

njaškem pojmovanju možnega razmerja do žene. Tudi medsebojno zmerjanje in grobe surovosti imajo svoje korenine v nezadostni vzgojenosti zakoncev. V zvezi s tem razlogom je treba opozoriti na neznosnih razmer v zadržanosti in hudih žalitv edini izhod iz takih hud ubili.

Aprila 1957. leta je c tudi posebne določbe o p le eno, ki se bistveno i premalo znana. Gre nar sporih javnost izključena razveznih pravn in je to ki se ukvarjajo s proble ki ga sodišče odredi, še p niti odvetniki ali drugi :

lizem, ki često vodi do prav posebno v grdem neri, da so otroci našli ga in pijanega roditelja

em postopku, ki vsebuje teh določb omenjam tu ov in je v javnosti še postopkih o zakonskih ni več mogoče poslušati m in javnim delavcem, poravnalnemu poskusu, ie morejo prisostvovati



Opeklina, oparina, ožganina

Socialno etiološka študija*

Socialna delavka Danica Vogrinec

Pojem sodobne definicije zdravja, da je zdrav le tisti človek, ki je fizično, umsko in socialno zdrav, in ugotovitev, da je zdravje pravica in dolžnost slehernega človeka, pomenita obenem, da se je razširil obseg zdravstvene službe, da se je menjala in razširila vloga zdravnika, hkrati pa, da se je pri obravnavanju bolnika teamu (izg. timu), recimo skupini sodelavcev pridružil tudi socialni delavec. To naj bolniku poleg medicinske zagotovi tudi socialno terapijo.

Vloga in naloge socialnega delavca v zdravstvenih ustanovah so sicer že poznane, vendar pri nas še malo praktično preizkušene, čeprav ne moremo trditi, da bi zdravstvene ustanove ne uvidele potrebe po tem sodelovanju. Socialne anamneze, kot jih delajo ob novo sprejetem bolniku zdravstvene ustanove že zdaj, lahko uporablja zdravnik in medicinski kader pri zdravljenju bolnika, vendar bi jih upala imenovati kvečjemu še zametke socialnega dela z bolnikom, zametke tistega dela, ki ga bo razvil in izpopolnil socialni delavec kot zdravnikov oziroma zdravstveni sodelavec.

S tem ko se priznava potreba po socialnem delavcu v zdravstvenih ustanovah, ko ga vidimo kot zdravnikovega sodelavca, ko vemo, da je njegova naloga socialna terapija bolnika in njegovega ožjega okolja in analitična služba problematike, ki se pojavlja na tisti zdravstveni ustanovi v zvezi z bolniki in obolenjem iz socialnega aspekta, se tudi že pojavi vprašanje o vlogi socialne službe v komuni. Njen vpliv bi moral biti viden pri odkrivanju socialnih činiteljev, ki vplivajo na nastanek bolezni, na njeno zdravljenje in na pomoč pri ponovni družbeni prilagoditvi ozdravljenega bolnika, rekonvalescenta ali invalida.

* Misli v sestavku so povzete iz zagovora mojega diplomskega dela. Mentor pri tem mi je bil prof. dr. Marij Avčič, predstojnik Otroške klinike v Ljubljani. — Op. pis.

Izvore bolezni moramo iskati pretežno v ekonomskih, kulturnih, civilizacijskih in socialnih okoljih prizadetega. Zato menim, da bi bila naloga socialne službe v tem, da začne delati socialno etiološke študije za posamezne vrste bolezni, posebno one, ki jih uvrščamo med socialne bolezni.

Pri tem seveda pa ne smemo izvzeti problema nesreč izven dela, ki je dovolj pomemben, a vkljub temu še malo obravnavan. Vsekakor se pogosto razpravlja o nesrečah pri delu samem.

Moj poizkus, da ugotovim nekaj vzrokov otroških nesreč iz vrste opekline, oparine, ožganine, je le drobec kompleksnega vprašanja, ki bi se ga socialna služba morala lotiti načrtno in organizirano.

V obravnavo sem vzela starostno skupino otrok od 0 do 14 let, ker se mi zdi potrebno, da socialna služba usmeri svojo pažnjo predvsem na tisto skupino prebivalstva, ki je najbolj odvisna od vplivov svojega ožjega in širšega okolja.

Menim, da nas mora problem nesreč, predvsem otroških, pritegniti še toliko bolj, ker v nesrečah in tudi drugih asocialnih pojavih kaj radi vidimo golo naključje, ne pa posledico mnogokrat že dalj časa trajajočih činiteljev, ki pravzaprav pogojujejo te nesreče oziroma asocialne pojave.

Ko obravnavamo problem nesreče, nas najprej zanima, kakšen obseg zavzemajo nesreče, zanima nas njih naraščanje in katere starostne skupine so najbolj prizadete.

