

terenu, ali pa zgolj naštevanje posameznih perečih problemov družbenim organom ne more dati možnosti, ki bi pomenili konkretno sicer dela zapisa okolija ali postopkov obravnava dološke razmere v občini, internatih, prehrana v poročilih naj bi uporabljal posamezno vprašanje, stanovanj je bil pregled je neprimernih.

Dokler v zdravstveni mnogokrat v zadregi, ugotavlja pri svojem t in na posamezne odgovorne uslužbenke. Za reševanje posameznih primerov iz svoje službe bo delala tako tudi za naprej, ker je precejšnji del njenih nalog danes takih, da spadajo tudi v področje socialnih delavcev, katerih pa naši zdravstveni zavodi in organi še nimajo. Za reševanje širše problematike z raznih področij higienske, zdravstvene in zdravstvenovzgojne službe pa bo podajala po svoji ustanovi poročila organom družbenega upravljanja, ki se bodo tako seznanjali z zdravstvenimi razmerami v vsem okolju svojega zavoda. Medicinska sestra bo tako prispevala svoj delež za razširitev in poglobitev družbenega upravljanja v zdravstveni službi.



li in sprejeli tudi ukrepe, ebno, da si sestra glavni posameznega estavi poročilo, ki loto, n. pr. stanovanj-ter, higienske razmere v ie sploh v šolah. V takih datke, tako da se pokaže r. vidi, kolikšen odstotek likšen odstotek stanovanj

ravljanja, je bila sestra rešenih vprašanj, ki jih

Za nadaljnjo poglobitev zdravstvenega varstva matere in otroka

Med. s. Cita Bole

Referat na seji Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za soc. varstvo LRS dne 4. okt. 1956

Letošnji »Teden otroka« je posvečen skrbi občinske skupnosti za vsestransko zaščito otroka. Osnova te zaščite pa je vzpostavitev pogojev za pravičen telesni in duševni razvoj otroka od spočetja do zrele osebnosti. Da bi to izpolnili, moramo zdravstveno-socialno dejavnost približati neposredno ženi — materi in otroku, prodreti z vsemi varstvenimi ukrepi v družino, v šolo, v otroške kolektive, v tovarne — skratka v okolje naših varovancev.

Pri tem je prizadevanje občinske skupnosti za reševanje teh vprašanj izrednega pomena.

Prav zato je po novi upravni razdelitvi prešla zdravstvena služba v zvezi z zaščito matere in otroka skoraj v celoti v pristojnost občinskih ljudskih odborov. Tu se je še prav posebno pokazalo, da se vprašanja zdravstvenega varstva matere in otroka ne morejo reševati brez povezanosti z zdravstvenimi organi, kakor tudi ne brez sodelovanja s šolstvom in prosveto.

Skrb družbe za zdravstveno zaščito matere in otroka v občinski skupnosti se bo zato razvijala preko družbenih organov — preko Sveta za zdravstvo in Sveta za varstvo družine.

Skrb za družino — osnovno enoto družbe — je torej izhodna točka družbene skrbi za vsestranski pravičen razvoj bodočih generacij. Ob tem vprašanju je imeti pred očmi nove družbene odnose, ki so spremenili način življenja naših družin. Izenačenje položaja žene in moža v družbi — torej tudi v družini — in industrializacija dežele, vse to je ženi odprlo vrata do udejstvovanja tudi izven doma. Pri tem je dolžnost družbe, da prevzame del njenih bremen. Zato je delo svetov kot družbenih organov zelo široko.

Sedanji sveti za zdravstvo in sveti za varstvo družine pri občinskih ljudskih odborih imajo pravico odločati o važnih vprašanih zaščite družine, tako v preventivnem kot kurativnem pogledu. Njihova osnovna naloga je med drugim čimbolj razvijati družbeno skrb za zdravstveno zaščito matere in otroka, posredovati množicam razne oblike te zaščite in organizirati široko mrežo ustanov in služb zdravstvenega, socialnega in vzgojnega značaja.

Pri okrajnih ljudskih odborih pa je nujno vzpostaviti koordinacijski organ za področje varstva matere in otroka. Ta naj bi združeval delo Sveta za zdravstvo, Sveta za socialno varstvo in Sveta za prosveto. Tak organ bi torej kompleksno zajemal vso tematiko žena — mater — otrok — mladine ter analiziral in dajal pobude za delo na terenu. S tem bi pomagal občinski skupnosti utrjevati in poglobljati to dejavnost in posredoval bi potrebe terena republiškim organom.

Sklep za ustanovitev tega organa — v obliki komisije za varstvo matere in otroka pri okrajnih ljudskih odborih je bil sprejet v marcu letos.

V republiškem merilu je zagotovljeno posebno obravnavanje problemov in usmerjanje socialnega varstva in zdravstvene zaščite matere in otroka z vzpostavitvijo naslednjih organov: Pri Svetu za zdravstvo LRS obstoji posebna komisija za zaščito matere in otroka, pri Svetu za socialno varstvo LRS pa deluje komisija za varstvo družine.

Vsekakor je današnja organizacija organov družbenega upravljanja v zdravstvu in posebej v zaščiti matere in otroka izpeljana od republiških do občinskih enot in obratno, pri čemer je zagotovljena koordinacija s sorodnimi organi.

Kako pa je z organizacijo operativne zdravstvene službe za zaščito matere in otroka, ki je poklicana, da konkretno uresničuje načela in ukrepe družbenih organov?

Za boljše razumevanje te zdravstvene službe si moramo na kratko ogledati njen razvoj.

