

K. MAISTRAH

*Tervishoiu*  
**ORGANISATSIOON**

*RK*

„PEDAGOOGILINE KIRJANDUS“ • 1948

K. MAISTRAH

TERVISHOIU  
ORGANISATSION

ÕPIK VELSKRIKOOLIDELE

TÕLGITUD  
TEISE VALJAANDE  
JÄRGI

*RK*

„PEDAGOOGILINE KIRJANDUS“

TALLINN 1948



Soovitatud velskri- ja velskri-ämmaemandakoolidele  
NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiiniliste  
Keskõppeasutiste Peavalitsuse poolt.

Tartu Ülikooli  
Raamatukogu

## EESSÕNA TEISELE VÄLJAANDELE.

Keskmeditsiinilise kaadri tohutu osatähtsus meditsiiniliste töötajate hulgas (460 000 keskmeditsiinilise kvalifikatsiooniga töötajat 130 000 arsti kohta), keskmeditsiiniliste töötajate tähtis osa maal kus nad juhatavad 39 000 velskri-, velskri-ämmaemanda- ja ämmaemandapunkti ja lõppeks keskmeditsiinilise kaadri suur arv rajoonide tervishoiuosakondade juhatajate ametikohtadel sunnivad osutama kõige tõsisemat tähelepanu keskmeditsiinilise kaadri ettevalmistusele tervishoiu organisatsiooni küsimustes ja nende kasvatusetele õigesti orienteeruda tehtava töö tähtsuses ning seda hinnata.

Nende nõuete rahuldamiseks on õpiku käesolev väljaanne täiendatud peatükiga elanikkonna sanitaarse seisundi näitajate kohta, mis on seoses üksikute tervishoiualade tegevusega, ja nende arvu- tamise meetodikaga piirides, mis tegelikus elus osutuvad vajalikuks igale töötajale.

Vastavalt meditsiiniliste keskkoolide tervishoiu organisatsiooni kursuse kavale käsitletakse õpikus laiemalt sanitaarhariduse ala, mis on pühendatud üksikute meditsiiniliste asutiste sanitaarharidustöö organisatsioonile ja meetodikale.

## EESSÕNA EESTIKEELSELE VÄLJAANDELE.

K. Maistrahi koostatud õpiku „Tervishoiu organisatsioon“ väljaandmine eesti keeles on hädavajalik, sest senini ei olnud ühtegi eestikeelset õpikut, mis oleks käsitelnud seda distsipliini.

Ühtlasi tuleb aga tähendada, et teine täiendatud venekeelne väljaanne ilmus 1945. a., mistõttu selles omistatakse suurt tähelepanu asutiste tööle sõjaolukorras. Teiselt poolt on raamatu ilmumisest möödunud kolme aasta jooksul tervishoiu organisatsiooni alal tehtud palju uuendusi. Vastavalt NSV Liidu tervishoiuministri käskkirjale nr. 431 24. X 1947. a. toimub näiteks haiglate ja ambulatoorsete asutiste ühendamine. See üritus taotleb personaali, eeskätt arstide, kvalifikatsiooni tõstmist ja elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteedi parendamist.

Meditsiinilise teenindamise kvaliteedi jälgimiseks kehtestatud arvestus- ja aruandlusdokumentatsiooni endised vormid on käesolevas väljaandes asendatud uutega. Nende hulka kuuluvad: maa-arstijaoskonna ambulatooriumi, maa-arstijaoskonna haigla ja maa-arstijaoskonna haigla sünnitusosakonna päevikud ning maa-arstijaoskonna aruanne.

Vastutav toimetaja.

I p e a t ü k k .

## NÕUKOGUDE TERVISHOIU ALUSED.

Tervishoiu all mõistetakse niihästi sanitaarsete kui ka haigestuste vältimiseks ja raviks vajalike riiklike ja ühiskondlike abinõude süsteemi.

Tervishoiutöö vormid ja iseloom muutuvad koos ühiskonna sotsiaal-majandusliku korra muutumisega.

Igal ühiskondlikul korral — orjanduslikul, feodaalsel, kapitalistlikul, sotsialistlikul — on tervishoiu alal oma organisatsioon, mis vastab tootmisjõudude arenemise astmele ja arstiteaduse seisundile ning ühtlasi peegeldab vastavaid sotsiaal-majanduslikke suhteid.

Klassiühiskonna tervishoid on klassiiselooga ning teenib valitsevate klasside huvisid.

### Tervishoid kapitalistlikes maades.

Kapitalistliku korra juures taotlevad kõik riigi poolt organiseeritavad või reglementeeritavad tervishoiualased üritused lõppkokkuvõttes kapitalistliku tootmisviisi kaitsmist ebasoodsate tagajärgede vastu, mis tekivad haigestuste levimisega elanikkonnas.

Hoopis erinevad ülesanded on sotsialistlikul nõukogude tervishoiul. Sotsialistliku korra juures osutub inimene riigi kõige väärtuslikumaks kapitaliks, sotsialismi ehitajaks. Seoses sellega on sotsialistliku ülesehitustöö, sotsialistliku majanduse ja kultuuri tähtsaimaid riiklike ülesandeid hoolitsemine inimese, tema elu ja tervise eest.

Kapitalismi arenemisega kaasnes kõigis maades asustatud paikondade sanitaarse seisundi järsk halvenemine. Kapitalistliku toot-

mise arenemise ja kontsentreerimisega seosesolev linnade kasv, tööliskvartalite liigelutamine, mustus ja vaesus, vee, õhu ja maapinna nakatamine vabrikute ja tehaste jäätmetega halvendasid tunduvalt linnade sanitaarset seisundit ning suurendasid haigestumust ja suremust töötajate hulgas.

Piiramata kestusega tööpäev ja igasuguste töökaitse-alaste abinõude puudumine põhjustasid K. Marxi poolt „Kapitalis“ üksikasjaliselt kirjeldatud rea uute kutsealaste haiguste tekkimist proletariaadi hulgas. Haigestumuse tõus ja masside kehalise arenemise halvenemine kujunesid otseseks ohuks kapitalistliku toodangu kasvamisele ja kodanlike armeede lahinguvõimelisusele. Tööliskvartalites alati esinevad epideemiad võisid kanduda ja kandusidki linna kodanlikesse kvartalitesse, ohustades kodanlust.

Kurnav töö, töötaolek, mustus ja liigne tihedus tööliselamuis, mis eriti selgesti ilmnesid suurlinnades, soodustasid tuberkuloosi, suguhaiguste ja alkoholismi laialdast levikut, kujunedes kapitalistliku korra sotsiaalseiks haigusteks.

„Tuberkuloos ja teised kopsuhaigused on kapitali olemasolu tingimus“, kirjutab Marx „Kapitalis“ (1. köide, XIII p.).

Elanikkonna üha halvenev sanitaarne seisund sundis kodanlust lõppeks riiklikke abinõusid tarvitusele võtma: ellu viima sanitaarset seadusandlust, organiseerima sanitaarkontrolli, epideemivastaseid korraldusvõtteid, piiride sanitaarset kaitset, hoolitsema linnade sanitaarse korrashoiu eest. Selle tulemuseks oli eesrindlikes kapitalistlikes maades XIX sajandi teisest poolest alates niihästi taudide kui ka üld- ja laste suremuse vähenemine.

See ei tähendanud aga veel elanikkonna tervisliku seisundi tõelist paranemist, sest haigusi tekitavad põhjused (töötaolek, tootmisvahendite eraomandus jm.) jäid kapitalistlikus maailmas endiselt püsima.

Imperialismi ajastu oma üha suureneva töö intensiivistamisega, Tayloriga süsteemi levimisega tööstuses ühes töötaoleku tõusu ja kindlusetusega homse päeva eest, mis hõlmasid nii proletariaati kui ka väikekodanluse laialdasi masse, soodustas psüühiliste, vereringe- ja närvisüsteemi haiguste kasvu.

Kodanlikes maades arenes tervishoid sõltuvalt kapitalistliku korra üldisest arenemisest.

Vastavalt tootmisjõudude, üld- ja sanitaartehnika arenemisele ja arstiteaduse edusammudele saavutasid meditsiinilis-sanitaarala üksikud harud eesrindlikes välismaades (USA, Inglismaa, Skandinaavia) kõrge taseme ja täiuslikkuse.

See puutub eelkõige sanitaarsesse seadusandluse, üksikute sanitaaralaste ja epideemiavastaste abinõude rakendamisse, nagu toiduainete sanitaarne järelevalve, linnade sanitaarne heakord ja puhtuse säilitamise kommunaalne korraldus, koolitervishoiu ja piiride sanitaarkaitse alased abinõud. Nende ürituste tagajärjel langetasid eesrindlikes kodanlikes maades tunduvalt nii epideemiline kui ka üldine haigestumus, üld- ja laste suremus.

Meditsiinilise tehnika, meditsiinilise aparatuuri, instrumentide ja ravimite tootmise alal tehti samuti tunduvalt edusamme. Suuri saavutusi tuleb märkida ka haiglate püstitamise ja raviasutiste tehnilise varustamise alal.

XX sajandil arendatakse mõnede profülaktiliste asutiste tegevust (võitlus tuberkuloosi vastu, emade- ja lastekaitse jm.).

Kuid meditsiinilise tehnika kõrge tase ja üksikud tähelepanuväärivad sanitaaralased saavutused ei suuda kindlustada üldise ülesande lahendamist võitluses haiguste kui ühiskondlike nähtuste vastu, ei kõrvalda kodanliku arstiteaduse põhilisi vastuoksusi, mis tulenevad kapitalistliku korra olemusest.

Kapitalistlikes maades piirduvad riigi kohustused tervishoiu alal peamiselt sanitaarse seadusandluse ja riikliku sanitaarteenis- tusega.

Elanikkonna ravialane teenindamine toimub peamiselt eraprak- sise alal tegutsevate arstide, kapitalistlike meditsiiniala eraorgani- satsioonide või mitmesuguste ühingute kaudu, kes annavad medit- siinilist abi tasuta eest. Seetõttu on meditsiiniline abi kättesaadav ainult elanikkonna majanduslikult kindlustatud kihtidele. Raviasu- tiste ja arstide jaotuses ei ole mingisugust plaanikindlust. Riigi ja kohalike omavalitsuste organite poolt elanikkonnale korraldatav meditsiiniline abi seisneb peamiselt vaimuhaiguste haiglate, leepra- hospitalide jms. organiseerimises, väheses ulatuses teostub see



heategevate organisatsioonide kaudu, haigekassad ja sotsiaalkindlustusorganid korraldavad väikese osa meditsiinilisest võrgust.

Ühelgi kodanlikul riigil ei ole meditsiinilise-sanitaarala ühtset süsteemi.

Kapitalistlik riik tegeleb vaid arstliku tegevuse üldise reglementeerimisega (diplomite väljaandmine, isikute kindlaksmääramine, kellel on õigus arstipraksisele jne.), kuid sedagi tehakse pii-ratud määral. Säärasele reglementeerimisele vaatamata on kapitalistlikes maades ebaarstimine ja igasugune meditsiiniline šarlataan-sus tunduvalt levinud.

### Tervishoid tsaari-Venemaal.

Tervishoid tsaari-Venemaal erines tervishoiust teistes Euroopa maades. Venemaal kui mahajäänud agraarmaal puudus arenenud sanitaarne seadusandlus ja Lääne-Euroopale või Ameerikale vähegi ligilähedane sanitaarala organisatsioon.

Revolutsiooniaelses Venemaal ei arenenud ei kogukondlik, kindlustusalane ega eraheategev arstiteadus kuigi tunduvalt.

Venemaal puudus ühtne meditsiinialane administratsioon. Ravi-asutiste väikeulatuslik võrk ja selle kaudu osutatav meditsiiniline abi kuulusid mitmesuguste ametkondade ja ministeeriumide korraldusse, kellel ei olnud üksteisega sidet.

Ühiskondliku tervishoiuala arenemine Venemaal algab XVIII sajandi alguses ja on ühenduses Peeter I reformaatorliku tegevusega.

Enne Peeter I ajastut ei ole Venemaal mingisugust ühiskondlikku meditsiinialast abi, arste ega haiglaid. Mõned arstid välismaalased teenindasid vaid tsaari õukonda ja bojaare.

Peeter I ajal tekkisid esimesed haiglad — sõjaväehospitalid, laatsaretid, asutati meditsiinilised koolid arstide ettevalmistuse eesmärgil, eeskätt armee vajadusteks, loodi Meditsiiniline Peavalitsus („Архиатерство“).

Katariina II ajal organiseeritakse 1775. a. ühiskondliku hoolekande prikaasid, kelle valdusse kuuluvad kõik raviasutised-haiglad, orbude ja heitlaste kodud jne.

Säärane korraldus meditsiini alal säilib kuni XIX sajandi keskpaigani.

Venemaa ajaloolise arenemise iseärasused põhjustasid seoses kapitalismi arenemisega ja pärisorjuse kaotamisega meditsiinilise abi organisatsiooni omapäraste uute vormide — vabriku- ja semstvomeditsiini loomise.

1866. a. levinud raske koolerataudi ajal, mis põhjustas rohkearvulisi haigestusi tööliste hulgas töölisasulais ja ühiselamuis, andis valitsus seadluse meditsiinilise abi organiseerimise kohta töölistele. Selle seadluse põhjal oli iga tööstur kohustatud korraldama oma vabrikus haiglaruumi arvestusega 1 voodi 100 töölise kohta.

Seadluse algteksti kohaselt võisid töösturid piirduda ainult ruumide andmise ja sisustamisega ilma tegeliku arstiabi osutamiseta, mida paljud tegidki. Nendes haiglakestes anti kõige algelisemat abi. Pikaajalisemat ravi vajavate juhtumite puhul saadeti tööline linna- või semstvohaiglasse.

Kuid isegi säärast tähtsuseta abi ei leidunud kõigis ettevõtteis: 1907. a. osutati arstiabi ainult 38% vabrikute üldarvust.

1912. a. revolutsioonilise tõusu perioodil andis valitsus töölimasside survele sotsiaalkindlustuse seaduse. Selle seaduse kohaselt olid ettevõtjad kohustatud töölistele esmaabi ja ambulatoorset abi andma, haiglaravi organiseerimine kuulus kindlustuskassadele.

Haigekassade tegevus meditsiinilise abi organiseerimisel oli väga vähene ja lakkas Esimese Maailmasõja ajal peaaegu täielikult.

Sellegipärast etendasid haigekassad suurt revolutsioonilist osa tööliklassi legaalse organiseerimise viisina.

Pärast pärisorjuse kaotamist kehtestati Venemaal 1864. a. semstvod. Need olid omavalitsuse organisatsioonid, millest pidid kõigi seisuste (aadlike, linnakodanike ja talupoegade) esindajad osa võtma. Tegelikult olid semstvos esindatud ainult mõisnikud ja küla kulaklik ülemkiht. Sellel semstvo organisatsioonil lasuski kohustus korraldada meditsiinilist abiandmist maal.

Semstvo meditsiinala kujutas endast täiesti erilist, kuski mujal maailmas mitteesinevat meditsiinilise abi ühiskondlikku organisatsiooni maaelanikkonnale. Selle praktilised võimalused olid piiratud.

Semstvo meditsiinialast abi ninetati „tasuta ja kõikidele kättesaadavaks“, kuid meditsiinialase abi organiseerimise kulude põhiline raskus lasus semstvo maksude näol maksukohustuslikul talupoegade kihil.

Semstvo töö sanitaaralal oli väga piiratud, sest sanitaarala finantseeriti tühiste summadega. Politseirežiim lammatas igasuguse ühiskondliku algatuse, ei võimaldanud arstidele arendada sanitaarharidustööd ega kaasa tõmmata elanikkonda võitlusele haigestuste vastu.

Kõigile nendele takistustele vaatamata etendas semstvo meditsiiniala suurt progressiivset osa vene tervishoiu ajaloos. Semstvo meditsiiniala osutus tunduvaks edusammuks, võrreldes reformielse prikaasilise meditsiiniga — selle abil loodi semstvohaiglate ja ambulatooriumide võrk ning sanitaarorganisatsioon. Semstvo tööle asus revolutsioonielsete arstide intelligentsi parim, eesrindlikem osa. Semstvoarstid töötasid välja jaoskondlikud töömeetodid, korraldasid registreerimise ja elanikkonna üldise haigestumise uurimise, teostasid rea sanitaarstatistilisi uurimisi nii talupoegade kui ka vabrikutöölise tervisliku seisundi ja kehalise arenemise alal, mis paljastasid kapitalismi hävitava mõju töötavate masside tervisele.

Arstide semstvode kongressid ja Pirogovi mälestuseks 1883. a. asutatud Vene Arstide Selts („Pirogovi Selts“) tõtsid üles rea küsimusi ühiskondliku tervishoiu osas. Semstvoarstid tegid ära suure sanitaarharidustöö.

Semstvo meditsiin tegutses seal, kus olid semstvod, s. o. endise Venemaa Euroopaosa 34 kubermangus. Kogu muud Venemaa elanikkonna massi pidi teenindama Siseministeriumi raviasutiste väikeulatuslik võrk. Kui semstvo kubermangudes ühte jaoskonda kuulus 710 km<sup>2</sup> pinda ja 28 000 elanikku, siis langes mittesemstvo kubermangudes ühele jaoskonnale keskmiselt 2000 km<sup>2</sup> ja 98 000 elanikku. Vähemusrahvustega asustatud piirirajoonides puudus meditsiiniline abi täiesti.

1913. a. leidis kogu Venemaa kohta ainult 142 000 haiglavoodit, 1230 ambulatoorset raviasutist ja 19 785 arsti. Revolutsiooniel nel Venemaal teenindas 82% kogu elanikkonnast moodustavat maa-

elanikkonda ainult 5000 arsti, maaelanikkonnale langes üldse 49 000 haiglavoodit ehk 0,44 voodit 1000 elanikule.

Säärane oli Venemaa töölis- ja talupoegade masside meditsiiniline teenindamine Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni eel.

### Nõukogude tervishoiu organisatsioon.

Esimestel kuudel pärast proletariaadi võimuletulekut oktoobris 1917. a. ühendati üksikute ametkondade vahel lahutatud meditsiiniline tegevus arstide kolleegiumide nõukogu poolt. Kohtadel oli kogu meditsiinilis-sanitaarne korraldus tol ajal kohalike nõukogude meditsiinilis-sanitaarosakondade valduses.

Juba esimestel kuudel andis Nõukogude valitsus välja rea väga tähtsaid dekreete töötajate töö- ja tervisekaitse alal — apteekide ja meditsiinalase varanduse natsionaliseerimise, sotsiaalkindlustuse, emade- ja lastekaitse, kohustusliku rõugepaneku ja võitluse kohta tähnilise tüüfuse vastu jne.

V. I. Lenini poolt allakirjutatud Rahvakomissaride Nõukogu otsuse põhjal organiseeriti juunis 1918. a. Tervishoiu Rahvakomisariaat, kellele anti üle kogu ravi- ja sanitaaralase tegevuse juhtimine vabariigis.

### Nõukogude tervishoiu põhiprintsiibid.

Tervishoiuküsimused ÜK(b)P programmis ja NSV Liidu konstitutsioonis.

Nõukogude sotsialistlikus riigis teostatakse elanikkonna tervisekaitset ja ravialast abiandmist riigi poolt ja riigi kulul.

Töötajate meditsiinilisele teenindamisele tõmmatakse kaasa ka ametiühinguorganisatsioonid.

Ametiühingud avavad oma liikmetele päeva- ja öösanatooriume, puhkekodusid, dieetsööklaid, assigneerivad suuri summasid tervistustööks masside hulgas.

Stalinlik konstitutsioon tunnistab iga NSV Liidu kodaniku õigust tasuta meditsiinilisele abile haiguse kestel ja materiaalsele abile vanaduse või invaliidsuse korral. Nõukogude emadel on õigus riigi abile nii sünnituse puhul kui ka edaspidi laste kasvatamisel.

Need õigused on fikseeritud Nõukogude Liidu konstitutsioonis. NSV Liidu konstitutsiooni § 120 kõlab järgmiselt:

„NSV Liidu kodanikel on õigus ainelisele kindlustusele vana- duses kui ka haiguse ja töövõime kaotamise korral.

Seda õigust kindlustab tööliste ja teenistujate sotsiaalkindlus- tuse laialdane arendamine riigi kulul, töörahvale tasuta arstiabi võimaldamine, laialdase kuurortide võrgu andmine töörahva kasu- tusse.“

Nõukogude tervishoiutöö põhiülesanded ja suund on ära tähen- datud 1919. a. peetud partei VIII kongressil vastuvõetud Uleliidu- lise Kommunistliku Partei programmis.

Selle programmi § 25 sõnastus on järgmine:

„Oma tegevuse aluseks rahva tervise kaitse alal peab UKP kõigepealt laialdaste tervistavate ja sanitaarsete abinõude läbi- viimist haigestuste vältimise eesmärgil.

Vastavalt sellele on UKP lähimaks ülesandeks:

1. Laiaulatuslike sanitaaralaste abinõude otsustav teostamine tööliste huvides:

- a) asustatud paikkondade tervistamine (maapinna, vee ja õhu kaitse);
- b) ühiskondliku toitlustuse korraldamine teaduslikel hügieeni- listel alustel;
- c) nakkushaiguste tekkimist ja levimist vältivate abinõude organiseerimine;
- d) sanitaarseadusandluse loomine.

2. Võitlus sotsiaalsete haiguste (tuberkuloosi, suguhaiguste, alkoholismi jne.) vastu.

3. Üldiselt kättesaadava tasuta ja kvalifitseeritud abi tagamine ravi ja arstimate näol.<sup>a</sup>

Nõukogude tervishoiutöö korraldus on ühtne.

See ühtsus seisneb selles, et kõik riigis olevad meditsiinilis- sanitaarsed asutised, nii Tervishoiu Ministeeriumi kui ka teiste ametkondade omad, on omavahel seoses, töötavad ühtse plaani, ühtsete meetodite järgi ja taotlevad ühtset eesmärki — riigi sani- taarse kaitsevõime tõstmist, elanikkonna haigestumuse vähenda- mist töö- ja elukondlike tingimuste tervistamise teel.

Kodanlikes maades on tervishoiutöö killustatud rea riiklike, ühiskondlike, era-, heategevus- jms. asutiste ja organisatsioonide vahel, mille tegevus ei ole omavahel seotud.

NSV Liidus on ametkondlike meditsiinilis-sanitaarasutiste töö koordineeritud ühtses rahvamajanduse plaanis; nad võtavad kõik osa üldriiklike sanitaaralaste epideemiavastaste ürituste teostamisest.

Ametkondlikud meditsiinilised asutised võtavad tarbe korral (näiteks rindelähedases vööndis, vabastatud rajoonides, masside evakueerimise puhul) osa kogu tsiviilelanikkonna meditsiinilisest teenindamisest, samuti kui tervishoiuorganid annavad oma asutised, varustise ja meditsiinilise personaali meditsiinilis-sanitaaralase abi osutamiseks ametkondade kontingentidele.

Suure Isamaasõja ajal lülitati kümned tuhanded meditsiiniala töötajad, sajad meditsiinilised asutised Punaarmee teenindamisele. Evakueerimishospitalide meditsiinilised töötajad värvati omakorda tsiviilelanikkonna teenindamisele. Rindelähedastes vabastatud rajoonides tegi sõjaväe epideemiavastane teenistus suurt sanitaartööd.

Nõukogude tervishoiualast tegevust ja selle arendamist plaanitakse tihedas seoses ja kooskõlas meie maa üldise majandusliku ja kultuurilise arenemisega.

Nõukogude tervishoid võttis igal sotsialistliku ülesehitustöö etapil osa põhiliste ühiskondlike ülesannete lahendamisest.

Kodusõja aastail oli peaülesandeks võidu saavutamine interventide üle, nii Punaarmee loomine ning tugevdamine kui ka ülesaamine näljast, laostusest ja nende tagajärgedest. Nõukogude tervishoiu alal mobiliseeriti kõik jõud Punaarmee teenindamiseks ja võitluseks epideemiade vastu, mis ohustasid noore tugevnemata Nõukogude vabariigi olemasolu.

Taastamisperioodi iseloomustas meditsiiniliste asutiste võrgu taastamine ja laiendamine, kõikidele kättesaadava tasuta abi lähendamine elanikkonnale, uute nõukogude profülaktiliste asutiste, dispensariumide ja nõuandlate arendamine.

Maa industrialiseerimine, vanade tööstusharude väga kiire arenemine ja uute loomine, põllumajanduse tootmisjõudude kollektiviseerimine ja võimas arendamine nõudsid nõukogude tervishoiu

põhjalikku ümberkujundamist – võrgu ümberplaneerimist kooskõlas uute majanduskeskuste kujundamisega, tähtsamate tööstusharude esmajärjekordset teenindamist, kolhoosiküla teenindamise otsustavat parendamist.

Tööstuste tervishoiupunktid nihkuvad esikohale ja evivad erilist tähtsust, samuti tugevnevad maa-arstijaoskonnad.

Nõukogude rahva Suure Isamaasõja aastad nõudsid kogu tervishoiutöö ümberlülitamist sõjaaja ülesannete täitmisele — evakueerimishospitalide arendamisele, KÕ meditsiinilis-sanitaarteenistuse organiseerimisele, evakueeritud täiskasvanute ja laste spetsiaalsele teenindamisele, suurema tähelepanu osutamisele kaitsetööstustevõtete tööliste teenindamisele, kõigi ressursside mobiliseerimisele meditsiinilise abi taastamiseks vabastatud rajoonides, kõigi tervishoiutööliste ja asutiste värbamisele võitluseks nakkushaiguste vastu, tagala sanitaarse heakorra säilitamiseks.

Nõukogude tervishoid on lahutamatu seotud kogu sotsialistliku ülesehitustööga meie maal. Nõukogude tervishoid lülitatakse kõigi meie maa ees seisvate ülesannete lahendamisele. Kui näiteks on tarvis tugevdada mõne tööstusharu tööd, teostavad valitsus ja partei rea üritusi selle ala tugevdamiseks ja töövõime tõstmiseks. Viimaste hulka lülitatakse ka tervishoiu ala: laiendatakse meditsiinilist teenindamist ja parendatakse selle kvaliteeti, teostatakse tervistusüritusi tsehhides, barakkides ja ühiselamutes ja laiendatakse lastesõimede ja lastenõuandlate võrku. Kõik need üritused tingivad haigestumuse ja tööluusi vähenemist, hoiavad kokku hulga väärtuslikku tööaega, aitavad tõsta ettevõtte tootlikkust.

Maal algavad näiteks viljakoristamishoogtöö hoogsad tööpäevad. Kultuursete põllulaagrite korraldamise ja põllul töötavate isikute varustamise teel heakvaliteedilise toiduga ja joogiveega, hooajaliste lastesõimede sisseseadmise ning esmaabi lähendamise näol töökohale aitavad tervishoiuorganid tööjõudu põllul säilitada ja kolhoosi viljasaaki lühima aja jooksul ilma kadudeta koristada.

Peale ravi seab nõukogude tervishoid endale ülesandeks elanikkonna tervisliku seisundi ja kehalise arenemise parendamise, suremuse vähendamise, rea haiguste, eelkõige nakkushaiguste likvideerimise, muude haigestuste järsu vähendamise ja säärase sani-

taar-hügieeniliste tingimuste loonise, mille juures haigused ei tekiks.

Nende ülesannetega määratakse kindlaks nõukogude tervishoiu vältiv nn. profülaktiline iseloom.

Haigete ravi kõrval seisneb nõukogude tervishoiu ülesanne laialdaste sanitaarsete ürituste läbiviimises haigestuste vältimise alal.

Tööpuuduse likvideerimine, seadusandlus töökaitse alal, ema ja lapse huvide kaitse, sotsiaalkindlustus, töötajate materiaalse heaolu tõus, kirjaoskuse ja kultuuritaseme kasv — kõik need NSV Liidu sotsialistliku korra saavutused loovad materiaalsed eeldused, selle aluse, millele rajatakse nõukogude tervishoiu laialdane profülaktiline töö.

Nõukogude tervishoiu edu on lahutamatult seotud arstiteaduse arenemisega. Sotsialistliku ülesehitustöö aastate jooksul on kõrgete meditsiiniliste õppeasutiste ja teadusliku uurimise institutide ja mitmesuguste teoreetilise ning praktilise meditsiini probleemide alal töötavate isikute võrk tunduvalt suurenenud.

Arstiteaduse saavutused tõhustasid tervishoiutööd, soodustasid haigestumuse ja suremuse vähenemist ja NSV Liidu elanikkonna üldist tervistumist.

Suure Isamaasõja ajal rivisse tagasipöördunud haavatute kõrge protsent (üle 70%) on nõukogude tervishoiu tunduvate edusamude tulemuseks nii haavatute ravi kui ka meditsiinilis-sanitaarse töö organiseerimisel.

NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi juures 1944. a. asutatud Meditsiiniliste Teaduste Akadeemia soodustab nõukogude arstiteaduse edasist õitsengut ja veel tihedamat seost nõukogude tervishoiutööga.

### **Sanitaarharidustöö. Elanikkonna isetegevuse organiseerimine.**

Tervishoiuorganite ja meditsiiniliste asutiste poolt tehtava profülaktilise ja ravialase töö edukus oleneb sellest, kuivõrd elanikkond seda tööd toetab, kuivõrd aktiivsele elanikkonna osavõtule ja abile see võib tugineda. Elanikkonna kaasatõmbamine sanitaar-tervistustööle on aga võimalik ainult meditsiinialaste teadmiste laialdase levitamise — sanitaarharidustöö põhjal.



Sanitaarharidustöö ja elanikkonna isetegevuse organiseerimine on nõukogude tervishoiu tähtsamaid töömeetodeid.

"Töötajate tervisekaitse on töötajate endi ülesanne," selle loosungi püstitas nõukogude tervishoid oma tekkimisel.

Nõukogude tervishoiu olemasolu esimesest aastast saadik, kodusõja ja laostuse aastail, kui kogu elanikkond tuli mobiliseerida võitlusele epideemiade vastu, etendasid masside kaasatõmbamine ja sanitaarharidustöö kõige laialdasem arendamine loosungite, plakatite, lendlehtede, loengute, vestluste jms. näol tohutut osa võitluse alal nakkushaiguste vastu.

Elanikkonna isetegevuse organiseerimise viisid on väga mitmekesised. Sanitaaraktiivi hulka kuuluvad kolhoosnike, ettevõtete, asutiste, majavalduste, ametiühingu ja Punase Risti organisatsioonide poolt esitatavad ühiskondlikud sanitaarinspektorid ja volinikud, sanitaarpostide ja sanitaarsalkade koosseisu kuuluvad isikud, Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside poolt ettevalmistatud VSK märgi omanikud, kohalike nõukogude tervishoiusektsioonid jt.

Ühiskondlikud sanitaarinspektorid on meditsiiniala töötajate ja asutiste vahetud abilised. Nende arv küünib praegusel ajal mitmekümne tuhandeni.

Nad abistavad tervishoiuorganeid võitluses puhtuse eest, profülaktiliste abinõude rakendamisel nakkushaiguste vastu, signaalivad viivitamatult jaoskonnaarstile igast nakkuskahtlasest haigestusjuhtumist, jagavad epideemiade puhul elanikkonnale vastavaid kaitsetablette, jälgivad hoovide, korterite, käimlate puhtust, organiseerivad Punase Risti ringe, värbavad elanikke VSK ringidesse.

Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside tegevus omandas tohutu tähtsuse eriti Suure Isamaasõja algul. Need seltsid valmistasid ette sadu tuhandeid meditsiinilisi õdesid ja sanitaarsalkade töötajaid, miljoneid VSK märgi omanikke, kutsusid ellu 130 000 sanitaarposti majades, ühiselamuis, ettevõtteis ja koolides.

Paljud tuhanded Punase Risti töötajad tegutsesid ennastsalgavalt välihospitalides, haavatute evakueerimisel rindelähedases vööndis ja tagalas, esmaabi andmisel pommituste tagajärjel kannatanud elanikkonnale, sanitaarpostide organiseerimisel jne.

See tohutu sanitaaraktiiv aga ei ole veel kaugeltki täies ulatuses tööle värvatud ega ära kasutatud.

See aktiiv tuleb kaasa tõmmata abiks määrkondlikele töötajaile ja laste teenendamisele internaatides, ühiselamuis, järelevalvele koolide sanitaarse seisundi üle, võitlusele hea kaevu, puhta tare, saunade korrapärase töö ja sanitaarse korra sisseseadmise eest sööklates.

Iga meditsiiniline töötaja peab oma asutises organiseerima Punase Risti aktiivi ja selle laialdaselt kaasa tõmbama igapäevasele tööle.

Kohalike nõukogude tervishoiusektsioonid luuakse tervishoiualaste põhiküsimuste lahendamiseks vastavas rajoonis, linnas, oblastis ja järelevalve teostamiseks meditsiiniliste asutiste töö ja elanikkonnale osutatava meditsiinilise abi üle.

Tervishoiusektsioonid on vahetult rahvamassidega seotud tervishoiuaktiivi organiseerijaiks ja juhatajaiks.

Kogu elanikkonda kaasa tõmmates teevad tervishoiuorganid sanitaaraktiivi kaasabil masside hulgas tööd tervishoiu alal: kaitsepookimishoogtöid, puhtusnädalaid ja kuuajalisi hoogtöid elamute, hoovide, veekogude puhastamiseks. Meditsiiniliste töötajate kaasabil korraldab sanitaaraktiiv loenguid ja vestlusi mitmesugustel sanitaarharidustöö teemadel.

Enne Suurt Isamaasõda tekkisid sanitaartervistustöö alal masside hulgas uued tööviisid, mis endid tegelikus elus suurepäraselt õigustasid ja laialdaselt levisid.

Siia kuuluvad nn. geoktšajevlaste ja rogatševlaste liikumine, mis oma nimetuse said nendelt rajoonidelt, kus nad tekkisid, nimelt Geoktšajevi rajoonilt Aserbaidžani NSV-s ja Rogatševi rajoonilt Valge-Vene NSV-s.

Geoktšajevlaste liikumisest võtsid meditsiinilised töötajad, pedagoogid, agronoomid, töölised, teenistujad ja kolhoosnikud aktiivselt osa. Geoktšajevlased näitasid tegelikult, kui suuri tulemusi võib saavutada võitluse alal sanitaarkultuuri eest, kui sellest võtab osa kogu rahvas.

Mõne kuu kestel ehtasid kolhoosnikud Geoktšajevi rajoonis kolhoosides ca 80 sauna, puhastasid õued ja tänavad prahist ja

mustusest, korrastasid kaevud, tegid lihtsaimaid hüdrotehnilisi töid võitluse eesmärgil malaaria vastu.

Selle aja kestel sooritasid meditsiinilised töötajad suure töö sanitaarhariduse alal, tegid ca 19 000 kaitsepooget mitmesuguste haiguste vastu, viisid läbi elanikkonna meditsiinilise läbivaatuse 80% ulatuses.

Geoktsäjevlaste algatusele järgnesid rogatševlased, kes esiteks löid eeskujuliku korra endi juures linnas ja hiljem rajoonis.

Jagunedes jaoskondadesse igale jaoskonnale kinnistatud linna-nõukogu saadiku ja meditsiinilise töötaja juhatusel, puhastasid ja haljastasid linna elanikud tänavad ja hoovid, organiseerisid iga majavalduse, iga korteri sanitaarse järelevaatuse, puhastasid ja tarastasid kaevud ning varustasid viimased ühiskondlike ämbritega. Töösse lülitati perenaised ja õpilased, igas majavalduses valiti ühiskondlikud sanitaarinspektorid.

Linnast kandus rogatševlaste liikumine rajooni. Ka seal tehti partei- ja nõukogude organisatsioonide juhatusel kolhoosnikute kaasabil palju tööd küla korrastamise, tänavate ja õuede puhastamise ja haljastamise, käimlate korraldamise, vanade saunade remontimise ning uute ehitamise alal jms.

Niisama kuulsaks said nn. Solomonovi töömeetodid Hrustali arstijaoskonna end. juhataja arst Solomonovi nime järgi Donetsi basseinis.

Tuginedes tööliste oma- ja vastastikuse abi organisatsioonile, õpetades neile esmaabi vigastuste puhul ja haigestuste vältimist, värvates tööliste aktiivi ja nende perekonnaliikmeid abiks velskritele ja õdedele sanitaaralase töö teostamiseks nii igapäevases elus (töölisasulais, kaevurite elamuis) kui ka kaevustes, vähendas Solomonov haigestumust ja traumatismi suurel määral oma jaoskonnas.

Solomonovi meetodid said laialdase leviku osaliseks ja leidsid rakendamist mitte ainult mitmesugustel tööstusaladel, vaid ka põllumajanduses, nagu allpool selgub.

Suure Isamaasõja kestel tekkisid uued vormid sanitaarorganisatsiooni alal masside hulgas. Viimasel ajal hakkasid reas oblastites (Omski, Moskva) tööle nn. kolhooside meditsiinilised õed, keda

kolhoosid oma liikmete hulgast määravad ja keda kolhoosi norm-päevade arvel ülal peetakse.

Need õed saavad spetsiaalse meditsiinilise väljaõppe ja andes haigestunuile esmaabi ning tegeldes iga päev tervishoiuküsimustega ning sanitaarharidustööga, parendavad nad edukalt töö- ja elutingimusi kolhoosides.

Sanitaarharidustöö tegemine ja tervishoiuaktiivi organiseerimine on iga meditsiinilise asutise ja iga meditsiiniala töötaja kohustuseks, mistõttu üksikute asutiste sanitaarharidustöö konkreetseid vorme käsitletakse eripeatükis.

Sanitaaraktiiv töötab jaoskonnaarsti, tervishoiupunkti arsti jt. üldjuhatusel ja kontrollimisel.

Igapäevase abi osutamine sanitaaraktiivile ja selle töö organiseerimine on keskmehitsiinilise personaali otseseks kohustuseks, sest viimasel tuleb esijoones ja kõige enam teha sanitaar-profülaktiilist ja sanitaarharidustööd elanikkonna hulgas, kusjuures sanitaaraktiiv osutub meditsiiniliste töötajate toeks ja parimaks abiliseks.

### Nõukogude tervishoiu arenemine.

Nõukogude võimu jooksul on tervishoiuvõrk tunduvalt suurenenud. 1913. a. leidis kogu tsaari-Venemaa territooriumil üldse 142 000 haiglavoodit, 1941. a. aga juba 661 400.

Eriti kasvas sünnitusvoodite arv, nimelt 6800-lt voodilt 1913. a. 142 000 voodini 1941. a.

Ambulatoorilis-polikliiniliste asutiste võrk suurenes selle aja kestes 1230-lt 13 400-ni.

Maa-arstijaoskondade arv tõusis 4367-lt 1913. a. 13 521-ni 1941. a.

Arstide arv kasvas peaaegu seitsmekordseks (19 785-lt 1913. a. 130 348-ni 1941. a.).

Keskmehitsiinilise personaali hulka kuuluvate isikute arv suurenes 1941. a. 426 000-ni.

Eriti iseloomustavad on nõukogude tervishoiu arenemine ja saavutused rahvusvabariikides, kus meditsiiniline abi enne revolutsiooni peaaegu puudus.

Kui voodite võrk näiteks Vene NFSV-s 1914. a. kuni 1941. a. suurenes 4-kordseks, siis suurenes see Kasahhi NSV-s sama aja kestel 14-kordseks, Turkmeeni NSV-s 20-kordseks jne.

Nõukogude tervishoid lõi tervishoiuasutiste võrgu, mida tsaari-Venemaa peaaegu ei tundnud. Need on tuberkuloosi- ja suguhai-guste dispensariumid, emade- ja lastekaitse-, laste ja noorukite tervisekaitseasutised jms.

Laiaulatuslikult arendati sanatooriume, kuurorte, tööstusette-võtete tervishoiupunkte, abiandmise organiseerimist kodus ja teisi meditsiinilise abiandmise viise, mis on nõukogude tervishoiu ise-loomustavateks iseärasusteks.

### Tervishoiu eelarve.

NSV Liidu tervishoiu eelarve moodustab osa üldisest riiklikust eelarvest ja kasvab aasta-aastalt vastavalt riikliku tulu suurene-misele.

#### NSV Liidu tervishoiu eelarve (miljonites rublades)

1928. a. —	660,8	1938. a. —	9 433,0
1938. a. —	2 540,0	1941. a. —	11 960,0
1937. a. —	8 648,0		

Stalinlike viisaastakute kestel (1929. a. kuni 1940. a.) tõusid kulutused tervishoiule Nõukogude Liidus rohkem kui 15-kordseks ja üksikute vabariikide järgi veelgi rohkem: näiteks suurenes ter-vishoiu eelarve Valge-Vene NSV-s sama aja kestel 20-kordseks, Turkmeeni ja Tadžiki NSV-s 23-kordseks.

Peale Tervishoiu Ministeeriumi poolt töötajate tervishoiule, sanatooriumidele, kuurortidele, puhkekodudele, lasteaedadele jne. meie maal kulutatavate summade kulutavad ka sotsiaalkindlustus-organid oma summasid. Sotsiaalkindlustuse eelarve suureneb pide-valt seoses tööliste ja teenistujate töötasu tõusuga: 1062 miljonilt rublalt 1927./1928. a. kasvas vastav eelarve 8779 miljoni rublani 1940. a.

Tänu töötaoleku täielikule kaotamisele ja ajutise töövõimetuse vähenemisele muutus ka sotsiaalkindlustuse eelarve kulude osa

koostis: vähenes kulude osatähtsus toetustele töövõimetuse osas ja kasvasid järsult assigneeringud sanatooriumidele, puhkekodudele, lastesõimedele, üritustele kultuuri alal jne.

### Tervishoiuorganite struktuur.

Vastavalt NSV Liidu konstitutsioonile kuulub tervishoiu ministeerium liiduvabariiklike ministeeriumide hulka. See tähendab, et peale NSV Liidu üleliidulise Tervishoiu Ministeeriumi on tervishoiuministeeriumid olemas kõigis liidu- ja autonoomsetes vabariikides.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium juhib tervishoiutööd NSV Liidu liiduvabariikide ministeeriumide kaudu. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi valduses ja alluvuses on keemilis-farmatseutiliste ja meditsiiniliste instrumentide tööstus ning meditsiinialane kirjastus (joon. 1).

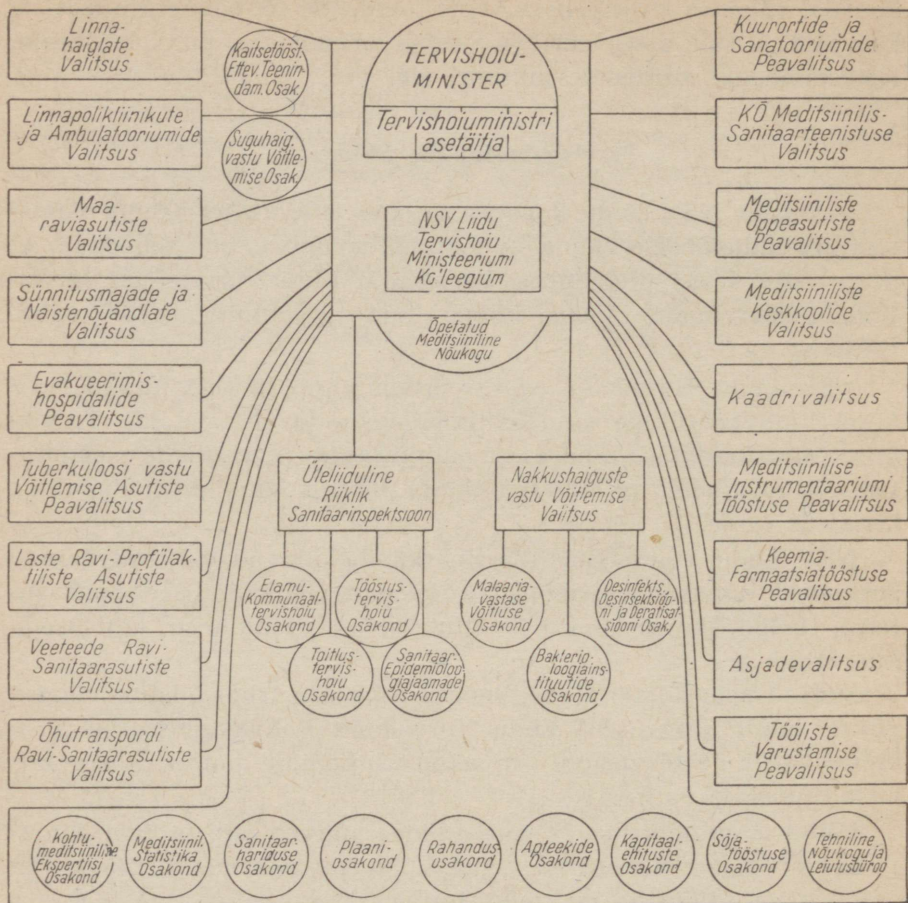
NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumile alluvad vahetult mõned suuremad raviasutised, mõned kõrgemad meditsiinilised õppeasutised, teadusliku uurimise instituudid ja üleliidulise tähtsusega kuurordid.

Suure Isamaasõja perioodil loodi evakueerimishospitalide võimsa võrgu juhtimiseks NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi ja liiduvabariikide tervishoiu rahvakomissariatide juures evakueerimishospitalide valitsused.

Liidu- ja autonoomsetes vabariikides juhivad tervishoiuala liidu- ja autonoomsete vabariikide tervishoiu ministeeriumid, kraides ja oblastites — oblastite ja kraide tervishoiuosakonnad, linnades linnade ning rajoonides kohalike TSN rajoonide tervishoiuosakonnad.

Peale Tervishoiu Ministeeriumi süsteemi on osa meditsiinilis-sanitaarasutisi Kaitse-, Sõja-merelaevastiku, Teede-, Siseministeeriumi valduses.

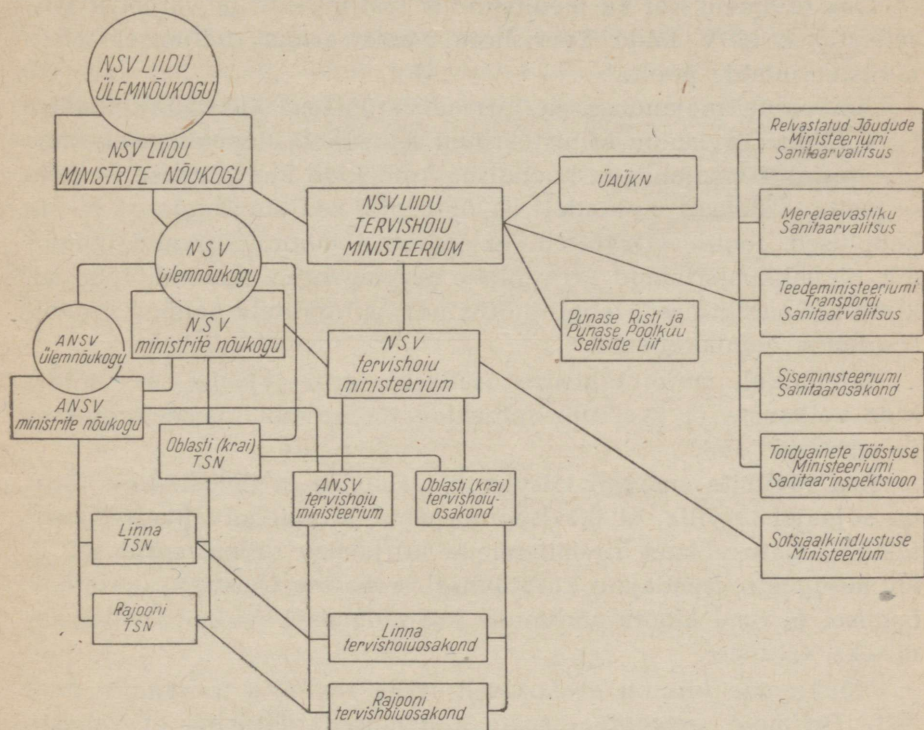
Nii erilised ülesanded, mis nende ministeeriumide ees seisavad, kui ka nende valduses olevate kontingentide asundamise ja tegevuse tingimused nõudsid nende kontingentide meditsiinilis-sanitaarse teenindamise eraldamist ja üleandmist vastavate ministeeriumide valitsustele.



Joonis 1.

Toiduaineid tootvate ja töötlevate ministeriumide koosseisu kuuluvad sanitaarinspeksioonid ja osakonnad, kes korraldavad sanitaarset järelevalvet toiduainete üle vastavate ministeriumide toiduainete tööstuse ettevõtetes. Säärased on Kalatööstuse, Liha- ja Piimatööstuse, Toiduainete Tööstuse Ministeriumi sanitaarosakonnad (joon. 2).

Üksikute ministeeriumide ravi-profülaktiliste asutiste võrgu olemasolu ei riku nõukogude meditsiini ühtsust. Kõik NSV Liidu meditsiinilised asutised on loodud ühtse printsiibi järgi ja tegutsevad ühtsete meetodite alusel. Tervishoiu Ministeeriumile kuulub



Joonis 2.

üldkontroll kõigi ametkondade ja organisatsioonide meditsiiniliste ja sanitaarsete asutiste töö üle. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium lahendab ka põhilised teaduslik-metoodilised ja organisatsioonilised küsimused nõukogude meditsiini korralduse alal.

### Ravimite tootmine ja müük.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi valduses on nii ravimite, meditsiiniliste instrumentide, haigete põetamisvahendite tootmine



kui ka meditsiinilis-sanitaarse te asutiste ja elanikkonna varustamine nendega.

Ravimite tootmine on koondatud NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi keemia-farmaatsiatööstuse ettevõttesse.

Osa ravimeid kui ka meditsiinilisi instrumente ja varustist valmistatakse NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi tellimisel teiste ministeriumide poolt.

Apteekide majanduse ja farmaatsiatööstuse juhtimine kuulub NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsusele, mis moodustab isemajandava koondise. Apteekide Peavalitsuse ja selle organite valduses kohtadel on apteegid, sanitaar-hügieenitarvete kauplused, tootmisettevõtted (galeenilised laboratooriumid, kaalumis- ja pakkimisruumid, kirurgiliste instrumentide remonditöökodad, kontroll-analüütilised laboratooriumid) ja ravimite müügi organiseerimine elanikkonnale.

Erandlikult suure tähtsuse osaliseks, eriti sõjaajal, sai apteekide valitsuste ja üksikute apteekide töö ravimtaimede kogumise ja varumise alal.

Rea ravimite suuresti kasvanud tarbimise ja defitsiitsuse tõttu on sõjaajal tarvilik, et tervishoiuorganid ja apteegivalitsused osutaksid algatusvõimet ravimtaimede korjamise organiseerimisel ja mitmesuguste asendajate kasutamisel, kohaliku tööstuse kaasatõmbamisel ja oma laboratooriumide korraldamisel ravimite valmistamiseks kohtadel.

Nõukogude Liit on erakordselt rikas ravimite toorainete poolest. Parimate apteegivalitsuste kogemused näitavad, et väheste summade ja varustisega on kohtadel võimalik organiseerida nii galeeniliste, vitamiin-, endokriin- ja teiste preparaatide kui ka sanitaar-hügieenitarvete (hambapulber, hambaharjad jms.) tootmist.

Nõukogude apteek ei piirdu ravimite valmistamisega retseptide järgi ja elanikkonna teenindamisega abiandmise näol ravimitega, vaid levitab sanitaaralaseid teadmisi elanikkonna hulgas, propageerib uusi meditsiinilisi vahendeid, sanitaar-hügieenitarbeid jne. ning annab esmaabi.

Ravimite näol antava abi lähendamiseks elanikkonnale tegutsevad maal ka veel apteekide filiaalid apteegipunktide näol arstide

poolt teenindatavate ambulatooriumide, velskripunktide ja haiglate juures.

Velskrijaoskondades juhib apteegipunkti tavaliselt velsker, kes peale valmisravimite väljaandmise neid ka retseptide järgi valmistab.

Peale ravimite müüb apteegipunkt samuti mitmesuguseid sanitaar-hügieenitarbeid, tehes nad elanikkonnale kättesaadavaks ja soodustades sanitaarse kultuuri levimist kõige kaugemal asetsevatesse asustatud punktidesse.

## II peatükk.

### ELANIKKONNA SANITAARSE SEISUNDI NÄITAJAD JA UURIMISE MEETODID.

Nagu eespool tähendatud, toimub nõukogude tervishoiu arenemise plaanimine kooskõlas rahvamajanduse ja kultuuri arenemise üldplaaniga; nõukogude tervishoiu ülesandeks on ravi-profülaktilise abi organiseerimine, elanikkonna suremuse ja haigestumuse vähendamine ja rea haigestuste, esijoones nakkushaiguste, täielik likvideerimine.

Tervishoiuasutiste tegevuse plaanimiseks niihästi kogu vabariigi kui ka maa-arstijaoskonna või üksiku meditsiinilise asutise ulatuses peab olema teada rahvastiku arv, teenindatava elanikkonna tihedus ja koosseis vanuse, soo ja kutsealade järgi jms.

Haigestumuse vähendamise operatiivse plaani koostamiseks peab olema teada elanike arv ja haigestumuse liigid, s. o. tuleb arvestada, millised haigused elanike hulgas kõige enam on levinud.

Samade andmete alusel hindame ka tervishoiuorganite töö tulemusi nii üldises ulatuses kui ka üksikutes meditsiinilistes asutistes.

Tervishoiupunkti või kaitsetööstuse ettevõtete meditsiinilis-sanitaarosa töö üle otsustame traumatismi, haigestumuse, kutsealaste mürgistuste jms. vähenemise alusel.

Et neile küsimustele vastata, peab tervishoiupunkt teostama süstemaatilist arvestust haigestumuse, traumatismi ja kutsealaste mürgistuste esinemise kohta oma ettevõtete tööliste hulgas.

Selleks, et oma tööd õigesti organiseerida, peab lastenõuandla arvele võtma kõik tema poolt teenindataval maa-alal elunevad lapsed ja olema teadlik nende haigestumusest ja suremusest. Nõuandla

töö kvaliteedi üle võime otsustada laste haigestumuse ja suremuse vähenemise järgi.

Edu tervishoiuorganite töö alal ja laiade masside ainelis-elukondlike tingimuste üldise parendamise tulemused väljenduvad rahvastiku kehalise arenemise näitajate muutumisega, nagu pikem kasv, vastsündinute, õpilaste, kutsealuste juurdevõtt kaalus jms.

Kõiki loeteldud näitajaid, mis iseloomustavad elanikkonna tervise taset ja seisundit, s. o. teatud kollektiivi sotsiaalset tervist, nimetatakse elanikkonna sanitaarse seisundi näitajaks.

Sanitaarse seisundi näitajail on erandlik tähtsus nii tervishoiuorganite kui ka üksikute meditsiiniliste töötajate töö alal.

Elanikkonnale antava meditsiinilise abi ja üksikute abinõude plaanimine tervishoiu alal põhineb elanike sanitaarse seisundi näitajate arvestusel ja analüüsil.

Tähendatud andmete arvestuseta ei saa ükski meditsiiniline asutis töötada. Iga meditsiiniline töötaja peab täpselt teadma tema poolt teenindatava elanikkonna arvu, koosseisu, suremust, haigestumust ja oskama arvutada vajalikke näitajaid. Ainult siis, kui meditsiiniline töötaja tunneb elanikkonna sanitaarset seisundit ja vastavaid muutusi, on temal võimalik organiseerida oma tööd ja suunata oma jõupingutusi kõige halvemas olukorras olevatele aladele, täpselt arvestada oma tegevuse tulemusi ja otsusele jõuda selle üle, missugusel kohal on tema asutis jaoskonna, rajooni, oblasti teiste asutiste seas.

Elanikkonna sanitaarse seisundi uurimine nõuab erilise, nn. statistilise meetodi rakendamist.

Demograafiline statistika uurib andmeid elanikkonna arvu, koosseisu, liikumise, sündimuse, suremuse ja ümberpaigutuse kohta riigis või väljasõidu kohta väljapoole piire.

Haigestumuse, rahvastiku kehalise arenemise, samuti ka meditsiiniliste asutiste võrgu ja tegevuse uurimine moodustab sanitaarstatistika uurimise ala.

Statistilise uurimise meetodit rakendatakse kõigil neil juhtumel, kui uuritakse mitte üksik-, vaid massilisi nähtusi, kusjuures

uuritava nähtuse seaduspärasust väljendatakse ühe keskmise arvuga, mis kogu massi iseloomustab. Näiteks oli haiglavoodite arv Venemaal 1913. a. 3,8 1000 elaniku kohta, NSV Liidus 1941. a. — 8,2, Usbeki NSV-s vastavalt 0,9 ja 8,6.

Need statistilise uurimise tulemusena arvatud neli arvu iseloomustavad ja määravad täpselt ära, millisel määral on elanikkond haiglavooditega kindlustatud.

Sotsialistliku ülesehitustöö tulemusena on haiglavoodite arv 2,5 korda suurenenud.

Piiriäärsetes rahvusvabariikides aga, näiteks Usbekistanis, suurenes kindlustatuse näitaja selle aja jooksul umbes 10 korda, sest haiglavoodite võrk puudus seal peaaegu täielikult ja tuli uuesti luua.

Statistilise meetodi alusel uuritavate massiliste nähtuste iseärasus seisneb selles, et neid nähtusi iseloomustav põhiline seaduspärasus väljendub ainult hulgaliste juhtumite puhul. Iga üksiknähtus aga, mis vaatluste kogumi hulka kuulub, on juhuslik; selle olemasolu või puudumine oleneb individuaalsetest põhjustest, mistõttu seda põhilist seaduspärasust üksikjuhtumi järgi on võimata kindlaks teha.

Iga üksiku inimese sünd on juhuslik. Ta on rea juhuslike tingimuste järelduseks, mis võisid ka mitte esineda. Kõik naised ei ela suguelu, kõik suguelu elavad naised ei rasedu, iga rasedus ei lõpe sünnitusega jne. Massilise nähtusena, sündide teatava arvuna 1000 elaniku kohta aga on sündimus kaunis stabiilne nähtus iga maa kohta, mis aastast aastasse väga vähe muutub.

Vastsündinute jaotust soo järgi (nn. suguline proportsioon) ei saa näiteks ühe perekonna andmete alusel kindlaks määrata. Tegelikult esineb üksikutes perekondades sugude alal kõige mitmekesisem vahekord: 2 poissi ja 1 tüdruk, 3 tüdrukut ja 4 poissi jms. Ainult väga suure materjali põhjal, mis hõlmab kümneid ja sadu tuhandeid sündi, võib teatava sugulise proportsiooni olemasolu kindlaks teha, millest selgub, et 100 tütarlapse kohta sünnib 104—106 poisslast.

Tööstuses on iga üksik vigastus juhuslik. Ta võib tekkida kõige mitmekesisematel põhjustel, mida võinuks ka mitte olla, nagu varje-

ja kaitseseadiste puudumine või nende rikkesolek, tööriista või tooraine halb kvaliteet, pimedus, töökoha kitsus ja korrastamatus, töölise mitteküllaldane väljaõpe või tema hooletus jne.

Massilise nähtusena aga kujutab traumatism endast suurust, mis töökorralduse ja tööliste kvalifikatsiooni muutmata tingimustes on kaunis stabiilne ja püsiv ja mis näiteks uute töömeetodite juurutamisel, tootmise tehnoloogia jms. muutmisel järsult muutub.

Vaatluste massilisel esinemisel aga kaovad mitmesugused individuaalsed hälbepildid ja uuritava nähtuse põhiline seaduspärane kerib puhtal kujul esile: sündimuse ajal sõltuvus üldistest sotsiaal-majanduslikest tingimustest; sündinute jaotusel soo järgi — soo arenemine soo kromosoomide arvust; traumatismi sõltuvus tootmis-tehnikast, tööliste kvalifikatsioonist, nende töö korraldusest jne.

Seepärast tuleb põhilise seaduspärasuse väljaselgitamiseks statistilise meetodi põhjal küllaldaselt suurvaatluste arv aluseks võtta.

Ei tohi näiteks järeldusi teha haigestuse raskuse või ühe või teise ravimi tarvitamise kasulikkuse kohta 5—10 juhtumi vaatluse põhjal haiglas.

Keskmete suuruste ja näitajate arvutamiseks peab statistiline materjal olema kvaliteedilt ühtlane.

Õpilaste kehalise arenemise uurimisel ei saa näiteks arvutada kõigi I klassi õpilaste keskmist kasvu ja kehakaalu. See materjal osutub kvaliteedilt ebahütlaseks. Õpilaste hulgas võib olla 8-, 9- ja isegi 10-aastasi lapsi. Laste kasv ja kaal olenevad vahetult vanusest. Seepärast on õige kasvu, kaalu, rinnakorvi ümbermõõdu näitajaid arvutada iga vanuserühma kohta.

Haigla tegevuse aruande koostamisel ei piisa letaalsuse (surmavuse) näitaja arvutamisest kogu haigla kohta, sest haigla koosseisu võib kuuluda näiteks nakkusosakond, kus letaalsus on tunduvalt kõrgem, ja sünnitusosakond, kus letaalsus on tavaliselt väga madal ja kus ta tegelikult nullini tuleks viia. Keskmised näitajad üldiselt haigla kohta aga segavad ära pildi üksikute osakondade tööst. Seetõttu tuleb letaalsuse näitaja arvutada üksikult iga osakonna kohta.

Statistilisel uurimisel on kolm arenemisjärku: 1) vaatlus (materjali kogumine), 2) töötlus (materjali koondamine), 3) näitajate arvutamine, analüüs.

Vaatlus. Materjali kogumine toimub kahel viisil. Esimesel juhul registreeritakse iga nähtust tema esinemisel; teatud aja kestel aga, näiteks aasta jooksul, tekib hulk nähtusi. Sel viisil uuritakse haigestumust, sündimust, suremust.

Säärast materjali kogumise meetodit nimetatakse jooksvaks registreerimiseks. Jooksva registreerimise korras õpitakse tundma nähtuse dünaamikat, tema muutumist vastavalt ajale (näiteks haigestumuse, suremuse liikumine kuust kuusse, aastast aastasse).

Teisel juhul kogutakse kogu vaatluste hulk korraga, kas üksiknähtude kogu hulga üheaegse loenduse või uurimise ja kokkuvõtte teel. Üheaegse loenduse teel määratakse kindlaks rahvastiku arv ja koosseis, haiglate arv ja liigitus, arstide, keskmeditsiinilise personaali arv.

Üheaegse meditsiinilise läbivaatuse teel kogutakse materjali kollektiivis esinevate haiguste kohta (trahhoom, tuberkuloos, solk-med), teatavate rühmade (kutsealuste, tööliste) tervisliku seisundi kohta. Üheaegsete antropomeetriliste mõõtmiste teel kogutakse materjali kehalise arenemise kohta.

Säärast materjali kogumise meetodit nimetatakse üheaegseks vaatluseks; ta peegeldab nähtuse seisundit, staatikat vastaval momendil.

Enne materjali kogumisele asumist koostatakse uurimise plaan ja kava, määratakse kindlaks vaatlusühik ja arvestustunnused, mille alusel vaatlus toimub.

Vaatlusühikuks nimetatakse iga arvestusele kuuluvat üksiknähtust ja arvestustunnusteks — neid andmeid, teatmeid, mis iga juhtumi kohta kogutakse. Näiteks on elanikkonna düsenteeriasse haigestumuse uurimisel vaatlusühikuks iga düsenteeriajuhtum, iga düsenteeriahaige, arvestustunnusteks — sugu, vanus, haige elukutse, haigestumise kuupäev jms.

Iga juhtum registreeritakse teatavatel blankettidel, kaartidel, statistilistel formularidel. Mõned meditsiiniliste asutiste tegevuse

momentid registreeritakse žurnaalides. Nii registreeritakse kõik haiglasse saabuvad haiged vastuvõturuumi žurnaalis.

Meditiinilistes asutistes kasutatavad registreerimis- ja arvestusvormid kinnitatakse rahvamajanduse arvestusorganite poolt ja nende pidamine on kohustuslik. Nad on ühesugused kõigi Nõukogude Liidu asutiste jaoks.

Registreerimiskaartidel ja -blankettidel on kahesugune tähtsus: ühelt poolt kujutavad nad endist operatiivseid dokumente, mille alusel rakendatakse vajalikke abinõusid selle isiku suhtes, kelle kohta on dokument täidetud; olles kogutud teatud aja jooksul moodustavad nad teiselt poolt statistilise töötamise materjali.

Kahesugune tähtsus, mida registreerimisdokumendile omistatakse, nõuab selle hoolikat täitmist ja käsitlemist.

Registreerimisblankett tuleb tindiga täita; kõigile küsimustele tuleb anda purgivad vastused. See on vajalik niihästi operatiivselt kui ka edasise statistilise töötlemise eesmärgil.

Sanitaarse seisundi üksikute näitajate järgneval analüüsimisel vaatleme ka registreerimisdokumentide põhivorme.

**Koondamine.** Pärast materjali kogumist asutakse selle töötlemisele (koondamisele). Enne materjali töötlemist tuleb selgusele jõuda, kas üksikud kaardid on õigesti täidetud, kas kõik andmed on olemas. Vahel on puuduvaid andmeid kerge täiendada. Kui näiteks sugu on tähendamata ja haige nimi on Marie, siis on selge, et tegemist on naissoost isikuga. Mõnel juhul tuleb vajalike teatmete saamiseks pöörduda dokumendi väljastanud asutise poole ja andmeid kontrollida. Kui andmete täiendamine osutub võimatuks, tuleb kaart töötluselt kõrvaldada.

Kaartide materjali töötlemine (koondamine) seisneb aruandluse tunnuste kokkuvõtmises vastavalt kindlaksmääratud plaanile ja sõltuvalt uurimise ülesandeist.

Kokkuvõetud andmed kantakse tabelitesse. Tabelid koostatakse varem ja nad kujutavad endist koondi plaani.

Meie eesmärgiks on näiteks andmete töötlemine laste ägedate nakkushaiguste kohta A. rajoonis 1941. a. Üldse haigestus 1345 last kuni 14 a. vanuses.



Töötlusel huvitab meid kaks küsimust: haigestumuse koostis ja haigete jaotus vanuse järgi.

Materjali töötlemiseks üksikute haigestuste järgi eraldame üksikutesse rühmadesse kõige raskemad ja lastel kõige sagedamini esinevad ägedad nakkushaigused: leetrid, sarlakid, difteeria, läkaköha, düsenteeria. Kõik teised haigused ühendame rühma „Muud“.

Tabeli näol koostatud koondi plaan kujuneb järgmiseks:

Haiguse nimetus	Juhtumite arv
Leetrid . . . . .	—
Sarlakid . . . . .	—
Difteeria . . . . .	—
Läkaköha . . . . .	—
Düsenteeria . . . . .	—
Muud . . . . .	—
Kokku	—

Selle tabeli täitmiseks tuleb kaardid haigestuste diagnooside järgi laiali asetada, iga rühm kokku arvata ja saadud andmed vastavasse lahtrisse kanda.

