

mora obrazložiti pedagogu samo tiste zdravstvene probleme otrok, pri katerih lahko učitelj pomaga pri vsakdanjem življenju v šoli.

Vsebina sistematičnega zdravstvenega pregleda.

Pri sistematičnem zdravstvenem pregledu moramo ugotavljati, kakšno je bilo otrokovo doseganje zdravje, katere bolezni je prebolel, zoper katere je bil že cepljen in kdaj, kakšne bolezni se pojavljajo v družini itd. Posebej ugotavljamo rezultate zadnjega tuberkulinskega testa in tovrstno prevencijo. Tudi ne smemo pozabiti na skromne podatke o socialnem okolju otroka, ki so zbrani in pripravljeni že pred pregledom.

Sledijo najenostavnejše antropometrične meritve telesne višine in telesne teže. Rezultati teh meritev morajo biti zabeleženi v otrokovem normativnem diagramu, ki je priložen vsaki kartoteki. Diagram navaja povprečne vrednosti telesne višine in teže pri slovenskih šolskih otrocih. Pregled zajema vsebinsko še orientacijsko oceno vida, sluha in govora, oceno osebne higijene ter prehranjenost otroka. Sledi opazovanje hrbtenice, kako potekajo njene krivine, kakšna je oblika prsnega koša ter položaj spodnjih okončin in stopal. To so osnove, ki dopuščajo oceno telesne drže. Ostane še celotni klinični pregled. Po pogovoru z otrokom je možno dati tudi mnenje, seveda samo skopo, orientacijsko mnenje o otrokovem mentalnem razvoju.

Sistematični zdravstveni pregled se konča z ocenitvijo otrokovega razvoja, kar je pa mogoče samo ob upoštevanju vseh že naštetih dejavnikov. Kakovost sistematičnega pregleda je toliko večja, če vsebuje še podatke o preiskavi krvi in urina ter meritvi krvnega pritiska.

Pri vsakem otroku posebej moramo urediti končne ugotovitve glede njegovega zdravja in začeti oziroma nadaljevati z različnimi ukrepi, pač z namenom, da po možnosti odstranimo vse zunanje zdravju škodljive vplive ali da pozdravimo posamezne okvare.

Po končanih sistematičnih pregledih na šoli oziroma na določenem območju dispanzerja dobljene podatke zberemo, jih pregledamo in analiziramo. Te analize in opažanja ob sistematičnih pregledih so temelj, ki na njem gradimo in za krajša ali daljša obdobja programiramo zdravstveno varstvo celotne skupine šolarjev. Samo če bomo sistematične zdravstvene preglede obravnavali s takšnega aspekta, bomo lahko prikazali, kolike vrednosti in pomena so ti pregledi za splošno zdravstveno varstvo šolskega otroka in mladine.

Epidemiologija veneričnih bolezni

NA PODROČJU KVD LJUBLJANA Z OKROG 300.000 PREBIVALCI

Dr. Danilo Križnik

I. Uvod

Tako infekcijski lues kot gonoreja sta v konstantnem naraščanju. Sočasno pa beležimo upadanje latentnega, kasnega in prirojenega luesa.

Pri infekcijah z veneričnimi boleznimi opažamo vse večjo soudeležbo adolescentov, ki znaša sedaj že okrog 7 %.

Od virov okužb je pri veneričnih obolenjih odkritih razmeroma majhen odstotek.

Domneva se, da je tega krivo promiskuitetno obnašanje (pogostni spolni stiki in pogostna menjava — velikokrat neznanih — spolnih partnerjev), ki v naši družbi nenehno narašča in ga tudi štejemo za glavni vzrok širjenja veneričnih bolezni (nad 90 %).

II. Epidemiologija veneričnih bolezni

Definicija epidemiologije, sprejemljiva za večino poklicnih epidemiologov, je študij širjenja bolezni med ljudstvom in vzrokov njihovega širjenja.

KVD* Ljubljana se loteva specifične epidemiologije veneričnih bolezni (v glavnem luesa in gonoreje) — proučevanja njihovega širjenja in zadevnih vzrokov.

V širšem pomenu zavzema epidemiologija veneričnih bolezni: klinično diagnostiko, serološke preiskave, zdravljenje in kontrolne ukrepe teh bolezni. To je celokupno spoznanje, ki prispeva k razumevanju venerične problematike. Medtem ko se ukvarja s klinično diagnostiko, z rezultati seroloških preiskav in z zdravljenjem zdravnik, pa delne kontrolne ukrepe glede veneričnih bolezni prevzema patronažno epidemiološka služba KVD Ljubljana, kar v ožjem smislu epidemiologije pomeni poizvedbo za kontaktom — tako glede zasliševanja in iskanja kakor tudi privedbe kontakta v dispanzer.

Poleg poizvedb za kontaktom, ki se zapisujejo v epidemiološki karton, pa ima patronažna služba KVD Ljubljana tudi še nalogo, da izdeluje venerične generacije (prenos infekta z ene na drugo generacijo).

Kakšen je prispevek epidemiologije k javnemu zdravstvu in kako je vključena v to? Temeljno pri tem študiju je spoznanje, da so nekatere bolezni prenosljive, vendar pa to donganje ni tako samo po sebi jasno, kot se misli. Pomislimo samo na bolezni, kot so bile kuga, kolera in rumena mrzlica, ki so stoletja občasno vladala po svetu.