Dejavnost zdravstvene zaščite matere in otroka — kot specialna veja zdravstvene službe — je bila formirana na območju LRS takoj po osvoboditvi. Spričo velike zainteresiranosti nove družbe, ki je dala tej dejavnosti vidno mesto v temeljnem zakonu in vrstah uredb z izredno širokimi olajšavami za zdravstveno pomoč materi in otroku — so bili položeni temelji za razširitev in poglobitev te službe. Pri bivšem Ministrstvu za zdravstvo sta v letu 1946 osnovana posebna oddelka, in sicer oddelek za zaščito matere in naraščaja in oddelek za šolsko higieno. V času administrativnega upravljanja celotne zdravstvene službe, od organizacijskih do strokovnih ukrepov in razmešanja kadrov, sta omenjena oddelka izvajala ukrepe preko poverjeništev za zdravstvo pri okrajnih ljudskih odborih in neposredno v ustanovah. Že takrat se je

pokazala težava v tem, da ni bilo sistemiziranega mesta za referat zdravstvene zaščite matere in otroka pri okrajnih ljudskih odborih, ki je bil naknadno priporočen kot honorarno mesto.

Če pogledamo tedanje razmere, predvsem močno prizadeto zdravstveno stanje mater in otrok zaradi vojnih razmer in težkega ekonomskega stanja povojnih let, je bilo opravljeno ogromno delo.

Skrajna insuficientnost zdravstvenih ustanov in strokovnih kadrov ter hkrati množično vključevanje žena v delovni proces — na drugi strani pa težke posledice zaostalosti — vse to je terjalo ogromnih naporov za vzpostavitev osnovnih ustanov od kurativnih terapevtično-profilaktičnih pa do socialno-medicinskih in vzgojnih ustanov: kot otroških jasli, celodnevni otroških vrtcev. Torej tudi ustanov, ki jih pred vojno v Sloveniji nismo poznali. Ob tem se je postavilo težko vprašanje — pomanjkanje ustreznih strokovnih kadrov, brez katerih bi bilo funkcioniranje razširjenih in novo ustanovljenih zavodov nemogoče. Analiza zdravstvenega stanja je zahtevala široko akcijo, zastavljeno proti visoki otroški umrljivosti, akcijo, ki je morala v takratnih razmerah potekati iz centra s krepko pomočjo višjih strokovnih institucij, kot porodniško-ginekološke in pediatrične klinike, ter družbenih organizacij, zlasti Antifašistične fronte žena in Glavnega odbora Rdečega križa. Takoj ko so bili lokalni faktorji zdravstvene službe usposobljeni za samostojno vodstvo posameznih ustanov: otroških bolničnih oddelkov, dečjih domov, otroških jasli — že pred decentralizacijo državne uprave je neposredno vodstvo teh institucij iz centra odpadlo. Vsa pozornost zdravstvene zaščite matere in otroka se je osredotočila na snovanje profilaktično terapevtičnih ustanov in čisto preventivnih ustanov po terenu. Z osnovanjem Centralnega higienskega zavoda — sta bila odsek zdravstvene zaščite matere in otroka in oddelek za šolsko higieno vključena kot enoti tega zavoda, ki združuje vso operativno preventivno zdravstvene službe. V okviru sekretariata Sveta za zdravstvo pa je deloval resor za varstvo otroka, ki po svoji strukturi ni mogel obravnavati zdravstvene problematike. Za načelna in organizacijska vprašanja so se ti oddelki sicer povezovali in skupno pripravljali problematiko in ustrezne predloge za obravnavo pri Svetu, seveda po predhodnem pretresanju v strokovnih komisijah. Sklepi, ki jih je Svet sprejel s tem, da je priporočil ustrezne ukrepe okrajnim oziroma občinskim organom družbenega upravljanja v zdravstvu in ljudskim odborom vse do upravnih odborov samostojnih zdravstvenih zavodov, so bili realizirani ali pa tudi ne. Pri vsem prizadevanju za izvedbo določenih nalog večkrat primanjkuje terenu strokovnega znanja, pogosto so nejasno določene koncepcije zdravstvene službe itd. Tu je glavna vrzel! Pogrešamo namreč dovolj močan strokovni organ v republiškem merilu, ki bi skrbel za strokovno raven in na terenu nudil konkretno pomoč pri realizaciji sklepov družbenih organov, upoštevajoč zahteve sodobne medicine. Institucije zdravstvene zaščite na terenu delujejo v sklopu zdravstvenih domov. Da bi zdravstveni domovi zaživelij dejansko kot ustanova celotne zdravstvene službe, t. j. kot profilaktično terapevtične ustanove — je načeloma pravilno, da so ustanove zdravstvene zaščite matere in otroka njihov sestavni del.

Prav v tem pogledu, ko še nismo premagali starih preživelih pogledov samih zdravstvenih delavcev na poslanstvo sodobne zdravstvene službe, pa je občutno pomanjkanje strokovnega metodološkega vodstva. Obravnavanje problemov zdravstvene zaščite žene — matere — otroka — mladine je zato zelo

različno in prepuščeno volji in prizadevnosti posameznikov. Ker te ustanove ne uživajo potrebne strokovne pomoči, si upamo trditi, da so tudi čisto strokovni ukrepi prepuščeni posameznikom. Vzemimo primer otroške prehrane! Kdor se sam ne zanima za sodobno otroško prehrano, odreja diete, ki so davno zastarele. Kolike važnosti je kontrola pravilnega delovanja srca, ledvic in pljuč v nosečnosti, ni treba posebej podčrtavati. In vendar se kljub zadevnemu priporočilu v nekaterih naših posvetovalnicah za noseče neredno kontrolira urin, krvni tlak in telesna teža. Vzrok temu ni v pomanjkanju pripomočkov za preglede, temveč leži več ali manj v omalovaževanju pomena teh preiskav in v podcenjevanju preventivne službe. Posebno čutimo nerazumevanje za načrtno zdravstvenovzgojno delo, ki naj doprinese k spremembi zaostalega higienskega režima naših družin in kolektivov. Že ti primeri zgovorno kažejo, da je organizacijo zdravstvene službe za zaščito matere in otroka nujno vskladiti z zahtevami sodobnih medicinskih dognanj in s potrebami našega terena.

