkorne bolezni v celoti, pač pa se nam zdi važno poudariti, da utegne biti sladkorna bolezen matere, če je ne zdravimo in uravnovesimo, zlo za njen plod in kasneje — za njenega novorojenčka.

Pri otrocih mater, ki imajo sladkorno bolezen, zlasti če v nosečnosti niso svoje bolezni pravilno zdravile, lahko opazujemo najrazličnejše razvojne napake. Zlasti opažamo večkrat manj hude in tudi resnejše napake na srcu in obtočilih ter možganih in živčevju. Napake so lahko celo tolikšne, da zahtevajo plodovo življenje, torej odmrtnje ploda v materi, ali pa so takšne, da niso združljive z zahtevami, ki jih postavlja življenje že novorojenčku, tako da lahko umro nekateri otroci že v najnežnejši starosti. Opažalo se je zlasti некоč, da so se pri hudi, nezdravljeni sladkorni bolezni matere rodili otroci največkrat mrtvi, in sicer nekako okrog 36. tedna nosečnosti. Zakaj ravno takrat, si težko razlagamo. Donošeni novorojenčki mater s sladkorno boleznijo so po navadi prekomerno težki in tudi prekomerno veliki. Zaradi tega se lahko zlasti pri prvorojencih, pojavljajo ob rojstvu otroka porodne težave, s katerimi moramo računati in si prizadevati, da jih preprečimo v prid plodu, ker lahko pretijo otroku možganske krvavitve zaradi težkega in dolgotrajnega poroda. Zato skušamo pri nosečnicah že zgodaj odkrivati sladkorno bolezen z rednim pregledovanjem vode, saj se bolezen lahko pokaže ravno v nosečnosti, čeprav se je mati počutila prej morda zdrava ali je bila vsaj navidezno zdrava in dotlej morda niti ni vedela za svojo bolezen.

Razvoj velikega in pretežkega ploda pri materah s sladkorno boleznijo si razlagamo na več načinov. Jako verjetno se razvije tak otrok zaradi tega, ker plodov možganski podvesek (ki je »žleza z notranjim izločevanjem«) izloča več rastnih pobudnikov. Poleg prevelike rasti najdemo po navadi že pri plodu in kasneje tudi pri novorojenčku dokaj velika jetra in povečano vranico. Vidimo tudi, da so vsa otrokova tkiva močno sočna in, bolj kot sicer, prežeta z vodo.

Zaradi splošne velikosti, sočnosti in vodenosti tkiv imajo otroci sladkorno bolnih mater že ob rojstvu, pa tudi kasneje, dokler si ne ustalijo lastne presnove, posebno podobo. Lice je zavaljeno, okroglo, zabuhlo. Taki so kot angelci, ki krasijo starinske oltarje. Zaradi tega najdemo po knjigah za njih ime »kerubi«. Vedeti moramo tudi, da teža okrog 3 kg ali več pri otrocih sladkorno bolnih mater ne izključuje možnosti, da je otrok le pretežak — nedonošenček. Morda pa je le navidezno zrel otrok, zato s presojo zgolj po teži še ne moremo zanesljivo izključiti vseh nevšečnosti in nevarnosti, ki jih ima nedonošenček za takega — le po teži zrelega otroka. Tako se nam zgodi, da moramo v takih primerih z novorojenčkom, težkim 3–3½ kg, ravnati kot z nedonošenčkom, saj donošeni »kerubi« tehtajo po navadi vsaj 5 kg ali več.

Kako si razlagamo osnove za vse te spremembe? Pri sladkorno bolni materi ne deluje otočni del trebušne slinavke tako, da bi s svojim izločevanjem dovolj uravnaval množino sladkorja v njeni krvi. Zaradi tega skuša priroda izravnati napako pri materi na ta način, da pobudi plodov otočni del trebušne slinavke k pospešeni dejavnosti, da torej deluje bolj kakor pri otrocih zdravih mater. Na ta način pomaga plod uravnnavati množino sladkorja, tako pri sebi kot pri materi. Ob rojstvu ploda, ko je pretrgana popkovnica in ko se zavrže posteljica, je plod seveda prepuščen sam sebi. Nima kam oddajati prevelike količine insulina, tudi ni več možnosti za medsebojno uravnavanje in stvarjanje ravnovesja med materjo in plodom. Zaradi tega ráven krvnega sladkorja pri novorojenčku

takoj po rojstvu hitro pade, kar je lahko za otroka usodno, zaradi česar moramo skrbno bedeti nad njegovim življenjem. Vsekakor bomo to zanesljiveje lahko storili v dobro opremljeni porodnišnici kakor pa doma. Pri vsakem novorojenčku, ki ga rodi sladkorno bolna mati, moramo takoj pregledati sladkor v krvi, pa naj bo otrok donošen ali ne. Če je sladkorja premalo, moramo kmalu po rojstvu pričeti z dovajanjem sladkorja, bodisi z vbrizgavanjem sladkornih raztopin ali z dajanjem sladkornih tekočin. Vendar pri nezavedi novorojenčka in pri njegovi začasni zamrtvosti ne smemo kriviti le nizke ravni sladkorja, vedno moramo pomisliti tudi na možnost možganske krvavitve, ki je ravno pri otrocih sladkorno bolnih mater zelo pogostna, tem bolj, čim težji je porod ali čim manj je otrok donošen.

Zdi se, da je dandanes veliko več upanja kakor nekoč, da plod sladkorno bolne matere preživi in dozori, zlasti ker znamo s sladkorno bolnimi nosečnicami dandanes varno in smotrno ravnati.

Znano je tudi, da je sladkorna bolezen lahko »v družini« ali »v rodu«. Zdi se, da obstoje prave dedne osnove za razvoj bolezni. Razumljivo je pa tudi, zlasti ker je bila dejavnost otočkov v trebušni slinavki pri otrocih sladkorno bolnih mater že od vsega začetka drugačna kot pri otrocih zdravih mater, da je tkivo otočkov v trebušni slinavki manj odporno in da lahko v neugodnih zunanjih okoliščinah odpove prej kakor zdravo. Zaradi tega se pri otrocih, ki so jih rodile sladkorno bolne matere, bodisi v otroški ali kasneje v odrasli dobi, pogosteje razvije sladkorna bolezen, dasi to nikakor ni nujno in se tudi ne zgodi v vsakem primeru.

*

Motnje v dejavnosti golšne žleze pri materi pravtako lahko privedejo do nepravilnega razvoja pri plodu. Da bomo vso stvar razumeli, si moramo seveda najprej bití na jasnem glede nekaterih dejstev o delovanju golšne žleze.

Možganski podvesek (hipofiza) je tista žleza z notranjim izločanjem, ki nadzira in s svojimi pobudniki vodi pravilno dejavnost golšne žleze, na katero so ti njej podrejeni pobudniki dejansko naperjeni. Golšna žleza pa s svojimi hormoni speši iskrost telesne presnove, zlasti tako imenovanega kemičnega »izgorevanja«, ki v bistvu ni nič drugega kakor spajanje ogljika in vodika s kisikom v ogljikov dvokis in vodo. Pomanjkanje ali odsotnost hormonov golšne žleze učinkuje seveda obratno.

Dolgo so raziskovali pobudnike, ki jih golšna žleza izceja v kri. Končno so dognali, da je učinkovita snov tako imenovani tiroksin, za katerega je značilno, da ima v svoji sestavi jod.

Glede na sodelovanje golšne žleze pri rasti in razvoju ter pri presnovi in splošni dejavnosti telesa lahko ločimo: popolno in delno pomanjkanje ter pravilno in prekomerno izločanje njenih hormonov.

Popolno pomanjkanje hormonov golšne žleze se po navadi pokaže močno že pri novorojenčku, ki se je kot plod ves čas razvijal v pomanjkanju učinkujočih izločkov golšne žleze, tako da že takoj ob rojstvu vidimo dokaj svojstvene znake. Otrok je jako miren in se premika le malo, in še to jako lenobno in počasi. Tudi v kasnejšem razvoju vidimo, da ne prične pravočasno dvigati glave, sedeti, stati, stopicati, hoditi, skratka, da je njegov razvoj zavrt in jako počasen. Nima teka ali pa je tek jako slab. Zdi se nam, da potrebuje otrok izredno malo hrane, ker v teži razmeroma vendarle dobro na-

preduje. Ima odprta usta, iz katerih gleda širok in debel jezik. Vse sluznice v ustni votlini in žrelu se nam zdijo debele in nekam nabrekle. Glas mu je hripav in nizek. Če mu pogledamo glasilke, vidimo, da je sluznica na njih debela. Tudi koža je debela, suha, neprozna, večkrat na pregibnih mestih celo razpokana. Gubasta je in rumenkastosive barve, medtem ko je pri zdravem novorojenčku lepo rožnata. Povsod po telesu, vendar na nekaterih mestih bolj, tako zlasti med ključnicama, na vratu, na hrbtu, vidimo mehko in testenasto sočno podkožje. Tudi lasje imajo svoje značilnosti: suhi so, krhki, redki, tanki, po navadi so svetlo- ali rdečkastorumene barve.

Ostenje trebuha je mehko in ohlapno, ob popku po navadi najdemo popkovo kilo. Premi trebušni mišici sta za 2–3 prste vsaksebi, tako da med njima otipamo ohlapno, vezivno trebušno steno. Če gledamo oddaljenost popka od konice prsnice proti sramnemu kostnemu zrastju, potem vidimo, da je postavljen popek prenizko in mnogo bliže zrastju kakor pri zdravem otroku.

Okostje kaže jako počasno rast in zakasnitev v razvoju. Rast v dolžino je počasna, zato so tako imenovane »dolge kosti« v udih krajše. Udje so torej videti kratki, koža na njih je ohlapna in gubasta. Na lobanji vidimo zlasti značilen sedlast nos, ki je nastal zaradi tega, ker osnovne kosti v dnu lobanje pravtako rastejo prepočasi in premalo izoblikujejo pravilni položaj nosnega korena. Krovne lobanjske kosti po navadi stvarjajo veliko in široko glavo. Zobljenje se zakasni. Otrok je majhen in čokat. Pravimo tudi, da je pritlikav.

Duševno je zaostal in če ga pravočasno ne zdravimo, tak tudi ostane. Pritlikav in duševno zaostal se nam zdi in bebast. Govorimo o »bebastosti zaradi nezadostnega delovanja golšne žleze« ali s tujko — o »kretinizmu«.

Spolni organi so slabo razviti in po navadi manjši kot pri zdravem otroku.

Če potipamo otroka, se nam zdi hladnejši, kakor so drugi otroci. Če mu zmerimo toplino, potem namerimo 34–36° C. Zlasti so hladne roke in noge ter okrajki in krni na telesu, to so nos, brada, ušesa, rame, kolena. Zdi se nam, da otroka zebe, ker je modrikast. Vendar koža ni enakomerno, temveč mrežasto modrikasta in sliči risbi, ki jo najdemo na marmoru. Zaradi tega tudi govorimo o »marmornati koži«.

Utrip srca je počasen. Število udarcev je mnogo manjše, kakor je prirodno za neko določeno starost, včasih celo za polovico manjše. Otrok tudi počasneje diha in površno.

Če torej gledamo takega otroka, se nam zdi, da golšna žleza res slabo »prižiga presnovne ognje«, kakor se radi izražamo.

Otrok je na blato močno zaprt. Njegova prebava je tako leniva, da se blato kopiči v debelem črevesu in da lahko otipljemo v njem cele kepe zapečenega blata. Debelo črevo je tudi jako ohlapno in napolnjeno s plini. Trebuh je zaradi tega prevelik.

Otrok je bledičen. Kostni mozeg, ki je tudi glede svoje dejavnosti, zlasti pa glede stvarjanja rdečih krvničk in njihovega oddajanja v kri, jako lenoben, ne more zadostiti potrebam. Rdečih krvnih telesc je v krvi premalo, pravtako je v njih premalo krvnega barvila. Zaradi tega si pomaga otrokovo telo s tem, da podaljšuje stvarjanje krvi na način, ki je značilen za plodovo razvojno obdobje, to je v vranici in v jetrih, ki utegnejo biti pri takem otroku dokaj povečana.

Sledi skratka splošna razvojna bolezen, otrokovo telo je takšno, da ga ne moremo več primerjati z zdravim otrokom.

Delno pomanjkanje hormonov golšne žleze v otrokovem telesu, se pravi pomanjkanje joda, ki se pojavi šele po rojstvu, ima za posledico večjo ali manjšo strumo, medtem ko se ob močnem pomanjkanju joda bodisi pri otroku ali odraslem podkožju testenasto prepoji s sluzasto tekočino, kar je značilno za tako imenovani miksedém.

Pravilno izločanje hormonov golšne žleze, se pravi njih sodelovanje v ubranosti z ostalimi je podlaga za pravilen telesni in tudi duševni razvoj.

Prekomerno izločanje hormonov golšne žleze pa se kaže v znakih, ki so pravo nasprotje pojavov, opisanih pri pomanjkljivem izločanju. Otroci so prekomerno topli; če jim merimo toplino, dobimo povprečno 37,5–38° C. Sicer jim jako hitro utripa. Nemirni so, bruhajo in se zaradi prehitrega gibanja črevesja prepogosto iztrebljajo. Mnogokrat se tudi pomočijo, in to preko mere. Zato v teži kar ne morejo napredovati, čeprav jih močno hranimo. Tudi dihalo hitreje ter napravijo videz živahnosti in nemirnosti. Po navadi so duševno bistri. Zdi se torej, da to pot golšna žleza »prižiga kaj živahne presnovne ognje«.

Kakšno zvezo lahko najdemo med slabim in premočnim delovanjem golšne žleze pri plodu in kasneje pri novorojenčku ter med preslabim in premočnim delovanjem te žleze pri noseči materi? Zveze so prav življenjsko važne in zaradi tega lahko tudi za otroka usodne. Opažamo, da utegne znižano delovanje golšne žleze pri materi v nosečnosti voditi pri otroku do bebavosti ali kretinizma. Zdi se torej, da je plodu, zlasti v zadnjih obdobjih razvoja v materi potrebno živahno delovanje ne samo njegove, temveč tudi materine golšne žleze. Za to poskrbi pri zdravi nosečnosti že priroda sama, saj vemo, da je zdrava nosečnica sveža, hitra, svetlih oči, prožna, sočna, napeta in da ima pri tem — širši vrat ki ji tak tudi lahko ostane, pravijo, da »od poroda«, vendar ne od naporov, temveč zaradi povečane dejavnosti golšne žleze v nosečnosti. Seveda se vrat po navadi zopet povsem stanjša, ko mati porodi, in še bolj, ko preneha dojit.

Ni treba, da bi ravno matere, pri katerih je dejavnost golšne žleze šibkejša, rodile otroke, ki bi pozneje postali več ali manj »kreténi«. Tudi žene, pri katerih je hormonalno sosedje povsem v redu, lahko rodijo otroke, pri katerih opazimo znake za pomanjkljivo delovanje golšne žleze. Vendar v takih primerih rodijo po navadi na videz zdrave otroke ali pa so bistveni znaki kaj zabrisani, ker pač (slično kakor trebušna slinavka pri sladkorni bolezni) — materina golšna žleza lahko nadomesti šibko dejavnost te žleze pri plodu. Ko pa se novorojenček loči od matere, od katere je doslej prejemal pobudnike golšne žleze po krvi, se zabrisani znaki po nekaj tednih izoblikujejo v vidnejše in bolj oprijemljive. To moramo vedeti zlasti zaradi uspešnosti zgodnjega zdravljenja s pripravitki iz golšne žleze.

Tudi povečana dejavnost hormonov golšne žleze pri noseči ženi ima svojevrstne posledice za njen plod. Niso pa te posledice tako hude kot v primeru pomanjkljive dejavnosti. Predvsem opažamo, da so novorojenčki jako nemirni, mnogo je med njimi bruhačev, ki izbruhajo sleherno hrano, njihovo mišičevje je togo napeto. Kakih posebnih razvojnih napak dosedanja opazovanja niso potrdila.

Vse omenjene nevšečnosti skušamo dandanes, po načelih predporodnega varstva matere in otroka, uravnavati na ta način, da v krajih, koder živijo golšavi ljudje in koder je več golšavih bebcev, dajemo materam že v nosečnosti

zdravila, v katerih je jod, skupno z vitaminoma A in D. Obenem pa skrbimo, da se nosečnice v zadostni meri izpostavljajo učinkovitim sončnim žarkom bodisi na priroden ali umeten način. Skrbimo tudi za pravilno, pestro in izdatno hrano. Tako se da zlo, ki bi sicer bilo morda veliko, močno omiliti, če že ne povsem preprečiti.

*

Tudi motnje v dejavnosti možganskega podveska (hipofize) imajo lahko za plod resne posledice. Omenili smo že, da ravno možganski podvesek skrbi za vso skladnost v delovanju žlez z notranjim izločanjem. Razumljivo je torej, da je pravilno delovanje te žleze velike važnosti za krmiljenje hormonskih podlag v nosečnosti, tako za ženo kakor tudi za njen plod. Pravtako je delovanje možganskega podveska pri plodu v kasnejših obdobjih razvoja, ko je že docela izoblikovana žleza zmožna samostojnega delovanja, izredne važnosti za plodovo in kasneje za otrokovo pravilno rast in razvoj, še pozneje, v dobi pubertete, pa za zorenje in preoblikovanje v zrelega moža ali ženo. Vsa ta dogajanja so danes že skoraj dodobra poznana, vendar pa so dokaj zapletena. Če hočemo količkaj razumeti, kako lahko nekatere vrojene bolezni in morda tudi »razvojne napake« v širšem smislu besede spravljamo v zvezo z možganskim podveskom in njegovimi hormoni, potem moramo najprej, seveda le v bistvu, razložiti delovanje te življenjsko nadvse važne žleze z notranjim izločanjem in hormonov, ki jih stvarja in s katerimi vodi dogajanja v našem telesu.

