

## razvojno-raziskovalno delo

### RAZISKOVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE

Raziskovanje je sestavina programov Svetovne zdravstvene organizacije in je opredeljeno v ciljih »Zdravje za vse do leta 2000«. V ciljih 32–38 so opredeljene raziskovalne strategije in v ciljih je tudi zapisano, da bodo vse države članice oblikovale takšno strategijo razvoja, ki bo stimulirala raziskovanje in omogočila pridobivanje in distribuiranje znanja, ki je potrebno pri doseganju navedenih ciljev. Raziskovanje na področju zdravstvenega sistema je še razmeroma na nizki stopnji razvoja in mnoge dežele ga še sploh niso sprejele. Le nekaj dežel pa je takih, ki so pristopile k raziskovanju na področju zdravstvenega varstva.

Vzporedno z raziskovanjem na področju zdravstvenega varstva se je razvijalo raziskovanje tudi na področju zdravstvene nege.

Raziskovanje je bilo usmerjeno na psihološke in psihosocialne probleme bolnikov ter njihovih družin. Vse pogosteje pa so se pojavljala vprašanja: »Kako lahko medicinska sestra pristopi in izvaja raziskave?« »Kako lahko uporabi znanje in rezultate določenih raziskav, jih prenese v prakso in s tem poveča kvaliteto zdravstvene nege?« »Kakšne so odgovornosti medicinskih sester na različnih ravneh, ko sodelujejo v raziskovalnih procesih?« »Kakšna je koristnost raziskovanja nasploh za področje zdravstvene nege?«

Definicije raziskovanja za področje zdravstvene nege so različne:

- to je proces skozi katerega se znanstveno dokažejo aktivnosti medicinskih sester,
- to je stanje, ko dosežemo z raziskovalnimi metodami in rezultati raziskovanja razširitev znanja in možnosti za spremembo obstoječega stanja,
- to je obdobje pridobivanja novega znanja, ki se nanaša na človekovo diagnozo in s tem na odgovornost do razreševanja aktualnih in potencialnih zdravstvenih problemov.

Pri raziskovanju je pomembno, da je medicinska sestra sposobna oceniti, katere ugotovitve lahko prenese v prakso kot individualna izvajalka zdravstvene nege, kot vzgojiteljica in kot organizatorica. Prenajanje rezultatov raziskovanja v prakso je proces, ki omogoča spreminjanje obstoječega stanja in izboljšuje bolnikovo/varovančevo končno stanje. Praksa, ki temelji na rezultatih raziskovanja, je natančna, odgovorna, možno je predvideti končne rezultate. Vendar prenos rezultatov v prakso ni enostaven, pojavljajo se naslednje najpogostejše ovire: neinformiranost medicinskih sester glede raziskovanja, neprimernost metod informiranja, neenotnost v razumevanju raziskovalnega izrazoslovja.

Raziskovanje lahko ovirajo tudi institucije, različne filozofije, vrednostne norme, neprimerne komunikacije med osebjem, pomanjkanje virov sredstev, ki so potrebna za raziskovanje, odpor do izvajanja sprememb itn. Kot posledica raziskovanja so spremembe potrebne, morajo pa biti učinkovite. Pri tem pa moramo vedno misliti na vrednost – človeško in finančno.

Medicinske sestre smo, glede na različne izobraževalne ravni, sposobne prevzeti aktivno vlogo v raziskovanju, seveda ob primernem znanju. Za uspešen potek raziskovanja so pomembni stopnja izobrazbe medicinske sestre, pravilna identifikacija raziskovalnega problema, potek zbiranja podatkov, uporaba rezultatov raziskovanja v praksi.

Medicinska sestra mora v raziskovanju upoštevati tudi etične norme, še posebej zaščito človeka kot subjekta. Sposobna je identificirati probleme na področju zdravstvene nege, s svojimi izkušnjami pomagati raziskovalcem, vplivati na uporabo primernih metod zbiranja podatkov, sodelovati pri zbiranju podatkov in uporabiti rezultate sestrskega raziskovanja.

Medicinska sestra z magisterijem mora biti sposobna, da se vključi v raziskovalni tim kot aktivna članica. Z izkušnjami in znanjem je sposobna predlagati razvojne strategije, zbirati, analizirati in interpretirati podatke ter delovati na področju zagotavljanja kvalitete dela.

Medicinska sestra z doktoratom je sposobna za samostojno raziskovalno delo, uporabo in testiranje različnih teorij, asistenco drugim raziskovalcem, sodelovanja z raziskovalnimi organizacijami.

V raziskovanju se uporabljajo različni modeli. Nekateri so uporabni na individualnem, drugi na organizacijski ravni, pri tem pa je treba upoštevati tudi rezultate analiz »cost-benefit« in profesionalno odgovornost.

Na organizacijskem področju postajajo potrebe po raziskovanju izredno kompleksne in zahtevajo več različnih virov sredstev in kreativnega razmišljanja. V večjih institucijah bi bilo treba zaposliti strokovnjaka – raziskovalca – medicinsko sestro, možno pa je tudi, da medicinska sestra deluje na raziskovalnem področju le kot konzultant.

Ko medicinska sestra ugotovi potrebo po raziskovanju, začne zbirati in dokumentirati nastala probleme. Medicinska sestra je »dejavnik«, pomembna gonilna sila v spreminjanju obstoječega stanja, je povezovalni člen med teorijo in prakso ter se nenehno izobražuje za raziskovalno področje.

Na področju vodenja se pojavljajo potrebe po raziskovanju organizacijskih oblik in funkcij, dokumentiranja zdravstvene nege.

Raziskovanje je možno tudi na področju komunikacij, izobraževanja medicinskih sester za raziskovalno delo, zagotovljena kvaliteta dela itn.

Raziskovanje je v določeni instituciji lahko še zlasti uspešno, če je formirana raziskovalna skupina medicinskih sester različnih izobrazbenih ravneh in iz različnih strokovnih področij. Uspešnost delovanja te skupine je zlasti še odvisna od sposobnosti in aktivnosti vodje te skupine.

Raziskovanje lahko razdelimo v dve fazi:

– pripravljalna faza (spoznavanje namena raziskave, usposabljanje, branje literature...).

– izvedbena faza, ki se sestoji iz naslednjih podfaz:

– identifikacija problemov, ki potrebujejo rešitev, postavitve hipotez, opredelitev spremenljivk, zbiranje podatkov, analiza podatkov, interpretacija podatkov, osvojitve ali zavrnitve postavljenih hipotez, prenos sprememb v prakso.

Veliko znanja lahko medicinske sestre pridobijo s študijem literature, za kar pa sta potrebna čas in trud. Večina medicinskih sester zaradi tega tovrstne literature ne prebira. Mnogi članki so zahtevni, saj gre za čisto specifično znanje na raziskovalnem področju. Izrazi, kot so – neodvisne spremenljivke, veljavnost, zanesljivost itn., so mnogim medicinskim sestram tuji.

Tudi zagotavljanje kvalitete dela, razvijanje standardov in razreševanje problemov bo uspešnejše, če bo temeljilo na raziskovalnih osnovah. Če ne bomo upoštevali teh osnov, bomo s tem povzročale škodo bolnikom/varovancem in tudi lastni stroki. Spreminjanje obstoječega stanja, ki bo temeljilo na jasnih in utemeljenih rezultatih raziskovanja, bo lažje in seveda kvalitetnejše.

Bojana Filej,  
višja medicinska sestra, dipl. org. dela,  
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor

## strokovno izpopolnjevanje

### MOŽNA ORGANIZACIJSKA SHEMA ORGANIZACIJE IN VODENJA ZDRAVSTVENE NEGE V HOSPITALNIH USTANOVAH

Ob pripravah na čimbolj racionalno organizacijo zdravstvene službe tudi medicinske sestre iščejo kar najboljše rešitve za organizacijo in izvajanje zdravstvene nege.

Več težav imajo odgovorni za zdravstveno nego v hospitalnih ustanovah, kjer je še vedno v praksi – pač po zakonu vztrajnosti – klasičen odnos do zdravstvene nege in se le-ta težko uveljavlja kot odgovorna samostojna stroka v okviru celotne zdravstvene aktivnosti.

Zato ponujamo kot okvir za razpravo o organizaciji hospitalne zdravstvene nege nekatere vzorce, ki jih v svetu najpogosteje uporabljajo.

Strokovna služba zdravstvene nege v bolnišnici je odgovorna za izpeljavo vseh faz procesa zdravstvene nege: ugotavljanje potreb, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje in vrednotenje. Vzpostavlja obvezno dokumentacijo zdravstvene nege ter zagotavlja kontinuiteto zdravstvene nege ob premeščanju bolnikov znotraj zdravstvene ustanove ter ob premestitvah v drugo zdravstveno ustanovo ali ob odpustu domov.

Odgovorne medicinske sestre na vseh ravneh sodelujejo v zdravstvenem timu in so odgovorne za koordinacijo dela (shema I) ter za povezavo z multidisciplinarnim zdravstvenim timom.

Vodja zdravstvene nege s svojimi sodelavci je odgovoren za standarde zdravstvene nege ter za spremljanje kvalitete na osnovi sprejetih standardov zdravstvene nege.

Vodenje službe zdravstvene nege je *sestavni del stroke* zdravstvene nege, ker se zdravstvena nega le na ta način lahko smiselno razvija in deluje z drugimi strokovnjaki v zdravstvenem timu.

V praksi gledajo na medicinske sestre le kot na izvajalke zdravstvene nege – vsaka stroka pa potrebuje določeno avtonomijo za kvalitetno prakso. Vodja službe zagotavlja učinkovitost izvajanja prakse.

