

## Epidemiološki aspekti kemijske dezinfekcije perila v bolniškem okolju

**POVZETEK.** *Za učinkovito preprečevanje hospitalnih infekcij moramo imeti uspešno in sposobno protiepidemsko dejavnost v sami bolnišnici, pomagati si moramo v dovoljni meri z mikrobiološkimi kontrolami in uporabljati za razkuževanje taka sredstva, ki so priznana, preizkušena in zmožna zadostiti našim željam kot dezinficiens. Če je njihovo delovanje s termostabilnostjo še ojačeno, jih bomo uporabljali toliko raje.*

*Dezinfekcija pomeni dejansko važen člen v verigi vseh pripomočkov za pridobitev ali ohranitev človekovega zdravja. Zato moramo težiti za tem, da čimbolj spoznavamo vse člene zdravja, jih vedno bolj izpopolnujemo in med seboj dobro povezujemo, da ne bi določeni biološki agensi ogrozili ravnotežja narave in biosa, v katerega centru živi zdrav človek.*

**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CHEMICAL DISINFECTION OF THE HOSPITAL LINEN.** *For an efficient prevention of hospital infection, adequate antiepidemic measures should be instituted in hospitals implying the microbiological check ups and the use of disinfectant agents, previously well tested and widely acknowledged as highly efficient. The action of disinfectants is still further intensified by thermostability.*

*Disinfection is one of important means of preserving the man's health. We should strive for a deep insight in all the factors constituting the field of health. They are to be joint and improved in view of avoiding a possible risk that could be entailed by the biological agents on the nature-bios balance, which provides for a healthy human environment.*

Izrednih dosežkov tehnike in naravoslovnih ved si ne moremo zamisliti brez velikega napredka mikrobiologije in higijene v poslednjih 100 letih. Vsekakor živimo v najmodernejšem času, ko zahteva pacient od zdravnika in zdravstvenih delavcev često nemogoče čudeže, obenem pa ne more doumeti, da lahko še vedno v samem hospitalu oboli za boleznimi, katerih klice je prejel prav tu. Zdravstveni delavci stoje dejansko pred dilemo, ali naj takšne infekcije štejejo za neizogibni riziko bivanja v bolnišnici in računajo na pomoč terapije z antibiotiki ali pa da resno na epidemiološki način izsledovanja odkrijejo vir razvoja infekcije in komplikacij. Boj proti hospitalizmu daje lahko seveda dolgotrajnejše uspehe, če je bil dovolj dosleden in širok. Osnovno epidemiološko načelo boja proti hospitalizmu je, da zadržimo izbruh infekcij v ožjih okvirih in nato poiščemo izvor infekcije, bodisi da je to bolnik, zdravstveni delavec ali obiskovalec bolnika ali pa je infekcija prenesena na bolnike ali zdravstveno osebje prek perila, zaščitnih oblačil, posteljnine ali različnih posod ter instrumentov. V vsakem primeru si moramo prizadevati, da prekinemo pota širjenja in odkrijemo vire infekcije. Bolnišnice na Švedskem imajo splošne kodekse vseh varnostnih ukrepov, ki nosijo naziv: »Sme-

*rokaz za preprečevanje navzkrižnih infekcij v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah.*» Ti kodeksi obvezujejo uprave bolnišnic ter zdravstvene in tehnične delavce, da se strogo držijo vseh navodil za zatiranje vseh infekcij, ki bi se lahko pojavile v bolnišnici.

Zavedati se moramo, da mora vladati znotraj bolnišnice povsem drugačen režim kot v kateri koli stanovanjski hiši. Vse dogajanje mora biti v prid bolnika, za njegovo ozdravljenje in zavarovanje pred nezaželenimi infekcijami. Ta proces mora biti stalen, brez prekinitve, sicer lahko doživimo neljube posledice, ki vodijo do oddelčnih epidemij pa tudi do epidemij celotne bolnišnice.