Žleza ima, ko je že povsem razvita, tri po svoji dejavnosti in zgradbi med seboj ločene sestavne dele. To so njen prednji reženj, ki mu rečemo tudi žlezni del, zadnji reženj ali živčni del in srednji reženj ali zvezni del.

Prednji reženj ali žlezni del hipofize izloča nadvse važne hormone. Le-te bi razdelili v splošne in tiste, ki vodijo druge žleze z notranjim izločanjem in delovanje mlečne žleze.

Splošni hipofizarni hormoni uravnavajo rast in razvoj telesa, ko neposredno vplivajo na vsa tista mesta v telesu, na katerih temeljijo rastna dogajanja. Zaradi tega jih kratko imenujemo *rastne hormone*.

Žlezni hipofizarni hormoni se obračajo na druge, podrejene žleze z notranjim izločanjem, vodijo njihovo dejavnost in jih med seboj usklajujejo v hormonalno urejenost in sosredje, ki je v različnih starostnih obdobjih in stanjih v telesu različno. Tako poznamo:

hormone, ki uravnajo spolne žleze in so seveda pri moškem drugačni kakor pri ženski. Skupno s spolnimi žlezami urejajo in določajo celotno spolno obeležje, moško in žensko;

hormone, ki urejajo delovanje nadobistne žleze in s tem zlasti sosredje soli in raznih rudnin v telesu ter njihovo razporejanje v tkivnih tekočinah telesa, pa tudi presnovo maščob in beljakovin;

hormone, ki usmerjajo delovanje golšne žleze in so tej podrejeni ter potemtakem posredno »prižigajo in ugašajo presnovne ognje«, kakor smo omenili v opisovanju dejavnosti golšne žleze;

hormone, ki vodijo delovanje otočkov v trebušni slinavki in zlasti z nasprotnim učinkovanjem, kot ga ima hormon te žleze — insulin, urejajo preosnovo sladkorjev in drugih ogljikovih vodikov v telesu, in končno

hormone, ki že v nosečnosti pripravijo prej mirujoče mlečne žlezne v dojkah do brstenja in jih razvijajo, tako da pripravijo pogoje za mlečnost, katero potem tudi vzdržujejo in jo pospešujejo, dokler je potrebna.

Zadnji reženj hipofize ali živčni del izloča dvojce vrst hormonov: hormone, ki uravnavajo vodno gospodarstvo v telesu, v tikivih in organih ter so jim podrejeni predeli ledvic, v katerih se voda izloča iz krvi in deloma posrkava nazaj, in

hormone, ki uravnavajo napetost gladkega mišičevja v ožilju, prebavilih in maternici.

Srednji reženj hipoteze ali zvezni del verjetno urejuje zlasti barvo kože s tem, da ureja odlaganje kožnega barvila v osnovnih celicah povrhnjice v koži. Služi pa tudi za prehodno tkivno podlogo, ki jo kot prehodno snov prepojijo hormoni zadnjega režnja, preden preidejo v kri in preko nje v tkivje in ledvice z nalogo, da urejajo vodno gospodarstvo telesa, kakor smo omenili.

Možganski podvesek ima torej v telesu s svojimi hormoni neverjetno veliko dejavnost. Razumljivo je torej, da je lahko marsikatera razvojna bolezen in tudi napaka takšna, da ji kaj lahko najdemo prave podlage v zgodnjih ali kasnejših okvarah posameznih predelov ali celotnega možganskega podveska. Bolezni, ki preko matere oškodujejo tudi plod in v njem zlasti možgane, ki je vanje »možganski podvesek« vključen in zavarovan z okostjem lobanjskega dna. Tako je po navadi, če so oškodovani celotni možgani, več ali manj prizadeta tudi ta za življenje bistveno važna žleza z notranjim izločanjem.

S tega vidika bomo podrobneje opisali le najbolj izrazite razvojne bolezni: hipofizarno pritlikavost in njeno nasprotje — hipofizarno velikanstvo, kot bolezen zaradi motenj v prednjem režnju možganskega podveska, nadalje: vodno propustljivost kot bolezen zadajšnjega režnja in beličnost (albinizem) kot bolezen zaradi motenj v srednjem delu možganskega podveska.

(Konec prihodnjic.)

V pričujočem članku n obolenji in spregovoriti o : na prava revmatična vne ustavil tudi pri vnetjih, ki in ki jih imenujemo degen Kolike važnosti so sklepni darstvo, nam kažejo statis slaviji več kakor 10 % vse sklepna obolenja, predvsn matizem — in pa še mnog

kakor tudi degenerativna obolenja. Večina bolnikov z akutnim poliartritisom izhaja iz socialno šibkejših družin. Tod so zaradi neustreznih stanovanj, nezadostne obleke in nepravilne prehrane tudi mnogo bolj izpostavljeni infekcijam dihal, posebno žrela, kjer se taki infekti često pojavljajo kot angine. Akutni poliartritis namreč nastane običajno šele po večkratnih infekcijah z beta hemolitičnimi streptokoki, ki povzročajo lakunarne angine. Bolezen izbruhne 1–3 tedne

bolnikov s sklepnimi dar se ne bom omejil sede, temveč se bom vlvjajo v višji starosti ve ali osteoarthritis«). 30 in narodno gospo- 3, da odpade v Jugo- 7. To so zlasti akutna — akutni sklepni rev- obsegajo tako vnetna

Zadnji reženj hipofize ali živčni del izloča dvojne vrste hormonov: hormone, ki uravnavajo vodno gospodarstvo v telesu, v tkivih in organih ter so jim podrejeni predeli ledvic, v katerih se voda izloča iz krvi in deloma posrkava nazaj, in

hormone, ki uravnavajo napetost gladkega mišičevja v ožilju, prebavilih in maternici.

Srednji reženi ~~hipofize ali zvezni~~ del verjetno urejuje zlasti barvo kože s ten povrhnjice v koži. Služ snov prepojijo hormoni v tkivje in ledvice z r omenili.

Možganski podvesni dejavnost. Razumljivo napaka takšna, da ji k okvarah posameznih p preko matere oškoduje ganski podvesek« vklj po navadi, če so oškod življenje bistveno važi.

arvila v osnovnih celicah dlogo, ki jo kot prehodno dejo v kri in preko nje larstvo telesa, kakor smo

ormoni neverjetno veliko razvojna bolezen in tudi v zgodnjih ali kasnejših ga podveska. Bolezni, ki žgane, ki je vanje »mož- obanjskega dna. Tako je nanj prizadeta tudi ta za

S tega vidika bomo podrobneje opisali le najbolj izrazite razvojne bolezni: hipofizarno pritlikavost in njeno nasprotje — hipofizarno velikanstvo, kot bolezen zaradi motenj v prednjem režnju možganskega podveska, nadalje: vodno propustljivost kot bolezen zadajšnjega režnja in beličnost (albinizem) kot bolezen zaradi motenj v srednjem delu možganskega podveska.

(Konec prihodnjic.)

0 skrbi za revmatike

B. Vargazon

V pričujočem članku mislim obravnavati problematiko bolnikov s sklepnimi obolenji in spregovoriti o smernicah pri delu z njimi. Vendar se ne bom omejil na prava revmatična vnetja sklepov v ožjem smislu besede, temveč se bom ustavil tudi pri vnetjih, ki se zaradi obrabe hrustanca pojavljajo v višji starosti in ki jih imenujemo degenerativne artropatije (»degenerative ali osteoarthritis«). Kolike važnosti so sklepna obolenja za zdravstveno službo in narodno gospodarstvo, nam kažejo statistični podatki. Iz teh je razvidno, da odpade v Jugoslaviji več kakor 10 % vseh obolenj samo na bolezni udov. To so zlasti akutna sklepna obolenja, predvsem Polyarthritis rheumatica acuta — akutni sklepni revmatizem — in pa še mnogo večja skupina kroničnih, ki obsegajo tako vnetna kakor tudi degenerativna obolenja. Večina bolnikov z akutnim poliartritisom izhaja iz socialno šibkejših družin. Tod so zaradi neustreznih stanovanj, nezadostne obleke in nepravilne prehrane tudi mnogo bolj izpostavljeni infekcijam dihal, posebno žrela, kjer se taki infekti često pojavljajo kot angine. Akutni poliarthritis namreč nastane običajno šele po večkratnih infekcijah z beta hemolitičnimi streptokoki, ki povzročajo lakunarne angine. Bolezen izbruhne 1–3 tedne

po preboleni angini. Med tem pa se v organizmu dogajajo alergični oziroma imunološki procesi, zaradi katerih tudi akutnega poliartritisa ne smemo vrednotiti kot lokalno artikularno, temveč kot splošno obolenje vsega organizma. Začenja se z visoko temperaturo, z bolečinami, oteklina ali navadno več sklepov, iz katerih se simptomi sčasoma selijo še v druge neprizadete sklepe. Ta pojav je pred nekaj stoletji dal bolezni tudi ime: izraz »rheuma« je grški in pomeni nekaj, kar se pretaka, teče. Takrat so si predstavljali, da se bolezenska snov pretaka iz enega sklepa v drugega. Obolenje sklepov samih je danes že nebitven in terapevtsko po navedi kaj lahko rešljiv problem. Mnogo huje je, da obolita v visokem odstotku obenem s sklepi tudi endokard in miokard, in sicer kot revmatični endokarditis in miokarditis. Obe obolenji privedeta v poznejših letih — bodisi zaradi srčne hibe ali kronične okvare srčne mišice — do oslabelosti srca oziroma do srčne dekompenzacije, ki jo prav dobro poznate iz vsakdanje prakse. Zlasti pri otrocih je v izredno visokem odstotku prizadeto tudi srce. Na posebne težave naletimo v primerih, ko so spremembe na sklepih morda komaj opazne. Zato jih neredko lahko tudi spregledamo in tako za vselej zamudimo priložnost ustreznega zdravljenja. Čim starejši je človek, tem manj je verjetnosti, da bi bilo obenem prizadeto tudi srce. Kako tragično usodo doživljajo bolniki s srčno hibo po prebolenem poliartritisu, nam najbolj zgovorno dokazuje visoko število smrtnih primerov med temi bolniki. Samo v ZDA cenijo, da umrje letno 30–60 tisoč ljudi zaradi revmatičnih srčnih obolenj, in sicer največ v starosti med 5. in 25. letom življenja.

Najvažnejše pri zdravljenju akutne faze poliartritisa in endomiokarditisa je mirovanje in ležanje, in sicer vse dokler je revmatično vnetje aktivno. Pa tudi v rekonvalescenci potrebuje bolnik vsaj še nekaj tednov strogega počitka in pozneje se mora še nekaj mesecev do enega leta brezpogojno omejiti v telesnih naporih ali športnem udejstvovanju. Zato moramo vedno opozarjati bolnika, naj ostane v postelji, vse dokler ima temperaturo, tudi če je ta samo včasih zvišana, in še to le malo nad 37° C, dalje, če ima pospešen pulz, zvišano sedimentacijo in na srcu bolezenske spremembe.

Že samo s tem enostavnim ukrepom se bo marsikateri revmatik obvaroval srčne hibe in s tem v poznejših letih tudi dolgotrajnega hiranja zaradi nastajajoče oslabelosti srca. Še prav posebno bomo previdni pri bolnikih s klinično ali elektrokardiografsko ugotovljenim revmatičnim endomiokarditisom, ki traja neredko mesece in mesece, medtem ko vnetje nezadržno tli naprej pri sicer minimalni klinični simptomatiki. Bolnik mora ves ta čas ležati in se, tudi ko vnetje mine, še daljši čas varovati vseh večjih telesnih naporov ter se le polagoma uvajati v normalni način življenja.

V akutnem obdobju bolezni se pacient spočetka zelo močno poti, kar včasih privede celo do kožnih sprememb. Temu odpomoremo, če bolnika pogosto umivamo s toplo vodo in z dodatkom razredčenega alkohola. Pri umivanju moramo vedno paziti, da se bolnik čim manj utruji. Med važne naloge pri negi akutnega poliartritisa sodijo ukrepi za zmanjšanje bolečin, ki so pri zelo akutno potekajočem poliartritisu vedno v precejšnji meri prisotne. Močno boleče sklepe le za krajšo dobo imobiliziramo, predvsem pa jih varujemo pritiska odeje. Obenem pa se ogiblremo nepotrebnih in bolečih premikov postelje, nepazljivega posteljanja in tudi nepotrebnega premikanja sklepov.

Pri akutni obliki naj ima bolnik sklep v takem položaju, da mu prizadene čim manj bolečin, kar pa seveda ne velja — zaradi nevarnosti nastanka fleksijske

kontraktуре — za subakutno ali kronično potekajoče oblike, kjer je preventiva usmerjena predvsem proti poznejšemu neugodnemu položaju sklepa. Nekoliko ublažimo bolečine tudi s previdno uporabo mazil, ki vsebujejo razne salicilate. Kakršnokoli močnejše masiranje pa je v tem stadiju kontraindicirano. Bolnik z akutnim poliartritisom potrebuje krepko in visoko kalorično prehrano, ki mora vsebovati predvsem zadostno količino sveže zelenjave, sadja in sadnih sokov. Posebno pridejo v poštev limone, ker ima organizem večje potrebe po vitaminu C, ki ga redno dodajamo tudi še v tabletah ali injekcijah. Zaradi močnejšega potenja dobivajo bolniki tudi več tekočine — vsaj 2000 do 3000 ccm — kar dosežemo predvsem z večjo količino že omenjenih sadnih sokov. Številne procedure v zvezi z nego, pogostno jemanje zdravil (na več dnevnih obrokov razdeljeno dajanje natrijevega salicilata, aspirina, piramidona, butazolidina, irgapirina, pronisona itd.), dalje večkratno uživanje manjših obrokov hrane, intenzivnejša nega, vse to lahko bolnika prikraja za počitek in spanje, ki sta mu zaradi značaja njegove bolezni tolikanj potrebna. Zato morata sestra in bolničar to upoštevati in si delovni program dnevnih opravil razporediti pri akutnih revmatikih na način, ki jim bo zajamčil spanje po kosilu, pa tudi sicer zadostno mirovanje v postelji. Dobra kontrola za zmogljivost srca pri počasnem uvajanju v redno življenje je merjenje hitrosti pulza pred naporom in potem. Če ugotovimo, da pet minut po naporu pulz ne doseže prejšnje vrednosti, je to znak, da mora bolnik še nadalje mirovati.

Ko so odkrili, kolike važnosti je streptokokni infekt pri nastanku akutnega poliartritisa, je vse prizadevanje šlo nenehno za tem, da se najde pravo vzročno zdravljenje kakor tudi način, kako obvarovati organizem pred infektom ali kako preprečiti oziroma zavreti sam potek imunološkega procesa. Posebno očitno je to postalo v letih po odkritju sulfonamidov, penicilina in drugih antibiotikov. Vendar nam tudi z antibiotiki ne uspe, da bi ob izbruhu akutnega revmatizma hitro zavrli imunološki proces v organizmu. Tem bolj pa si lahko pomagamo s sulfonamidi ali antibiotiki kot preventivnim profilaktičnim sredstvom bodisi proti izbruhu revmatizma pri ugotovljenih anginah ali tudi za preprečevanje recidivov, kar je bistvene važnosti posebno pri mlajših bolnikih. Zato tudi dajemo rekonvalescentom po akutnem revmatizmu skozi daljšo dobo bodisi dvakrat dnevno po pol grama sulfonamidov ali pa po 200 000 E penicilina — prav tako dvakrat dnevno. Druga običajna antirevmatična sredstva so danes že tako učinkovita, da nam zdravljenje sklepnih pojavov večidel ne povzroča posebnih težav — vendar samo če jih dajemo v ustreznih količinah in dovolj dolgo. Ne poznamo pa še zdravila, s katerim bi bolnika lahko zanesljivo obvarovali srčne hibe in mu prihranili vse tisto trpljenje, ki ga dan za dnem opazujemo pri kronično bolnih z dekompenziranim srcem. Nekaj časa je prevladovalo mnenje, da kortizoni in njemu podobni preparati preprečijo nastanek srčne hibe, vendar velike statistike tega niso mogle potrditi.

Mnogo težje je zdravljenje bolnikov s kroničnimi sklepnimi obolenji, ki traja neredko leta, desetletja ali pa vse do smrti. Kronične artropatije so lahko degenerativne ali vnetne. Eden izmed vzrokov za porast degenerativnih artropatij je močno zvišana starostna doba ljudi v ekonomsko razvitih državah, kar velja danes tudi za Jugoslavijo. Zato tudi opazamo, da imamo tem več artropatov, čim daljša je povprečna življenjska doba človeka. V veliki meri pa je iskati vzrok v povsem nepravilnem načinu življenja, ki ga živimo v stoletju tehničnega razvoja in hitro naraščajoče motorizacije, kar vse močno pospešuje

nastanek degenerativnih sklepnih obolenj, predvsem v najbolj obremenjenih sklepih. Fändrich¹ pravi: »Naraščajoča motorizacija nam prihrani peš hojo iz službe in v službo, dasi bi kajkrat že zadostovala, da bi se med delovnim časom nastale mišične otrdelosti in nepravilna drža normalizirale. Zaradi kina, gledališča, radia in televizije ne utegnemo več na večerne sprehode. Nedeljski izlet je postal nemoderen, mladina pa drvi okrog z motornim kolesom in »mopedom«. Dodal bi le še, da je telesna drža v nekaterih poklicih vse prej kot fiziološka, zaradi česar že zgodaj opazamo degeneracijo sklepnih hrustancev in tudi zgodnjo invalidnost. V eri, ko se človeštvo vse bolj približuje vseмирskemu telesu, pa moramo žal ugotavljati, da »postajamo tem bolj nepokretni, čim bolj je razgiban čas, v katerem živimo«. Temu so vzrok tako degenerativna kakor tudi vnetna obolenja sklepov. Samo v ZDA je zaradi kroničnih sklepnih obolenj bolnih približno 7 milijonov oseb, to je vsaj 5 % prebivalstva (Brown²). Od tega je približno 130 000 odraslih za delo povsem nezmožnih (letna izguba 45 milijonov delovnih dni), 800 000 pa jih je za delo le omejeno sposobnih. Okrog polovico od teh je letno bolnih povprečno 5 mesecev, kar pomeni v gospodarstvu v ZDA letno ogromno izgubo 60 milijonov delovnih dni samo v tej skupini bolnikov. Podobne številke navajajo tudi drugod in je n. pr. v Avstriji izguba narodnega dohodka zaradi revmatizma znašala v enem letu več kot 1 milijardo šilingov. (Günther, Hittmair³). Pri tem lahko ugotovimo, da se s preventivnim zdravljenjem prej omenjenih streptokoknih infektov more vsaj do neke mere zmanjšati število akutnih poliartritikov, medtem ko število kroničnih bolnikov raste še naprej. Glede zdravljenja degenerativnih artropatij bi omenil le toliko, da je zaradi značaja obolenja in nepopravljivosti sklepnih okvar zdravljenje teh bolnikov kaj nehvaležno delo, zlasti še, ker je le prav malo zdravil zares učinkovitih.