Shema vodenje službe zdravstvene nege po Ceciliji Gibbons:

#### *Struktura*

- vodja službe zdravstvene nege
- kompetence vodje
- strokovna mreža zdravstvene nege
- organizacijska mreža zdravstvene nege

#### *Proces*

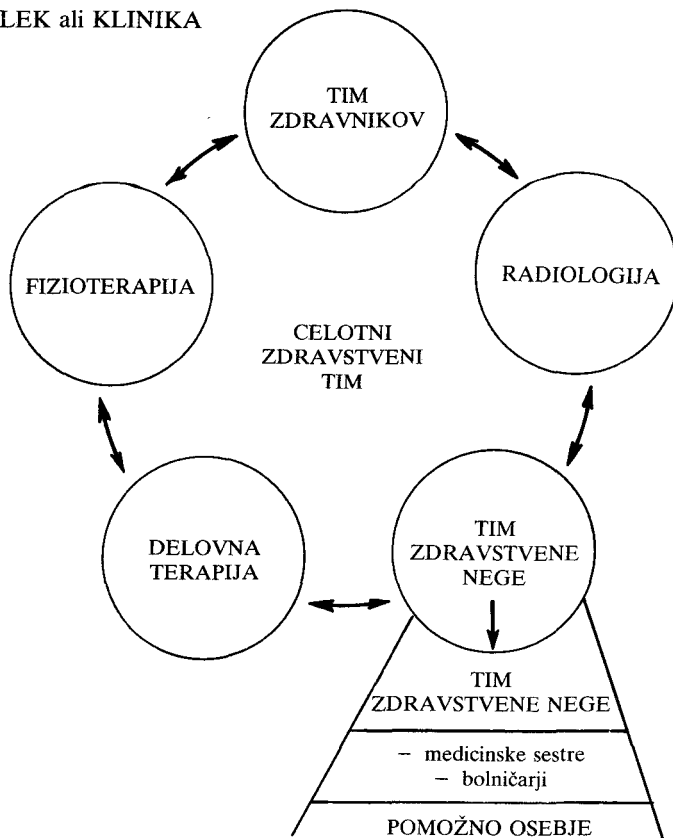
- faze delovnega procesa
- sodelovanje z mrežo zdravstvene nege
- izvajanje nalog

#### *Rezultat*

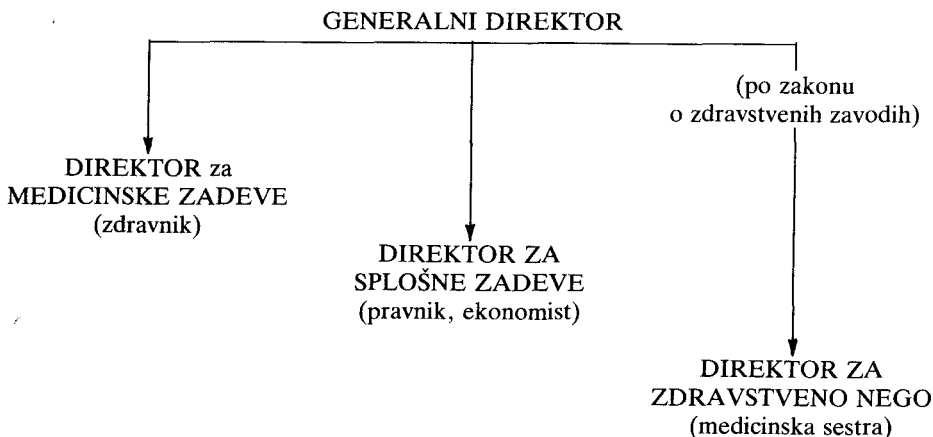
- stabilna služba zdravstvene nege
- upravna učinkovitost
- zadovoljstvo bolnikov

## ORGANIZACIJSKO JE ZDRAVSTVENA NEGA EDEN OD PODTIMOV V ZDRAVSTVENEM TIMU

ODDELEK ali KLINIKA

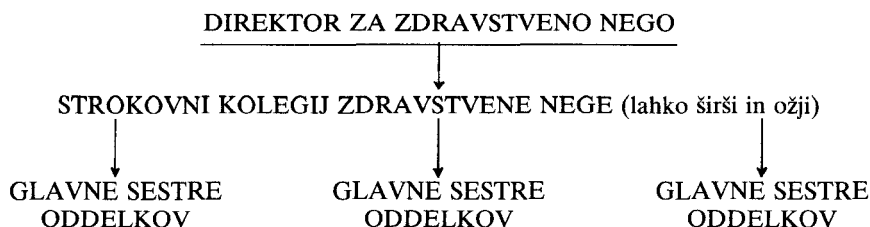


## RAZDELJENA PODROČJA ODGOVORNOSTI VODILNIH DELAVCEV

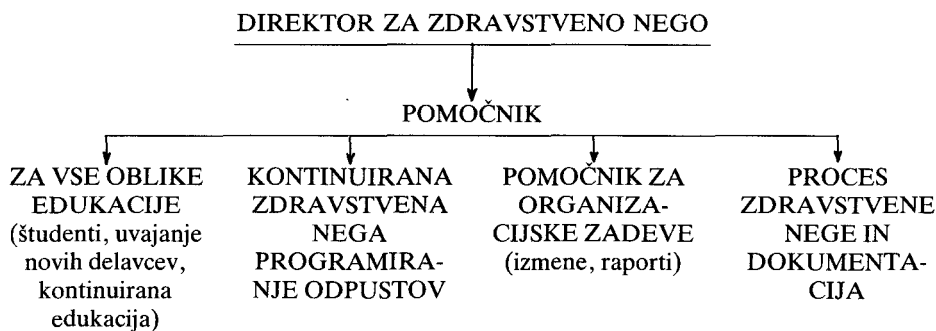


DIREKTOR SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE IMA RAZLIČNO MOČNO VODSTVENO STRUKTURO, KAR JE ODVISNO OD VELIKOSTI ZDRAVSTVENE USTANOVE, IN SICER:

ZA BOLNIŠNICE, KI IMAJO DO 1000 POSTELJ:



V BOLNIŠNICI, KI IMA NAD 1000 POSTELJ, JE STRUKTURA OKREPLJENA:



DIREKTOR SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE FUNKCIONIRA NA NASLEDNJI NAČIN:

*Način dela*

Sodeluje posredno in neposredno z glavnimi sestrami enot. Obiskuje oddelke, nadzoruje izvajanje zdravstvene nege.

*Postavlja cilje*

*Kratkoročne:*  
skrbi za takojšnje spremembe, kjer je zdravstvena nega problematična.

*Srednjeročne:*  
načrtuje količinsko in kakovostno primerne kadre ter *pravo* vsebino dela medicinskih sester.

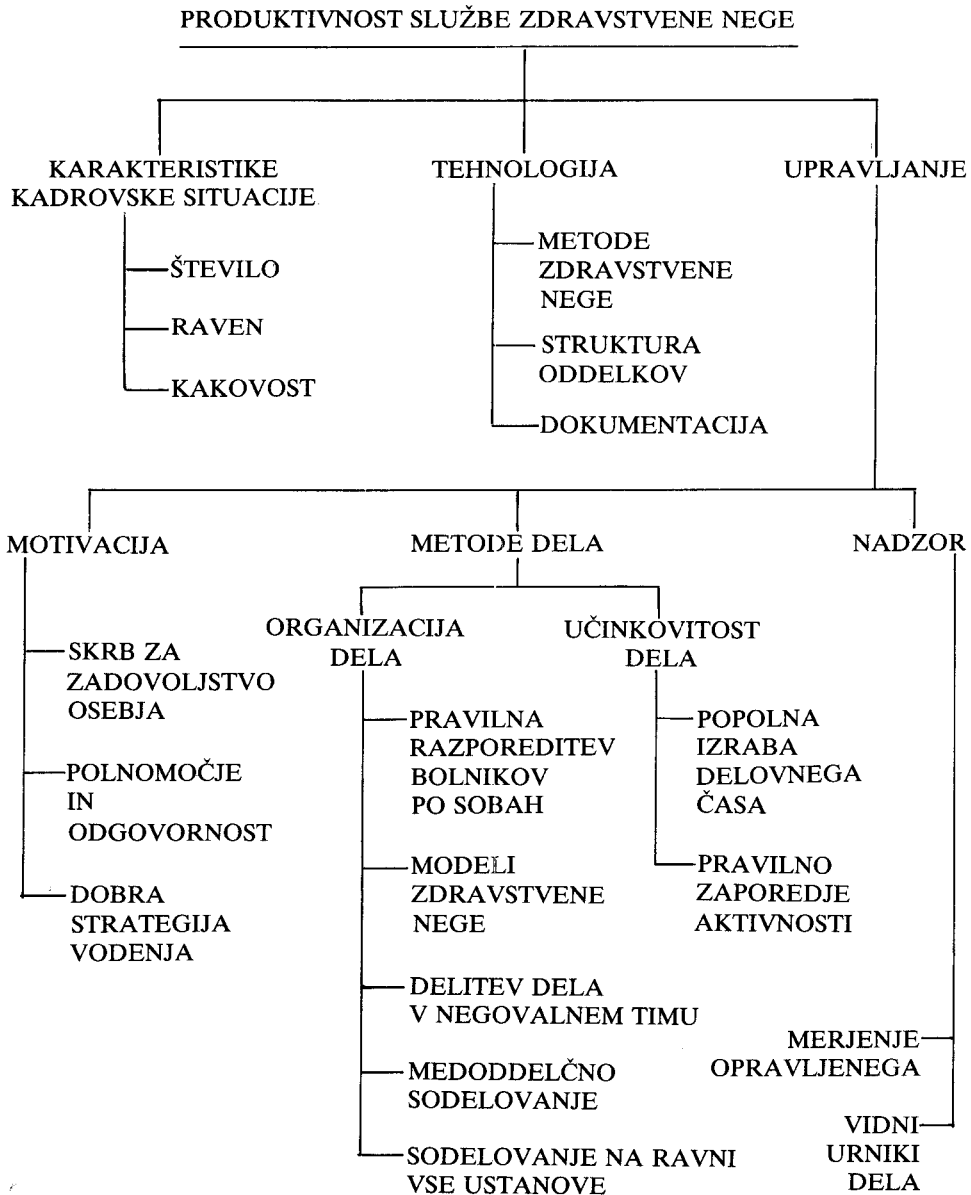
*Dolgoročne:*

poskrbi za popolne standarde zdravstvene nege.

*Funkcije*

Osebnost nadzira napredek stroke. Podpira medicinske sestre v njihovi dejavnosti. Eliminira konfliktno situacije.

PRI ZAGOTAVLJANJU PRIČAKOVANE KAKOVOSTI MARIKJE  
UPORABLJAJO NASLEDNJO »SHEMO UGOTAVLJANJA PRODUKTIVNOSTI«



Majda Šlajmer-Japelj, višja medicinska sestra, dipl. sociol., Kolaborationi center SZO za zdravstveno nego, Maribor

## organizacija dela

### NAŠE PRVE POTI K ORGANIZIRANI TRANSFUZILOŠKI SLUŽBI

Če hočemo povedati, kakšne so bile poti k naši transfuzijski službi, – če služba pomeni v družbeni ureditvi neko stalno, organizirano, urejeno delovanje – moramo razložiti, s kakšnim znanjem v transfuziji smo začeli.

