

## KAJ BI MORALI VEDETI OB SPREJEMU STAROSTNIKA V BOLNIŠNICO

### Uvod

Temeljni kamen načrtovanja kvalitetne zdravstvene nege starostnika so preprosti, a zelo pomembni podatki, ki jih povedo svojci ob sprejemu bolnika v bolnišnico. Za učinkovito in dobro rehabilitacijo starostnika je nadvse pomembno kvalitetno sodelovanje svojcev z negovalnim timom. Zdravstveni delavci smo dolžni svojcem dati jasna navodila o tem, kaj lahko storijo za dobro svojega bolnika in kaj od njih pričakujemo.

Sprejem v bolnišnico je za vsakogar od nas običajno in najpogosteje nenačrtovan dogodek. Čustveno smo prizadeti, ne glede na to, ali gre za našo hospitalizacijo ali zdravljenje našega svojca. Huda čustvena stiska zaradi nepoznanih okoliščin je vzrok naši nerodnosti in neustreznemu reagiranju. Kadar gledam sprejem in morda nadaljnje zdravljenje bolnika kot medicinska sestra, pogosto opazim, da svojci niti ne vprašajo niti ne povedo pomembnih reči, prinesejo bolniku neustrezne stvari in pogosto motijo red na oddelku. Prepričana sem, da se te majhne nerodnosti zgodijo zaradi neznanja in stiske, v kateri se znajdejo. Prepričana sem, da bi svojci znali sodelovati pri zdravljenju in bi tudi kvalitetneje in z veseljem sodelovali, če bi jim lahko ponudili brošuro z drobnimi navodili, pričakovanji in morda opisom oddelka. Želim si, da bi jim ob prvem srečanju s svojci bolnice, sprejete na naš oddetek, lahko podarila drobno brošuro z navodili, morda z opisom bolezni ter klinike kot celote. Navodila bi svojci nesli domov in v miru prebrali. Doma bi se zagotovo spomnili pomembnih podatkov o starostniku in jih ob prvem obisku v bolnišnici tudi povedali medicinski sestri ali zdravniku.

Vsem svojcem, ki bodo imeli ali morda imajo svoje bolne ostarele sorodnike v bolnišnici želim, da bi njim in njihovim najbližjim pomenil sprejem v bolnišnico čim manjšo stisko in bi znali s preprostimi podatki veliko prispevati k boljšemu in hitrejšemu okrevanju, čemur so namenjena moja navodila.

Bolnik je v stiski in je ob hospitalizaciji čustveno prizadet. Morda bolnik sam niti ne želi ostati v bolnišnici, ne zna več dobro presoditi in ne verjame, da je res bolan, da ne zmore več sam skrbeti zase. Običajno bolnik ne more razumeti, da njegove bolezni ne morejo več obvladovati njegovi domači. Pogosto je bolnika tudi strah, kakšno bolezen ima, kakšne preiskave bo moral prestati, koliko časa bo v bolnišnici, kakšne sobolnike bo imel v sobi, kako bodo domači zmogli brez njega, ali ga bodo prihajali obiskovati, ali ga bodo bolnega še hoteli domov in tako naprej. Pomembno je, da se s svojcem pogovorimo, če nas lahko razume, mu govorimo resnico in smo mu v oporo. Starejši ljudje z demenco se zaradi degenerativnih sprememb možganov mnogo težje prilagajajo novim situacijam, ne zapomnijo si novih sporočil, medtem ko stari spomin ostaja še dolgo dokaj ohranjen. V očeh svojcev je bolnik v bolnišnici še bolj prizadet, bolan, neobglen, ker se v tujem okolju resnično težje znajde.

Pomembno je, da hospitalizacijo načrtujemo skupaj z bolnikom (če to lahko sprejema) oziroma da se z zdravnikom

o bolezni vedno pogovarjamo v prisotnosti tistega, ki se bo zdravil. Drobne laži in prikrivanje dejstev običajno vzbudijo v bolniku dvom, strah in odpor do zdravljenja, svojcev in negovalnega osebja. Bolniki, ki so o svojem zdravju in varovanju le-tega dobro poučeni in vedo kako bo zdravljenje potekalo, dosegajo večjo stopnjo rehabilitacije, prizadevneje sodelujejo v procesu zdravljenja in so bistveno bolj uspešni. Zaradi tega je pomembno, da svojci vpričo bolnika povprašajo oddelčnega zdravnika o vsem, kar jih o bolezni in zdravljenju zanima. Oddelčni zdravnik jim bo povedal, kako bo zdravljenje potekalo oziroma kakšen je načrt zdravljenja.

### Sprejem bolnika na oddetek

Kadar je vaš najbližji sprejet v bolnišnico, ostanite z njim do sprejema na oddetek. Bolnik bo vedel, da ga boste ob obisku znali poiskati, morda vam bodo lahko celo pokazali njegovo sobo in posteljo. Povejte mu, kdaj ga boste ponovno obiskali. Pomembno je, da mu pokažete in mu poveste, da ga imate še vedno radi, četudi je bolan. Vaša skrb za svojca s tem ni zaključena. Rehabilitacija bolnika je v dobru meri odvisna tudi od vašega dobrega sodelovanja z negovalnim timom (zdravnik, medicinska sestra, socialna delavka).

### Spoznajte oddelčno medicinsko sestro

Prav je, da si tako sami kot tudi oddelčna medicinska sestra vzamete čas za pogovor o bolniku skupaj z njim. Ob tej priložnosti oddelčna medicinska sestra skupaj z bolnikom naredi načrt zdravstvene nege. Če morda bolnik ne zmore ali pa ne zna potrebnih podatkov povedati sam, bodo vaši podatki dobrodošli pri načrtovanju kakovostne zdravstvene nege. Bolnik bo morda preživel kar nekaj časa v bolnišnici, želimo pa, da bi se kljub bolezni počutil lepo.

Medicinski sestri boste povedali svoj naslov in telefonsko številko doma in v službi, če bi vas nujno potrebovala. Kadar odhajate na dopust, pustite naslov osebe, ki vas bo znala poiskati, če bi bilo potrebno. Nujna obvestila iz bolnišnice ne prihajajo samo v primeru smrti. Morda bo moral bolnik nujno na kakšno operacijo, za katero sam ne more podpisati soglasja in bomo za podpis prosili vas, ki ste mu najbližji. Včasih zdravnik načrtuje preiskave, o katerih bi se želel predhodno še pogovoriti z vami. Medicinska sestra vam bo lahko ponudila možnost, da na specialistični pregled izven naše klinike spremljate bolnika in tako od zdravnika, ki bo vašega svojca pregledal, iz prve roke dobite informacije o bolezni. Prav tako želimo vsako eventualno premestitev v drugo bolnišnico takoj sporočiti najbližjim. Oddelčna medicinska sestra vam bo predstavila red na oddelku ali pa vam bo morda lahko ponudila kar zloženko, kjer so pomembni podatki že zapisani o obiskih, o tem, kdaj in kje lahko dobite informacije o zdravju, telefonska številka, na katero bolnika lahko pokličete in podobno).

## Obiski

Obiskov pri starostniku (če tega zdravstveno stanje ne zahteva) ne omejujemo posebej. Priporočamo vam celo, da bolnika obiščete čim pogosteje. Pomembno pa je, da ima bolnik svoj čas pri počitku, obrokih, v času pogovora z zdravnikom in oddelčnih sestankih, zato takrat ne prihajajte na obisk. Kadar starostnik 24 ur na dan leži v postelji in so v sobi z njim tudi drugi bolniki, vam svetujemo krajši obisk (15 minut), in to le dvem odraslim osebam dnevno. Pri ležečih bolnikih odsvetujemo obisk otrok. Vsi smo že bili bolniki in vemo, da se v dopoldanskih urah odvijajo razne terapevtske dejavnosti, zato ta čas ni najbolj primeren za obisk, razen po predhodnem dogovoru z oddelčno medicinsko sestro, ki dejavnosti programira in organizira. Če se za izreden obisk bolnika dogovorite z zdravnikom in tega oddelčna medicinska sestra ne bo vedela, lahko načrtuje dejavnosti prav za vašega bolnika. Zelo neprijetno je, kadar bolnika naročimo na preiskavo, pa ne more priti, ali morda zdravnika specialista prosimo za obisk k bolniku v oddelku, bolnik pa je odsoten zaradi obiska. Prav tako neprijetno bi nam bilo, če bi prišli na obisk, vaš svojec pa bi moral prav takrat opravljati kakšen pregled. Za vas je pomembno, da veste, kdaj potekajo posamezne dejavnosti na oddelku, da ne rušite ustaljenega reda. Tako dopoldan kot popoldan je izven časa, določenega za dejavnosti, še dovolj prostora za vaš obisk.

## Bodite bolniku v oporo

Za ohranjanje zaupanja in dobrih medsebojnih odnosov je zelo pomembno, da bolniku govorite resnico, ga bodrite in mu stojite ob strani, ga razumete in čim pogosteje obiščete. Pišite mu s potovanja. Kadar je vaš svojec za svoj rojstni dan v bolnišnici, pošljite čestitko, čeprav ga boste obiskali. Vaš obisk bo minil, bolnik pa bo v žepu ali na nočni omarici imel vašo čestitko – morda celo s podpisami družinskih članov. Kadar se mu bo stožilo, bo čestitko lahko pogledal in se spomnil, da ga imate zares radi. Povprašajte oddelčno medicinsko sestro, ker v nekaterih oddelkih pripravijo pravo malo praznovanje skupaj s sobolniki za rojstni dan. Če ima bolnik koga še posebno rad, mu dajte s seboj majhno fotografijo (ki je lahko v ličnem okvirčku ali pa samo zavita v folijo, da se ne poškoduje), da jo bo lahko postavil na nočno omarico ali nosil s seboj v žepu.

## Za krajše dneve v bolnišnici

Za načrtovanje postopkov in doseganje čimboljših ciljev v zdravstveni negi je medicinski sestri pomembna informacija o tem, kaj je vaš starostnik rad počel doma (morda je bral, delal ročna dela, gledal televizijo, pel ali podobno), da bi ga tudi v bolnišnici znali kratkočasiti. V bolnišnici so dnevi lahko zelo dolgi in globoko razmišljanje o boleznih vzbudi še večjo stisko.

## Prehrana

Medicinski sestri povejte, kakšne prehrabene navade je imel vaš starostnik doma, ali ima morda kakšno dieto, katero hrano ima najraje. Ne pozabite povedati, če je bolniku katera hrana povzročala težave. Morda ima čisto skromne želje, kot so jabolko, kozarec mleka pred spanjem, med, Donat na tešče za odvajanje ali podobno – s čimer lahko v bolnišnici napravimo bolniku bivanje bolj domače.

S hrano, ki jo ima starostnik najraje lahko prispevamo k boljšemu okrevanju, ker bo po vsej verjetnosti takšno hrano, ki mu jo bomo ponudili, tudi z veseljem pojedel. Za zdravstveno nego bolnika je pomemben podatek, kako bolnik hrano lahko uživa, ima pri tem morda težave, se mu zaletava ali lahko je samo določeno konsistenco (kašasto, trdo, tekočo) hrane. V starosti pogosto prihaja do težav pri uživanju hrane in pijače zaradi degenerativnih sprememb ali zaradi oslabelosti celotnega organizma. Težave pri uživanju hrane se iz dneva v dan spreminjajo. Zaradi »zaletavanja hrane« lahko pride do zadušitve ali lahko hrano ali tekočino aspirira (vdihne) v pljuča, kar povzroči pljučnico, ki ogrozi že tako načeto zdravje. Ker sem prepričana, da sprejetemu svojcu želite vse najboljše, svetujem, da ob vsakem obisku starostnika v bolnišnici najprej povprašajte medicinsko sestro, če ga smete sami hraniti in kakšna hrana je zanj najbolj primerna. Ob obisku bolnika v bolnišnici mu prinesite tisto sadje, ki ga sme in more jesti in le toliko, kolikor lahko poje v času vašega obiska. Sadju, ki ostaja v nočnih omaricah, se hitro pokvari. Banana na primer, ko porjavi, zavira prebavo, kar je že sicer težava skoraj vseh starostnikov. Prav iz istega razloga je za darilo starostniku neprimerna čokolada – razen manjših količin – ker je večina starostnikov sladkosnedih.

Vsi starostniki potrebujejo za izplavljanje strupenih snovi večje količine tekočin, zato starostniku vedno lahko prinesete sok. Če boste pustili sok za kasneje, priporočam, da ga prinesete v manjši embalaži. Bolnik bo naenkrat majhen sok (2 dl) lahko popil, ostali pa bodo do naslednje uporabe zaprti, čisti in se na sobni temperaturi ne bodo pokvarili. Ne prinašajte starejšemu bolniku mesa, klobas in druge mastne hrane, ki je lahko tako po kvaliteti kakor tudi po konsistenci za bolnega neprimerna. Kvaliteta in kaloričnost bolnikove hrane je v bolnišnici skrbno pretehtana. Bolnik bo od vas potreboval le drobno pozornost, kadar ga boste obiskali.

Za načrtovanje zdravstvene nege je pomemben tudi podatek, kako si je bolnik doma razporedil počitek.

