

Poglobimo predporodno zaščito matere in otroka

Dr. Boga Škrinjar

Zboljšanje zdravstvenega stanja in ohranitev zdravja matere in otroka je osnovni zakon zdravstvene službe, otroška smrtnost v 1. letu pa je najobčutljivejše merilo zdravstvene ter socialne dejavnosti v tej smeri. Ni dovolj le delo v posvetovalnici, nasvet, ki ga damo materi in ženi, preiskava otroka, sprejem v porodnišnico. Poleg medicinskih so velikega pomena v zdravju matere in otroka tudi socialni, ekonomski ter psihološki faktorji, zato je delo prav v zaščiti matere in otroka zelo široko. Poudarek je na ohranitvi in izboljšanju zdravja matere in otroka, ne več samo na zdravljenju in preprečevanju obolenj in smrti, zato je medicinski sestri in posetni službi prav gotovo v tem delu poverjeno prvo mesto.

Smrtnost dojenčkov se je v Sloveniji od predvojne dobe znižala skoraj na polovico tedanje vrednosti in je v primerjavi s predvojnimi leti v splošnem na zadovoljivi višini, tudi smrtnost porodnic je nižja in procent mrtvorojenih je znatno padel. Vendar nam primerjava teh števil s številkami nekaterih drugih držav pove, da še nismo izpolnili vseh zahtev, ki se postavljajo v delu za zaščito matere in otroka, in da še nismo izrabili vseh pridobitev, ki nam jih nudijo izkušnje zdravstvene službe drugih držav pa tudi že naše opažanje v zadnjih letih. Razumljivo je, da se pravilna skrb za pravilen potek poroda, za ohranitev materinega zdravja po porodu ter ohranitev novorojenčkovega življenja in zdravja začne že pred otrokovim rojstvom. Verjetnost, da novorojeni otrok preživi prvo leto, zlasti pa prvi teden in prvi mesec življenja, ko je otroška smrtnost največja, je v veliki meri odvisna od zdravja matere v času nosečnosti. Zato je zniževanje otroške smrtnosti, zlasti v tej prvi dobi, odvisno predvsem od dobre predporodne oskrbe, ustrezne porodne pomoči, pravilne prehrane matere ter njene vzgoje.

Smrtnost te zgodnje dobe pri nas v znatni meri obremenjuje otroško smrtnost sploh. Bolezni, ki jih označujemo kot bolezni, lastne zgodnji otroški dobi, pa so zastopane pri nas dvakrat pogosteje kakor v številnih drugih državah. Pa si zberimo nekaj števil iz naših letnih poročil in jih ocenimo!

Od 1000 živorojenih je umrlo	1921. leta	1935. leta	1949. leta	1954. leta
V 1. mesecu življenja	72	51	37	27,6
V 2.—12. mesecu življenja	99	69	45	27,6
Skupaj v 1. letu	171	120	82	55,2

Umrljivost dojenčkov	Padeč umrljivosti, izražen v %		Od 100 umrlih dojenčkov umrlo		
	1935-54	1949-54	1931-35	1949	1954
V 1. mesecu življenja	23	9	40,7	45	50
V 2.—12. mes. življenja	41	17	59,3	55	50
Skupaj v 1. letu	64	26	100,0	100	100

Povedali bi lahko tole: Umrljivost dojenčkov v Sloveniji postopoma in stalno pada. Tako n. pr. je v preteklem letu od 1000 živorojenih umrlo 115 otrok manj kot v letu 1921, 64 manj kot v letu 1935 in 26 manj, kot jih je umiralo še pred šestimi leti. Prav gotovo, znaten uspeh zdravstvene službe! Če pa pogledamo stvar podrobneje, vidimo, da gre to strmo znižanje otroške smrtnosti predvsem na račun strmega padca v številu umrlih dojenčkov po 1. mesecu starosti, medtem ko je padeč umrljivosti v zgodnji življenjski dobi počasnejši. Tako smo v preteklem letu zabeležili prav toliko umrlih v 1. mesecu starosti kot v 11 nadaljnjih mesecih življenja! Zdi se pa, po prvih podatkih letošnjega leta, da se procent še nadalje nagiba na stran umrljivosti v zgodnji življenjski dobi. V nekaterih okrajih je ta poudarek očiten že iz lanskoletnih števil. Blizu 100 lističev je izpisanih mesečno v Sloveniji v matičnih uradih za dojenčke — umrle v najzgodnji življenjski dobi in ob pregledovanju podatkov o poteku bolezni, ki je privedla do smrti, bi vsakdo, komur je skrb za zdravje naroda prva dolžnost, često »obstal« v iskanju onega pravega vzroka, ki je privedel do bolezenskega stanja, poteka bolezni in končnega vzroka otrokove smrti, ko bi tega vzroka na lističu ne zasledil. Težak porod s poškodbo otroka, porojstvena asfiksija, nedonošenost, slabotno rojen, atrofija, je napisala babica ali mrliški oglednik ob prijavi smrti na vprašanje o vzroku smrti. Pravi vzrok pa bi iskali nazaj, v dobi pred otrokovim rojstvom. In v to smer bomo morali poglobiti naše delo, če nam je cilj nadaljnje zniževanje otroške smrtnosti ter zboljšanje zdravja otroka in matere.

