

SPOLNA VZGOJA MALČKA

Čutnost staršev

Za spolno vzgojo je pomemben odnos staršev do lastne spolnosti. Ali imajo lastno telo radi ali pa mislijo, da je nekaj nečistega? Ali čutijo odpor do spola življenjskega sopotnika ali pa jim je dragocen? Ali imajo drugega za brezobzirnega in izkoriščevalskega sopotnika ali za vznemirljivega pobudnika obojestranskih radosti?

Četudi starši nikoli ne govorijo o svojih občutkih in naj bodo ti takšni ali drugačni ter četudi pripovedujejo samo o pticah, čebelah in narcisah, se bodo malčku razodeli. Prav zato jim je tudi težko odločno svetovati, kako naj odgovorjajo na vprašanja o spolnosti. Potrebno je najprej spoznati tovrstne težave in kolikor mogoče ublažiti njihove skrbi in zadrege.

Odziv na otroško samozadovoljevanje

Potrebno je, da se starši *razumno odzivajo* na otroško samozadovoljevanje. Načeloma je prav, da ga pustijo pri miru in temu ne posvečajo pozornosti. Malčka naj zaposlijo z igro, pripovedmi oziroma dejavnostmi, ki ga veselijo. To so najuspešnejša sredstva, da se navada – ta sicer tudi sama izgine – unese že prej. V primeru vnetega počenja naj pomislijo na kakšno obolenje, ki mu draži spolne dele telesa oziroma povzroča srbenje. Vnetje kožice na glavicu dečkovega spolovila ali nožnični izcedek pri deklici lahko spodbujata k pogostnemu praskanju na tem mestu. Naj potrdim s primerom: Trileten malček se je kar naprej drgnil po spolovilu. Pri tem je drhtel, se potil in oči so mu žarele. Doživljal je nekaj podobnega kot spolni vrhunec. Opazili so, da je njegov spolni ud pogosto nabrekli. Ko je le-ta otrdel, je začel z otroškim samozadovoljevanjem. Seveda so se obrnili na zdravnika. Izkazalo se je, da malček trpi za zapeko. Čim dlje je trajalo njegovo zaprtje, tem bolj vneto je to počenja. To je zdravnika navedlo na misel o možnem vzroku pogoste napetosti spolnega uda, slednje pa naj bi ga navdajalo k omenjenemu početu. Svetoval jim je, naj z ustreznim načinom prehrane poskrbijo za njegovo redno iztrebljanje – omenjeni težavi pa naj ne posvečajo pozornosti. Kmalu so potrdili pravilnost domneve. Z urejeno prebavo se je nehala tudi otroško samozadovoljevanje, saj ni bilo več nabrekli spolnega uda. Ta se namreč pojavlja tudi pri nehotenem vzdraženju spolnih delov telesa.

Otroško samozadovoljevanje lahko otroka poteši. Daje mu *občutek ljubezni*, kadar se čuti osamljen. Z njim si preganja dolgčas in mu je v tolažbo, kadar je zavrnjen. Staršem pa povzroča negotov strah in očitno zaskrbljenost. Razumsko vedo, da je to pač neka stopnja v njegovem spolnem razvoju. Dejansko pa se s tem težko sprijaznijo.

Otrok se lahko celovito vključi v skupnost, če se je pripravljen odreči trenutnemu zadovoljstvu v korist dolgotrajnejšega. Tega mu nudijo starši oziroma kasneje družba, ko ga sprejmejo medse. Skrb in ljubezen tudi ustvarjata v njem potrebo po priznanju. Tako je prej pripravljen spremeniti svoje navade v zameno za njihovo ljubezen in naklonje-

nost. Otroško samozadovoljevanje naj zato zavirajo, ker ne spodbuja k osebni rasti. Prav pa je, da je njihovo odvrčanje čim bolj neopazno. Obdajo naj ga z ljubeznijo in mu budijo zanimanje za svet okoli njega. Zadovoljstvo naj najde v osebnih stikih in uspehih. Potem tudi tovrstno občasno početje ni nič hudega.

Poučitev glede razlik med spoloma

Neka zgodba pripoveduje, da je v rovtarsko vas prišel nov duhovnik. Ko je imel pridigo, pride v cerkev samo en kravji pastir. Duhovnik ga vpraša, ali naj pridiga enemu samemu. Ta odvrne: »Jaz vam ne vem povedati, kaj storite. Sem samo pastir. Toda če bi jaz prišel krmit svoje krave in bi prišla samo ena, bi pač nakrmil tisto edino.« Duhovnik se pastirju zahvali in začne pridigati. Govori debelo uro. Po končanem vpraša svojega poslušalca, ali je bil zadovoljen. Ta pa odgovori: »Ne razumem se na pridige, saj sem samo kravji pastir. Ampak če bi jaz prišel krmit svoje krave in bi prišla samo ena – bi bil močno čez les, če bi tej edini dal vso krmo.«

Starši naj se tudi pri spolni vzgoji že od vsega začetka uprejo skušnjava, da bi odložili vse »breme« naenkrat. Kot ni razloga za neodkrito odgovarjanje na malčkova vprašanja o spolnih stvareh ali o čustvih ljubezni, tudi ni potrebna izčrpnost kakor pri tečaju za porodništvo. Odgovori so lahko kratki, povedani v enem ali dveh povedih.

Kadar *začne malček spraševati*, je primerno star za podučitev s področja spolnosti. Nikoli pa ne vpraša ravno tako in takrat, kot starši pričakujejo oziroma želijo. Ti si recimo radi predstavljajo, da se bo to zgodilo zvečer pred spanjem. Takrat je navadno z njimi najbolj zaupljiv. Vendar naj bodo pripravljene na tisto vprašanje v trgovini ali na cesti, ko se bodo pogovarjali z nosečo sosedo. V takšnem primeru je prav, da se premagajo in ga ne odpravijo z besedo: »Tiho.« Odgovorijo naj mu, če je to le mogoče. Lahko pa mirno rečejo: »Pozneje ti bom povedal. O teh stvareh se namreč raje pogovarjamo takrat, ko smo sami.« Tudi ni potrebno, da so pri tem preveč slovesni. Na vprašanje: »Zakaj je trava zelena?« ali »Zakaj imajo psi repe?« odgovorijo malčku brez oklevanja. Ob tem se mu zdi, da je to nekaj samoumevnega. Enako naravni naj poskušajo biti tudi v odgovorih na vprašanja o spolnosti oziroma ljubezni. Sprašuje jih namreč iz radovednosti, čeprav jim je ob takšnem pogovoru zelo nerodno. Spock in Rothenberg še svetujeta: Če pa je njihova zadrega preveč očitna, lahko rečejo nekaj podobnega: »Ob takih pogovorih mi postane nerodno. Moji starši so vedno govorili, da o spolnosti oziroma ljubezni ne sme premišljati ali govoriti. Sicer se sploh ne strinjam z njimi, vendar s tem nimam veliko izkušenj in mi gredo pojasnila še vedno nekoliko težko od rok.«¹ Sicer pa sam zazna njihovo zadrego.

¹ Da do takšnih ali podobnih izgovorov ne bi prihajalo, naj starši pravočasno poskrbijo za pravilno in pravočasno lastno poučitev. Na kasnejše odgovarjanje naj se tako pripravijo, da bodo lahko tudi o tem govorili čim bolj naravno.

Na splošno naj se malček že v najnežnejšem obdobju nauči spoznavati imena in naloge delov telesa in telesne razlike med spoloma. V razlago naj starši ne vpletajo živali in rastlin.

Mogoče bo malček opazil tudi kakšno znamenje materine menstruacije in ga imel za posledico kakšne poškodbe. Starši naj bodo zato pripravljene razložiti, da ženske približno enkrat na mesec izločajo kri. Če je nekako star vsaj štiri leta, mu že lahko poveje nekaj besed o tem namenu.

Tako kot starši *poimenujejo druge dele telesa*, naj to po enakem ključu storijo tudi za spolne dele. Če ničesar ne zamolčijo, zanimanje za novo odkritje kmalu popusti. Ob nečem naravnem in samoumevnem se malček nikoli ne razburja. In drži samo sledeče: potrebno mu je pojasniti tisto, kar ga zanima in tako, kot je v resnici. Kako to povedati, je vprašanje zase. Torej, če vpraša: »Odkod prihaja otrok?« ima pravico dobiti ustrezen odgovor. V tem smo si edini. Toda dobljeni odgovor presoja na njih. Najpomembnejše vendar ni vedeti, po kakšni poti pride semenčica do jajčeca. Bistveno je otrokovo spoznanje odnosa med očetom in materjo: Kako se ljubita in sta drug do drugega nežna, kako drug drugemu pomagata. Če mu je jasen njihov odnos, potem spolni pouk ni težak. Če sta oče in mati kljub veliki naglici in hitenju še vedno drug do drugega obzirna, prijazna in se znata še pošaliti, potem lažje dojame: »Na svet sem prišel zaradi njune ljubezni.«

V tem obdobju torej gre samo za to, da starši na otrokova vprašanja pametno odgovarjajo. To pomeni: Zadostujejo preprosti, toda resnični odgovori. Poskusijo naj odgovoriti enako preprosto, kot jih enostavno vpraša.

Odgovori na vprašanja o spolnosti

Če dve- ali triletni deček pokaže svoje spolovilo in vpraša starše: »Kaj je to?« je pravi čas za odgovor: »To je tvoj spolni ud.« Prav je, da ga imenujejo s pravim imenom.

Če vprašuje po spolnih razlikah med dečkom in deklico, mu starši lahko takole pojasnijo: »Vsak deček ima spolni ud. Deklica je drugačna. Ona ima nožnico in znotraj prostor, ki se mu pravi maternica. Tam zraste otrok. In ima prsi, da nahrani dojenčka. Dečki nimajo niti maternice niti prsi.« Ali pa: – »Da, med dečkom in deklico je velika razlika. Ti imaš spolni ud in si deček. Ko boš odrasel, boš lahko oče.« – »Ti si deklica in imaš nožnico. Ko odrasteš, boš lahko mati. Deklice so ustvarjene tako, dečki pa drugače. Veseli me, da si to opazila.« Te razločke je potrebno poudariti, nikakor pa jih ne smejo zmanjševati. Pojasnila naj bodo odkrita in odločna, da se tako izognejo vsem mogočim zmedam spolnega enačenja.

Na malčkovo vprašanje: »Od kod pride dojenček?« naj starši nikar ne rečejo, da ga prinese zdravnik v torbi ali da pride iz bolnišnice, iz trgovine, po pošti, ali da ga je prinesla štorclja. Lahko mu odgovorijo: »Ko je otrok že dovolj velik, pride ven skozi odprtino – nožnico;« ali še enostavneje: »Mama ga rodi.« Lahko mu še pristavijo, kako je on prišel na svet: »Najprej si bil tako majhen kakor drobna pika; nato kot majhna lutka. Potem si hotel ven in želel si sam jesti, se smejati, prijemat, tekati. Zdaj pa si že tako velik.« Z razlago in pojasnili naj ne gredo predaleč. Lahko pa so še krajši.

Nekateri starši mislijo, da naj bi malčku že ob prvem vprašanju povedali tudi o očetovi vlogi – da namreč prispeva svoje semenčice. Toda večina strokovnjakov je mnenja, da se pri treh ali štirih letih res ni potrebno truditi in natanč-

no opisovati telesnih in čustvenih plati spolno-ljubezenskega dejanja. Lahko rečem, da bi to presegalo njegova poizvedovanja. Potrebno je samo zadovoljiti radovednost tako, da bo lahko razumel.

Nasprotno pa je triletni malček zelo prizadeven, kadar mati pričakuje novorojenčka. Takrat naj le čuti premikanje v njenem telesu in prinese blazino ter ji jo položi v naročje, da bo malemu še topleje. Vse to si že lahko predstavlja. Zanj pa je lepo doživetje, če lahko svoje veselo pričakanje deli z že rojenim otrokom.

Kaj pa storiti z malčkom, ki je dosegel tri in pol, štiri ali celo štiri leta in pol, pa še ni postavil podobnih vprašanj? Dušeslovci dvomijo, da ni kdaj tega vprašal. Skoraj zagotovo je opazil razliko in bil morda pretresen, da si ni upal dalje poizvedovati. Mogoče pa je postavil vprašanje. S tem pa je starše spravil v takšno zadrego, da je brž ugotovil neprimernost teme za razgovor. Kljub vsemu pa malčka ta poglavja iz življenja zanimajo. Zato postavlja vsaj posredna vprašanja ali pa se potika za starši, da bi jih videl nage. Mogoče prepričuje svoje prijatelje, naj se slečejo. Zato prav storijo, ko mu njegovo radovednost pojasnjujejo: »Verjetno te zanima, zakaj so dečki drugačni od deklic...«

Odnos do telesnosti

Pisci knjig o spolni vzgoji glede *odnosa do golote* niso povsem enakega mnenja:

- Ginott svetuje staršem, naj zaradi lastnega miru in posebno zaradi otrokovega nravnega razvoja ostanejo zadržani. Če se prhajo ali oblačijo in malček nenadoma plane v kopalnico, naj to pač dopustijo. Ni jim pa potrebno tega spodbujati. Če se recimo pred njim goli sončijo ali če pred njim goli telovadijo, ga to lahko draži, bega in zaplete v čudne predstave.
- Neill pravi, da starši ne smejo nikoli zatirati golote. Otrok naj jih vidi slečene že od začetka. Vendar pa naj mu povedo – ko je dovolj star, da lahko to razume – da nekateri ljudje tega nočejo videti. V njihovi prisotnosti naj zato nosi obleko. Po drugi strani pa je napačno vsakršno vsiljevanje golote. Živi v takšni družbi, kjer zakon javno nagoto prepoveduje – ščiti namreč naravno zasebnost posameznika.
- Spock recimo pravi: Malčka lahko prizadene, če so starši vsak dan goli – saj je nanje tudi čustveno navezan. To ga lahko preveč razvname.

Vseh malčkov seveda ne moti, če so njihovi starši goli. Nekatero otroke pa pogled na njihovo goloto prizadene. Glavni vzrok je otrokova zelo čustvena navezanost nanje. Sin ima mater veliko rajši kot katerokoli vrstnico. Oče se mu zdi veliko pomembnejši tekmeč kot vrstnik. Dečka lahko zato pogled na mater zbega, prav tako tudi pogled deklice na očeta. In če ima recimo deček priložnost ugotavljati svojo nemoč v odnosu do očeta, ga lahko obide želja po maščevanju.² Zato je potrebno, da starši to upoštevajo in hodijo po hiši primerno oblečeni ter malčka ne puščajo v kopalnico in stranišče, kadar so sami notri. Seveda pri tem ni potrebno pretiravati. Včasih nepričakovano naleti na očeta (ali mater) ravno v trenutku, ko je ta slečen. Oče (mati) mu lahko samo reče: »Prosim, da počakaš zunaj, da se oblečem.« Po šestem in sedmem letu pa si večina otrok vsaj tu

² Očetje – privrženci golote so pripovedovali o maščevalnih kretnjah svojih otrok.

pa tam zaželi, da se upošteva tudi njihova sramežljivost. Prav je, da to njihovo željo spoštujejo. Takrat začuti: To je pa stvar, ki ni za vsakogar. Morda ni niti več za moje starše, čeprav sem hčer oziroma sin.

Malček je radoveden, *kakšno je človeško telo*. Zato je pametno, če mu starši to posredno pokažejo. Lahko je opazil razliko med majhnimi dečki in deklicami in tu in tam skrivaj videl tudi nje. In rad bi videl še več. Prav je, da mu o njegovi radovednosti odkrito spregovorijo: »Ti bi sicer rad videl, kakšna sem – ampak v kopalnici sem najraje sama. Saj ti bom povedala, kako so odrasli ljudje ustvarjeni. Kar vprašaj me, pa ti bom odgovorila.« Tak odgovor ne napada niti ne zavira njegove radovednosti, pač pa jo usmerja v bolj sprejemljive oblike. Namesto z gledanjem in tipanjem bo izrazil svojo radovednost z besedami in tudi tako dobil primeren odgovor.

Navajanje na telesno čistočo

Vzgojna dolžnost staršev na področju spolne vzgoje je tudi skrb za čistočo malčka. Njemu pogled na iztrebke, njihov smrad in dotik ne pomenijo nič odbijajočega. Ko ga zato učijo opravljati to potrebo, naj ga ne zastrupijo z odporom do telesa. Z osornimi in prenačelnimi ukrepi mu lahko vcepijo občutek, da je telo z vsemi svojim delovanjem vred nekaj grdega.