Pomanjkanje razumevanja njihovega prenosa je preprečilo uporabo kontrolnih ukrepov, ki bi dokončno omejili širjenje teh bolezni. Vedno moramo biti hvaležni ljudem, kot so bili Koch in Pasteur, ki sta dokazala, da mikrobi povzročajo obolenja, ter Schaudinnu in Hoffmanu, ki sta odkrila treponema pallidum kot vzročni agens luesa, in ne nazadnje Avgustu von Wassermannu za razvoj seroloških preiskav, s katerimi lahko odkrivamo prisotnost antiteles luetične infekcije; in še drugim, ki so pokazali način prenosa nalezljivih bolezni.

Epidemiologija je vsota spoznanj o vzrokih virov infekcije in načinu prenosa bolezni. To je vsota spoznanj, ki je pri drugih nalezljivih boleznih vodila do: prečiščevanja voda, zatiranja insektov, vakciniranja itd. Poglejmo zdaj vsoto teh spoznanj pri luesu in določimo, kakšni so odkloni oziroma podobnosti.

Pri luesu ni vmesnega gostitelja, človek je rezervoar infekcije in bolezen se prenese samo z neposrednim in intimnim kontaktom. Tu torej ni potrebna kontrola vmesnega gostitelja. Kontrola obolenja se nanaša torej izključno na človeka.

In ker do danes ne moremo povzročiti pri luesu umetne imunizacije, metoda vakcinacije torej ne more biti ključ za zatiranje luesa. Lues je tako akutna kakor tudi kronična bolezen z daljšo inkubacijsko dobo (ca. 3 tedne), kot je pri večini akutnih nalezljivih bolezni, in ima lahko zelo hude poškodbe v kroničnem stadiju — dolgo po začetku infekcije.

* KVD = kožno venerični dispanzer

Vsak luetični primer je posledica intimnega spolnega kontakta z luetičnim primerom. Najboljše vodilo do rezervoarja infekcije je torej vsak luetični primer sam.

Čeprav je včasih težko dobiti podatke o seksualnih partnerjih, se pa ti vendar laže zapomnijo, kot pa npr. detajli o zaužiti hrani, na katerih temelji epidemiologija pri drugih boleznih z relativno počasno inkubacijo.

Teoretično je možno — če poznamo vire in kontakte infekcijskega luesa — da prek nepretrgane verige infekcij lahko najdemo zadnji primer v rezervoarju okužb.

Program za zatiranje veneričnih bolezni (Lu in Go) temelji na stališču, da je treba izslediti drugi primer, še preden se bolezen lahko širi naprej, da tako vedno bolj ožimo možnost njenega širjenja.

Upamo, da nam bo s hitrostjo in natančnostjo ter s tehniko praktične epidemiologije luesa to tudi uspelo.

Zasliševanje kontaktov infekcijskega luesa in njegov pomen pri zatiranju luesa

Zasliševanje kontaktov infekcijskega luesa je teoretično preprosta, toda operativno zelo kompleksna procedura.

Kompleksnost je v negativnem odnosu luetičnega pacienta nasproti pozitivnemu približevanju osebe, ki se ukvarja z zasliševanjem (zasliševalec). Zakaj ima pacient negativen odnos do zasliševalca? So nekatere ovire med luetičnim pacientom in zasliševalcem, ki so opravičljive. Recimo:

1. Pacient morda iz sramu zavrača diagnozo luesa.
2. Ne razpravlja o svojem obnašanju s tujcem (zasliševalcem).
3. Seksualna intimnost v mnogo primerih razvije lojalnost do kontaktov.
4. Boji se morebitnih medicinskih posegov.
5. Družinske težave, izguba splošnega položaja.
6. Nezaupanje v zasliševalca itd.

Uspeh zasliševanja kontaktov je odvisen torej od uspešnega odstranjevanja samo nekaterih prej naštetih ovir. Ni važna samo tehnika zasliševanja, ampak tudi to, da zasliševalec pri pacientu zbudi zaupanje in ga opogumi. Vsak pacient je primer zase in nov, različen problem za zasliševalca.

Lastnosti zasliševalca:

Imeti mora zadostno znanje o luesu tako z medicinske kakor tudi z epidemiološke strani. Poznati mora učinkovite metode zasliševanja.

Kakor drugod velja tudi tukaj »izkušnja je najboljši učitelj«. Zasliševanje mora skleniti kot prijatelj, ki pacientu pomaga, in se domeniti z njim še za nadaljnja zasliševanja.

Svetovna zdravstvena organizacija navaja v primerjalnih študijah od leta 1945 do 1961 naslednje podatke: 50 % kontaktov infekcijskega luesa, pripeljanih na zdravljenje, so prvi oz. drugi od navedenih kontaktov — iz česar je razvidna pomembnost prvega zasliševanja. Nadaljnjih 50 % kontaktov infekcijskega luesa, pripeljanih na zdravljenje, pa so od kasneje navedenih kontaktov — kar še posebej opozarja, kolike važnosti so nadaljnja zasliševanja. Zasliševanje kontaktov svežih luetičnih pacientov je torej ključnega pomena v epidemiologiji luesa. Njena vloga odločilno vpliva na uspeh oz. neuspeh pri zatiranju luesa.