Zdravstvena zakonodaja zagotavlja ženi v zvezi z nosečnostjo in porodom zdravstveno zaščito s strokovnim delom posvetovalnic — dispanzerjev za žene, z možnostjo sprejema v materinski dom socialno in medicinsko ogroženih žena, z brezplačno porodno pomočjo na domu ter brezplačno zdravstveno oskrbo za časa poroda v porodnišnici. Cilj predporodne zaščite je, da zagotovi zdravo nosečnost, normalen porod zdrave matere in rojstvo zdravega otroka. Dispanzerju — posvetovalnici za žene je v tem delu poverjena glavna vloga, ki pa jo bo uspešno izpolnil le ob tesnem sodelovanju področne babice, medicinske sestre in zdravnika. Da zagotovimo zdravo nosečnost, zahtevamo zdravstveni nadzor vseh žena. Prvič naj bi bila žena zajeta pod nadzor dispanzerja — kot je pravilo nekaterih držav — v 12. tednu nosečnosti, oziroma že prej, če je bila prejšnja nosečnost nepravilna ali če sedanja ni normalna. Pregled naj bi bil splošni klinični in ginekološki. Patronažna služba medicinske sestre pa naj bi podala sliko o socialnih in ekonomskih razmerah njene družine. Pri normalni

nosečnosti zahteva porodničar za pravilen nadzor noseče žene ponoven pregled vsake 4 tedne do 28. tedna, vsaka 2 tedna do 36 tednov nosečnosti in nato tedensko do poroda. Ponovne preglede zdravih žena — pregled urina, RR, tehtanje, merjenje, poslušanje plodovih utripov — izvrši babica, vse dvomljive primere zdravja pa preda zdravniku. Medicinski sestri pa je poverjena patronažna služba z reševanjem družinskih problemov, ki nastajajo v zvezi s porodom; oskrba s porodno opremo pri ženah, ki nameravajo roditi doma, preskrba družine z otroki za časa poroda doma ali v porodnišnici, pomoč pri delu po vrnitvi domov... Dalje ji je poverjeno zdravstveno vzgojno delo med ženami — priprava žene na porod, pritegnitev v dispanzer, pouk o prehrani, o negi dojenčka — tako ob priliki hišnih obiskov kot tudi z organizacijo krajših sestankov in tečajev v posvetovalnici. Gotovo se bo žena rada odzvala povabilu, da pride v dispanzer na zdravniški pregled in poslušat kratke nasvete oz. predavanja o pripravi hrane, o šivanju primernih oblačil za dojenčka, o dietetiki v nosečnosti, o pripravi za porod, kar bi vse sledilo po končanih pregledih. Brez dvoma bi vpliv okolja in psihična pripravljenost na podano tematiko doprinesla k uspehu tovrstnega vzgojnega dela. Napotilo za porodnišnico daje psihično in zdravstveno pripravljeni ženi dispanzer, ki obenem opozori porodničarja na medicinske ter socialno-ekonomske ugotovitve, važne glede poteka poroda ter vrnitve domov. Ženo, ki ji socialno in zdravstveno stanje dovoljujeta porod doma, prevzame v oskrbo področna dispanzerska babica, ki ji s pravilno porodno pomočjo ter pravilno poporodno oskrbo do 4. tedna nudi vso gotovost za ohranitev njenega zdravja ter rojstvo in življenje zdravega otroka.

