

Uloga i zadaci ostalih službi u zdravstvenoj zaštiti majki, djece i omladine

Pansini, Karlo; Švel, Ivo

Source / Izvornik: **Arhiv za zaštitu majke i djeteta, 1961, 5, 1 - 4**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:248664>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)

ARHIV ZA ZAŠTITU MAJKE I DJETETA

GLASILO CENTRA ZA ZAŠTITU MAJKI I DJECE NRH

GOD. V

JANUAR — FEBRUAR 1961.

BROJ 1

Uloga i zadaci ostalih službi u zdravstvenoj zaštiti majki, djece i omladine*

Prof. dr. Karlo Pansini i dr. Ivo Švel

(Klinika za dječje bolesti Medicinskog fakulteta u Rijeci. Predstojnik: Prof. dr. Karlo Pansini)

Ako smo pravilno interpretirali intencije predlagača povjerene nam teme, naša bi bila dužnost da iznesemo naše poglede na zadatke ostalih zdravstvenih kadrova, isključujući pedijatre, u zaštiti majke i djeteta.

Kako to nije lak posao, a iz razumljivih razloga je i neugodan, mi ćemo se u ovom kratkom referatu ograničiti na iznašenje vidova pomoći koju mi podijatri očekujemo od tih stručnjaka u nastojanjima za smanjenje morbiditeta i mortaliteta djece.

Zaštita majke i djeteta predstavlja bez sumnje jedan složeni problem, u čijem rješavanju igraju eminentnu, ali ne isključivu ulogu skoro svi zdravstveni kadrovi od najnižih do superspecijaliziranih.

Složenost tog problema u FNRJ još je više naglašena radi neravnomjernog razvoja zdravstvene službe među pojedinim republikama, dapače i među pojedinim kotarevima iste republike.

Imajući u vidu ovo zadnje, teško je, a možda čak i nedopustivo, predlagati jedinstvene zaštite, a naročito na zaštiti majke i djeteta.

Mislimo, međutim, da je korisno iznositi program rada, metode djelovanja i postignute rezultate na određenom terenu uzimajući u obzir sve one pozitivne i negativne faktore, koji se u radu na zaštiti majke i djeteta susreću.

Zato će se uglavnom sva naša izlaganja odnositi na postavljene planove i programe rada, kao i na već postignute rezultate u gradu i kotaru Rijeci.

Radi bolje ilustracije prilika u kojima radimo, iznijet ćemo kretanje dojenačkog mortaliteta u gradu i kotaru u posljednjih 7 godina, kao najboljeg faktora za ocjenu vrijednosti provedenih mjera.

Iako gornji pokazatelji zadovoljavaju, mi i-pak smatramo, da smo tek na pola puta u našim nastojanjima, osobito u perifernim općinama kotara.

Počeli bi s opisom načina rada u zaštiti majke i djeteta na našem selu. Tamo djeluje najčešće is-

Kretanje mortaliteta dojenčadi od 1953. do 1959. g.

Godina	Grad	Kotar-grad uključujući
1953.	9,48 ⁰ / ₀	7,04 ⁰ / ₀
1954.	6,05 ⁰ / ₀	4,44 ⁰ / ₀
1955.	4,42 ⁰ / ₀	4,73 ⁰ / ₀
1956.	5,78 ⁰ / ₀	5,84 ⁰ / ₀
1957.	4,08 ⁰ / ₀	5,18 ⁰ / ₀
1958.	4,32 ⁰ / ₀	4,98 ⁰ / ₀
1959.	3,04 ⁰ / ₀	4,26 ⁰ / ₀

ključivo babica. Ona je povezana sa zdravstvenom stanicom u općini, kojoj je na čelu liječnik. Takvih sela u općini ima obično više. Neposredna zdravstvena zaštita oslanja se u prvom redu na babcu. Njeni zadaci bili bi slijedeći:

1. da posjeduje popis sve djece (možda čak i najprimitivniju kartoteku).

2. Da doznaje pravovremeno za svaki graviditet, tako da već u prvim mjesecima nošenja upućuje trudnice na pregled u općinski centar.

3. Da vodi dječju patronažnu službu (savjet njege i ishrane dojenčeta, pozivi na cijepljenja, antitrahitična profilaksa itd.).

4. Da upućuje bolesnu djecu liječniku i da naknadno vrši kontrolu primjene liječničkih savjeta i terapije.

5. Da pomaže liječniku u masovnim akcijama cijepljenja, epidemiološke ankete itd.) kao i kod individualnih pregleda majke i djeteta.