Iskanje kontaktov infektivnega luesa in njegov pomen pri zatiranju luesa

Le del na novo inficiranih oseb z venerično boleznijo samovoljno poišče zdravniško nego, drugi pa nimajo znamenj veneričnega obolenja oziroma niti ne sumijo, da so bolni.

S tem v zvezi je epidemiologija tista pomoč, ki privede inficirane osebe in kontakte v medicinsko nego.

Epidemiologija luesa se deli na dva osnovna dela: zasliševanje in iskanje kontaktov. O zasliševanju kontaktov smo že govorili.

Iščejo in privedejo se v medicinsko nego:

1. Kontakti, navedeni pri zasliševanju.
2. Ljudje z reaktivnimi krvnimi reakcijami na lues, ki niso v zdravniški oskrbi.

3. Ljudje, ki so sumljivi, da imajo lues.

Pri iskanju kontaktov je medicinska oseba (iskalec) stik med javnim zdravstvom in družbo. Boljše ko so zveze, ki jih ima iskalec med medicinskimi, socialnimi ter javnimi delavci, toliko uspešnejši je pri svojem delu. Pri iskanju mora iskalec ravnati diskretno in diplomatsko, da ne spravi v neprijetno situacijo javnega zdravstva, ki ga zastopa, niti osebe, ki jo išče, niti samega sebe. Biti mora poln razumevanja, tolerantan in imeti mora sposobnost zdrave presoje.

Navajamo nekaj navodil oz. pravil za to delo:

1. Kontaktu, ki ga iščemo, ne izdamo osebe, ki ga je navedla.
2. Kontaktu ali luesa osumljenemu ne povemo, da je že bolan.
3. Ne smemo nasledati govoričenju in čenčam niti jih ne širiti.
4. Če le mogoče, moramo vzpostaviti osebni stik s kontaktom oziroma sumom za lues.

5. Medicinske dokumentacije ne jemljemo na teren in je ne dajemo na vpogled.

Hitrost in dinamičnost pri tem sta odločilni lastnosti tega dela, kjer je treba ugotoviti tudi prioriteto primerov. Če iskalec ugotovi, da je kontakt zunaj njegovega območja, tedaj preda poizvedbe pristojnemu območju epidemiološke službe. Infektivni lues ima nedvomno prioriteto pred drugimi veneričnimi boleznimi. Na prvo mesto sodijo iskanje kontaktov primarnega in sekundarnega luesa, mladoletniki in mladi ljudje z visokim titrom seroloških reakcij na lues. Skoraj prav tako važno je poiskati tudi kontakte t.i. zgodnjega latentnega luesa in starejše ljudi z visokimi titri seroloških reakcij na lues. Manjši pomen pripisujemo iskanju oseb z nizkimi titri ali z delno reaktivnimi serološkimi reakcijami na lues.

Iskalec si mora prizadevati, da pri iskanju luesa združi hitrost in prioriteto.

Najboljše orodje iskalca so njegovi »viri poizvedb«. Le-ti so številni in neprecenljivi in jih mora zato dobro hraniti. Vsak iskalec postane bolj ali manj dobro znan na območju, kjer deluje, in si mora zato vedno ohraniti zaupanje. Seveda pa ne sme nikdar razkriti namena svojih poizvedovanj. Potrebna mu je pomoč skoraj vseh družbenih institucij. Poznati mora kraje, kjer se ljudje zabavajo, počivajo oziroma zbirajo. Nazadnje se po pomoč zateče še k policiji. Tudi iskanje kontaktov je včasih težko, ker iskalcu — tujcu ljudje ne zaupajo. Prav tako povzroča težave pri iskanju nepretrgano preseljevanje ljudi. Drugi zopet hočejo zavarovati osebe, s katerimi so imeli kontakt.

Odlike iskalca. Poleg osnovnega medicinskega in epidemiološkega znanja mora svoje območje imeti tako rekoč na dlani. Novi iskalci se največ nauče, če sledijo zgledu veteranov pri terenskem delu. Ponavljamo, da je to urgentna služba,

kjer se mora iskati kontakt — seveda če se je okužil — poiskati in takoj zdraviti, preden lahko prenese bolezen. To je zelo resna služba, od katere sta odvisna zdravje in sreča številnih ljudi.

Iskanja kontaktov se moramo lotiti z resnobo, znanjem, taktom in hitrostjo, če ga hočemo uporabiti za orožje proti luesu.

Mednarodna izmenjava epidemioloških poizvedb

V najširšem pomenu besede pomeni epidemiološka poizvedba vsako spoznanje, ki prispeva k razumevanje treponematoz. To spoznanje zavzema klinično diagnostiko, serološke preiskave, zdravljenje in kontrolne ukrepe. Široka izmenjava v tem smislu je zdaj mogoča s posredovanjem medicinskih revij. V ožjem pomenu besede pa pomeni epidemiološka poizvedba samo poizvedbo za kontaktom. Izmenjava poizvedb glede kontaktov se omejuje samo na venerični lues. Endemični lues in druge tropske treponematoze se navadno prenašajo med člani prenaseljenih področij z nizkim življenjskim standardom. Popolne kontrole nad luesom ne dosežemo samo z dobrimi načrti, če ostanejo ti omejeni samo na krajevne geografske regije. Morebitno izkoreninjenje luesa je odvisno od uspeha in popolnosti pri zasledovanju posameznih kontaktov infekcijskega luesa.