Podatke o zdravstvenih ugotovitvah pri ženah njenega področja dobiva babica v posvetovalnici, s katero je tudi organizatorno povezana. Posvetovalnica pa vodi kartotečno evidenco o ženah ustreznega področja ter na tej osnovi vodi in nadzira delo področnih babic. Po končani poporodni oskrbi preda babica točne zapise o poteku poroda ter poporodne dobe in o svojem delu v tej dobi posvetovalnici, kjer se podatki priključijo osnovni kartoteki žene. Glede žena, ki so rodile v porodnišnici, vzdržuje zvezo s porodniškim oddelkom dispanzer. Ob izpisu žene iz porodnišnice prejme dispanzer kartotečni list žene, izpopolnjen z glavnimi podatki o poteku poroda in o novorojenčku. Dispanzer pa obvesti področno posvetovalnico, da z babico področja sprejme mater in novorojenčka v ustrezno poporodno oskrbo za vso dobo 4 tednov.

Pa si oglejmo nekaj številok o tem delu pri nas!

Leto	Število disp. — posvet.	Od 100 nosečih žen zajetih pod nadzor disp. - posvet.			Od 1000 pregledanih bilo soc. zav.	Povpr. pregledov v noseč.	Hišnih obiskov	
		Skupaj	v prvi polovici noseč.	v 9. mesecu			nosečnic	otročnic
1949	25	8,7	2,3	2,2	65	1,3	1290	190
1954	58	43,0	8,4	9,7	80	3,1	1697	3057

Leto	Število babic		Delov. ur v posvet. na 1 babi- co meseč.	Od 100 novoroj. je bilo rojenih		Na eno babico porodov letno	Obiskov po porodu	
	krajev- nih	od teh zaposle- nih v posvet.		v bolnici	brez. strok. pom.		pov- prečno na 1 porod	na 1 porod doma
1949	398	16	3 ½	34,6	5,3	44	4,2	7,7
1954	425	58	4 ½	55,9	1,9	30	9	23

Iz številke bi lahko povzeli, da je pokazalo delo za zaščito žene pred porodom in po njem v zadnjih šestih letih znaten razvoj. Večje je število dispanzerjev oziroma posvetovalnic, večje število babic je vključenih v delo posvetovalnic, odstotek žena, zajetih pod nadzorstvo dispanzerja, je višji, število pregledov v nosečnosti večje, več žena rodi v porodnišnicah, odstotek rojstev brez strokovne pomoči je padel in žene, ki rode doma, imajo boljše poporodno oskrbo. Kljub temu pa delo še ni zadovoljivo. Odstotek žena, zajetih pod nadzorstvo dispanzerja, je še vedno premajhen. Zlasti ob misli, da je zajetje žena iz posameznih socialnih skupin zelo neenakomerno, da so tudi po okrajih velike razlike, ta odstotek še ne zadovoljuje. Tudi dejstvo, da je bilo v prvi polovici nosečnosti zajetih le 8 % vseh nosečnic, v 9. mesecu pa še vedno samo 10 %, kaže, da je zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre v tej smeri nujno potrebno. Omenili smo, da porodničar zahteva za zagotovitev pravnega nadzorstva za časa nosečnosti redne preglede žene v ustanovi od 12. tedna nosečnosti do poroda. V lanskem letu pa se je žena, ki je prišla prvič v posvetovalnico, oglasila povprečno le še dvakrat pred porodom. Če primerjamo optimalno zahtevo 12 pregledov, trije pregledi prav gotovo še ne zagotavljajo dobrega varstva zdrave nosečnosti. Tudi v tej smeri bo medicinska sestra s pravilnim prepričevanjem doprinesla k zaželeni rešitvi zadevnega vprašanja. Število babic v Sloveniji je dokaj zadovoljivo in 2—3 porodi mesečno ne preobremenjujejo babice. Zato preseneča nizka številka onih babic, ki so vključene v delo posvetovalnice za žene. Babice na terenu organizatorno često niso povezane v neki center in je to velika škoda za delo, ki bi ga babice lahko uspešno vršile. Število hišnih obiskov pri nosečih ženah je minimalno. Pa bi babica pod pravilnim vodstvom medicinske sestre lahko tudi na tem delovnem področju prevzela velik delež. Tudi posetna služba po porodu, ki je babici poleg poroda samega prav gotovo prva dolžnost, ni zadovoljiva. S hišnimi obiski zajema babica predvsem le žene, ki jim je nudila porodno pomoč, medtem ko žene, ki so rodile v porodnišnici, čeprav so se včasih že konce prvega tedna vrnile domov, često po porodu niso bile dovolj oskrbovane. Povprečno 9 poporodnih obiskov prav gotovo ni zadovoljivo, vedeti pa moramo, da številnih žena po vrnitvi iz porodnišnice babica sploh ne obiše. Mislim, da ne bo napak, če iščemo krivdo v slabi povezavi babiške terenske službe s patronažno sestrsko službo ter nezadovoljivi organizaciji dispanzerskega dela. Objektivnih zaprek pa prav v tem vprašanju često ni in medicinska sestra, kot organizator dobre zaščitne službe v zaščiti matere in otroka, bo obstoječe težave s pravilnimi prijemi prav gotovo prešla. Važno je tudi vprašanje povezave s področno porodnišnico. Že dolgo zahtevana medicinska sestra, zadolžena kot socialno medicinski delavec v bolnici ter še prav posebno v porodnišnici, bi v