Materjali kokkuvõtmiseks haigestunute vanuse järgi tuleb enne selgusele jõuda, missuguste vanuserühmade alusel tuleb materjal rühmitada ja kokku arvata. Materjali rühmitamisel vanuse järgi eraldatakse tavaliselt imikud (0—1 a.), lastesõime-, eelkooli-, nooremad ja vanemad kooliealised lapsed. Selle rühmituse alusel koostame järgmise koondi plaani:

Vanus	Juhtumite arv
0—1 a. . . . .	—
1—4 a. . . . .	—
5—9 a. . . . .	—
10—14 a. . . . .	—
Kokku.	—

Enne materjali liigitamist vanuserühmade järgi tuleb see kindlaksmääratud šifriga ära märkida, näiteks numbritega 1, 2, 3, 4, mis näitab, missugusesse vanuserühma iga kaart kuulub. Kõik alla 1 a. vanused lapsed tuleb paigutada esimesse rühma, lapsed üle 1 ja alla 5 aasta teise rühma jne.

Märgitud kaardid jaotatakse vastavalt nelja rühma, arvutatakse kokku ja märgitakse üles.

Kaartide äramärkimine kiirendab nende liigitamist ja arvestust ning aitab vältida vigu.

Kaarte liigitades ja diagnooside ning vanuse järgi kokku arvates saame järgmised tabelid:

Haiguse nimetus	Juhtumite arv	Vanus	Juhtumite arv
Leetrid . . . . .	420	0— 1 a.	372
Sarlakid . . . . .	135	1— 4 a.	391
Difteeria . . . . .	58	5— 9 a.	368
Läkakõha . . . . .	211	10—14 a.	214
Düsenteeria . . . . .	207	—	—
Muud . . . . .	314		
Kokku	1345	Kokku	1345

Koostatud tabelid on lihttabelid, sest nad on koostatud ühe arvestustunnuse järgi (haigestus, vanus).

Analüüsiks aga on lihttabelitest vähe. Meid huvitab mitte ainult kõigi lastehaiguste liigitamine üksikute diagnooside järgi, vaid ka see, kuidas need haigused vanuste järgi jagunevad, millised on peamiselt imikutel, eelkooli- ja kooliealistel lastel esinevad haigused.

Et vastata neile küsimustele, tuleb koostada rühmatabel, mis kujutab endast mõlema tunnuse — haigestuse ja vanuse — kombinatsiooni.

Haigestuse tunnuse märgime tabelil vertikaalselt (nn. statistiline alus), vanuse tunnuse — horisontaalselt (statistiline öeldis).

Rühmatabel kujuneb järgmiseks:

Haiguse nimetus	Vanus				Kokku
	0—1 a.	1—4 a.	5—9 a.	10—14 a.	
Leetrid . . .					
Sarlakid . . .					
Difteeria . .					
Läkaköha . .					
Düsenteeria					
Muud . . . .					
Kokku					

Rühmatabeli koostamisel toimub materjali läbitöötamine järgmiselt:

Kaardid laotakse esialgu aluse — antud juhul haigestuse diagnoosi järgi laiali. Kaartide arv iga haigestuse järgi kantakse viimasesse lahtrisse „kokku“. Siis laotakse kõik leetrikaardid vanuserühmade järgi laiali. Igale vanuserühmale vastav kaartide arv kantakse vastavasse ruudukesse joonel „Leetrid“. Samuti toimitakse sarlaki, difteeria jt. kohta käivate kaartidega. Kaardikesi lahus hoides loetakse nad liikide järgi kokku ja kontrollitakse kokkuvõtteid nii vertikaal- kui ka horisontaaljoone järgi.

Täidetud rühmatabel kujuneb järgmiseks:

Haiguse nimetus	Vanus				Kokku
	0—1 a.	1—4 a.	5—9 a.	10—14 a.	
Leetrid . . .	90	158	130	42	420
Sarlakid . . .	18	32	69	16	135
Difteeria . .	7	19	20	12	58
Läkaköha . .	47	60	31	73	211
Düsenteeria	122	44	30	11	207
Muud . . . .	88	78	88	60	314
Kokku	372	391	368	214	1345

Rühmatabel pakub analüüsiks suuremaid võimalusi. Ta vihjab mitte ainult sellele, et leetrid, läkaköha ja düsenteeria osutused kõige enam levinud haigusteks, moodustades kokku ca  $\frac{2}{3}$  kõigist haigustest, vaid ka asjaolule, et düsenteeria on põhiliselt imikuea haigestus, leetrid ohustavad peamiselt lastesõime- ja kooliealisi vanuserühmi jne.

Rühmatabeli võib koostada kolme ja suurema arvu tunnuste alusel.

Näiteks jaotame tähendatud haigestusjuhtumid mitte ainult vanuse, vaid ka soo järgi. Tabel kujuneb siis järgmiseks:

Haiguse nimetus	Vanus	0—1 a.			1—4 a.			5—9 a.			10—14 a.			Kokku		
		m	n	mõlemad sood	m	n	mõlemad sood	m	n	mõlemad sood	m	n	mõlemad sood	m	n	mõlemad sood
Leetrid . . .	—	48	42	90	81	77	158	60	70	130	22	20	42	211	209	420
Sarlakid . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Kombinatsiooni puhul kolme tunnuse järgi toimub laialiasetus järgmiselt.

Haigestuste diagnooside järgi liigitatud kaardikesed asetatakse vanuserühmade alusel laiali. Iga vanuserühma kokkuvõtte kantakse lahtrisse „Mõlemad sood“ ja asetatakse siis soo järgi laiali. Kokkuvõttelahtreis „Kokku“ täidetakse kõigi lahtrite „Mehed“, „Naised“ ja „Mõlemad sood“ kokkulugemise teel kõigi vanuserühmade kohta.

### Tuletatud suurused.

Absoluutsetes arvudes koostatud tabelid võimaldavad materjali analüüsida, kuid täpsema võrdluse ja näitlikkuse eesmärgil ei piirdu statistika absoluutsete arvude kokkulugemisega, vaid nende alusel arvutatakse nn. tuletatud suurused ehk näitajad.

Absoluutsetest arvudest näeme, et düsenteeria tabab peamiselt imikuid. Palju näitlikumalt aga selgitame sama asjaolu, kui arvutame imikute osatähtsuse kõigi düsenteeriasse haigestunud isikute hulgas.

Suhendades düsenteeriahaigeid imikuid kõigi düsenteeriasse haigestunud isikutega  $\frac{122 \cdot 100}{207} = 58,9\%$ , leiame, et düsenteeriahaigete peamass, nimelt 58,9% langeb imikueale.

Tähendatud näitajat nimetatakse ekstensiivsuse näitajaks ehk jaotuse näitajaks.

Ta näitab, kuidas terve (vastaval juhul kõik düsenteeriasse haigestunud) jaguneb osistesse (üksikutesse vanuserühmadesse), selgitades vanuserühma osatähtsust haigete üldmassis.

Rajoonis A sündis 1913. a. 4800 inimest, suri esimesel eluaastal (vanuses 0—1 a.) 1235 last. 1937. a. sündis samas rajoonis 6450 inimest ja suri 1015 last 0—1 a. vanuses.

Kui kõrge oli laste suremus 1913. a. ja kuivõrd see vähenes 1937. a.?

Et sellele küsimusele vastata, arvutame laste suremuse näitajad 1913. a. ja 1937. a. kohta: <sup>1</sup>

$$1) \frac{1235 \cdot 100}{4800} = 25,7\%$$

$$2) \frac{1015 \cdot 100}{6450} = 15,5\%$$

Selgub, et võrreldes 1913. a. vähenes laste suremus 1937. a. 10,2% võrra.

Arvutatud näitajat nimetatakse intensiivsuse või sageduse näitajaks. Ta näitab nähtuse jõudu, sagedust, levimist, miljöös tekkiva nähtuse intensiivsust (käesoleval juhtumil imikute surma sagedust sündinute hulgas).

Sageli eksikombel esinev ühe näitaja asendus teisega, otsustamine nähtuse intensiivsuse üle ekstensiivse näitaja järgi põhjustab ekslikke järeldusi.

---

<sup>1</sup> Laste suremuse näitajaks nimetatakse 0—1 a. vanuses surnud laste arvu 100 vastaval aastal sündinu kohta.

1500 töölisega töötavas tekstiilvabrikus esines 1938. a. 1300 haigestusjuhtumit, sealhulgas 265 gripijuhtumit ehk 20,4% juhtumite üldarvust.

1934. a. esines 975 haigestusjuhtumit, sealhulgas grippi — 240 ehk 24,6% kõigist juhtudest.

Võrreldes 1938. a. tõusis gripi osatähtsus üldises haigestumuses 1939. a. 4,2% võrra.

Kas võib aga osatähtsuse s. o. ekstensiivse näitaja arvel teha järeldust grippi haigestumuse suurenemise kohta 1939. a. võrreldes 1938. a.? Mitte mingil juhul.

Võrreldes 1938. a. tõusis gripi osatähtsus 1939. a. seetõttu, et haigestumuse üldise vähenemise juures teised haigestused (näiteks vigastused, mao-soolte haigestused ja muud) enam vähenesid kui gripp.

Et vastata küsimusele, kas haigestumus grippi 1939. a. suurenes või vähenes, tuleb arvutada gripijuhtumite arv 100 töölise kohta, määrata kindlaks gripi sagedus, intensiivsus tööliste juures 1938. ja 1939. a., s. o. arvutada intensiivsuse näitaja:

$$\frac{265 \cdot 100}{1500} = 17,7\%; \quad \frac{240 \cdot 100}{1500} = 16\%.$$

Võrreldes 1938. a. alanes haigestumine grippi 1939. a. 1,7% võrra.

### Keskmiised suurused

Peale relatiivsete näitajate arvutatakse statistikas nn. keskmised suurused.

Keskmiised suurused arvutatakse siis, kui tahetakse kollektiivi iseloomustada ühe arvuga, mis annab üldkollektiivi koondiseloomustuse.

Keskmiisi suurusi rakendatakse laialdaselt kehalise arenemise iseloomustamisel.

Kasvu, kaalu, rinnakorvi ümbermõõdu antropomeetriliste ja mõningate muude mõõtmiste alusel arvutatakse keskmine kasv, keskmine kaal, rinnakorvi keskmine ümbermõõt kogu kollektiivi kohta.

Järgmises tabelis lk. 38 tähendatud Moskva, Leningradi ja Ukraina NSV kutsealuste tööliste keskmine kasv, kaal ja rinna ümbermõõt 1927. a. ja 1933. a. osutavad nende näitajate suurenemisele, järelikult töölistmasside kehalise arenemise parenemisele.

Kutsealuste tööliste kasv, kaal ja rinna ümbermõõt.

Paikkond	Kasv sm		Kaal kg		Rinna ümbermõõt sm	
	1927. a.	1933. a.	1927. a.	1933. a.	1927. a.	1933. a.
Moskva . . . . .	167,3	167,9	61,3	62,6	87,8	89,0
Leningrad . . . . .	167,0	167,9	61,2	63,1	87,6	90,3
Ukraina NSV . . .	169,1	169,2	62,8	65,0	88,3	89,9

Keskmiised suurused iseloomustavad kollektiivi õigesti ühe arvuga ainult sel juhtumil, kui need arvutatakse kvaliteedilt ühtlase kollektiivi kohta.

Ei saa arvutada näiteks keskmist voodisviibimise kestust üldiselt kõigile haigetele ilma haigestuste liigitamiseta, sest voodisviibimise kestus oleneb eelkõige haigestusest.

Arvutame haige keskmise voodisviibimise kestuse sarlakiosakonnas. Osakonnas oli üldse 31 haiget. Neist viibis voodis:

V	P
27 päeva	2 isikut
28 "	4 "
30 "	5 "
32 "	10 "
33 "	6 "
35 "	3 "
36 "	1 isik
	Kokku 31 isikut

Saadud rida nimetatakse variatsioonireaks. Ta koosneb variantidest V, mis kujutavad endist haiglasviibimise kestuse varieeruva (muutuva) tunnuse mitmesuguseid suurusi ja sagedusi (P), mis näitavad, kui sagedasti üks või teine variatsioon esines.

Voodisviibimise keskmise kestuse kindlaksmääramiseks tuleb iga variant korrutada temale vastava sagedusega, liita korrutised, määrates sel teel kindlaks kõigi haigete poolt veedetud päevade üldarvu, ja jagada saadud summa ravilolnud haigete arvuga:

27 päeva	× 2 = 54 päeva	35 päeva	× 3 = 105 päeva
28 "	× 4 = 112 "	36 "	× 1 = 36 "
30 "	× 5 = 150 "	<hr style="width: 100%;"/>	
32 "	× 10 = 320 "	975 päeva	
33 "	× 6 = 198 "	$\frac{975}{31} = 31,4$ päeva.	

Sarlakiosakonnas lamas haige keskmiselt 31,4 päeva. Keskmise kaalutud suurus arvutatakse järgmise üldvalemi järgi:

$$M = \frac{\sum V \cdot p}{N}$$

- kusjuures  $M$  — keskmine;  
 $N$  — vaatluste üldarv;  
 $\Sigma$  — summa;  
 $V$  — variandid;  
 $p$  — sagedused.

### Sanitaarse seisundi demograafilised näitajad.

Demograafiliste näitajate hulka kuuluvad andmed rahvastiku arvu, koosseisu ja liikumise kohta.

#### Rahvastiku arv ja koosseis.

Põhiandmed rahvastiku arvu ja koosseisu kohta saadakse rahvaloenduste alusel. Rahvaloendused toimuvad üks kord 5—10 aasta kohta.

Lääne-Euroopa maades hakati rahvaloendusi süstemaatiliselt korraldama XVIII sajandi lõpul ja XIX sajandi algul. Väljaspool Euroopat asetsevates koloniaal- ja poolkoloniaalmaades ei ole isegi käesoleva ajani sisse seatud kohaliku päriselanikkonna täpset arvestust.

Tsaari-Venemaal toimus esimene üldrahvaloendus 1897. a. Nõukogude perioodil on korraldatud kaks rahvaloendust, nimelt 1926. a. ja 1939. a.



Loendused vihjasid elanikkonna kiirele juurdekasvule, eriti nõukogude ajajärgul.

1939. a. liitusid NSV Liiduga Lääne-Ukraina, Lääne- Valge-Venemaa ja 1940. a. Balti vabariigid: Leedu, Läti ja Eesti, kokku 23 miljoni kodanikuga. Nii moodustas NSV Liidu rahvastiku üldarv enne Suurt Isamaasõda 193 miljonit elanikku — kümnendiku kogu maa- kera rahvastiku arvust.

Rahvaloendus annab kujutluse mitte ainult rahvastiku arvust kogu riigi kohta, vaid ka üksikute vabariikide, oblastite, linnade, rajoonide järgi ja võimaldab ülevaate rahvastiku koostisest. 1939. a. loenduse alusel on meil täpsed andmed NSV Liidu rahvastiku koosseisu kohta vanuse, soo, rahvuse, sotsiaalse seisundi ja NSV Liidu kodanike kirjaoskuse, hariduse taseme, ametiala ja perekonnaseisu kohta.

Need andmed on otsustava tähtsusega tervishoiu plaanimisele nii üldse kui ka meditsiinilise abi üksikute liikide järgi, nagu sünnitusabi, laste ravi-profülaktilised asutised jms.

Andmed rahvastiku arvu kohta võimaldavad arvutada rahvastiku tiheduse näitajat s. o. elanike arvu 1 km<sup>2</sup> maa-ala kohta.

NSV Liidu rahvastiku tihedus ei ole kaugeltki ühesugune tema üksikutes osades. Rahvastiku suurim tihedus esineb läänepoolsetes oblastites, Balti vabariikides, Ukrainas, Valge-Venes, Vene NFSV Euroopa osa keskmistes oblastites. Rahvastiku tihedus on väga väike Siberis, Kesk-Aasia vabariikides, Kaug-Põhjas ja Kaug-Idas. Sõda põhjustas rahvastiku suurte masside liikumise idasse, mis soodustas rahvastiku tiheduse suurenemist idapoolsetes rajoonides.

Andmed rahvastiku tiheduse kohta on tervishoiuorganitele väga olulised, sest meditsiiniliste asutiste plaanimisel võetakse arvesse mitte ainult rahvastiku arv, vaid ka selle rahvastiku teenindamise raadius.

Näiteks 60 000 elaniku teenindamiseks ühes linnas võib ehitada ühe suure haigla 250—300 voodiga. Mingisuguse idapoolse põllumajandusliku rajooni 60 000 elaniku teenindamiseks tuleb meditsiiniline abi detsentraliseerida ja avada mitu väikest rajoonihaiglat 15—25 voodiga.

## Rahvastiku liikumine.

Rahvastiku liikumine — sünnid, surmajuhtumid, kolimine elukoha muutmisel jne. muudavad rahvastiku arvu, selle koostist vanuse ja soo järgi ja on sanitaarselt seisukohalt väga tähtsad.

### Rahvastiku mehaaniline liikumine.

Rahvastiku üksikute rühmade edasiliikumist (migratsiooni) ühest rajoonist teise, maalt linna või väljapoole riigipiire nimetatakse rahvastiku mehaaniliseks liikumiseks.

Rahvastiku mehaaniline liikumine oleneb mitmesugustest sotsiaal-majanduslikest tingimustest. Revolutsiooniaelses Venemaal täheldati töajalise meessoost elanikkonna alatist liikumist maalt linna (hooajatöödele), ümberasumist keskrajoonidest näiteks Ukrainast Siberisse. Tunduv hulk emigrante siirdus ka välismaale, peamiselt Ameerikasse.

Nõukogude ajal asendusid need stiihilised migratsiooni protsessid tööjõu plaanilise üleviimisega loodavatesse ja arenevatesse tööstus- ja põllumajanduskeskustesse: Uurali, Kuznetski basseini, Murmanski, Siberisse jne.

Eriti suuri liikumisi täheldatakse sõja ajal.

Suure Isamaasõja esimesel perioodil toimus rahvastiku masside ümberasumine NSV Liidu läänepoolsetest rajoonidest idapoolsetesse.

Seoses Punaarmee võitudega ja rea rajoonide ja oblastite vabastamisega saksa okupantidest täheldati vastupidist liikumist — elanikkonna reevakueerimist vabastatud rajoonidesse, endisesse elu- ja töökohta.

Migratsiooniprotsesside hulka kuulub sõjaväeosade edasiliikumine, inimmasside üleviimine rindele jms.

Migratsiooniprotsessid: evakueerumine, reevakueerumine, ümberasumine leiavad rea aastate jooksul kindlasti aset ka pärast sõda.

Rahvastiku mehaaniline liikumine avaldab tohutut mõju maa sanitaarsele seisundile.

Migratsioon häirib elanike harjumuslikke elutingimusi, loob elanikkonna tiheda kontakti, kuhjumise transportimisel ja ümberasuvate masside sihtkohtadel, asetab nad sanitaarselt ebasoodsatesse tingimustesse, mistõttu migratsioon nakkuste levimise võimaluste suhtes on alati ohtlik.

Rahvaste stiihiline edasiliikumine 1914—1922. a. (põgenemine, toiduainetega hangeldamine) soodustas tähnilise ja taastuva tüüfuse levimist ning põhjustas malaaria pandeemia ehk laustaudi 1923.—1924. a., mil malaaria kandus rajoonidesse, kus seda varem ei olnud.

Seepärast peavad tervishoiuorganid arvesse võtma rahvastiku mehaanilist liikumist ja epideemiade vältimise eesmärgil vajalikud abinõud tarvitusele võtma, migreeriva elanikkonna meditsiinilis-sanitaarseks teenindamiseks (elanike sanitaarne korrastus teekonnal, uude elukohta saabumisel saunade, sanitaarläbilasklate kaudu; transpordi desinfektsioon ja desinsektsioon, elanike varustamine meditsiinilise abi, ravimite, keedetud joogivee ja heakvaliteediliste toiduainetega teekonnal ja saabumisel, teekonnal haigestunud isikute õigeaegne avastamine ja hospitaliseerimine jne.).

Tervishoiuorganid ja transpordi sanitaar-organisatsioon said hästi toime Isamaasõja aastail evakueeritud elanikkonna meditsiinilis-sanitaarse teenindamisega, vältides taudide levimist. Tervishoiuorganite ees seisab ülesanne tagada vajalikud sanitaaralased abinõud nii tagasituleva kui ka vabastatud rajoonidesse jäänud elanikkonna suhtes. See ülesanne on eriti keeruline seetõttu, et vabastatud rajoonid on saksa anastajate peremehetsemise tagajärjel sattunud raskesse sanitaarsesse olukorda ja meditsiiniline võrk neis on hävitatud.

Siseministeriumi miilitsaorganid võtavad arvele rahvastiku mehaanilist liikumist. Ootamatu üheaegse suurte rahvamasside edasiliikumise juhtudel, mis on tingitud näiteks sõjast, tuleb korraldada ka ümberasunud elanikkonna üheaegne rahvaloendus. Säärane üheaegne evakueeritud elanikkonna loendus toimus meil 1942. a.

### **Rahvastiku loomulik liikumine.**

Rahvastiku „loomuliku“ liikumise all mõistetakse peamiselt rahvastiku sündimust ja suremust.

Sündimus ja suremus arvutatakse iga sünni ja surmajuhtumi registreerimise alusel nõukogude eri osakondades — perekonnaseisuaktide büroodes.

Enne Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni puudus Vene maal sündide, surmajuhtumite ja abielude kodanlik registreerimine. Neid funktsioone täitis kirik; kirikute juures peeti meetrikaraamatuid sündide ja surmajuhtumite kohta, kuid need andmed olid ebapätsed ja puudulikud.

### Sündimus.

Sündimuse koefitsiendiks ehk näitajaks nimetatakse sündide arvu 1000 elaniku kohta aastas. Peegeldades sündimuse taset mitmesugustel maadel ja sõltudes teatavaist sotsiaal-majanduslikest põhjustest osutub see koefitsient kaunis stabiilselt püsivaks suurusks, mis aja jooksul vähe muutub. See õigustab nentima kõrge, keskmise ja madala sündimusega maid. Sündimuse koefitsient kõigub umbkaudu 10 kuni 50 piirides 1000 elaniku kohta.

Madal sündimus (10 kuni 20) on iseloomustav kapitalistlikele tööstusmaadele (Prantsusmaa, Inglismaa, Saksamaa, Skandinaavia riigid).

Kõrget sündimust (30 ja üle selle) täheldatakse põllumajanduslikes, agraarmaades (joonis 3).

Maal on sündimus tunduvalt kõrgem kui linnades. Mõnes Lääne-Euroopa linnas (näiteks Viinis) langeb sündimus alla 10<sup>0/00</sup>.

XIX sajandi jooksul, eriti alates selle teisest poolest, ja XX sajandil väheneb sündimus kõrvalekaldumatult kõigis kapitalistlikes maades.

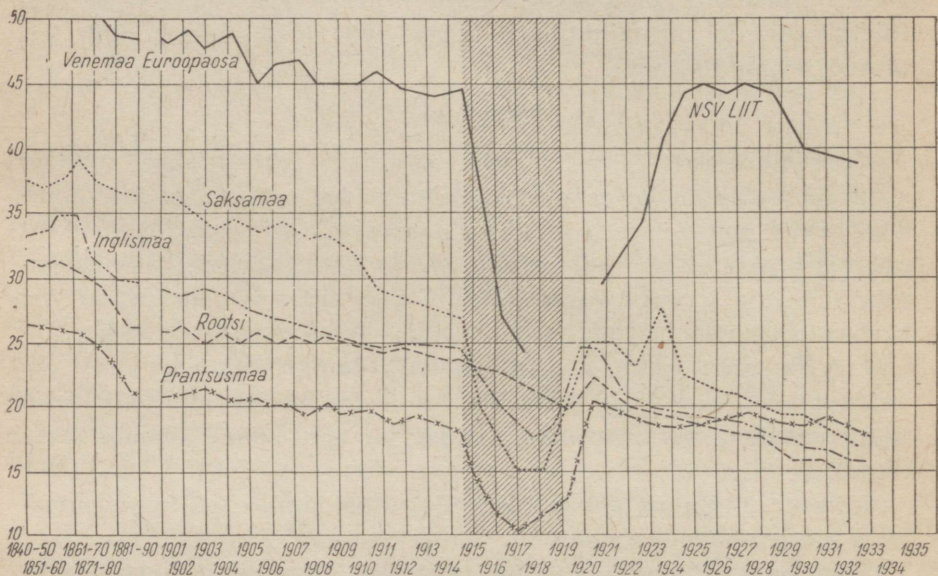
Eriti tunduvat „katastroofilist“ sündimuse langust täheldatakse kõigis maades sõjaajal. See sündimuse järsk langus suurendab tunduvalt sõdivate maade elanikkonna arvulisi kaotusi.

Seoses kapitalismi arenemisega, küla elanikkonna liigitusega kihtidesse ja linnade kasvuga täheldatakse sündimuse vähenemist igal pool — nii eesrindlikes tööstusmaades kui ka mahajäänud põllumajanduslikes maades.

Kodanliku ühiskonna „alamate“ klasside — talupoegade ja proletariaadi hulgas on sündimus kõrgem kui „kõrgemate“ klasside hul-

gas. Seoses kapitalismi arenemisega langes sündimus järsult ka talupoegade ja iseäranis proletariaadi hulgas.

Sündimuse langus kujunes niivõrd ulatuslikuks, et kodanlikud poliitikud, ökonomistid, demograafid hakkasid otsima intensiivselt mitmesuguseid abinõusid, et soodustada sündimust ja seda tõsta



Joonis 3.

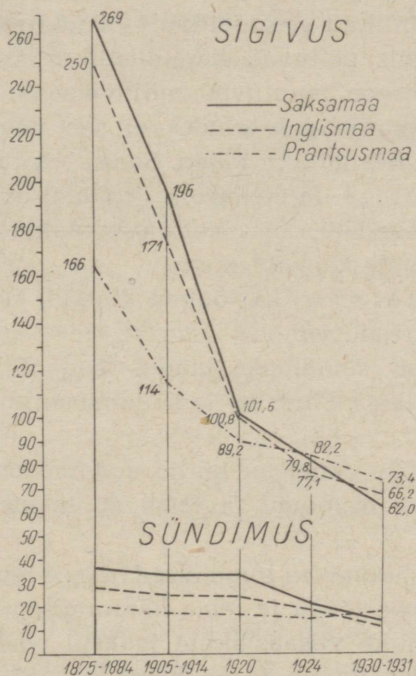
neile kõige „väärtuslikumate“ ühiskonna kihtide: aristokraatia, kodanluse ja talupoegade kulakliku ülemkihi hulgas.

Rassipoliitika kujunes fašistliku Saksamaa verise vägivaldla peateguriks.

Tõstes esile jampslikud „teooriad“ ainukesest täisväärtuslikust saksa rassist, kes on kutsutud valitsema teiste maailmarahvaste üle, pani fašism peale oma võimuletulekut maksma rea inimesevihkajate „seadusi“ „aaria rassi puhtuse ja suurendamise“ vägivaldseks tagamiseks (aarialaste abielukeeld mitteaarialastega, vägivaldne steriliseerimine jm.). Ühtlasi asusid sakslased teiste rahvaste laiaulatuslikule füüsilisele hävitamisele.

Nähes Saksamaal esinevas madalas sündimuses ja slaavi tõugu rahvaste ning teiste rahvaste kõrgemas sündimuses ohtu aaria rassi ülevõimule, tarvitas fašism loomalikku vägivalda, pani toime ennekuulmatuid kuritegusid ja mõrvas sadu tuhandeid ja miljoneid süütuid inimesi sakslaste poolt okupeeritud maades.

Sündimuse üldnäitaja alusel selgitatavat sündimuse vähenemise tegelikku ulatust maskeerib elanikkonna vanuselise struktuuri muu-



Joonis 4.

tumine, milles seoses sündimuse ja järelkult ka lapsea osatähtsuse vähenemisega suureneb keskea osatähtsus, mis sündimust vahetult põhjustab.

Seepärast annab nn. spetsiaalne sündimuse koefitsient või sigivuse koefitsient — sündide arv 1000 sünnitamisealise naise kohta (15—49 aastani) täpsema kujutluse sündimuse ulatusest.

Sündimuse ja sigivuse näitajate võrdlemine näitab kujukalt vahet nende kahe näitaja vahel (joonis 4).

Kõigi maade kodanlikud õpetlased seletavad mitmeti sündimuse üldist vähenemist: ühed seletavad seda bioloogiliste põhjustega; kaasaegse „tsiviliseeritud“ inimkonna väljasuremisega, naiste sigivuse vähenemisega; teised näevad selles suurte linnade kombelõtvust, suguhaiguste kasvu, naiste tööstusse lülitamise tulemust, elanikkonna kultuursuse tõusu jms.

Kõik need kodanlikud „teoreetikud“ ei näe sündimuse vähenemise peapõhjust, mis peituvad kapitalistlikus korras, mis seoses kapitalismi arenemisega muutuvad mõjuvamaks. Kapitalism hävitab perekonna, kapitalistlikes oludes ei saa ühendada emakutset naiste tootmis- ja ühiskondliku tööga. Seoses töötaolu kasvu ja töölisklassi vaesustumisega, talupoegade liigitamisega kihtidesse kasvab töötajate perekondades üha suurenev ebakindlus ja mure oma laste tuleviku ja nende kasvatus eest.

Suurt laste arvu ei soovi ka jõukad klassid, kes kardavad kapitali killustumist pärijate vahel.

Järelikult osutub sündimuse langus kodanlikes maades laste sünnitamise teadliku loobumise ja sündimuse kunstliku reguleerimise tulemuseks.

Revolutsioonieelse Venemaa kõrge sündimus oli seletatav põllumajandusliku maa iseloomu ja tema majandusliku mahajäämusega.

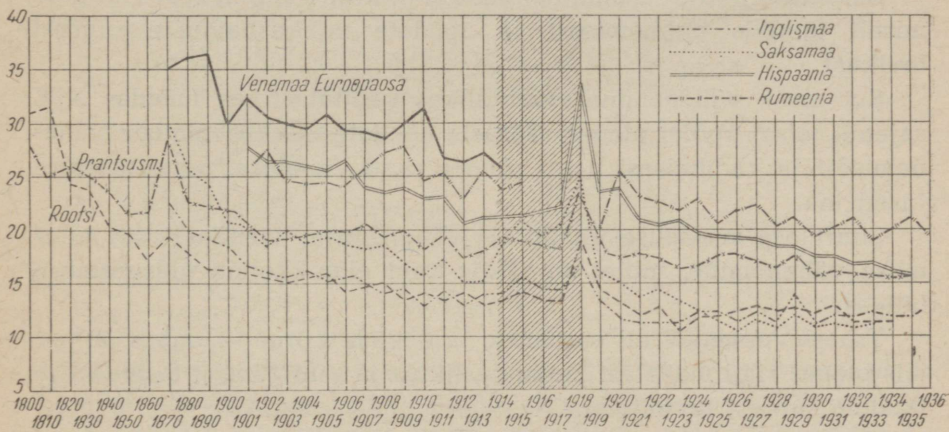
NSV Liidus on sündimuse tingimused hoopis teistsugused. Seoses NSV Liidu majanduse tõusu ja tema muutumisega esmaklassiliseks tööstusriigiks stalinlike viisaastakute jooksul püsib sündimus NSV Liidus endiselt kõrgel tasemel, moodustades umbes 40 sündi 1000 elaniku kohta, erinevalt kapitalistlikest maadest. Emakutse on NSV Liidus naise austavaks ühiskondlikuks funktsiooniks, mida Nõukogude riik hoolikalt kaitseb. Seadused naise töökaitse alal, ema ja lapse huvide sotsiaal-õiguslik kaitse, lasterikaste, lapsi rinnaga toitvate emade ning rasedate riiklik abistamine, ema ja last teenindavate ravi-profülaktiliste ja sotsiaal-elukondlike asutiste võrgu: naiste ja laste nõuandlate, sünnitusmajade, lastesõimede ja mängumurude arendamine, sõjaajal väljaantud 8. juuli 1944. a.

valitsuse seadlus riikliku abi suurendamise kohta emadele, emaor- denite ja -medalite asutamine — kõik see tagab nõukogude emadele rahuliku, rõõmsa emakutse, soodustab sündimuse tõusu NSV Liidus, asetab NSV Liidu sündimuse poolest ühele esimestest kohtadest maailmas.

### Suremus.

Suremuse koefitsiendiks ehk näitajaks nimetatakse surmajuhtu- mite arvu 1000 elaniku kohta aastas.

Suremuse näitaja kõigub võrdlemisi väikestes piirides, umbes 10 kuni 30 vahel 1000 elaniku kohta.



Joonis 5.

Madal suremus (10 kuni 15 iga 1000 elaniku kohta) esineb töös- tusriikides: Inglismaal, USA-s, Skandinaavias, Belgias, Hollandis ja valge elanikkonna hulgas mõnes Inglise domioonis — Austraalias ja Uus-Meremaal.

Kõrge suremus (20 ja üle selle) esineb peamiselt põllumajandus- likes maades: Euroopas — Rumeenias, Ungaris, mõnes Balkani riigis, Lõuna-Ameerikas ja koloniaalmaades.

Suremuse dünaamika uurimine eri maades näitab, et Lääne- Euroopa maades on suremus tunduvalt alanenud, eriti alates XIX sajandi teisest poolest (joonis 5).



Selle alanemise tempo on aga XX sajandil tunduvalt aeglustunud; viimast kümneaastakut Teise Maailmasõja eel iseloomustab stabiliseerumine ja isegi suremuse kasv reas kapitalistlikes maades, eriti Saksamaal.

Koloniaalmaades väljaspool Euroopat püsib suremuse tase endiselt väga kõrgena.

Sõjaajal tõuseb suremus kõigis sõdivates maades mitmekordseks.

See asjaolu on seoses nii sõjast olenevate vahetute kaotustega sõjaväes ja rahuliku elanikkonna hulgas rindel ja rindelähedastes rajoonides kui ka elanikkonna suurenenud haigestumusega.

Suremuse põhjuste analüüs näitab, et kõrge suremus sõltub peamiselt taudide puhkemisest ja ägedate nakkushaiguste suurest levikust.

Suremuse vähenemine eesrindlikes kapitalistlikes maades XIX sajandi teisel poolel olenes säärase ägedate nakkushaiguste vähenemisest ja kadumisest nagu rõuged, katk, koolera, parasitaartüüfused jne.

Suurt osa suremuse üldnäitaja vähenemises etendas laste suremuse vähenemine, millel on tähtis koht elanikkonna üldsuremuse hulgas.

Tsaari-Venemaal oli suremuse tase väga kõrge — umbes 30<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, mis olenes riigi madalast majanduslikust ja sanitaarsest tasemest ja taudide suurest levimisest.

Nõukogude võimu kestel on suremus NSV Liidus umbes kaks korda vähenenud, üksikute vabariikide (Ukraina, Valge-Vene) osas aga veelgi tunduvalt.

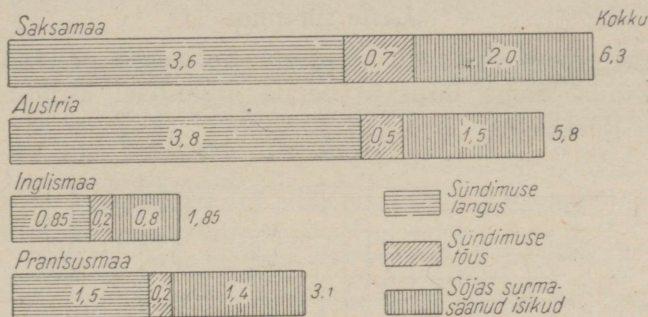
Maa sanitaarse seisundi üle otsustamiseks ei piisa isoleeritud andmetest sündimuse ja suremuse kohta. Elanikkonna loomuliku liikumise iseloomu võib kindlaks määrata ainult sündimuse ja suremuse protsesside üheaegse uurimise, nende vastastikuse seose ja olenevuse alusel, mis väljenduvad elanikkonna loomulikus iibes.

Elanikkonna loomulikuks iibeks nimetatakse vahet elanikkonna sündimuse ja suremuse vahel.

Elanikkonna loomuliku liikumise tüübi ja loomuliku iibe suuruse järgi võib eristada maade kolme põhirühma:

a) Maad madala suremuse, kuid ka madala sündimusega (Inglismaa, Prantsusmaa, Skandinaavia riigid). Vaatamata madala suremuse näilikult soodsaile näitajaile on sündimus neis maades niivõrd madal, et ka loomulik iive on neis äärmiselt madal (1—5 iga 1000 elaniku kohta). Mõnes riigis, näiteks Prantsusmaal, osutub loomulik iive isegi negatiivseks.

b) Maad kõrge sündimusega, kuid ka kõrge suremusega (põllumajanduslikud maad Euroopas, Lõuna-Ameerika vabariigid, koloni-



Joonis 6.

aalmaad). Kõrge sündimuse tõttu on loomulik iive neis maades pisut kõrgem kui esimesse rühma kuuluvates maades, kuid kõrge suremuse tõttu on ta väike (10 ümber 1000 kohta). Vaatamata kõrgele sündimusele põhjustab kõrge epideemilisus reas koloniaalmaades suremuse ülekaalu sündimuse üle.

c) Elanikkonna loomuliku liikumise kolmas tüüp on omane sotsialistlikule riigile — NSV Liidule. NSV Liidus püsib sündimus kõrgel tasemel, suremus väheneb, loomulik iive suureneb, moodustades 20—22 iga 1000 elaniku kohta ehk üle 3 miljoni aastas.

NSV Liidus ületab loomulik iive mitmekordselt loomuliku iibe kokku kõigis Lääne-Euroopa riikides.

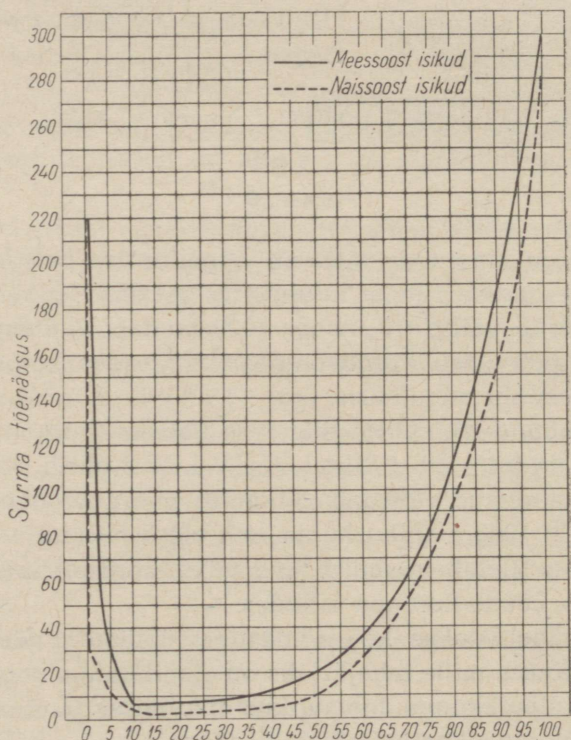
Sõjaajal täheldatakse kõigis maades sündimuse järsku langust ja suremuse tõusu, mille tagajärjeks on elanikkonna negatiivne iive. Muudatused elanikkonna loomulikus liikumises suurendavad tunduvalt elanikkonna kaotusi sõjaajal. (Joonis 6.)

Elanikkonna kaotused Nõukogude Liidus on kahtlemata samuti küllaltki suured, sest okupatsiooni all kannatanud rajoonides hävitasid, orjastasid, näljutasid ja surmasid sakslastest vördjad miljoneid nõukogude inimesi. Samuti esines NSV Liidus sõjaaastate algul teatav vähenemine sündimuse alal.

Iga meditsiinilise töötaja aukohustuseks on eriti hoolikalt kaitsta iga raseda ja ema tervist, võidelda iga vastsündinu ja iga haigestunud NSV Liidu kodaniku elu säilitamise eest.

### Laste suremus.

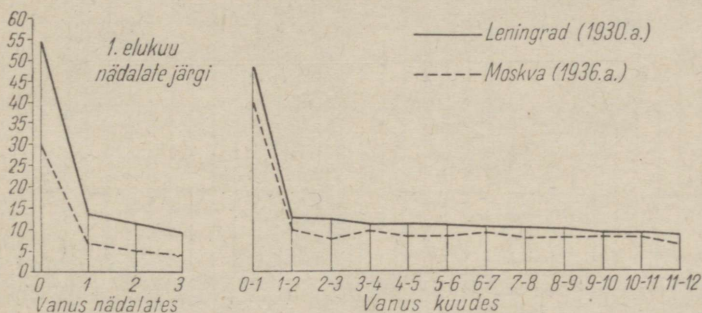
Suremus erineb vastavalt vanusele. Suremuse näitajate arvutusel iga vanuserühma järgi ja nende graafilisel kujutusel saame kaarjoone (joonis 7.)



Joonis 7.

Esimesel eluaastal on suremus kõige kõrgem, siis järgneb suremuse järsk langus. Alates 30.—30. aastast algab esialgu aeglane ja hiljem järsk tõus. Kui suremus elatanud ja raugaeas on vastava inimpõlve järkjärgulise väljasuremise normaalse füsioloogilise protsessi järelendus ja arstiteaduse ning tervishoiu ülesandeks selles suhtes osutub võib-olla vaid inimelu pikendamine, inimese eksistentsi piiride edasinihutamine, siis on kõrge suremus äsjasündinud inimolendite hulgas, kelle organismis peituvad kõik tingimused elamiseks ja arenemiseks, kahtlemata patoloogiline nähtus, mis tuleb kõrvaldada.

Varases lapseas esinev erakordselt kõrge suremus, mis elanikkonna üldsuremuse 8—10 korda ületab, ja selle näitaja eriline täht-



Joonised 8 ja 9.

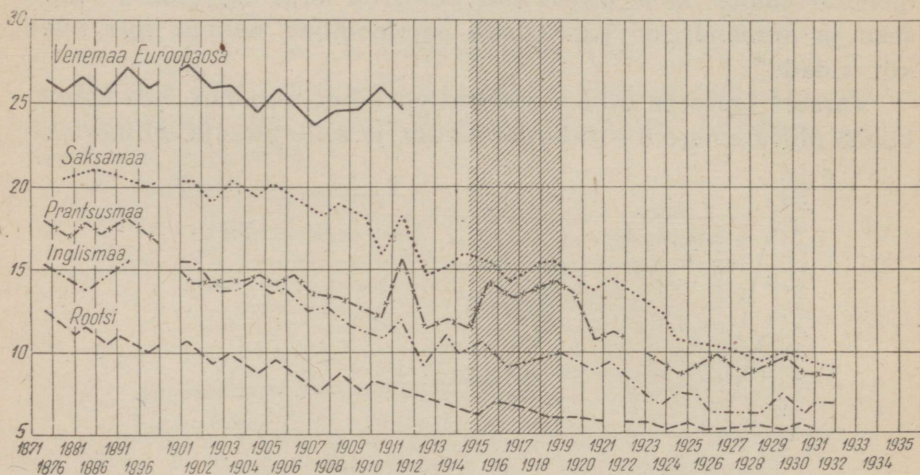
sus elanikkonna sanitaarse seisundi iseloomustamisel sundisid arste ja demograafe eraldama suremust selles eas spetsiifilise laste suremuse näitajana.

Laste suremuse näitajaks nimetatakse 0—1 aasta vanuses surnud laste arvu 100 sünni kohta aastas.

Laste suremuse tase esimese eluaasta kestel ei ole ühtlane: kõige kõrgem suremus esineb laste esimesel elukuul, ohustades lapsi kõige enam esimesel elunädalal. (Joonis 8 ja 9.)

Laste suremuse tase kõigub õige tunduvalt eri maade järgi. Kõige madalamat laste suremuse taset (ca 3 iga 100 kohta) täheldatakse Skandinaaviamaades (Rootsi, Norra), Taanis, Hollandis ja väljaspool Euroopat — valge elanikkonna hulgas Uus-Meremaal. Laste

suremuse langus neis maades on vahetult seoses üldise koolikohustuse, elanikkonna sanitaarse kultuuri ja vastavate teadmiste levikuga, mis kõigepealt väljendub mao-soolte haiguste vähenemises. Laste suremus on samuti kui elanikkonna üldsuremuski madalam Euroopa tööstusmaades ja kõrgem põllumajanduslikes (20 ja üle selle iga 100 sündinu kohta) (joonis 10). Laste suremus on eriti kõrge koloniaalmaades, kus ta tõuseb 30%-ni ja üle selle.



Joonis 10.

Laste suremuse näitajad erinevad tunduvalt erinevate sotsiaalsete rühmituste järgi. Samas linnas, näiteks Berliinis, on laste suremus tööliskvartalites 3—4 korda kõrgem kui aristokraatide ja kodanlikes kvartalites. Laste suremus neegrите hulgas (Ameerikas) on tunduvalt kõrgem kui valgete hulgas jne.

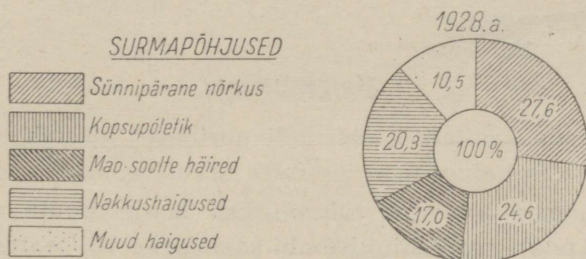
Laste suremuse poolest oli tsaari-Venemaa esimesel kohal Euroopas: mõnes kubermangus tõusis laste suremus 30-ni ja isegi 40-ni 100 sündinu kohta. Pärast revolutsiooni esines NSV Liidus laste suremuse järsk langus.

Nii emade- ja lastekaitse kui ka tervishoiu alal tegutsevate asutiste tähtsaimaks ülesandeks on laste suremuse edasine vähendamine NSV Liidus.

Laste suremuse analüüs näitab, et laste suremuse peapõhjusteks on ebasoodsad, kuid täiel määral kõrvaldatavad välised tingimused, millesse laps peale sündimist satub ja millest nõrk, tugevnamata lapse organism veel ei suuda jagu saada. (Joonis 11.)

Laste suremuse põhjuste hulgas on esimesi kohti nn. „sünnipärasel nõrkusel“ ja „enneaegsusel“. Koos vigastustega on need laste suremuse peapõhjuseks lapse esimesel elukuul ja -nädalal.

On ilmne, et raseda naise töökaitse, naistenõuandla süstemaatiline järelevalve tema üle, sünnitusmajade hästikorraldatud töö, enneaegselt sündinud laste õige ja eriti hoolikas ravimine sünni-



Joonis 11.

tusmajades ning lastenõuandla eriline järelevalve nende üle pärast nende väljakirjutamist sünnitusmajast võivad suremust ülaltähendatud põhjustel tunduvalt vähendada.

Järgmiseks tähtsaimaks laste suremuse põhjuseks osutuvad mao-sooltehaigused — toksilised düspepsiad, hemokoliidid, nn. laste soovine kõhulahtisus. Nende haigestuste tagajärjel surebki enamik lapsi, eriti maades, kus laste suremus on kõrge. Kunstlikule toitmisele üleviimise momendist alates osutuvad mao-sooltehaigused lastele eriti ohtlikuks.

Laste kõhulahtisuse peapõhjused peituvad antisanitaarsetes oludes, rinnaga toitmise puudumises ja ebaõiges ning kvaliteedilt halvasti kunstlikus toitmises.

Seda laste kõrge haigestumuse ja suremuse põhjust võib elanikkonna üldiste elutingimuste tervistamise, sanitaarse kultuuri laialtlevituse, juurutamise ja lapse varustamise teel rinnapiima ning

piimaköögi kaudu saadava heakvaliteedilise toiduga järsult pidurdada.

Lõppeks oleneb laste suremuse põhjuste hulgas samuti esimesi kohti evivate nakkushaiguste (leetrite, läkaköha, difteeria jt.) ja nn. „külmetushaiguste“ (bronhiit, kopsupõletik) vähendamine lapse eest hoolitsemise kvaliteedist ja niihästi kodus kui ka lasteasutistes (lastesõimedes, nõuandlates) laste nakatamise vältimiseks tarvituselevõetavaist abinõudest.

Laste suremuse põhjuste analüüs annab tervishoiuorganitele näpunäiteid, missuguseid abinõusid tuleb rakendada võitluse alal laste suremuse vastu.

### Haigestumus.

Elanikkonna sanitaarse seisundi uurimisel kuulub tähtsaim osa haigestumuse ja haigestuste levimise arvestusele.

Haigestumuse arvestus toimub kas haigestunute pöördumisel raviasutiste poole meditsiinilise abi saamiseks või teatud kollektiivi üheaegse meditsiinilise läbivaatuse teel (vaata skeem „Haigestumuse uurimine“, joonis 12).

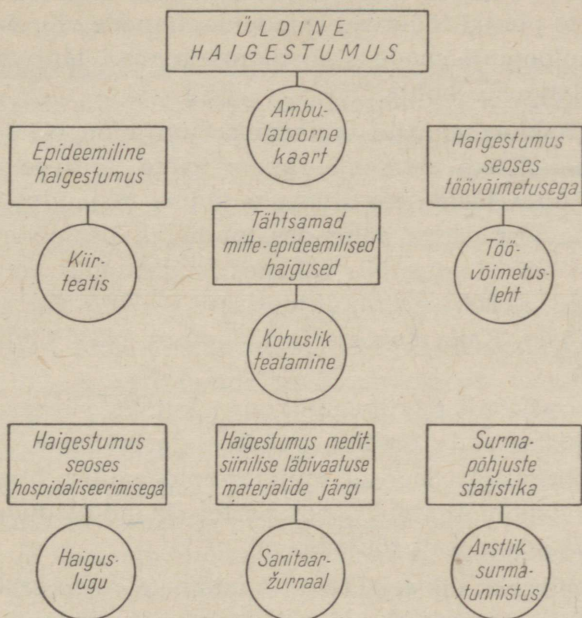
Haigestumusjuhtumite hulka kuuluvad ainult esmased pöördumised abisaamiseks vastava haigestuse puhul jooksva aastal.

Haigestumuse arvestuse põhjuseks pole mitte ainult selgitada ühe või teise haigestuse olemasolu ja selle levimise ulatust elanikkonna hulgas, vaid anda tervishoiuorganitele operatiivset materjali jooksvaks tööks ja vajalike meditsiinilis-sanitaarsete abinõude rakendamiseks.

Ägedate nakkushaiguste arvestusel on väga suur tähtsus. Nimetatud haigused osutuvad elanikkonnale eriti ohtlikuks, sest kui viivitamatult ei võeta tarvitusele abinõusid nende vältimiseks, võivad nad kiiresti levida ja epideemiateks muutuda.

Nii nakkushaiguste tekkimise vältimine kui ka tekkinud kollete likvideerimine nõuab eriti kiirete abinõude rakendamist, mistõttu ägedate nakkushaiguste täpsel arvestusel on suur praktiline operatiivne tähtsus. Tuleb rakendada lausa arvestust, see tähendab selgusele jõuda iga ägeda nakkushaiguse juhtumi üle ja see arvele

võtta. Peale selle peab arvestus olema erakordne, s. t. iga esinenud juhtum tuleb peale teatavakssaamist viivitamata registreerida. Tervishoiuosakonna juhatajal ja epidemioloogil peab olema käepärast igapäevane kokkuvõtt ägedate nakkushaiguste liikumise kohta linnas, rajoonis, eriti sääraste kohta nagu tähniline ja kõhutüüfus.



Joonis 12.

Kehtivate seaduste järgi on ägedate nakkushaiguste arvestus kohuslik. Iga arst või velsker, kes avastab ägeda nakkushaiguse, on kohustatud saatma selle kohta kiirteatise tervishoiuosakonnale või rajooni epidemioloogile. Kohuslik teatis saadetakse järgmiste haigestuste avastamisel: rõuged, katk, koolera, pidalitõbi, kõhutüüfus, paratüüfused, tähniline tüüfus, leetrid, sarlakid, difteeria, düsenteeria, nii batsillaarne kui ka amööbne, nakkushemokoliidid, põrnatõbi, tatitõbi, epideemiline tserebrospinaalne meningiit, epideemiline entsefaliit, tulareemia, brutselloos, kangestustõbi, maru-



tõbi, nakkuseline kollatõbi, taastuv tüüfus, läkakõha, toksiline düspepsia, epideemiline parotiit (kõrvasüljenäärme-põletik „mumps“), puukidest põhjustatud tüüfus ja veel mõned teised. Kiirteatise alusel kontrollib epidemioloog haige hospitaliseerimist, desinfektsiooni teostamist, abinõude rakendamist haigega kokkupuutunud isikute suhtes ja paneb toime epidemioloogilise uurimise.

Kiirteatiste põhjal töötavad rajoonide, linnade või oblastite sanitaar-epidemioloogiajaamade statistikaosakonnad läbi andmed ägedate nakkushaiguste kohta.

Ägedate nakkushaiguste dünaamika uurimine NSV Liidus näitab, et plaanikohaste abinõude rakendamine võitluse alal epideemiate vastu ühes laiade masside elu üldise majandusliku ja sanitaarse taseme tõstmisega vähendas tunduvalt peamiste nakkushaiguste levikut NSV Liidus. Nii vähenes haigestumus kõhutüüfusesse võrreldes 1913. a. 80% võrra, difteeriasse — 75% võrra, sarlakitesse — 55% võrra. Katk, koolera ja rõuged on NSV Liidus täielikult likvideeritud.

Kutsudes esile nii tsiviilelanikkonna kui ka väeosade suuri liikumisi, põhjustas sõda taudide puhangu ja levimise ohu. Taudide võimaluse vältimiseks ja riigi sanitaar-epideemilise heaolu tagamiseks tuli tervishoiuorganitel koos partei- ja nõukogude organisatsioonidega väga pingsalt töötada.

Selle tulemuseks oli asjaolu, et vaatamata reale raskustele, mis tekkisid sõja ja evakuatsiooni raskeimate olude tagajärjel, taude ei esinenud. Tähtsimate tüüfuste üksikud puhangud, mis tekkisid 1942./43. a. talvel, likvideeriti kiiresti. Sääraste nakkushaiguste levimine nagu düsenteeria, leetrid, sarlakid vähenes tunduvalt, võrreldes sõjaeelse ajajärguga.

Tähtsamate mitteepideemiliste haigestuste arvestus osutub tähtsuse poolest järgmiseks, sest need haigestused tekitavad elanikkonna tervisele suurt kahju nii oma raskuse kui ka ohu poolest ümbritsejatele ja järelpõlvedele.

Kohuslikule arvestusele kuuluvad järgmised tähtsaimad mitteepideemilised haigestused: tuberkuloos (aktiivses staadiumis), süüfilis kõigis vormides, trahhoom kõigis staadiumes ja vähktõbi.

Võitluseks nende haigestuste vastu on nõukogude tervishoid loonud eriasutiste võrgu (tuberkuloosi, suguhaiguste, trahhoomi, onkoloogia teadusliku uurimise instituudid, dispensaariumid, punktid).

Nende asutiste kohustuseks pole mitte ainult vastavate haigestuste ja nende ravimeetodite uurimine, vaid ka nende haigestuste arvestus ja võitluse organiseerimine nende vastu.

Tähtsimate mitteepideemiliste haigestuste arvestus toimub kõigis raviaasutistes kõigi ravivate arstide poolt kohusliku teatise täitmise teel iga uuesti avastatud haigestusjuhtumi kohta. Teatised saadetakse esiteks teadmiseks ja kontrollimiseks rajooni või linna tervishoiuosakonnale ja sealt statistiliseks töötlemiseks vastavale oblasti või krai dispensaariumile või vastava eriala teaduslikule instituudile.

Tuberkuloosi, süüfilist, trahhoomi nimetati meil revolutsiooni-eelsel ajastul ja nimetatakse kodanlikes maades praegugi „sotsiaalseiks haigusteks“, sest nende levimine oleneb vahetult töötajate masside raskeist sotsiaal-majanduslikest elutingimustest. Tuberkuloos on kehvikute niiskete keldrite, sumbunud töökodade, oheldamatu ekspluateerimise haigus. Süüfilise ja teiste suguhaiguste levimine, eriti suurtes linnades, on kapitalismi vastuolude: alkoholismi, prostitutsiooni, korratu suguelu, kodanliku perekonna laostumise ilmekaks väljenduseks. Valgete kolonisaatorite poolt sissetoodud süüfilise tagajärjel surevad välja mõned pärismaalas-rahvad koloniaalmaades (näiteks Prantsuse kolooniates Madagaskaril).

NSV Liidus on tuberkuloos ja süüfilis kaotanud „sotsiaalse patoloogia“ iseloomu. Elanikkonna töö- ja elukondlike tingimuste terivistamine, spetsiaalsete asutiste laiaulatusliku võrgu arendamine tuberkuloosi ja vähktõve vastu võitlemise alal ja ulatuslik sanitaarharidustöö põhjustavad tuberkuloosi ja suguhaiguste järsu languse NSV Liidus.

Nii on haigestumus kõige sagedamini esineva tuberkuloosivormi — hingamiselduite tuberkuloosi 2,5 korda vähenenud. 1926. a. kuni 1937. aastani vähenes Moskvaa haigestumus tuberkuloosi kõigisse vormidesse enam kui 2 korda.

Veel tunduvamalt (6—7 korda) on NSV Liidus langenud haigestumus suguhaigustesse, eriti süüfilisse. Nii ei täheldata elanikkonna suurte masside, näiteks kutsealuste, läbivaatusel süüfilise värskeid juhte peaaegu üldse; järsult on vähenenud ka laste sünnipärane süüfilis.

Paikkondi, mis endist kujutavad muude raskete haigestuste, näiteks malaaria, pellagra jm. epideemilisi koldeid, võib kohalike tervishoiuorganite otsusel võtta eriarvestusele vastava võitluse organiseerimiseks nende haigestuste vastu.

Ajutise töövõimetusega seoses oleva haigestumuse arvestus on samuti lausaline ja kohuslik. Seda arvestust peetakse töövõimetuslehtede alusel ja ta hõlmab palgalistena töötava elanikkonna osa (ettevõtete, asutiste, sovhooside jm. töölisi ja teenistujaid). Iga lõpetatud töövõimetusleht saadetakse vormistamiseks ja väljamaksmiseks ettevõttesse või asutisse ja registreeritakse ettevõtte tervishoiupunktis. Selle registratsiooni alusel peavad tervishoiupunktid ettevõtte tööliste haigestumuse jooksvat arvestust üksikute tsehhide järgi ja eraldavad need haigestuste rühmad, mis on ettevõtte suhtes eriti tähtsad. Väljamakstud töövõimetuslehtede alusel, mis rahaliste dokumentidena saadetakse vastavate tööstusharude ametiühinguorganisatsioonidesse, töötavad oblastite komiteed ja ametiühingute keskkomiteede statistika-osakonnad läbi haigestumust käsitlevad andmed tööstusharude ja üksikute ettevõtete järgi.

UAUKN-is kuuluvad andmed läbitöötamisele tööstusharude järgi. Töövõimetusleht on ühtlasi ametlikuks dokumendiks, mis kinnitab töölise põhjendatud puudumist töölt, ja rahaliseks dokumendiks, mille järgi toimub ajutise töövõimetuse toetuse väljamaksmine. Kõik see tagab töövõimetusjuhtumite täpset ja õiget arvestust.

Pidades silmas asjaolu, et töövõimetuse arvestusel on peale juhtumite arvu tähtsust ka puudunud tööpäevade arvul, arvutatakse töövõime kaotusega seoses oleva haigestumuse kohta välja kolm põhilist näitajat: 1) töövõimetusjuhtumite arv 100 sotsiaalkindlustatu kohta; 2) töövõimetuspäevade arv 100 sotsiaalkindlustatu kohta;

3) töövõimetusjuhtumi keskmine kestus (teise näitaja jagamise teel esimesega).

Et töövõimetusega seoses olevad haigestused põhjustavad suure hulga tööliste tööle mitteilmumist, mõjub see asjaolu tööstusele negatiivselt, iseäranis sõjaajal, millal ettevõtted eriti intensiivselt töötavad ja puuduvaid töölisi on väga raske asendada.

Peale selle kulutavad ametiühingud iga aasta suuri summasid sotsiaalkindlustuse fondidest, mistõttu ajutise töövõimetusega seotud haigestumuse vähenemisel on tohutu rahvamajanduslik tähtsus ja osutub ettevõtet teenindavate meditsiiniliste asutiste tähtsaimaks ülesandeks.



Joonised 13 ja 14.

Konkreetsete abinõude teostamiseks ajutise töövõimetusega seoses oleva haigestumuse vähendamiseks peab töövõimetuse põhjusi tundma.

Ajutise töövõimetusega seoses oleva haigestumuse analüüs tõendab, et haigestuste põhilise massi hulka kuulub võrdlemisi väike haiguste rühm: gripp, angiin, mao-sooltehaigused, mädanikulised naha- ja nahaaluse koe haigused (püodermia, furunklid, flegmoonid, abstsessid).

Kõik teised haigestused kokku annavad palju väiksemad arvud (joonised 13 ja 14).

Võitlus nende haigestuste massilise levimise põhjuste vastu seisneb eelkõige ettevõtte töötingimuste tervistamises (valgustuse, ventilatsiooni, temperatuuri seisund, kaitseseadmete ja erirõivastise olemasolu, võitlus tervistkahjustavate kutsealaste tegurite vastu).

Nende haigestuste põhjused peituvad ka tööliste toitluses ja nende elukondlikus teenindamises, mistõttu haigestumuse ulatus ja haigused erinevais ettevõtetes võivad tunduvalt erineda. Kui mõnes paikkonnas mingi epideemia (näiteks malaaria laustaud) levib, avaldab nende haigestuste osatähtsus mõju ka haigestumusele seoses ajutise töövõimetusega.

Järjekindlalt tarvitusele võetavate abinõude tõttu tööliste töötingimuste tervistamise alal ettevõtetes ja elukondlike tingimuste parendamise tõttu stalinlike viisaastakute kestel on ajutise töövõimetusega seoses olev haigestumus mitmesugustes tööstusharudes 25—30% võrra alanenud.

Ajutise töövõimetusega seoses oleva haigestumuse vähenemine kujuneb üksikute tööstusharude järgi 1940. a. järgmiseks (võttes 1928. a. haigestumuse 100):

Tööstusharud	Juhtumite arv	Päevade arv
Söetööstus . . . . .	67	64
Naftatööstus . . . . .	75	66
Rauamaagi tootmine . . . . .	59	73
Kummi-kautšuki tootmine . . . . .	61	52
Klaasitööstus . . . . .	51	57
Naha- ja karusnahatööstus . . . . .	54	52
Jalatsite tööstus . . . . .	60	58
Must metallurgia . . . . .	79	68
Paberitööstus . . . . .	70	73

### Üldhaigestumus.

Peale loeteldud üksikute haigestuste kohta käivate andmete kohusliku jooksva operatiivse arvestuse ja statistilise läbitöötamise töötatakse NSV Liidus läbi ka andmed elanikkonna üldhaigestumuse kohta. Sellega taotellakse peamiselt haigestumuse struktuuri, vanuselise jaotuse, haigestumuse taseme ja dünaamika uurimist teatud ajavahemikkude järel. Üldhaigestumuse uurimine toimub valikuliselt üksikute linnade ja asustatud punktide järgi ja

kohandub tavaliselt rahvaloenduse aastatega, mis võimaldab rahvastiku arvu ja koosseisu vanuse ja soo järgi täpselt kindlaks määrata. Üldhaigestumuse arvestus toimub ambulatoorsetel kaartidel ja haiguslugudes registreeritavate esmaste pöördumiste alusel ravi-asutiste poole meditsiinilise abi saamiseks.

Hospitaliseerimisega ühenduses olev haigestumus on üldhaigestumuse osa, mida haiglad ja statsionaarid hõlmavad.

Andmed üldhaigestumuse kohta töötatakse läbi spetsiaalse, regulaarselt uuesti läbivaadatava haiguste ja surmapõhjuste nomenklatuuri ja klassifikatsiooni alusel. Haiguste klassifikatsiooni viimane läbivaatamine toimus NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 1939. a. Selle klassifikatsiooni kohaselt jagunevad kõik haigused järgmistesse 26 klassi.

- I. Nakkushaigused.
  1. grupp. Ägedad nakkushaigused.
  2. grupp. Kroonilised nakkushaigused.
- II. Parasitaarhaigused
  1. grupp. Ussnugiliste invasioonid.
  2. grupp. Mükoosid.
  3. grupp. Muud parasitaarhaigused.
- III. Vigastused.
  1. grupp. Sihilikud vigastused.
  2. grupp. Kutsealased vigastused.
  3. grupp. Mittekutsealased ja määramata iseloomuga vigastused.
- IV. Mürgistused.
  1. grupp. Kutsealased mürgistused.
  2. grupp. Toitmürgistused.
  3. grupp. Narkomaaniad.
  4. grupp. Muud mürgistused.
- V. Kasvajad.
- VI. Avitaminoosid.
- VII. Reumaatilised haigused.
- VIII. Ainevahetushaigused.

- IX. Sisesekretsioonisüsteemi haigused.
- X. Vere- ja vereloomekoe haigused.
- XI. Närvisüsteemi haigused.
- XII. Nägemiselundite haigused.
- XIII. Kuulmiselundite haigused.
- XIV. Vereringe-elundite haigused.
- XV. Hingamiselundite haigused.
- XVI. Seedeelundite haigused.
- XVII. Luu-, liigeste ja lihaste haigused.
- XVIII. Nahahaigused.
- XIX. Kuse-elundite haigused.
- XX. Mehe suguelundite haigused (mittesuguhaigused).
- XXI. Naise suguelundite haigused (sünnitusega mitte seosesolevad ja mittesuguhaigused).
- XXII. Kaasasündinud väärandid.
- XXIII. Rasedus-, sünnitus- ja lapsevoodihaigused.
- XXIV. Imikute haigused (kuni 1 kuu vanuste).
- XXV. Raukusnõtrus.
- XXVI. Ebatäpselt äratähendatud ja klassifikatsiooni alla mittekuuluvad haigused ja surmapõhjused.

Nii üld- kui ka hospitaliseerimisega seosesoleva haigestumuse analüüs vihjab haigestumuse struktuuri teatavale püsikestvusele.

Esimesel kohal on nakkushaigused, seede-elundite haigused, vigastused.

Haigestumuse valikuline uurimine, mis toimus näiteks Moskvas 1926. ja 1937. a. näitas, et stalinlike viisaastakute kestel on haigestumus üksikute haigestuste järgi tunduvalt vähenenud: hingamiselundite tuberkuloosi alal — 2,5 korda, nahahaiguste (mädapaised, flegmoonid) — alal 2 korda, konjunktiviitide ja mõnede teiste nägemiselundite haiguste alal — üle 2,5 korra. Hüsteeria, neurasteenia alal on pöördumiste arv 4,5 korda vähenenud, kehvveresuse alal — peaaegu 6 korda. Naiste suguelundite haigestused on 3,5 korda vähenenud.