6. Da vrši zdravstveno prosvjeđivanje.

Da bi babica izvršila ove zadatke, potrebno je:

1. Da je educirana u tom pravcu (što još nezalost nije)

2. Da stekne — što je najbitnije — povjerenje svojih mještana i

3. Da je rukovođena i kontrolirana od općinskog liječnika, a potpuno mognuta u svom radu od medicinske sestre općinske zdravstvene stanice.

Naša iskustva sa terena pokazuju, da tamo gdje smo postigli bar i djelomično ovakav nivo zaštite, prilike, koje su ponegdje bile i veoma teške, krenule su rapidno na bolje. U onim selima, u kojima

*Referat je održan 16. XII 1960. u Komisiji za zaštitu majke i djeteta Saveznog Zavoda za zaštitu zdravlja.

je babica bila isključivo angažirana u vođenju poroda i gdje je stalna povezanost s liječnikom bila slaba, tamo su loši običaji i nadliječništvo dovađali do teških posljedica.

U selima, koja su sasvim blizu grada i njima povezana dobrim komunikacionim vezama, treba nastojati, da žene rađaju u porođajnim odjelima, a mjesto koje zauzima babica, trebalo bi zamijeniti dječjom negovateljicom. Ova zamjena ili još bolje nadopuna zaštite sa dječjom negovateljicom, značila bi značajni korak naprijed.

Duboko smo uvjereni, kad bi babica odnosno dječja negovateljica ispunila zadatke, koje smo prije spomenuli, da makar radeći i u najprimitivnijim okolnostima, da bi ta osnovna zaštita dovela do znatnog sniženja morbiditeta i mortaliteta djece a i porodilja.

Ovakav rad na selu ne treba se shvatiti kao daleka iluzija. Za postizavanje ovakove zaštite, potrebno je uz postojanje odgovarajućeg lica samo malo dobre volje i većeg angažiranja višeg zdravstvenog radnika u općini i kotaru.

Krivicu za neefikasni rad babice na selu nažalost ćemo najčešće naći u osobi općinskog liječnika, koji nije znao da pravilno iskoristi odnosno usmjeri rad babice na terenu.

Moramo ovdje odmah naglasiti, da je naša edukacija na fakultetima veoma oskudna u upućivanju mladih liječnika u organizaciju zdravstvene službe i metodiku rada na terenu.

Prelazimo sada na zadatke liječnika, općinske zdravstvene stanice u odnosu na zaštitu majke i djeteta.

Na našem terenu općinska zdravstvena stanica zaštićuje cca 5-6.000 ljudi. Od toga broja ima do 2.000 dece i godišnje oko 150 trudnica.

Zadaci liječnika bili bi sljedeći:

1. Planira i rukovodi zdravstvenom zaštitom majke i djeteta, koristeći u svom radu srednji medicinski kadar i babice, odnosno dječje negovateljice na selu.

2. Uspostavlja dječju kartoteku. Podatke o novorođenoj djeci, koja su rođena u rodilištu dobiva iz te ustanove s naznakom najbitnijih podataka (porođajna težina, tok novorođenačke dobi itd.) Ukoliko je dijete rođeno kod kuće, podatke će mu dostaviti babica ili će tražiti iz matičnog ureda. Kartoni zadječu kartoteku treba da imaju rubrike za podatke iz savjetovališta, kao i rubrike za podatke iz ambulante. Uz taj karton, potrebno je da se vodi i karton cijepjenja.

3. Uspostavlja kartoteku trudnica.

4. U centru općine osniva savjetovalište za djecu.

5. Obilazi sela s medicinskom sestrom i babicom, intervenirajući savjetom ili terapeutskim mjerama, gdje se ukaže potreba.

6. Vršiti kontinuiranu aktivnu imunizaciju. Ovaj djelatnosti liječnika u općini i na selu dajemo osobito značenje. Smatramo, da se bez kontinuirane aktivne imunizacije ne mogu postići zadovoljavaju-

jući rezultati. Treba naći načina, da se tehničke teškoće, koje se ovome suprotstavljaju, što prije riješe (doprema vakcine itd.)

7. Povezuje se sa kotarskim pedijatrijskim ustanovama, demonstracionim centrom, dječjim dispanzerima, i dječjim i porođničkim bolničkim odjelima. Od osobitog značaja je psihološka intonacija saradnje praktičnog liječnika i specijaliste bilo da ovaj radi u dispanzeru ili u bolničkom odjelu. Pedijatar je ne samo dužan da praktički pomogne u radu liječnika na terenu, već da ga i uvjeri o značenju i vrijednosti njegova djelovanja. Nadmudrivanje ili čak podejnjivanje, što nije rijetko, rađa nesavladive zapreke u provođenju korisnih akcija.