Že nekaj podatkov iz naravne patologije prebivalstva Slovenije, ki sem jih zbrala iz razpoložljive evidence Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani, nam pokaže pomembnost otroških nesreč. V primerjavo sem vzela število bolnikov, zdravljenih v bolnicah Slovenije zaradi splošnih obolenj, in število bolnikov, zdravljenih v teh bolnicah zaradi nesreč izven dela. Podatki so zbrani za čas od 1953 do vključno 1957. Naredila sem analizo tudi po starostnih skupinah.

Zbrani podatki nam kažejo, da je od 1953. leta dalje število bolnih nasploh poraslo za 40,7%, in sicer

od 0 do 14 let za	46,5 %
od 15 let dalje	39 %

Torej je porast bolnikov od 0—14 let večji od relativnega porasta vseh bolnikov.

Število bolnikov, ponesrečenih izven dela, v primeri s številom bolnikov nasploh znaša 9%.

Od celotnega števila nesreč izven dela je zastopana starostna skupina
od 0 do 14 let v ca. 30 %
od 15 let dalje v ca. 70%.

Posebno važna za predmetno obravnavo je ugotovitev, da zavzema pri vrsti nesreč, kot so opekline, oparine, ožganine, starostna skupina

od 0 do 14 let ca. 70%
od 15 let dalje ca. 30%.

Iz zgornjih podatkov torej vidimo ravno obratno sorazmerje, kot pa ga ugotavljamo pri nesrečah izven dela sploh.

Iz tega torej sledi, da je opeklina, oparina, ožganina tipična otroška nesreča.

Opekline, oparine, ožganine zavzemajo nasproti vsem nesrečam izven dela ca. 7%.

Če primerjamo še, da so nesreče v splošnem porasle od leta 1953 za ca. 33%, število otrok, bolnih v tem času zaradi obravnavanih nesreč, pa za ca. 65%, tedaj vidimo,

da opekline niso samo tipična otroška nesreča, temveč tudi tista, ki najbolj narašča.

Važno je tudi, da je pri nesrečah sploh najbolj zastopana starostna skupina otrok od 10 do 14 let, pri opeklinah pa starostna skupina od 1 do 2 let.

Pomemben je tudi podatek, da se ca. 65% vseh otroških nesreč pripeti v gospodinjstvu.

Analiza razpoložljivih podatkov Otroške klinike v Ljubljani za ponesrečene otroke, ki so se zdravili na tem zavodu zaradi opeklín v letu 1957, je dala z že zbranimi okvirnimi podatki iz naravne patologije prebivalstva Slovenije pobudo, da je treba usmeriti iskanje vzrokov teh otroških nesreč v ponesrečenčevem ožjem okolju, to je v družini.

Anketa, izvedena pri 50 družinah, iz katerih so ponesrečeni otroci z opeklínami, oparinami, ožganinami — pri čemer so bile družine izbrane iz raznih predelov Slovenije in z različnim socialnim poreklom, razen tega pa se je upoštevala starost prizadetih otrok, stopnja nesreče in zaposlitev staršev — ta anketa je dala zanimive podatke, iz katerih sem naredila nekaj zaključkov.

Negativne činitelje, za katere domnevam, da so povzročitelji nesreče, sem opredelila v:

1. neposredne, to je tiste, ki so takoj vidni kot krivci nesreč, kot so nepazljivost staršev, nevarne ogrevalne naprave, natrpána in slaba oprema in podobno, ter

2. na posredne, to je tiste, ki so teže dostopni opazovanju in šele posredno delujejo kot povzročitelji nesreče, kot n. pr. zaposlenost staršev, njih izobrazba, civiliziranost, odnosi v družini, vzgoja v družini in podobno.

Anketa je pokazala, kako družina izpolnjuje svojo ekonomsko, vzgojno, zdravstveno in socialno vlogo. Pokazala nam je, da se družbene spremembe kažejo v naših družinah. Iz stare patriarhalne se gradi nova socialistična družina. Ta preobrazba družine je odvisna od razvojne poti družbe, njene moči in vpliva. Tako vidimo na eni strani pozitivne vplive, prepletajo jih pa tudi negativni, ki nas pri obravnavanju problema nesreč še posebno zanimajo.

Če jih namreč spoznamo, vidimo, da je nekaj takih negativnih činiteljev, ki bodo več ali manj rešljivi vzporedno z gospodarskim razvojem družbe in dvigom življenjskega standarda, nekaj pa je tudi takih, ki bi jih ob načrtnejšem obravnavanju in upoštevanju že obstoječih zdravstvenih, prosvetnih in socialnih služb lahko ublaževali ali celo odpravljali.