Inficirani kontakti, ki prestopajo meje držav (oz. republik naše federacije), pomenijo posebno grožnjo s ponovnim širjenjem luesa na območja, kjer je infekcijska veriga bila že končana.

Take osebe pač nobeni državi niso dobrodošli importerji in eksporterji bolezni, saj ustvarjajo meddržavni zdravstveni hazard. Preteklost je polna primerov, ki kažejo na to, da je lues bil vedno meddržavni zdravstveni problem. V starih časih je bolezen, podobna luesu, bila zelo pogostna v obmorskih mestih Kitajske. Epidemija luesa je prešla v Evropo kmalu po vrnitvi Kolumba in njegovih mornarjev iz Amerike. Pohodi armad francoskega kralja Karla VIII. v Italijo so tudi v veliki meri prispevali k širjenju te bolezni. V zadnjem času pa imamo tak primer širjenja luesa kot problem meddržavnega merila v letih druge svetovne vojne. Če hočemo torej uspešno kontrolirati venerična obolenja, se poizvedba kontaktov ne sme ustaviti na mejah držav (oz. republik), posebno če vemo, da infekcijski lues narašča. Prav tako pa narašča tudi obseg in hitrost meddržavnih potovanj.

Izkoreninjenje luesa bo odvisno od zdravstvenih ustanov vseh dežel in njihovega sodelovanja, da na določen kraj omejijo tiste luetične kontakte, ki zaradi indiferentnosti ali ignorance igrajo človeške vektorje pri stalnem ponavljanju in diseminaciji veneričnih bolezni.

Nekaj podatkov o luesu iz epidemiološkega delovanja KVD Ljubljana

Infekcijski lues narašča. Vprašajmo se, kaj bi se zgodilo, če bi na razmerno tako majhnem teritoriju z okrog 300.000 prebivalci, kot ga pokriva z anti-venerično službo KVD Ljubljana, zabeležili porast novih primerov tifusa, paratifusa ali celo koz. Odgovor je jasen — nastala bi panika. Zakaj?

Te bolezni (tifus oz. kože), kljub temu da se samo občasno pojavijo tu in tam v majhnem številu, veljajo za izkoreninjene, in to od zavodov za zdravstveno varstvo, zdravstvenih delavcev kakor tudi od ljudstva. Vsak najmanjši pojav teh

obolenj se že šteje za vzrok takojšnjega ukrepanja, in to ne samo zaradi kontrole, temveč zaradi ponovnega izkoreninjenja. Dejansko lahko govorimo o boleznih, ki uživajo status intolerance.

KVD Ljubljana beleži pri današnji evidenčni kvoti luetičnih pacientov manifestne posledice kasnega luesa v 26 %. Sem prištevamo: tabes dorsalis, paralysis progressiva, taboparalysis, gumma, atrophia nervi optici, mesaortitis luica in lues congenita tarda. 7 % evidenčne kvote luetičnih pacientov ima tako imenovani asimptomatični nevroles. To so pacienti s pozitivnimi likvorskimi reakcijami, ki so za zdaj brez kliničnih znamenj za nevroles.

To so bili neustrezno zdravljeni luetični pacienti, kjer je KVD Ljubljana ugotovil razmerja glede kasnih okvar v tem zaporedju: slepota 1:800, paralysis progressiva 1:36, tabes dorsalis 1:21, mesaortitis luica 1:11.

Kdo prvi pregleda, zdravi in kontrolira infekcijski lues?

Infekcijski luetični pacienti pridejo neposredno v KVD Ljubljana v okr. 60 %, neposredno v specialistične ordinacije poliklinike (k dermatovenerologu) v 26 %, neposredno v bolnišnico (dermatovenerološko kliniko) v 14 %, v privatno prakso pa se zatečejo v 2 %.

Kaj štejemo za resničen porast luesa in kaj pomeni dobro organizirano anti-venerično epidemiološko službo.

Povečano odkrivanje svežega luesa, virov in partnerjev ne govori vedno za porast luesa, temveč lahko samo za izboljšano patronažno epidemiološko službo.

Za resnični porast luesa govori bodisi povečano število infekcijskega luesa kakor tudi povečano število t. i. zgodnjega latentnega luesa (epidemiološki prepusti pri odkrivanju svežega luesa).

Dobro organizirano epidemiološko antivenerično službo pomeni povečano odkrivanje svežega luesa, virov in okuženih partnerjev ob sočasnem upadanju števila t. i. zgodnjega latentnega luesa. Današnja situacija v KVD Ljubljana: porast infekcijskega luesa ob sočasnem upadanju kasnega luesa, kar govori za dobro organizirano patronažno epidemiološko službo.

Zakaj pravzaprav je lues prikrito obolenje?

Spol, krivda in strah ga prikrivata družbi. Tudi klinično lahko lues imitira veliko število bolezni. Na račun pacientove trenutne zbezanosti se lahko mnogokrat obide prijava obolenja, zanemari epidemiološka obdelava in se pacient kot oseba postavi nad blaginjo skupnosti. Sem spada še pomanjkljiva vzgoja tako doma in v šoli, kakor tudi v medicinskih institucijah.

Kot vidimo, je torej vzrokov dovolj, da se je lues ne samo »preživel«, ampak da celo narašča.