## Kronične bolezni

Pomemben podatek, ki ga ne smete pozabiti povedati ob sprejemu v bolnišnico, je morebitna retenca (zastoj) urina ali zaprtje oziroma težave pri odvajanju blata, kakor tudi težave s krvnim pritiskom in dihanjem. Pogosto imajo starejši bolniki težave pri nočnem počitku (težko zaspijo ali pa se ponoči prebujajo). Zdravnik bo lahko presodil, če že doma nespeči bolnik takoj prvo noč potrebuje pomoč uspeval, da bi si zares lahko tudi odpočil. Če je mogoče prinesite s seboj k sprejemu v bolnišnico – če seveda imate – kopije starih izvidov kakšne poškodbe, operacije ali morda kronične bolezni. Predvsem pomembno pa je, da za poškodbe, bolezni, morebitne alergije na zdravila, hrano ali druge snovi poveste oddelčnemu zdravniku in oddelčni medicinski sestri. Morda boste znali tudi povedati, katera zdravila mora bolnik redno jemati, ali pa prinesite s seboj kar škatlice zdravil (tako se še najlažje izognemo pomoti).

## Lastnina

Starejši bolniki z demenco zaradi narave svoje bolezni in sarostnih sprememb telesa ne morejo več skrbeti za svojo lastnino (so slabše pokretni, stvari pogosto založijo, pozabijo, kje so kaj pustili, ne prepoznajo svoje lastnine), ne-

govalno osebje pa ne more prevzeti odgovornosti. Da bi se izognili neprijetnostim, vrednih predmetov, kot so obleka, ura, zlatnina, denar in podobno ne puščajte bolniku (običajno vas bodo v oddelku prosili, da vse to odnesete domov). Kadar predvidevate, da bi bolnik morda potreboval denar za slaščice, pedikerja, frizerja ali podobno, denar zapajte medicinski sestri, ki ga bo shranila na varnem in bo plačala potrebno. Če je bil bolnik doma vaje popiti kavo, mu jo bodo medicinske sestre z veseljem tudi v bolnišnici prinesle, vi pa jim pustite za vašega svojca toliko kave, kolikor je potrebuje. Kajenja bolnikom načeloma v bolnišnici ne prepovedujemo (če jim to sicer zdravstveno stanje dopušča), le da se je potrebno z medicinsko sestro posvetovati, kakšen je red glede uporabe ognja, zlasti pri demenčnih bolnikih. Zaradi demence bolnik včasih ni povsem kritičen do uporabe ognja in morda bo za njegovo varnost in varnost sobolnikov bolje, če bo vžigalnik in cigarete imela medicinska sestra in mu ponudila, ko bo sam to želel.

Kjer na oddelku obstaja možnost, da bi se lahko pripetila nezgoda, bodite uvidevni in poskrbite tudi vi po svojih močeh za varnost vašega bolnika in njegovih sobolnikov. Zlasti neodgovorno je puščati nevarne predmete na oddelkih, kjer se zdravijo starejši bolniki, ki si utegnejo poskušati vzeti življenje, se poškodovati namerno ali zaradi neustrezne koordinacije gibov rok ne zmorejo več varno uporabljati določenih predmetov. Ostri predmeti in tisti, ki se razbijejo, so nevarni za bolnika, ki nima več ravnotežja, ker bi pri padcu ali izgubi ravnotežja lahko hudo poškodoval sebe ali drugega bolnika. Kadar nameravate pustiti določen predmet vašemu svojcu v bolnišnici, povejte to medicinski sestri, ki vam bo povedala, če je to na njihovem oddelku varno. Prav gotovo zaradi drobne nepredvidnosti ne želite biti odgovorni za poškodbo ali morda celo smrt bolnika. Starostniku brez vednosti medicinske sestre nikoli ne puščate v oddelku kozarcev, steklenic, alkohola, vilic, nožev, krožnikov, škarij, pilic, pasov, rut, najlon ženskih žab, nadržkov, spodnjih majic, tablet, vžigalnikov in vžigalic ter podobnih predmetov, s katerimi bi lahko povzročil škodo pri zdravju in življenju ljudi.

### Osebna higiena

Medicinski sestri povejte, v kolikšni meri je bolnik samostojen pri osebni higieni, odvijanju in oblačenju. Negovalno osebje bo posvetilo več časa bolniku pri vzdrževanju osebne higiene, pri oblačenju, če ima pri tem težave. Pri starejših bolnikih pogosto prihaja do težav pri zadrževanju urina in/ali blata kar je lahko dodaten higienski problem. Da bi lahko zagotovili higiensko menjavo perila (pogosto večkrat na dan ali najmanj vsakodnevno), imajo bolniki bolnišnična oblačila (spalne srajce, pižame, spodnje hlačke in halje). Zlasti pri inkontineci urina in/ali blata je zelo pomembno, da nečisto perilo čimprej odstanimo iz oddelka. Umazano in mokro perilo ne sme in ne more čakati v oddelku, da bi ga sami ob naslednjem obisku odnesli v pranje.

Prav tako je neprimerno, da si bolniki sami ročno perejo perilo in ga sušijo v bolniških prostorih.

### Orientacija v prostoru

Pomemben podatek je orientacija bolnika v domačem okolju. Če je bil bolnik doma še orientiran v prostoru, torej je našel kopalnico, svojo sobo, je lahko še sam šel v trgovino, na obisk k znancem in se brez problemov vrnil, pomeni, da bo tudi prostore, ki jih uporablja v bolnišnici, kmalu spoznal. Kadar pa se bolnik doma ni najbolje znašel, tudi v bolnišnici ne moremo pričakovati, da se bo naučil novih dejstev o uporabnosti posameznih prostorov, urnika in podobno. Takrat smo v bolnišnici pripravljene bolniku posvetiti več časa za usmerjanje in mu ob vsakem trenutku povedati, čemu služi to in ono in ga napotiti v prostor, ki ga želi uporabljati.

### Začasen izhod bolnika

Včasih kadar zdravstveno stanje bolnika dopušča, oddelčni zdravnik dovoli – po dogovoru z bolnikom in vami – izhod bolnika v vašem spremstvu za popoldne, lahko pa bolnik čez noč prespi doma, če sam tako želi ali če želite vi. Starejši bolniki so takšne popestritve zelo veseli. Težko čakajo dan, ko bodo šli domov na obisk in po vrnitvi še dolgo pripovedujejo o lepih vtisih.

### Zdravila

Pomembno je povedati zdravniku, če je bolnik na kakšna zdravila alergičen ali jih iz različnih vzrokov ne sme uživati. Da bi lahko opazovali medsebojne reakcije zdravil in pozitiven vpliv zdravil na bolezen, bolniku ne prinašajte v bolnišnico nikakršnih zdravil brez zdravnikove vednosti. Terapijo, ki jo bolnik mora in sme dobiti, bo določil zdravnik. Če želite, da bi bolnik užival dodatno terapijo, se o tem posvetujete z oddelčnim zdravnikom.

### Socialna delavka

je zelo pomembna oseba, ki bi jo morali poznati vsi svojci hospitaliziranega starostnika. Iz bogatih delovnih izkušenj vam bo znala svetovati pri reševanju težav ob odpustu iz bolnišnice, pri urejanju pokojnine, namestitvi v dom starejših občanov, urejanju pomoči na domu, nadomestil, zavarovanja, urejanju stanovanjskih težav in še mnogih drugih problemih. Pomoč in svetovanje socialne delavke je brezplačna, zato ne izpustite te priložnosti.

Zelo preproste in vsakdanje so informacije o bolniku, ki prihaja v bolnišnico, a nam pomenijo najmočnejši temelj na katerem lahko skupaj z bolnikom in vami gradimo kvalitetno zdravstveno nego in zagotavljamo prijazno zdravljenje. S skupnimi močmi bolniku pomagamo premagovati ovire, ki so v tem trenutku zanj največje.

Milena Marinič Kladnik, v.m.s.

spec. psih. zdr. nege

Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48

## AVTOTRANSFUZIJA

Avtotransfuzija (AT) ali avtologna transfuzija je postopek, kjer sta dajalec in prejemnik krvi ena in ista oseba.

### Zgodovina AT

Že leta 1818 je Blundell objavil članek o uspešno izvedeni intraoperativni AT pri ženski z izvenmaternično nosečnostjo.

Leta 1886 je intraoperativno AT izvedel Duncan pri amputaciji noge. Kot antikoagulantno sredstvo je uporabil natrijev fosfat. Vedenje o antikoagulantnih sredstvih takrat še ni bilo tolikšno, da bi omogočilo večji razmah zbiranja in shranjevanja krvi, tako da so do osemdesetih let 20. stoletja bili objavljeni le posamezni primeri oziroma poskusi AT.

Takrat pa je, predvsem zaradi strahu pred aidsom, ideja o avtologni transfuziji spet zaživela. Javnost je zahtevala čimbolj varno kri. S testiranjem vsake enote krvi na hepatitis B in C, lues ter HIV so zmanjšali tveganje za prenos bolezni s krvjo. Največjo varnost glede prenosa bolezni s krvjo pa predstavlja avtologna infuzija.

### Splošna načela

Med ljudmi prevladuje mišljenje, da morajo biti dajalci krvi oziroma krvodajalci zdrave osebe, bolniki pa za to niso primerni. Pri AT je tudi bolnik sposoben za dajanje krvi. Zaradi strahu pred prenosom bolezni s krvjo se vedno več bolnikov in njihovih lečečih zdravnikov odloča za AT. Vedno je več bolnikov – dajalcev, ki imajo poleg osnovne bolezni še bolezni srca in ožilja, gastrointestinalnega trakta, nevrološka obolenja, vse višja pa je tudi povprečna starost.

Osnovno načelo AT je: če je bolnik sposoben za operativni poseg, je sposoben tudi za AT.

Pri izvajanju programa AT je pomembna organizacija dela. Potrebno je sodelovanje med lečečim zdravnikom in transfuziologom, ker je pri vsakem bolniku potreben individualen pristop. Posebno pozornost potrebujejo otroci.

### Prednosti in indikacije AT

- Pri avtologni transfuziji ni možnosti prenosa bolezni oziroma povzročiteljev bolezni s krvjo (na primer hepatitis, aids, lues, malarija);
- ni možnosti nastanka bolezni presadka proti gostitelju po transfuziji;
- ni možnosti hemolitične, febrilne ali alergične reakcije na tujo oziroma homologno kri
- ni možnosti zavrnitve reakcije na presajeno tkivo – kri;
- pred operativnim posegom stimuliramo tako eritropoezo kot celotno aktivnost kostnega mozga (štiri do petkrat);
- običajno zadostujejo predvidene količine avtologne krvi, pri večji izgubi dodamo homologno kri;
- motiviranost bolnika, da sodeluje pri zdravljenju.

Prednosti pri AT ima tudi transfuzijska dejavnost:

- lahko pripravimo kri za bolnike z nepričakovanimi protitelesi oziroma za bolnike, ki so že imeli težave po transfuziji homologne krvi;
- pred transfuzijo ni potreben navzkrižni preskus;

- kri, ki je nismo porabili za bolnika – dajalca, lahko z dodatnimi testi in kadar bolnik izpolnjuje norme za krvodajalca, uporabimo kot homologno;
- povečajo se zaloge krvi (do 59 % potreb po krvi pri programskih operacijah bi lahko zagotovili s programom predoperativne AT);
- kri je dosegljiva s specifičnih okoljih (ekspedicija);
- povečana je možnost, da postane bolnik-dajalec po okrevanju krvodajalec.

Obstajajo pa tudi *medicinske indikacije*, kjer je AT »*transfuzija izbora*«

- potreba po krvi redke krvne skupine;
- predhodne hujše reakcije ob ali po transfuziji homologne krvi ali krvnih komponent;
- preprečitev senzibilizacije pri politransfundiranih bolnikih;
- indikacija je lahko tudi nemedicinska – na primer nekatera verska prepričanja, ki ne dovoljujejo transfuzije tuje krvi.

Kontradikcije in možne nevarnosti AT so:

- bakteriemija, sepsa;
- hude anemije in nekatera druga hematološka obolenja;
- dekompenzacija srca;
- nekatera jetrna obolenja, ki vplivajo na raven faktorjev strjevanja krvi;
- transplantacija ledvic (boljše je preživetje transplantirane alogenične ledvice, če bolniki dobivajo homologno kri).

Možne nevarnosti AT so:

- zastaranje krvi (če je poseg odložen);
- identifikacijske, administrativne napake;
- hemoliza, koagulacijske motnje, razsoj malignih celic, sepsa pri medoperativni AT.

### Vrste AT

Razvrstitev AT je možna glede na *vrsto odvzema* in *čas zbiranja krvi*. Pri AT lahko uporabimo različne vrste odvzema – izbira je odvisna od tega, kdaj in katero komponento bo bolnik potreboval.

*Zbiramo lahko polno kri*, iz katere lahko naredimo koncentrirane eritrocite (KE) in sveže zmrznjeno plazmo (SZP). S postopkom citofereze lahko zbiramo trombocite

*Odvzem* lahko izvršimo iz:

- periferne vene,
- operativnega polja,
- telesne votline.