Po načinu nastanka ločimo dve obliki kroničnega poliartritisa: primarno in sekundarno kronični. Za sekundarno kronični poliartritis označujemo obliko, ki poteka spočetka akutno in po nekaj recidivih polagoma preide v kronično obliko. Primarno kronični poliartritis pa se začne polagoma in skoraj neopazno s sklepnimi pojavi, ki so lokalizirani predvsem na malih sklepih rok. Vzrok nastanka je še neznan, kar tudi onemogoča profilakso. Predvsem nas zanima vprašanje, ali je danes že možno uspešno zdraviti paciente s kroničnim revmatizmom in ali ni veliko število delnih ali popolnih invalidov ravno dokaz o nemoči zadevne terapije. Ena glavnih napak, ki se na srečo danes ne dogaja več v tolikšni meri, je v tem, da zdravimo kroničnega revmatika le ob akutnejšem poslabšanju in ga po raznih ukrepih, ko se mu stanje za siloboljša, brez zadostne kontrole zopet prepustimo njegovi usodi. Navadno se bolnik zadovolji s tem, da je bolečina izginila, ne pomisli pa, da potrebuje skoraj polovica vseh kroničnih revmatikov dolgotrajno terapijo po individualnem načrtu, ki je odvisen od aktivnosti in stadija bolezni ter odzivnosti na določeni medikament. Danes že razpolagamo s posebnimi dispanzerji za revmatike (oddelek na Polikliniki in Šolski polikliniki v Ljubljani, ambulate v Mariboru, Kranju itd.), kjer je že do sedaj registriranih na tisoče revmatičnih bolnikov. Razpolagamo pa tudi že z zdravili, s katerimi pri pravilnem in dosledno izvedenem — večkrat zelo dolgotrajnem zdravljenju — dosežemo v visokem procentu tudi leta dolgo izboljšanje in vsaj znosno življenje (zlato, resochin, kortizonski preparati, butazolidin, irgapirin, kombinacije resochina s prednisonom in aspirinom, kombinacije aspirina s pronisonom itd.). Na srečo prenašajo revmatični bolniki to

dolgotrajno terapijo povečini z nezmanjšanim optimizmom in vedrino, ki nam je pri zdravljenju v veliko pomoč. To je tudi ena zelo značilnih karakternih potez teh bolnikov. Kdorkoli je že sodeloval pri negi in zdravljenju kroničnih revmatikov, pa je lahko tudi videl, da pri sicer redkih primerih (po skromnih cenitvah nekako pri 10 % — Schoen⁴) bolezen kljub intenzivnemu zdravljenju nezadržno napreduje in privede po določenem obdobju do invalidnosti. Menda ni potrebno posebej opozoriti, da tudi pri kroničnem poliartritisu ni vseeno, kdaj začnemo z zdravljenjem: z vsakim letom je verjetnost uspeha manjša, dokler ne postane zdravljenje brezpredmetno, ko zaradi nastalih deformacij ne moremo več preprečiti invalidnosti, čeprav nam morda uspe, da zboljšamo revmatično vnetje.

Omenil sem že, da je pri zdravljenju bolnikov z akutnim poliartritisom prvi pogoj ležanje. Pri kroničnem revmatizmu pa z daljšim ležanjem bolniku več škodimo kakor koristimo. Zaradi neaktivnosti in imobilnosti se spremeni in poslabša zgradba kosti, hrustanca in vezivnega tkiva. Zato pri kroničnem poliartritisu tudi v aktivni fazi (otekline, bolečine, zvišana SR, dvig temperature, anemija, slabo počutje itd.) le v izjemnih primerih pustimo posamezni sklep mirovati dlje kakor nekaj dni do enega tedna. Isto velja tudi za ležanje, ki ga pri teh bolnikih nikdar ne smemo izvajati po načelih, kot veljajo za zdravljenje akutnega sklepnega revmatizma. Bolniku zato tudi priporočimo, da vsaj nekaj ur dnevno vstane in da sam skrbi za svojo osebno higieno, za žene pa je priporočljivo opravljanje lažjih gospodinjskih del. Bolnikom tudi svetujemo, da pridejo v ordinacijo po možnosti peš. S temi ukrepi preprečujemo nastanek muskularne atrofije in bolniku zboljšujemo fizično kondicijo. Pri akutnejšem poslabšanju z močnejšimi oteklinami je gibanje vedno združeno z bolečinami. Bolnik jih skuša zmanjšati s tako sklepno lego, pri kateri je sklepna ovojnica čim manj napeta in s tem tudi manj boleča. To je položaj sklepa v zmerni fleksiji. Če taka lega traja dalj časa, je skoraj neizbežna posledica fleksijska kontraktura, ki ne dopušča niti popolne fleksije niti ne ekstenzije. Pri predisponiranih bolnikih lahko nastane taka kontraktura že po prav kratkem času — celo že po nekaj dneh. Zato skušamo uravnati sklep v najprimernejši položaj, to je v iztegnjeni položaj (ekstenzija), kar velja posebno za komolčne in kolenske sklepe. Takšen položaj dosežemo z opornicami, ki jih apliciramo predvsem ponoči.

Edström⁵ povsem umestno ugotavlja tudi, da so naše postelje za kronične revmatike večidel prenizke, ker se le s težavo uležajo in vstanejo. Postelje lahko dvignemo z lesenimi podstavki. Navadno je bolniška postelja za te bolnike tudi premehka. Posebno indicirana je ureditev trdega ležišča pri degenerativnih in vnetnih obolenjih hrbtenice, ker je brez tega ukrepa vsako zdravljenje obsojeno na neuspeh. Podobni ukrepi veljajo tudi za sedenje, ki nikdar ne sme biti dolgotrajno. Razen tega mora biti stol zadosti visok, da kolčni in kolenski sklepi niso močnejše flektirani.

Kot eno najblažjih sredstev za zmanjšanje bolečin uporabljamo toploto, ki ohlapi sklepe, širi ožilje, zboljšuje prekrvljenost mišic, kar vse vpliva analgetično. Zelo primerni so električni grelni loki, termofori ali električne blazine, ki jih pustimo približno 20–30 minut in jih uporabimo večkrat dnevno. Revmatične težave se zmanjšajo tudi po toplih kopelih, ki pa ne smejo biti predolge (do 15 minut) in tudi ne prepogostne. Le pri bolj svežih vnetjih se s toploto bolečine včasih celo povečajo, pojav bolečine pa je lahko tudi dokaz, da je delo-

vala predolgo. Pri takih bolnikih je navadno tudi že kratkotrajno gibanje združeno z bolečinami. Vendar je pri zdravljenju kroničnega revmatizma eden izmed osnovnih pogojev zmerno gibanje in razgibavanje ter razne oblike fizikalne terapije.

Z nadaljnjim zvišanjem povprečne starostne dobe in z naraščanjem škodljivih vplivov civilizacije se bo število kroničnih artropatov v bodočnosti verjetno še povečalo. Naša prizadevanja morajo biti pri tem usmerjena tako v preventivo kakor v izvajanje vseh nakazanih ukrepov pri negi in oskrbi, saj bomo našim bolnikom s sklepnimi obolenji na ta način tudi pripomogli do zopetnje gibljivosti.

SLOVSTVO

1. Fändrich, W. F.: Zschr. Rheumaforsch., Darmstadt 18, 81, 1959.
2. Brown, A. M.: Medical Nursing, Saunders, Philadelphia — London, 1953.
3. Günther, R. Hittmair, A.: Zschr. Rheumaforsch., Darmstadt 18, 299, 1959.
4. Schoen, R.: predavanje na: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, Wiesbaden, 1959.
5. Edström, G.: Documenta rheumatologica Geigy No 4, 1954.

De

Zadnja leta se javnos ljudi je namreč precejšnje na njihov račun. Toda tež

In tudi v tem je eder manj polovica prebivalstvomoramo v tako imenovan hranjenosti, ki pomeni ol

Seveda ni vsak debe bolnim debelim človekom:

predhodnica raznih bolezni, saj pospešuje njihov razvoj in potek. Razen tega vpliva tudi uspavajoče na delavnost človeka in družbe. Že pesnik Horac omenja, kako je bilo z dobro pijačo in jedačo pri Rimljanih konec junaštva, pesništva, govorništva in podobnega. »Z nožem in vilicami si je izkopal grob. — Kdor pije, ne da bi bil žejen, in je, ne da bi bil lačen, umrje mlad. — Trebuh je slab svetovalec. — Mnogi uporabijo prvo polovico življenja, da pokvarijo drugo. — Iz sitosti se rodi lenoba«, takih in podobnih pregovorov poznamo nešteto. Premeteni državnik in vojskovodja Cezar pa je izjavil: »Okrog mene naj bodo debelušni ljudje z gladkimi glavami, ki ponoči dobro spijo; ljudje, ki preveč mislijo, so lahko nevarni«.

Kaj hitro se prične pri debelosti tudi tako imenovani zloveški krog, iz katerega je težko najti izhod: razvijejo se razne bolezni, ki terjajo počitek in izključujejo telesno delo; zato takšen človek, ki se je zaradi večje teže že tako ali tako polenil, še pridobiva težo. Seveda se mu težave s tem še povečajo in tako se ta krog vrti naprej in naprej, dokler nesrečnika ne zmelje.

V Ameriki ugotavljajo pojav debelosti pri več kot eni petini celotnega prebivalstva, v Angliji omenjajo naraščanje bolezenskih stanj zaradi debelosti,

nje debelosti. Debelih al, ki jih ljudje zbijajo lebelosti, niso majhne. veta: medtem ko naj- ie nedohranjenosti, se proti prekomerni pre-organizem.

rhodi med zdravim in je debelost mnogokrat

vala predolgo. Pri takih bolnikih je navadno tudi že kratkotrajno gibanje združeno z bolečinami. Vendar revmatizma eden izmed osnovnih pogojev zme-er razne oblike fizikalne terapije.

Z nadaljnjim zviš-
ljivih vplivov civilizaci-
še povečalo. Naša priz-
kakor v izvajanje vseh
bolnikom s sklepnimi o

in z naraščanjem škod-
tov v bodočnosti verjetno
erjena tako v preventivo
oskrbi, saj bomo našim
gli do zopetnje gibljivosti.

1. Fändrich, W. F.:
2. Brown, A. M.: M
3. Günther, R. Hitt
4. Schoen, R.: pred-

18, 81, 1959.

phia — London, 1953.

armstadt 18, 299, 1959.

ien Gesellschaft für innere
Medizin, Wiesbaden, 1959.

5. Edström, G.: Documenta rheumatologica Geigy No 4, 1954.

Debelost – vzrok bolezni

Dr. Henrik Neubauer

Zadnja leta se javnost čedalje bolj zanima za vprašanje debelosti. Debelih ljudi je namreč precejšnje število in znanih je nič koliko šal, ki jih ljudje zbijajo na njihov račun. Toda težave, ki izvirajo iz prekomerne debelosti, niso majhne.

In tudi v tem je eden izmed nesmislov današnjega sveta: medtem ko najmanj polovica prebivalstva na svetu trpi zaradi kronične nedohranjenosti, se moramo v tako imenovanem civiliziranem svetu boriti proti prekomerni prehranjenosti, ki pomeni občutno nevarnost za človekov organizem.

Seveda ni vsak debelejši človek tudi že bolnik. Prehodi med zdravim in bolnim debelim človekom so zelo zabrisani. Vendar pa je debelost mnogokrat predhodnica raznih bolezni, saj pospešuje njihov razvoj in potek. Razen tega vpliva tudi uspavajoče na delavnost človeka in družbe. Že pesnik Horac omenja, kako je bilo z dobro pijačo in jedačo pri Rimljanih konec junaštva, pesništva, govornišstva in podobnega. »Z nožem in vilicami si je izkopal grob. — Kdor pije, ne da bi bil žejen, in je, ne da bi bil lačen, umrje mlad. — Trebuh je slab svetovalec. — Mnogi uporabijo prvo polovico življenja, da pokvarijo drugo. — Iz sitosti se rodi lenoba«, takih in podobnih pregovorov poznamo nešteto. Premeteni državnik in vojskovodja Cezar pa je izjavil: »Okrog mene naj bodo debelušni ljudje z gladkimi glavami, ki ponoči dobro spijo; ljudje, ki preveč mislijo, so lahko nevarni«.

Kaj hitro se prične pri debelosti tudi tako imenovani zloveški krog, iz katerega je težko najti izhod: razvijejo se razne bolezni, ki terjajo počitek in izključujejo telesno delo; zato takšen človek, ki se je zaradi večje teže že tako ali tako polenil, še pridobiva težo. Seveda se mu težave s tem še povečajo in tako se ta krog vrti naprej in naprej, dokler nesrečnika ne zmelje.

V Ameriki ugotavljajo pojav debelosti pri več kot eni petini celotnega prebivalstva, v Angliji omenjajo naraščanje bolezenskih stanj zaradi debelosti,

pa tudi pri nas in drugod po svetu zdravniki vsak dan srečujemo ta pojav v ordinacijah in bolnišnicah.

Vzrok debelosti je večinoma v tem, ker uživajo ljudje večje količine hrane, kot jih telo potrebuje. Morda so zares veliki jedci, lahko pa količine zaužite hrane tudi niso večje ali so celo manjše od količin, kot jih zaužijejo ljudje z normalno težo. Toda v tem primeru je pač potreba majhna. Predvsem velja to za ljudi, ki delajo bodisi sedé ali pa delajo malo in se tudi malo gibljejo. Večkrat so sami celo prepričani, da pojedó zelo malo. Seveda ne pomislijo tu na razne sladkarije, po katerih sežejo, kadar le morejo; drugi zopet imajo vsak čas kaj malega v ustih ali pa si poleg normalnih rednih obrokov privoščijo še razne bolj ali manj obilne malice.

Tu seveda vplivajo včasih tudi notranje telesne žleze. Večkrat pa je čezmernemu uživanju hrane vzrok moteno duševno ravnotežje. Saj poznamo ljudi, ki si po raznih razočaranjih v življenju, kot je n. pr. pomanjkanje prijateljstva, ljubezni, osebnega uveljavljanja ipd., iščejo utehe v čezmerni prehrani. K temu jih lahko še spodbuja večkrat prijetni občutek sitosti pri polnem želodcu. Prav takšne duševne motnje pa pri drugih ljudeh povzročé lahko tudi obraten pojav, tako da jim niti ni do jedi.

Že dolga leta upoštevajo zavarovalne družbe pri dosmrtnih zavarovanjih tudi telesno težo zavarovanca. Ugotovili so namreč, da je življenjska doba debelih ljudi dokaj krajša in da nevarnost za zdravje raste obenem s starostjo in stopnjo debelosti. Vsakih 5 kg nad normalno težo pomeni pri ljudeh v starosti nad 45 let za 10 % krajšo življenjsko dobo. Tudi pravi staro pravilo, da vzame človeku eno leto življenja vsak centimeter, za katerega obseg pasu pre-sega obseg prsi.

Tudi če si ogledamo smrtnost prebivalstva, vidimo, da umirajo debelejši ljudje bolj zgodaj in v večjem številu kakor ljudje z normalno težo. Najbolj zdravi so in največjo starost dosežejo povprečno ljudje, ki so celo nekoliko pod normalno težo.

Vzrok zgodnji smrti so razne bolezni in težave, ki so jim debelejši ljudje mnogo bolj podvrženi kakor drugi. Takih bolezni je cela vrsta. Vemo, da nastopa sladkorna bolezen do štirikrat pogostejše pri debelih ljudeh. Večinoma se pojavi debelost že veliko prej in se ji kasneje pridruži še sladkorna bolezen. Večina teh bolnikov je starih nad 30 let. V mnogih takih primerih je pravočasno shujšanje uspešno nadomestilo za razna zdravila in injekcije. Tako so v Grčiji med zadnjo vojno opazili, da se je n. pr. v Atenah zmanjšalo število sladkorno bolnih za desetkrat.

Kakršnokoli povečanje telesne teže je dodatna obremenitev tudi za srce in krvni obtok. Med telesno težo in delovno sposobnostjo srca se kaj hitro razvije neugodno nesorazmerje, ki se konča često z odpovedjo srca in krvnega obtoka, posebno če mora organizem premagovati posebne napore, kot so kake operacije, bolezni z vročino ipd. Navajajo celo, da so razna degenerativna obolenja srca vzrok smrti pri vsakem drugem človeku s prekomerno težo. Raziskave na Norveškem so tudi nedvomno pokazale, da je smrtnost zaradi obolenj srca in obtočil v nekem sorazmerju z letno porabo maščobe na posameznega prebivalca.