Analiza zdravstvenega stanja in dejavnosti s področja zaščite matere in otroka je bila podana Svetu za zdravstvo letos meseca marca. Zato se ne bom spuščala v podrobnosti, temveč se zadržala le pri bistvenih ugotovitvah.

Predporodna zaščita matere in otroka in poporodna zaščita žene

Po podatkih zadnjega popisa prebivalstva imamo v Sloveniji 369 000 žena v rodni dobi. Za zaščito matere in še nerojenega otroka pa imamo 6 materinskih domov in 58 terenskih ustanov, ki pa jih niti formalno niti po besedilu zadevnega zakona ne ločimo, ali so posvetovalnice za noseče ali dispanzerji za žene.

Vseh teh 58 »posvetovalniških dispanzerjev« ali dispanzerskih posvetovalnic za nosečnice opravi 13 000 prvih in 16 000 ponovnih pregledov za 9300 nosečnic. V primeri s številom živorojenih otrok je torej zajeta samo slaba tretjina nosečnic pod zdravstveno zaščito. Če pa primerjamo ta odstotek z obsegom strokovne porodne pomoči, ki zajema v letu 1955 že 98,27 % naših porodnic, od tega 60% v zavodih, tedaj vidimo, kako nesorazmerno je pravzaprav razvita zaščita matere in otroka.

Res je; da imamo v naši republiki najdaljšo tradicijo v skrbi za porodnico in novorojenčka. Z vztrajnostjo in požrtvovalnostjo prof. dr. Lunačka je porodništvo pri nas doseglo strokovno raven v svetovnem merilu. Uspeh tega se kaže v nizki umrljivosti porodnic, ki je v mejah evropskega minimuma. Na 19.077 porodov v letu 1954 namreč odpade 7 smrtnih primerov, kar pomeni, da znaša smrtnost porodnic na 100 porodov 0,04 (v letu 1949 še 0,15). Prav tako se uspehi kažejo v pozitivnem izidu poroda za otroka, ker so porodniški posegi dosegli takšno stopnjo, da mnogi nekdanji brezupni primeri za porodničarja ne pomenijo več kakega večjega problema. Nekdanji težki porodniški problemi so se umaknili novim, in sicer takim, ki koreninijo s svojimi vzroki v nezadostno razviti predporodni skrbi. Taki problemi so na primer: nosečnostne toksemije, srčne, ledvične komplikacije, slabokrvnost mater, RH, inkompatibilnost, pogosten intrauterini rahitis otroka in drugi. Poleg tega se postavlja pred nas problem nedonošenčkov, katerih število, izraženo v %, znaša po izkazih porodnišnic 6,2 % od števila otrok, rojenih v porodnišnicah. Izredno važna ugotovitev

je tudi ta, da se rodi $\frac{1}{4}$ (29,05% l. 1954; 25,72% l. 1955) otrok, rojenih v porodnišnicah, z nizko porodno težo, t. j. pod 3000 g. Prav zaradi vseh teh problemov igra dispanzer za žene kot prvi člen v verigi zaščitnih ustanov tako važno vlogo. Če na kratko označimo naloge in dejavnost dispanzerja za žene, moramo reči, da so izredno široke, saj zajemajo zdravje žene od njene spolne zrelosti, predporodne dobe in mene v starost. V vsakem teh življenjskih obdobjih žene se pojavljajo problemi, na katere naj bo pripravljen odgovoriti dispanzer za žene. Ti problemi se obravnavajo v naslednjih osnovnih organizacijskih enotah dispanzerja:

1. **Ginekološka ordinacija:** To ni ordinacija v običajnem smislu te besede, temveč fungira tudi kot posvetovalnica za vse probleme, ki zadevajo ženo izven zdrave nosečnosti. Tako spada sem: odkrivanje in ambulantno zdravljenje ženskih bolezni, načrtni zdravstveni nadzor in sprotnje zdravljenje žena po porodu, uvajanje žena v kontracepcijo in posvetovanje o zdravem spolnem življenju. Prav tako naj bodo te ginekološke ordinacije osnovne baze za vprašanje sterilnosti pri ženah.

2. **Posvetovalnica za noseče** — zajema zdrave nosečnice. Spremlja razvoj nosečnosti kot zdravje matere same, obenem pa izvaja tudi zaščitne ukrepe za rojstvo zdravega otroka.

3. Že naštetе dejavnosti obeh enot nakazujejo eno najpomembnejših dejavnosti dispanzerja, to je **zdravstvenovzgojno delo**, in sicer v smeri osebne higijene žene, pravilnega higienskega režima v nosečnosti od prehrane do higienskih oblačil, pravilne zaposlitve, priprave na porod (tudi po Readu) in materinstvo. Po obsežnosti samo v glavnih potezah očitnega prosvetnovzgojnega dela lahko rečemo, da morajo dispanzerji za žene vzpostaviti tako imenovano materinsko šolo.

4. Pogoj dobrega dispanzerskega dela je prenos naših prizadevanj tudi na domove varovank za kar najzgodnje prihajanje oziroma dovajanje obolelih žena in vseh nosečnic v ustanovo. Ta dejavnost je poleg konkretne pomoči pri urejanju higienskega življenja varovanke, njenih osebnih, družinskih in socialnih problemov — domena **patronažne službe**, ki je glede predporodne zaščite žene kvantitativno in kvalitativno nezadovoljiva.

5. Na osnovi omenjene dokumentirane dejavnosti si vodstvo dispanzerja ustvarja sliko o zdravstveno-socialnih in ostalih vplivnih faktorjih, ki ogrožajo zdravje žena, in iz vsega tega črpa smernice za bodoče delo v svojem območju. Tudi potreba po **proučevanju zdravstvenih problemov** je našemu terenu še dokaj tuja.

To so naloge dispanzerja za žene: profilaktično terapevtične ustanove. Seveda se bo obsežnost dela ravnala po zmogljivosti posamezne ustanove. Najmanj, kar lahko zahtevamo od slehernega dispanzerja, je nadzor in zdravljenje ginekološko obolelih žena, nadzor nosečnosti, skrb za strokovni porod, nadzor žene po porodu in slednjič načrtno zdravstvenovzgojno delo nasploh — vse te dejavnosti pa dopolnjene s patronažno službo.