Peale haigestumuse avastamise ja arvestuse meditsiinilise abi saamiseks pöördumise jooksva registreerimise korras selgitatakse

ühtede või teiste haigestuste levimust perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste teel.

NSV Liidus kuuluvad perioodilistele meditsiinilistele läbivaatustele suured organiseeritud elanikkonna rühmad: laste kontingendid lastesõimedes, lasteaedades ja -kodudes, õpilased, töölisnoorukid, vabrikukoolide õpilased, üksikute tervistkahjustavate tsehhide ja kutsealade töölised, kutsealused, kehakultuurlased jms. Perioodilised meditsiinilised läbivaatused selgitavad uuritavate kehalise arenemise ja tervisliku seisundi üldtaset, ühtede või teiste haiguste levimist.

Perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste puhul selguvad kroonilised haigused, uuritavate „patoloogilised seisundid“, ägedal kujul esinevaid haigestusi on aga võimalik avastada ainult haigestuste jooksva registreerimise teel nende tekkimise jooksul.

Perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi kasutatakse NSV Liidus laialdaselt dispensariseerimiseks s. o. üksikute raskete haigestuste (tuberkuloosi, suguhaiguste, vähktõve, kutsehaiguste) õigeaegseks varaseks avastamiseks, nende õigeaegseks raviks, nende levimise pidurdamiseks ümbritsejate hulgas ja süstemaatilise järelevalve teostamiseks haigete tervisliku seisundi üle.

Perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi kasutatakse ka elanikkonna mitmesuguste ekspeditsiooniliste läbivaatuste puhul ühtede või teiste haigestuste: trahhoomi, suguhaiguste, hõõtsiku esinemise avastamiseks nende koldelise levimise asukohtades.

Perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste andmed fikseeritakse erilistes žurnaalides, mis seatakse sisse iga läbivaadatava kohta.

Läbivaadatavate kehalist arenemist selgitatakse põhiliste näitajate: kasvu, kaalu, rinnakorvi ümbermõõdu, kopsude elupuhuse mahu, lihaste jõu ja rasvaerituse antropomeetrilise mõõtmise teel.

Andmed kehalise arenemise kohta töötatakse läbi lastekontingentide: vastsündinute, eelkoolialiste ja koolialiste, samuti ka kutsealuste, töölisnoorukite ja kehakultuurlaste suhtes.



Massilised, aastast aastasse korduvad vaatlused võimaldavad otsustada kehalise arenemise ja järelkult tervise seisundi parenemise üle elanikkonna suurte masside hulgas. Koolinoorsoo elukondlike tingimuste parenemine võrreldes revolutsioonielse tasemega, koolide sanitaarse seisundi parenemine, spordi ja kehakultuuri arenemine masside hulgas põhjustas õpilaste kehalise arenemise tunduvalt paremist. Nii suurenes 10-aastaste poisilaste kasv Moskvas võrreldes revolutsioonielsete andmetega 4 sm võrra, nende kaal — 1,6 kg võrra, tütarlate kasv suurenes 5,9 sm ja kaal 3 kg võrra.

Üheks haigestuste levimise põhjuste tähtsaks allikaks on surmapõhjuste uurimine. Surmapõhjuste statistika kuulub läbitöötamisele sissekannete alusel surmapõhjuste kohta surmajuhtumite aktides, mis koostatakse perekonnaseisuaktide büroo poolt arstlike surmatunnistuste põhjal. See statistikaala hõlmab põhiliselt linna elanikkonda, sest maal ei registreeri arst kaugeltki iga surmajuhtumit ega kinnita seda oma tõendiga.

Surmapõhjuste statistika avastab kõigepealt nende raskete haigestuste levimist elanikkonna hulgas, mis surmajuhtumeid põhjustavad. Surmapõhjuste struktuur erineb kõrge ja madala suremusega maades. Kõrge üld- ja laste suremuse puhul domineerivad surmapõhjuste hulgas ägedad nakkushaigused, ägedad mao-sooltehaigused, sünnipärane nõrkus, tuberkuloos. Madala üld- ja laste suremuse ja keskmise eluea pikenemise puhul suureneb elatanud ja raugaea haiguste, hingamis- ja vereringe-elundite, ainevahetushaiguste, pahaloomuste kasvajate (vähktõve) osatähtsus.

Üksikute haigestuste levimise määr ja raskus määratakse kindlaks järgmise 3 põhilise näitaja arvutamise teel: 1) haigestumise näitaja — haigestunute arv 10 000 (100 000) elaniku kohta aastas; 2) letaalsuse (ehk surmavuse) näitaja — surmajuhtumite arv 100 haigestunu kohta; 3) suremuse näitaja — surmajuhtumite arv teatud haigestuse tagajärjel 10 000 (100 000) elaniku kohta.

On arusaadav, et suremuse tase ühe või teise haigestuse tagajärjel oleneb niihästi selle levimise määrast (haigestumuse tasemest) kui ka haigestuse raskusest (letaalsuse tasemest).



### III peatükk.

## HAIGLAABI.

Elanikkonna ravialase abistamise organiseerimisel etendab haiglaabi tähtsat osa.

Haigla on mitmesuguse ravialase ja diagnostilise seadistuga varustatud raviasutis, mis on kohaldatud kestvaks järelevalveks haige üle ja tema ravimiseks. Need haigla eelised ambulatoorsete asutiste ees tingivad haigla (kliiniku) kasutamist peabaasina arstliku ja keskmeditsiinilise personaali kaadri ettevalmistamiseks.

Statsionaarne haiglaravi on kõige kallim raviliik, sest haigla-tega seoses olevad kulud moodustavad 40% tervishoiu üldeelarvest; on ilmne, kuivõrd tähtis on säärane töö organiseerimine, mis võimaldab haiglaabi kõige tõhusamat kasutamist.

Haiglad kuuluvad kõige vanemat tüüpi meditsiiniliste asutiste hulka. Juba vanas Roomas tunti sõjaväe hospidale ja orjade haiglaid (valetudinaariume). Keskajal kasutati haiglaid vaeste, haigete ja viigaste eest hoolitsemiseks. Mõne aja pärast tekkisid laatsaretid (esi-  
algu püha Laatsaruse nimel asutatud pidalitõbiste kodud) ja regulaar-sõjavägede moodustamisega ka haiglad sõduritele, h o s p i d a l i d.

Haiglad säilitavad väga kaua — läänes XVIII sajandi lõpuni ja Venemaal isegi XIX sajandi keskpaigani — heategevate asutiste iseloomu puudustkannatavate haigete eest hoolitsemiseks; nende madala sanitaarse seisundi, ravi ja haigepõetuse halva kvaliteedi tõttu ei olnud nad elanikkonna seas populaarsed. Seoses linnade suurenemise ja nende korrastamise, ühiskondliku tervishoiu arene-mise ja edusammudega kliinilise meditsiini alal tekivad aegapidi nüüdisaegsed, hästikorrastatud, tehniliselt varustatud haiglad.

Haigla ehituse tüübid. Vastavalt nii üld- ja sanitaartehnika kui ka arstiteaduse arenemisele muutuvad aja jooksul ka haigla ehituse tüübid.

Keskajal seati haiglad sisse suurte läbikäidavate palatitega varustatud hoonetes. Nii pea- kui ka kõrvalruumid asetsesid ühes hoones. Nõutava haiglarežiimi ja õige kujutluse puudumisel nakkushaiguste levimise kohta põhjustas säärane hoonete kasutamine haiglasiseste nakkuste — sepsise, hospitali gangreeni — massilist levikut, mis tõi kaasa tohutu suremuse.

Kujutluste arenemise tõttu nakkushaiguste kontaktse iseloomu ja isoleerimise tähtsuse kohta nakkuste vältimiseks tekkis haiglate ehitamisel järgmine nn. paviljonitüüp, mille puhul haigla koosneb reast üksikuist väikestest ühekorruselistest hoonetest (paviljonidest). Paviljonisüsteemi juures anti igale nakkushaigusele kasutada eraldi paviljon, mis haiglasisest nakkust pidurdas. Paviljonisüsteemil põhineval ehitusviisil oli aga rida puudusi: suured kruhid, eksploatatsiooni ja majandusliku teenindamise kallidus ja keerulisus, raskused seoses haigete toidu, pesu, ravimite jms. haiglasisese transportimisega. Haiglate tehnilise varustise arenemise ja täiendamise (laboratooriumid, röntgen, füsioteraapia) osutus ravi-diagnostilise seadistu kasutamine paviljonisüsteemi juures väga tülikaks. Seepärast ehitatakse haiglaid käesoleval ajal suurte blokkidena, kusjuures haigla statsionaar ja kõik kõrvalosakonnad asetsevad ühes hoones, mis koosneb reast osakondadest ja sektsioonidest. Sektsioon koosneb mitmest 25—35 voodiga varustatud palatist, sanitaarsõlmest (käimla, vannituba, pesemisruum) ja kõrvalruumidest (puhvetist, väljajagamise, protseduuri- ja personaaliruumist) ning moodustab iseseisva kliinilise üksuse. Mitme eraldatud sisse- ja väljapääsu, ukse ja vaheseina olemasolu koridorides võimaldab üht või teist sektsiooni või osakonda haiglasiseste nakkuste puhul isoleerida. Mitmekorruselistes haiglates lahendavad haigete, personaali, toidu ja pesu jaoks määratud liftid haiglasisese transpordi küsimuse. Sõjaajal tuleb tervishoiuorganeil avada suur haiglate ja hospitalide võrk haavatuile mitmesugustes juhuslikes hoonetes ja neid selleks eesmärgiks kohaldada.

Hoonet hospitali jaoks valides tuleb juhendada järgmistest nõuetest: hoonel peavad olema küllalt suured ja valgud ruumid (palatite jaoks), laiad trepid ja koridorid haigete transportimiseks, mitu sisse-väljapääsu. On väga soovitatav, et hoonel oleks oma vesivarustus, kanalisatsioon ja elektervalgustus, samuti ka kõrvalruumid (köök ja pesukoda).

Hoones tuleb sisse seada sanitaarläbilaskla haavatute hulgali-seks vastuvõtmiseks ühe korraga. Sanitaarläbilasklal peab olema eraldi sissepääs saabuvatele haavatutele, oote-, lahtiriietus-, juuk-suri-, pesemis-duši-, riietusruum ja väljapääs palatitesse.

Sanitaarläbilasklasse saabuvate ja sanitaarkorrastatud haavatute voolud ei tohi kohtuda.

Tavaliselt vastavad koolihooned, võõrastemajad, suured ühis- elamud kõige enam tähendatud nõuetele.

Kirurgilise hospitali südameks on operatsiooniruum, mille jaoks eraldatakse suur valge tuba. Selle asukoht peab olema kohane haavatute juurdeveoks. Operatsioonieelne tuba peab asetsema operatsiooniruumi kõrval. Nii operatsiooni- kui operatsioonieelne tuba tuleb värvida õlivärviga.

Peale operatsiooniruumi seatakse hospitalides sisse sidumis- ruum, kipseerimisruum, röntgeni-, füsioteraapia-, mehhanoteraapia ja teised kabinetid.

Suure Isamaasõja kogemused näitasid, kui tähtis on varakult ette valmistada haigla-hospitali tööd õhurünnaku juhuks. Haigla- hospital tuleb hoolikalt pimendada kõigi osakondade (operatsiooni- ja teiste ruumide) häireteta töö võimaldamiseks õhtusel ajal.

Tuleb sisse seada kindlad pommi- ja gaasi- või muud kindlad varjendid haavatuile ja haigeile.

Igal haiglal-hospitalil peab olema hoolikalt väljatöötatud ja igal meditsiinilisel töötajal teadaolev haigete evakueerimise plaan tulikahju või hoone hävitamise juhuks pommi läbi. Haiglat tuleb varustada küllaldaselt määralt kanderaamide, lampide ja laternatega elektrivoolurikete puhuks, korrastada tagavara-väljapääsud, tule- tõrjeredelid jms.

Sõjaajal peab haigla olema kohaldatud haavatute (haavatud sõdurite või õhurünnaku läbi kannatada saanud elanikkonna) laia-

ulatuslikuks vastuvõtuks. Selleks tuleb sanitaarläbilasklaid varustada rohkearvuliste dušiseadistega (1 dušš 50 voodi kohta) ja voolikutega, mis võimaldab suurte inimhulkade üheaegset sanitaarkorraldust. Samu dušiseadiseid võib kasutada degaseerimise eesmärgil.

Haigla peab olema varustatud verega vereülekannete jaoks.

Haigla struktuur. Nüüdisaja haigla struktuurne jaotus on järgmine:

a) vastuvõturuum;

b) statsionaar, mille koosseisu kuuluvad nii palatid kui ka ruumid, kus haiged päeval viibivad (söögituba, koridorid) ja ruumid vastava osakonna haigete teenindamiseks: puhvetiruum, jaotusruum, arsti ja õe valvetoad, sanitaarsõlm;

c) ravi-diagnostika osakonnad (operatsiooni- ja sidumisruum, röntgeni- ja füsioteraapia kabinetid, laboratooriumid, apteek, patoloogilis-anatoomiline osakond);

d) majandus- ja administratiivosakonnad (köök, pesukoda, desinfektsioonikamber, kantselei, laoruum jm.).

Osutatava ravialase abi iseloomu järgi liigitatakse haiglaid üldtüüpi haiglateks põhiliste somaatiliste osakondadega: sisehaiguste, haava-, sünnitusosakond jt. (säärased on linna-, rajooni ja jaoskonnahaiglad) ja erihaiglateks: nakkus-, laste-, silma-, tuberkuloosi-, psühhiaatria-haiglad, sünnitusmajad, leprosooriumid (haiglad pidalitõbistele) ja luposooriumid (nahatuberkuloosi ehk luupust põdevaile haigeile).

Haiglavoodite jaotusel erialade järgi juhindutakse hospitaliseeritavate haigete koosseisust ja üksikute haigestusliikide osatähtsusest võrreldes üldise haigestumisega.

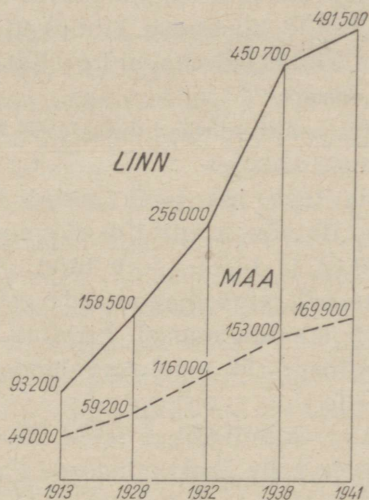
Hospitaliseerimisele kuuluvad peamiselt sise-, haava-, nakkus-haiged ja sünnitajad, mistõttu voodid nende erialade jaoks moodustavad  $\frac{2}{3}$  kogu voodite fondist.

Haiglate ehitamise plaanimisel tuleb juhinduda mitte ainult elanikkonna arvust, keda vastaval haiglal tuleb teenindada, vaid ka teenindamise raadiusest, s. o. territooriumist, millel vastav elanikkond eluneb, võttes arvesse haigla kättesaadavust elanikkon-

nale. Seetõttu esinevad 1000 voodiga varustatud ja suuremad haiglad ainult suurtes, tiheda rahvastikuga linnades. Maal on ülekaalus väikesed, kuni 50-voodilised haiglad.

Haiglaabi normid. Elanikkonna haiglaabiga teenindamise normide kindlaksmääramisel lähtutakse elanikkonna üldhaigestumusest ja pöördumiste sagedusest haiglaabi saamiseks.

Tegelik elu näitab, et haigestumuse praeguse taseme juures vajatakse elanikkonna täielikuks teenindamiseks ligikaudu 8 voodit 1000 elaniku ehk 1 voodi 125 elaniku kohta.



Joonis 15.

Revolutsiooniaastate jooksul on voodite võrk NSV Liidus uute haiglate ehitamise ja endiste haiglate suurendamise ning reorganiseerimise arvel tunduvalt laienenud. Kui 1913. a. oli olemas 6910 haiglat 142 000 voodiga, siis oli 1941. a. juba 661 400 voodit, neist 491 500 linnahaiglais ja 169 900 voodit maahaiglais (joonis 15).

Vaatamata elanikkonna arvu tõusule on elanikkonna teenindatavuse näitaja haiglaabi alal võrreldes eelrevolutsiooniga tunduvalt suurenenud: 3,8 voodilt 1000 linnaelaniku kohta 1913. a. 8,2 voodini 1941. a.

Nagu juba tähendatud, on voodite võrk rahvusvabariikides eriti laienenud.

Haigla juhtimine, meditsiiniline personaal ja selle töö organisatsioon. Haigla eesotsas seisab peaarst. Peaarst juhib haiglat täieliku individuaaljuhtimise põhimõtte alusel. Ta vastutab haigla majanduse, haigete õige ravi, ravi tulemuste ja tõhususe, haigepõetuse ja haigla personaali meditsiinilise kvalifikatsiooni eest. Peaarst visiteerib süstemaatiliselt osakondi, kontrollides nende tööd ja üksikute haigete seisundit.

Peaarsti abistamiseks luuakse haigla juures nõuandva organina haigla nõukogu, mille koosseisu kuuluvad osakondade juhatajad, peaarst ja tema asetäitjad, majandusjuhataja ja ühiskondlike organisatsioonide esindajad.

Suurtes haiglates on osakondade juhatajaiks kvalifitseeritud eriarstid vastavatel meditsiinialadel.

Osakonna juhataja teeb iga päev visiidi haigete palatitesse, annab palati ordinaatorile nõu, kontrollib diagnoosi ja haigete ravi, juhib osakonna ravialast ja teaduslikku tööd, arutleb ordinaatoritega lahkamiste materjali, vigu diagnooside alal jms., viibib tema osakonnas surnud haigete lahkamisel, kirjutab välja tervistujaid.

Palatite arstid, ordinaatorid tegelevad haigete vahetu ravi ja järelevalvega nende üle.

Palatiarst, ordinaator, kinnitatakse igale 20—35 voodile (sõltuvalt haigla iseloomust ja selle osakondadest). Palatiordinaator teeb iga päev visiidi oma haigetele ja vaatab nad läbi, teostab kõik vajalikud uurimised ja arstlikud korraldused, teeb iga päev sissekandeid oma haigete haiguslugudesse, konsulteerib osakonna juhatajaga ja kohale palutud konsultantidega.

Arst-ordinaator juhib vahetult keskmehitsiinilise personaali tööd, õpetab sellele haigepõetust, täidab sanitaar-tehnilist miinimumi. Visiidi kestel kontrollib ta ühtlasi, kas õde on kõik tema korraldused õigesti, täpselt ja õigeaegselt täitnud.

Kõigis haiglates on osakonna või haigla valvearsti hommikune ja õhtune visiit kohuslik.

Neil visiitidel osutatakse erilist tähelepanu opereeritud haigeile, saabunud haigeile ja haigeile, kes on raskes seisundis.

Väga tähtsaks haigla häireteta tööd ja pidevat järelevalvet haigete üle tagavaks momendiks on valvekordade üleandmine.

Paljudes haiglates toimuvad nn. „kümminutid“, s. o. kõigi haigla arstide lühikesed hommikused koosolekud peearsti ja majandusjuhataja osavõtul, millistel öist valvekorda üleandev valvearst annab kõigist tema valvekorra ajal toimunud sündmustest, raskete haigete seisundist, saabunud haigetest, distsipliini olukorrast teenidava personaali ja haigete hulgas lühidalt aru. Nende „kümminutite“ jooksul arutellakse järjekordseid ülesandeid vastavaks päevaks.

Haiglad ja kliinikud on peakooliks meditsiinilise personaali kvalifikatsiooni tõstmise ja täiendamise alal. Kvalifitseeritud õe, velskri, ämmaemanda ettevalmistus ei lõpe meditsiinilises koolis, vaid alles algab seal. Iga meditsiiniline töötaja peab pidevalt töötama oma teadmiste täiendamise alal, lugema meditsiinilist kirjandust, püüdma omandada laialdasi teadmisi ja tehnilisi oskusi.<sup>1</sup>

Seoses Suure Isamaasõjaga kerkisid teravalt esile kutsete ühishitamise, sugulus-erialade valitsemise ja meditsiinilise personaali vastastikuse asendatavuse küsimused. Iga velsker, iga meditsiiniline õde peab tundma vererühmade määramise, kipsi- ja lahassepanemise, vereülekanne, röntgenitehnikat jms. Kõik need teadmised võivad igale meditsiinilisele töötajale nii tagalas kui ka rindel tarvilikuks osutada.

Haigla arstid õpetavad meditsiinilisi töötajaid haiglates tööst vabal ajal tehnilise õpingu korras.

Keskmeditsiinilise personaali kvalifikatsiooni tõstmisel etendavad suurt osa viimasel ajal laialdaselt levinud õdede konverentsid. Õdede konverentsidel esinevad õded ettekannetega mitmesugustel teaduslikel ja praktilistel teemadel ja tutvustavad oma töö kogemusi.

Suur tähtsus, eriti sõjaajal, on meditsiiniliste töötajate ratsionaliseerimise ettepanekul sidumismaterjali, ravimite, reaktiivide

---

<sup>1</sup> Kvalifikatsiooni tõstmiseks ja meditsiini uute saavutustega ning tervishoiutööliliste — eesrindlaste töö kogemustega tutvunemiseks soovitab autor kasutada ajakirja „Feldšer i akušerka“.



kokkuhoiu ja vanade instrumentide, pesu, aparatuuri ärakasutamise kohta.

Igal meditsiinilisel töötajal on väljavaateid edasiseks arenemiseks ja täiendamiseks. Igal hästi töötaval meditsiinilisel õel on võimalus velskrikooli lõpetamiseks ilma töölt eemale jäämata ja velsk-rina tööle asumiseks. Iga velsker võib tööd katkestamata lõpetada meditsiinilise instituudi ja omandada arsti kvalifikatsiooni.

### Keskmeditsiinilise personaali töö organisatsioon.

Haigla keskmeditsiinilise personaali hulka kuuluvad vanemõde (üks osakonna kohta), õde-perenaine (osakonna vanemõe abi), palatite meditsiinilised õed, operatsioonioed (operatsiooni- ja sidumisruumis), dieetõed jm. Peale selle töötab keskmeditsiiniline personaal haigla kliinilis-diagnostilistes raviosakondades (masseerijad, narkotiseerijad, röntgenitehnikud jms.) ja sünnitusosakondades (ämmaemandad).

Meditsiinilised vanemõed töötavad kõigis osakondades, kus on vähemalt 20 voodit.

Vanemõde valvab osakonna sanitaarse seisundi ja majanduse järele, vastutab selles meditsiinilise ja majandusliku inventari ning pesu eest. Uhtlasi täidab ta kõige vastutusrikkamaid arsti korraldusi, mis on tehtud üksikute haigete kohta.

Vanemõele allub kogu osakonna kesk- ja noorem personaal. Ta jaotab kohustused nende vahel, jälgib töödistsipliini, õpetab personaalile haigepõetamist, üksikuid manipulatsioone, kontrollib nende tööd. Ta koostab ka portsjonilehed ja saadab need kööki, koostab nõudelehed ravimitele ja jaotab saadud ravimid palatiõdedele.

Vanemõde koostab teatmed haigete liikumise, haiglasiseste nakuste kohta ja esitab muid andmeid, mis iseloomustavad osakonna tööd.

Osakondades, kus on üle 50 voodi, eraldatakse vanemõele abiks õde-perenaine, kes vahetult vastutab nii pesu kui ka osakonna inventari ja seadiste seisundi ja alalhoiu eest.

Palati meditsiinilise õe kohustuseks on haigete vahetu põetamine. Temal lasub järelevalve haigete hügieeni, nende pesu vahetamise, hügieeniliste vannide õigeaegse määramise, juuste pügamise jms. üle. Erilist tähelepanu tuleb osutada rasketele ja nõrkadele haigetele, nende toitmisele, pesemisele, lamatiste vältimisele.

Palatiõde täidab samuti kõik arsti korraldused: annab haigeile ravimeid, teostab kõik meditsiinilised manipulatsioonid (kompresid, sinepiilaastrid, kupuklaaside panemine, klistiiri tegemine, süstimised jm.), mõõdab temperatuuri, võtab materjali laboratoorseks uurimisteks, jälgib haiguslehtede pidamist ja säilitamist, valmistab haige arsti läbivaatuseks ette ja abistab viimast haige läbivaatusel.

Haigete ravi alal etendab meditsiiniline õde väga suurt osa. Kvalifitseeritud arstiabi kõrval avaldab haigepõetuse kvaliteet otsustavat mõju ravi edukusele. Arst näeb haiget ainult mõne minuti kestel päevas, õe järelevalvel viibib aga haige kogu aja. Haige hea uni, tema enesetunne, toitlus, ravimite õige ja õigeaegne andmine ja protseduuride õige ja õigeaegne teostamine osutuvad väga tähtsaks tingimusteks ravi edukusele.

On aga olemas haigeid, kes keelduvad ravimit sisse võtmast ja need välja viskavad, isupuudusel või haige maitsele mittevastavalt valmistatud toidu puhul haige ei söö temale toodud toitu jne. Seepärast on väga tähtis, et õde iga päev valvaks haige seisundi järele, teda tähelepanelikult põetaks ja haigele määratud režiimi täitmist jälgiks. Selleks on tarvis, et õde iga haige haigestuse olemust tunneks ja temale ettekirjutatud režiimi ja ravi tähtsusest aru saaks.

Õe kogu töö haiglas, hospitalis peab olema läbi imbinud sügavast humaansustundest, armastusest oma töö ja tema poolt teenindatava haige, haavatu vastu. Õde peab teadma, et tema töö kvaliteedist olenevad tema hooldamisele usaldatud haige tervis ja elu. Õde peab oskama tähelepanelikult jälgida raske ja opereeritud haige enesetunnet, õigeaegselt informeerida arsti tema poolt täheldatud ebasoodsatest muudatustest selleks, et haigele õigeaegselt osutataks vältimatut abi, lohutada ja julgustada haiget või haavatut, tähelepanelikult ära kuulata haige kaeblemisi ja kartusi, täita

tema soove ja käske. Sellest oleneb haige enesetunne ja tihti ka tema haiguse kulg ning tervistumine.

Nõukogude töötajate juures üldiselt lubamatu formaalne suhtumine oma kohustustesse on eriti taunitav meditsiinilise töö alal. Õde peab olema alati lahke, rahulik, kindlameelne, puhtalt ja korralikult riietatud; juba tema välimus peab haigeile rahustavalt mõjuma ja neis teenindava meditsiinilise personaali vastu täielikku usaldust äratama.

Õde peab oma tööd ja haigeid armastama, „südamega“ oma töösse suhtuma — ainult siis kujuneb temast õige meditsiiniline töötaja.

Sajad ja tuhanded nõukogude õed, velskrid, arstid olid sangarlikkuse ja eneseohverduse eeskujuks, päästes haigeid vaenlase tule all, andes neile oma verd, ennastohverdavalt põetades haigeid ja haavatuid. Nende järgi peavad joonduma kõik meie meditsiinilised töötajad. Haige või haavatu elu päästmine on kõrgem tasu, suurim rahuldus, mille osaliseks arst või õde osutub.

Haiguspõetuse kvaliteedi küsimusega on seoses ka töö kahe- ja kolmeastmelise süsteemi küsimus.

Tavaliselt on haiglais kehtiv kolmeastmeline süsteem, s. o. haiget teenindavad kolm isikut: arst, õde ja sanitar. Selle süsteemi juures piirduvad õe kohustused temperatuuri mõõtmise ja arsti meditsiiniliste korralduste täitmisega. Seejuures teostab sanitar kogu tegelikku haigepõetust, haige tualetti, riietumist, pesu vahetamist, toitmist jm. töö vaheajal ruumide korrastuse, siibrite ulatamise, lõuna serveerimise jm. vahel. Sageli ei vasta säärane „teenindamine“ vajalikele hügieenilistele nõuetele. Kõigil neil haigepõetuse elementidel on aga suur tähtsus ravi alal, need nõuavad oskuslikku käsitlust, meditsiinialast ettevalmistust ja vastavat kvalifikatsiooni, s. o. neid tingimusi, mida õde haigepõetuse alal on suuteline tagama.

Seepärast seatakse meie suuremais haiglais kolmeastmelise teenindamise süsteemi asemel sisse kaheastmeline, mille puhul õde teostab haigepõetust kogu ulatuses. Sanitar ei tegele üldse haigega; tema funktsioonid piirduvad ruumide koristamise, siibri ulatamise, õe abistamisega haigepõetusel. Kaheastmelise süsteemi

puhul vajab haigla rohkem õdesid, kui kolmeastmelise süsteemi juures.

Ka praegu ülekaalus oleva kolmeastmelise teenindamise süsteemi juures tuleb palatiõe tööd selliselt organiseerida, et õde suurema osa oma tööajast pühendaks vahetule haigete põetamisele.

Õe töökoht peab valvetoast palatisse kanduma; palatiõde peab olema maksimaalselt vaba organiseerimis- ja administratiiv-majanduslikust tööst. Nii tuleb näiteks sidepidamiseks kliinikute osakondade ja laboratooriumi, apteegi jms. vahel eriline sanitar määrata jne.

Haigepõetuse õige korralduse jaoks on suur tähtsus valvekordade õigel organiseerimisel, personaali töögraafiku koostamisel jne.

Veel praegugi esineb haiglapraksises juhtumeid, kus õe ja sanitar valvekord kestab kogu öö-päeva, mille järel neile antakse kaks-kolm vaba päeva. Säärase töökorralduse juures näeb haige iga päev uut õde. Kohtudes haigega üks kord 3—4 päeva jooksul ei saa õde tagada pidevat järelevalvet haige üle. Selle tagajärjel tekib isikliku vastutuse puudus ravi ja põetuse ajal ning personaal vabastatakse tegelikult vastutusest haige seisundi eest. Peale selle väsitab säärane pikk kestav valvekord töötajat; valvekorra lõpu poole langeb tema töövõime järsult ja järelikul ka põetamise kvaliteet.

Seepärast on käesoleval ajal kehtima pandud õdede töö kolmes vahetuses ja sanitaride töö kahes vahetuses. On soovitatav, et hommikus, päevases ja öises vahetuses töötaksid samad õed ja et nende valvekordade aeg küllaldaselt pikkade ajavahemike järele vahelduks (mitte sagedamini kui ühe kuu järel).

Töö puhul kahes vahetuses ei või kesk- ja noorema personaali valvekord üle 12 tunni kesta.

Alatiste õdede puhkepäeval võtavad asendavad õed valvekorra üle. Asendavate õdedena rakendatakse öise valvekorra õdesid, kel 10 korda kuus valves olles mõned töötunnid tegemata jäävad.

12 tundi kestvate valvekordade puhul vahetuvad sanitarid kell 8 hommikul ja kell 8 õhtul.

Varasematel tundidel ei ole personaali vahetus soovitatav, sest vahetusel tekkiv kära äratav haigeid ja häirib nende und.

Hospitalides värvatakse haavatute vastuvõtu, mahalaadimise ja põetuse otstarbel tööle Punase Risti aktiiv.

### Haige vastuvõtmise ja väljakirjutamise kord. Haige režiim haiglas.

Haige saabub haiglasse ambulatooriumi või polikliiniku kaudu, suunatakse arsti poolt koduse visiidi puhul või toimetatakse erakordsetel juhtudel kiirabi vahendusel kohale.

Kõik saabuvad haiged võetakse vastuvõturuumis vastu. Vastuvõturuumis vaatab valvearst haige läbi ja määrab ära, missugusesse osakonda ta tuleb suunata. Vastuvõturuumis toimub haige sanitaarne korrastus: juukselõikus, küünte lõikamine, pesemine ja haigla puhta pesu selgapanemine. Haigele kuuluvad esemed saadetakse desinfitseerimisele. Vastuvõturuumis seatakse sisse haiguslugu haige kohta, täidetakse haigusloo passi osa, s. o. osa, mis sisaldab põhilisi andmeid haige kohta. Samad andmed kantakse vastuvõturuumi žurnaali.

Haiguslugu kujutab endast haiglas peetavat põhi- ja tähtsamat dokumenti. Haigusloosse kantakse põhilised teatmed haige poolt läbipõetud haiguste ja tema elundite seisundi kohta ning selle haigestuse anamnees, millega haige haiglasse saabus. Kõik need andmed kergendavad diagnoosimist ja hõlbustavad individuaalse ravi määramist haigele.

Palatiarst-ordinaator peab haige kohta haiguslugu, mis tuleb täita esimese öö-päeva jooksul pärast haige saabumist ja mida peetakse süstemaatiliselt kogu haige haiglasviibimise jooksul. Haigusloosse kantakse iga päev andmed haige tervisliku seisundi kohta, kõik arsti korraldused, protseduurid, haigele määratud režiim, konsultantide otsused. Operatsiooni puhul tähendatakse ära tehtud operatsioon ja selle tulemused.

Haigusloosse kantakse sisse ka laboratoorsete analüüside, röntgenoskoopia andmed jne.

Haige surmajuhtumi puhul märgitakse haigusloos ära andmed patoloogilis-anatoomilise lahkamise kohta.

Haiguslool on suur operatiivne tähtsus mitte ainult haiguse protsessi peegeldava dokumendina üksiku haige ravi suhtes. Haiguslood moodustavad põhimaterjali küsimuste teaduslikuks uuri-

miseks ühe või teise haigestuse, ravi tõhususe, ühe või teise operatsiooni tulemuste kohta jms.

Haiguslugu on samuti põhidokumendiks kohtu-meditsiiniliste juurdluste puhul.

Tähendatud asjaoludel tuleb meditsiinilisel personaalil suhtuda haiguslugude pidamise ja säilitamise küsimustesse täieliku vastutustundega.

Kuni haige väljakirjutamiseni haiglast on haiguslugu palatiõe käes hoiul, peale haige väljakirjutamist antakse haiguslugu üle haigla arhiivi säilitamiseks.

Vastuvõturuumist läheb haige sanitari saatel osakonda. Osakondades suunatakse haiged palatitesse vastavalt haigestusliigile, mis on eriti tähtis nakkushaiglates. Meeste ja naiste jaoks on eraldi palatid. Soovitav on ühendada haigeid eelseisva operatsiooniga, tervistuvaid, raskesti haigeid jms. Säärane kord võimaldab palatis kergesti kehtestada režiimi, mis on kõigile haigeile ühine ja mis kergendab põetust ja järelevalvet haigete üle.

Eriti tähtsaks osutub haavatute liigitamine ja ratsionaalne jaotus hospitalides.

Haavade lokalisatsiooni kohaselt luuakse erihospitalid või osakonnad mitmesuguste haavade raviks: lõua- ja näovigastuste jaoks, neurokirurgilised jne.

Uldtüüpi hospitalides jagunevad haiged samuti haavade iseloomu ja raskuse järgi, sest see kergendab nende põetust.

Raskesti haavatuid püütakse asetada ühele korrusele operatsiooniruumiga; kergesti haavatuid, kes ise liikuda suudavad, võib operatsiooniruumist kaugemale asetada.

Tervistumisel ja teise haiglasse üleviimisel kirjutatakse haige või haavatu haiglast välja. Mitteravitavate krooniliste juhtumite puhul võib haige koju suunata, kui tal ei esine ägenemist.

Haigete väljakirjutamine toimub raviva arsti otsusel ja osakonna juhataja kinnitusel.

Iga hospitalist väljakirjutatav haavatu läbib hospitali juures töötava konsultatsioonikomisjoni, kes teeb arstliku otsuse haavatu ravisse tagasipöördumise või tema invaliidsuse järgu kohta.

Invaliidide ravimiseks ja mitmesuguste plastiliste operatsioonide tegemiseks, mis neile töövõime tagasi annavad, on Tervishoiu Ministerium avanud tuhandeid haiglavoodeid ennistava kirurgia alal. Peale selle saadetakse invaliide mitmesugustesse sanatooriumidesse, haiglatesse ja ambulatoorsetesse ning polikliinilistesse asutistesse.

Väljakirjutatava haige kohta koostatakse haiglas eri kaart ühes diagnoosi, raviliigi ja laboratoorsete ning röntgenoloogiliste uuringute andmete äratähendamisega. See kaart saadetakse haige elukoha järgi polikliinikusse edasise aktiivse järelevalve teostamiseks vastava haige ja tema ravi üle.

Haige surma puhul informeerib haigla sellest tema sugulasi ja annab välja surmatunnistuse; kui haige oli üksikinimene, teatatakse surmajuhtumist perekonnaseisuaktide büroole. Prosektuuri omavas haiglas kuuluvad surnud isikute laibad kohustuslikule patoloogilis-anatoomilisele lahkamisele. Lahkamise andmed kantakse surnud isiku haigusloosse.

Lahanguil on suur tähtsus meditsiinilise töö kvaliteedi tõstmisele. Nad võimaldavad kontrollida raviva arsti poolt tehtud diagnoosi ja tema poolt tarvituselevõetud ravimeetodite õigsust ja õigeaegsust, tõstavad arsti üldkvalifikatsiooni, soodustavad kliinilise materjali teaduslikku läbitöötamist ja evivad tohutut tähtsust kohtumeditiini alal. Raviva arsti ja osakonna juhataja viibimine lahangul on kohuslik.

Palatiõed ja sanitarid peavad hoolikalt jälgima haigla režiimi täpset täitmist, puhtuse, vaikuse ja korra pidamist palatites.

Haigla päevakava näidis on järgmine:

kell 7 hommikul haige temperatuuri mõõtmine, tualett, ruumide korrastus;

kell 9 " hommikueine;

kell 10—1 päeval — arstide visiit, protseduurid;

kell 1—2 — lõuna;

kell 2—4 päeval — puhketund;

kell 4 päeval — pealelõuna tee;

kell 4—6 — temperatuuri mõõtmine, protseduuride (korralduste) täitmine;

kell 8 õhtul — õhtueine;

kell 10 õhtul — magamaminek.

Hospitalis luuakse haavatuile eriline päevakava. Haavatud osutuvad paljudel juhtudel tegelikult terveteks noorteks inimesteks, kes paiksete traumaatiliste vigastuste tõttu, näiteks plastiliste operatsioonide puhul, vahel kuude kaupa on sunnitud hospitalis viibima. Seepärast kasutatakse säärase haavatute hospitalis viibimist ravi kõrval õpinguiks nii nende spetsiaalse sõjalise kui ka üldpoliitilise ettevalmistuse tõstmiseks, milleks hospitali juhataja abi poliitilisel alal korraldab neile eriõpinguid.

Väga soovitav on haavatuile, eriti invaliididele, üht või teist ametit õpetada, mille alal nad hospitalist lahkudes võiksid tegelda, milleks hospitalide juures avatakse mitmesugused rätsepa, lukksepa-, kingsepa- jne. töökojad.

Hospitalides tuleb haavatuid (arsti kohuslikul järelevalvel) ergutada osavõtule mitmesugustest tööprotsessidest (töötamine abimajandis, haigla territooriumi korrastamine, endateenindamine jms.).

Väga tähtis on haavatute vaba aja organiseerimine poliitilis-kasvatusliku kultuurharidustöö näol nii loengute, ettekannete, kontsertide, kinoetenduste, isetegevusõhtute korraldamise kui ka hospitali varustamise kaudu raamatute, mängude, muusikariis-tadega.

Sellele tööle värvatakse laialdaselt šefid ja nõukogude ühiskondlikud organisatsioonid.

Kõige selle juures peab hospitali personaal kõikumatult jälgima distsipliini ja haigla sisekorra eeskirjade täitmist haavatute poolt.

### Võitlus nakkuste vastu haiglas.

Mitmesuguste haigete, sealhulgas ka nakkushaigete, hulgaline koondumine haiglas võib vastavate vältivate abinõude mittetäitmisel tekitada nakkuse levimise ohtu nii haiglas viibivate haigete kui ka ümbritseva elanikkonna hulgas.



Ümbritseva elanikkonna nakatumise vältimiseks tuleb haigla roiskveed, röga ja väljaheited enne nende suunamist üldkanalisatsiooni või käimlaisse tingimata desinfitseerimisvahenditega, näiteks kloorlubja või lüsooliga, ohutuks teha. Kõik tahked jäätmed, kasutatud mähised, vatt jms. tuleb põletada ja haigeile kuuluvad esemed desinfitseerida. Vahetatav pesu, eriti nakkushaigete oma, tuleb enne pesukotta saatmist desinfitseerivais lahuseis leotada ja haigeil tarvitada olnud nõud keeva veega üle valada ja siis pesta; põetusesemed tuleb peale igakordset kasutamist desinfitseerida. Iga haige järel tuleb kanderaamid, veokid ja muud haige kasutada olnud transpordivahendid hoolikalt desinfitseerida. Iga haiglasse saabuva haige juures tuleb läbi viia hoolikas sanitaarkoristus.

Nakkuste kandumise vältimiseks haiglasse, eriti nakkushaiglatesse, on nõutav rea ettevaatusabinõude täitmine.

Nakkushaigla vastuvõturuumi vaatluskabinetis ei või korraga rohkem kui üks haige viibida. Vaatluskabinetis teeb arst haigestuse diagnoosi kindlaks, selgitab haige nn. „epidemioloogilise anamneesi“, s. o. milliseid nakkusi vastav haige on põdenud, kas tal on olnud kontakti teiste nakkushaigetega ja saadab haige nende andmete alusel ühte või teise osakonda, paigutab haige üldpalatisse, boksi või isolaatorisse. Peale iga haiget desinfitseeritakse vaatluskabinet põhjalikult, meditsiiniline personaal vahetab kitleid ja peseb käsi.

Nakkushaiglais seatakse sisse nii täielikud nn. Meltseri boksid kui ka poolboksid.

Täielikud Meltseri boksid on täielikult isoleeritud ühe või kahe voodiga palatid eraldi sissepääsuga haigele väljastpoolt ja lüüsigiga haigla koridori poolt sissepääsuks meditsiinilisele personaalile. Boksis leidub iga haige jaoks voodi, vann, pesemisseadeldis, kloseti seadeldis. Kogu haiglas viibimise ajaks kinnistatakse haigele eraldi nõud ja meditsiinilise põetuse esemed; toit serveeritakse boksi erilise aknakese kaudu.

Boksi astudes peseb meditsiiniline personaal käsi ja riietub lüüsis vastavale bokstile määratud kitlisse; bokсист lahkudes võetakse kittel seljast ja pestakse uuesti käsi.

Haiglasiseste nakkuste levitamisel ja elanikkonna nakatamisel etendab halvasti instrueeritud ja mitte küllaldaselt distsiplineeritud meditsiiniline personaal suurt osa. Seepärast on kõigi aseptika nõuete hoolikas täitmine absoluutselt kohuslik. Tööle ilmudes tuleb meditsiinilisel personaalil haigla riietus selga panna. On soovitatav, et personaal tööle tulekul ja lahkudes end duši all peseks. Batsillikandjaid ja isikuid, kelle kodus nakkushaigeid leidub, ei lubata haiglasse tööle. Ühelt haigelt teise juurde minnes, kokkupuutumisel haige eritustega ja ühtede või teiste esemete ulatamisel ühelt haigelt teisele peab meditsiiniline personaal hoolikalt käsi pesema. Ühelt haigelt teisele ulatatavad esemed tuleb hoolikalt desinfitseerida.

Igal nakkusosakonnal peab olema oma meditsiiniline personaal. Meditsiinilise personaali üleminek ühest nakkusosakonnast teise ei ole lubatav.

Selleks, et meditsiiniline personaal teadlikult ja kindlalt kõigist meditsiinilistest nõuetest kinni peaks, tuleb teda üksikasjaliselt tutvustada nakkushaiguste iseloomu, nakkuste levimise allikate ning viisidega ja tõsta haigla töötajate kvalifikatsiooni.

Haiglas tuleb pidada hoolikat arvestust haiglasiseste nakkuste kohta. Haiglasiseste nakkuste olemasolu on üks tähtsamaid haigla töö halva kvaliteedi näitajaid.

### Haigete tootlustamine.

Haigete tootlustamisele tuleb osutada erilist tähelepanu, sest ratsionaalne ravitoitus on üks tähtsamaid ravivahendeid iga haigestuse puhul ja mõne suhtes isegi otsustavaks teguriks.

Haigete tootlustamise parendamiseks organiseeritakse haiglate juures vastavad majandid. Eriti suur tähtsus on haiglate majandele nii haigete kui ka haigla personaali tootlustuse lisaallikaina sõjaajal.

Haigla majandid organiseeritakse kohalike nõukogude ja tervishoiuorganite kaasabil haigla töötajatega, kusjuures arstliku kontrolli all on võimalik ka haigete osavõtt tööst.

Haigla majanditele tuleb vaadata mitte ainult kui tootlustuse

täiendavate ressursside allikale, vaid ka kui tööteraapia vahendile. Rääkimata psühhiaatriahaiglaist, kus füüsiliselt terved isikud viibivad kauemat aega, on viibimine värskes õhus ja kehaline töö näidustatud ka terve rea teiste krooniliste haigestuste puhul, muidugi range arstliku korralduse alusel. Nende haigete tööjõudu võib haigla majandis edukalt kasutada.

Haigla majandite arendamisel, toitluse lisaressursside leiutamisel etendab haigla meditsiiniliste töötajate algatusvõime suurt osa.

Haigla majandi soetamine on igal haiglal võimalik. Rajooni- ja jaoskonnahaiglad võivad haigla maa-ala vahetult majandiks ära kasutada ja puuvilja-, marja- või keeduviljaaia rajada. Tšita oblasti lastesõimedes ja haiglates on näiteks kanalad laialdaselt levinud, arvestusega 1 kana 1 voodi kohta. Tšita oblasti kanalates on juba üle 10 000 kana. Kalinini linnas organiseeris N. hospitali juhatus personaali tööjõuga suvel kalapüüki, seente ja marjade korjamist. Moskvast täiendas Russakovi haigla haigete toiduratsiooni 20 pärmist valmistatud kõrgeväärtusliku rooga.

Haiglad peavad näitama ka algatusvõimet metsikult kasvavate vitamiinirikaste saaduste (kibuvitsamarjade, männiokaste) kogumisel ja neist vitamiiniekstraktide valmistamisel, sest nende kasutamine kiirendab tunduvalt tervistusprotsessi paljude haigestuste puhul.

**Ravitoitluse organiseerimine.** Suurtes haiglates, kus on üle 250 voodi, juhib dieetarst ravitoitluse korraldust, haiglates, kus voodite arv on alla 150 — dieetõde.

Ravitoitluse alal töötajad tagavad dieetlaudade korraldamist haiglas, töötavad välja produktide normid, koostavad toidusedeli, jaotavad portsjonid ja töötavad välja haigla üldise toitluse režiimi. Nad vastutavad köögi ja kõrval- ning laoruumide sanitaarse seisundi ja sanitaar-hügieeniliste eeskirjade täitmise eest.

Toidu omadused maitse ja toitvuse poolest ja järelikult ka selle omandamine haigete poolt oleneb mitte ainult sellest, kuidas toit on valmistatud, vaid ka sellest, millisena ta osakonda jõuab. Sageli loksab toit üle ääre, jahtub ja kaotab pikaajalise säilitamise tagajärjel maitsevuse ja toitvuse. Seepärast on tähtis toidu kohaletoi-

metamise viis haigla osakondadesse, samuti selle ülessoojendamise võimalus osakonnas, millele tuleb osutada tõsist tähelepanu.

Palati- ja dieetõde peavad jälgima toidu serveerimist haigeile ja viibima palatis haigete söögiaegadel. Seal, kus puudub eraldi toiduajotaja, määratakse selleks sanitar, kes selleks ajaks tuleb kõigest muust tööst vabastada (siibrite ulatamine, ruumide korrastus jm.).

### Haigla töö kvantitatiivsed ja kvalitatiivsed näitajad.

Haiglates peetav perioodiline statistiline aruandlus võimaldab teha otsust nii haigla töö ulatuse ja voodite fondi kasutamise tõhususe kui ka haiglaabi kvaliteedi kohta.

Peatüki algul on märgitud, et elanikkonna haiglaabiga kindlustatuse põhiliseks näitajaks osutub haiglavoodite arv iga 1000 elaniku kohta. Sellest ühest näitajast aga ei piisa otsustamiseks selle üle, kas elanikkonna teenindamine haiglaabiga on hea. Tähtis on asjaolu, kuidas haiglafondi kasutatakse ja milline on haigla tegelik läbilaskevõime.

Neist näitajaist osutub kõige tähtsamaks tegelikult haiglas veedetud voodipäevade arv ja selle näitaja suhe plaanis ettenähtud voodipäevade arvuga.<sup>1</sup> See näitaja oleneb sellest, mitu päeva aastas voodit tegelikult kasutatakse. On arusaadav, et voodit ei saa kasutada 365 päeva jooksul aastas: osa voodeid on remondis ja mõningane mittetäielik kasutamine tekib perioodiliselt teostatava desinfektsiooni tõttu; sageli on voodid tühjad vooditefondi oskamatu kasutamise tagajärjel.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt on haiglavoodi kasutamise aastase normina ette nähtud 340 päeva linnas ja 300 päeva maal. Selle normi mittetäitmine vihjab haigla halvale, mitteküllaldaselt operatiivsele tööle.

Haiglavoodi kasutamise tõhusus määratakse kindlaks mitte ainult sellega, mitu päeva aastas seda kasutati, vaid ka sellega, kuidas, s. o. mitme haige poolt voodit aasta jooksul kasutati või teiste sõnadega käibe näitajaga. Käibe kiirus sõltub haige

<sup>1</sup> Nende näitajate arvutuse meetodika kohta vaata X pt.

haiglavoodis viibimise kestusest, mis omakorda ole-  
neb haigestuse iseloomust. Nii võrdub näiteks haige nakkusosa-  
kondades viibimise keskmine kestus 17—18 päevaga. Kestus on  
kõige lühem (6,5—7 päeva) sünnitusosakonnas ja kõige pikem  
psühhiaatriahaiglates, tuberkuloosiosakondades, eriti luutuberku-  
loosiosakondades.

Kuigi haige haiglasviibimise kestus põhiliselt sõltub haigestuse  
iseloomust ja kulust, oleneb haiglavoodis viibimise kestus ja järe-  
likult voodi käibe suurenemine tunduval määral diagnostika ja  
ravi kvaliteedist haiglas.

Rea haigestuste uued tõhusamad ravimeetodid lühendavad jär-  
sult haiguse kulu kestust. Näiteks lühendas roosi ravi streptotsii-  
diga ja kopsupõletiku ravi sulfidiiniga palju säärase haigete vii-  
bimise kestust haiglas.

Haige haiglas viibimise kestust võib lühendada rea ambulaator-  
selt toimuvate uurimiste ja analüüside teel enne haiglasse minekut.  
Ambulaatorsetes tingimustes on õe hoolika põetuse ja arstliku  
järelevalve puhul kodus võimalik ka haige järgnev ravi pärast  
teatavat viibimist haiglas. Selleks peab haigla ja polikliiniku töö  
vahel olema side.

Töö kvalitatiivsete näitajate hulka kuulub ka väga tähtis  
letaalsuse näitaja haigla kohta üldiselt ja eraldi üksikute osa-  
kondade kohta. Letaalsuse vähenemine mitmesuguste haigestuste  
või operatiivse vaheleastumise teel on kahtlemata ravi edukuse  
ja tõhususe tähtsaks näitajaks. Nii vähendas näiteks difteeriavas-  
tase seerumi kasutamine letaalsust difteeria tagajärjel 35,1% 1892. a.  
kuni 4% ni 1936. a.; sulfidiini tarvitamine vähendas mitmekordselt  
letaalsust kopsupõletiku tagajärjel. Tuleb siiski meeles pidada selle  
näitaja tingimuslikkust. Letaalsuse näitaja tõus oleneb sageli hai-  
gete raskemast koosseisust. Seepärast tuleb üldletaalsuse analüüsi  
kõrval üksikult kindlaks määrata iga surmajuhtumi põhjus.

Patoloogilis-anatoomiliste lahangute andmete analüüsi puhul on  
haigele pandud ja patoloogilis-anatoomilise diagnoosi ühtimise näi-  
tajal suur tähtsus, vihjates diagnostika ja ravi õigsusele mitmesu-  
guste haigestuste puhul.

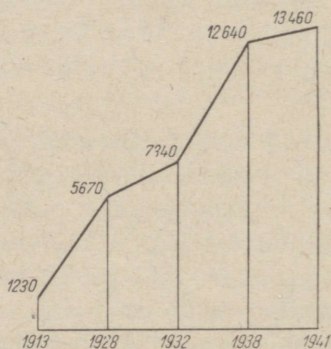
Peale loeteldud üldiste näitajate kohaldatakse haiglate osakondades ka üksikute osakondade tööd iseloomustavaid erinäitajaid, näiteks haavaosakonnas — operatsioonijärgsete túsistuste, mädanike protsent, haava esmase paranemise protsent jne., sünnitusosakonnas — lahkliha rebendite protsent, sünnitusjärgsete haigestuste, eriti sepsise protsent jms. Kõik need túsistused olenevad peamiselt ravialase abi kvaliteedist, antiseptikast, põetusest.

Iga haigla töötaja peab oma töö objektiivsete näitajatena tundma haigla töö kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid näitajaid, mis moodustavad haigla tootmisplaani aluse.

## IV peatükk.

### AMBULATOORNE-POLIKLIINILINE ABI.

Haiglaväline abi kujutab endast kõige enam levinud meditsiinilise abi liiki, mida haige kõigepealt taotleb. Ambulatoorne-polikliiniline abi tagab NSV Liidus stalinliku konstitutsiooni poolt kinnitatud õigust tasuta kvalifitseeritud meditsiinilisele abile. Haiglaväline abi õigest korraldusest oleneb haige edasine ravi ja tema töövõime kindlaksmääramine.



Joonis 16.

Kapitalistlikes maades on haiglaväline abi, abiandmine kodus, alaks, kus valitseb ainult üks erapraksis. Erandi moodustab väga väike linnaomavalitsuste, kindlustuskassade ja eraheategevuse poolt organiseeritav asutiste võrk.

Žbankovi andmeil võimaldati Venemaal Esimese Maailmasõja eel tasuta ambulatoorset abi vaesemale elanikkonnale ainult 127 linnas 234 hulgast. Seejuures ei olnud see spetsialiseeritud, vaid üldine abi.

1913. a. oli Venemaal 1230 ambulatoorset ja polikliinilist asutist; spetsialiseeritud abi osutati ainult 16% neist asutistest.

Nõukogude võimu aastate jooksul on ambulatoorsete ja polikliiniliste asutiste arv rohkem kui 10 korda kasvanud. 1941. a. ulatus vastav arv 13 460-ni, kusjuures haiglaväliste asutiste läbilaskevõime tunduvalt tõusis. Ainuüksi Tervishoiu Rahvakomissariaadi süsteemi kuuluvates asutistes tõusis külastuste arv 1941. a. 394 miljonini, moodustades 6,5 külastust aastas iga linnaelaniku kohta (joonis 16).

Nõukogude valitsuse aastail seati sisse keeldumatu abi andmine kodus ja arendati laialdaselt kiirabi andmist. Ambulatooriumid ja polikliinikud muutusid võimsateks, kõrgestikvalifitseeritud meditsiinilisteks asutisteks, kellest 95% tegutseb spetsialiseeritud abiandmise alal. Haiglavälistes asutistes töötab umbes pool kõigist Nõukogude Liidu arstidest.

### Haiglaväliste asutiste tüübid.

Polikliinikud ja ambulatooriumid on põhitüüpi asutised, kes annavad elanikkonnale mittestatsionaarset abi. Nad moodustavad 72% kõigist haiglavälise abi asutistest. Peale nende kuuluvad haiglavälise abi andvate asutiste hulka tuberkuloosi, naha- ja suguhaiguste, trahhoomi ja psühho-neuroloogia dispensaariumid, hambaravi- ja teised erialased ambulatooriumid, laste- ja naistenõuandlad, lastepolikliinikud ja ambulatooriumid, trahhoomi- ja helmintoloogiapunktid; käitistes — tervishoiupunktid ja meditsiinilised velskripunktid, kinnised vabrikupolikliinikud ja -ambulatooriumid.

Polikliinikud kujutavad endist suuremaid asutisi, mis on määratud 50 000—80 000 elaniku teenindamiseks, kus toimub vastuvõtt vähemalt 7 erialal. Ambulatooriumid teenindavad 6000—10 000 elanikku ja kujutavad endist vähem spetsialiseeritud asutisi. Suurtes polikliinikutes toimub arstlik vastuvõtt kõigil erialadel ühes tuberkuloosi- ja suguhaiguste osakondadega jms. Polikliiniku koosseisu kuuluvad vahel ka naiste- ja lastenõuandlad. Polikliinikus on olemas ravi-diagnostilised seadised: röntgeniapparaat, laboratoorium, elekter-, valgus- ja vesiravi. Suurtes polikliinikute juures töötavad diagnostikastatsionaarid, kuhu haiged diagnoosi selgitamiseks neil



juhtumel paigutatakse, kui järelevalve haige üle kliinilises miljöös osutub tarvilikuks.

Ambulatooriumides toimub vastuvõtt tavaliselt ainult mõnel põhierialal (teraapia, kirurgia, günekoloogia, hambaravi). Nende ravi-diagnostiline varustus on vastavalt piiratud.

### Haiglavälise abi organisatsioon.

Haiglaväline abi on rajatud territoriaal-jaoskonna põhimõttele. See tähendab, et polikliiniku või ambulatooriumi tegevusrajoon jaguneb jaoskondadeks, mille elanikkonda teenindatakse elukoha järgi jaoskonnaarsti-terapeudi poolt. Arst annab oma jaoskonda kuuluvale elanikkonnale ravialast abi nii ambulatooriumis kui ka kodus. Nii ravib haige end alati ühe ja sama arsti juures, sellele vaatamata, kas ta külastab ambulatooriumi või kutsub arsti enda poole koju. Jaoskonnaarst võtab osa tööpäeva jooksul vastu polikliinikus ja pühendab ülejäänud tunnid abiandmisele kodus. Suurtes linnades teenindab jaoskonnaarst 2000—2500 täisealist. Säärane ravi organiseerimine võimaldab arstile oma haigeid hästi uurida, jälgida neid elukondlikes tingimustes, tutvuda üksikute kvartalite, korterite, majade ja talundite elutingimuste ja sanitaarse olukorraga. Diagnoosi määramiseks ja haige ravimiseks kasutab jaoskonnaarst vajaduse järgi polikliiniku või ambulatooriumi seadistat (laboratooriumi, röntgeniaparati, füsioteraapiat) ja peale selle spetsialistide konsultatsiooni niihästi ambulatooriumis kui ka ravi puhul kodus.

Haiglavälise abi plaanimine. Haiglavälise abi plaanimisel lähtutakse järgmistest andmetest: elanikkonna arv, teenindamise raadius, haigestumuse koostis, külastuste arv ühe elaniku kohta ja arstliku vastuvõtu normid mitmesuguste erialade järgi.

Ühe polikliiniku või ambulatooriumi poolt teenindatava elanikkonna arvu kindlaksmääramisel on tähtsaks teguriks teenindamise raadius s. o. vahemaa polikliiniku ja teenindatava rajooni piiride vahel. Teenindamise raadius ei ületa linnades tavaliselt 5 km.

Külastuste arv ühe elaniku kohta määratakse kindlaks haiglaväliste asutiste töö praktika põhjal. Neis keskustes, kus haiglavä-

line abi on elanikkonnale maksimaalselt kättesaadav ja kus kõigil töötajail on võimalik seda kasutada (näiteks Moskvas), kõigub külastuste arv ühe elaniku kohta 8 kuni 10 vahel aastas, mida tulebki pidada eeskujulikuks normiks suure linna täielikuks rahuldamiseks haiglavälise abi poolest.

Ambulatoorsete ja polikliiniliste asutiste külastatavus kõikus 1938. a. liiduvabariikide järgi 10 kuni 4,4 külastuseni ja maal 2 kuni 0,8 külastuseni ühe elaniku kohta aastas.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt on kindlaks määratud järgmised eriarsti vastuvõtu koormuse orienteerumisnormid polikliinikutes ja ambulatooriumides ühe vastuvõtutunni kohta.

Osakonnad ja kabinetid	Polikliinik	Ambulatoorium
Teraapia . . . . .	6	7
Kirurgia . . . . .	10	10
Sünnitusabi- ja günekoloogia- . . . . .	6	7
Silmahaiguste . . . . .	8	—
Kõrva-, kurgu- ja ninahaiguste . . . . .	8	—
Lastehaiguste . . . . .	6	—
Laste nõuandla (mikropediaatria) . . . . .	6	6
Naha- ja suguhaiguste . . . . .	8	—
Neuropatoloogia- . . . . .	5	—
Psühhiaatria- . . . . .	4	—
Hambahaiguste . . . . .	3,2	3,2

Arstide vastuvõttude arv ühel või teisel erialal määratakse kindlaks haigestumuse iseloomu ja struktuuriga. Haigete haiglavälise asutiste poole pöördumise analüüs näitab, et kõige sagedamini pöörduetakse kirurgia-, teraapia-, hambaravi- ja lastehaiguste kabinetide poole.

### Haige vastuvõtu organiseerimine. Registratuur.

Polikliinikus tuleb vastuvõtt nii organiseerida, et haige ei kulutaks arsti külastamisele palju aega, ei ootaks kaua vastuvõttu või õiendi väljaandmist.

See osutub eriti tähtsaks sõja tingimustes, kus iga kaotatud tööminut tähendab rindele kaotsiläänud mürsku.

Sama tähtis on, et polikliinikus vastuvõtva arsti aega tõhusalt kasutataks, et ta ei kaotaks aega haigete ootamisele, dokumentide otsimisele ja vormistamisele, kõrvaltöödeks, mida tema eest võib täita keskmeditisiiniline personaal. Selleks tuleb polikliinikus haigete vastuvõttu õigesti organiseerida. Järjekordade tekkimise vältimiseks registratuuris kasutatakse eelregistreerimist vastuvõtule nii isiklikult kui ka telefoni teel. Sissekirjutamisel tuleb täpselt ära tähendada vastuvõtu tunnid ja minutid ühe või teise kabineti läbilaskevõime kohaselt. Korduvate külastuste tähtajad määrab raviv arst kindlaks ja registreerib neid ise vahetult oma kabinetis. Suurtes polikliinikutes on kehtestatud nii tsentraliseeritud kui ka detsentraliseeritud registreerimise süsteem. Tsentraliseeritud süsteemi puhul koostatakse haige kohta ainult üks kaart, mis üldregistratuuris alal hoitakse ja kõigisse haige poolt külastatavatesse osakondadesse ja kabinetidesse edasi antakse. Detsentraliseeritud süsteemi puhul on mõnel näit. tuberkuloosi-, suguhaiguste, hambaravi-, lastehaiguste osakonnal oma registratuur ja omaette haiguslugude pidamine sisse seatud. Haiguslood hoitakse jaoskondade, tänavate ja maja numbrite järgi registratuuris alal.

Tsentraliseeritud süsteemi puhul saab iga eriala raviv arst haige kaardi läbivaatamisel täielikuma kujutluse haigestuste kohta, mida haige põeb.

Vastuvõtul on arstil abiks õde, kes tema näpunäidete järgi õiendeid ja korraldusi välja kirjutab ja vajaduse korral haige stationaari paigutamise või tema teise osakonda suunamise küsimust jm. kooskõlastab.

### Keskmeditsiinilise personaali töö organiseerimine.

Keskmeditisiiniline personaal abistab polikliinikus meditsiinilise töö juures arste nende vastuvõtu ajal ja tegutseb iseseisvalt kabinetides ja jaoskonnas arstlike korralduste täitmise alal. Igas polikliiniku osakonnas töötab vanemõde, kelle kohustuste hulka kuulub järelevalve ruumide sanitaarse seisundi üle, meditsiiniliste õdede

töö juhtimine, vastutus osakonna majandusliku ja meditsiinilise varustise ja instrumentariumi eest.

Osakondade meditsiinilised õed kinnistatakse arstlikele kabinettidele; nad valmistavad kabinetid ette arstlikuks vastuvõtuks ja täidavad vastuvõtu kestel arsti korraldusi.

Günekoloogia-, kirurgia-, naha- ja kõrvahaiguste ja teiste kabinettide õed teostavad arsti juhtnööride kohaselt spetsiaalseid ravi- protseduure.

Üksikjuhtumitel annavad polikliinikute meditsiinilised õed haigetele vältimatut esmaabi.

Jaoskonnaõdede puudumisel võib osakonna meditsiinilisi õdesid kiireiseloomuliste korralduste täitmiseks haige poole koju saata.

**Abiandmine kodus.** Abiandmine haige pool kodus on polikliiniku ja ambulatooriumi töö kõige olulisem osa. Kodus antav abi peab olema keeldumatu, s. o. kõik väljakutsed tuleb samal päeval täita.

Abiandmine kodus toimub jaoskonnaarsti poolt, kusjuures igale külastusele kulub keskmiselt 30 minutit.

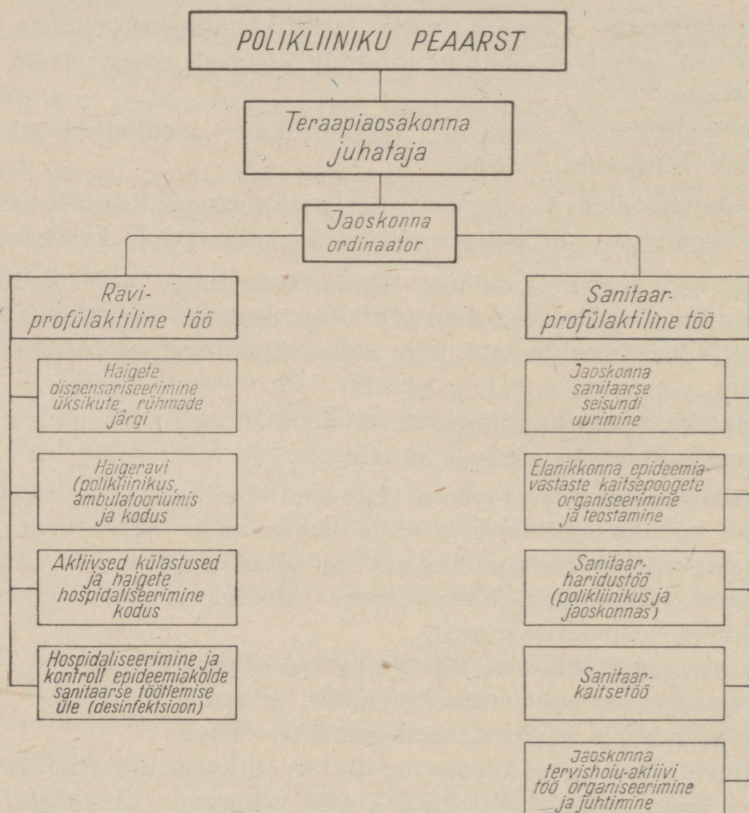
Jaoskonnaarst peab tagama süstemaatilise järelevalve haige üle ja tema hoolika igakülgse kliinilis-diagnostilise läbivaatuse. Jaoskonnaarst määrab ise kindlaks aja, mil tema haiget uuesti külastab. korduvaid väljakutseid ära ootamata. Vajaduse korral organiseerib tema haige hospitaliseerimist.