Pri debelih ljudeh je pogostnejša tudi arterioskleroza — poapnenje žil. Pri njenem nastanku igra vlogo povsem obilo živalske maščobe, ki jo dobimo s hrano. Posledice poapnenja žil v raznih organih so znane: možganska kap, angina

pektoris s hudimi srčnimi napadi, kronične ledvične bolezni, slaba prekrvljenost udov in podobno.

Znano je tudi pogostno zvišanje krvnega pritiska pri debelih ljudeh. Od štirih ljudi z visokim krvnim pritiskom imajo trije prekomerno telesno težo. S shujšanjem pade krvni pritisk pogosto zopet na normalo,

Predvsem pri debelejših ženah pogosto ugotovimo težave zaradi žolčnih kamnov. Tudi pri porodih debelejših žen pogosto opazimo komplikacije, med njimi zlasti najhujšo, tako imenovano nosečnostno zastrupitev.

Nabiranje maščobe je velika ovira tudi za dihanje. Težko pa obremenjuje predvsem gibalna. Pogosto je ploskim nogam vzrok preobtežitvev, zaradi ploskih nog zopet pa se pojavijo razne spremembe in vnetja drugih sklepov na nogah, hrbtenici in sploh razne bolečine in težave v hrbtu in križu. Tudi protinu, ki so ga včasih imenovali bolezen bogatašev, je razen podedovane nagnjenosti k tej bolezni vzrok prekomerna prehrana in pomanjkanje telesnih naporov.

Debelost je nadalje ovira za razne kirurške posege tako s tehnične strani zaradi obilne podkožne maščobe kakor tudi zaradi slabega celjenja ran in pa nagnjenja k trombozi — k začepljenju malih in večjih žil. To nagnjenje k trombozi podpirajo še krčne žile, ki tudi spadajo med pogostne težave debelih ljudi. Posledice tromboze so hude, saj se lahko začepi tudi glavna pljučna žila, kar ni več združljivo z življenjem.

Končno so pri debelejših ljudeh pogostnejše tudi nesreče v industriji, gošpodinjstvu in na cesti. To nam postane razumljivo, če le pomislimo na manjšo gibčnost in okretnost teh ljudi.

Katere ljudi pa imamo za predebele? Saj vemo, da človek velikokrat sodi sam po sebi. Debeluh bo kaj hitro o kom rekel, da se mu zdi presuh, in tudi suhec se bo pogosto čutil debelosti nekoliko težjega človeka. Merilo za debelost bi nam bila normalna teža, kot jo najdemo v raznih tabelah in je odvisna od starosti, spola in višine (glej tabelo na naslednji strani).

Za predebelega štejemo po vsem tem vsakega človeka, ki za več ko 10 % presega normalno težo. Žal pa nobena teh tabel ne zadovoljuje popolnoma. Točnih števil ne poznamo in so to večinoma le približne številke raznih življenjskih zavarovalnic. Tudi poznano pravilo »toliko kilogramov, kolikor centimetrov imaš nad 1 m višine« drži le zelo približno. Manjši ljudje imajo večinoma večjo, večji pa manjšo težo, kot bi veljalo po tem pravilu, ki seveda ne upošteva tudi starosti.

Predvsem bi moral vsak paziti, da po 30. letu življenja, ko normalno dosežemo najugodnejšo telesno težo, v glavnem ne bi več pridobival teže. S tem bomo preprečili nastanek mnogih bolezni. Zato je priporočljivo, da telesno težo redno kontroliramo s tehtanjem. Nenaden porast v teži namreč ni le svarilen znak pred debelostjo, marveč je lahko tudi najbolj zgodnji znak kake bolezni.

Potrebe po hrani se s starostjo zmanjšajo. Zato moramo zmanjšati dnevne obroke hrane, ko pridemo v tako imenovana »srednja leta«. Ljudje, ki so pa normalno telesno težo presegli že za več kot 10 %, se morajo podvreči zdravljenju. Ker je vzrok debelosti, kot rečeno, večinoma v tem, da uživajo več hrane, kot je dejansko potrebujejo, je bistvo zdravljenja v zmanjšanju dnevnih obrokov. Drugi načini, o katerih velikokrat slišimo, so še: zdravila, ki zmanjšujejo apetit; nadalje razna zdravila za nasilno hujšanje, ki so povzročila tudi že

STANDARDNA TEŽA GLEDE NA SPOL, STAROST IN VIŠINO

1. Moški:

Starost	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	nad 55
Višina									
149,9	50,4	53,1	55,3	56,7	57,6	59,0	59,9	60,3	60,8
152,4	51,3	54,0	56,2	57,6	58,5	59,9	60,8	61,2	61,7
154,9	52,1	54,9	57,1	58,5	59,4	60,8	61,7	62,1	62,6
157,5	53,5	56,3	58,1	59,4	60,3	61,7	62,6	63,1	63,5
160,0	54,9	57,6	59,4	60,8	61,7	63,1	64,0	64,4	64,9
162,6	56,3	59,4	60,8	62,1	63,5	64,4	65,3	65,8	66,2
165,1	58,1	61,2	62,6	64,0	65,3	66,2	67,1	67,6	68,0
167,6	60,0	63,1	64,4	65,8	67,1	68,0	69,0	69,4	69,9
170,2	61,7	64,4	66,2	67,6	69,0	69,9	70,8	71,2	71,7
172,7	63,5	66,2	68,0	69,9	71,2	72,1	73,0	73,5	73,9
175,3	65,3	68,0	69,9	71,7	73,5	74,4	75,3	75,8	76,2
177,8	67,1	69,9	71,7	73,9	75,8	76,7	77,6	78,0	78,5
180,3	69,4	71,7	73,9	76,2	78,0	79,4	80,3	80,7	81,2
182,9	71,7	73,9	76,7	78,9	80,7	82,1	83,0	83,5	83,9
185,4	73,9	76,2	79,4	81,7	83,5	84,8	86,2	86,6	87,1
188,0	76,2	78,5	82,1	84,4	86,6	88,0	89,4	89,8	90,3
190,5	78,5	80,7	84,8	87,1	89,4	91,2	92,5	93,0	93,4

2. Ženske:

149,9	49,9	51,3	52,6	54,0	55,3	57,2	58,5	59,4	59,9
152,4	50,8	52,2	53,5	54,9	56,3	58,1	59,4	60,3	60,8
154,9	51,7	53,1	54,4	55,8	57,2	59,0	60,3	61,2	61,7
157,5	53,1	54,4	55,3	56,7	58,5	60,3	61,7	62,6	63,5
160,0	54,4	55,8	56,7	58,1	59,9	61,7	63,1	64,0	64,9
162,6	55,8	57,2	58,5	59,9	61,7	63,1	64,4	65,3	66,2
165,1	57,2	58,5	59,9	61,7	63,5	64,9	66,2	67,1	68,0
167,6	59,0	60,3	61,7	63,5	65,3	66,7	68,5	69,0	69,4
170,2	60,8	62,1	63,5	65,3	67,1	68,5	70,3	71,2	71,7
172,7	62,6	64,0	65,3	67,1	69,0	70,3	72,1	73,5	73,9
175,3	64,0	65,8	67,1	69,0	70,8	72,1	73,9	75,3	75,8
177,8	65,8	67,6	68,6	70,3	72,1	73,5	75,3	77,1	78,5
180,3	68,0	69,4	70,3	71,7	73,5	75,3	77,1	78,9	80,3
182,9	70,3	71,2	72,1	73,5	74,8	76,7	78,5	80,3	82,6

Višina v centimetrih brez čevljev.

Teža v kilogramih v običajni obleki brez čevljev.

Za težo golega moškega odštej 4,5 kilograma, ženske 2,7 kilograma.

smrtne primere; razne telesne vaje (pripominjam, da moramo prehoditi okrog 50 km, da zgubimo pol kile maščobe); masaža, parne kopeli in sprememba v načinu življenja. Toda če se resnično hočemo znebiti prekomerne debelosti, nam pač nobeden od teh načinov ne more nadomestiti najpreprostejše, a zelo težavne vaje, ki bi ji rekli: Odrini poln krožnik od sebe!

S tem seveda mislim samo na omejitve v hrani, ne pa da bi se ji popolnoma odrekli, kajti nekatere snovi, kot n. pr. beljakovine, železo, vitamin C itd., so nam nujno potrebne. V glavnem se moramo omejiti na nehranljiva živila, to je na zelenjavo, sadje in pusto meso, ki jih potem lahko uživamo v neomejenih količinah, tako da vendarle dobimo občutek sitosti. Shujševalnih diet je mnogo. Naj podam tu en sam primer! Zajtrk: ena pomaranča ali malo jabolko, eno jajce ali kos opečene slanine, košček kruha. Kosilo: čista juha, malo mesa, jeter ali ribe, veliko zelenjave (izogibamo se fižola, graha, krompirja) in sveže ali vkuhano sadje brez sladkorja. Večerja: košček sira ali malo pustega mesa, solate ali zelenjave po želji, košček kruha. Čez dan si lahko privoščimo še 1/4 l mleka in 20 g surovega masla ali margarine. Priporočljivo je tudi, da se čimbolj omejimo v soli. Povrh pa se moramo izogibati še kakršnih koli sladkih stvari, mesnih omak, suhega mesa in alkohola.

Da ne zaide v nedohranjenost, ki utegne biti za zdravje tudi nevarna, naj bolnik začne s hujšanjem edinole pod zdravnikovim nadzorstvom. Priporočljivo je počasno hujšanje na ta način, da zmanjša telesno težo vsak teden približno za 1 kg. Takšno zdravljenje traja potem tudi več mesecev, a uspeh je dosežen, ko se bolnik približa normalni teži v okviru 10 %, nakar mora pač gledati, da z ustrezno dieto doseženo težo tudi obdrži. Uspeh je odvisen seveda od tega, če resnično želi shujšati in se je v ta namen voljan marsičemu tudi odreči.

Uspešno zdravljenje občutno zmanjša težave raznih prej navedenih bolezni, ki nastopajo v zvezi z debelostjo. Pri sladkorno bolnih običajno izgine žeja, pogostno uriniranje kakor tudi izločanje sladkorja v seču. Tudi potreba po zdravilih preneha ali se vsaj zmanjša. Dihanje je olajšano in s tem se zmanjšajo neprijetnosti v zvezi s prehladi, s kašljanjem in pogostnimi vnetji dihalnih poti. Zmanjšajo se razne trajne bolečine v hrbtenici in sklepih spodnjih udov. Srce in krvni obtok si oddahneta. Kirurg, ki je prej odlagal potrebne operacije, se jih zdaj z uspehom lahko loti. Bolniki postanejo okretnejši in spretnejši, ni jim več treba globoko zajemati sape, ko se vzpenjajo po stopnicah, in tudi na cesti se uspešneje izogibajo prometu. In končno se bolnik, ko se je iznebil nepotrebnih kil, tudi sam počuti bolj, srečnejši je, bolj samozavesten in tudi na zunaj spremenjen, ko so izginile nenormalne obline njegovega telesa: z okretnostjo pa se mu povrne tudi mladostnost, svežina in veselje do življenja.

Aktualna družbena vprašanja

Izobraževanje staršev kot sestavni del socialistične vzgoje*

Prof. Brane Vesel

Prva leta po vojni smo morda nekoliko manj poudarjali problematiko posameznika in družine, saj smo morali zdraviti globoke rane vojne in premagovati silno zaostalost naše zemlje. Najprej smo morali zbrati vse svoje sile za industrializacijo, za proizvodnjo proizvodnih sredstev, saj bo šele na teh temeljih delovni človek lahko v polni meri sprejemal sadove revolucije in dogoletnega dela. Stopamo v obdobje, v katerem je osredotočena dejavnost političnih in družbenih činiteljev na izboljšanje blaginje delovnega človeka in s tem na vsestransko pomoč utrjevanju osnovne celice naše družbe, to je družine.

Celo nasprotniki socializma priznavajo, da je naša domovina dosegla v povojnem obdobju ekonomski razvoj, ki mu ni primere. Prehod iz zaostale agrarnosti v industrijski vzpon pomeni ne samo veliko zmago našega ljudstva, temveč ga upravičeno ocenjujejo kot novo zmago naprednih sil v svetu.

Ta dejstva epohalne dinamike razvoja moramo imeti pred očmi, če hočemo razumeti ogromne spremembe, ki nastajajo v miselnosti, nazorih, osebnih stališčih in življenjski praksi našega človeka, ki se je v 15 letih izkopal iz patriarhalne zaostalosti in začutil nove človeške odnose najbolj neposredno in osebno prav v družinskem življenju.

Razumevanje tega evolucijskega procesa, ki se zrcali v mogočem izpreminjanju socialne strukture našega prebivalstva, v množičnem vključevanju žensk v proizvodnjo, s tem v zvezi pa nastanek novih socialističnih odnosov v družini, nam dovolj jasno kaže, kako izredno hitra in daljnosežna je bila preobrazba našega življenja in kako veliko pomoč zahteva danes prav družinsko življenje.

V programu ZKJ beremo: Hkrati, ko se družina osvobaja hlapčevanja zaostalemu gospodinjstvu, pogloblja, bogati in krepi svoje notranje odnose in je izvor osebne sreče svojih članov. Brez prisiljevanja privatnolastniške 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.

In dalje beremo: Zveza komunistov Jugoslavije spremlja globoke procese, ki se odigravajo v družini, potrebe pomoči družini in njene možnosti in ji je neprenehoma pred očmi, da moramo s subjektivnimi silami in ustvarjanjem materialnih pogojev, posebno v okviru komun in stanovanjskih skupnosti, pospešiti proces osvobajanja družine izpod bremena tehnično zaostalega gospodinjstva, vzporedno s splošnim razvojem dežele.

V teh odstavkih so jasno izražena načela našega družbenega razvoja in iz njih zajemamo naloge in smernice za izobraževanje staršev. Poskusimo na kratko

* Referat s posvetovanja »O izobraževanju staršev« dne 5. aprila 1960 v Ljubljani.

pregledati izobraževanje staršev pri nas ter poiskati družbeno osnovo, motive, naloge in perspektivo nadaljnjega razvoja.

Zveza prijateljev mladine je v svojem delu vseskozi posvečala posebno pozornost izobraževanju staršev. Tako so bili sestavljeni za to dejavnost prvi programi Društva prijateljev mladine (odslej krajsano: DPM). Predavanja in diskusije, ki so jih organizirala naša društva, so obravnavala probleme otrok, njih življenje v novih pogojih razvoja družine in družbe, pomembnost vloge staršev pri vzgoji otrok, kakor tudi pomembnost aktivnega sodelovanja staršev v družbenem življenju. Zvezno posvetovanje »O problemih dela s starši« januarja 1957, ki ga je organiziral »Savet društava za staranje o deci i omladini Jugoslavije« (odslej krajsano: SDZSDM), je zbralo prvo dokumentacijo o izobraževanju in delu s starši pri nas in nakazalo smernice za sistematičnejše delo in razvoj te dejavnosti. Prav tako je republiško posvetovanje »O izobraževanju in vzgoji staršev«, ki ga je sklicala Zveza prijateljev mladine Slovenije marca 1957, poudarilo nujnost pomoči družbe družini pri vzgoji otrok z že utrjenimi oblikami in z razvijanjem novih ter opozorilo na potrebo po analitičnem spremljanju sprememb, ki nastajajo v naši družini v novih družbenih pogojih. Tako so bili dani temelji družbenemu vrednotenju te dejavnosti ter pogoji za njen nadaljnji razvoj.

Leta 1953 je bila ustanovljena v Ljubljani šola za starše, katere pobudnik je bila Zveza prijateljev mladine. S tem ni rečeno, da je to prvi primer izobraževanja staršev. Vsem je znano, da so bila od osvoboditve dalje pogostna občasna vzgojna predavanja, ki so imela v nekaterih primerih celo značaj ciklusa. Leta 1955 pa se je uveljavila prva organizacijska oblika izobraževanja staršev, ki je imela jasno izdelan program, s predavanji v določenem časovnem presledku, z metodološko utemeljeno razporeditvijo snovi in stalnimi obiskovalci.

V letu 1955/56 smo imeli v Jugoslaviji registriranih 30 šol za starše. V letu 1959/60 pa je izobraževanje staršev preraslo v pravo množično družbeno gibanje. Tako je samo v ljubljanskem okraju delovalo 30 šol za starše, medtem ko jih je v vsej Sloveniji po nepopolnih podatkih 87.

Vendar nam te številke dajejo zelo nepopolno sliko o celotni dejavnosti izobraževanja staršev in bi nepoučen človek pojem šole za starše lahko istovetil z mnogo širšim področjem izobraževanja staršev.

Izobraževanje staršev ima svoje osnove v specifičnih spremembah, ki so značilne za našo družbo v razdobju, ko se utrjuje družbeno upravljanje in samoupravljanje, ko se stopnjuje družbena skrb za družino in vzgojo in državljani vedno aktivneje in zavestneje sodelujejo v družbenem delu. Zato to izobraževanje staršev ni in ne more biti serija pedagoških predavanj ali tako imenovana šola za starše, temveč je mnogo širša izobraževalna dejavnost in pomeni del socialistične vzgoje. Torej ne gre samo za pedagoško izobraževanje, ampak za družbeno vzgojo v smislu oblikovanja socialistične zavesti državljanov.

V širše organizacijske oblike izobraževanja staršev se vključuje tudi odrasla mladina. V ta namen so bile formirane celo posebne šole za življenje, ki imajo namen pripravljati mladino za zakon. Dalje zajema izobraževanje staršev večje število starejših neporočenih ljudi in končno tudi pomembno število sodelujočih starejših zakoncev, ki nimajo otrok. Poleg tega govorimo o izobraževanju staršev po radiu, televiziji, v publicistiki, na roditeljskih sestankih, v vzgojnih in zakonskih posvetovalnicah, v skupinskem delu s starši, v dopisovanju itd.