V dolgih letih boja proti hospitalizmu je pričela poleg drugih važnih faktorjev prav dezinfekcija igrati vodilno vlogo pri zmanjševanju klic določenega okolja. Dezinfekcija je proces, ki ima določen namen, predvsem preprečevanje prenosa nezaželenih mikroorganizmov. Kaj je to dezinfekcija, nam lepo pove mednarodna definicija iz leta 1972: *Dezinfekcija je ciljana redukcija števila klic, ki želi onemogočiti prenos nekaterih nezaželenih mikroorganizmov s tem, da posega v njihovo strukturo ali presnovo, ne glede na njihovo funkcionalno stanje.*

Najpogostejši način dezinfekcije je vsekakor s kemičnimi sredstvi. Praktično danes ni več reči, ki je ne bi mogli dezinficirati. Vemo tudi, kakšen mora biti dober dezinficiens in kje naj opravlja svojo funkcijo. Nedvomno je z ustreznim sredstvom primerno izvedena dezinfekcija v bolnišnici uspešen način boja proti hospitalizmu. Med potencialnimi viri infekcije pa je nedvomno prav vse, kar je v najbližji okolici bolnika, predvsem pa njegovo bolniško perilo, halje, posteljnina ter različne posode in instrumenti, s katerimi prihaja v dotiko. Ne smemo zanemariti možnosti za prenos klic z obleko zdravstvenega in strežnega osebja. Tudi ne smemo pozabiti *na zrak v bolniški ali operacijski sobi*, čakalnici ali ordinaciji, kjer lahko mrgoli primarnih in sekundarnih klic v zraku. Med primarne štejemo klice, ki pridejo v prostor z naravno ventilacijo ali klimatskimi napravami, sekundarne so pa tiste, ki so v kontaktu zanesene v prostor z bolnikom ali zdravstvenim delavcem prek rok, obleke, perila in aparatov kot prašne klice in postanejo z ventilacijo prostora sekundarne klice v zraku.

Možnosti za okužbo je torej precej in zato moramo storiti vse poznane ukrepe za zatiranje klic ali preprečitev vnosa klic v bolniško sobo ali posteljo. Med predmeti, ki izkazujejo največje število klic v zvezi z bolnikom, je vsekakor njegovo *osebno perilo in posteljnina*, ki jo uporablja, pa tudi *varnostna oblačila zdravstvenega osebja*. Ne zadostno, nepravilno in sploh nedezinficirano bolniško perilo je v bistvu težek vitium artis zdravstvenega osebja, ki ima to delo na skrbi. Prekinitve nadaljnega razširjanja nezaželenih mikroorganizmov mora biti glavno vodilo dezinfekcije, ki želi z različnimi izkušnjami in metodami uničiti najvišje možno startno število klic. To je odvisno od vrste klic, od področja, na katerem nastopajo in od morebitne predhodne obdelave. Računati moramo, da dezinficirajoče delovanje zavirajo ali celo prekinejo različne anorganske ali organske substance. Takšne zavirajoče substance lahko nastopajo kot zaščitne snovi mikroorganizmov, kot dodatne snovi, ki onečiščujejo predmete in tudi kot posledica predhodne stopnje čiščenja površin v razredčinah razkužila. Posebne probleme ustvarjajo različna čistila, ki po svoji kemični strukturi kažejo različno močne vzoke zaviranja.

Nezaželene klice, ki jih želimo pri vsakokratnem razkuževanju izločiti, po možnosti predhodno definiramo in ugotovimo, če delujejo škodljivo. Na vseh področjih uporabe dezinficiensa zahtevamo absolutno delovanje proti mikrokokacijam, laktobakteriacejam, enterobakteriacejam, psevdomonadacejam, pikorn virusom, virusom hepatitisa in dermatofitom. Delovanje na mikobakteriaceje, poks viruse, na bakterijske spore, glive, plesni in na druge mikroorganizme je zaželeno za vse načine dezinfekcije in ga često tudi brezpogojno zahtevamo.

Obseg znižanja klic, ki je potreben za dezinfekcijo, je odvisen od možnega startnega števila klic, ki je različno za vrste in področja klic. Pri dezinfekciji v medicinskem smislu obstoji verjetnost, da ne zajamemo klic s posegom pod  $10^{-3}$ .

Čas delovanja je odvisen od trajanja izpostavljenosti in časa, ko razkužilo deluje še pozneje. Temu primerno so označene tudi koncentracije za nekajminutno, polurno, urno, nadalje 4, 6 in 12-urno delovanje. Tudi na prisotnost temperature ne smemo pozabiti. Porast temperature povečuje učinkovitost razkužila. Prisotnost organskih in anorganskih snovi, posebno na bolniškem perilu, ne sme vplivati na aktivnost razkužila.