Otrok se navadno nauči zadržati veliko potrebo, ko doseže dve leti in šele s tremi ne moči več v hlačke. Seveda je potrebno, da so starši pripravljeni na nesreče in ga v tem obdobju ne kaznujejo.

V prvih letih privajanja na čistočo naj starši naučijo otroka, da se ne sme dotikati iztrebkov. Seveda pa ni pametno prepovedovati želje za podobnim početjem. Zato mu lahko dovolijo, da temu ustreže s primernejšimi nadomestki. Zelo pomembno je namreč, da lahko po mili volji packa s peskom, ilovico ali vodo. V njegovi podzavesti vse to predstavlja prvinsko snov, ki mu daje enakovredno zadovoljstvo in tolažbo za izgubo prvotnega užitka. Ker so spolni deli telesa in izločila tako blizu skupaj, lahko obe delovanji poveže. Pri večini otrok nastopi naravno obdobje, ko jih privlačijo lastni izločki. Če bi se starši na to odzivali z gnusom, bi lahko dobil vtis: »Cel spodnji del telesa je nekako umazan in odvraten.«

Starši naj bodo *pri navajanju na čistočo* potrpežljivi, čeprav je to včasih težko. Prav je, da ga spodbujajo k redni uporabi nočne posode. Seveda naj mu pustijo dovolj časa, da se na to navadi. Poskusijo naj tudi pokazati zanimanje za njegovo početje in ga pohvalijo, ko opravi potrebo. Če se mu to ne posreči, naj ne pokažejo razočaranja in naj ga ne kregajo ali celo kaznujejo. Naj tudi ne bodo v skrbeh, če se na vse to le počasi navaja.

Odzivnost na malčkovo ljubezen do staršev

Otrok med tretjim in petim letom je posebej navezan na roditelja nasprotnega spola. Če znajo starši v tem obdobju pametno ravnati, mu bodo olajšali njegove odnose za zdaj in za poznejše zrelo obdobje. Njemu in sebi bodo v tem obdobju najbolje pomagali, če to sprejmejo kot naravno stopnjo v razvoju in če bodo do sozakonca in njega enako nežni – če se torej medsebojne vezi ne bodo krhale zaradi njegovega vedenja.

Da se torej v malčku ne prebudijo sovraštvo, maščevalnost ali odklon do enakospolnega roditelja, naj starši upoštevajo *pet temeljnih pravil*:

- Nikoli naj ne smešijo njegove zaljubljenosti.
- Potrebno mu je posvetiti še več časa kot sicer.
- Naj ne bodo ljubosumni, če se nenadoma naveže na drugega roditelja.
- Mati ne sme izkoristiti sinovega čustvenega izbruha in ga še bolj navezati nase. Enako velja tudi za očeta in hčer.
- Predvsem pa naj roditelj nikoli ne ponižuje sozakonca. Tudi naj se ne prepirajo z malčkom ali se mu smejejo. Njegova ljubosumnost se bo najhitreje polegla, če mu bodo jasno pokazali svojo ljubezen. Če odrasča v urejeni družini, brez težav preboli to stanje in si neha lastiti očeta oziroma mater.
- Če pa se malček ne zna tako očitno razodeti, naj ga kakšno drugo pot – saj se ljubezen lahko razodene na mnogo različnih načinov.

Priprava na sorojenca

Starši lahko pravilno vzgajajo le, če se že vnaprej jasno zavedajo nevarnosti posamičnih možnih razmer v družini. Gotovo je prvo in osnovno pravilo, da ne smejo edincu nikdar posvečati pretirane pozornosti in se z njim prekomerno ukvarjati. Njegovi starosti primerno ga je *potrebno osamosvajati* (enako kot v primeru, da imajo več otrok). V nasprotnem se bo malček po rojstvu naslednjega otroka počutil prikrajšanega zaradi brata ali sestre. Ko pričakujejo dojenčka, naj o tem govorijo z malčkom. Tudi tako ga pripravijo, da bo mlajšega pričakoval z veseljem. Seveda bodo to z vso prepričljivostjo lahko storili le tisti, ki so tega dejstva sami iskreno veseli. To pa je vezano tudi na njihovo zadovoljstvo v sami zakonski zvezi. Vzemimo, da sami pričakujejo novorojenčka z veseljem in da so tudi v zakonu srečni. Tedaj lahko za pripravo starejšega na prihod mlajšega izkoristijo številne priložnosti. Ko za bodoče rojenega otroka pripravljajo plenice, prva oblačila in posteljo, lahko o tem govorijo s starejšim. Mati naj ne plete molče, ampak mu pri tem govori: »Glej, to bo pa za tvojega malega brata oziroma sestro.« Lahko mu pripovedujejo, kakšen bo mlajši družinski član. Skupaj se lahko na primer pogovarjajo, kakšno ime bi mu dali. Mati ga lahko prosi, da ji prinese nit ali škarje oziroma ji pomaga zviti volno za jopico bodoče rojenega otroka in podobno. Skratka: o bližnjem dogodku naj ne molčijo.

V teh pogovorih starši tudi ne smejo razvijati v malčku pretiranih pričakovanj. Zlasti edinec bi se utegnil novega družinskega člana preveč veseliti ali pa od njegovega prihoda preveč pričakovati. Lahko se pogosto čuti osamljen in predvsem pogreša tovariša za igro. Ponovno je lahko razočaran po rojstvu brata oziroma sestre ob spoznanju, da se z njim še ne more igrati in zabavati. Že pred rojstvom je zato pametno povedati, da je majhen otrok najprej zares majhen in po večini še samo spi in je. Malčka je potrebno pripraviti na čakanje, da bo dojenček zrastel. Pomembno je pridobiti starejšega, da mu bo tudi on pri tem pomagal. Kako? Da med dojenčkovim počivanjem ne bo kričal, ker mu spanje pomaga rasti. Da bo malček kdaj pomil steklenico. Da bo pomagal, ko bodo kopali dojenčka. Da ga bo kdaj pazil, ko bo na svežem zraku.

V tem času je še posebej pomembno tudi očetovo vedenje do matere. Vedno – še posebej pa v nosečnosti – naj bo pozoren do nje. Starši naj ne pozabljajo, da ima tudi takšno vedenje pomemben delež pri spolni vzgoji malčka – prav gotovo veliko bolj kot poučevanje. Oče naj (v njegovi pri-

sotnosti) pomaga nosečnici, kjer in kakor le more. Tako vgrajuje preprost, vendar podoben odnos do noseče matere. Malček moškega spola se ob očetu uči, kako naj se vede sedaj in ko bo odrasel. Že v tem obdobju se namreč ob njihovem zgledu oblikuje v njem bodoči zakonec. Malček – deklica pa si oblikuje srčen odnos do oseb moškega spola in prepričanje, da je biti ženska in mati lepo. Poleg tega je priporočljivo vsako priložnost porabiti za to, da govorijo o bodoče rojenem otroku kot o njihovem in nikoli ne o svojem (na primer maminem). Tudi takšna usmerjenost pomaga malčku, da bo prirastek sprejel brez ali vsaj s čim manj ljubosumja.

Med drugim naj starši v zadnjih tednih nosečnosti navaajo malčka, da bo sprejel tudi *pomoč brez matere*. Kakšno uro lahko preživita sama z očetom. Morda se mu bo zdela njegova pomoč prav imenitna. Če pa bodo s tem začeli šele z rojstvom mlajšega, se bo starejši verjetno uprl. Tudi zase bo zahteval, da zanj poskrbi mati.

Pri marsikaterem malčku se oče odlično obnese. Pogosto pa zahteva mater – in to prav takrat, ko je najbolj utrujena. Proti koncu nosečnosti je zato ob njem že kar izčrpana. Iz izkušenj pa mnogi starši povedo, da sicer otroka z majhno razliko v starosti zahtevata nekaj let od njih veliko naporov. Potem pa postaneta dobra vrstnika pri igri in nekako doživljata skupno otroštvo. Kadar so razlike velike, pa pogosto sploh ni težav z ljubosumnostjo.

Če se malček *ne veseli dojenčka*, naj starši starejšega otroka pustijo »pri miru«. Nikar naj mu tega ne očitajo, niti mu ne preveč zagreto prigovarjajo: »Kako bo lepo, ko boš imel brata oziroma sestro«. Na noben način pa naj mu zato ne odtegujejo ljubezni. Njegove ljubosumnosti ne bodo odpravili s podobnimi besedami kot so: »Grd si in takega te sploh nočem.« Mogoče pa tudi sam potrebuje več časa in izkušenj z novim bitjem, da se ga navadi. Naj samo recimo otiplje trebuh matere. Ta mu lahko pokaže, kako se v njej premika otrok. Pogosto naj se stisne k njej, če si to želi. Pa še nekaj: Malček težko prenese, če mora zaradi dojenčka iz njihove spalnice. Če so do tedaj spali skupaj, je verjetno pametneje počakati še nekaj časa in potem oba otroka preseliti v otroško sobo. V nasprotnem je potrebno navajati starejšega nekako vsaj pol leta pred rojstvom drugega na lastno spalnico.

Ravnanje z ljubosumnim malčkom

Starši lahko *ljubosumnost malčka preprečijo*. Ne smejo ga razvajati, mu streči in ga pretirano navezovati nase. To velja predvsem za prvorojenca. Potem naj ga pripravijo na rojstvo naslednjega otroka. Večkrat naj mu povejo, da bo dobil brata oziroma sestro – novega tovariša pri igri. Koristno je, če mu pokažejo kakšnega novorojenčka. Starejši bo tako imel predstavo, kakšen bo njegov novi družinski član. Povedo naj mu, da bo malo bitje sprva nemočno. Vsi v družini (tudi on) se bodo zato morali ukvarjati z njim. Ob rojstvu naslednjega otroka naj izpolnijo obljube, ki so jih dali starejšemu. Čim večkrat naj mu dajo priložnost, da se izkaže v pomoči. Če sta v družini že dva ali več otrok, naj z vsemi enako pristržno ravnajo. Nikakršne razlike naj ne delajo med njimi, tudi če so otroci različnega spola. Prav je, da se starši izogibajo kakršnemukoli primerjanju. Ljubosumnost starejšega otroka lahko preprečijo tudi, če mu zapajajo vlogo vzgojitelja mlajšemu. V tem primeru naj se sklicujejo na večjo zrelost in izkušnost starejšega in ga občasno prosijo, naj pazi ali se igra z mlajšim. Če malček

dobro opravi zaupano mu nalogo, naj ga pohvalijo. Ponovno naj poudarijo, da je to dosegel tudi s svojo večjo zrelostjo in pametjo.

Če se je pojavila ljubosumnost, naj starši *poiščejo vzroke* in jih odstranijo oziroma vsaj ublažijo (kolikor je mogoče). Z ljubosumnim malčkom se je potrebno še več ukvarjati in mu dati dovolj priložnosti, da se s čim izkaže. Pomembno je, da mu pokažejo zaupanje vanj. Pogosto naj mu izkazujejo svojo naklonjenost in se zanimajo za njegove lastnosti, želje in sposobnosti. Ljubosumnež potrebuje še posebno veliko pristne ljubezni. Ob tem naj mu zagotovijo notranjo varnost in mu dajo čutiti, da ga imajo radi.

Podobna načela veljajo, če ima mati *novega življenjskega tovariša*: ljubosumnost malčka na tega skrbnika je mogoče preprečiti, če ga mati predhodno (ko sta še živela sama z otrokom) ni preveč tesno navezala nase. Prav pa je, če se »novi oče« od prvega dne skupnega življenja po očetovski vede z njim. Zaželeno je, da se z njim veliko ukvarja in igra. Prav je, da ga razveseljuje tudi z majhnimi darili. Potrebno je, da je ljubezniv, veder in dobronameran. Mati naj pazi, da otroka ne bi zanemarila in naj se z njim ukvarja toliko kot prej. Včasih naj mu pusti sodelovati, ko je nežna z moškimi. Prav je, da dovolj pogosto poudari njihovo skupno čustveno povezanost. Poglavitno je, da se malček ne čuti izločenega iz te nove zveze. Občutiti mora, da ga zaradi zaljubljenosti v drugega ni nehala imeti rada in da ga ima tudi ta rad ter da ga je sprejel kot pravi oče. Zmotno je misliti, da »novi oče« s tujim otrokom ne sme ravnati kot s svojim. Potreben mu je odrasel mož, katerega bo čustveno doživljal kot očeta. Ni bistveno, ali je to pravi oče ali pa kdo drug. Pomembno je, da se obnaša kot oče v vzgojnem pomenu besede: da ga sprejme in mu izkazuje čustveno toplino.

Odnos do malčkove spolne razpoznavnosti

Očetje se vse več ukvarjajo z nego otroka. Takšen odraščanje v prepričanju, da zanj lahko skrbi in ga neguje tako moški kot ženska. Verjetno bo to vplivalo na njegovo spolno razpoznavnost kljub vsem nasprotnim primerom, na katere naleti zunaj doma. Znano je že, kako pomembno vplivajo odnosi med njim in starši v zgodnjem otroškem obdobju na njegovo poznejše vedenje ter odnose do drugih ljudi. Vsekakor je zelo verjetno, da to vpliva tudi na njegovo spolno razpoznavnost. Če starši delijo večino ustaljenih materinskih oziroma očetovskih pravil, bo odraščal z veliko večjim poslušom – kaj vse je mogoče in zaželeno v njegovem poznejšem življenju. Večina otroških dušeslovcev se zato zavzema za zблиževanje očetove in materine vloge.

Največja pa je ljubezen

Notranji razvoj malčka je v veliki meri povezan z učenjem obnašanja in s celotnim vzgojnim ukrepanjem. Od staršev terja veliko posluha in razumevanja *pri nastajanju prvih trajnejših osebnostnih potez* na področju ljubezni in spolnosti. Veliko jih še misli: »Saj nič ne razume in še ne ve, kaj se z njim dogaja.« Njegovim in svojim dejanjem zato ne posvečajo kakšne posebne pomembnosti. Dejstvo pa je, da se v njem – četudi ne razume vsega – oblikuje podzavestno vedenje. To je zanj tako potrebno in nenadomestljivo, da je poznejše vzgojno delo možno in uspešno le v primeru pravilne in uravnotežene vzgoje. Če mu z mo-

drim ravnanjem vcepljajo urejene in dobre navade še preden se v njem prebudi volja, bo takrat le-ta že nagnjena k urejenosti, dobremu, resničnemu in lepemu. Prav storijo, ko ga navajajo h koristnim in pravilnim dejanjem ljubezni in ga odvrtačajo od napačnih in nevarnih. Otroku so prva učna knjiga.

Pomembna sestavina vzgoje ljubezni je *razvijanje pravičnega odnosa* do lastnega, istega in nasprotnega spola (ne podcenjevanja in precenjevanja – temveč enakovrednost, spoštovanje itd.), do ljubezni in spolnosti v njenih pojavnih oblikah. Poudarek tovrstne vzgoje zato ni na besedah in naukih. Težišče je na odnosih, ki se ustvarjajo v družini med očetom in materjo, med brati in sestrami. Bistven je torej odnos, ki ga starši vcepljajo otroku do pojavov in vprašanj s področja ljubezni in spolnosti ter odnosov med spoloma.

Čustva so pri malčku še vedno najmočnejši in najizrazitejši dejavnik. Z drugimi besedami: na njegovo vedenje in ravnanje bolj vplivajo njegova čustva kot razum. Seveda so tudi ta v tem obdobju še nestalna in neizoblikovana. Hitro se menjavajo pa tudi po svoji vsebini in izrazih so zelo odvisna od njegove okolice in od ravnanja z njim. Starši lahko zato njegova čustva do neke mere usmerjajo, vodijo, razvijajo in mu jih pomagajo oblikovati. Prav čustvom veljajo njihova prizadevanja pri vzgoji ljubezni. Splošno navodilo ali vzgojno načelo lahko na kratko označimo takole: Prav je, da razvijajo in pospešujejo njegova lepa, prijetna in primerna čustva: zadovoljstvo, veselje, ljubezen, čustvo varnosti in zaupanja. Na tej osnovi lahko postopoma gradijo nova, plemenitejša družbena čustva: dobroto, sočutje, obzirnost do drugih, prijaznost, veselje do življenja itn.