Odkritje krvotoka, poskusi dajanja krvi od živali človeku, odkritje krvnih skupin, uporaba antokoagulansov in stabilizatorjev za konzerviranje krvi, uspehi v stabilnosti sestavin krvne plazme in podobno, so že znana dejstva, ki so omogočila prve uspešne transfuzije in nato množično uporabo krvi za zdravljenje. Dovolj je tudi napisanega, kje in kdaj so izvršene prve direktne transfuzije pri nas, na primer, na solunski fronti, kjer so vojakom določali tudi krvne skupine. O prvih transfuzijah povedo tudi operacijski protokoli v bolnišnicah; poznana je skrb za dobivanje krvi od zdravih krvodajalcev v večjih zdravstvenih centrih, v Beogradu, v Zagrebu, v Ljubljani in tudi že, čeprav redko, pošiljanje krvne plazme s kraja proizvodnje. Vse to se je dogajalo pri nas že desetletje in več pred drugo svetovno vojno, posebno, če upoštevamo, da je ta vojna pri nas kot v svetu važen mejnik v razvoju današnje službe transfuzije.

Spomnjam se da je, v splošni bolnici v Ljubljani skrbel za krvodajalce dr. J. Janež na I. kirurškem oddelku. Te plačane krvodajalce je poklical po potrebi, vedno pa so bili v določenih časovnih intervalih zdravstveno pregledani. Zgodilo pa se je da je bolnica s transfuzijo dobila tudi lues, kajti krvodajalec je postal seropozitiven prav v takem intervalu. – Seveda so bili krvodajalci tudi sorodniki in prijatelji bolnikov sprejemalcev krvi, če so bili zdravstveno sposobni, da dajo kri in ko je bila ugotovljena skladnost njihove krvne skupine z bolnikovo. – In kako se je zapletlo med okupacijo, ko je okupator prepovedal nočno gibanje in je bila ukazana zatemnitev? Takrat so potencialni krvodajalci, običajno z nižje socialne ravni, dežurali ponoči po klopeh v hodnikih kirurških oddelkov. Prednost so seveda imeli krvodajalci krvne skupine 0. Vse te transfuzije pa so bile direktne s pomočjo antikoagulansa natrijevega citrata. S tem strokovnim znanjem in tako prakso nas je zatekla vojna.

V saniteti NOV so bile transfuzije sporadične, opisujejo jih partizanski zdravniki na primer F. Derganc, P. Jerina, J. Milčinski, I. Papo, G. Žarković in drugi.

Posebno vlogo za razvoj naše službe transfuzije je tedaj imela s svojo vpeljano transfuzijsko službo saniteta angloameriške in sovjetske armade. Naši zdravniki so se seznanili z uporabo konservirane krvi in plazme in tudi že njenih frakcij, v bolnišnicah zaveznikov, kamor smo evakuirali na tisoče naših ranjenih borcev NOV 1944–1945 leta. Za masovnim zbiranjem krvi in o njenem transpotru na fronte smo se seznanili v sodelovanju s 4. postajo za transfuzijo III. ukrajinske fronte. Sanitetni oddelek Vrhovnega štaba naše armade je takoj po osvoboditvi Beograda oktobra 1. 1944 iz nekdanjega odseka za transfuzijo v Higijenskem zavodu Srbije v sodelovanju z omenjeno postajo ustanovil vojni Zavod za transfuzijo.

Vojne razmere so vplivale, da se je v zadnih mesecih naše osvobodilne vojne ustanovilo še več transfuzijskih postaj za potrebe fronte, na primer za III. armado v Somboru in Osijeku. V Splitu je ustanovljen Zavod za transfuzijo na zahtevo Glavnega štaba JA Hrvaške, februarja 1. 1945. Iz tega Zavoda so izvirale prve izkušnje za službo transfuzije v Zagrebu in za vojni kabinet transfuzije na Sušaku. Tudi v Ljubljani je prva ustanova za transfuzijo ustanovljena v vojni bolnici 1. 1945. Njeno osebje je že imelo znanje in praktično izurjenost iz omenjenega Zavoda v Beogradu. Tudi postajo za transfuzijo v Skopju, ustanovljeno 13. julija 1946, sta ustanovila zdravnik in medicinska sestra iz omenjenega vojnega Zavoda v Beogradu.

Po končani vojni je med tedanjimi skupno le 5000 zdravniki bilo torej le malo tistih, ki so poznali, in še manj tistih, ki bi obvladali dejavnosti sodobne transfuzije. (Na primer zbiranje in pošiljanje krvi in krvne plazme na velike razdalje, celo prek oceana, pripravljanje stabilnih derivatov plazme, »potujočih hladilnikov« s konzervirano krvjo za premično kirurške ekipe itn.) Več naših zdravnikov, posebno kirurgov in ginekologov, ki so obvladali osnove transfuzije, kot so določanje krvnih skupin in ustreznost skupine med darovalcem in sprejemalcem krvi, dalje uporabo antikoagulansa s stabilizatorjem za kri in drugo, so še posebno zavzeto podpirali ustanovitev organizirane službe za transfuzijo.

V tem prvem povojnem obdobju so prenehale delovati manjše vojne postaje za transfuzijo tudi zaradi svojih improviziranih pogojev za delovanje. Za oživitve, organiziranost in kvalitetno delovanje transfuzijske službe v državi so se zavzemali zvezni organi za zdravstvo: leta 1948 je potekal prvi šestmesečni tečaj za transfuzijo v Beogradu za udeležence iz vseh republik. Leta 1949 je organiziran poseben sestanek s predstavniki iz vseh republiških komitejev za zdravstvo, sprejeti so bili zaključki o bodoči službi transfuzije v vseh republikah. Od l. 1951 do 1953 je naša država sprejela od UNICEF-a opremo za sušenje krvne plazme, za pripravljanje stabilnih derivatov plazme in laboratorijsko opremo ter opremo za mobilne ekipe za zbiranje krvi krvodajalcev na širših območjih. Zavod SR Srbije za transfuzijo je kot najbolj razvit in z več iskušenih kadrov ter prostorski pogoji, uspešno postopoma dal v pogon »plazma program«.

Kako pridobivati krvodajalce za nujen razširjen program Službe transfuzije v državi, kakšne naj bi bile zahteve za organiziranost, enotnost in kvalitete te službe, so bile v teh letih stalne teme medrepubliškega sodelovanja najprej le osmih zdravnikov – entuzijastov, ki so se v celoti posvetili tej službi. Podporo pa so imeli pri najvišjih organih zdravstva in JLA ter Rdečega križa.

Po raznih posvetovanjih smo prišli do sklepa in soglasja, da Rdeči križ Jugoslavije, tako kot v mnogih državah, sprejme med svoje humane dejavnosti tudi zbiranje krvodajalcev. Pri tem naj sodeluje z drugimi družbenimi organizacijami, ki naj bi naposled tudi samoiniciativno zbirale krvodajalce po programih, sestavljenih z območnimi ustanovami transfuzije. Predvsem je bilo dogovorjeno, da moramo vse prebivalstvo seznaniti s potrebami zdravljenja s krvjo in z zbiranjem oziroma dajanjem, darovanjem krvi, da bi bila na voljo vsakomur, ki bi jo potreboval. Pripravljeni so bili številni seminarji in tečaji za seznanjanje z motivi za dajanje krvi, ustanovljene so bile komisije za krvodajalstvo na regionalnih osnovah, in še posebno pri Rdečem križu. Posebej je bilo priporočeno čimprej usposobiti mobilne ekipe za zbiranje krvi, ki bi »odhajale h krvodajalcem«, kar pa je bilo tiste čase zelo težko izvedljivo, saj je primanjkovalo marsičesa, še posebno vozil. Prvi aktivisti za zbiranje krvodajalcev Rdečega križa in zdravstveno osebje v transfuzijski službi so se morali v teh prvih časih marsikdaj boriti s predsodki o dajanju krvi, celo o sprejemanju krvi in zakaj »darovanju« krvi.

Danes smo prišli do rezultatov, da na primer v Sloveniji daje kri 5 do 6% prebivalstva vsako leto, kar štejemo med skoraj najbolj zaželene in najboljše rezultate v svetu. V izražanju procentualnega povprečja o zbiranju krvi v Jugoslaviji se skrivajo drugi znatno slabši dosežki v drugih republikah z manj razvito zdravstveno službo.

Zaradi vse mogoče improvizacije in objektivnih povojnih pomanjkanj marsičesa je bilo veliko tveganje za transfuzijo bolnikom: kri smo dajali z brizgalkami ali pa smo je prelili iz steklenic v ampule, ki so imele nastavke z iglo; steklenice so slabo prenašale sterilizacijo, luščila se je njihova površina; prav tako je bilo z zamaški iz gume in raznimi cevmi za sisteme za dajanje in jemanje krvi; natrijevega citrata ni bilo dovolj, saj je bil uvoz vsestransko omejen, tako je bilo tudi z dekstrozo; zdravstvenega osebja že sicer ni bilo dovolj in ga je bilo še težje dobiti za usposabljanje na tečajih za transfuzijo. Krvne skupine so na bolniških oddelkih določali »na ploščici«, interreakcija jim skoraj ni bila poznana itn. Proizvodnja krvi se je povečala, čeprav je bilo mnogo improvizacije glede prostorov za transfuzijske oddelke itn.



Ustanovljene zvezne komisije za transfuzijo so dajale predloge za razne predpise, ki so postali obvezni kot zakon, kot standard ali pa so bili le priporočila. Najvažnejši je bil in je še veljaven predpis zveznega zakona o zdravstvu: Higijensko tehnični pogoji za delovanje ustanov za transfuzijo (l. 1967). – Pravilnik o delovanju zavodov, oddelkov, postaj za transfuzijo je predložila Zvezna komisija za transfuzijo (l. 1955) Zveznemu zavodu za ljudsko zdravje, ki je bil objavljen v njegovem biltenu. – Enakost in kvaliteta pribora za transfuzijo predpisujejo standardi. V začetku so bili praktično upoštevani le zato, ker so ta material izdelovale le tiste tovarne, s katerimi smo vsakodnevno sodelovali na primer za gumo »Ris« v Zagrebu, »Sava« Kranj, za steklo steklarna v Hrastniku, v Puli, v Paračinu. Od leta 1967 naprej pa varujejo kvaliteto in obliko zvezni standardi, ki so obvezni in obvezujejo tudi tovarne. Pomembne so novosti zaradi moderne uporabe plastike za skoraj ves transfuzijski pribor. – Tudi jugoslovanske farmakopeje III. in IV. varujejo kvaliteto, normative za kontrole in sedaj tudi za kontaktno embalažo.

