

POMOC MEDYCZNA W CZASIE TRWANIA KRYZYSU HUMANITARNEGO

Wstęp

Świat niemalże codziennie nękany jest różnego typu zdarzeniami takimi, jak: katastrofy naturalne i antropogeniczne, napięciami o charakterze militarnym wewnątrz państw jak i zewnętrznymi, międzynarodowymi. Rodzi to problem powstających kryzysów humanitarnych, które sięgają postrach wśród społeczności nie jednego państwa. Wiele regionów świata jest lub było pogrążonych w takich kryzysach. Dotyka to przede wszystkim państw należących do tak zwanego trzeciego świata, gdzie pomoc humanitarna przydaje się ze zdwojoną siłą. Pomoc ta jest przede wszystkim oparta na ratowaniu i ochronie życia w czasie klęsk i katastrof naturalnych lub wywołanych działalnością człowieka. Wiąże się to z pomocą medyczną oraz sanitarną.



Rys.1. Okoliczności świadczenia pomocy humanitarnej

Medyczna pomoc humanitarna opiera się na zasadach, które możemy podzielić na:

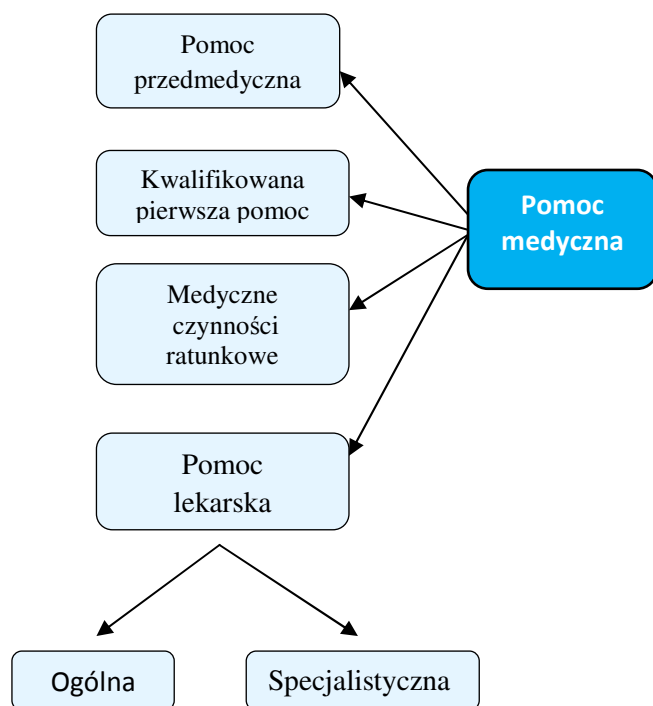
- zasadę nadrzędną polegającą na poszanowaniu i ochronie godności wszystkich poszkodowanych;
- zasady szczegółowe, do których możemy zaliczyć:
 - zasadę humanitaryzmu - jednostkę ludzką należy traktować humanitarnie w każdych warunkach, czego przejawem jest ratowanie życia ludzkiego i niesienie ulgi w cierpieniu, przy jednoczesnym poszanowaniu jednostki;
 - zasadę bezstronności - podstawą niesienia pomocy musi być wyłącznie zaistniała potrzeba, udzielanie pomocy medycznej nie może być uzależnione od narodowości, rasy, wyznania ani poglądów politycznych;
 - zasadę neutralności - udzielanie pomocy medycznej nie łączy się ze wspieraniem jednej ze stron konfliktu zbrojnego lub innego sporu, w trakcie którego organizowana jest pomoc humanitarna;
 - niezależność - oznaczającą autonomię celów humanitarnych, politycznych, gospodarczych i militarnych.

W krajach rozwiniętych pomoc medyczna wkracza w coraz to wyższy stopień zaawansowania.

Powstają specjalistyczne kliniki, tworzone są centra urazowe wraz z szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, większa część społeczeństwa potrafi udzielić pierwszej pomocy (pomocy przedmedycznej) drugiej osobie. Definicja pomocy medycznej brzmi następująco: "zespół czynności wykonywanych w celu ratowania i ochrony życia i zdrowia ofiar wszelkiego rodzaju wypadków i zachorowań za pomocą dostępnego sprzętu przez świadków zdarzenia a następnie przez personel medyczny." W zależności od stopnia zaawansowania czynności jakie są wykonywane pomoc medyczną możemy podzielić na cztery rodzaje. Podział pomocy medycznej ze względu na specyfikę przedstawiono na rys. 2.

¹ Mgr inż. Wojciech Drewek, AMW Gdynia

Pierwsza pomoc przedmedyczna to wszystkie czynności jakie wykonują świadkowie zdarzenia za pomocą dostępnych przedmiotów medycznych, zazwyczaj nie mają oni wykształcenia medycznego. Pomoc świadków działań medycznych jest nieodzowna, uratowała niejedno życie.. Kolejnym etapem niesienia pomocy, już bardziej zaawansowanym jest kwalifikowana pierwsza pomoc, która prowadzona jest przez ratownika w ramach wykonywanej pracy lub każdego innego przypadku zagrożenia zdrowia lub życia jakiego był świadkiem. Mówiąc o ratowniku mamy na myśli osobę posiadającą kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy, czyli mającą podstawową wiedzę dotyczącą pomocy medycznej. W tym rodzaju pomocy występują już czynności bardziej zaawansowane typu resuscytacja krążeniowo – oddechowa, użycie podstawowych sprzętów medycznych (AED, deska ortopedyczna). Jednak najbardziej zaawansowane działania medyczne występują w medycznych czynnościach ratunkowych oraz pomocy lekarskiej. Ten pierwszy rodzaj to działania prowadzone przede wszystkim w terenie na miejscu zdarzenia bądź w jego pobliżu przez wykwalifikowany personel medyczny.



Rys.2. Podział pomocy medycznej ze względu na wykonywane czynności

Pomoc lekarska dzieli się również na podstawową, gdy mamy do czynienia z lekarzem ogólnym oraz pomoc specjalistyczną z lekarzami o wąskim bądź też szerokim zakresie specjalności.

Wszystkie wyżej wymienione rodzaje pomocy medycznej powinny się ze sobą łączyć. Powoduje to

lepszą opiekę nad poszkodowanym i nie wprowadza chaosu w szeregi służb medycznych. Ważna jest tutaj odpowiednia diagnoza i decyzja w sprawie postępowania z poszkodowanym.

Pomoc medyczną można podzielić ze względu na zakres otrzymywanej pomocy czy też wykonywanych procedur oraz ze względu na szybkość otrzymania tej pomocy. A więc tak, biorąc pod uwagę pierwszy podział można wyróżnić pomoc medyczną na podstawową oraz specjalistyczną. Podstawowa to taka, w której mamy do czynienia z drobnymi zabiegami, natomiast pomoc specjalistyczna to taka, w której występują czynności inwazyjne oraz ratujące życie wykonywane przez personel medyczny wyższego stopnia. Drugi podział dotyczy czasu w jakim pomoc dotarła do poszkodowanego. Wszystko jest dobrze, gdy przebieg udzielania pomocy przebiega wg przyjętego scenariusza. Problem występuje gdy pomoc musi zostać udzielona nagle, w trybie natychmiastowym. Musimy pamiętać o tym, że ważną cechą pomocy medycznej jest ograniczenie czasu. Mówi się o „złotej godzinie” czyli okres czasu od wystąpienia wypadku do trafienia ofiary na stół operacyjny jeżeli jest taka potrzeba. Jest to okres najważniejszy dla poszkodowanego, ponieważ to właśnie wtedy wiadome jest czy przeżyje czy nie.

Obok pomocy medycznej występuje również pomoc sanitarna, która jest równie ważna. Mając na myśli pomoc sanitarną chodzi nam głównie o działania z zakresu zdrowia publicznego, poprzez: dostarczanie środków niezbędnych do życia, utrzymanie warunków przeciwepidemicznych, sprawowanie kontroli i nadzoru nad warunkami higieny w różnych dziedzinach życia. Podczas wystąpienia kryzysu humanitarnego, gdzie już nic nie ma do ratowania, środki podstawowe takie jak woda, żywność, schronienie i higiena osobista odgrywają najważniejszą rolę. Każdy człowiek ma prawo do dostępu do wody oraz żywności. Utrzymanie warunków przeciwepidemicznych polega na dbaniu o czystość miejsc przebywania ludności, organizowaniu szczepień ochronnych, a także leczeniu osób zakażonych oraz prowadzeniu odpowiedniej dezynfekcji.

W chwili wystąpienia kryzysu prowadzenie kontroli i nadzoru nad warunkami w jakich przebywa ludność nie wydaje się być ważne. Jest to jednak błędne myślenie, ponieważ w późniejszych etapach niesienia pomocy, może to być powodem wybuchu dodatkowych epidemii i śmierci wielu osób.

