otroških zdravnikov, ki izkazujejo pozornost negi in prehrani otroka in si prizadevajo, da bi njihovi nauki o higienskem režimu dosegli čim širše plasti prebivalstva, predvsem pa mlade matere. Posebno pomembne so pri tem osebnosti, kakor Epstein, Escherich, Grancher, Moll, Pirquet, Schlossmann idr. Za razvoj socialno zdravstvenega varstva matere in otroka se začne zanimati vsa javnost in ne naposled tudi moderna država, kajti obvladovanje populacijske politike je pomemben dejavnik v razvoju njene ekonomske trdnosti in obrambne moči.

Tako je v našem, dvajsetem stoletju skrb za zdrav razvoj mlade generacije postala eno osrednjih družbenih prizadevanj. Kolikor gre za sodobno varstvo v mirnem času, res lahko govorimo o »stoletju otroka«, kakor ga je v delu z istim naslovom, prevedenem v vse evropske jezike, imenovala švedska književnica in zagovornica ženske emancipacije Ellen Key.

Ustavili smo se pri tem vprašanju precej dlje, kot je v navadi, kadar opisujemo nastanek nečesa, kar je samoumevna potreba današnjega človeka. Morda pa nam to le ne bo zgolj informacija, če se bomo kdaj pa kdaj spomnili, kako težavno pot iz teme je prehodilo človeštvo, koliko svetlih imen je prižigalo luč, da bi ljudje svojemu človeškemu rodu naklonili belo zibelko in zaposlili drobne prstke s pisano žogo. Morda se nam bo utrnilo spoznanje, da bi moralo »stoletje otroka« zajeti vso zemeljsko oblo. To je pa naloga, ki vedno glasneje trka na vest človeštva in kjer bo mlada generacija potrdila človeško solidarnost, brez katere svetu ni obstanka.

Viri: E. Mayerhofer — B. Dragišić: Pediatrija I. del, Zagreb, 1948; Andrija Štampar: Socialna medicina I. del, Zagreb 1925; C. D. H. Cole: Zgodovina britanskega delavskega gibanja, Založba »Rad«, Beograd 1955.

Med. s. Majda Jerman
Dispanzer za pljučne bolezni in tbc
Ljubljana

Patronažna služba pri pljučnem bolniku

Kakor povsod po svetu, in to predvsem v razvitih državah z dobro protituberkulozno službo, smo pri diagnostični obdelavi zaradi odkrivanja pljučne tuberkuloze tudi pri nas naleteli na številna pljučna obolenja, ki niso bila tuberkulozne narave. Naši ftiziologi so se sprva začeli ukvarjati z drugimi pljučnimi obolenji.

Ob upadanju tuberkuloznih obolenj je v dispanzerjih ostajalo več časa, ki ga je bilo nujno usmeriti in porabiti za oskrbo in zdravljenje bolnikov z akutnimi, predvsem pa kroničnimi nespecifičnimi obolenji bronho-pulmonalnega sistema.

Tudi Inštitut za tuberkulozo na Golniku je že skoraj pred desetimi leti uvidel nove potrebe in pričel s prevzgojo dispanzerskega kadra, tu mislimo na zdravnike in medicinske sestre. Po njegovih smernicah smo pred dvema letoma začeli z registracijo nespecifičnih obolenj na pljučih po devetih skupinah, kot so: bronhialni karcinom, druge neoplazme pljuč, benigni endotorakalni tumorji, kronični bronhitis, emfizem, astma, sarkoidoza, pnevmokonioza, pljučne ciste, bronhiektazije, kronične pnevmonije, abscesi in druga pljučna obolenja.

Z registracijo obolenj po tem sistemu smo dobili zanimive rezultate. Tako npr. smo ugotovili, da je v posameznem dispanzerju več bolnikov z bronhitisom kakor pa z aktivno pljučno tuberkulozo.

Razvoju dispanzerske službe se je morala prilagoditi tudi patronažna služba. Vedno pogosteje se dogaja, da pošiljamo patronažno sestro na dom k bolniku, ki boleha za katero izmed zgoraj navedenih obolenj. Da bi pomagali polivalentni patronažni službi, smo skušali napraviti okvirni program za delo s pljučnim bolnikom na terenu.