Glede na *čas zbiranja krvi* delimo AT na:

1. predoperativno – kjer ločimo
  - a) klasično predoperativno,
  - b) hemodilucijsko;
2. medoperativno;
3. pooperativno.

## Klasična predoperativna AT

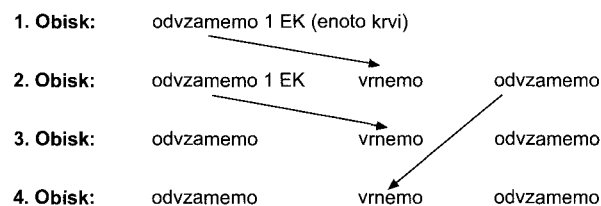
Je najpogostejši način zbiranja avtologne krvi. Vse dejavnosti v okviru programa morajo biti v skladu z navodili, ki veljajo v transfuzijski dejavnosti. Prispevek k uspešnosti programa AT ima dobro obveščenost lečečih zdravnikov, ki dajo bolniku prvo informacijo, ga motivirajo in hkrati že postavijo indikacijo za AT. Čas odvzema in količine krvi določita lečeči zdravnik in transfuziolog, upoštevaje pričakovane izgube krvi ob operativnem posegu in zdravstveno stanje bolnika.

Pred odvzemom je potrebno narediti:

- klinični pregled bolnika,
- krvno sliko (vrednost Hb nad 110g/l in Htk 0,34),
- določiti in opraviti še druge preglede, če je potrebno.

Kadar potrebujemo več enot krvi, izberemo tako imenovano tehniko »žabjega skoka«.

### »Žabji skok«



Zadnji odvzem moramo praviloma opraviti vsaj 72 ur pred operacijo.

Odvzeto kri lahko shranimo kot polno kri, lahko pa jo predelamo v:

- koncentrirane eritrocite (KE),
- svežo zmrznjeno plazmo (SZP),
- koncentrirane trombocite (KT),
- zmrznjene eritrocite.

Glede na uporabljeno ohranitveno raztopino je kri oziroma krvne komponente različno dolgo uporabna.

	ACD 21. dan	CPD 21. dan	CPDA1 35. dan	SAGM 42. dan
Preživetje rdečih krvnih teles	70 %	80 %	79 %	80 %

SZP lahko hranimo 1 leto, zmrznjene eritrocite pa več let.

Koncentrirani trombociti so uporabni 3 oziroma 5 dni. Ni potrebno, da bi bolnik – dajalec krvi izpolnjeval standarde, ki veljajo za dajalce homologne krvi. Temeljito pa moramo bolnika izprašati o njegovih dosedanjih boleznih oziroma o boleznih, s katerimi živi, o zdravilih, ki jih jemlje, o razvadah (kajenje, alkohol). Klinični pregled opravi že lečeči zdravnik; transfuziolog preveri, kar je potrebno za sam odvzem krvi ali komponente.

V zvezi z odvzemom krvi se lahko pojavijo težave zaradi (morda prej neznane) odzivnosti organizma na pomanjkanje različnih sestavin krvi (na primer anemija). Volumen ene odvzemne enote določi transfuziolog.

Zdravemu človeku, brez težav odvzamemo 10–13 % celotnega volumna krvi. Otroci dobro prenesejo odvzem do 15 % krvi.

Za vsakega bolnika si moramo vzeti dovolj časa, da se z njim pogovorimo. Posebno pozornost moramo posvetiti otrokom in tako imenovanim visoko rizičnim bolnikom – to je tistim, ki imajo še spremljajoča težja obolenja (srčna obolenja, nosečnice).

## Regeneracija sestavin krvi

Regeneracija sestavin krvi po odvzemu krvi je različna. Nevrofilni levkociti se obnovijo v nekaj urah. Čas obnovitve limfocitov in mononuklearnih celic je še neznan. Število trombocitov se vrne na izhodiščno vrednost po 24 urah.

Koncentracija beljakovin se zniža predvsem na račun večjega prehoda tekočine iz medceličnega prostora v ožilje. Glavni omejitveni dejavnik odvzemu polne krvi je hitrost proizvodnje eritrocitov – eritropoeze.

Eritropoeza je odvisna od:

- zaloge železa /Fe/,
- delovanja kostnega mozga,
- stimulacija hipoksičnega stresa.

Pri človeku je eritropoetski odziv po izgubi krvi počasen. Prvi porast retikulocitov se pokaže šele po 6 – 12 urah; le-ti so iz rezerv v kostnem mozgu. Za nastanek novih eritrocitov pa je potrebno 7–10 dni.

Če so zaloge železa zadostne, se lahko eritropoeza ob odvzemu ene enote krvi poveča za 3–4-krat. Količina železa je torej ključna pri regeneraciji eritrocitov. Zdravemu človeku, z normalnimi zalogi Fe in primerno prehrano ni potrebno dodajati Fe po odvzemu krvi. V primeru AT je dajalec krvi bolnik, zato velja načelo, da ob vsakem odvzemu predpišemo Fe-preparat.

## Laboratorijski testi, predelava, shranjevanje, identifikacija

Če je enota avtologne krvi označena z nalepko »avtologna transfuzija«, je po vseh transfuzioloških standardih potrebno določiti le Rh krvno skupino in ABO. Glede drugih laboratorijskih testov so strokovna mnenja še deljena. Večina meni, da je potrebno kri testirati še na hepatitis B in C, HIV ter sifilis. Razlog je verjetno predvsem večja zaščita osebja; kajti prejemnika njegova lastna kri, kar se prenosa infekcijskih bolezni tiče, ne ogroža. V eni izmed študij so na primer ugotovili, da je incidenca protiteles proti hepatitisu C pri homolognih dajalcih 1,9 %, pri avtolognih pa kar 6,1 %. To pomeni, da je pri bolnikih – dajalcih potrebna še večja previdnost osebja pri delu, saj je verjetnost okužene krvi večja.

Nadaljnje vprašanje je: ali naj se testira bolnik ali vsaka odvzeta enota krvi oziroma komponente?

Pri krvodajalcih je razumljivo, da so testne enote krvi. Pri avtolognih dajalcih, ki dajo kri 2 – 3x v nekaj dneh, pa je verjetnost sveže okužbe manjša. Zato je dovolj, če testiramo le bolnika.

Najustreznejša rešitev bi bila, da bi vsakemu bolniku, ki je predviden za operativni poseg, ob sprejemu v bolnišnico odvzeli vzorce krvi za testiranje na običajne virusne markerje.

Po standardih tudi ni potreben navzkrižen preizkus.

Preverjanje skladnosti krvnih skupin ABO pred transfuzijo pa je priporočljivo, ker je to dodaten varnostni ukrep pred možno administrativno napako.

Na ZTK odvzem vršimo v ambulanti za AT. Kri odvzamemo iz kubitale vene po predhodnem pregledu bolnika. Pregled opravi specialist transfuzijske medicine.

Običajen je odvzem v enojno vrečko z ohranitveno raztopino CPDA1, kar pomeni, da je to konservirana kri z uporabnostjo 35 dni.

Vrečko etiketiramo z oznako avtotransfuzija. Zelo pomembna je identifikacija bolnika in odvzete krvi oziroma vrečke.

Nujni podatki so:

- ime in priimek bolnika,
- datum rojstva,
- naziv klinike, ki bolnika pošilja,
- datum odvzema.

Po predpisih kri za AT shranjujemo ločeno od homolognih pripravkov krvi. Pogoji shranjevanja so odvisni od vrste pripravljene komponente krvi. Kadar kri iz kakršnega koli razloga ni transfundirana bolniku – dajalcu, bi jo lahko uporabili kot homologno. Bolnik – dajalec mora v tem primeru ustrezati standardom, potrebno pa je dodatno narediti vsa laboratorijska testiranja, kot pri običajnih krvodajalcih. Vendar je pri načrtovanju posega, dobrem sodelovanju med

transfuziologom in lečečim zdravnikom delež netransfundirane krvi minimalen.

Glede na izkušnje večjih svetovnih transfuzijskih centrov o potrebnosti ustreznega odvzema, predelave in shranjevanja krvi smo se leta 1987 odločili, da dejavnost ostane v transfuzijski ustanovi. Na ZTK Ljubljana smo uvedli Ambulanto za avtologno transfuzijo in pričeli z izvajanjem programa predoperativne AT.

Bolniki hodijo na odvzeme na ZTK, kjer opravimo tudi osnovne laboratorijske preiskave. Če je bolnik nepokreten ali ima težja spremljajoča obolenja, opravi za to usposobljena ekipa, ki jo sestavljata zdravnik – specialist in višja medicinska sestra, odvzem na oddelku. Občasno je ob tem potreben poseben nadzor (monitor, premedikacija ipd). Tudi pri težkih bolnikih (epilepsija, bolniki z možgansko anevrizmo, srčni bolniki) AT uspešno izvajamo.

Bolniki z različnimi boleznimi so praviloma dobro prenašali odvzeme. Število lažjih kolapsov je bilo 1 % – v primerjavi s homolognimi dajalci, kjer je število reakcij 1,7 – 9,2 %, kar govori o močni motiviranosti avtolognih dajalcev. V program AT nismo sprejeli bolnikov, ki so imeli koncentracijo hemoglobina manjšo od 110 g/l in hematokrit pod 0,34. Po prvem odvzemu, glede na naše izkušnje, se zmanjša koncentracija Hb kljub nadomeščanju Fe, za 10 g/l in hematokrit za 2,5 %.

V nekaterih večjih specializiranih medicinskih centrih v ZDA zberejo tudi do 60 % krvi za programirane operacije s pomočjo programa AT. Tudi pri nas se trudimo, da bi za čim več operacij uvedli AT v operacijski protokol.

Tatjana Golja, v.m.s.  
Zavod RS za transfuzijo krvi,  
Šlajmerjeva 6,  
Ljubljana

## DIAGNOSTIČNI POSTOPKI PRI PREPOZNAVANJU BOLEZNI KRVNI IN KRVOTVORNIH ORGANOV

### Uvod

Bolezni krvi in krvotvornih organov se velikokrat najprej pokažejo s spremembami v krvi. Te spremembe krvi so prvi znak, ki pripeljejo pacienta do nadaljnjih diagnostičnih postopkov, ki jih uporabljamo pri prepoznavanju bolezni krvi in krvotvornih organov.

### Krvne bolezni

Med krvne bolezni štejemo bolezni celic rdeče vrste, bolezni celic bele vrste, bolezni krvotvornih organov in motnje hemostaze. Krvne bolezni so specifična obolenja, tako da potrebujejo v procesu zdravljenja sodelovanje različnih vej medicine (hematologi, transfuziologi, onkologi, mikrobiologi...).

Zelo pomembno pa je tudi sodelovanje medicinske sestre in zdravnika, saj je medicinska sestra tista oseba, ki je ob bolniku ves dan, je oseba, ki običajno prva opazi in pre-

pozna zaplete zdravljenja bolezni in je tudi prva, ki začne ukrepati pri nastanku le teh.

Postopki pri prepoznavanju bolezni krvi in krvotvornih organov:

1. Anamneza – zdravniška.
2. Pregled bolnika.
3. Laboratorijske preiskave.
4. Dodatne preiskave.

### Anamneza

Ob prvem srečanju z bolnikom zdravnik naredi zdravniško anamnezo. Zdravniška anamneza obsega tiste podatke, ki zdravnika usmerjajo pri diagnostiki, terapiji in rehabilitaciji bolnika.

*Negovalna anamneza* ni namenjena določitvi medicinske diagnoze.

Negovalna anamneza vsebuje podatke o bolnikovem zdravstvenem stanju, ki so pomembni za spoznanje bolnika in njegovih negovalnih problemov. Ti podatki odločilno vplivajo na vsebino obseg in metodo dela zdravstvene nege pri bolniku.

Z bolnikom se medicinska sestra ob sprejemu na Klinični oddelek za hematologijo pogovori in izpolni negovalno dokumentacijo. Že ob sprejemu se osredotoči na aktualne in potencialne negovalne probleme (ustna nega, prehranjevanje, osebna higiena, alopecija, slabost, bruhanje, driska, razne okužbe, izguba apetita, povišana telesna temperatura...). To so le nekateri problemi, ki so prisotni ob sprejemu bolnika ali pa jih že sedaj predvidimo kot potencialne negovalne probleme, ki se bodo skoraj zagotovo pojavili v času zdravljenja.

Na podlagi negovalne anamneze in ugotovljenih podatkov medicinska sestra postavi negovalne cilje.

Ti cilji so lahko kratkoročni ali pa dolgoročni. Prizadevamo si, da cilje, ki smo si jih postavili v čim večjem številu tudi dosežemo. S tem ko dosežemo cilje, ki smo si jih zastavili, izboljšamo kvaliteto bivanja bolnika na Kliničnem oddelku za hematologijo in izboljšamo tudi kvaliteto bivanja bolnika doma, saj se mu spremeni način življenja.

