

**razvojno-raziskovalno delo****ALI SE PRIPRAVLJAMO NA LETO 2000?****Zdravstvo se bo reorganiziralo do leta 2000 – kako in kje se morajo reorganizirati medicinske sestre in zdravstvena nega, da bo lahko prišlo do pozitivnih sprememb?**

Poudarek prestrukturiranja zdravstva je na pospešenem razvoju osnovnega zdravstvenega varstva, v katerem imajo prav posebno vlogo tudi patronažni centri s polivalentno dejavnostjo, ki vključuje tudi zdravstveno nego na domu v vseh njenih elementih (strokovni nadzor medicinske sestre, ki organizira in nadzoruje tako strokovno nego in prav takó nego, ki jo opravljajo svojci, sosede ali v njihovi odsotnosti negovalke centra); v popolno skrb je vključena tudi organizacija gospodinjstva (hrana, kurjava, higiena neposrednega okolja, nakupovanje), saj nega na domu zadovoljuje vse potrebe varovanca enako, kot je to urejeno v bolnišnici. Ob popolni organizaciji zdravljenja in nege na domu postaja kvaliteta sodelovanja zdravnika ožjega področja in patronažne sestre osnovni pogoj uspešnega dela. Zato ju mora podrobnejša razdelitev terena privedi v iste družine. Izobrazba medicinske sestre za delo v patronaži torej ni več vezana predvsem na preventivno dejavnost. Zdravstveno varstvo s prestrukturiranjem dejansko postaja enovita strokovna dejavnost in ne ločuje več ljudi na kategorijo bolnih in zdravih.

Vzporedno z reorganizacijo, ki bo usposobila patronažno službo za organizacijo zdravstvene nege bolnika na domu in za neprekinjeno sodelovanje z zdravnikom, mora biti na spremembe v zvezi s predvideno skrajšano hospitalizacijo pripravljena tudi služba zdravstvene nege v bolnišnicah. Ne smemo pozabiti na naslednje:

1. Hospitalizacija je mogoče skrajšati le ob intenzivnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih, na kar pa bistveno vpliva tudi primeren koncept organizacije zdravstvene nege. Ob spremenjenih pogojih se spremenijo tudi problemi bolnikov in naloge negovalnega tima:

a) Še vedno je zelo pogost vzrok podaljšanega bivanja bolnišnična infekcija, ki po podatkih SZO in ob primerjavi z našimi podatki (referati na konferencah Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije 1978–1982) za 11% povečuje število bolnišničnih dni. Samo maksimalna higiena neposrednega bolnikovega okolja in dosledno spoštovanje zahtev do asepse in sterilnosti lahko ta vzrok zmanjša. Večina evropskih dežel ima v bolnišnicah organizirano higiensko službo in čistilci na oddelkih sodijo po disciplinski odgovornosti v negovalni tim; čistilne ekipe pa organizirajo za širše okolje bolnišnice.

b) Hospitalizacija bo čedalje bolj namenjena bolnikom, ki bodo prihajali zaradi intenzivnega in čim krajšega diagnostičnega postopka v bolnišnico ali pa na zdravljenje, ki postaja v bolnišnicah vedno bolj intenzivno. Tudi to dejstvo prinaša posebne probleme bolnikom in negovalnemu timu, saj se za vse povečujejo dnevne fizične obremenitve, izraba časa postaja še bolj pomembna, čas za adaptacijo na hospitalizacijo postaja kratek ali pa ga sploh ni. To dejstvo pa terja še posebno pozornost medicinske sestre, saj mora vzpostaviti z bolnikom in s svojci normalne stike in jim pomaga v času intenzivne obravnave.

2. Podobno kakor se že in se bo morala patronažna služba ob zdravstveni negi na domu ukvarjati čedalje bolj tudi z boleznijo. Tako bo moral negovalni tim v bolnišnici – enako kot lečeči zdravnik v bolnišnici z lečečim zdravnikom v zdravstvenem domu – ustvariti pogoje za neprekinjenost zdravstvene nege; patronažna sestra oziroma služba zdravstvene nege na domu bo organizirano in dokumentirano prevzela bolnika in nadaljevala popolno strokovno nego.