Kakšno naj bo, poleg splošnih zahtev, uspešno kemično razkužilo? Karakterističen odgovor je kratek:

1. njegova uporaba mora biti enostavna,
2. delovati mora mikrobicidno hitro v širokem spektru in
3. povzročati ne sme nobenih okvar na materialu in na koži človeka.

#### DEZINFEKCIJA PERILA

Ko smo spoznali nekaj bistvenih epidemioloških postavk v dezinfekciji, prav tako pa tudi nekaj osnovnih zahtev za dober dezinficiens, lahko povežemo vse naše želje z realnimi možnostmi dezinficiensa, ki ga štejem za izredno važen element preprečevanja hospitalizma, in to predvsem v zvezi z dezinfekcijo bolniškega in operacijskega perila, oblačil zdravstvenih delavcev in posteljnine. Ni še dolgo tega, da se dezinfekciji perila ni posvečala takšna pozornost kot sedaj. Po zaslugi mikrobiologije in epidemiologije je bilo razjasnenih mnogo bolniških infekcij in epidemij, ki so imele svoj izvor v nedezinficiranem ali slabo razkuženem perilu. Več avtorjev je že od leta 1950 dalje poročalo o epidemičnih stafilokoknih infekcijah na kirurških in otroških oddelkih, kjer je bila prav posteljina izvor infekcij.

Različna spoznanja v zadnjem času so tudi za dezinficiense postavila določeno zahtevo, in sicer, kje naj se prične njihovo delovanje. V bistvu je prav pri perilu (posteljina, osebno perilo, halje, operacijsko perilo itd.) možnih več variant za poseg dezinficiensa. Prvo naj navedem možnost za dezinfekcijo perila v sami bolniški ali operacijski sobi ter v ambulanti, kjer lahko s kemičnimi sredstvi izvršimo prvo tako imenovano mokro dezinfekcijo. Vse perilo že v sobi namočimo v razkužilo in nato še mokro transportiramo do pralnice. Tega načina dezinfekcije, ki je v bistvu zastarel, je vedno manj. Ker moramo pustiti običajno perilo namočeno 4 do 12 ur, je primeren za določene tekstile, ki jih zaradi posebnosti njihove vlaknate strukture ne smemo kuhati, temveč samo prati ob nizkih temperaturah. Za sedanje poznavanje dezinfekcijskih procesov pomeni

vklopjanje dezinfekcije v neposredno pranje v večjih ali manjših pralnih strojih ob izrabi odličnega partnerja — temperature, prav gotovo trenutni vrhunec v uporabi kemičnih razkužil. Za ta tako imenovani kemotermični postopek, ker združuje kemično dezinfekcijo s termičnim delovanjem, pridejo v poštev samo tekstilni izdelki, ki prenašajo temperaturo med 85 in 90° C. Vsi drugi pralni procesi se razvijajo med 50 in 60° C, torej pri temperaturah, ki ne okvarijo umetnih tekstilnih vlaken. Bistveno je tudi, da uporabljamo za dezinfekcijo med pranjem takšna razkužila, ki so termostabilna in hkrati kažejo tudi pozitivno delovanje različnih mil in detergentov ter jim s svojo prisotnostjo po možnosti še ojačijo učinkovitost.

Svetovni trg producira vedno več pralnih strojev, ki omogočajo dodajanje dezinficiensa v vsaki fazi pranja. Sodobni pralniki so skonstruirani že po načelu kontinuitete, to se pravi, perilo se pomika nepretrgoma naprej v vseh fazah pranja, vodni tok pa prihaja iz nasprotne strani. Za fazo dezinfekcije je bistveno, da jo vključimo ob pravem času, in to primerno dolgo, da je možno reducirati nezaželeno mikroorganizme do tiste mere, ko preostali niso več zmožni povzročiti infekcije. Proces pranja, oziroma kemotermični postopek pranja, moramo često bakteriološko kontrolirati in testirati uspeh dezinfekcije. Včasih je potrebno podaljšati čas ekspozicije za dezinficiens, da dosežemo boljše rezultate, kar seveda znižuje časovno zmogljivost pralnega stroja. Dodajanje dezinficiensa mora biti prav v sodobnih pralnih strojih posebno natančno, ker je koncentracija sredstev poleg časa delovanja in temperature bistveni element za uspešnost dezinfekcije v pralnem stroju.