Predvsem pa je važno, da jih najprej odkrijemo in dodobra spoznamo, ker le tako bomo lahko usmerjali svoje delo.

Moja prvotna domneva, da so tudi nesreče izven dela znaten problem za družbo in socialno službo, je bila realna. Ponesrečenega odraslega ali otroka moramo obravnavati ne samo zdravstveno, ampak tudi socialno. Socialna služba mora ob pomoči ostalih institucij postati vodilna sila pri preventivnem delu.

Navedla bi še nekaj neposrednih in posrednih negativnih činiteljev, ki se pri obravnavanih družinah pojavljajo izraziteje.

Od posrednih činiteljev — v glavnem objektivno pogojen in pri prizadetih družinah pereč v 64% — je najvažnejši stanovanjski problem. To je v danih

razmerah tudi eden izmed najteže rešljivih problemov. Pomanjkljiva stanovanja po obsegu, po higienski in tehnični ravni, dajejo podlago za številne posredne negativne činitelje, kot so natrpanost stanovanj, slabe napeljave, nestrpni odnosi med družinskimi člani in podobno.

Tudi slaba, nenačrtno razporejena in natrpana oprema, v našem primeru v 58%, ter zasilne, nestalno nameščene ogrevalne naprave, posebno električne, so drug izrazitejši negativni činitelj za te nesreče.

Prenizki dohodki, ki se izražajo pri obravnavanih družinah v 45%, vplivajo na življenjski standard družine in jo zavirajo v težnji za izboljšanjem gmotnih razmer. Iz tega sledi cela vrsta posrednih vzrokov, kot so zasilne, pomanjkljive opreme, pomanjkljiva prehrana in obleka, pomanjkljivo kulturno udejstvovanje, nestrpni odnosi ipd.

Obojestranska zaposlitev, v našem primeru 40%, oddaljenost od delovnega mesta, pri gospodinjah-materah pa pretežna odgovornost in skrb za družino z zastarelim in zamudnim načinom dela, vse to povzroča prekomerno utrujenost, slabo zdravstveno stanje, zaradi česar je zavirana sproščenost in se zmanjša vsakdanja skrb za otroke. Stik z otroki postane le breme za starše, ne pa zavestna skrb in veselje.

Tudi slabo zdravstveno stanje staršev (očetov 54%, mater 48%) zmanjšuje aktivnost družinskih članov, slabša gmotno stanje družine in ustvarja neprijetna vzdušja. Tudi s tem se zmanjšuje pozornost do otrok ali pa se nepovoljno stanje izraža v neuravnovešenih odnosih.

Primitivnost staršev, pomanjkljiva izobrazba (očetje v 66%, matere v 70%, pomanjkanje smisla za kakršnokoli kulturno udejstvovanje, zaostajanje staršev v razvoju (pri očetih 54%, materah 82%), vse to povzroča nasprotja med nalogami staršev kot negovalcev, hraniteljev, vzgojiteljev in družbenih delavcev ter njihovo dejansko zmogljivostjo in težnjami. To se čuti v življenju družine, njenih potrebah, v njeni aktivnosti, v negi in vzgoji otrok. Pri tem se pogojujejo tudi činitelji za nesrečo.

Nehumani, nestrpni odnosi (nehumani v 24%, nestrpni v 36%), pretežna odgovornost za družino na materi in posledice, ki iz tega izvirajo, so tudi povzročitelji nesreč.

Pri otroku samem bi le težko govorila o neki subjektivni krivdi. Na otroku se kaže življenje družine, to so njeni ekonomski, vzgojni, zdravstveni in socialni vplivi. Otrokov obnašanje je rezultat vsega tega. Če bi starejšemu otroku prisodila nekoliko krivde, bi bil to le povod, nikakor pa ne vzrok za nesrečo.

Vsi naštetni činitelji se med seboj pogojujejo, zato jih je treba obravnavati kompleksno in jih ne moremo ločiti, ker nam je ravno analiza anketnih podatkov pokazala, da le prav redkokdaj nastopa en sam.

Iz vsega tega sem naredila zaključek, da je nesreča v otrokovem razvoju motnja, ki v večji ali manjši meri nastopa kot posledica negativnih činiteljev, ki pa tudi sicer ovirajo otrokov razvoj.

Iz tega sledi končno, da nesreča ni zgolj naključje (se pravi dogodek, ki bi ne bil vezan na določene pogoje), temveč da je nesreča simptom, ki kaže, da ima tu svoj delež delovanje zaporednih negativnih činiteljev na otrokov razvoj. Tako imajo nesreče svojo socialno etiologijo. Zato so pa, kot kompleksni pojav, po svoji socialno etiološki plati področje socialnega delavca v različnih smereh njegove službe.