Takrat ko se je delno zaradi prostorske stiske, pa tudi zaradi različne doktrine skrajšala hospitalizacija žena po porodu, so se bistveno spremenile naloge poporodne nege na domu.

Postale so zahtevnejše. Take spremembe bo pri negi na domu prinesla tudi skrajšana hospitalizacija.

Znano je, da bivanje v bolnišnici človeka pasivizira, da ga omejuje v procedure in hišni red institucije. Celoten tim za zdravljenje in zdravstveno nego bolnika na domu bo moral zelo odgovorno paziti, da se bosta zdravljenje in zdravstvena nega dejansko nadaljevala po opredeljenem programu in da ne bo zaradi morebitne nižje strokovnosti prišlo do recidivov.

Strokovno, predvsem permanentno izobraževanje medicinskih sester, ki bo korigiralo do sedaj bolj enosmerno usmeritev na področju zdravstvene nege, mora biti zasnovano na slovenskem konceptu zdravljenja in zdravstvene nege bolnika na domu. To ne more biti regionalno niti individualno po institucijah, saj odhajajo bolniki na zdravljenje tudi v oddaljene vrhunske zdravstvene centre, kar terja zelo določno dogovorjene oblike sodelovanja med bolnišnično ustanovo in zdravstvenimi delavci v zdravstvenem domu.

Od prestrukturiranja zdravstva družba pričakuje poleg strokovne in humano kvalitetnejše obravnave tudi ekonomsko ugodnejše rezultate gospodarjenja s sredstvi za zdravstveno varstvo.

Odločitve brez strokovnih podlag, brez temeljite, poglobljene priprave, predvsem pa organizacijske spremembe, ne da bi jih bili izvajalci z znanjem in s pozitivnim stališčem do reorganizacije sposobni ali voljni sprejeti, teh rezultatov ne morejo prinesiti.

Do leta 2000 pa nam manjka le še 15 let!

Majda Šlajmer-Japelj,  
Center za razvoj zdravstvene nege,  
Zdravstveni dom Maribor

## **POROČILO O ŠTUDIJSKEM OBISKU NA ODDELKU ZA ZDRAVSTVENO NEGO, CURRY COLLEGE, MILTON, ZDA (24.–30. 8. 1985)**

Dr. Marie Farrell, direktorica Oddelka za zdravstveno nego v Regionalnem uradu SZO za Evropo, je organizirala študijski obisk ter mu skupaj z Oddelkom za zdravstveno nego na Curry College v Miltonu, ZDA določila obseg in vsebino.

### **Razlog obiska**

Jugoslovanski sodelujoči center SZO za zdravstveno nego je v Zdravstvenem domu v Mariboru, in sicer v TOZD Patronažno varstvo. V preteklem srednjeročnem obdobju je bil eden od raziskovalnih centrov v Evropi, namenjen raziskovanju zdravstvene nege v širši soseski. Njegova najdajna naloga je, da razvije in izpopolni model zdravstvene nege v širši soseski ter da organizira permanentno izobraževanje za to področje zdravstvene nege ter pomaga opredeliti študijski program visoke šole za medicinske sestre, ki bo obravnaval predvsem primarno zdravstveno varstvo in kontinuirano nego.

Študijski obisk v ZDA nama je omogočil, da sva spoznala visokošolski izobraževalni sistem na področju zdravstvene nege in predvsem pozitivne rezultate dela diplomantov šol, ki so šolani za kontinuirano zdravstveno nego, usmerjeno bolj k zdravju kot k boleznim.

### **Cilji obiska**

1. Seznanitev z organizacijo in vsebino zdravstvene nege v ZDA na področju primarnega zdravstvenega varstva in kontinuirane nege;
2. ocenitev podobnosti in različnosti tega sistema z ozirom na zdravstveno nego pri nas;
3. seznanitev z možnim deležem medicinskih sester pri preusmeritvi zdravstva v primarno zdravstveno varstvo in pri zniževanju hospitalizacijskih dni;
4. poiskati možnosti sodelovanja med ZDA in evropskimi sodelujočimi oziroma kolaborativnimi centri na področju zdravstvene nege;

5. rezultat vseh novih spoznanj, raziskovalnega dela v Jugoslaviji in preusmeritve izobraževalnih programov naj bi bil v končni fazi enovit zdravstveni tim, kjer bosta zdravnik in medicinska sestra sinhrono sodelovala bodisi na področju osnovnega zdravstvenega varstva, neprekinjene obravnave varovancev oziroma bolnikov in čim popolnejše obravnave bolnikov v inštitucijah.