Vsaka kemično povzročena okvara mikroba je odvisna tudi od temperature. Zvišanje temperature za 10° C zvišuje uspešnost ob isti koncentraciji za dva do trikrat. Običajno označujemo uspešnost dezinficiensa pri 20° C. Pri temperaturi 10° C v prostoru je za isti čas dezinfekcije potrebna dva do trikratna koncentracija, pri 30° C pa le ena tretjina normalne doze dezinficiensa.

Kot sem že omenil, je izvor infekcije perila lahko bolnik, zdrav klicenosec, osebje bolnišnice ali ambulante ter obiskovalci. Ker često ne moremo ugotoviti zdravih prenašalcev brez skrbne laboratorijske preiskave vseh pacientov, je nujna preventivna dezinfekcija celotnega perila in oblačil v bolnišnicah. Rjuhe in zglavnike često menjamo in naj bodo iz bombaževine, ki omogoča termično in kemično dezinfekcijo. Med posteljnino sodijo tudi odeje, ki morajo biti iz takšnega materiala, da ga je mogoče brez škode in često dezinficirati.

Težko ocenimo vrednost dezinfekcije posteljnine za znižanje nevarnosti okužbe s stafilokoki, ker se reinfekcija odej in druge posteljnine hitro ponovi, često že v enem dnevu. Isto velja tudi za večino drugih mikroorganizmov. Zavedati se moramo, da je v ozračju bolniške sobe izredno število različnih, tudi kužnih klic in da grozi latentna potencialna nevarnost za vsakega novega pa tudi starega bolnika, ki se lahko z njimi okuži. Ta nevarnost ni prihranjena niti zdravstvenemu in strežnemu osebju, kakor tudi ne obiskovalcem bolnikov. Seveda je možen prenos klic ter infekcije tudi v obratni smeri. Tako imenovanih čistih oddelkov brez klic ni in moramo zato dezinficirati perilo vseh oddelkov povsem enako. Izjema je izredno močno kužno perilo ter posteljnina bolnikov s kozami, kugo, kolero, lassa vročino in še nekaterimi hudimi tropskimi boleznimi. Najno-

vejše izkušnje so pokazale, da je takšno perilo iz epidemioloških ozirov po uporabi najboljše sežgati in tako preprečiti nadaljnjo infekcijo.

Nekateri kosi perila, posebno še iz operacijske sobe, so zamazani s krvjo in izločki, tako da tudi dezinficiens težko prodre skozi debele plasti organskih snovi. Zato mora dober dezinficiens kazati tudi pozitivno delovanje do različnih mil in detergentov, ki naj jim s svojo prisotnostjo še pojači delovanje.

Vsako reaktiviranje razkužila pri ponovnem ovlaženju perila je dvomljivo in je le malo dokazov za praktično vrednost obvarovanja pred sekundarnimi infekcijami.

Za preprečitev infekcije z različnimi klicami, ki jih najdemo na posameznih bolniških oddelkih, je izredno važno, da vedno upoštevamo vse ukrepe varovanja pred nadaljnjimi okužbami. V Angliji velja v večini bolnišnic predpis, da je treba dati osebno in posteljno perilo skrbno in brez otresanja že pri postelji bolnika v posebno vrečo, ki jo zavežejo z alginatnimi vlakni, ki se stopijo v topli vodi pralnega stroja. Na ta način je možen suh transport umazanega in inficiranega perila do pralnice, kjer v fazi pranja opravijo kemotermično dezinfekcijo.

Vsaka dobro opravljena in stalna dezinfekcija bolniškega perila pomeni hkrati tudi stalno zniževanje potencialne možnosti okužb v bolniški in operacijski sobi, omogoča pa tudi povsem analogno neprekinjeno zniževanje števila klic v zraku posamezne sobe. Takšna latentna in neprekinjena dezinfekcija perila in oblačil, kombinirana še z občasno aerosolno dezinfekcijo bolniških in operacijskih prostorov, pomeni dejansko zniževanje hospitalnih infekcij v bolniški sredini.

