

# O terenskem proučevanju otroške morbidnosti

Dr. Bojan Pirc

Da bi poglobili dejavnost za zaščito otroškega zdravja, je nujno, da si ustvarimo točnejšo sliko o patologiji v ranem detinstvu. Redna statistična poročila nam lahko v pretežni meri le nakažejo probleme. Za osvetlitev le-teh pa je potrebna posebna raziskava. V ta namen pripravljamo za letošnjo jesen terensko proučevanje obolenja otrok v predšolski dobi. Za to delo so že določene sestre. Smatramo pa za potrebno, da zve kaj več o tem važnem in obsežnem delu širši krog sester. Zato smo naprosili znanega in uglednega eksperta tov. dr. Bojana Pirca, da napiše za naš list svoje poglede in napotke.

Uredništvo

Dejstvo je, da pri nas od skupnega števila otrok, kar jih umrje prvih 5 let, umre nekako štiri petine (80%) otrok prvo leto življenja, samo ena petina (okrog 20%) pa v ostalih štirih letih. Vendar iz tega ne smemo sklepati, da bi vse delo za zdravstveno zaščito otroka bilo treba posvetiti samo prvemu letu življenja.

Pri nas namreč ni samo smrtnost dojenčkov 3- do 4-krat večja kot v drugih razvitejših državah, temveč velja isto razmerje tudi za majhne in predšolske otroke; v nekaterih naših republikah je to razmerje za te otroke še večje kot za dojenčke. So torej tudi pri teh otrocih — po uvedbi ustrezne zaščite — perspektive za zmanjšanje smrtnosti ravno tako ugodne.

Razen tega pa ne smemo pozabiti tole: čim kasneje po porodu otrok umre, tem večja je ekonomska izguba, pa tudi duševni pretres staršev je hujši, kakor pa ga prizadene smrt otroka neposredno po porodu.

Kar smatramo za najbolj važno, je pa dejstvo, da oboleva otrok v tej dobi veliko pogosteje, kakor nam to kaže število umrlih. Višina mortalitete v tej dobi nam torej ne sme biti za merilo nevarnosti, v kateri je otrokovo zdravje. Iz epidemiologije akutnih nalezljivih bolezni je znano, da se mnoge nalezljive bolezni v maksimalnem številu primerov pojavljajo ravno v teh letih — in se nekatere med njimi prav iz tega razloga imenujejo otroške nalezljive bolezni. Ta obolenja se verjetno ne končajo s smrtjo, ampak se — kar je ravno tako znano — zelo pogosto končajo z okvarami organizma, katere večkrat tudi zmanjšujejo življenjsko sposobnost.

Poleg akutnih nalezljivih bolezni je v tej dobi še mnogo obolenj, o katerih kaj malo vemo. Ker so ti otroci težko dostopni za razne zdravstvene akcije, je prav ta doba v pogledu morbidnosti še zelo malo raziskana.

Zato je nujno potrebno začeti s sistematičnim raziskovanjem morbidnosti in razjasniti vsaj tole:

1. obseg morbidnosti v posameznih letih dečje dobe;
2. bolezni in patološka stanja v tej dobi;
3. posledice, ki so v zdravstvenem stanju nastopile zaradi obolenj;
4. vloga socialno-etoloških faktorjev (ekonomskega stanja, prosvetljenosti, prehrane, stanovanja, strukture družine itd.);
5. obseg in vpliv strokovne pomoči v zdravljenju in preprečevanju bolezni (bolnično zdravljenje, zdravniška pomoč, otroške posvetovalnice in drugo);
6. gledanje staršev na ta obolenja.

Šele če dobro poznamo vse to, lahko v zdravstveni zaščiti te dobe opazimo in ocenimo obstoječe probleme in tako preidemo na pota uspešnega in razumnega zdravstvenega dela.

Jasen je torej pomen takih raziskovanj, zlasti še, če je ta zaščita tako obsežna kot pri nas. Treba je v tej zaščiti določiti prioriteto dela. Vedeti moramo, kaj je glavno, kje so največje težave in — v ne majhni meri — kje lahko pričakujemo najhitrejših uspehov.

Naloge teh raziskovanj so zelo težke; glavne težave so predvsem tele:

1. velika heterogenost socialnih, zdravstvenih in prosvetnih razmer in ljudske patologije v posameznih geografskih področjih. To oboje pa se le še stopnjuje z razliko med industrijo in kmetijstvom v sicer istem geografskem območju.

Te težave moremo odpraviti z obsežnejšim raziskovanjem, ki bi zajemalo razna geografska območja in v vsakem od teh karakteristične skupine prebivalstva;

2. težka dostopnost otrok v teh letih za potrebna raziskovanja in preglede.

Edina možnost je, da vse to delo vršimo le na domu, kar pa zopet onemogoča obsežnost anketiranja;

3. nezadostna prosvetljenost staršev, od katerih želimo dobiti informacije, in njihova nezaupljivost do izpraševalcev.