Da bi razumeli celotno dejavnost in imeli o njej pravilno predstavo, moramo torej upoštevati naslednje: Šole za starše (višje in nižje stopnje) so samo ena izmed organizacijskih oblik za izobraževanje staršev. Tudi naslov sam ne zajema izobraževanja staršev, ne vsebuje celotne dejavnosti in celo zožuje predstavo o tem delovnem področju. Kljub temu pa ostajamo pri njem, ker je na drugi strani nekoliko simboličen, saj je v njem le nekako poudarjen naš glavni namen, t. j. pomoč v formiranju in utrjevanju novih odnosov v družini in vzporedno s tem pomoč otroku v vsem, kar mu lahko daje socialistična družba.

Izreden razmah izobraževanja staršev in prav ta razvojna pot — lahko jo imenujemo specifično pot — je vzbudila zanimanje Inštituta za pedagogiko, UNESCO, ki vključuje v program svojega raziskovalnega dela tudi področje izobraževanja staršev. Republiški odbor Zveze prijateljev mladine oz. komisija za probleme družine je bila povabljen, da sodeluje s predlogi, kakšno naj bo nadaljnje raziskovalno delo te ugledne mednarodne institucije. Na osnovi tega sodelovanja je bila naša organizacija povabljen, da sodeluje na mednarodnem posvetovanju v Parizu od 15. do 20. junija 1959. leta, ki ga je sklical Inštitut UNESCO za raziskovalno delo v zvezi z vzgojo staršev. Povabljenih je bilo 13 držav, med njimi tudi Jugoslavija.

Naš predstavnik je za posvetovanje pripravil poročilo o rezultatih, organizacijskih oblikah in metodah dela v izobraževanju staršev za našo republiko. Čeprav je že samo povabilo k sodelovanju pomenilo veliko zanimanje in vse priznanje, je poročilo vzbudilo nenavadno pozornost. Mimogrede naj omenim, da je letos januarja publikacija francoske šole za starše (Des écoles de Parents) priobčila dokaj obsežno poročilo z malenkostnimi skrajšavami.

Zanimiv je odgovor na vprašanje, kateri podatki v poročilu so zbudili največ zanimanja, največ vprašanj in obenem tudi najbolj uveljavili našo dejavnost. Predvsem velja pozornost izredno velikemu številu šol za starše, številu vzgojnih predavanj in prodoru tega izobraževanja na vas in v izrazito delavske centre. S tem v zvezi povzamejo in komentirajo številke o socialni sestavi poslušalstva, iz katerih je razvidno, da po udeležbi daleč prednjačijo delavci in kmetje. In končno je posebne pažnje deležna tudi motivacija, se pravi oblike agitacije, načini pri vzbujanju zanimanja itd., s čimer je uspelo po njihovih ocenah doseči tako presenetljive uspehe.

Enotni smo v prepričanju, da so ti, lahko bi rekli najzanimivejši podatki, tudi po naših ocenah najpomembnejši in jasno kažejo specifično pot našega izobraževanja. Prav z analizo teh podatkov pridemo do globljih družbenih analiz, t. j. do analize razvoja in življenja družine, o kateri vemo skladno z marksistično sociologijo, da je vselej odsev družbene ureditve, to je ekonomsko političnih temeljev družbe in pravno etičnih norm ter s tem pogojene družbene zavesti.

Daleč smo od tega, da bi tendenciozno odklanjali in podcenjevali vse, kar ni našega, in pri tem megalomansko povzdigovali uspehe lastnega dela. Odveč je pripominjati, da smo prav v stikih z inozemskimi vzgojnimi institucijami našli obilo spodbud in nasvetov ter spoznali mnogo odlično izdelanih metod dela (omenimo naj dobro izdelane metode skupinskega dela, dalje odlično razpredeno mrežo publicistike, analitično dejavnost itd.). Vendar je nujna primerjava nekaterih mednarodnih podatkov z našimi, ker nam tudi to lahko da odgovor na vprašanje, od kod izredno zanimanje mednarodnega avditorija za naše uspehe.

V visoko civiliziranih deželah, kjer ima izobraževanje staršev bogato tradicijo, navajajo v kritičnih ocenah svoje dejavnosti predvsem naslednje po-

manjkljivosti: izobraževanje staršev je preozko, omejeno samo na mesta in zajema skoraj izključno samo poslušalce iz intelektualnih krogov. Tako beremo v poročilu inštituta province Hainaut v Belgiji, ki ima ca. 1 250 000 prebivalcev, da »delavska sredina ne prihaja na sestanke, ki jih obiskujejo samo roditelji iz intelektualne sredine«. Ta primer navajamo predvsem zato, ker nam je znano, da sta prav na tem področju bazena Mons in Charleroi, to se pravi dva najbolj pomembna centra evropske premogovne in jeklarske industrije.

Predhodno smo že navedli podatke, ki kažejo množičnost v našem izobraževanju staršev. V letu 1958/59 je bilo v okviru Okrajne ljudske univerze Ljubljana 214 zadevnih predavanj, ki sta se jih udeležila 19 902 poslušalca. V teh številkah je upoštevano tudi delo 14 šol za starše in 2 šol za življenje (v letošnjem letu je Okrajna delavska univerza organizirala že 30 šol za starše in 10 šol za življenje — namenjenih mladini). Od tega števila jih deluje 12 v Ljubljani, vse druge pa na podeželju in v delavskih centrih. Tako so n. pr. v Zagorju 3 šole za starše, katerih obiskovalci so skoraj izključno iz delavskih družin. Predavanja n. pr. v Polhovem Gradcu pa obiskujejo predvsem kmečki ljudje. Obveščeni smo, da nekateri med njimi prihajajo iz več kilometrov oddaljenih vasi. V mariborskem okraju je organiziranih dvajset šol za starše, v katerih je vključenih 1200 obiskovalcev, in že pripravljajo nove šole v Oplotnici, Poljčanah, Makolah, Pragerskem, Zg. Polskavi itd. Iz okraja Koper nam poročajo o rednem izobraževanju staršev v Postojni, Planini, Prestranku, Hruševju, Studnem, Bukovju in v prihodnjem mesecu še v Piranu, Sežani, Koprju itd. Sledi okraj Kranj s široko mrežo in z novim, še širšim programom.

Iz podatkov bo vsakdo razbral, da je to prava množična akcija, ki dokazuje, da izobraževanje staršev docela ustreza zahtevam časa — da je družbi in posamezniku v prid.

V naše izobraževanje staršev so vključeni večidel delavci in kmetje, mnogo manj je intelektualcev. Očitno je, da so ti uspehi in dejstva diametralno nasprotni stanju v nekaterih kapitalističnih deželah, da ne pričajo samo o različnih konceptih v programih in metodah dela, temveč imajo korenine mnogo globlje, to je v družbenem sistemu, katerega ogledalo je družina. Nujno moramo torej govoriti o pogojih brezrazredne družbe, ki je povzdignila delovnega človeka in njegovo družino ter ustvarila iz njega aktivnega bojovníka za nove družbene in družinske odnose. Izginil je antagonizem med družino in družbo, značilen za obdobje razredne družbe, in starši so kot upravljalci svojega življenja tudi izven družine začutili tesno organsko vez med družino in družbo ter ob tem kot upravljalci, kot državljani in kot starši nujno potrebo po poznavanju družbenih zakonitosti.

Preberimo nekaj odgovorov, ki so jih obiskovalci napisali na anketne liste pod rubriko: Zakaj ste se odločili za obiskovanje predavanj:

Čutim, da sem slaba vzgojiteljica... ker želim bolje vzgajati svojega otroka... ker bi želela utrditi odnose v družini in doseči večjo skladnost v zakonskem življenju in vzgoji otroka... Ker sem oče in ker mi je to znanje potrebno tudi kot predsedniku šolskega odbora... Sama sicer nimam otrok, vendar aktivno delam v društvu in vem, da mi je to znanje nujno potrebno... Sodelujem v upravnem odboru dijaškega doma, kjer večkrat kaj obravnavamo in se težko odločim, katera pot je pravilna, zato bi želela... ker mislim, da bi morali še mnogo spremeniti v odnosih med ljudmi in v družinskem življenju. Tudi potrebujem to znanje pri organizacijskem delu, kjer mi pogosto manjka...

Nikjer ne bi mogli dobiti bolj plastičnih primerov in dokazov, kako se zrcali široka aktivizacija v vsakdanjem življenju, nazorih in zavesti naših delovnih ljudi. Znanja o družbi, o družbenih odnosih, o sebi in otroku ne potrebujejo samo kot starši-vzgojitelji, temveč tudi kot zakonci za utrditev novih socialističnih odnosov v družini in kot družbeni delavci, člani upravnih odborov, delavskih svetov, t. j. organov družbenega upravljanja.

Če imamo neprestano pred očmi to najširše zanimanje naših delovnih ljudi, ki je pogojeno, da ponovno poudarimo, z našim družbenim redom, potem živo občutimo, česa nima in ne more imeti poziv k sodelovanju, kot ga je naslovila na javnost Šola za starše v Parizu. Citiram: »Roditelji in učitelji se čutijo še mnogo bolj kot navadno ločene od generacije, ki jo morajo kot svojo osnovno nalogo pripraviti za življenje. Ali nam naša psihologija, v osnovi relacionalna in evolucijska, ne bo dovolila, da konflikt generacij zamenjamo s solidarnostjo generacij? Pozivamo vse svoje prijatelje, da se nam priključijo v tem delu.«

Tudi mi pozivamo naše prijatelje, da se nam priključijo v delu. Vendar naše izhodišče ni v konfliktu generacij, temveč v marksistični oceni procesov, ki se odigravajo v družini in družbi. To je poziv k oblikovanju nove morale, morale, ki ne pozna izkoriščanja človeka po človeku, ki ne pozna neenakopravnosti žensk in pomeni osebno srečo ne samo za izbrance, temveč kot cilj vse družbe. In prav v tej družini, kjer sta svoboda in enakopravnost državljanov podlaga osebne sreče obeh zakoncev, vidimo jamstvo za srečno detinstvo naših otrok in sožitje vseh generacij.

Sicer ne mislimo tu obravnavati organizacijske oblike in metode dela, vendar pa so potrebne nekatere splošne ugotovitve, ki temeljijo na praktičnih izkušnjah.

Večstopenjski sistem v izobraževanju staršev je potreben in nujen, saj se samo tako odpira pot postopnega poglobljanja. To je andragoško utemeljen prehod od najpopularnejših oblik do poglobljenega in sistematičnega dela. Izrecno pa poudarjamo, da smo že od začetka zavračali uporabo togih organizacijskih form pravilnikov in šablon ter zato danes ne moremo govoriti o nekem obstoječem enotnem organizacijskem sistemu. Še najbolj sta se približala v organizacijskih metodah in oblikah dela ljubljanski in mariborski okraj, ki sta tudi v drugih pogledih razvijala najširšo dejavnost.

V organizacijskem sistemu opazamo veliko pestrost množičnih oblik dela (predavanja, ciklusi, šole za starše itd.), ki postopno prehajajo v manjše skupine z mnogo večjim poudarkom na individualnosti poslušalca. To je po našem mnenju tudi edina pravilna pot. Zavračamo trditev, da so množične oblike dela propagandistične in z vzgojnega vidika neuporabne. Trezna presoja nam pove, da so nujno potrebne in da nam dajejo najširše možnosti za široko vključevanje poslušalstva in njegovo aktiviziranje za nadaljnje sodelovanje. Kritična misel pa je potrebna z drugega gledišča. Resnica je namreč ta, da v mnogih primerih premalo uveljavljamo višje oblike dela, to je skupinsko delo s starši in individualna svetovanja. Čeprav se ves organizacijski in predavateljski kader v celoti strinja z ugotovitvijo, da edinole skupinsko delo s starši, ki imajo potrebni smisel, lahko ustvari resničen vtis zaupljivosti, domačnosti in odpre pot sproščeni diskusiji — smo, kar se tiče poglobljenega dela na tem področju, premalo storili.

Izobraževanje staršev naj temelji na širokih osnovah množičnega dela, kjer poslušalci dobe v obliki predavanj (s tem mislimo občasna predavanja, šole za starše, radio, televizijo, publicistiko) v DPM, organih družbenega upravljanja

itd. osnovno znanje in s tem še več smisla, še več zanimanja in poguma ter samozavesti, da se nato spuste v razgovor in diskusijo v okviru ožjega poglobljenega dela. Načelo sodelovanja pri diskusijskih vprašanjih in odgovorih je sicer vključeno tudi v širša predavanja in je neogiben del teh predavanj, vendar je kljub vsemu samo prvi korak na načrtani poti.

Pri delu s starši mora biti čim manj monologa in čim več dialoga. To velja sicer za vse izobraževanje odraslih, še prav posebno pa mora biti vodilno metodološko načelo pri delu s starši, kjer je od neposrednosti sodelovanja, izmenjavanja izkušenj in obojestranske aktivnosti odvisen celoten uspeh dela. To moramo še prav posebno upoštevati v najbolj znani obliki sistematičnega izobraževalnega dela, v tako imenovanih šolah za starše.

Že sam naslov šola je nekoliko neroden in, kot smo že omenili, preozek. Šola pomeni v predstavah ljudi oguljene šolske klopi, tablo, kredo in šolnika, na katerega, bodimo iskreni, nimajo vsi najlepših spominov. Tudi je tam, kjer je šola, na programu učenje, in sicer učenje v šolskem smislu. Mi pa vemo, da staršev ne učimo, temveč da jim samo svetujemo, pojasnjujemo, razlagamo, izmenjavamo z njimi izkušnje in se pri tem obojestransko dopolnjujemo. Tako tudi starši pripomorejo, da doseže šola svoj namen.

K vtisu, ki ga na ljudi naredi naslov, doprinese svoje tudi še prostor, kjer so predavanja; to je, kot vemo, vsaj ponekod še vedno razred z dvignjenim odrom, vsekakor pa s premajhnimi klopmi, v katere se krepki poslušalci komaj stisnejo. Torej vsota vtisov, ki so v popolnem nasprotju z zaželenimi cilji, to je z domačnostjo, zaupljivostjo, sproščenostjo itd. Če pride na vse to še predavatelj, ki samo predava, uči in pri tem prevzgaja, bo izgubila šola svoj pomen in kmalu tudi poslušalce.

Rezultati dela nam dokazujejo, da so organizatorji in predavatelji dosegli, da so šole za starše upravičeno postale vsestransko priljubljene in popularne. Po nepopolnih statistikah so organizirane že v 84 občinah. Pričakujemo, da bodo prihodnje leto v svoje izobraževalne programe zajele uvajanje teh organizacijskih oblik za izobraževanje staršev tudi še druge občine. Priprave za najširšo akcijo izobraževanja staršev morajo biti vsestranske, sodelovati morajo vsi družbeni činitelji v okviru občine in okraja. K tej akciji spada tudi današnje posvetovanje, ki sta ga sklicali Zveza prijateljev mladine in Zveza delavskih univerz ob sodelovanju vrste republiških institucij. Eden glavnih namenov posvetovanja je prav v tem, da dosežemo popolno in plodno koordinacijo med vsemi ustanovami, ki vključujejo v svoje programe izobraževanje staršev, in da te ustanove pritegnemo med organizatorje izobraževanja staršev v kadrovskem in organizacijskem pogledu.

Izredni razmah izobraževanja, njegova pestrost in raznoterost, pomoč, ki jo čedalje bolj zahteva teren, kar vse presega današnjo zmogljivost DPM, zahteva najtesnejšo povezavo v republiškem, okrajnem in občinskem merilu. Samo s tem bomo dosegli koordiniranost akcije, vzgojo in smotno razporeditev kadra, racionalno izrabo skromnih tehničnih in materialnih sredstev ter redno vsakdanjo izmenjavo delovnih izkušenj.

Statistika nam dokazuje, da sta na področju izobraževanja staršev najmočnejše zastopana Zveza prijateljev mladine kot prvi pobudnik celotne akcije in v zadnjem času tudi Zveza delavskih univerz. Prav v zadnjem obdobju vključujejo vse novo ustanovljene občinske in okrajne delavske in ljudske univerze v svoje programe tudi izobraževanje staršev. Poleg omenjenih dveh pa nastopajo

kot organizatorji v nekaterih občinah tudi drugi organi, n. pr. občinske izobraževalne komisije v 5 občinah, ženska društva v 5 občinah, RK v 2 občinah, v eni občini pa sindikat učiteljev in profesorjev in Center za napredek gospodinjstva.

Kdo naj bo torej organizator izobraževanja staršev?

Odgovor: Delavske in ljudske univerze v občinskem in okrajnem merilu so kot centri izobraževanja odraslih predvsem poklicane in tudi dolžne, da vključijo v delovni program izobraževanje staršev. Razpolagajo s strokovnim tehničnim kadrom in tehničnimi sredstvi, obenem pa so sposobne za dosledno in kvalitetno izpolnjevanje programa dela s starši. Njihova naloga je, da usposabljaajo predavateljski kader in da skrbijo za strokovno analitično delo v smislu nadaljnjega poglobljanja in usmerjanja.

Osnovna naloga društev prijateljev mladine pa je v tem, da dajejo pobudo za formiranje še raznih drugih oblik izobraževanja, da aktivizirajo članstvo za sodelovanje in vključevanje, da sodelujejo pri sestavi programov in so obenem soodgovorni za njihovo strokovno politično raven. Društva Zveze prijateljev mladine najtesneje povezujejo izobraževanje staršev s konkretnim družbenim delom, kar daje pečat slehernemu predavanju. Poudarjamo, da družbeno okolje ni le objekt zavestne družbene dejavnosti naših staršev, temveč tudi subjekt, ki vzgaja in izobražuje.

Razmejitev delovnega področja med delavskimi univerzami, društvu ZPM in drugimi sodelujočimi je samo okvirna in nikoli ne sme postati togo pravilo. Tako je razumljivo, da je dolžnost naših društev, da tam, kjer so delavske univerze nerazvite, aktivneje poprimajo in prav s temi novo ustanovljenimi organizacijskimi oblikami pomagajo pri formiranju in razvoju delavske in ljudske univerze. Isto velja seveda tudi v obratnem smislu, kjer lahko delavske univerze v mnogčem pripomorejo h krepitvi in razvoju naših društev.