Leta 1988 je zvezni komite za delo in zdravstvo izdal načrt Pravilnika za izbor krvodajalcev, v katerem navaja produkte iz krvi, plazme in celičnih elementov ter določa pogoje za delovne prostore za proizvodnjo.

Priporočeni in precej enaki so postali obrazci za beleženje produkcije krvi, za sprejemanje krvodajalcev v vseh republikah. Prav tako so precej enaki programi za tečaje transfuzije po sugestiji zvezne komisije za transfuzijo kot tudi program za specializacijo zdravnikov za transfuziologijo.

Prva domača knjiga »Transfuzija krvi« v l. 1966 je po zaslugi piscev naših prvih strokovnjakov za to medicinsko stroko postala tudi obširen učbenik. »Bilten transfuzije« je bil v teh prvih letih naše transfuzijske službe izviren informator o novostih, izkušnjah, o tovrstni literaturi v inozemstvu in o tekočih problemih. Naposled je nastopil tudi čas za strokovno poglobitev in raziskave, o katerih je na tem seminarju poročala prof. dr. Ljerkica Glonar.

Kako in kje je v Sloveniji pognala svoje korenine Služba transfuzije:

*»Poslali so me z letalom čez fronto v Beograd iz Zadra, kjer je bila Baza Glavnega štaba Slovenije leta 1945... Štirinajst dni sem brskal po skladiščih... čez dan sem se učil transfuzije v Zavodu, zvečer mi je glavni kirurg armije B. Lavrič vtepal v glavo kirurgijo... Po malem so se iz Beograda, iz Barija, iz Splita sicer začele zbirati aparature... do konca vojne laboratorij v kaj širšem obsegu ni stekel, tako da bi bila njegova korist očitna... Podobna je bila stvar s transfuzijsko postajo, ki sta jo pripravljala medicinka Sonja in Franc. Tu so pognale prve korenine »Zavoda za transfuzijo«, tako piše prof. dr. Janez Milčinski v knjigi »Poslanstvo slovenskega zdravnika«: Slovenska Matica 1965.*

*... dr. J. Milčinski je izposloval od SOVŠ v Beogradu, da je odredil tri Slovence, dva medicinka in medicinsko sestro, ki so delali v Zavodu za transfuzijo NOV v Beogradu in ki naj bi organizirali transfuzijsko službo na osvobojenem ozemlju. Za delo je dobila ekipa pribor iz zalog beograjskega zavoda. Ekipa je prišla konec aprila 1945 v slovensko vojaško bolnišnico v Zadru. Ker je bilo kmalu konec vojne, je bila ekipa premeščena v vojno bolnišnico v Sežano. Ekipa je dobila podporo za ustanovitev transfuzijskega oddelka v vojni bolnišnici v Ljubljani... Že na prvi poziv prebivalstvu, naj dajo kri za ranjene borce, se je odzvalo 150 posameznikov: 4. junija 1945 smo konzervirali prve steklenice krvi. Do konca leta 1945 je 799 krvodajalcev dalo 2061 krvi. Uprava se je oddolžila krvodajalcem tako, da jim je poklanjala olje in sladkor... Ko so razformirali vojno bolnico transfuzijski oddelek ni prišel v formacijo vojne bolnice... 15. januarja 1946 je oddelek prevzela Medicinska fakulteta v Ljubljani.*

*Iz referata dr. Sonje Sovdat Banič, Medicinski razgledi 1971/3.*

*Iz ohranjenih poročil in arhiva Zavoda za transfuzijo Medicinske fakultete (MF) v Ljubljani.*

Prof. dr. B. Lavrič, tedaj glavni kirurg armade in predstojnik kirurške klinike MF v Ljubljani, me je takoj po moji demobilizaciji nagovarjal in nagovoril, da prevzamem

ustanovitev Zavoda za transfuzijo MF. Tedaj sem bila specializant za kirurgijo. Profesor je namreč že dobro poznal dejavnost, uspešnost in organizacijo službe transfuzije v saniteti Rdeče armade in v zavezniških bolnišnicah v Južni Italiji, kjer je delal kot kirurg leta 1944.

Fakulteta je dobila od bolnišnice 10 prostorov v bivši stanovanjski zgradbi sester usmiljenk. Adaptirala jih je s pomočjo in dosti razumevanja tehničnih delavnic bolnišnice. Zavod se je vselil junija 1946.

Naše prve naloge so bile naslednje: 1. zbirati krvodajalce, 2. konzervirati kri in plazmo in z njima oskrbovati bolnišnične oddelke in kliniki v Ljubljani in zunaj Ljubljane, 3. posebno pozornost posvetiti določanju krvnih skupin, kontroli skladnosti krvi sprejemalca in krvi krvodajalca ter pripravljanju test serumov za določanje krvnih skupin. Hkrati s temi nalogami skrbimo za usvajanje čim več znanja o transfuziji iz tuje literature in te dosežke uvajati pri nas. Predvsem je bilo treba uveljavljati uporabo le konzervirane krvi namesto »direktnih« transfuzij od krvodajalca bolniku.

Za naloge pod 1. in 2. smo pisali, govorili, tudi po radiu, objavljali, zakaj in kako dati kri in zakaj nudimo le konzervirano kri.

Krvodajalci so tedaj prejeli 1,5 in (tedanjih) za ml krvi, točke za racionirana živila in povrnjene stroške za potovanje v Ljubljano in nazaj, to je za vozno karto do cene 150 din. To ugodnost smo ponujali zato, da bi razširili krvodajalstvo tudi zunaj Ljubljane. Krvodajalce je za Novo leto nagrajeval tudi Rdeči križ. Krvodajalci so bili vsi zaposleni. Zdravstvena kontrola krvodajalca je bila opravljena neposredno pred vsakim odvzemom krvi in je obsegala: pregled krvi (sedimentacija, krvna slika, število rdečih in belih krvničk), od kliničnih pregledov pa internistični in dermatološki, rentgenski pregled pa na dva meseca. Drugi pregledi so bili opravljeni, če je bilo potrebno. Iz ohranjenih poročil je razvidno, da je bilo od 1300 krvodajalcev za stalno odklonjenih 57 (cca 4%). Od 1300 vpisanih krvodajalcev leta 1945 se jih je javilo v letu 1946 za odvzem krvi 750. Vzorec krvi od vsakega odvzema je bil pregledan na lues v mikrobiološkem inštitutu bolnice. Od serije odvzemov krvi na primer od enega dne, je vzorec krvi pregledan na sterilnost na istem inštitutu, pač kot neke vrste naključna kontrola za pogoje sterilnosti priprav za konzerviranje.

Leta 1947 je bilo pripravljeno 728 litrov krvi in 80 litrov plazme. 1948. v prvi polovici leta, 700 litrov krvi in 38 litrov plazme. Plazmo smo pripravljali predvsem iz krvi z nizkim titrom aglutinov krvi skupin AB0 in to šele potem, ko smo v prostor vgradili boks, ki naj bi nekako varoval »sterilnost« priprave plazme.

Kri smo konzervirali z natrijevim citratom (terciarna sol citronske kisline) tako, da je koncentracija tega v krvi 0,6%.

V sodelovanju s klinikami in oddelki bolnišnice so bile težave s tistimi zdravniki, ki so odklanjali uporabo konservirane krvi in so hoteli, da bi jim pošiljali le krvodajalce za direktne transfuzije. Teh direktnih transfuzij je bilo na onkološkem inštitutu, na pediatrični kliniki in predvsem na interni kliniki skupno 626; toliko jih je bilo tudi v letu 1948. Krvodajalci so se zelo neradi odzivali za direktne transfuzije, ker so izgubili neprimerljivo več časa kot za odvzem krvi na Zavodu, tu je trajala venepunkcija s pripravami vred le četrte ure. Za klinične preglede so krvodajalci odhajali v ustrezne ambulante v bolnišnici in so imeli prednost pred drugimi.

Pri dajanju transfuzij je prišlo tudi do zapletov, največkrat tudi zato, ker v bolnišničnih oddelkih ni bilo osebja, ki bi imelo vse nujno znanje o ravnanju s krvjo. V poročilih je na primer opisana komplikacija in smrt bolnika, za katero je naveden vzrok bolezni in preobremenjenost krvotoka zaradi masivne transfuzije. Tako je ugotovil patolog. Opisanih je več primerov mrzlice ob in po transfuziji, kljub ugotovljeni sterilnosti vzorca preostale krvi v steklenici. Tedaj še nismo znali in iskali vzroka v pirogenosti pribora pri konservaciji krvi. Prijavljeni so bili tudi ikterusi od transfuzije, verjetno infekcijski ali pa zaradi hemolize, čeprav niso bile opisane pri teh hemolitične reakcije oziroma so bile tipične te vrste reakcij

prijavljene le v dveh primerih, a brez težjih posledic. Krvna skupina se v teh prvih letih ni določala bolnikom sprejemalcem krvi po metodi v epruветah kot v zavodu, temveč le na ploščici, čeprav smo opozarjali, da tudi sprejemalcem krvi določamo krvno skupino v Zavodu. Se manj, interreakcije nismo mogli vpeljati povsod, ker nismo dobivali vzorcev krvi sprejemalcev.

Od ustanovitve Zavoda, kot že prej v vojni bolnici, so v laboratoriju za določanje krvnih skupin le-te določali po metodi v epruветah in le orientacijsko pred samim odvzemom krvi »na ploščici«. Potem ko je laborant opravil postopek v epruветah, je rezultate redno in obvezno pregledala zdravnica medicinka z večletno prakso. V tem poslu nismo dovolili kakršne površnosti in tveganja. Testne serume za krvne skupine AB0 je pripravljaval z enako vestnostjo isti laboratorij za svojo uporabo in pakirane v kapilarah za pošiljke iz Zavoda. V letu 1947 je bila na primer produkcija testnega seruma 6854 ml, od tega polovico za druge ustanove.