Razumski in sploh celotni osebnostni razvoj malčka v teh letih življenja je v veliki meri odvisen od ugodnih odnosov in vezi, ki obstajajo med njim in starši. Rast njegove osebnosti je namreč počasen razvoj, v katerem mnoge duševne sposobnosti in dejavnosti (zavest, sposobnost vnaprej uravnati svoja dejanja, nadzor nad svojimi čustvenimi in družbenimi odnosi) še niso ali pa so samo delno razvite in jih namesto njega usmerjajo starši. Urejajo mu okolje, družbene in čustvene odnose z ostalimi družinskimi člani ter z drugimi ljudmi. Dopuščajo ali omejujejo mu njegove nagibe, usmerjajo ga v času in prostoru ter v različnih družbenih okoliščinah. Sprva mu tako nadomeščajo njegovo še nerazvito zavest, usmerjajo njegova dejanja ter jih povezu-

jejo v neko smiselno in urejeno vsakdanje dogajanje. Ta še ne razume njihovih utemeljitev, nravnih naukov in zapovedi. Toda zaradi ljubezni in zaupanja do njih jih želi posnemati. Tako prevzema njihova čustva, navade in poglede. Njegova dejavnost (ki nastane na ta način pod njihovim vplivom in nadzorstvom) seveda še ni plod njegove lastne zavesti. Vendar je prav to najpomembnejše jamstvo, da se bodo pravilno razvijale njegova zavest in duševne sposobnosti ter da si bo nabiral potrebne življenjske izkušnje in poglobljajal čustva.

Ljubezen in *razumevajoča opora staršev* sta tako dejavnika, ki imata daljnosežne posledice pri vzgoji ljubezni. Njihova ljubezen ustvarja v otroku občutek varnosti in gotovosti. To čustvo je nujno potrebno, da bo uspešno razvijal svoj odnos do sebe, drugega, drugih in Drugega. Tako lahko občuti, da so v njegovi bližini ljubeče osebe. Nanje se lahko vedno obrne, kadar je v težavah. Pomagale mu bodo z varstvom, razumevanjem in naklonjenostjo.

Literatura

1. Bergant M. Razvijajmo sposobnosti predšolskega otroka, Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, 1974.
2. Bergant M. Naš malček. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, 1980.
3. Cohen J. Spolna vzgoja. Maribor: Založba Obzorja Maribor, 1979.
4. Demšar F. Odkod in kako. Ljubljana: Prešernova družba, 1971.
5. Ginott HG. Starši in otroci. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1970.
6. Grothe H. Od kod otroci. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1971.
7. Klaus T. Sexualerziehung. Stuttgart, 1970.
8. Papeški svet za družino. Človeška spolnost – resnica in pomen. Cerkevni dokumenti 66. Ljubljana: Družina, 1996.
9. Pfeiffer I. Pisma staršem. Ljubljana: Zadruga katoliških duhovnikov, 1975.
10. Puhar H. O spolni vzgoji. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, 1956.
11. Rost D. Vzgajajmo za ljubezen. Ljubljana: Katehetski center, 1991.
12. Spock B, Rothenberg M. Nega in vzgoja otroka. Ljubljana: Delavska enotnost, 1986.
13. Sveta kongregacija za katoliško vzgojo. Smernice za vzgojo človeške ljubezni. Cerkevni dokumenti 22. Ljubljana: Družina, 1984.
14. Tiefer L. Spolnost. Ljubljana: Pomurska založba, 1985.
15. Valentinčič J. Razvijajmo sposobnosti predšolskega otroka. Ljubljana: ČGP Delo, 1977.
16. Žlebnič L. Psihologija otroka in mladostnika I. Ljubljana: Državna založna Slovenije, 1969.
17. Žmuc-Tomori M. Pot k odraslosti. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1983.

David Ipavec

PRIPRAVA KOSTNEGA MOZGA ZA PRESADITEV IN ZAMRZOVANJE

Avtologna presaditev kostnega mozga

Avtologna presaditev kostnega mozga je način presaditve, kjer je bolnik sam sebi dajalec. Zdravljenje z avtologno presaditvijo kostnega mozga (KM) pride v poštev pri bolnikih, ki nimajo HLA skladnega dajalca in so stari manj kot petdeset let. Bolniku odvzamemo en teden pred odvzemu KM eno dozo krvi, ki jo označimo za avtotransfuzijo. Ob odvzemu dobi preparat železa, ki ga jemlje še en mesec po odvzemu KM. To dozo krvi dobi bolnik nazaj ob samem odvzemu KM. Pri majhnih otrocih avtotransfuzije ne delamo.

Priprava kostnega mozga za koncentriranje

KM, ki ga odvzamejo iz sprednjih trnov medeničnih kosti dajalca, ob odvzemu filtrirajo skozi standardni transfuzijski filter v posebno odvzemno vrečko. KM se meša z antikoagulansom CPD ali ACD, ki je dodan v vrečko, obenem pa se uporablja za odvzem heparizirane brizgalka. Pri odraslih bolnikih dobimo v predelavo KM v dveh odvzemnih vrečkah, odvisno od telesne teže bolnika. Ponavadi je to okoli 1500 ml, oziroma vsaj 3.1010 mononuklearnih celic na kilogram telesne teže. Pri otrocih je skupni volumen odvzetega KM okoli 500–600 ml. Pripravo KM za koncentracijo opravljamo v aseptičnih pogojih, v sterilni komori. Vrečko z odvzetim KM najprej stehamo, da določimo volumen KM. Iz vrečke, po temeljitem premešanju, odvzamemo kontrolne vzorce za:

- bakteriološko kontrolo (posebna gojišča za KM),
- določitev števila mononuklearnih celic,
- kulturo celic KM,
- hemogram in DKS.

KM nato pretočimo v vrečke za odvzem krvi (odlijemo antikoagulans), scentrifugiramo v centrifugi na posebnem programu za vrtenje KM in odtočimo supernatant. Tako pripravljene celice KM lahko skoncentriramo. Pri otrocih, kjer je odvzeti volumen celic KM manjši kot 600 ml, dodamo pred koncentriranjem KM še eno dozo filtriranih eritrocitov, ki imajo isto krvno skupino kot dajalec.

Priprava matičnih celic KM za zamrzovanje

Priprava matičnih celic za zamrzovanje poteka po istem protokolu kot pri avtologni presaditvi KM. Iz koncentrata matičnih celic odvezemo spet vzorce za kulturo celic, hemogram, DKS in bakteriološko kontrolo. Plazmo bolnika zmešamo z DMSO v razmerju 1 : 4. Tako pripravljeno raztopino dodamo koncentratu matičnih celic in vrečko zamrzemo. Zamrzemo tudi kontrolne vzorce. Pomembna je oznaka vrečke (na primer Perko periferija 1).

Odvzem matičnih celic iz periferije ponavljamo pri bolnikih dva do trikrat zaporedoma, glede na zbrano količino celic. Zato imamo v posodi za hranjenje več vrečk z matičnimi celicami enega bolnika. Pri tem je oznaka vrečk zelo pomembna.

Transfuzija kostnega mozga

Topljenje kostnega mozga

Vrečke z zmrznjenim KM imamo shranjene v posodah s tekočim dušikom, na -196°C . Do bolnika prenesemo vrečke v posebnem prenosnem kontejnerju s tekočim dušikom. Vrečke topimo v vodni kopeli, ki jo predhodno očistimo in dezinficiramo. V vodno kopel nalijemo sterilno fiziološko raztopino in jo segrejemo na 37°C . Vrečko pri vходу priključka za odvzem stisnemo s peanom. Pred topljenjem si pripravimo tudi sterilne igle, ki jih uporabimo za predrtje vrečke, če bi se ta ob topljenju začela napihovati. Vrečko stopimo do stanja, ko vsebina preide iz trdega – ledenega v tekoče stanje. Čutiti moramo še ledeno kašo. Vrečko osušimo s papirnati brisačami ali kompresami, namočenimi v alkoholu.

Aplikacija kostnega mozga

Pred aplikacijo KM naredimo kontrole kulture celic in vitalnosti iz zmrznjenih vzorcev. Pomembna je identiteta bolnika in vrečke s KM. Stopljen KM transfundiramo bolniku hitro, v nekaj minutah. Po segretju KM se radi pojavijo skupki celic in tudi sam DMSO je v 10 % koncentraciji citotoksičen na temperaturah nad 10°C . Če imamo več vrečk KM, te topimo postopoma, glede na potek transfuzije KM in glede na stanje bolnika.

Alogena presaditev kostnega mozga

Zdravljenje z alogeno presaditvijo KM pride v poštev pri bolnikih, ki imajo družinskega HLA identičnega dajalca. Krvnoskupinska inkompatibilnost ni kontraindikacija za presaditev KM. Dajalec mora biti HLA skladen in MLC negativen, ne more biti praviloma starejši od 60 let ali kronično bolan.

Avtotransfuzija

Dajalcu KM odvzamemo en teden pred odvzemu KM eno dozo krvi, ki jo označimo za avtotransfuzijo. To dozo krvi dobi dajalec nazaj ob jemanju KM. Ob odvzemu krvi dobi preparat železa, ki ga jemlje še en mesec po odvzemu KM.

Plazmafereza

Pri krvni inkompatibilnosti med bolnikom in dajalcem KM in kadar je titer protiteles pri prejemniku visok, naredimo prejemniku pred presaditvijo KM terapevtsko plazmaferezo. Naredimo eno ali več plazmaferez, tako da znižamo titer protiteles na 1 : 32. Bolniku pri plazmaferezi nadomeščamo odvzeti volumen s fiziološko raztopino in 5 % humanim albuminom. Titer protiteles kontroliramo pred presaditvijo in po opravljeni plazmaferezi.

Koncentriranje KM

Koncentriranje KM poteka po istem postopku kot koncentriranje KM pri avtologni presaditvi KM. Iz matične vrečke KM odvezamo vzorec za bakteriološko kontrolo celic KM, hemogram in DKS. KM koncentriramo in čistimo takrat, ko sta dajalec in prejemnik inkompatibilna glede na krvno skupino A B O, oziroma če ima prejemnik protitelesa proti dajalčevim eritrocitom.

Postopek koncentriranja izvedemo na celičnem separatorju CS 3000, po modificiranem postopku zbiranja mononuklearnih celic. Dobljeni koncentrirani in prečiščeni KM, kjer so v pretežni meri odstranjeni eritrociti, je pripravljen za transfuzijo prejemniku. Ponovno odvezamo vse kontrolne vzorce.

Avtologna presaditev kostnega mozga – zbiranje mononuklearnih celic kostnega mozga iz periferne krvi

Odvzem matičnih celic iz periferne krvi začnemo po predhodni pripravi s citokini bolnikom, ki so v remisiji in ki so glede na splošno stanje pripravljeni na poseg. Bolniki pridejo na odvzem matičnih celic na Zavod za transfuzijo krvi. Pred posegom bolniku naredimo hemogram, DKS in vzamemo krvne vzorce za vse laboratorijske teste, ki jih pri nas rutinsko delamo pri krvodajalcih (krvna skupina in Rh faktor, War, HCV, HIV in Au).

Odvzem matičnih celic KM na celičnem separatorju

Odvzem matičnih celic KM naredimo na celičnem separatorju CS 3000. Bolnik mora biti v primerni kondiciji, saj sam postopek odvzema traja okoli 4 ure. Za odvzem so za nas zelo pomembne vene na obeh rokah, ker aparat črpa bolniku kri z določeno močjo (50 ali 60 ml/min). Bolnika seznanimo z načinom odvzema, samim postopkom in ga opozorimo na morebitne spremembe v počutju med samim odvzemom. Za bolnika je neprijetno predvsem to, da rok ne sme krčiti v komolcih ali jih preveč premikati. Iz dose-danjih izkušenj lahko povemo, da bolniki zelo dobro prenašajo tak odvzem, čeprav je za njih zelo dolg in enoličen. Zato imajo na voljo tudi TV in videorekorder, da jim čas med odvzemom malo popestrimo.

Za odvzem celic uporabljamo sisteme za enkratno uporabo. Bolnikova kri teče iz ene vene po sistemu skozi aparat, kjer se v pretočni centrifugi ločujejo celice in se zbirajo v zbiralni vrečki. Ostala kri se bolniku istočasno vrača v veno na drugi roki. Za preprečevanje koagulacije krvi dodajamo antikoagulans ACD-B, ki teče bolniku v odvzemni kanal ves čas postopka. Raven dodanega antikoagulansa moramo spremljati ves čas odvzema. Aparat črpa kri s hitrostjo 50 ml/min. Z enim postopkom zbiranja matičnih celic prečistimo dvakratni volumen bolnikovega celokupnega volumna krvi. Postopek zbiranja lahko v vsakem trenutku ustavimo, če se bolnik ne počuti dobro. Volumen krvi, ki je med postopkom zunaj bolnikovega telesa, znaša 300 ml. Koncentrat matičnih celic KM je ob koncu odvzema 50 ml.

Med odvzemom matičnih celic bolniku odvezamo tudi 100 ml njegove plazme, ki jo potem uporabimo pri zamrzovanju celic.

Ves čas odvzema skrbno nadzorujemo delovanje aparata in predvsem posvečamo vso pozornost bolniku – dajalcu.

Koncentriranje KM

Koncentriranje KM izvajamo pred postopkom zamrzovanja KM. Postopek opravimo na celičnem separatorju CS 3000, po modificiranem postopku zbiranja mononuklearnih celic. Pred vsakim postopkom preverimo vse parametre, ki so določeni za vsak program. Ves čas postopka kontroliramo Ht KM in po potrebi nove vrednosti sproti vstavljamo v program. Postopek čiščenja KM ponovimo tri- do petkrat. Glede na količino KM, ki ga koncentriramo, se odločimo, kakšno zbiralno komoro bomo uporabili (mala komora ima volumen 50 ml, večja 200 ml). Končni volumen koncentrata celic KM je tako lahko 50 ml ali 200 ml. Manjšo zbiralno komoro uporabljamo pri otrocih, večjo pri odraslih bolnikih. Vsi sistemi, ki jih uporabljamo pri delu, so za enkratno uporabo. Dobljeni koncentrirani KM ima v pretežni meri odstranjene eritrocite in ga lahko pripravimo za zamrzovanje ali presaditev pri krvnoskupinski neskladnosti.

Iz koncentrata KM odvezamo ponovno vzorce za bakteriološko kontrolo, za kulturo celic in hemogram z DKS.

Zamrzovanje KM

Priprava plazme z DMSO (dimetilsulfoksid)

Sveži zmrznjeni plazmi, ki je ohlajena na +4 °C, dodamo počasi DMSO (eno četrtno volumna plazme). Tako pripravimo 20 % raztopino DMSO, ki jo shranimo na +4 °C v hladilniku. DMSO uporabljamo kot krioprotektor pri zamrznitvi celic v 10 % koncentraciji. DMSO veže vodo in ščiti celice pri zamrzovanju. Plastika po stiku z DMSO pomotni, zato uporabljamo posebne plastike, ki se vidno ne spremenijo. V koncentrirani obliki na nizki temperaturi DMSO kristalizira. Toksičen je za celice na temperaturah višjih od 1 °C in v koncentraciji višji od 1 %, zato moramo postopek po dodatku DMSO celicam skrajšati na najmanjši možni čas. DMSO ima neprijeten vonj in v koncentraciji nad 0,5 % zavira rast celic. Po transfuziji odmrznjenega KM se močno razredči in klinično ne povzroča težav.

Koncentrirani KM pretočimo v posebno teflonsko vrečko za zamrzovanje in iz vrečke iztisnemo zrak. Vrečko namestimo v posebna držala za zamrzovanje in jo shranimo na +4 °C.

Končna priprava KM za zamrzovanje

A) Priprava aparata za zamrzovanje in postopek zamrzovanja

Za zamrzovanje KM uporabljamo aparat KRYO 10–16 in tekoči dušik. Z aparatom moramo ravnati previdno, saj temperatura tekočega dušika doseže –196 °C. Tekoči dušik imamo shranjen v posebnih kontejnerjih, ki jih hranimo na +4 °C. Aparat najprej ohladimo na +4 °C, kjer počaka 10 minut, da pripravimo KM za zamrzovanje. Ko v aparat vložimo KM, zamrzujemo postopoma, najprej po –2 °C na minuto do –5 °C, nadaljujemo z –1 °C na minuto do –40 °C in dokončno zamrznjeno KM z –5 °C na minuto do –160 °C.