Odgovorna inštitucija za program obiska je bil Oddelek za zdravstveno nego Curry Collegea v Miltonu, Massachusetts, ZDA oziroma predstojnica oddelka, Elizabeth Kudzma, doktorica ved zdravstvene nege.

### **Program obiska**

V soboto, 24. 8. 1985 naju je sprejel predsednik Curry Collegea dr. W. Boyle, ki naju je seznanil s strukturo šole, njenimi programi, posebej pa še s povezavo programa zdravstvene nege z drugimi programi, predvsem tistimi s področja družbenih ved.

Nedelja, 25. 8. 1985 je bila posvečena študiju gradiva, ki naju je seznanjalo z inštitucijami, ki sva jih obiskala v naslednjem tednu – to gradivo smo obravnavali pod vodstvom dr. Kudzma.

Ta dan sva imela razgovor tudi z eno od učiteljic zdravstvene nege, Mary Ellen Sullivan; ona dela predvsem s kandidati, ki prihajajo na šolo že s predhodno delno strokovno izobrazbo; predstavila nama je teste in vprašalnike, s katerimi preverja strokovna znanja teh kandidatov ter predvsem tudi njihov profesionalno-etični čut.

V ponedeljek, 26. 8. 1985 sva obiskala otroško bolnišnico pri Harwardski medicinski fakulteti, največjo otroško bolnišnico v ZDA; ta bolnišnica je učna baza oddelka Curry Collegea; to so tudi vse naslednje zdravstvene ustanove, ki sva jih obiskala.

Obvezno dokumentacijo otroka predstavlja zdravniški list in list nege.

V timu, ki organizira zdravstveno nego, so direktorica službe zdravstvene nege, organizator službe zdravstvene nege, vodaja kontinuirane nege (povezava s patronažo in nego na domu), koordinator vseh programov izobraževanja ter glavne medicinske sestre oddelkov (strokovni kolegij); bolnišnica izdelava za vsakega otroka program odpusta.

Popoldan istega dne sva obiskala Simmons College v Bostonu, ki ima enak program kot Curry College, vendar ima ta vključen v redni dodiplomski program več elementov zdravstvene vzgoje in kot eden redkih že tudi programe zdravstvenega varstva pri delu.

Isti dan sva obiskala še oddelek za zdravstveno nego pri bostonski univerzi; ta šola ima sodobno zgrajen program, ki vodi od zdravja v bolezen; začenja s preventivo in konča z rehabilitacijo.

V torek, 27. 8. 1985 sva prebila dopoldan v splošni bolnišnici Massachusetts, ki ima status naše regionalne bolnišnice in sprejema poleg bolnikov iz Bostona tudi rizične paciente lokalnih bolnišnic te države.

Bolnišnica je uveljavila izrazito neformalne odnose med bolniki in zdravstvenim osebjem; v glavnem je odpravila bolniške delovne obleke, za 24 ur odprla vrata svojcem (celo v intenzivni negi). Kot vse ameriške bolnišnice, ima tudi ta v okviru Službe zdravstvene nege službo »preprečevanja hišnih infekcij«, katere podatki ne kažejo porastov infekcij ob stalni prisotnosti svojcev. Vendar je mehanično čiščenje neprekinjeno – snažilka oddelka spada v disciplino in režim negovalnega tima.

Poleg oddelka iz Curryja je šola učna baza za študente harwardske in bostonske univerze.

Tov. Miklavčič je v omenjeni bolnišnici obiskal tudi oddelek za nevrologijo, nevrokirurgijo in radiologijo ter se pogovarjal o delovanju aparature za nuklearno magnetno resonanco. Mnenje prof. dr. Ackermana, ki je spremljal tov. Miklavčiča, je bilo do nabave

---

**MNOGO LAŽE JE OVREČI KOT DOKAZATI, PODRETI KOT POSTAVITI.**

**Schopenhauer**

take aparature negativno. Kot razlog je navajal previsoko trenutno ceno, predrago eksploatacijo in premajhno razliko v kvaliteti posnetkov v primerjavi s CT.