Dispanzerje z osnovno dejavnostjo je možno vzpostaviti ob današnjih kadrovskih in prostorninskih pogojih na sedežih okrajnih centrov in nekaterih razvitejših zdravstvenih domov, z malo več volje in razumevanja za to vprašanje.

Osnovna enota za predporodno zaščito je ustanova čisto preventivnega značaja — posvetovalnica za nosečnice, ki naj deluje kot področna enota najbližjega dispanzerja za žene, nameščena po manjših zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah.

Pomembna ustanova predrojstvene zaščite je materinski dom, na katerega važnost v zadnjem času nekoliko pozabljamo. Sicer obstoje te ustanove že ob šestih porodnišnicah, prizadevati pa si moramo, da jih vzpostavimo še pri ostalih, in sicer na Jesenicah, v Postojni, Kranju in Murski Soboti. Medtem ko je še leta 1952/53 bila kapaciteta obstoječih premajhna ob povprečni nizki oskrbni dobi (do 12 dni), je zadnje leto opaziti znaten padec sprejemov, kar pripisujemo nepravilnemu pojmovanju samostojnega finansiranja ali pa nepredvidenim proračunskim postavkam ljudskih odborov.

Poseben socialno-medicinski problem, ki se ga mora lotiti preventivna ginekološka služba, je vprašanje splavov. Analiza, kolikor je ta mogoča iz poldrugoletne dokumentacije — nakazuje porast splavov zlasti pri poročenih ženah, ki so v službi. Poudarjam, da je ta dokumentacija nepopolna, ker zajema le splave, ki so jih registrirali ginekološki oddelki in terenske babice. Na 100 rojstev zaznamuje skoraj 18 splavov. Odstotek narašča v sorazmerju s številom predhodnih porodov, in sicer jih je na sto porodov končalo s splavom pri prvi nosečnosti 9,7 %, pri drugi 15,4 %, pri tretji 27,4 % in pri četrti 29 %.

Samo ti izsledki zahtevajo večjo aktivnost in mobilnost strokovnjakov v praktičnem uvajanju kontracepcije in zdravstvene vzgoje v tem smislu. Sicer nam tudi praktične izkušnje narekujejo nujnost vzpostavitve posvetovalnic za spolno vzgojo. Zdi se nam, da bi prav ginekološki dispanzerji lahko odigrali to vlogo ob sodelovanju sociologov in psihologov.

Porojstvena zaščita otroka

V Sloveniji imamo ca. 200 000 otrok do 6. leta starosti, medtem ko se letno rodi ca. 30 000 otrok živih.

Za to starostno obdobje skrbi 20 otroških dispanzerjev in 280 posvetovalnic. Razmeroma gosta mreža posvetovalnic — osnovnih preventivnih ustanov za zdravstveno varstvo naših najmlajših — je dokaz, da so naši ljudje ta tip ustanove popolnoma osvojili in da so se posvetovalnice vključile kot nepogrešljiv člen zdravstvene službe v sklopu zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj. Vendar nas številke ne smejo zavajati, saj približno tretjina vseh deluje le enkrat do dvakrat mesečno. To so posvetovalnice v oddaljenih krajih, kamor prihaja medicinska sestra zdravstvenega doma. V zadnjem času pa vse pogosteje prihaja v te posvetovalnice tudi zdravnik, kar je vsekakor napredek. Pojma »otroški dispanzer« in pa »posvetovalnica za otroke« sta s svojim delovnim toriščem dobro utemeljena in našemu terenu znana. Dispanzer je više organizirana ustanova zdravstvene zaščite, ki skrbi za zdravega in bolnega otroka, medtem ko je posvetovalnica izključno preventivna ustanova in izvaja nadzor nad zdravimi otroki.

Vendar nam statistični podatki in praktične izkušnje s terena povedo, da v teh zadevah še nismo uspeli. Naše posvetovalnice zajamejo s prvimi pregledi nad 20 000, s ponovnimi nad 30 000 otrok, kar pomeni, da zajamejo šele

vsakega desetega predšolskega otroka, medtem ko se v dispanzerjih opravi 44 000 prvih in le 28 000 ponovnih pregledov. Skupaj s prvimi pregledi v posvetovalnicah imamo nekaj nad 64 000 prvih pregledov. S tem je zajet povprečno vsak tretji otrok.

Ponovni pregledi kažejo, koliko je dosežen smoter teh ustanov — stalni nadzor, in pričajo, koliko te zahteve še nismo izpolnili. Dispanzerji in posvetovalnice skupaj izvrše 65 494 prvih in le 87 861 ponovnih pregledov. Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je torej 1:1,34. Ta postavka je bila leta 1951 ugodnejša, saj je izkazovala 1:2,1; v letu 1953 pa že pade na 1:1,6.

To poslabšanje gre na račun 10 posvetovalnic, ki po tem pokazatelju dajejo vtis ambulant (Stražišče 0,26 — Domžale 0,30 — Novo mesto 0,40 — Gorica 0,44 — Kočevje 0,58 — Maribor 0,78 — Grosuplje 0,21 — Ptuj 0,83 — Konjice 0,87 — Vrhnika 0,29). Vzroke temu bo treba še raziskati.

Tudi dejavnost patronažne službe, ki je zadnja leta naraščala, kaže v letu 1954 znake nazadovanja. V letu 1953 je bilo pri otrocih od 1—6 let opravljenih 60 004, v letu 1954 pa 58 208 obiskov. Zanimivo bi bilo vedeti, koliko ta služba vrši stalni nadzor, vendar obrazci ne ločijo prvih in ponovnih hišnih obiskov, kar je za obravnavanje te zaščitne dejavnosti brez dvoma pomanjkljivost. Sicer se zavedamo, kako nujno potrebna je izpopolnitev dokumentacijskega materiala, toda to naj bo naloga posebnega študija bližnje prihodnosti.