Wszystko jednak nie wygląda tak jakbyśmy tego chcieli. Udzielanie pomocy humanitarnej na świecie wiąże się z ryzykiem. Najnowsze dane

pokazują, że nie tylko wzrasta liczba odnotowywanych klęsk żywiołowych i katastrof spowodowanych działalnością człowieka, ale nasilają się też trudności i ryzyko świadczenia pomocy humanitarnej. Dotarcie do osób poszkodowanych w wyniku klęski żywiołowej lub katastrofy staje się z roku na rok coraz trudniejsze i coraz bardziej niebezpieczne. Musimy pamiętać o tym, że kryzysy humanitarne występują w miejscach gdzie pomoc medyczna i sanitarna jest zazwyczaj na niskim poziomie lub nie ma jej wcale oraz że kryzys występuje zazwyczaj nagle. Stwarza to problem, ponieważ aby zapewnić taką pomoc w rejonie kryzysu potrzebne są olbrzymie nakłady finansowe spowodowane szybkim przetrzuceniem personelu, sprzętu medycznego, w rejon kryzysu – szybko nie znaczy ekonomicznie. W momencie wystąpienia kryzysu ratownicy działają za pomocą różnorodnych schematów. Jednym z ważniejszych schematów jest postępowanie podczas takiego kryzysu. Całe planowanie akcji zaczyna się od analizy sytuacji, czyli rozpoznania z czym mamy do czynienia, co jest problemem z jakim musimy się uporać. Kolejnym krokiem jest ocena potrzeb:

- Kogo kryzys dotknął ?
- Na jakie dziedziny życia społeczności wpłynął?

Krótko mówiąc co będziemy musieli dostarczyć na miejsce kryzysu. Następnie projektujemy plan działania, co i w jaki sposób będziemy wykonywać i musimy określić cele, co chcemy osiągnąć podczas prowadzenia akcji ratunkowej. Potem następuje przydzielenie ról i obowiązków, po to aby każdy wiedział, jakie ma zadania i za co jest odpowiedzialny. Po to aby to wszystko mogło zadziałać potrzebne są niestety pieniądze, które również w kryzysie humanitarnym odgrywają największą rolę. Także kolejnym działaniem w schemacie postępowania powinno być zaplanowanie kosztów oraz apel o środki finansowe. Gdy już zdobędziemy odpowiednie środki i pieniądze należy taki plan wdrożyć w życie. Realizując założony plan potrzebna jest jego kontrolowanie (monitoring) oraz jeżeli jest taka możliwość poprawy jakości wykonywanych zadań wraz z upływem czasu.

Po przeprowadzeniu takiej akcji ratunkowej powinno się przeprowadzić ocenę efektów działania oraz sporządzić raporty. Robi się to wszystko po to aby w przyszłości uniknąć błędów i w jak najlepszy sposób przeprowadzić akcję ratunkową i ogarnąć taki kryzys.

Na świecie działa wiele organizacji niosących pomoc w razie wystąpienia kryzysu. Pieniądze na organizacje pomocowe przekazywane są przede wszystkim z dotacji i dobrowolnych składek. Organizacje te działają w celu niesienia pomocy ofiarom kryzysu. Agendy, które niosą pomoc medyczną oraz sanitarną

mają ogromne znaczenie w łańcuchu przeżycia ofiar. To dzięki nim na miejsce kryzysu trafiają rzeczy oraz osoby najbardziej potrzebne, dzięki nim poszkodowani mają co zjeść i w co się ubrać. Do takich organizacji należą między innymi: Światowa Organizacja Zdrowia(WHO), Światowy Program Żywnościowy(WFP), Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (ang. United Nations Children's Fund - UNICEF), a także Unia Europejska, Międzynarodowy Czerwony Krzyż i Półksiężyc, Polska Akcja Humanitarna czy też Lekarze bez granic. Każda z tych oraz wielu innych organizacji dodaje od siebie cegiełkę dzięki której przeżycie ofiar konfliktu staje się bardziej prawdopodobne.

Światowa Organizacja Zdrowia wydaje się być tą najważniejszą agendą w niesieniu pomocy sanitarno-medycznej. Odpowiedzialna jest za ocenę potrzeb zdrowotnych ludzi pokrzywdzonych przez los, zapewnienie informacji i asystowanie w koordynacji i planowaniu działań. WHO jest także odpowiedzialne za nadzór epidemiologiczny, kontrolę epidemii (w tym HIV/AIDS), dostarczanie leków i sprzętu medycznego. Współpracuje z krajowymi ministrami zdrowia i organizacjami pozarządowymi. Zapewnia szczepionki, apteczki, zestawy chirurgiczne i środki do leczenia chorych. Jednak to Unia Europejska mimo tego, że nie bierze bezpośredniego udziału w dostawach sprzętów to przeznacza bardzo ogromne wkłady finansowe. Tylko w 2012r. Unia udzieliła pomocy 122 mln osób z ponad 90 krajów spoza UE. Zamiast interweniować bezpośrednio na miejscu UE wspiera finansowo ok. 200 partnerów, w tym wyspecjalizowane agencje Organizacji Narodów Zjednoczonych.

UNICEF nie tylko niesie pomoc dzieciom, ale też dostarcza: surowce, wodę pitną, moskitiery, szczepionki, witaminy odżywkę itp.

Międzynarodowy Czerwony Krzyż oraz Półksiężyc jest ważnym uczestnikiem w ratownictwie medycznym poszkodowanych. Ich działania skupiają się przede wszystkim na opiece nad rannymi, chorymi. Agenda ta prowadzi również działalność edukacyjną w celu uświadamiania społeczeństwa w niesieniu pomocy poszkodowanym po przez organizowanie kursów ratowniczych, szkolenie sanitariuszy, szerzeniu oświaty zdrowotnej, organizowaniu krwiodawstwa. Pomoc innych wyspecjalizowanych Agend związanych jest z przekazywaniem na miejsce kryzysu różnych surowców i materiałów, które gwarantują przeżycie poszkodowanym.

Charakterystyka problemów zdrowotnych

Niestety oprócz kryzysów humanitarnych współczesne społeczeństwo musi zmagać się z wieloma chorobami, które pomimo ogromnego postępu medycyny nadal są nieuleczalne i sięją spustoszenie wśród ludzi. Choroba czyli jakiegokolwiek odstępstwo od pełni zdrowia organizmu.

Musimy pamiętać o tym że każdy region świata, kontynent zмага się z innymi chorobami i problemami zdrowotnymi. Warunkowane jest to przez wiele czynników wpływających na życie społeczeństw. Do najważniejszych z nich należą: warunki finansowe, demograficzne, klimatyczne, polityczno- kulturowe, styl życia oraz postęp cywilizacyjny i technologiczny.

Mówiąc o warunkach finansowych mamy tutaj przede wszystkim biedę. Oczywiście rzeczą jest że regiony trzeciego świata mają ogromne problemy z rozprzestrzeniającymi się chorobami. Bieda wpływa negatywnie na walkę z nimi. Wiąże się to z brakiem wody bądź też dostęp do wody spożywczej, nadającej się do konsumpcji. Innym problemem w krajach biednych jest nie wystarczająca opieka zdrowotna bądź też jej brak. Ludziom brakuje lekarstw oraz odpowiednich lekarzy. Kolejną przyczyną w różnorodności występowania chorób jest klimat, który sprzyja rozwijaniu się chorób zakaźnych (w strefach tropikalnych). W klimacie ciepłym występują niespotykane nigdzie indziej na Ziemi bakterie i wirusy, a także owady które niosą ze sobą śmiertelne choroby np. malaria.

Dostęp do coraz lepszej opieki medycznej, leków, zmniejszenie śmiertelności niemowląt i dzieci, umiejętność leczenia chorób wieku podeszłego, dzięki czemu znacznie wydłużyła się długość życia ludzkiego, również są powodami zwiększenia liczby ludności świata. Jednak nie we wszystkich krajach świata przyrost demograficzny jest taki sam, jak dostęp do opieki medycznej i leków. Najmniejszy przyrost jest w krajach wysoko rozwiniętych, a największy w krajach ubogich, gdzie ludzie utrzymują się za mniej niż jednego dolara dziennie i nie mają możliwości na prowadzenie leczenia. Powoduje to, że takie społeczeństwa narażone są na różne epidemie czy też pandemie.

Ważną sprawą w unikaniu chorób jest indywidualne podejście jednostki do prowadzenia stylu życia. Powinniśmy prowadzić zdrowy tryb życia polegający na właściwym odżywianiu, unikaniu odżywek i uprawianiu sportu. Wydaje się to być łatwym warunkiem do spełnienia, ale nie zawsze tak jest. Z stylem życia wiąże się postęp cywilizacyjny i technologiczny. Wraz z tym postępowaniem społeczeństwa mając wiele dogodności

przestają o siebie dbać. Same te dogodności niekiedy produkują zanieczyszczenia powodujące zatrucie środowiska.

Kontynentem który ma najmniejsze problemy z chorobami jest Europa. Jest to region dobrze rozwinięty pod względem ekonomicznym, przestrzegający zasad higieny, leżący w strefie klimatycznej omijanej przez klęski żywiołowe. Choroby jakie występują głównie w Europie to: choroby cywilizacyjne, choroby układu krążenia, uzależnienia oraz choroby nowotworowe. Pierwsze trzy grupy chorób związane są z prowadzeniem złego trybu życia przez ludzi bądź też wynikające z zaawansowanego wieku chorego.

Największymi problemami występującymi w Afryce to: bieda, podział kulturowy, polityczny, religijny, które przekładają się na konflikty zbrojne. Jest on dziesiątkowany przez wiele chorób związanych z biedą, niedożywieniem, nieprzestrzeganiem podstawowych warunków higieny, a na to wszystko nakłada się jeszcze brak wody konsumpcyjnej.