Zato je najbolje, da raziskovanje vrši izkušeno medicinsko osebje. Le temu morajo biti znane krajevne razmere; uživati mora zaupanje — posebno pri materah — skratka, biti morajo to osebe, za katere domnevamo, da si to zaupanje pridobe, kakor hitro pridejo v kako hišo;

4. obsežnost in vrsta vprašanj; med njimi so nekatera, ki je nanje težko odgovoriti, zastaviti jih pa moramo, ker nam dajejo neogibno potrebne informacije.

Te težave zopet omejuje obsežnost raziskovanja, ki bi sicer bilo potrebno glede na prej omenjeno heterogenost problema. Taka vprašanja od izpraševalca ne zahtevajo le, da dobro pozna problem, ampak imeti mora tudi voljo, da se za delo čimbolj zavzame;

5. potreba podrobne razčlembे dobljenih podatkov o posameznih starostnih, socialnih in drugih skupinah prebivalstva zahteva, da z raziskovanjem zajamemo znatno število družin ozir. otrok, ker le v tem primeru lahko smatramo rezultate za statistično značilne in izvajamo pravilne sklepe.

Zato je treba zajeti toliko družin, da šteje posamezna skupina, ki jo analiziramo, vsaj sto otrok.

Iz navedenega vidimo, kako težko je praktično izvršiti to nalogo, ker odstranitev ene teh težav avtomatično poveča drugo. Če odstranimo eno vrsto težav, se moramo omejiti v raziskovanju, odstranitev druge težave pa zopet zahteva čim obsežnejše raziskovanje. Še posebej pa moramo tu poudariti težave, ki nastanejo, ko hočemo na terenu dobiti zanesljive in sposobne sodelavce.

Glede na razpoložljiva materialna sredstva in strokovne kadre ter spričo obstoječih težav, ki smo jih omenili, ni mogoče uporabiti statistično pravilne metode vzorčenja, ki bi sicer prvenstveno prišla v poštev. Pri 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nem zajemu otrok pod 6 leti bi morali v FLRJ anketirati okrog 48 000 otrok, raztresenih po vsej državi.

Iz tega nujno sledi rešitev, da uporabimo metodo kvote, ker je treba nalogo reševati postopoma. V prvi etapi bomo postavili okvir za nadaljnje delo. Pri tem si moramo prizadevati, da bo ta okvir čvrst in zanesljiv. V začetku ni mogoče vključiti vse različne geografske predele niti ne marsikaterih — drugače važnih — skupin prebivalstva po njihovi socialni ali drugi diferenciaciji.

Raziskovanje nam mora dati sliko otroške morbidnosti (v smislu naznačenih 6 nalog) v izbrani ljudski republiki za prebivalstvo okrajev in mest. V prebivalstvu okraja moramo diferencirati kmečke družine vsaj v dve skupini (po premoženjskem stanju) in delavske družine ravno tako v dve skupini (po kvalifikaciji oziroma po višini zaslužka). Vsaka skupina kmečkih družin mora imeti po dve podskupini in to družine, ki imajo največ 1 uro do zdravstvene ustanove, in pa družine, ki živijo bolj daleč. Vsaka skupina delavskih družin bi morala imeti podskupine: a) kjer je zaposlen samo en član družine; b) kjer je zaposlenih dvoje ali več članov družine; v podskupinah a) in b) upoštevamo seveda le družine, ki so odvisne samo od plače; c) delavsko-kmetskega tipa, to so družine, kjer zaslužek hranilca pomeni samo del družinskega dohodka in dopolnjuje tega še dohodek od kmetije. S tem bi torej med prebivalstvom v okraju enega območja, ki ga raziskujemo, imeli že 10 osnovnih skupin družin.

V vsaki republiki moramo določiti število območij za to raziskovanje. Tu moramo upoštevati predvsem zdravstvene razmere (splošna mortaliteta, nalezljive bolezni, višina natalitete, mreža zdravstvenih ustanov in slično), a poleg tega še ekonomsko oziroma prosvetno posebnost posameznih območij. Kot najmanjšo diferenciacijo v eni republiki moramo izbrati najmanj 3 taka območja (zdravstveno napredno, srednje in zaostalo).

Pri treh takih območjih — kjer pričakujemo različne rezultate — imamo že 30 osnovnih skupin prebivalstva.

Vsemu temu je dodati še najmanj dve mesti (ozir. izrazito mestni občini). Tu moramo z raziskovanjem zajeti poleg delavskih družin (že omenjenih podskupin a) in b), to je družin kvalificiranih in nekvalificiranih delavcev) še uslužbenca (ozir. nameščence) in to v dve skupini: visoko kvalificirani in ostali.