Odgovoriti moramo na vprašanje, kje naj bo pglavitna dejavnost v izobraževanju staršev — na terenu, v DPM, v stanovanjskih skupnostih ali na vasi, v delovnem kolektivu ali ob različnih vzgojnih ustanovah. Vsekakor povsod tam, kjer so za to dani pogoji.

Praksa kaže, da so najugodnejši pogoji v stanovanjskih naseljih, v vaseh, in to povsod v najtesnejši povezavi s šolo ali varstvenovzgojno ustanovo. Poznamo samo en primer, da je učiteljski zbor nastopil proti organiziranju šole za starše, češ da bi bila s tem porušena avtoriteta šole. V enem primeru pa beremo v anketi šole za starše odgovore anketirancev, ki vsi dosledno obsojajo 40-članski učiteljski zbor, ker ne obiskuje predavanj. Drugje spet pa si nalagajo prosvetni delavci največji del dolžnosti in so najaktivnejši bojevniki na tem področju.

V delavskih kolektivih je bilo opravljenega mnogo manj sistematičnega dela, saj je samo Okrajna delavska univerza v Ljubljani s sodelovanjem ZPM in ideološke komisije pri okrajnem komiteju KPS organizirala tako imenovano šolo za življenje v Tobačni tovarni in v tovarni »Pletenina«. Pridobljene izkušnje so izredno dragocene in v celoti potrjujejo naše prepričanje o pomembnosti in perspektivnosti tega dela. Ti šoli sta dokaz, da je kljub težkim objektivnim pogojem možno organizirati sistematično izobraževalno vzgojno delo neposredno v delovnih kolektivih. Še več, postalo je očitno, da to ni samo želja, temveč nujnost. Pomanjkanje tega dela ima hude posledice na najširšem torišču političnega in strokovnega življenja.

Organiziranje sistematičnega izobraževanja staršev — proizvajalk in proizvajalcev v delovnih kolektivih — zahteva dolgotrajne priprave, podrobne proučitve življenja v tem krogu in lahko uspe le ob sodelovanju z vsemi političnimi, strokovnimi in upravnimi činitelji.

Oglejmo si izkušnje ljubljanske Delavske univerze. Po predhodnem sporazumu z delavskim svetom in sindikalno organizacijo v Tobačni tovarni je pričela zbirati podatke, ki bi lahko rabili za podlago pri izdelavi programa in pri seznanjanju predavateljev s specifičnimi problemi tega kolektiva. Pri tem je Delavska univerza našla vso pomoč v delu socialnih delavcev, katerih zbrani podatki so bili odlični akcijski material. Navajam skoraj dobresedno odlomek iz nekega poročila Okrajne delavske univerze: »Sestava programa šole za življenje — tako so jo imenovali na podlagi zbranih podatkov — je postala enostavna. Od 640 zaposlenih je 464 žensk — torej poudarek mora biti na problematiki žena. Tri četrtine vseh delavk ima pod 30 let in 50 % je neporočenih. Program je moral torej vsebovati določene teme iz cikla predavanj o pripravi za zakon in družinsko življenje ter upoštevati še druge probleme mladine. Od skupno 210 poročenih delavk jih je 20 % brez otrok, 51 % z enim otrokom in samo 4 % je med njimi mater s tremi ali štirimi otroki. Nujna je bila vključitev teme: Družina z enim ali več otroki. 39 delavk ima skupno 47 nezakonskih otrok. Aktualno je bilo predavanje o popolni družini z velikim poudarkom na vzgojnih in materialnih problemih samohranilk ter o pomoči, ki naj jim jo pri tem daje družba. Tretjina vseh delavk ima lastno gospodinjstvo, pri čemer preseneča, da so njihovi prehrambni obroki povprečno za 23 % pod dnevnimi potrebami organizma. Tako je nastala nujna potreba, da se obravnava način prehrane in rešuje ta problem v okviru podjetja.«

Po istem principu sledi analiza drugih podatkov, to je delovnih pogojev v tovarni, zatem poklicnih bolezni, delovne storilnosti, kvalifikacija itd. Na tej podlagi je bil sestavljen program, ki je resnično ustrezal koristim kolektiva in posameznikov v smislu kurative in preventive.

Pot ljubljanske Delavske univerze je bila pravilna in pohvalna. Vsi se zavedamo, kako neprecenljive vrednosti je pomoč in spodbuda članom kolektiva v skupnem premagovanju njihovih osebnih in družinskih težav, še prav posebno za novince — mladino, in to v strokovnem kakor tudi v občečloveškem smislu. Prizadevanje za humanizacijo odnosov, za splošni dvig kulture in idejne ravni med člani kolektiva pomeni izhodišče za družbeno in strokovno aktivnost, kar se mora nujno pokazati v povečanju produktivnosti. Podjetje, ki zanemara to področje izobraževanja in mu ni mar osebne problematike posameznika in odnosov, ki vladajo v njegovem kolektivu, samo zavira svoj razvoj in se oddaljuje od načel in zahtev socialistične družbe.

Mlad človek stopi v samostojno življenje: njegova prva zaposlitev, novo okolje in novi odnosi. Že po naravi malce boječ ne ujame novega ritma življenja. Starši, prijatelji, vse je daleč in nikogar nima, s katerim bi se posvetoval, mu razložil težave, ki jih ima sam s seboj na delovnem mestu. Teh težav je naenkrat preveč, da bi jih lahko sam premagal. Na žalost tudi ni nikogar, ki bi opozoril njegove bližnje delovne tovariše na togost tega mladega človeka, na njegovo boječnost in nesamostojnost ter jih s tem opozoril na pomoč, ki jo potrebuje in ki so mu jo dolžni.

Pismo mladega dekleta — pisano s trdo, nevajeno roko. Preberimo nekaj stavkov. »Kmečko dekle sem, nevajena pisave — oprostite in spregledajte napake.

Do sedaj sem bila doma/ na kmetiji, zaposlila sem se v tekstilni tovarni, po službi pomagam pri družini, kjer mi za to dajejo hrano in stanovanje. Že eno leto sem tu.

Nisem srečna, v tovarno stopam z neodločnim korakom, ker mi delo ne steče gladko. Mojstra namreč se bojim in ne upam ga prositi, da me pouči. Do vseh se čutim podrejeno. Delam s trdom, ne bojim se dela nikdar, nikdar se ga nisem bala, ker vem, kaj pravi pregovor, da kdor ne dela, naj tudi ne je. Ali moje delo v tkalnici je prehudo in ni odmerjeno na takšen način kakor drugim. Tam je sicer tako, da ima vsaka tkalka štiri stroje, svoje, in dela. Mene pa pošiljajo od enega stroja do drugega in sem vsa zbegana. Stara sem 20 let in ne vem presoditi, kaj mi je storiti. Zato vidim in sem prišla do zaključka, da za mene ni nobenega izhoda.«

To ni osamljen primer. Dekle je utrujeno od dvojne zaposlitve, ne najde tovariške pomoči v kolektivu niti osebno niti v strokovnem pogledu in nendar doma ne vidi več izhoda. Znani so celo primeri hudih depresij.

To je samo droben izsek, in sicer iz problematike mladine. Lahko bi našeli še mnogo drugih opazovanj, ki zgovorno pričajo o neogibni potrebi širokega družbenega dela v delovnem kolektivu tovarne ali kmetijskega obrata.

Da zaključimo! Sistematično izobraževanje staršev in mladine v delovnih kolektivih je naša nujna in odgovorna naloga. Programi morajo biti koordinirani z izobraževalnimi centri v podjetju, z vsemi upravnimi in političnimi činitelji ter sestavljeni na podlagi temeljitega poznavanja življenja in problematike. Iščimo možnosti, da bi nekatere teme s področja sociologije in psihologije, n. pr. »Družina v naši družbi in odnosi med ljudmi« vključili tudi v redne programe strokovnega izobraževanja, druge teme vzgojnega, ekonomskega, zdravstvenega izobraževanja pa naj bi dopolnjevale šole za življenje. Poleg predavanj in drugih organizacijskih oblik (»Vi sprašujete, mi odgovarjamo«), moramo realizirati individualno pomoč, ki naj jo v bistvu predstavljajo občasne vzgojne in zakonske posvetovalnice. Tako bo imel vsak član kolektiva možnost osebnega razgovora in pomoči. Za zaključek tega poglavja naj navedemo besede, ki jih je zapisal obiskovalec v šoli za starše v Mariboru na vprašanje: Kaj predlagate za izboljšanje dela? Odgovoril je kratko in jasno: »Želim, da bi program, ki smo ga poslušali, izvedli v vsakem delovnem kolektivu«.

Neprestano poudarjamo, da izobraževanje staršev ni odmaknjeno času in kraju. Naš namen je obravnavati živo, konkretno in resnično problematiko, ki je v najtesnejši povezavi s potrebami posameznika, družine in družbe. Zato naj predavatelj prikaže poslušalcem obstoječo problematiko, v kateri so teoretične ugotovitve podprte s praktičnimi primeri, medtem ko naj bodo zaključki diskusije in predavanja navodila za akcijo.

Poslušalci naj se seznaniijo ne samo z razvojem družine in s temelji socialistične morale in odnosov, ki naj vladajo v njej, temveč jim moramo jasno predočiti tudi pot, ki vodi do resnične enakopravnosti obeh spolov, obenem pa odpira možnost za vključevanje družinskih članov v aktivno politično in družbeno življenje.

Razbremenitev družinskega dela, pomoč pri varstvu in vzgoji otroka so naloge stanovanjske skupnosti, ki pa je ljudem ne bo nihče prinesel, temveč si jo morajo ustvariti sami, to se pravi vsi stanovalci, posebej pa še starši.

Lep primer za odnos med teorijo in prakso, med šolami za starše in konkretno akcijo so vzgojnovarstvene ustanove, ki so prav v naši republiki dosegle odlične rezultate dela.

Zlasti za zaposlene starše je organiziranje varstvenovzgojnih ustanov življenjsko vprašanje. Ne samo oni, tudi vsa družba kot celota teži za formiranjem teh ustanov, ki organsko dopolnjujejo vzgojo in vključujejo vse otroke kot bodoče upravljalce v prve oblike družbenega življenja in aktivnega sodelovanja. Ni težko aktivizirati starše, da aktivno delajo pri organiziranju nove ustanove stanovanjske skupnosti. Ko pa je namen dosežen, se prične drugo poglavje. Naloga ustanove je sila široka — to je varstvo otroka, njegova vzgoja, njegovo vključevanje v naše družbeno življenje. Potrebno je torej popolno skladje družinske in družbene vzgoje, to je enotnost družinskega in družbenega vzgajanja. Ustanova ne more pravilno delovati brez živega sodelovanja staršev, to je njihove neposredne pomoči kot sovgojiteljev, kot vodij krožkov, sestavljalcev programov itd. Znano je, da starši ponekod ne razumejo, kako izredno pomembne so vzgojne naloge te ustanove, in da pomeni njihova pasivnost močno zavoro. Zato mislimo na organiziranje neke vrste šole za starše, ki bo delovala ob varstvenovzgojni ustanovi in zajemala vsebino iz vsakdanje problematike. Tako se bodo starši temeljiteje seznanili s socialno-vzgojnimi metodami in bodo tudi sami začeli uresničevati te metode.

Prepričani smo, da bodo te šole, ki morajo temeljiti na diskusijskem načinu skupinskega dela, dosegle največji uspeh.

Izkušnje kažejo, da izobraževanje staršev izredno veliko pripomore pri premagovanju težav za ureditev in učvrstitev razmer ter oblikovanje dobrih sosedskih odnosov. Iz prakse vemo, da so prebivalci novega naselja sila raznovrstno občinstvo, pri čemer so življenjske navade, običaji, želje in potrebe pogosto v ostrem neskladju. Primeri egoizma, brezobzirnosti, zanemarjenosti, surovosti do tujih in svojih otrok zastrupljajo ozračje in lahko povzročijo tudi hujše posledice. V delu s starši v novih stanovanjskih naseljih in v večjih blokih vsi predavatelji posebno poudarjajo humane odnose med ljudmi in osvetljujejo aktualne primere iz njihovega življenja in življenja otrok, s čimer obenem razvijajo medsebojno strpnost in razumevanje ter slednjič dobre sosedske in prijateljske odnose. Ti novi odnosi pa se najbolj razvijajo, poglobljajo in utrjujejo v skupnem delu za uresničevanje ciljev stanovanjske skupnosti, v prid tujim in njihovim otrokom. DPM si morajo biti v svesti velike pomembnosti in plemenite vsebine tega dela, zato naj dajejo zanj tudi aktivne pobude.

Delo s starši mora temeljiti na proučenih družinskih odnosih in problematiki v vsakem posameznem kraju. Usmerjeno mora biti tako, da se bodo reševale posamezne zadeve bodisi v krogu družine ali preko komune in njenih organov. Zato je pravilno, da se vsak delovni program za izobraževanje staršev izdela posebej in da se pri tem upoštevajo specifične potrebe prizadetega kraja ali kolektiva. Zvedeli smo pa za primere, da so nekateri organizatorji šol za starše po občinah izločili iz programov predavanj predvsem dve temi, in to: »Družina v naši družbi« in »Vzgoja otroka se prične z rojstvom«. Trdimo, da sta obe izpuščeni temi tako pomembni, celo prvenstvenega pomena, da ju ne moremo in ne smemo izpustiti. In zopet je na DPM, da se zavedajo odgovornosti za vsebino teh programov in da vztrajajo pri načelih takega izobraževanja, ki pa jih morajo seveda poznati tudi sama.

Kako aktualno in potrebno je predavanje »Družina v naši družbi« in na kakšen odziv naleti pri poslušalcih, nam je dobro poznano. Prav v začetku sistematičnega dela, ki ga tako rekoč uvaja tema »Družina v naši družbi«, je izhodišče za nadaljnje izobraževanje. Pri tem gre za nove socialistične odnose, za resnično enakopravnost žensk, za odpravo dvojne morale in vseh ostankov starega razrednega pojmovanja.

Šele na tej osnovi lahko govorimo o vzgoji otroka. Ne pretiravimo, ko trdimo, da v rubriko ankete »predlogi za izboljšanje« le redka obiskovalka ne napiše sledečega stavka: »Ta predavanja bi morali slišati tudi možje«. Po pravici povedano, je to najbolj mila formulacija. Često beremo: »S silo bi jih bilo treba pripeljati«. Imamo več pisem, ki so jih pisale živo prizadete žene prav ob spoznanju krivice. Pri tem so pretresljivo opisale svoje zakonsko življenje, katerega temelj je surovo izkoriščanje človeka po človeku.

Resnica je, da le majhen odstotek moških obiskuje predavanja, in še ti so običajno tisti, katerih družinski odnosi so na višji ravni. Najbolj potrebni torej ne slišijo tega, kar jim je namenjeno. Kljub vsemu pa je veliko storjenega. Že samo to, da so se ženske začele zavedati enakopravnosti, da so spoznale vse pravice, ki jim jih daje socialistična zakonodaja, in da so na drugi strani začutile, da jim to enakopravnost odrekajo ostanki stare razredne patriarhalne morale, že to pomeni, da se bodo prizadevneje zavzemale za nove napredne družinske odnose in napredno vzgojo svojih otrok.

Ogromna večina staršev želi dobro svojim otrokom. Napake, ki jih delajo, izvirajo iz nepoučenosti in ostankov starega pojmovanja o družbi, otroku in vzgoji. Zato je potrebna staršem pomoč, pa ne samo v obliki pedagoških nasvetov. Seznaniti se morajo z vsemi ugotovitvami moderne znanosti in z zakonitostmi družbenega življenja. V ospredju ni samo psihologija otroka, temveč tudi psihologija staršev, vzgojiteljev in vpliv okolja kot odločujoči faktor v vzgoji otroka. Otrok ni samo objekt, temveč tudi subjekt vzgoje in so za njegov razvoj odločilnega pomena prav prva leta življenja, v katerih se oblikujejo moralni pojmi in nastajajo tudi prvi družbeni odnosi. Starši morajo spoznati, da daje družina družbi novega proizvajalca in upravljavca, ki se bo prej ali slej vključil v delovni kolektiv zunaj svoje družine. In prav delo je osnovni element človekove osebnosti. V novih družbenih odnosih pomeni delo človeku ne samo potrebo po eksistenci, ampak njegovo osebno srečo. Socialistična družba, v kateri bo njihov otrok živel, zahteva svobodnega človeka in aktivnega državljanā, delavca v procesu proizvodnje, upravljavca te proizvodnje in vsega družbenega življenja. Nekaterim staršem, ki so zrasli v drugačnih družbenih odnosih, v kakršnih živi danes njihov otrok in oni sami, moramo pojasniti, da otrok ni njihova lastnina in da nikakor ne more biti subjekt njihovih neuresnčenih ambicij, ki čisto ne ustrezajo niti otroku niti družbi in so za razvoj otroka lahko tudi usodne. Pri tem bodo starši lahko razumeli odgovorno nalogo reformirane šole in stanovanjske skupnosti, ki dopolnjujeta otrokovo znanje s tem, ko ga vključujeta v družbeno življenje in ga zanj usposabljata.

Torej ne družina ali družba, temveč družina in družba. Družba je ustvarila materialne pogoje za vsestranski otrokov razvoj (socialistična družbena ureditev, družinska zakonodaja, razne ustanove in službe, namenjene vzgoji, varstvu in zdravju otroka itd.), družina pa naj se na teh temeljih vključi v skupna vzgojna prizadevanja. Samo enotnost družinske in družbene vzgoje omogoča oblikovanje človeka, ki bo v življenju zavestno ustvarjal in gradil nove socialistične odnose.