Ta dan sva spoznala tudi pravnico odvetnico, ki je po osnovnem poklicu medicinska sestra – M. Snyder.

V pisarni zaposluje še tri odvetnike; večina njene velike prakse je zaposlena z vprašanji pravne zaščite medicinskih sester, kar je pogosto za ZDA, a je redko v Evropi. V ZDA imajo okoli 500 advokatov medicinskih sester.

Popoldan sva obiskala še Boston College. Posebnost te šole so večerni programi za zaposlene študente. Šola organizira tudi enoletni študij za medicinske sestre specialiste, in sicer za področje zdravstvene nege v soseski, za psihiatrijo, za zaščito matere in otroka ter za področje kirurške in internistične nege.

Začeli so tudi z doktorskim študijem.

Model izobraževanja je v skladu s sodobnimi koncepti zdravstvenega varstva in vodi študente:

- od zdravega k bolnemu,
- od enostavnega do kompliciranega problema,
- od osnovnega zdravstvenega varstva navzgor,
- od preventive do eventualne bolezni in nege v instituciji,
- klinična znanja predstavljajo zaključek študija, enako
- kronične bolezni in
- psihiatrija.

Študenti imajo na razpolago vrsto izbirnih predmetov; da ni prevelikega vpisa na praktične učne baze, imajo program A in B; ta začenjata z mesecem razlike.

V sredo, 28. 8. 1985 sva začela delovne obiske v soseski. Vodila naju je učiteljica patronažnega dela na šoli, avtorica mnogih učbenikov, Linda Jarvis. Peljala naju je v splošno bolnišnico Quincy – majhno lokalno bolnišnico, ki ima pa izredno dobro organizirano službo kontinuirane nege s posebno dokumentacijo, ki spremlja varovanca od doma v bolnišnico in nazaj domov.

Po dve medicinski sestri patronažne službe sta v timu oddelka za kontinuirano nego; nega na domu ima dežurno medicinsko sestro 24 ur; dosegljiva je po klicnem sistemu in telefonu. Večino razgovorov opravi telefonično, a daje možnost stika z zdravstveno službo vsak čas, kar je bistveno pospešilo zgodnejše vračanje pacientov iz bolnišnice.

Patronažna služba ima za 100 000 prebivalcev Quincyja 22 medicinskih sester; domača nega 15 zdravstvenih delavcev (20 000 ljudi je starih nad 65 let); imajo poseben servis za gospodinjsko pomoč.

V soseski deluje tudi dnevni center za otroke, motene v duševnem razvoju in mentalnohigienski center z dnevnim in nočnim zavetiščem.

V četrtek, 29. 8. 1985 smo obiskali College Whyster, ki daje popolno visokošolsko izobrazbo medicinskim sestram, ki so prvo stopnjo (2 leti) že končale v šoli za patronažne sestre ali v bolnišničnih šolah za medicinske sestre (8+6 let).

– Predhodno izobrazbo kandidatov preverijo in jih individualno vodijo do izenačnega startnega znanja.

– Študij začenjajo z zdravstvenim varstvom družine – najpogostejša študijska oblika je seminar.

– Kriteriji za ocene iz posameznih predmetnih področij so enotno izdelani.

– Zadnji semester je namenjen organizacijskim vedam in vodenju (na praksi so v pisarnah oddelčnih sester do ministrstva za zdravstvo).

Obiske sva zaključila z obiskom Centra za nego na domu v Miltonu, kjer sva spoznala, da zakon o zdravstvenem varstvu predpisuje kontinuirano zdravstveno nego ter dokumentacijo, ki »potuje« z varovancem oziroma bolnikom. Zdravljenje in nego na domu opravlja enako popoln multidisciplinarni tim kot v bolnišnici (zdravnik, medicinska sestra, psiholog,

socialni delavec), pa tudi soseska se vključuje; center organizira za laike 20-urne tečaje samopomoči v družini in soseski.

Na posameznih institucijah, ki sva jih obiskala, so nama podarili večje število knjig, raznih publikacij in člankov. Dokumentcijo, ki jo je dobila tov. Šlajmerjeva, bo shranjena v mariborskem centru, dokumentacija, ki jo je prejel tov. Miklavčič, pa delno na Republiškem komiteju za zdravstveno in socialno varstvo, delno pa na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani.