Suurtes polikliinikutes, kus on olemas pediaatriaosakond, annab jaoskonnaarst-terapeut täiskasvanuile arstiabi külastuste puhul nende kodudes ja jaoskonnaarst-pediaater lastele.

Haigele peab kodus olema tagatud kvalifitseeritud erialane ravi, milleks jaoskonnaarst vajaduse korral vastavad spetsialistid konsultatsiooniks välja kutsub.

Selle töö kontrollimine on teraapiaosakonna juhataja kohustus: tema peab süstemaatiliselt läbi vaatama kodus haigetena lamavate isikute haiguslood, võttes eriarvestusele ja isiklikule järelevalvele kõik haiged kestvate haigestustega, eriti selgumata diagnoosiga, ja võttes tarvitusele kõik vajalikud abinõud nende kiiremaks terveksravimiseks.

Haige ravimise puhul kodus osutub väga tähtsaks momendiks tema põetuse organiseerimine, mitmesuguste protseduuride ja arstlike korralduste täitmine. Neid kohustusi täidab jaoskonnaõde, kes haiget jaoskonnaarsti korraldusel külastab.



Joonis 17.

Eriühtsuse tähelepanu polikliiniku poolt nõuavad hospitaliseerimist vajavad haiged, kes on üksikud ja keda vahel hospitaliseerida ei saa. Nende haigete suhtes toimub real juhtumitel hospitaliseerimine kodus.

Hospitaliseerimine kodus seisneb selles, et haigele luuakse kodus vajalikud tingimused: õe ja sanitari öö-päevane valve, varustamine põetusesemete (termomeeter, soendusvahendid, siiber, hapnikupadjad jms.), pesu ja isegi toiduga.

Kodus toimuva hospitaliseerimise teostamiseks nähakse polikliiniku eelarves ette vastavad assigneeringud (joonis 17).

### Sanitaar-profülaktiline töö jaoskonnas.

Seoses raviga teeb polikliinik plaanikindlalt sanitaar-profülaktilist ja nakkushaiguste vastu võitlemise tööd: kaitsepookeid, võitlust batsillikandmise vastu (batsillikandjate avastamine ja süstemaatiline ravi), laiaulatuslikku sanitaarharidustööd jne.

Sanitaarharidus- ja profülaktilisele tööle rakendatakse kogu polikliiniku meditsiiniline personaal.

Igal ambulatooriumil ja polikliinikul peab olema plaan sanitaaralase ja nakkushaiguste vastu võitlemise töö kohta rajoonis nii elanikkonna kui ka üksikute objektide (ettevõtete, koolide, ühiselamute jms.) osas. Tööplaan koostatakse konkreetset, vastavalt hooajale, sõltuvalt haigestumusest rajoonis ja objektide sanitaarsest seisundist.

Igale jaoskonnale kinnistatakse meditsiiniline töötaja, kes tugineb töös sanitaaraktiivile. Eriline tähtsus on profülaktilisel tööel jaoskonnas.

Jaoskonnaarst ja õde tutvuvad haige elamu ja korteri sanitaarse seisundiga, korraldavad haige ja teda ümbritsevate isikutega vestlusi sanitaaralastel teemadel, annavad nõu haigepõetuse, elamu hügieenilise korrashoiu ja isikliku hügieeni alal.

Säärane sanitaarharidustöö meetod on eriti kasulik.

Jaoskonnaarst vastutab oma jaoskonna sanitaar-epideemilise seisundi eest. Tema vahetel juhtimisel toimuvad jaoskonnas „puhustunädalad“ ja „-kuud“ ning muud massikeskised tervistusüritused. Jaoskonnaarst kutsub elanikkonna hulgas ellu sanitaaraktiivi ja juhhib selle tegevust ning teeb süstemaatilist sanitaarharidustööd.

Sanitaar-profülaktiliseks tööks peab arst iga päev eraldama teatava aja.

Jaoskonnaarst peab hästi tundma epidemioloogia ala. Avastanud ägeda haigestuse, on tema mitte ainult kohustatud haiget hospitaliseerima, vaid ka epidemioloogi kiirteatise näol nakkushaigest informeerima, õigeaegse desinfektsiooni korraldama ja selle tegemist jälgima, nakkusallikad kindlaks määrama, haigega kontaktis olnud isikud välja selgitama, nende üle igapäevase järelevalve sisse seadma, kaitsepoogete ja sanitaarharidustöö tegemist organiseerima.

Kui linnas või rajoonis tekivad ägedate nakkushaiguste puhangud, osutub igapäevane ringkäik jaoskonnas majast majja vajalikuks profülaktiliseks abinõuks palavikuhaigete väljaselgitamise ja õigeaegse hospitaliseerimise, elamute sanitaarse seisundi järele vaatuse, haiget ümbritsevate isikute ja neile kuuluvate esemete sanitaarkorrastamise eesmärgil.

#### Ajutise töövõimetuse lehtede väljaandmine.

Polikliiniku (ambulatoriumi) ravivad arstid annavad töötajaile välja ajutise töövõimetuse lehed.

Igal töölisel ja teenistujal, kes palgalisena ettevõttes, asutises, sovhoosis, traktorijaamas töötab, on õigus ajutise töövõimetuse lehele (haiguslehele).

Sotsiaalkindlustuse seaduse alusel saab iga palgaline töötaja haiguse, sünnituse või haigepõetuse ajal toetust sotsiaalkindlustussummadest. Need summad moodustuvad kohuslikest mahaarvamistest palgafondist kõigis ettevõtetes ja asutistes ja kuuluvad ametiühingute korraldusse. Töölise ja teenistujate arvu ja palga pideva tõusu tõttu suurenevad sotsiaalkindlustusfondid aastast aastasse ja moodustavad käesoleval ajal 10 miljardit rubla aastas. Need summad kulutatakse ametiühingute poolt nende liikmete mitmesuguste sotsiaal-elukondlike vajaduste rahuldamiseks, nagu sanatooriumide ja puhkekoitude ülalpidamine, dotatsioonid lastesõimede, lasteaedadele, ühiskondliku toitluse asutistele, kehakultuuri ja kultuurharidustöö viljelemiseks masside hulgas jne. Tunduv osa neist summadest kulutatakse ajutise töövõimetuse lehtede tasumiseks.

Töövõimetusega seoses oleval haigestumusel on tohutu rahva-

majanduslik tähtsus, sest tööliste puudumine töölt suurel hulgal põhjustab ettevõtte tootmisplaani täitmise nurjumist ja tekitab riigile suurt majanduslikku kahju; sõjaaja oludes väheneb seeläbi sõjaväe kaitsevõime. Kõrge haigestumus ühes töövõimetusega on riigi elanikkonna kõige suurema, tööprotsessi lülitunud osa halva sanitaarse olukorra kõige tähtsamaks näitajaks, mistõttu võitlus töövõimetusega seotud haigestumuse vähendamise eest osutub tervishoiuorganite ja eriti töölisi vahetult teenindavate meditsiiniliste asutiste, tervishoiupunktide ja rajoonide polikliinikute esmajärguliseks ülesandeks.

Töövõimetuslehtede õige väljaandmine ja vormistamine, järelevalve ja kontroll arstlike korralduste ja režiimi täpse täitmise üle, simuleerimis- ja töövõimetuslehtede kuritarvitusjuhtumite selgitamine kuulub kõigi meditsiiniliste töötajate kohustuste hulka ja nõuab suurt valvsust, kujutades endast tähtsat momenti üldise võitluse alal haigestumuse vähendamise eest.

Arst ja velsker peavad väga tähelepanelikult suhtuma igasse töövõimetuslehe väljaandmise juhtumisse. Arst on kohustatud kindlaks tegema töövõimetuse fakti ja selle kestuse; seejuures juhindub tema nii haigestuse raskusest kui ka haige elukutsest s. o. mil määral üks või teine haigestus põhjustab tema töövõimetust.

Arst annab tavaliselt vabastuse 3 päevaks; 3 päeva pärast vaatatakse tema haige uuesti läbi ja võib töövõimetuslehte vajaduse korral pikendada, kuid mitte üle 10 päeva. Kui haigestus kestab üle 10 päeva, sanktsioneerib osakonna juhataja, sotsiaalkindlustuskassa kontrollarst või polikliiniku arstlik konsultatsiooni komisjon (AKK) töövõimetuslehte edasist pikendamist.

Iseseisva vastuvõtu puhul (maa-arstijaoskonnas) on velskril õigus töövõimetuslehte välja anda. Jaoskonnaarst kontrollib velskri tööd töövõimetuslehtede väljaandmise õigsuse alal.

Ajutise töövõimetuse lehed antakse välja kogu haiguse ajaks kuni töövõime ennistumiseni. Krooniliste pikalevenivate haigestusjuhtumite puhul viiakse haige üle ajutiste või alatiste invaliidide hulka. Arstlik tööekspertiisi komisjon (ATEK) määrab kindlaks invaliidsuse kategooria.



Töövõimetusleht on väga tähtis dokument, mispärast polikliinikus peetakse töövõimetuslehtede sissekandmiseks eriraamatut.

Töövõimetuslehtede materjalid ja andmed pöördumise kohta meditsiinilise abi saamiseks annavad kujutluse polikliiniku poolt teenindatava elanikkonna haigestumusest.

Andmed haigestumuse liikide ja liikumise kohta võetakse arutlusele arstide konverentsidel ja tootmiskoosolekuil; nad on aluseks polikliiniku tootmisplaani koostamisel.

Polikliiniku poolt teenindatavate elanike hulgas kuuluvad eri-arestusele ja järelevalvele teatud kontingendid, kelle suhtes esma-joones teostatakse kogu sanitaarsete, epideemiavastaste ja ravi-profülaktiliste abinõude kompleks.

Peale ettevõtete tööliste, kellest lähemalt allpool, kuuluvad säärase rühmituste hulka tööstuskoolide õpilased, töölisnoored, kutsealused ja Isamaasõja invaliidid.

Polikliinik võtab eriarvele ühiselamud, sööklad ja koolid, töös- ja teiste polikliiniku teenindamise piirkonnas asetsevate koolide õpilased, kinnistab neile arsti ja üks-kaks meditsiinilist õde järelevalve teostamiseks objekti sanitaarse seisundi üle, sanitaarsete puuduste õigeaegseks likvideerimiseks, kaitsepoogete, perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste ja sanitaarharidustöö tegemiseks ning sanitaaraktiivi loomiseks õpilaste seas.

Meditsiinilistel asutistel tuleb osutada erilist tähelepanu kutsealustele ja Isamaasõja invaliididele. Meditsiinilised asutised, esijoones ambulatoorsed-polikliinilised, vastutavad armee täiendamise eest tervete isikutega. Nad peavad kutsealuste juures tagama kõigi väeteenistusse kutsumise osas ajapikendust põhjustavate haiguste õigeaegset avastamist ja ravi.

Isamaasõja invaliidid võetakse polikliinikus arvele peamiselt pärast väljakirjutamist hospitalidest ja haiglatest. Polikliinikud peavad neile tähelepanu osutama ja nende eest hoolitsema, tagama nende meditsiinilist teenindamist esimeses järjekorras, rakendama kõik arstiteaduse saavutused selleks, et neid töövõimeliseks muuta ja neile võimalust anda aktiivseks osavõtuks sotsialistlikust üles-ehitustööst.

## Dispensaariumid. Dispensaarne meetod.

Haiglavälist abi osutavate asutiste hulgas arenesid pärast Suurt Oktoobrirevolutsiooni eriti dispensaariumid. Kui enne revolutsiooni töötasid ainult üksikud dispensaariumid ja nende osa oli minimaalne, siis kujutavad dispensaariumid endast praegu NSV Liidus peasutisi võitluse alal terve rea haiguste, esijoones tuberkuloosi ja suguhaiguste vastu. Viimasel ajal on arenenud psühho-neuroloogia-, onkoloogia-, trahhoomi dispensaariumid.

### Tuberkuloosi- ja suguhaiguste dispensaariumide, tuberkuloosi-punktide ja suguhaiguste punktide arv NSV Liidus.

	1913. a.	1928. a.	1932. a.	1938. a.	1941. a.
Tuberkuloosidispensaariumid ja tuberkuloosipunktid . . . . .	43	498	498	925	1048
Suguhaiguste dispensaariumid ja punktid . . . . .	12	800	683	1351	1498

Praegu on tuberkuloosi- ja suguhaiguste dispensaariumid olemas igas oblasti ja krai keskuses. Paljudes rajoonikeskustes ja mõnes maa-arstijaoskonnas on avatud tuberkuloosi-, suguhaiguste, trahhoomi- ja onkoloogiapunktid.

Oblastite ja kraide dispensaariumid kujutavad endist organisatsioonilisi ja meetodilisi keskusi võitluse alal tähendatud haigestustega oblastis. Dispensaariumide kohustuste hulka kuulub haigestumuse liikumise arvestus tuberkuloosi, suguhaiguste, trahhoomi ja teiste haigestuste alal, eriasutiste ja kogu oblasti ravivõrgu töö meetodiline juhtimine võitluse alal nende haigestuste vastu ja meditsiinilise kaadri ettevalmistus ülaltähendatud haigestuste vastu võitlemiseks.

Dispensaariumid teevad laialdast sanitaarharidustööd, korraldavad näitusi, loenguid, ettekandeid, annavad välja plakateid ja lendlehti.

Dispensaariumide juures kutsutakse ellu abiasutised: öö- ja päevasanatooriumid, dieetsöökklad, tervistusmurud.

Dispensaariumid on ravi-profülaktilised asutised, mis ühtaegu

haige ravimisega teostavad profülaktilisi abinõusid nii vastava haige kui ka ümbritseva kollektiivi suhtes.

Neid ülesandeid teostatakse töö nn. dispensaarse meetodi abil.

Dispensaarse meetodi all mõistetakse eelkõige haige varast avastamist, aktiivset süstemaatilist järelevalvet tema üle ja ravimist.

Dispenseerimine põhineb haige aktiivsel avastamisel, tema arvelevõtmisel võimalikult varasel haigestuse perioodil, kui haige arstiabi veel ei otsigi. Dispensaarium avastab haigeid mitmel viisil. Nende avastamist soodustavad peamiselt mitmesuguste elanikkonna rühmituste (õpilaste, tööliste, noorukite, kutsealuste) perioodilised läbivaatused. Avastanud ja võtnud arvele tuberkuloosi- (või mõne muu) haige, vaatab dispensaarium läbi kõik temaga lähedalt kokku puutuvad isikud: perekonnaliikmed, temaga ühes elunevad isikud jne.

Haigete avastamisel on näiteks tuberkuloosidispensaariumile suureks abiks perekonnaseisuaktide büroolt (PerB) saadavad andmed tuberkuloosi surnud isikute kohta. Nad aitavad avastada tuberkuloosikoldeid, mis kuuluvad dispensaariumi järelevaatusele.

Suur tähtsus haigestuste avastamiseks on kohuslikel teatistel iga mitteepideemilise haigestusjuhtumi (tuberkuloosi, süüfilise, trahhoomi, vähktõve) kohta, mis NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirja kohaselt saadetakse polikliiniku, ambulatooriumi arsti poolt vastavatesse dispensaariumidesse.

Dispensaarium jälgib seda, et avastatud ja arvelevõetud haiged dispensaariumi süstemaatiliselt külastaksid, kutsub neid välja ja selgitab nende mitteilmumise põhjusi.

Nii valvab dispensaarium süstemaatiliselt haigete ja nende ravi järele, mis on ratsionaalse haigestuste vastu võitlemise peatingimuseks.

Dispensaariumid osutavad haigele vajalikku spetsialiseeritud ravialast abi, suunavad neid haiglasse, sanatooriumi, vabaõhukooli, tervismurule jne.

Haige eest hoolitsemine ei piirdu ainuüksi tema avastamise ja raviga. Patronaaziõdede kaudu teeb dispensaarium laiaulatuslikku tööd haige töö- ja elukondlike tingimuste tervistamise alal.

Patronaaz on dispensaariumi töö oluliseks osaks.

Haige koduseid tingimusi uurides avastavad patronaaziõed kõik ebasoodsad tegurid tema elukonnas ja annavad haigele nõu elamu ja tema elu üldtingimuste tervistamise alal. Rajooninõukogude, käitiskomiteede ja ettevõtete administratsiooni kaudu taotleavad nad haige elamis- ja töötingimuste parendamist, üleviimist kergemale tööle, dieettoidu ja üksikjuhtumitel ka materiaalse abi võimaldamist. Patronaaziõed tutvuvad haige omaste ja ümbritsejatega, suunavad nad dispensariumi läbivaatusele, teevad nende hulgas selgitustööd haigestuse profülaktika alal.

Dispensariumid on tihedalt seotud nii meditsiiniliste asutiste üldvõrgu kui ka ühiskondlike organisatsioonide, ettevõtete ja asutistega. See võimaldab neile mitte piirduda individuaalprofülaktikaga, vaid tarvitusele võtta üldisi tervistusabinõusid kogu kollektiivi hulgas.

Käesoleval ajal omandab tuberkuloosivastane võitlus erilist tähtsust. Valitsus osutab suurt tähelepanu tuberkuloosihaigete abistamisele ja tuberkuloosivastaste asutiste võrgu tugevdamisele. Vastavalt NSV Liidu RKN-i määrusele 5. I 1943. a. on tuberkuloosihaigete raviks haiglais ja öösanatooriumides avatud lisavoodid, sisse seatud dieetsöökjad ja korraldatud lisatoidu väljaandmist. Tuberkuloosihaigete rakendamine öö- ja ületunnitööle on keelatud. Tuberkuloosihaigetele lastele luuakse sanatoorsed rühmad lastesõimedes ja -aedades.

Sõja esimesel perioodil mõnel määral vähenenud tuberkuloosivastaste ravi- ja sanatoorsete asutiste võrk on täielikult taastatud.

Erilist tähelepanu osutatakse tööstuses töötavaile tuberkuloosihaigetele, kelle abistamiseks ametiühinguorganisatsioonid ja ettevõtete administratsioon annavad rahasummasid. Viimased kulutatakse sotsiaalabi andmiseks haigetele, dieetsööklate, sanatooriumide avamiseks ja osakondade loomiseks sööklate (esijoones kaitsetööstuse osade) juures tuberkuloosihaigete parema toitlustamise eesmärgil, haigete üleviimiseks lühendatud tööpäevale sotsiaalkindlustuse arvel jms. Ettevõtete administratsiooni abil viiakse läbi tööliste ühiselamuis elunevate batsillikandjate isoleerimine eritubadesse.

See laiaulatuslike tervistavate ürituste korraldamise võimalus vabrikus, tehases, ühiselamus, töölisasulas, mille algatajaks on meditsiinilised asutised ja mida toetavad nõukogude, ametiühingu- ja teised ühiskondlikud organisatsioonid, on nõukogude dispensaarse süsteemi iseloomustavaks jooneks.

Dispensaarne meetod leiab rakendamist peale dispensariumide ka naiste- ja lastenõuandlais, polikliinikuis ja maa-arstijaoskondades.

50 000—80 000 elanikku teenindaval polikliinikul ei ole võimalik teostada aktiivset järelevalvet iga elaniku üle. See osutub tehniliselt võimatuks ja tarbetuks. Rea haigestuste, näiteks südameklapi rikete, maohaavandite, pahaloomuste kavajate jm. puhul aga osutub vajalikuks süstemaatiline aktiivne järelevalve.

Pikaldaselt ja loiult kulgevate haigestuste puhul ilmneb haigeil sageli kalduvus retsidiividele ja ägenemistele; need on nn. „sageli ja kestvalt põdevad haiged“. Nende puhul osutub vajalikuks süstemaatiline järelevalve ja säärast ebasoodsat haiguse kulgu esilekutsuvate põhjuste uurimine aktiivse vaheleastumise ja nende põhjuste likvideerimise eesmärgil.

Sageli ja kestvalt põdevaid haigeid tuleb võtta erilisele järelevalvele ka seepärast, et nende arvel tekib töövõimetuspäevade põhiline hulk. Näiteks Moskva 2. ühise dispensariumi andmeil oli töövõimetusseoses olev haigestumus kümnes Zamoskvoretšjes asetsevas masinaehituse tehases 1938. a. järgmine (100 sotsiaalkindlustatu kohta):

	Sageli ja kestvalt põdevad	Teised tööilised
Gripp . . . . .	551,9	147,1
Angiin . . . . .	82,0	37,5
Mao-soolte haigestused . . .	281,8	40,9
Abstessid, furunklid . . . .	275,5	60,2
Traumad (vigastused) . . . .	890,1	259,0

Polikliinikuis ja ambulatooriumides võetakse sageli ja kestvalt põdevad ja raskeid haigusi põdevad isikud eriarvele. Polikliiniku osakondades seatakse nende kohta sisse erikartoteek ja varusta-

takse haiguslood vastava templiga; haiguslood hoitakse alal mitte üldregistratuuris, vaid osakonna juhataja juures. Sääraseil haigeil on õigus külastada ravivat arsti ilma eelregistreerimata.

See arvestussüsteem võimaldab arstile jälgida haigete süstemaatilist ilmumist polikliinikusse, õigeaegselt konsiiliumi määrata jne.

Haiglaväliste asutiste töö kvaliteedi parendamise ja nende poolt teostatavate sanitaar-profülaktiliste ürituste edukuse vältimatuks tingimuseks on laialdase aktiivi kujundamine elanikkonna hulgas. Polikliinikud, dispensaariumid peavad oma tööst aru andma kohalike nõukogude tervishoiusektsioonides, käitiskomiteedes, sotsiaalkindlustuse delegaatide nõupidamistel jms.

Iga haiglavälise asutise juures tuleb luua sanitaaraktiiv kaasabi osutamiseks sanitaar-profülaktiliste ürituste teostamiseks ja asutiste töö parendamiseks.

## V peatükk.

### KÄITISTE TERVISHOIUPUNKTID.

Haiglaväliste asutiste süsteemis kuulub eriline koht tervishoiupunktidele. Nende arenemine käitiste juures kujunes eriti laialdaseks alates 1930. a. seoses industrialisatsiooni võimsa arenemise ja tööstuse kasvuga NSV Liidus, kus nende üldarv tõusis 1941. a. 9824-ni, kaasa arvatud 4300 arstlikku tervishoiupunkti.

Tervishoiupunktid kutsutakse ellu tööstus- ja transpordiettevõteteis ja traktorijaamade juures. 400 kuni 1000 isikuni ulatava tööliste arvu puhul organiseeritakse õe meditsiinilised punktid, 1000—5000 töölise puhul — arstlikud tervishoiupunktid 1—3 arstiga, 5000—10 000 isiku puhul — kinnine vabriku ambulatoorium ja üle 10 000 töölise puhul organiseeritakse suurte ettevõtete juures kinnised vabrikupolikliinikud.

Tervist eriti ohustavais ettevõtteis, käitistes kõrgenenud traumatismiga (keemia- ja söetööstuses jne.) võib meditsiinilisi punkte ellu kutsuda ka tööliste vähema arvu puhul.

Suurtes ettevõtetes ei täida kinnised ambulatooriumid ja polikliinikud mitte ainult tervishoiupunkti funktsioone, vaid kujutavad endist ka polikliinilisi ravisutisi tööliste ambulatoorseks raviks vastavas tööstuses; neis korraldatakse arstide vastuvõtt kõigil põhilistel erialadel ja seatakse sisse erialased kabinetid. Peale kesktervishoiupunkti organiseeritakse suurte ettevõtete suuremates tsehhides veel tsehhide meditsiinilised punktid.

Tervishoiupunktide ülalpidamise ja sisustamise kulused ei kata mitte ainult tervishoiuorganid, vaid ka majanduslikud organisatsioonid. Ettevõtted annavad tervishoiupunktidele ruumid, majandus-

liku sisustuse, transpordivahendid, tasuvad kommunaalteenete ja tehnilise personaali ülalpidamise kulud. Tervishoiuorganid tagavad tervishoiupunktidele meditsiinilise personaali, meditsiinilise varustise ja ravimid.

Asetsedes vahetult ettevõtte maa-alal teostab tervishoiupunkt igapäevast järelevalvet ettevõtte ja selle elukondlike asutiste sanitaarse seisundi üle. Tervishoiupunkt annab töölistele esmaabi vigastuste, ägedate haigestuste puhul ja teostab vastavate näidustuste alusel sanatoorset ravi, dieettoitlust jms. vajavate isikute selektsiooni.

Tervishoiupunkt vastutab vahetult ja esmajoones ettevõtte sanitaarse seisundi eest; tema kaudu teostavad tervishoiuorganid kogu tervistustööd ettevõttes.

### **Meditsiinilis-sanitaarosa.**

Sõda kutsus esile vajaduse võimsa kaitsetööstuse arendamiseks ja tööstusettevõtete ümberrajamiseks, põhjustas tööpäeva pikendamist, nõudis sadade tuhandete uute tööliste, eriti naiste ja noorukite, lülitamist tööstusse ning esitas tervishoiuorganeile kõrgendatud nõudmisi tööliste tervise kaitse alal.

Meditsiinilise abi parendamise ja selle maksimaalse lähendamise kõrval töölistele on käitiste meditsiinilistel asutistel järgmised kohustused: hoolikas tööstustervishoidlik järelevalve, kõigi ohutustehnika nõuete täitmise ja tsehhide nõutava sanitaarse seisundi korrashoiu, saunade, pesukodade, sööklate, lastesõimede häireteta töö ja nende sanitaarse seisundi jälgimine ning järelevalve väljantava toidu kvaliteedi üle.

Nende ülesannete kiireimaks lahendamiseks ja tööliste parimaks meditsiinilis-sanitaarseks teenindamiseks on kõige suuremate kaitsetööstuse ettevõtete juures organiseeritud meditsiinilis-sanitaarosad.

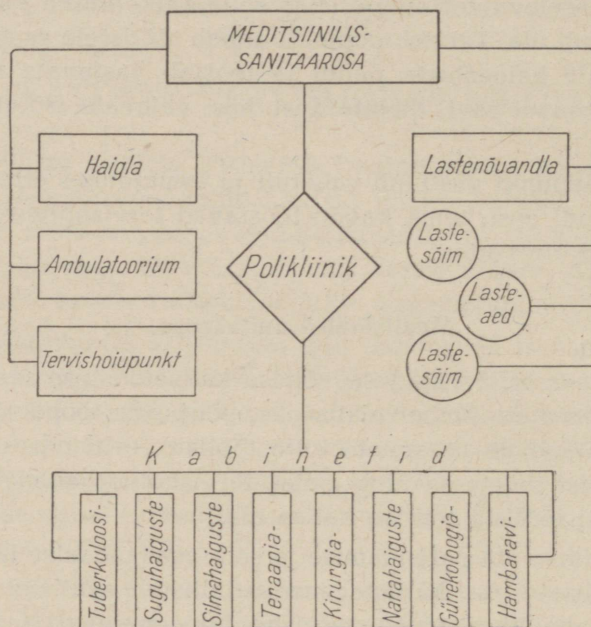
Meditsiinilis-sanitaarosa on ettevõtte orgaaniline osis, mis koos teistega tagab ettevõtte üldtootmisplaani täitmist.

Meditsiinilis-sanitaarosa ühendab kõiki meditsiinilisi asutisi (tervishoiupunkt, polikliinik, haigla, lastesõim, naiste- ja lastenõuandla,



epideemiavastane organisatsioon jne., joonis 18), mis teenindavad vastava käitise töölisi ja teenistujaid.

Meditsiinilis-sanitaarosa allub vahetult rajooni tervishoiuosakonna juhatajale ja kõige suuremate ettevõtete juures oblasti tervishoiuosakonna juhatajale.



Joonis 18.

Meditsiinilis-sanitaarosa teenindab oma ettevõtte töölisi ja võimalust mööda ka nende perekonnaliikmeid kõigi raviliikidega (ambulatoorne, haigla ja kodus antav abi), teeb süstemaatilist sanitaar-profülaktilist ja epideemiavastast tööd nii töökohas kui ka elukonnas (töölisasulais, ühiselamuis, sööklais jms.).

Meditsiinilis-sanitaarosa ülemal on riikliku sanitaar-inspektori õigused.

Säärane kõigi meditsiinilis-sanitaarabi liikide ühendamine võimaldab seda kõige paremini kohaldada ühe või teise objekti vajaduste ja töötingimustega.

## Tervishoiupunkti ravialane töö.

Tervishoiupunkti ravialaste funktsioonide hulka kuulub esmaajoneks esmaabi andmine õnnetusjuhtumite puhul.

Esmaabi peab olema tagatud kogu ettevõtte tööajaks, järelikult kõigile vahetustele. Tuleb rangelt jälgida, et öiste vahetuste teenindamise kvaliteet ei halveneks.

Esmaabi peab olema võimalikult detsentraliseeritud s. o. lähen-datud vigastuse võimalikule tekkimiskohale, milleks suurtes käitis-tes peale kesktervishoiupunkti avatakse üksikutes kõige suurema-tes tsehhides meditsiinilised velskri- või õepunktid. Teisi tsehhe varustatakse apteegikeste, kanderaamidega jms.

Arstliku esmaabieelse abi andmiseks peab meditsiinilise perso-naali puudumisel igas tsehhis ja brigaadis leiduma isikuid, kes on saanud väljaõppe esmaabi andmise alal. Sellist esmaabi võivad anda sanitaarposti liikmed, VSK normid sooritanud Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi liikmed, eriliselt ettevalmistatud brigadiirid, tehni-line kesk- ja noorem personaal jms. Nende korralduses on tsehhi apteegike, kanderaamid, lahased.

Ratsionaalse süsteemi esmaabi andmiseks käitises töötas välja Solomonov (Hrustalski arstijaoskond Donbassis).

Solomonovi meetod traumatoloogilise abi organiseerimise alal seisneb endaabi ja vastastikuse abi andmise õpetamises töölistele. Selleks õpetatakse kõigile töölistele ohutustehnikat, esmaabi and-mist vigastuste puhul (lahasse-, steriilse mähise, veresulguri pane-mist, kannatanu transportimist jms.). Esmaabi andmise organiseeri-jaks ja juhatajaks on brigadiir-kümnik. Brigadiire varustatakse sani-taarpaunadega, mida enne tööleminekut velskrite poolt kontrolli-takse.

Iga üksikult töötavat töölist varustatakse steriilset mähist sisal-dava individuaalpakiga. Esmaabi andmise juhiseid mittetundvaid töölisi tööle ei võeta.

Säärane korraldus võimaldab esmaabiandmist vahetult vigastuse saamisel ja tagab haige õiget transportimisviisi tervishoiupunkti. Sel asjaolul on tohutu tähtsus järgnevale ravile, eriti vigastuse taga-järjel tekkivate tüsistuste vältimiseks.

Solomonovi meetod osutub eriti tähtsaks neil juhtumel, kui töö-  
lised töötingimuste tõttu üksikult või rühmades töötavad tunduvas  
kauguses üksteisest ja meditsiinilistest punktidest väikeste rühma-  
dena (kaevustes, metsavarumistöödel, traktoristidena ja kombaini-  
töolistena põllul jms.).

Enda- ja vastastikusel abil on samuti suur tähtsus sõduri ja parti-  
sani haavata saamisel lahinguolukorras.

Väikesed tervishoiupunktid annavad vigastuste puhul ainult  
esmaabi, suunates kannatada saanud isikud polikliinikute ja haig-  
late traumatoloogiaosakondadesse edasise ravi saamiseks. Tehaste  
juures töötavad ja operatsiooniruumide ning arstide-traumatoloogi-  
dega varustatud suured polikliinikud teostavad oma tervishoiupunk-  
tides ka kannatada saanute edasist ambulatoorset ravi.

Rajooni polikliiniku kirurg juhib kogu abiandmistööd trauma-  
toloogia alal. Ta kontrollib süstemaatiliselt osutatava abi kvaliteeti  
ja meditsiinilise personaali ettevalmistust, samuti instrumentaa-  
riumi, sidumismaterjali, ravimite jms. olemasolu ja seisundit.

Peale esmaabi vigastuste puhul annab tervishoiupunkt esmaabi  
ägedate haigestuste puhul ja suunab haigestunu polikliinikusse  
ravile; tervishoiupunkt täidab ka mitmesuguseid arstlikke korral-  
dusi (süsted, mähised jms.), teostab tööliste meditsiinilisi läbivaatusi  
nende töölevõtmisel ja samuti üksikute tsehhide ja tervist eriti  
ohustavate kutsete alal tegutsevate tööliste meditsiinilisi läbiva-  
atusi. Tervishoiupunkt võtab aktiivselt osa tööliste üleviimisest tei-  
sele tööle meditsiiniliste näidustuste järgi ja suunab haigeid eriala-  
sele ravile.

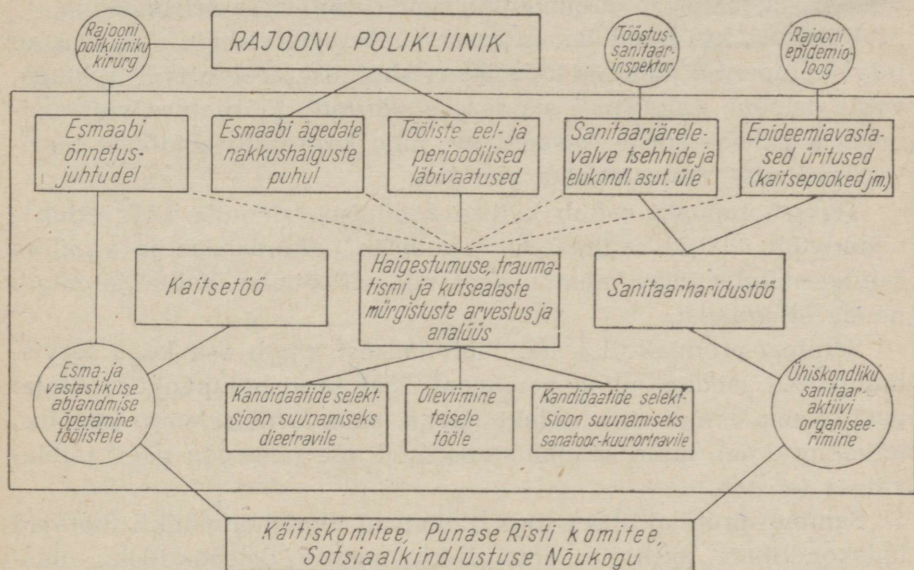
### Haigestumuse ja traumatismi arvestus.

Tervishoiupunkt registreerib iga lõplikult kujundatud töövõi-  
metuslehe, mis esitatakse ettevõttele väljamaksmiseks. Säärane  
registratsioon annab tervishoiupunktile võimaluse pidada arvestust  
kõigi töövõimetusega seoses olevate haigestusjuhtude kohta iga  
töölise juures. Töötlemisel teatud ajavahemiku kohta annavad need  
teatmed kujutluse haigestumuse liikumise üle kogu käitises.

Iga vigastusjuhtum registreeritakse erikaardil, vaatamata sellele,  
kas ta on seoses töövõimetusega või ei. See võimaldab analüüsida

kogu materjali, mis käsitleb traumatismi, ja selgusele jõuda, millistel juhtudel ja tootmisaladel, missugustes agregaatides või tööpinkide juures töötades vigastused tekivad, millistel tööliste rühmadel nad kõige enam esinevad ja mis laadi on vastav traumatism.

Tervishoiupunkt jälgib süstemaatiliselt haigestumuse ja traumatismi liikumist käitises üksikute tsehhide ja kutsealade järgi, signaalib polikliinikule, käitiskomiteele, sotsiaalkindlustuse nõukogule ja käitise administratsioonile kõigist näitajate ebasoodsatest muu-



Joonis 19.

tustest ajutise töövõimetuse ja traumatismi alal ja nende põhjustest, samuti kõigist häireist käitise sanitaarse seisundi osas. Tähendatud organisatsioonide kaasabil koostab tervishoiupunkt abinõude plaani haigestumuse ja traumatismi vähendamiseks käitises.

Haigestumuse arvestuse alusel selgitab tervishoiupunkt sageli ja kestvalt põdevaid isikuid ja võtab nad eri järelevalvele, aitab vajaduse korral kaasa nende üleviimisele teisele tööle, suunamisele sanatooriumi, dieetsöökklasse jne. (joonis 19).

## Tervishoiupunkti sanitaar-profülaktiline töö.

Sanitaaralal on tervishoiupunkti töö erakordselt tähtis. Tervishoiupunkt teostab tervishoiuorganite poolt tarvituselevõetavate sanitaaralaste ja epideemiavastaste abinõude läbiviimist oma käitises.

Tervishoiupunkt jälgib iga päev tsehhide ja tootmis- ning elukondlike asutiste sanitaarset seisundit nii käitises (einela, duširuumid, käimlad) kui ka töölisasulas (ühiselamud, sööklad) ja teostab vältivat ja jooksvat järelevalvet nende sanitaarse seisundi üle.

Käitistes, kus puudub sanitaararst tööstustervishoiu alal, teostab tervishoiupunkti juhataja tööstustervishoiulist järelevalvet tsehhide, ventilatsiooni, valgustuse sanitaarse seisundi, tööriietuse väljaandmise ja kaitseseadiste seisundi üle ning kontrollib abinõude tarvituselevõtmist ohutustehnika alal jms.

Tervishoiupunkt esitab käitise administratsioonile kõik ettepanekud tähendatud sanitaarsete puuduste parandamise ja vajalike sanitaar-hügieeniliste abinõude tarvituselevõtmise kohta ja jälgib nende elluviimist.

Sanitaar-profülaktilise töö läbiviimisest võtab osa kogu tervishoiupunkti meditsiiniline personal. Igal tervishoiupunkti töötajal peab olema eraldi oma objekt (tsehh, söökla, ühiselamu, kauplus, leivakiosk jm), mille sanitaarse seisundi üle tema iga päev järelevalvet teostab.

Sanitaar-profülaktilises töös tuginevad tervishoiupunkti töötajad ühiskondlikule aktiivile: sotsiaal-kindlustuse delegaatidele, ühiskondlikele sanitaarinspektoreile jms.

Sanitaar-profülaktiline ja epideemiavastane töö toimub tervishoiupunkti poolt nii käitise sanitaarse seisundi analüüsi, haigestumuse ja traumatismi liikumise andmete kui ka rajooni polikliiniku poolt tervishoiupunktile antavate ülesannete (näiteks profülaktiliste poogete plaan) põhjal koostatava plaani järgi.

Sanitaaralase ja epideemiavastase töö plaani tuleb võtta sanitaarharidustöö (vestlused, loengud, seinalehtede artiklid, esinemis- koosolekuil, raadios) ja töö aktiiviga (Punase Risti algorganisatsiooni loomine, ettevalmistus VSK normide andmiseks jm.).

Igapäevane kontroll ja täitmise jälgimine tervishoiupunkti juhataja poolt on tervishoiupunkti eduka töö tähtsamaks tingimuseks.

Tervishoiupunkt võtab tarvitusele kõik vajalikud epideemiavastased abinõud, sealhulgas kaitsepooked, ja arendab laialdast tööd sanitaarhariduse alal.

Tervishoiupunktil peab olema kõige tihedam seos nii ettevõtte administratsiooni kui ka tema partei- ja ühiskondlike organisatsioonidega. Tervishoiupunkt peab süstemaatiliselt tutvustama nii asutise juhatajaid ja ühiskondlikke organisatsioone kui ka tervishoiuorganeid käitise sanitaarse seisundiga ja selles esineva haigestumuse ja traumatismiga. Tervishoiupunkt peab samuti taotlema vajalike tervistusabinõude tarvituselevõtmist tsehhides.

## VI peatükk.

# SANITAARALANE JA EPIDEEMIAVASTANE ORGANISATSIOON.

Nõukogude tervishoiu sanitaar-profülaktiline tegevus on lahutamatult seotud ravialase tööga.

Plaanikindlad laialdaselt tarvituselevõetavad tervistusabinõud on võimalikud ainult sotsialistliku korra tingimustes. Sanitaarala osutub eriti tähtsaks just nõukogude tervishoiu organisatsioonis, sest ta põhineb UK(b)P programmis fikseeritud nõukogude meditsiini profülaktilistel alustel.

Kõrge sanitaarse taseme tagamine, nõutava sanitaarse korra pidamine tööstuses, kolhoosis ja elukonnas on eduka sotsialistliku ülesehitustöö vajalikuks tingimuseks.

Ettekandes XVIII UK(b)P üleliidulisel konverentsil ütles sm. Malenkov: „Kõige lihtsama ja elementaarsema, kuid samal ajal mitte mingisuguseid edasilükkamisi taluva ülesandena oleme kohustatud viivitamatult lahendama puhtuse ja kultuuri säilitamise tööstuses, sest elementaarse kultuurita ei ole võimalik edukalt täita meie tööstuse edasise arendamise ülesannet, elementaarse kultuurita ei saa otsustada meie maa ees seisvaid suuri ülesandeid, mis on seotud üleminekuga sotsialismilt kommunismile.“

Elanikkonna sanitaarset seisundit uurides nägime, et kõige enam levivad haigestused, mille tekkimine oleneb vahetult välise keskkonna ebasoodsatest tingimustest: paikkonna soostumisest (malaria), ebasoodsatest makro- ja mikrokliimaatilistest tingimustest (gripp, „külmetushaigestused“), ebakorrapärasest, mitteküllaldasest toitlusest antisanitaarsetes tingimustes (mao-soolte haigestused);

elanike elukoha ebahügieenilistest tingimustest (parasitaartüüfused, nahahaigused, trahhoom) jne.

On ilmne, et edukas võitlus nende haiguste vastu on võimalik ainult tootmis- ja elukondlike tingimuste tervistamise, rahvahulkade toitlustamise parendamise, sanitaarkultuuri juurutamise tingimusel s. o. laialdaste sanitaar-profülaktiliste abinõude tarvituselevõtmisel.

Sotsialistliku ülesehitustöö edu linnas ja maal, uute linnade ehitamine ja vanade rekonstrueerimine, linnade heakorra kasv, tööprotsesside mehhaniseerimine, küla sotsialistlik ümberkujundamine, jõukuse ja NSV Liidu elanikkonna üldise kultuuritaseme tõus löid vajalikud materiaalsed eeldused meie maa elanikkonna sanitaarse seisundi parendamiseks.

Rida ministeeriume, asutisi ja organisatsioone teostavad sanitaaralaseid ja epideemiavastaseid üritusi ühtse plaani järgi. Nii nõuab näiteks võitlus säärase nakkuse kui tulareemia vastu Tervishoiu Ministeeriumi, Põllumajanduse Ministeeriumi, Varumise Ministeeriumi, Sovhooside Ministeeriumi jne. ühist tegevust.

Tulareemia on närilistel (rottidel, hiirtel, suslikutel) esinev haigus, kes osutuvad peanakkusallikaks inimestele. Seepärast on selle võitluse eesmärgiks eelkõige näriliste hävitamine ja toiduainete, teravilja ja vesivarustusallikate kaitse. Maatulundusorganid organiseerivad järelevalveteenistuse näriliste hulga muutumise ja selle edasiliikumise üle. Põllumajanduse Ministeerium ja Sovhooside Ministeerium kohustavad kolhoose ja sovhoose närilisi plaanikindlalt hävitama, puhastama, remontima ja kaitsema rakkekaevusid ning muutma viimased näriliskindlaks; nad jälgivad uudseviljapeksu ja teravilja õigeaegset kaitset. Varumise Ministeeriumi organid kohustuvad remontima ja sisustama oma ladusid ja teraviljahoidlaid sellisel, et nad oleksid näriliskindlad jms.

Iga kaitse direktor, kolhoosi esimees, brigadiir, koolidirektor, õpetaja, ühiselamu komandant jms. on kohustatud tegema sanitaaralast tööd. Nad peavad tagama nõutava sanitaarse seisundi oma asutistes.

Sanitaarse korra ja puhtuse pidamise alal etendavad meditsiinilised töötajad põhiliselt organiseerivat osa. Nad peavad juhtima



administratsiooni, juhatajate ja kasvatajate tähelepanu sanitaarala käsitlevatele küsimustele, selgitama sanitaarnõuete tähtsust ja kontrollima nende täitmist.

Sõjaaeg ja rea aastate kestes eelseisev sõja sanitaarsete tagajärgede likvideerimine nõuab erilise tähelepanu osutamist sanitaaralasele ja epideemiavastasele tööle. Sõda muutis põhjalikult miljonite elanike elamistingimusi, kutsus esile rahvastiku liigelumise ja üleasustuse meie maa idarajoonides ning raske sanitaarse olukorra saksa barbarite peremehetsemise tagajärjel nende poolt ajutiselt anastatud rajoonides, tekitas nii sõjaväeosade kui ka tsiviilelanikkonna hulgalist edasiliikumist, halvendas toitluse tingimusi ja põhjustas rea nõutava sanitaarse taseme alalhoiuks vajalike materiaalsete vahendite puudumist. Kõik see loob tingimused haigestumuse kasvuks ja esmajoones ägedate nakkushaiguste arenemiseks.

Profülaktika ülesanded nõuavad alatist järelevalvet maa sanitaarse seisundi üle ja sanitaarnormide ning nõuete kõrvalekaldu matut täitmist.

Normid, mis määravad kindlaks kõige paremad ja tervemad elanikkona hügieenilised elutingimused, on teaduse poolt välja töötatud.

Nende normide elluviimine moodustab sanitaarala praktilise tegevuse.

Nii kujuneb sanitaarorganisatsiooni põhiülesandeks järelevalve keskkonna sanitaarse seisundi ja kehtivate sanitaarsete normide üle. Keskkonna sanitaarsete tingimuste uurimine (vee, õhu, toiduainete analüüsid) nõuab erimeetodite rakendamist sanitaar-hügieeniliste uurimiste puhul, meditsiiniliste töötajate erikvalifikatsiooni — sanitaararste ja sanitaarvelskreid. Sanitaarnormid peavad olema ühtsed. Nende täitmine on kohuslik nii üksikisikuile kui ka asutistele ja organisatsioonidele, mispärast nad peavad tuginema vastavale sanitaarsele seadusandlusele.

Sanitaarsete abinõude teostamise edukuse tähtsaks tingimuseks on laialdane sanitaarharidustöö, elanikkonna isetegevuse organiseerimine ja sanitaarsete harjumuste ning hügieeniliste teadmiste juurutamine.

Kuigi tegevus sanitaarhariduse alal on iga meditsiinilise asutise ja töötaja kohustus, omandab ta erilise tähtsuse sanitaarorganisatsiooni alal ja on organisatsiooniliselt sellega lahutamatu seotud.

Üksikuid sanitaaralaseid ja epideemiavastaseid abinõusid teostatakse kõigi raviasutiste poolt, kusjuures kõik meditsiinilised töötajad võtavad osa nende läbiviimisest; sanitaaralase ja epideemiavastase tegevuse üldine organiseerimine ja juhtimine kuuluvad spetsiaalsete ja epideemiavastaste sanitaarorganisatsioonide korraldusse.

Tsaari-Venemaal puudus sanitaarorganisatsiooni ühtne riiklik süsteem ja riiklik sanitaarseadusandlus; tsaarivalitsuse poolt tarvituselevõetavad sanitaarsed abinõud, tema poolt antavad sanitaaralased eeskirjad ja määrused olid juhuslikku laadi ja kutsuti ellu mingisuguste erakordsete sündmuste tagajärjel (näiteks kooleraepidemia, nälg jms.). Semstvo sanitaarorganisatsioon oli kehtiv ainult 20 semstvokubermangus, kusjuures sanitaararstide arv oli äärmiselt väike (1913. a. oli neid üldse 257). Revolutsioonieelsel Venemaal meditsiiniliseks abiks antavast viletsast summakesest (1910. a. võimaldati ühele isikule 62 kop.) kulutati sanitaaralale 5 kopikat ühe isiku kohta. Kuigi semstvo sanitaarorganisatsioonil on teeneid sanitaarala arendamisel Venemaal (epideemilise haigestumuse arvestus, rõugepanek, vabrikutes ja põllumajanduse alal töötava rahvastiku töö- ja elukondlike tingimuste sanitaar-statistilised kirjeldused), olid selle töö ulatus ja praktilised tulemused väikesed.

Sotsialistliku ülesehitustöö ajajärgul on loodud sanitaarasutiste võimas võrk. 1941. a. töötas NSV Liidus 1760 sanitaar-epidemioloogiajaama, 1406 sanitaar-bakterioloogialaboratooriumi, sanitaararstide arv ulatus 11 319-ni.

NSV Liidus loodi 1934. a. NSV Liidu Riiklik Sanitaarinspeksioon ja anti kogu sanitaarala viimase korraldusse. Riiklik Sanitaarinspeksioon kuulub tähtsama struktuurosana NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi koosseisu. Vastavalt NSV Liidu administratiiv-struktuurile on tööle rakendatud vabariiklikud, oblastite ja kraide riikliku sanitaarinspeksiooni osakonnad ja rajooni keskuses rajooni riiklik sanitaarinspektor.

Riikliku Sanitaarinspeksiooni ülesannete hulka kuulub sanitaar-

järelevalve ja kontroll kehtivate sanitaarnormide ja eeskirjade täitmise üle, uute üldkohuslike sanitaarnormatiivide väljatöötamine, kontroll kõigi keskasutiste sanitaarteenistuse töö üle ja NSV Liidu piiride sanitaarkaitse.

NSV Liidu sanitaarseadusandlus näeb ette rea kohuslikke üldsanitaarnorme linnade, elamute, raviasutiste, koolide jms. ehitamise ja planeerimise alal. Sanitaarnormid kehtivad asustatud paikkondade korrashoiu küsimuste, toiduainete tootmise ja müügi ja eriliste epideemiavastaste abinõude jms. alal. Nad põhinevad hügieeni alal teaduslikult läbitöötatud andmeil.

Vastavalt sanitaarkontrolli liikidele ja objektidele eristatakse järgmisi sanitaarinspeksiooni alasid: a) elamu-kommunaal-, b) toitus-, c) tööstus-, d) koolisanitaarala.

Elamu-kommunaalsanitaarala teostab sanitaarjärelevalvet vastava paikkonna (linna, asula) üksikute elamute ja üldkasutatavate kohtade sanitaarse seisundi üle.

Elamu-kommunaalsanitaarala korraldusse kuulub linnade kommunaalpuhastus, vesivarustusallikate sanitaarkaitse ühes sanitaarkaitse võõndite kindlaksmääramise ja süstemaatilise laboratoorse kontrolliga vee kvaliteedi üle; järelevalve reovete puhastuse üle, kontroll elamu-, kooli- ja ühiskondliku ehituse alal kehtivate sanitaarnormide täitmise ja kommunaalasutiste (vesivarustuse, kanalisatsiooni, saunade, pesumajade, juuksuriäride) ja nende sanitaarse korrashoiu üle.

Elamu-kommunaalinspeksioon teostab vältivat ja jooksvat sanitaarjärelevalvet.

Vältiva sanitaarjärelevalve korras võtavad riikliku sanitaarinspeksiooni organid osa paiga valikust asustatud punktile või üksikehitisele, annavad sanitaarse otsuse ehitusprojektide kohta, kontrollivad, missugusel määral nad vajalikele sanitaarnõudeile vastavad ja annavad loa hoone kasutamisele andmiseks.

Jooksev sanitaarjärelevalve seisneb objektide regulaarses, süstemaatilises jälgimises, konkreetsete sanitaar-hügieeniliste nõuete esitamises administratsioonile, lähtudes kehtivast sanitaarseadusandlusest ja lõppeks kontrollis nende täitmise üle.

Käesoleval ajal kerkivad üles tohutud ülesanded seoses sakslaste poolt laastatud rajoonide taastamisega. Purustatud asulate ümberplaneerimine, käitiste taastamine, elamu-, kommunaal- ja elukondlik ehitustegevus nihkuvad kommunaal-sanitaarispektsiooni tähelepanu tulipunkti.

Toitlussanitaarala järelevalvele kuuluvad toiduainete tootmis-, müügi- ja tarvitamiskohad. Toitlussanitaarala organeil lasub järelevalve toiduainete kvaliteedi üle ja toitmürgistuste vältimine. Ühenduses toiduainetetööstuse ülikiire arenemise ja rea hiiglaslike ettevõtete tekkimisega toiduainetetööstuse alal nagu tapaja külmutushooned, lihasaaduste ja konservivabrikud, leivatehased ja muud toiduainetetööstuse ettevõtted, samuti ka ühiskondliku toitluse arenemisega on toitlus-sanitaarispektsiooni ülesanded suu- resti kasvanud. Käesoleval ajal on toiduainetetööstuse ministereiumide juures ellu kutsutud ametkondlik sanitaarispektsioon, mis võimaldab vahetut järelevalvet toiduainetetööstuse ettevõtete ja toiduainetetööstuse sanitaarse seisundi üle. Selle inspektsiooni tegevus on tihedalt seotud NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Riikliku Sanitaarispektsiooniga ja allub viimase kontrollile.

Eriline tähtsus on sanitaarjärelevalvel toitluse üle kodutöõnduslikes tehniliselt halvasti varustatud toitlusettevõtteis.

Toiduainete kombinatide, sööklate jms. teenindava personaali sanitaar- ja tehniliste teadmiste laiendamisel on samuti suur tähtsus.

Riiklik Sanitaarispektsioon peab kõigi toitmürgistuste ja toksiliste nakkusjuhtumite arvestust. Iga säärast juhtumit tuleb hoolikalt uurida, nakkusallik kindlaks teha ja vastavad abinõud tarvitusele võtta.

Tööstus-sanitaarispektsioon teostab järelevalvet käitiste sanitaarse seisundi, kindlaksmääratud normide täitmise üle administratsiooni poolt ventilatsiooni, valgustuse suhtes, võitluse alal suurenenud niiskuse, temperatuuri, kära ja muude tervistkahjustavate tegurite vastu, mis on seoses tootmisega. Tööstus-sanitaarispektor jälgib ka tööriietuse ja (vajaduse korral) eriliste kaitseadiste õigeaegset väljaandmist töölistele.

Seda tööd teeb tööstus-sanitaararst tihedas kontaktis ohutustehnika inspektori ja ametiühinguorganisatsioonidega. Oma igapäevase tegevuse ja kogu töö kaudu, mis käitises toimub, on tööstus-sanitaararst seotud tervishoiupunktiga, kelle kaasabil ta teostab tervistavaid abinõusid.

Kooli-sanitaarinspeksioon teostab järelevalvet laste õppe-kasvatus- ja ravi-profülaktiliste asutiste (koolide, lasteaedade, laste ravi-profülaktiliste ambulatooriumide, kehakultuuri-asutiste jms.) üle.

Kooli-sanitaarinspeksioon osutab abi lasteasutiste ehitamisel (krundi valik, ehitusprojektide väljatöötamine ja koostamine sanitaarhügieenilisest seisukohast, valmis projektide läbivaatamine ja kinnitamine ning lõppeks hoone vastuvõtmine) ja teostab jooksvat sanitaarjärelevalvet.

Lasteasutisi üle vaadates kontrollib riiklik sanitaarinspeksioon sanitaarhügieeniliste nõudmiste täitmist administratsiooni ja pedagoogide poolt nii laste hügieeni kui ka laste päevarežiimi ja lasteasutise sanitaarse seisundi suhtes (kütte, ventilatsiooni, valgustuse seisund, korrastuse kvaliteet, ruumide puhtus jms.).

Sanitaarinspektorid vormistavad oma järeldused ja otsused objektide sanitaarse seisundi kohta (kõigi laboratoorsete analüüside ja muude andmetega), samuti ka administratsiooni ettepanekud eri järelevaatuse aktide näol ja kannavad nad erilistesse sanitaaržurnaalidesse, mis on olemas igas objektis.

Põllumajanduslikud tööd nõuavad kooli-sanitaarinspeksiooni erilist tähelepanu; selleks värvatakse laialdaselt vanemate klasside õpilasi. Kooli-sanitaarinspeksioon, selle juhatusel olevad meditsiinilised töötajad ja ühiskondlik aktiiv peavad teostama järelevalvet laste paigutamise tingimuste ja nende varustamise üle heakvaliteediliste toiduainete ja joogiveega ning selle üle, et töö iseloom ja töökoormus vastaksid lapse organismi jõule.

Nõukogude seadusandlus annab riiklikule sanitaarinspeksioonile suured õigused nõuete esitamise alal.

Kui administratsioon ei täida riikliku sanitaarinspektori nõudeid on viimasel õigus trahve määrata, ühe või teise toiduaine tarvita-

mist keelata või seda müügilt kõrvaldada ja lõppeks asutist sulgeda ning süüdlasi kohtulikule vastutusele võtta.

Vabariiklikes, kraide ja oblastite keskustes töötab haruosakondadeks jagunenud sanitaarinspeksioon, mis hõlmab kõiki sanitaarinspeksiooni liike oma kõrvalasutistega, laboratooriumide, desinfektsioonijaamade jms. näol. Rajoonikeskustes teevad rajooni riiklikud sanitaarinspektorid kogu töö. Maa-arstijaoskonna ulatuses teostab maa-jaoskonnaarst sanitaarseid üritusi, kusjuures temal reas kohtades on sanitaarvelsker abiliseks. Kogu rajooni sanitaarala töö toimub rajooni riikliku sanitaarinspektori juhatusel.

Sanitaararsti ja epidemioloogi töö vajab teatud tehnilist varustist, laboratooriumi sanitaarsete ja bakterioloogiliste analüüsides tegemiseks, desinfektsiooniseadiseid jne. Säärasteks kompleksseteks asutisteks sanitaar-epidemioloogilise töö tehnilise tagamise eesmärgil osutuvad rajoonide ja rajoonidevahelised (üks mitme rajooni kohta) s a n i t a a r - e p i d e m i o l o o g i a j a a m a d.

Sanitaar-epidemioloogiajaama koosseisu kuuluvad sanitaarbakterioloogia laboratoorium, desinfektsioonipunkt, sanitaarläbilaskla desinfektsioonikambrite ja liikuvate desinfektsiooniseadistega, vaktineerimispunkt, piimakontrolljaam ja lõppeks sanitaarhariduspunkt liikuva sanitaarharidusalase näitusega. Sanitaar-epidemioloogiajaama koosseisu võivad kuuluda ka malaariajaam, pastööri jaam, leetripunkt.

### **Epidemiaste vastu võitlemise organisatsioon.**

Epidemiavastased abinõud moodustavad ühe tähtsama nõukogude tervishoiu tööala. Teatavasti esines tsaari-Venemaal suuri epideemiaid ja nõukogude tervishoiul tuli sel alal kõige otsustavamalt võitlust pidada. Selles võitluses on meie maa suurt edu saavutanud: on likvideeritud säärased ähvardavad nakkushaigused nagu koolera, rõuged ja katk; haigestuste arv tähnilisse ja kõhutüüfusesse ning laste nakkushaigustesse sarlakite, difteeria jm. näol on tunduvalt vähenenud.

Võitlus epideemiaste vastu koosneb üldsanitaaralastest ja erilistest epideemiavastastest abinõudest.

Võitlus puhkenud epideemiate vastu, eriti nende tekkimise vältimine, nõuab laialdaste üldsanitaar-abinõude tarvituselevõtmist asulate tervistamise, kanalisatsiooni ja vesivarustuse sisseseadmise, linnade õigeaegse puhastamise, saunade, pesumajade ehitamise, ühiskondliku toitlustuse hügieenilise organiseerimise jms. näol. Nende abinõude teostamisest võtavad osa mitte ainult tervishoiuorganid, vaid ka teised keskasutised ja organisatsioonid: konnaalministeerium, mitmesuguste toiduainetetööstuste ministeeriumid jt.

Tervishoiu Ministeerium võtab tarvitusele spetsiaalsed põhiabinõud epideemiate vastu võitlemisel, kuigi veterinaarjärelevalve korraldamisel tapamajade üle, võitluse puhul loomade epizootiate vastu jne. ka teised ministeeriumid näit. Põllumajanduse Ministeerium, Sovhooside Ministeerium rakendavad vastavaid abinõusid.

Seetõttu koostatakse epideemiavastaste abinõude plaan komplekselt rea ministeeriumide ja asutiste osavõtul.

Spetsiaalsed epideemiavastased abinõud erinevad vastavalt nakkuse iseloomule. Viimasel ajal on laialdaselt levinud elanikkonna vaktsineerimine mitmesuguste nakkuste vastu.

Peale ammu tuntuud rõugepanemise, mis on NSV Liidus kohuslik ja toimub kõigi laste juures kuni 1 aasta vanuseni, õpilaste ja kutsealuste juures, tehakse viimasel ajal kaitsepookeid kõhutüüfuse, düsenteeria ja leetrite vastu. Viimaste aastate jooksul on levinud ka kaitsepoked tähnilise tüüfuse vastu.

Spetsiifiline profülaktika on kujunenud üheks tähtsamaks abinõuks võitluse alal epideemiate vastu. Peale rõugepanemise tehakse NSV Liidus iga aasta umbes 100 miljonit kaitsepooget mitmesuguste nakkushaiguste vastu.

Kogu epideemiavastases töös on operatiivsel organisatsioonil väga suur tähtsus.

Ägedate nakkushaiguste puhul etendab eriliselt tähtsat osa haigestuse võimalikult varasem avastamine, selle täpne diagnostika ja haige õigeaegne hospitaliseerimine.

Iga ägeda nakkushaiguse juhtumi puhul saadetakse rajooni tervishoiuosakonnale viibimata kiirteatis, teostatakse epidemioloogi-

line uurimine, mis aitab nakkusallikat ja nakkuse levimise viise selgitada; nakkuskollet tuleb hoolikalt töödelda.

Nakkuste levimisel etendab batsillikandmine suurt osa, eriti kõhutüüfuse ja düsenteeria puhul. Batsillikandmise suhtes tuleb uurida niihästi haiget kui ka temaga kokkupuutuvaid isikuid.

Tuleb korraldada toiduainetetööstuse ettevõtteis töötavate või toiduaineid müüvate isikute regulaarne järelevaatus batsillikandmise suhtes. Batsillikandjaid ei tule lubada tööle raviasutistes, ühiskondliku toitluse ja lasteasutistes jne.

Sanitaaralane epideemiavastane töö kujuneb palju edukamaks, kui elanikkond võtab osa võitlusest epideemiaste vastu. Elanikkonnale tuleb selgitada ühe või teise nakkushaiguse olemust, haiguse levimist ja nakatumisviise ning tutvustada teda abinõudega individuaal- ja ühiskondliku profülaktika alal.

On täiesti ilmne, et võitlus epideemiaste vastu nõuab kogu ravi-asutiste võrgu aktiivset osavõttu niihästi linnas kui ka maal. Epideemiavastase töö elemendid nagu varane diagnostika, haigete hospitaliseerimine, kaitsepoogete teostamine toimuvad kõigis raviasutistes.

Spetsiaalse töö tegemiseks ja kõigi abinõude planeerimiseks töötavad tervishoiu ministeeriumi ja kraide (oblastite) tervishoiuosakondade nakkushaiguste vastu võitlemise valitsused ja osakonnad. Maa-arstijaoskondades organiseerib jaoskonnaarst sanitaarvelskri, rõugepanijate ja desinfektorite kaasabil epideemiavastast tööd.

Epideemiavastane töö kujutab endast käesoleval ajal eriasutiste võrgu ja suure kaadriga varustatud võimsat haruosakondadeks jagunenud organisatsiooni.

Epideemiavastase organisatsiooni käsutuses on 2288 desinfectsi-onijaama ja -salka. Epideemiavastase organisatsiooni koosseisus töötab 2260 epidemioloogi, 3400 bakterioloogi ja 1187 eriteadlast malaaria alal.

Malaaria vastu võitlemiseks on epideemiavastase organisatsiooni koosseisus loodud malaaria vastu võitlemise asutiste erivõrk\* 1086 malaariajaama, 1859 malaariapunkti jm. näol.



Võitluseks teiste nakkushaiguste vastu on loodud epideemiavastaste asutiste erivõrk — pastööri jaamad (võitlue alal marutõvega), tulareemia-, brutselloosijaamad jt.

Epideemiavastase organisatsiooni korralduses on peaaegu igas kraisis ja oblastis töötavad sanitaar-bakterioloogiasinstitiidid, mis valmistavad seerumeid ja vaktsiine.

Eriti vastutusrikas on sanitaaralase ja epideemiavastase organisatsiooni tegevus saksa okupatsioonist vabastatud rajoonides. Koos kohalike organisatsioonidega tuleb sanitaarorganisatsioonil otsustada rida aktuaalseid küsimusi. Esmajoones tuleb laiaili asundada tagasitulevaid kodanikke, kohandada säilinud hooned, keldrid, muldonnid elamiseks. Hiljem tuleb ehitada ajutised barakid ja taastada elumajad.

Järgmiseks vältimatuks ülesandeks on elanikkonna varustamine heakvaliteedilise joogiveega, sest vesivarustus on pahatihti korrast ära ja kaevud reostatud. Kaevude puhastus, allikate kaptaaž, kaitsetsooni loomine lahtiste veekogude ümber, vee kloorimine (stalingradlaste kogemus) on esmajärgulised ülesanded.

Vajalikuks osutub ka epideemiavastaste abinõude viivitamatu tarvituselevõtmine. Epideemiavastaste asutiste arendamiseni normaalses ulatuses teevad seda tööd liikuvad epideemiavastased salgad.

Esijoones tuleb sisse seada primitiivsed täitaplad ja sanitaarläbilasklad elanikkonna sanitaarseks töötlemiseks.

Sõjaväe sanitaarala ja epideemiavastane teenistus osutab suurt abi selle töö alal.

Nakkuste puhul tuleb erilist tähtsust omistada elamute ja majavalduste kontrollkülastustele majast majja. Ringkäigud tehakse peamiselt keskmeditsiinilise personaali poolt sanitaaraktiiviga kaasabil.

Ringkäikudel majast majja avastatakse ja hospitaliseeritakse haigestunud isikud, teostatakse ümbritsejate sanitaarkorrastust, antakse vajalikku meditsiinilist abi, teostatakse järelevalvet isikute üle, kes on olnud kontaktis haigega (temperatuuri mõõtmine), korraldatakse sanitaarharidustööd.

## VII peatükk.

### EMADE-, VÄIKELASTE- JA LASTEKAITSE:

NSV Liit on ainuke riik maailmas, kus on toimunud naise täielik emantsipatsioon ja tema õiguste võrdsustamine mehega. Stalinliku konstitutsiooni § 122 mitte ainult ei kindlusta naisele mehega võrdse õiguse tööle, puhkusele ja haridusele, vaid tagab temale reaalse võimaluse nende õiguste kasutamiseks.

Emakutse, naise tähtsaim sotsiaalne funktsioon, on NSV Liidus kindlustatud laialdase sünnitusmajade, lastesõimede, nõuandlate, lasteaedade võrguga ja eri toetustega lasterikastele ja vallasematele.

Nõukogude seadusandlus kaitseb ema ja lapse huvisid ja tervist.