8. Pruža pomoć u radu društava Naša djeca i Crveni Križ.

9. Vodi zdravstveno prosvjećivanje sa svojim pomoćnim kadrom, vodeći računa o eventualnim specifičnim negativnim pojavama na određenom terenu.

Da bi se ovaj plan mogao izvršiti u potpunosti, općine naročito one koje su postavljene periferijski i čija sela su geografski nepodesno smještena, upošljavaju danas više liječnika. U takovim slučajevima, potrebno je jednog liječnika isključivo angažirati za problem zaštite majke i djeteta, uz predhodno bolju pedijatrijsku edukaciju putem kurseva iz socijalne pedijatrije. U općinama, koje imaju cca 10.000 stanovnika, bilo bi potrebno upošljavati i pedijatra.

U prilikama, gdje nema dovoljno liječničkog kadra, kotarski je centar dužan da pomogne u kadrovima i savjetom liječnika na terenu, upućujući ga da usmjeri svoj rad u onom pravu, koji se u tom momentu pokazuje kao najbitniji i najhitniji.

Ovako usmjereni rad praktičnog liječnika dovodi do otklanjanja mnogih faktora, koji uzrokuju visoki morbiditet djece. On malo pomalo ispunjava zadatak, kojeg smatramo najbitnijim — čuva zdravlje povjerene mu djece. U svom pak terapeutskom radu liječnik opće prakse ograničiti će se na rješavanje najjednostavnijih i najčešćih morbidnih stanja, time što se neće upustiti niti u dijagnostiku niti u terapiju težih oboljenja. Za takove probleme on će tražiti konzultaciju pedijatra, a preko njega pomoć bolničkog pedijatričkog odjela.

Veliku pomoć u svom radu imat će liječnik na terenu u osobi medicinske sestre. Njeni zadaci u općinskoj zdravstvenoj stanici u pitanju zaštite majke i djeteta veoma su značajni. Među ostalima ona je spona između liječnika i babice na selu, a s druge strane bitni će povezana s patronažnim centrom kotara, od kojeg može dobiti pomoć u rješavanju niza svojih problema. Nažalost kadrova ovog profila imamo zaista premalo. Međutim često se vidi, da se te radnike nepravilno koristi, usmjerujući njihov rad u sasvim krivom pravcu.

Prelazimo sada na zadatke drugih specijalnosti u zaštiti majke i djeteta.

Na prvom mjestu svakako dolazi saradnja ginekologa i pedijatra. Bez intimne kolaboracije ovih



stručnjaka ne može biti ni govora o efikasnoj zaštiti majke i djeteta.

Nažalost ne samo u našoj zemlji, nego i drugdje ta saradnja nije dobila određene i jasne okvire.

Možda ovome treba tražiti razloge u tome, što u mnogim manjim gradovima do nedavna nije bilo, a nema ni danas pedijatra, tako da je ginekolog bio dužan da vodi i postnatalnu zaštitu djeteta. Pod tim okolnostima, dolazak pedijatra ponekad je shvaćen kao ulazak nekorisnog suradnika, iako je prošlo već 50 godina od kada je Schauta pozvao v. Reussa na svoju ginekološku kliniku, da vodi brigu o novorođenčadi.

Mnogo se spominje, da bi trebalo definirati i precizirati opstetričko-pedijatričku kolaboraciju, odnosno odrediti granice djelovanja jedne i druge specijalnosti. Ovu kooperaciju zaista je teško ograničiti, kao što je teško odijeliti u tom momentu interese majke i djeteta.

Treba izbjegavati podjelu zaštite: fetus ginekologu, novorođenče pedijatru. Korisnije bi bilo preporučiti: upotrijebiti jedan drugoga. Pod tim aspektom saradnja bi bila najbolja.

U zaštiti trudnice, kao i u prenatalnoj zaštiti djeteta glavnu riječ vodi, što je sasvim jasno, ginekolog. Ako postoje povoljne mogućnosti ginekolog će vršiti tu zaštitu u savjetovaništu za trudnice, koje treba da je u sklopu dječjeg dispanzera.

Kao efikasnu zaštitu trudnice i antenatalnu zaštitu djeteta, smatramo onu u kojoj trudnica osim ginekoloških i internističkih pregleda i dobivenih savjeta, dobiva i potrebnu poduku o načinima dobre njege svog budućeg djeteta.