### Zaključek

1. Kratka informacija o opravljenih obiskih da vedeti, v katerih elementih zdravstvene nege in izobraževanja zanjo nam ZDA lahko služijo kot vzor: to velja predvsem za organizacijo kontinuirane nege ter za sistem izobraževanja, ki daje kandidatom v visokošolskih programih dovolj znanja za kritično presojo lastne doktrine v zdravstveni negi in pozitivno usmerjanje interesa k zdravju posameznika, družine in širše soseske.

2. Curry College je ponudil svoje nadaljnje sodelovanje in pomoč pri pripravi izobraževalnih programov za področje nege bolnikov. Dekan Collegea se je pripravljen sestati z našimi pedagoškimi delavci in pomagati pri pripravi takega izobraževalnega programa (Ljubljana, 6. 9. 1985).

Borut Miklavčič in Majda Šlajmer-Japelj

## organizacija dela

### ŠTIRI LETA USMERJENEGA IZOBRAŽEVANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Junija 1985 je končala izobraževanje prva generacija učencev štiriletnega srednjega usmerjenega izobraževanja, ki so delali po novem programu. Med njimi so bili na devetih slovenskih srednjih zdravstvenih šolah tudi učenci, ki so v vzgojnoizobraževalnem programu zdravstveno varstvo končali smer zdravstveni tehnik. V teh štirih letih so srednje zdravstvene šole pridobile prve izkušnje pri izvajanju novega programa in prav je, da z njimi seznanimo slovenske zdravstvene delavce.

#### *Razlike med starim in novim programom*

Zakon o usmerjenem izobraževanju je kot osnovno izhodišče postavil izobraževanje za začetek dela in za nadaljnje izobraževanje. S tem je želel odpraviti bistveno razliko med šolami, ki so izobraževale skorajda izključno za delo (poklicne, delno tudi tehniške šole), in tistimi, ki so pripravljale učence zgolj za nadaljnji študij (gimnazije). Temu osnovnemu namenu zakona je sledilo tudi srednje zdravstveno izobraževanje. Seveda pa so bili sestavljenci predmetnika postavljeni pred težko nalogo: kaj ohraniti iz starega programa in kaj dodati novega? Rešitev je bila nujno kompromis – **povečalo se je število ur splošnoizobraževalnih predmetov, zmanjšalo pa število ur strokovnih predmetov**, zlasti praktičnega pouka. Tako se npr. v novem programu predmeti biologija, kemija, fizika in matematika poleg slovenskega in tujega jezika poučujejo vsa štiri leta (prej pa le eno ali dve leti); s tem se je tak program zelo približal predmetniku nekdanje gimnazije. Nasprotno pa v novem programu ni več strokovnih predmetov: kirurgije, internih bolezni, pediatrije, ginekologije in porodništva itd., temveč so osnovni strokovni predmeti poleg somatologije in patologije postali nega in varstvo odraslega bolnika in starostnika, otroka, žene in matere, infekcijskega ter duševnega bolnika. Praktični pouk je samo v tretjem in četrtem letniku in to štiri ure

tedensko, v prejšnjem programu pa v drugem, tretjem in četrtem letniku povprečno 10 do 12 ur tedensko. Novost pa je delovna praksa v vsakem letniku, in to v prvem in drugem po 80 ur, v tretjem in četrtem letniku pa 120 ur.

Druga temeljna razlika med obema programama je v **vrsti zdravstvenih delavcev, ki jih izobražujeta**. Stari program je poznal neke vrste specializacijo že na srednji stopnji, saj so šole izobraževale medicinske sestre ambulantno-bolnišnične, pediatrične in porodniško-ginekološke smeri ter zobarske asistentke. Novi program izobražuje v štiriletni šoli le eno smer – **zdravstvene tehnike**, torej na srednji stopnji ni več medicinske sestre; novost pa je dveletno izobraževanje **bolničarjev**.

Tretjo razliko zajema **usposobljenost za delo**. Stari program z obsežnim praktičnim poukom je usposobil diplomante, da so se lahko zelo hitro enakovredno in kvalitetno vključili v delovni proces. Novi program ob majhnem številu ur praktičnega pouka tega ni sposoben storiti, saj učenci osvojijo le temeljna znanja, ne pridobijo pa rutine. To bodo osvojili kasneje na delovnem mestu, zato je toliko bolj pomembno pripravništvo, ki poteka sicer v zdravstveni delovni organizaciji, je pa v bistvu zaključna faza izobraževanja na določeni stopnji.