### Pregled bolnika

Pregled bolnika opravi zdravnik. Med pregledom bolnika zdravnik pridobi podatke za zdravniško anamnezo. Ti podatki mu bodo pomagali do postavitve diagnoze. Medicinska sestra sodeluje pri pregledu bolnika. Bolniku pomaga pri pripravi na pregled (sleči se do pasu), ga namesti na preiskovalno mizo, če je bolnik starejši, če slabše vidi, če je slaboten, izčrpan itn. Med zdravniškim pregledom pa lahko medicinska sestra opazuje bolnika (stanje kože, podplutbe, prisotnost pikčastih krvavitev, stanje ustne votline...) Tudi ti podatki bodo medicinski sestri pomagali pri postavitvi negovalne diagnoze in negovalnih ciljev.

### Laboratorijske preiskave

Najpomembnejše laboratorijske preiskave krvi obsegajo:

- *Določitev koncentracije hemoglobina.*  
Normalna vrednost koncentracije hemoglobina pri odraslem človeku je 140–180 (g/L) pri moškem oziroma 120–160 (g/L) pri ženski.
- *Določitev števila eritrocitov.*  
Normalna vrednost števila eritrocitov pri moškem je 4,2–5,4 ( $10^{12}/L$ ), pri ženski pa 4,2 – 5,4 ( $10^{12}/L$ ).
- *Določitev vrednosti hematokrita* ali voluma stisnjenih eritrocitov (razmerje med volumnom eritrocitov in cele krvi).  
Normalna velikost pri moškem je 0,400 – 0,540 (1/1) in pri ženski 0,370 – 0,470 (1/1).
- *Določitev števila retikulocitov.*  
Izrazimo ga s številom oziroma številčno koncentracijo retikulocitov v litru krvi, ki ga izračunamo iz deleža retikulocitov na vse eritrocite.  
Normalna vrednost pri moškem je 21–94 ( $10^9/L$ ), oziroma procentualno od 0,2–2 (%).
- *Pregled obarvanega razmaza periferne krvi.*  
Celice periferne krvi obarvajo z določenimi barvili. Pri tem se različne celične vrste barvajo različno. Ker so celice obarvane, jih lahko morfološko ocenijo in tako razlikujejo posamezne celične vrste.

– *Določitev števila trombocitov.*

Normalna vrednost pri odraslem je 150 – 400 ( $10^9/L$ ), ne glede na spol.

– *Določitev števila levkocitov.*

Normalna vrednost pri odraslem je 4–10 ( $10^9/L$ ), ne glede na spol.

Vse te vrednosti so zajete v osnovni krvi preiskavi na Kliničnem oddelku za hematologijo. To je hemogram z določljivo diferencialne krvne slike.

Med laboratorijske preiskave krvi pa štejemo tudi biokemične preiskave kjer določijo koncentracijo elektrolitov v krvi, določitev raznih parametrov, ki nam pomagajo pri postavitvi diagnoze. Zelo pomembne dodatne preiskave krvi pa so imunološki testi, predvsem Coombsov test, pri katerem ugotavljajo protitelesa proti eritrocitnim antigenom, ki so vezana na površini eritrocitov (direktni Coombsov test), oziroma prisotnost prostih protiteles v plazmi (indirektni Coombsov test).

Med laboratorijske preiskave krvi na Kliničnem oddelku za hematologijo pa uvrščamo tudi teste hemostaze. To so laboratorijski preiskusi s katerimi določimo količino ali aktivnost posameznih dejavnikov hemostaze.

Medicinska sestra je zelo pomemben člen pri preiskavah krvi, saj ona odvzame zahtevane vzorce krvi.

Pomembno je medsebojno zaupanje bolnika in medicinske sestre ter sodelovanje med bolnikom in medicinsko sestro, saj je le od nje odvisna pravilna metoda dela pri odvzemu zahtevanih vzorcev krvi.

Medicinska sestra mora biti za to delo usposobljena, mora imeti določena pooblastila, poznati mora pravilno uporabo pripomočkov in imeti mora pravi pristop do bolnika.

Od pravilnega pristopa do bolnika, izbire pravih epruvet, pravilne spremne dokumentacije, pravilnega odvzema, in pravilnega prenosa je odvisen rezultat krvnih preiskav bolnika. Največkrat lahko že osnovna krvna slika pokaže diagnozo bolezni in s tem nadaljnjo usodo bolnika. Zato je pomembno, da je medicinska sestra, ki opravi odvzeme krvi za preiskave, usposobljena za svoje delo, da ima pooblastila in da ji bolnik zaupa.

### Najpomembnejše laboratorijske preiskave urina

Določitev bilirubina, urogena, proteinov, kreatinina, kreatininskega klirensa, hemosiderina v urinu, osnovnih parametrov v urinu, eritrocitov, levkocitov tudi pomaga pri določitvi diagnoze bolnika.

Pri urinskih preiskavah medicinska sestra sodeluje z bolnikom pri pripravi na odvzem urina, lahko pa mu tudi pomaga pri samem odvzemu urina ali pa samostojno izvede odvzem urina. Tu je zelo pomembna vzgojna metoda dela medicinske sestre, saj bo bolnik poučen o pravilnem odvzemu urina, lahko samostojno dal urin. Medicinska sestra pa mora vedeti, kdaj mora bolnik zbirati urin, kdaj lahko odda svež urin, kdaj je odvzem urina enkrat, kdaj zahteva posebne predpriprave, v kakšni embalaži ga bo poslala naprej, kakšno količino, kakšna je spremna dokumentacija itn.

### Dodatne preiskave

Pogosta in specifična preiskava na Kliničnem oddelku za hematologijo je *punkcija kostnega mozga*. Punkcija kostnega mozga je citološka preiskava in je pomembna pri dokončni postavitvi diagnoze.

Ob upoštevanju aseptičnih pogojev dela in kontraindikacij brez ustrezne priprave (hemofilija in podobne motnje v koagulaciji) je povsem nenevarna preiskava in jo lahko pri bolniku opravimo ambulantno.

Vzorec dobi zdravnik s punkcijo zadnjega trna črevnice ali s punkcijo prsnice – sternalna punkcija. V vzorcu, ki ga dobi s punkcijo tkiva, so celice nasilno iztrgane iz tkiva, večinoma so pretrgane njihove medsebojne normalne zveze. Celice iztrga z vakuumom, ki ga napravi z brizgalko, ki jo nastavi na punkcijsko iglo.

Če je punkcija kostnega mozga neuspešna, če zdravnik ni dobil dovolj delcev tkiva in če sumi na infiltrativni proces v kostnem mozgu, vedno naredi *biopsijo kostnega mozga*. Pri biopsiji kostnega mozga je delček tkiva izrezan, ohranjena je normalna zveza med celicami. Vzorec pošljemo najpogosteje na histološki pregled na Onkološki inštitut.

Biopsijo kostnega mozga opravi v predelu zadebelitve grebena črevnice nad zgornjim trnom.

### **Priprava na punkcijo oziroma biopsijo kostnega mozga je delo medicinske sestre**

#### *Priprava osebe, ki bo delo izvajala*

- psihična priprava (delo teoretično in praktično obvlada),
- fizična priprava (aseptična tehnika dela, predpisana zaščitna obleka).

#### *Organizacijska priprava*

Punkcije in biopsije kostnega mozga izvajajo vsak torek in četrtek v tednu s pričetkom ob 9. uri v aseptični ordinaciji v 8. nadstropja KC.

Poseg naroči zdravnik običajno dan prej, zato lahko osebe je to upošteva pri organizaciji dela (urejen bolnik, nahranjen, pripravljen na prevoz v aseptično ordinacijo), obvestimo tudi hematološki laboratorij.

#### *Dokumentiranje*

Naše delo mora biti dokumentirano.

#### **Postopek dokumentiranja**

##### 1. Klinični oddelek za hematologijo:

Zdravnik na bolnikov temperaturni list napiše kateri poseg je potreben in na posebne interne obrazce – napotnica za punkcijo, ki jih izpolni skupaj z medicinsko sestro, oddamo jo v hematološki laboratorij.

##### 2. Hematološka ambulanta:

Bolnik potrebuje napotnico, ki jo izda osebni zdravnik, zdravnik v ambulanti pa napiše napotnico za punkcijo.

##### 3. Ostali oddelki (Bolnišnica Trnovo, Nefrološki oddelek, ...)

Bolniki prinesejo s seboj popis bolezni in napotnico za konziliarni pregled, kjer je napisan želeni poseg, ki naj se opravi pri bolniku (punkcija kostnega mozga, biopsija kostnega mozga ali oboje).

#### *Priprava okolja in pripomočkov*

Punkcije in biopsije kostnega mozga izvajamo v posebnem prostoru – aseptična ordinacija v 8. nadstropju KC, redkeje v bolniški sobi ali hematološki ambulanti. Pripomočki, ki jih uporabljamo pri punkcijah in biopsijah morajo biti pripravljene pred začetkom posegov, tako da delo poteka nemoteno.

#### *Priprava bolnika*

- Psihična priprava

Obseg priprave je odvisen od tega, ali je bolniku ta poseg neznan. Potek preiskave bolniku razloži zdravnik, medicinska sestra bolniku ponovi in pojasni nejasnosti, namen posega, prejme navodila, kako bo sodeloval pri posegu, koliko časa bo poseg trajal, povemo, da ga bo bolelo in da bo dobil lokalno anestezijo, ter da naj po končanem posegu nekaj časa leži na hrbtu.

#### – Higijenska priprava

Preverimo, če je bolnik čist (pižama), posteljno perilo (bolnika peljemo na poseg s posteljo), bolnikom, ki potrebujejo plenico, le-to po potrebi zamenjamo.

#### – Prevoz

Organiziramo prevoz v 8. nadstropje – aseptično ordinacijo. Bolniki gredo na poseg peš, na sedečem vozičku (naročimo, naj si oblečejo bolniški plašč), ali pa jih peljemo s posteljo.

#### – Poseben dietni režim

Ni potreben.

#### – Ureditev položaja bolnika

Sternalna punkcija – bolnik leži na hrbtu, z rokami ob telesu.

Punkcija kostnega mozga, biopsija kostnega mozga – bolnik leži na desnem boku, se rahlo upogne naprej, nogi pokrči čimbolj k trebuhu.

#### – Zaščita bolnika oziroma ležišča

Pod bolnika podložimo papir za enkratno uporabo.

#### – Opazovanje bolnika po končanem posegu

Posebno pri bolnikih s trombocitopenijo se lahko pojavi krvavitev iz punktiranega predela, bodisi zaradi punkcije ali biopsije (če se pojavi krvavitev, damo bolniku na krvaveče mesto peščeno vrečko). Bolnika opazujemo po punkciji zato, ker ga je lahko strah, dobil je anestetik, je omotičen, slabo se počuti, lahko tudi kolabira. Opazujemo tudi mesto punkcije zaradi morebitne krvavitve. Opozorimo bolnika, da mora mesto punkcije ostati pokrito vsaj en dan zaradi nevarnosti okužbe.

Če je bolnik poslan na punkcijo iz hematološke ambulante, sodijo v sklop priprav vsa zgoraj navedena navodila. Bolnika prosimo, naj se po posegu usede in počaka 15 do 20 minut, zaradi morebitne slabosti. Če bi doma opazil krvavitev iz punktiranega mesta, naj si nanj pritisne čisto tkanino, brisačo. Če pa se krvavitev ne bi ustavila, naj bolnik obišče svojega zdravnika. Povemo mu tudi, da mora punktirano mesto ostati pokrito vsaj en dan in da se naj na tem mestu en dan ne umiva zaradi nevarnosti infekcije.

#### *Sklep*

Timsko delo, individualna obravnava bolnika je eden izmed prioritarnih ciljev, ki smo si jih zastavili na Kliničnem oddelku za hematologijo. Tesno sodelovanje medicinske sestre, bolnika in zdravnika nam omogoča bolj kvalitetno delo, doseganje boljših rezultatov in boljšo obravnavo bolnika pri izvedbi diagnostičnih postopkov pri prepoznavanju krvnih bolezni. S timskim delom, ko si za bolnika ne le medicinske sestre, ampak tudi zdravniki vzamemo potrebni čas, je pristop strokovnejši in oskrba bolnika ter zdravljenje kvalitetnejše. Te cilje si moramo prizadevati doseči vsi, ki delamo z bolniki in za bolnike.

Vlasta Slabe, vms., Irena Počivavšek, vms.  
Klinični oddelek za hematologijo, SPS Interna  
klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1225 Ljubljana



## DOKUMENTIRANJE IN DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE VZGOJE

Poklic medicinske sestre je eden izmed poklicev v zdravstvu, ki ima izoblikovana pravila o dolžnostih in odgovornostih. Medicinska sestra je nosilka dejavnosti, zato mora voditi strokovno dokumentacijo o svojem delu z varovancem. Pomembno je vodenje dokumentacije pri zdravstvenovzgojnem delu. Namen dokumentiranja je komunikacija, koordinacija, visoka kakovost dela, nadzor nad kakovostjo dela, raziskovanje, vrednotenje opravljenega dela in pravna zaščita. Predstavljen je zdravstvenovzgojni karton, ki ga medicinska sestra lahko uporablja na primarni ravni pri zdravstvenovzgojnem delu z odraslimi varovanci.