Vse leto 1947, tako piše v poročilu. smo si prizadevali za nabavo anti Rh testnega seruma za diagnostiko. V nekaj primerih, sumljivih na obolenje eritroblastoze, smo vzeli materam obolelega plodu ali novorojenca kri za preiskavo, vendar brez lastnih imunoloških izkušenj in imunoloških sklepov. Prof. Wileneger iz Švice, avtor nam znane knjige o transfuziji, nam je za vprašanja Rh faktorja le svetoval literaturo, da smo jo nabavili, ni nam pa mogel preskrbeti testnega seruma. Prof. J. Milčinski ga je tudi sam poskusil nabaviti za uporabo na Inštitutu za sodno medicino MF v Ljubljani, saj je za izvedensko diagnostiko opravljal določanje krvnih skupin. Poskusi, da bi nabavili ta testni serum iz Belgije ali iz Švice, nam tudi niso uspeli. Profesor Raška v Pragi, ki je bil tedaj že znan raziskovalec teh »novih« krvnih skupin, nam je po osebnih stikih s prof. A. Župančičem in dr. Z. Hribarjevo, poslal neznatne količine tega testnega seruma po 350 KČ za 1 ml. Iz Zavoda transfuzije v Beogradu za te novosti tudi nismo dobili pomoči. Tehniko uporabe tega testnega seruma na Rh krvne skupine nas je učila prof. M. Valentinčičeva na mikrobiološkem inštitutu, uporabili pa smo to metodo bolj za lastne izkušnje kot za diagnostiko.

S transportom krvi iz Ljubljane so bile težave. Načrtovali smo termostabilne zaboјčke, dobili pa smo le posebne zaboјčke za prenos krvi, ki so steklenice krvi varovali le pred razbitjem. Za prenos krvi v Ljubljani smo zaboјčke po navadi prej ohladili v hladilniku.

Tudi s pripravo pribora za konserviranje krvi so bile težave. Sodelovali smo s tovarno stekla v Hrastniku in za gumo v Kranju. Prizadevali smo si dobiti stike za pomoč v pogledu pribora, tudi z Zavodom v Beogradu, ki smo ga imenovali takrat tudi z »centralnim«, in se z njim skupno trudili za enakost pribora to je steklenic, zamaškov, sistemov itn.

Prvi dve leti in pol smo morali nositi na sterilizacijo ves pribor in operacijsko perilo na kirurško kliniko na septični oddelek. Nad tem smo v poročilih stalno tožili, a kaj, ko ni bilo mogoče nabaviti svoj avtoklav!

Iz ohranjenih poročil veje optimistična napoved, kot da bo, menda po »centralnih navodilih in po sovjetskih modelih«, v Zavodu tudi hematološki odsek. Ambulantno pa smo opravljali enostavne hematološke laboratorijske preglede, vendar ne za diagnostiko hematoloških bolezni.

Zdravniki iz posameznih bolniških oddelkov, katerim smo pošiljali kri, na primer iz Lovrana, Celja, Novega mesta, Golnika, Rovinja, Pule, Vipave, Brežic, Maribora, Topolšice, so se oglašali v Zavodu po nasvete. Njim smo v prvem polletju leta 1948 poslali okrog 120 litrov krvi, oddelkom oziroma klinikama v Ljubljani pa 400 litrov.

Glede ustanavljanja novih oddelkov za transfuzijo smo bili mnenja, zopet po navodilih »centralnega«, da naj se ustanovijo pri bolnišnicah z več kot 400 bolniškimi posteljami postaje za transfuzijo, pri tistih z manj posteljami pa kabineti za transfuzijo. Na nekaj dogovorov so zato prišli zdravniki iz Maribora in Celja. Pri teh bolnišnicah so bile ustanovljene postaje leta 1949.

Učenci in učenke bolničarske šole v Ljubljani so prihajali v Zavod na 14 dnevno dopoldansko prakso. Za usposabljanje zdravstvenega osebja za transfuzijo iz drugih bolnišničnih ustanov ni bilo posebnih tečajev; predavanja o sodobni službi transfuzije so bila vključena v nekakšne postdiplomske seminarje in povezana o ogledom našega zavoda. Že temu načinu smo pripisovali uspeh!

S transfuzijsko literaturo, domače ni bilo in le nekaj iz drugih držav, smo se oskrbovali izključno po privatni iniciativi, to je bilo nekaj knjig iz Švice, SSSR-a, Češke in iz angleških medicinskih revij. Za ogleds ali prakse v tujini takrat ni bilo misliti!

V arhivu Zavoda beremo, da so v letih 1946–1948 sestavljali njegovo osebje: zdravnica, medicinska, medicinska sestra, dva laboranta, dve bolničarki, administrator in snažilka.

Prim. dr. Pavla Jerina Lah

## TRANSFUZIJSKA OSKRBA BOLNIKA

Viri krvi so:

- prostovoljni krvodajalci,
- bolniki krvodajalci za AT,
- usmerjeni krvodajalci, ki jih zagotovi bolnik sam za svoje potrebe, po svoji presoji,
- umetna kri.

Kri in krvne komponente uporabljamo v postopku zdravljenja bolnika; bolnik mora dobiti tisto komponento krvi, ki jo dejansko potrebuje.

Vse komponente krvi so testirane. Določimo krvno skupino AB0 sistema in Rh, kri testiramo na prisotnost protiteles, opravimo teste za preprečevanje prenosa bolezni (sifilisa, hepatitisa in AIDS-a) in preverimo skladnost med dajalčevo in prejemnikovo krvjo.

Komponente krvi delimo na:

a) celične komponente

- sveža kri,
- konzervirana kri,
- koncentrirani eritrociti,
- koncentrirani eritrociti, oprani v fiziološki raztopini,
- koncentrirani eritrociti, odstranjeni levkociti,
- koncentrirani eritrociti »0«, resuspendirani v »AB« plazmi,
- koncentrirani trombociti,
- koncentrirani trombociti – filtrirani,
- trombocitna plazma.

b) plazemske komponente:

- sveža zmrznjena plazma,
- sveža zmrznjena plazma, odstranjen krio,
- zmrznjena plazma,
- krioprecipitat – koncentrat faktorja VIII,
- plazma opečenca,
- hiperimuna plazma.

Kri odvajamo v vrečke s konzervansom – ohranitveno raztopino. Vso odvzeto kri ločimo v posamezne komponente in vsako komponento posebej shranimo v optimalnih pogojih. Posamezne komponente krvi hranimo pri temperaturi in v okolju, ki omogoča ohranjanje največ lastnosti posamezne komponente.

Eritrocite lahko ločimo od plazme:

- s centrifugiranjem ali
- s sedimentacijo v roku uporabnosti krvi.

Eritrocite najbolje konzerviramo v posebni raztopini SAG–M; tako jih lahko hranimo na  $+4^{\circ}\text{C}$  do 42 dni.

Plazemske komponente hranimo zamrznjene na temperaturi nižji od  $-20^{\circ}\text{C}$  do enega leta od priprave.

Trombocite najbolje shranimo pri sobni temperaturi do  $+22^{\circ}\text{C}$  v posebni plastični vrečki, ki omogoča izmenjavo kisika in ogljikovega dioksida – hranimo jih lahko do 5 dni.

Celične komponente:

Sveža kri – vsebuje E, T, faktorje koagulacije krvi in plazemske sestavine – učinkovitost je odvisna od hranjenja. Hranimo jo na  $+4^{\circ}\text{C}$  do 48 ur (raven T in faktorjev koagulacije pade pod mejo terapevtske učinkovitosti). Iz sveže krvi pripravljamo posamezne komponente, zato je dosegljiva le v manjših količinah. Glavna indikacija uporabe sveže krvi je pri pomanjkanju učinkovitejših komponent krvi, pri terapiji masovne krvavitve ali pri izmenjalni transfuziji.

Konservirana kri – polno konservirano kri odvzeto v CPDA hranimo 35 dni od dneva odvzema na  $+4^{\circ}\text{C}$ . Učinkovitost je nizka, Ht je pod 40 in tako težko nadomeščamo manjkajočo oksiformno kapaciteto eritrocitov.

Koncentrirani eritrociti – pripravljamo jih iz polne krvi in jih hranimo 35 dni, če je kri odvzeta z CPDA konzervansom, in 42 dni, če je odvzeta s SAGM konzervansom. So osnovna komponenta pri zdravljenju anemije in krvavitev, kjer je zmanjšanje oksiformna kapaciteta krvi.

Ht KE = 70 pri CPDA

Ht KE = 60 pri SAGM

Koncentrirani eritrociti, oprani v fiziološki raztopini – razredčimo plazemske sestavine – uporabljamo le v redkih primerih, ko gre za hujše reakcije krvne beljakovine.

Koncentrirani eritrociti, odstranjeni levkociti – najčistejša komponenta E – KE filtriramo preko posebnih filtrov, s tem odstranimo L – s filtriranjem se izognemo imunskim reakcijam in obenem zmanjšamo prenos CMV infekcij. Uporabljamo jih pri bolnikih, ki imajo zmanjšano imunsko odzivnost, in pri bolnikih, ki so ali bodo dobili večje količine krvi – zmanjšamo možnost senzibilizacije. KEL uporabimo v 6 urah od priprave in hranimo pri  $+4^{\circ}\text{C}$ .

Koncentrirani eritrociti, resuspendirani v »AB« plazmi – uporabimo KE krvne skupine »0« in jim dodamo svežo zamrznjeno plazmo krvne skupine »AB« do zelenega Ht – s tem znižamo titer protiteles in jih tako pripravimo za ET pri krvno skupinski neskladnosti med materjo in otrokom. Hranimo pri  $+4^{\circ}\text{C}$  6 ur od priprave.

Koncentrirani trombociti – terapevtski odmerek pripravimo iz:

- polne sveže krvi 6 krvodajalcev (iz 3000 ml krvi),
- enega dajalca s pomočjo postopka trombofereze (iz 4500 ml krvi).

Pripravimo jih po predhodnem naročilu vsaj en dan prej. Hranimo jih pri  $+22^{\circ}\text{C}$  3 do 5 dni. Volumen izdelka je 200 do 300 ml.

Pripravljamo tudi filtrirane koncentrirane trombocite – s tem delno odstranimo limfocite.

Koncentrirani levkociti – suspenzija levkocitov v plazmi, pripravljena s citoferezo (levkoferezo) enega dajalca ali iz enega odmerka polne krvi s postopkom centrifugiranja.

Plazemske komponente:

Sveža zamrznjena plazma – pripravljamo iz enega odmerka krvi, ki jo zamrznemo za  $-20^{\circ}\text{C}$  v roku 6 ur od odvzema, tako ohranimo faktorja koagulacije. Volumen je od 200 ml do 300 ml. Hranimo jo pri  $-20^{\circ}\text{C}$  eno leto od dneva priprave in tako ohranimo približno 70% sestavin.

Sveža zamrznjena plazma, odstranjen krio – to je plazma, ki so pridobimo pri pripravi krioprecipitata in je brez F VII in fibrinogena. Hranimo jo pri  $-20^{\circ}\text{C}$  eno leto od priprave.