U rodilištu potrebna je stalna svakodnevna pedijatrička služba, osobito ako je broj poroda veći i ako postoji odjel za nedonošćad.

Usput spominjemo, da stojimo na stanovištu, da odjel za nedonošćad mora biti u sklopu rodilišta.

Ocjenu postignute saradnje ginekologa i pedijatra lako je odrediti. Ona će imati svoj odraz u perinatalnom mortalitetu. Na Rijeci perinatalni mortalitet u 1959. godini iznosi za oba rodilišta, a na 1909 porođaja 2,29%. Od toga je mortinatalitet 1,19%, a postnatalni mortalitet 1,10%.

Mi se nalazimo u prvim godinama kontinuirane i intimne saradnje i vjerujemo, da će se situacija još i poboljšati, ne samo odnoseći se na neposredni mortalitet, već što je isto tako veoma važno, na patološka stanja s kasnijim reakcijama, a koja su vezana za razne forme patološkog graviditeta i poroda. Kao primjer uzmimo kasne posljedice krvnih inkompatibiliteta, endokranijalna krvarenja itd.

Rezimirajući mogli bi reći, da saradnja ginekologa i pedijatora mora započeti u savjetovaništu za trudnice, a nastaviti se u rodilištu. Tek na ovaj način mogu se očekivati povoljni rezultati od ove kolaboracije.

U neonatalnom periodu pedijatar i ginekolog povremeno će morati tražiti saradnju dječjeg kirurga.

Njegova uloga postaje danas u zaštiti djeteta sve određenija, a širina repertoara kirurških intervencija sve veća.

Nažalost u našoj zemlji, taj profil stručnjaka iznimkom jačih medicinskih centara, nije dovoljno zastupljen. Zbog toga, kod nas se premalo koristi najpodesnije vrijeme za kirurške intervencije (novorođenački period), koje mogu otkloniti neposredne uzorke smrti u neonatalnoj dobi, kao i niz drugih smetnji, koje ozbiljno ometaju daljnji normalni rast i razvoj djeteta.

Njegove intervencije koristit ćemo i u kasnijoj dječjoj dobi, ali one tada nisu toliko specifične, kao one u dobi novorođenčeta.

Naša je dužnost, da ukažemo na potrebu formiranja odjeljenja za dječju kirurgiju u sklopu dječjih bolnica ili ako to nije moguće u sklopu općih kirurških odjeljenja, ali s napomenom, da profil kirurga mora biti strogo specijaliziran.

Da bi dobili približnu sliku sudjelovanja ostalih specijalnosti u rješavanju dječjeg morbiditeta, poslužili smo se analizom morbiditeta djece u 1959. godini na području grada Rijeke.

Dječji morbiditet od 0 do 15 god. u 1959. g.:

Ukupni broj oboljele djece	7.853
od toga:	
1. otorinolaringološki slučajevi	2.940 6,1%
2. oftamološki slučajevi	943 1,9%
3. neuropsihijatrijski slučajevi	489 1,0%
4. ortopedski slučajevi	287 0,5%

Na prvom mjestu dolaze intervencije otorinolaringologa. Veći dio ovih odnosi se na mlađu životnu dob i to kod akutnih upala uha.

Prema tabeli na drugom mjestu je oftalmolog. On je intervenirao kod 1,9% djece, koja su došla u savjetovanište ili u dispanzer. Slijede intervencije neuropsihijatra i ortopeda.

Ova tabela može nam dati samo približnu sliku terapijskih intervencija pomenutih stručnjaka pošto su pedijatri velikim dijelom rješavali sami mnoga bolesna stanja, ne koristeći iz objektivnih razloga pomoć ostalih. Nažalost nismo mogli do danas da poduzmemo niz mjera koje smo smatrali potrebnim. Tako na pr. radi deficita u kadrovima nismo mogli sistematski pristupiti u otkrivanju anomalija sluha. Isto tako nismo u mogućnosti ispravljati mucavost kod djece, jer nemamo fonijatra itd. itd.

U oftamološkoj službi situacija je skoro identična. Samo jedan pokušaj sistematskog oftamološkog pregleda djece otkrio nam je ozbiljnost situacije, a i ujedno naše buduće zadatke. Sistematskim pregledom vida kod 2.282 školske djece otkriveno je 288 anomalija, odnosno 12,6% (dr. Prevedan). Ovaj zadnji postotak stoji u oštroj suprotnosti sa 1,9% prikazanih na tabeli.