### Uvod

Medicinska sestra je oseba, ki pomaga varovancu ohranjati zdravje, pospeševati proces zdravljenja in lajšati trpljenje. Poklic medicinske sestre je eden izmed poklicev v zdravstvu, ki se močno naslanja na zdravniški poklic. Imata skupno poslanstvo in vrednost, saj gre za delo s človekom in za njegovo zdravje. Poklic medicinske sestre je veliko mlajši od zdravniškega, vendar ima ravno tako izoblikovana pravila o dolžnostih in odgovornostih; ta pravila so izoblikovana tako kot moralne norme, poklicno-deontološke norme in kot pravne norme (Šelih, 1997). Od leta 1965 imajo medicinske sestre v svetu svoj kodeks, slovenske medicinske sestre pa smo ga dobile 1994. Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje v 55. členu temelje za odgovornost zdravstvenega delavca, tudi medicinske sestre, da samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljena, ter ima na razpolago ustrezno opremo. To so trije osnovni pogoji za delo medicinskih sester, da lahko nosijo za svoje delo tudi polno odgovornost. Pri odgovornosti je potrebno vedno upoštevati konkretno osebo ter njeno odgovornost meriti glede na njeno znanje, izkušnje, sposobnost, če so seveda njene poklicne dolžnosti vnaprej točno določene s strokovnimi standardi. Pri tem velja splošno načelo, da je v primerih, ko medicinska sestra dela po zdravnikovem navodilu, potrebno izpolniti vse zahteve za takšno navodilo – na primer pisna odredba. Prav tako velja splošno načelo, da nihče ne more prenesti na drugega svojih lastnih dolžnosti niti odgovornosti (Šelih, 1997). Razmerja med pravom in poklicno dentologijo so si včasih v nasprotju in medicinsko sestro postavljajo v kritičen položaj. Medicinska sestra je mnogokrat advokat varovancu in mora vedno delati v njegovo dobro, pri tem pa ne sme pozabiti na svojo zaščito, pravno, ekonomsko in deontološko varnost. Osnovna varnost je zagotovljena z uporabo dokumentacije in dokumentiranjem opravljenega dela. Pravilo pa naj bi bilo, da bi pravo v čim večji meri upoštevalo in spoštovalo pravila poklicne deontologije.

Za zagotavljanje pravic in ohranjanje kakovostnega zdravstvenega varstva odraslih na primarni ravni skrbi mreža javne zdravstvene službe, na podlagi zakona o zdravstveni dejavnosti, nacionalnega programa zdravstvenega varstva republike Slovenije »Zdravje za vse do leta 2000« in navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Zdravstveni tim izvaja zdravstveno varstvo odraslega prebivalstva po dispanzerski metodi dela. To pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno stanje odraslih na določenem zdravstvenem območju in razvija pro-

grame promocije zdravja, da tako vzpodbuja varovance k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine. Predvideni so sistematični preventivni pregledi, namenski pregledi in programirano zdravstvenovzgojno delo. Pomembno mesto v teh pregledih ima zdravstvena vzgoja, ki jo izvajata specialist splošne medicine in medicinska sestra, ki sta oba usposobljena za zdravstvenovzgojno delo (Uradni list RS, št. 19/98). V zgoraj navedenih dokumentih so navedeni normativi, ki bi naj bili osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva odraslih: za 1700 varovancev nad 19 let je načrtovano ena srednja medicinska sestra in 0,33 višje medicinske sestre (vms) oziroma je cilj za 1650 varovancev ena srednja medicinska sestra in 0,5 vms (Uradni list RS, št. 19/98). V dispanzerski dejavnosti je zdravstveni tim interdisciplinaren (vključujejo se socialni delavci, klinični psiholog, patronažna medicinska sestra in drugi), za dejavnost dispanzerskega varstva pa je odgovoren zdravnik specialist, ki je tudi koordinator zdravstvenega tima dispanzerske dejavnosti. Sestavni del zdravstvenega tima je negovalni tim, ki ga sestavljajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki ga vselej vodi višja medicinska sestra. Glede na stopnjo izobrazbe prihaja do delitve dela v negovalnem timu (Filej, 1991). Pravica in dolžnost medicinske sestre je, da izvaja kontinuirano zdravstveno vzgojo na vseh področjih, ki jih zajema klasifikacija intervencij v zdravstveni negi, ki je zapisana v dokumentu *Razmejitev zdravstvene nege*, ter nosi za svoje delo popolno odgovornost.

### Zdravstvena vzgoja varovanca – edukacija

Zdravstvena vzgoja (ZV) je delo z ljudmi v vseh obdobjih življenja ter v vseh stanjih zdravja oziroma boleznih in je pomemben dejavnik pri oblikovanju človekovega odnosa do zdravja, načina življenja in odnosa do okolja. V ZV morajo biti vključeni bolniki, njihovi svojci in zdravstveno osebje, ki za bolnika skrbi. Z dobro ZV doseže bolnik primerno znanje, prepreči nastanek zapletov bolezni in pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti; to mu nedvomno izboljša kakovost življenja. Z ZV bolnik sprejme svojo bolezen kot realnost življenja, spozna dejstva o svoji bolezni in si pridobi potrebne veščine, da jo uspešno obvladuje. Bolnika motiviramo za nujno potrebne spremembe življenjskega sloga. Pri tem ga ne grajamo, mu ne vsiljujemo svojih resnic in mu ničesar ne prepovedujemo. Pri ZV je potrebno upoštevati naslednja načela učenja: postopnost, enostavnost, nazornost, usmerjenost, z upoštevanjem bolnikovega znanja, prilagojenost starosti, zahtevam boleznih in intelektualnim zmognostim bolnika. Vzgoja je uspešna le, kadar je nepretrgana, če temelji na ponavljanju in vsebuje veliko praktičnih vaj. ZV je lahko individualna ali v skupinah. Posebno mesto v vzgoji bolnikov ima množična vzgoja.

Individualna ZV je proces izmenjave informacij, navodil in izkušenj med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Vzgojna vsebina je prilagojena potrebam, sposobnostim, stopnji predznanja in interesom bolnika (Baker in sod., 1995). Dialog med vzgojiteljem in bolnikom teče po učnem načrtu. Vzgojitelj se z bolnikom pogovori ter predvidi, ali je bolnik sposoben in pripravljen učno snov sprejeti takoj ali je treba bolniku želeno znanje podati postopoma.

Prostor za lig ustanove	Napotni zdravnik ali medicinska sestra: Osební zdravnik:
<b>ZDRAVSTVENOVZGOJNI KARTON</b>	
<small>(Izpolnite s tiskanimi črkami – s črtilom)</small>	
<b>Osební podatki</b> (Prezime, o ime) _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž (Datum rojave) _____ Zakonski stan: samski - samska poročen - poročana vdovec - vdova ločen - ločena (Ulica, hiša številka, ulaz, telefon) _____ (Polje / zbornica) _____	<b>Komunikacija</b> a: verbalna _____ b: neverbalna _____
Število otrok: _____ Vera: _____ Žviženjski stil: _____ Oseba blizu varovancu: _____ Druga funkcionalna znanja: _____	<b>Razvade</b> a: nikotin <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA    začetek _____, koliko na dan _____ konec _____ recidiv _____ b: droge <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA    začetek _____, koliko na dan _____ konec _____ recidiv _____
24766-43514-08	025 ed. ZALOŽEVSTVO TRGOVNI – Obr. 8,76

Vzgojitelj ZV načrtuje tako, da bolnik želeno znanje v čim krajšem času sprejme in osvoji (Sullivan, 1991). Ves čas ZV opazuje bolnika in prilagaja pogovor njegovim čustvenim odzivom, zelo pomembna je povratna informacija (Nadra in sod., 1995). Bolnik mora prejeti posebej pripravljeno, razumljivo napisano zdravstvenovzgojno gradivo za bolnike.

ZV v skupini temelji na zdravstvenovzgojnem in psihoterapevtskem prijemu. Občutek pripadnosti skupini bolnikov z enakimi težavami omogoča lažje dozorevanje bolnikov in svojcev ter jih spodbuja k aktivnemu spoznavanju z boleznijo. Vodja skupine usmerja delo v spodbujanje interakcij med člani skupine (Vrtovec, 1989). Bolnik pridobiva nova znanja, prisotnost članov skupine pa mu omogoča izmenjavo izkušenj in znanja. Dinamika akcije in reakcije med članom in skupino pomembno vplivajo na posameznika. Ob pravilnem prijemu in vodenju skupine bolnik prej razume in sprejme svojo bolezen in spremeni svoj vedenjski vzorec (Vrtovec, 1989). V skupini je možno uporabiti vse zdravstvenovzgojne vsebine. ZV v skupini lahko poteka v zdravstvenih organizacijah, dobri rezultati pa so doseženi tudi zunaj nje.

Množična ZV zajema predavanja večjemu številu bolnikov pod okriljem društva, izobraževanje prek knjig, plakatov, zloženek, časopisov, zdravstvenovzgojnih revij, filmov, radia, televizije in didaktičnih iger za bolnike. To so preproste poti informiranja brez povratne informacije, ki jih uporabimo kot dodatna vzgojna sredstva. Slaba stran množične ZV je pomanjkanje individualizacije in pomanjkanje izmenjav mnenj med bolniki.

## Dokumentiranje

Zdravstvena nega (ZN), ZV in pomoč pri diagnostično terapevtskem programu so področja, kjer je dokumentiranje nujno potrebno kot integrirani del varnega in učinkovitega dela. Z dokumentiranjem vseh teh aktivnosti ilustriramo našo stroko in njen prispevek v sistemu zdravstvenega varstva (Peric, 1997). Nameni dokumentiranja ZV so vertikalna in horizontalna komunikacija, koordinacija dela z or-

ganizacijo dela, visoka kakovost dela, nadzor nad kakovostjo ZV, izobraževanje negovalnega tima, raziskovalno delo, vrednotenje opravljenega dela in pravna zaščita.

Dispanzerska medicinska sestra prične s dokumentiranjem že v prvi fazi procesa ZN, se pravi v fazi zbiranja podatkov ob prvem stiku z bolnikom/varovancem. Podatke sproti vnaša v zdravstveni karton. Na osnovi zbranih podatkov ugotovi potrebe bolnika/varovanca po dispanzerski ZN, si določi cilje in postopke za doseganje ciljev ter izvajalce posameznih postopkov. Nato preda celotno dokumentacijo bolnika/varovanca zdravniku, ki obravnava bolnika/varovanca z medicinskega vidika. Zdravniku naj bi bili podatki o bolniku/varovancu, ki jih je zbrala medicinska sestra, v korist in v pomoč pri določenih odločitvah v zvezi z zdravljenjem oziroma pri preventivni obravnavi. Na osnovi medicinske obravnave pri zdravniku mora medicinska sestra opraviti še terapevtsko-diagnostične storitve, ki jih je naročil zdravnik. Glede na zahtevnost storitve pride do delitve dela v negovalnem timu. Po opravljeni medicinski diagnostični in terapevtski obravnavi je nujno, da bolnik/varovanec zaključi dispanzersko obravnavo pri medicinski sestri, ki opravi z njim sklepni pogovor. V tem pogovoru preveri, ali je bolnik/varovanec razumel vsa zdravnikova navodila ali ne, doda lastna navodila in nasvete z zdravstvenovzgojnega področja (Filej, 1991). To imenujemo zdravstvenovzgojna intervencija oziroma nasvet in ga lahko poda medicinska sestra, zdravstveni tehnik ali višja medicinska sestra.

Varovanci pa mnogokrat potrebujejo več. Potrebo po znanju lahko izrazijo sami, na njo lahko opozori izbrani zdravnik ali drugi člani zdravstvenega tima. Zato na primarni ravni zdravstvenega varstva potrebujemo izobražene strokovnjake, ki so pripravljene in usposobljene varovancu zagotoviti osnovno potrebo po znanju in informiranju. Primarna naloga menedžmenta ustanove v primarnem zdravstvu je, da pravilno organizira delovno mesto za strokovnjaka.