Če analiziramo dejavnost naših otroških terenskih ustanov, tedaj vidimo, da je skrb za dojenčka osrednja točka, kar je spričo občutljivosti tega obdobja tudi pravilno. V primerjavi s številom živorojenih je s prvimi pregledi zajetih 99,92 dojenčkov in je v enem letu bilo opravljenih 122,47 hišnih obiskov ali 63% vseh obiskov pri otrocih predšolskega obdobja je veljalo dojenčkom. Spričo pomanjkanja kadra nam ni uspelo v zadostni meri posvetiti skrb otrokom od 1 do 6 let. Sicer pa je razveseljivo dejstvo, da obisk te starostne dobe v naših posvetovalnicah postopoma narašča, in sicer: leta 1950 47 597, leta 1954 65 494 pregledov.

Pri tem so osnovne hibe v sledečem: S kvantiteto dejavnosti bi se spričo pomanjkanja kadrov v okviru danih možnosti zadovoljili, medtem ko kvaliteta ne ustreza. Zlasti pomanjkljiva je skrb za stalni nadzor in kompleksnejše obravnavanje otroka in njegovega okolja. Prevladuje skrb za somatični, ne pa za psihosomatični razvoj. Še vedno srečujemo zdravstvene delavce, ki istovetijo posvetovalnico s splošno ambulanto in so mnenja, da je njihovo delo: pregled telesnega razvoja samo pri triažiranih, to je sumljivih primerih. Premalo časa je posvečeno individualnemu razgovoru z materami varovancev.

Več pozornosti se posveča ukrepom proti umrljivosti otrok, saj skoraj ni več ustanove, ki ne bi situacije pregledovala sproti. Rezultat tega podaja načelnik oddelka za statistiko dr. Boga Škrinjar takole:

Umrljivost dojenčkov postopoma stalno pada. Tako n. pr. je v letu 1954 od 1000 živorojenih umrlo 115 otrok manj kot v letu 1921, — 64 manj kot v letu 1935 in 26 manj, kot jih je umrlo še pred šestimi leti.

V odstotkih je umrljivost dojenčkov v letu 1939 znašala 11,4%, v letu 1949 8,2%, v letu 1954 pa 5,52%. Prav gotovo je to znaten uspeh naše zdravstvene službe!

Če pa pogledamo podatke o umrljivosti dojenčkov podrobneje, vidimo, da gre strmo znižanje otroške smrtnosti predvsem na račun strmega padca v

številu umrlih dojenčkov po 1 mesecu starosti. Tako smo v lanskem letu zabeležili prav toliko umrlih v prvem mesecu starosti kot v vseh nadaljnjih 11 mesecih življenja. Tako imenovana zgodnja umrljivost je naš osnovni problem. Za čim umirajo ti otroci, ki dočakajo 1 dan ali več do 30 dni življenja? Blizu 100 lističev je mesečno izpisanih v matičnem uradu za dojenčke, umrle v najzgodnji življenjski dobi. Vzroki smrti: nedonošenost, »slabotno rojen«, porodna poškodba. Če temu dodamo prej nakazane podatke o porodni teži novorojencev, se ponovno vračamo na neodložljivo nalogo — organizacijo predporodne zaščite in pa nadaljnje razvijanje porojstvene zaščite otroka, da zmanjšamo obolevnost in smrtnost naših najmlajših.

Obseg in vrsta bolezni, za katerimi bolehalo naši najmlajši, so iz razpoložljive dokumentacije le nakazane. Zato anketno obravnavamo že tretje leto po statistični vzorčni metodi odbrano skupino 5600 otrok predšolskega obdobja.

Nižja otroška smrtnost je namreč dokaz uspešnega zdravljenja ter pravočasne zdravniške pomoči, o zdravstvenem stanju otrok pa nam prav malo pove. Tako je smrtnost dojenčkov in malih otrok v Ljubljani zelo nizka (3,28 % v letu 1955), z obolevanjem otrok nasploh pa ni tako. Od 371 otrok, ki jih je anketa zajela, je bilo v času popisovanja bolnih 34 %. Seveda pa vsa obolenja niso bila resnejšega značaja. Vendar nas dejstvo, da jih je bilo od obolelih otrok 15 hospitaliziranih in da je bilo treba v 102 nadaljnjih primerih klicati zdravnika, opozarja, da je odstotek resnejših obolenj (če lahko merimo do neke mere stopnjo obolenj z vrsto iskane zdravniške pomoči) tako visok, da moramo preprečevanju obolenj posvečati več pozornosti. Največ je bilo registriranih vnetij zgornjih dihalnih poti, mnogo oslovskega kašlja in škrlatinke. Z večjim številom so še zastopani: influenza, bronhitis, pljučnica, gastritis, gastroenteritis in vnetje srednjega ušesa. — Torej obolenja dihal, infekcijske bolezni, obolenja prebavil, kar izkazujejo kot najpogostnejši pojav tudi poročila naših terenskih ustanov v merilu Slovenije. — Posebej pa nakazuje anketa vprašanje rahitisa. Razširjenosti tega pojava ne zasledimo po poročilih ustanov — razen posameznih signalov. Anketa ljubljanskih otrok pa nakazuje, da je v Ljubljani vsak četrti otrok v starosti do 7. leta rahitičen. Seveda so tu upoštevani vsi, tudi z manjšimi znaki rahitisa. Anketa je tudi ponovno potrdila že znano dejstvo, da je rahitičen otrok dovzetnejši za številne bolezni.

Vendar ne le pomanjkljivosti — skoraj še prepričljiveje nam doseženi uspehi nakazujejo pot našega nadaljnjega dela, ki se mora razrasti v aktivno, permanentno prizadevanje z iskanjem vseh možnih oblik, da pridemo iz uspešne akcije proti umrljivosti naših otrok v načrtno prizadevanje za utrditev in ohranitev njihovega zdravja. To pa mora postati delovni program otroških dispanzerjev in posvetovalnic.