B) Priprava KM za zamrzovanje

Plazmo z 20 % DMSO in koncentrirani KM smo ohladili na +4 °C. Počasi zmešamo enaka volumna celic KM in plazme z DMSO (50 ml koncentriranih celic KM in 50 ml plazme z DMSO). Postopek dodajanja DMSO naj traja nekaj minut, ob stalnem mešanju. Od tako dob-

ljene suspenzije KM odvezamo vzorce za kulturo celic in bakteriološko kontrolo ter obenem odvezamo vzorce za nadaljnje kontrole KM (4 vzorci po 0,5 ml). Vrečko in vzorce postavimo v aparat za zamrzovanje in sprožimo postopek zamrzovanja. Postopek zamrzovanja celic traja eno uro.

Pri pripravi KM za zamrzovanje je pomembna tudi oznaka vrečk in vzorcev, ki jih pri tem jemljemo. Vrečke in vzorce označimo vse enako, s priimkom bolnika, katelega KM zamrzujemo, dodamo oznako KM in številko (na primer Perko KM 1, Perko KM 2).

C) Hranjenje KM

Ko je postopek zamrzovanja končan, vrečke in odvzete vzorce prenesemo v posodo za hranjenje na točno določeno mesto, ki je označeno na pokrovu posode. Vrečke in vzorci morajo biti v celoti potopljeni v tekoči dušik.

Aparat za zamrzovanje po končanem postopku zamrzovanja segrejemo in posušimo. V posodi, kjer hranimo KM in vzorce stalno kontroliramo raven tekočega dušika in ga po potrebi dolivamo. Pred transfuzijo KM iz zmrznjenih vzorcev naredimo bakteriološko kontrolo, kulturo celic in vitalnost celic.

Če hranimo KM več kot šest mesecev, vmes naredimo kontrolo vitalnosti in kulturo celic.

Sklep

Potrebe po presaditvi KM naraščajo. To potrebo najlažje uresničujemo s timskim pristopom do obravnave našega varovanca. Sodelovanje timov hematologije in transfuzije omogoča, da varovancu zagotovimo kvalitetno in uspešno presaditev KM.

Andreja Nunar-Perko,
višja medicinska sestra
Zavod RS za transfuzijo krvi v Ljubljani

PRIPRAVA KRVNIH KOMPONENT

Priprava krvnih komponent

Odvzem krvi poteka na ZTK Ljubljana in na terenu. Kri odvezamo v plastične vrečke z ohranitveno raztopino (konzervansom). Ohranitvena raztopina, ki jo uporabljamo, preprečuje strjevanje krvi, oskrbi zadosti hranilnih snovi za nujno presnovo in ohrani stabilno okolje. Vso odvzeto kri ločimo v posamezne komponente in vsako komponento posebej shranimo v optimalnih pogojih.

Metode pripravljanja krvnih komponent

- centrifugiranje temelji na ločevanju krvnih sestavin na osnovi specifične teže posameznih elementov;
- filtracija temelji na različnih kemičnih in fizikalnih lastnostih filtra;
- pranje s fiziološko raztopino je le še redko v uporabi za pripravo eritrocitov;
- zamrzovanje;
- priprava z aparati za ločevanje plazme ali celic, na osnovi centrifugiranja ter centrifugiranja s filtracijo.

Krvodajalcu jemljemo kri za pripravo naslednjih komponent: eritrocitov, trombocitov, levkocitov in plazme.

Zbiranje večjih količin plazme poteka s pripravo iz polne krvi ali pa s plazmaferezo in sicer za pripravo frakcij, kot so albumin, gamaglobulin, hiperimuni gamaglobulin in koncentri faktorjev strjevanja krvi.

Komponente krvi delimo na celične in plazemske.

Celične komponente krvi

Sveža polna kri

Sveža polna kri vsebuje eritrocite, trombocite, faktorje koagulacije krvi in plazemske sestavine, razredčene s kon-

zervansom. Učinkovitost posameznih sestavin je odvisna predvsem od časa hranjenja. Hranimo jo pri +2 °C do +8 °C do 48 ur, saj po dveh dneh pade koncentracija trombocitov in faktorjev koagulacije pod mejo terapevtske učinkovitosti in sveža polna kri postane konzervirana polna kri. Svežo polno kri uporabljamo za izmenjavo transfuzije pri dojenčkih in pri zdravljenju masovnih krvavitev. Svežo kri uporabljamo tudi pri srčnih operacijah s pomočjo EKC.

Konzervirana polna kri

Konzervirana polna kri je komponenta preteklosti. Pri uporabi polne konzervirane krvi bi morali upoštevati, da lahko uporabimo za nadomeščanje volumna učinkovitejše in varnejše pripravke, kot so kloridne raztopine ali albumin, ki je idealen za zvečanje onkotskega tlaka, za nadomeščanje eritrocitov pa koncentrirane eritrocite.

Koncentrirani eritrociti

Koncentrirani eritrociti so glavna komponenta pri zdravljenju anemije in krvavitev, kjer je zmanjšana oksiformna kapaciteta krvi. Pripravljamo jih iz polne krvi s postopkom centrifugiranja in ločitvijo plazme od eritrocitov. Hranimo jih lahko 35 dni, pomešane s konzervansom CPDA1 oziroma 42 dni v raztopini SAGM.

Transfuzija koncentriranih eritrocitov je zlasti indicirana za korekcijo anemije pri naslednjih bolezenskih stanjih:

- pri internističnih pacientih je korekcija anemije, ki je ni možno popraviti z medikamentozno terapijo in drugimi ukrepi;
- pri akutnih krvavitvah za korekcijo oksiformne kapacitete.

Na splošno velja pravilo, da ena enota koncentriranih eritrocitov iz ene doze polne krvi dvigne vrednost Ht 70 kg težkega bolnika za okoli 3% oziroma zviša vrednosti hemoglobina za 10–15 g/l.

Koncentrirani eritrociti odstranjeni levkociti

Koncentrirani eritrociti odstranjeni levkociti so najkvalitetnejša in najčistejša komponenta eritrocitov, ki jo lahko pripravimo na transfuzijski ustanovi ali ob bolnikovi postelji. Koncentrirane eritrocite filtriramo skozi posebne absorpcijske filtre in tako odstranimo 99,9 % levkocitov. S filtriranjem se izognemo veliki večini klinično zaznavnih febrilnih nehemolitičnih reakcij in obenem zmanjšamo ali celo odpravimo prenos citomegalovirusnih (CMV) infekcij. Uporabljamo jih pri bolnikih, ki bodo dobili večje količine krvi ali so jih že dobili in pri katerih hočemo zmanjšati možnost stranskih učinkov senzibilizacije. Uporabljamo jih tudi pri bolnikih, ki imajo oslABLJENO imunsko odzivnost in bi prenos CMV povzročil resen klinični zaplet. Eritrocite lahko tudi obsevamo. Priporočljiva je kombinacija filtriranja in obsevanja.

Koncentrirani eritrociti, resuspendirani v plazmi krvne skupine AB

Uporabimo koncentrirane eritrocite krvne skupine 0, ki jim dodamo svežo zmrznjeno plazmo krvne skupine AB do zelenega Ht. S tem zmanjšamo titer protiteles in jih pripravljamo za izmenjalno transfuzijo pri krvno skupinski neskladnosti med materjo in otrokom.

Koncentrirani trombociti

Koncentrirani trombociti so suspenzija trombocitov v plazmi. Pripravljamo jih iz polne sveže krvi šestih krvodajalcev (iz treh litrov krvi) ali jih pripravimo od enega izbranega dajalca s postopkom tromboferoze. Koncentrirani trombociti vsebujejo tudi nekaj ml eritrocitov in okoli 50 ml plazme. Trombocitni koncentrat je najprimernejša celična komponenta krvi za popravo koagulacijskih motenj, povezanih s trombocitopenijo. Dajemo jih ob upoštevanju skladnosti krvne skupine ABO in Rh faktorja. Koncentrirane trombocite hranimo na +22°C do 72 ur oziroma 5 dni. Koncentrirane trombocite lahko tudi filtriramo in s tem delno odstranimo limfocite.

Naročanje terapevtske doze trombocitov za odraslega pacienta je iz 3000 ml. Naročanje priporočamo po telefonu zaradi rezervacije.

Koncentrirane trombocite dobimo lahko s postopkom citofereze (to so koncentrirani trombociti enega dajalca). To pogosto delamo pri presaditvi kostnega mozga.

Koncentrirani levkociti

Koncentrirani levkociti – to je suspenzija levkocitov v plazmi, pripravljena s pomočjo postopka levkofereze. Koncentrirane levkocite dajemo ob upoštevanju skladnosti krvne skupine ABO in Rh faktorja med bolnikom in dajalcem.

Plazemske komponente

Sveža zmrznjena plazma

Svežo zmrznjeno plazmo pripravljamo iz sveže polne krvi po centrifugiranju, ločevanju in takojšnjem globokem zamrznjenju ter s postopkom plazmaferoze.

Učinkovite sestavine so vse sestavine plazme, to so albumini, globulini, fibrinogen in vsi faktorji strjevanja krvi, razen trombocitov. Volumen sveže zmrznjene plazme je 200–300 ml.

Glavna indikacija za klinično uporabo je nadomeščanje beljakovin in evidentnega pomanjkanja faktorjev koagulacije ob manifestni krvavitvi. Pomembna je uporaba sveže zmrznjene plazme pri krvavitvah zaradi pomanjkanja vitamina K. Čeprav je absolutno indicirana uporaba vitamina K, pa deluje sveža zmrznjena plazma dosti hitreje in je zato na prvem mestu pri zdravljenju akutno krvavečega bolnika. Paziti moramo, da doziramo plazmo tako, da normaliziramo vrednost faktorjev strjevanja, hkrati pa volumsko ne preobremenimo bolnika.

Danes uporabljamo svežo zmrznjeno plazmo tudi pri različnih obolenjih, ki jih zdravimo s terapevtskimi plazmaferozami.

Dajemo jo ob upoštevanju skladnosti krvnih skupin ABO. Hranimo jo na temperaturi, ki je nižja od –20 °C, eno leto od datuma izdelave. Svežo zmrznjeno plazmo dobite z naročilnico takoj, če ima pacient že določeno krvno skupino.

Iz sveže zmrznjene plazme dobimo s frakcionazo:

Faktor VIII

Pridobivamo ga iz humane plazme. Izdelek je koncentriran, prečiščen in virusno inaktiviran. Uporabljamo ga za zdravljenje ali preprečevanje krvavitev pri hemofiliji A in pri motnjah v strjevanju krvi. Trenutno uporabljamo OCTAVI, HEMOFIL-M in HEMATE-P. Za faktor VIII imamo posebno naročilnico, kjer morata biti obvezno dva pooblaščenca (lečeči zdravnik in hematolog).

Faktor IX

Za zdravljenje hemofilije B pripravljamo visoko prečiščen faktor IX. Pridobivamo ga iz humane plazme. Trenutno uporabljamo OCTANYNE.

Protrombinski kompleks

Protrombinski kompleks je nekoliko manj prečiščen koncentrat faktorja IX. Vsebuje tudi druge faktorje strjevanja krvi v približno enaki koncentraciji kot faktor IX in sicer faktor II, VII in X. Uporabljamo ga za nadomeščanje faktorjev strjevanja krvi pri jetrnih boleznih ali koagulopatijah. Uporabljamo ga tudi za zdravljenje bolnikov z razvitimi inhibitorji proti faktorju VIII.

Gamaglobulini

Polispecifične gamaglobuline uporabljamo pri podpori imunsko pomanjkljivega odgovora organizma in pri avtoimunih obolenjih. Pripravljamo jih iz plazme krvodajalcev.

Trenutno pripravljamo OCTAGAM. To je visoko prečiščen virusno inaktiven pripravek naravnih gamaglobulinov IgG v tekoči obliki, pripravljen iz humane plazme, zbrane v Sloveniji od vsaj 1000 dajalcev. Uporabljamo ga pri primarnem in sekundarnem pomanjkanju gamaglobulinov ter pri zmanjšanem imunskem odzivu.

Humani albumin

Pripravimo ga iz humane plazme. Celotni tehnološki postopek in pasterizacija 10 ur pri 60 °C zagotavljata varen produkt, ki ne prenaša bolezni. Imamo 20 % albumin v 10, 50 in 100 ml raztopini ali 5 % albumin v 250 ml raztopini. Uporabljamo ga za pripravo hipovolemije in stabilizacijo

onkotskega pritiska pri različnih šokovnih stanjih. Albumin je obstojen produkt, saj ga hranimo tri leta pri sobni temperaturi.

Kako naročamo kri in krvne komponente

Izpolnimo naročilnico, ki je posebej za to pripravljena v štirih izvodih. Naročilnica vsebuje:

- naziv ustanove, ki kri naroča – oddelek, telefon (obvezen interni);
- natančne podatke o bolniku (uporabljajte računalniško etiketo):
 - ime in priimek,
 - dan, mesec, leto rojstva, matična številka;
- klinično diagnozo;
- podatke o predhodnih transfuzijah ter reakcije, krvno skupino ABO in Rh faktor (orientacijska na ploščici) in kdo jo je določil;
 - vrsto preiskave,
 - krvno skupino ABO in Rh,
 - Coombsov test – direktni/indirektni,
 - preiskavo na lues in virusne markerje,
 - navzkrižni preizkus;
- raven oziroma nujnost navzkrižnega preizkusa:
 - navadna križna,
 - I. faza,

- I. faza po telefonu;
- vrsto in količino komponente ter čas priprave (kdaj jo bolnik potrebuje)
- rezervacija – do kdaj hranimo komponente za posameznega bolnika (v primeru, da operacija odpade)

Naročilnica za kri je spremljajoči dokument bolnikovega vzorca krvi. Vzorec krvi mora vsebovati identične podatke kot naročilnica za kri. V primeru, da se podatki na naročilnici in na vzorcu krvi ne ujemajo, tako naročilo ne moremo sprejeti in ga zavrnemo. Vzorec krvi ne sme biti starejši od 48 ur. Če naročite več komponent, upoštevajte veljavnost navzkrižnega preizkusa 48 ur.

Dvig krvi

Kri se dviguje s četrto kopijo naročilnice (rdeči list) in z izvidom.

Sklep

Samo s strokovnim pristopom pri odvzemu krvi, nadaljnji predelavi in izdaji krvi lahko zagotovimo varovancu adekvatno in neoporečno krvno komponento.

Literatura

Zavod Republike Slovenije za transfuzijo krvi, Ljubljana
Zbornik predavanj: Tečaj transfuziologije 1993/94.

Zdenka Dovč,
višja medicinska sestra
Sonja Prtenjak,
višja medicinska sestra
Zavod RS za transfuzijo krvi v Ljubljani

POUČEVANJE ZDRAVSTVENE VZGOJE NEKOČ IN DANES

V zadnjem času je možno zaslediti v tisku informacije, da posamezni zdravstveni delavci poskušajo najti prostor zdravstveni vzgoji v slovenskem šolstvu. V Obzorniku zdravstvene nege, letnik 32, št. 1–2, 1998 je bil objavljen sestavek z naslovom »Zdravstvenovzgojni program za dodatno izobraževanje o kontracepciji pri pomurskih srednješolcih«, ki sta ga napisali Zdenka Verban in Bronislava Belovič. Avtorici predstavljata, kako je s poznavanjem kontracepcije in načrtovanjem starševstva med srednješolci v Pomurju. Med drugim navajata tudi, kdaj in kako se naši otroci v osnovni šoli in kasneje v srednji šoli srečujejo s problematiko spolnosti. Ker sva poučevali zdravstvenovzgojne vsebine na srednji šoli – gre za dijake 1. letnika štiriletne tehniške smeri, dijake triletno in dveletne poklicne smeri, sva se s to problematiko srečali tudi sami. Pri delu z mladostniki je ravno obravnava spolnosti področje, ki zahteva precej tenkočuten pristop, strokovno neoporečnost, metodično in didaktično spretnost. Šele takrat lahko nastopimo suvereno – tako kot osebnosti in učitelj, ki mladim ne posreduje le informacij, ampak tudi svoj odnos do problematike, ki jo obravnava. Torej mladega človeka ne le informira, temveč mu pomaga pri oblikovanju lastnega odnosa do lastne spolnosti, pri oblikovanju vrednot in ne nazadnje, mlademu pomaga pri reševanju stisk in dilem. Prav zaradi tega se marsikateri učitelji, ki poučujejo zdravstveno vzgojo v srednjih šolah, te problematike »dotaknejo« zgoj informativno.