Rezervoar je človek (infekciozni luetik) in je torej skoraj izključni način infekcije intimni kontakt s tem človekom, ki je v nekem določenem stadiju infekcijskega luesa. Infekciozni stadij luesa zdravnik lahko diagnosticira in tudi zdravi. Zakaj torej lues vendarle narašča? Vzrokov je več:

1. Naraščanje promiskuitete.
2. Nezdravi efekt hitre rasti mest, kjer je omejen razvoj družbeno pomembnih splošnih dejavnosti (problem rekreacije).
3. Izguba močnih družinskih vezi.
4. Mednarodna napetost, strah pred bodočnostjo.
5. Slaba zdravstvena vzgoja — formacija spolov.

6. Povečano gibanje ljudstva (migracija).

7. Upadanje uporabe penicilina kot univerzalnega antibiotika.

Zreducirajmo vzroke za širjenje luesa na dva glavna:

1. Lues se ne šteje več za dovolj resen medicinski problem. Sum za možnost infekcije z luesom se sploh ne zbudi, temveč se o njej celo dvomi.

Zato se veliko infekcioznih primerov izgubi, tako da širijo infekcijo naprej, in to ravno zato, ker je indeks suma pri inficiranih osebah samih kakor tudi pri zdravniku tako zelo neznaten.

2. Kritično velik odstotek infekcioznih oseb (to so predvsem promiskuitetne osebe) širi infekcijo na dodatne osebe ves čas svojega infekcioznega obdobja, ker jih ne najdejo in se ne zdravijo.

III. Promiskuiteta

Materialna biološka osnova (spolni organi) so bili prvotno namenjeni samo ramnoževanju. Tudi sekundarne spolne karakteristike (vonj, barva, psihična razburljivost, občutek sproščenosti...) in drugi organi (oči, sluh...) so bili namenjeni samoohranitvi vrste — species.

Edino človek — z visoko razvitimi psihičnimi funkcijami je lahko dvignil pomen oz. uporabo teh biološko danih osnov (organov) v smer življenjskih vrednot — užitek.

Za kaj vse uporablja človek sluh, vid, vonj, roke... Isto je naredil tudi s spolnostjo. Toda za vse druge funkcije si je postavil norme, ki se jih uči v družini, v šoli in zunaj nje. S spolnim življenjem pa ni tako. Lahko si mislimo, kako važen je potemtakem pomen, mesto in vloga vzgoje ljudi za spolno življenje, ki mu je treba določiti družbene, moralne in zdravstvene meje oz. ga uzakoniti. Zadnja leta opažamo porast veneričnih obolenj, ki so se povzpela celo na prvo mesto lestvice nalezljivih bolezni. In če drži Ruescheva trditev, da je kazalo veneričnih obolenj ravno promiskuiteta, potem lahko iz tega sklepamo, da je pojav promiskuitete pri nas v porastu.

Promiskuiteta je s psihosomatičnega stališča indeks za venerična obolenja (cit.: Ruesch) in je odvisna od reagiranja na naravne seksualne impulze, bodisi biološke ali tudi psihološke narave.

Spolnost, nekoč namenjena ohranitvi vrste (species), je to ustvarjalno ambicijo prerasla in služi bolj človeškemu užitku — morda tudi žalosti.

Definicija promiskuitete: prehodni spolni stiki, ki prenehajo po spolnem aktu (Wittkower), pogostna izmenjava spolnih partnerjev (Safier).

Tako sociolog kot psihiater priznata obstoj promiskuitete. Prvega zanimajo ustanove oz. organizacije, ki promiskuiteto pospešujejo oz. zavirajo — drugega pa zanimajo motivi oseb, da bi lahko preprečil posledice. Skoraj vsi avtorji se strinjajo, da je pretirana promiskuiteta simptom osebnostnih motenj, ki se kažejo v pomanjkljivi urejenosti prizadete osebnosti.

Wittkower navaja tudi, da je promiskuiteta redkeje rezultat zrelih spolnih interesov in češče poizkus sprostitev akutnega psihološkega pritiska. Njegova psihosocialna analiza promiskuitetnih oseb z veneričnimi boleznimi kaže na podatke o uničenih domovih, nerešenih družinskih sporih, nerednih delovnih navadah, pijančevanju in splošnih nevrotičnih pojavih.

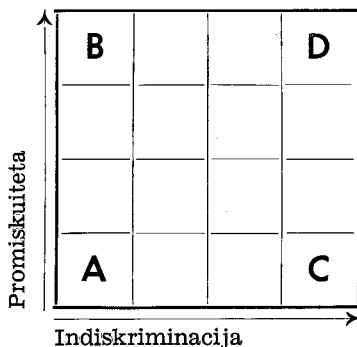
Safier: Nezadovoljivi družinski odnosi so med vzroki, ki so v neposredni zvezi s promiskuitetnim obnašanjem. Prav tako so tudi nezadovoljive življenjske

razmere, pomanjkanje družbenih vezi in slučajnostna poznanstva med faktorji, ki prispevajo k promiskuitetnim odnosom.

Venerične bolezni se dobijo navadno s spolnim kontaktom. Iz tega sledi — pogostejši ko so spolni kontakti, več ko je spolnih partnerjev, večja je možnost infekcije z veneričnimi boleznimi. Loeb je takole definiral tadva faktorja:

Promiskuiteta — spolni stiki.

Indiskriminacija — izbira spolnih partnerjev.