Možda je za nas najjednostavnije ocijeniti važnost psihoneurologa u zaštiti djece, čiji manjak osjećamo u svakodnevnoj praksi.

Prije desetak godina, dok se vodila borba isključivo na kurativnom planu, upućivali smo neurologu i psihijatru samo teška oboljenja iz njegove domene. Danas stvari dobivaju novi aspekt. Osjeća se svakodnevna potreba psihijatrijske pomoći u rješavanju niza dječjih oboljenja. Bogatstvo psihosomatskih bolesti ili kako je uobičajno reći neuropatije, zahtijeva ne samo liječenje, nego i ozbiljnu sistematsku profilaksu. Zbog toga u našoj službi neophodno je potreban stručnjak, koji će se isključivo baviti neuropsihijatrijom dječje dobi, a koji će imati i svoje bolničko odjeljenje. U njegovom radu treba da mu pomažu psiholog, psihohigijeničar, defektolog. Osim toga osjeća se potreba i za stručnjakom, koji će se isključivo baviti dječjom neurologijom, a koji bi se u svom radu oslanjao na pedijatra, ortopeda i neurokirurga.

Zaštita djece spastičara i sličnih stanja nije čak ni ozbiljno razmotrena. Njihova rehabilitacija jedan je od imperativa koje treba hitno riješiti u dječjoj zaštiti.

U onim krajevima naše zemlje, gdje je mortalitet snižen na tolerantne nivoe mora se ozbiljno razmisliti o proširenju te službe. Sudjelovanje neuropsihijatra kako je prikazano na našoj tabeli ni iz daleka ne odgovara stvarnosti. Naglašavanje važnosti za potrebom ovih stručnjaka danas je odraz težnje, da se zaštita djece, bar u određenim krajevima, podigne na izvjesni viši stepen.

Saradnju ortopeda smatramo osobito značajnom. Ta saradnja na Rijeci postoji (ima dovoljan broj stručnjaka) i odvija se veoma povoljno, te i da-

je pozitivne rezultate. Već sada nam se rijetko dogodi, da nam izbjegne pravovremena intervencija kod slučaja displazije kuka ili slično.

Konačno moramo spomenuti ogromnu ulogu ortodonta, stomatologa i zubara u dječjoj zaštiti. Na Rijeci je ovaj problem naročito važan, što se vidi i iz podataka, da je u školskoj godini 1959-60. kod 5.126 pregledane djece nađeno 30.676 karioznih zuba, od čega otpada 15.737 na kariese stalnog zuba. Sistematskim pregledima otkrivajući kariese u prvim počecima, ne samo da će se očuvati zubi, nego će se i smanjiti mnoga fokalna oboljenja. Profilaktičnim davanjem fluora biti će upotpunjeno profilaktično djelovanje tih stručnjaka.

Regionalna patologija pojedinog kraja naše zemlje tražit će saradnju i drugih stručnjaka, čiji će rad možda biti i potrebni od onih koje smo mi spomenuli. Tako je na pr. sigurno da bi u izvjesnim područjima saradnja s dermatovenerologom spadala među prioritete.

Na koncu treba naglasiti važnost patronažne službe, bez koje se ne može na terenu provesti ni jedna ozbiljna anketa, kao niti jedan dobro organizirani preventivni rad. Na niski mortalitet u gradu Rijeci, sigurno je uticao rad patronažnih sestara, koje su u zadnjoj godini izvršile 19.887 posjeta djeci, a od čega 9.005 dojenčadi.

Sigurno je da smo u ovom našem referatu mnogo toga ispustili, te radi toga smatramo da je poželjno i potrebno da spomenuti i izostavljeni zdravstveni radnici podnesu svoje programe, jer bi tako dobili mnogo određenije poglede na njihovo sudjelovanje u zaštiti majki, djece i omladine.

SUMMARY

(Roles and Tasks of Other Services in Health Protection of Mothers, Children and Youth)

Dr Karlo Pansini and Dr Ivo Švel

The role of the health workers, other than paediatricians, in health protection of mother and child is discussed. The results of such combined activity in the area of city and district of Rijeka are presented: mortality in the city has been reduced from 9,48% (in 1953) to 3,04% (in 1959). The importance of cooperation between midwives and practi-

tioners is stressed, also the cooperation of other specialists (gynaecologist, paediatric surgeon, otorhinolaryngologist, ophthalmologist, psychoneurologist, stomatologist) with the paediatrician. It is pointed out that preventive activity in field work cannot be put into operation without health visitors and other similar services («patronage»).