Ob koncu bi hotel omeniti vsaj eno razkužilo, ki uspešno deluje kot dezinficiens ob normalni sobni temperaturi za površinsko dezinfekcijo, kot aerosol za dezinfekcijo prostora in kot vodilni agens pri kemotermičnem postopku za pranje perila v pralnih strojih. Kemični postopek in termično delovanje se dopolnjujeta in dosejata pri uničevanju klic zelo dober uspeh. To razkužilo je Vesfen 256 R. V svojem bistvu ima detergentni dezinficiens močan baktericidni in virucidni učinek. Njegova aktivna substanca so klorirani polifenoli, ki skoraj niso toksični za človeka in živali. Ni koroziven, zato je zelo primeren kot razkužilo v pralnih strojih, zelo enostavno pa ga uporabljamo tudi v večnamenski dezinfekciji (aerosolizacija prostorov, normalna mehanična dezinfekcija, tekoča in končna dezinfekcija ob pojavu nalezljive bolezni na bolnikovem domu. Paleta njegovih zmogljivosti je precejšnja, verjetno pa je za pranje perila najbolj cenjeno. Odlično termostabilno delovanje Vesfena omogoča prav s kemotermičnim postopkom že v kratkem času pranja uničevanje enterokokov in psevdomonad, poleg drugih važnih infekcijskih klic. Če ga bodo pralnice uporabljale redno in neprekinjeno, bomo lahko opazili tudi določeno izboljšanje mikrobiološkega količnika v bolniških in operacijskih sobah, ekvivalentno s tem pa tudi izginjevanje hospitalizma.

#### Literatura:

1. Rubbo, D. S. and Gardner, F. J.: Review of Sterilisation and Desinfection, Lloyd — Luke, London, 1965.
2. Reber H.: Grundsätzliches zu Anforderungen an Desinfektionsverfahren. Zbl. Bakt. Hyg. J. Abt. Orig. B 157 — 1973.
3. H. Hudemann — W. Weuffen: Leitfaden der Desinfektionspraxis — J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1973.
4. W. Stellmacher: Desinfektion, VEB Gustav Fischer, Verlag Jena, 1974.

## INJEKCIJSKA BRIZGALKA

V ambulantni bolnišnice je stala steklena omara, opasana s pokromanimi trakovi. Prav na dnu je bila skrita velika kartonska škatla s šarasto fabriško nalepnicco za moške najlonske srajce. Bila je polna razmetanih injekcijskih brizgalk. Pri nekaterih je bil bat zagozden, pri drugih omajan. Nekatero so bile počene, druge razbite. Okovi vseh pa so se še svetili in tudi stekleni valji so imeli vsak svoj lesk ter slovečo znamko.

Brizgalke so se med sabo živahno pogovarjale in se hvalile s svojimi zaslugami. Medtem so zazrle na dnu škatle brizgalko, ki je bila drugačna od njih. Nekam čudno kratka je bila in motna ter tiho se je stiskala v svoj kot.

In so jo zbudle: »Kakšna pa si, ti . . .«

Pa se je ta brizgalka nekam ponosno dvignila in jim povedala svojo zgodbo.

»Dolgo je že tega, ko sem v družbi svojih sestic vestno opravljala službo v rokah dobrega človeka in zdravnika ter v prid dobrim in skromnim ljudem Bele krajine. Se-  
strice so polagoma pomrle ena za drugo in ostala sem sama. Hudo mi je bilo za njimi. Posebno še zato, ker bi jih ljudje takrat najbolj potrebovali.

Na pomlad leta 1944 sem bila nekaj časa edina injekcijska brizgalka sanitete belokranjskega vojnega področja v rokah svojega starega prijatelja zdravnika Štefana Šobra.

Prav tedaj pa so sklenili cepiti zoper nalezljive črevesne bolezni gojence oficirske šole. To delo naj bi z menoj opravil bolničar.

Dr. Šobar se je le stežka ločil od mene in jaz od njega. To je naša edina brizgalka -- je dejal kratko in zaskrbljeno.

Mlad fant me je odnesel v kopalnico. Tam me je na samem oprijemal približno tako nerodno, kot zgrabi zdravnik pri svojem prvem porodu spolzkega novorojenčka ali mlad očka svojega dojenčka.

Padla sem na tlak in počila tik okova.

Kaj kmalu je odhitel kurir z menoj in s toplim priporočilom komandanta v Stare žage, kjer so bile partizanske delavnice.

Tisto noč skupina delavcev-partizanov ni spala. Tik nad končano vzdolžno razpoko mojega steklenega trebuha so mi zadržnili v špirit namočeno vrvico s padala, jo zažgali ter me nato hitro potopili v mrzlo vodo. Počila sem natanko po loku vrvicu. Vsi so bili že veseli. Ko so pa cilinder cinili v okov, je spet počil tja nekam postrani. Pristopili so k reamputaciji. Dokončno je uspela šele druga.