Preseneča naju tudi slabo poznavanje »zgodovine« zdravstvene vzgoje; in sicer dejstva o tem, kaj se je na tem področju že dogajalo in kakšno je stanje danes.

Za boljše osvetlitev problematike zdravstvene vzgoje v srednjih šolah bova predstavili zdravstveno vzgojo v preteklosti in danes.

Zdravstvena vzgoja v preteklosti (v usmerjenem izobraževanju od leta 1980–1990)

Zdravstvena vzgoja je bila po dolgotrajnih bojih in dokazovanjih o tem, da je potrebna (predvsem s strani zdravstvenih delavcev – mag. Dušana Repovža s sodelavci) uvedena v srednje usmerjeno izobraževanje leta 1980/81. To je bil samostojen predmet, ki je obsegal skupno 52 ur, razporejenih v 1. in 2. letniku srednjih šol. Učitelji, ki so lahko poučevali zdravstveno vzgojo na srednjih šolah, so bili zdravstveni delavci z visokošolsko izobrazbo (zdravniki, višje medicinske sestre), profesorji telesne vzgoje, biologi in psihologi.

Okvirni učni načrt je obsegal naslednja področja:

1. Zdravje in zdravo življenje
 - pozitivno zdravje, higiena telesa, obleke, obutve, prehrane, mentalna higiena – odnosi in družini, socialnem okolju..., zadovoljevanje osnovnih psihosocialnih potreb – po varnosti, po pripadnosti itn.
2. Socialnopatološki pojavi
 - nezdrave oblike mladoletniškega nemira, agresivnost...
 - nikotinizem, alkoholizem, poživila, pomirila, narkomanija,
3. Osnovni socialnomedicinski zdravstveni problemi
 - bolezni,

- kapljične infekcije: gripa, angina, vnetje dihal,
- boleznin in razvojne motnje lokomotornega aparata
- socialne bolezni (srca in ožilja, diabetes, rakava obolenja, duševne motnje, spolne bolezni...)
- vzroki in preprečevanje nezgod,
- absentizem in invalidizacija,
- mentalna higiena (vidik pubertete, odnosi med ljudmi..., priprava za starševstvo, nosečnost, porod, kontracepcija, skrb za otrokovo vzgojo in zdravje)

4. Prva pomoč

V navodilih za izpolnjevanje zgoraj omenjenega učnega načrta zdravstvene vzgoje (povzeto po: Skupna vzgojno izobraževalna osnova v usmerjenem izobraževanju, Zavod Rep. Slovenije za šolstvo, leto 1979) je poudarjeno, da je treba pouk zdravstvene vzgoje organizirati tudi tako, da izbrana poglavja obravnavajo ustrezni strokovnjaki. Ocenjevanje predmeta je bilo najprej opisno (zelo uspešno, uspešno, manj uspešno), nato številčno. Organizirana so bila sprotne strokovna srečanja učiteljev, ki so proučevali zdravstveno vzgojo. Na mariborskem področju je ta srečanja vodila prof. Romana Jazbec.

Zdravstvena vzgoja po usmerjenem izobraževanju (po letu 1991–)

Z ukinitvijo usmerjenega izobraževanja je bila ukinjena zdravstvena vzgoja kot samostojni predmet. Odgovora o utemeljenosti te ukinitve ni bilo mogoče dobiti. O zdravstveni vzgoji kot o predmetu ne govorimo več, pač pa o »zdravstvenovzgojnih vsebinah« v obsegu 32 ur v 1. ali 2. letniku srednjih šol. Pa še tu je kot del obveznega programa izbirnih vsebin navedena »zdravstvena vzgoja s tečajem prve pomoči«.

V uvodu sta oblikovalki učnega načrta za to področje, Fani Čeh in Slava Pelko (glej: Obvezne izbirne vsebine za srednješolce za šol. Leto 1991/92, Zavod Rep. Slovenije za šolstvo in šport, Ljubljana, 1991) zapisali: »Šolsko obdobje je čas, ko lahko z ustreznimi vzgojnimi dosežki dosežemo trajne učinke. Zato moramo v tem obdobju šolsko mladino seznaniti z najpomembnejšimi zdravstvenovzgojnimi informacijami in jo načrtno navajati k zdravemu načinu življenja.«

V okviru teh 32 ur so naslednje teme:

1. Zdravje in zdravo življenje (pozitivno zdravje, higiena telesa, skrb za zdravje zob, higiena prehrane, okolja).
2. Zdravje in bolezni (znamenja bolezni, preprečevanje in zatiranje nalezljivih bolezni, varovanje vida, sluha, gibala).
3. Socialne bolezni (socialna medicina, značilnosti socialnih bolezni, spolne bolezni).
4. Toksikomanije (zasvojenost z nikotinom, alkoholom, drogami, tabletomanija).
5. Humanizacija odnosov med spoloma (priprava na starševstvo – nosečnost, porod, kontracepcija...).
6. Socialnopatološki pojavi.
7. Tečaj prve pomoči.

Ocenjevanje predmeta je opisno (je opravil, ni opravil). Pogoji za poučevanje so: visoka izobrazba zdravstvene sme-

ri ali visoka izobrazba iz biologije, telesne vzgoje, ali psihologije ter končan program za izpopolnjevanje učiteljev zdravstvene vzgoje.

Če primerjamo oba predmetnika, tako po »starem« kot »novem«, sta si precej podobna glede tem in vsebin, razlika pa je v urah, ki so namenjene zdravstvenovzgojnim vsebinam. Da bi učitelj v celoti realiziral učni načrt, mora te teme le na hitro preleteti.

Že naziv predmeta »zdravstvena vzgoja« pove, da naj bi mladi v okviru teh vsebin oblikovali svoj odnos do lastnega zdravja, ne le spoznavali, temveč tudi oblikovali stališča do novejših oblik zasvojenosti, do lastne spolnosti... Med osnovne naloge šole sodi ne le posredovanje znanja, temveč je potrebno »privzgojiti občutek odgovornosti do zdravja in njegove vrednosti« kot sta zapisali Fani Čeh in Slava Pelko.

Koliko se to da realizirati v okviru »mačehovsko« odmerjenih ur zdravstveni vzgoji, pa presodite sami!

Poučevanje zdravstvene vzgoje v srednjih šolah v Mariboru

Ker naju je zanimalo, kako je s poučevanjem zdravstvene vzgoje na srednjih šolah danes, sva v mesecu aprilu 1998 poslali na 20 srednjih šol v Mariboru in pet šol Šolskega centra Ptuj kratek anketni vprašalnik z naslovom »Poučevanje zdravstvene vzgoje v srednjih šolah v Mariboru«.

Od 20 šol v Mariboru je izpolnjene anketne vprašalnike vrnilo 19 šol, od pet v Ptujju pa štiri šole.

Analiza anketnega vprašalnika zajema 19 srednjih šol v Mariboru in Ptujju.

Analiza odgovorov:

1. Ali imate pri vas na šoli zdravstveno vzgojo kot obvezno izbirno vsebino?
19 šol je odgovorilo z »da«, 1 šola z »ne«.
2. V katerih programih in v katerih oddelkih jo izvajate?
10 šol ali 50 % je odgovorilo, da izvajajo zdravstveno vzgojo v oddelkih 1. letnika; 10 šol ali 50 % pa je odgovorilo, da izvajajo zdravstveno vzgojo v 2. letniku.
3. Ali je zdravstvena vzgoja: a) vpeta v urnik, b) se izvaja strnjeno?
10 ali 53 % šol izvaja zdravstveno vzgojo strnjeno (v obliki strnjenih ur predavanj, razgovorov, vaj..., takrat, ko šola določi izvajanje obveznih izbirnih vsebin).
9 šol ali 47 % pa izvaja zdravstveno vzgojo kot »predmet«, ki je vpet v urnik dijakov.
4. Kdo poučuje zdravstveno vzgojo?
Na 9 šolah (47 %) poučuje zdravstveno vzgojo profesor biologije, na 1 šoli (5,2 %) poučuje zdravstveno vzgojo profesor športne vzgoje, na 1 šoli (5,2 %) učitelj športne vzgoje, na 4 šolah (21 %) višja medicinska sestra – od teh na 2 šolah sodeluje tudi zdravnik; na 2 šolah (10,5 %) poučuje zdravstveno vzgojo absolvent medicine, na 1 šoli pa diplomiran org. v zdravstvu.
5. Napišite glavne teme, ki jih obravnavate v okviru zdravstvene vzgoje.

6 šol (31 %) je navedlo, da poučuje v skladu z učnim načrtom, od tega na 2 šolah delajo po Gradišnikovem učbeniku »Zdravstvena vzgoja«, na 2 šolah po knjigi M. in L. Hajdinjak »Kaj pa zdravje?« Ta knjiga sicer ni verificiran učbenik, vendar sistematično obravnava predpisane teme. V letu 1997 je izšla njena dopolnjena in razširjena izdaja, ki obsega tudi didaktični del – zadolžitve za dijake, ki ga je oblikovala C. Kukovič.

Sicer pa so šole navedle takšno obravnavo tem:

- boleznin odvisnosti, toksikomanije, droge: 14 šol (73,4 %),
- zdrava prehrana: 12 šol (63 %),
- higiena telesa, obleke, obutve: 11 šol (57,8 %),
- spolnost: 9 šol (47,3 %),
- infekcijske bolezni: 6 šol (31,5 %),
- osebnost: 6 šol (31,5 %),
- prva pomoč: 6 šol (31,5 %),
- zdravstveno varstvo, varna pot v šolo, zdravje in šport – po 1 šola (5,2 %).

Sklep

Iz napisanega je razvidno, da je »položaj« zdravstvene vzgoje na srednjih šolah v Mariboru in na Ptujju različen – nekatere imajo zdravstveno vzgojo vpeto v urnik, druge jo izvajajo v strnjeni obliki. Kaj je bolje, je lahko stvar širše razprave. Učinkovitost pa je v vsakem primeru odvisna od strokovnega in kvalitetnega pristopa učitelja, ki zdravstveno vzgojo izvaja. Zaradi hitrih sprememb in vedno novih dognanj znanosti na področju boleznin odvisnosti (misliiva predvsem na aids, razširjenost t.i. »novih« drog) pa zahteva od učitelja sprotno seznanjanje z novostmi na tem področju. Le tako lahko pred dijaki nastopa suvereno.

Kar se tiče obravnave tako občutljivih področij, kot so spolnost, kontracepcija, odnosi med spoloma, pa je iz odgovorov razvidno, da so učitelji pri tem bolj previdni. Nekateri se obravnavi tega področja izogonejo. Prav zato bi moral učitelj poleg dobrega poznavanja problematike obvladati še ustrezne didaktične in metodične pristope pri podajanju te snovi, osvobojen lastnih predsodkov in tabujev.

V pogojih za poučevanje zdravstvene vzgoje je jasno opredeljeno, kdo lahko poučuje zdravstveno vzgojo. Za »nezdravstvene« delavce je poleg pogoja visoka izobrazba ustrezne smeri še navedeno: končan program za izpopolnjevanje učiteljev zdravstvene vzgoje. Kako se to izvaja, bi bilo zanimivo izvedeti od ustreznih institucij, ki so dolžne skrbeti za ustrezno strokovno izpopolnjevanje učiteljev.

Ob vsem tem pa je potrebno reči, da tudi zdravstvene institucije ne kažejo zadostnega interesa, da bi zdravstveni vzgoji povrnili tisto, kar je že imela. Imamo dve Visoki zdravstveni šoli (Maribor, Ljubljana), ki izobražujeta visoko izobražen zdravstveni kader. Marsikoga bi verjetno veselilo pedagoško delo, pa vendar do sedaj nisva zasledili sistematično postavljene zahteve po tem področju z njihove strani.

Marija Hajdinjak
Cvetka Kukovič

MOJE IZKUŠNJE PRI DELU V SKUPINI HIPERTONIKOV*

Ko sem se pred dvajsetimi leti zaposlila v ambulanti medicine dela v konfekcijski industriji MURA, je to pomenilo zame pravo osvežitev. Strokovno sem se počutila izčrpano in utrujeno od vsakodnevne rutine. Želela sem si novih znanj, spodbud in izzivov. Vodja ambulante je bil spec. med. dela in vsi zaposleni smo bili učenci Inštituta medicine dela in sledili smo nalogam aktivnega zdravstvenega varstva. Že po enem letu timskega dela je bilo na dlani, da prevladujejo kronične psihosomatske bolezni, ki se kažejo kot glavoboli, kronična utrujenost, nespečnost, zaprtje, zvišan krvni tlak, čezmerna telesna teža, bolečine lokomotornega aparata, nestrpnost, časovna stiska. To je bil v bistvu začaran krog, v katerem se je vrtelo 20 odstotkov delavcev, ki so neprestano potrebovali vodenje skozi življenjske zagate, maskirane z opisano simptomatiko, ki jih je vse bolj stigmatizirala. Večinoma so bile to ženske, ki so pri sodelavcih zbujale sočutje ali zlobo, pri bližnjih so bile deležne večje pozornosti in ljubezni, pri zdravstvenih delavcih pa so si skozi čas prislužile vzdevek »sitne Murine babe«. Obremenitve v konfekcijski industriji so znane, ambulanta, pa tudi posameznik pa nimata nanje skoraj nobenega vpliva.

Kurativna dejavnost je bila najbolj obremenjena z diagnostiko in zdravljenjem primarne arterijske hipertenzije. Uvajali smo dispanzersko metodo dela. Moja naloga je bila kontrola krvnega tlaka, telesne teže, oskrba bolnikov z recepti, priprava bolnikov na pregled pri zdravniku in svetovanje. Murino delavko sem doživljala kot žensko, razpeto med delom v tovarni, družino in kmetijo. Velikokrat sem si zastavljala vprašanje, kako vse to zmorejo. Čutiti je bilo, da je ambulanta edini možni izhod, kjer so lahko odložile stisko in dobile tako potrebno podporo. Za nekatere je bil obisk pri zdravniku izguba časa, zato so se zatekale k samozdravljenju. Sosedska pomoč je bila živahna, izkoriščale pa so tudi luknje v sistemu. Fenacetinska ledvica ni bila redek pojav. Bolezen so razumele kot produkt dednosti in vpliva neugodnega delovnega okolja. Sprijaznjene z usodo so odgovornost za zdravljenje preložile na zdravnika.

Pri zdravstvenovzgojnem delu sem našla zgled pri Viktorju Franklu, ki za najvišjo maksimo v psihoterapiji postavlja Goethejevo misel: »Če pa delamo z njimi tako, kakršni so, postanejo slabši. Če pa delamo z njimi tako, kakršni bi morali biti, jih spravljamo tja, kamor jih je treba spraviti.« (Frankl, 1994.) V spontanem pogovoru sem ugotavljala, da bolj kot tableto potrebujejo nekoga, ki ve o njih tudi še kaj drugega kot samo to, da imajo zvišani krvni tlak. Tako sem oblikovala program in vsakemu sem poskušala dati tisto, kar mu manjka. Uvajali smo aktivni odmor, tečaje sproščanja, individualno in skupinsko hujšanje, veliko sem si prizadevala za notranje čiščenje, organizirala sem predavanja in srečanja z znanimi slovenskimi psihoterapevti, pripravljali smo razstave z degustacijo zdrave hrane, radijske oddaje po proizvodnih enotah MURE... Ob pogovoru, ki je vsaj za kratek čas prinesel razbremenitev, sem ponudila tudi kratko pisno informacijo ali knjigo, ki je vodila k uvidu in kazala pota rešitve. V čakalnici ambulante si nismo dovolili delati reklamo za zdravila. S plakatov so spregovorili prim. dr. Cibic o hipertenziji, dr. Lukasova o družini, kraju največje zemeljske varnosti, preroki in modreci pa so dodali zrna modrosti. Mozaik je bil sklenjen z nasvetom zdravnika Ivanu Tavčarju, ko mu je le-ta potožil, da je bo-

lan: »Vraga si bolan... Polenaril si telo, polenaril si dušo in rediš se, kakor da je mast glavni namen tolstega tvojega življenja. Poslušaj moj nasvet. Sedaj, ko se otava kosi, odrini v kako pogorje! Pridruži se koscem! Hodi, hodi in delaj. Potem kmalu sprevidiš, da je življenje dar božji in da se zgolj le tepci dolgočasijo v njem.« (Tavčar, 1996)

S takim pristopom smo v ljudeh prebujali odgovornost za lastno zdravje. Želja po večji učinkovitosti in racionalizaciji časa nas je vodila k uvajanju skupinskega zdravljenja. Po 10-urnem tečaju so se za trajnejšo obliko sodelovanja odločile le upokojenke. Družil jih je skupni cilj: znižati visok krvni tlak, udomačiti bolezen! Leta 1986 sta bili ustanovljeni dve skupini odprtega tipa, ki sta se sestajali vsak prvi torek in sredo v mesecu. Po začetnem osipu se je v vsaki skupini ustalilo po osem žensk. Najstarejša je Marija, ki je januarja letos dopolnila 78 let, najmlajša, tudi Marija, pa bo decembra stara 59 let. Bile so pravo nasprotje zaposlenim ženam. Optimistično razpoložene in delovno naravnane so dobro ukoreninjene v domačem okolju, sposobne si vzeti tudi čas zase.