Krioprecipitat – je osnovni vir F VIII infibrinogena, je netopni del plazme pridobljen iz sveže zamrznjene plazme.

Glavna indikacija je preventivna terapija krvavitev pri hemofilikih, uporabljamo ga tudi pri masovnih krvavitvah.

Albumin – pripravljamo ga v obliki 5% in 20% raztopine. Glavna indikacija je vzdrževanje onkotskega pritiska – 1 g albumina veže 17 ml vode – nevarnost prevelikega odmerjanja.

Gama globulin – uporabljamo pri zmanjšani imunski odzivnosti organizma. Specifične gama globuline uporabljamo kot zaščito – največ uporabljamo IgG anti D za zaščito Rh negativnih mater pri porodu ali splavu. Na voljo so še globulini

- anti CMV,
- anti hepatitis B,
- anti varicella,
- anti rabies,
- anti klopni meningitis.

Kako naročamo kri in krvne komponente:

Izpolnimo naročilnico, ki je posebej za to pripravljena v 4 izvodih. Naročilnica vsebuje:

- naziv ustanove, ki kri naroča – oddelek, telefon,
- natančne podatke o bolniku:
- ime in priimek,
- dan, mesec, leto rojstva,
- klinično diagnozo,
- podatke o predhodnih transfuzijah, krvno skupino in Rh in kdo jo je določil,
- vrsto preiskave:
- krvno skupino AB0 in Rh,
- Coombsov test – direktni/indirektni,
- preiskavo na lues in virusne markerje,
- raven oziroma nujnost navzkrižnega preizkusa,
- vrsto in količino komponente ter čas priprave (kdaj jo bolnik potrebuje),
- rezervacija – do kdaj hranimo komponente za posameznega bolnika.

Naročilnica za kri je v bistvu spremljajoči dokument bolnikovega vzorca krvi. Vzorec krvi mora vsebovati identične podatke kot naročilnica za kri. V primeru, da se podatki na naročilnici in na vzorcu na ujemajo, takega naročila ne moremo sprejeti in ga zavrnilo. Vzorec krvi za preiskave ne sme biti starejši od 48 ur.

Izdaja krvi in komponent:

Kri in komponente izdajamo na osnovi naročilnice in navzkrižnega preizkusa.

Sprejem naročila in izdaja krvi in komponent sta računalniško vodena.

Transport krvi in komponent:

Kri transportiramo v hladilnih torbah, v zunanje ustanove izven Ljubljane pa v zabojih za kri, ki morajo biti primerno hlajeni, odvisno od tega, ali pošiljamo celične komponente ali plazemske:

- kri in celične komponente pošiljamo v zaboju, ki je ohlajen na +4°C (pri transportu temperatura v zaboju ne sme biti višja od +10°C),
- plazemske komponente pa v zaboju s suhim ledom (pri transportu se zmrznjene komponente ne smejo staliti).

Lidija Svetelšek, višja medicinska sestra,  
Nevenka Šmuc, višja medicinska sestra,  
Zavod za transfuzijo krvi, Šlajmerjeva 6, Ljubljana

## HEMOFILIKI POMURSKE REGIJE

V pomurski regiji, ki zajema severovzhodni del Slovenije, imamo registriranih 13 hemofilikov, vse s hemofilijo A, kar znaša 10 hemofilikov na 100 000 prebivalcev. Niso pa enakomerno razporejeni, večina jih živi v Prekmurju (občina Murska Sobota 9, občina Lendava 3), le eden pa v štajerskem delu Pomurja, in to v občini Gornja Radgona.

Devet hemofilikov ima težko obliko hemofilije A, trije hemofiliki imajo hemofilijo srednje stopnje, eden pa ima lahko obliko.

*Starost, poklic* – razpon v starosti hemofilikov je od 1 do 63 let. Naveč jih spada v starostno obdobje od 10 do 30 let. S šolanjem oziroma tudi s prekvalifikacijo imajo naši hemofiliki glede na svojo bolezen v glavnem ustrezne poklice.

*Vzroki krvavitve* – ob analizi podatkov o vzrokih krvavitve pri hemofilikih prevladujejo spontane krvavitve, v nekaj primerih se pojavljajo tudi poškodbe. Najpogostejša področja krvavitve so veliki sklepi: kolena, komolci, kolki, gležnji, ramenski sklep. Pri enem od hemofilikov pogosto opažamo hematurijo.

*Predstavev našega najmlajšega hemofilika* – Matej S., roj. 4. 1. 1989, je v sorodu z dvema družinama hemofilikov. Boluje za težko obliko hemofilije A. Prvi odmerek krioprecipitata je prejel že v 4. mesecu starosti zaradi krvavitve v brado. Vse ostale poškodbe oziroma spontane krvavitve pri njem so se nizale vzporedno z njegovim telesnim razvoje. Od 4. meseca do enega leta je prejel 7 odmerkov krioprecipitata, od 12. do 21. meseca pa kar 56 odmerkov, kar je vse seveda posledica njegove povečane aktivnosti in gibanja in s tem možnosti poškodb oziroma krvavitve. 43-krat je prejel kri hospitalno, 20-krat pa ambulantno. Reakcij pri ali po aplikaciji krioprecipitata ni imel.

Na oddelku za transfuziologijo v *Murski Soboti* skrbimo za stalne zaloge krioprecipitata in vodimo tudi centralno statistiko. Naše zmogljivosti glede zaloga so dobre, tako da ob morebitnih večjih poškodbah lahko zagotovimo prvo pomoč. Na zalogi imamo vedno dovolj krioprecipitata posameznih krvnih skupin, sicer pa ima največ naših hemofilikov krvno skupino A (6), krvno skupino 0 (4), krvno skupino B (3).

V letu 1988 smo izdali 261 poolov, v letu 1989 380 poolov in v letošnjem letu do meseca oktobra 282 poolov krioprecipitata.

*Poškodbe* – Do sedaj pri naših hemofilikih ni prišlo do večjih poškodb. Evidentirana je le lažja poškodba glave s krvavitvijo iz srednjega ušesa pri enem hemofiliku, drugi pa si je na počitnicah na morju zlomil stegnenico. Oskrbeli so ga v Ljubljani.

Pri poškodbi hemofilika je važna čimprejšnja diagnoza in v zvezi s tem odločitve, ali ga bomo oskrbeli v regionalni bolnišnici ali ga poslali v Ljubljano, kjer lahko zagotovijo zadostno količino odgovarjajočega koncentrata. Pri večjih poškodbah je takojšnji prevoz v center nujen.

Kot primer za ilustracijo omenjamo Wallaceovo poročilo o nesreči na nogometnem stadionu v Glasgowu; med poškodovanimi je bil tudi mlad hemofilik z multiplimi poškodbami, med drugim je imel tudi iztrgan ureter iz renalnega pelvisa. Popolnoma je ozdravel, vendar je v mesecu dni porabil več krioprecipitata, kot ga porabi naša bolnišnica v enem letu.

*Identifikacija* – Pravočasna pomoč hemofiliku ob poškodbi je nujno povezana s čim prejšnjo identifikacijo le-tega. Zelo pomembno je, da ima hemofilik vedno pri sebi identifikacijski SOS obesek in izkaznico hemofilika.

Darinka Crnkovič,  
Pomurski zdravstveni center,  
Splošna bolnišnica Murska Sobota,  
Oddelek za transfuziologijo

## MOŽNOSTI PRVE POMOČI HEMOFILIKU S TEŽKO POŠKODBO V REGIONALNI BOLNIŠNICI

Na področju Dolenjske imamo registriranih deset bolnikov s hemofilijo A. Od tega jih je pet z lahko, trije s srednje težko in dva s težko obliko bolezni. Leta 1982 je skrb za te bolnike na našem področju prevzel pediatrični oddelek. V ambulanti jim nudijo pomoč v primerih spontanah krvavitvah in lažjih poškodb. Aplicirajo jim infuzijo krioprecipitata odgovarjajoče krvne skupine AB0, imobilizirajo prizadeto področje in po potrebi oskrbijo poškodbo. Preparat odmerjajo po priporočni shemi tako, da na telesno težo bolnika zvišajo antihemofilni faktor na želeni odstotek aktivnosti.

Eden od odraslih hemofilikov s srednje težko obliko bolezni pa je preparat krioprecipitata apliciral na domu. Seveda pa vsi ti bolniki hodijo še na občasne kontrole na center za hemofilijo v Ljubljani.

Na oddelku za transfuzijo krvi od 1982 leta skrbimo za zadostno in permanentno zalogo krioprecipitata, ga hranimo in pripravljamo za aplikacijo. Večina pri nas registriranih hemofilikov s težko in srednje težko obliko bolezni ima krvno skupino A, eden s težko obliko bolezni ima krvno skupno B. Glede na to imamo vedno na zalogi največ krioprecipitata krvne skupine A in nekaj poolov krioprecipitata krvne skupine B. Količina zaloge variira glede na to, koliko preparata je možno na Zavodu za transfuzijo krvi v Ljubljani dobiti. V času, ko je primanjkovalo krioprecipitata krvne skupine A, smo pri bolnikih, ki jim aplicirajo krioprecipitat v ambulanti, delno krili potrebe s krioprecipitatom krvne skupine AB.

V novomeški bolnišnici do sedaj še nismo obravnavali težje poškodbe hemofilika. Če pa bi do tega prišlo, bi zanj poskrbeli kirurška in anestezijsko reanimacijska služba s sodelovanjem oddelka za transfuzijo in centra za hemofilijo.

Osnove prve pomoči pri hemofiliku se ne razlikujejo od prve pomoči kateregakoli drugega poškodovanca, le da je pri poškodbi hemofilika potrebno čimprej ukrepati še v smeri ciljne terapije. Da bi čim hitreje in uspešno ukrepali v omenjeni smeri, je v primeru poškodbe hemofilika velikega pomena to, da ima pri sebi podatke o vrsti in stopnji bolezni ter krvni skupini.

Naš oddelek za transfuzijo za takega poškodovanca lahko zagotovi krioprecipitat krvne skupine A ali B, ki prideta v poštev tudi pri poškodovancu krvne skupine 0. Poleg tega imamo na zalogi sveže zmrznjeno plazmo vseh krvnih skupin AB0 in tudi koncentrirane eritrocite ter občasno tudi svežo polno kri. Po končani primarni oskrbi in nadomestni terapiji bi takega poškodovanca po posvetu s centrom za hemofilijo premestili na ustrezni oddelek v Ljubljani.