Osebe skupine A imajo najnižjo stopnjo promiskuitete in najboljšo izbiro pri majhnem številu spolnih partnerjev. V tej skupini se pričakuje najmanj veneričnih obolenj.

Skupina B so osebe z veliko promiskuitetno dejavnostjo, toda z enim samim ali z dvema partnerjema. V tej skupini se pričakuje več veneričnih obolenj kot v skupini A.

Skupina C so osebe, ki so redko promiskuitetne, toda spolnih partnerjev ne izbirajo. V tej skupini se pričakuje precej veneričnih obolenj.

Skupina D so osebe z visoko promiskuitetno stopnjo in skrajno neizbirčnostjo spolnega partnerja. Tu pa je procent veneričnih obolenj zelo velik. Osebe v tej skupini kažejo resne osebne defekte.

IV. Patronažna epidemiološka služba KVD Ljubljana in polivalentna patronažna služba zdravstvenih domov

Za strokovno stran in metodologijo antivenerične službe odgovarja KVD Ljubljana. Medtem ko vodi KVD Ljubljana evidenco veneričnih pacientov za Ljubljano ter bližnjo in daljnjo okolico (z okr. 300.000 prebivalci), imata še dva antivenerična dispanzerja svojo evidenco nad veneričnimi pacienti, in sicer na področju Kočevja in Trbovelj.

KVD Ljubljana ima svojo patronažno službo, ki deluje na področju mesta Ljubljane in bližnje okolice. Druga dva antivenerična dispanzerja pa si pri urejanju antivenerične problematike že delno pomagata s polivalentno patronažno službo področnega zdravstvenega doma.

Kot je iz navedenega razvidno, deluje torej antivenerična patronažna služba na področju mesta Ljubljane in okolice ter na področjih AVD Kočevje in Trbovlje.

Drugi zdravstveni domovi, torej zunaj patronažnega področja že prej omejenih antiveneričnih centrov, imajo sicer polivalentne patronažne sestre, ki so pa le posredno seznanjene s problematiko antivenerične službe.

Z reorganizacijo antivenerične službe na področju ljubljanske zdravstvene regije bi odpadla še AVD Kočevje in Trbovlje. S tem se bo še bolj povečala potreba po sodelovanju KVD Ljubljana s polivalentno patronažno službo zdravstvenih domov na teritoriju ljubljanske zdravstvene regije.

Preventivno epidemiološko delovanje KVD Ljubljana, K temu sodi:

I. Zbiranje podatkov o veneričnih pacientih.

II. Urejevanje kartotek veneričnih pacientov.

1. Luetični pacient ima:

- a) evidenčni karton,
- b) dispanzersko kartoteko,
- c) sumarni karton,
- č) sifilogram (svežiluetiki).

2. Pacienti z gonorejo imajo samo dispanzersko kartoteko.

III. Stalna evidenca veneričnih pacientov:

1. Luetični pacienti v terapiji

2. Luetični pacienti v kontroli (WaR, LP, specialistični pregledi).

3. Pacienti z gonorejo v terapiji in kontroli.

IV. Poročila in dopisi.

V. Sodelovanje z zdravstvenimi domovi in instruktaža.

Ad. I. Zbiranje podatkov o veneričnih pacientih: Ob prevzemu dispanzerja z junijem 1959 so bili vsi podatki o veneričnih pacientih v kartotekah na dermatološki kliniki oz. pri zdravnikih specialistih na polikliniki. Prva naloga KVD Ljubljana je bila torej zbiranje podatkov o obolenju veneričnih pacientov.

Od dermatološke klinike dobimo prepise popisov hospitaliziranih veneričnih pacientov. Od zdravnikov specialistov na polikliniki dobimo podatke neposredno (vpogled v kartoteke veneričnih pacientov na polikliniki). Medtem ko dobivamo podatke od zdravečih zdravnikov predvsem pisмено, in to na zahtevo (zlasti podatke o izvršeni terapiji).

Ad II. Urejanje kartotek veneričnih pacientov:

1. Luetični pacient ima:

a) Evidenčni karton: z generalijami, diagnozo, datumom prijave in s podatkom, h kateremu zdravstvenemu domu pripada;

b) dispanzersko kartoteko: z generalijami, diagnozo, dosedanjimi podatki o obolenju, terapijo, izvidi in navodili. Nova dispanzerska kartoteka vsebuje posebej karton za terapijo, izvide in navodila;

c) sumarični karton: vsebuje diagnozo, datum infekcije, oz. prvič odkrito pozitivno WaR, terapijo, kontrolo, serološke reakcije, likvorske reakcije, ITP (imobilisatione treponema pallidum Mayer — Nelsonov test) v serumu oziroma likvorju, recentne specialistične preglede ter opombe.

To je naloga, za katero je natančno treba poznati obolenje vsakega veneričnega pacienta posebej, čemur sledi še analiza vseh podatkov in končna ugotovitev;

č) sifilogram: to je grafično prikazan potekluetičnega obolenja (pri svežihluetikih).

2. Pacient z gonorejo ima samo dispanzersko kartoteko z opombo za poziv na pregled krvi za WaR (2 meseca po infekciji).

Ad III. Stalna evidenca veneričnih pacientov:

1. Luetični pacient v terapiji:

Luetični pacient je v terapiji: na dermatološki kliniki, v KVD Ljubljana, pri zdravečem zdravniku pristojnega zdravstvenega doma in pri zdravniku specialistu na polikliniki.