Na świecie ponad 800 milionów ludzi jest pozbawionych dostępu do wody(głównie Afryka i Azja). Kryzys w dostępie do wody pitnej nasila się także w związku ze wzrostem liczby ludności. Od połowy XX wieku, na skutek eksplozji demograficznej, populacja naszej planety potroiła się. Wynika z tego, że jedna ósma mieszkańców Ziemi cierpi z powodu pragnienia i chorób wywołanych spożywaniem zanieczyszczonej wody. 28 czerwca 2010 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło rezolucję, w której uznano dostęp do czystej wody i sanitariatów jako prawo człowieka. A jak wygląda problem głodu? Według Światowego Programu Żywności (WFP) 925 milionów ludzi na świecie jest niedożywionych. Oznacza to, że co 7 mieszkańców ziemi nie ma dostępu do wystarczającej ilości pożywienia, aby zaspokoić fizyczny głód i prowadzić aktywne życie społeczne i zawodowe.

Choroby jakie występują w Afryce to choroby tropikalne(malaria, dur brzuszny, ameboza, gorączki krwotoczne), choroby zakaźne(HIV/ AIDS, gruźlica) oraz wiele innych chorób związanych z problemem dostępu do wody i żywności. Choroby zakaźne dotyczą coraz większej ilości osób. Z danych wynika z tego, że AIDS, HIV czy też gruźlica zwiększają swoją liczbę ofiar. Jak mówi Światowa Organizacja Zdrowia w 2010 roku 6,7 miliona osób zmarło z powodu chorób zakaźnych, a prawie 3 miliony rocznie zaraża się wirusem HIV. Na te choroby jeszcze współczesna medycyna nie ma szczepionek ani lekarstw. Przed zarażeniem się wirusem HIV chroni nas przede wszystkim abstynencja seksualna lub odbywanie stosunków tylko z niezakażonymi osobami, używanie prezerwatywy.

tyw(Światowa Organizacja Zdrowia WHO podaje, że skuteczność prezerwatyw w zapobieganiu HIV to 80-95%),powstrzymanie się od zażywania narkotyków przyjmowanych dożylnie lub używanie sterylnych igieł i strzykawek.

Jeżeli chodzi o malarię jest to choroba, która zbiera największe żniwa wśród ludności Afryki. Należy do grupy chorób o podłożu pasożytniczym. Przenoszona jest między osobami chorymi i zdrowymi przez samice komarów z rodzaju *Anopheles*. Jak jej przeciwdziałać? Malarone – lek o działaniu biobójczym na znajdujące się we krwi i wątrobie pasożyty malarii, stosowany w zapobieganiu malarii, w krajach trzeciego świata stosowany jest w jej ostrej fazie. To główny sposób przeciwdziałania malarii. Inne metody to: unikanie największej aktywności komarów (pora deszczowa), odpowiedni ubiór, moskitiery nasączone specjalnym środkiem owadobójczym, specjalne nawozy owadobójcze oraz specjalne drzewa zabijające komary.

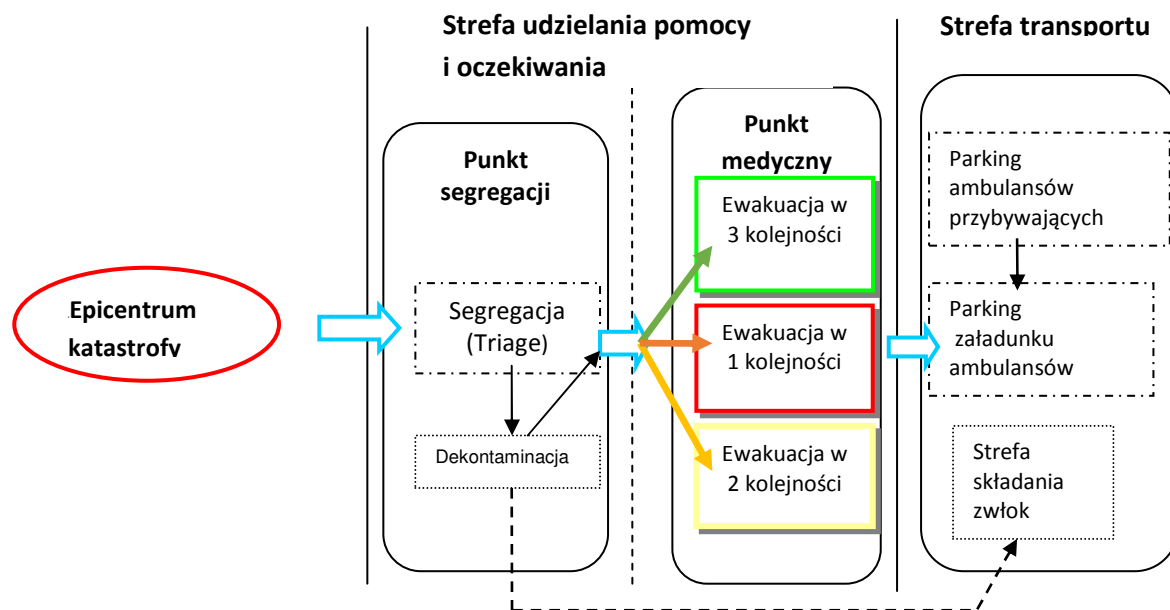
Można powiedzieć, że Azja ma podobne problemy co Afryka jednak nie są one aż tak nasilone jak w tamtym regionie świata. Ponad połowa wszystkich chorych (59%) to mieszkańcy Azji. Najwyższe współczynniki zapadalności na gruźlicę występują w Afryce subsaharyjskiej. Gruźlica nie ustępuje w państwach Ameryki Płd., basenu Morza Śródziemnego – wskaźniki zapadalności 50-80/100 tys., natomiast w krajach rozwiniętych (Europa, Ameryka Płn., Australia) 10-15/100 tys. Gruźlica jest chorobą biedy, ponieważ rozwija się głównie w środowisku brudnym i zanieczyszczonym. Jest to powszechna i potencjalnie śmiertelna choroba zakaźna, wywoływana przez prątką gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*). Gruźlica dotyczy najczęściej płuc. Leczenie tej jednostki chorobowej polega na: odnajdywaniu i ocenie stanu osób, które miały kontakt z pacjentami chorymi na gruźlicę, prowadzeniu badań wśród grup wysokiego ryzyka, metodą u ludzi jest również prowadzenie akcji szczepień szczepionką BCG. Znaczenie w zapobieganiu ma także przestrzeganie higieny pomieszczeń (wietrzenie, a w placówkach opieki zdrowotnej dodatkowo używanie lamp nadfioletowych). W obszarach tropikalnych częstość występowania atypowych form mykobakterii jest wysoka i daje to pewien stopień ochrony przeciw gruźlicy. Leczenie przeciwgruźlicze ma kilka podstawowych celów: szybkie zwalczanie prątków powodujących obecną chorobę, zapobieganie lekooporności, eliminacja prątków pozostających w organizmie w stanie latentnym (zapobieganie późniejszej reaktywacji zakażenia).Podstawową metodą leczenia gruźlicy jest stosowanie leków przeciwgruźliczych i przeciwzapalnych, które podane we wczesnej fazie choroby

i prowadzone zgodnie z zaleceniami doprowadzają do wyleczenia ok. 90% chorych.

Natomiast obie Ameryki walczą z chorobami cywilizacyjnymi. Jedynym z większych problemów występującym w Ameryce a konkretniej w Stanach Zjednoczonych jest otyłość. Statystyki mówią, że ponad 50% społeczeństwa ma nadwagę i otyłość. Niestety dotyczy to także dzieci i młodzieży co w późniejszych czasach może być powodem wielu chorób jakie wywołuje otyłość. Wynika z tego, że Amerykanie powinni zmienić swoje nawyki żywieniowe jeżeli zależy im na społeczeństwie zdrowych ludzi.

Zasady planowania i organizowania pomocy medycznej i sanitarnej

Pierwsza pomoc, kwalifikowana pierwsza pomoc oraz medyczne czynności ratunkowe wykonywane są w ramach systemu ratownictwa medycznego. Pomoc lekarska następuje zazwyczaj w późniejszych etapach postępowania z pacjentem. W przypadku zdarzeń o charakterze masowym pomoc medyczna, z racji dużej liczby poszkodowanych i chorych oraz z uwagi na ograniczony potencjał medyczny, zawężana jest do tzw. względów życiowych, a wszyscy poszkodowani podlegają segregacji medycznej rys. 3. Jest ona niezbędnym elementem działań ratowniczych w zdarzeniach masowych. Ma na celu wyszukanie wśród ofiar zdarzenia poszkodowanych w stanie zagrożenia życia i tym sposobem umożliwienie im uzyskania pomocy medycznej w pierwszej kolejności.



Rys. 3. Strefa działania ratowników medycznych

Celem segregacji jest uporządkowanie medycznych działań ratowniczych. Dzięki temu personel medyczny może udzielić pomocy medycznej zwiększonej liczbie poszkodowanych i rannych, zwłaszcza osobom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. W warunkach poza szpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Medyczne czynności ratunkowe są realizowane przez lekarzy, pielęgniarki systemu ratownictwa medycznego oraz przez ratowników medycznych. Służby ratownicze muszą być przygotowane na działania w warunkach ekstremalnych, jak to ma miejsce w wypadkach masowych.

W zdarzeniach tego typu nie jesteśmy w pierwszej chwili w stanie udzielić pomocy medycznej wszystkim poszkodowanym, mimo specjalnie wypracowywanych na zdarzenia tego typu procedur medycznych. Duża liczba poszkodowanych oraz wielkość doznanych przez nich obrażeń stwarzają trudności służbom ratunkowym, które kierując się zasadą - uratować jak najwięcej poszkodowanych, często zmuszone są do stosowania kompromisów medycznych. W praktyce oznacza to, iż odstępujemy od leczenia ofiar, których szanse na przeżycie są znikome.