Marija Plut, višja medicinska sestra  
Zorica Lučev, višja medicinska sestra  
dr. Špiler Janda spec. anesteziolog,  
Bolnišnica Novo mesto

## VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PSIHIATRIČNEGA BOLNIKA

Delam v ambulanti na podeželju v okolici Maribora. Naša ambulanta je namenjena vsem kategorijam varovancev. V timu je zdravnik splošne medicine, dve medicinski sestri (ena višja, ena srednja) in tri patronažne medicinske sestre. Obravnavamo zdrave in bolne prebivalce in smo pri tem pozorni predvsem na družinsko življenje, medsebojne odnose in oblike organizirane samopomoči.



Sodobni človek živi zelo hitro, zato se ne posveča dovolj zdravju, še manj pa zna obvladovati individualne stiske v sedanjih družbenoekonomskih razmerah. Življenjski standard pada, v ospredju sta strah pred brezposelnostjo in brezperspektivnost. Ne gojimo več medsebojnih stikov, v medsebojnih odnosih pa manjka prisrčnosti, topline in iskrenosti. Ljudje so si odtujeni in živijo drug mimo drugega. Današnja družbe ja hladna, neosebna, celo v zdravstvu se nam godi enako. Za bolnika nimamo časa, obravnavamo ga z napotnico od aparata do laboratorija, dokler nam ti ne posredujejo diagnoze.

Današnja medicina, ki je tako tehnično usmerjena, pozablja na človeške razsežnosti, predvsem pa na odnose do sočloveka.

Alternativna medicina se bohota samo zato, ker je medicina pozabila na temeljno razsežnost, na človeški odnos do bolnika. Menim, da bi marsikatero sredstvo proti bolečinam, pomirjevalno sredstvo ali kaj podobnega postalo odveč, če bi se zdravstveni delavci z bolniki več pogovarjali. Mi se pa dušimo v administrativnem delu ob nestimulativnem nagrajevanju.

### *Kdo pride v splošno ambulanto*

Pridejo bolniki s:

- somatskimi,
- psihičnimi in
- socialnimi težavami.

Medicinska sestra zbira podatke o težavah bolnika, o načinu življenja, o njegovem reagiranju na okolje, o medsebojnih odnosih v družini in okolju, bolnika jemlje kot psihosocialno bitje v širšem družbenem okolju. Je prva oseba, s katero se bolnik sreča, ker pa govorimo o bolniku s psihičnimi motnjami, je ta prvi stik zelo pomemben.

### *Kaj lahko nudi medicinska sestra takemu bolniku?*

1. *človeško kakovost pomoči*, se pravi razumevanje bolnika in njegovih svojcev, podpora, vzpodbudo, pomirjenje. Ta se kaže iz

#### a) *sprejema bolnika*

Naj bo prijazen, topel in preprost, saj je osnova za dobro nadaljnje delo. Pogosto takšen bolnik stresa svoje intenzivno čustvovanje na prvega človeka, s katerim pride v stik, to pa je medicinska sestra. Ta mora biti sposobna, da hitro spozna bolnikov položaj, mu prisluhne in mu da občutek, da ga razume in mu želi pomagati.

Sledi

#### b) *poslušanje in pogovor*

Bolnik ponavadi na široko pripoveduje o zdravstvenih težavah in drugih problemih (ali pa tudi ne). Medicinska sestra mu mora prisluhnuti z veliko mero empatije in ga pripraviti na pregled pri zdravniku, da bo pogumno in pravilno ponovil že izrečene težave. V pogovoru, ki sledi poslušanju, tako že izvajamo zdravstveno-vzgojno delo.

Pomembna je informacija, ki jo o življenju bolnika zdravniku posreduje medicinska sestra, o morebitnih razvadah, ker takšne reči marsikdo rad zamolči.

Nasploh velja, da medicinska sestra bolnika bolje pozna kot zdravnik. Na podeželju je to posebej opazno, saj bolniki več zaupajo medicinski sestri, ki zanje ne predstavlja take avtoritete, ima več časa, pa tudi pretekle izkušnje mu povedo, da je v svoji stiski že dobil pomoč.

In že se kaže naslednja kakovost odnosa:

#### c) *zaupanje*

Na podlagi zaupanje nastajajo topli medsebojni odnosi in védenje, da ima nekoga, ki mu daje pogum in moč, ga vzpodbuja, podpira in usmerja. Pogosto je v svoji stiski potreben tolažbe.

#### d) *tolažba*

Bolnika posluša z razumevanjem, s spoštovanjem, ljubeznijo in občutkom sprejetosti. Tako pripravljen bolnik gre v ordinacijo.

Sledi:

#### 2. *Vloga medicinske sestre po opravljenem pregledu*

Obseg tega dela je v veliki meri odvisem od stika z zdravnikom in pričakovanj, ki jih bolnik ima. Treba mu je marsikaj razložiti (napotnice, dietni režim, zdravila), pogosto pa ga tudi pomiriti če ni dobil vsega, kar je pričakoval, saj je pogosto diagnostični postopek dolgotrajen in zapleten.

Naslednja vloga medicinske sestre je

3. *socialna pomoč*, to je pomoč pri urejanju življenjskega okolja bolnika in njegovih svojcev.

#### 4. *Vloga medicinske sestre kot sodelavke in usmerjevalke*

V skupinah samopomoči prihaja v sedanjih kriznih časih do vedno večje veljave. Vzgoja v medsebojni pomoči je temelj za zdrave in pristne medčloveške odnose.

5. *Zdravstveno-vzgojna vloga* je usmerjena na dvig duševnega zdravja varovancev s poudarkom na zdravem in plodnem načinu življenja.

#### 6. *Pomoč svojcem*

Je sestavni del pomoči bolniku. Svojcem pomaga, da znajo pripraviti prijetno domače ozračje, da se znajo z bolnikom pogovarjati in da ga poskušajo razumeti.

Pogosto se svojci pritožujejo nad neustreznim vedenjem. Nerazumevanje za bolnikovo zdravstveno stanje poskusimo na razumljiv način razložiti in svetovati, kako ga naj sprejemajo. Ker to za svojce ni preprosto, jim stvari pogosto ponavljam in jih opogumljam.

Pri tem je zelo pomembno sodelovanje s patronažno medicinsko sestro.

#### 7. *Čakalnica*

Pomemben je tudi stik s čakajočimi bolniki v čakalnici, ker so nestrpni, nezadovoljni, v stiski. Pri tem so odprte številne možnosti iz zgoraj navedenega ravnanja medicinske sestre.

### *Dejavniki, ki vplivajo na delo medicinske sestre*

#### *Splošno in strokovno znanje*

Pomembno je stalno strokovno izpopolnjevanje, da delo ne postane rutinsko, monotono in odtujeno. Medicinskim sestram pogosto primanjkuje znanja. Z njim bi medicinska sestra koristila drugim, hkrati pa bi bila sama bolje zavarovana pred pritiski, ki jim je izpostavljena. Mislim predvsem na znanje o tem, kako prisluhniti, poslušati, kako se odzvati, kako podpreti bolnika. Pomembno je tudi, da zna prepoznati, kaj se dogaja v njej sami, kako zmanjšuje lastno tesnobo in sprošča lastno napetost, kako vzpostavlja zdrave stike in odnose z drugimi, kako pomembno je psihosocialno ozračje v delovnem okolju.

V zdravstvenih ustanovah v glavnem ni poskrbljeno za pomoč medicinski sestri ob njenih psihičnih stiskah.

#### *Odnos do dela:*

da ima voljo do dela, da je prizadevna, vztrajna, realna, dosledna in da ima občutek za opazovanje.

#### *Odnos do bolnika:*

humanost, empatija, pristopnost, komunikativnost, poštenost, ustvarjanje pozitivnega transfernega odnosa in sposobnost, da sprejme kritiko. Vse te lastnosti pripeljejo do bolnikovega zaupanja.

### *Poznavanje lastne osebnosti*

gojiti je treba zdrav, pozitiven odnos do sebe, zavedanje in sprejemanje same sebe. Brez samospoštovanja in nenehne izgradnje lastne osebe ni mogoče pričakovati primernega odnosa do drugih ljudi.

### *Življenjske in strokovne izkušnje*

mnogo jih je, so izkušnje, ki so posledica razočaranja nad ljudmi, izkušnje, ki pravijo, da se je vredno potruditi in biti z drugimi prijazen in dober, jim nekaj dati.

Sama že dobrih 20 let živim v kraju, kjer je tudi moje delovno mesto. Postala sem del teh ljudi, ob njih sem rasla in se bogatila. Danes doživljam potrditev uspešnosti svojega dela.

### *Trenutno enacionalno stanje medicinske sestre*

je odvisno od narave dela, od težav bolnikov in svojcev, od njene lastne tesnobe spriči trpljenja in boleznih, od odnosov v strokovnem timu, od konfliktov, od spodrsrljajev, ki imajo pri tem delu težje posledice kot pri drugih poklicih.

Medicinska sestra bo ob svojih stiskah, dvomih in težavah morala imeti možnost za pogovor, iz katerega bi črpala podporo in varnost, dodatno znanje in informacije.

*Družba na sploh*, se pravi politične razmere, socialna politika, gospodarska politika.

### *Metode dela*

Poleg že znanih metod (dispanzerske, zdravstveno-socialne) sta pomembni predvsem

### *Timska metoda dela*

Medicinska sestra je pomemben člen strokovnega tima, je vir informacij, ki ga zdravnik žal ne izkoristi vedno. Izredno je pomembno sodelovanje s patronažno službo. Mi sodelujemo tudi z dispanzerjem za psihohigieno.

### *Proces zdravstvene nege*

Kot nova, sodobna in mnogim še manj znana metoda prinaša tisto, kar je že od nekdaj manjkalo. Omogoča namreč natančno poznavanje bolnikovih potreb in želja, in sicer skozi načrtovanje dela in izvajanje tega, kar je za bolnika najboljše. Prve poskuse že izvajamo v praksi in kažejo nam pravo smer, vendar so še težave: kadrovske, materialne, časovne. Že samo poznavanje bistva procesa zdravstvene nege in pozitivna usmerjenost k njemu omogočata boljše kvaliteto, ker poudarjata bolnikovo individualnost.

### *Sklep*

Medicinska sestra ima vrsto vlog, in sicer vlogo specializiranega strokovnjaka, človeka, ki nudi psihično pomoč, ki pomaga ljudem v stiski, ki je pomočnik pri reševanju življenjskih problemov, vlogo svetovalke.

Torej v določenem smislu vlogo psihologa in socialnega delavca, pedagoga in vzgojitelja, ki posreduje svoje znanje in izkušnje, zdravstvenovzgojno motivira svoje bolnike in njihove svojce.