Abielu, perekonda, eestkostet, rasedate töökaitset käsitlev seadusandlus, sotsiaalkindlustus, kohuslik loas igale sünnitajale 35 päeva enne sünnitust ja 42 päeva pärast sünnitust loovad reaalsed tingimused emade- ja lastekaitse alal.

Tööpuuduse likvideerimine, naise tööjõu rakendamine kõigis rahvamajanduse ja kultuuri harudes, täielik võimalus oma kvalifikatsiooni tõstmiseks igasuguste abinõudega, igasuguste kutse- ja erialade valitsemine on loonud kõik eeldused naise sõltumatuks kindlustatud olelemiseks ja võimaluse oma lapsi iseseisvalt kasvatada.

Emade- ja lastekaitse ürituste hulgas on NSVL KTK ja RKN-i määrus 27. VI 1936. a. abortide keelu ja materiaalse ning õigusliku abi tugevdamise kohta emadele etendanud suurt osa.

Selle ajaloolise määrusega lõppes teatud etapp naise sotsiaal-elukondlikus olukorras ja anti võimalused laste ja emade huvide edasiseks kaitseks.

Selle määrusega keelati ära naise tervist kahjustavad abordid, kui nende tegemine ei ole tingitud materiaalselt laadi põhjustest (tööpuudus, naise töö madal kvalifikatsioon).

Keelates abordi, tunnistades sündimuse tõusu ja emakutse kindlustamise suure tähtsusega riiklikuks ülesandeks, suurendas nõukogude valitsus ühtlasi materiaalselt abi emadele, kes oma lapsi kasvatavad. Sama määrusega kehtestati toetused lasterikastele emadele, laiendati tunduvalt lastesõimede, sünnitusmajade, lasteaedade võrku.

Töötajate materiaalse ja kultuurse taseme tõstmine, töötaoleku likvideerimine, töökaitse, emade- ja lastekaitseasutiste tegevuse tõttu langes laste ja naiste suremus NSV Liidus järsult, võrreldes revolutsioonieelse tasemega.

Revolutsioonieelse Venemaaga võrreldes langes laste suremus kahekordselt, emade suremus on NSV Liidus palju madalam kui Lääne-Euroopa maades ja Ameerikas.

Emade- ja lastekaitse alal on nõukogude tervishoiu saavutused eriti suured.

Kapitalistlikes maades seisnevad emade- ja lastekaitse üritused ainult abinõude osalises tarvitusele võtmises võitluse alal laste suremuse vastu. Vähesed nõuandlad ja lastesõimed on suuremalt jaolt eraheategevuse alusel korraldatud, mistõttu neil puuduvad vastavad eeldused tegevuse laialdaseks arendamiseks.

Tsaari-Venemaal oli kõigest 19 lastesõime 550 voodiga, mõni üksik nõuandla ja 6800 sünnitusvoodit, mis kindlustasid hospitaliseerimise poolest ainult 4% kõigist sünnitusjuhtumitest.

Alles pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni hakkas emade- ja lastekaitseasutiste võrk kiiresti arenema. Võrreldes 1913. a. oli sünnitusvoodite arv 1941. a. enam kui 20 korda suurenenud, laste arv alatistes lastesõimedes tõusis 1941. a. 900 000-ni ja hooajalistes suvi-lastesõimedes üle 4 000 000.

Suur Isamaasõda esitas emade- ja lastekaitseasutistele rea uusi ülesandeid.

Sadade tuhandete naiste värbamine tööstusesse rindele siirdunud vendade, meeste ja isade asemele nõudis lasteasutiste võrgu:

lastesõimede, lasteaedade, lastenõuandlate ja polikliinikute tunduvat laiendamist ja nende töö parendamist.

Iga töövõimelise naiskolhoosniku värbamine aktiivsele tööle kolhoosis kogu aasta jooksul tingis lastesõimede töö küsimuse uut käsitlust maal.

Sõjaeelsete lastesõimede domineerivaks tüübiks maal olid suviste põllumajanduslike tööde ajaks ellu kutsutavad hooajalised lastesõimed. Praegu aga muutuvad need alatisteks ja suurendavad lastesõimede võrku.

Valitsus on pühendanud ja pühendab erilist tähelepanu nii laste kui ka rasedate tervise kaitsele. Lastele ja rasedatele naistele on sisse seatud suurendatud lisatoidunormid, avatud rohkesti lastesööklaid ja võimaldatud einete saamist koolis. Nõrgaterviselistele ja tuberkuloosihaigetele lastele on lastesõimedes, lasteaedades ja lastekodudes korraldatud sanatoorsed rühmad. Lisatoidunorme vajavate laste avastamine ja arvelevõtmine toimub vastavates meditsiinilistes asutistes.

Niisama tähtsaks osutus sõjaajal tööstuses töötavate naiste tervise kaitse. Seoses töö iseärasustega tööstustes nõudis naiste tööjõu hulgaline kasutamine naise isikliku hügieeni tubade sisseseadmist käitiste tervishoiupunktide juures, et võimaldada naistöölistele hügieenilist hoolitsemist endi eest.

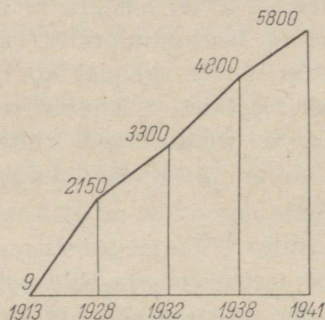
### A. Naistenõuandla.

Sotsialistliku riigi hoolitsemine emade ja laste eest väljendus eriti ilmekalt NSV Liidu Ülemnõukogu 8. juuli 1944. a. seadluses riikliku abi suurendamisest emadele, emade- ja lastekaitse tugevdamisest, aunime „Sangar-ema“ sisseseadmisest ja ordeni „Ema-au“ ning medali „Emamedal“ asutamisest.

See Suure Isamaasõja päevil väljaantud seadlus näeb ette uute suurte summade eraldamist riigi poolt toetusteks lasterikastele ja vallasemadele, emade- ja lastekaitseasutiste võrgu laiendamiseks, suurendab rasedate ja emade soodustusi ja tugevdab hoolitsust nende tervise kaitse eest.

NSV Liit on ainuke riik maailmas, kus on sisse seatud ema ja lapse tervist kaitsvate asutiste kooskõlastatud süsteem.

Järelevalve naise tervise üle algab naistenõuandlates tavaliselt raseduse momendist. Kogu raseduse perioodi kestel valmistab nõuandla naist ette sünnituseks. Sünnituse läbiviimiseks on loodud sünnitusabiasutiste spetsiaalne süsteem (sünnitusmajad, haiglate sünnitusosakonnad, kodune sünnitusabi ämmaemanda vahendusel jne.). Pärast sünnitusmajast väljakirjutamist jääb ema naistenõuandla ja laps lastenõuandla järelevalvele. Alates teisest elukuust teenindatakse osa lapsi lastesõimes. Kõik need asutised töötavad



Joonis 20.

tihedas kontaktis, millega on tagatud pidev järelevalve ema ja lapse üle.

Naistenõuandla kujutab endast dispensaarset tüüpi asutist, mille ülesandeks on aktiivne järelevalve raseda naise üle, temale raseduse hügieeni õpetamine ja ravi-profülaktiline abistamine raseduse kestel ja sünnituse puhul. Nõuandla valmistab naist ette ema kohustuste täitmisele ja õpetab temale hoolitsust imiku eest (joonis 20).

Nõuandla teenindab naisi territoriaalpõhimõtte järgi. Naistenõuandla on kas iseseisev asutis või moodustab lastenõuandlaga koos ühise asutise.

Järelevalve rasedate üle. Naistenõuandla peab taotleva kõigi tema rajooni kuuluvate rasedate 100% varast hõlma-

mist, nende aktiivset avastamist ja nõuandlasse kutsumist. Selleks peab nõuandlal olema tihe kontakt elanikkonnaga. Sanitaarharidustöö tegemise kaudu elanikkonna hulgas (loengute, vestluste, ettekannete näol) niihästi majades, ühiselamuis ja talundeis kui ka töökohtadel selgitab nõuandla naistele nõuandla poole pöördumise vajadust.

Käitiste tervishoiupunktid ja polikliinikud etendavad suurt osa nõuandlate ülesannete selgitamisel ja rasedate suunamisel nõuandlaise.

Nõuandlad annavad rasedaile välja töövõimetuslehti, õiendeid raseduse kohta vabastamiseks ületunnitööst, lisatoidunormide saamiseks jms.

Normaalselt kulgeva raseduse puhul peab terve naine nõuandlat 6—8 korda külastama ja ennast vähemalt üks kord kuus arsti poolt läbi vaadata laskma. Kui naine millegipärast katkestab nõuandla külastamise, tuleb selle põhjusi selgitada ja rase kirja teel või patronaaziõe kaudu välja kutsuda.

Tähtis on saavutada kõige varasemat pöördumist nõuandla poole, s. o. raseduse kahe esimese kuu jooksul. See võimaldab raseduse tähtaegu täpsemalt kindlaks määrata, mis on väga oluline sünnitusloase andmisel. Varane pöördumine võimaldab raseduse patoloogiat õigeaegselt kindlaks teha, seda vältida ja kõrvaldada. Lõppeks etendab varane pöördumine suurt osa võitluses abortidega.

Nõuandla töö kvaliteet määratakse kindlaks selle alusel, kui vara (mitmendal raseduse kuul) naised nõuandla järelevalvele tulevad, kui sagedasti nad seda külastavad ja millist tööd nõuandla nendega teeb.

Nõuandla jälgib naise tervise seisundit ja raseduse kulgu, teostab raseda uurimist (vererõhu mõõtmine, uriini analüüs, vere analüüs, WaR). Naised, kellel avastatakse siseelundite või mõned muud haigestused, suunatakse ravile vastavate eriteadlaste juurde polikliinikusse. Günekoloogilist abi antakse naistele nõuandlas. Erilist tähelepanu tuleb osutada tuberkuloosi või suguhaigusi põdevaile haigeile; säärased naised suunatakse tavaliselt eri dispensaariumidesse arvelevõtmiseks ja ravile.

Kõik meditsiiniliste läbivaatuste, laboratoorsete uurimiste, arstide otsuste andmed kantakse rasedusloosse ja raseda isiklikule kaardile, mis saadetakse sünnitusmajja.

Nõuandla teeb laialdast agitatsiooni sünnituse läbiviimise eest statsionaaris ja mitte kodus. Suurtes linnades ja tööstuskeskustes on sünnitus sünnitusmajades tavaliseks nähtuseks. Mõnedes NSV Liidu rajoonides tuleb aga nõuandlail palju selgitustööd teha ja eelarvamusi võita ning soovitada sünnitamist statsionaaris.

**Sanitaarharidustöö.** Nõuandlad teevad suurt tööd sanitaarhariduse alal. Nõuandla peab naisele sisendama vajalikud sanitaarsed harjumused ja teadmised, õpetama temale hoolitsust lapse eest ja teda ette valmistama emakohustuste täitmisele. Selleks peab nõuandla naisega individuaalvestlusi, korraldab loenguid, sanitaarhariduslikke näitusi, varustab naisi raamatute ja brošüüridega. Mõnes nõuandlas toimuvad tulevaste emadega süstemaatilised õpingud kindlaksmääratud kava alusel (emadekoolid).

Nõuandlalis osutuvad näitused väga heaks sanitaarpropaganda vahendiks; neid võib ja tuleb igas nõuandlas korraldada. Peale plakatite, jooniste ja loosungite peavad näitusel tingimata leiduma ka eksponaadid — lasteriietus, lapse eest hoolitsemise esemed, hügieeniline lapsevoodi jms. Kõiki neid eksponaate, samuti ka jooniseid ja loosungeid võivad kohaliku nõuandla töötajad ja ühiskondlik aktiiv ilma suuremate raskusteta omal jõul valmistada.

**Võitlus abortide vastu.** Nõukogude seadusandlus keelab abortide tegemise. Kapitalistlikes maades sunnivad puudus, nälg, töötaolek, hirm oma laste tuleviku eest, võlts, silmakirjalik kodanlik õigus, mis jätab vallaslapse ema kaitseta, naist aborti tegema. Meie maal aga seda ei ole, nõukogude seadusandlus kindlustab igale naisele rahuliku emakutse. Nõuandla ülesannete hulka kuulub naise õiguste selgitamine.

Vahel esineb siiski ka praegusel ajal juhtumeid, kus naised abordi tegemist nõuavad. Seaduse järgi on abort lubatud ainult meditsiiniliste näidustuste alusel naise tervise ja elu kaitse huvides. Kui rase aborti nõuab, on nõuandla kohustatud teda abordi komisjoni suunama, kuigi nõuandla arsti arvates meditsiinilised näidustused abordi tegemiseks puuduvad.

Rasedad, kellele komisjon keeldub aborti tegemast, tuleb võtta nõuandla erilisele järelevalvele, samuti ka naised, kes raseduse kindlakstegemise eesmärgil nõuandlasse ilmusid, kuid pärast seda lakkasid nõuandlat külastamast. Nende üle tuleb aktiivset järelevalvet pidada ja võimalike abortide vältimiseks vajaduse korral aktiivset sotsiaal-õiguslikku abi anda.

Sotsiaal-õiguslikud kabinetid. Emadekaitse eest hoolitsemine kutsub nõuandlas esile vajaduse igapäevase järelevalve järele, et tagada ema ja lapse huvide kaitset ja valvata nõukogude seaduste täitmise üle, mis neid huvisid kaitsevad.

Sel eesmärgil organiseeritakse nõuandlate juures erilised sotsiaal-õiguslikud kabinetid.

Sotsiaal-õiguslikud kabinetid annavad emadele õiguslikku abi toetuste saamiseks paljulapselisuse puhul. Nad abistavad naist töökaitse küsimuste lahendamisel, seaduse järgi ettenähtud loase ja toetuse saamisel ja taotlevad vajaduse korral üleviimist teisele tööle.

Sotsiaal-õiguslike kabinettide töö osutub samuti tähtsaks ema ja lapse elukondlike tingimuste parendamise alal, nagu elamistingimuste parendamine, laste paigutamine lastesõime, lasteaeda jm.

Sotsiaal-õiguslik kabinet peab aktiivselt avastama sotsiaal-õiguslikku abi vajavaid naisi, uurima nende elukondlikke tingimusi ja kutsuma emasid läbirääkimistele. Sotsiaal-õiguslik kabinet loob kontakti mitmesuguste organisatsioonidega: käitiskomiteega, käitiste, asutiste ja ühiselamute administratsiooniga, taotelles nende kaitse all olevate naiste materiaalsete tingimuste parendamist. Valasemade eriti raskete materiaalsete korteri- ja perekondlik-elukondlike tingimuste tõttu tuleb neile osutada erilist tähelepanu, hoolt ja delikaatsust. Tähelepanu osutamine säärasele naistele ja nende igakülgne abistamine etendavad suurt osa seadusvastaste abortide vältimisel.

Oma töös tuginevad sotsiaal-õiguslikud kabinetid patronaažile.

Patronaažiõdede töö. Patronaaž on nõuandla töö tähtsaimaks lüliks. Patronaažiõded lähendavad naisi aktiivselt nõuandlale, teostavad süstemaatilist järelevalvet nende üle, uurivad naiste



elukondlikke ja töötingimusi ning osutavad neile praktilist abi vajalike sanitaar-hügieeniliste harjumuste omandamisel.

Naiste patroneerimine toimub nii meditsiiniliste kui ka sotsiaalsete näidustuste põhjal.

Esmajärjekorras tuleb patroneerida eriti raskeis materiaalseis ja elukondlikes tingimustes elunevaid, üksikuid ja esmassünnitavaid naisi. Head patronaaziõed, kes armastusega suhtuvad töösse, kujunevad sääraсте emade parimateks sõpradeks ja nõuandjateks.

Seda tööd tegevad patronaaziõed või ämmaemandad külastavad rasedat tema kodus, uurivad tema elukondlikke tingimusi, abistavad teda, õpetavad temale isikliku hügieeni reegleid, hoolitsust lapse eest, kontrollivad nõuandlaarsti korralduste ja määratud režiimi täitmist raseda või sünnitanu poolt.

## B. Sünnitusmajad ja -osakonnad.

Sünnitusabi on järgmiseks lüliks emade- ja lastekaitse süsteemis.

Sünnitusvoodite arv on nõukogude valitsuse ajal NSV Liidus palju suurenenud ja moodustas 1941. a. 141 900 voodit, neist 75 600 voodit linnades ja 66 300 voodit maal (joonis 21).

Suurtes linnades ja töölisasulais on läbi viidud sünnitajate hõlmamine sünnitusabiga statsionaarides. Maal leiavad sünnitused suuremalt jaolt ka käesoleval ajal kodus aset. Nende sünnituste puhul annab ämmaemand vastavat abi.

Sünnituste täielikuks tagamiseks sünnitusmajades on nõutav umbes 1 voodi 1000 elaniku kohta, lähtudes sündimuse sõjaeelset tasemest.

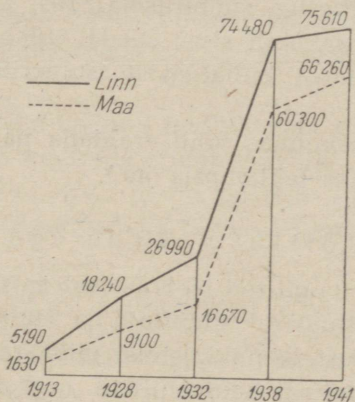
Sünnitusvoodite võrgu tunduv väljaarendamine maal, eriti kolhooside sünnitusmajades, võimaldab sünnituste üha suuremat hõlmamist statsionaarse abiga maa oludes. Sellele vaatamata esineb meie liidu ääremaades, eriti kaugetes maakohtades ka praegusel ajal sageli sünnitajate hõlmavuse madal protsent ja sünnitusvoodite mitteküllaldane kasutamine. Seda äärmiselt negatiivset nähtust võib esijoones seletada meditsiiniliste asutiste, nõuandlate, ämmaemandate, arstijaoskonna töötajate halva tööga, kes ei tee sanitaarharidustööd naiste hulgas, ei taotle nende pöör-

dumist sünnitusmajade poole ega võitle kehtivate eelarvamuste vastu.

Sündimuse languse tagajärjel sõjaajal jääb osa sünnitusvoodeid nii linnas kui ka maal kasutamata.

Tervishoiuorganid peavad näitama üles operatiivsust nende voodite kasutamisel, lülitades osa neist teiste vajaduste rahuldamiseks, eriti günekoloogiliste haigete teenindamiseks.

Sünnitusvoodite arvu ajutine vähendamine ei tohi aga mingil viisil toimuda sünnitusasutiste arvu vähendamise arvel, sest viimane asjaolu kaugendaks sünnitusabi elanikkonnast, s. o. halvendaks rasedate ja sünnitajate teenindamist.



Joonis 21.

### Sünnitusmajade organisatsioon.

Linnades toimub sünnitusabi andmine haigla sünnitusosakondades või iseseisvates sünnitusmajades. Oma spetsiifilise, sageli väldimatu iseloomu tõttu tuleb sünnitusabi elanikkonnale enam lähendada kui ühtki teist statsionaarse abiandmise viisi. Seetõttu püstitatakse sünnitusmaju suurtes linnades mitmes linna rajoonis.

Sünnitusmaja kujutab endast statsionaarset meditsiinilist asutist, mispärast kõik haigla töö kohta öeldu kehtib ka sünnitusmaja kohta.

Sünnitusmaja koosseisu kuuuvad järgmised osakonnad: füsioloogiline osakond normaalselt kulgevate (füsioloogiliste) sünnituste jaoks ja kahtlaste osakond sünnitajatele ja sünnitanutele palaviku puhul.

Iga osakond peab olema varustatud eraldi vastuvõtu- ja läbilaskepunkti, sünnitusbloki (sünnituseelne, sünnitus- ja operatsiooniruum), sünnitusjärgsete palatite ja laste osakondadega (palatid vastsündinuile).

Kahtlaste osakonnas moodustavad voodid 15—20% sünnitusmaja voodite üldarvust. Peale selle tuleb igas sünnitusmajas eraldada täiesti isoleeritud septiline osakond eraldi pääsu ja abiasutistega sünnitusjärgsete septiliste haigestustega sünnitajate hospitaliseerimiseks. Väikestes sünnitusmajades, kus ei ole võimalik iseseisvaid septilisi osakondi sisse seada, tuleb eraldada sünnitusmaja muudest ruumidest küllaldaselt isoleeritud omaette palatid septilistele haigetele.

Füsioloogilises osakonnas võib eraldada palateid patoloogiliste rasedusjuhtumite jaoks (eklampsia jm.).

### Võitlus nakkustega.

Sünnitusakti füsioloogilised iseärasused, mis avavad sissepääsuväratid nakkustele, tingivad sünnitaja ja sünnitanu erilise vastuvõtlikkuse mitmesugustele nakkustele, mispärast sünnitusmajadele kindlaksmääratud sanitaar-hügieeniliste eeskirjade rangeim täitmine on eriti tähtis. Iga saabuv sünnitaja läbib filtri ühes küsitluse ja kiire läbivaatusega, mille järgi toimub selektsioon ja sünnitajate suunamine kas füsioloogilisesse või kahtlaste osakonda.

Nakkuse selgitamata iseloomu puhul suunatakse kahtlaste osakonda kõik sünnitajad temperatuuriga üle 37,5°, samuti ka naised mittetäieliku juba alanud abordiga, süüfilise- ja gonorröahaiged ning nakkavaid nahahaigusi (lubiraig, sügelised jm.) põdevad sünnitajad. Läbivaatusruumis teostab ämmaemand sünnitaja välist järelevaatust, vajalikke mõõtmisi ja ettevalmistust sünnitusaktiks. Siis toimub sünnitaja hoolikas sanitaarkorrastus ja alles pärast seda paigutatakse ta sünnituseelsesse palatisse. Nakkuse vältimiseks tuleb hoolikalt järgida kõiki eeskirju, mis puutuvad nii sünnitaja kui ka

tema voodi ja kõigi asjade sanitaarsesse korrashoiusse, millega sünnitaja kokku puutub, varustada iga sünnitajat individuaalse süübriga jm. Samal eesmärgil on kategooriliselt keelatud sünnitanute külastamine kogu nende sünnitusmajas viibimise kestel.

Tüsistuste või haiglasiseste nakkuste puhul viiakse sünnitanu üle kahtlasesse või septilisesse osakonda. Tavaliselt viiakse ema koos lapsega üle, et tagada haigete naiste kõige tõhusamat isoleerimist tervetest.

Sünnitusmajast kirjutatakse naine välja, kui ta on täiesti terve. Normaalse sünnituse järel kirjutatakse sünnitanu tavaliselt kaheksa ööpäeva pärast välja. Tüsistuste ilmnemisel sünnitusjärgsel perioodil jäetakse sünnitanu kuni täieliku tervistuseni haiglasse. Väljakirjutamisel tuleb silmas pidada nii ema kui ka lapse tervist. Lapse äge haigestus võib ka ema väljakirjutamist takistada.

Sünnitusmaja on kohustatud hoolitsema sünnitanu eest ka tema väljakirjutamisel. On keelatud sünnitanut üksi ilma saatjateta sünnitusmajast ära saata. Kui ei ole kedagi, kes sünnitanule järele tuleks, siis on keegi sünnitusmaja töötajaist kohustatud teda saatma.

### Hoolitsus vastsündinute eest.

Sünnitusmaja vastutab mitte üksnes sünnitanu, vaid ka vastsündinu elu ja tervise eest.

Teatavasti langeb laste suurim suremus 1. eluaasta jooksul laste esimestele elupäevadele, s. o. päevadele, mil ta sünnitusmajas viib. See oleneb sellest, et lapse sünnimomendil toimub järsk üleminek väljapoole emaihu, tingimustesse, millega lapse organism ei ole veel kohanenud.

Tähelepanelikul hoolitsusel vastsündinute eest ja eriti nakkuste vältimisel on otsustav tähtsus vastsündinute elu säilitamiseks.

Tuberkuloosi nakkuse vältimiseks vastsündinute juures vaktsineeritakse sünnitusmajades vastsündinuid tuberkuloosi vastu (BCG-rimine).

Sünnitusmajades paigutatakse lapsed eraldi emadest eripalatisse vastsünninute jaoks, kus üksikud õed ja arstid-pediaatrid nende üle järele valvavad. Erilist tähelepanu tuleb osutada enneaegselt sündinud lastele. Suurem osa lapsi sureb nn. „sünnipärase nõrkuse“ tõttu, mis käib eelkõige enneaegselt sündinud laste kohta. NSV Liidu ja välismaade kogemused näitavad, et tähelepaneliku hoolitsuse ja toitlustuse puhul jäävad ellu ka enneaegselt sündinud lapsed, kelle kehakaal on väga madal.

Sünnitustraumadel on vastsünninute surmapõhjuste hulgas suur tähtsus. Tunduva arvu juhtumite puhul võib neid vältida hoolika järelevalve teostamise kaudu sünnitaja üle sünnituse ajal. Lõppeks on kopsupõletikud üheks vastsünninute surma kõige sagedamaks põhjuseks. Vastsünninuid tuleb hoolikalt hoida nakkuse eest ja vältida nende lähedast kontakti üksteisega. Vastsünninute eest hoolitsev personaal peab kandma steriilseid näokatteid ja hoolikalt täitma kõiki sanitaar-hügieenilisi eeskirju hoolitsusel vastsünninute eest.

Statistilised materjalid näitavad, et vastsünninute suremus erineb kaunis järsult sünnitusmajade järgi, mis kahtlemata tunduval määral oleneb vastsünninu eest hoolitsuse kvaliteedist.

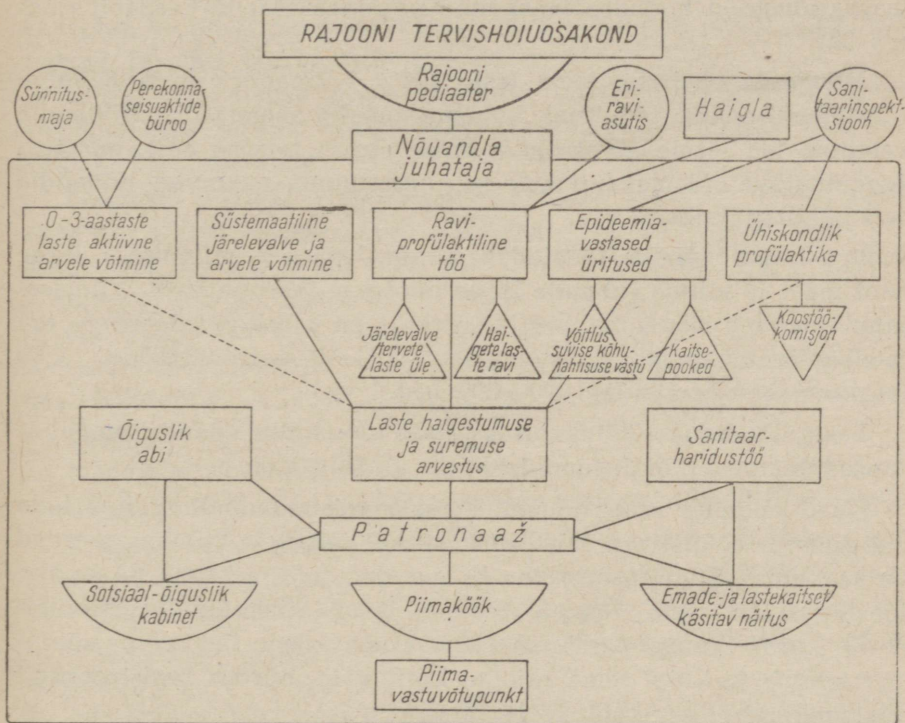
Sünnitusmaja saadab lastenõuandlale teatme vastsünninu kohta ühes sünniaja, perekonnanime ja aadressi äratähendamisega. Nende teatiste alusel koostab nõuandla nimestiku nende laste kohta, keda tuleb viivitamata patroneerida. Teatistes tähendatakse samuti ära ka vastsünninule erilise tähelepanu osutamise vajadus, näiteks asjaolu, et laps on enneaegselt sündinud, haige viibib eriti raskeis elukondlikes tingimustes jm.

Sünnitus on normaalne füsioloogiline akt. Seepärast tuleb sünnitusmaja töötajail iga tüsistus- ja kirurgilise vaheleastumise juhtumil korral sünnitaja suhtes kõik vajalikud abistamisvõtted täies ulatuses ja õigeaegselt tarvitusele võtta.

Erilist tähelepanu nõuab iga sünnitaja ja vastsünninu surmajuhtum. Surmapõhjuse täpsustamiseks tuleb iga laip lahata ja juhtum arstide konverentsil üksikasjaliselt läbi arutada. Täiesti lubamatud on surmajuhtumid sünnitusjärgse sepsise tagajärjel.

### C. Lastenõuandla.

Lastenõuandlad on üheks tähtsaimaks lüliks nõukogude tervishoiu süsteemis. Oma olemuselt kujutavad nad endist imikute ja väikelaste dispensaariume järelevalve teostamiseks laste tervise ja õige arenemise üle kolme esimese eluaasta jooksul. Oma võrgu



Joonis 22.

laialdase arenemise tõttu hõlmavad nad oma tööga kogu Nõukogude Liidu noorpõlve ja osutuvad kõige tähtsamateks asutisteks võitluse alal laste haigestumise ja suremusega. Sanitaarharidustöö tegemisega sisendavad lastenõuandlad sanitaarseid teadmisi ja harjumusi elanikkonna kõige enam mahajäänud rühmades ja võit-

levad elanikkonnas juurdunud eelarvamuste ja elukondlike harjumuste vastu (lutt, laste ülekuumutamine, värske õhu kartus, eriti talvel, varane lisatoit, elamute antisanitaarne seisund jms.).

Lastenõuandla rakendab oma töös aktiivselt laste nõuandlasse suunamise dispensaarset meetodit, süstemaatilist aktiivset järelevalvet nende üle, profülaktika ja ravi ühendamist, aktiivset sanitaarharidustööd kodudes jaoskonna patronaaziõdede kaasabil (jocnis 22).

Nõuandla peab taotlema laste 100% hõlmamist ja järelevalve teostamist nende üle kuni kolmeaastaseks saamiseni. Nõuandla vastutab iga järelevalvel oleva lapse elu ja tervise eest, mistõttu teenindatavate laste suremus ja haigestumus osutuvad nõuandla töö põhinäitajaks.

Iga lastenõuandla teenindab kindlat rajooni mitmesaja lapse näol maal ja mitme tuhande lapse näol suurtes linnades. Viimasel juhul jaguneb nõuandla teenindamisrajoon jaoskondadesse ja iga jaoskonda teenindab jaoskonnaarst ja 1—2 patronaaziõde. Üks jaoskonnaarst teenindab 600—800 last.

Laste täielikuks hõlmamiseks saab nõuandla sünnitusmajadelt täpsed teatmed kõigi sündide kohta oma rajoonis.

Need andmed saab nõuandla osalt naistenõuandlalt, kes teda informeerib kõigist rasedaist naistest, kel raseduse viimane periood on saabunud. Sünnitusmaja on kohustatud informeerima nõuandlat igast vastsündinust. Saadud teatmed peab nõuandla järjekindlalt (2—3 korda kuus) perekonnaseisuaktide büroo andmete põhjal kontrollima ja kõigi tema rajooni kuuluvate, büroos registreeritud vastsündinute aadressid välja kirjutama.

Patronaaziõde peab külastama iga vastsündinud last.

Patronaaz moodustab nõuandla töö tähtsaima osa. Lapse õiget hügieenilist kasvatust ei ole võimalik saavutada ainuüksi nõuandlas emadele antavate arstlike nõuannete teel. Tähtis on emale lapse eest hoolitsemist praktiliselt õpetada, teda teo ja rõuga abistada sanitaarse korra loomisel korteris ja lapse lähikonnas ja mitmesuguste materiaalsete ja elukondlike vajaduste lahendamisel, süstemaatiliselt täheldada lapse seisundit, jälgida arsti nõu-

annete ja eeskirjade täitmist ja taotlema, et ema nõuandlat süsteemiliselt külastaks.

Kogu seda tööd teeb patronaaziõde. Patronaaziõed määratakse ametisse kõige enam kogenud ja autoriteetsete õdede hulgast, kes oma tööd hästi tunnevad ja armastavad. Patronaaziõed on jaoskonnarsti-pediaatri vahetud abilised ja külastavad tema ülesandel lapsi kodus. Iga külastus ja peaadmed lapse ning tehtud töö kohta kantakse õe poolt patronaazilehte, mille järgi arst jälgib lapse arenemist ja oma korralduste täitmist.

Erilist tähelepanu peab nõuandla osutama esmassünnitajaile emadele eriti raskeis elukondlikes tingimustes, nõrkadele lastele, kaksikuile, kolmikuile jms.

Säärased lapsed võetakse eriarvele ja seatakse nende jaoks sisse nn. aktiivne patronaaz. Patronaaziõde peab neid eriti tihti külastama. Esialgu tuleb seda vahel iga päev teha, kuni on välja kujunenud nõutav hoolitsus.

On väga soovitav, et patronaaziõde külastaks tulevast ema tema kodus juba enne lapse sündimist, aitaks emal ette valmistada kõik, mis on lapse eest hoolitsemiseks vajalik, ja teda juba esimesel päeval pärast sünnitusmajast saabumist külastaks.

Nõuandla peab aktiivselt taotlema, et emad lapsi võimalikult varakult nõuandlasse tooksid ja viimast süsteemiliselt külastaksid.

Esimese kolme elukuu jooksul tuleb last vähemalt kaks korda kuus nõuandlasse tuua, pärast 6 kuu möödumist — üks kord kuus, ja pärast aastaseks saamist — 1 kord kahe kuu kestel. Kui last nõuandlasse ei tooda, tuleb põhjust jaoskonna patronaaziõde kaudu selgitada.

Nõuandlas koostatakse iga lapse kohta arenemislugu, kuhu kantakse sisse andmed kehalise arenemise, haigestuste ja tehtud kaitsepoogete kohta, tähendatakse ära korraldused lisatoidu kohta ja emale antud nõuanded jm.

Nõuandlas kaalutakse last, vaadatakse ta läbi, määratakse toit, mis kvaliteedilt ja koguselt vastab lapse elueale, tehakse mitmesuguseid kaitsepookeid (rõugete, difteeria, leetrite vastu).

Nõuandla juures organiseeritakse tavaliselt piimaköök või -jaotuspunkt laste varustamiseks piima ja toitesegudega.



Nõuandla juures organiseeritakse sagedasti rinnapiima kogumispunktid nende laste varustamiseks piimaga, kelle emad haiguse tõttu neid rinnaga toita ei saa.

Tervete laste vastuvõtt arsti poolt nõuandlas toimub individuaalselt või rühmaviisi. Viimasel juhul võtab arst üheaegselt vastu 2—3 ema, kelle lapsed on umbes ühevanused: lapse läbivaatusel jagab arst emale vastavaid nõuandeid ja juhtnööre, mis ka teistele läbivaatusel viibivatele emadele võivad kasulikud olla.

Nii nõuandlas kui ka väljaspool seda tehakse laialdast sanitaarharidustööd. Loengute, näituste, plakatite jms. näol, peamiselt aga jaoskonnaarsti ja nõuandla õe vestluste kaudu õpetatakse emale hügieenilist hoolitsemist, haigestuste, esijoones laste kõhulahtisuse vältimist, selgitatakse rinnaga toitmise tarvilikkust, abistatakse ema režiimi koostamisel lapsele ja tema õigel kasvatamisel.

Nõuandla pole mitte ainult profülaktiline, vaid ka raviärsutis. See raviärsutis ja profülaktilise töö ühendamise ühes asutises tagab pidevat täheledust lapse üle niihästi tema terve kui ka haige olles.

Haigele lapsele annab nõuandla iga liiki spetsialiseeritud abi. Vajaduse korral suunab nõuandla tema statsionaari. Niihästi kodus kui ka ambulatoorselt ravib last üks ja sama jaoskonnaarst-pediaater, teda külastab üks ja sama jaoskonnaõde. Vajaduse korral kutsutakse lapse juurde teiste erialade arste (larüngoloog, silmaarst, kirurg). Suurtes nõuandlates töötavad säärased eriarstid nõuandla juures, väikestes nõuandlates eriarste ei ole ja säärasel juhul annavad üldpolikliiniku arstid lapsele vajalikku abi.

Lapse haigestumisel tuleb eelistada arsti kutsumist koju, et vältida nakkuse kandumist nõuandlasse.

Rea haigestuste puhul on laste vastuvõtt nõuandlasis keelatud ja arst külastab last kodus, näiteks ägedate nakkushaiguste ja kõrge temperatuuri puhul haiguse iseloomu selgitamiseks, raskete mao-soolte haigestuste puhul ja kontakti puhul nakkushaigetega.

Kodus antavat abi tuleb nii organiseerida, et lapsel oleks tagatud mitte ainult vajalik arstlik järelevalve, vaid ka ravi ja hoolitsus. Last raviv jaoskonnaarst külastab last vanemate poolt kutsutud ootamata.

Jaoskonnaõe kohuste hulka kuulub arsti korralduste täitmine (kupuklaaside panemine, süsted jm.); tema peab õpetama emale, kuidas haiget last toita ja temale ravimeid anda.

Nakkushaiguse avastamisel määrab arst karanteeni, korraldab lapse hospitaliseerimist, teeb koos õega selgitustööd ümbritsejate hulgas, informeerib nakkushaigusest kooli, lasteaeda, lastesõime, mida haigestunuga ühes korteris elunevad lapsed külastavad, korraldab desinfektsiooni, saadab kiirteatise rajooni epidemioloogile.

Nõuandlat külastavad niihästi terved kui ka haiged lapsed, mistõttu kontakt tervete ja haigete laste vahel ja järelikult ka nõuandlasiseste nakkuste oht on võimalik. Seepärast peavad nõuandlas vastuvõturuumid tervetele ja haigetele lastele olema eraldatud ja eraldi sissepääsuga varustatud. Iga laps, isegi terve, läbib kohuslikult filtri, kus valvekorraõde uurib lapse nahka ning tema suu ja kurgu limanahka, mõõdab ihusoojust ja kogub emalt andmeid, kas korteris pole nakkushaigeid. Alles pärast seda pääseb laps üldooteruumi.

Haigete osakonnas läbib iga laps samuti filtri. Nakkuskahtlased lapsed paigutatakse isoleeritud boksidesse, kus arst nad läbi vaatab. Boks desinfitseeritakse peale iga last.

Isegi väikestes nõuandlates, kus eriliselt ehitatud boksid puuduvad, peavad lapsed filtri läbima. Säärastel juhtudel võib filtri jaoks eraldada nõuandla esimese sissepääsu kõrval asetseva toa või selle osa. Nakkuse vältimiseks lastakse lapsed filtrisse ühekaupa.

Nõuandla tegevus lapse igakülgse teenindamise alal ei oleks täielik, kui nõuandla piirduks ainult meditsiiniliste küsimustega. Nii laste- kui ka naistenõuandla töös kerkivad ühtepuhku üles sotsiaal-õiguslikud küsimused, mis nõuavad ema ja lapse huvide kaitset. Nõuandlate juures tegutsevad sel alal sotsiaal-õiguslikud kabinetid. Üks sotsiaal-õiguslik kabinet võib teenindada niihästi naiste- kui ka lastenõuandlat.

Sotsiaal-õiguslikud kabinetid abistavad emasid toetuste hankimisel, jälgivad vastsündinute õigeaegset ja õiget registreerimist perekonnaseisuaktide büroos, esinevad ema nimel kohtus, peavad kontakti mitmesuguste asutiste ja organisatsioonidega.

Sotsiaal-õiguslikel kabinettidel on oma patronaaziõde, kes uurib ema ja lapse elutingimusi.

Vajaduse korral abistab sotsiaal-õiguslik kabinet abivajavat ema toetuse hankimisel ametiühinguorganisatsioonidelt; kabineti käsutuses on teatav rahaline fond eriti raskete juhtumite jaoks.

Sotsiaal-õiguslik kabinet ja nõuandla peavad olema tihedas kontaktis niihästi meditsiiniliste asutiste (naistenõuandlate, lastesõime, sünnitusmajade, lastehaiglate) kui ka ema ja lapse huvide kaitse alal tegutsevate ühiskondlike ja ametiühinguorganisatsioonide ning asutistega.

#### D. Lastesõim.

Lastesõim on kuni 3-aastaste laste ühiskondliku kasvatuse asutis, kes võimaldab emal võtta osa tootmisprotsessist ja riigi ühiskondlikust ning poliitilisest elust. Lastesõimede arenemine on tiheidalt seotud meie maa rahvamajanduse ja industrialiseerimise arenemisega ning naise lülitamisega tootmistöösse. Lastesõim pole mitte ainult meditsiiniline, vaid ka sotsiaal-elukondlik asutis, kelle arenemisest on mitmesugused keskasutised vahetult huvitatud. Peale NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi assigneerivad ka majanduslikud organisatsioonid, kolhoosid, sotsiaalkindlustuse organid ja lastevanemad summasid lastesõimede ehitamiseks ja ülalpidamiseks. (Joonis 23.)

#### Lastesõimede tüübid.

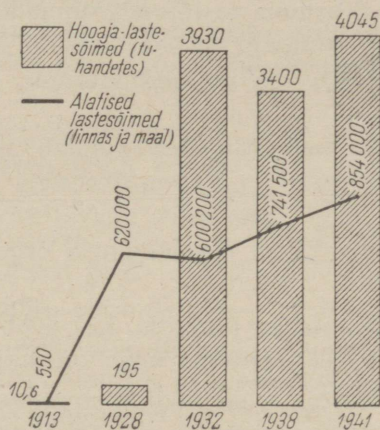
Tegevuse tüübi järgi jagunevad sõimed alatisteks ja hooajalisteks. Hooajalised lastesõimed asutatakse maal suviste põllutööde hooajaks, et võimaldada kõigile väikelapsi omavaile kolhoosi naisliikmeile osavõttu suvistest põllutöödest.

Seoses naiste hulgalise lülitamisega Isamaasõja ajal alatisele tootmistööle kogu aasta kestel nii tööstuses kui ka põllumajanduses, oli eriti tähtis kogu lastesõime võrgu töö vastav ümberkorraldus.

Lastesõim teenindab lapsi 1 kuu vanusest kuni 3 aasta vanuseni. Emad suunavad lapsi rajooni lastesõime oma elukoha või töökoha järgi käitises. Lastesõimed, mis on määratud imikuile, keda

rinnaga toidetakse, peavad asetsema ema töökoha lähedal, et ema saaks last korrapäraselt toita, kasutades selleks lapse toitmiseks antavat vaheaega.

Nõuandlaarst peab iga lapse enne lastesõime vastuvõtmist hoolikalt läbi vaatama. Ägedatesse nakkushaigustesse, samuti ka nakavate vormidega gonorröa-, süüfilise-, trahhoomi- ja tuberkuloosihaigeid lapsi lastesõime vastu ei võeta.



Joonis 23.

Patronaaziõde on kohustatud külastama lapse perekonda kodus, konstateerima nakkushaiguste puudumist nii lapse perekonnaliikmete kui ka nendega ühes korteris, barakis, ühiselamus elunevate isikute hulgas.

Töö organisatsioon lastesõimes. Lastesõimes jaotatakse lapsed vanuserühmadesse 20 lapse kaupa igas rühmas. Iga rühma teenindab üks õde ja üks hoidja.

Vanuserühmade arv lastesõimedes oleneb laste üldarvust vastavas sõimes. Kui lastesõimes on olemas neli rühma, siis kuuluvad esimesse rühma imikud kuni 9 kuuni, teise roomavad, s. o. 10 kuust kuni 1 a. ja 2 kuu vanused lapsed, kolmandasse — 1 a. 3 kuu vanus-

test lastest alates kuni 2-aastase lasteni ja neljandasse — kõige vanemasse rühma — kahe- kuni kolmeaastased lapsed.

Laste väikese arvu puhul jaotatakse nad kahte rühma: noorem-  
masse (lapsed, kes ei oska kõndida) ja vanemasse (kõndida oska-  
vad lapsed).

On soovitatav, et igal rühmal oleks kasutada isoleeritud ruum-  
omaette sissepääsuga.

Lastesõim peab olema varustatud järgmiste ruumidega: lähti-  
riietamisruum, vastuvõturuum, lastetoad rühmade arvu järgi, män-  
gutuba, magamisruum, isolaator ja sanitaarsõlm (tualetiruum, poti-  
ruum) ning administratiiv- ja majandusruumid (köök, pesukojad,  
laoruumid).

Laste teenindamine lastesõimedes hõlmab järgmisi momente:  
õige režiimi organiseerimine iga vanuserühma jaoks, toitluse ja  
hoolitsuse organiseerimine laste eest, kasvatustöö, nii tervete kui  
ka haigete laste meditsiinilise teenindamise organiseerimine, võit-  
lus nakkuste vastu.

Lastesõime eesotsas seisab juhataja, kel peab olema meditsiini-  
line haridus või kes peab lõpetama vastavad kursused.

Arst vastutab lastesõime meditsiinilise teenindamise ja sani-  
taarse seisundi eest. Õde-instruktor juhatab kasvatustööd. Rühma  
meditsiiniline õde ja kasvataja tegelevad vahetu hoolitsusega laste  
eest.

Lastesõime töö tuleb korraldada nii, et lapsele oleks tagatud  
õige režiim, sest see on peatingimuseks tema tervisele ja õigele  
arenemisele.

Lastele, kelle emad töötavad öises vahetuses ja kes last kellegi  
hoole alla ei saa jätta, organiseeritakse lastesõimes viibimine kogu  
öö-päeva jooksul või nn. lastesõim pikendatud päevaga.

Lapse lastesõimes viibimise ajad kohandatakse ema töötundi-  
dega, kuid juhtudel, millal ema töövahetus lõpeb öösel või hilis-  
õhtul, jäetakse laps ööseks sõime, et tagada lapsele normaalset  
magamist kella 9 õhtul kuni kella 6-ni hommikul.

Laste toitlustamine. Lastesõime töös on toitluse orga-  
niseerimisel suur tähtsus. Lastesõimed peavad taotlema, et lapsi või-

malikult kauemini rinnaga toidetaks; kuni 5—5,5 kuuni tuleb last võimalikult rinnaga toita.

Nõukogude seaduste järgi vabastatakse last rinnaga toitev ema 6 kuu kestel iga 3,5 tunni järel pooleks tunniks töölt lapse imetamiseks. Toitmine toimub lastesõime vastuvõturuumis, kus emal on võimalik käsi pesta, kitlit selga panna ja end lapse toitmiseks ette valmistada.

Segatoidule üleviidavatele lastele antakse lastesõimest lisatoitu kojuviimiseks kaasa.

Vanemasse rühma kuuluvate laste toitlustamine toimub söögisedeli kohaselt, mida arst, lastesõime juhataja ja keetja koostavad igaks 10 päevaks.

Söögisedel koostatakse vastavalt laste vanusele NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud portsjonite jaotuse alusel.

Tähtsaks näitajaks lapse õige toitlustamise kohta on lapse juurdevõtt kaalus. Seepärast tuleb lapsi küllalt sagedasti kaaluda. Kaalus mahavõtvad lapsed tuleb eri järelevalvele võtta.

Laste toitlustamise parendamise alal nii lastesõimes kui ka haiglates etendab lastesõime töötajate algatusvõime suurt osa abimajandi korraldamise, marjade ja vitamiinikandjate korjamise, vitamiinirikaste jookide valmistamise jms. alal.

Nõrkadele pellagrahaigeile ja tuberkuloosse intoksikatsiooniga lastele organiseeritakse lastesõimes erilised sanatoorsed rühmad ja tagatakse tugevdatud toitlustamine.

Laste meditsiiniline teenindamine lastesõimes. Lastesõimes viibivad lapsed arsti, velskri või ämmaemanda (maal) süstemaatilise järelevalve all. Lapsed vaadatakse vastuvõtmisel ja lastesõimes viibimise kestel süstemaatiliselt läbi vähemalt kaks korda kuus. Kõik andmed lapse tervisliku seisundi kohta (keheline arenemine, toitlustamine) kantakse lapse arenemisloosse.

Õde teostab igapäevast järelevalvet lapse üle ja märgib üles kõik oma märkused ja täheldused. Arsti visiidil teeb õde temale ettekande laste seisundi kohta.

Lastesõime külastamisel on arst või velsker kohustatud kontrolima lastesõime sanitaarset seisundit ja toitluse kvaliteeti.

Olenevalt lapse elukohast arstib last kas lastesõime- või nõuandlaarst. Viimasel juhul peab lastesõime arst jälgima lapse tervislikku seisundit, saades tema kohta nõuandlalt teatmeid. Mitteägedate nakkushaiguste puhul (gripp, düspepsia, konjunktiviit, stomatiit, püodermia, furunkuloos jms.) võivad lapsed lastesõime jääda, kus nad isolaatoreisse paigutatakse.

Isolaator peab olema eraldatud teistest ruumidest, evima eraldi sisustust ja eraldi sanitaarsõlme. Laste isolaatorisse ja lastesõime jätmise võimalusel on suur tähtsus, sest sel teel hoitakse kokku suur hulk ema tööpäevi, mil teda vastasel juhul haige lapse eest hoolitsemise eesmärgil tööst tuleks vabastada.

**Nakkuste profülaktika.** Nakkuste vältimine osutub väga tähtsaks momendiks lastesõime töös. Kahjuks on lastesõimeiseste nakkuste juhtumid ka praegusel ajal kaunis sagedased, nad põhjustavad lastesõimede pikaajalist sulgemist ja voodite mittekasutamist. Nakkuste lastesõime kandumise vältimiseks toimub vastuvõetavate laste ja nende ümbritsejate hoolikas läbivaatus.

Lastesõimes tehakse kaitsepookeid rõugete, difteeria ja leetrite vastu.

Lastesõimedes korraldatakse iga päev hommikuti laste läbivaatust nende sõime ilmumisel. Läbivaatust teostab õde. Lahtiriietumisruumis vaatab õde lapse suu ja kurgu limanahka ja mõõdab tema ihusoojust. Lapse lahtiriietamise puhul vastuvõturuumis teostab õde tema naha läbivaatust, et kindlaks teha, kas sellel ei leidu löövet.

Nakkushaige või nakkuskahtlane laps saadetakse viivitamata koju. Kui laps haigestub sõimes viibimise ajal, siis isoleeritakse ta enne arsti ilmumist.

Lastesõime kontakt nõuandlatega osutub väga tähtsaks. Nõuandlad peavad viivitamata informeerima lastesõime igast lapsesõimeelisel lapsel esinevast nakkushaiguse juhtumist.

Rühmas, kus esines nakkushaiguse juhtum, seatakse sisse karanteen. Rühmale kuuluv ruum isoleeritakse teistest ruumidest; karanteenirühmas olevate laste suhtlemine teiste lastega on keelatud.

Kõigi sanitaar-hügieeniliste eeskirjade täitmise tingimusel lastesõime meditsiinilise personaali poolt ja hästikorraldatud sanitaar-

haridustöö puhul emadega võib täielikult vältida ägedate nakkushaiguste esinemist lastesõime lastel.

Kogu lastesõime personaali süstemaatiline meditsiiniline läbi-vaatus osutub samuti vajalikuks. Lastesõime tööle ei lubata tuberkuloosi lahtisi vorme, suguhaigusi, trahhoomi, mõningaid nakkavaid nahahaigusi (sügelisi) põdevaid isikuid ja batsillikandjaid (kõhutüüfuse, düsenteeria puhul).

### E. Üle 3 a. vanuste laste meditsiiniline teenindamine.

Nõukogude Liidus teenindab lapsi laste ravi-profülaktiliste ja sanitaartervishoiuasutiste süsteem, kuhu kuuluvad lastehaiglad, ravi-profülaktilised ambulatooriumid ja polikliinikud, üldpolikliinikute lasteosakonnad, vabaõhukoolid, sanatooriumid jms.

Lastele spetsialiseeritud haiglavälist abi osutavate ravi-profülaktiliste peaaosutiste hulka kuuluvad kas iseseisvad lastepolikliinikud või rajoonide polikliinikute lasteosakonnad. Viimased säilitavad teatud iseseisvuse oma kartoteegi, oma arstide koosseisu näol, kodus antava abi kaudu jne.

Lastepolikliinikuis töötavad arstid kõigil põhierialadel (terapeudid, kirurgid, silmaarstid); nad on varustatud tuberkuloosi-, nahahaiguste, suguhaiguste ja hambaravikabinettidega. Lastepolikliiniku juures korraldatakse päevasanatooriumid, mängumurud jm.

Lastepolikliiniku töö põhiprintsiibid ja meetodid on samad mis üldpolikliinikuski. Neid on käsiteldud peatükis „Ambulatoorne-polikliiniline abi.“

Laste ravimine kuulub jaoskonnaarsti-pediaatri ülesannete hulka ja teostub jaoskonna põhimõtte alusel.

Polikliinikus toimub vastuvõtt kõigil erialadel. Külastusi laste juurde koju korraldab jaoskonnaarst-pediaater vajaduse korral laste- ja üldpolikliiniku eriarstide osavõtul.

Polikliinik organiseerib õepatronaazi ja haigete põetuse nende juures kodus. Tarbe korral hospitaliseerib ta eraldamist ja haiglaravi vajavaid haigeid lapsi.

Lastepolikliinik koostab üldiste tervistusürituste plaani oma rajoonis, nimelt õpilaste ja töölisnoorukite plaanilist dispensarisee-



rimist, laste selektsiooni sanatooriumidesse ja kuurortidesse, arstlikku kontrolli laste kehalise arenemise ja kehakultuuri korralduse üle rajoonis, hulgaliste kaitsepoogete organiseerimist, suvise tervistushoogtöö plaanide koostamist, järelevalvet koolide, lasteaedade ja muude lasteasutiste sanitaarse seisundi ja heakorra ning õige sanitaar-hügieenilise režiimi teostamise üle neis asutistes, laste koduste elutingimuste tervistamist, sanitaarharidustöö tegemist laste, nende vanemate ja õpetajate hulgas.

Laste ambulatooriumid ja polikliinikud teenindavad eelkoolija kooliealisi lapsi ning töölisnoorukeid; samad lapsed viibivad lasteaedade ja kooliarstide süstemaatilise meditsiinilise järelevalve all.

Tegelik elu on näidanud säärase olukorra lubamatust, kus kooliarst teostab järelevalvet lapse üle koolis, kuid ei tunne tema elukondlikke tingimusi ega ravi teda haiguse puhul, ja kus jaoskonnaarstil ei ole kontakti kooli kollektiiviga ja ta kogu kollektiivi tervistamisega ei tegele. Sellepärast on küsimus lahendatud arsti-pediaatri ametisse määramise teel, kes ühendab ravialast ja profülaktilist tööd, tegutsedes ühtlasi kooliarstina ja raviva arsti-pediaatrina.

Säärane praktika on kergesti teostatav, sest lapsed õpivad tavaliselt elukoha järgi, ühe ja sama rajooni piirides, mistõttu üks arst-pediaater ja jaoskonnaõde võivad laste kollektiivi niihästi kooli kui ka elukondlikes tingimustes teenindada.

Lastepolikliinikus on sanitaar-profülaktilisel tööl suur tähtsus, sest lastepolikliinik teenindab õpilaste, eelkooliealiste laste, vabriku- ja tööstuskoolide, lastekodude, Suvorovi koolide, internaatide organiseeritud laste kollektiive. Polikliinik peab töötama tihedas kontaktis nende asutiste hoolekandenõukogudega. Iga lastepolikliiniku jaoskonnaarsti järelevalvele kuulub üks või teine lasteasutis, mida ta on kohustatud süstemaatiliselt külastama, selle sanitaarse seisundi üle valvama, kõiki vajalikke sanitaar-profülaktilisi üritusi, nagu kaitsepookeid ja perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi, teostama ning sanitaarharidustööd tegema, organiseerides selleks laste isetegevust ja värvates tööle õpetajaid ning kasvatajaid.

Laste statsionaarseks teenindamiseks on olemas hulgaliselt laste-veoodeid eri lastehaiglais (somaatilistes ja nakkushaiglates) või üldiste rajoonide ja linnahaiglate lasteosakondades.

Eraldamist ja haiglaravi vajavate haigete laste hospitaliseerimine toimub laste polikliiniku kaudu.

Väikelinnades ja maal, kus eri lasteasutised puuduvad, toimub laste ja noorukite meditsiiniline teenindamine üldise meditsiinilise võrgu kaudu.

Üldine ambulatoorne-polikliiniline võrk teeb ka tervishoiutööd laste ja noorukite masside hulgas (õpilaste profülaktilised meditsiinilised läbiyaatused, kaitsepoogete tegemine lastele, järelevalve koolide, pioneerilaagrite sanitaarse seisundi üle jms.).



## VIII peatükk.

### MAA-ARSTIJAOSKOND, VELSKRI- JA VELSKRI-ÄMMAEMANDAPUNKT.

Maaelanikkonna ravialane abistamine on NSV Liidus rajatud samadele kõigile kättesaadava tasuta kvalifitseeritud ravi põhimõtetele, mis kehtivad linnaelanikkonna suhtes.

Põllumajanduse iseärasused ja viimastega seosesolevad laiali-asundamise tingimused (väikesed laialdasel maa-alal hajali asetsevad asulad) nõuavad meditsiinilise töö eri organisatsiooniliste vormide ja meetodite rakendamist maal.

Tervishoiutöö organisatsiooniliseks vormiks maal on maa-arstijaoskond ühes selles asetsevate velskri- ja velskri-ämmaemandapunktidega.

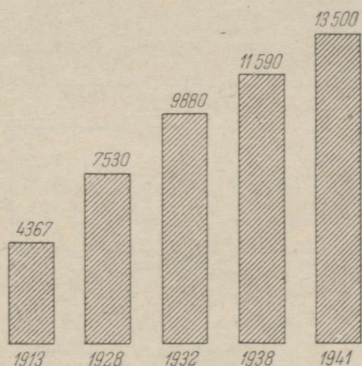
Maa-arstijaoskonna töö ülesanded ja sisu on kindlaks määratud NSV Liidu RKN-i 23. IV 1938. a. määrusega „Maa-arstijaoskonna tugevdamisest“ ja NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi poolt 5. VI 1938. a. kinnitatud „Maa-arstijaoskonna määrustikuga“.

NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi poolt kinnitatud eri määrustik käsitleb üksikasjaliselt maal asetseva velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti tööd (lisa 1).

Revolutsioonieelsel Venemaal oli maa-elanikkonna meditsiiniline teenindamine väga halvasti korraldatud. Semstvo meditsiin oli korraldatud umbes poolel endisele tsaari-Venemaale kuuluva Euroopa osa maa-alal, muu osa, eriti rahvuslikud piirimaad, olid ilma meditsiinilise abita. Nii ei olnud näiteks Tadžikistanis enne revolutsiooni ühtegi haiglavoodit maal.

Meditsiini ülesehitustöö maal käis NSV Liidus käsi-käes kogu rahvamajanduse arenemisega. Seoses põllumajanduse sotsialistliku ümberkorraldusega arenes tervishoiutöö maal eriti hoogsalt.

Ülesanne ei seisnenud mitte ainult meditsiinilise võrgu arendamises maal, vaid ka selle töö kohandamises mehhaniseeritud sotsialistliku suurmajanduse uute vormidega, rajooni tervishoiuorganisatsioonide tugevdamises, maa-arstijaoskondade vähemaks jaotamises kvalifitseeritud spetsialiseeritud meditsiinilise abi maksimaalse lähendamise eesmärgil maaelanikkonnale.



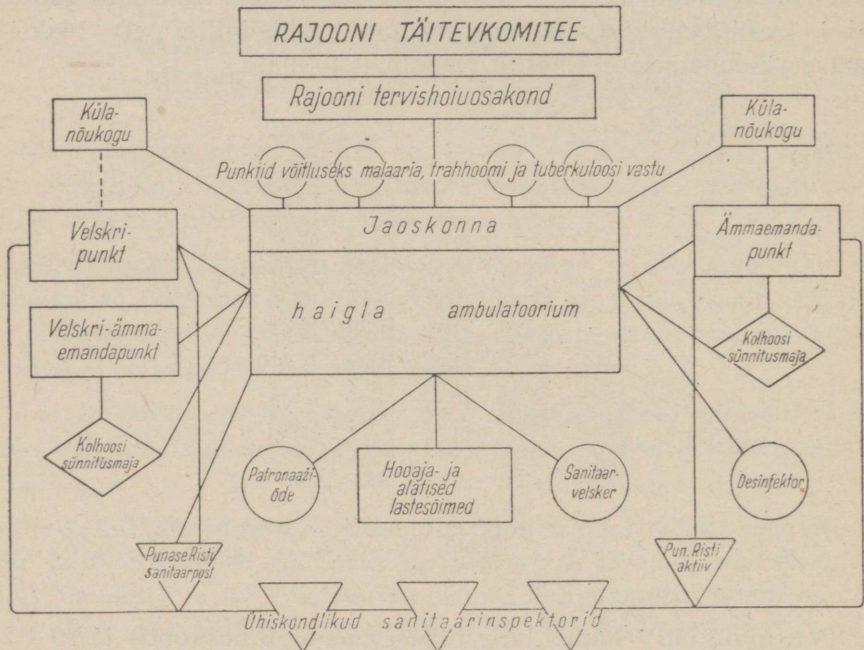
Joonis 24.

1941. a. oli NSV Liidus juba 13 500 maa-arstijaoskonda ja 39 412 velskri- ja ämmaemandapunkti. Voodite arv tõusis 169 900-ni (joonis 24).

Koos võrgu kasvuga vähenes meditsiiniliste jaoskondade raadius maal tunduvalt, meditsiiniline abi nihkus elanikkonnale lähemale ja sai temale kättesaadavamaks. Vene NFSV-s on haiglajaoskonna keskmine raadius maal praegu umbes 20 kuni 30 km. Mõnes kraisis ja oblastis on need arvud tunduvalt väiksemad. Nii on kõigi maa-arstijaoskondade raadius Moskva oblastis näiteks kuni 10 km ja elanike keskmine arv ühes arstijaoskonnas 6100 isikut.

Maa-arstijaoskonna ülesanded. Maa-arstijaoskond teenindab arstijaoskonnale kinnistatud maa-alal elunevat elanikkonda.

Maa-arstijaoskonnad jagunevad haigla- ja ambulatoorseteks jaoskondadeks, olenevalt sellest, kas arstijaoskond on varustatud haigla või ainult ambulatooriumiga.



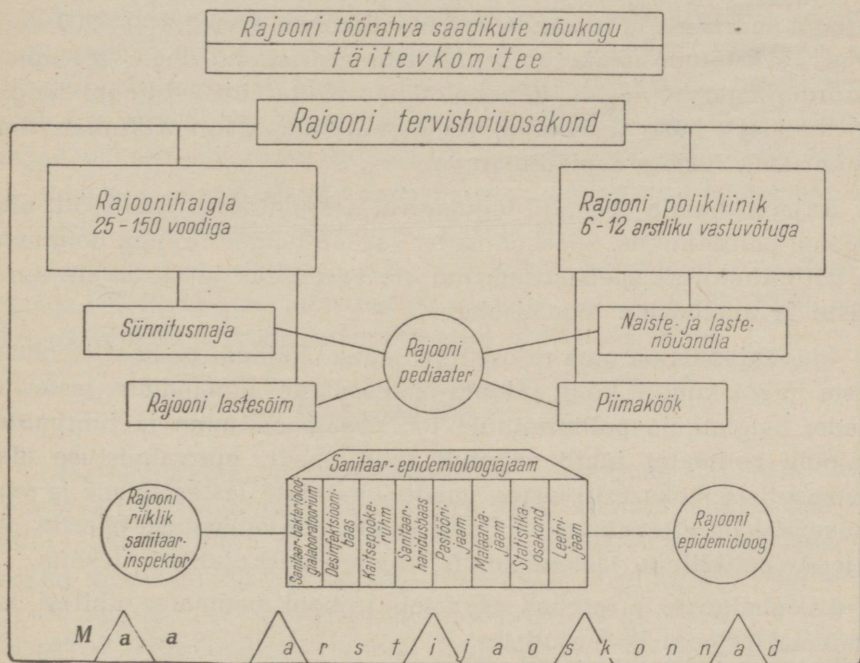
Joonis 25.

Maa-arstijaoskonda kuuluvad peale jaoskonna asulas asetseva haigla ja ambulatooriumi ka kõik jaoskonna maa-alal asetsevad meditsiinilis-sanitaarsed asutised (velskri-, velskri-ämmaemanda- ja ämmaemandapunktid, kolhoosi sünnitusmajad, lastesõimed, punktid võitluseks malaaria, trahhoomi vastu jms.) (joonis 25).

Maa-arstijaoskond korraldab oma jaoskonna elanike teenindamist kõigi meditsiinilis-sanitaarabi liikidega, juhivad tema maa-alal

asetsevad meditsiinilis-sanitaarasutisi ja sanitaar-epidemioloogilist tööd, kujutades endast algüli tervishoiutöö alal.

Maa-arstijaoskonna määrustikus on öeldud: „Maa-arstijaoskonna ja sellesse kuuluvate ravi-profülaktiliste ja sanitaarasutiste põhiülesandeiks on ägedate nakkushaiguste vältimine ja nende likvideerimine, jaoskonna sanitaarse seisundi parendamine, elanikkonna



Joonis 26.

teenindamine ravi-profülaktilise abiga, elanikkonna haigestumuse vähendamine ja tema sanitaar-kultuuriliste teadmiste tõstmine.”

Neist ülesandeist tulenevad ka jaoskonnaarsti ülesanded. Jaoskonnaarst ei teosta ainult ravi haiglas ja ambulatooriumis, vaid juhib arstijaoskonna juhatajana kogu jaoskonna tööd ja kontrollib seda. Tema on tervishoiutöö organiseerija omas jaoskonnas.

Maa-arstijaoskond allub vahetult rajooni tervishoiuosakonnale ja on rajooni eelarvel.

Rajooni keskuses töötavate meditsiiniliste asutiste kaasabil juhib rajooni tervishoiuosakond maa-arstijaokonna tööd (joonis 26), osutab temale metoodilist abi ja teenindab rajooni elanikkonda kõigi spetsialiseeritud ravi-profülaktilise abi liikidega.

Rajooni meditsiiniliste asutiste koosseisu kuulub, olenevalt rajooni suurusest ja teenindatava elanikkonna arvust, 100—200 voodiga varustatud haigla oma põhiliste eriosakondadega: teraapia-, kirurgia-, närvi-, laste-, günekoloogiaosakond jms. Rajooni haigla on tavaliselt hästi sisustatud, omab röntreniaparaati, kliinilist laboratooriumi, füsioterapiaosakonda.

Rajooni haigla eriarstid tegutsevad ambulatoorse vastuvõtu alal rajooni polikliinikus. Jaoskonnaarst saadab haiged rajooni haiglasse ja polikliinikusse spetsialiseeritud abi saamiseks ja vastavate uurimiste ja analüüside tegemiseks.