Sončni žarki so že udarjali po vrhovih brez, ko me je sel pripeljal s svojim starim biciklom nazaj v Črnomelj in me predal bolničarju.

Ravno tedaj je vstopil zdravnik. Bolničar mu je hotel sporočiti nezgodo, ko ga je dr. Šobar veselo prehitel z novico, da je pravkar prejel pošiljko novih brizgalk.

Potem sem nekje obležala in sama ne vem, kako sem zašla med vas.

Tako sem postala takšna, kot me vidite. Ostarela in utrujena ter invalid. Čutim, da ne sodim v vašo družbo.«

Svetleče gospodične so nemo poslušale zgodbo tovarišice. In so se zamislile ter je niso več zbadale. Spoznale so, da je vsemu navkljub ona pravzaprav edina med njimi, ki bi še zmogla dati vbrižg.

Dr. Janko Kostnapfel

## **ALI SO ODNOSI ZDRAVSTVENEGA OSEBJA DO UČENCEV ZDRAVSTVENE ŠOLE POVSOD DOBRI?**

Praktični pouk v zdravstvenih ustanovah je tesno povezan s teoretičnim poukom v zdravstveni šoli, ker povezuje naše teoretično znanje, ki si ga pridobivamo v šoli.

Vendar pa velikokrat ne moremo opravljati določenega dela tako, kot smo se ga naučili in je pravilno. To pa največkrat zaradi tega, ker pride v zdravstvenih ustanovah do pomanjkanja materiala za nego in prostorskih stisk.

Prakso opravljamo od drugega letnika dalje na različnih oddelkih v bolnišnici, v dispanzerjih in ambulantah. Praksa je pomemben del našega šolanja, saj se na praksi pripravljamo za svoj bodoči poklic. Vendar pa lahko rečem, da nam nekatere prakse ne dajo toliko, kolikor bi morale. To velja predvsem za tiste oddelke, kjer nimamo svojega šolskega inštruktorja. Na teh oddelkih smo skoraj vedno prepuščeni sami sebi. Delo je zelo enolično, saj delamo vedno isto: postiljanje, čiščenje posteljnih omaric, razdeljevanje zajtrka. Manjka nam stalno strokovno vodstvo pri negi bolnika.

Zavedamo se, da smo na vsakem bolniškem oddelku, v dispanzerjih in ambulantah gostje in moramo biti vljudni do zdravstvenega osebja, ki tam dela in nas uči. Prav tako si želimo, da bi imeli enak odnos tudi oni do nas. Toda včasih se zgodi, da postanejo ti medsebojni odnosi napeti, netovariški. Takrat gremo na oddelek jutro za jutrom slabe volje, nerazpoloženi, komaj čakamo, da je konec prakse.

In kakšen je odnos zdravstvenih delavcev do nas — učencev zdravstvene šole?

Z zdravniki pridemo v stik navadno pri vizitah ali kakih drugih medicinskih posegih, ki jih opravljajo. Skoraj vedno so z nami prijazni in nam razložijo tisto, kar je za naše delo pomembno.

Sodne medicinske sestre so tiste, s katerimi sodelujemo največ. Pomagamo jim pri delu, včasih delamo tudi sami. Večkrat tudi takrat, ko bi bila potrebna njihova pomoč: to je pri postiljanju in negovanju nepremičnih bolnikov. Temu delu večkrat nismo kos in se ga bojimo opravljati sami, zato se pri tem večkrat pojavijo neprijetne situacije, ker sestre mislijo, da se izogibamo tega težkega dela.

Odnos strežnega osebja do nas je večinoma dober, čeprav nam nekateri skušajo tudi zapovedovati.

Nasploh so pa odnosi zdravstvenih delavcev do nas preveč odvisni od njihovega razpoloženja, od problemov, ki jih imajo sami s sabo ali v službi. Želimo, da se nobeden od teh, ki delajo v zdravstvu, ne bi zaradi osebnih težav ali slabe volje znašal nad nami. Takrat se bomo tudi mi bolj potrudili z delom in bomo povsod z veseljem opravljali praktični pouk.

Jože Trajber  
dijak 4. letnika Zdravstvene šole  
Murska Sobota

---

**NIKOLI NI PREPOZNO, DA POSTANEMO ZADOVOLJNI, TODA Z VSAKIM ZAMUJENIM DNEM JE TO TEŽJE.**

**Graham Greene**