Glavni nalogi patronažne službe pri tuberkuloznem bolniku sta:

1. Preprečiti širjenje tuberkuloze iz znanih žarišč z vsemi sredstvi, ki so nam na razpolago.

2. Odstraniti vse subjektivne in objektivne ovire za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo tuberkuloznih bolnikov.

Vse številne drobne lastnosti patronažne službe so zapopadene v teh osnovnih nalogah. Da bi patronažna služba koristno reševala naloge, se jih mora lotiti po vrstnem redu pomembnosti. V središču pozornosti vsake pravilno usmerjene patronažne službe pa je predvsem **na novo odkriti tuberkulozni bolnik z aktivno odprto tuberkulozo in njegova družina.**

Res je, da je tuberkuloza pri na novo odkritem bolniku postala povsem ozdravljiva bolezen. Zdravljenje pa je še vedno dolgotrajno in podvrženo mnogim vplivom okolja in bolnikovi naravi, torej okoliščinam, ki o usodi zdravljenja odločajo bolj kakor zdravila sama. Predvsem je najpogostnejši vzrok neuspešnega zdravljenja pomanjkanje sodelovanja oziroma samovolja bolnika samega. Že takoj po odkritju novega primera pogosto nastopijo težave. Bolnik noče v bolnišnico, odklanja zdravljenje in trdi, da mu nič ni. Večkrat so vzrok bolnikovemu odklanjanju bolniškega zdravljenja subjektivni faktorji: strah pred osamelostjo, negotovost v občevanju z drugimi ljudmi, strah pred neznanimi metodami zdravljenja in potreba po raznih razvadah (alkohol, kajenje, zabave), ki bi se jim v bolnišnici moral odreči. Včasih zadržujejo bolnika družinski člani (mož, žena, otrok); naše kmečke družine so namreč izredno prizadete, ko mora mož, včasih edini odrasli moški član v družini, zapustiti gospodarstvo ženi in malim otrokom in oditi v bolnišnico. Zato mora patronažna sestra takoj po odkritju vsakega novega primera napraviti svoj prvi obisk na bolnikovem domu. Ob tem prvem koraku v kontaktu z njegovo družino naj na prijazen in domač način poizve za vse bolnikove in družinske težave. Bolniku in svojcem naj pusti govoriti o vsem, kar mislijo o novem položaju v njihovi družini, in jim dati priliko, da razložijo svoj načrt za rešitev nastalih problemov. Šele potem naj v pogovor vplete svoje predloge in z medicinskih vidikov pravilnejše rešitve. Predvsem naj poudari, da je tuberkuloza nalezljiva bolezen, ki jo je mogoče pozdraviti le ob bolnikovem sodelovanju — najbolj gotovo pač v bolnišnici — in da preti nevarnost okužbe in obolenja drugim članom družine. Predlaga naj najnujnejše ukrepe in napoti v dispanzer vse člane družine. Po prvem obisku poda sestra vsestransko poročilo dispanzerskemu zdravniku ter z njim lahko izdela tudi načrt za sanacijo zdravstvenih in socialnih razmer v družini. Obenem pa prvi obisk pomeni tudi neke vrsto triažo, saj sestra lahko šele sedaj presodi, kateri družini bo posvetila večjo skrb, več obiskov, katero pa bo morda za naprej spustila iz programa.

Ko je bolnik hospitaliziran, naj bo patronažna sestra most med bolnikom v bolnišnici in družino doma. Ker ostane bolnik v bolnišnici dalj časa (ponavadi nekaj mesecev), lahko sestra tedaj vpliva na okolje, v katerem je bolnik živel.

Predvsem velja to za sezonske delavce. Ti ljudje imajo pogosto majhne zahteve in potrebe po vsem tistem, kar štejemo danes za higienske norme glede stanovanja, prehrane, osebne higiene in tudi mentalne higiene (odnosi med možem in ženo, med starši in otroki itd.). Nadalje pogosto opažamo mnenje vodilnih kadrov v pod-

jetjih, češ da je za te ljudi dovolj to, kar je pač na razpolago. Priznavajo celo, da ta stanovanja in prehrana sicer ne ustrezajo higienskemu minimumu, vendar se vse to tolerira, ker ti ljudje nimajo ostrih zahtev po ustreznem standardu.