Naloge otroškega dispanzerja so v glavnem naslednje: Skrb za zdravega otroka je delo posvetovalnice. Nje naloga je, da v rednih časovnih obdobjih nadzira telesni in duševni razvoj — ter zdravstveno stanje otroka.

1. Z rednimi in ponovnimi pregledi telesnega razvoja zgodaj odkrijemo bolezenske znake in nastajanje telesnih okvar: okvare sluha, ortopedske okvare, rahitis itd., s čimer preprečujemo razvoj hujših defektov.

2. Skrb za normalen duševni razvoj otroka se izvaja z opazovanjem njegovih duševnih funkcij, kar omogoča pravočasno presojo in s tem v zvezi

nadaljnje ukrepe (pravilna navodila staršem za odpravljanje nepravilnosti lažjega značaja, triaža obolelih in napotitev v ustrezne ustanove).

3. Skrb za pravilno prehrano — v obliki navodil in praktičnega pouka.

4. Skrb za zaščito pred nalezljivimi boleznimi, to so cepljenja in po-uevanje staršev o varnostnih ukrepih.

5. Individualna zdravstvena vzgoja staršev — ob vsakem pregledu in vsakem obisku na domu.

6. Patronažna služba je najmočnejši prijem zaščitne dejavnosti, ker skrbi za ureditev zdravstveno-socialnih vprašanj družine in praktično uvaja mater in člane družine v nego otroka in higieno doma oziroma okolja.

Skrb za bolnega otroka se odvija v otroški ambulanti, ki je sestavni del otroškega dispanzerja.

1. Pregledujejo in zdravijo se oboleli otroci v ustanovi sami in na domu.

2. S patronažnimi obiski pri bolnem otroku pa je zagotovljeno, da se izvršujejo zdravnikove odredbe, da se matere oziroma družine uvajajo v nego malega bolnika in da se zdravniku poroča o njegovem zdravstvenem stanju.

Posebne naloge dispanzerja pa so:

1. Proučevanje in analiziranje zdravstveno-socialne problematike varovancev dispanzerskega območja, na osnovi česar organizira potrebne akcije in druge konkretne ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja.

2. Zdravstveno nadzorstvo nad ustanovami svojega območja, n. pr. jasli, rejniške družine itd.

3. Organizirano, stalno zdravstvenovzgojno delo ob vsakem kontaktu s starši, s prirejanjem predavanj, tečajev in nazornega pouka v posameznih prijemih za pravilno nego, prehrano in vzgojo malega otroka.

Posvetovalnica za otroke ima naloge, ki so zajete že z delovnim področjem otroškega dispanzerja v poglavju — »Skrb za zdravega otroka«.

Zaščita šolskega otroka

O zaščiti šolskega otroka poroča oddelek za šolsko higieno naslednje:

Šolsko obdobje ima svojo socialno zdravstveno problematiko, ki se temeljito razlikuje od zadevne problematike v zgodnjem otroškem obdobju. Vključitev otroka v redno delo, obremenitev in odgovornost, ki je ozko povezana z njim, kvarni vplivi nove, lahko bi rekli, poklicne sredine, zbiranje otrok v velikem kolektivu, vse to otroku ogroža zdravje. Če upoštevamo, da zajame šola otroka tudi v najbolj občutljivi življenjski dobi, v dobi spolnega dozorevanja, ko nastopajo ogromne spremembe v duševnem in telesnem pogledu, ko pada odpornost organizma in se tako stvarjajo ugodni pogoji za razvoj raznih bolezni, postane jasno, zakaj je zaščita šolske mladine vzlic majhni umrljivosti v teh letih tako pomembna in zakaj se je v vseh državah najprej razvila. (Okoliščina, da je najlaže stoođotno zajeti otroka v šoli, je pri tem seveda igrala tudi svojo vlogo.)

Ako pogledamo šolsko zdravstveno službo danes pri nas, ugotovimo, da je ena najšibkejših vej, morala bi pa biti ena najmočnejših. Tudi porazdelitev je, neenakomerna. Zaščite je deležen v prvi vrsti otrok večjih mest in industrijskih naselij, zastavljen pa je otrok podeželskih predelov, ki bi bili te

zaščite mogoče še bolj potrebni. Pošolske kmečke mladine od 15. do 18. leta starosti sploh ne zajamemo, tista, ki je v tem obdobju že v delovnem razmerju, pa uživa edinole prednosti socialnega zavarovanja. Zaščita vajenske mladine teče po dveh tirih, po liniji šolske zdravstvene službe v preventivnem, po liniji zdravstvene službe socialnega zavarovanja v kurativnem pogledu. Ta cepitev ni v korist vajenca in tudi ruši koncept napredne zdravstvene službe pri nas. Rezultati dosedanjega dela zdravstvene službe so naslednji:

Število sistematsko pregledane mladine bi bilo tudi v evropskem merilu zadovoljivo, saj zavzema 40% vse šolske mladine, če bi bila kvaliteta teh pregledov na ustrezni višini. Podrobna analiza in kontrola pregledov podeželja pa je pokazala, da so pregledi površni, netočni, v glavnem zaradi preobremenjenosti splošnih zdravnikov na terenu, delno pa zaradi nepravilnega odnosa teh zdravnikov do preventivne službe.

Odstotek zajetih otrok glede na razne vrste šol je dokaj enakomeren, saj je v letu 1955 zajel 42,8% osnovnošolskih otrok, 45,4% srednješolskih otrok, 11,34% strokovnošolskih, 41,9% industrijskih šol in 44% učencev v gospodarstvu.

Ne zadovolji nas pa število rentgenoloških pregledov s svojimi 8,25% in drugih specialističnih, zlasti otorinolaringoloških, okulističnih, ortopedskih pregledov itd., katerih število je res minimalno. Prav tako je izredno neznamenat tudi nadzor nad zdravjem učiteljskega kadra, ki lahko ogroža mladino, saj zajema komaj 3%.