Jednak żadna akcja ratunkowa pomimo zastosowania najnowszego sprzętu i wykwalifikowanego personelu nie będzie sprawnie i efektywnie przebiegać bez zapewnienia bezpieczeństwa ratownikom oraz koordynacji i rzetelnego przepływu informacji pomiędzy służbami.

Na świecie działają różnego rodzaju organizacje które oferują pomoc medyczną dla krajów dotkniętych przez wojny, epidemie lub katastrofy naturalne, jedną z nich jest organizacja "Lekarze bez granic" (jest to organizacja pozarządowa, z fr. Medecins Sans Frontières - MSF, z ang. Doctors Without Borders - DWB). Założono ją 1971 roku przez francuskich lekarzy. Główna idea "wszyscy ludzie mają prawo do opieki medycznej i prawo to jest ważniejsze od granic państwowych". Już na samym początku wyraźnie dominowały dwa kierunki obszaru działań organizacji, mianowicie zapewnienie pomocy medycznej w różnego rodzaju katastrofach oraz pokazanie całemu światu trudnych warunków życia mieszkańców dotkniętych katastrofą. Lekarze działają w ponad osiemdziesięciu krajach, a szczególnie w krajach trzeciego świata. Pozyskują pieniądze od osób prywatnych, a działają w niej wolontariusze i stali pracownicy. Udzielają pomocy medycznej w strefach katastrof naturalnych i walk, gdzie przedstawiciele innych humanitarnych organizacji opuścili ten teren z obawy o własne życie. Zasady, którymi kieruje się organizacja to udzielanie pomocy medycznej ludziom zagrożonym utratą zdrowia lub nawet życia, ofiarom katastrof, epidemii i konfliktów zbrojnych i bez względu na wyznanie religijne, kolor skóry czy przekonania polityczne. Członkowie zobowiązują się przestrzegać zawodowego kodeksu etycznego oraz utrzymać niezależność od wszelkich władz ekonomicznych, religijnych, politycznych. Wolontariusze muszą sobie zdawać sprawę z niebezpieczeństwa i ryzyka co do podejmowanych przez nich misji,

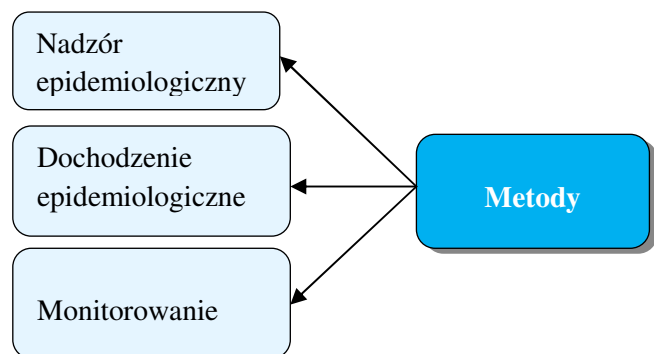
a także nie mogą domagać się o rekompensatę poza tym co oferuje MSF. Organizacja posiada swoje oddziały w dziewiętnastu krajach. Tak zwane "oddziały operacyjne" (jest ich pięć) bezpośrednio kontrolują realizację celów w terenie, decydują kiedy i gdzie jest potrzebna pomoc medyczna oraz w którym momencie trzeba zakończyć pomoc humanitarną. Oddziały te znajdują się w Belgii, Francji, Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii. Trzydzieści pozostałych oddziałów (nieoperacyjnych) stacjonuje w: Australii, Austrii, Kanadzie, Danii, Niemczech, Grecji, Hong Kongu, Włoszech, Japonii, Luksemburgu, Norwegii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Do ich zadań należy: rekrutowanie wolontariuszy, zdobywanie pieniędzy na działania oraz organizowanie publicznych projektów pomocowych i edukacyjnych w imieniu dotkniętych katastrofą społeczności. Dzięki takiej ilości placówek MSF posiada dużą zasobność personalną, finansową i logistyczną. Wolontariusze często pracują w bardzo odległych zakątkach świata, misja trwa zwykle od 6 do 12 miesięcy. Organizacja funduje im wyżywienie i pokrywa ich wydatki, dostają oni skromne wynagrodzenia. Na misjach współpracują z miejscową służbą zdrowia i innymi lokalnymi, często międzynarodowymi organizacjami pomocowymi. Co roku ponad 27 tysięcy wolontariuszy (wśród których są: lekarze, pielęgniarki, epidemiolodzy, technicy laboratoryjni, psychologowie, logistycy, administratorzy, specjaliści do zapewnienia warunków sanitarnych i wody oraz inni przedstawiciele medycyny i pozamedycyny) bierze udział w prawie 5 tysiącach różnych misji humanitarnych.

W sytuacjach kryzysowych "Lekarze bez granic" zapewniają podstawową opiekę zdrowotną i rehabilitację, uruchamiają szpitale i różne ośrodki zdrowia, przeprowadzają zabiegi chirurgiczne, zwalczają epidemię, prowadzą szczepienia, organizują żywność oraz oferują wsparcie psychologiczne. Także w razie potrzeby dostarcza czystą wodę pitną i materiały do budowy schronień. MSF jest często pierwszą organizacją, która dociera na miejsce katastrofy. Zaplecze logistyczne organizacji daje gwarancje, że zespoły, które docierają na miejsce są wyposażone w specjalistyczne wyposażenie medyczne i wyposażenie do szybkiego ratowania ludzkiego życia. Ekwipunek jest dostosowany do sytuacji polowych, specyficznych warunków geograficznych i klimatu.

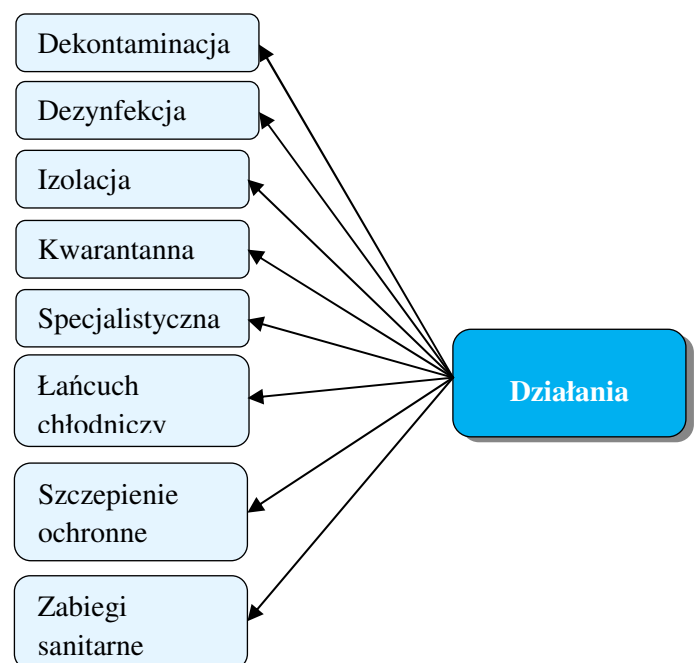
Zapobieganie rozwojowi chorób zakaźnych oraz monitoring.

Chorobą zakaźną jest choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy. Wyróżniamy także chorobę „szczególnie niebezpieczną”, jest to choroba wysoce zakaźna, która łatwo rozprzestrzenia się, ma wysoką śmiertelność, powoduje szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymaga specjalnych metod zwalczania. Do chorób tych można zaliczyć: cholera, dżumę, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne. Głównym hasłem jest tutaj epidemia. Epidemia wystąpienie na danym obszarze w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie, lub wystąpiła na obszarze dotychczas niewystępującym i dotknęła kilka osób.

Wyróżniamy kilka metod i działań, pokazano je na rys. 4;5., są one pomocne w wykrywaniu i opanowywaniu rozwoju chorób zakaźnych.



Rys.4. Metody wykrywania epidemii



Rys.5. Działania pomocne w opanowaniu rozwoju epidemii

zynfekcję i sterylizację.

Dezynfekcja – proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych.

Izolacja – osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo u których występuje podejrzenie choroby zakaźnej odosabia się, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

Kwarantanna – osoby zdrowe, które miały styczność z czynnikiem chorobotwórczym izoluje się, w celu zapobiegania szerzenia się choroby.

Łańcuch chłodniczy – środki techniczne i rozwiązania organizacyjne służące utrzymaniu oraz monitorowaniu, zgodnych z zaleceniami wytwórcy warunków przechowywania, transportu i dystrybucji produktów immunologicznych w celu zachowania ich trwałości i zapobieżenia zmniejszeniu ich skuteczności.

Sterylizacja – proces zniszczenia zdolnych do namnażania się form biologicznych czynników chorobotwórczych.

Szczepienie ochronne – podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie.

Zabiegi sanitarne – działania służące poprawie higieny osobistej, w tym mycie i strzyżenie, higieny odzieży, higieny pomieszczeń, podejmowane w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych.

Nadzór epidemiologiczny – nie izoluje się osoby zakażonej lub podejrzaną o zakażenie, wykonywane są badania sanitarno-epidemiologiczne w celu wykrycia czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej. Robi się to w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych.

Dochodzenie epidemiologiczne – wykrywanie zachorowań, czynnika etiologicznego oraz określanie przyczyn, źródeł i mechanizmów szerzenia się choroby zakaźnej lub zakażenia;

Także ważną rzeczą jest monitorowanie rozprzestrzeniającej się choroby zakaźnej. Rejestruje się zakażenia szpitalne i czynniki alarmowe (czynnik alarmowy – biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności). Sporządza się i przekazuje właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej. Zgłasza się w ciągu 24 godzin potwierdzony epidemicznie wzrost liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Uwzględniając drogi szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz sytuację epidemiczną na obszarze, na

którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, wszczyna się następujące działania:

- czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się;
- czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych;
- czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy,
- zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności;
- określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów;
- nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi,
- obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych, oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, rodzaj przeprowadzanych szczepień ochronnych.