Igas rajoonis on oma rajooni pediaater. Rajooni pediaatri kohustuste hulka kuulub kõigi rajooni lasteasutiste: nõuandlate, lastesõimed, haiglate ja polikliinikute töö organiseerimine ja juhtimine. Rajooni pediaater juhib vahetult tööd kaadri ettevalmistuse alal lasteasutiste jaoks, eriti lastesõimed juhatajate, lastesõimed ja patronaaziõdede ettevalmistust. Selle kaadri ettevalmistuse baasiks on rajooni polikliinik, lastenõuandla, rajooni eeskujulik lastesõim.

Lastehaiguste eriarstina tegutseb rajooni pediaater ühtlasi ka ravi alal rajooni lasteasutistes.

Rajoonis toimuva sanitaaralase ja epideemiavastase tööga tegelevad rajooni riiklik sanitaarinspektor ja rajooni epidemioloog. Oma töös tuginevad nad rajooni sanitaar-epidemioloogia-alljaamale.

Maal tegutsevate meditsiiniliste töötajate kvalifikatsiooni tõstmise eesmärgil peetakse suurte rajoonide keskustes rajooni ravi-asutiste baasil süstemaatiliselt nii maa-arstide kui ka meditsiinilise keskpersonaali rajooni- ja rajoonidevahelisi konverentse.

Rajooni tervishoiuosakonna juhataja on kohustatud perioodiliselt, vähemalt üks kord kuus, iga maa-arstijaoskonda külastama ja

oma ülevaatuse tulemusi jaoskonna töötajate tootmisnõupidamisel arutama.

Maa-arstijaoskonna tööplaani ja kogu töö organisatsioon põhineb jaoskonna poolt teenindatava elanikkonna arvu ja selle koosseisu, asustatud punktide ja muude jaoskonna töö objektide (traktoriijaamade, sovhooside, koolide jms.) hulga arvestusel, mis kinnistatakse üksikuile jaoskonna töötajatele.

Jaoskonna plaanipärase töö aluseks on sündimuse, üld- ja laste suremuse ja eriti haigestumuse dünaamika analüüs, kusjuures esijoones võetakse arvesse ägedad nakkushaigused, tuberkuloos, malaaria, trahhoom, sügelised jms. Nende andmete alusel koostatakse operatiivne plaan nimetatud haigestuste vastu võitlemiseks.

Seetõttu osutub elanikkonna haigestumuse täpne süstemaatiline arvestus jaoskonna tähtsaimaks ülesandeks.

Andmed haigestumuse liikumise kohta möödunud kuul, teostatud ja eeloleval kuul tarvituselevõetavate ürituste kohta tuleb jaoskonna töötajate tootmisnõupidamisel arutlusele võtta.

### Jaoskonna töö ravi alal.

Maa-elanikkonnale osutatav abi on nõukogude valitsuse kestel tunduvalt suurenenud: voodite arv 1000 elaniku kohta maal oli 1914. a. 0,4 ja 1941. a. 1,5. Seejuures kasutab tunduv osa maa-elanikke meditsiinilist abi linnade (rajoonide ja oblastite) haiglais ja polikliinikuis. Nii moodustasid Moskva oblastis maalt päritolevad elanikud 20% haigeist rajooni haiglais ja 18% haigeist linnade spetsialiseeritud polikliinikuis.

Nõukogude valitsuse kestel ei suurenenud ainult voodite arv maal, vaid muutus ka maahaiglate ilme, eriti viimase kümmeaastaku jooksul. Kuni 25 haiglavoodiga varustatud väikeste haiglate osatähtsus vähenes 87% 1930. a. kuni 66% 1941. a. Samal ajal tõusis tunduvalt suuremate (25—50 haiglavoodiga varustatud) haiglate osatähtsus 9% 1930. a. kuni 26% 1941. a. Suurem osa maahaiglaist on varustatud apteekidega, 25% — laboratooriumidega ja 31% — desinfektsiooniseadistega.



Sellele vaatamata ei küüni elanike meditsiiniline teenindamine maal ikkagi veel linna tasemeni, mistõttu kõigi jaoskonna koosseisu kuuluvate lülide tööd tuleb eriti hästi korraldada, et kvalifitseeritud meditsiinilist abi tõesti elanikkonnale lähedale tuua ja kättesaadavaks teha.

### A. Haiglabi.

Jaoskonna haigla võimaldab elanikkonnale statsionaarset ravi. Jaoskonna haiglale kinnistatakse tavaliselt ka elanikud naabruses asetsevaist ambulatoorsetest jaoskondadest, kus oma statsionaar puudub.

Jaoskonnahaigla suurus ja selle voodite arv määratakse kindlaks nihästi teenindatava elanikkonna arvu kui ka teenindamisraadiuse alusel.

Maa-elanikkonna vähese tiheduse tõttu on jaoskonnahaiglad tavaliselt väikesed, enamasti kuni 25 haiglavoodiga varustatud.

Jaoskonnahaiglasse tulevad esijoones kiiret ja kohuslikku hospitaliseerimist vajavad isikud, s. o. ägedatesse nakkushaigustesse haigestunud isikud ja sünnitajad. Seepärast eraldatakse igas, isegi kõige väiksemas, jaoskonnahaiglas esijoones haiglavoodid sünnitajaile ja ägedatesse nakkushaigustesse haigestunud isikuile. Ülejäänud haiglavoodid on üldised, peamiselt sisehaigetele määratud, vahel eraldatakse voodid ka haavahaigete jaoks. Eri-abi (silma-, kõrva- ja günekoloogiliste haiguste puhul) antakse haigeile rajoonide ja oblastite haiglais, kuhu jaoskonnaarst neid suunab.

Kui uurimisi kohapeal teostada ei saa, suunab jaoskonnaarst haiged rajoonihaiglasse või polikliinikusse, kus tavaliselt on olemas nii röntgeniaparatuur kui ka kliiniline laboratoorium.

Nii haigla kui ka kogu maa-arstijaoskond on rajooni eelarvel. Jaoskonnahaiglate puhul on suur tähtsus külanõukogude, kolhooside, traktorijaamade ja sovhooside juhatuste abil ehituste ja sisse-seade remontimise, küttematerjali varumise ja haigla majandi soetatamise alal, mis haigete teenindamise ja toitlustamise kvaliteeti tunduvalt parendab.

Linnade ja maahaiglate võrdlev analüüs näitab, et vaatamata tunduvalt väiksemale haiglavoodite näitajale maal, võrreldes linnaga, osutub voodi-päevade arv maal tunduvalt madalamaks kui linnas. Ka on haige haiglavoodis viibimise keskmine kestus maal lühem kui linnas. Järelikult ei leia statsionaarne võrk maa oludes küllaldast kasutamist. See pole seletatav ainult väliste „objektiivsete“ tingimustega: kaugusega, liiklusraskustega jm., vaid vahel ka haiglahajatajate halva tööga. Pikaleveninud remont, manööverdamisoscuse puudus voodite fondi kasutamisel, haigete halb teenindamine ja toitlustamine, peaasjalikult aga haigla mitteküllaldane populaarsus elanikkonna seas tingivad haigla halba tööd ja kutsuvad esile haiglavoodite mittekasutamist. Haigla töö kvaliteedi tõstmine, olemasoleva voodite fondi maksimaalne kasutamine kuuluvad maa-arstijaoskonna kõige tähtsamate ülesannete hulka.

Jaoskonnahaigla juhatajaks on jaoskonnaarst ja tema vahetuks abiliseks — jaoskonna velsker.

Et jaoskonnahaiglad kuigi suured ei ole, siis puuduvad neis tavaliselt meditsiinilised õed ja velsker teeb kogu töö haigete meditsiinilise teenindamise alal.

Velskri on jaoskonnahaiglas tähtis osa täita. Velsker on arsti otsene abi haigla majanduse alal; haigla apteek allub temale, ta valmistab ravimeid ja peab meditsiinilist ning majanduslikku aruandlust. Seetõttu peab velsker hästi tundma haigla ja ambulatooriumi meditsiinilist dokumentatsiooni, majandusliku aruandluse vorme ja operatiiv-rahendusplaani koostamist.

Arsti puudumisel asendab velsker arsti nii haiglas kui ka vastuvõtul ambulatooriumis. Koos arstiga annab ta pakilist abi kodus.

Peale jaoskonnahaigla on ka ambulatoorsetes jaoskondades, velskri- ja velskri-ämmaemandapunktides teatud haiglavoodeid (näiteks sünnitusvoodid) mõningal arvul olemas.

## B. Ambulatoorne abi.

Ambulatoorset abi tuleb elanikkonnale veel enam lähendada kui statsionaarset, mistõttu ambulatoorne abi jaoskonnas organiseeritakse detsentraliseeritud korras. Peale keskuse, kus asub ambu-

latoorium peamiselt arsti vastuvõtuga, luuakse jaoskonna maa-alal velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid vastuvõtuga keskmeditsiinilise personaali poolt, peale selle luuakse suurtes sovhoosides, kus on vähemalt 200 töölisi, õdede juhatusel töötavad esmaabi punktid.

Kõik need asutised töötavad arstijaoskonna poolt koostatud ühtse plaani alusel.

Jaoskonnaarst juhib ja kontrollib velskri-, velskri-ämmaemanda- ja ämmaemandapunktide tööd. Kontrollimise ja kvalifitseeritud arstiabi lähendamise eesmärgil elanikkonnale teeb arst kindlaksmääratud päevadel väljasõite velskri- ja ämmaemandapunktidesse.

Arsti saabumise päevast informeeritakse elanikkonda külanõukogude, kolhoosijuhatusete, sovhooside, traktorijaamade administratsiooni ja muude organisatsioonide kaudu. Väljasõitudel kontrollib arst velskripunkti tööd, võtab vastu ja konsulteerib velskri poolt varem kindlaksmääratud haigeid, kontrollib velskri- ja ämmaemandapunktide töötajate sanitaaralast ja epideemiavastast tööd, kontrollib plaani täitmist ja meditsiinilise aruandluse kindlaksmääratud vormide pidamise õigsust. Iga külastuse märgib arst ära eri vihikus, kuhu ta kõik oma korraldused ja märkused sisse kannab. Järgevatel külastustel samasse punkti kontrollib arst nende korralduste täitmist.

Väljasõite jaoskonda („jaoskonnapäevi“) kasutab arst samuti sanitaar-profülaktilise ja sanitaarharidustöö tegemiseks, mitmesuguste objektide sanitaarse seisundi uurimiseks, epideemiavastase töö kontrollimiseks, koosolekute pidamiseks sanitaaraktiiviga ja nõupidamisteks organisatsioonidega.

Maa-arstijaoskonnas tuleb rakendada töö dispensaarseid meetodeid. Maa-arstijaoskond on kohustatud võtma eri arvele tuberkuloosi- ja suguhaigeid haigestuse nakkavas staadiumis, malaaria- ja trahhoomihaigeid ning esijoones nende haigete ravi alal aktiivseid meetodeid rakendama, nii haigete kui ka nende perekonnaliikmete ja ümbritsejate perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi korraldama ja nende hulgas sanitaarharidustööd tegema.

Maa-arstijaoskonna tööplaanis peavad kajastuma üritused võitluse alal tuberkuloosi, trahhoomi, malaaria, tulareemia, brutselloosi,

sügelistega jms., mis tulenevad haigestumuse arvestuse ja analüüsi andmeist. Kohalike tingimuste iseärasused võivad anda arstile vihjaid eri arvestuse vajadusele ja järelevalve teostamisele ka muude haigestuste üle, millel vastavas rajoonis on eriline tähtsus.

Arstidel ja meditsiinilisel personaalil tuleb osutada erilist tähelepanu kutsealuste ja sõjaväekohuslike isikute, puhkusele lubatud haigete ja haavatud punaarmeealaste ja komandöride, samuti ka Isamaasõja invaliidide ravile. Nende kohta tuleb eri arvestus sisse seada, arst peab ise jälgima, et nad korrapäraselt ravilä ilmuksid, et tagada nende kõige kiiremat tervistumist.

Maa-arstijaoskonna tingimustes kuulub abiandmine kodus pakilise abi vajaduse korral (haavata saamine, sünnitused, ägedad mürgistused jm.) ja ägedate nakkushaiguste puhul meditsiinilise personaali kohustuste hulka.

Maa-arstijaoskonna töös on transpordil tohtu tähtsus. Kehtiva määrustiku kohaselt peab maa-arstijaoskondadel olema oma transport. Kui see puudub, varustavad külanõukogu ja kolhooside juhatused maa-arstijaoskonda transpordivahenditega.

### Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid.

Maal asetsevad velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid kuuluvad maa-arstijaoskonna koosseisu. Nad on ravi-profülaktilised algasutised, kes vastavalt jaoskonna üldplaanile arstijaoskonna juhataja kontrollil ravivad oma jaoskonna elanikkonda ja teevad profülaktilist sanitaartervistustööd.

Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktide võrk teenindab 1—2 külanõukogu elanikkonda. Nad ravivad ambulatoorselt, osutavad ägedate haigestuste puhul abi haigete pool kodus, annavad sünnitusabi nii kodus kui ka punktis, kui seal sünnitusvoodid on olemas, annavad välja töövõimetuslehti, õiendeid raseduse kohta, surmatunnistusi jms.

Velskripunktid varustavad haigeid ravimitega velskripunktides olevatest apteekidest.

Punkti meditsiinilised töötajad peavad pidevalt töötama oma kvalifikatsiooni tõstmise alal, sest ravi edukus ja haiguste välti-

mine olenevad haiguse varasest äratundmisest ja täpsest diagnoosist.

Eriti tähtis on nakkushaigete varane äratundmine, nende kiire hospitaliseerimine, ürituste teostamine nakkuste edasise levimise vältimise alal (kollete desinfektsioon, haigetega kokkupuutuvate isikute sanitaarkorrastus, vee ja toiduainete sanitaarne uurimine ägedate mao-sooltehaiguste puhul jne.). Kõik need üritused peavad moodustama velskripunkti töö peahuviala.

Arstlikku konsultatsiooni vajavate raskesti diagnoositavate haiguste korral suunab velsker haiged arstijaoskonda või näitab neid arstile tema velskripunkti külastusel.

Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid korraldavad epideemiavastaseid üritusi: kaitsepookeid rõugete, kõhutüüfuse, düsenteeria, difteeria, leetrite vastu, võtavad tarvitusele malaariavastaseid abinõusid jms.

Velskripunktid teostavad jooksvat sanitaarjärelevalvet koolide, lastesõimede, lasteaedade sanitaarse seisundi üle, laste meditsiinilist läbivaatust, valvavad toiduainete-kaupluste, kolhooside sööklate, meiereide, ühiselamute sanitaarse seisundi üle.

Erilist tähelepanu tuleb osutada vesivarustuse allikaile.

Suvel jälgivad velskripunktid põllulaagrite sanitaar-epideemiast seisundit, õpetavad brigadiiridele ja teistele töötajatele esmaabi ja vastastikuse abi andmist.

Velskripunktide kohustuste hulka kuulub ühiskondliku aktiivi: sanitaarvolinike, sanitaarposti liikmete, VSK ringide jms. organiseerimine ja kaasatõmbamine tööle, õppetegevuse korraldamine nendega kindlaksmääratud programmi järgi ja nende tegevuse juhtimine.

Velskripunktides peab tähtsat osa etendama sanitaarharidustöö: vestlused mitmesugustel meditsiinilistel teemadel, väikeste sanitaarhariduslike näituste korraldamine punktis, lugemistoas, klubis, sanitaarlaste plakatite, brošüüride jms. levitamine jne.

Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid on selle külanõukogu eelarvel, kelle maa-alal nad asetsevad.

Nad töötavad maa-arstijaoskonna juhataja poolt kinnitatava plaani järgi, mis moodustab osa maa-arstijaoskonna üldplaanist.

## C. Emade- ja lastekaitse maal.

Viimase kümne aasta jooksul on emade- ja lastekaitse alal maal palju korda saadetud. Emade- ja lastekaitse alal tegutsevate eriasutiste võrk on tunduvalt suurenenud: sünnitusvoodite arv maal ulatub 66 000-ni, maal töötab 2300 nõuandlat, on avatud 300 000 voodikohta alatistes sõimedes, voodikohtade arv hooajalistes lastesõimedes ulatub 4 miljonini. Maa-arstijaoskonna koosseisu kuulub ka patronaaziõe ametikoht. Nende eriliste koosseisu kuuluvate isikute ja asutiste kõrval on kogu jaoskonna meditsiiniline personaal kohustatud tegema tööd seoses emade- ja lastekaitsega. Sellele vaatamata seisab maal emade- ja lastekaitse alal veel suur töö ees.

Ülesanne ei seisne siin mitte niivõrd emade- ja lastekaitseasutiste arvu suurendamises, kui olemasolevate asutiste töö tõhususe tõstmises. Ka praegugi esineb sageli sääraseid fakte, et sünnitusvoodid kasutamist ei leia, ämmaemandad tegelevad juhusliku meditsiinilise tööga, sünnitused aga leiavad aset kodus eidekeste kaasabil, imikud põevad suvist kõhulahtisust, nõuandla aga ei tea sellest midagi.

Maal tegutsevad meditsiinilised töötajad peavad ära õppima selle elanikkonna keele, kelle hulgas nad töötavad, tutvuma tema elu-oluga, võitma kohalike elanike usalduse hea näitliku tööga ja taotlema, et nad kohalikke meditsiinilisi asutisi külastaksid.

Sünnitusabi jaoskonnas. Sünnitusabi antakse maal jaoskonnahaiglas, kolhoosi sünnitusmajas või ämmaemanda vahendusel sünnitaja pool kodus.

Sünnitusabi osas etendab teenindamise raadius suuremat osa kui ühegi teise statsionaarse meditsiinilise abistamiviisi juures, mistõttu jaoskonnahaiglas antakse sünnitusabi normaalse sünnituse puhul ainult asustatud punktides ja nende vahetus läheduses elunevatele naistele. Põhiliselt kasutatakse jaoskonnahaigla sünnitusvoodeid patoloogiliste sünnituste puhul.

Seoses kolhoosiküla heaolu ja kultuurse taseme üldise tõusuga on normaalseteks sünnitusteks hügieenilistes tingimustes viimastel aastatel laialdaselt levinud kolhooside sünnitusmajad (sünnitustared Ukraina NSV-s).

Kolhooside sünnitusmajad kujutavad endist sünnitusasutisi normaalseks sünnitusteks ämmaemanda järelevalvel. Kolhooside sünnitusmajad ehitatakse ja peetakse ülal peamiselt kolhooside arvel. Kolhoosi juhatus ja tervishoiuorganite vahel sõlmitava tüüp-lepingu kohaselt kantakse 75% kolhoosi sünnitusmaja maksumuse kuludest kolhooside ja 25% tervishoiuorganite arvele. Kolhooside juhatused võtavad endile ruumide sisseseadmise ja kohandamise kolhoosi sünnitusmajaks, nende remontimise, kütmise, valgustamise ja sünnitajate toitlustamise kohustused ja eraldavad sanitari ämmaemanda abistamiseks. Tervishoiuorganid on kohustatud ämmaemandat ülal pidama ja kolhoosi sünnitusmaja meditsiinilise instrumetaariumi ja ravimitega varustama.

Kolhoosi sünnitusmajaks võib kasutada tavalist taluhoonet peale selle vastavat kohaldamist, krohvimist ja lupjamist.

Kohustusliku miinimumina peavad kolhoosi sünnitusmajal olema järgmised ruumid: soe esik, kuhu sünnitaja jätab üleriided, vastu-võturuum, kus eraldatakse koht sanitaarkorrastuseks, ja kaks tuba — palatit: sünnituspalat ja sünnitusjärgne palat. Eraldi lastepalateid kolhoosi sünnitusmajades sisse ei seata ja lastevoodid paigutatakse sünnitusjärgsesse palatisse.

Iga kolhoosi sünnitusmaja peab olema varustatud köögi ja sooja käimlaga.

Ämmaemanda korter ja nõuandla võivad asetseda samas hoones, kuid peavad olema varustatud isoleeritud eraldi sissepääsuga.

Kolhoosi sünnitusmajad avatakse krai (oblasti) tervishoiuosa-konna loal sel juhul, kui nad vastavad kolhoosi sünnitusmajale esitatavaile nõudeile.

Kolhoosi sünnitusmaja töötab jaoskonnaarsti juhatusel ja kontrollil, kes on kohustatud seda vähemalt üks kord kuus külastama.

Kolhoosi sünnitusmajad ehitatakse tavaliselt 2—3, kõige enam 4 voodi jaoks.

Eeltähendatu kohaselt on kolhoosi sünnitusmajad määratud sünnitusaja hospitaliseerimiseks normaalse sünnituse puhul. Sellepärast on ämmaemanda süstemaatiline eeljärelevalve raseda üle eriti tähtis, et sünnitajat patoloogilise raseduse puhul õigeaegselt nõu-

andlasse, ambulatooriumi, jaoskonnahaiglasse suunata. Rasedate hästikorraldatud patronaaz võimaldab kõiki patoloogilise raseduse juhtumeid õigeaegselt ära tunda ja sääraseid rasedaid jaoskonnahaiglas hospitaliseerida, kus nad arsti vahetul järelevalvel viibivad.

Kolhoosi sünnitusmaja töö kõige tähtsamaks momendiks on sanitaarsete eeskirjade range täitmine nakkuste, eriti kõige ohtlikuma — sünnitusjärgse sepsise, vältimiseks. Sellepärast ei paigutata sünnitajaid kõrgendatud temperatuuri ja nakkushaiguse tundemärkide puhul kolhoosi sünnitusmajja, vaid saadetakse lähemasse haiglasse või antakse neile sünnitusabi kodus.

Absoluutselt vajalik on iga saabuva sünnitaja hoolikas sanitaarkoristus, milleks igas sünnitusmajas peab leiduma küllaldaselt kuuma vett ja kas või kõige primitiivsem dušš.

Nakkushaiguse või sünnitusjärgse palavikulise haigestuse ilmnemisel kolhoosi sünnitusmajas tuleb haigestunu võimalust mööda teistest sünnitajaist isoleerida ja haiglasse saata. Pärast teiste sünnitanute väljakirjutamist tuleb sünnitusmaja hoolikalt desinfitseerida.

Neis asulais, kus kolhoosi sünnitusmaja on olemas, kuid sünnitajat mingil põhjusel sinna paigutada ei saadud, annab kolhoosi sünnitusmaja ämmaemand temale kodus abi.

Asulais, kus kolhoosi sünnitusmaja ei ole, annab ämmaemandapunkti ämmaemand sünnitusabi kodus.

Ämmaemandapunktid organiseeritakse 2500—3000 elaniku teenindamiseks või 100—150 sünnituse vastuvõtmiseks aastas.

Ämmaemandapunkt on rajooni tervishoiuosakonna eelarvel; meditsiinilise töö osas allub ta jaoskonnale, mille maa-alal ta asetseb.

Ämmaemand töötab maal iseseisvalt, ta ei saa kaugeltki alati ega iga juhtumi puhul abi ja nõu saamiseks arsti poole pöörduda. Sellepärast peab tema pidevalt ja põhjalikult oma teadmisi täiendama, et osata õigeaegselt abi anda, millest sageli oleneb sünnitaja elu. Ämmaemand peab täiuslikult valitsema nende operatsioonide tehnikat, mis temale NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi juhendiga on usaldatud: lootepõie rebestamine, käsitsi abistamine



vaagnaotsseisu puhul, lahkliha sisselõike-episotoomia ja rebendi õmblemine, platsenta eemaldamine käega, ämmaemanda kompetentsi kuuluv pööre.

Ämmaemand peab sünnitajalt hoolikalt anamneesi koguma, selgitama, kas ei esine kaasuvaid haigestusi, sest on teada juhtumeid, kus näiteks sünnitaja sõrmel tähele panemata jäänud panariitsium kutsus esile sünnitusjärgse sepsise.

Ämmaemand peab aseptika reegleid eriti hoolikalt täitma. Tal peab alati käepärast olema steriilne materjal ja instrumendid erakordsete lõikuste tegemiseks.

Ämmaemandapunkti kohustuste hulka kuulub sünnitusabi andmine kodus, rasedate ja imikute patronaaž ning sanitaarharidustöö emade- ja lastekaitse alal.

Rasedate ja imikute patronaaž on üheks tähtsaimaks tingimuseks võitluse teostamisel emade ja laste suremuse ja haigestumuse vähendamise eesmärgil.

Neis maa-arstijaoskondades, kus ei ole iseseisvaid naiste- ja lastenõuandlaid ega patronaažiõdesid, teeb jaoskonna meditsiiniline personaal vahetult tööd rasedate ja imikute patronaaži alal. Meditsiiniline jaoskond peab võimalikult kõik rasedad arvele võtma. See ülesanne on täiel määral teostatav neis asulais, kus töötavad arstiambulatorium, velskripunkt, kolhoosi sünnitusmaja ja ämmaemandapunktid. Arsti- ja velskripunktid määravad kindlaks teatud päevad ja kellaajad rasedate ja emade ning imikute vastuvõtuks. Kolhoosi sünnitusmajade ja ämmaemandapunktide ämmaemandad võtavad oma jaoskonnas kõik rasedad arvele.

Raseda läbivaatusel vestleb ämmaemand temaga raseduse ja sünnituse hügieenist, tutvustab imiku eest hoolitsemise hügieeniliste eeskirjadega. Kui läbivaatusel selgub raseduse tüsistuste või patoloogilise sünnituse võimalus, saadab ämmaemand raseda jaoskonnaarsti poole nõuandlasse.

Rasedate patroneerimisel on maal oma iseärasused. Siin tuleb sageli teha naiste seas ulatuslikku selgitustööd nõuandlate tähtsuse ja meditsiinilise järelevalve vajaduse üle, võita eelarvamusi, aktiivselt kutsuda naisi sünnitusele kolhoosi sünnitusmajades jne.

Niisama tähtis tööpõld avaneb maa-arstijaoskonnal imikute patroneerimise alal. Teatavasti püsib laste suremus maal ikka veel kurnis kõrgel tasemel, kusjuures mao-sooltehaigused esinevad nende suremuse peapõhjuseks. Võitlus laste suvise kõhulahtisuse vastu on üheks maa-arstijaoskonna peaülesandeks. Kodus sünnitusabi andnud ämmaemand peab sünnitanut vähemalt 2 korda külastama: 3. ja 8. päeval pärast sünnitust. Nende külastuste kestel jälgib ämmaemand lapse tervislikku seisundit, õpetab emale hoolitsust lapse eest, rinnaga toitmise hügieeni ja kontrollib hügieenilisi tingimusi, milles laps viibib. Maa-arstijaoskonnas on arsti abistamiseks selle töö alal 1941. a. saadik patronaaziõe ametikoht sisse seatud.

Maa-arstijaoskond ja selle koosseisu kuuluvad asutised peavad olema teadlikud kõigist vastsündinuist ja nad arvele võtma, esijoones punktiga varustatud asulas, ja aktiivselt taotlema meditsiiniliste punktide külastamist emade poolt.

Emade- ja lastekaitse alal on sanitaarharidustööl maal erandlikult suur tähtsus. Maal tuleb veel võita sajandeid kestnud eelarvamusi, võidelda hügieeniliste harjumuste juurutamise eest raseda naise, ema ja lapse elukonda, tõsta üld- ja sanitaar-kultuuri taset ja propageerida laste ratsionaalset toitlustust ja kasvatust.

Siin tuleb rakendada kõiki sanitaarharidustöö meetodeid: vestlusi elanikkonnaga, näituste korraldamist, populaarkirjanduse, sanitaar-hügieeniliste ja lapse eest hoolitsuse tarvete levitamist ja elanikkonna isetegevuse organiseerimist. Samuti tuleb teha sanitaarharidustööd õpilaste seas, kes sageli peavad hoidma oma nooremaid vendi ja õdesid.

Lastesõimele kinnistatud meditsiinilised töötajad peavad neid süstemaatiliselt külastama, lastesõimele sanitaarse seisundi ja laste tervise üle valvama.

Laste toitlustuse organiseerimine on väga tähtsaks momendiks lastesõimele töös. Meditsiinilised töötajad peavad koos lastesõimele personaaliga taotlema tervete lehmade ja kitsede kinnistamist lastesõimele ja nende korrapäraselt varustamist muude toiduainetega.

Imetavad emad ühendatakse eraldi brigaadidesse, kes kolhoosi lähedal töötavad, et tagada laste õigeaegset rinnaga toitmist, mis on kõige tähtsamaks tingimuseks laste suvise kõhulahtisuse vältimisel. Lastesõimele tuleb eraldada krunt keeduviljaaia jaoks. Meditsiinilised töötajad peavad õpetama lastesõime personaalile toiduvalmistamist lastele, algatusvõime osutamist mitmesuguste vajalike toiduainete näit. kartulijahu, kuivikute, samuti ka tangude valmistamiseks pihustatud nisust jms.

Lasteasutiste arv kolhoosides on sõja kestel tunduvalt tõusnud. Paljud hooajalised lastesõimed on alatisteks muutunud, kolhoosides on orbudele organiseeritud rida lastekodusid.

Mõnes oblastis (Vologda, Tšita) on nõrkadele ja haigetele lastele kolhooside arvel kolhoosidevahelised laste sanatooriumid ellu kutsutud.

Meditsiinilised töötajad peavad kõiki neid algatusi arvesse võtma, neid aktiivselt toetama ja maal tehtava üldise tervistustöö olulisemate elementidena oma tööplani lülitama.

Maa-arstijaoskonna töötajail, esijoones ämmaemandail, tuleb esineda ettekannetega emade- ja lastekaitse sotsiaal-õiguslike küsimuste kohta ja selgitada elanikkonnale emade- ja lastekaitse alal kehtivat nõukogude seadusandlust. Tõendite väljaandmisel naiskolhoosnikuile ja kindlustatuile sünnituseelse ja -järgse loase saamiseks tuleb jälgida, et kohalikud organisatsioonid põllumajandusliku artelli põhikirja vastavaid punkte ja valitsuse dekreete õigesti täidaksid.

Emade õiguste rikkumise juhtumeid tuleb arutada ühiskondlikes organisatsioonides.

Käesoleval ajal on eriline tähtsus võitlusel seadusvastaste abortide vastu. Jaoskonna meditsiiniline personaal peab pidama aktiivset võitlust seadusvastaste abortide vastu ja avastama eiteid, ebaarste ja muid isikuid, kes aborti teevad, informeerima kohtu-uurimisorganeid kõigist seadusvastaste abortide juhtumest ja tegema elanikkonna hulgas selgitustööd abortide kahjulikkuse kohta.

Maa-arstijaoskond ja kõik selle koosseisu kuuluvad meditsiinilised asutised võtavad aktiivselt osa hooajaliste lastesõimede organiseerimis- ja juhtimistööst.

Sõja tingimustes, kui kolhooside väljadel tuleb kasutada iga tööjõulise naise tööd, on hooajaliste lastesõimede avamisel ja nende häireteta töö eriline tähtsus.

Meditsiinilised töötajad abistavad kolhoosi vastava hoone valikul lastesõimele, mis oleks varustatud aiaga ja väljakuga värskes õhus magamiseks ja harjutusteks, mis asetseks kaugemal karjadedest, soostunud tiikidest jms.

Kolhoos muretseb lastesõimele varustise. Kui ei osutu võimalikuks osta valmis varustist, tuleb vajalikud esemed (pesu, lauanõud) kolhoosnikuilt kokku korjata. Mööbli võivad kolhoosnikud koha peal omal jõul valmistada.

Lastesõime töötajate valimine ja ettevalmistus on väga oluline küsimus. Lastesõime juhatajaiks ja töötajateks tuleb valida kirjaoskajaid, kultuurseid töötajaid. Väga soovitavaks tuleb pidada õpetajate ja vanemate klasside õpilaste valimist tööle lastesõimedes, kinnitades neid rajooni täitevkomiteede kaudu, ja võrdsustada nende tööd osavõtuga põllumajanduslikust hoogtööst.

Jaoskonna meditsiinilised töötajad arvestavad lastesõime paigutamisele kuuluvate laste kontingente ja vaatavad lapsed läbi, et vältida nakkushaigusi põdevate laste vastuvõtmist lastesõime, teevad kaitsepookeid rõugete, difteeria ja düsenteeria vastu.

Sanitaaralane ja epideemiavastane töö jaoskonnas. Sõja ja kõige lähemal sõjajärgsel perioodil on maa-arstijaoskondade sanitaar-profülaktilisel ja epideemiavastasel töö eriline tähtsus. Tähnilise ja kõhutüüfuse, düsenteeria ja muude nakkushaiguste levimise vältimine jaoskonnas on jaoskonna meditsiinilise personali esmajärguline ülesanne.

Sanitaar-profülaktiliste abinõude plaani koostamisel tuleb lähendada jaoskonna sanitaarsest seisundist (vesivarustuse olukord, sanad ja nende töö, sovhooside, ühiselamute, sööklate, toiduainetekaupluste sanitaarne seisund, asustatud punktide, koolide, lastesõi-

mede jm. maa-ala sanitaarne seisund) ja andmetest elanikkonna haigestumuse ja suremuse kohta.

Epideemiavastaste ürituste plaani koostamisel on kõigi epideemiliste haigestuste arvestusel ja analüüsil eriline tähtsus.

Sanitaar-profülaktiline töö toimub kõigi jaoskonna meditsiiniliste asutiste osavõtul.

Põllumajanduse kollektiviseerimine, kolhoosiküla suurenenud jõukus on loonud eriti soodsad tingimused laiaulatuslike sanitaartervistusabinõude tarvituselevõtmiseks maal.

Revolutsioonieelne semstvoarst oli jõuetu midagi korda saatma küla tervistamiseks ka veel sellepärast, et ta oma jõupingutustes üksi oli ja et tal oli tegemist puruvaese ja harimatu talurahvaga, kel polnud võimalust tegelda hügieenilise olukorra loomisega. Praegusel ajal töötab jaoskonnaarst aga hoopis teistsugustes tingimustes. Kolhoosiküla sammub kulturse ja jõuka elu poole. Elanikkonna kirjaoskus ja nõukogude küla kultuursus kasvavad kiirelt. Arst, velsker, ämmaemand moodustavad maal selle intelligentsi, kes peab olema juhiks uue hügieenilise elukonna loomisel maal. Selle ülesande täitmisel osutavad maal tegutsevad ühiskondlikud organisatsioonid ja kolhoosnikud ise täielikku sümpaatiat ja toetust.

Maa-arstijaoskonna töö edeneb palju paremini, kui ta toimub tihedas seoses kõigi nõukogude, partei-, majanduslike ja ühiskondlike organisatsioonidega (külanõukogud, partei- ja kommunistlike noorte organisatsioonid, kolhooside juhatused jm.). Nende osavõtul peab meditsiiniline jaoskond koostama sanitaarse ürituste plaani, kuhu peavad kuuluma kaevude puhastus ja remontimine, saunade ja täitaplate ehitamine ja remont, kontroll nende häireteta töö üle, lastesõimede, juuksuriäri sisseseadmine, majade remont, asulate haljasalade loomine, põllulaagrite sisseseadmine jms.

Jaoskonna meditsiiniliste töötajate sanitaartöö plaani kuulub jooksev sanitaarne järelevalve sovhooside ja metsatööde ettevõtete ühiselamute, sööklate, koolide, lasteinternaatide, lastesõimede ja muude lasteasutiste sanitaarse seisundi ja korrashoiu üle, samuti ka laste puhtuse ja korraliku hoolitsuse üle.

Järelevalve teostamiseks tähendatud objektide sanitaarse seisundi üle kasutatakse meditsiiniliste töötajate plaanipäraseid väljasõite jaoskonda kindlaksmääratud päevadel. Igale objektile kinnistatakse töötaja. Oma ettepanekud jaoskonna sanitaarse seisundi parendamise kohta esitavad meditsiinilised töötajad kirjalikult soovhooside, traktorijaamade ja külanõukogude administratsioonile. Nende korralduste mittetäitmise kohta koostatakse akt, mis saadetakse rajooni riiklikule sanitaarinspektorile ja rajooni tervishoiuosakonnale.

Jaoskonna sanitaartöö plaan kuulub kinnitamisele rajooni riikliku sanitaarinspektori poolt ja moodustab rajooni üldise sanitaarplaani osa. Sanitaartöö toimub paljudes jaoskondades sanitaarvelskri kaasabil.

Üldiste sanitaaralaste ürituste hulgas on epideemiavastased abinõud erilise tähtsusega.

Võitlus epideemiaste vastu, ägedate nakkushaiguste vältimine ja likvideerimine on arstijaoskonna kõige tähtsamaks ja esmajärguliseks ülesandeks.

Kõigi nakkushaiguste õigeaegne avastamine, täielik ja täpne arvestus ning registreerimine peavad moodustama selle töö aluse.

Ägeda nakkushaiguse puhkemisel saadab haiguse avastanud arst või velsker selle kohta viivitamata kiirteatise rajooni tervishoiuosakonnale, hospitaliseerib haige, teostab haiguskolde ja haigega kokkupuutunud isikute epidemioloogilise uurimise ja korrastuse, seab sisse süstemaatilise järelevalve nende üle ja karanteeni haige perekonnas.

Jaoskonna epideemiavastaste ürituste plaani kuuluvad kaitsepooked mitmesuguste nakkuste vastu, nakkushaiguste varase diagnostika tagamine ühes lihtsamate seroloogiliste reaktsioonide (Widal'i, Weil-Felix'i) rakendamisega, võimalus haige kiireks ja varaseks hospitaliseerimiseks (transport, voodite ettevalmistus), haigete hoolikas sanitaarne töötlemine nende vastuvõtmisel haiglasse ja väljakirjutamisel, haigete ja transpordivahendite hoolikas desinfektsioon, järelevalve batsillikandjate üle ja lõppeks sanitaarharidustöö.

Kõik need üritused peavad olema plaanikindlad ja süstemaatili-

sed, neid tuleb teostada igapäevase töö korras, aga mitte juhuslikult ühe või teise haigestuse ilmnemisel, nagu see vahel juhtub.

Epideemiakolde töötlemiseks peavad maa-arstijaoskonnal vajalik lihtsaim desinfektsiooniaparatuur ja desinfitseerimisvahendid käepärast olema. Desinfektsiooni teostab desinfektor. Suuremate epideemiapuhangute tekkimisel kutsub jaoskonnaarst rajooni riikliku sanitaarinspektori või epidemioloogi välja ja kasutab rajooni sanitaarjaama abi, kusjuures ta ei lakka organiseerimast vajalikke üritusi, mis teostatakse jaoskonna oma jõududega.

Maa-arstijaoskond teostab tervistusüritusi laste ja noorukite hulgas.

Meditsiiniline jaoskond korraldab (vähemalt kaks korda aastas) õpilaste meditsiinilist läbivaatust ja vajalikke kaitsepookeid, teostab süstemaatilist sanitaarjärelevalvet koolide, ühiselamute, vabrikukoolide ruumide ja õpilaste üle ja taotleb pedagoogilise personaali osavõttu sanitaar-hügieenilisest tööst.

### **Põllumajanduslike hoogtööde teenindamine.**

Maa-arstijaoskonna töös tuleb arvestada põllumajanduse iseärasust, mitmesuguste põllutööde hooajalist iseloomu. Uhes majandusorganisatsioonidega peab ka meditsiiniline jaoskond külvi- ja lõikushoogtöödeks ettevalmistusi tegema.

Jaoskonna tööplaanis tuleb ette näha kultuurse põllulaagri korraldamine (paigas, mis ei ole soostunud ega saastunud), ratsionaalse toitlustuse korraldus, hea joogivee tagamine, duššide ja välikäimlate sisseseadmine, personaali ettevalmistus hooajalistele suvistele lastesõimede ja abi nende korraldamisel, põllulaagrite ja üksikute brigaadide varustamine apteekidega, Punase Risti organisatsiooni ringide ja sanitaarpostide liikmete ettevalmistus esmaabi andmiseks vigastuste puhul jms.

Viimasel ajal hakatakse maa-arstijaoskonna tingimustes rakendada dr. Solomonovi poolt esitatud töömeetodeid (lk. 18). Valmistudes ette suvisteks põllutöödeks õpetab meditsiiniline jaoskond brigadiiridele, traktoristidele, lülivanemaile omaabi ja vastastikuse abi andmist ja varustab neid väliapteekide ja esmaabi pakikestega.

## Elanikkonna isetegevuse organiseerimine.

On endastmõistetav, et maa-arstijaoskond on suuteline tegema seda mitmekülgset tööd ainult laialdase ühiskondliku aktiivi kaasabil. Maal on loodud erilised vormid elanikkonna kaasatõmbamiseks sanitaar-tervistustööle nn. sanitaarvolinike või ühiskondlike sanitaarinspektorite organiseerimise näol.

Ühiskondlikud sanitaarinspektorid valitakse kolhoosnikute hulgast kolhooside üldkoosolekul, arvestades umbes 1 sanitaarinspektor 20 majandi kohta. Oleks parem, kui igal kolhoosil oleks oma sanitaarinspektor. Naiskolhoosnikud saavad selle tööga hästi toime.

Sanitaarinspektorid on arsti, velskri ja ämmaemanda esimesed abilised nende sanitaartöö alal.

Ühiskondlikud sanitaarinspektorid on arstijaoskonna esindajateks maa-arstijaoskonna kõige kaugemates asustatud punktides, kus alatised meditsiinilised töötajad puuduvad.

Nad teostavad järelevalvet kolhoosi sanitaarse seisundi üle ja algatavad sanitaarürituste läbiviimist (õuede, tarede puhastus, haljasalade loomine, kaevude ja saunade õige korraldus jm.).

Epideemia puhul peavad ühiskondlikud sanitaarinspektorid iga päev teostama järelevaatusi majast majja, välja selgitama palavikuhaigeid ja teatama kõigist nakkuskahtlastest haigestustest lähemalasetsevatele meditsiinilisele punktile. Tuleb taotella, et iga kolhoos ühiskondliku sanitaarinspektori esimesel nõudmisel haiged küüdikorras haiglasse toimetaks või meditsiinilise personaali haige juurde sõidutaks. Ühiskondlik sanitaarinspektor teostab järelevalvet karanteeni läbiviimise üle, õpetab elanikkonnale putukatõrjet ja lihtsamate desinfektsiooni- ja desinsektsioonivahendite kasutamist. Ta abistab arsti sanitaarharidustöös ja värbab elanikke sanitaar-kaitseringidesse jms. Sanitaarinspektoritele korraldatakse (tavaliselt talvel, põllutöödest kõige vabamal ajal) arstijaoskonna juures kümnepäevased kursused vajalike teadmiste omandamiseks sanitaaralal.

Sanitaarinspektoril peab olema tööplaan, mis koostatakse velskri ja ämmaemanda kaasabil, kelle kohustuste hulka kuulub selle töö kontrollimine ja juhtimine. Sanitaarinspektorid annavad kolhoosnikute üldkoosolekuil perioodiliselt aru oma tööst.



## IX peatükk.

# SANITAARHARIDUS.

### I. Sanitaarahariduse ülesanded ja sisu.

Sanitaaraharidus on üheks nõukogude tervishoiu peameetodiks, mis aitab elanikkonna suuri hulki kaasa tõmmata aktiivsele võitlusele töö- ja elukondlike tingimuste tervistamise eest, haigestumuse ja tootmistraumatismi ning üldise ja laste suremuse vähendamise eest. Sanitaaraharidus varustab töötajaid teadmistega, mis on vajalikud aktiivseks osavõtuks nõukogude tervishoiutööst. Sanitaaraharidusel on eriti suur tähtsus vaenlasest vabastatud rajoonides, kus palju tervishoiualaseid küsimusi võib lahendada eelkõige elanikkonna jõul ja abil (asustatud paikade sanitaarne puhastus, nende heakord, lastesõimede, saunade taastamine jm.). Sanitaaraharidus kuulub iga arsti, velskri, ämmaemanda, õe kohustuste hulka. Muude tööharude kõrval vastutavad meditsiiniliste asutiste juhatajad sanitaaraharidustöö korraldamise eest.

Elanikkonna sanitaarne kultuur moodustab osa üldkultuurist ja on rahva eluviisiga tihedalt seotud.

Sotsialismi võidu tulemusena on NSV Liidu elanikkonna kultuurilis-elukondlikud elamistingimused järsult muutunud. On likvideeritud kirjaoskamatus ja läbi viidud üldine kohuslik eelharidus. On loodud klubide, kinode, lugemistubade ja muude kultuuriliste asutiste laialdane võrk. Ajalehtede, ajakirjade, raamatute tiraažid on ennenägematult kasvanud. Raadio kuulub elanikkonna elukondlike tarvete hulka. Uhes töötajate hulgalise kaasatõmbamisega sotsialismi ülesehituse tööle soodustas see kõik kultuuri kiiret arengemist NSV Liidus. Elanikkonna sanitaarne kultuur on aga veel kau-

gel sellest tasemest, millele riik seda tõsta püüab. V. I. Lenin ütles: „Kultuuri ülesannet ei saa nii kiiresti lahendada kui poliitilisi ja sõjalisi ülesandeid. Siin osutub vajalikuks pikem tähtaeg, millega tuleb kohandada oma tööd, väljendades kõige suuremat püsivust, visadust ja süstemaatilisust“.

Meditsiinilised töötajad ei ole ainukesed, kes võitlevad elanikkonna sanitaarse kultuuri eest. Võitlus sanitaarse kultuuri ja puhutuse eest ei ole ainuüksi sanitaarne, vaid ka poliitiline, rahvamajanduslik, tehniline ja riigikaitse ülesanne. Seepärast peavad ka ametiühingud, Kommunistlik Noorsooühing ja ettevõtete majandusjuhid partei juhtival osavõtul võitlust sanitaarse kultuuri eest NSV Liidus. Sanitaarharidustöös osutuvad õpetajad, poliitilise hariduse alal töötajad (klubide ja raamatukogutöötajad, lugemistoa korraldajad), agitaatorid ja propagandistid meditsiiniliste töötajate lähimateks abilisteks. Vaadates sanitaarharidusele kui üldise massikeskise poliitilis-kasvatusliku ja vabaharidutöö osale, rõhutavad arstid ja keskmeditsiiniline personaal tervishoiuküsimuste poliitilist tähtsust ja osa, mis nad maa kaitsel, tööstuse rekonstrueerimisel jm. etendavad.

Vanad elukondlikud igandid, harimatus tervishoiuküsimuste alal ja antisanitaarsed harjumused püsivad meil edasi ja raskendavad võitlust elanikkonna tervise eest, vähendades sanitaaralaste ja epi-deemiavastaste ürituste tõhusust.

Meditsiiniline töötaja peab tundma huvi järgmiste näitajate vastu tema poolt teenindatava elanikkonna sanitaarkultuuri alal.

1. Haige suhtumine oma tervisesse. Mida varem haige taotleb meditsiinilist abi, mida vähem tema haigus on hooletusse jäetud ja tuisistunud, seda rohkem on šansse tema terveks ravimiseks lühikese aja kestel. Mõned haigused on varajastes staadiumides kergesti ravitavad ja hilistes staadiumides raskesti või üldse mitte ravitavad (tuberkuloos, vähktõbi). On olemas tõhusaid meetodeid gonorröa ja süüfilise raviks, mida saab rakendada ainult haigete kohese pöördumise korral meditsiinilise abi saamiseks haigestumisel. Difteeria puhul väheneb seerumravi tõhusus järsult selle hilisel rakendamisel.

Haige peab end korrapäraselt ravima, ravi lõpule viima ja täpselt kõiki arsti korraldusi täitma, eriti režiimi suhtes vastava haigestuse puhul. Korrapäratu ravi puhul on võimalikud tüsistused ja retsidiivid ning ravi pikalevenimine.

2. Ümbritsejate suhtumine haigesse. Ümbritsejate delikaatne ja teadlik suhtumine haigesse (perekonnas, tööl) on tähtsaks tingimuseks ravi edukusele. Eriti tähtis on lastevanemate õige suhtumine haigestunud lapsesse.

3. Haige suhtumine meditsiinilistesse töötajatesse peab haige ravimise protsessile maksimaalselt kaasa aitama. Vastastikuse arusaamise ja usalduse loomisel meditsiiniliste töötajate ja haigete vahel etendab viimaste kultuursus erilist osa.

4. Haige suhtumine ümbritsejaisse. Mõned ägedasse nakkushaigusesse (näiteks grippi) haigestunud ja kroonilisi nakkushaigusi (tuberkuloosi, suguhaigusi, trahhoomi jm.) põdevad haiged elavad ja töötavad edasi harilikes tingimustes tervete inimeste hulgas. Need haiged, samuti ka batsillikandjad (kõhutüüfus, düsenteeria, difteeria) peavad käituma nii, et nad ei muutuks ohtlikuks ümbritsejaile. Varane pöördumine meditsiinilise abi saamiseks ja energiline ravi osutuvad tähtsateks profülaktilisteks abinõudeks haigeid ümbritsevate isikute suhtes. Hügieeniliste harjumuste puudumine haigel (söömine ühistest nõudest, ühise käteräti kasutamine, ühine ase jms.) võib soodustada trahhoomi, sügeliste, elukondliku süüfilise, laste gonorröa, tuberkuloosi levimist.

5. Tervete suhtumine oma tervisesse. Tervise säilitamisele avaldavad nakkust vältivad hügieenilised harjumused (käte pesemine enne söömist jms.) ja tervist karastavad harjumused (hügieeniline võimlemine) soodustavat mõju.

Ettevaatlikkus tootmisel ja kõigi ohutustehnika eeskirjade täitmine vähendavad õnnetusjuhtumite arvu. Tootmistöö kultuuri kõrgele tasemele tõstnud stahhaanovlik liikumine demonstreeris hiilgavalt „isikliku teguri“ tähtsust tööstustraumatismi vähendamisel. Stahhaanovlaste hulgas on vigastusjuhtumite arv alati väiksem kui mittestahhaanovlaste hulgas. Samasugust osa etendab sanitaarkultuur ka põllumajandusliku traumatismi vähendamisel.

6. Tervete suhtumine ümbritsejaisse. Üksiku terve inimese hügieenilised harjumused ja käitumine võivad avaldada mõju kollektiivi tervisele, keda vastav isik teenindab. Selles suhtes tuleb osutada erilist tähelepanu toiduainetetööstuse töötajate, lüpsjate, piimapunktide töötajate, toiduainetekaupluste müüjate, juuksurite jms. hügieenilistele harjumustele.

Ühiselamuis elunevad isikud peavad teadlikult täitma „Sisekorra eeskirjade“ tervishoiulist osa. „Mitte kahjustada ümbritsejate tervist“ — see nõue peab olema seaduseks igale NSV Liidu kodanikule.

7. Elanikkonna suhtumine tervishoiuasutistesse ja sanitaaralastesse üritustesse. Kuigi arsti ja arstiteaduse autoriteet ei seisa kusagil maailmas nii kõrgel kui NSV Liidus, võib siiski veel praegugi nõukogude maal kohati kuulda ebaõiget hinnangut arsti osatähtsuse, uute nõukogude meditsiiniliste asutiste iseloomu ja üksikute, massikeskiste sanitaaralaste ja epideemiavastaste ürituste kohta.

Säärased üritused kui kaitsepooked ja desinfektsioon olid vanasti väga ebapopulaarsed. Osaliselt on elanikkonna hulgas ka veel praegugi säilinud endise usaldamatuse igandeid nende ürituste vastu. Nende igandite vastu tuleb võidelda ja masside hulgas vastavat selgitustööd teha.

Üheks näitajaks elanikkonna suhtumise kohta nõukogude tervishoiutöösse on tema aktiivse osavõtu määr rahvatervishoiu organisatsiooniliste küsimuste lahendamisel.

Lastesõimede, lasteaedade, koolide, dispensariumide, haiglate, riikliku sanitaarinspeksiooni juures luuakse aktiiv nende asutiste töö parendamiseks. Tervishoiu organisatsioonis on ühiskondlike sanitaarinspektorite töö eriline tähtsus. Viimased valitakse tööliste ja kolhoosnikute üldkoosolekuil ja kinnistatakse teatavaile objektidele, kus nad arsti või velskri juhtimisel töötavad. Punase Risti ja Punase Poolkuu vabatahtlikud seltsid osutavad tervishoiuorganitele suurt abi nii elanikkonna ettevalmistusel NSV Liidus sanitaarkaitseks kui ka võitluses sanitaarkultuuri eest. Need seltsid organiseerivad ettevõtteis, ühiselamuis ja majades, kolhoosides ja sov-

hoosides sanitaarposte, kes töötavad tihedas kontaktis kohalike meditsiiniliste töötajatega.

Ulaltoodust selguvad nii sanitaarharidustöö ülesanded kui ka sisu. Sanitaarharidustöö ülesannete hulka kuulub: 1) elanikkonna sanitaarse teadlikkuse tõstmine, s. o. põhiteadmiste andmine elanikkonnale arstiteaduse, hügieeni ja tervishoiu alal; 2) hügieeniliste harjumuste juurutamine elanikkonnale ja antisanitaarsete harjumuste likvideerimine; 3) elanikkonna õhutamise aktiivsele osavõtule oma tervise kaitsest. Sanitaaralane agitatsioon ja propaganda peavad olema tihedalt seoses tegelikkusega, töötajate mobiliseerimisega konkreetsete sanitaarsete ürituste teostamisele.

Sanitaarkaitse küsimuste propageerimisele peab kuuluma tähtis koht sanitaarharidustöö plaanis, nimelt elanikkonna ettevalmistus esmaabi, omaabi ja vastastikuse abi andmiseks, haavatute transportimiseks, esmaabi andmiseks vigastuste puhul ründemürkainetega ja keemiliste ainetega rünnaku tingimustes. Maa sanitaarse heaolu tagamine nõuab sanitaarharidustöö tugevdamist nii sanitaaralaste ja epideemiavastaste küsimuste kui ka haigestumuse ja tööstus-traumatismi vähendamise küsimuste alal. Punase Risti ja Punase Poolkuu seltsid organiseerivad VSK („Valmis Sanitaarkaitseks“) ja OVSK („Ole Valmis Sanitaarkaitseks“) ringe nooremaile õpilastele, kus õpingud toimuvad erilise programmi järgi. Õpingutest võtavad kõik meditsiinilised töötajad osa. Suur tähtsus on eelkutseealiste ja kutseealiste kodanike õpinguil samade küsimuste alal.

## II. Sanitaarharidustöö meetodid ja vormid.

On olemas palju agitatsiooni ja propaganda meetodeid ja viise. Neid võib peaaegu kõiki sanitaarhariduse alal rakendada. Sanitaarharidustöö meetodite ja viiside tundmine on kohuslik igale meditsiinilisele töötajale.

Igal sanitaarharidustöö meetodil ja viisil on oma iseärasused ja nad erinevad sageli üksteisest. Ühtede viiside ja meetoditega mõjustame peamiselt inimese mõtlemist (loogiliselt) ja teistega tema tundeid (emotsionaalselt). Ühed inimesed on kergemini vastuvõtlikud

loogilisele veenmisele, teised jällegi veenmisele emotsionaalse mõjutamise kaudu.

Ühtede meetoditega mõjutame inimest tema nägemiselundite, teistega — kuulmiselundite kaudu, kolmandatega lülitame tajumisprotsessi inimese mootorika (näiteks praktilistel harjutustel esmabi andmisel).

Neil juhtumel osutuvad tajumus ja efektiivsus väga erinevaks. Teatavasti domineerib ühtedel nn. kuulumistüüpi mälu, teistel — nägemistüüpi, kolmandatel — mootorne või kõigi tüüpide mitmesugused kombinatsioonid.

Edasi tuleb silmas pidada, et sanitaarhariduse ja sanitaarkasvatuse alal võivad elanikkonda mõjutada mitte ainult meditsiinilised töötajad, vaid ka kollektiivi liikmed omavahel. Need mõjutamised on väga omapärased ja ulatuslikud. Seltsimehe märkus on vahel tõhusam kui arsti loengud; naabri isiklik eeskuju mõjub sageli enam kui loosung või plakat. Seltsimehelike kohtute kasvatav mõju on samuti suur. Eriti tõhusaks osutub üksikute ja tervete kollektiivide vastastikune mõjutamine sotsialistliku võistluse korras.

Sanitaarharidustöö põhimeetodid on järgmised:

1. Elava sõna meetod (loeng, ettekanne, vestlus, esinemine koosolekul, küsimuste ja vastuste õhtu jm.).
2. Trükiteose meetod (raamat, brošüür, lendleht, ajakiri, ajaleht, küsimuskast ja vastuste tahvel).
3. Näitlik meetod (plakat, ülesvõte, diagramm, skeem, mudel, mullaž, makett, naturaalpreparaadid jm.).
4. Kino (kunsti-, populaarteaduslik, õpetlik film, kinokroonika, kinoplakat).
5. Raadio (loeng, kuuldemäng jm.).
6. Lavastused (näidend, nukuteater, estraadiettekanDED).
7. Ekskursioonid.

Sanitaarharidustöö meetodite ja viiside küllaldane mitmekesisus ei lahenda veel selle tõhususe küsimust. Viimane oleneb konkreetsetest tingimustest, milles sanitaarharidustööd tehakse. Tuleb arvesse võtta kuulajaskonna ja teema ning selle objekti iseärasusi, kus sanitaarharidustööd tehakse. Tuleb arvestada üksikute

elanikkonna rühmade (lapsed-täiskasvanud, terved-haiged, töölised-kolhoosnikud jms.) tajumise iseärasusi, nende tööalaseid ja elukondlikke huvisid, kultuurset taset, rahvuslikke omapärasusi jne.

Erilist takti ja ettevaatust nõuab sanitaarharidustöö haigete seas.

Vaatleme lähemalt üksikuid sanitaarharidustöö meetodeid ja viise.

Elav sõna on sanitaarharidustöö põhilisemaid ja tõhusamaid meetodeid. Elav sõna on kõige enam levinud ja kõige kättesaadavam meetod, mis võimaldab konkretiseerida materjali kohalike iseärasuste ja käesoleva momendi kohaselt.

Elava sõna meetodi levimise hinnangul sanitaarharidustöö alal tuleb silmas pidada, et siia ei kuulu mitte ainult kavasse võetavad loengud ja vestlused, vaid ka nõuanded haigete vastuvõtu puhul ambulatooriumis, külastusel haige kodus, visiidil haiglas, nõuanded emadele laste vastuvõtmisel lastesõime, vestlused elanikkonnaga sanitaaralaste ja epidemioloogiliste uurimiste puhul jne.

Esitus loengu näol on kohane suurtes auditooriumides küsimuste käsitlemisel, millega kuulajad on vähesel määral tuttavad, kui lektori aeg on piiratud ja ta palju materjali peab esitama, samuti ka siis, kui küsimuse keerulisus nõuab erilist loogilisust ja esituse süstemaatilisust.

Keskmeditsiinilist personaali värvatakse kõige sagedamini vestluste korraldamisele elanikkonnas. See käsitlusviis võimaldab auditooriumi aktiveerida, teda käsitledava küsimuse arutlusele kaasa tõmmata, tema kogemusi, teadmisi ja kujutlusi ära kasutada. Vestluse puhul kujuneb tõde küsimuse kollektiivsel arutlusel juhataja juhtimisel; siin võivad selguda aktiivselt väljendatavad kahtlused ja vastuväited, mis vestlejale kuulajate ümberveenmiseks materjali pakuvad.

Vestlusteks ja muudeks esinemisteks tuleb alati ette valmistuda.

Kõigepealt tuleb täpsustada vestluse teemat ja teadmiste hulka, millega kuulajad vastaval korral peavad tutvuma ja mis vastab nende praktilistele huvidele. Siis tuleb värskendada oma teadmisi vastava küsimuse alal.

Vestlustes tuleb laialdasemalt ära kasutada kohalikku materjali,

juhtumeid meditsiinilisest praksisest, fakte kohalikust ajakirjandusest jms.

Et hea agitaator ja propageerija olla, peab meditsiiniline töötaja oma kultuurset ja arenemistaset alati täiendama: ta peab jooksva poliitikaga kursis olema, tutvuma kohaliku elanikkonna kultuuri ja elukonnaga ning tema haigestumuse põhjustega, lugema erialast meditsiinilist ja ilukirjandust.

Lõppeks peab ta tundma erialast kirjandust, mida sanitaarharridustöö tegemise hõlbustamiseks välja antakse, näitlikke vahendeid ja muid materjale.

Esinemise ettevalmistuste hulka kuulub vastava plaani ja konsekti koostamine. Konsepekt erineb plaanist selle poolest, et ta sisaldab vestluse materjali lühiaidmeid: arve, fakte ajalehtedest, katkendeid ilukirjandusest jms.

Konsekti koostamisel tuleb meeles pidada, et iga ettekanne koosneb kolmest osast, millel on eri tähendus: sissejuhatus, esitistest ja lõppsõnast.

Sissejuhatus ülesandeks on tutvustada kuulajaid teemaga, nende huvi selle vastu äratada ja selle teemaga tutvustamise tähtsust selgitada.

Esitise ülesandeks on faktilise põhimaterjali andmine, ühtede või teiste asjaolude tõestamine ja küsimuse mitmekülgne arutus.

Lõppsõna ülesandeks on järelduste tegemine ja tegutsemisele ergutamine.

Materjali võib käsitleda üksikuist näiteist alustades ja üldistele asjaoludele üle minnes ja vastupidi, üldistest asjaoludest lähtudes ja neid üksikute näidetega illustreerides. Töö puhul masside hulgas tuleb eelistada lähtumist üksikust, konkreetsest, kõigile tuntud küsimusest ja küsimuse arendamist üldiste asjaolude käsitlemisel.

Suulist agitatsiooni ja propagandat võib mitmekesisematel viisidel näitlikuks teha. Juba vestleja lihtne žest või tabav võrdlus aitavad arendatavat mõtet näitlikumaks teha. Ilukirjanduse kasutamine täiendab esitust kujude näitlikkuse poolest. Peale selle võib kasutada spetsiaalseid näitlikke vahendeid (plakateid, tabelleid, diapositiive jms.). Diapositiivide demonstreerimisel kasutatavatest apa-



raatidest tuleb kõige sagedamini tegelda kooli projektsioonilaternana ja alloskoobiga. Diapositiivse kooli projektsioonilaternale valmistatakse klaasil, alloskoobile — kinofilmil.

Esinemisel võib väga tõhusalt kasutada tahvlit ja kriiti. Tahvlile võib kirjutada auditooriumile vähetuntud sõnu, arve, teha skeeme ja joonistusi.

Konspekti koostamisel on kasulik silmas pidada järgmisi tehnilisi eeskirju:

- 1) konspekt kirjutatakse üksikuile nummerdatud lehtedele;
- 2) konspekti tekst kirjutatakse ühele leheküljele;
- 3) iga punkt, iga lause kirjutatakse uuel realt;
- 4) peamõtted nummerdatakse arvudega;
- 5) konspekt tuleb tindiga suurelt ja loetavalt kirjutada;
- 6) eriti tähtsad kohad tõstetakse esile allakriipsutamise kaudu värvilise pliiatsiga või muul teel;
- 7) faktiline materjal (numbrid, tsitaadid) tähendatakse konspektis ära või tehakse märges: vaata lisa, raamat, lehekülg . . . . ;
- 8) näitlike vahendite kasutamisel tuleb demonstreerimismomendid konspektis ära märkida.

Ettekande esimesed 2—3 lauset võib täielikult kirja panna ja isegi pähe õppida. Eelseisva esinemise teksti ei ole soovitatav täielikult üles märkida — see võte mõjub elavale sõnale halvavalt.

Vestlusi tuleb pidada lihtsas kõnekeeles, vältida võõrkeelseid sõnu ja meditsiinilisi termineid. Tarkussõnade, vanasõnade, võrdluste, näidete, kunstiliste kujude mainimine kõnes on soovitatav.

Loengu või vestluse puhul tuleb kuulajaid sääraselt istuma asetada, et nii neil kui ka lektoril oleks hubane. Kuulajad tuleb tihedasse ringi koondada, kusjuures lektor peab kõiki kuulajaid nägema (seepärast ei või lektor ringi keskele asuda). Näitlike vahendite demonstreerimine toimub loengu või vestluse käigu järgi, nii nagu nad vajalikuks osutuvad, et üht või teist asjaolu oleks kergem selgitada; ei ole soovitatav kõiki näitlikke vahendeid enne loengu algust üles riputada.

Väga tõhusaks elava sõna kasutamise viisiks tuleb pidada esinemist koosolekul. Meditsiiniline töötaja peab ära kasutama iga

võimaluse tervishoiu küsimustega esinemiseks tööliste või kolhoosnikute koosolekuil. Esinemise sisu kooskõlastatakse päevakorraga. Esitada tuleb rohkem kohalikku materjali ja konkreetseid ettepanekuid.

Trükisõna kasutamise meetodi tähtsus kasvab NSV Liidus iga aastaga ikka suuremaks. Seoses üldise kultuuri arenemisega kasvab elanikkonna huvi aja- ja ilukirjanduse vastu.

Võrreldes teiste meetoditega on trükisõna meetodil rida iseärasusi, mis teevad selle elanikkonnale kättesaadavamaks ja hõlpsamaks:

- 1) raamatukogus võib leida raamatu iga küsimuse alal, mis lugejat huvitab;
- 2) raamatut võib lugeda igal lugejale sobival ajal;
- 3) raamatut võib süvenedes lugeda, valides endale kõige sobivama lugemise meetodi ja tempo, raamatut võib osade kaupa lugeda ja üksikuid peatükke korrata;
- 4) võib vajaliku raamatu muretseda ja seda käsiraamatuna alati kasutada.

Raamatu lähendamisel lugejale on õigesti korraldatud raamatu soovitamisel suur tähtsus. Soovitus võib toimuda:

- a) ambulatoorsel vastuvõtul, kus haigele võib soovitada kirjandust tema haigestuse alal: trahhoomi, sügeliste, suguhaiguste, ussnugiliste jms. kohta;
- b) seinalehe, suure tiraaziga ajalehe, rajooni ajalehe kaudu. Ajakirjanduses avaldatakse lugemiseks soovitatava kirjanduse nimestikud (seoses aastaaja ja ühtede või teiste haiguste ohuga). Heaks raamatu soovitusviisiks osutub lugeja retsensioon raamatu kohta;
- c) iga vestluse või loengu lõpul;
- d) spetsiaalse plakati väljapanemise, vitriini korraldamise jne. teel raamatukogus ja muudes asutistes.

Rööbiti raamatu soovitamisega organiseeritakse brošüüride, lendlehtede, meelespeamaterjali jaotamist elanikkonnale.

Uhaks trükiteksti kasutamise viisiks osutub valjusti lugemine.

Ettelugemiseks tuleb:

a) valida materjal (populaarteaduslik brošüür, lendleht, meelepea, ajalehe artikkel, jutustus, ilukirjanduslik katkend);

b) kontrollida, kui palju aega kulub valitud materjali ettelugemiseks.

Ettelugemine ei tohi kesta üle 20—25 minuti;

c) materjal järjestada (ära märkida kohad, mis nõuavad selgitust, küsimuse esitamist kuulajaile, näitliku vahendi demonstreerimist).