Četrto razliko izpričujejo **možnosti absolventov srednjih zdravstvenih šol za vpis na višje in visoke šole**. Medtem ko so se absolventi starega programa vpisovali pretežno na višjo šolo za zdravstvene delavce in višjo šolo za socialne delavce, zelo redki na medicino, posamezniki pa seveda tudi kam drugam, so absolventom novega programa poleg logičnega nadaljevanja izobraževanja na višji šoli za zdravstvene delavce brez diferencialnih izpitov odprta tudi vrata na medicino, veterino, farmacijo, biologijo, kemijo itd., pa tudi drugje so dobrodošli, čeprav morajo opraviti diferencialne izpite.

Peta razlika je v **namenu in načinu izvajanja delovne prakse**. Po prejšnjem programu so učenci drugega in tretjega letnika med letnimi počitnicami opravljali počitniško prakso. Z znanjem nege bolnika, ki so ga osvojili v šoli, so se lahko dokaj uspešno vključili v delovni proces in so bili zdravstvenim delovnim organizacijam pogosto v pomoč ob letnih dopustih. Delovna praksa po novem poteka, kot rečeno, v vsakem letniku po izdelanem programu, s tem da temelji na znanju, ki so si ga učenci pridobili v šoli. Organizira jo šola in tako je delovna praksa sestavni del vzgojnoizobraževalnega procesa, le da poteka zunaj šole v zdravstvenih delovnih organizacijah pod vodstvom mentorjev iz teh organizacij, in to med šolskim letom.

### *Prve izkušnje v novem programu*

Osnovna opredelitev usmerjenega izobraževanja, da izobražuje za začetek dela in nadaljnje izobraževanje, je povečalo zanimanje za vpis na srednje zdravstvene šole, saj so učenci v njih videli osnovno stopnjo za nadaljnje izobraževanje v zdravstvu in tudi zunaj njega. Zato je bil vpis v srednje zdravstvene šole v prvem letu usmerjenega izobraževanja zelo velik in precej šol je s preizkusom znanja izbralo najboljše. Tako so prišli na zdravstvene šole dobro usmerjeni, vedoželjni, ambiciozni učenci in učiteljski zbori so ugotavljali veliko razliko v kvaliteti znanja. Manjše možnosti zaposlovanja in dolgotrajna polemika v sredstvih javnega obveščanja o (ne)ustreznosti zdravstvenih šol za študij medicine pa so povzročile, da je zanimanje za zdravstveno šolstvo upadlo, s tem pa tudi možnost selekcije in seveda kvaliteta učencev samih. Veliko je tudi učencev, ki v zdravstvu ne vidijo svoje strokovne perspektive in so odločeni, da se po končanem srednjem izobraževanju preusmerijo drugam.

Novi program je temeljito povečal obseg splošnoizobraževalnih, teoretičnih predmetov. To je sicer povzročilo zmanjšanje obsega praktičnega pouka, vendar pa hkrati omogoča, da učenci z obsežnejšim znanjem biologije, kemije in fizike veliko hitreje in lažje prodirajo v zakonitosti strokovnih predmetov in se v praksi dejansko potrjuje sicer pogosto deklarirana korelacija med predmeti. Obenem pa bolj temeljito poznavanje naravoslovja daje možnosti, da se bodo absolventi srednjih zdravstvenih šol kasneje lažje vključili v samoizobraževanje

oziroma eventualno tudi poklicno preusmerili, saj je znano, da bo današnji človek v svoji delovni dobi večkrat zamenjal delo v stroki, včasih pa tudi stroko.

Slovenska raziskava o dolgoročnem razvoju do leta 2000 razkriva, da bodo zdajšnji srednješolci dočakali pet tehnoloških sprememb in 60% jih bo vsaj enkrat spremenilo poklic.