Ogólna charakterystyka typowych urazów

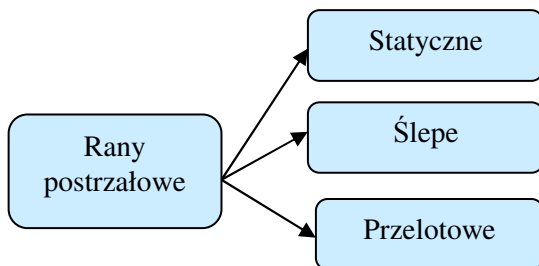
Urazy są najczęstszą przyczyną śmierci w pierwszych czterech dekadach życia człowieka. W ich wyniku corocznie dochodzi do prawie 60 milionów obrażeń i 9 milionów uszkodzeń ciała powodujących kalectwo. Roczny koszt spowodowany urazami (obejmujący koszty bezpośrednie związane z leczeniem i koszty pośrednie, np. spowodowane utratą zarobków) wynosi od 75-100 miliardów dolarów (statystyki amerykańskie). Śmierć w wyniku urazu może nastąpić w ciągu kilku minut od obrażeń takich, jak zranienie mózgu, pnia mózgu, górnego odcinka rdzenia kręgowego, serca, aorty lub innych dużych naczyń. Jeśli chory przeżyje początkowe minuty po urazie, to istnieje prawdopodobieństwo jego uratowania w tzw. "złotej godzinie", czasie, w którym musi znaleźć się na stole operacyjnym.

Urazy jakie powstają podczas kryzysów humanitarnych są niezwykle rozległe. Tak jak w starciu z nieokiełznaną siłą żywiołów (tj. podczas huraganów, powodzi, lawin, trzęsień ziemi, itd.) czy też dewastacji, jaką niesie ze sobą konflikt zbrojny, ulegają zniszczeniu całe miasta, tak samo całe ciało człowieka narażone jest na urazy stanowiące bezpośrednie zagrożenie dla życia. Nie da się jednoznacznie stwierdzić jakie

urazy są charakterystyczne dla danego kryzysu, da się jedynie określić na podstawie statystyk, które z nich występują najczęściej podczas danego kryzysu humanitarnego. Aby zrozumieć istotę problemu, należałoby na wstępie powiedzieć czym jest uraz. Jest to uszkodzenie tkanki, narządu lub większego obszaru ciała przez działanie czynnika mechanicznego, termicznego, chemicznego, elektrycznego, itp. Tak więc aby mówić o urazie, na ciało musi zadziałać jakaś siła, która prowadzi do jego uszkodzenia. Słowa uraz nie można równoważyć ze słowem obrażenie. Orażenie jest następstwem urazu. Z powyższej definicji można zatem wyciągnąć następujące wnioski: urazom powinno się zapobiegać, a obrażenia leczyć.

Typowe urazy powstałe podczas konfliktów zbrojnych:

Postrzały – bardzo często dochodzi do takich ran podczas konfliktów zbrojnych czy ataku terrorystycznego. Broń palna zawsze niesie ze sobą duże zniszczenia, tak samo jest z ludzkim ciałem. Rany, które powstają w wyniku postrzału zawsze są niezwykle niebezpieczne, zwłaszcza gdy pocisk pozostaje w ciele człowieka. Rany postrzałowe (rys. 6.) możemy podzielić na:



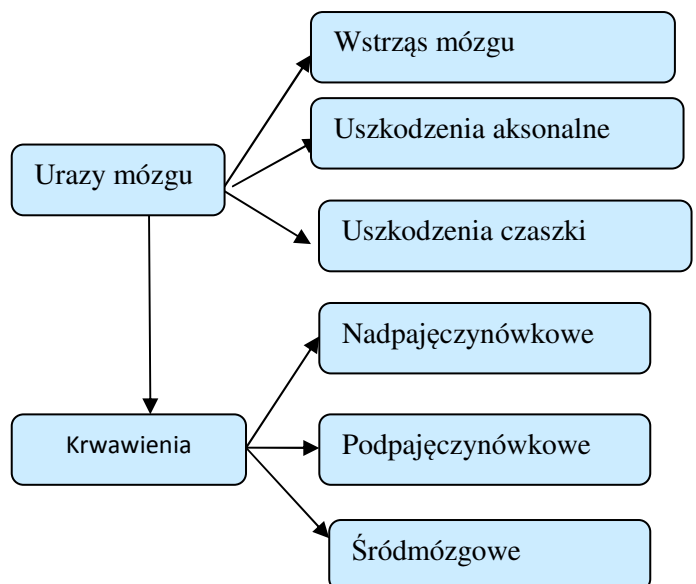
Rys. 6. Podział ran postrzałowych

- styczne, tzn. gdy pocisk nie przebija tkanki skórnej a jedynie ociera się o nią tworząc ranę podobną do szarpanej, jednak w tym przypadku dochodzi również do miejscowego poparzenia. Pocisk nie pozostaje w organizmie. Na taki rodzaj rany zwykle wystarczy jałowy opatrunek nasączony solą fizjologiczną, bądź zwykłą wodą, a gdy rana jest większa, należy ją chirurgicznie zaopatrzyć, tzn. zaszyć;
- ślepe, tzn. gdy pocisk przebija tkankę skórną organizmu, tworząc ranę wlotową, ale nie opuszcza ciała, tzn. nie tworzy rany wylotowej, ten rodzaj postrzału jest najbardziej niebezpieczny, ponieważ nie można przewidzieć toru lotu pocisku przez ciało, oraz nie można od razu wykluczyć niektórych obrażeń.

– przelotowe, tzn. gdy pocisk tworzy ranę wlotową i wylotową. Musimy pamiętać, że ta druga zawsze jest większa niż pierwsza. W efekcie również powstaje kanał pocisku. Leczenie wygląda podobnie jak w przypadku rany postrzałowej ślepej

Kolejny rodzaj urazów, które najczęściej powstają podczas konfliktów zbrojnych i ataków terrorystycznych to rany kłute. Charakteryzują się bardzo małą powierzchnią widoczną na skórze i poważnymi nieraz uszkodzeniami wewnętrznymi ciała. Powstają w skutek działania przedmiotów długich, spiczastych, wąskich takich jak: nóż, dłuto, pilnik, szydełko. Stosując pierwszą pomoc nie powinniśmy usuwać ciała obcego z organizmu (jeśli takowe nadal tkwi w ciele ofiary). Jego usunięcie grozi powstaniem kolejnych obrażeń, które mogą stać się źródłem niekontrolowanego krwawienia, które natychmiast wymaga interwencji chirurgicznej, dlatego ciało obce należy zabezpieczyć tak, by je unieruchomić. Następnie taka osoba musi jak najszybciej trafić do szpitala, w celu usunięcia ciała obcego i zabezpieczenia rany.

Kolejne urazy dotyczą głowy. Powstają one dość często i dotyczą wszystkich rodzajów kryzysów humanitarnych. Są przyczyną ok. 50% zgonów pourazowych. Patologie i obrażenia, które mogą być przyczyną poważnych powikłań to: brak przytomności, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe i zaburzenia ciśnienia perfuzji mózgu. Urazy mózgu stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia, począwszy od zwykłego wstrząśnienia mózgu, do rozległych uszkodzeń aksonalnych (śpiączka, wzrost temperatury ciała i ciśnienia krwi).



Rys. 7. Urazy mózgu

Obrażenia, które powstają w wyniku urazów mózgu, a w szczególności krwawienia (nadpajęczynówkowe, podpajęczynówkowe i śródmózgowe) są niezwykle trudne, wymagają diagnostyki obrazowej (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, itd.). Urazy czaszki są już mniej poważne, o ile nie wiążą się z obrażeniami innych struktur (mózg, gałka oczna, naczynia krwionośne i nerwy). Urazy te to przede wszystkim skalpy oraz złamania mózgowiczaszki i twarzoczaszki. Dzielimy je na otwarte, zamknięte i wieloodłamowe. Niebezpieczne są przenikające rany głowy, w których możemy się również spodziewać obrażeń tkanki mózgowej. Pierwsza pomoc dotyczy ran powierzchniowych, tj. zaopatrzenie krwawień, złamań i kontrola parametrów życiowych. Urazy mózgu wymagają interwencji neurologów i chirurgów. Muszą oni ewakuować krwiaki, zespolić złamania, usunąć ewentualne ciała obce, zszyć rany, itd.