Vsebina sestankov se je prvo leto neprestano vrtela o boleznih tretjega življenjskega obdobja in o prehrani, kot da je to edini smisel našega življenja. Sestanki so postajali vse bolj dolgočasni. V tem obdobju sem se vključila v izobraževalni sistem dr. Janeza Ruglja pri Slovenskem društvu terapevtov v Ljubljani, kjer nas je dr. Ramovš navdušil za logoterapijo. V slovenskem prostoru se je porajal Projekt skupin za samopomoč starim. Branka Knific in Tone Kladnik, tesna sodelavca dr. Ramovša, sta v društvu pogosto poročala o rezultatih dela v teh skupinah, kar je bilo zame zelo spodbudno. O človeku sem začela razmišljati v luči novih spoznanj – z vidika duhovne dimenzije. Naslonila sem se na temeljna načela logoterapije:

- znosnost življenja je povezana z zaznavanjem smisla,
- zaznavanje smisla ni vezano na ugodne življenjske okoliščine,
- zaznavanje smisla ni vezano na harmonično življenjsko preteklost. (Lucas, 1993.)

Smisel zaznava človek v odgovornem opravljanju nalog, pred katere ga postavlja življenje. Kaj pa, če človek smisla ne zazna? Tu si logoterapija pomaga z Goethejem, ki je zapisal: »Kako lahko spoznamo sami sebe? Nikoli z opazovanjem, pač pa z delovanjem. Poskušaj opravljati svojo dolžnost, pa takoj veš, kaj je na tebi. Kaj pa je tvoja dolžnost? Zahtevajte tistega dne!« (Frankl, 1994.)

Z vključevanjem smiselnih vsebin smo razgibali naši skupini. Vse bolj smo sprejemali spoznanje, »da ima bolezen, tako kot drevesno deblo, dve ali več korenin in da so v resnici vse bolezni duševno-duhovno-socialno-somatične« (Peck, 1995). Začele smo telovaditi, se učiti tehnik sproščanja; v pogovorih smo se vračali v mladost, na nepregledna polja sladkorne pese, pa spet na svoja delovna mesta, k mlinom na Muri, filovskim lončarjem; k otrokom, ki niso vedno izpolnili vseh naših pričakovanj, zato pa so vnuki prinesli v naša življenja veliko sončnih dni. Negovali smo ljudske običaje, praznovali kulturne in verske praznike in vedno izbrskali iz spomina kakšno pesem, ki je popestrila srečanje. S pomočjo biblioterapije smo prepoznavale in celile boleče življenjske izkušnje in iskale moč v tem, kar

nam je ostalo. Rade so obiskale svoje sodelavce in sosedo, ki jesen življenja preživljajo v domovih za stare. Ves čas druženja se je kot rdeča nit prepletala in povezovala vsebine aktualna zdravstvena tematika. Skupini sta postajali vse bolj prijateljski. Ustvarili smo razpoloženje domačega ognjišča. Vsi smo bili učenci in učitelji hkrati. Vsaka je imela priložnost predstaviti dobro v sebi. Dovolite, da o svojem življenju in doživljanju skupine spregovorijo tudi same. Angelca je povedala: »Želela sem se poročiti in imeti otroke. Tega nisem dosegla, zato sem se posvetila nečakom in sedaj še pranečakom. Vsi me imajo zelo radi in tudi jaz se počutim srečno. Želela sem se šolati, ampak možnosti ni bilo. Zdaj se posvečam risanju in branju.« Gizika je v 27. letu zbolela za sarkomom na maternici. Takole pripoveduje: »Takrat sem bila že poročena in imela sem dve leti staro hčerko. Po petih letih zdravljenja sem se zaposlila in si prislužila pokojnino. Nisem čakala smrti. Pred dvema letoma pa sem spremljala umiranje pet let mlajšega brata. Če v življenju nekaj sam doživiš, šele takrat občutiš trpljenje in stisko drugih. V mojem življenju je na prvem mestu zdravje, in če znaš osrečiti druge, potem si tudi sam srečen.« Vera je dosegla svoj življenjski cilj. Postala je vzorčna šivilja. V Muri je delala 32 let. Želi si zdravja in je zadovoljna. Šarika si je želela več otrok, vendar se ji želja ni uresničila. Hčerko je izšolala in jo naučila opravljati domača dela. Čeprav je izbrala drugo pot, ima veselje z vnuki, ki jo pogosto obiščejo; veliko ji pomenijo tudi dobri sosedje. Marija pa je takole doživljala našo skupino: »Komaj sem čakala tisti dan v mesecu, ko smo prišle spet skupaj. Med nami je vladalo prijetno razpoloženje. Veliko smo se pogovarjale in si izmenjale razne življenjske izkušnje ob kavici in dobrem prigrizku. V tem času sem se seznanila s knjigami našega Trstenjaka pa Frankla, Pecka in drugih. Veliko dobrih nasvetov in lepih trenutkov sem doživela v tem našem druženju.«

12. februarja letos sta skupini prenehali delovati zaradi moje upokojitve. Z delom bosta nadaljevali v lokalni skupnosti kot skupina za samopomoč.

Sklepna misel

V 12-letnem druženju so ženske oblikovale pozitivna stališča do ključnih življenjskih vprašanj. S tem so poleg zdravil odločilno vplivale na urejenost krvnega tlaka in izboljšale kakovost življenja. To je potrdil tudi logotest, ki meri občutja življenjskega smisla. Izhaja iz predpostavke, da za

smiselno življenje posameznika niso toliko pomembne na primer materialne dobrine, uspeh, status kot dejstvo, da si moramo v vsakem trenutku s svojim delom ali odnosi izpolniti življenje s smiselno vsebino. Interpretacijo logotesta je pripravila logoterapevtka doc. dr. Zdenka Zalokar-Divjak: »Človek je bio-psiho-socialno bitje, zato vse, kar se dogaja v njem, odseva tudi v psihičnem in telesnem zdravju. Pri omenjeni skupini žena – hipertoničnik se je verjetno zaradi določenih življenjskih okoliščin in njihove osebnostne strukture pri krvnem tlaku pokazalo, da nekaj ni v redu. Z intenzivnim skupinskim delom pa so spremenile svoje življenjske navade in se osredotočile na smiselne naloge, ki so indirektno vplivale tudi na njihov krvni tlak. Med skupinskim delom so s svojim počutjem izražale tudi zadovoljstvo zaradi svojega zdravja. Pomembno pa je tudi, da so se lahko njihove spremembe empirično preverile s pomočjo logotesta. Na testih se je pokazalo, da so ženske v povprečju doživljale svoje življenje kot smiselno oziroma kot celo zelo smiselno, kar je še en dokaz o smiselnosti dela s populacijo, ki ima psihosomatske težave, in to v obliki svetovanja ali v skupini.«

Skupina pa je pomembno vplivala tudi na zadovoljstvo in duhovno rast voditeljice. Pomeni odlično preventivo pred poklicno izgorelostjo. Svoj poklic sem opravljala z ljubeznijo. Upokojitev pomeni samo odhod iz javnega zdravstva, življenje pa se bo nadaljevalo v lokalni skupnosti. Vedno sem iskala pot k človeku. Sedaj sem jo našla in tej nalogi bom posvetila delček svoje prihodnosti.

Literatura

1. Frankl E. V: Zdravnik in duša, Celje: Mohorjeva družba, 1994.
2. Frankl E. V: Kljub vsemu odgovarjam življenju DA. Celje: Mohorjeva družba, 1992.
3. Kladnik T. Skupina za samopomoč kot odgovor na nematerialne potrebe starih ljudi. Magistrska naloga. Koper, 1996.
4. Lukas E. Družina in smisel. Celje: Mohorjeva družba, 1993.
5. Peck S. Ljubezen in duhovna rast II. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, 1995.
6. Ramovš J. Boj za življenje v družini. Celje: Mohorjeva družba, 1983.
7. Ramovš J, Kladnik T, Knific B in sod. Skupine starih za samopomoč. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, 1992.
8. Rugelj J. Dolga pot. 2. izdaja. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1981.
9. Rugelj J. Uspešna pot. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1983.
10. Tavčar I. Cvetje v jeseni. Ljubljana: Karantanija, 1996.
11. Zalokar-Divjak Z. Vzgoja JE ... NI znanost. Ljubljana: Educy, 1996.

Nada Pitz,
višja medicinska sestra,
Temlinova 9, Murska Sobota

PREDSTAVITEV SKUPINE STARIH ZA SAMOPOMOČ – PÜNGRAD*

Človek ne živi od skrbi zase, ampak od ljubezni, ki jo izkazuje drugim.

Lev Nikolajevič Tolstoj

Uvod

V Domu starejših Rakičan deluje trenutno šest skupin. Naša skupina se ne razlikuje od drugih. Njena posebnost je le v tem, da smo njeni člani vsi iz občine Beltinci.

Naša skupina je še zelo mlada, stara komaj slabo leto. Po besedah dr. Ramovša smo še malčki in nas čaka težko obdobje odraščanja in pubertete.

Preden sem začela delati s skupino, nisem o tem vedela skoraj nič. Ves čas pa sem čutila, da bi nekaj bilo potrebno narediti za ljudi iz Beltincev in okolice. Ljudje se med sabo niso poznali, pa čeprav so bili prej doma sosedje. V Domu so hodili drug mimo drugega. Ko sem jim omenila, da sem tudi sama iz Beltincev, so me sprejeli za svojo. Dogajalo se mi je, da so me spraševali o svojih domačih in o tem, kaj je novega doma. Prenašati sem morala pozdrave za domače. Vedno več je bilo majhnih uslug, katere sem sprva naredila z veseljem, kasneje pa zato ni bilo več ne prave volje ne časa.

Nekako v tem času je naše Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja organiziralo tečaj za voditelje skupin starih za samopomoč. Vključila sem se v tečaj in porodila se mi je ideja o skupini, katere člani bi bili izključno iz beltinške občine. Za to delo sem se odločila popolnoma prostovoljno in ljubiteljsko. Na začetku si niti približno nisem predstavljala, kako se bo odlično ujemalo z mojim delom medicinske sestre. Dr. Jože Ramovš je bil nad idejo navdušen in ob njegovi pomoči ter pomoči Branke Knific in mag. Toneta Kladnika je delo steklo.

Svojo pomoč mi je ponudila tudi gospa Marija Pucko, upokojenka, tudi udeleženka tečaja. V skupini delujeva skupaj kot voditeljici in se sijajno dopolnjujeva.

Primerjava življenja članov skupine pred vključitvijo v skupino in po njej

Že prej sem se z bodočimi člani veliko individualno pogovarjala, spoznala njihove značaje in nekatere med njimi klicala celo po imenih. Čutila sem, da so osamljeni, da imajo domotožje, da se ne znajdejo v novem okolju, da nimajo več pravega veselja do življenja, da jim peša spomin, da telesno slabijo. Ko sem jih hotela spoznati med sabo, da bi se navezali drug na drugega, ni bilo pravega uspeha. Tu imam v mislih dve starki iz Beltincev, ki sta v Domu že 12 let in se niti pozdravljali nista. Doma pa sta bili sosedji. Sedaj sta obe redni članici skupine in veliki prijateljici.

Preden je zaživela skupina, so bili njihov edini stik z domom svojci, predstavniki krajevne skupnosti, Karitasa in od časa do časa še gospod župnik. Veseli so bili teh obiskov, vendar so ob tem ostali pasivni. Sprejemali so informacije, o njih sami pri sebi premišljevali, do kakšnih izmenjav novic pa med njimi ni prišlo.

Sedaj imajo še vedno vse to in še vsak teden skupino, vendar je sedaj slika popolnoma drugačna. Veselijo se sre-

čanj in veselijo se pogovorov, ko si bodo izmenjali informacije, ki so jih dobili od svojih doma. Tudi izven skupine se radi obiščejo in poklepetajo. Močno je zaživela pripadnost domači občini.

Niso več razočarani, da se predstavniki Karitasa ali krajevne skupnosti ne zadržijo dlje pri njih in da ne pridejo večkrat. Nekoč je neka starka slikovito dejala: »Pridejo, se prisrčno smehljajo, ti stresajo roko, te vprašajo po zdravju in niti ne počakajo na odgovor, že ti izročijo lepe pozdrave, v naročje potisnejo paket sladkarij, ki jih niti ne smeš jesti, ker imaš sladkorno, mogoče te še potrepljajo po rami in že so s svojimi mislimi pri naslednjem«.

To dokazuje samo to, da so potrebovali stik in odnos z okoljem, iz katerega so izhajali. Ti obiski so še vedno potrebni, vendar niso več bistveni. Imajo vendar svojo skupino. V skupino prihajajo gostje iz domačega kraja, ki jih vse enako razvedrijo, jim posredujejo svojo življenjsko moč in energijo, ne da bi se jim pri tem mudilo. Člani skupine imajo pri tem brez izjeme občutek, da niso pozabljeni, da tudi drugi ljudje iz domačega kraja, ne samo njihovi svojci, radi pridejo med njih.

Ob tem pa postajajo vse bolj aktivni, ko sami predlagajo, koga bi še povabili, koga bi obiskali, katere prireditve si bomo ogledali na videoposnetku ipd. Ne prepuščajo se malodušju, ampak se počasi učijo, da še vedno lahko aktivno posežejo v dogajanje doma in v Domu.

Na tem mestu naj omenim, da smo si v božičnem času ogledali jaslice v domači cerkvi in se srečali z gospodom župnikom, ki nam je pripravil lepo duhovno doživetje. Sledilo je srečanje z županom na občini. Srečanje je bilo zelo prisrčno in svečano, skupaj z županom smo zapeli, poklepetali in se od srca nasmejali. Nemalo presenečeni smo bili, ko nas je gospod župan obdaril s cvetjem in knjigami.

S tem izletom smo se nekako pokazali v javnosti. Ta dan smo se srečali z mnogimi. Ljudje so zvedeli za nas, začeli so pozitivno govoriti o nas in vzpodbujati naše delo.

Ko sva z Marijo ustanovljali skupino, sva povabili k sodelovanju vse oskrbovance iz občine Beltinci. Vendar za delo v skupini niso bili vsi zainteresirani. To pa še ne pomeni, da ne bi spremljali našega dela. Nekateri, ki niso člani skupine, so bili tudi z nami na izletu v Beltincih. Občasno radi pridejo na naša srečanja, praznujejo z nami rojstne dneve, z nami molijo v kapelici in gredejo z nami na sprehod. Pridejo na obisk kot prijatelji. Če je skupina nadomestek družine, potem so oni nadomestek sorodnikov in prijateljev. Prav zanimivo je, kako skupina pozitivno deluje nanje, pa čeprav niso njeni člani, čutijo pa se povezani z nami. Tudi drugače se več družijo, se pogovarjajo, si pomagajo, posojajo si knjige, skupaj gledajo televizijo ipd.

Kratek opis srečanj

Imamo svoje ime: Püngrad, kar pomeni park pred gradom. V Beltincih imamo namreč grad in pred gradom starodavni park, na katerega smo še vedno zelo ponosni. Ime so izbrali sami.