Dispanzer mora torej imeti v evidenci podatke o terapiji, ki se izvaja na dermatološki kliniki (prepis popisa hospitaliziranega veneričnega pacienta); pri zdravečem zdravniku (pismeni podatki na zahtevo KVD Lj.) in pri zdravniku specialistu na polikliniki (vpogled v kartoteko na polikliniki). KVD Ljubljana si pridržuje pravico, da kliče vse venerične paciente na svojem področju, in sicer v primerih nerednega oz. nediscipliniranega zdravljenja; seveda pa mora za to imeti natančne podatke.

2. Luetični pacient v kontroli: Za kontrolo WaR v krvi venerične paciente kličemo, jih naročamo oz. iščemo prek svoje patronažne službe, in to vsak mesec, vsake tri oz. vsakih šest mesecev. Lumbalno punkcijo napravimo pri vseh novih latentnih primerih luetičnega obolenja kakor tudi pri vseh luetikih, ki bolehalo na centralnem živčnem sistemu (pri poslednjih vsako leto — kljub zdravljenju).

Specialistične preglede pri internistu-kardiologu, okulistu, otologu in ortopedu delamo pri sumu za kasno kuetično obolenje in kot kontrolne preglede pri onih luetikih, ki že imajo to obolenje.

3. Paciente z gonorejo kličemo, naročamo oz. iščemo prek svoje patronažne službe zaradi kontrole ter odvzema krvi na WaR — 2 meseca po infekciji.

Ad IV. Poročila in dopisi:

Poleg eno-, tri- in šestmesečnih ter enoletnih poročil ima dispanzer dokaj obsežno korespondenco, in sicer z zdravstvenimi domovi in dispanzerji v svojem in zunaj svojega teritorija, kakor tudi s hospitali in drugimi zdravstvenimi ustanovami. To delo sestoji iz pošiljanja izvidov, podatkov o terapiji, iskanja virov okužbe ter odgovorov na pisma.

Ad V. Sodelovanje z zdravstvenimi domovi in instruktaža. Sodelovanje obstoji v tesni povezavi s polivalentno patronažno službo zdravstvenih domov, in to v reševanju antivenerične problematike. Lečeče zdravnike zdravstvenih domov pa sproti obveščamo o terapiji oz. kontroli veneričnih pacientov, in to z obvestili. Obstoji tudi stalna antivenerična komisija pri zdravstvenem centru Ljubljana, ki skrbi za enotno obravnavanje veneričnih pacientov. Predlogi te komisije se občasno pošljejo tudi zdravstvenim domovom prek zdravstvenega centra Ljubljana.

Glavna funkcija patronažne sestre KVD Ljubljana je: poiskati pacienta, ki se v KVD ne javi sam in tudi ne na pismeni poziv, pa je pri njem venerično obolenje bodisi dokazano ali pa obstoji samo sum za takšno obolenje.

A. Sem spadajo:

1. venerični pacienti, ki se ne javijo sami oz. na pismeni poziv;
2. viri okužb, ki se ne javijo sami oz. na pismeni poziv;
3. nosečnice z veneričnim obolenjem (lues);
4. novorojenčki oz. starejši otroci veneričnih pacientk;
5. imobilni venerični pacienti;
6. osebe s sumom za venerično obolenje.

B. Ob pomanjkljivih podatkih in naslovih prej omenjenih pacientov pa so patronažni sestri v pomoč tudi še:

1. bolnišnice, zdravstveni domovi, dispanzerji, dečki dom, materinski dom;
2. zavod za socialno zavarovanje, tajništvo za notranje zadeve (mladinski kriminal), matična knjiga, register prebivalstva (ObLO), vojni odsek, dijaški dom;

3. podjetja in ustanove;
4. osebni stiki z okolico pacienta.

Tako pride patronažna sestra do osnovnih podatkov (naslov, podatki o obolenju pacienta).

C. Kako najdemo paciente, naštete pod A.

Ad A 1. Venerični pacienti, ki se ne javijo sami oz. na pismeni poziv KVD.

Pri stalnih občasnih pregledih kartonov veneričnih pacientov — ki so razvrščeni po zdravstvenih domovih in vpisani v koledar za ponovne preglede — odkrijemo venerične paciente, ki se niso javili ob že naprej določenem roku.

V tej akciji sodelujejo:

- a) Zdravnik specialist dermato-venerolog — triaža veneričnih pacientov (za kontrolo, zdravljenje oz. specialistične preglede);
- b) patronažna sestra — izbor veneričnih pacientov (po zdravstvenih domovih, po oddaljenosti in določitvi časa tako za hišni obisk kot za pregled v KVD);
- c) administrator — stalni občasni pregledi že triažiranih veneričnih pacientov.

Sledi poziv patronažne sestre v obliki hišnega obiska. Če so naslovi oz. podatki o veneričnih pacientih pomanjkljivi, mora patronažna sestra prej obiskati še institucije, navedene pod točko B (skoraj v 70 % vseh hišnih obiskov).