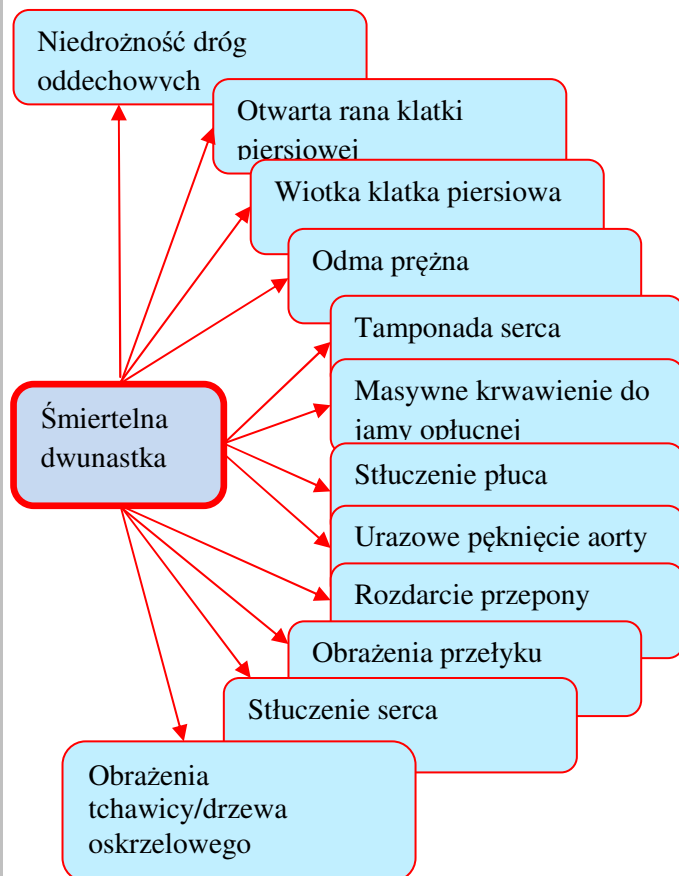
Urazy kręgosłupa występują szczególnie często w wypadkach komunikacyjnych, katastrofach lotniczych i trzęsieniach ziemi. Im wyższy odcinek kręgosłupa uległ uszkodzeniu, tym poważniejsze obrażenia będziemy obserwować u poszkodowanego. Mówimy tu o kompletnych i niekompletnych uszkodzeniach rdzenia kręgowego. W tych pierwszych dochodzi do utraty funkcji motorycznych i czuciowych poniżej uszkodzenia. Najgroźniejsze są urazy kręgosłupa szyjnego, gdyż tam znajduje się ośrodek odpowiedzialny z oddychanie. Jego uszkodzenie może doprowadzić do zatrzymania oddechu. Uraz wysokiego odcinka piersiowego kręgosłupa może doprowadzić do wstrząsu rdzeniowego, czyli niedotlenienia organizmu mimo odpowiedniej objętości krwi krążącej. Przyczyną jest porażenie mięśni gładkich naczyń co prowadzi do ich rozszerzenia. Leczenie urazów kręgosłupa jest niezwykle ważne, gdyż obrażenia te bardzo często powodują trwałe kalectwo osób poszkodowanych. Pierwsza pomoc w tego rodzaju urazów to przede wszystkim stabilizacja kręgosłupa, poszkodowany od razu powinien mieć założony kołnierz szyjny oraz powinien trafić na deskę ortopedyczną. Leczenie specjalistyczne powinno obejmować ochronę rdzenia kręgowego i chirurgiczne zaopatrzenie złamań. Poszkodowany ten powinien być pod stałą kontrolą neurologiczną.

Urazy kończyn są zdecydowanie najczęstsze, począwszy od zwykłych zwichnięć aż do amputacji. Występują we wszystkich kryzysach humanitarnych. W sytuacjach nagłego niebezpieczeństwa, naturalnym zachowaniem jest pośpiech i to właśnie podczas ewakuacji najczęściej dochodzi do zwichnięć stawów, gdyż ludzie przestają być ostrożni. Zwichnięcia stawów wystarczy unieruchomić łącznie z tworzącymi

dany staw kośćmi (reguła Potta). Robi się to za pomocą szyny Kramera owiniętej bandażem elastycznym bądź za pomocą gipsu. Podobnie postępuje się w przypadku złamań zamkniętych kości długich. Wtedy unieruchamiamy dwa 'sąsiednie' stawy. O wiele poważniejszy problem stanowią złamania otwarte kości długich. Złamanie otwarte to pęknięcie kości w taki sposób, że odłam kości przebija tkankę skórną oraz niekiedy niszczy sąsiednie struktury (mięśnie, naczynia). Największy problem stanowią złamania kości udowych, gdyż w ich sąsiedztwie znajdują się duże naczynia, mogące być źródłem masywnego krwawienia. Takie złamania należy jak najszybciej unieruchomić, a następnie zespolić chirurgicznie. Szczególnie niebezpieczne są amputacje kończyn, co w wyniku wybuchów zdarza się dość często. Uratowanie oddzielonej kończyny zależy tylko i wyłącznie od szybkości zespołów ratownictwa. Taką kończynę należy jak najszybciej umieścić w sterylnym opatrunku po czym musi trafić do zimnej wody. Kikut należy również zabezpieczyć jałowym opatrunkiem. Pacjent powinien jak najszybciej trafić na szpitalny oddział ratunkowy, gdzie zależnie od czasu amputacji można podjąć się próby zespolenia kończyny. W warunkach konfliktów zbrojnych i szpitali polowych, gdzie takich pacjentów jest dużo, a środki ograniczone, takie zespolenie jest nie możliwe i jedyne co można w tej sytuacji zrobić to zaszywanie kikutu.

Urazy klatki piersiowej są najczęściej widoczne po wypadkach komunikacyjnych, gdzie dochodzi do zderzenia przedniej ściany klatki z kolumną kierownicy. 25% tych urazów są przyczyną zgonów poszkodowanego a 15% z nich wymaga interwencji chirurgicznej.

W medycynie wyróżnia się dwanaście urazów, które noszą miano "śmiertelnej dwunastki" i stanowią bezpośrednie zagrożenie życia dla poszkodowanego (rys. 8.).



Rys. 8. „Śmiertelna dwunastka” powodująca najczęściej śmierć poszkodowanego

Są to kolejno:

Niedrożność dróg oddechowych - należy niezwłocznie usunąć przyczynę niedrożności lub zastosować wentylację lub oddech zastępczy w postaci respiratora.

Otwarta rana klatki piersiowej - powietrze o wiele chętniej będzie przedostawało się przez ranę niż przez naturalne drogi oddechowe, należy zatem prowadząc pierwszą pomoc zabezpieczyć ranę opatrunkiem trójstronnym i przetransportować poszkodowanego na SOR, gdzie rana zostanie zaszyta.

Wiotka klatka piersiowa - to złamanie dwóch sąsiednich żeber w dwóch miejscach, które tworzą 'okienko' w klatce piersiowej. Podczas oddechu owe okienko zachowują się odwrotnie niż klatka piersiowa, tzn. zapada się przy wdechu powodując olbrzymie dolegliwości bólowe. Złamane żebra muszą być jak najszybciej zespolone w warunkach SORu.

Odma prężna - to szczególnie niebezpieczny uraz polegający na tym, że przez ranę do przestrzeni opłucnowej przedostaje się powietrze, które gromadząc się w coraz większych ilościach ogranicza możliwość rozprężania się płuca, co powoduje duszność i w późniejszych etapach spadek akcji serca i w efekcie zatrzymanie krążenia. Pierwsza pomoc medyczna w tym

wypadku będzie polegała na nakłuciu tej przestrzeni wenflonom o największym przepływie, w celu ewakuacji powietrza. Następnie w warunkach SORu należy założyć drenaż.

Tamponada serca - to przedostawanie się krwi do worka osierdziowego, co skutkuje podobnie jak w przypadku odmy uciskiem na serce i zmniejszeniem się kurczliwości tego ważnego mięśnia. Leczenie tamponady polega na nakłuciu worka, celem ewakuacji krwi.

Masywne krwawienie do jamy opłucnej - to podobny do odmy uraz, polegający na gromadzeniu się krwi w przestrzeni opłucnej. Krew również powinna być jak najszybciej zdrenowana na SORze.

Słuczenie serca - powoduje olbrzymie dolegliwości bólowe, może również skutkować zaburzeniami rytmu. Nie ma określonego postępowania w przypadku słuczenia serca, poszkodowanego należy kontrolować kardiologicznie.

Słuczenie płuca - uraz mięszu płuca, powodujący duszności. U takich poszkodowanych należy zadbać o odpowiednie natlenowanie.

Urazowe pęknięcie aorty - (urazy tępe) jest niewątpliwie najbardziej niebezpiecznym urazem. W przypadku tego urazu jedynym ratunkiem dla poszkodowanego jest leczenie operacyjne.

Rozdarcie przepony - może prowadzić do niewydolności oddechowej. Tutaj jedynym postępowaniem to również leczenie operacyjne.

Obrażenia tchawicy/drzewa oskrzelowego - (urazy penetrujące) charakteryzuje się odumą podskórna i krwiopluciem, leczenie operacyjne.

Obrażenia przełyku - powodują ogromne dolegliwości bólowe i może dojść do zapalenia śródpiersia, gdy do niego nastąpi wyciek treści przełyku i żołądka. Leczenie również odbywa się na SORze.

Urazy brzucha stanowią duży problem, ponieważ zawierają dużo narządów zawierających światło, których treści mogą doprowadzić do zakażenia. Do tych urazów dochodzi najczęściej w wyniku postrzałów lub ran kłutych, a więc podczas konfliktów zbrojnych. Większość tych obrażeń należy opracować chirurgicznie i każde z nich wymaga indywidualnej diagnostyki i leczenia. Ważna jest kontrola funkcji życiowych.