Primarne naloge strokovnjaka so: ZV, poučevanje bolnika/varovanca, svojcev in zanj pomembnih drugih za samostojno izvajanje življenjskih aktivnosti, svetovanje in poučevanje v zvezi z negovalnimi dejavnostmi, promocija

**PREHRAMBENA ANAMNEZA**

Datum izvedbe anamneze: \_\_\_\_\_ a: prvič \_\_\_\_\_ b: ponovno \_\_\_\_\_  
(pri katerikoli vprašanju razširite barve)

Varovavec že ima \_\_\_\_\_ diete od leta \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_ TT: \_\_\_\_\_ TV: \_\_\_\_\_

Telesna dejavnost: a: nič \_\_\_\_\_ b: občasno \_\_\_\_\_ c: redno \_\_\_\_\_ d: trening \_\_\_\_\_  
(manj kot 2 x 30 tedensko) (več kot 2 x 30 tedensko)

**Število, čas in sestava obrokov:**

a: zajtrk ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ uri,

b: dopoldanska malica ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ uri,

c: kosilo ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d: popoldanska malica ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ uri,

e: večerja ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ uri,

f: povečerek ob \_\_\_\_\_ uri, vsebuje \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ uri,

g: uživanje jedi ob gledanju TV, branju ... \_\_\_\_\_

h: opombe \_\_\_\_\_

**Jedi pripravila:**

- a: sam, za \_\_\_\_\_ osebo/več oseb
- b: partner, za \_\_\_\_\_ osebo/več oseb
- c: sin/hči, za \_\_\_\_\_ osebo/več oseb
- d: obrat družbene prehrane
- e: prinaša na dom \_\_\_\_\_

**V katere restavracije rad zahaja?**

- a: s slovensko klasično kuhinjo
- b: s kitajsko kuhinjo
- c: z mešano hrano
- d: s fast food hrano
- e: v obrate družbene prehrane
- f: v nobene
- g: drugo \_\_\_\_\_

Živila, ki jih ne mara: \_\_\_\_\_

Živila, ki jih ima zelo rad: \_\_\_\_\_

Živila na katera je alergičen (preobčutljiv): \_\_\_\_\_

	Vrsta živila	uživa vsak dan	uživa večkrat na teden	uživa 1x tedensko	redko	na užitju	opombe
OH – živila	kruh (brez vlaknin, z vlakninami)						
	krompir						
	rž (brez vlaknin, z vlakninami)						
	testenine						
	polenta						
B – živila	žganci						
	meso (govedje, telečje, svinjsko, puranje, divjačina)						
	mesni izdelki (salama, pašeta, itd.)						
	ribe						
	mleko (1,6 ali 3,2)						
M – živila	mlečni izdelki (sir, skuta, jogurt)						
	jajca						
	stročnice (grah, fižol, bob, feča, soja, čičerika)						
	maščobno živalskega izvora (teletina, govedina, kčica, svinčina, mastiča)						
	maščobne rastlinskega izvora (olje, orohi, lešniki, arašidi, margarina)						
Zelenjava	kuhana zelenjava						
	surova zelenjava						
Sadje	zelenjavni sok						
	kuhano sadje						
Začimbe, dišave	surovo sadje						
	sadni sok						
Sol	dosojevanje serviranih jedi						
	ostri sladkor						
Sladkor	sladice						
	brezalkoholne / voda						
Pijače	vino						
	pivo						
	žganje						
	kava						
Industrijsko pripravljena živila							
Uporaba dietnih izdelkov							

PS: Živilo označi s kvadrato ali potemnjeno črto!

zdravja in pedagoške intervencije. Vse to so naloge višje medicinske sestre – zdravstvenega vzgojitelja v dispanzerju splošne medicine, ki ima pravico in dolžnost sprejeti varovanca z besedno ali nebesedno izraženo potrebo po znanju.

Zdravstveni vzgojitelj mora delo izvajati po strokovnih priporočilih menedžmenta (knjiga naročanja, določene ure za individualno delo, določene ure za skupinsko delo, obračun storitev, delovni čas itn.) in stroke (določanje zdravstvenovzgojnih tem, strokovno pripravljena pedagoška priprava za zdravstvenovzgojno delo, ki jo sproti posodablja, upoštevanja navodil didaktike in znanj svetovanja itn.). Zdravstveni vzgojitelj ima napisan program dela, za katerega odgovarja koordinator ZV v organizaciji primarnega zdravstvenega varstva, in potrebuje svojo lastno dokumentacijo, kjer delo dokumentira. Vsak strokovnjak mora sam skrbeti za kontinuirano pridobivanje novih znanj in vedenj (strokovni seminarji, učne delavnice, kongresi, literatura itn.). Izbor oblike izobraževanja si opredeli sam, menedžment pa ga mora pri tem podpreti.

**Obrazec 8,76**

V svetu je dokumentacija, ki jo uporabljajo člani zdravstvenega tima, ki je pa primarno namenjena negovalnemu timu, dobro razvita. Vsaka država ima dokumentacijo prilagojeno svojemu načinu dela in plačniku zdravstvenih storitev. Podatke beležijo pisno v obrazce ali pa imajo idealne računalniške programe za dokumentiranje. Nikakor ni možno obrazcev iz tujine samo prevesti in jih uporabiti pri nas, ne da bi jih prilagodili našemu načinu in sistemu dela.

V Sloveniji ZN še nima pravega mesta v sistemu zdravstvenega varstva in nima izdelanih niti predpisanih in po-

enotnih dokumentov za dokumentiranje ZN in ZV. Službe ZN uporabljajo različne vprašalnike ali *Vprašalnik o funkcionalnih stanjih* Svetovne zdravstvene organizacije ali *Vprašalnik o osnovnih funkcijah* po V. Henderson (Filej, 1991) in vložne liste, obrazce, sestrska poročila, zdravstvenovzgojne vložne kartone in drugo. Ker medicinske sestre ne beležimo svojega dela in ZN in ZV, so vedno glasnejša opozorila plačnika in menedžmenta, češ da delamo zastoj, da ne vemo, kaj smo naredili, da nismo zaščiteni.

V Zdravstvenem domu Ljubljana, enota Bežigrad, smo s pomočjo Državne založbe Slovenije oblikovali zdravstvenovzgojni karton, obrazec 8,76, ki je namenjen ZV odrasle populacije varovancev. Namen izdelave in testiranja zdravstvenovzgojnega kartona je bil prikazati opravljeno zdravstvenovzgojno delo pri posameznem varovancu in s tem utemeljiti potrebo po upravičenosti zaposlitve zdravstvenega vzgojitelja v organizacijski enoti. Zavarovalnica priznava ZV na primarni ravni in jo plača v obliki pavšala. Menedžment zdravstvene organizacije pa se mora pogajati z zavarovalnico za ustrezno vsoto dodeljenih sredstev, za ustrezno kadrovsko razporejenost in za izvajanje ZV.

Zdravstvenovzgojni karton vsebuje na prvi strani osnovne podatke o varovancu, znotraj pa je prostor, namenjen obravnavi oziroma ZV varovanca. Na notranjem delu platnice kartona je na levi strani prostor za prehrambeno anamnezo, na desni strani pa prostor za podatke o pogostosti uživanja posameznih živil (Priloga A – karton). V obdobju poskusnega uvajanja obrazca 8,76 je izbrani zdravnik s pomočjo napotnice napotil varovanca k medicinski sestri. Varovanci so imeli: zvišan krvni tlak, povečanje maščob v krvi, debelost, nepravilna prehrana in premajhna telesna aktivnost. ZV ob prvem srečanju je potekala v mali skupini

## Evidenca zdravstvene vzgoje

Datum obiska	MEDICINSKA DIAGNOZA	NEGOVALNA DIAGNOZA (potrebe)	CILJI			OBLIKA DELA	VZGOJNO IZOBRAŽEVALNA METODA DELA	UČNA SREDSTVA	NAČRTOVANJE, UČENJE IN VZGOJA (obsevanje)	Datum	EVALUACIJA rezultat	OPOMBE	Podpis vzgojilca
			S – spoznavni	M – motorični	Č – čustveni								

(2–4 varovanci). Medicinska sestra si je do dneva predavanja pripravila prvo stran zdravstvenovzgojnega kartona. Skupine so se udeležili vsi naročeni varovanci, v izjemnih primerih so se prenaročili. Visoka motiviranost je bila prisotna zaradi resnega pristopa (naročanje na uro) in prisotnih zdravstvenih težav (odvečni kilogrami telesne teže). Medicinska sestra je predavala po programu in predhodno dogovorjeni pripravi učne ure, in varovance naročila v nadaljnjo ZV. Uvodna ura »zdrava prehrana« je bila izhodišče za nadaljnje individualno delo pri povišanih maščobah v krvi, debelosti ali mejno zvišanem krvnem sladkorju. Po končanem predavanju je medicinska sestra v zdravstvenovzgojni karton zabeležila obisk, izpolnila rubrike kot so navedene v kartonu in dodala redke posebnosti, ki jih je varovanec povedal skupini. Pri naslednjem, v večini primerov individualnem posvetu, je nadaljevala delo z dialogom (pridobila je podatke, kako se varovanec počuti), ugotavljala varovančeve potrebe in načrtovala svoje zdravstvenovzgojno delo, ali pa je beležila prehrabeno anamnezo, ob kateri je svetovala spremembe, oziroma je varovanec sam spoznaval svoje slabe lastnosti. Teme pogovora so bile različne, največ obiskov je zabeleženih pri varovancih, ki so želeli hujšati. Notranost obrazca 8,76 (Priloga A) je oblikovana tako, da lahko medicinska sestra upošteva strokovna navodila procesa zdravstvene nege in varovancu omogoči kakršnokoli zdravstvenovzgojno temo pogovora ali učenja ter ob naslednjem obisku evalvira svoje delo. Medicinska sestra s pomočjo učnih ciljev (spoznavni učni cilj – varovanec pozna pet osnovnih navodil zdrave prehrane, kot so: jejte petkrat na dan, vedno po malo, pri vsakem obroku sadje in zelenjavo, čimmanj maščob in čimmanj slaščic; motorični učni cilj – varovanec s pomočjo modelov živil pravilno sestavi en glavni obrok, čustveni učni cilj – varovanec sprejme navodila, kot pozitivno spremembo v svojem življenju) vodi zdravstveno vzgojo. Po šestih mesecih poskusne uporabe zdravstvenovzgojnega kartona smo vnesli v osnutek obrazca 8,76 strokovne spremembe in izpopolnilni obliko, ki je za uporabnika dokumenta prijazna.

Obrazec 8,76 je dosegljiv vsem uporabnikom, ki svoje zdravstvenovzgojno delo želijo dokumentirati. Verjamem pa, da se bo obrazec 8,76 z leti spreminjal, dopolnjeval in dograjeval, saj sem prepričana, da se v Sloveniji medicinske sestre ne bomo mogle izogniti sodobnim trendom v svetu, in dokumentiranju v ZN in ZV.

### Sklep

Medicinske sestre z ustrezno izobrazbo izvajamo ZV. Z zdravstvenovzgojnimi nasveti in drugimi oblikami zdravstvenovzgojnega delovanja pomagamo zdravemu in bolnemu posamezniku v aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja ali vrnitvi zdravja. Za delo z bolnikom smo odgovorne pravno, ekonomsko in moralno. Zdravstvenovzgojno delo moramo dokumentirati v lastno dokumentacijo, ki jo moramo za svoje področje razvijati medicinske sestre. Dokumentiranje mora postati sestavni del našega dela, ne pa nepotrebno in odvečno breme.

### Literatura

- Baker S, Armbruster M, Toronjo C, Turk A, Fasser C, Vallbona C. Medicare reimbursement guidelines for diabetes education and training program in a public healthcare setting. *Diabetes Educ* 1995; 21: 139–44.
- Filej B. Zdravstvena nega v dispanzerski dejavnosti. *Zdrav Obzor* 1991; 25: 207–16.
- Nadra W, Knight E, Lee M, Meehan W. A retrospective study of treatment outcome for patient with non-insulin-dependent diabetes at an inner-city hospital. *Diabetes Educ* 1995; 21: 113–6.
- Peric HK. Dokumentiranje zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 115–26.
- Sullivan MM. Diabetes instruction of the person with HIV infection. *Diabetes Educ* 1991; 17: 92–7.
- Šelih A. Pravni vidiki odgovornosti in varstva medicinske sestre. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 205–10.
- Uradni list RS, št. 19/98, 1273–6.
- Vrtovec M. Skupinska vzgoja diabetikov ter njen vpliv na urejenost sladkorne bolezni. Magistrsko delo. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta v Zagrebu, 1989.

Majda Mori Lukančič,  
višja medicinska sestra

## SPOLNA VZGOJA PREDŠOLČKA

### Spolnost predšolčka

Najvidnejši značilnosti spolnosti pri predšolčku sta raziskovanje telesa svojih vrstnikov in oblikovanje odnosa do nasprotnega spola.

### Spolna igra

Nič nenavadnega ni, če se predšolček skuša občasno zaplesti v spolno igro. Tako kot dojenček rad preiskuje svoje telo, majhni otroci raziskujejo telesa drug drugega. Telesne razlike jih begajo. Vedno znova se zato želijo prepričati, če je z njihovim telesom vse v redu. In tudi če jim je že vse razodeto in če so vsi občutki razumljeni, se med seboj ogledujejo in dražijo. Možen je tudi njihov poskus spolne združitve, čeprav je navadno neuspešen zaradi preslabe napetosti spolnega uda in je le izraz radovednosti ter posnemanja odraslih.

Otroci si včasih kažejo spolne dele telesa in se dotikajo drug drugega. Da bi starši razumeli spolno igro predšolčka, naj na njegovo spolnost gledajo z njegovimi očmi. To spolno vzbujenje je povsem neodvisno od volje in drugačno kot pri odraslih. Nikoli ni miselno in z domišljijo pa tudi čustveno ne. Povedano z drugimi besedami: Zgodnje pojavne oblike spolnosti še niso prave spolne narave. Iz tega razloga tudi nasprotnospolne ali enakospolne igre mlajših otrok nimajo enakega pomena kot spolna predigra in ljubkovanje pri odraslih.