Naloge patronažne službe KVD in AVD, ki jih bodo v prihodnje delno prezele tudi polivalentne patronažne sestre po zdravstvenih domovih, so naslednje:

1. Stalna evidenca nad veneričnimi pacienti, ki se pojavljajo neredno.
 - a) Lu recens in viri okužb,
 - b) Go in viri okužb,
 - c) Lu latens (za terapijo oz. kontrolo).
2. Evidenca veneričnih nosečnic (zaradi terapije v prvi polovici nosečnosti).
3. Evidenca nad terapijo oz. kontrolo novorojencev s sumom za Lu. (Povezava s porodniško kliniko, dermatološko kliniko, pediatrično kliniko, antiveneričnimi dispanzerji, otroškimi dispanzerji...)
4. Evidenca oseb z Go (klicane po dveh mesecih za WaR — sum za Lu).
5. Poznavanje okolja in socialnih razmer omenjenih pacientov.

Poleg medicinske dokumentacije si mora patronažna služba na področju antivenerične službe pomagati še z naslednjimi viri, kot so npr. sostanovalci, delodajalci, tajništvo za notranje zadeve (register prebivalstva), volilni imenik, matične knjige, državni sekretariat za notranje zadeve, vojaški register in zavod za socialno zavarovanje.

V vsakem primeru pa je delo na tem področju skrajno delikatno in naj bo vedno vezano na antivenerične centre ali pa na zahteve zdravnikov zdravstvenih domov oz. KVD.

V. Sanacija antivenerične problematike

Boj za kontrolo veneričnih obolenj je vedno trpel zaradi zmede moralnih rezultatov z objektivnimi problemi. Neka stara ideja si ponovno pridobiva čedalje več posnemalcev. Trdi namreč, da je treba prenehati z bojem proti spolnosti in pričeti s koncentriranim usmerjanjem dejavnosti za fizično in mentalno zdravje. Spolnost ni samo družbeno pomembna in se seveda tudi iztrebiti ne da. Nezaželeni stranski učinki imajo malo opraviti z nemoralnostjo in veliko več z neved-

nostjo. Kot vidimo, je torej spolna vzgoja tisto, kar je najbolj nujno in potrebno, zato je zanjo treba skrbeti že v času rednega šolanja. Ker se na starše v tem pogledu ne moremo zanesti popolnoma — moramo naučiti vzgojitelje, kako otrokom različnih starosti dati ustrezno znanje iz spolne vzgoje. Ti vzgojitelji bi morali govoriti o spolnosti v vseh pogledih: od anatomskega do psihološkega pa od fiziološkega do družbenega vidika. Kar se tiče veneričnih obolenj, bi pouk moral vsebovati: znamenja, posledice, način zdravljenja in kdo zdravi venerična obolenja, pravilni in nepravilni odnosi do infekcije in profilakse.

Ko stvari, ki se tičejo spolnosti, ne bodo več zbudile pozornosti, bo medicina zapolnila vrzeli v obravnavanju veneričnih obolenj — posebno še tistih, ki še obstojijo in se tičejo diagnostike in profilakse. Še vedno bomo morali računati s kakšnimi nepredvidenimi primeri. Toda — brezplačno zdravljenje za nepremožne in obvezno zdravljenje za tiste, ki se nočejo zdraviti, ter vsa možna tajnost v primerih, ki se boje družinske jeze, vse to počasi ustvarja klimo, kjer venerična obolenja ne veljajo več za stigmo.

V taki klimi uspešne kooperacije med zdravstvom in pacienti bodo tudi tisti, ki se vsemu navkljub še inficirajo, premagali sramežljivost in poiskali pravočasno zdravniško pomoč.

Izsledki številnih študij kažejo, da so venerična obolenja v glavnem posledica spolne dejavnosti zunaj zakona. Dokler ne bomo uredili zdravih odnosov in življenjskih vrednot na splošno in spolnosti še posebej, ne moremo upati na uspešno reševanje tega problema.

V tem času pa moramo posvetiti vso pozornost zgodnji diagnozi veneričnih obolenj, zdravljenju, iskanju kontaktov in profilaksi, predvsem pa vzgoji o veneričnih boleznih v okviru spolne vzgoje.

Spolna vzgoja v najširšem smislu je samo del splošne vzgoje

Spolna vzgoja ni nekaj ločenega, temveč sestavni del vzgoje k pravilnim človeškim odnosom. Viri, iz katerih človek v svojem življenju črpa spolno vzgojo, so dom, tovariši pri igri, šola in družbeno življenje. Važno vprašanje pa je, kakšne vrste spolne vzgoje bo otrok deležen, kdaj, kdo in na kakšen način mu jo bo posredoval. Edini smo si vsi, da spolne vzgoje otroka ne moremo prepustiti ulici, ker posledice so lahko nepopravljive za vse življenje. Če dobi otrok pravilno stališče do odnosov v družini, ga bo prenesel tudi na skupnost, v kateri živi. S pravilnimi vzgojnimi prijemi doma in v šoli moramo prepričati, da bi spolni odnos pojmoval kot povsem fizičen doživljaj. Namen spolne vzgoje je v tem, da mladini odkrije smisel za družinsko življenje in za zdrav odnos do spolnih vprašanj.

Vemo tudi, da je biološko medicinski del spolne vzgoje osnova, na kateri gradimo psihološko etični del spolne vzgoje.

Kljub jasnim stališčem, ki jih je do spolne vzgoje zavzela naša družba, pa samo terminus »spolna vzgoja« mnogokrat povzroča nesporazume v pojmovanju in odnosih do tega pojma. Za mnoge je poudarek na spolu, pri čemer povsem