Do najniebezpieczniejszych urazów miednicy zdecydowanie należy liczyć złamania. Złamanie miednicy świadczy o dużej sile urazu, więc możemy je brać pod uwagę podczas wybuchów, trzęsień ziemi, wypadków komunikacyjnych. Wyróżniamy cztery rodzaje złamań, jednak najistotniejszą rzeczą w tym przypadku jest to, czy doszło do przerwania obręczy miednicy. Jeśli tak, to odłamy kostne mogą przeciąć duże naczy-

nia, które przebiegają przez obręcz i mogą spowodować masywną utratę krwi. Postępowanie z takim poszkodowanym powinno być bardzo delikatne. Złamana miednica powinna być ustabilizowana na desce ortopedycznej i przy pomocy pasa miednicowego pelvic sling. Następnie już na SORze złamana miednica powinna być zespolona.

Podczas omawiania urazów nie można też pominąć poparzeń. To niestety częste przypadki i dotyczą wielu pożarów i wybuchów podczas konfliktów zbrojnych. Wyróżniamy cztery stopnie poparzeń:

- I stopień – obejmuje naskórek (rumień, obrzęk, brak pęcherzy),
- II stopień – obejmuje skórę (oparzenie niepełnej grubości; pęcherze, ból),
- III stopień – oparzenie pełnej grubości – naskórek, skóra, tłuszcz podskórny (skóra twarda, bez czucia),
- IV stopień – oparzenie skóry i leżących pod nią struktur: powięzi, mięśni, kości.

Obok stopnia poparzenia ważne jest też to, jak rozległe jest poparzenie. Od tego będzie zależała płynoterapia takiego pacjenta. Ponadto pacjenci z rozległymi oparzeniami III i IV stopnia będą wymagali skomplikowanej antybiotykoterapii, gdyż oparzona lub zmieniona martwiczo skóra staje się pożywką dla wielu bakterii. Tacy pacjenci zatem będą musieli być leczeni specjalistycznie w centrum leczenia oparzeń. Szczególnym miejscem, które również ulega poparzeniu to drogi oddechowe. Inhalując gorące powietrze podczas pożaru, czad lub inne substancje chemiczne, może dojść do wysuszenia śluzówki dróg oddechowych i poparzenia, co może w krótkim okresie czasu skutkować obrzękiem. Dlatego niezwykle ważne jest, aby te drogi oddechowe zostały jak najszybciej zabezpieczone rurką intubacyjną.

Jak już wspomniano we wstępie, nie można przypisać określonego urazu do określonego kryzysu humanitarnego.

Zdrowie psychiczne poszkodowanych

Podczas działań ratownicy w pierwszej kolejności ratownicy dbają o zapewnienie bezpieczeństwa sobie, a w drugiej poszkodowanym. Podejmowane przez nich czynności mają na celu przede wszystkim ratowanie osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz pomaganie tym, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji. Działania ratowników nie mogą koncentrować się wyłącznie na medycznym zaopatrzeniu potrzebujących, równie ważny jest aspekt

psychologiczny udzielanej pomocy. Mając świadomość przeżywanych przez poszkodowanego emocji (np. strachu, bezradności, poczucia winy) ratownicy powinni starać się minimalizować obciążenia psychiczne poprzez nawiązanie z nim kontaktu, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i kontroli. Osiągnąć to można uzupełniając podstawowe medyczne działanie wsparciem psychicznym.

Wsparcie psychiczne było i jest integralnym elementem działań podejmowanych przez ratownika, choć wobec wielu czynności jakie wykonuje ratownik, których bezpośrednim skutkiem jest ratowanie życia, wsparcie psychiczne może wydawać się jedynie dodatkiem. Nie zawsze można zobaczyć jego skutki, tak jak można zaobserwować powrót krążenia czy poprawę saturacji - czy jednak to umniejsza jego znaczeniu? Sposób powrotu do pełnego zdrowia po wypadku dotyczy nie tylko sprawności fizycznej, ale i powrotu do równowagi psychicznej poszkodowanego, a to niejednokrotnie trwa o wiele dłużej niż zabliznianie się ran ciała.

Bycie uczestnikiem każdego wypadku jest silnym wstrząsem. W żadnym innym momencie wsparcie psychiczne nie jest tak ważne dla ofiary jak w momencie kontaktu z ratownikiem. W niektórych sytuacjach wsparcie staje się podstawowym, a czasem jedynym możliwym oddziaływaniem ratownika. Umiejętnie prowadzone pozwala odzyskać kontrolę nawet w wyjątkowo trudnych okolicznościach. Okazuje się, że umiejętność udzielania wsparcia ma ogromne znaczenie nie tylko dla poszkodowanych. Wpływa ona również na samego ratownika, dając mu większe poczucie skuteczności, kontroli i pozwala lepiej radzić sobie nawet w wyjątkowych i trudnych akcjach.

Zasady udzielania wsparcia psychicznego:

Sformułowanie zasad udzielania wsparcia psychicznego nie jest prostym zadaniem ze względu nieprzewidywalność i różnorodność okoliczności, w których muszą działać ratownicy. Można jednak podać pewne ramowe wytyczne i wskazówki, które pomogą uporządkować postępowanie z poszkodowanym. Skutecznie udzielane wsparcie psychiczne wynika nie tyle z przyswojonej wiedzy ile z wykształconych umiejętności. Te z kolei, mogą się pojawić jedynie w drodze regularnej praktyki. Oznacza to, że wsparcie psychiczne należy stosować w każdej sytuacji niezależnie od okoliczności. Tylko wtedy stanie się ono elementem postępowania ratowniczego uruchamianym automatycznie, równoległe z innymi procedurami. Skutecznie prowadzone wsparcie znacznie podnosi jakość udzielanej pomocy.

Pierwsza z ramowych zasad odnosi się do rozpoznania sytuacji i zaplanowania działań. Pozwoli to uniknąć błędów i wybrać najbardziej efektywne metody działania. W spostrzeganiu sytuacji przez poszkodowanych zdecydowana i pewna siebie postawa ratowników ma ogromne znaczenie. Pojawienie się służb na miejscu zdarzenia jest momentem, w którym pojawia się również nadzieja na odzyskanie kontroli nad sytuacją. To bardzo ważny moment, który pozwala poszkodowanemu na opanowanie lęku. Z drugiej strony niezmiernie trudno jest powstrzymać się przed natychmiastowym działaniem po przybyciu na miejsce zdarzenia, a presja czasu i odpowiedzialności jest jednym z najsilniej stresujących czynników. Nawet krótka chwila, na rozpoznanie sytuacji i zaplanowanie działań sprawi, że to ratownik będzie kontrolował sytuację a nie odwrotnie. Zawsze należy pamiętać o bezpieczeństwie własnym i kolegów ratowników. Tylko w sytuacji kiedy ta zasada jest przestrzegana przez wszystkich członków zespołu możliwa jest efektywna współpraca oparta na wzajemnym zaufaniu.

Zarówno liczba osób zaangażowanych w działanie jak i czas akcji powinien być ograniczony do minimum. Każdy drastyczny widok (zwłoki, poranione ciała) powinien być w miarę możliwości zasłonięty i zabezpieczony. Nawet pojedynczy obraz może stać się elementem, który uporczywie będzie utrzymywał się w pamięci i przywoływał drastyczne wspomnienia oraz emocje z nimi związane. Na miejscu zdarzenia nie zawsze łatwo zachować spokój i opanowanie w działaniu, trzeba jednak wiedzieć, że właśnie taka postawa ratownika, ma wpływ na kondycję psychiczną poszkodowanych, pozwala opanować przeżywany lęk gwałtowne emocje i zmniejsza obciążenie stresem.

Wysłuchanie poszkodowanego, ale przede wszystkim umożliwienie odreagowania emocji, wyrażenie troski i wsparcia pozwoli lepiej kontrolować zachowanie poszkodowanego i skłoni go do współpracy. Jest to jednocześnie bardzo istotny krok w powrocie do równowagi.

Rzetelne informowanie poszkodowanego o tym co się dzieje, co robią ratownicy jest bardzo ważnym sposobem udzielania wsparcia. Rolą ratownika jest informowanie poszkodowanego o ważnych dla niego sprawach czy podejmowanych wobec niego działaniach. W ten sposób unika się poczucia niepewności i zaskoczenia u ofiar, a jednocześnie przez utrzymywanie stałego kontaktu, przywraca poczucie kontroli nad sytuacją i motywuje do współpracy.

Stosując zasady wsparcia psychicznego ratownicy mogą:

- uzyskać lepszą kontrolę nad ludźmi będącymi w stanie silnego wzburzenia, pobudzenia, paraliżującego strachu, smutku czy przygnębienia;
- wzbudzić u poszkodowanego zaufanie do ratownika oraz gotowość do współpracy;
- ułatwić sobie wykonywanie podstawowych zadań;
- zmniejszyć obciążenia sytuacją dla siebie i poszkodowanych;
- obniżyć negatywny wpływ sytuacji traumatycznej na późniejsze funkcjonowanie i zdrowie uczestników zdarzenia;
- wpłynąć na szybszy powrót do „normalnego” życia poszkodowanych i pozostałych uczestników zdarzenia.

W niektórych sytuacjach, szczególnie związanych ze śmiercią, wsparcie psychiczne jest jedynym narzędziem, z którego może skorzystać ratownik, np. towarzysząc rodzinom, których bliscy zginęli w wypadku, wspierając przerażonych uczestników zdarzenia, którzy nie odnieśli obrażeń fizycznych czy też pomagając przypadkowym świadkom / ratownikom. Zatem to, co najbardziej wartościowego ratownik zyskuje dzięki stosowaniu procedury wsparcia psychicznego to ochronę przed poczuciem bezradności i bezradności sytuacji, w jakiej się znalazł.