V zadnjih desetletjih je bilo objavljenih več poročil o spolnem vedenju otrok. Le-ta so pomanjkljiva, ker izhajajo podatki iz spomina in pripovedovanja odraslih. Tudi sicer je o tem težko dobiti pravo podobo. Predšolčkovo spolno dejavnost namreč dušijo s številnimi prepovedmi. Tako ne vemo, kakšna bi bila brez njih. Poleg tega pa je odvisna od mnogih družbenih ter drugih dejavnikov in zato ni splošno veljavnih podatkov. Veliko razburjenja so povzročili podatki iz že omenjenega Kinseyevega poročila. Od tam je sledilo, da ima pri petih letih približno vsak deseti predšolček že spolne izkušnje z osebami nasprotnega spola. Kinsey je tudi poročal: »S starostjo narašča število dečkov, ki so dejavni v raznih spolnih igrah; pri deklicah je obratno. To pričuje o bolj utesnjeni vzgoji ženske v naši družbi. Iz teh podatkov ne smemo sklepati, da predšolčka spolnost obsede oziroma da zavzema v njegovi domišljiji, igri ali kakšni drugi dejavnosti pomembno mesto. Dejansko je vse to le občasno. O tem govori sledeči podatek iz omenjenega poročila: Eden od štirih dečkov je to počel le enkrat v letu, ostali pa tudi ne dosti pogosteje. Poleg tega so te igre (na primer »Oče in mati«, »Zdravnik«, »Ogledujmo se«) navadno nedolžne in nikoli ne pripeljejo do spolnega odnosa oziroma načrtnega draženja ter spolnega vrhunca.

Predšolček se ne spušča v spolne igre, da bi zadovoljeval spolno nagnjenje. To počenja iz radovednosti, zgolj iz želje po spoznanju zgradbe in delovanja spolnih delov telesa in zlasti glede razlik med spoloma. Glede spolne igre so tudi med otroki razlike: pri enih je prehodna, pri drugih bolj vztrajna, nekoga lahko zaposli po večkrat na dan, drugega le v daljših presledkih. Vendar velja za slehernega, da je to naravna razvojna stopnja.

V tem obdobju je tudi razkazovanje spolovila dokaj običajno. Posebno deček s ponosom kaže svoj spolni ud ali

poskuša pred vrstniki opravljati malo potrebo čim dalj ali čim višje. Deklica se lahko ob tem čuti prikrajšano in mogoče z zavistjo gleda na drugačno telesno zgradbo dečkov. Vprašanje pa je (kakor trdijo nekateri dušeslovci), ali jo ta primanjkljaj zares tako pretrese, da to lahko sproži večji ali manjši prelom v njenem osebnostnem razvoju. Prav tako je le malo verjetno, da se ob zdravih odnosih staršev do razvojnih pojavov pri dečku pojavi stopnjevani strah za njegov spolni ud (skopitveni strah) in razni trajni zaščitni vedenjski vzorci.

### Oseben odnos do spolnosti

V tem obdobju si začne predšolček oblikovati odnos do nasprotnega spola. Ponovno so temeljnega pomena odnosi med materjo in očetom. Deček se povezuje z deklico (in obratno) v par in tako nastajajo tudi trdna prijateljstva.

Predšolček noče kaj preveč razkazovati lastnega telesa. Vendar je po drugi strani spolno raziskovanje med otroki (v smislu igre »Ti pokaži meni, jaz bom pa tebi«) tako rekoč vsesplošno. Telo ga zelo zanima; in ko odkrije drugačnost svojega od teles drugih, to samo še poveča radovednost oziroma zanimanje. V nekaterih družbah (kjer ne ovirajo spolne dejavnosti med otroki oziroma kjer je to početje dovoljeno zasebno), se vse otroštvo igrajo ljubezenske igre. Če pa družba močno nasprotuje spolnemu raziskovanju in ga kaznuje, otrok navadno ne pride dlje od opazovanja, razkazovanja in dotikanja.

Več dečkov kot deklic se gre spolne igre z vrstniki – tako da bodisi vsi tipajo enega ali pa to počenjajo med seboj. Pri deklici je ta igra prepletena s sanjarjenjem, da je že odrasla in zaljubljena. Igra se s prijateljicami in se menjavajo pri igri »Lepi princ, ki je odkril Trnuljčico in se zaljubil vanjo«. Ob tem občuti razburjenje in napetost, podobno spolnosti odraslih. Vendar pri tem navadno ne grejo dlje od poljubljanja. Posebna zvrst spolnih iger z vrstniki so igre med brati in sestrami. Verjetno ni družbe, ki bi spodbujala poroko ali rojevanje med bližnjimi sorodniki. Vendar ni nenavadno, če se družinski člani spolno raziskujejo. Kot pri toliko spolnih dejavnostih pa večjo škodo naredita stres in kazen kot početje samo.

Predšolček se pogovarja s sovrstniki tudi o spolnosti, o poroki, dojenčku, porodu, telesnih spolnih razlikah ipd. Z njimi si tudi izmenjuje znanje in poizvedbe. Ob pogovoru (s starši) pa lahko tudi izraža željo, da si želi dojenčka pri hiši.

Navsezadnje pa ima opraviti s spolnimi dejanji tudi, ko jim je (velikokrat samo naključno) priča. Na primer predšolček plani v sobo, medtem ko starša občujeta. Ob tem hoče vedeti, kaj se dogaja. Ali pa prosi očka, naj neha tepsti mamo oziroma se želi še sam igrati. Starši so ob tem večinoma zelo presenečeni. Nočejo priznati, da se dogaja nekaj zasebnega in ga s tem samo še bolj zmedejo.

### Kako se rodi otrok?

Tudi predšolček sprašuje o stvareh v zvezi s spolnostjo. Njegova vprašanja so lahko bolj splošna (o otrokovem izvoru, o nosečnosti, o rojstvu, o drugem spolu) ali bolj določena (kako pride otrok v materino telo; kako se v njem razvija; kako pride na svet). V tem obdobju otrok sprašuje več

in natančneje kot prej. Navadno otrok opazi še pred izpolnjenim petim letom, da se dečki in deklice med seboj razlikujejo. Tako se mu zdaj porodi kup novih vprašanj na to temo. Le-ta so navadno samo znak splošne vedoželjnosti, ki je značilna za to obdobje in ne pomenijo posebnega zanimanja za spolnost. Vloga očeta pri tem pa ga še ne zanima.

Skoraj vsakega predšolčka mučita predvsem vprašanji: »Kako se otrok spočne?« in »Kako pride ven?« Starši lahko najprej poslušajo njegovo razlago in šele potem povejo svojo. Njegove predstave se največkrat sučejo okoli prehrane in iztrebkov. Oglejmo si primer: Bister deček je stvar razložil takole: »Priden otrok nastane iz dobre hrane. Raste v materinem trebuhu in pride na svet pri popku. Poreden otrok pa nastane iz slabe hrane in pride na svet pri zadnjici.« Razlaga staršev naj bo resnična, čeprav ni potrebe po pojasnjevanju celotnega spolnega postopka: »Če hočeta oče in mati imeti otroka, se celica očetovega telesa združi s celico materinega in tako začne rasti v materinem telesu. Kadar je otrok dovolj velik, pride skozi nožnico na svet.« Včasih hoče videti, od kod je prišel. Lahko mu narišejo človeško postavo ali pa mu pokažejo na lutki. Njihovi odgovori ga bodo zadovoljili samo za kratek čas. Vrnil se bo z enakimi ali podobnimi vprašanji. Če ponovno vpraša: »Kako se rodi otrok,« mu lahko odgovorijo podrobneje: »Oče napravi tako, da začne v materi rasti otrok: Iz očetovega telesa priteče tekočina, v kateri je polno življenjskih celic. Imenujemo jih semenčice. Ena takšna celica se združi z jajčecem, ki je v materinem telesu. Tako začne rasti otrok.« Naslednjega vprašanja se navadno najbolj bojijo: »Kako pa pride očetova celica v materino?« Ponovno ga lahko najprej vprašajo, kako si to predstavlja. Bržkone bodo slišali, da se semenčice posejejo (oče jih zaseje v mater), da jih mati požre (oče ji ukaže, naj poje kakšen sadež), da se mati opravi kakor cvetlica (veter zanese vanjo semenčice); da materi naredijo zdravniški poseg (zdravnik vstavi vanjo semenčice). Na takšna vprašanja lahko odgovarjajo kratko: »Semenčice pridejo iz očetovega spolnega uda in spolzijo v materino nožnico.« Zdaj je tudi prava priložnost za poudarek, da je semenska tekočina nekaj drugega kot seč. »Seč je iztrebek telesa. Semenska tekočina pa je sok, ki je poln življenjskih celic.« Če bo otrok vprašal: »Kdaj z očetom delata otroka?« Takšno vprašanje ni nobeno vohunjenje. Preprost odgovor bo zadostoval: »Mati in oče si izbereta čas, ko imata mir in sta sama. Ljubita se in si želita otroka, ki ga bosta imela rada.« Morda je potrebno pristaviti, da je to dejanje dveh poročenih ljudi zasebna stvar in osebno doživetje.

Mnogi dečki si želijo, da bi tudi očetje lahko rodili. Zato sprašujejo, zakaj se to ne zgodi. Starši lahko to pojasnijo z besedami, da ima le žensko telo določen prostor – maternico – v kateri lahko otrok raste. »Zakaj?« Ker sta moško in žensko telo različna. Starši naj tudi povejo, da otrok potrebuje očeta, njegovo ljubezen in varnost.\*

Nekateri otroci pa o tovrstnih vprašanjih molčijo; vendar ravno tako po svoje dojemajo, čeprav mogoče tudi z napačnimi predstavami.

Otrok se nato od šestega leta naprej za spolno in ljubezensko življenje ne zanima toliko kot malček oziroma predšolček.

\* Teh vprašanj je lahko cela vrsta. Ne da se vseh predvideti, vendar so staršem lahko v pomoč preprosti priročniki. Pogovor ob primerni slikanici bo kakovosten in zadovoljiv.

Končno pa predšolček tudi razmišlja o stvareh glede spolnosti. Otrok se namreč začne zavedati razlik med posameznimi ljudmi šele v tem obdobju. Takrat začne tudi načrtno razmišljati. Svoj družbeni položaj seveda deloma podveduje: da se rodi kot deček oziroma deklica v določeni družbeni, rasni in narodnostni pripadnosti.

### Spolno nasilje nad otrokom

Včasih grozi predšolčku nevarnost, da bi ga odrasel spolno zlorabil. Kje na ulici ali igrišču lahko naleti na duševno motenega človeka, ki ga poskuša nagovoriti k spolnim stikom. To se lahko primeri tako dečku kot deklici. Nekateri čudaški moški poskušajo otroka privabiti s sladkarjami, igračkami ali najrazličnejšimi obljubami. Potem ga spolno izkoristijo. Pri tem je predšolček izpostavljen več nevarnostim: telesnim poškodbam in tudi spolnim boleznim. Najhujši pa je čustveni oziroma duševni pretres, ki zasenči njegovo nadaljnji spolni razvoj.

Naj v zvezi s tem posredujem še nekaj izsledkov:

- Spolni napad na otroka je zločin zoper njegovo osebno celovitost. Zgodi se, ko zapeljivec uporabi svojo moč ali vpliv oziroma izkoristi njegovo zaupanje ali spoštovanje in ga pritegne v spolno dejavnost. Pri tem lahko uporabi prevvaro, podkupnino, grožnje in včasih tudi telesno silo.
- Spolni napad lahko zajame razne spolne zlorabe in iztirljenosti.
- Pogosto je storilec član otrokove ožje družine ali nekdo, ki ga otrok pozna (starši, sorodniki, starejši prijatelji ali sosedje).\*
- Pogosto je storilec oseba, kateri otrok zaupa. Zapeljivec zato zlahka uredi, da je sam z njim. Tak spolni napad se navadno ponavlja.
- Otrok se o spolnem napadu redko laže. V nekako 98 % primerov se njegove trditve potrdijo za resnične.
- Spolni napad na otroka se lahko pojavlja v vsakršnih družinah.
- Tovrstno početje je ravno zaradi poznanstva med otrokom in storilcem redkeje povezano z nasiljem. Tak zapeljivec navadno uporabi obljube, grožnje in podkupovanje ter izkoristi dejstvo njegove nemoči.

### Starši skrbijo za otroka

V tem obdobju so kot vzgojne naloge staršev v ospredju spolna poučitev in odnos do spolne igre predšolčka ter zaščita pred spolnimi zločinci. Poglavlje bom sklenil s prikazom vzgoje za ljubezen kot nove kakovosti pri spolni vzgoji predšolčka.

### Starši pojasnjujejo in vzgajajo

Spolni pouk je v tem obdobju razmeroma preprost. Pomembno je, da starši na otrokova vprašanja odgovorijo s preprostimi besedami in hkrati pravilno, jasno, pošteno, pametno ter neposredno upoštevajoč obseg vprašanja. Petletni otrok tudi seveda še ne pozna zadreg, kakršne pri tem čutijo starši. Zanj je vse to čisto naravno. Starši naj tudi ne odgovarjajo več, kot potrebuje in prenese otrokova starost. V obdobju od šestega leta naprej pa je otroku celo ljube,

\* Po nekaterih podatkih se 43 % spolnih zlorab dogaja v družini.