Zelo slabo ali skoraj nič ni v naši šolski zdravstveni službi razvita patro-nazna služba, povezava zdravnika, šole in doma. Vzrok temu pojavu je nizko število medicinskih sester, delno pa nerazgledanost našega pedagoškega kadra v zdravstvenih vprašanjih in zaradi tega omalovaževanje vpliva, ki ga ima okolje na umski in telesni razvoj mladine.

Patologija, ki jo nakazujejo sistematski pregledi in ki se spreminja s socialno strukturo, klimatičnimi in ostalimi pogoji posameznih okrajev, še ni postala smernica za zdravstveno politiko v zaščiti mladine niti niso okrajni ljudski odbori ustvarili dovolj možnosti za zdravljenje ugotovljenih odklonov v zdravju otroka.

Organi zdravstvene zaščite šolske mladine so:

Oddelek za šolsko higieno pri Centralnem higienskem zavodu, šolske poliklinike in šolske ambulante.

1. Oddelek za šolsko higieno z demonstracijskim centrom (na ljudski šoli) pri Centralnem higienskem zavodu — ima naslednja področja dejavnosti:

a) Strokovno raziskovalno delo, kot n. pr. študij šolske opreme, študij šolskega otroka, študij vplivov šolskega okolja in življenjskega standarda na ta razvoj itd.

b) Usposabljanje višjega in srednjega medicinskega kadra za šolsko zdravstveno službo ter zdravstveno delo med pedagoškim kadrom.

c) Sanitarно-inšpekcijski nadzor nad vsemi otroškimi in mladinskimi ustanovami.

č) Pomoč okrajnim ljudskim odborom pri širjenju šolsko-zdravstvene mreže.

d) Povezava s Svetom za prosveto in kulturo in z množičnimi organizacijami, ki imajo v svojem programu tudi zaščito mladine.

2. Šolske poliklinike z dvema ali več specialističnimi oddelki, kot šolska poliklinika v Ljubljani, Mariboru in morda še v Celju, ki so ali popolnoma samostojne ustanove ali pa oddelki zdravstvenih domov.

Njihova dejavnost obsega:

a) Preventivno zaščito (sistematski in kontrolni pregledi, kolektivna gimnastika, sistematska asanacija zobovja, cepljenje proti nalezljivim boleznim in zaščitni ukrepi v primeru pojava nalezljivih bolezni; sodelovanje pri ustanavljanju šolskih kuhinj, prirejanju letovanj, graditvi šolskih stavb, internatov itd. ter nadzorovanje higiensko-sanitarnega režima v omenjenih ustanovah; zdravstvenoprosvetno delo med starši in učitelji itd.).

b) Kurativno dejavnost, to je zdravljenje obolele ali bolehnne dece v splošni ambulanti in specialističnih oddelkih.

3. Šolske ambulante v sklopu zdravstvenih domov, ki jih imamo po celi LRS le 15 in še njihovo delo je insuficientno, saj obratujejo le enkrat do dvakrat tedensko po dve uri in jih vodi zdravnik brez specialistične izobrazbe za to področje preventivne službe.

4. Zadnji in najšibkejši člen v tej verigi so za zdaj splošni zdravniki, katerih dolžnost je, da sistematsko in po potrebi kontrolno pregledujejo šolsko mladino na svojem področju in ji nudijo potrebno zdravstveno pomoč.

Kaj moramo imeti pred očmi za vzpostavitev sodobnega zdravstvenega varstva matere, otroka in mladine?

Predvsem glavni smoter, t. j. popolno zdravje žena — bodočih mater in mlade generacije. Doseči je treba, da se vse delo usmeri v nenehno prizadevanje, da vsaki materi omogočimo strokovni nadzor v nosečnosti, strokovno porodno in poporodno pomoč in da slednje novorojeno dete, dojenčka in otroka — torej tudi otroka najboljših bioloških kvalitiet čimprej zajamemo z ukrepi za okrepitev in ohranitev njegovega zdravja.

Zahteva organizirane zdravstvene službe s tako koncepcijo pa zahteva:

1. Zadostno število usposobljenega in tem smotrom predanega kadra.

2. Mrežo ustanov preventivnega in profilaktično-terapevtičnega tipa z vzajemnim delovanjem.

3. Za pravilen razvoj in nadaljnje poglobljanje zdravstvene zaščite je potreben vodilen strokovni raziskovalno metodološki organ v republiškem merilu.

Kadri

Izvajanje zaščitnih ukrepov temelji v največji meri na kadrih splošnega tipa in kadrih, usposobljenih za nekatere izrazito specifične funkcije te dejavnosti.

Še tako visoko znanje patologije, diagnostike, terapije in obvladanje medicinsko-tehničnih metod ne zadošča za doseg našega smotra. Aktivna preventivna dejavnost zahteva tudi, da:

1. nenehno iščemo varovance,
2. jih navežemo na ustanovo,
3. nenehno spreminjamo slabe zakoreninjene navade, ki jim sleherni dan ogrožajo zdravje.

Za izpolnitev teh nalog pa so potrebne posebne kvalitete kadrov v tej službi, kar je bilo v strokovni vzgoji doslej premalo poudarjeno.

V naših ustanovah za zaščito matere in otroka dela po podatkih iz leta 1954 naslednje število kadrov:

V 58 dispanzerjih oziroma posvetovalnicah za žene: 17 specialistov in 43 splošnih zdravnikov, 49 medicinskih sester in 58 babic.

V 300 otroških dispanzerjih oziroma posvetovalnicah za otroke: 18 specialistov in 23 splošnih zdravnikov ter 38 medicinskih sester.

V 17 ustanovah šolske higijene: 11 specialistov, 26 splošnih zdravnikov in 35 medicinskih sester.