Njeno delovanje se odvija med zdravnikom in bolnikom, med interesi bolnika in njegovih svojcev, ob upoštevanju pravil delovanja zdravstvene ustanove in plačnikov.

Zelo pomembno je, da v tej množici vlog najde pravo razmerje za doseg osnovnega cilja, to je izboljšanje zdravstvenega stanja.

Marta Falež,  
višja medicinska sestra,  
Zdravstveni dom Maribor, Splošna ambulanta Rače

## VAROVANEC V DUŠEVNI STISKI S SAMOMORILNIMI NAGNENJI

O kriznem stanju govorimo, kadar pride do neugodne interakcije med osebnostnimi potezami posameznika in zunanjim okoljem. To pomeni, da je za oceno krizne situacije pomembno bolnikovo osebno počutje in osebno stališče in je povsem nebstveno, kako to osebno stališče doživlja nekdo, ki je v dialogu s človekom, ki je v krizni situaciji. Objektivno je lahko v naših očeh določena situacija povsem banalna, za bolnika, torej tistega, ki je v krizi, pa je hudo resna.

Kriza torej ne pomeni le situacije, ampak je tudi človekov odziv nanjo. Intervencija pri človeku v kriznem stanju je časovno omejena, aktivna, osredotočena na trenutni glavni problem človeka, ki je v krizi, v svoji aktivnost je ciljana in spremljana s toplo podporo.

Če naj bo pomoč v krizni situaciji ustrezna, mora biti kot vsaka medicinska pomoč ponujena pravemu bolniku, na pravem kraju, ob pravem času in na pravi način. V bistvu gre za hitro zdravstveno in/ali socialno intervencijo.

V krizni situaciji človeka občutki brezupa, nemoči ter nerešljivost problema silijo k takojšnji razrešitvi, kar pa se pogosto kaže kot poskus samomora ali uspel samomor. Oceniti in prepoznati je treba samomorilnost, zlasti njeno stopnjo samomorilnosti oziroma samo prisotnost.

Sam bolnik pogosto sporoča svoje samomorilne namene neposredno ali posredno. Če to vedenje pri sestrskem obisku prepoznamo, moramo nujno poiskati stik z bolnikovimi svojci. V nobenem primeru suicidalno ogroženega ne moremo zapustiti, organizirati moramo višjo zdravstveno pomoč, v takem primeru je najpogosteje najboljša rešitev zdravljenje v bolnišnici. Izrednega pomena je zdravstveno prosvetna vzgoja prebivalstva. Pri ljudeh je treba izkoreniniti mišljenje, da tisti, ki grozi s samomorom, samomora ne bo nikoli storil. Resnica je ravno nasprotna. Pri tem sta vloga zdravnika in patronažne medicinske sestre pri kompleksni obravnavi družine izrednega pomena.

*Primarna prevencija* torej zajema dolgoročna prizadevanja, ki slonijo na večletnih raziskovanjih in analizah samomorilnosti in zahteva povezano delovanje raznih strokovnih služb v različnih smereh.

*Sekundarna prevencija* zahteva posebno skrb za osebe, za katere menimo, da so samomorilno bolj ogrožene.

*Tercialna prevencija* je reševanje tistih, ki so poskušali storiti samomor, to pa je naloga dobro organizirane zdravstvene službe.

– Prvi stik med patronažno medicinsko sestro in varovancem v kriznem stanju se v večini primerov vzpostavi prek *urgentnega zajetja*. Stik lahko poišče varovanec sam.

Naročniki obiska so lahko tudi drugi, ki so zaznali, da je varovanec v kriznem stanju, in menijo, da mu je pomoč pri reševanju krize potrebna.

– Stik z varovancem v kriznem stanju je lahko *naključen*, ko patronažna medicinska sestra planirano obiše katerega od svojih varovancev, na primer starostnika, invalida, nosečnico ali koga drugega, pa se ji ob obisku razkrije krizno stanje.

Patronažna medicinska sestra mora obiski pri varovancu v kriznem stanju opraviti čimprej oziroma takoj.

Informacije o varovancu v kriznem stanju in njegovi družini dobi:

1. Iz razgovora z varovancem. Te informacije so najpogosteje neobjektivne. Pomembno je, da je patronažna medicinska sestra pripravljena varovancu v kriznem stanju prisluhiniti. Ob tem, ko varovanec razkrija duševno stisko, se v njem sprošča napetost.

2. Informacije, ki jih dobi od drugih oseb, na primer svojcev, znancev, zdravstvenih delavcev, sodelavcev . . .

3. Informacije iz dokumentacije.

Te dodatne informacije do lahko zbrane že prej, pred krizo. Dopolni jih po obisku, ko je presodila, da varovanec ni v kriznem stanju, ali pa se je iz njega rešil. Mirno lahko pristopi k reševanju razmer, ki so do krize pripeljale.

Če želi biti patronažna medicinska sestra pri reševanju problemov ljudi v kriznem stanju čim uspešnejša, mora sodelovati z vsemi, ki lahko pri reševanju kriznega stanja ali okoliščin sodelujejo. To pa so:

- zdravstveni delavci,
- socialni delavci,
- delovne organizacije,
- izobraževalne in vzgojne ustanove,
- humanitarne organizacije.

S kom se bo patronažna medicinska sestra povezovala, je odvisno od pristopa k reševanju problema. V začetnem obdobju skuša predvsem vplivati na samega varovanca, kasneje pa vključuje tudi druge strokovnjake: splošnega zdravnika, psihiatra, psihologa in druge. Pri odstranjevanju vzrokov, ki so varovanca pripeljali v krizno stanje, pa vključuje socialne in druge službe.

Pri obravnavi varovanca v kriznem stanju patronažna medicinska sestra v prvi vrsti uporablja:

- metodo procesa zdravstvene nege, pri kateri mora obvladati vse elemente metode pogovora,
- timsko metodo dela,
- zdravstveno vzgojo.

Pri varovancu v kriznem stanju patronažna medicinska sestra ne sledi osnovnim splošnim ciljem, kakor sicer pri obravnavi svojih varovancev. Položaj je treba REŠEVATI TAKOJ, SEDAJ IN TUKAJ!

Specifični cilji, ki si jih zastavi pri varovancu v kriznem stanju, so:

- kratkoročni cilj je, da varovanec premaga krizno stanje in pri tem čim manj pretrpita on sam in njegova okolica,
- dolgoročni cilj je preprečevanje situacij, ki bi lahko ponovno pripeljale v krizno stanje. Specifične naloge pri varovancu v kriznem stanju pa so:
  - takojšen pristop k reševanju kriznega stanja s pogovorom in usmerjanjem varovanca,
  - pomoč pri reševanju težav, ki so pri varovancu povzročile krizno stanje.

Primer obravnave varovanca v kriznem stanju

*Obisk pri nočehnici J.M. sem opravila kmalu po obvestilu, ker sem iz zbranih podatkov zasledila, da je srednješolka. Pred leti sem že bila v tej družini.*

*Pozvonila sem.*

*Na vratih se je pojavila J.M.. V nekaj trenutkih me je prepoznala. V obraz je pobleдела.*

*Ustnice so se ji spačile v prisiljen nasmeh.*

*– Dober dan! Ste doma? Vas sem prišla obiskat v zvezi z nosečnostjo.*

*– Oh, da! Vstopite.*

*Sedli sva v kuhinji za mizo.*

*– Kako ste?*

*Skušala sem se nasmehnuti, kljub temu, da sem v zraku čutila napetost.*

*– Dobro... Ah, saj ne vem.*

*– Ali je kaj narobe?*

*– Ne vem... Vse je narobe.*

*– Imate težave v šoli?*

*– Ne...*

*– Kaj pravijo v šoli na vašo nosečnost?*

*– Ah, saj ne vedo... Nosečnost bi prekinila, pa je prepozno... Teга otroka si ne želim...*

*Prezgodaj je še...*

*Glas se ji je tresel, oči so se ji zarosile... Zdaj, zdaj bo planila v jok...*

- *Najraje bi vse skupaj prekinila... Tega ne prenesem!*
- *Kdo je še doma?*
- *Starši in starejša sestra.*
- *Se razumete?*
- *Oče je strog.*
- *Kako so sprejeli vašo nosečnost?*
- *Še ne vedo... Bojim se.*
- *Bi vam pomagali?*
- *Ne vem... Pa saj ni važno... Zame je vsega konec...*
- *S fantom se videvata?*
- *On me ne razume... (jok)... Prekinila sva.*
- *Kaj vas najbolj teži?*
- *Ah, vse je narobe... Tega otroka ne želim...*
- *Hodite na ginekološke preglede?*
- *Da.*
- *In nosečnost v redu poteka?*
- *Da, samo malo mi je slabo.*
- *Bi vam starši pomagali?*
- *Ne vem... Morda... Bi.*
- *Zakaj se ne pogovorite z njimi?*
- *Bojim se, da me ne bi razumeli.*
- *Poznam jih. Mislim, da bi vam pomagali.*
- *Morda. Ne vem, kako naj jim povem.*
- *Želite, da sodelujem pri razgovoru?*
- *Prosim! Bilo bi lažje.*
- *Kdaj pridejo starši domov?*
- *Mama bi morala biti vsak čas doma.*
- *Počakala bom.*

Pri pogovoru z mamo, ki ga je imela J.M. ob moji prisotnosti, se je pokazalo, da je bil strah J.M. neupravičen in da ji bo mama pri vzdrževanju in vzgoji otroka stala ob strani.

Za konec naj poudarim, da je pri razreševanju kriznih stanj vloga patronažne medicinske sestre izjemno vilika. Pogosto se prva sreča z ljudmi, ki so v duševni stiski, in tako mora oceniti, ali lahko sama razreši krizo ali pa je potrebna pomoč splošnega zdravnika ali psihiatra ali pa je potrebna takojšnja naporitev v bolnišnico, kadar je suicidna ogroženost izredno velika, ni pa drugih, ki bi lahko priskočili na pomoč.

Pri tem je torej treba pravilno dojeti situacijo in primerno ukrepati. »Tako se znajdemo mi, kakor pravi Milčinski, ki nam je delo z ljudmi poklic, v situaciji, da tem ljudem nudimo oporo in da jim pokažemo, ali pa le odpremo oči, da vidijo trdne točke, ki jim omogočajo razrešitev kriznega stanja.«

Sicer pa, pri odločitvah je človek vedno sam.

Marija Javorič,  
patronažna medicinska sestra,  
Zdravstveni dom Slovenska Bistrica