če izve odgovor v brezosebni obliki (posplošeno). Navadno je predšolček že pred tem opazil, da se dečki in deklice med seboj razlikujejo. Tako se mu porodi kopica novih vprašanj. Po šestem letu otrok razume že tudi manj poenostavljene razlage o spočetju, nosečnosti in porodu.

Mogoče pa predšolček nič ne sprašuje, vidi pa marsikaj. Svoje vtise sprejema in ureja sam, morda napačno. Starši naj tudi zanj najdejo priložnost za odkrit in koristen pogovor.

V spolno igro predšolčka naj se starši ne vmešavajo. Brž ko bo zadostil svoji radovednosti, jo bo opustil. Sam ne bo imel več razlogov, ki bi ga spodbujali k temu. Torej pravilna spolna vzgoja tudi terja, da različne oblike otroških spolnih iger povsem prezro. Posredujejo naj le tedaj, ko bi lahko pri igri s kakšnim nerodnim predmetom poškodoval lastne ali vrstnikove spolne dele telesa. Človeška spolnost naj bo v svojih naravnih potrebah delujoča brez tujega vpliva in hkratna s celotnim razvojem. Njenega prebujanja starši ne smejo dušiti, pa tudi ne spodbujati.

Malček odkrije najprijetnejše telesne užitke v bližini spolovila. Tudi v teh zadevah naj mu starši pokažejo, da to lahko čuti brez krivde. Pravzaprav v tem času še bolj potrebuje njihovo ljubezen. Ta ga bo vodila in mu dokazovala, da njegovi prijetni občutki niso škodljivi za njegovo čustvovanje. Recimo da deklica odkrije svoj ščegetavček in zaupa, da je tam čudovito. Prav je, da so starši ob tem dovolj rahločutni in takti in ne zakričijo: »Tega se pa ne dotikaj.« Pravzaprav so lahko samo veseli, da se naravno razvija in da zaznava svoje najprijetnejše občutke na spolnih delih telesa – ne pa več z usti ali zadnjico.

Starši imajo še druge naloge glede spolne vzgoje v tem obdobju. Otroka je morda potrebno pripraviti na rojstvo brata oziroma sestre. Prav tako je potrebno predšolčka navaditi, da se bo sam umival in kopal in da bo tako sam skrbel za čistočo svojega telesa. S pomočjo staršev tudi čuti in doživlja veselje nad tem, da bo nekoč dorasel v moža oziroma ženo.

### Zaščita pred spolnimi zapeljivci

Starše morda skrbi, kako predšolčku povedati o spolno motenih osebah oziroma kako ga opozoriti pred sumljivimi neznanci. Bojijo se, da ne bi izgubil zaupanja v odrasle in da bi ga pri tem preveč ne prestrašili. Verjetno se večina strinja, da je otroka potrebno opozoriti pred spolnimi prestopniki. Vendar obstajajo različna mnenja, kako je to potrebno storiti. Starši mu lahko razložijo: »Večina ljudi je sicer prijaznih, nekateri pa tudi niso.« Lahko tudi omenijo, da včasih hočejo takšne ljudi vzeti otroka proč od staršev in ga lahko tudi ranijo. Otroku zato ne sme nikoli iti z neznanecem. Brez njihove vednosti naj ne sprejme darila od njega. Takšna opozorila in skrbna pazljivost so dovolj. Otroku se tako ne bo zgodilo nič žalega, pri tem pa sam ne bo preveč zaskrbljen.

Zopet drugi strokovnjaki pa so mnenja: Starši naj poleg splošnih opozoril razložijo predšolčku, kakšna nevarnost ga čaka. Ta se bo potem lažje znašel v takšnem neprijetnem položaju. Otroku lahko tudi razložijo, da so spolni zapeljivci na poseben način bolni, zato naj ne bo zaupljiv s sumljivimi tujci. Predšolček bo tako oborožen z dovolj znanja in ga ne bo po nepotrebnem strah. Sami se zato lahko odločijo, kakšen pristop bodo izbrali in kaj mu bodo povedali. Temu načinu govori v prid še sledeče dejstvo: Spolni zapeljivci namreč ni vedno neznanec. Predšolčku lahko vča-

sih stori kaj žalega tudi poznana oseba. Potrebno je tudi vedeti, kje se predšolček nahaja. Staršem se tako skoraj ni potrebno bati, da bi njihov sin oziroma hčer prišla v roke iztirjencu.

Številke o umorih spolno zlorabljenih otrok so dandanes zstrašujoče. Starši pa imajo lahko kljub temu mirno vest, če predšolčka poučijo glede obnašanja do »tujcev«. Naj tudi ve, da mu bo v nevarnosti policaj rad pomagal. Menim, da je otrok svojim letom ustrezno poučen o spolnih vprašanih manj ogrožen. Če mu starši doma vedno odkrito odgovorijo na vprašanja, predšolček sam od sebe pove o kakršnemkoli nadlegovanju. Osnova je seveda spolna vzgoja.

Naj strnem nekaj načel, katere naj starši posredujejo otroku:

- Nikoli naj se ne odziva na neznančeva vabila.
- Naj se ne pusti premamiti najrazličnejšim obljubam tujcev.
- Samo sorodnikom lahko reče »stric« in »teta«.
- Prijeti in pobožati ga smejo samo sorodniki. Če to stori tujec, naj reče: »Ne dotikajte se me, tega nočem.«
- Vedno mora prihajati naravnost domov in ob določenem času.
- Ko se stemni, naj ne hodi več ven.
- Nikoli naj ne spremlja prijatelja, če mu starši tega izrecno ne dovolijo.
- Nikoli naj ne jemlje denarja, sladkarij ali drugih daril od tujca, če tega starši ne vedo.
- Če bi mu tuj človek rad pokazal kaj posebno lepega, naj najprej prosi mamo ali očeta za dovoljenje.
- Ni nevljudno, če se obotavlja nesti tujcu zavoj ali mu pokazati pot. Odrasli to bolje znajo.
- Na zabaviščni prostor naj hodi samo z njimi.
- Brez njihovega dovoljenja naj nikoli ne hodi v tuja stanovanja in ne stopa v tuje avtomobile. Če predšolček zaupa v starše, jih bo ubogal in se držal njihovih napotkov. Njim pa se ne bo potrebno bati, da bi ga kdo (spolno) nadlegoval.

### Vzgoja za medosebne odnose

Za zdrav razvoj potrebuje otrok zunanje spodbude. Družabni stiki nastajajo predvsem med igranjem z vrstniki. S tem spreminja svoj odnos od sebe k drugemu, drugim. Predšolček tako doživi, da je enako ali še bolj prijetno početi karkoli skupaj z vrstniki. Uči se sprejemati pomoč soigralca, da kaj bolje napravi. Otroku igraje vadi družbene kreposti:

- kako upoštevati drugega;
- kako se z drugimi strinjati;
- kako se držati pravil;
- kako sebi in drugim priznati slabosti;
- kako premagovati ovire;
- kako biti uvideven do drugih itd.

Predšolček preko igre odkriva svojo notranjost in navzven izraža svoja doživljanja. Igranje mu tudi pomaga ohranjati duševno ravnotežje. S tem otrok sprošča napetosti, ker preko igre preusmerja svoja bremena. Otroku se uči pravilno ocenjevati svoje sile in se hitreje ter bolje vrašča v skupnost, če se veliko družijo s prijatelji enake starosti in ni pod neprestanim nadzorom odraslih. Če naj postaja samosto-

jen, mora izstopiti iz vplivnega področja nadzora, pomoči, zavarovanosti; prav tako pa tudi premoči in prisile.

Predšolček se s svojim bratom oziroma sestro pri igranju pogosto vede kot pes in mačka. Prepira se, včasih pa tudi pretepa. Starši se temu čudijo, medtem ko je otrok pri igri s sosedomi vrstniki oziroma prijatelji mirnejši. Razlog je lahko v tem: Z ostalimi predšolček ne »tekmuje« za iste starše, za njihovo naklonjenost in ljubezen. Čeprav tega spodrivanja verjetno ni mogoče povsem odpraviti, ga lahko s pametnim vedenjem vsaj omilijo. Skušajo naj biti enako naklonjeni in pozorni do vseh otrok, četudi je kateri manj prijazen, nadarjen ali manj ljubeč. Prav storijo, ko dajejo otroku dovolj priznanja, upoštevanja in ljubezni. Nemirnežu lahko tudi omogočijo, da si najde zunanjšega prijatelja.

Z vidika spolne vzgoje je najboljše, če so skupaj otroci različnih spolov. Tako lahko že od najzgodnejšega otroštva spoznavajo nasprotni spol pri bratu oziroma sestri. Poleg tega navzočnost drugospolnega otroka v družini koristno vpliva na odnos oče-mati-otrok. To pomeni: Mati se drugače vede do svoje hčere, če je poleg sin in obratno. Različnospolni otroci tudi dobro vplivajo na odnos oče-hči oziroma mati-sin.

Igrati se z drugim pomeni tudi pogovarjati se z njim. Igra in govorica sta tesno povezani; govorica sama neredko postane igra. Otrok rad pripoveduje in prav tako z zanimanjem tudi posluša. Predvsem pa se rad pogovarja o tem, kar ga zaposluje ali pa notranje vznemirja. Rad bi povedal drugim, kar že ve – pa tudi da bi mu drugi potrdili njegovo znanje. Predšolčki se tako sproščeno pogovarjajo o vsem, tudi o spolnosti. Pri tem drug drugega spolno poučujejo. Starši naj imajo za naravno, če se predšolček z vrstniki pogovarja o doma povedanih spolnih in ljubezenskih zadevah. Lahko ga spodbujajo k širjenju znanja tudi na drugih življenjskih področjih, saj bo le tako trdno obstal v svetu. Starši naj tudi ne grajajo tujih otrok, če se z njihovim pogovarjajo o spolnosti ali ljubezni.

Veliko otrok obiskuje vrtec. Tam se srečujejo z vrstniki iz različnih družbenih slojev. Edinci se družijo z naraščanjem iz večjih družin; med seboj so različno nadarjeni in razviti. Podoba takšne skupine je tako lepo pisana. Tudi vzgojna načela njihovih staršev segajo od razvijanja in popuščanja do strogega načina poučevanja in ubogljivosti. Otroci prihajajo iz popolnih in motenih zakonov, od zagovornikov in pripadnikov nagote ter predstavnikov pretirane

sramežljivosti. Nekateri še verjamejo v štokljo; drugi vedo, »od kod pride otrok«; spet drugi so več kot poučeni. Dan za dnem si izmenjujejo znanja in se nenehno soočajo z vrstniki, ki drugače mislijo in drugače govorijo ter drugače ravnajo. Taka srečanja z drugače mislečimi pomagajo pri spoznavanju ljudi in okolja, pomagajo razumevati svet. Drugače pa je, če za otroka pomembne osebe različno mislijo in ravnajo. Preko njih namreč spoznava vedenjske oblike, s katerimi se lahko enači. In če si ti učni vzori nasprotujejo, bo njegova podoba o človeku in svetu polna nasprotij. Predšolček je tako lahko resno ogrožen. Pri odraščanju na dveh različnih vzgojnih poljih namreč lahko izgubi potrebno oporo, se čuti negotovega in nemočnega.

Staršem ne sme biti vseeno, kakšni vzgojitelji (s katerimi vrednotami) se v vrtcu ukvarjajo z njihovim otrokom. Zato naj se zanimajo za vzgojni program vrta, kamor ga pošiljajo. Starši naj vedo, kakšna je tamkajšnja vzgojna dejavnost in na kakšnem sklepanju sloni. Naj ne dovolijo, da bi tam rušili zaupanje med njimi in otrokom – tudi glede spolne vzgoje. Sem spada tudi pogovor o posameznih tovrstnih vzgojnih vprašanjih. Potrebno se je zavedati, da se ravno pri predšolčku postavljajo temelji vsake – tudi spolne vzgoje. Rost pravi, da se odnos človeka do svoje lastne in do spolnosti drugih bistveno oblikuje v prvih osmih letih življenja. In starši imajo pri tej skupni nalogi popolno prednost. Vrtec naj bi jih le dopolnjeval in podpiral. Zato smejo od vzgojiteljic in vzgojiteljev pričakovati, da ne bo nasprotovanja njihovim vzgojnim prizadevanjem. Otrok ima namreč pravico do neprekinjene vzgoje s tisto, ki jo prejema od staršev. Le skupni spolno-vzgojni cilji lahko posredujejo otroku tisto gotovost in zavarovanost, katero tako nujno potrebuje.

#### Literatura

1. Ginott HG. Starši in otroci. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1970.
2. Hands M. Pogovori z vašim otrokom. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1974.
3. Pfeiffer I. Pisma staršem. Ljubljana: ZKD, 1975.
4. Spock B. Vzgoja otrok v težavnih obdobjih. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1977.
5. Šelih A in sod. Pravni vidiki otrokovih pravic. Ljubljana, 1992.
6. Tiefer L. Spolnost. Ljubljana: PZ, 1985.
7. Žlebnik L. Psihologija otroka in mladostnika I. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1969.
8. Žmuc-Tomori M. Klic po očetu. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1988.

David Ipavec