Enne ettelugemisele asumist tehakse sissejuhatus lugemiseks valitud kirjandusliku materjali, selle autori ja teema kohta. Populaarteadusliku teose lugemine võib vahelduda vestlusega. Ilukirjanduslikku teost on soovitatav lugeda ilma vaheaegadeta ja korraldada vestlust peale lugemist.

Meditsiinilised töötajad valgustavad tervishoiuküsimusi ajakirjanduses, eriti kohalikes ajalehtedes. Ajalehtedele antav materjal peab olema päevakajaline, konkreetne, tihedas seoses tegelikkusega. Materjal peab olema vormilt huvitav ja elav ning ulatuselt väike. Seinalehtedes võib sanitaarseid küsimusi valgustada värsivormis, šaržiga varustatud märkmete näol jms.

Tervishoiuküsimusi ei käsitelda ajalehes mitte ainult meditsiiniliste töötajate poolt. Elanikkonna tervise kaitsest osa võttev ühiskondlik aktiiv peab kasutama ajalehte relvana võitluses sanitaaralase kultuuri eest.

Meditsiiniline personaal abistab aktiivi selle töös, soovitab temale teemasid, annab ülesandeid, loob kontakti ajalehega.

Ravi-profülaktilistes asutistes, klubides, lugemistubades, töökohades, ühiselamutes jms. pannakse välja sanitaarharidusalased loosungid.

Huvitavaks sanitaarharidustöö tegemise viisiks on „küsimuskast ja vastuste tahvel“ (nõuanne kirja teel). Umbes 100×75 sm suurusele vineeri- või kartongitükile asetatakse kastike avausega küsimuste-sedelikeste jaoks. Mõne aja pärast pannakse vastused neile küsimustele tahvilil välja. Vastuste tahvel on massikeskine tööviis, sest meditsiiniliste töötajate vastuseid esitatud küsimustele

loeb suur hulk inimesi. Vastused peavad olema tõsised, täpsed, küllalt üksikasjalised, peavad informatsioonimaterjali sisaldama ja kirjandust kätte juhatama.

Näitlik meetod mõjub realistlike kujundite (joonis, päevapilt, mudel, mulaaž, makett) või graafiliste kujundite (skeem, diagramm, plaan jms.) abil.

Plakat on üheks kujutava agitatsiooni ja propaganda kõige enam levinud viisiks. Eristatakse agitatsiooni ja propagandat taotlemaid plakateid. Agitatsiooniplakat käsitleb kitsast teemat, mida laiialdaselt populariseerida tuleb.

Propagandat taotlev plakat valgustab teemat laiialdasemalt. Propagandaplakat koosneb tavaliselt mitmest joonisest, sisaldab kaunis palju selgitavat teksti ja mõjub värvide poolest rahulikult. On olemas ka segatüüpi plakateid.

Plakati määramise oskus on vajalik selleks, et otsustada küsimust selle kasutamise kohta. Agitatsiooniplakati tajutakse kiiresti, ta võib tänaval, maja väraval, koridoris, trepikojas jms. rippuda. Propagandaplakati ei või nendes kohtades välja riputada, sest ta nõuab keskendatud kestmist tähelepanu. Selle plakati koht on ambulatooriumi ooteruumis, lugemistoas, punanurgas.

Ülesvõtte sanitaaralane väärtus seisneb selles, et ta võimaldab kohaliku materjali laiialdast kasutamist näitlikuks agitatsiooniks ja propagandaks. Sanitaarhariduslike näituste, tervise nurgakeste, „tervise tahvlite“ korraldamisel, samuti sanitaarhariduslike foto-seinalehtede väljaandmisel võib veenvalt, dokumentaalselt, selgelt esile tõsta nõukogude tegelikkust, meie asutisi, meie inimesi, meie saavutusi. Õige allkiri foto all suurendab tunduvalt selle agitatsiooni väärtust.

Sanitaarhariduslikel näitustel propageeritakse harilikult tervishoiu eelarvet, meditsiiniliste asutiste võrku, kaadri suurenemist ja suremuse vähenemist käsitlevaid andmeid jms. Kõigil neil juhtumel hõlbustab diagrammide kasutamine statistilise materjali populariseerimist.

Diagrammid, jagunevad joondiagrammideks, tulpdigrammideks ja ringdiagrammideks.

Joondiagrammi koostamiseks tõmmatakse kaks joont — horisontaalne ja vertikaalne. Nende joonte lõikekoht märgitakse ära numbriga 0. Alates 0-st märgitakse horisontaaljoonel ära ühesugused lõigud, mis kujutavad aega (päevi, kuid, aastaid), ülalpool 0-i märgitakse vertikaaljoonel lõigud, mis kujutavad uuritava nähtuse suurust (kulud tervishoiule rublades, voodite arv, kaitsepoogete arv, haigestuste arv jms.). Iga ajalõik märgitakse punktiga ära kõrgusel, mis vastab uuritava nähtuse suurusele. Punktid ühendatakse joontega. Saadakse kõver, mis iseloomustab nähtuse dünaamikat.

Tulpdiagrammi saamiseks joonistatakse tulbakesed, mille kõrgus vastab kujutatavaile numbritele. Ringdiagrammi ringi pindala aluseks võetakse 100, sektorid kujutavad protsentides terve jagunemist osadesse (haigestumuse koosseis, haigestunute jaotus vanuse järgi jms.).

Sanitaarharidustöö praktikas tuleb diagrammi sageli „elustada“. Kõige lihtsam „elustamise“ viis on diagrammi sisule vastava joonise või ülesvõtte lisamine diagrammile. Samuti võib arvulist materjali kujutuste näol esitada, kuid arvu suurenemist ei tule kujutada joonise suurendamisega. Õigem on kujutada arvu suurenemist jooniste hulga suurendamisega. Tuleb näiteks võrrelda kahte suurust — 20 voodit ja 60 voodit. Kujutame tingimisi 20 voodit voodina. Seletuses (selgitavas tekstis) märgitakse ära ühe joonise arvuline tähendus (1 voodi joonisel võrdub 20 voodiga).

Plakat, joonis, ülesvõtte, diaposiitiv, diagramm, skeem, plaan on tasapinnalisteks kujutavateks materjalideks. Nende kõrval tarvatakse näituste korraldamisel laialdaselt ruumalaseid eksponaate — mudeleid, makette, mulaaže, naturaalpreparaate jm.

Lihtsaim näitus võib koosneda ainult trükitud plakateist ja ülesvõtteist. See on „sanitaarnurgake“ ehk „tervise nurgake“. Peale trükitud plakatite ja ülesvõtte võib nurgakeses leiduda juhtide ja teadlaste näopilte, sanitaarlaseid loosungeid, kohalikku materjali diagrammide näol, sanitaarhariduslik seinaleht, sanitaarharidusalase kirjanduse näitus. Ainult tasapinnalistest eksponaatidest koosnevat näitust on kerge mõnele kartongilehele monteerida ja

liikuvaks, portatiivseks, muuta. Keskmeditiiniline personaal kujundab sageli sääraseid näitusi.

Kino on näitliku agitatsiooni ja propaganda omapärane vahend. Meditsiinilised töötajad peavad taotlema, et elanikkonda kinoseansside kaudu teenindavad kohalikud organisatsioonid demonstreeriksid ka sanitaarhariduslikke filme.

Kohalikke raadiosõlmi tuleb samuti sanitaarharidustöökä ära kasutada lühikeste loengute, informatsiooni- ja muu materjali edasiandmise teel. Mikrofoni ees esinemisele värvatakse kogu ühiskondlik sanitaaraktiiv (jutustused kogemustest sanitaarharidustöö alal).

Raadios esinemiste puhul kasutatakse kirjutatud teksti. Seda koostades tuleb silmas pidada raadiosaate iseärasusi, sest lektorit kuulavad nii täiskasvanud kui lapsed, nii terved kui haiged. Raadioettekande tekst peab olema väga lihtne; põhiliste mõtete kordamine kergendab nende omandamist. Vahel antakse materjal edasi dialoogi näol (arsti vestlus kuulajatega; sellisest ülekandest võtab osa 2—3 isikut).

Huvitava ja tõhusa tööviisina on soovitatav korraldada väikesi teatriettekandeid sketšide ja naljade näol. Need ei nõua suuri kulusid lavastuseks, osaliste arv neis on väike (3—5 isikut). Neid näidendeid võivad isetegevuse näiteringid kergesti lavastada. Eelkooli- ja kooliealiste laste hulgas leiab nukuteater suurt poolehoidu.

Sanitaarhariduslikke ekskursioone korraldatakse sanitaarkultuuri mõttes eeskujulikesse objektidesse (kolhoos, kool, söökla jms.) ja spetsiaalsetesse asutistesse — muuseumidesse ja näitustele.

Organisatsioonilis-kasvatustlikud mõjutamise meetodid on tihe-  
dalt seotud elanikkonna isetegevuse organiseerimisega tervise kaitse alal. Selles suhtes etendab tähtsat osa aktiiv, kellelt tuleb nõuda, et ta innustaks isikliku eeskujuga elanikkonda, esineks töö- ja elukondlike tingimuste tervistamise organisatsiooniliste küsimuste käsiteluga koosolekuil, taotleks sanitaar-kultuursete näitajate lülitamist sotsialistlikesse kohustustesse ja sotsialistliku võistluse lepinguisse, võtaks osa kohtuprotsesside alustamisest sanitaareeskirjade kuritahtlike rikkujate vastu ja esineks ühiskondliku süüdistajana.

1. Polikliinikutes, ambulatooriumides, dispensariumides, nõuandlates, tervishoiupunktides.

Elanikkonna ambulatoorne teenindamine nõuab oma olemuselt elanikkonna teadlikku ja aktiivset osavõttu ravi teostamisel. Ainult haiglas tagatakse arsti ravialaste korralduste täielik täitmine meditsiinilise personaali poolt või teostatakse neid arsti kontrolli all.

Ambulatoorse teenindamise puhul täidab haige arsti korraldusi suuremalt jaolt kodus. See kohustab ambulatooriumide meditsiinilisi töötajaid püüdma tõsta haigete teadmisi meditsiini alal ja nende sanitaarset kultuursust.

Elanikkonna teenindamise dispensaarne meetod loob sanitaarharidustööle eriti soodsad tingimused. Kui harilikes tingimustes oletatakse, et elanikkond hakkab sanitaarhariduse tulemusena oma elukondlike tingimuste tervistamiseks teatud üritusi iseseisvalt teostama, siis toimub elukondlike tingimuste tervistamine käesoleval juhul meditsiinilise töötaja (tuberkuloosi dispensariumi õe, lastenõuandla patronaaziõe) juhtimisel ja kontrollimisel.

Polikliinik vastutab oma rajooni sanitaarse seisundi eest ja teostab epideemiavastaseid üritusi rajoonis Sanitaar-tervistavat ja epideemiade vastu võitlemise tööd ei ole võimalik teha ilma elanikkonna aktiivse toetuseta ja osavõttuta. Seepärast plaanib polikliinik sanitaarharidustööd ühe tähtsama osana oma töö alal.

Meditsiinilised eriasutised (tuberkuloosidispensarium, suguhaiuste dispensarium, malaariajaam jm.) teostavad sanitaarharidustööd ühelt poolt oma temaatika järgi ja juhivad teiselt poolt kogu meditsiiniliste asutiste võrgu tööd sel alal.

Sanitaarharidustööd tehakse nii polikliinikus (arsti kabinetis, ooteruumis) kui ka jaoskonnas.

Vastuvõtu ajal toimub sanitaarharidustöö arsti nõuannete, juhendite ja vastuste näol haige küsimustele. Tehes haigele korraldusi, juhivad meditsiiniline töötaja erilist tähelepanu hügieenilistele nõuannetele ja haigusele vastava režiimi selgitamisele. Kasimata inimestele antakse juhtnööre isikliku hügieeni alal.

Haigele antavaid isiklikke nõuandeid ja juhendeid täiendab

meditsiiniline töötaja meelespeamaterjali, lendlehe või brošüüri kaasaandmise teel. Vastavate näidustuste puhul soovitab arst haigele raamatut lugeda ja vormistab oma nõuannet „retseptiga raamatule“. See on sedel, millele arst märgib nime, soovitatava raamatu nimetuse ja koha, kust seda võib saada. Kabineti laual peab alati leiduma kohalikes raamatukogudes kättesaadava sanitaarharidusliku kirjanduse nimestik.

Arst, kellel tekib kahtlus selle kohta, kas haige oskab üht või teist korraldust täita, annab haigele saatelehe protseduurikabinetti, kus õde haiget õpetab ja tema teadmisi ning korralduse täitmise oskust (kompessi, sinepiplaastri panemist jms.) kontrollib. Protseduuride ruum peab olema varustatud kõigi esemetega, mis on vajalikud demonstreerimiseks ja haige õpetamiseks.

Vastuvõtul võib arst vestelda haigetega nii individuaalselt kui ka rühmiti. Seda tööviisi nimetatakse profülaktiliseks või konsultatiivseks võtteks.

Konsultatiivse vastuvõtu korraldamiseks valitakse välja rühm haigeid samasuguste haigustega (südame-, mao-, neeruhaigused). Vestluse teemaks on haige režiim vastava haigestuse puhul.

Eriti tähtsad on vestlused naiste- ja lastenõuandlates. Rasedaid naisi tuleb hoolikalt instrueerida raseduse hügieeni küsimustes ja emasid laste eest hoolitsemises.

Polikliiniku ooteruumis võib rakendada peaaegu kõiki sanitaarharidustöö meetodeid. Näitlikud meetodid on siin suure tähtsusega. Ooteruumis võib korraldada üldpoliitilist aruandvat laadi (vastava polikliiniku, dispensariumi, nõuandla tööd ja saavutusi iseloomustavad materjalid), üksikuid erialasid (suguhaiguste eriarsti kabinetis „suguhagused“, silmaarsti juures „silmade tervishoid“ jms.) või epideemiavastast võitlust käsitlevaid näitusi.

Ka nn. näituse diapositiive on ravi-profülaktiliste asutiste ooteruumis sobiv kasutada. Neid võib paigutada kas mitmesugust tüüpi elektrifitseeritud vitriinidesse või aknale asetsevaisse raamidesse. Osa näitlikku materjali ülesvõtete, postkaartide ja ajalehtede ning žurnaalide väljalõigete näol võib paigutada laua albumitesse.

„Küsimuste kast ja vastuste tahvel“ ja loosungid riputatakse seinale. Sanitaarharidust käsitlev kirjandus asetatakse laudadele.



Soovitav on välja anda seinaehte, mis käsitleb mitmesuguseid rahvatervishoiu küsimusi. Arstid, keskmeditisiiniline personaal ja haiged teevad seinalehele kaastööd.

Meditsiinilised töötajad korraldavad polikliiniku ooteruumis lühikesi, umbes viieminutilisi agitatsiooni ja informatsiooni laadi esinemisi, selgitusi väljapanekute kohta, lendlehtede ettelugemist. Ulatuslik töö sanitaarhariduse alal toimub lastenõuandla ooteruumis, kus õde lapsi registreerib, kaalub ja kaalumise tulemused emale teatavaks teeb. Õde jälgib, kuidas emad ooteruumis lapsi toidavad, mähivad jne., kusjuures ta emadele ühtlasi juhtnööre jagab hoolitsuse kohta laste eest.

Naiste ettevalmistus emakutsele toimub enam organiseeritud kujul emadekoolides, mis organiseeritakse naiste- ja lastenõuandla ühisel jõul NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud kava alusel.

Jaoskonnapõhimõtte polikliiniku töös kohustab meditsiinilisi töötajaid tegema jaoskonnas mitte ainult ravialast, vaid ka profülaktist ja eriti sanitaarharidustööd.

Tutvudes haigete elukondlike tingimustega on jaoskonnaarstil ainulaadne võimalus nende tervistamiseks kaasa aidata ja töötajate sanitaarset kultuuri tõsta. Sama on maksev ka patronaaziõdede ja jaoskonnaõdede — epidemioloogi abide kohta. Nende tegevuses osutub sanitaarharidustöö üheks kohustuslikuks meetodiks.

Polikliiniku filiaalidena teevad tervishoiupunktid sanitaarharidustööd polikliiniku ja tööstustervishoiu sanitaarinspektori üldisel juhtimisel ja kaasabil. Tööstuses moodustab sanitaarharidustöö tervishoiupunkti operatiivplaani orgaanilise osa tööliste traumatismi ja haigestumise vähendamisel ja nende tervise tugevdamisel.

Tööliste tehnilise väljaõppe programmides esineb osa „Tööhügieen ja tööstussanitaarala“. Tervishoiupunkti töötajad käsitlevad seda osa, tutvustades töölisi sanitaarilis-kultuurse käitumise eeskirjadega tööstuses. Erilist tähelepanu osutatakse tööliste ettevalmistusele esmaabi andmiseks õnnetusjuhtumitel. Võitluses sanitaarse kultuuri eest tugineb tervishoiupunkt ametiühinguorganisatsioonile,

sotsiaalkindlustusdelegaatide aktiivile, peab kontakti ohutustehnika alal tegutsevate töötajate ja töökaitsse organitega.

Tööstuses peetakse vestlusi mitmesugustel puhkudel: ootavate tööliste rühmadega enne töö algust, lõunavaheajal, konveieril töötamisel tekkivail vaheaegadel. Laialdast kasutamist leiavad ka tehase poolt väljaantavad masstrükised ja tsehhide seinalehed.

## 2. Haiglates, sanatooriumides ja mitmesugust tüüpi statsionaarides.

Aramärkimisele kuulub rida tingimusi, mis loovad eriti soodsa miljöö sanitaarharidustöö tegemiseks statsionaarides:

1) haiglasse on koondunud teatav hulk kvalifitseeritud meditsiinilisi töötajaid (arste ja keskmehitsiinilist personaali), kes võivad käsitleda sanitaarhariduse küsimusi;

2) haigete vahetatavus võimaldab teatud määral planeerida ürituste kordamist, mis meditsiinilisele personaalile hõlbustab nende ettevalmistust ja võimaldab seda süvendada;

3) haiglas on võimalik mitmekesislada sanitaarhariduslikke üritusi huvitavate näitlike vahendite abil (mikroskoobi, haige põetamise esemete; diagnostilise ja raviaparatuuri, haigla muuseumis leiduvate üksikute patoloogilis-anatoomiliste eksponaatide jms. demonstreerimine);

4) haigla oludes saab auditoriumi kergesti ja kiiresti moodustada;

5) haigeist koosnev auditorium näitab suurt huvi tervisekaitse küsimuste vastu;

6) haigla miljöö, režiim, haige teenindamise kultuur ja tervishoiu ning puhtuse järjekindel rõhutamine avaldavad haigeile suurt sanitaar-kultuurilist mõju.

Pidades silmas, et haige suhtumine ravisse, tema käitumine ja tervishoiulised harjumused võivad ravi ratsionaalset teostamist soodustada, on sanitaarharidustöö eesmärgiks tutvustada haigele tema suhtes rakendatava haigla režiimi ja teraapia iseärasusi. Sanitaarharidustöö peab samuti tagama ravi haige koduses miljöös peale tema väljakirjutamist haiglast. Sünnitusmajas korraldatakse

sünnitajale vestlusi sünnitusjärgse perioodi hügieeni ja hoolitsuse üle vastsündinu eest.

Haige huvid, hool tema seisundi parendamise eest nõuavad tööd haige külastajate (tema sugulaste ja lähedaste isikute), haigla noorema meditsiinilise personaali, haigla ühiskondliku aktiivi ja lõppeks haigla poolt teenindatava elanikkonna hulgas.

Haigete külastajatega tehtav sanitaarharidustöö peab tagama haigla sisekorra täitmist külastajate poolt, vältima arsti poolt haigele määratud režiimi (dieedi) rikkumist, psüühiliste traumade tekitamist haigele ja nakkuste kandumist haiglasse.

Oma töö iseloomu tõttu puutub noorem meditsiiniline personal iga päev lähedalt kokku haigetega, mistõttu ta nende sanitaarse kultuuri tõstmisele mõju avaldada võib ja seda tegema peab. See kohustab haigla arste ja keskmeditsiinilist personaali osutama erilist tähelepanu noorema meditsiinilise personaali üldisele ja sanitaarsele ettevalmistusele.

Haigla korraldab oma ühiskondlikule aktiivile eri õpinguid, et teda oma kohustuste täitmiseks ette valmistada.

Haigla peab populariseerima oma tööd teenindatava rajooni elanikkonna hulgas, tutvustama elanikkonda saavutustega haigete ravi alal ja valgustama sanitaar-riigikaitsealaseid, üldsanitaarseid epidemioloogilisi küsimusi.

Sanitaarharidustööd tehakse haiglas plaani järgi. Tervet rida sanitaarharidusliku mõjutamise momente ei saa aga plaanis ette näha. Siia kuuluvad meditsiinilise personaali poolt jooksva töö kestel (hommikusel visiidil, raviprotseduuride puhul jne.) antavad nõuanded, juhtnöörid, märkused, selgitused.

Haigla plaanipärane sanitaarharidustöö kohandatakse osakondade iseärasustega. Nakkushaiguste vastu võitlemise temaatika on kohuslik kõigile osakondadele.

Haigla olukorras võib töös haigetega kasutada peaaegu kõiki sanitaarharidustöö meetodeid ja vorme.

Arstid ja keskmeditsiiniline personal korraldavad vestlusi palatites ja haigete puhkeruumis. Huvitavaks töö meetodiks haigetega osutub „küsimuste ja vastuste tund“. Õde kogub haigetelt kirjallikud küsimused ja annab need arstile üle. Arst süstematiseerib küsi-

mused ja peab kindlaksmääratud ajal vastavaid vestlusi. Täiendavaid küsimusi võib esitada ka „küsimuste ja vastuste“ tunni ajal.

Üksikjuhtumeil korraldatakse haigetele vestlusi tsükli näol kindlaksmääratud programmi järgi. Sääraseid kursusetoolisi õpinguid on kasulik korraldada mao- ja ainevahetushaigusi põdevate haigetega jne. Kursused peavad haigeid dieetika alal teoreetiliselt ja praktiliselt ette valmistama.

Raamatukogus peab leiduma tervisekaitse küsimusi käsitlevat kirjandust. Raamatuid lugemiseks väljaandev õde peab lugejale-haigetele aktiivselt soovitama sanitaarharidust käsitlevat kirjandust ja selle vastu huvi äratama.

Vastuvõturuumis, osakonna koridoris, sööklas, isegi palatis pannakse välja loosungid, mis haigla režiimi täitmisele üles kutsuvad.

Keskmeditsiinilise personaali abi kasutatakse ettelugemiste korraldamiseks palatites. Mõnedes haiglates praktiseeritakse sanitaarhariduslike ajalehtede väljaandmist osakondade järgi. Ajaleht koostatakse keskmeditsiinilise personaali ja haigete jõul osakonna juhataja juhtimisel. Ajalehes valgustatakse nõukogude tervishoiu saavutusi, sanitaar-tervistavat ja epideemiavastast tööd, haigla režiimi küsimusi, vastatakse haigete küsimustele, antakse ruumi haigete ettepanekuile ühes administratsiooni vastustega, soovitakse kirjandust lugemiseks.

Vastuvõturuumid, osakondade koridorid, puhkeruum sobivad väikeste näituste korraldamiseks.

Oma raadiosõlme evivates suurtes haiglates organiseeritakse arstide, õdede, haiglate aktiivi sanitaarhariduslikke ettekandeid. Viimaste tekstid kuuluvad eelkinnitamisele haigla peaarsti poolt.

Külastajatega toimuvad vestlused tavaliselt ooteruumis. Küalistele on kasulik lendlehti ja meespeamaterjali välja anda.

Elanikkonna ettevalmistuse õppeplaan VSK II järgu märgi normide sooritamiseks näeb ette 8 tundi haiglapraktikat. Praktika teostub palatites keskmeditsiinilise personaali kontrolli all.

Praktika organisatsioonilised küsimused lahendab haigla peaarst vastava käskkirja andmise kaudu. Praktikantidele antakse kitlid. Vanemõde registreerib praktikante ja kinnistab nad igapähe eraldi palatiõdede juurde.

Lastega tuleb sanitaarharidustööd alustada kõige varasemas eas. Juba lastesõimes õpetatakse lapsele tema eale vastavaid hügieenilisi harjumusi ja kasvatatakse lapses jaatavat suhtumist puhtusesse ja veesse ja eitavat suhtumist mustusesse ja korratusse. Last harjutatakse vabas õhus viibimisega, režiimiga ja täpse kinnipidamisega söögi-, magamis-, mängu- jm. aegadest. Lasteaias omandab laps mõned elementaarsed teadmised hügieenist („mustusest võib haigestuda“, „ei tohi külastada haigeid lapsi — võib nakatuda“). Uute hügieeniliste harjumuste kõrval omandab laps koolis ka elementaarseid teadmisi tervisekaitse alal.

Kogu seda tööd teevad peamiselt kasvatajad ja õpetajad lapse perekonna aktiivsel osavõtul. Tervishoiuorganeil lasub ülesanne kasvatajaid ja õpetajaid laste sanitaar-kultuuriliseks kasvatuseks ette valmistada, neid vajalike teadmiste ja harjumustega varustada, lastevanemate teadmisi laste tervishoiu küsimuste alal laiendada, lasteasutiste administratiiv-majandusliku ja tehnilise personali sanitaarset kultuuri tõsta.

Lastesõimedes, lasteaedades ja koolides töötavad tervishoiutöölised kasvatajate ja õpetajatega läbi järgmised küsimused:

1. Lasteasutiste ruumide ja talundi hügieen.
2. Hügieeniline hoolitsemine lapse eest (keha, riietuse tervishoid), õpilase isiklik hügieen.
3. Lapse toitluse hügieen (lastesõimes osutatakse erilist tähelepanu rinnaga toitmisele, koolis — koolieinetele).
4. Lastesõime ja lasteaia õige režiimi hügieenilised alused, õpilase režiim.
5. Laste hügieeniliste harjumuste kasvatamine.
6. Laste koduse elukorra hügieen.
7. Laste nakkushaigused ja võitlus nende vastu.
8. Esmaabi kuni arstiabi andmiseni äkiliste haigestuste ja õnnetusjuhtumite puhul.

Neid teemasid võib täiendada hooajaliste teemadega (näiteks „Ettevalmistus suviseks tervistustööks“) ja teemadega, mis on seo-

ses konkreetsete andmetega laste tervisliku seisundi, asutise sanitaarse olukorra ja laste koduste olude kohta.

Lastevanematega tehtava sanitaaraharidustöö sisu tuleneb ülendest luua lapsele perekonnas säärased olud, mis kinnitaksid lasteasutistes tehtavat tervishoiulist tööd. Siia kuuluvad küsimused seoses lapse toitlusega, tema keha hügieeni, riietusega, lapse elu korraldamise küsimused perekonnas, režiimi, kasvatusel, hügieeniliste harjumuste küsimused. Nakkuste kandumise vältimiseks lasteasutisse tuleb õpetada lastevanemaid jälgima laste tervist ja tutvustada lastevanemaid nakkushaiguste esimeste tunnustega. Lastevanematele tuleb süstemaatiliselt selgitada, kuidas nad võivad ja peavad kaasa aitama lasteasutiste poolt teostatavate ravi-profülaktiliste abinõude edule (kaitsepooked, karanteen, dehelmin-tisatsioon, laste saatmine suvekolooniatesse, pioneerilaagrisse jms.).

Lastevanematega lastesõimes ja lasteaedades tehtava töö peavormid on järgmised:

- 1) individuaal- ja rühmavestlused lasteasutise vastuvõturuumis;
- 2) vestlused lapse kodus tema elukondlikul uurimisel;
- 3) lendlehtede, brošüüride jaotamine;
- 4) sanitaaraharidusliku ajalehe väljaandmine;
- 5) sanitaarahariduse nurgakese (lastevanemate nurgakese) korraldamine;
- 6) emadekooli korraldamine lastesõimes;
- 7) sotsialistliku võistluse korraldamine lastevanemate hulgas parimale hoolitsusele lapse eest.

Koolis peetakse individuaalvestlusi lastevanematega nende väljakutsumise teel, esinemisi lastevanemate üldkoosolekul või klassi koosolekul, episoodilisi loenguid ja kursusi lastevanematele. Lasteasutisi ja kooli teenindava meditsiinilise personaali kohustuste hulka kuulub ka töö lastevanemate aktiiviga, abi lastevanemate sanitaaraktiivilise organiseerimisel, selle ettevalmistus ja juhtimine. Lastevanemate sanitaaraktiivist valitakse kooli sanitaarinspektorid, valvekorra pidajad koolis, teatavatele klassidele kinnistatavad aktivistid.

Lasteasutiste tehniliste töötajate sanitaar-kultuurilise taseme tõstmise vajadus on tingitud järgmistest oludest:

1. Tehnilised töötajad võtavad vahetult osa tervistavate abinõude korraldamisest lastesõimes, lasteaia, koolis (puhtuse tagamine). Tehnilised töötajad peavad nende abinõude mõttest aru saama, neid teadlikult teostama, nende töö suhtes esitatavaid nõudeid tundma, kõigile lasteasutistele kohuslikke sanitaareeskirju hästi tundma ja täitma.

2. Lastesõime, lasteaia, kooli tehnilised töötajad võtavad kasvatustööst vahetult ja kaudselt osa. Lastel, eriti eelkooliealistel, on täiskasvanute jäljendamine tugevasti arenenud. Täiskasvanu eeskuju on lapsele nakkav. Kasvatajate kõrval peab tehniline personal oma käitumisega lastekasvatust soodustama.

Tehnilise personaali sanitaarsete teadmiste tõstmise alal osutub tehniline õppetöö kindlaksmääratud programmi järgi kõige efektiivsemaks abinõuks. Tehniliseks õppetööks ühendatakse rea ühte tüüpi asutiste tehniline personal (kohalikud, rajooni kursused).

Lasteasutiste personaali tehnilise õppetöö kavasse peavad kuuluma järgmised küsimused:

#### A. Üldised.

1. Hoolitsus laste tervise eest NSV Liidus.
2. Nakkushaigused ja võitlus nende vastu lasteasutises (koolis).
3. Lasteasutise (kooli) ruumide ja varustise hügieen.
4. Tehnilise personaali isiklik hügieen ja hügieeniliste harjumuste õpetamine lastele.
5. Kehakultuur ja tervis.
6. Esmaabi ja haige lapse põetus.

#### B. Eriküsimused.

1. Laste kõhulahtisus ja võitlus selle vastu (lastesõimede töötajaile).
2. Toitluse ja une hügieen (lastesõime ja lasteaia töötajaile).
3. Alkoholism ja suitsetamine (kooli töötajaile).

Õpetajad teevad põhilist sanitaarharidus- ja sanitaarkasvatustööd lastega koolis. Juba esimestes klassides õpetavad õpetajad lastele elementaarteadmisi tervisekaitse alalt. Vastavad küsimused on loodusloo kavades ette nähtud, IV klassis õpivad õpilased seoses loodusloo kursusega teemat: „Inimkeha ehitus ja elu“ V, VI ja VII klassis tutvuvad õpilased sõjalise sanitaaralaga. Vastavalt „Vene NFSV kooli põhikirjale“ on õpetaja ja klassijuhataja „kohustatud abistama õpilasi kultuurilis-hügieeniliste harjumuste omandamisel, koordineerides tööd kooliartstidega ja värvates sellele õpetajaid ning lastevanemaid“. Tervishoiulise kasvatuse küsimused kuuluvad läbivõtmisele ka seoses õpilaste kehakultuurilise ja sõjalise ettevalmistusega.

Kooliartstid ja -õed võtavad aktiivselt osa tööst kooli sanitaarkaitse ja VSK ja OVSK ringides.

Kooliaktiiv koosneb iga klassi poolt valitavaist sanitaridest. I—II klassis valitakse 1 valvesanitar 3 koolipingi kohta. Valvesanitar vaatab oma viis õpilast iga päev järele ja märgib nimestikus vastavalt: + (puhas); — (saastunud). Järelevaatuse tulemustest teatab ta õpetajale. Valvesanitari vahetatakse iga nädal. Täitnud sanitari osa, harjuvad kõik lapsed nõutaval määral sanitaartööalaga.

III—V klassis on valvesanitari ülesanded juba keerukamad. Siin teenindab iga sanitar mitte 3 koolipinki, vaid 5 pinki või terve rida pinke. Valve määratakse kindlaks mitte nädalaks, vaid pikemaks ajaks: kuuks, kvartaliks. Õpilaste sanitaarne seisund määratakse kindlaks mitte umbkaudse näitajaga: saastunud, puhas, vaid terve rea diferentseeritud näitajatega.

Koole teenindavad meditsiinilised töötajad peavad klassi sanitarite oma aktiiviks pidama, viimast vestlusteks kokku kutsuma, temale ülesandeid seadma ja parimad ära märkima.

Üksikuis lasteasutistes on sanitaarhariduslikul tööol oma iseärasused.

Tööstus- ja raudteekoolides, samuti ka vabrikukoolides antakse noorsoole kutselis-tehnilist haridust. Et nendes koolides suur osa õppeajast veedetakse töökodades, tööpingi juures, tuleb õpilastele ohutustehnikat õpetada, neile ohutu töötamise harjumusi sisen-



dada, neid tootmissanitaarala elementidega tutvustada (töökoha korraldus ja puhtus, puhtus ja kord t s e h h i s jms.) ja neile omaabi ning vastastikuse abiandmise võtteid õpetada.

Tööstuskoolide direktorite, kasvatajate, meistrite ja komandantide sanitaarne ettevalmistus toimub erilise programmi järgi, mis hõlmab järgmisi küsimusi: nooruki ea iseärasused ja õpilase isiklik hügieen, põhiteadmised tööstushügieeni alalt, nakkushaiguste vältimine.

Lastekolooniates ja pioneerilaagrites toimuva sanitaarharidustöö hulka kuulub:

a) Ettevalmistustöö enne väljasõitu kolooniasse (laagrisse). See töö toimub kaadriga, kes lapsi teenindama hakkab (pedagoogid, kasvatajad, pioneerijuhid), ja lastevanematega, kes peavad lapsi linnast väljasõidule ette valmistama.

b) Töö laagris. Peale tuntud tööviiside, nagu vestlused, sanitaarnurgakese korraldamine, seinalehe väljaandmine jne., rakendatakse siin ka mõningaid spetsiifilisi viise, nagu sanitaarkasvatustöö hommikusel koondisel (pioneeride puhtuse kontroll enne lipuheiskamist, valves oleva pioneerijuhi ja laagriülema väljaastumine laagri režiimi või üksikute hügieeniliste eeskirjade rikkumise puhul üksikute pioneeride poolt), „tervise lõkkeõhtu“ (isetegevusõhtu lõkketule juures, meditsiinilise töötaja esinemine, sanitaaralaseid teemasid käsitlevate ilukirjanduslike teoste ettelugemine, sanitaarala käsitlevad lavastused, laulud, kehakultuuri harjutused jms.), ekskursioonid ravimtaimede kogumiseks jm.

### Sanitaarharidustöö sanitaaralase ja epideemiavastase töö plaanis.

Riikliku sanitaarinspeksiooni ja epideemiavastaste asutiste töötajad teevad sanitaarharidustööd jooksva operatiivse töö protsessis ja spetsiaalplaani järgi. Jaoskonnaarstid linnas ja maal võtavad sellest tööst aktiivselt osa.

Elamukommunaalobjektide sanitaarsel järelevaatusel, nakkuskohtede epidemioloogilisel uurimisel on meditsiiniliste töötajate poolt antavad nõuanded, juhendid ja selgitused täiesti kohased. Need selgitused ja juhendid on vältimatud haige hospitaliseerimi-

sel, ruumide desinfitseerimisel, kaitsepoogete tegemisel, toiduainetetööstuse ja ühiskondliku toitlustuse tööliste läbivaatusel battillikandmise suhtes. Need vestlused on loomulikud toiduainete proovide võtmisel ja materjali võtmisel toiduainetetööstuse tööliste kätelt külvi tegemiseks. Seda liiki sanitaarharidus osutub väga tõhusaks, sest ta on tihedalt seotud tegelikkusega ja toimub asjahuviliste seas. Planeeritavad sanitaarhariduslikud abinõud hõlmavad: a) rea kutsealaste rühmade sanitaartechnilist õppust, b) tööd sanitaaraktiiviga ja c) tööd masside hulgas.

Sanitaar-tehniline õppus korraldatakse eeskätt järgmistele rühmadele:

- 1) töötajad kommunaalmajanduse alal (kojamehed, ühiselamute komandandid, koristajad, saunade, pesumajade, juuksuride töötajad);
- 2) ühiskondliku toitlustuse töötajad (sööklate juhatajad, kokad, puhvetipidajad, nõudepesijad, ettekandjad, koristajad);
- 3) toiduainete kaupluste, kioskite ja ladude töötajad;
- 4) kohalike toitlustetevõtete, pagaritööstuste, piimatööstuste jm. töölised;
- 5) miilitsa töötajad;
- 6) kolhooside kaader (kolhooside esimehed, brigadiirid, lüpsjad jt.).

Sanitaar-tehniliste kursuste organiseerimise ja teostamise põhimõtted on järgmised:

1. Kohuslik osavõtt õppetööst. Seda kindlustab käitise või asutise direktori käskkiril sellel alal kehtivate üldiste direktiivide põhjal. Riigivõimu kohalike organite määrus võib samuti tagada õppetöö kohuslikkust. Nii võivad linna (rajooni) täitevkomiteed määruse alusel abinõude kohta võitluse alal soolte nakkushaiguste vastu kohustada toiduainetetööstuse ja toiduainete kaubandusvõrgu töölisi ja teenistujaid osa võtma riikliku sanitaarinspeksiooni kursusest toitlushügieeni ja sanitaaralal.

2. Kava olemasolu. Kuulajate varustamise kõrval teadmistega hügieeni alal peab sanitaar-tehniliste õpingute kava

nägema ette nende väljaõpet sanitaartehnika osas vastavalt nende töö iseloomule ja selle töö hinnangut riiklikult seisukohalt.

3. Metoodiliste materjalide tagamine õppetöö jaoks. Näitlike vahenditena kasutatakse plakateid, ülesvõtteid, mikroskoopi, naturaalpreparaate. Paljusid näitlikke vahendeid võib valmistada riikliku sanitaarinspektiooni laboratooriumides.

4. Rühma samasugusus ja organiseeritus. Rühm koosneb 20—25 kuulajast. Kursuste esimesel õppetunnil valitakse vanem, kellele tehakse ülesandeks õppetöö ja distsipliini normaalse käigu jälgimine.

5. Teadmiste omandamise kontroll. Iga õppetunni algul toimub teadmiste jooksev kontroll, et selgusele jõuda, kas eelmisel tunnil läbivõetud materjal on omandatud. Kursuste lõpetamisel toimub teadmiste kontroll kogu programmi ulatuses.

Sanitaaralase töö tegemisel tuginevad riiklik sanitaarinspektiooni ja jaoskonnaarstid ühiskondlikele sanitaarinspektoreile, kes võtavad osa niihästi epideemiavastaste abinõude vahetust rakendamisest kui ka kontrollist nende teostamise ja nõuete täitmise üle üksikute objektide sanitaarse korrashoiu alal.

Ühiskondlikud sanitaarinspektorid valitakse 1 aastaks tööliste ja kolhoosnike koosolekuil, kontrollitud, algatusvõimeliste ja energiliste seltsimeeste hulgast ja saadetakse vastavate ülesannete täitmiseks kohalike tervishoiuorganite käsutusse (linna ja rajooni tervishoiuosakonnad, maa-arstijaoskonnad jm.), kelle juhtimisel nad oma sanitaaralast tööd teevad.

Tervishoiuosakond suunab ühiskondlikud sanitaarinspektorid üksikute riiklike sanitaarinspektorite ja jaoskonnaarstide juurde, kes nad objektidele kinnistavad, nende tööd iga päev juhivad, neid õpetavad ja instrueerivad ning kes nende töö eest vastutavad.

Pärast objektile kinnistamist külastab ühiskondlik sanitaarinspektor seda süstemaatiliselt, mitte harvemini kui 2 korda nädalas, kontrollib sanitaareeskirjade täitmist, nõuab administratsioonilt puuduste kõrvaldamist ja täidab riikliku sanitaarinspektori üksikuid ülesandeid. Ühiskondlik sanitaarinspektor on kohustatud kogu

elanikkonda kaasa tõmbama osavõtule sanitaar-tervistavate abinõude läbiviimisest ja majade, hoovide ning tänavate puhastus-aktsioonist. Ühiskondliku sanitaarinspektori tähtsa tööala moodustab tema osavõtt epideemiavastastest ja sanitaarhariduslikest üritustest objektidel.

Loeteldud kohustuste täitmiseks antakse ühiskondlikule sanitaarinspektorile õigus töö ajal vabalt sisse pääseda kõigisse ruumidesse, mis kuuluvad objektile, millele ta on kinnistatud; üürniku juuresolekul kella 11 kuni kella 21 kõigisse elamutesse pääseda; järelevaatuse akte koostada; anda nõu objekti sanitaarse korrashoiu ja isikliku hügieeni alal; kontrollida riikliku sanitaarinspektori korralduste täitmist; esineda rahvakohtus ühiskondliku süüdistajana asjatoimetuste läbivaatamisel sanitaarse korra rikkumise puhul temale kinnistatud objektis; anda seltsimehelikku kohtusse asjatoimikud sanitaarse korra rikkumise puhul ettevõtete tööliste ja teenistujate ning majade ja ühiselamute elanike poolt ning esineda neis asjus.

Riiklikud sanitaarinspektorid ja raviprofülaktilise võrgu meditsiinilised töötajad tagavad aktiivi töövõimelisust järgmiste abinõude näol:

1. Osavõtt sanitaaraktiivi valimistest (kandidaatide valik, osavõtt üldkoosolekust ja sellel esinemine). Aktiivi vormistamine toimub tavaliselt üks kord aastas, kuid meditsiinilised töötajad peavad kogu aja kestel koguma aktiivi abiks oma töö tegemisel ja sellelt seisukohalt oma rajooni elanikkonda tundma õppima. Vahel sõlmitakse tutvus tulevase aktivistiga haiglas, polikliinikus ja valitakse endine haige ühiskondlikku ametisse. Vahel tekib tutvus tulevase sanitaarinspektoriga VSK ringis või traktoristide, lüpsjate, kolhoosi keetjate sanitaartechnilise väljaõppe kursustel jms.

Enne ühiskondlike sanitaarinspektorite valimisi peab meditsiiniline töötaja jutustama koosolekust osavõtjaile järjekordsetest ülesannetest tervishoiu alal rajoonis, jaoskonnas, vastavas linnas, kolhoosis, sovhoosis ja aktiivi osast nende ülesannete lahendamisel, tuletama meelde sanitaaraktiivi ülesandeid, jutustama parimate

aktivistide tööst. Säärane meditsiinilise töötaja esinemine on sanitaarharidustöö tõhusaks vormiks, sest ta on kõige tihedamalt seotud tegelikkusega, esinemise organisatsioonilise kinnitamisega, konkreetse mandaadi väljatöötamisega valitavale sanitaaraktiivis-  
tile.

2. Sanitaaraktiivide ettevalmistus. Kõik sanitaaraktiivide valitud isikud võtavad osa erilise ettevalmistuse kursusest. Kursuste kavad mitmesugustele aktiivide rühmadele erinevad omavahel. Õpingutel sotsiaalkindlustuse delegaatidega osutatakse tähelepanu tööhügieeni, tööstus-sanitaarala küsimustele ja haigestumuse ning traumatismi vähendamisele. Õppetöös ühiskondlike kooli-sanitaarinspektoritega tutvutakse laste ja noorukite tervise kaitsega NSV Liidus, küsimustega võitluse alal laste nakkushaigustega, laste tervishoiulise kasvatuse küsimustega jms.

Õppetöö aktiividega toimub tööst vabal ajal. Maal korraldatakse kursused aktiividele sovhoosides, kolhoosides ja traktorijaamades, kus on olemas meditsiinilised asutised (arst, velsker). Meditsiinilisest jaoskonnast kaugelasetsevais kolhoosides, sovhoosides ja traktorijaamades toimub õppetöö lähimatest meditsiinilistest punktidest kohalesõitnud meditsiiniliste töötajate juhatusel.

3. Seos aktiividega. Riiklikud sanitaarinspektorid ja ravi-profülaktilise võrgu meditsiinilised töötajad peavad olema alalise operatiivses seoses oma aktiividega (ülesannete andmine, täitmise kontroll). Maal luuakse kontakt aktiividega kahel teel.

a) Elav seos. Ühiskondlikud sanitaarinspektorid peavad olema varustatud meditsiiniliste töötajate kolhoosidesse väljasõitude graafikuga. Meditsiinilise töötaja viibimist kolhoosis kasutatakse ühiskondlike sanitaarinspektorite töö kontrolliks ja neile uute ülesannete andmiseks. Vähemalt üks kord kvartalis kutsutakse kokku aktiivide konverentsid (kongressid). Neil konverentsidel kuulatakse ära üksikute ühiskondlike sanitaarinspektorite aruanded tehtud töö kohta ja instrueeritakse neid järjekordsetest ja uutest tervishoiu ülesannetest. Ülesanne ja selle täitmise kontroll on aktiivide juhtimise alusteks.

b) Kirjalik seos. Elavat seost täiendatakse kirjaliku seosega. Maa-arstijaoskond võib anda ja peab andma individuaalülesandeid posti teel, nõuab ühtede või teiste teatmete esitamist, teeb otsuseid ühiskondlike sanitaarinspektorite töö kohta.

4. Ühiskondlik kontroll aktiivi töö üle. Kui meditsiinilised töötajad teevad kindlaks, et üksikud aktivistid halvasti töötavad, aruandeid ei esita, end kuidagi ei avalda, pannakse vastavale organisatsioonile (majavaldusele, kolhoosi juhatusele jm.) ette selle „aktivisti“ aruannet ära kuulata. Ühiskondlikku usaldust mitte õigustanud isikud vabastatakse tööst.

5. Aktiivi autoriteedi tõstmine. Aktiivi autoriteeti tuleb igati tõsta ja tugevdada. Loengutes, ettekannetes, vestlustes peavad meditsiinilised töötajad rõhutama, et aktiivi töö on tähtis, kasulik, austav ja riikliku tähtsusega. Seda tööd tuleb ajakirjanduses ja seinalehtedes valgustada. Aktiivi autoriteedi tõstmist soodustab artiklite ja märkmete avaldamine ajakirjanduses sanitaarküsimuste kohta. Need kirjutised avaldatakse meditsiinilise töötaja ja aktivisti allkirjadega või ainult aktivisti omaga.

6. Aktiivi ergutamine. Aktiivi tööd operatiivselt juhtides tõstavad riiklikud sanitaarinspektorid ja ravi-profülaktiliste asutiste meditsiinilised töötajad esile eesrindlikke ühiskonnategelasi ja ergutavad neid. Tervishoiuosakondadel, majandusmeestel, kolhooside juhatajail on õigus premeerida aktiivi eeskujuliku töö eest. Parimatele aktivistidele võib rajooni tervishoiuosakonna või rajooni nõukogu täitevkomitee avaldada käskkirjaga tänu. Ergutusena võib kasutada aktiivi hea töö kirjeldamist ajalehes (perekonnanimede äratähendamisega) või isegi eraldi väljaannetes, brošüürides töö kogemuste kohta jms.

Sanitaar-tervistustöö ja epideemiavastase tegevuse alal masside hulgas rakendatakse kõiki sanitaarharidustöö meetodeid ja vorme. Sageli toimub see töö hoogtöö korras, mis on seotud mingisuguse üritusega masside hulgas (asustatud paikade kevadine puhastus, kaitsepooked, elanikkonna sanitaarkorrastus jms.). Aktsiooni kestel võetakse tarvitusele terve rida sanitaarhariduslikke üritusi: loengud, ettekanded, vestlused, artiklite paigutamine ajalehtedesse,

eriliste sanitaarajalehtede väljaandmine, esinemised raadios, loo-  
sungite, lendlehtede, plakatite levitamine, kinofilmide demonstree-  
rimine jne. Aktsiooni teostamisest võtavad aktiivselt osa kohalikud  
ühiskondlikud organisatsioonid: ametiühingud, kommunistlikud  
noored, Punase Risti ja Punase Poolkuu selts.

Vahel nõuab sanitaarialane ja epideemiavastane töö individuaal-  
vestlusi üksikute kodanike või perekondadega. Säärane töö toimub  
epideemiakolletes seoses nakkushaige avastamisega, samuti batsil-  
likandjate puhul (nn. epidemioloogiline patronaaž). Selle tüübi järgi  
võib organiseerida ka sanitaarkultuurilist patronaaži saastunud  
korterites, kus tuleb likvideerida antisanitaarset olukorda ja pedi-  
kuloosi.

### Sanitaarharidustöö maal.

Maal tehtaval sanitaarharidustööl on mõningad iseärasused.  
Tema osatähtsus tervishoiu alal maal on eriti suur, sest maaelanik-  
konna kultuurne tase on madalam kui linnaelanikkonnal.

Võitluse alal sanitaarse kultuuri eest maal on õigesti organisee-  
ritud ühiskondlike sanitaarinspektorite ja Punase Risti ning Punase  
Poolkuu sanitaarpostide tööl suur tähtsus. Maal asetsev tervishoiu-  
aktiiv signaalib meditsiinilistele töötajaile juhtumeist, mis nende  
vaheleastumist nõuavad (nakkushaiguste tekkimine, sanitaaries-  
kirjade rikkumine), täidab meditsiinilise jaoskonna erilisi üles-  
andeid, annab kolhoosnikuile õnnetusjuhtumite ja äkiliste haiges-  
tuste korral esmaabi.

Võitluses sanitaarse kultuuri eest maal on poliitilise hariduse  
asutiste (kolhoosiklubide, lugemistubade, punanurkade) töö maal  
suure tähtsusega. Meditsiinilised töötajad peavad olema tihedas  
kontaktis poliitilise hariduse alal tegutsevate töötajatega, varus-  
tama neid materjaliga (kirjandusega, plakatitega) sanitaarharidus-  
töö tegemiseks ja neid suuliselt informeerima vajalikest sanitaar-  
hariduslikest abinõudest, mis peavad nende tööplaani kuuluma.  
Samasugune kontakt luuakse ka maakoolidega.

Arvestades elanikkonna laialipillatust jaoskonnas tuleb ühelt  
poolt laialdasemalt ära kasutada sääraseid agitatsiooni ja propa-  
ganda vahendeid, mis elanikkonda korruga hulgaliselt hõlmavad

(rajooni leht, raadio) ja teiselt poolt sagedamini korraldada väljaõite kolhoosidesse ja kohalike ürituste teostamist. Viimaste hulgas on eriti suur tähtsus sanitaar-tehniliste kursuste korraldamisel traktoristidele ja kombainitöölistele, põllutöö- ja loomapidamise brigaadide brigadiiridele, traktoribrigaadide arvepidajaile, lüpsjaile, kolhoosisööklate ja hooajaliste sõimede töötajaile jms.

Erilist tähelepanu osutatakse sanitaarharidustöö liikuvaile vormidele (rändnäitus, rändkino, sanitaar-haridusliku agitatsioonibrigaadi esinemised jms.).

Meditsiinilise jaoskonna juhataja maal aitab kõigil tema jaoskonda kuuluvail meditsiinilistel asutistel (velskri- ja ämmaemanda-punktidel, lastesõimedel jm.) vastavalt orienteeruda ja annab neile juhendeid sanitaarharidustöö plaani koostamise kohta. Uksikute asutiste plaanid kavandatakse meditsiinilise jaoskonna ühtsesse plaani. Selle plaani tagamiseks loob meditsiinilise jaoskonna juhataja seose oblasti sanitaarhariduse metoodilise jaama või lähema sanitaarharidusmajaga ja maal agitatsiooni ja propagandat tegevate kohalike organisatsioonidega.

### Sanitaarharidustöö organisatsioon.

Sanitaarhariduse juhtivaks organisatsiooniliseks keskuseks Nõukogude Liidus on NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Sanitaarhariduse Osakond. Liidu- ja autonoomsete vabariikide tervishoiu ministeriumides ning oblastite (linnade) tervishoiuosakondades luuakse sanitaarhariduse osakonnad või sanitaarhariduse inspektor.

Sanitaarhariduse juhtivaks metoodiliseks keskuseks NSV Liidus on Sanitaarhariduse Keskinstituut.

Metoodiline jaam, sanitaarharidusmaja ja sanitaarhariduspunkt on sanitaarhariduse põhiasutised.

Metoodiline jaam juhib sanitaarharidustööd organisatsiooniliselt ja metoodiliselt üle vabariigi või oblasti.

Sanitaarharidusmaja on organisatsioonilis-metoodiline keskus, mis juhib sanitaarharidustööd oma tegevusrajoonis ja teostab vahetult sanitaarhariduslikke üritusi.



Ravi-profülaktiliste ja sanitaarasutiste poolt tehtava sanitaaraharidustöö juhtimiseks on sanitaaraharidusmajal:

1) metoodiline kabinet valitud, läbitöötatud ja süstematiseeritud metoodiliste materjalidega (plaanid ja materjalid loenguiks ja vestlusteks, loosungid, kohalikku tervishoidu käsitlevad materjalid, sanitaarahariduse kirjanduse ja vahendite jms. loend);

2) mitmesuguste objektide varustamiseks määratud masstrükiste fond (brošüürid, lendlehed, meelespead, loosungid, plakatid);

3) õppe- ja näitlike vahendite, projektsiooniaparaatide ja rändnäituste liikuv fond.

Suuremates sanitaaraharidusmajades võib veel leiduda:

a) toimetus-kirjandusosakond masstrükiste ja metoodilise kirjanduse kirjastamiseks ja taaskirjastamiseks;

b) töökojad (tisleritöökoda, diapositiivide töökoda, fotolaboratoorium) näituste loomiseks.

Sanitaarahariduslike ürituste vahetuks teostamiseks on sanitaaraharidusmajal:

1) lektorite büroo alatiste lektoritega;

2) teadusliku ja populaarteadusliku meditsiinilise kirjanduse raamatukogu-lugemistuba (meditsiinilistele töötajatele ja elanikkonnale);

3) näitus tervisekaitse alal;

4) lektoorium (auditoorium loengute korraldamiseks);

5) kabinet ringide tööks ja kursusteks;

6) teatrikollektiiv.

Sanitaarahariduspunkt on rajoonilise ulatusega asutis, mis töötab iseseisva asutisena või kuulub sanitaar-epidemioloogiajaama koosseisu.

Sanitaaraharidusmaja ja -punkt töötavad välja ühtsed plaanid sanitaarahariduse ja propaganda alal oma tegevuse rajoonis, rakendades kõik kohalikud meditsiinilised töötajad osavõtule sellest tööst.

Selle plaani alusel on igal ravi-profülaktilisel ja sanitaarasutisel oma sanitaaraharidustöö plaan. Plaan näeb ette:

a) sanitaarahariduse temaatika teatud ajavahemikuks;

- b) sanitaarhariduspunktid;
- c) sanitaarharidustööle värvatavate arstide ja keskmeditsiinilise personaali kaadri;
- d) töönormid.

Iga meditsiinilise töötaja tegevuse kuuplaan peab sisaldama osa „Sanitaarharidus“ konkreetsete ülesannetega kuu jaoks.

..... velskripunkt.

### Aprillikuu sanitaarhariduse tööplaan.

Kuupäev	Objekt	Teema	Tööliik
3.	Kolhoosi „Tee kommunismile“ juhatus	Asustatud paikade kevadisest puhastusest	Ettekanne
7.	Lugemistuba	Hooaja lastesõimede osa lapse tervise kaitse alal	Esinemine naiskolhoosnikute koosolekul
12.	Velskripunkt	Sanitaarhariduse töö järjekordsed ülesanded	Ühiskondlike sanitaarinspektorite kohalik koosolek
18.	Kolhoosi „Koit“ (põllutööbrigadiirid ja traktoristide brigaadide arvepidajad)	Suvi ja võitlus nakkushaigustega	Vestlus
20.	Velskripunkt	Ringi VSK esimene õppetund	Sama
25.	Kool	Miks ja kuidas teostada kärbsetõrjet	Sama
27.	Velskripunkt	Ringi VSK teine õppetund	Praktilised tööd

Aprillis paigutada artikkel rajooni ajalehte ja artikkel seinalehte „Põldude lööklane“. Korraldada sanitaarnurk Ivankovo lugemistoas.

See töö võetakse arvesse ja näidatakse ära meditsiiniliste töötajate asutiste aruannetes.

X peatükk.

## ARVESTUS JA ARUANDLUS MEDITSIINILISTES ASUTISTES.

Meditsiinilise abi plaanimiseks nii üksikute tervishoiuasutiste kui ka Tervishoiu Ministeeriumi tootmisplaanide koostamiseks, nende plaanide täitmise kontrollimiseks üksikutes asutistes, aruannete koostamiseks, samuti ka üksikute asutiste kontrollimiseks ja nende töö juhtimiseks on vajalik kogu meditsiinilise võrgu ja üksikute meditsiiniliste asutiste töö täpne arvestus.

Iga meditsiiniline asutis peab täpselt arvestust oma töö mitmesuguste elementide kohta ja koostab selle arvestuse alusel tegevuse aruande teatud ajavahemiku kohta.

Meditsiiniliste asutiste mitmekesisus nõuab ka mitmesuguseid arvestuse vorme, mis peegeldavad nende asutiste tööd.

### Arvestusdokumentatsiooni liigid.

Arvestus s. o. üksikute tarvituselevõetud abinõude, töö üksikute elementide ülestähendus toimub sääraselt, et saadud andmeid oleks kergem kokku arvata. Selleks osutub vajalikuks teatud kord ülestähenduste tegemisel, kindel süsteem. Arvestusdokumendi vorm tagab ülestähenduse korda, sest iga lahter, iga rida on määratud teatud momendi ülestähenduseks, mis vajab arvestust.

Vorme, mille järgi toimub üksikute asutiste töö elementide ülestähendus, nimetatakse alamastme dokumentatsiooniks.

Arvestuse ja aruandluse vormide ühtluse tagamiseks, selleks, et aruannete andmed oleksid võrreldavad ja ühesugused kogu NSV Liidule, kinnitatakse kõik alamastme arvestuse dokumentatsiooni

ja aruannete vormid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt, kusjuures need on kohuslikud kõigile meditsiinilistele asutistele.

Iga arvestusele kuuluv element märgitakse ära (dokumenteeritakse) teatud vormi järgi peetavas dokumendis.

Alamastme dokumentatsiooni alal on olemas kaks põhiliiki. Esimene — individuaalne dokumentatsioon, kus üksikute tunnuste või abinõude ülestähendus käib üksiku isiku kohta. Näiteks haiguslugu, kus märgitakse ära mitmesugused vastavat haiget iseloomustavad tunnused (vanus, sugu, elukutse, põetud haigused, haige seisund saabumisel, järgnevate tähelduste alusel, haiglast väljakirjutamisel jms.) ja vastava haige suhtes rakendatud ravi ning muud abinõud.

Haiguslugu on individuaalne dokument ainult vastavasse haigesse puutuvate elementide ülestähendamiseks.

Säärane individuaalne dokument on ka ambulatoorse haige kaart, sünnituslugu, laste arenemislugu nõuandlas, sanitaaržurnaal dispensaarsole järelevalvele võetud isikute jaoks jne.

Üksikisikut puutuvaid üksikuid nähte võib ära tähendada mitte ainult individuaalses dokumendis, vaid ka vastavas raamatus. Nii on haiglais tarvitusel nn. vastuvõtužurnaal, kuhu haiged saabumise järjekorras ühes töökoha ja saabumise kuupäeva ülesmärkimisega sisse kirjutatakse ja ühtlasi ära märgitakse, kelle poolt diagnoos on pandud ja mis numbri all hakatakse haiguslehte tähendatud haige kohta pidama. Pärast haige väljakirjutamist kantakse samale reale andmed haige väljakirjutamise või üleviimise kohta, diagnoos väljakirjutamisel jne.

Mõnes haiglas ja sünnitusmajas peetakse vastuvõtužurnaali asemel või paralleelselt sellega nn. registreerimiskaarte, kus iga haige kohta märgitakse umbes samad teatmed nagu raamatuski.

Individuaalne dokumentatsioon võimaldab registreerida nii arvestusele kuuluvaid juhtumeid kui ka nende suhtes rakendatud abinõusid. Teatud ajavahemiku järel kogunenud ja kokkuarvatud individuaalsed kaardid moodustavad materjali massiliste nähtuste statistiliseks uurimiseks.

Nii annab kiirteatis nakkushaiguse kohta signaali nakkushaiguse

esinemisest; teatud ajavahemiku kestel kogutud ja üksikute asustatud punktide, vanuse, soo, hooaja ja teiste tunnuste järgi kokkuarvatud kujul annavad kiirteatiseid kujutluse epideemilise haigestumuse liikumisest ja selle iseloomust, selgitavad epideemiakoldeid jms. Töötajale haigestuse tõttu esineva töövõimetuse puhul väljaantav töövõimetusleht on dokument, mis teatab ajutise töövõimetuse juhtumist ja on aluseks sotsiaalkindlustustoetuse väljamaksmisel. Kindlaksmääratud kava järgi teatud ajavahemiku eest kokkuarvatud töövõimetuslehed annavad kujutluse haigestuste liikidest ja iseloomust, mis käitises, asutises või mingisuguses tööstusharus on seotud ajutise töövõimetusega.

Uldise haigestumuse uurimisel kasutatakse ambulatoorsete haigete statistilisi kaarte, mis koostatakse iga haigestuse kohta, mille puhul haigele esimest korda meditsiinilist abi osutati. Oma olemuselt on säärane kaart väljavõtte individuaalkaardist.

Sünnitusabikaart, abortide arvestuse kaart jne. kujutavad endist sama tüüpi individuaalset dokumentatsiooni.

Teine arvestusdokumentatsiooni liik kujutab endast mitmesuguseid vorme, mille järgi arvestatakse teatud momente, mis iseloomustavad meditsiinilise asutise tööd. Esimest liiki arvestusdokumentatsioonist erinevad vormid selle poolest, et nende järgi arvutatakse meditsiinilise asutise töö üksikuid tunnuseid.

Seda liiki dokumentatsiooni näidiseks on meditsiinilise asutise töö päevik, näiteks haigla töö päevik. Selle üksikuis lahtreis näidatakse ära voodite arv iga päeva kohta, saabunud ja lahkunud haigete arv osakondade järgi jne. „Saabunute arvu“ lahtri täitmiseks mingisuguse päeva kohta tuleb näiteks liita saabunud haigete arv vastuvõtužurnaali järgi; sama tuleb teha ka lahtri „väljakirjutatud ja surnud“ täitmiseks. Lahtris „Oli haigeid“ näidatakse iga päeva lõpul ära selle päeva jooksul osakonda saabunud haigete arv. Järgnevatel päevadel liidetakse selle arvuga saabunute arv ja arvatakse maha väljakirjutatud ja surnud isikute arv.

Lahtrisse „Tegelikult avatud voodite arv“ kantakse nende voodite arv iga päeva kohta. Lahtrisse „Suletud voodite arv osakon-

nas" kantakse millegipärast (karanteeni, remondi tõttu jms.) suletud voodite arv iga päeva kohta. Peale selle näidatakse päeviku osas „Haigla kohta kokku“ (vaata haigla päevik) teatmed vastavate haiguslugude või vastuvõtužurnaali vastavate ridade kokkuvõtte järgi, sünnituslugude ja abordiaktide kokkuvõtte põhjal.

Teiste ravi-profülaktiliste asutiste tööd arvestavad päevikud koostatakse umbes sama põhimõtte alusel, kusjuures neis päevikuis arvestusele kuuluvad elemendid vastavad ühe või teise asutise töö iseloomule. Haiglas moodustavad haiglavoodid ja haiged arvestuse peaelemendi; ambulatooriumis — külastused; röntgenikabinetis — läbivalgustused, ülesvõtted; piimaköögis — väljastatud portsjonid jne.

Päevik on dokument, mille alusel iga päev võib jälgida ravi-profülaktilise asutise tööd.

Päeviku pidamine kuulub keskmeditsiinilise personali kohustuste hulka.

### Meditsiiniline aruandlus.

Päeviku igapäevaste sissekannete põhjal koostatakse meditsiinilise asutise töö aruanne teatud ajavahemiku kohta. Aruannete esitamise tähtsajad kõrgemalseisvatele organisatsioonidele (rajooni, oblasti tervishoiuosakonnale) määratakse kindlaks NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt.

Tavaliselt koostatakse kvartali-, poolaasta- ja aastaaruanded.

Aruande koostamine on kohuslik igale ravi-profülaktilisele asutisele. See võimaldab asutise juhatajal analüüsida tehtud tööd ja põhjustab seega ühtede või teiste operatiivsete abinõude tarvituselavõtmist. Vastavaile tervishoiuorganitele (rajooni, oblasti tervishoiuosakondadele) esitatud aruanne on materjaliks rajooni, linna, oblasti tervishoiu tööplaani koostamisel ja võimaldab aruandeperioodi plaani täitmise kontrollimist.

Aruandes esitatakse teatmed asutise töö kõige olulisemate elementide kohta. Seepärast kehtib aruandevormi suhtes põhinõue, et see oleks lühike ja sisaldaks teatmeid, mis vastavad ülaltähendatud eesmärkidele.

Ravi-profülaktilise asutise meditsiiniline aruanne koosneb kolmest osast. Esimene, nn. passiosa, sisaldab teatmeid vastava asutise asukoha ja tüübi kohta. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud meditsiiniliste asutiste klassifikatsiooni kohaselt, asutise osiste kohta, s. o. missugustest osakondadest ja kabinetidest ta koosneb, varustatuse s. o. mitmesuguste ravi-diagnostika-asutiste kohta nagu laboratooriumid, röntgenikabinet, füsioteraapiakabinetid, apteegid, desinfektsiooniseadeldis, lahkamiskamber jne.

Aruande teises osas esitatakse teatmed asutise määrkonna s. o. ametikohtade (vastavat asutist teenindavate arstide, keskmeditsiinilise personaali, noorema meditsiinilise personaali jne.) arvu kohta.

Selles osas näidatakse ära määraliste ametikohtade s. o. vastava asutise plaanis ja eelarves ettenähtud ametikohtade arv ja esitatakse teatmed täidetud ametikohtade arvu kohta. Haiglas on näiteks ette nähtud 6 arsti ametikohta ja 5 täidetud ametikohta, seega on üks ametikoht vakantne. Seejuures tuleb silmas pida, et ametikoht ei vasta füüsilisele isikule, vaid samastatakse palgamääraga. Nii on näiteks haigla määrkonnas ette nähtud 12,5 keskmeditsiinilise personaali ametikohta ja täidetud 10,5, kusjuures on olemas ainult 8 füüsilist isikut; sellest järgneb, et peale 2 vakantse ametikoha on 2,5 ametikohta täidetud kohakaasluse alusel. Ametikohade arv vastab palgamäärade arvule; murdarvudega tähendatud määralised või täidetud ametikohad vastavad poolele, veerandile jne. eelarvelisele või tegelikult väljamakstavale palgamäärale.