tej povezavi prevzela važno vlogo. Seveda pa ima prednost povezava teren-skega kadra samega v dispanzerskem delu.

Še nekaj besed o raziskovalnem delu na področju zdravstvene zaščite ma-tere in otroka. Tudi študij zdravstvenega stanja prebivalstva področja in raz-mer, ki vplivajo na zboljšanje ali poslabšanje zdravja matere in otroka, študij socialnih razmer v družinah, potem prehrane prebivalstva, prehrane nosečih žena, vse to je bistveni del onega dela, ki je posvečeno zdravstveni zaščiti žene in otroka na terenu. Le točno poznavanje področja lahko pravilno usmerja naše delo; najsi bo to delo visoko organiziranega dispanzerja za žene, terenske posvetovalnice ali pa komaj osnovane patronažne službe medicinske sestre in babice v okraju. V nekaterih okrajih so tudi v tem delu medicinske sestre za-stavile prvi korak. Poleg točnega vpisovanja podatkov o bolezenskih stanjih, ki jih je ugotovil dispanzerski zdravnik v ambulanti dispanzerja, in rednega iz- polnjevanja statističnih poročil so prešle na terensko proučevanje vzrokov mrtvorodnosti, zgodnje otroške smrtnosti ter tako neposredno na proučevanje zaščite in oskrbe žene pred porodom in po njem. V tesnem sodelovanju s kra-jevno babico in povezavi s porodnišnico, če žena ni rodila doma, zbirajo medi- cinske sestre po enotnem obrazcu podatke o porodu, o predporodni in poporodni oskrbi matere, o novorojenem otroku, o socialnih razmerah družine, za vsakega živorojenega, mrtvorojenega ter v zgodnji dobi umrlega otročiča na njihovem področju, da tako prispevajo svoj delež k razjasnitvi teh vprašanj v svojem okraju in s tem posredno v Sloveniji sploh.

Razjasnitev teh vprašanj pa bo ob organizacijsko pravilno urejeni službi zdravstvene zaščite matere in otroka v okraju ter pripravljenosti medicinskega kadra za to delo prav gotovo doprinesla k zboljšanju predporodne zdravstvene zaščite žene in tako tudi k znižanju še vedno dokaj visoke smrtnosti dojenčkov pri nas, v Sloveniji.

Ortop

dobe

Med najpogostnejš- kolku (*Luxatio coxae c* kažejo mnogi znaki, da izpahov kolka in celo, Tako je bilo n. pr. l. Ljubljani 32 primerov

štrevilo znašalo 69. Tega več kot prejšnjega poročila ne moremo pripisovati le okolnosti, da je teritorij, ki gravitira na našo ortopedsko ustanovo, sedaj nekoliko povečan, prav tako ne more to biti posledica boljšega in hitrejšega odkrivanja takih primerov v povojni dobi; verjetnejše je, da imamo opravka z absolutnim naraščanjem takih primerov.

Poleg omenjenih 69 primerov prirojenega izpaha kolka pa smo v istem letu 1952 opazovali še 5 delnih izpahov in 55 slabo ali nedokončno razvitih kolčnih sklepov, ki so prav tako zahtevali ustrezajoče ortopedsko zdravljenje.

i nas prirojen izpah v h statističnih podatkov, m odstotkom prirojenih tevilo občutno narašča. dsek Splošne bolnice v enje, l. 1952 pa je to