Med zakoni in uredbami

Na podlagi 2. odstavka 17. člena zakona o upravnih organih v LR Sloveniji oziroma zadnjega odstavka 64. člena zakona o državni upravi izdajam po pooblastilu Sveta za zdravstvo LRS na seji dne 27. IV. 1960

NAVODILA

za organizacijo in delo komisij za dovolitev splava

I.

Uredba o pogojih in postopku za dovolitev splava (Ur. l. FLRJ št. 9/60) ima namen varovati zdravje in življenje žene in njeno družinsko srečo, zlasti pa pomagati ženi, ki je spričo nosečnosti prišla v tako težke osebne, družinske in gmotne razmere, da jih ni mogoče odstraniti drugače kot z dovolitvijo splava. Ne gre torej za »legalizacijo« splava niti za planiranje rojstev (populacijsko politiko); zato odprava plodu tudi ni in ne more biti pravica žene.

II.

Uredba ne določa in ne more določati konkretnih medicinskih strokovnih indikacij za dovolitev splava; prav tako tudi ne more predpisovati in naštevati, katere so tiste hude osebne, družinske in gmotne razmere (4. točka, 2. člena), ki nujno narekujejo dovolitev splava. Presoja teh okoliščin je prepuščena sami komisiji za dovolitev splava. Naloga te komisije je, da individualno pretrese na podlagi prej zbranih podatkov in dokazil in neposrednega razgovora z ženo prav vse okoliščine, ki govorijo za dovolitev splava ali proti njej. Šele na osnovi teh podatkov naj komisija po načelu proste ocene dokazov odloči, ali naj se splav dovoli ali ne.

Pri presoji razlogov za dovolitev splava naj komisija upošteva zlasti takele

tehtne osebne okoliščine: ali bo žena sposobna skrbeti za otroka, ali in zakaj se utegnejo zaradi poroda zmanjšati njene fizične oziroma psihične sile in podobno.

Komisija mora v vseh primerih, ko gre za hude osebne družinske in gmotne razmere, predhodno poskusiti s posredovanjem pri pristojnih činiteljih in s prepričevanjem in prosilke oziroma svojcev odpraviti te razmere. V takem primeru lahko komisija odloži svoje delo za 7 dni.

Komisija ima tudi pomembno vzgojno funkcijo.

Komisija mora predvsem poučiti ženo, zlasti tisto, ki zahteva splav po 4. točki 2. člena uredbe, da odprava plodu ni njena pravica in da se to dovoli le zaradi pomoči njej in njeni družini, ki bi se zaradi poroda znašla v težkem položaju ali ker bi sicer bila ogrožena njena družinska sreča.

Komisija mora poučiti ženo tudi o pomenu in zlasti o škodljivih posledicah splava. Posebno naj se potruži komisija vplivati na ženo, da umakne zahtevo za dovolitev splava, če so njene težke razmere čisto subjektivnega značaja ali če so samo trenutne in začasne.

Komisija ima še prav posebno dolžnost opozoriti ženo, da so pogoji za ponovno odpravo ploda iz enakih razlogov, kot ji je bila dovoljena že kdaj prej, strožji in da se bo ponovni splav dovolil le izjemoma.

Prav tako naj komisija pazi, kadar se zahteva splav ob prvi nosečnosti, ker se v takih primerih pogosto pojavljajo nepopravljive zdravstvene posledice zaradi splava. V primerih prve nosečnosti je treba uporabiti vzgojne in socialne ukrepe, da do splava ne pride, ter poskrbeti za ustrezne pogoje nosečnosti in za normalno oskrbo otroka.

Vzgojna naloga komisije pa naj še prav posebno pride do izraza v tem, da ženo navaja na uporabo kontracepcijskih sredstev kot najprimernejših sredstev za preprečevanje nezaželene nosečnosti in potrebe po ponovnem splavu. Seveda je treba ženi s tem v zvezi priporočiti obisk dispanzerja ali posvetovalnice za žene, obratnih ambulant in drugih zavodov, ki izvajajo kontracepcijsko službo.

IV.

Da se zagotovi pravilna in vsestranska ocena okoliščin in razmer, ki govorijo za splav ali proti njemu, je bil z novo uredbo spremenjen tudi sestav same komisije za dovolitev splava.

Ne gre več le za zdravniško komisijo, ampak za vsebinsko razširjeno komisijo, v kateri mora biti poleg dveh zdravnikov še socialni delavec. Socialni delavec je enakopraven član komisije in ima še nekatere posebne naloge, tako n. pr. zbirati podatke o obstoju okoliščin iz 4. točke 2. člena Uredbe o pogojih in postopku za dovolitev splava, posredovati za odpravo težkih okoliščin v zvezi z zahtevkom za odpravo, dajati mnenja, ali obstoje ali ne obstoje nemedicinski razlogi, ki vplivajo na odločbo in podobno.

Socialnega delavca naj predlaga v komisijo svet za varstvo družine oziroma ustrezní svet za socialno varstvo. Ako ni mogoče dobiti šolanega socialnega delavca, se lahko na to mesto imenuje tudi oseba, ki dobro pozna problematiko varstva žena in družine in ki obvlada družbeno problematiko v zvezi z vprašanji kontracepcije in splava.

Pri izbiri članov komisije je treba zaradi širokih pooblastil te komisije in zaradi moralne odgovornosti članov za njeno delo posvetiti posebno pozornost izbiri oseb v članstvo komisije ter njihovim moralno-političnim kvalifikacijam.

Ker sta dva zdravnika stalna člana komisije, naj komisija — kadar smatra

za potrebno — konzultira še nevrologa, psihiatra, internista oziroma zdravnika, v čigar strokovno delo posega vzrok zahteve za dovolitev splava.

V.

Komisije za dovolitev splava niso organ bolnice oziroma zavoda, pri katerem poslujejo, ampak so poseben družbeni organ ustreznih svetov za zdravstvo, zato so tudi njihova pooblastila obsežnejša kakor doslej.

Stroški poslovanja komisij (upravna režija, nagrade članov, plača stalnega socialnega delavca itd.) obremenjujejo proračun organa, ki jih je imenoval.

Članom komisije, če delajo izven rednega delovnega časa, pripada honorar po 13. točki »Upravnih navodil« Sveta za zdravstvo LRS, št. 07/1 — 1671/3 z dne 14. VI. 1958, to je: zdravnikom specialistom 350 do 600.— din na uro, zdravnikom splošne prakse 250 do 450.— din, socialnim delavcem 200 do 300.— din, uslužbencem IV. vrste in zapisnikarju komisije 100 do 180.— din na uro. Pri določitvi honorarja se mora upoštevati doba specialistične oziroma zdravniške oziroma druge strokovne prakse.

Stroški za samo izvršitev splava se plačujejo po splošnih predpisih, ki veljajo za socialno zavarovane osebe, zdravstveno zavarovane kmetijske proizvajalce oziroma obrtnike.

VI.

Kje naj se ustanovijo komisije I. in II. stopnje, določi okrajni svet za zdravstvo in ne upravni organ za zdravstvo.

Komisije se lahko ustanovijo le pri zavodih, ki imajo organizirano ginekološko službo. Glede na to naj bi se v LR Sloveniji ustanovile komisije I. stopnje samo pri vseh splošnih bolnicah in porodnišnicah, komisije pa pri Kliničnih bolnicah, pri splošnih bolnicah v Mariboru, Celju, Kopru in

Novem mestu ter pri poročnišnici v Kranju.

Okrajni sveti za zdravstvo, na območju katerih ni pogojev za ustanovitev komisije II. stopnje, naj se dogovorijo s sveti za zdravstvo bližnjega okrajnega ljudskega odbora glede ustanovitve komisije II. stopnje za oba ljudska odbora in glede participacije na stroških za poslovanje komisije. — Prav tako naj se občinski sveti za zdravstvo, na območju katerih ni komisije I. stopnje, dogovorijo s svetom za zdravstvo bližnjega občinskega ljudskega odbora glede participacije na stroških za poslovanje komisije.

Pripominjamo, da glede na razmere v LR Sloveniji ni potrebno, da bi se komisije II. stopnje formirale iz članov komisij I. stopnje oziroma da bi se spreminjale komisije I. stopnje v komisije II. stopnje na način, kot to izjemoma dopušča zadnji odstavek 6. člena uredbe.

VII.

Komisije za dovolitev splava I. stopnje in komisije za dovolitev splava II. stopnje morajo voditi natančno evidenco o svojem delu.

Komisije I. stopnje za dovolitev splava pošiljajo polletna poročila komisiji za dovolitev splava II. stopnje in svetu za zdravstvo ljudskega odbora (na zahtevo pa tudi republiški komisiji za prevecijo splava) o številu podanih zahtev za splav, o številu odobrenih in številu odklonjenih splavov, o razlogih za dovolitev oziroma za odklonitev splava iz 1. do 4. točke 2. člena uredbe ter o uspehu vzgojnega dela komisije.

Komisija za dovolitev splava II. stopnje mora vsako leto poročati okrajnemu svetu za zdravstvo in Svetu za zdravstvo LRS o številu vloženih pritožb, o številu ugodno oziroma neugodno rešenih pritožb ter o skupnem številu podanih zahtev, odobrenih oziroma odklonjenih splavov na podlagi poročil komisij iz prejšnjega odstavka.

VIII.

Zaradi čim večje enotnosti v postopku komisij za dovolitev splava in da se zagotovi čim večja enotnost pri odločanju o zahtevkih za splav in za sistematično uvajanje kontracepcijske službe se ustanovijo za območje vsakega okraja in za območje ljudske republike Slovenije posebne komisije za prevecijo splava in kontracepcijo kot organ ustreznega sveta za zdravstvo. Člane teh komisij imenuje ustrezní svet za zdravstvo izmed zastopnikov sveta za zdravstvo, sveta za socialno varstvo in sveta za prosveto in šolstvo ter izmed družbenih in javnih delavcev s področja zdravstvenega ali socialnega varstva žena in otrok in zastopnikov sindikatov.

Naloga komisij za prevecijo splava in kontracepcijo je v prvi vrsti, da skrbijo za organizacijo in pravilno funkcioniranje kontracepcijske službe. Poleg tega pa dajejo tudi priporočila za delo komisij za dovolitev splava.

Komisije za prevecijo splava in kontracepcijo se morajo seznanjati s problematiko službe za kontracepcijo in s problematiko komisij za dovolitev splava, spremljati njihovo delo ter analizirati njihove podatke in poročila.

Komisije za prevecijo splava morajo občasno obveščati ustrezní svet za zdravstvo o stanju služb za prevecijo splava in za dovolitev splava s svojimi predlogi za izboljšanje teh služb.

IX.

V samem postopku za dovolitev splava morajo komisije upoštevati naslednja načela:

— za uvedbo postopka iz osebnih, družinskih in gmočnih razlogov je potrebno »socialno poročilo«. To poročilo predloži komisiji zaupna oseba, ki je za to posebej pooblašćena od občinskega skrbstvenega organa (n. pr. socialni delavec,

medicinske sestre v patronažni službi, babcice itd.);

— komisije I. in II. stopnje naj zasledajo vsaj enkrat tedensko, o času zasledanja se morajo komisije obeh stopenj medsebojno obvestiti;

— prošnje se rešujejo takoj in se mora izdati o tem odločba že na dan zasledanja komisije; le če so potrebne še poizvedbe ali intervencije, da ne pride do splava, se rešitev odloži lahko za največ 7 dni; v odločbi mora biti tudi navedeno, ali je bila prosilka poučena o kontracepciji;

— o postopku je treba varovati popolno zaupnost in poklicno tajnost; to velja tudi za vso dokumentacijo;

— pri odločanju morajo biti istočasno navzoči vsi člani komisije; nedopustno in pravno neveljavno je, da bi pregled opravil en zdravnik, drugi pa bi samo sopočpisali zapisnik in odločbo;

— pri ginekoloških pregledih je lahko navzoče le zdravstveno osebje;

— odločba, s katero komisija zavrne zahtevek za splav, mora biti obrazložena;

— rok za pritožbo v uredbi ni določen, zato lahko prizadeta oseba vsak čas zahteva, naj komisija II. stopnje odloči o dovolitvi splava;

— če se ginekolog — član komisije I. stopnje — ne strinja z odločitvijo drugih članov komisije, da se dovoli splav, naj se zadeva odstopi v odločitev komisiji II. stopnje, ki odloči z večino glasov;

— komisije naj tudi po končanem postopku zasledujejo, ali in kako se žene, pri katerih je bil izvršen splav, ravnaajo po priporočilih in nasvetih komisije, zlasti glede kontracepcije;

— za poslovanje komisije se uporabljajo predpisani obrazci.

Št. 07/1 — 76/2

Ljubljana, dne 28. aprila 1960

Svet za zdravstvo LRS

Sekretar

dr. Jože Benigar

Beležka

Dr. Leo Žlebnik »I in mladostnika«. Izdajaških društev Slovenije, ložbi Slovenije, strani

Pričujoča knjiga je o psihologiji otroka i kateri pisatelj po pogled na psihologijo (nika, Metode psihologijka in mladostnika ter telesnem razvoju nasploh preide na otroka od početja do konca prvega leta življenja.

Najobširnejša poglavja obravnavajo predrojstveno obdobje in obdobje novorojenčka in dojenčka. Tu so poudarjene zlasti otrokove značilnosti, življenjski procesi, razvoj gibanja in gibalne sposob-

egov spoznavni razvoj od znavanja, mišljenja, govornemanja in govora. Knjiga kriva otrokove razvojne pokonitosti in je važen pripobrazbi vsakogar, ki ima z otroki oziroma kakorkoli ihovo vzgojo.

o literaturi iz področja mladinske psihologije je pri kulturno razvitejših narodih močno v ospredju. Zato bodo ta obširnejši tekst prav gotovo z veseljem sprejeli naši starši in vzgojitelji, ravno tako pa tudi zdravstveni delavci, saj mora ob vsakem primeru tudi zdravstveni delavec otroka obravnavati kot psiho-somatično bitje. Moderna psiholo-

medicinske sestre v patronažni službi, babcice itd.);

— komisije I. in II. stopnje naj zasедajo vsaj enkrat tedensko, o času zasédanja se morajo komisije obeh stopenj medsebojno obvestiti;

— prošnje se rešujejo takoj in se mora izdati o tem odločba že komisije; le če so potrebne ali intervencije, da ne se rešitev odloži lahko v odločbi mora biti je bila prosilka poučena;

— o postopku je t polno zaupnost in po velja tudi za vso doku

— pri odločanju m navzoči vsi člani ko in pravno neveljavno opravi en zdravnik, sopodpisali zapisnik in

— pri ginekoloških pregledih je lahko navzoče le zdravstveno osebje;

— odločba, s katero komisija zavrne zahtevek za splav, mora biti obrazložena;

— rok za pritožbo v uredbi ni določen, zato lahko prizadeta oseba vsak čas zahteva, naj komisija II. stopnje odloči o dovolitvi splava;

— če se ginekolog — član komisije I. stopnje — ne strinja z odločitvijo drugih članov komisije, da se dovoli splav, naj se zaveda odstopi v odločitev komisije, ki odloči z večino gla-

je naj tudi po končanem poudujejo, ali in kako se žene, je bil izvršen splav, ravnao lih in nasvetih komisije, zlatraceutepcije;

lovanje komisije se uporabani obrazci.

6/2

lne 28. aprila 1960

Svet za zdravstvo LRS

Sekretar

dr. Jože Benigar

Beležke ob knjigah

Dr. Leo Žlebnik »Psihologija otroka in mladostnika«. Izdala Zveza pedagoških društev Slovenije pri Državni založbi Slovenije, strani 316, cena din 650.

Pričujoča knjiga je prvi del razprave o psihologiji otroka in mladostnika, v kateri pisatelj po poglavjih: Zgodovinski pogled na psihologijo otroka in mladostnika, Metode psihologije, O razvoju otroka in mladostnika ter telesnem razvoju nasploh preide na otroka od spočetja do konca prvega leta življenja.

Najobširnejša poglavja obravnavajo predrojstveno obdobje in obdobje novorojenčka in dojenčka. Tu so poudarjene zlasti otrokove značilnosti, življenjski procesi, razvoj gibanja in gibalne sposob-

nosti ter njegov spoznavni razvoj od občutkov, zaznavanja, mišljenja, govornosti do posnemanja in govora. Knjiga teoretično odkriva otrokove razvojne posebnosti in zakonitosti in je važen pripomoček k izobrazbi vsakogar, ki ima vzgojne stike z otroki oziroma kakorkoli opravka z njihovo vzgojo.

Potreba po literaturi iz področja mladinske psihologije je pri kulturno razvitejših narodih močno v ospredju. Zato bodo ta obširnejši tekst prav gotovo z veseljem sprejeli naši starši in vzgojitelji, ravno tako pa tudi zdravstveni delavci, saj mora ob vsakem primeru tudi zdravstveni delavec otroka obravnavati kot psiho-somatično bitje. Moderna psiholo-

gija zastopa stališče, da so vse otrokove telesne in duševne funkcije nerazdružljive, da vplivajo ene na druge in je zato treba otroka in mladostnika obravnavati v vsej njegovi dejavnosti kot mnogotero celoto.

Ob koncu knjige pravi avtor, da imajo odrasli veliko vzgojno nalogo in odgovornost do otroka in prvi so k temu poklicani njegovi starši. Otroku naj ustvarijo dom, ki mu bo dal čutiti ljubezen, toplino in varnost. Že v prvem letu pa morajo poznati tudi vzgojne ukrepe, s katerimi bodo vzpostavili otroku pameten in ustaljen režim. To je velika odgovornost staršev do bodoče otrokove osebnosti in njegovega deleža, s katerim se bo vključil v skupnost ljudi.

N. J.

Dr. Erich Schindel — Dr. Anton Rot
»Naravne osnove ljubezni«, prevedel dr. Eman Pertl, Založba Obzorja Maribor, strani 174, cena din 650.