Aruande kolmas osa sisaldab vastava asutise tööd iseloomustavaid teatmeid.

Aruande esimene ja teine osa on üldised kõigile meditsiinilistele asutistele, kolmas osa on spetsiifiline igale ravi-profülaktilistele asutiste liigile ja annab kujutluse selle töö iseärasustest. Erandi moodustab maa-arstijaoskonna aruanne, kuna maal töötav arst juhatab kõigi maa-arstijaoskonna asutiste tööd ja esitab ühes dokumendis kõik teatmed kõigi ravi-profülaktilise töö liikide — haigla, ambulatooriumi, velskripunktide jne. nende poolt teostatavate profülaktiliste abinõude kohta.

Aruande andmete põhjal võib teha otsuse elanikkonna kindlustatuse kohta ühe või teise meditsiinilise abi liigiga ja meditsiiniliste asutiste tegevuse kohta.

### Haigla töö põhinäitajad.

Elanikkonna kindlustatus statsionaarse ehk haiglaabiga tehakse kindlaks tegelikult avatud voodite arvu suhtega 1000 teenindatava elaniku kohta.

Näiteks oli maahaiglas 1931. a. jooksul 20 tegelikult avatud voodit; vastava haigla poolt teenindatavate elanike arv võrdub 7500 isikuga. Elanikkonna haiglaabiga kindlustatuse näitaja ehk koefitsient võrdub  $\frac{20 \times 1000}{7500} = 2,6$  voodit 1000 elaniku kohta.

Mitme statsionaarse asutise (haigla, sünnitusmaja) poolt teenindatava elanikkonna haiglaabiga kindlustatuse üle otsustamiseks tuleb eelkõige kindlaks teha kogu olemasolev voodite fond, s. o. kokku arvata kõigis neis asutistes tegelikult avatud voodid ja suhendada nende summa elanike arvuga. Näiteks oli Moskvas rahvaloenduse andmeil 1939. a. 4137018 elanikku, kusjuures voodite fondis oli 26688 voodit. Moskva linna elanike kindlustatus haiglaabiga väljendus järgmistes arvudes:  $\frac{26688 \times 1000}{4137018} = 6,5$  voodit 1000 elaniku kohta.

Samal viisil tehakse kindlaks ka elanikkonna kindlustatus vooditega üksikute erialade järgi (terapeutiliste, kirurgiliste jne.). Selleks ei suhendata kogu voodite fondi elanike arvuga, vaid ainult voodite arvu vastaval erialal.

### Statsionaarsete asutiste tegevus.

Iga statsionaarse asutise aruandes leiduvad lahtrid eelarveliste voodite arvu ja tegelikult avatud voodite arvu äramärkimiseks. Eelarvelised voodid kuuluvad plaani järgi aasta jooksul avamisele ja on vastavate assigneeringutega (eelarvega) tagatud.

Niisiis toimub statsionaarse asutise finantseerimine eelarveliste voodite arvu alusel. Tegelikult avatud vooditele on tagatud ruumid,



personaal, voodi- ja ihupesu, nee on teiste sõnadega täiesti valmis haigete vastuvõtuks ja ülalpidamiseks.

Nende kahe lahtri alusel („Eelarveliste voodite arv“ ja „Tegelikult avatud voodite arv“) võib ära määrata plaani täitmist voodite avamise alal, mida tavaliselt arvutatakse protsentides. Nii on näiteks haiglas 200 eelarvelist voodit, aasta jooksul on tegelikult avatud 180 voodit, järelikult on plaan täietud  $\frac{180 \times 100}{200} = 90\%$  ulatuses.

Stationsaarse asutise töö plaan ja tehtud töö tehakse kindlaks tavaliselt voodipäevade näol. Näiteks tuleb linnahaiglas iga voodit 340 päeva jooksul aastas kasutada, kusjuures haiglal plaani järgi (eelarve või määrkonna järgi) on 200 voodit. Tingimusel, et iga voodit 340 päeva jooksul aastas kasutatakse, annavad 200 voodit  $200 \times 340 = 68000$  plaanilist voodipäeva.

Aruandes leidub lahter „Kõigi haigete poolt veedetud voodipäevade arv“, mis päeviku põhjal iga päeva lõpuks haiglas viibivate haigete arvu liitmise teel täidetakse. Näiteks viibis 1. jaanuari lõpuks haiglas 15 haiget, 2. jaanuari lõpuks — 16, 3. jaanuari lõpuks — 12. Nende 3 päeva jooksul veedetud voodipäevade arv on  $15 + 16 + 12 = 43$  voodipäeva.

Voodipäevade plaanilise arvu vastandamine tegelikult veedetud voodipäevade arvuga annab kujutluse plaani täitmise kohta voodipäevade osas. Oletame, et haiged on aasta jooksul veetnud haiglas 65410 voodipäeva. Tähendab haigla tööplaani on (voodipäevade osas) täidetud  $\frac{65410 \times 100}{68000} = 96,2\%$  ulatuses. Teiste sõnadega voodite fond on käesoleval aastal 96,2% ulatuses ära kasutatud.

Nende andmete põhjal võib kindlaks teha, mitme päeva jooksul aastas voodit keskmiselt kasutati, teiste sõnadega, voodi keskmist kasutamise kestust. Kui haiged näiteks veetsid haiglas 65410 voodipäeva ja tegelikult avatud voodite arv oli 180, siis kasutati iga voodit keskmiselt  $\frac{65410}{180} = 363,3$  päeva jooksul aastas.

Võib aga ka juhtuda, et kõigi voodite täielikul avamisel eelarve järgi voodi kasutamise näitaja ületab arvu 365, s. o. päevade arvu aastas. Säärane olukord võib tekkida järgmistel asjaoludel. Oletame, et haiglal on 20 tegelikult avatud ja kasutatavat voodit. Haiglasse saabuvad aga veel mõned haiged, keda nende tervisliku seisundi põhjal haiglasse tuleb vastu võtta. Säärasel juhul asetatakse tagavaravoodid koridori, paigutatakse haiged valvetoas või arstistoas leiduvasse voodisse jms. Need voodid on väljaspool eelarvet, kuid nende ülalpidamine toimub eelarveliste voodite kulus. Nende voodite arvu aruandes ei näidata, kuid haigete poolt veedetud aeg kuulub äranäitamisele veedetud voodipäevade all, kuna see annab tunnistust haigla tööst. Kui säärane olukord haiglas sageli kordub, võib voodi kasutamise näitaja ületada 365 päeva aastas, mis vihjab haigla ülekoormatusele.

Aruande andmete põhjal võib ka otsustada personaali koormuse üle. Näiteks on haiglas tegelikult 180 voodit avatud, kusjuures 15 arsti ametikohta on tegelikult täidetud. Võib arvutada, mitu voodit tuleb ühe täidetud arsti ametikoha kohta:  $180 : 15 = 12$ . See tähendab, et arsti koormus haiglas vastab 12 voodile.

Edasi võimaldab aruanne kindlaks teha nn. haige voodis viibimise kestuse näitajat, s. o. päevade arvu, mis haige keskmiselt veedab haiglas. Näiteks on haiglas veedetud 65410 voodipäeva, kusjuures aasta jooksul on välja kirjutatud 3945 haiget ja surnud 143 haiget. Et kindlaks määrata, mitu päeva üks haige keskmiselt haiglas viibis, tuleb veedetud voodipäevade arv jagada väljakirjutatud ja surnud haigete summaga:

$$\frac{65410}{3945 + 143} = \frac{65410}{4088} = 16,0$$

s. t. üks haige veetis haiglas keskmiselt 16 päeva.

Väljakirjutatud ja surnud haigete summa asemel võib näidata nimetajas saabunute arvu, sest see on tavaliselt sama või selle lähedane.

Nagu eelmistes peatükkides tähendatud, on voodi käive s. o. arv, mis näitab, mitu haiget keskmiselt aasta jooksul voodis viibis, tihedas seoses nimetatud näitajatega. Näiteks lahkus haiglast aasta

jooksul 4088 haiget (väljakirjutatud + surnud), avatud voodite arv oli 180; voodi käive aasta jooksul oli  $\frac{4088}{180} = 22,7$  s. o. aasta jooksul kasutas üht voodit keskmiselt 23 haiget.

Tähtsaks momendiks haigla töö iseloomustamisel on nn. letaalsuse kindlaksmääramine statsionaarsetes asutistes. Letaalsuse ehk surmavuse all mõistetakse haiglas surnud haigete arvu suhet lahkunud haigete (väljakirjutatud + surnud) või teatud ajavahemikul haiglasse saabunud haigete arvuga, mille aluseks võetakse 100, s. o. protsentides. Näiteks suri haiglas aasta jooksul 143 ja lahkus 4088 haiget. Letaalsuse koefitsient on:

$$\frac{143 \times 100}{4088} = 3,5$$

s. o. 100 haige kohta tuli aastas keskmiselt 3,5 surmajuhtumit. Letaalsuse koefitsient arvutatakse haigla kohta üldiselt ja osakondate järgi. Letaalsuse koefitsient tehakse kindlaks ka üksikute haigusliikide kohta. Kõigi lahkunud ja surnud haigete asemel võetakse sama haigust põdenud haigete arv, kes on välja kirjutatud ja surnud.

Nii voodite avamise plaani täitmise kui ka statsionaari töö plaani täitmise protsent (voodipäevades) võib lugeda näitajaiks, mis iseloomustavad töö koguselist külge; voodi kasutamine, haige voodis viibimise kestus ja voodi käive, eriti aga letaalsus annavad koguselise iseloomustuse kõrval kujutluse haigla töö kvalitatiivsest küljest. Nii vihjab letaalsuse kõrge koefitsient haige lühikese voodis viibimise kestuse juures haigla halvale tööle.

Kui sünnitanu sünnitusmajas viibimise kestus on lühike, annab see asjaolu iseendast juba teatud kujutluse sünnitusabi kvaliteedist jne.

Sünnitusmajade aruande andmeil tehakse kindlaks vastsündinute suremuse näitaja, s. o. surnud vastsündinute protsendiline suhe kõigi elusalt sündinute arvuga. Näiteks suri 40 last, elusalt sündinuid oli 2781; vastsündinute suremus  $\frac{40 \times 100}{2781} = 1,4$  iga 100 vastsündinu kohta.

Emade suremus tehakse kindlaks surnud sünnitajate arvu suhtega sünnituste arvuga, mille aluseks võetakse 1000. Näiteks suri sünnitusmajas 3 sünnitajat, sünnitusi oli 4516. Emade suremuse näitaja on  $\frac{3 \times 1000}{4516} = 0,7$  iga 1000 sünnituse kohta.

### Ambulatoorsete-polikliiniliste asutiste töö näitajad.

Elanikkonna kindlustatust arstliku ambulatoorse-polikliinilise abiga võib kindlaks teha vastava ambulatoorse-polikliinilise asutise või mitme säärase asutise poolt teenindatavate elanike arvu suhtega täidetud arstide ametikohtade arvuga. Polikliinik teenindab näiteks 40.000 isikut. Aruandest selgub, et seal on täidetud 80 arsti ametikohta. Nii tuleb ühele arsti ametikohale  $\frac{40.000}{80} = 500$  isikut.

Elanikkonna kindlustatus ja ühtlasi ka teenindatavus arstliku ambulatoorse-polikliinilise abiga tehakse kindlaks külastuste arvu alusel ühe elaniku kohta aastas. Polikliinik teenindab näiteks 40.000 isikut, arstide külastuste arv aastas oli 240.000; nii tuleb keskmiselt ühe isiku kohta aastas  $\frac{240.000}{40.000} = 6$  arsti külastust.

Ambulatoorse-polikliinilise asutise tegevuse iseloomustamiseks määratakse kindlaks arsti või keskmehitsiinilise personaali koormus tööpäeva kohta. Et seda näitajat näiteks arstide osas arvutada, tuleb arstide külastuste arv jagada asutise tööpäevade arvuga ja saadud jagatis jagada arstide täidetud ametikohtade arvuga. Polikliinik töötas aastas näiteks 301 päeva, selle aja jooksul registreeriti 70348 külastust, arstide täidetud ametikohtade arv oli 7. Jagades  $70348 : 301 = 233,7 : 7 = 33,4$  saame keskmiselt üle 33 külastuse tööpäeva kohta.

Teatud kujutluse naistenõuandla töö kvaliteedist annavad nende järelevalvele saabunud rasedate naiste rasedusperioodid. Mida varem rase järelevalvele võetakse, seda paremini võib teda teenindada. Samal eesmärgil arvutatakse ka raseda sünnituspuhuse loase võimaldamise õigeaegsuse näitaja.

Lastenõuandla aruande järgi osutub tähtsaks näitajaks esimesel eluaastal saabunud laste arvu suhe vastava nõuandla poolt teenindataval maa-alal aruandeperioodi jooksul sündinud laste arvuga. Mida rohkem lapsi on nõuandla arvel, seda aktiivsemalt ta töötab. Tähtsaks osutub ka kuni 1 a. vanuste tervete laste protsendi kindlaksmääramine, kes esimest korda nõuandlasse toodi mitte haiguse pärast, vaid mingisuguse profülaktilise nõuande saamiseks. Mida suuremaks osutub esmakordselt nõuandlasse toodud tervete laste arv, seda paremini on nõuandla profülaktiline töö korraldatud.

Tuleb meeles pidada, et ainult tähelepanelik suhtumine arvestusse, arvestusdokumentidesse, nende korralik pidamine ja säilitamine võimaldavad õigesti koostada aruannet, õigesti iseloomustada asutise tööd, parandada vigu, läbi viia parandusi ja ratsionaalselt korraldada tööd.

**Operatiiv-rahandusplaan.** Nagu juba mainitud, osutub aruanne ühelt poolt materjaliks, mille järgi kontrollitakse asutise töö plaani täitmist ja mille alusel teiselt poolt koostatakse järgmise aasta rahandus- ja tootmisplaan.

NSV Liidu Tervishoiu Ministerium on kehtestanud „ühtse süsteemi plaani ja eelarve koostamiseks tervishoiuasutistes“, mis on kohuslik kõigile tervishoiuasutistele.

Iga ravi- ja profülaktiline asutis peab koostama aasta algul oma operatiiv-rahandusplaani (eelarve) kogu eelolevaks aastaks.

Operatiiv-rahandusplaanis kasutatakse eelmise aasta kinnitatud plaani teatmeid, mis iseloomustavad asutise eelmise aasta tegevuse põhimomente ja on võetud asutise finantsaruandest ja tegevusaruandest, mis omakorda määravad kindlaks plaani täitmise. Arvestades limiite, mis esitatakse kõrgemalseisvate organisatsioonide poolt, koostatakse üldtähendatud andmete põhjal projektplaan eelolevaks aastaks.

Operatiiv-rahandusplaan (eelarve) on oma struktuurilt äärmiselt lihtne. Seda võib üldiselt jaotada kolme ossa.

Esimeses osas näidatakse ära vastava asutise töö põhinäitajad. Arstlikud asutised esitavad veel teatmeid asutise struktuuri ja eri-

ala kohta. Juhul, kui need asutised annavad eriliiki abi, siis esitatakse ka vastavad andmed.

Operatiiv-rahendusplaani teine ja kolmas osa on üldised kõigile asutistele. Teises osas esitatakse teatmed määrkondade ja palgafondi kohta, kolmandas — kulude kokkuvõtt ja nende arveldus ning põhjendus. Säärasele plaanile lisatakse juurde määrkonna loetelu.

Velskri-, velskri-ämmaemandapunkti ja kolhoosi sünnitusmaja operatiiv-rahendusplaani täidetakse järgmiselt:

Läinud aasta plaani kõrval esitatakse esimeses osas aruande teatmed, mis iseloomustavad selle plaani täitmist. Need teatmed puutuvad punkti poolt tehtava töö mahusse s. o. punkti külastamiste arvusse haigete poolt, haigete külastamiste arvusse nende kodudes punkti töötajate poolt. Kui punkti juures olid olemas voodid, siis näidatakse ära nende üldarv ja sünnitusvoodite arv, sünnituste arv punktis ja sünnitajate pool kodus; esitatakse andmed kaitsepoogete arvu ja sanitaarharidustöö kohta (loengute ja vestluste arv), näidatakse ära majast majja tehtud sanitaarjärelevaastuste arv. Kõik need teatmed kirjutatakse välja vastavatest aruannetest punkti töö kohta.

Samuti võetakse operatiiv-rahendusplaani teatmed eelmise aasta plaani ja aruannete ning muude osade s. o. punkti määrkonna ja palgafondi, samuti ka kulude kohta, kusjuures kulude summad loetellakse artiklite järgi (palk, haigete toitlustus, ravimite hankimine jne.).

Järgmise aasta plaan projekteeritakse tähendatud osade järgi eelmise aasta plaani täitmise alusel, edasi loetellakse aasta jooksul selgunud elanikkonna vajadused ühe või teise abi liigi alal ja märgitakse need nende summade limiitide kohaselt ära, mis kõrgemal-seisivate organisatsioonide (rajoonide tervishoiuosakonna) poolt eelolevaks aastaks assigneeritakse. Peale selle põhjendatakse eelolevaks aastaks projekteeritavad kulud üksikasjalise arveldusega üksikute artiklite järgi (vaata lisa „Velskri-, velskri-ämmaemanda-ämmaemandapunktide ja kolhooside sünnitusmajade operatiiv-rahendusplaani (eelarve)“).

## MAAL ASETSEVA VELSKRI- JA VELSKRI-ÄMMAEMANDAPUNKTI MÄÄRUSTIK.

Kinnitatud NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi poolt 29. VI 1939. a.  
(NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi ametlik kogumik nr. 19—20, 1939).

### I Üldeeskirjad.

1. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid on maal asetsevad ravi-profülaktilised algasutised; nad kuuluvad selle maa-arstijaoskonna koosseisu, mille maa-alal nad organiseeritakse ja töötavad maa-arstijaoskonna juhataja juhatusel käesoleva määrustiku alusel.

2. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid organiseeritakse ühe-kahe külanõukogu elanikkonna teenindamise arvestusega ja avatakse tavaliselt ühe külanõukogu asukohas, sovhooside, metsatööstuse, traktorijaamade, turbatööstuse ja muude ettevõtete juures.

3. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti teenindamisele kuuluv maa-ala ühes selle piiride, asulate ja vastava punkti asukoha täpse äratähendusega määratakse kindlaks selle maa-arstijaoskonna juhataja poolt, kelle koosseisu punkt kuulub, ja kinnitatakse rajooni tervishoiuosakonna poolt.

4. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti juhatab rajooni tervishoiuosakonna poolt määratav lõpetatud meditsiinilise keskhari-  
dusega velsker.

Märkus: Velskri-ämmaemandapunkti ämmaemandal peab olema lõpetatud meditsiiniline keskhari-  
dus.

5. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti tööplaani moodustab osa maa-arstijaoskonna üldplaani ja kinnitatakse maa-arstijaoskonna juhataja poolt.

6. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt peab kogu dokumentatsiooni ja arvestust oma töö kohta kindlaksmääratud vormide järgi ja saadab selle õigeaegselt aruandetabeliga kinnitatud tähtaegadel maa-arstijaoskonna juhatajale, jättes punkti kõigi aruannete ära kirjad.

7. Ametisõitudeks ja haigetele abiandmiseks kodus varustatakse velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt tasuta transpordivahenditega teenindatavate kolhooside, sovhooside, metsavarumisorganisatsioonide jm. arvel ja võimaluse korral ka oma transpordivahenditega.

8. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt on selle külanõukogu eelarvel, kelle maa-alal ta asetseb, ja töötab kinnitatud aastaeelarve alusel.

9. Väljastatavate dokumentide vormistamiseks on velskri- ja velskri-ämmaemandapunktil oma pitsat ja nurgatempl.

## II. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti ülesanded.

### a) Ravi-profülaktilise töö alal.

10. Tasuta ambulatoorse abi andmine punktile kinnistatud maa-alal elunevale elanikkonnale.

Märkus: Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt on kohustatud andma meditsiinilist abi pakilistel juhtudel, kui tema poole pöörduvad haiged, kes ei elune vastava punkti poolt teenindataval maa-alal.

11. Selgumata diagnoosiga, raskesti diagnoositavat või arstlikku vaheleastumist nõudvat haigestust põdevate haigete õigeaegne suunamine jaoskonna arstlikku ambulatooriumi.

Kui vastavas arstijaoskonnas puudub arst, suunab velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt haiged teise arstijaoskonda või rajooni ambulatooriumi.



12. Esmaabi ägedate haigestuste ja õnnetusjuhtumite puhul (mürgistused, veristused, haavad).

Pakilise arstliku abi vajaduse korral annab velsker neil juhtudel esmaabi ja võimatuse korral transportida haiget lähimasse arstlikku ambulatooriumi või haiglasse kutsub erakordselt välja arsti maa-arstijaoskonnast või rajoonikeskusest.

13. Süstemaatiline järelevalve tuberkuloosi-, sugu-, trahhoomihaigete õigeaegse ravi üle; abinõude tarvituselevõtmine suguhaigete varaseks hospitaliseerimiseks haiguse ägeda nakkuse perioodis; nakkusallikate avastamine ja nende suunamine ravile.

14. Velskri töö hulka kuulub velskri kohustuste määrustikus ettenähtud abi andmine ja pisikirurgilised operatsioonid.

15. Velskri-ämmaemandapunkt võtab arvele ja patronaazile kõik tema jaoskonda kuuluvad rasedad naised ja imikud. Seda tööd teeb ämmaemand vastavalt ämmaemandapunkti juhendile.

16. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt teostab ravialaseid ja sanitaar-profülaktilisi üritusi laste ja noorukite hulgas, koolide, lastesõimede, lasteaedade, pioneerilaagrite perioodilist järelevaastust ja neis olevate laste meditsiinilist läbivaatust.

17. Velskri-ämmaemandapunktis teostab velsker ambulatoorset vastuvõttu; ämmaemand teeb tööd nõuande alal naistele ja väikelastele ja annab üldist pakilist meditsiinilist abi.

18. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt annab sünnitusabi kodus. Velskripunktis annab velsker seda abi ämmaemandatele lubatud ulatuses, velskri-ämmaemandapunktis — ämmaemand vastavalt ämmaemanda kohustuste määrustikule.

19. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid annavad haigetele ravialast abi kodus.

20. Maa-jaoskonnaarsti väljasõitude kalendripäevadel velskri- ja velskri-ämmaemandapunktidesse kutsub velsker välja kõik haiged ja rasedad, kes vajavad arstlikku konsultatsiooni.

21. Iseseisvat meditsiinilist punkti juhataval velskriil on õigus oma allkirjaga ja ameti ning meditsiinilise kutse äratähendamisega apteekidest välja kirjutada kõiki vajalikke ravimeid, sealhulgas

mürk- ja kangetoimelisi aineid famakopöa poolt kindlaksmääratud maksimaalannust mitteületavais annuseis.

22. Velsker annab välja:

a) töövõimetuslehti (kohtades, kus ei ole ravivat arsti) arsti-jaoskonna juhataja järelkontrollil; nende velskrite nimestik ja töövõimetuslehtede kestus, milleks nad võivad välja anda töövõimetuslehti, määratakse kindlaks UAUKN-i ja NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi juhendi alusel;

b) õiendeid kaitsepoogete, sündide, rasedate üleviimise kohta kergemale tööle, surmatõendeid.

## b) Epideemiavastase ja sanitaarlase töö osas.

22. Kõigi nakkus- ja selgumata diagnoosiga ägedaid palavikuhaigusi põdevate haigete avastamine, arvele võtmine ja registreerimine.

24. Kiirteatise saatmine iga avastatud nakkushaiguse, nakkusallika ja rajooni tervishoiuosakonna riikliku sanitaarinspektori poolt tarvituselevõetud abinõude kohta, informeerides sellest ühtlasi ka maa-arstijaoskonda.

25. a) Abinõude tarvituselevõtmine nakkushaiguste levimise tõkestamiseks avastatud koldest, avastatud nakkushaigete varaseks hospitaliseerimiseks jaoskonna- või rajoonihaiglas, epidemioloogilise uurimise teostamine; b) kolde lihtsaima desinfektsiooni teostamine omal jõul ja haigega kokkupuutunud isikute sanitaarkorrastus ühes süstemaatilise järelevalve sisseseadmisega nende üle.

Märkus: Velskri-ämmaemandapunkti ämmaemänd piirdub epideemiavastaste abinõude alal viivitamatu signaalimisega velskri-ämmaemandapunkti juhatajale tema poolt ämmaemanda töökäigus avastatud ägedate nakkushaiguste juhtumite kohta. Ämmaemanda kaasatõmbamine muudele epideemiavastastele töödele epideemiliste haigestuste puhul toimub maa-arstijaoskonna või rajooni tervishoiuosakonna juhataja korraldusel.

26. Kaitsepoogete tegemine röugete, kõhutüüfuse, düsenteeria,

difteeria ja leetrite vastu maa-arstijaoskonna juhataja poolt kinnitatud plaani järgi ja tema kontrollil.

27. Malaariavastaste ürituste teostamine: lihtsaimate hüdrotehniliste tööde organiseerimine kolhoosis, asustatud punktis, kolhooside bonifikaatorite ja akrikinisaatorite töö juhtimine, eelmisel aastal malaariat põdenud isikute retsidiivivastase ravi teostamine kindlaksmääratud tähtaegadel ja kõigi registreeritud malaariahaigete süstemaatiline ravi.

28. Jooksva sanitaarjärelevalve teostamine oma punkti territooriumil:

a) toiduainete-kaupluste (kioskite), kolhoosisööklate, piimatööstuste, ühiselamute, põllulaagrite, vesivarustusallikate (eriti kaevude), saunade ja muude objektide sanitaarse seisundi üle;

b) koolide, lasteaedade, mängumurude ja muude lasteasutiste üle.

29. Aktide koostamine uuritavate objektide mitterahuldava sanitaarse seisundi, samuti ka kõigi velskri näpunäidete ja ettepanekute täitmata jätmise kohta kolhooside, külanõukogu juhataste, koolide juhatajate, sovhooside administratsiooni jt. poolt punkti maa-ala ja üksikute objektide sanitaarse seisundi parendamise kohta ja aktide saatmine rajooni riiklikule sanitaarinspeksioonile arstijaoskonna juhataja kaudu.

c) Sanitaarharidustöö ja ühiskondliku aktiivi organiseerimise alal.

30. Sanitaarse ja ravi-profülaktiliste ürituste eduka teostamise eesmärgil värbab velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt tööle ühiskondliku aktiivi (ühiskondlikud sanitaarvolinikud, sanitaarpostide liikmed, Punase Risti ja Punase Poolkuu ringid) ja tugineb oma töös külanõukogu kultuurilis-elukondlikule sektsioonile.

31. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunktid organiseerivad NSV Liidu riikliku sanitaar-peainspektori poolt 4. XI 1937. a. kinnitatud kolhooside, sovhooside ja traktorijaamade ühiskondlike sanitaarvolinike erimäärustiku alusel valitavate ja töötavate ühiskondlike sanitaarvolinike tööd.

32. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti juhataja:

a) juhib ühiskondlike sanitaarvolinike, sanitaarposti liikmete, Punase Risti ja Punase Poolkuu ringide, „Valmis NSV Liidu sanitaarseks kaitseks“ ja õhu- ning sanitaarkeemiakaitse ringide õppetööd sanitaarse ettevalmistuse, õigeaegse vältimatu abiandmise alal haavade ja vigastuste puhul põllu- ja muude tööde ajal ja kaitsetöö alal kindlaksmääratud kavade järgi;

b) juhib ühiskondliku aktiivi tööd.

33. Vastavalt maa-arstijaoskonnale väljatöötatud elanikkonna hulgas tehtava sanitaarharidustöö plaanile teeb velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt süstemaatilist sanitaarharidustööd ettekannete ja vestluste, sanitaarhariduslike brošüüride ja lendlehtede ettelugemise, rühma- ja individuaalvestluste näol, kasutades selleks klubi- sid, lugemistube, kooli ühiselamuid, põllulaagreid ja tehes kaastööd seinalehele ja rajooni ajakirjandusele.

Lisa 1.

### M ä ä r k o n n a d.

Ametikoht	Velskripunkt	Velskri-ämma- emandapunkt
Velsker . . . . .	1	1
Ämmaemand . . . . .	—	1
Sanitar . . . . .	1	1
K o k k u	2	3

Lisa 2.

### Ruumide loetelu.

Jrk. nr.	Ruumi nimetus	Pindala m <sup>2</sup>	
		Velskripunkt	Velskri-ämma- emandapunkt
1.	Esik — lahtiriietusruum (soe)	10	10
2.	Ooteruum . . . . .	15	15
3.	Haigete vastuvõtu kabinet . .	10	2 à 10
4.	Sidumisruum . . . . .	12—15	12—15
5.	Palat haigete isoleerimiseks .	10	10
6.	Käimla . . . . .	3—5	3—5

## VELSKRIPUNKTI MEDITSIINILISE JA MAJAPIDAMIS- SISUSTISE TABEL.

Ooteruum koos lahtiriietusruumiga.

1. Seljatoega varustatud pingid haigetele 4
2. Laud veenõude jaoks 1
3. Karavin või paak vee jaoks 1
4. Loputuskauss
5. Kandik, emailitud 1
6. Klaasid 2
7. Süljekausid 2
8. Laud kirjanduse jaoks 1
9. Lambid 2
10. Toatermomeetrid 2
11. Sanitaarharidusnäitus 1

Lahtiriietusruum.

1. Nagi 15 numbriga 2
  2. Pink 1
  3. Taburet 1
- Kabinet ja sidumisruum.
1. Kirjutuslaud 1
  2. Toolid 2
  3. Puutaburetid 3
  4. Kušett pehme pealusega 1
  5. Jalapink 1
  6. Kapp ravimite jaoks 1
  7. Pesukapp 1
  8. Sidumislauad 1
  9. Laud ravimite valmistamiseks ja väljaandmiseks 1
  10. Laud instrumentide jaoks 1
  11. Rippuv raamatukapp 1
  12. Veekann 1
  13. Seebialune 1
  14. Kauss, emailitud 1
  15. Ämbrid, tsingitud 2
  16. Ämber, emailitud 1

17. Kastrulid, emailitud kaanega 2
18. Seinakell 1
19. Priimus 1
20. Petrooleumilambid 3
21. Süljekausid 2
22. Kandraam 1
23. Toatermomeeter 1
24. Põrandahari — liht 1
25. Prügikühvel 1
26. Ahjuroop 1
27. Söekühvel 1
28. Trepp (kantav) 1
29. Esmaabi plakatid 1 komplekt
30. Linad 6
31. Käterätid 10
32. Kitlid, meditsiinilised 6
33. Peakatted 6  
(velskri-ämmaemandapunktis 9)
34. Padjad, väikesed 2
35. Padjapöörid nende jaoks 6
36. Padjandid 2
37. Varnad käterättidele ja kitlitele 2

#### Meditsiiniline instrumentaarium.

1. Sterilisaator instrumentide jaoks petrooleumkeetjaga 1
2. Taldrikud, emailitud madalad 2
3. Sentimeetrilint 1
4. Trumlid, metallist väikesed 2 (3)
5. Koch'i aparaat auruga steriliseerimiseks 1
6. Klaaskorkidega varustatud purgid sidumismaterjali jaoks 3
7. Korntangid materjali ja instrumentide steriliseerimiseks 1
8. Skalpelligid, mitmesugused 5
9. Pintsetid, anatoomilised 2
10. " kirurgilised 2 (3)
11. " ripsmete jaoks 1
12. " hamba 1

13. " Péan'i 1
14. " Kocher'i 1
15. " trahhoomi 1
16. Nõelapiht 1
17. Nõelad, kirurgilised mitmesugused 15
18. Cooper'i käärid 2
19. Käärid, sirged, terava otsaga 1
20. " tõmbi otsaga 1
21. Õõnessonidid 2
22. Nööpsonidid 2
23. „Record“-süstlad 2 sm<sup>3</sup>, nõelte tagavaraga 2
24. „Record“-süstel 5 sm<sup>3</sup>, nõelte tagavaraga 1
25. " " 20 sm<sup>3</sup>, " " 1
26. Esmarch'i veresulgur 1
27. Metall-lahased käe jaoks 2
28. " jala jaoks 2
29. Lahased, mitmesugused 10
30. Kateetrid, metallist mitmesugused 4
31. " kummist 4
32. Maosond lehriga 1
33. Silmalautõstja
34. Michel'i klambrid 100
35. Michel'i pintsetid klambrite jaoks 2
36. Silmavannid 2
37. Käsiluup 1
38. Pipetid, mitmesugused 6
39. Ninapeegel 1
40. Ninasond 1
41. Kõrvasond 1
42. Hartmann'i kõrvapeegliid 1 komplekt
43. Kõrvapintsetid 2
44. Konks võõrkehade kõrvaldamiseks kõrvast 1
45. Otsmiku reflektor 1
46. Kurgupeegliid 2
47. Frank'i nõel 1

48. Preparaatklaasid 20
49. Katseklaasid klaasist 20
50. Rõugepanemise nõelad 6
51. Troakaar 1
52. Soenduskott, kummist 1
53. Soenduskott, metallist, kõhu jaoks 1
54. Jääkotid 2
55. Kummiballoonid, mitmesugused 3
56. Suulaiendaja, metallist 1
57. Keelehoidja 1
58. Kupuklaasid, verdimevad 20
59. Esmarch'i kannud lisatarvetega 2
60. Neerukujulised kausikesed 3
61. Siid (ampullides) 30
62. Perkussioonihaamer 1
63. Plessimeeter
64. Stetoskoobid, puust (neist 1 ämmaemanda) 2
65. Maksimumtermomeetrid 5
66. Termomeetrid vee soojuse mõõtmiseks 2
67. Spaatel keele kinnihoidmiseks, metallist 1
68. Spaatlid, puust 100
69. Piirituslamp 1
70. Moor'i klambrid 2
71. Juukselõikamismasin 1
72. Habemenuga, metallist 1
73. Habemenugade teritamise rihtm 1
74. Siiber, emailitud 1
75. Klaaskorkidega pudelid 10 igast suurusest
76. Mõõteklaasid à 10, 20, 30, 50, 100, ja 200 sm<sup>3</sup> à 1
77. Klaasikesed ravimite sissevõtmiseks 3
78. Klaaskorkidega purgid à 100 ja 200 sm<sup>3</sup> 5
79. Juuretangid, nokakujulised, alumiste juurte ja ühejuureliste hammaste jaoks 1
80. Samad, alumiste molaaride jaoks 1
81. Samad, ülemiste parempoolsete purihammaste jaoks 1



82. Juuretangid ülemiste lõikehammaste ja silmahammaste jaoks 1
83. " ülemiste vasakpoolsete purihammaste jaoks 1
84. " bajonetikujulised keskmiste põskedega 1
85. Ämmaemanda paun 1
86. Paun rõugepanekuks (velskri-ämmaemanda punktis) 1
87. Steriliseeritud katseklaasid äigepreparaatide võtmiseks kurgust 3
88. Pelvimeeter (vaagnamõõtja) 1
89. Hüdropult 1
90. Aparaat väävli põletamiseks 1

Apteegi inventar ja ravimid vastavalt apteegipunkti korralduse juhendile 28. V 1938. a.

arstijaosk. nimetus

194 a.

Haigla kohta									osakonnas					
Kuupäevad	Tegelikult avatud voodid	Oli haigeid	Tuli haigeid			Välja kirjutatud	Surnud	Suletud voodite arv	Teg. avatud voodid	Oli haigeid	Tuli haigeid	Välja kirjutatud	Surnud	Suletud voodite arv
			Üldse	Sellest										
				Isamaasõja in-valiide	Lapsi kuni 14 a. (incl.)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
Kokku														

# haigla päevik

LISA 2  
 Tervish. arvestusvorm Nr. 76.  
 (aruandev. nr. 13 juurde)  
 Kinnitatud NSVL Liidu Te RK  
 poolt 4. 11. 45, nr. 958.

kuu kohta.

Sellest

osakonnas						osakonnas						Desinfektsioonil- kambri koormus (desinfektsioonide arv)
Teg. avat- tud voo- deid	Oli haigeid	Tuli haigeid	Välja kirjutatud	Surnud	Suletud voodite arv	Teg. avat- tud voo- deid	Oli haigeid	Tuli haigeid	Välja kirjutatud	Surnud	Suletud voodite arv	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

MÄRKUS: Voodite keskmine arvu leidmiseks kuu kohta tuleb lahtrite: „tegelikult avatud voodid“ ja „suletud voodite arv“ kuu kokkuvõtet liita ja saadud summa jagada päevade arvuga kuu.

Kuu keskmine voodite arv (tegelikult avatud + suletud voodid) { Üldse haigla kohta (Sellest osa- (kondade järgi)

**p ä e v i k**

Tervish. arvestusvorm nr. 76-a

(aruandev. nr. 13 juurde)

Kinnitatud NSV Liidu Te RK  
poolt 4. 11. 45. nr. 958.

.....  
maa-arstjisk. nimetus

194... a. .... kuu kohta.

Kuu päevad	Sels päeva algul			Sünnitusoo- ditele saab- nute arv	Ülase vastu võetud sün- nitusi	Sellest valu- tumendam- sega	Operats. abis- tamiste arv sünnitamise juures	Elusana sündinuid	Sellest arvust enneaegseld	Sündis surnult	Suri vast- sündinuid	Sellest ar- vust enne- aegseld	Suri		
	Sünnita- jaid (kuni- sünnitu- seni)	Sünnita- nuid (pä- rast sün- nitamist)	Vast- sün- dinuid										Rasedaid	Sünnita- jaid ja sünnita- nuid	Surnute üldarvust sepsise tagajärjele
1													14	15	16
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

Kuu päevad	Seis päeva algul				Sünnitusvoo- ditele saab- nute arv	Viimase võetud sün- nitusi	Sellest valu- tümendamisi- sega	Operats. abis- tamiste arv sünnitamise juures	Elusana sündinuid	Sellest arvust enneaegseid	Sündis surnult	Suri vast- sündinuid	Sellest ar- vust enne- aegseid	Suri		
	Sünnita- sünnitu- seni)	Sünnita- nuid (pä- rast sün- nitamisi)	Vastsün- dinuid	Rasedaid										Sünnita- jaid ja sünnita- nuid	Surnute üldarvust	Tagajärjel
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
Kokku																

Märkus: Lahter nr. 2 igapäevaste sissekannete kokkuvõte annab kuu jooksul sünnitajate poolt veedetud voodipäevade arvu enne sünnitamist. Samuti saadakse sünnitanute poolt peale sünnitamist (lahter 3 kokkuvõte) ning vastisündinute poolt (lahter 4 kokkuvõte) kuu jooksul veedetud voodipäevade arv.

(allkiri)

arstijsk. nimetus

194 a.

Kuupäev	Külastuste arv ambulatooriumis										Profülaktil. ülevaatuse korras ülevaadatud isikute arv	Haigete		
	Arstide juurde					Keskmed. pers. iseseisval vastuvõtul						Arstide		
	Üldse	Sellest esmakordseid	Külastuste üldarvust tehtud			Üldse	Sellest esmakordseid	Külastuste üldarvust tehtud				Esmakordselt teenin- datud haigete arv	Sellest arvust	
			Isamaasõja inval. poolt	Laste poolt kuni 14. a. (incl.)				Isamaasõja inval. poolt	Laste poolt kuni 14. a. (incl.)	Peale selle protse- duurseid külastusi			Isamaasõja invaliidide	Lapsi kuni 14. a. (incl.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

MARKUS: 1. Esmakordseks külastuseks loetakse käesoleval kalendriaastal haigestumise puhul esimest korda tehtud külastus.

2. Arstide ja keskmed. personali koduste külastuste hulka loetakse ka külastused seoses sünnitusabiga. Kui sünnitusabi on antud keskmed. personali poolt arsti osavõtul, siis ta kuulub arsti poolt vastuvõetud sünnituste hulka.

kuu kohta.

## kodune teenindamine

poolt				Keskmed. personali poolt								
Tehtud külastusi		Sellest arvust	Vastu võetud sünnitusi	Esmakordselt teenin- datud haigete arv	Sellest arvust		Tehtud külastusi			Peale selle patronaaziõe külastusi		Vastu võetud sünnitusi
Üldse					Isamaasõja inval. juurde	Lapsi kuni 14. a. (incl.)	Üldse		Isamaasõja inval. juurde	Laste juurde kuni 14. a. (incl.)	Laste juurde	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Kuupäev	Külastuste arv ambulatooriumis										Haigete			
	Arstide juurde					Keskmed. pers. iseseisval vastuvõtul					Arstide			
	Üldse	Sellest esmakordseid	Külastuste üldarvust tehtud		Üldse	Sellest esmakordseid	Külastuste üldarvust tehtud		Peale selle profi- duurseid külastusi	Profülaktil. ülevaatuse korras ülevaadatud isikute arv	Esmakordselt teenin- datud haigete arv	Sellest arvust		
			Isamaasõja inval. poolt	Laste poolt kuni 14. a. (incl.)			Isamaasõja inval. poolt	Laste poolt kuni 14. a. (incl.)				Isamaasõja invaliide	Lapsi kuni 14. a. (incl.)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
Kokku														



kodune teenindamine

poolt			Keskmed. personali poolt									
Tehtud külastusi												
Üldse	Sellest arvust		Vastu võetud sünnitusi	Esmakordselt teenindatud haigete arv	Sellest arvust		Üldse	Tehtud külastusi		Peale selle patronaažioe külastusi		Vastu võetud sünnitusi
	Isamaasõja inval. juurde	Laste juurde kuni 14. a. (incl.)			Isamaasõja invaliide	Lapsi kuni 14. a. (incl.)		Isamaasõja inval. juurde	Laste juurde kuni 14. a. (incl.)	Laste juurde	Rasedate juurde	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Allkiri:

# NSVL TERVISHOJU MINISTEERIUM

Lisa 5

Tervish. aruandevorm nr. 13

Kinnitatud NSVL RPK SKV poolt  
7. II 1945, nr. 10—15

Maa-arstijaoskonnad esitavad aruande  
maakonna (linna) tervishoiuosakonnale  
aasta kohta — 5. jaanuaril, poolaasta  
kohta 5. juulil.

Eelarve .....

§ .....

## Maa-arstijaoskonna aruanne

194..... a. .... kohta

Maa-arstijaoskonna nimetus ..... maakond  
 Omab ambulatooriumi, haiglat (alla kriipsutada) .....  
 Asustatud punkt: linn, töölisasula, asundus (alla kriipsutada) .....

(märkida nimetus ja aadress)

Asustatud punktide arv ...., külanõukogude arv ....., kolhooside arv, mida teenindab arstijaoskond.....  
 Arstijaoskonnas asub velskripunkte ....., velskri-ämmaemandapunkte ....., ämmaemandapunkte .....,  
 kolhoosi sünnitusmaja ....., tuberkuloosi-, suguhaiguste, malaaria-, trahhoomipunkte (märkida igauks eraldi)

I. Arstijaoskonnas esinevate med. asutiste koosseis (loetella kõik arstijaoskonna maa-alal olevad med. asutised, välja arvatud tervishoiupunktid, lastesõimed, nõuandjad, mis esitavad iseseisvad aruanded).

Sellest

	Üldse	Keskmed. personaali					Muud personaali	
		Arste hambaarstideta	Hambaarste	Üldse	Sellest			Nooremal med. personaali
					Velskreid	Ämmaemandaid		
	1	2	3	4	5	6	7	8
Ametikohti aruandeperioodi lõpul								
Ambulatoorium: määrkond								
kooskond . . . . .								
Haigla: määrkond								
kooskond . . . . .								
Sünnitusmajad: määrkond								
kooskond . . . . .								
Velskripunktid: määrkond								
kooskond . . . . .								
Velskri-ämmaemandapunktid:								
määrkond . . . . .								
kooskond . . . . .								
Ämmaemandapunktid: määrkond								
kooskond . . . . .								
.....								
määrkond								
kooskond								
Üldse: määrkond . . . . .								
kooskond . . . . .								

Täidetud ametikohtade arvus on: . . . . . patronaaziõdede, . . . . . kinisaatorite, . . . . . bonifikaatorite, . . . . . desin-fektorite, . . . . . sanitaarvelskrite, . . . . . vaktisnaatorite ametikohta.

Märkus: Vabadele riidadele märgitakse jaoskonnas olevate (tuberkuloosi-, suguhaiguste, malaaria-, trahhoomi-) punktide määrkond.

## II. AMBULATOORNE TEGEVUS.

Raviasutise nimetus	Külastuste arv						
	Arstide juures		Keskmed. personaali juures				
	Üldse	Sellest esmaseid	Iseseisval vastuvõtul		Sellest esmaseid		Protseduurseid
			Üldse	3	4	5	
1. Ambulatoorium . . . . .	1	2	3	4	5		
2. Velskripunktid . . . . .							
3. Velskri-ämmaemandapunktid							
4. Ämmaemandapunktid . . . . .							
5. . . . .							
Üldse jaoskonnas							

Külastuste üldarvust on tehtud külastusi: a) arstide juures Isamaasõja invaliidide poolt . . . . ., laste poolt kuni 14 a. (incl.) vanuseni . . . . .; b) keskmed. personaali iseseisval vastuvõtul Isamaasõja invaliidide poolt . . . . ., laste poolt kuni 14 a. (incl.) vanuseni . . . . .

Profülaktiliste läbivaatuste korras läbivaadatud isikute arv . . . . .

Maakonna keskusest kohale sõitnud arstide poolt konsulteeritud haigete arv . . . . .

Maakonna keskusse ravile saadetud haigete arv . . . . .

Märkus: 1) Arsti külastuseks velskri, velskri-ämmaemandapunktides tuleb lugeda arsti vastuvõetud väljasõidul punkti.  
2) Vabadele ridadele kirjutatakse vastuvõetud punktides (tuberkuloosi-, suguhaiguste, malaaria-, trahhoomi-, igähe kohtraidid), mis asuvad jaoskonnas.

### III. HAIGETE TEENINDAMINE KODUS.

Raviasutise nimetus	Arstide poolt		Sünnitusi vastu võetud		Keskmed. personaali poolt		Sünnitusi vastu võetud		Peale selle patronaazide poolt külastusi	
	Haigete arv	Neile tehtud külastusi	Haigete arv	Neile tehtud külastusi	Haigete arv	Neile tehtud külastusi	Sünnitusi vastu võetud	Sünnitusi vastu võetud	Lastele	Rasedatele
Ambulatoorium . . . . .										
Velskripunktid . . . . .										
Velskri-ämmaemandapunktid .										
Ämmaemandapunktid . . . . .										
Kolhoosi sünnitusmajad . . . .										
K o k k u										

### HAIGETE ARVUST ON TEENINDATUD KODUS:

	Arstide poolt		Keskmed. personaali poolt	
	Haiged	Neile tehtud külastusi	Haiged	Neile tehtud külastusi
Isamaasõja invaliide . . . . .				
Lapsi kuni 14. a. (incl.) vanuseni . . . . .	1	2	3	4

Aruandeperioodi lõpul on arvel rasedaid . . . . ., lapsi kuni 1 aasta vanuseni . . . . .

#### IV. STATIONAARSETE ASUTISTE

	Eelarveliste voodite arv	Voodite seis aruandeperi- oodi lõpul (tegel. avat- ud + remon- dis olevad)	Aasta kesk- mine voodite seis (tegelikult avatud + rem. olevad)	Haigete arv	
				Oli aru- andeperi- oodi algul	Saabus
	1	2	3	4	5
Haigla . . . . .					
sellest osakondade järgi: üld . . . . .					
sünnitus . . . . .					
nakkus . . . . .					
Sünnitusmajad (välja arv. kolhoosi)					
Kolhoosi sünnitusmajad .	×		×	×	

Haiglasse saabunud haigete üldarvust: a) Isamaasõja invaliide . . . . .  
 Stationaarsetele haigetele tehtud operatsioonide arv . . . . ., sellest edas  
 Voodeid omavate punktide arv: a) . . . . . velskri-, b) . . . . . velskriämma

#### V. SÜNNITUS

	Sünnitus- vooditele saabunute arv	Sünnituse üldse	Sellest valutui- mendami- sega	Veedetud voodipäevi		elusana
				Kuni sünnitu- seni	Pärast sünnita- mist	
	1	2	3	4	5	6
Haigla . . . . .						
Sünnitusmajad (välja arv. kolhoosi)						
Kolhoosi sünnitusmajad .			×			
			×			
			×			
Üldse						

Märkus: Vabadel ridadel tuleb näidata andmed velskri-, velskri-ämmaemanda-  
 Abortide arv: a) med. näidustuste alusel tehtud . . . . .; b) alustatud j  
 Sellest aborte, millest on kindlaks tehtud, et need on kunsttehisliku  
 Abortide tõttu veedetud voodipäevade arv . . . . ., sellest väljaspool raviasu

# TEGEVUS (välja arvatud lastesõimed).

aruandeperioodi jooksul			Kõigi haigete poolt veedetud voodipäevade arv	Märkus sulgemise kohta	
Kirjutati välja	Suri	On aruandeperioodi algul		Suletud voodipäevade arv	Sulgemise põhjus
6	7	8	9	10	11
		×		×	×

Märkus:

1) Vaheridadele märgitakse haigla osakond, mis ülal loetlemata nagu: kirurgia-, teraapia-, nahahaiguste jne.

2) Alumisel vabal real tuleb näidata andmed velskri-, velskri-ämmaemanda-, ämmaemandapunktide ning ambulatooriumide kohta, kui need omavad voodeid, iga asutise tüübi kohta eraldi.

b) lapsi kuni 14 a. (incl.) vanuseni .....

lühematuid ....., tehtud operatsioonide arvust õõniselisi .....

emanda-, c) ..... ämmaemandapunkti

## ABI

Sündinute üldarvust				Vastsündinute poolt veedetud voodipäevi	Operatsioonide arv sünnitamise juures	Suri						
s ü n d i s		suri vast-sündinuid	sellest enneaegseid			rasedaid	sünnitajaid [enne + pärast sünnitamist]	surnute üldarvust suri sepsise tagajärjel				
sellest enneaegseid	surnult			7	8				9	10	11	12

ämmaemandapunktide ja voodeid omavate ambulatooriumide kohta (iga asutise kohta eraldi).

alanud väljaspool raviastutist .....

(krimanaal-). .... Prokurörile üleantud asjatoimikuid .....

alist alustatud ja alanud abortide tõttu .....

## VI. HAMBARAVI

Külastuste arv hambaarstide juures: üldse . . . . ., sellest Isamaasõja invaliidide poolt . . . . ., laste poolt kuni 14 a. (incl.) vanuseni . . . . ., külastuste üldarvust — esmaseid . . . . . Saneeritud isikute üldarv . . . . . Proteese saanud isikute arv . . . . ., sellest Isamaasõja invaliidide . . . . .

## VII. RÖNTGENIAPARAATIDE ARV

Üldse . . . . ., sellest töökorras . . . . . Tehtud röntgeniprotseduure üldse . . . . ., sellest Isamaasõja invaliididele . . . . ., lastele kuni 14 a. (incl.) vanuseni . . . . . Röntgeniprotseduuride üldarvust . . . . . läbivalgustusi . . . . . ülesvõtteid . . . . .

## VIII. FUSIOTERAPEUTILISED ERISEADELISED

On, ei ole (alla kriipsutada), kui on, näidata millised . . . . .  
Tehtud protseduure: üldse . . . . ., sellest Isamaasõja invaliididele . . . . ., lastele kuni 14 a. (incl.) vanuseni . . . . .; protseduuride üldarvust elektriravi . . . . ., valgusoojusravi . . . . ., vesiravi . . . . .

## IX. LABORATOORIUM ON, EI OLE (alla kriipsutada)

Mikroskoop on, ei ole (alla kriipsutada). Tehtud analüüside üldarvust: a) kuse . . . . .; b) maomahla . . . . .; c) vere . . . . .; d) muid (milliseid?) . . . . .

## X. RAVIABI KINDLUSTAMINE ISAMAASÕJA INVALIIDIDELE

K o n t i n g e n t						P r o t e e s i d	
Oli aruandeperi-oodi algul	Aruandeperi-oodi jooksul		Jäi aruandeperi-oodi lõpuks	Aruandeperi-oodi lõpetas ravi	Isamaasõja invaliidide arv: kes said . . . . .	kellel parandati	
	Uusi arvele võetud	Arvelt kustutatud					
1	2	3	4	5	1	2	

XI. Des. kamber on, ei ole (alla kriipsutada) stationaarne, liikuv (alla kriipsutada), töökorras, ei tööta (alla kriipsutada). Kamberdesinfektsioonide (koormuste) arv . . . . .

Kas on transport: auto, hobune, jalgratas (alla kriipsutada).



## XII. SANITAARJÄRELEVALVE

Objektide nimetus	Üle vaadatud					
	Objektide arv jaoskonnas	Arstide poolt		Keskmise med. personali poolt		Tehtud külas-tusi
		Objekte	Tehtud külas-tusi	Objekte	Tehtud külas-tusi	
1. Uhiselamud . . . . .	1	2	3	4	5	
2. Avalikud saunad . . . . .						
3. Kaevud . . . . .						
4. Toitlusobjektid . . . . .						
5. Lasteasutised . . . . .						
6. Koolid . . . . .						
7. Tööstusettevõtted . . . . .						
8. Kauplused, laod, baasid . . . . .						
9. Muud . . . . .						

Koolide külastamisel on arstide poolt õpilasi läbi vaadatud . . . . ., keskm. personaali poolt . . . . .

Talundite ülevaatusi . . . . .; sealhulgas seoses sanitaarolukorraga . . . . .

## XVI. HOOAJALINE VÕRK JAOSKONNA MAA-ALAL

	Külastuste arv nendes	
	Asutiste arv	1
1) Velskripunktid . . . . .		2
2) Velskri-ämmaemanda-punktid . . . . .		
3) . . . . .		
4) . . . . .		

## XIII. NAKKUSHAIGUSED JA HOSPIDALISEERIMINE (kogu jaoskonna kohta)

Haiguse nimetus	Haigestu- miste arv	Nendest hospida- liseeritud	Hospitaliseerimine haigestumise päevast		
			Esimes- tel 3 päeval	4. — 7. päeval	Üle 7. päeva
Tähniline tüüfus . . . . .					
Kõhutüüfus . . . . .					
Düsenteeria . . . . .					
Toksiline dispepsia . . . . .					
Sarlakid . . . . .					
Difteeria . . . . .					

## XIV. SANITAARHARIDUSTÖÖ

Peetud loengute ja vestluste arv . . . . . Kuulajate arv . . . . . Organiseeritud emadekoole . . . . ., neis õppis . . . . . naist. Ühiskondlike sanitaarinspektorite arv . . . . .

Neist kuulas seminari kinnitatud kava järgi . . . . .

XV. Kas on transport, auto, hobune, jalgratas (alla kriipsutada).

Märkus: Kui asutis kogu aruandeperioodi jooksul ei töötanud, siis näidata sulgemise põhjus ja suletud päevade arv.

Maa-arstijaoskonna juhataja: . . . . .

Arasaatmise kuupäev . . . . .

Kinnitatud NSV Liidu  
Tervishoiu RK käskkir-  
jaga nr. 711 4. XII 1939. a.  
ja kooskõlastatud NSV  
Liidu Rahanduse RK.

Velskri-, velskri-ämmaemanda-, ämmaemandapunkti ja kolhoosi  
sünnitusmaja jaoks.

..... NSV Tervishoiu Ministerium  
..... tervishoiuosakond.  
(oblast, krai)

Eelarve..... osa ..... peatükk ..... %

Eelarve summade jooksev arve nr. .... pangas.

..... arsti jaoskonda  
kuuluva (kooskõlas NSV Liidu Tervishoiu RK käskkirjaga nr. 518

19. VIII 1939. a. tervishoiuosakonna käskkirjaga nr. ....

194..... a. kinnitatud) ..... punkti

194..... a.

### Operatiiv-rahandusplaan (eelarve)

Address ..... Telefon nr. ....

Asutise juhataja perekonnanimi .....

Arstijaoskonna juhataja .....

(allkiri)

Operatiiv-rahandusplaan kinnitatud:

asutise võimsuse järgi .....

külastusi, voodeid, aasta lõpuks

kulutuste järgi ..... tuh. suuruses summas

Tervishoiuosakonna juhataja:

Pitser

„.....“ ..... 194.... a.

I. Asutise töö põhinäitajad, kellele operatiiv-rahendusplaan koostatakse.

Joone nr.	Näitajad	Möödunud 194..... a. kohta		194...a. plaan	Joone nr.	Näitajad	Möödunud 194..... a. kohta		194...a. plaan
		Kinnitatus	Täidetud				Kinnitatus	Täidetud	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Külastuste arv punktis aasta jooksul								
2.	Koduste külastuste arv								
3.	Voodite arv sellest sünnitusvooideid								
4.	Sünnituste arv: a) sünnitusvoodites b) kodus								
5.	Profülaktilised pooked (isikute arv, kellel pooked lõpetatud): a) kõhutüüfuse vastu b) düsenteeria vastu c) röugete vastu: 1. vaktsineerimisi 2. revaktsineerimisi					d) düsenteeria vastu: 1. vaktsineerimisi 2. revaktsineerimisi			
					6.	Õpilaste arv, kellel teostatud meditsiiniline läbivaatus			
					7.	Sanitaarhariduslike loengute, vestluste arv			
					8.	Majast majja toimunud sanitaarseste järelevaatusete arv			
					9.	Süstemaatilisel sanitaarjärelevalvel olevate individuaal- ja ühiskondlike kaevude arv			
					10.	Külanõukogude arv			
					11.	Teenindatavate elanike arv			

II. Märkond ja palgafond (juurdearvestusteta) asutises, kellele käesolev operatiiv-rahendusplaan koostatakse.

	Möödunud 194 . . . a.						Planeeritava 194 . . . a.				
	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11
1	Ametikohti aasta lõpuks	Ametikohtade aasta keskmine arv	Keskmine kuupalk 1 ametikoha järgi (1.5 : 1.3)	Kuus (1.6 : 12 kuuga)	Aastas		Ametikohti aasta lõpuks	Ametikohtade aasta keskmine arv	Keskmine kuupalk 1 ametikoha järgi (1.10 : 1.8)	Kuus (1.11 : 12 kuuga)	Aastas
Keskmeditsiiniline personal (velskrid, ämmaemandad, med. õed)	Kinnit.										
	Täidetud										
Noorem meditsiiniline personal (sanitarid)	Kinnit.										
	Täidetud										
Muu personal	Kinnit.										
	Täidetud										
Kokku	Kinnit.										
	Täidetud										

Personaaali rühmad

### III. Kulude kokkuvõtt (tuh. rbl.) asutise kohta, kellele käesolev operatiiv-rahandusplan koostatakse.

Art.	Kulude nimetus	Möödunud 194 . . . a.		194 . . . a. plaanijärgi
		Kinnifatud	Täidetud	
1	2	3	4	5
1.	Palk . . . . .			
2.	Juurdearvestused palgale . . . . .			
3.	Kantselei- ja majanduskulud . . . . .			
4.	Komanderingud ja ametisõidud . . . . .			
9.	Haigete toilitustamine . . . . .			
10.	Ravimite ja sidumismaterjalide soetamine . . . . . Sealhulgas: sidumismaterjalide soetamine . . . . .			
12.	Inventari ja varustise soetamine ja remont . . . . . Sealhulgas: a) pesu soetamine . . . . . b) eri- ja tööriietuse soetamine . . . . .			
	Kulude üldsummast art. 12 järgi:			
	a) olemasolevale võrgule . . . . .			
	b) uuele võrgule . . . . .			
14.	Kulud üle limiidi . . . . .			
15.	Muud kulud . . . . .			
	Kokku kulused . . . . .			

IV. Arveldused ja eelarveliste kulude põhjendused asutise kohta, kellele käesolev operatiiv-rahandusplaan koostatakse.

Art. Litera	194..... a. kulutatud	Kulude loetelu ja arveldus		194..... a.						
1	2	3		4						
Art. 1		Palk:								
Art. 2		Põhipalk (palgalehe järgi) . . . . .								
a		Juurdearvestused palgale . . . . .								
b		Sotsiaalkindlustus (5,9% summast art. 1 järgi) . . . . .								
		Ametiühingute kultuuriline töö (0,5% summast art. 1 järgi) . . . . .								
		Kokku art. 2 järgi . . . . .								
Art. 3		Kantselei- ja majanduskulud:								
a		Kantseleitarbed ja blanketid . . . . .								
		Ajakirjandus (ajalehed) ja posti-telegraafikulud à ..... rbl. kuus . . . . .								
		Kokku litera a järgi . . . . .								
<b>K ü t e</b>										
Kütte liigid	Kulutatud möödunud 194..... a.	Mootühik	ahjude arv	norm ühele	küttele	Planeeritav vajadus 194..... a.	tehnilisteks vajadusteks	kütte- materjali kogus	Kokku kütte- materjali	hind
			ahjude arv	norm ühele	küttele	Planeeritav vajadus 194..... a.				
Puud . . . .	m <sup>2</sup>									
Petrooleum	l									
Kokku										

..... m<sup>3</sup> puude vedu à ..... rbl. 1 m<sup>3</sup> eest  
Sealhulgas punkti med. personaali korterite kütteks:  
..... ahjule ..... m<sup>3</sup> puid à ..... rbl. 1 m<sup>3</sup> eest ..... rbl.  
suuruses summas

Kokku litera c järgi .....

1. Elektervalgustus.

Valgustus:  
..... korrasolevat valgustuspunkti ..... rbl.  
kuludega aastas .....

..... korrasolevat valgustuspunkti ..... rbl.  
kuludega 1 punkti kohta aastas .....

Elektrilampide soetamiseks arvestusega .....

2. Petrooleumvalgustus.

Möödunud 194.... a. kulutatud ..... l petrooleumi à ..... kop. 1 l eest  
Vajadus 194.... a. .... l à ..... kop. 1 l eest.

Kokku litera e järgi .....

Art. Litera	Kulutatud 194..... a.	Kulude loetelu ja arveldus		194..... a.
1	2	3	4	
f		Sealhulgas med. personali korterite valgustuseks:		
		1. Elektriga varustatud ..... valgustuspunkti puhul à .....		rbl.
		1 punkti eest ..... rbl. suuruses summas.		
		2. Petrooleumvalgustuse puhul ..... 1 petrooleumi eest à .....		kop.
		1 l eest ..... rbl. suuruses summas.		
		Vesivarustus ja kanalisatsioon.		
g		Kokku litera f eest		
h		Hoonete ja maa-alade korrashoid (seebi, harjade jm. hankimine)		
j		Ruumide jooksev remont (tööde ja arvelduste lühike loetelu)		
		Üritused tuletõrje alal (lõõride puhastus jm.)		



m

Pesupesemine

..... kg seebi hankimine à ..... rbl. 1 kg eest .....

..... kg sooda hankimine à ..... rbl. 1 kg eest .....

Muude pesupesemise materjalide (sine jne.) hankimine rbl. .... eest

Kokku litera m järgi .....

o

Inventari pisiesemete hankimine .....

p

Auto- ning hobustranspordi ülalpidamine ning palkamine

s

Varanduse kindlustamine bilansi väärtuse järgi 1/19... a. .... rbl. suurus summas tariifi järgi ..... kop. iga saja rbl. eest NSV Liidu RKN-i määruse nr. 111 alusel 3. II 1938. a. kohalikul eelarvel olevate asutiste varanduste kindlustamise kohta

Kokku art. 3 järgi .....

Art. 4	Komandeeringud ja ametisõidud .....
Art. 9	Haigete toitlustamine à ..... rbl. päevas .....
	voodi-päeva eest aastas .....
Art. 10	Ravimite ja sidumismaterjalide hankimine .....
a	1. Ravimite ja sidumismaterjalide hankimine ..... voodi-päeva eest
	à ..... kop. päevas .....
	2. Ravimite ja sidumismaterjali hankimine ..... külastuse puhul
	à ..... kop. 1 külastuse eest .....
b	3. Desinfitseerimisvahendite hankimine .....
	Kokku art 10 järgi .....
Art. 12	Inventari ja varustise soetamine ja remont .....
a	Meditsemiiline inventar ja aparatuur .....
b	Põetuseesemed .....
c	Pehme inventar ja jalatsid .....
d	Sealhulgas pesu soetamine .....
	Majapidamisinventar .....



e Eri- ja tööriietus personaalile

f Varustise ja inventari remont

Kokku art. 12 järgi

Kulude põhjenduseks art. 12 lit. a, c, d, e järgi tuleb lisandada inventari loetelu järgmise vormi järgi

Jrk. nr.	Esemete nimetus	Olemas	Kavatsetakse soetada	Sealhulgas kolmatuks muutunud inventari asendamiseks	Hinnaga	Summas (1.4 x 1.6)
1	2	3	4	5	6	7

	Lk.
Eessõna teisele väljaandele . . . . .	3
Eessõna eestikeelsele väljaandele . . . . .	4
I peatükk. Nõukogude tervishoiu alused . . . . .	5
II peatükk. Elanikkonna sanitaarse seisundi näitajad ja uurimise meetodid	26
III peatükk. Haiglaabi . . . . .	65
IV peatükk. Ambulatoorne-polikliiniline abi . . . . .	86
V peatükk. Käitiste tervishoiupunktid . . . . .	102
VI peatükk. Sanitaaralane ja epideemiavastane organisatsioon . . . . .	110
VII peatükk. Emade-, väikelaste- ja lastekaitse . . . . .	121
VIII peatükk. Maa-arstijaoskond, velskri- ja velskri-ämmaemandapunkt . .	146
IX peatükk. J. Trahman, Sanitaarharidus . . . . .	168
X peatükk. R. Munihses, Arvestus ja aruandlus meditsiinilistes asutistes	202

## Lisad:

1. Maal asetseva velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti määrustik . .	215
2. Maa-arstijaoskonna haigla päevik . . . . .	226
3. Maa-arstijaoskonna haigla sünnitusosakonna päevik . . . . .	228
4. Maa-arstijaoskonna ambulatooriumi päevik . . . . .	230
5. Maa-arstijaoskonna aruanne . . . . .	234
6. Velskri- ja velskri-ämmaemandapunkti operatiivrahandusplaan . . .	242

Tõlkinud G. Paulson.

Vastutav toimetaja F. Arneman.

Keeleline toimetaja M. Tedre.

Ladumisele antud 3. VIII 1948. Trükkimisele antud 18. XI 1948. Trükiarv 1400. Paber 61 × 86, <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Trükipoognaid 15,75. Arvutuspoognaid 16,1. Trükitähti trüki-poognas 40 890. MB-08241. Tellimise nr. 1431.

Graafikatööstus „Oktoober“, Tallinn, Tartu mnt. 49.

На эстонском языке.

К. В. Майстрах. Организация здравоохранения.

Rbl. 4.—

AKT

A

17390

2759670

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00275967 0