Izkušnje delovne prakse kažejo, da so učenci kljub manjšemu obsegu strokovnega znanja za delo uporabni in jo zelo radi izvajajo. Žal pa v zdravstvenih delovnih organizacijah ponekod še vedno od njih pričakujejo, npr. enak obseg poznavanja nege bolnika kot v »stari« šoli. Tega učenci seveda v spremenjenem programu niso dobili, zato naj bi mentorji to bistveno razliko vendarle upoštevali, saj se učenci sicer po krivici čutijo prizadete.

### *Kako naprej?*

V preteklih štirih letih so strokovnjaki Zavoda za šolstvo SRS ob sodelovanju srednješolskih učiteljev opravili t. i. evalvacijo vzgojnoizobraževalnih programov. Rezultati te raziskave bodo znani spomladi 1986. Gotovo bodo zanimivi tudi za srednje zdravstvene šole. Na podlagi teh ugotovitev bodo potem pripravljene eventualne spremembe predmetnika in učnih načrtov. Že zdaj vemo, da je ena izmed pomanjkljivosti podvajanje učne snovi med nekaterimi predmeti. Pojavlja se tudi želja (ali potreba?) po povečanju števila ur za praktični pouk, toda hkrati se seveda takoj zastavlja vprašanje, na račun katerih predmetov. Teden-ska obremenitev učencev se namreč ne sme povečati preko 32 ur, nasprotno, celo zmanjševala naj bi se. Šole so že dale nekatere konkretne pobude in predloge, prav pa bi bilo, da jih dajo tudi zdravstveni delavci – tako v Izobraževalni skupnosti za zdravstveno usmeritev in v njenem strokovnem svetu in tudi v svetih šol itd. Gotovo bodo tudi prve izkušnje pripravnitva opozorile na vrzeli, pomanjkljivosti ali celo potrebe po spremembah v učnih načrtih oziroma predmetniku. Nedvomno pa je tako šolam kot zdravstvenim delovnim organizacijam veliko do tega, da bi slovenskemu narodu vzgojili in izobrazili kar najboljše zdravstvene delavce, ki bodo v 21. stoletju kos nalogam tistega časa (Maribor, 4. decembra 1985).

prof. Breda Krajnc,  
Srednja zdravstvena šola J. Polak, Maribor

## beleške ob knjigah

### **Dr. Janez Rugelj: ZMAGOVITA POT, 1. ZVEZEK: GRADITELJI**

Knjiga Zmagovita pot – Graditelji je že četrto delo našega znanega slovenskega psihiatra alkoholologa dr. Janeza Ruglja.

Njegovo ime je v zadnjem času burilo duhove: razdelili smo se na tiste, ki smo se zaklinjali nanj in na tiste, ki so bili proti njemu. Ne glede na to si knjiga zasluži vse priznanje in bi morala biti na knjižni polici vsake naše družine.

Delo je novost po načinu pisanja in vsebinskem prikazu dviga zdravljenih alkoholi-

kov in njihovih družin, ki ni opis propadanja, kot smo ga največkrat vajeni. Pristop tako presega v nas še vedno preveč zakoreninjeno reklo: Pijanec se spreobrne, ko se v jamo zvrne. Sporočilo knjige je zato vzpodbudno in nevsakdanje.

Knjiga je razdeljena na tri dele. V prvem delu z naslovom **Izpovedi graditeljev s komentarji** rehabilitirani nekdanji alkoholiki razgrinjajo pred bralci svoje življenje: tragiko, padec, propadanje, igre v času alkoholizma in končno naporne vzpone ter veličastno rast in spreminjanje. Moramo jih občudovati in se istočasno zavedati, koliko moči in volje je bilo potrebno za tak napredek. V svojem okolju označeni kot alkoholiki, so bili v času zdravljenja še bolj in pogosteje zaznamovani, saj je ne piti pri nas huje kot

piti. Graditelji so po mnogih ovinkih in zapletih našli pravo pot, ki se sicer zapleta, vendar vselej znova spet strmo vzpenja. Iz izpovedi spoznavamo odnos enakovrednih partnerjev, ki so sposobni odkrito spregovoriti o medsebojnih odnosih in jih tudi reševati. Ni težko abstinerirati, pravijo, težje je spreminjati samega sebe. Brskati po sebi je boleče in resnica je še posebej pekoča, če je neprijetna. A samo tako je mogoče izluščiti tisto, kar je pozitivno in nadaljevati k boljšemu. Prava umetnost je iz tako zverženih odnosov zgraditi to, kar je njim uspelo. Kar pišejo, je napisalo življenje in to človeka najbolj prepriča. Temu moramo verjeti.