Zbiramo se vedno isti dan in isto uro. Ko se zbirajo, se pogovarjajo, pripravljajo skodelice za kavo in čakajo, da s sovoditeljico skuha kavo in pripeljeva nepokretne člane. V tem času se pri nas ustavijo tudi drugi delavci Doma, ki so iz Beltince. Pridejo povedat kakšno šalo, zapojejo z nami in se pozanimajo za naše delo. To samo dokazuje, da smo vsakega veseli, da se ne zapiramo, da se lahko vsak z nami povesele in obiše. Običajno so z nami tudi mladi dijaki iz Srednje zdravstvene šole. Stari imajo mlade ljudi radi, pa tudi mladi ljudje me po srečanju prosijo, če lahko še pridejo. Srečanje začnemo z našo himno: Prav lepa je beltinška fara. Pa tudi drugače zelo radi pojemo. Sledi pogovor ob kavi na določeno temo. Obdelali smo več tem, ki se nanašajo izključno na Beltince, na primer prihod nogometna v kraj, zidava šole, grofica in njeno življenje, stare pomembne beltinške rodbine, župnija in bivši župniki ipd. Zanimajo nas tudi druge stvari, kot na primer stari običaji ob praznovanjih, kmečka opravila, živali, potovanja, branje leposlovja... Obujamo stare običaje tako, da se praktično preizkušamo v *čejanju perja in lupanju tikvinoga semenja*... Redno praznujemo rojstne dneve, takrat je še posebno veselo in slovesno. Za praznike sami izdelamo vizitke in jih razpošljemo svojcem. Ko kateri od članov zbolijo, ga obiščemo v bolniški postelji, če pa je kdo zares hudo bolan, dajo sami pobudo za molitev v kapelici. Končamo vedno na enak način. Zmenimo se, kaj bomo počeli naslednjič, in zapojemo nekaj pesmi.

Ko sem jih spraševala, kaj jim pomenijo naša srečanja, so različno odgovarjali:

- tu se vsaj malo sprostim;
- všeč mi je, ker pojemo stare pesmi;
- veseli me, da mlade ljudi zanima, kako smo včasih živeli;
- vedno sem radovedna, kaj bo novega;
- všeč mi je bilo, ko smo lupili bučno seme, včasih smo to počeli vsako zimo;
- prav tekne mi kavica v družbi;
- ko nimam obiskov izvem, kaj se novega dogaja doma.

Za nadaljnje delo imamo v načrtu še tesnejše sodelovanje z lokalno skupnostjo (mimogrede naj omenim, da nam je župan ob prvi obletnici obljubil torto). Želimo si več izletov v domače okolje in ogledali si bomo vse pomembnejše prireditve, ki se bodo dogajale doma. Tudi srečanja s skupinami starih, ki nastajajo v Beltincih, se že veselimo. Želimo si še intenzivnejšega vključevanja svojcev v naša prizadevanja. Ti že sedaj z nami lepo sodelujejo in se za naše delo zanimajo. Presenečeni so bili, ko so dobili vizitke za praznike. Podpisali smo se kot skupina. Začeli so se spraševati, kaj zdaj to pomeni. Začetna zadrega je prešla. Seznanili so se z našim delom. Počastijo nas s svojim obiskom, pošljejo nam razglednico s potovanja, napišejo pismo, pomagajo pri praznovanju rojstnega dne ipd.

Ali je biti član skupine privilegij?

Odgovor je nekako v tej smeri: če pogostim sosedove otroke, jim dam sladkarije, pobožam in se z njimi pogovarjam, so moji otroci mogoče zaradi tega ljubosumni. Vendar nimajo te pravice, ker jih zaradi tega nisem prikrajšala ne za ljubezen, ne za materialne dobrine. Enako je z ostalimi starimi. Ti so še vedno moja prva skrb. Kot medicinska

sestra jim moram nuditi vso strokovno zdravstveno nego, kot najbolje znam in zmorem. Ta skrb zaradi skupine ni nič manjša. Delo v skupini je prostovoljno in mojega dela na oddelku ne bo opravil nihče, delo me počaka.

Poleg tega pa mi moji stari prijatelji dajo veliko pozitivnega. Ko sem z njimi, ko si zaupamo, se prek njih učim tudi druge bolj razumeti. Lahko rečem, da se sedaj veliko lažje uživim v starega človeka, mu prisluhnem in zaznam njegove potrebe. Torej smo posredno pridobili s tem vsi. Lažje navežem stik in sem bolj odprta. Na tem mestu naj omenim, da je delo v skupini odlično sredstvo proti izgorevanju.

Človek ne živi samo od kruha... (Mt 4,4)

Vsi imamo poleg telesnih tudi duševne potrebe. Pustimo sedaj zagotavljanje telesnih potreb ob strani in poskušajmo naštetih nekaj duhovnih. Te so:

Potreba po

- ljubezni (človek ni nikoli prestar za ljubezen);
- sprejetosti (vsi si želimo, da nam drugi ljudje dajo priznanje, da nas sprejemajo, spoštujejo);
- pripadnosti (vedno smo živeli v neki skupnosti med brati, znanci, sosedi, v skupnosti);
- neodvisnosti (želimo biti svobodni);
- samostojnosti (želimo sami odločati o svojem življenju);
- ustvarjalnosti (lepo je imeti občutek, da nekaj znaš narediti, da to nekomu koristi ipd.);
- varnosti (strah je pračustvo in če se počutimo varne nas ni več strah);
- po razmišljanju, iskanju, meditaciji (človeštvo vseh ras in ver išče, razmišlja in moli) in še bi lahko naštevali.

Za nekatere teh potreb je skupina našla rešitev.

1. Vsi v skupini smo prijatelji in se imamo radi. Vsak lahko pride do izraza, se izpove ali pa na njegov lasten način sodeluje v skupini.
2. Spoštujemo se med sabo, posmehovanje in obrekovanje sta strogo prepovedana. V odsotnosti kateregakoli od članov, o njem ne razpravljamo.
3. Člani čutimo pripadnost skupini, kot da bi bila na primer družina, to nas hkrati zavezuje, da se držimo nekaterih pravil, po drugi strani pa nam krepi občutek pripadnosti.
4. Sodelovanje v skupini je prostovoljno in svobodno, vendar tisti, ki so po uvodnih srečanjih ostali, prihajajo redno, ker sami tako hočejo in ker jim je to všeč.
5. V skupini lahko vsak pokaže tisto, kar najbolje zna in s tem bogati druge, sam pa se čuti pomembnega. (Bivša cerkvena pevka bo skrbela za ubrano petje. Gospod, ki je delal v tiskarni, nam s svojo natančnostjo svetuje, ko izdelujemo okraske, vizitke ipd. Kmetica je glavna, ko imamo opravka s kmečkim delom. Gospa, ki je študirala in delala na banki, nam zelo lepo bere itn. Prav vsi se lahko izkažejo.)
6. Izpovemo si lahko najgloblja čustva, ne da bi se nam kdo čudil, ali se norčeval. Glede tega se lahko vsak počuti varnega.

Pričakovanja in cilji

Ko sem skupaj z Marijo začela delovati v skupini, sem si samo želela in to je bil tudi moj cilj, da bi te stare ljudi

nekoliko razvedrila jim vsaj enkrat na teden razbila običajen dan in ga naredila zanimivejšega. Želela sem vsem naenkrat posredovati novice od doma in ne vsakemu posebej.

Vrednotenje dela v skupini

Pričakovanja in cilji so bili preseženi in pokazale so se zanimive posledice:

- izboljšanje zdravstvenega stanja,
- manjša poraba zdravil za duševne bolezni,
- manjša poraba analgetikov,
- lažje komuniciranje,
- večja aktivnost,
- najden smisel življenja,
- ponovno najden občutek za sočloveka.

Dve starki sta prišli k nam iz bolnišnice Ormož. Zaradi nemira smo obe namestili na zavarovani oddelek. Ker se jima je stanje popravilo, sta šli v stanovanjski del. Od tam sta zopet romali na zavarovani oddelek in tako še dvakrat. Potem sva ju z Marijo vključili v skupino. Vse od takrat sta na stanovanjskem oddelku. Skrbita sami zase. V tem času se psihično zdravstveno stanje ni niti enkrat poslabšalo. Zdravnik je celo zmanjšal količino psihiatrične terapije, sedaj preprosto ne potrebuje več toliko zdravil. Veliko bolj bistro razmišljata, več stvari si zapomnita. Ena nima več

žalostnih misli in preganjavic, tudi strah jo je manj. Druga pa pravi, da je preprosto srečnejša in mirnejša. Neki gospod je vsak teden zahteval svojo predpisano injekcijo analgetika. Tega je imel predpisanega po potrebi. Odkar je v skupini, ni še niti enkrat prosil za injekcijo. Spet druga gospa, ki se je od samega dolgega časa samo pritoževala in jadikovala, sedaj pravi, da nima več nobenega pravega časa, ker mora obiskovati ostale oskrbovance. Toliko potrebujejo, toliko reči ne morejo opraviti sami, ona pa je vendar zdrava in jim lahko pomaga. Našla je samo sebe in ponovno se v njej vzbudil občutek za sočloveka.

Neko gospo mi je brez težav uspelo pregovoriti, da se je po desetih letih skopala. Vedno se je sama umivala in ni želela naše pomoči in nadzora. Sedaj se rada redno kopa in sprejme pomoč, ki jo nujno potrebuje. Prej smo vsi poskušali, pa nam je ni uspelo pripraviti do tega. Hvaležna nam je za kopanje, pravi, da jo poživi in okrepi.

Še bi lahko naštevala. To so vidne posledice skupine, kar pa se dogaja v srcih ljudi, pa ne bomo zvedeli. To lahko samo slutimo.

Literatura

1. Ramovš J, Kladnik T, Knific B et al. Skupine starih za samopomoč. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, 1992.
2. Hojnik-Zupanc I, Ramovš J, Kladnik T et al. Dodajamo življenje letom. Ljubljana: Gerentološko društvo Slovenije, 1997.

Valentina Goršak-Lovšin

IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER V ANGLOSAŠKIH DEŽELAH

Uvod

Študij zdravstvene vzgoje (ZV) organizirata Visoka šola za zdravstvo in Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani. Program ZV je odprl novo stopnjo izobraževanja medicinskih sester (MS) in jim omogoča pridobitev naziva profesor zdravstvene vzgoje. Osnova programa je široko pojmovanje zdravja in bolezni. S tem programom se širi krog profesionalcev, katerih dejavnost je usmerjena v pomoč ljudem z aktualnimi ali potencialnimi zdravstvenimi problemi.

Ideja o tem, da potrebujejo tudi zdravstvene/-i delavke/-ci, ki se ukvarjajo z zdravstveno nego (ZN) v Sloveniji, možnost visoke izobrazbe v svoji stroki sega že v začetek 60-ih let, vendar je do realizacije ideje prišlo šele v zgodnjih 90-ih letih.

Program predstavlja nadgradnjo in izpopolnitev na področju ZN za razvoj stroke. Profesor zdravstvene vzgoje (prof. zdr. vzgoje) je usposobljen za pedagoško, organizacijsko in razvojno-raziskovalno delo. Za ta poklic je značilno delo z ljudmi v vseh stadijih zdravja in bolezni ter različnih okoliščin. Kompleksnost dela zahteva široko razumevanje človekovega zdravja v psihičnem, fizičnem in socialnem smislu ter družbenih pojavov, ki vplivajo na zdravje populacije. Prof. zdr. vzgoje se v svojem poklicnem delu sooča s

spreminjajočimi se okoliščinami, ki od njega zahtevajo analitično, kritično in inovativno mišljenje in delovanje.

Odločitve na področju poklicnega udejstvovanja morajo temeljiti ne le na strokovnem znanju, temveč tudi na moralnoetičnih načelih, ki zagotavljajo optimalne rešitve z vidika interesov posameznika, skupine ali družbe.

Vpis študentov v študijski program ZV je bil po dveh letih prekinjen, vendar si še naprej prizadevamo, da se bi to izobraževanje razvijalo in da se bodo tudi v tej stroki izobraževali za akademske naslove, tako kot drugje po svetu.

Izobraževanje in usposabljanje

Burnard in Chapman (1990), Ivančič (v Svetlik, 1996), Atkin, Lunt (1995) so se spraševali, ali obstaja in kakšna je razlika med izobraževanjem (education) in usposabljanjem (training).

Izobraževanje je divergenten proces in ga označujejo kot dejavnosti, usmerjene k razvijanju znanja, spretnosti, interesov in moralnih vrednot. Prav tako gre za razvijanje kritičnega mišljenja, fleksibilnosti in prilagajanja. Izobraževanje je neskončen proces, nima konca. Ne moremo reči, da smo dokončno izobraženi.

Usposabljanje je v primerjavi z izobraževanjem sistematično razvijanje sposobnosti oziroma spretnosti in po-

meni jasno definiran potek pridobivanja znanja z znano končno točko in poudarkom na določenih vnaprej definiranih dejavnostih in sposobnostih. Gre za konvergenten (stekajoč se) proces, v tem smislu, da bodo vsi, ki se ga udeležujejo, pridobili bolj ali manj enake spretnosti.

Burnard in Chapman (1990) ter Balsamo in Martin (1995) opozarjajo na pomembno vlogo izobraževanja odraslih, če se odločajo za poklic medicinske sestre (MS) Poudarjata potrebo po različnosti v načinu izobraževanja: pri odraslih mora biti vzpostavljena primerna fizična in psihična klima, potrebno je načrtovanje drugačnih metod poučevanja ter upoštevanje potreb po učenju.

V Veliki Britaniji so splošno reformo izobraževanja za zdravstveno nego konec 80-ih let poimenovali Projekt 2000, ki pomeni novo izobraževanje MS za delo. Bistvo reforme je ukinitve bolnišničnega usposabljanja in povezava šol za ZN v univerzitetno izobraževanje (Myles, 1995). Projekt 2000 prinaša spremembe na področju visokošolskega izobraževanja MS. V prihodnosti naj bi bila vloga MS bolj usmerjena na zdravje kot na bolezen in bolj v preventivo kot kurativo. Izboljšanje izobraževanja temelji na znanju bioloških, psiholoških, interpersonalnih, komunikacijskih znanostih, osnovnih teorijah ZN ter praksi in izkušnjah. Tako kot vsaka inovacija je tudi Projekt 2000 naletel na probleme pri uveljavljanju. Pomanjkljivosti, ki jih omenjajo, so: preveč teoretičnih znanj in premalo pristojnosti za izvajanje ZN. Profesorice ZN so prav tako izrazile strah pred visoko izobrazbo in občutja, češ da je vsega preveč in je zato pomanjkljivo. Prav tako so bojazen pred previsoko izobraženimi MS izrazili zdravniki.

O tem, kako se je razvijalo in potekalo izobraževanje v Projektu 2000, pišejo avtorji Bentley (1996), Casey (1996) in Jowett (1995); prav tako pišejo o hitrem spreminjanju izobraževanja, katerega rezultat bodo bolj emancipirane, kritične, kreativne in samostojne MS. Končno bo takšno izobraževanje povečalo zanimanje za podiplomske študije ugotavljata Burnard in Chapman (1990).

Novo stopnjo izobraževanja za MS v Sloveniji je odprl študij zdravstvene vzgoje, ki vsebuje elemente modela integriranega študija J. J. Guilberta in po zaključku študija daje MS široka znanja za preventivno delo s populacijo (Zdravstvena vzgoja, 1993). To izobraževanje omogoča MS znanja s področja pedagoškega in raziskovalnega dela, kar bo prispevalo tudi h kvalitetnejšemu mednarodnemu sodelovanju in hitrejšemu razvoju v ZN (Pahor, 1995).

Izobraževanje v anglosaških deželah

Ellis in Hartley (1988) sta predstavili razvoj izobraževanja v ZDA. Tam ločijo nižjo raven izobraževanja za praktično ZN (practical nurse) in višjo raven za profesionalno ZN (professional nurse). Za prvo poteka izobraževanje od leta 1892 v okviru različnih šol in tečajev. Prvi programi za formalno izobrazbo MS (practical nurse education) so trajali tri mesece; še danes potekajo na podoben način in trajajo približno eno leto.

Za profesionalno zdravstveno nego zahtevajo državni izpit (registracija) in naziv registrirana medicinska sestra (registered nurse). Do registracijskega izpita je mogoče priti na različne načine: z opravljeno triletno bolnišnično šolo (diploma education), dvoletnim višješolskim izobraževanjem na kolidžih, povezanih z univerzo (associate degree nurse/ADN), štiriletnim študijem na univerzi (BS) ali dvo-

letno nadgradnjo višješolskega študija (RNB), pa tudi z direktnim študijem do magisterija (MSc) ali doktorata (PhD ali DN) (Villanova University, 1996, ter Ellis in Hartley, 1988).