Nakazane številke povedo, da je kadrovska zasedba izredno nizka z neznatno izjemo šolske higijene in da ne ustreza zahtevam našega dela. Poleg tega je večina tega kadra angažirana v teh ustanovah samo honorarno in ne čutijo polne odgovornosti za to službo.

Pri vsem tem pa opazamo na splošno v naši zdravstveni službi nesorazmerno porazdelitev kadra in dela, kar občutno hromi pravilen razvoj in funkcijo ustanov za zaščito matere in otroka. Vzemimo primer: zdravstveni dom zaposluje 3 zdravnike splošne prakse, ki se vsi poleg ostalega po malem ukvarjajo z zaščito matere in otroka, 4 medicinske sestre, od katerih je samo ena zadolžena za zaščito matere in otroka, ostale tri pa so zaposlene v ambulantah oziroma laboratoriju, in končno 2 babici, ki vršita terensko delo. Če bi hoteli uresničiti principe in naloge zaščite, bi bilo potrebno, da se en zdravnik docela posveti delu za zaščito žene, matere, otroka — mladine. Razen tega bi bila potrebna še ena medicinska sestra, babici pa bi morali biti uslužbenki tega majhnega centra v okviru zdravstvenega doma. S tem bi organizacijsko vzpostavili pogoje za kompleksno in enotno obravnavanje problema zaščite in razvili notranje in zunanje kolektivno delo.

Ta primer nakazuje, da bi se marsikje moglo brez večjih kadrovskih težav zagotoviti boljše delovanje zaščite.

Skrbeti pa moramo, da:

1. dobe vsi naši polivalentni dispanzerji in šolske poliklinike ustrezno število specialistov;
2. da v podiplomskih tečajih usposobimo dovolj zdravnikov za vodstvo manjših dispanzerjev;
3. da iz ambulant sprostimo čim več sester za delo pri zaščiti in da izobražujemo sestre na podiplomskih tečajih za naloge zaščite in polivalentne patronažne službe;
4. da dosledno vežemo babice na ustanove za zaščito matere in otroka in jih izpopolnjujemo v nadaljevalnih tečajih;
5. da z občasnimi seminarji pri vseh kadrih poglobljamo znanje in jih seznanjamo z novimi metodami dela.

Mreža — lokacija ustanov

Zadostno število in izpopolnjena mreža ustanov za zdravstveno zaščito matere in otroka, to dvoje je poleg kadrov osnovne važnosti za izvedbo organizacije zaščitnega dela. Ponovno pa bodi poudarjeno, da je za dosego učinkovitega dela nujno potrebno, da se posamezne ustanove v svoji dejavnosti med seboj povežejo. Zato je potrebno, da se osnujejo tako imenovani centri za zdravstveno zaščito matere in otroka, kot so zamišljeni s pogodbo med FLRJ, UNICEF (Mednarodnim skladom Združenih narodov za nujno pomoč otrokom) in Svetovno zdravstveno organizacijo. Po koncepciji te pogodbe so omenjeni centri v okviru zdravstvenih domov glede strukture enaki združeni ustanovi našega dispanzerja za šolsko mladino.

Drugi — manjši »centri pri zdravstvenih postajah« so po zamisli te pogodbe enaki našim posvetovalnicam za nosečnice in posvetovalnicam za otroke.

Ta pogodba vsebuje zahteve, da večji »centri« — dispanzerji — usmerjajo okoliške posvetovalnice. To potrebo nam že dalj časa narekujejo lastne izkušnje, vendar pa drži, da je le malo izvendispanzerskih posvetovalnic, ki bi fungirale kot področna enota — oziroma kot podružnica bližnjega dispanzerja. Vzrok temu je seveda tudi v tem, da je dispanzerjev malo.

Da se zagotovi enotno delovanje in hitrejša rast »terenskih« ustanov, je nujno posvetiti pozornost in postopno v skladu z možnostmi vzpostaviti centre okrajnega merila in prav takšne centre, t. j. združene polivalentne dispanzerje osnovati v vseh večjih gospodarskih središčih. Tako n. pr. naj okrajni center Kranj skrbi za razvoj dejavnosti in obravnavo problemov na področju mestnih občin in okraja. Nujno pa je vzpostaviti centre, prav tako popolne kot v Kranju, za območje Jesenic in Tržiča pa tudi Škofje Loke. Okrajni center Kranj bi tako skrbel za enotnost in nadaljnji razvoj dela na celotnem terenu uspešneje, če bi v obliki strokovnega kolegija združeval te večje centre, ki bi strokovno vodili določene področne enote posvetovalnic ali manjše centre pri »zdravstvenih postajah«. Prav takšen primer so Trbovlje — z ostalim zasavskim bazenom, s Krškimi in Brežicami itd. Ti kraji so danes ostali na stopnji povprečnih pa tudi podpovprečnih podeželskih posvetovalnic.

Po tej pogodbi je v Sloveniji prejelo pomoč 9 dispanzerjev za žene in otroke, 39 posvetovalnic za nosečnice in otroke. Dalje je na to pogodbo vezan tudi Demonstracijski center v Ljubljani, ki združuje Centralni dispanzer za žene in Centralni otroški dispanzer.

Za pomoč, ki jo bo v okviru svojega letošnjega programa nudil UNICEF, konkurira tudi precejšnje število ljudskih odborov. S tem bo ustvarjena dokaj široka mreža ustanov, ki pa bo potrebovala znatno strokovno in organizacijsko pomoč.

Po bežno prikazanem stanju zdravstvene zaščite matere in otroka je razvidno, da je ta problematika izredno kompleksna in dinamična. Nje reševanje pa zahteva neprekinjen študij, proučevanje signalov in novo nastalih vprašanj tako z medicinskega kot z družbenega stališča.

Tem nalogam pa obstoječi oddelek oziroma odsek pri Centralnem higien-skem zavodu ne more biti kos.

Ustanovitev zavoda za zdravstveno varstvo matere in otroka v letošnjem »Tednu otroka« je zato najlepše darilo, ki ga lahko naša družbena skupnost pokloni otrokom.