Tako dobimo v dveh mestih še 12 osnovnih skupin ali v vsem raziskovanju skupaj 42 skupin. Ker želimo v vsaki osnovni skupini zajeti toliko družin, da v vsaki skupini dobimo podatke za 100 otrok, bi torej v vsaki republiki zajeli najmanj okrog 4200 otrok od 0—5 let starosti (če vzamemo 3 specifična področja okrajev in 2 mesti).

Nastaja vprašanje, kako praktično izvesti te principe pri izbiri krajev. To izvršimo z analizo konkretnih demografskih in vitalno-statističnih podatkov v republiki in upoštevamo pri tem še podatke o mreži zdravstvenih ustanov. To delo je pogoj za uspeh. Zato se moramo te naloge lotiti z največjo vestnostjo. Zelo intenzivno mora pri tem delu biti sodelovanje izkušenega statističarja.

Nemogoče je določiti kraje, ki naj pridejo za raziskovanje v poštev, če ne poznamo terenskih razmer. Pred končnim sklepom o izbiri krajev je potreben še obisk na kraju samem. Pri tej priliki je treba dognati, če predvideni kraji ustrezajo določenim pogojem, če je struktura družin v tem kraju taka, da lahko dobimo zadostno število otrok za posamezne že omenjene skupine. Negibno potrebno je pri tej priliki ugotoviti tudi to, če lahko odstranimo težave, ki smo jih navedli pod 3. in 4.

Pri definitivni izbiri krajev, ki bi prišli v poštev za delo, je potreben še dogovor z zdravstveno službo in predstavniki ljudske oblasti na področju raz-

iskovanja. Zelo važna naloga je tudi uvajanje osebja, ki mu bo to delo zaupano. Izvršimo pa to šele potem, ko so obrazci in navodila že pripravljena.

Najlažje izvedljivo je to na seminarju za vse anketarje republike. Anketarje moramo izbrati skrbno. Mnenja smo, da so za to delo najprimernejše medicinske sestre, izkušene v terenskem delu zdravstvene zaščite otrok. Najbolje je, da izberemo medicinske sestre, ki že dalj časa delajo in so na področju, ki smo ga določili za raziskovanje, ljudem znane. Če jih ne moremo oprostiti rednega dela, jim moramo za ta čas preskrbeti nadomestilo ali pa jim nuditi pomoč za izvršitev naloge. Seminar mora biti jako vestno pripravljen. Za dobro obdelavo problema je potrebno 4—5 dni. Poleg detajlnih in dobro razumljivih navodil za delo je treba tudi pojasniti, kaj pričakujemo od predvidenega raziskovanja.

Potem pride na vrsto terensko delo, ki naj bi trajalo od srede septembra do srede oktobra. Prej pa pripravimo adresar vseh družin, ki jih nameravamo anketirati, tako da že vnaprej vemo ne samo za število družin in število njihovih otrok od 0—5 let, ampak tudi za njihove naslove in splošne podatke. To pripravimo takoj, kakor hitro je odrejeno področje za to raziskovanje. Te priprave nam bodo dale zanesljivo gradivo, kar se tiče strukture anketiranih družin glede na osnovne skupine, o katerih smo prej govorili.

Družin pa ne obiskujemo kot pri statističnem popisovanju, temveč predvsem po pravilih prave patronažne službe otroške zaščite. Pri tem pa seveda ne smemo pozabiti na preciznost podatkov, ki jih moramo dobiti. To pomeni, da govorimo z ženo — materjo kot pri patronažnem obisku, podatke pa vpisujemo precizno strokovno — statistično. Medicinske sestre — anketarji morajo o vsem tem dobiti potrebna navodila na seminarju, ki naj se vrši neposredno pred začetkom dela.

Nismo smatrali za potrebno, da tu razpravljamo o materiji, ki jo vsebuje vprašalna pola. To namreč za pripravo dela, s katerim bi morali pričeti takoj, niti ni bistveno. Vsekakor pa moramo vprašalno poló najprej vsestransko proučiti in jo potem preizkusiti na določenem terenu. Tako ugotovimo, če bo raziskovanje moglo izpolniti postavljene naloge in če pri zbiranju zahtevanih podatkov pri poizkusnem anketiranju ne bomo naleteli na nepremostljive težave.

## • Medicinski

**Pri**

Počitniška let  
zaščite naše mlad  
zdravstvenega smo  
pa vpliva dober izi  
sko ustrezajoče pe  
Od osvoboditv

Prvotno centralno upravljanje je v smislu splosne decentralizacije naše državne uprave prešlo na okrajne ljudske odbore. Pri okrajnih ljudskih odborih so se pri svetu za zdravstvo in socialno politiko osnovala posebne komisije, ki jih

## niška letovanja

**letovanje**

k

okviru socialno zdravstvene tako vzgojnega kakor tudi da čimbolj uspejo. Na uspeh in tehničnega kadra, higijena pravilen sanitarni režim. lovanj doživela širok razvoj.