Knjiga »Naravne osnove ljubezni« nam je izredno dobrodošla, ker nam ravno tovrstne literature za spolno vzgojo naše mladine zelo primanjkuje.

Avtorja v prvem delu knjige zelo poljudno in nevsiljivo podajata razlago o spolnem nagonu, dobi spolnega zorenja — puberteti, o spolni vzgoji in spolnem življenju odraslega človeka.

V tem delu knjige bodo starši našli pomoč pri odgovorih na mnoga otrokova vprašanja o spolnosti. Avtorja pa istočasno tudi povesta, katera so tista otrokova obdobja, ko je treba začeti s pojasnjevanjem, dalje, kako moramo začeti s spolno vzgojo in koliko in do kod naj otroku objasnjujemo ta vprašanja.

Posebno poglavje obravnava nosečnost in načrtno vsklajevanje rojstev ter preprečevanje spočetja kot način, ki lahko ureja število rojstev.

Drugi del obravnava biologijo razploditve: ali lahko določimo spol že vnaprej, klasični in moderni nauk o dednosti,

embrionalni razvoj spolovil in predčasno ali fiziološko staranje.

V zaključnih poglavjih pod naslovi: Pogoji za današnjo srečno zakonsko zvezo, Nesrečni zakon in Družina v socializmu razčlenjujeta avtorja vpliv družbenih sil na ljubezensko življenje človeka.

Pisateljica sta imela namen, v glavnih obrisih predočiti sledečo misel: »Človeška ljubezen ni zgolj zadeva fiziologije in ljubezni ne smemo imeti za nekaj osamljenega. Zato se spolna vzgoja ne sme zadovoljiti samo s poučitvijo o fiziologiji spolnosti. Spolna vzgoja je predvsem vzgoja h kulturi socialne osebnosti. Pogoje za srečno družino pa ustvarja borba za boljšo prihodnost ljudi.

Prevajalec dr. Pertl je ob koncu knjige, ki je napisana za avstrijske razmere, dal k slovenski izdaji potrebne pripombe. Mesta, ki govorijo o meščanskem družbenem razvoju in družbeni ureditvi, je treba vskladiti z našo socialistično stvarnostjo, kar je prevajalec na zadnjih straneh tudi storil.

N. J.

Dr. Vito Lavrič »Porodništvo« — druga popravljena izdaja, Založila Državna založba Slovenije, str. 571, cena din 950.

Po desetih letih, odkar je izšla prva knjiga »Porodništvo«, je avtor dr. Lavrič pripravil drugo izdajo, kjer upošteva mnogokaj, kar smo na področju zdravstvenega in socialnega varstva žene in otroka osvojili in tudi izvajamo. Tako so tej izdaji knjige dodana nova poglavja: Rentgen v porodništvu, Psihoprofilaktična priprava žene za porod, Lajšanje porodnih bolečin, Preprečevanje spočetja, Varstvo matere in otroka, Nekatere porodniške operacije, Novorojenček ter RH faktor. V splošnem pa zajame knjiga temeljito razlago in pouk o porodništvu.

V posebnem poglavju obravnava avtor ustanove za varstvo žene in otroka,

antenatalno, perinatalno in postnatalno varstvo.

Knjiga je namenjena predvsem babicam in glede na strokovnost že upošteva reformirani pouk na babiški šoli ter jo je kot učno knjigo odobril Svet za šolstvo LR Slovenije.

N. J.

Dr. Karl M. Kirch »Knjiga o zdravju in bolezni«, prevedel dr. Franjo Smerdu. Založba Obzorja, Maribor, str. 383, cena din 1350.

Knjiga dr. Kircha je napisana poljudnoznanstveno, v njej je avtor odlično rešil problem, kako laika na preprost in razumljiv način seznaniti z vsemi novimi medicinskimi odkritji, zdravstvenimi metodami in izrazi. Knjigi je dal v tem smislu tudi podnaslov »Tisoč odgovorov na tisoč vprašanj«.

Uvodnemu poglavju »Kaj je zdravje?« sledijo: Vsakdanje bolezni ter bolezni

dojenčka in otrok. Nato v več poglavjih opisuje funkcije in obolenja organov človeškega telesa, spolne bolezni, staranje, naravna zdravila, prvo pomoč, domačo in popotno lekarno. Ob koncu pa daje avtor »10 nasvetov, ki človeka ohranijo pri zdravju«.

Uspeh tega pisanja je v neposrednosti in preprostosti, podkrepljeni z učinkovitimi ilustracijami. Vsa napisana poglavja pritegnejo bralca, da sledi vsebini kakor tudi duhovitemu kramljanju simpatičnega zdravnika, ki ima posluh tudi za druge pacientove skrbi in ne samo za tiste, ki mu jih prizadene bolezen.

Pričujoča knjiga bo dober pripomoček tudi zdravstvenim delavcem pri zdravstvenovzgojnem delu, zlasti ker jim pokaže, kako je treba medicinske probleme prikazati ljudem v razumljivi besedi.

N. J.

Obzori

DUŠEVNO ZDRAVJE EVROPE

Zdravstveni problem se zde na prvi pogled primeri z visoko um epidemijo malarije in kim zdravstvenim star delih sveta. Toda ni naj bo že kakorkoli brez resnih zdravstvenih problemov. Eno najvažnejših vprašanj v visoko razvitih deželah pa je problem duševnega zdravja.

V čem je problem? Dasi je za Evropo težko natančno oceniti, koliko prevladujejo duševne motnje oziroma obolenja, se vendarle zdi, da je ta problem v vseh delih tega kontinenta precej enak. Kolikor se da dognati iz bolniških statistik, gre prvenstveno za psihoze in tudi po poročilih splošnih praktikov in speciali-

od po Evropi so nevrotične enem prvih mest. Določeni o svoje posebne zdravstvene elež samomorov je posebno dinaviji, delno tudi na Danolizem je močno razširjen v švici, na Švedskem je v posplošni problemi so kriminalno ponašanje mladine, vzgojnih in od staršev zapuščenih otrok, pri katerih so dognali, da se v zavodih, koder živijo, duševno razvijejo pozneje. Obenem z zdravstvenim napredkom in daljšo povprečno življenjsko dobo zahtevajo vse večjo pozornost tudi svojstveni mentalno higienski problemi starejših ljudi.

Kako rešuje problematiko duševnega zdravja Evropa? Že desetletja si posamezne evropske države čedalje bolj pri-

antenatalno, perinatalno in postnatalno varstvo.

Knjiga je namenjena predvsem babicam in glede na strokovnost že upošteva reformirani pouk na babiški šoli ter jo je kot učno knjigo odobril Svet za šolstvo LR Slovenije.

Dr. Karl M. Kirch »
in bolezni«, prevedel
Smerdu. Založba C
str. 383, cena din 1350.

Knjiga dr. Kircha
ljudnoznanstveno, v nje
rešil problem, kako laik
razumljiv način seznaniti
medicinskimi odkritji, za
todami in izrazi. Knjiga
smislu tudi podnaslov:
na tisoč vprašanj.

Uvodnemu poglavju »Kaj je zdravje?«
sledijo: Vsakdanje bolezni ter bolezni

dojenčka in otrok. Nato v več poglavjih
opisuje funkcije in obolenja organov
človeškega telesa, spolne bolezni, stara-
nje, naravna zdravila, prvo pomoč, do-
mačo in popotno lekarno. Ob koncu pa
da je avtor »10 nasvetov, ki človeka
zdravju«.

pisanja je v neposrednosti
i, podkrepljeni z učinkovi-
ami. Vsa napisana poglavja
lca, da sledi vsebini kakor
mu kramljanju simpatič-
ta, ki ima posluh tudi za
ove skrbi in ne samo za
ih prizadene bolezen.

knjiga bo dober pripomo-
kravstvenim delavcem pri
gojnem delu, zlasti ker jim
je treba medicinske pro-
bleme prikazati ljudem v razumljivi
besedi.

N. J.

Obzornik

DUŠEVNO ZDRAVJE DANAŠNJE EVROPE

Zdravstveni problemi današnje Evrope
se zde na prvi pogled nepomembni v
primeri z visoko umrljivostjo otrok, z
epidemijo malarije in frambezije ter niz-
kim zdravstvenim stanjem v drugih pre-
delih sveta. Toda ni je na svetu dežele,
naj bo že kakorkoli razvita, ki bi bila
brez resnih zdravstvenih problemov. Eno
najvažnejših vprašanj v visoko razvitih
deželah pa je problem duševnega zdravja.

V čem je problem? Dasi je za Evropo
težko natančno oceniti, koliko prevladu-
jejo duševne motnje oziroma obolenja,
se vendarle zdi, da je ta problem v vseh
delih tega kontinenta precej enak. Koli-
kor se da dognati iz bolniških statistik,
gre prvenstveno za psihoze in tudi po
poročilih splošnih praktikov in speciali-

stov vsepovsod po Evropi so nevrotične
motnje na enem prvih mest. Določeni
predeli imajo svoje posebne zdravstvene
probleme. Delež samomorov je posebno
visok v Skandinaviji, delno tudi na Dan-
skem. Alkoholizem je močno razširjen v
Franciji in Švici, na Švedskem je v po-
rastu. Bolj splošni problemi so krimi-
nal, nenormalno ponašanje mladine, vzgo-
ja zanemarjenih in od staršev zapuščenih
otrok, pri katerih so dognali, da se v
zavodih, koder živijo, duševno razvijejo
pozneje. Obenem z zdravstvenim napred-
kom in daljšo povprečno življenjsko dobo
zahtevajo vse večjo pozornost tudi svoj-
stveni mentalno higienski problemi sta-
rejših ljudi.

**Kako rešuje problematiko duševnega
zdravja Evropa?** Že desetletja si posa-
mezne evropske države čedalje bolj pri-

zadevajo za ugodje svojih državljanov. Spričo tega je delo za duševno zdravje Evrope obsežno področje v dejavnosti socialne službe. Tako poročila bolnic kakor tudi zdravnikov dajejo v splošnem. le delno sliko o torišču tega dela, saj je treba upoštevati n. pr. tudi otroške domove in ustanove, ki skrbijo za posvojitev otrok. Obravnavanje te problematike zgolj v strokovnih psihiatričnih glasilih ne more voditi do praktičnih rešitev, ker se v njih prvenstveno obravnavajo posebni primeri (bolezenski), posebne teorije in posebni načini zdravljenja. Le malo pa v teh glasilih govorijo o delu psihiatrov v industriji in v šolah, o poklicnem usmerjanju, o nadaljnji skrbi za psihotike, raziskavah mentalnega zdravja v starosti ali nasploh kaj več o delu iz problematike kriminala.

Posebno važno vprašanje mentalno zdravstvenih dejavnosti je organizacija in placilo zdravstvenih uslug. Potrebno je teamsko delo socialnih in zdravstvenih delavcev, tako n. pr. sestoji značilni team za poklicno usmerjanje mladine iz psihologa, psihiatra in socialnega delavca. V ZSSR naglašajo potrebo po tesni povezanosti preventivne in kurativne medicine in težijo za tem, da se pri pacientu medicinske usluge in skrb za urejenost razmer tako na njegovem delovnem mestu kakor tudi doma vodijo iz istega centra in pod enovitim vodstvom. Razen tega temeljijo usluge na sistemu »polne plače«, s čimer so izločene številne finančne komplikacije. Skandinavske dežele in Nizozemska so razvile svojo zdravstveno službo na krajevnih osnovah, tako n. pr. finansirajo na Finskem zdravstveno službo male občine same. Te razlike v izvajanju finansiranja vodijo do tega, da se skoraj v vsaki državi drugače lotevajo mentalno zdravstvenega dela.

Vloga Svetovne zdravstvene organizacije. Ker zahteva reševanje mentalnih zdravstvenih problemov v Evropi predvsem mnogo časa in naporov, mnogo de-

narja in znanja, je tem bolj potrebno sodelovanje zdravstvenih, pomožnih zdravstvenih in socialnih služb. Zato je tu pomoč SZO lahko še prav posebno izdatna.

Glede svojih mentalno zdravstvenih problemov posamezne države le redkokdaj iščejo oziroma potrebujejo neposrednih navodil. Važna je pomoč, ki jo SZO posreduje z meddržavnimi stiki. Kurativno, zlasti pa preventivno delo na področju mentalnega zdravstva zahteva sodelovanje privatnih in državnih zdravnikov, psihiatrov, sestra, psihologov in socialnih delavcev. Meddržavni sestanki, ki jih prireja SZO in na katerih se razpravlja o duševnem zdravju, nudijo priložnost za svobodno razpravljanje o vseh vlogah posameznih članov že omenjenega tima in pa o skupnih problemih, ki se pojavljajo v praksi. Udeleženci teh sestankov se medsebojno seznanjajo z novimi dosežki v zdravljenju in preprečevanju mentalnih motenj. Kdaj in kje bo naslednji tak sestanek, določi SZO. Pri tem ji s predlogi pomagajo in svetujejo posamezni pokrajinski člani-strokovnjaki.

V prvih letih obstoja SZO je odbor strokovnjakov za vprašanja duševnega zdravja izdal dvoje važnih poročil. V prvem obravnava važnost preventivnega dela za duševno zdravje ter daje smernice in izpodbude javnim zdravstvenim službam, da prevzamejo ustrezni del skrbi za mentalno zdravje v tisti meri, kakor delajo to že za fizično zdravje prebivalstva. To vprašanje je podrobno obdelano v drugem poročilu odbora, ki se peča s prilagoditvijo javnih zdravstvenih služb skrbstvu za duševno zdravje. Nakazuje pa to poročilo tudi potrebne spremembe v poklicnem izobraževanju zdravstvenih delavcev. Praktične probleme, ki se pojavljajo v teh poročilih, so naknadno obravnavali na dveh meddeželnih sestankih, ki ju je sklical pokrajinski urad za Evropo. Na prihodnjem sestanku bodo obravnavali številna vprašanja iz tega področja zdravstvenega skrbstva, vštevši tudi preventivno delo za otroke, odstranjevanje

stresov, dalje načine in sredstva, ki naj zagotove zgodnje zdravljenje duševnih motenj, kakor tudi organizacijo potrebnih zdravstvenih in socialnih služb ter ustrezno vzgojo.

Duševno zdravje otrok. Že od začetka sem se je SZO pečala deloma tudi z vprašanji duševnega zdravja otrok. Izdala je v seriji monografij dve važni publikaciji, ki obravnavata to problematiko. Evropski pokrajinski urad je sklical tudi dva seminarja, ki sta dala smernice za vodstvo tega zdravstvenega skrbstva. Predviden je prav tako nov seminar, na katerem bodo obravnavali terapevtske in preventivne vidike zdravstvenega skrbstva za nenormalne otroke. Preventivno delo v zvezi z mentalnim zdravjem otrok pa se bo obravnavalo v enem kasnejših seminarjev.

Drugi mentalno zdravstveni problemi. Sodelovanje med evropskim uradom SZO in socialno obrambno sekcijo SZO v preprečevanju kriminala oziroma obravnavanja zločincev je vodilo do nadaljnjih dveh zelo važnih seminarjev. Prvi je obdelal metode in diagnoze, drugi pa psihiatrično zdravljenje hudodelcev in prestopnikov.

Ta čas je urad zaposlen z vprašanjem nadzora nad pijanci in alkoholnimi bolniki v raznih deželah. Ta nadzor je že sedaj pokazal presenetljive razlike med severnimi in vinorodnimi južnimi deželami Evrope. Zdi se, da je za praktično preprečevanje alkoholizma dovoljeno predlagati zmerno pitje pri dnevni obrokih hrane.

Mentalno bolniška praksa, ki jo odbor izvedencev SZO za vprašanja duševnega zdravja (1957) obravnava v tretjem in petem poročilu, se je v Evropi hitro spremenila z odpravo omejitvene zakonodaje na tem področju, z uvedbo posebne policije (opendoor) in z uvedbo bolj aktivnih terapij, tako v psihološkem, socialnem in fizikalnem pogledu. Te spremembe so dale pobudo za novo zblizanje tako psihi-

atrične sestre kakor tudi zdravnika. Poseben seminar, ki naj pretehta, kako naj se poklicna vzgoja psihiatrične sestre prilagodi spremembam v mentalno bolniški praksi, pa je pokrajinski urad SZO za Evropo organiziral leta 1957.

Končno je SZO posebno pozornost posvetila epidemiologiji duševnih motenj. Na osnovi zadevnih študij bodo izdelali poseben pregled stanja in obenem začeli tudi s podrobnim proučevanjem teh vprašanj v Evropi.

N. N.

SINDROM HIALINE MEMBRANE

Hialine membrane, ki prežgodaj rojenim otrokom in novorojenčkom, rojenim s cesarskim rezom, lahko prekrijejo stene pljučnih alveolov in malih bronhusov, so v 60% vzrok smrtnosti prežgodaj rojenih otrok in v 40% vzrok vseh neonatalnih smrtnih primerov. S stalno intravenozno kapalno infuzijo raztopine glukoze in bikarbonata prve dni po rojstvu se je prognoza tega obolenja zelo zboljšala. Na ta način je uspelo ozdraviti 96% obolelih nedonošenčkov, medtem ko jih je od novorojenčkov iz kontrolne skupine, ki so oboleli za hialinimi membranami, 50% umrlo.

Dr. Š. K.

NEZGODE PRI OTROCIH NA ŠVEDSKEM

Pediatrične klinike delajo na Švedskem intenzivno propagando za varnost otrok. Število smrtnih nezgod med njimi je uspelo znižati po aktivnosti pediatrične službe in šolstva, ker otroke po vseh šolah navajajo na to, kako se lahko obvarujejo nesreč. Ravno pri šolskih otrocih je število nezgod najbolj padlo. Na 9. mednarodnem pediatričnem kongresu v Montrealu so poročali, da se je število smrtnih nezgod med švedskimi otroki v starosti od 10 do 14 let zadnjih 40 let znižalo za 50%.

Z. S.