Zaopatrywanie w medykamenty

Głównym założeniem działań logistycznych w czasie stanu zagrożenia jest możliwie jak najszybsze dotarcie do wszystkich poszkodowanych, ratowanie zdrowia i życia rannych oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb ludności dotkniętej sytuacją kryzysową.

Wszelkiego rodzaju dostawy zaopatrzenia oraz usługi medyczne realizowane na rzecz ludności poszkodowanej w sytuacjach kryzysowych noszą miano zabezpieczenia logistycznego.

Racjonalne wykorzystanie potencjału logistycznego polega na przestrzeganiu zasady gospodarności – głównie limitowanie oraz reglamentacja, zasady skuteczności oraz ekonomii sił. W takich wypadkach dopuszcza się stosowanie rozwiązań droższych, pod warunkiem iż sprzyjają one ratowaniu życia oraz zdrowia, większej niż w innych przypadkach liczbie poszkodowanych.

W krajach objętych kryzysem powinno się: likwidować prawne i administracyjne przeszkody w zakresie eksportu, przewozu, importu i reeksportu

leków oraz sprzętu medycznego wykorzystywanego podczas akcji udzielania pomocy w sytuacji kryzysowej i wsparcia w zakresie wstępnej odbudowy przez lub w imieniu krajów udzielających pomocy i uprawnionych organizacji humanitarnych udzielających pomocy, w takim stopniu, by było to zgodne z wymogami bezpieczeństwa publicznego oraz prawem międzynarodowym.

Kraje udzielające pomocy i uprawnione organizacje humanitarne udzielające pomocy medycznej powinny zapewnić jakość, odpowiedność oraz bezpieczeństwo wszelkich leków i sprzętu medycznego, a w szczególności:

- wszelkie importowane leki powinny być zatwierdzone do wykorzystania w kraju pochodzenia i kraju dotkniętym katastrofą;
- leki używane w ramach ich własnych operacji powinny być transportowane i utrzymywane w odpowiednich warunkach, tak aby można było zagwarantować ich jakość oraz chronione przed niewłaściwym użyciem i nadużyciami;
- wszelkie leki, które są przekazywane jako dar do użytku przez inne podmioty na terenie kraju dotkniętego katastrofą, powinny w dniu dostarczenia posiadać 12 miesięczny okres przydatności do użycia, chyba że władze odbierające uzgodniły inaczej;
- utrzymywania w transporcie w odpowiednich warunków, takich aby można było zagwarantować środkom pomocowym w chwili dotarcia do kraju dotkniętego katastrofą ich pełnej używalności i jakości;
- opatrzone środków pomocowych odpowiednimi etykietami w języku, który jest zrozumiały w kraju dotkniętym katastrofą. Etykiety powinny zawierać: Międzynarodową Nazwę Niezastrzeżoną (INN) lub nazwę generyczną, numer partii, postać leku, siłę działania, nazwę producenta, ilość opakowań w pojemniku, informacje o warunkach przechowywania i dacie ważności

Kraje dotknięte katastrofą powinny bez zbędnych opóźnień udzielić zgody na szybkie przemieszczanie się lądowych, morskich oraz powietrznych środków transportu wykorzystywanych podczas akcji udzielania pomocy. W szczególności, zgoda powinna zostać udzielona w odniesieniu do przylotów, lądowania i odlotów statków powietrznych. Takie statki powietrzne powinny posiadać autoryzację do operowania na terytorium kraju dotkniętego katastrofą, stosowanie do potrzeb związanych z dostarczaniem pomocy.

Wszelkie właściwe wizy wjazdowe, tranzytowe i wjazdowe dla personelu obsługującego te pojazdy transportowe powinny być wydawane możliwie szybko.

W sytuacjach kryzysowych UNICEF dostarcza niezbędną pomoc medyczną również bezpośrednio do ciężko dostępnych terenów i gospodarstw domowych. Środki na pomoc humanitarną pochodzą z rezerwy celowej budżetu państwa administrowanej przez Departament Współpracy Rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych. W sytuacjach bardzo dotkliwych kryzysów również inne organy państwa mogą podjąć decyzję o udzieleniu pomocy humanitarnej ze środków znajdujących się w ich dyspozycji.

Wnioski

Pomoc humanitarna to działania pomocowe kierowane do ludności cywilnej, znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej, powstałej w wyniku katastrof naturalnych czy konfliktów zbrojnych. Nadrzędnym celem udzielania pomocy humanitarnej jest zaspokajanie natychmiastowych potrzeb, takich jak: pierwsza pomoc medyczna, dostarczanie żywności, wody, schronienia czy wsparcia psychologicznego. Kolejne obejmują działania skoncentrowane są na przywróceniu użytkowania infrastruktury w celu umożliwienia odbudowy zniszczeń, zahamowania rozprzestrzeniania się chorób będących następstwem katastrof i powrotu do normalnego życia. Do działań tego typu możemy zaliczyć min. zapewnienie stałych dostaw wody i pożywienia oraz odbudowę domostw, szkół, sanitariatów jak i przywrócenie komunikacji i opieki medycznej. W zakres pomocy natychmiastowej wchodzi również koordynacja powyższych działań.

Cele medycznej pomocy humanitarnej jest ratowanie życia i łagodzenie cierpienia ludzi znajdujących się na obszarze, na którym ich bezpieczeństwo jest zagrożone. Działa więc wszędzie tam, gdzie dostęp do pomocy medycznej jest ograniczony lub system opieki zdrowotnej nie jest w stanie jej zapewnić wszystkim poszkodowanym.

W rejonach ogarniętych konfliktem zbrojnym organizacja zapewnia pomoc ofiarom walk, a także wszystkim innym, którzy z różnych względów tej pomocy wymagają. Dlatego lekarze zapewniają opiekę również kobietom w ciąży i nowo narodzonym dzieciom, a także ciągłość terapii osobom cierpiącym z powodu chorób przewlekłych.

Streszczenie

W artykule przedstawiono pomoc medyczną w czasie trwania kryzysu humanitarnego. Pomoc medyczna jest jednym z najważniejszych segmentów w całym łańcuchu niesienia pomocy, decyduje o życiu poszkodowanych. Szybka i efektywna reakcja w dostarczeniu medycznej pomocy humanitarnej może ocalić nie jedno życie i zdrowie. Specjalizuje ona się w udzielaniu pomocy medycznej, organizowaniu, gromadzeniu i dystrybucji artykułów medycznych podczas katastrof naturalnych lub antropogenicznych na obszarach nimi dotkniętych.

Abstract

The article presents the medical assistance during a humanitarian crisis. Medical assistance is one of the most important segments in the entire chain of helping, it decides on the lives of victims. Fast and efficient reaction in providing the medical humanitarian assistance can save more than one life and health. It is specialized in providing medical assistance, organizing, collecting and distributing medical supplies during natural or anthropogenic disasters in affected areas.

Literatura

1. Baumberg I. Praktyczne aspekty medycznych działań ratowniczych w zdarzeniach masowych. Materiały szkoleniowe KG PSP
2. Ciećkiewicz J.: Rola szpitala w zabezpieczeniu medycznym katastrofy. Wprowadzenie do Medycyny Ratunkowej, VIII Zimowa Szkoła Anestezji, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej, Karpacz, kwiecień 1999r.
3. Cooper J., Cullen B.: Priorytety w ocenie i interwencji u chorych urazowych w opiece medycznej. European Journal of Emergency Medicine, 1996.
4. Goniewicz Mariusz: Zadania ochrony zdrowia w zabezpieczeniu zdarzeń masowych i sytuacji nadzwyczajnych. Medycyna Intensywna i Ratunkowa, 2004.
5. Jakubaszko J., Ryś A.: Ratownictwo medyczne w Polsce. Wydawca: Zdrowie i zarządzanie sp. z o.o. Kraków, 2002.
6. Jakubaszko J.: Medycyna ratunkowa – nowe perspektywy w leczeniu stanów nagłych zagrożeń. Medycyna Intensywna i Ratunkowa,

- 1998.
7. Jakubaszko J.: Struktura i funkcja szpitalnego oddziału ratunkowego. Medycyna Intensywna i Ratunkowa, 1999.
8. Karpel E., Jalowiecki P., Michalewski W. i in.: Wybrane problemy intensywnej terapii u chorych z ciężkimi obrażeniami wielonarządowymi Anest.Inten.Ter., 1992, 24, 175-179.
9. Konieczny J.: Bezpieczeństwo publiczne w nagłych i nadzwyczajnych zagrożeniach środowiska. Wydawnictwo Panoptikos, Poznań 1995, rozdział Organizowanie i kierowanie ratownictwem podczas wypadków i katastrof.
10. Konieczny J.: Bezpieczeństwo publiczne w nagłych i nadzwyczajnych zagrożeniach środowiska. Wydawnictwo Panoptikos, Poznań 1995.
11. Konieczny J.: Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, wypadkach i katastrofach. Garmond, Poznań-Warszawa, 2001.
12. Medycyna ratunkowa, Scott H. Plantz, E. John Wipfler, red. wyd. pol. Juliusz Jakubaszko.
13. Rasmus A., Gaszyński W., Markiewicz A.: Co społeczeństwo wie o pierwszej pomocy ratującej życie? Służba Zdrowia, 1997.
14. Rasmus A., Gaszyński W., Markiewicz A.: Organizacja międzynarodowej pomocy w czasie katastrof. Ratownictwo Polskie, 1997.
15. www.msz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/polska_pomoc/humanitarna_pomoc/.
16. www.pah.org.pl/multimedia/114/kryzys_humanitarny.
17. www.polskapomoc.gov.pl/Pomoc,humanitarna,170.html.