V drugem delu z naslovom **Socialno andragoški model dela z alkoholiki** avtor in drugi strokovnjaki razkrivajo svoje delo in nam ga omogočajo spoznavati in realneje oceniti. Pred nami je poizkus in želja pričarati bralcu fantastično rast in dvig iz najglobljega brezna življenja v novo kvaliteto, ki celo presega kvaliteto življenja mnogih zdravih ljudi. Avtorju ni bilo težko priznati tudi napak, ki so se pojavile, spregovori tudi o njihovem odstranjevanju, o prilagajanju in spreminjanju prvotnih načrtov.

Že dolgo je znano, da cilj zdravljenja in rehabilitacije ni samo abstinenca. Alkoholik je za sproščanje različnih napetosti uporabljal alkohol, v programu zdravljenja pa mora to nadomestiti z različnimi aktivnostmi, s tekom, planinarjenjem, pisanjem, branjem, izobraževanjem itd. Vsaka od teh dejavnosti je nepogrešljiv del pri zdravljenju in težko bi bilo reči, katera je najpomembnejša. Na začetku zdravljenja je tek povsem gotovo eno najpomembnejših prevzgojnih sredstev, predvsem za dvig samozavesti pri alkoholiku, ki na vseh področjih zaostaja za svojimi uspešnimi vrstniki. Morda je po dolgih letih pretečeni mali maraton prva potrditev zagrenjenemu človeku oziroma partnerju. Z litri pretečenega znoja si krepí voljo, vsak pretečeni kilometer je borba s samim seboj, tako da je na cilju vsak zmagovalec. Kolikšno je ob tem zadovoljstvo, si lahko zamišlja-

mo, kajti tudi odrasel človek, ne samo otrok, potrebuje priznanja in potrditve v življenju. Vse te aktivnosti stremijo k temeljitemu urejanju medsebojnih odnosov, z njimi se človek potrjuje, najde pravo mesto v družbi, kar je za iskanje njegove lastne identitete še posebej pomembno. Ti elementi so nepogrešljivi v osebni preobrazbi in omogočajo usmeritev v zdravo življenje, pa tudi ustvarjalno in osmišljeno življenje. Funkcija terapevta v takem programu je predvsem v organizaciji terapevtskega odnosa, kjer z veliko razumevanja in poznavanja članov usmerja skupino k načrtovanemu cilju. Končna rešitev pa je tako in tako v rokah zdravljenecov samih in v tem, koliko so sposobni, predvsem pa pripravljeni, spreminjati sebe in svoje lastno življenje.

V tretjem delu z naslovom **Zapiski ob Gabrovi družini** Jože Ramovš, sodelavec dr. Janeza Ruglja, opiše zdravljenje te družine. Od prvega stika s terapevtom pa vse do branja teh zapiskov. Vpelje nas v dogajanja nekaj let nazaj, k prvim poskusom in do bogatih spoznanj in polnosti življenja v zadnjih letih. Dosegli so nekaj, kar si marsikdo želi, pa tega ne uresniči. Med željo in uresničitvijo je veliko trdega in naporega dela, ki se večini zdi odveč, pa tudi če gre zanje same.

Knjiga bi morala najti pot k širokemu krogu bralcev, saj se bere kot najbolj napet roman, ki zapusti veliko novih spoznanj in morda spodbud za lastno spreminjanje. Graditelji so prepričljivi, z njimi doživljaš vse težave in napore, z njimi padaš in se dvigaš. Srečen si, ko so oni srečni, in nesrečen, ko so oni nesrečni.

Čeprav jih človek ne pozna, so ti blizu. Presegli so marsikoga. Oni, ki so bili nekdanj na robu naše družbe, postajajo marsikomu vzorniki pri oblikovanju in načinu življenja, ki ga živijo (Portorož, 4. oktobra 1985).

Metka Žugelj, višja medicinska sestra, Patronažna služba Lucija, Portorož

---

**SO LJUDJE, KI MISLIJO, DA JE PAMETNO VSE, KAR SE POČNE Z RESNIM OBRAZOM.**

**Lichtenberg**