Pogosto pa se položaj tuberkuloznega bolnika po hospitalizaciji spremeni. Tedaj namreč začuti potrebo po bolj urejenih razmerah in sam izraža strah pred ponovnim obolenjem, ker se vrača v tako neprimerno okolje. Patronažna sestra mora to upoštevati in ukrepati že med bolnikovo odsotnostjo. Taki ukrepi so npr. premestitev bolnika iz barake v samski dom, organiziranje bolniških sob v delavskem naselju, kjer bo lažje vzpostaviti zaželene higienske ukrepe kakor spremeniti navade celega naselja.

Pri kmečkih družinah pa naj posreduje, da bodo bolnika, ko pride iz bolnišnice, vsaj za nekaj časa oprostili težjih del in mu zagotovili dovolj počitka.

Prav tako je treba družini razložiti, da bo moral bolnik po prihodu domov redno hoditi na kontrolne preglede v dispanzer in jemati zdravila. Sicer namreč se mu utegne poslabšati proces in bo moral ponovno na hospitalizacijo.

Po vrnitvi iz bolnišnice naj sestra bolnika kmalu obišče, da vidi, kako je družina bolnika sprejela, obenem pa kontrolira jemanje zdravil in izvajanje higiensko profilaktičnih ukrepov. Hkrati ugotavlja tudi ekonomske težave, ki so nastale z bolnikovim prihodom in jih rešuje s pomočjo socialnih ustanov.

Nadaljnji presledki med patronažnimi obiski bolnika, ki ima sedaj že zaustavljen, zaprt proces, so odvisni seveda od poprejšnjih uspešnih oziroma neuspešnih intervencij patronažne sestre in rednega oziroma nerednega pacientovega zdravljenja. Večina se jih mora tudi še doma zdraviti s tuberkulostatiki, zato je redno jemanje zdravil zdaj glavna skrb patronažne medicinske sestre. Vse pogosteje se namreč dogaja, da bolniki sami nehajo jemati zdravila, posebno PAS tablete. Skrb patronažne sestre mora biti sedaj posvečena tudi bolnikovi ponovni zaposlitvi, ki mora biti postopna in ne sme ogrožati dosežene ozdravitve.

Bolniki z aktivno tuberkulozo doma (kroničarji) in nekooperativni bolniki

Dispanzer ima včasih v evidenci bolnike z aktivno tuberkulozo, ki niso hoteli v bolnišnico ali pa so jo zapustili proti nasvetom, in tudi nekaj bolnikov, pri katerih vsa prizadevanja zdravstvene službe niso dosegla svojega namena — ozdravitve. Tem bolnikom pravimo kroničarji.

Patronažna medicinska sestra mora po posvetovanju z dispanzerskim zdravnikom ugotoviti, kateri od teh bolnikov so glede na obseg tuberkuloznega procesa potencialna nevarnost za okolico. Tu so odločilni predvsem pregledi sputuma na Kochov bacil. Pri bolniku ali bolnici, ki živi osamljeno brez otrok, ima malo obiskov in je tudi sicer ne vidimo na javnih mestih, seveda ne bomo brezpogojno vztrajali pri hospitalizaciji. Tudi pri bolniku, ki je samovoljno prekinil bolniško zdravljenje, a ima svojo sobo ali pa jo deli samo z zakonskim drugom in se trmasto želi zdraviti doma, sicer pa se drži naših navodil in redno jemlje zdravila, ne bomo za vsako ceno poskušali s hospitalizacijo, posebno če se družina strinja s tem, ga lepo neguje in v kontaktu ni otrok. Patronažna med. sestra bo prevzela nadzor nad izvajanjem zdravljenja z rednim obiskovanjem bolnikov vsaj na dva meseca. Pri bolnikih z odprto tuberkulozo, ki se ne drže navodil in zdravil ne jemljejo redno, obenem pa obiskujejo javne lokale ali celo pijančujejo, moramo seveda brezpogojno vztrajati pri hospitalizaciji. Če tudi tedaj ne zdržijo na zdravljenju v bolnišnici, prevzame primer v nadaljnjo obravnavo sanitarni inšpektorat.

(Se nadaljuje.)