Triletno bolnišnične šole (diploma program)

V ZDA so jih začeli ustanavljati leta 1873 in so do nedavnega prevladovali v izobraževanju za ZN. Temeljile so na praktičnem znanju o zdravstveni negi, zelo malo pa na učenju in poučevanju. Izobraževanje je bilo razdeljeno po posameznih področjih ZN (kirurška, psihiatrična in pediatrična ZN, nujna medicinska pomoč s podpornimi predmeti: anatomijo, fiziologijo, prehranjevanjem, farmakologijo, zgodovino...). Izobraževanje je potekalo na klinikah, kjer je bilo največ potreb po kadru. Delovni dan študentov je trajal vsaj 12 ur. Večina študentk je bilo samskih žensk, starih med 17 in 18 letom. Diploma, ki so jo dosegle na koncu, ni imela akademskega značaja niti ni dajala kreditnih točk, ki bi odpirale pot do univerzitetne diplome. V 50-ih in 60-ih letih so te šole nadomestili kolidži.

Višje šole (kolidž) za ADN (associate degree nurse)

Ta oblika izvenbolnišničnega, z univerzo povezanega izobraževanja, se je pričela leta 1952. Izobrazba v teh šolah je izraziteje usmerjena k zdravstvenemu tehniku, ki je manj samostojen od visoko izobraženih MS, a v večji meri kot »practical nurse«. Ta študij je bila prvotno zaključena stopnja. Diplomom je podeljeval kolidž in je predstavljala osnovo za pristop k državnemu izpitu.

Visokošolsko izobraževanje (baccalaureate degree)

Univerzitetni študij za MS se je pričel leta 1909 v Minesoti. V začetku je trajal pet let (tri leta bolnišničnega usposabljanja in dve leti nadgradnje).

Leta 1965 je največja poklicna organizacija (American Nurses Association – ANA) sprejela to raven izobraževanja kot pogoj za pričetek poklicnega dela. Ta zahteva pa se v praksi ni uveljavila. Program je vseboval osnove ZN, promocijo zdravja, supervizijo, menedžment in raziskovalno metodologijo. Diplomant/-ka je usposobljen/-a za opravljanje profesionalne ZN, ki vključuje promocijo zdravja, zdravstveno svetovanje in izobraževanje na osnovi teoretičnega znanja. Povezoval/-a naj bi teoretično in empirično znanje, uporabljal/-a proces zdravstvene nege (v nadaljevanju PZN).

Tudi Reider in Riley-Giomariso (1993), pišeta o sposobnostih (predvsem znanju iz menedžmenta), ki jih študenti pridobijo. Ti so usposobljeni za sodelovanje z ostalimi člani zdravstveno negovalnega tima in so sposobni delati tako s skupinami kot s posameznikom.

Day, Field, Campbell in Reutter (1995) so raziskovali razvoj pogleda študentov na ZN skozi štiriletno izobraževanje. Kvalitativna študija je spremljala spremembe v vedenju in vrednotah. Ti avtorji so opazili slabo podobo MS v začetku študija in potrdili trditev avtorjev Kalisch in Kalisch (1988, cit. po Ellis in Hartley, 1988). Rezultati njunih zaključkov kažejo, da so študenti ob koncu študija bistveno spremenili mišljenje in samopodobo ter postali manj idealistični in bolj realistični.

Ryan in Hodson (1992) sta raziskovala zadovoljstvo delodajalcev s študenti in ugotovila, da imajo mnogo teore-

tičnih znanj, znajo reševati probleme ter imajo profesionalne kvalitete. Tudi Chornick (1992) se je ukvarjala z raziskovanjem tega študija, primerjala je študente na BSN in RN-to-BSN programu in odkrila razlike med njimi. Študenti RN-to-BSN (nadgraditvenega programa) so drugačni v kritičnem mišljenju, bolj motivirani in imajo višje profesionalne vrednote.

V nasprotju s tem je študija populacije mladih MS, ki niso delale na oddelku več kot dve leti, pripeljala do ugotovitve, da med študenti, ki so končali BSN in tistimi, ki so nončali non-BSN, ni bilo bistvenih razlik v sposobnostih (Sanford, Genrich, Nowotny, 1992).

Pri vseh študijih je pomembno nenehno zagotavljanje kvalitete izobraževanja: kvalitetne vsebine, medosebni odnosi in sodelovanje študentov ter profesorjev in zadovoljevanje potreb obojih. Playle (1996) piše o teh odnosih in o študentu kot o »stranki«, katere potrebe in zadovoljstvo so pomembni pri oceni kvalitete dela. Gre za izobraževanje, ki je usmerjeno v študenta.

Magistrski in doktorski programi

Obstaja mnogo različnih magisterijev ZN, na katere se študenti lahko vpisejo. Gieske (1995) je raziskovala pomembne razlike med demografskimi in akademskimi značilnostmi glede magistrskih študijev. Želela je dokazati, da so razlike med študenti različnih smeri magistrskih študijev in značilnostmi, kot so: starost, okolje, iz katerega izhaja, število let delovnih izkušenj, čas od zaključka fakultete... Ugotovila je, da ni bilo bistvene razlike med akademskimi značilnostmi, le-te pa obstajajo pri demografskih značilnostih, ki so se statistično razlikovale.

Doktorski študiji so v ZN različni, na primer doktor zdravstveno negovalnih znanosti – doctor of nursing science (DNSc), doktor znanosti v ZN – doctor of science in nursing (DSN), doktor izobraževanja v ZN – doctor of nursing education (DNEd), doktor filozofije ZN – doctor of philosophy in nursing (PhD). Možni so tudi drugi tipi: doktor izobraževanja – doctor of education (Ed. D.), doktor zdravstvenega varstva – doctor of public health (DPH). Preden so se razvili doktorski študiji v ZN, se je večina MS vpisovala na doktorate iz pedagogike. Večina MS, ki ima doktorate znanosti iz katerega koli področja ZN, ima pomembno vodstveno vlogo v zdravstvu in v izobraževanju, kjer opravljajo naloge dekana ali so direktorice programov za izobraževanje MS; mnoge so vključene v raziskovanje na področju ZN ali pa razvijajo znanost ZN.

Melland (1995) je raziskovala zahteve po raziskovanju pri akademsko izobraženih MS in ugotovila, da se težje odločajo med raziskovalnim delom in poučevanjem.

Iz povedanega lahko ugotovim, da v ZDA, ZN kot stroka nima enotnega izobraženega praga za pričetek poklicnega dela, da pa imajo MS možnost izobraževanja na vseh akademskih stopnjah.

Podoba medicinske sestre

Avtorja Kalisch in Kalisch (1988), sta raziskovala podobo MS v množičnih medijih in ugotovila, da je le-ta negativna oziroma vedno postavljena v podrejen položaj glede na zdravnika ali je vsaj v ozadju dogajanja. MS so bile v večini prikazane kot podrejene osebe, ki ubogajo zdravnikove ukaze. Avtorja sta analizirala 207 knjig ter proučevala podobo MS v romanih, prav tako sta analizirala filme.

Odkrila sta, da so MS skoraj vedno ženske, ponavadi same, brez otrok, belopolte ter stare manj kot 35 let. MS so bile skoraj vedno prikazane kot ženske s tradicionalno vlogo, kot so žena, gospodinja ali mati. Zanimivo je tudi, da so večino takšnih romanov napisali zdravniki (Ellis, Hartley, 1988).

Pahor (1988) ugotavlja, da je v primerjavi z zdravniki vloga MS postranska. Prav tako zgodovina odnosov med MS in zdravniki kaže, da je zdravnikova dominanca in sestrska podrejenost zasnovana na spolni in spolni diskriminaciji.

Pogosto se pojavlja tudi tematika diskriminacije moških. ZN je profesija, kjer dominirajo ženske (Ellis, Hartley, 1988).

Witt (1992) je delala raziskavo vpliva izobraževanja na samopodobo MS. Ugotovila je, da je samopodoba višja pri študentih fakultetnega študija, prav tako so se pokazale težnje k avtonomiji, spoštovanju drugih in sebe.

Prihodnost izobraževanja medicinskih sester v anglosaških deželah

Izobraževanje MS je napredovalo. K temu so prispevale raziskave na področju ZN ter razvijanje teorij ZN in izobraževanja.

V izobraževanju bo prav gotovo prihajalo do nenehnih sprememb, saj se tudi potrebe po MS nenehno spreminjajo. Spremembe se dogajajo tudi v ekonomskem in socialnem pogledu. Ugotovili so, da študenti vedno manj časa preživijo ob pacientu, vedno več pa ga potrebujejo za načrtovanje optimalne ZN po načrtu zdravstvene nege in za ostale dejavnosti v posredni povezavi z ZN. Vse to pa opozarja na nenehne zahteve po spremembah. To trditev potrjuje raziskava avtoric Hagerty in Early (1993), ki sta raziskovali izobraževanje MS. Raziskava je temeljila na invervjujih MS, ki so izobraževanje ocenile kot kognitiven proces, kjer razvijajo sposobnosti, prenašajo in povezujejo znanje ter osebno in profesionalno rastejo. Način izobraževanja jih ne omejuje na zgolj formalno izobraževanje, temveč je pomembno tudi izobraževanje zunaj kurikulumu kakor tudi pridobivanje življenjskih izkušenj. Zaključki raziskave kažejo na spremembe izobraževanja, ki bodo dale možnost maksimalnega izkoristka časa učenja.

Prav tako se dogajajo nenehne spremembe v zdravstvenem varstvu, ki te spremembe spodbuja (Manuel, Sorensen, 1995); na to opozarja tudi Oermann (1994).

Harden (1996) govori v svojem članku o prosveti ter o pooblastilih v izobraževanju. Omenja izobraževanje o aktualnostih, kot so pozitivna samopodoba, kreativnost, inovativnost, informiranje, spodbujanje k novostim in spremljanje le-teh. Za pooblastila, ki jih imajo MS v današnjem sistemu zdravstvenega varstva, Worrell, McGinn, Black, Holloway, Ney (1996) ugotavljajo, da temeljijo na kolegialnosti, komunikativnosti, avtonomiji in odgovornosti. Pogosta tema pogovorov v akademskih krogih so spremembe v izobraževanju MS; tudi avtorici MacLeod in Farrell (1994) razpravljata o spremembah in čim boljši povezavi med teoretičnim in praktičnim znanjem.

Grenier in McQueen-Dewis (1995) ugotavljata, da je mnogo držav v procesu spreminjanja izobraževanja za ZN iz dvo- ali triletnih šol v visokošolsko izobraževanje. Vedno večje so težnje k visokim stopnjam izobrazbe (Wassem, Sheil, 1994).

Johnson (1995) opozarja na pomembne novosti, ki jih bodo prinesle socialne in ekonomske spremembe. Foong in MacKay (1996) sta s strukturiranim intervjujem 30 MS, ki so zaposlene od štiri do dvajset let, ugotovila, da se med MS pojavlja veliko frustracij in stresnih situacij, nezadovoljstva glede njihovih kvalifikacij; prav tako pa so izrazile strah pred ponovnim študijem.

Na osnovi literature lahko vidimo, da so študenti zdravstvene nege vključeni v profesionalno izobraževanje, ki doživlja v zadnjih desetletjih intenzivne spremembe.

Sklep

Tudi v Sloveniji si MS prizadevajo za izobraževanje za ZN na fakultetni ravni. Ugotovitve raziskave Dornik E. Splošna in poklicna orientiranost študentov zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje, narejeni na VŠZ in Pedagoški fakulteti leta 1997, so pokazale nekatere razlike med značilnostmi študentov ZV in ZN.

Domnevam lahko, da bo v prihodnosti poklic MS bolj cenjen, tudi zaradi vedno večjega števila fakultetno izobraženih MS.

Izobraževanje se nenehno spreminja. Upam, da se bodo tudi pri nas spremembe razvijale v smeri, kjer bodo MS ponovno pridobile možnost izobraževanja v svoji stroki na fakultetni ravni.

Literatura

- Atkin K, Lunt N. Training and education in practice nursing: the perspectives of the practice nurse, employing general practitioner and family health service authority. *Nurse Education Today* 1995; 15: 406–13.
- Balsamo D, Martin IS. Developing the sociology of health in nurse education: towards a more critical curriculum – part I: andragogy and sociology in project 2000. *Nurse Education Today* 1995; 15: 427–32.
- Bentley H. The need for change in nurse education: a literature review. *Nurse Education Today* 1996; 16: 131–6.
- Burnard P, Chapman C. *Nurse education the way forward*. London: Scutari Press, 1990: 37–50, 123–40.
- Casey G. The curriculum revolution and project 2000: a critical examination. *Nurse Education Today* 1996; 16: 115–20.
- Chornick NL. A comparison of RN-to-BSN completion graduates to generic BSN graduates: is there a difference? *Journal of Nursing Education* 1992; 31: 203–9.
- Day RA, Field PA, Campbell IE, Reutter L. Students' evolving beliefs about nursing: from entry to graduation in a four year baccalaureate programme. *Nurse Education Today* 1995; 15: 357–64.
- Ellis JR, Hartley CL. *Nursing in today's world. Challenges, issues, and trends*. Third edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1988: 25–91, 253–69, 338–99.
- Foong ALS, MacKay GF. An exploration of the psychosocial perspectives on educational/developmental opportunities for enrolled nurses: the forgotten species? *Nurse Education Today* 1996; 16: 94–7.
- Gieske M. Academic and demographic variables related to completion status of nursing students in master's degree programs. *Journal of Nursing Education* 1995; 34: 282–5.
- Grenier FJ, McQueen Dewis ME. The baccalaureate degree as entry to practice: a Canadian model of educational collaboration toward the goal. *Journal of Nursing Education* 1995; 34: 87–8.
- Hagerty B, Early SL. Registered nurses' perceptions of liberal education. *Journal of Nursing Education* 1993; 32: 151–5.
- Harden J. Enlightenment, empowerment and emancipation: the case for critical pedagogy in nurse education. *Nurse Education Today* 1996; 16: 32–7.
- Ivančič A. Vseživljenjsko izobraževanje in socialna neenakost. V: Svetlik I. *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1996: 45–72.
- Johnson JY. Curricular trends in accredited generic baccalaureate nursing programs in the United States. *Journal of Nursing Education* 1995; 34: 53–60.
- Jowett S. Nurse education in the 1990s – the implementation of the pre-registration diploma course (project 2000). *Nurse Education Today* 1995; 15: 39–43.
- Kalisch B, Kalisch P. The image of nursing today. In: Ellis JR, Hartley CL. *Nursing in today's world. Challenges, issues, and trends*. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1988: 25–9.
- Myles A. New wine in old bottles? V: Jolley M, Bryczynska G (eds). *Nursing beyond tradition and conflict*. London: Mosby, 1995.
- Manuel P, Sorensen L. Changing trends in health care: implications for baccalaureate education, practice and employment. *Journal of Nursing Education* 1995; 34: 248–53.
- Melland HI. Nurse educators and the demands of research. *Journal of Nursing Education* 1995; 34: 71–6.
- Oermann M. Reforming nursing education for future practice. *Journal of Nursing Education* 1994; 33: 215–9.
- Pahor M. Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu. Magistrska naloga. Ljubljana: Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo, 1988: 63–83.
- Pahor M. Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod. *Obzor Zdrav N* 1995; 29: 107–11.
- Payle JF. Quality in nurse education: an exploration of the concept of students as costumers. *Nurse Education Today* 1996; 16: 215–20.
- Reider JA, Riley-Giomariso O. Baccalaureate nursing students' perspectives of their clinical nursing leadership experience. *Journal of Nursing Education* 1993; 32: 127–32.
- Ryan ME, Hodson KE. Employer evaluations of nurse graduates: a critical program assessment element. *Journal of Nursing Education* 1992; 31: 198–202.
- Sanford M, Genrich S, Nowotny M. A study to determine the difference in clinical judgement abilities between BSN and non-BSN graduates. *Journal of Nursing Education* 1992; 31: 70–4.
- Villanova University Catalogue undergraduate studies. Villanova University, 1996: 212–23.
- Wassem R, Sheil EP. National survey of nursing program options designed for the second degree student. *Journal of Nursing Education* 1994; 33: 29–30.
- Witt B. The liberating effects of RN-to-BSN education. *Journal of Nursing Education* 1992; 31: 149–56.
- Worrell JD, McGinn A, Black E, Holloway N, Ney O. The RN-BSN student: developing a model of empowerment. *Journal of Nursing Education* 1996; 35: 127–30.
- Zdravstvena vzgoja. Študijski program. Ljubljana: Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo, 1993: 9–19, 82–4.

Ema Dornik, višja medicinska sestra,
prof. zdr. vzgoje
Medicinska fakulteta
Inštitut za biomedicinsko informatiko
Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana