

Opieka Zespołu Ratownictwa Medycznego nad pacjentem w stanie zagrożenia życia na etapie przedszpitalnym - wybrane fragmenty prac dyplomowych studentów Ratownictwa Medycznego ANS w Pile.



Autorzy:
Kinga Kosiór
Dawid Stecyk
Radosław Szczerbuk
Patrycja Szczerbuk

Opieka naukowa:
Małgorzata Wiszniewska
Kamila Sadaj-Owczarek

RADA WYDAWNICZA:

Donat Mierzejewski (przewodniczący), Joanna Kryza (sekretarz), Paweł Dahlke, Michał Bania,
Katarzyna Orfin -Tomaszewska, Przemysław Frąckowiak, Jarosław Kołodziej, Sylwester Sieradzki

RECENZENT:

Dr nauk medycznych Filip Jaśkiewicz



© Copyright by Wydawnictwo Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile

Dwieście szósta publikacja Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile

Piła 2023

e-ISBN

978-83-67684-04-0

Wprowadzenie

Zawód ratownika medycznego jest zawodem niezależnym i samodzielnym.

Ratownik medyczny w pracy zawodowej wykonuje medyczne czynności ratunkowe, które skupiają się na ratowaniu życia i zdrowia poszkodowanego.

Opieka nad pacjentem w stanie zagrożenia życia i zdrowia wymaga od Zespołu Ratownictwa Medycznego na etapie przedszpitalnym elementarnej wiedzy, znajomości algorytmów i standardów postępowania, farmakoterapii, umiejętnej i sprawnej komunikacji oraz kooperacji z jednostkami współpracującymi z Państwowym Ratownictwem Medycznym, takimi jak: Policja, Państwowa oraz Ochotnicza Straż Pożarna.

Szybkość w działaniu, opanowanie, logiczne myślenie to cechy, które powinien posiadać ratownik medyczny.

Kształcenie przyszłych ratowników medycznych jest bardzo istotnym aspektem dla sprawnego funkcjonowania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Jakość nauczania praktycznego, dostosowanie kształcenia do nowych technologii, wykorzystanie technik symulacji medycznej czy też wybranych metod dydaktyki akademickiej powoduje, że Absolwenci Kierunku Ratownictwo Medyczne są dobrze przygotowani do wejścia na rynek pracy.

Dla Uczelni wspieranie Studentów w kształtowaniu ich indywidualnych ścieżek kariery jest jednym z celów strategicznych.

Skrypt naukowy w postaci zbioru wybranych prac dyplomowych Studentów Kierunku Ratownictwo Medyczne ANS w Pile powstał z myślą o Autorach prac dyplomowych, aby pomóc im rozwijać zainteresowania naukowe. Publikowane prace licencjackie zostały wzbogacone o aktualne wytyczne oraz sugestie recenzenta naukowego dzieła i stanowią bogaty i rzetelny materiał naukowy dla studentów ratownictwa medycznego.

Skrypt winien być również bardzo przydatny Studentom, którzy w przyszłości opracowywać będą własne prace dyplomowe.

Dr. hab. Małgorzata Wiszniewska, prof. ANS

Dr Kamila Sadaj-Owczarek

Wprowadzenie	2
---------------------------	----------

Lic. Kinga Kosiór

Ostre zespoły wieńcowe w praktyce zespołów Ratownictwa Medycznego, na podstawie analizy Kart Medycznych Czynności Ratunkowych Zespołów Wyjazdowych ZRM Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance w latach 2020-2021

Spis treści:

1. Epidemiologia ostrych zespołów wieńcowych	8
2. Definicja OZW	8
2.1 Klasyfikacja OZW.....	9
2.2 Rokowanie pacjentów z podejrzeniem OZW.....	11
2.3 Czynniki ryzyka OZW.....	12
3. Patofizjologia OZW	13
4. Rozpoznanie OZW na poziomie przedszpitalnym	14
4.1 Badanie podmiotowe pacjenta z podejrzeniem OZW.....	14
4.2 Badanie przedmiotowe pacjenta z podejrzeniem OZW.....	15
4.3 Badanie elektrokardiograficzne.....	16
4.4 Teletransmisja.....	17
5. Dobre praktyki postępowania w OZW	18
6. Postępowanie farmakologiczne w OZW według schematu „HAKT ONOB” na poziomie przedszpitalnym	22
7. Leczenie OZW na poziomie szpitalnym. Rola leczenia inwazyjnego w OZW	27
7.1 Koronarografia.....	27
7.2 Angioplastyka.....	28
8. Analiza dokumentacji medycznej kart MCR zespołów wyjazdowych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance	29

9. Opis wybranych przypadków.....	41
10. Podsumowanie.....	44
11. Bibliografia.....	44

Lic. Dawid Stecyk

**Komunikacja oraz postępowanie z pacjentem trudnym, niewspółpracującym
w Zespole Ratownictwa Medycznego**

Spis treści:

1. Proces komunikacji	49
1.1 Struktura procesu komunikacji.....	51
1.2 Przyczyny braku współpracy ze strony pacjenta.....	54
1.3 Konsekwencje nieumiejętnej komunikacji.....	55
2. Farmakoterapia.....	57
3. Komunikacja z pacjentem agresywnym.....	62
4. Komunikacja z pacjentem pediatrycznym.....	64
5. Komunikacja z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.....	65
6. Analiza przypadku z wywiadem psychiatrycznym na poziomie ratownika medycznego.....	66
PODSUMOWANIE.....	68
Bibliografia	69

Lic. Radosław Szczerbuk

Rola ratownika medycznego w strukturze Państwowej Straży Pożarnej i Ochotniczej Straży Pożarnej

Spis treści:

1. Wstęp oraz cel pracy.....	72
2. Rys historyczny.....	72
2.1 Początki Ochotniczej Straży Pożarnej.....	73
2.2 Początki Państwowej Straży Pożarnej.....	74
3. Czym jest Krajowy System Ratowniczo – Gaśniczy (KSRG).....	76
4. Ratownictwo Medyczne.....	78
4.1 Historia Ratownictwa Medycznego.....	78
4.2 Zadania oraz organizacja struktury Państwowego Ratownictwa Medycznego.....	80
5. Kwalifikowana Pierwsza Pomoc.....	81
6. Różnice między Ochotniczą a Państwową Strażą Pożarną.....	82
7. Współpraca Ratownika Medycznego w Straży Pożarnej.....	83
7.1 Wyposażenie ratowników medycznych w PSP.....	85
7.2 Współpraca służb podczas zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.....	86
7.3 Zdarzenie mnogie, pojedyncze i masowe.....	86
8. Współdziałanie służb.....	87
8.1 Stanowisko kierowania.....	88
8.2 Dysponowanie sił i środków.....	88
8.3 Sporządzanie dokumentacji na miejscu działań ratowniczych.....	90
9. Dane statystyczne.....	93

Podsumowanie	94
Bibliografia	95

Lic. Patrycja Szczerbuk

Zespół Stresu Pourazowego – PTSD

Spis Treści:

1. Wstęp	97
2. Zespół stresu pourazowego	97
2.1. Definicja PTSD	100
2.2. Czynniki ryzyka sprzyjające rozwojowi PTSD	102
2.3. Objawy	103
2.4. Postępowanie ratownicze	105
3. Skutki PTSD	107
4. Leczenie PTSD	109
4.1. PTSD według klasyfikacji ICD-10	112
5. PTSD u dzieci.....	114
5.1. Złożony zespół stresu pourazowego.....	119
6. Budowanie relacji ratownik- poszkodowany	120
6.1. Cechy prawidłowej komunikacji	121
5.Podsumowanie	122
6.Bibliografia	123

Ostre zespoły wieńcowe w praktyce Zespołów Ratownictwa Medycznego, na podstawie analizy Kart Medycznych Czynności Ratunkowych Zespołów Wyjazdowych ZRM Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance w latach 2020-2021

Lic. Ratownictwa Medycznego Kinga Kosiór

Wstęp

Według Głównego Urzędu Statystycznego choroby układu krążenia obok chorób nowotworowych są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce.

Choroby nowotworowe stanowią ponad 60% wszystkich zgonów dokumentowanych przez Światową Organizację Zdrowia w 2020 roku.

Z każdym rokiem możemy zaobserwować poprawę tej statystyki, czyli liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia maleje. Spośród wszystkich chorób układu krążenia największą śmiertelność powoduje choroba niedokrwienna serca.¹

Zgony spowodowane chorobą niedokrwienną serca maleją między innymi dzięki Systemowi Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ratownicy medyczni już na etapie przedszpitalnym mogą stwierdzić zawał serca z uniesieniem odcinka ST i wdrożyć leczenie zgodne z obowiązującym algorytmem. Zespoły Ratownictwa medycznego dzięki możliwości teletransmisji mają możliwość pozyskania wiedzy na temat lokalizacji najbliższych pracowni hemodynamicznych, do których mogą przetransportować chorego.²

Celem poniższej pracy jest przedstawienie zasad i procedur jakie muszą wykonywać zespoły ratownictwa medycznego podczas postępowania na etapie przedszpitalnym w ostrych zespołach wieńcowych (OZW).

Zwraca ona uwagę na badanie pacjenta i rozpoznanie ostrego zespołu wieńcowego na poziomie przedszpitalnym oraz leczenie, które należy wdrożyć jeszcze przed przyjęciem do chorego do szpitala z pracownią hemodynamiki.

¹Główny Urząd Statystyczny, Umieralność w 2020 roku. Zgony według przyczyn- dane wstępne, www.stat.gov.pl [Dostęp 11.11.2021]

² Ładny J, Kaźmierczak J, Nadolny K i wsp. Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021; s. 2-10. [Dostęp 11.11.2021]

Podstawę do napisania poniższej pracy stanowiły materiały uzyskane z kart medycznych czynności ratunkowych Zespołów Wyjazdowych PRM Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance w latach 2020-2021.

Zebrane dane pozwoliły prześledzić losy pacjentów z OZW i skonfrontować z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi postępowania z pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym.

Praca przedstawia również wybrane opisy przypadków z kart medycznych czynności ratunkowych Zespołów Wyjazdowych PRM Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance w latach 2020-2021.

Epidemiologia ostrych zespołów wieńcowych

Na chorobę niedokrwienną serca rocznie na świecie umiera blisko 17,5 miliona osób. Jest to najczęstsza przyczyna zgonów.

Rocznie ostre zespoły wieńcowe (OZW) stwierdza się u ponad 1,5 miliona chorych rocznie na świecie. W Polsce liczba ta wynosi około 120 tysięcy chorych.

Na przestrzeni lat obserwacji i badań ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST występuje częściej u młodszych pacjentów.

Zauważalne jest częstsze występowanie OZW u mężczyzn. W Europie 20% zgonów spowodowanych jest chorobą wieńcową.

W Polsce statystyka umieralności na chorobę wieńcową spadła o 39%. Obecnie na 100 000 mieszkańców przez chorobę wieńcową umiera 191 osób.

Jest to wysoka umieralność w porównaniu z całą Europą, gdzie zgony wynoszą 132 na 100 000 mieszkańców.³

Definicja OZW

Ostry zespół wieńcowy jest to ostre niedokrwienie mięśnia sercowego wywołane zaburzeniem przepływu wieńcowego.

³ Ładny J, Kaźmierczak J, Nadolny K i wsp. Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021; s. 2. [Dostęp 20.11.2021]

Najczęściej OZW wynika z pęknięcia blaszki miażdżycowej. Tworzy się skrzep i zamyka bądź ogranicza częściowo przepływ krwi przez tętnice wieńcowe. Ostry zespół wieńcowy nie jest odrębną jednostką chorobową.

Termin ostre zespoły wieńcowe zawiera w sobie trzy różne jednostki chorobowe z ostrymi objawami choroby wieńcowej należą do nich:

- zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI)
- zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI)
- niestabilna dusznica bolesna (UAP).⁴

Klasyfikacja OZW.

Na podstawie EKG możemy wyróżnić:

- Ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST(STEMI)

STEMI możemy rozpoznać już na etapie przedszpitalnym. Ratownicy medyczni mogą podjąć leczenie poza szpitalem oraz przetransportować pacjenta do najbliższej pracowni hemodynamiki. Przyczyną zazwyczaj jest zakrzep, który nagle zamyka światło tętnicy wieńcowej.

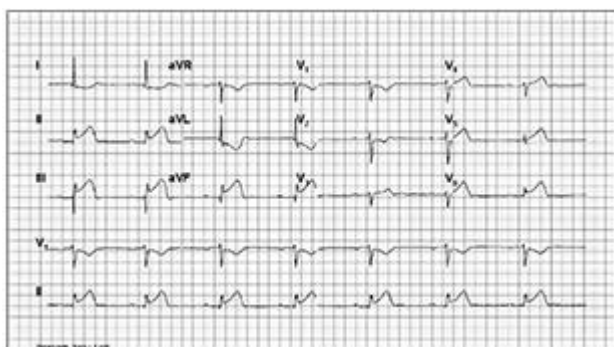
Na podstawie uniesień odcinka ST w EKG możemy ocenić, z której ściany zawałem mamy do czynienia. Warunkami rozpoznania zawału STEMI są zmiany odcinka ST w co najmniej dwóch sąsiednich odprowadzeniach z jednej ściany.

Zawał ściany dolnej: odprowadzenia II, III, aVF

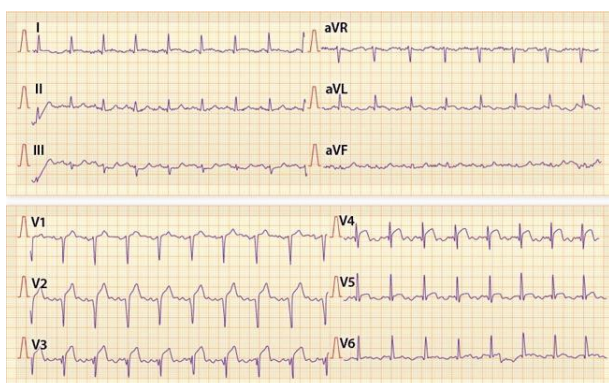
Zawał ściany przedniej: V1-V4

Zawał ściany bocznej: I, aVL, V5-V6

⁴ Chmielewski M, Janiszewski M, Wrzosek K, Mamcarz A. Co to jest ostry zespół wieńcowy?, Ostre zespoły wieńcowe. Wydawnictwo Medical Education Sp. z o.o. Warszawa 2010; s. 7-8.



Ryc.2.1 Zawał ściany dolnej Ostre zespoły wieńcowe [Dostęp 16.01.2022].



Ryc.2.2 Zawał ściany przedniej EKG [Dostęp 16.01.2022].

- Ostro zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI)

Jest zespołem objawów, jakie możemy zaobserwować u pacjenta spowodowanych przez ograniczenie przepływu krwi przez tętnice wieńcowe. W EKG nie stwierdzimy uniesień odcinka ST, natomiast troponiny we krwi wzrosną. W zawałe NSTEMI u mniej więcej 50% pacjentów występują obniżenia odcinka ST.

Oceniając wskaźniki uszkodzenia mięśnia sercowego (troponiny), objawy, jakie prezentuje pacjent i EKG wyróżnia się:

- niestabilną dławicę piersiową,
- nieokreślony zawał mięśnia sercowego,

- nagły zgon sercowy⁵.

Rokowanie pacjentów z podejrzeniem OZW.

Rokowanie pacjentów z rozpoznaniem OZW na przestrzeni lat znacznie się poprawiło. Przyczyniło się do tego powstanie oddziałów intensywnej opieki kardiologicznej oraz rozwój i powszechność leczenia fibrynolitycznego już na etapie przedszpitalnym.⁶

Do szybkiej oceny ryzyka na wczesnym etapie zawału służą skale:

- skala Morrowa-Antmana

CZYNNIK RYZYKA	LICZBA PUNKTÓW
Wiek 64-74 lat	2
Wiek > 75 lat	3
Ciśnienie tętnicze skurczowe <100 mm Hg	3
Częstotliwość rytmu serca >100/min	2
Niewydolność lewokomorowa > II klasa Killipa	2
Uniesienie ST nad ścianą przednią lub blok lewej odnogi	1
Współistnienie cukrzycy, NT lub dławica piersiowa w wywiadzie	1
Masa ciała < 67 kg	1
Czas od początku bólu do rozpoczęcia leczenia >4 h	1

Tabela 2.1 Skala Morrowa-Antmana [opracowanie własne].

⁵ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST, Interna Szczeklika 2021, Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna. Kraków 2021; s. 191-205

⁶ Chmielewski M, Janiszewski M, Wrzosek K, Mamcarz A. Rokowanie pacjentów z rozpoznaniem OZW- skale ryzyka, Ostre zespoły wieńcowe. Wydawnictwo Medical Education Sp. z o.o. Warszawa 2010; s. 18-23.

Liczba punktów, jaka zostanie przyznana pacjentowi, decyduje o krótkoterminowym i długoterminowym rokowaniu u pacjentów ze STEMI.

LICZBA PUNKTÓW	PRZEŻYCIE 30-DNIOWE	PRZEŻYCIE PACJENTÓW PO PRZEŻYCIU 30 DNI	ROCZNE PO
0	99,2 %	99 %	
1	98,4 %	99 %	
2	97,8 %	98,2 %	
3	95,6 %	97 %	
4	92,7 %	95,8 %	
5	87,6 %	93,3 %	
6	83,9 %	92,3 %	
7	76,6 %	87,9 %	
8	73,2 %	83,7 %	
>8	64,7 %	82,8 %	

Tabela 2.2 Czynniki, które decydują o długoterminowym oraz krótkoterminowym rokowaniu u pacjentów ze STEMI⁷ [opracowanie własne].

Czynniki ryzyka OZW

- starszy wiek,
- uwarunkowania genetyczne,
- płeć męska,
- dyslipidemia,
- wzrost ciśnienia tętniczego,
- hipercholesterolemia,

⁷ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Interna Szczeklika 2021, Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna, Kraków 2021; s. 206-222.

- palenie tytoniu,
- stres,
- cukrzyca,
- pacjenci po przebytych nagłych incydentach,
- otyłość,
- nieprawidłowa dieta.

Według opublikowanego badania „Interheart” czynniki ryzyka zawału serca są podobne w różnych regionach świata, a kilka z nich odpowiada w 90% zgonów u pacjentów z OZW.

Należą do nich:

- hiperlipidemia,
- palenie tytoniu,
- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca,
- otyłość,
- złe warunki psychologiczne.

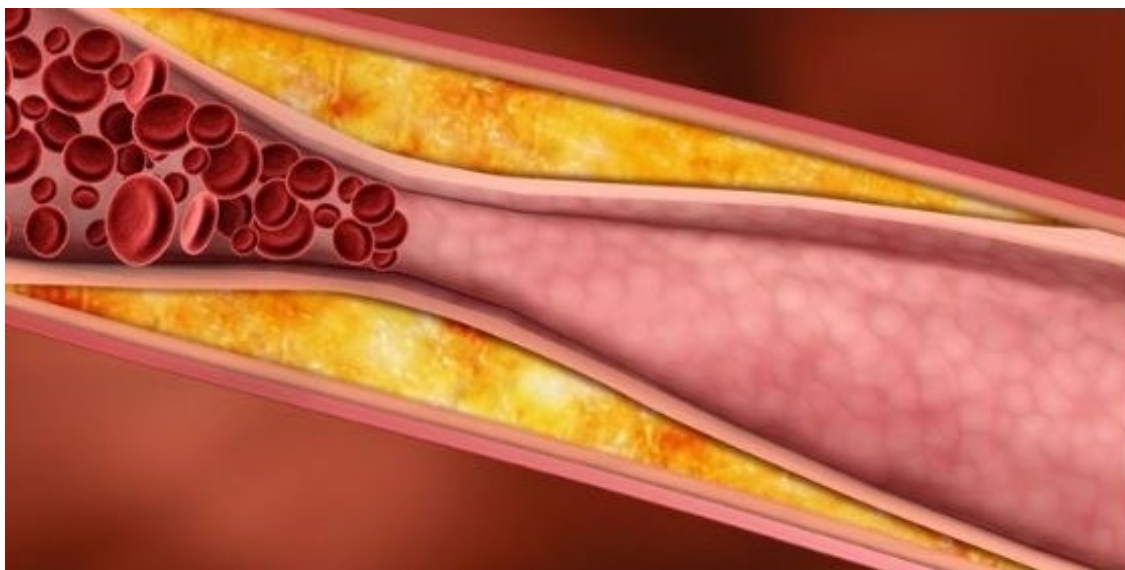
Najważniejsze czynniki ochronne: mniejsze spożycie alkoholu, aktywność fizyczna i dieta bogata w warzywa i owoce oraz kwasy omega. W powyższym badaniu oceniono również uwarunkowania genetyczne, przez które ryzyko choroby szacuje się na 10,1%.⁸

Patofizjologia OZW

Najczęstszą przyczyną OZW jest miażdżycyca. Podczas tej choroby dochodzi do odkładania lipoprotein w naczyniach krwionośnych. Powstaje blaszka miażdżycowa, która uwypukla się w naczyniu wieńcowym redukując przepływ krwi, co skutkuje niedostatecznym dostarczaniem tlenu do mięśnia sercowego. Blaszkę miażdżycową może ulec uszkodzeniu na skutek czynników chemicznych oraz fizycznych (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze). Na pękniętej blaszce miażdżycowej tworzy się skrzep, który zamyka światło tętnicy wieńcowej, co skutkuje brakiem dostarczania tlenu i substancji odżywczych do mięśnia sercowego.

⁸ Maroszyńska-Dmoch E, Woźakowska-Kapłon B. Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie-przegląd literatury. Folia Cardiologica 2014; 9: s. 267-274.

Rozpoczyna się wolniejsza praca serca ze względu na brak tlenu, a do krwioobiegu przedostają się białka nazywane troponinami. Po 15-30 minutach zaczyna się rozwijać martwica mięśnia sercowego.⁹



Ryc.3.3 Miażdżycy naczyń krwionośnych [Dostęp 8.04.2022].

Rozpoznanie OZW na poziomie przedszpitalnym

Z uwagi na fakt, iż na poziomie przedszpitalnym nie ma możliwości wykonania badań laboratoryjnych - troponiny T, troponiny I, wskaźniki aktywności kinazy kreatynowej: CK-2, CK-MB, mioglobiny (markerów uszkodzenia mięśnia sercowego) rozpoznanie ostrego zespołu wieńcowego opieramy na badaniu pacjenta i zebraniu dokładnego wywiadu oraz wykonaniu 12 odprowadzeniowego badania elektrokardiograficznego.

Wykonane EKG z kolei wysyłane jest – celem konsultacji, za pomocą teletransmisji do lekarza pełniącego dyżur na oddziale kardiologicznym z pracownią hemodynamiki w celu potwierdzenia diagnozy i podjęcia decyzji dotyczącej leczenia i transportu pacjenta.¹⁰ To dyżurny lekarz oceniający EKG kwalifikuje pacjenta do leczenia.

Badanie podmiotowe.

Jest to zebranie dokładnego wywiadu chorobowego.

⁹ Stępka A. Ostre zespoły wieńcowe- patofizjologia, Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia. Gołaszewska M (red). PZWL wydawnictwo lekarskie. Warszawa 2019; s. 80-83.

¹⁰ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Interna Szczeklika 2021. Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna. Kraków 2021; s. 206-222.

W zespołach ratownictwa medycznego używa się akronimu SAMPLE, dzięki któremu łatwiej jest zapamiętać najważniejsze pytania, jakie musimy zadać pacjentowi.

W przypadku OZW 80% pacjentów zgłasza bardzo silny, gniotący ból w klatce piersiowej. Jest on umiejscowiony za mostkiem. Zazwyczaj trwa dłużej niż 20 minut i z czasem jego trwania narasta.

Ból charakterystycznie promieniuje do lewej kończyny górnej, żuchwy, łopatki.

Może również pojawić się ból w nadbrzuszu, tak zwana „maska brzuszna zawału”.

U chorych na cukrzycę ból może nie występować ze względu na częstą u tej grupy pacjentów neuropatię cukrzycową.

40% chorych odczuwa duszność, występuje kaszel z odkształcaniem, a w ciężkich przypadkach może rozwinąć się obrzęk płuc.

Pacjent może odczuwać nudności, wymioty, zawroty głowy, osłabienie, kołatanie serca, niepokój, lęk przed śmiercią.¹¹

Badanie przedmiotowe.

Polega na palpacyjnym badaniu pacjenta oraz na pomiarze i ocenie podstawowych parametrów życiowych. W zespołach ratownictwa medycznego badamy pacjenta za pomocą schematu ABCDE, aby nie pominąć żadnych istotnych objawów świadczących o stanie zagrożenia życia pacjenta.

A – airway – drogi oddechowe pacjenta zwykle są drożne;

- kiedy dojdzie do najcięższego powikłania OZW, czyli zatrzymania krążenia

w rytmie migotania komór, będzie potrzebne przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych.

B – breathing – pacjent z powodu silnego stresu i bólu może mieć tachypnoe;

- saturacja zwykle jest w normie, czyli jej wartość wynosi >90%;

- podczas osłuchiwania zwykle szmer pęcherzykowy prawidłowy.

¹¹ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Interna Szczeklika 2021. Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna. Kraków 2021; s. 206-222.

Mogą wystąpić trzeszczenia wskazujące na niewydolność lewej komory oraz rzężenia charakterystyczne dla obrzęku płuc jako późnego objawu OZW.¹²

C – circulation – pacjent jest blady, spocony zwykle przy silnym bólu;

- przyspieszenie tętna >100/ minutę;
- podwyższone ciśnienie tętnicze zazwyczaj u osób z rozpoznaniem NT;
- u pacjentów z rozwijającym się wstrząsem kardiogennym sinica obwodowa.¹³

D–disability- stan neurologiczny, glikemia oraz stan świadomości zwykle w normie

E-exposure – podczas palpacyjnej oceny brzucha zwykle miękki, brak objawów otrzewnowych, niebolesny.¹⁴

Badanie elektrokardiograficzne.

Kluczowym badaniem, które wykonuje się już na poziomie przedszpitalnym, jest badanie elektrokardiograficzne (EKG). Możemy już na wczesnym etapie wykryć OZW z uniesieniem odcinka ST i podjąć szybką decyzję odnośnie leczenia pacjenta oraz transportu do odpowiedniego szpitala na oddział kardiologii z pracownią hemodynamiki. Ratownicy medyczni mogą również skorzystać z pomocy lekarza pełniącego dyżur na oddziale kardiologii w celu potwierdzenia rozpoznania OZW za pomocą telemetrii.¹⁵

Zmiany w EKG, które zachodzą w czasie zawału serca z uniesieniem odcinka ST:

- Uniesienia odcinka ST w punkcie J w co najmniej dwóch sąsiednich odprowadzeniach znad jednej ściany.
- Uniesienie odcinka ST rozpoznamy, kiedy osiągnie wysokość powyżej 1mm.


¹² Stępka A. Ostre zespoły wieńcowe- badanie przedmiotowe. Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia. Gołaszewska M (red). PZWL wydawnictwo lekarskie. Warszawa 2019; s. 84-85

¹³ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Interna Szczeklika 2021. Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna. Kraków 2021; s. 206-222.

¹⁴ Stępka A. Ostre zespoły wieńcowe- badanie przedmiotowe. Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia. Gołaszewska M (red). PZWL wydawnictwo lekarskie. Warszawa 2019; s. 84-85

¹⁵ Jahn M i wsp. EKG w przypadku bólu w klatce piersiowej: diagnostyczne 12- odprowadzeniowe EKG w ostrym zespole wieńcowym. EKG w medycynie ratunkowej i pomocy doraźnej. Wranicz J (red). Edra Urban & Partner. Wrocław 2021; s. 116-132.

W odprowadzeniach V2-V3 odcinek ST musi osiągnąć minimalną wysokość:



U mężczyzn <40 r.ż	U mężczyzn >40 r.ż	U kobiet
≥ 2,5mm	≥ 2,0mm	≥ 1,5mm

- Świeży blok prawej odnogi pęczka Hisa
- Świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa

Zmiany w EKG, które zachodzą w czasie zawału serca bez uniesienia odcinka ST:

- Obniżenie odcinka ST w co najmniej dwóch sąsiednich odprowadzeniach znad jednej ściany.
- Obniżenie przyjmuje wartość co najmniej 0,5 mm.
- Zmiany załamka T z uprzednio ujemnych na dodatnie i na odwrót. Głębokość załamka to minimum 0,1mV.¹⁶

Teletransmisja.

Wszystkim pacjentom, u których podejrzewamy STEMI, należy przywrócić przepływ krwi w niedrożnej tętnicy wieńcowej. Przeszkórna interwencja wieńcowa (PCI) powinna być przeprowadzona jak najszybciej od wystąpienia objawów, co zwiększa skuteczne leczenie pacjentów ze STEMI oraz poprawia rokowanie. Dzięki teletransmisji czas transportu do pracowni hemodynamiki został skrócony. Zespoły ratownictwa medycznego przy podejrzeniu STEMI mogą wysłać EKG do lekarza dyżurnego w najbliższej pracowni hemodynamicznej w celu potwierdzenia interpretacji i podjęcia decyzji o szybkim transporcie pacjenta.¹⁷

¹⁶ Szczeklik A, Szczeklik W i wsp. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST. Interna Szczeklika 2021. Gajewski P. (red). Wydawnictwo medycyna praktyczna. Kraków 2021; s. 206-222.

¹⁷ Mężyński G, Kralisz P, Nowak K i wsp. Przedszpitalna teletransmisja 12-odprowadzeniowego EKG i bezpośrednia transmisja do ośrodka kardiologii inwazyjnej w celu zmniejszenia opóźnienia leczenia inwazyjnego(PCI) u pacjentów ze STEMI. Acta Bio-Optica et Informatica Medica 3/2010; s. 268-271



Ryc.4.4 Teletransmisja danych w praktyce zespołów ratownictwa medycznego
[Dostęp 5.05.2022].

Dobre praktyki postępowania w OZW

Po dotarciu na miejsce wezwania zespół ratownictwa medycznego musi zebrać dokładny wywiad od pacjenta lub bliskiej rodziny.

Należy uzyskać następujące informacje:

- W którym miejscu dokładnie pacjent odczuwa ból?
- Kiedy ból się pojawił?
- Kiedy ból się nasila? W jakich sytuacjach/czynnościach?
- Jaki jest ten ból? Czy kłujący, piekący, rozpierający?
- W jakich sytuacjach/czynnościach ból słabnie?
- Czy ból promieniuje?
- Czy pacjent na coś choruje?
- Jakie leki przyjmuje?
- Czy występują u niego alergie?
- Kiedy i co ostatnio jadł?
- Okoliczności, w jakich ból się rozpoczął?

W trakcie badania podmiotowego należy również przeprowadzić badanie przedmiotowe według schematu ABCDE.

- Wykonać 12-odprowadzeniowe EKG.

- Lekarz dyżurny po interpretacji zapisu EKG udziela zleceń dotyczących dalszego postępowania z pacjentem.

Decyduje o podaniu leków, wykonaniu medycznych czynności ratunkowych, transporcie pacjenta do pracowni hemodynamiki.

- Po otrzymaniu decyzji od lekarza kardiologa dotyczącej transportu pacjenta należy poinformować o niej dyspozytora medycznego.

- Podczas transportu pacjenta do najbliższej pod względem czasu dotarcia pracowni hemodynamicznej należy zapewnić skuteczną tlenoterapię, dostęp dożylny oraz monitorowanie parametrów życiowych pacjenta.¹⁸

Obecnie Ministerstwo Zdrowia opublikowało aktualny schematy i wydało zalecenia: Dobrą Praktykę postępowania z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Dotyczą one algorytmu postępowania dla Dyspozytorów Medycznych oraz Zespołów Ratownictwa Medycznego.

¹⁸ Ładny J, Kaźmierczak J, Nadolny K i wsp. Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021; s. 7-10

OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY



REKOMENDOWANY ALGORYTM POSTĘPOWANIA DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH
I ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO Z PODEJRZENIEM OSTREGO ZESPÓŁU WIEŃCOWEGO

POSTĘPOWANIE DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH



1 | Zbierz wywiad medyczny i ustal:

- ▶ lokalizację bólu
- ▶ czas trwania dolegliwości
- ▶ charakter bólu i jego nasilenie
- ▶ czy ból promieniuje - jeśli tak, to gdzie
- ▶ czy ból nasila się przy kaszlu, wysiłku fizycznym lub zmianie pozycji ciała
- ▶ czy ból wystąpił pierwszy raz
- ▶ czy ból wystąpił po urazie
- ▶ czy bólowi towarzyszą inne objawy (np. duszność, sinica, błądźc itp.)
- ▶ występowanie chorób – w szczególności chorób układu krążenia

Jeśli występują objawy wskazujące na podejrzenie ostrego zespołu wieńcowego, zawsze nadaj zleceniu **1 KOD PILNOŚCI.**

2 | Zadzysponuj zespół ratownictwa medycznego:

Do pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego zadzysponuj zespół ratownictwa medycznego, który **najszybciej dotrze do miejsca zdarzenia.**

Rozważ zadzysponowanie lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, gdy czas dotarcia drogą lotniczą do miejsca zdarzenia jest krótszy lub transport do ośrodka docelowego jest krótszy od czasu transportu zespołem naziemnym.

POSTĘPOWANIE ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

1 | Zbierz wywiad medyczny wg schematu SAMPLE

- S** - symptomy - charakter dolegliwości
- A** - alergie
- M** - przyjmowane leki
- P** - przebyte choroby
- L** - ostatni spożyty posiłek
- E** - okoliczności zdarzenia oraz diagnostyka różnicowa



2 | Wykonaj badanie ABCDE

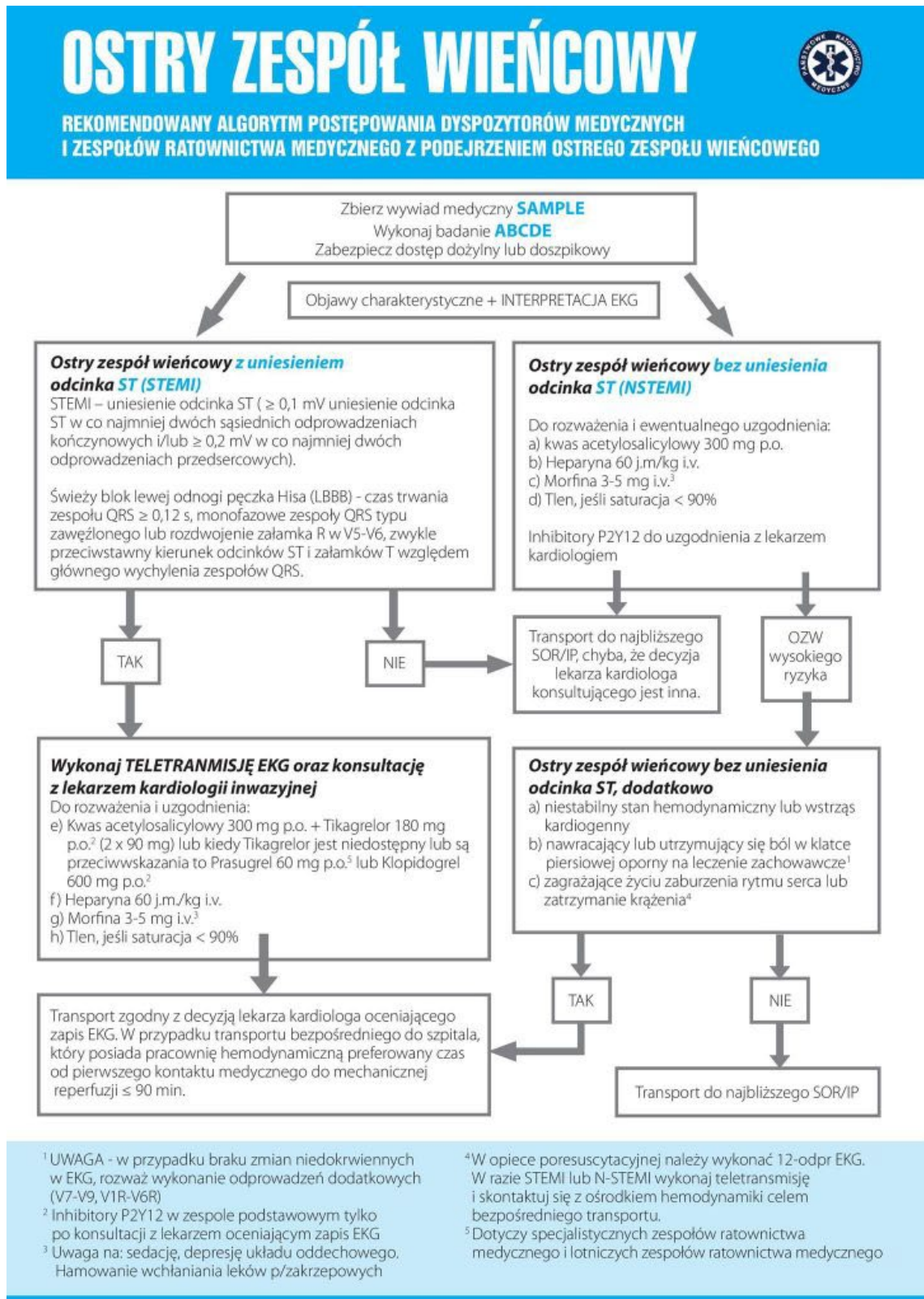
- A** - drogi oddechowe (drożne, niedrożne, zagrożone niedrożnością)
- B** - oddychanie (częstość oddechu, objętość oddechu, wysiłek oddechowy, natlenowanie)
- C** - krążenie (częstość pracy serca, ciśnienie tętnicze, napięcie tętna, perfuzja, obciążenie wstępne)
- D** - ocena zaburzeń świadomości (AVPU, glikemia, źrenice, czucie)
- E** - ekspozycja pacjenta

3 | Pamiętaj o

- ▶ wykonaniu 12-odprowadzeniowego zapisu EKG
- ▶ poinformowaniu pacjenta o prawdopodobieństwie dalszego leczenia poprzez wykonanie PCI
- ▶ uzyskaniu dostępu dożylnego lub dożypikowego



Ryc.5.5 Dobre praktyki postępowania z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego [dostęp 11.12.2021].



Ryc.5.6 Dobre praktyki postępowania z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego [dostęp 11.12.2021].

Postępowanie farmakologiczne w OZW według schematu „HAKT ONOB” na poziomie przedszpitalnym.

HEPARYNA



Ryc.6.7 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Heparyna jest lekiem przeciwzakrzepowym. Po 10 minutach od podania dożylnego lek osiąga maksymalne działanie. Można stosować heparynę w okresie karmienia piersią oraz ciąży. Heparynę podajemy w ostrych zespołach wieńcowych, zakrzepowym zapaleniu żył głębokich, zatorowości płucnej. Dawka początkowa to 5000 j.m. dożylnie. W ostrej zatorowości płucnej 10000 j.m. Przeciwwskazaniami do podania Heparyny są: nadwrażliwość na składniki leku, czynne niekontrolowane krwawienia, krwotok wewnątrzczaszkowy, rozległe urazy, hemofilia, żylaki przełyku.¹⁹

¹⁹ Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

KWAS ACETYLOSALICYLOWY(ASA)



Ryc.6.8 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Kwas acetylosalicylowy dostępny jest pod postacią leku o nazwie Polopiryna S. ASA zaliczamy do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Wykazuje działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne oraz przeciwgorączkowe. Używany jest głównie w OZW ze względu na działanie hamujące agregację płytek krwi.

Polopiryna S występuje pod postacią tabletek. Dawkowanie wynosi od 300 mg do 600 mg. Maksymalnie do 3g na dobę. Przeciwwskazaniem do podania leku jest uczulenie na składniki zawarte w leku, astma oskrzelowa, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, krwawienia, zaburzenia krzepnięcia, 3 trymestr ciąży, okres karmienia piersią. Preparatu nie stosujemy u dzieci poniżej 16 roku życia ze względu na możliwość wystąpienia zespołu Reye'a.²⁰

²⁰ Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

Klopidogrel (np.: Plavix, Zylt) i Ticagrelor (Brillique) są to nowej generacji leki przeciwplatekcyjne.

Klopidogrel powinno się stosować tylko wtedy, gdy prasugrel lub ticagrelor są niedostępne lub pozostają przeciwwskazane bądź u pacjentów wymagających doustnego leczenia przeciwkrzepliwego.

KLOPIDOGREL



Ryc.6.9 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Klopidogrel (Plavix) występuje pod postacią tabletek. Jest inhibitorem agregacji płytek krwi i stosuje się go razem z kwasem acetylosalicylowym po konsultacji z lekarzem pełniącym dyżur w pracowni hemodynamicznej. Wskazaniem do podania leku na poziomie przedszpitalnym jest ostry zespół wieńcowy. W OZW podaje się 600 mg klopidogrelu. Przeciwwskazaniem do podania jest uczulenie na składniki występujące w leku, ciężkie schorzenia wątroby, czynne krwawienia.²¹

²¹ Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

TICAGRELOR



Ryc.6.10 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Ticagrelor (Brillique) występuje pod postacią tabletek. Jest inhibitorem agregacji płytek krwi. Wskazaniem do podania leku na poziomie przedszpitalnym jest ostry zespół wieńcowy. Brillique podajemy po konsultacji z lekarzem pełniącym dyżur w pracowni hemodynamicznej. Pojedyncza dawka to 180 mg. Przeciwwskazaniem do podania jest uczulenie na składniki występujące w leku, krwotok śródczaszkowy, czynne krwawienia, ciężkie schorzenia wątroby.²²

OPIOIDY



Ryc.6.11 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Leki opioidowe należy stosować tylko i wyłącznie u pacjentów z silnym bólem stenokardialnym.

Stosujemy je ze względu na ich działanie przeciwbólowe, przeciwłękowe i uspokajające. Pamiętać należy o ich przeciwwskazaniach, skutkach ubocznych i powikłaniach.

²² Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

W ostrym zespole wieńcowym w przypadku silnego bólu podajemy morfinę, która jest opioidowym lekiem przeciwbólowym. Morfinę możemy podawać miareczkując od 2 mg do 8 mg aż do ustąpienia bólu. Przeciwwskazaniem do podania morfiny jest uczulenie na składniki występujące w leku, zaburzenia pochodzące z układu oddechowego, zatrucie alkoholem, kolka wątrobowa, guz chromochłonny nadnerczy.²³

NITROGLICERYNA



Ryc.6.12 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Nitrogliceryna nie jest lekiem obligatoryjnie stosowanym u wszystkich pacjentów z OZW.

Nitrogliceryna (nitromint) jest lekiem rozszerzającym naczynia wieńcowe. Jest azotanem i występuje w postaci aerozolu stosowanego podjęzykowo. Wskazaniem do podania jest ostry zespół wieńcowy. 400 mikrogram to 1 dawka, którą możemy powtarzać do 3 razy w ciągu **15 min**. Podczas podawania leku pacjent powinien przyjąć pozycję siedzącą. Przeciwwskazaniem do podania jest hipotensja, zawał ściany dolnej, uczulenie za składniki leku.²⁴

²³ Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

²⁴ Indeks leków Strona internetowa www.mp.pl [Dostęp 21.02.2022]

O₂- TLEN MEDYCZNY



Ryc.6.13 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

Tlen podajemy pacjentom, u których poziom saturacji wynosi poniżej 94%. Jeśli nie stwierdza się objawów hipoksji, nie zaleca się podawania tlenu.²⁵

BENZODIAZEPINY



Ryc.6.14 HAKT ONOB [Dostęp 24.02.2022].

W przypadku rozpoznania OZW u pacjenta niespokojnego, pobudzonego, lęklivego nie ma potrzeby podawania benzodiazepin. W tym przypadku dawka morfiny powinna być wystarczająca, aby uspokoić pacjenta. Jednak w przypadku znacznego pobudzenia powinniśmy rozważyć podanie np diazepam w dawce od 2,5 mg do 10 mg.²⁶

²⁵Kotliński K. HAKT ONOB- farmakoterapia w przypadku OZW w ZRM typu P PARAMEDiC Poland 2018 [Dostęp: 21.02.2022]

²⁶Kotliński K.HAKT ONOB- farmakoterapia w przypadku OZW w ZRM typu P PARAMEDiC Poland 2018 [Dostęp: 21.02.2022]

Leczenie OZW na poziomie szpitalnym. Rola leczenia inwazyjnego w OZW

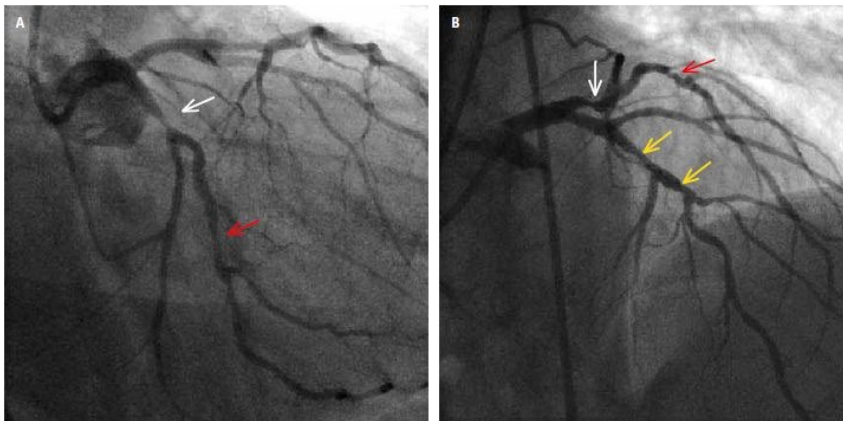
Aktualnie w Polsce jest coraz więcej pracowni hemodynamiki, co znacznie zwiększa rokowanie pacjentów z rozpoznanyym ostrym zespołem wieńcowym na poziomie przedszpitalnym.

Koronarografia.

Koronarografia to zabieg, podczas którego uwidocznione zostają tętnice wieńcowe. W trakcie trwania zabiegu do tętnic podawany jest środek kontrastowy za pomocą cewników.

Podczas badania uwidoczniona zostaje prawa oraz lewa tętnica wieńcowa wraz z ich odgałęzzeniami.

Zabieg koronarografii pozwala stwierdzić, czy tętnice wieńcowe są zamknięte lub zwężone oraz w jakim stopniu.²⁷



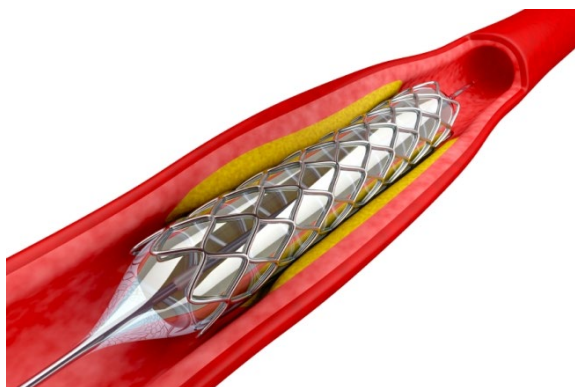
Ryc.7.15 Choroba niedokrwienna serca. 51-letni mężczyzna z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST [Dostęp 24.02.2022].

Angioplastyka.

Angioplastyka wieńcowa prowadzi do poszerzenia tętnicy wieńcowej, która uległa zwężeniu z wykorzystaniem balonu znajdującego się na końcowej części cewnika naczyniowego. Aktualnie częściej do nakłucia wybierana jest tętnica promieniowa. Zabieg polega na znieczuleniu miejsca nakłucia i wprowadzenia cewnika naczyniowego, w który zostaje wprowadzony prowadnik, po którym wsuwa się cewnik z balonem. Balon umieszcza się na wysokości zwężonej tętnicy.

²⁷ Kopeć G. Koronarografia, medycyna praktyczna. www.mp.pl [Dostęp 24.02.2022]

Błaszka miażdżycowa ulega zgnieceniu przez balon, co powoduje zwiększenie przepływu krwi przez tętnice. W 70% - 100% podczas zabiegu angioplastyki wszczepiane zostają stenty.²⁸



Ryc.7.16 Przeszkórne interwencje wieńcowe. Wprowadzenie stentu. [Dostęp 24.02.2022].

Analiza i interpretacja dokumentacji medycznej kart MCR zespołów wyjazdowych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance.

Analizie poddano dokumentację medyczną zespołów wyjazdowych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance. Na dostęp do dokumentacji medycznej uzyskano zgodę Dyrektora Placówki. Wybrano przypadki pacjentów, którym rozpoznano OZW już na poziomie przedszpitalnym. Interwencje ZRM odbywały się w latach 2020 i 2021 roku (1.01.2020 – 31.12.2021).

Celem analizy dokumentacji medycznej z pozyskanej Medycznych Kart Czynności Ratunkowych Zespołów Wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance była ocena i analiza medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego u pacjentów z podejrzeniem Ostrego Zespołu Wieńcowego na poziomie przed szpitalnym.

W doborze przypadków brano pod uwagę kwalifikację wyjazdu do pacjenta i wstępne rozpoznanie na miejscu zdarzenia.

²⁸ Ludwikowska K. Przeszkórne interwencje wieńcowe, medycyna praktyczna. www.mp.pl [Dostęp 24.02.2022]

Wyniki poczynione podczas analizy danych z kart Medycznych Czynności Ratunkowych Zespołów Wyjazdowych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance.

Analiza danych z kart MCR zespołów ZRM.

Powiat czarnkowsko-trzcianiecki leży w województwie Wielkopolskim.

W skład powiatu wchodzi:

- gminy miejskie: Czarnków
- gminy miejsko-wiejskie: Krzyż Wielkopolski, Trzcianka, Wieleń
- gminy wiejskie: Czarnków, Drawsko, Lubasz, Połajewo
- miasta: Czarnków, Krzyż Wielkopolski, Trzcianka, Wieleń

Według danych z 30 czerwca 2020 roku powiat zamieszkiwało 86 868 osób.

W powiecie czarnkowsko-trzcianieckim funkcjonują trzy zespoły Podstawowe Ratownictwa Medycznego których dysponentem jest Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II ul. Sikorskiego 9 64-980 Trzcianka.

W latach 2020 i 2021 zakres działań Zespołów RM mieścił się w: Trzciance, Wieleniu, Krzyżu Wielkopolskim.

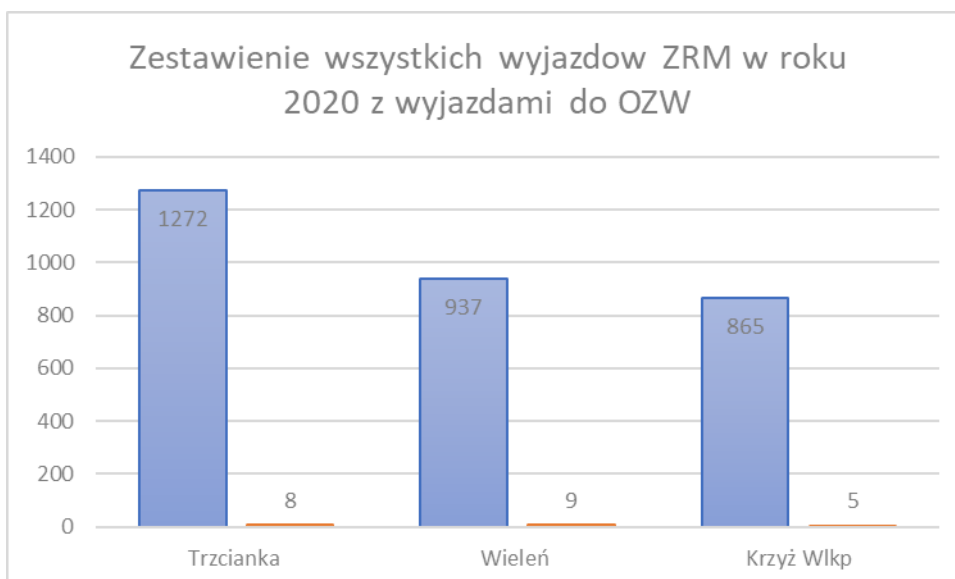
W roku 2020 z Kart MCR można wywnioskować i uzyskać następujące dane:

W roku 2020 Zespół Ratownictwa Medycznego miał łącznie 3074 wyjazdów w tym 22 do pacjentów z podejrzeniem OZW., 8 wyjazdów do pacjentów mieszkających w Trzciance, 9 do Wielenia, 5 do Krzyża Wielkopolskiego.

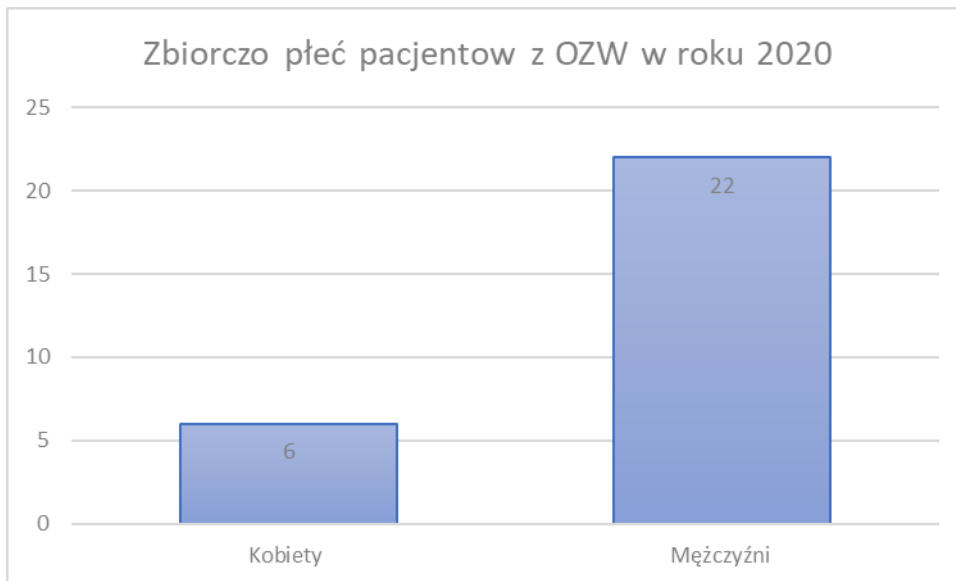
Uzyskane dane z kart MCR prezentują się następująco:



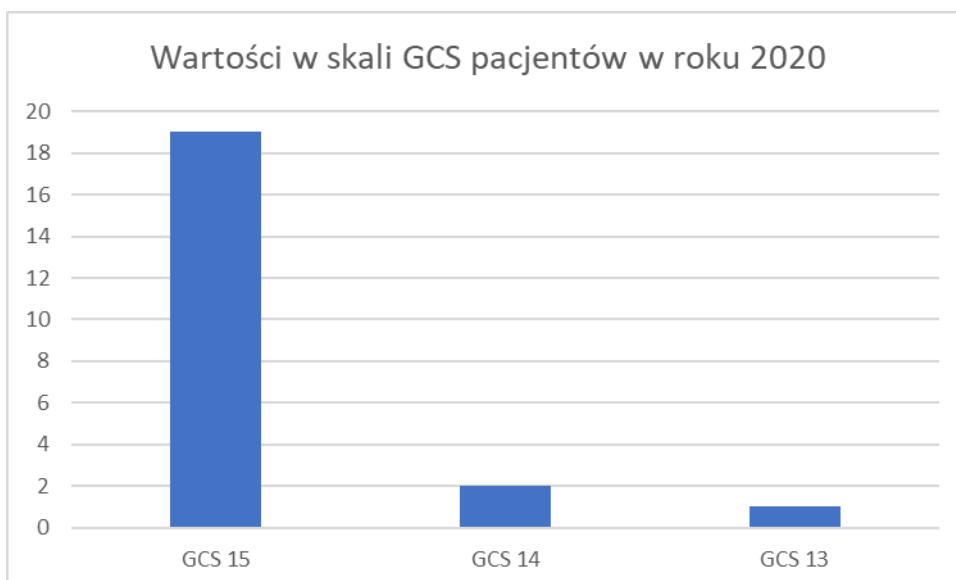
Ryc.8.17 Zestawienie wszystkich wyjazdów ZRM w roku 2020 [opracowanie własne].



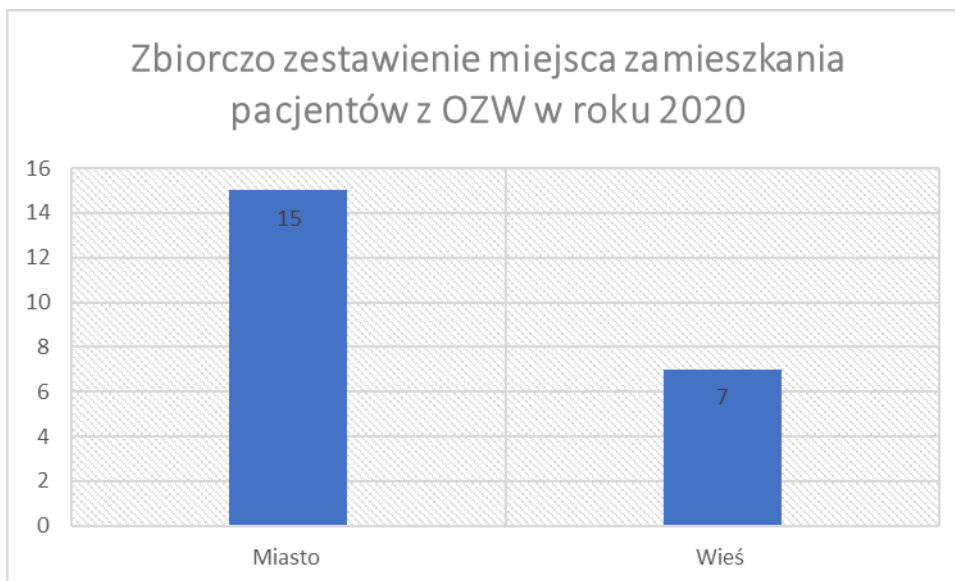
Ryc.8.18 Zestawienie wszystkich wyjazdów ZRM w stosunku do zgłoszeń z powodu OZW w roku 2020 [opracowanie własne].



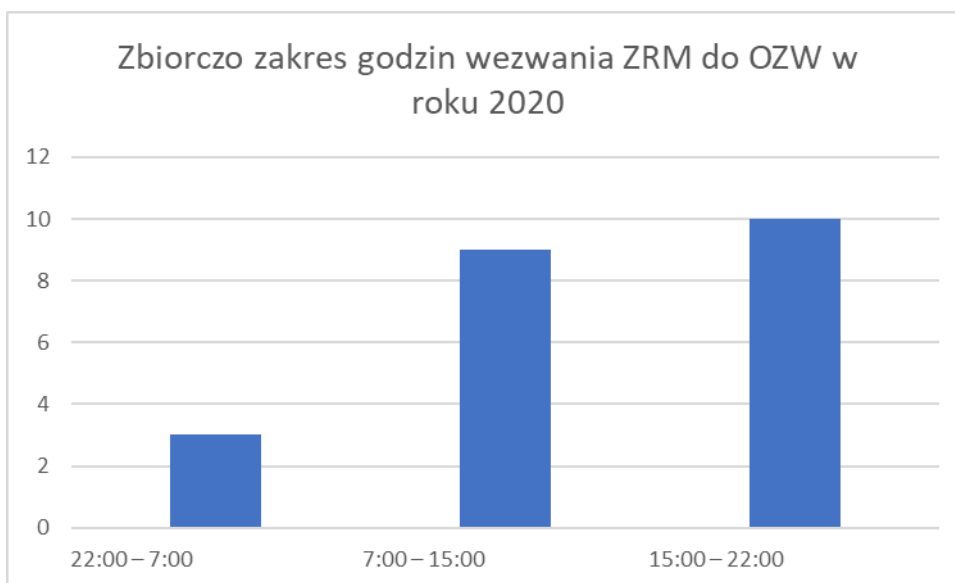
Ryc.8.19 Płeć pacjentów z Ostym Zespołem Wieńcowym w roku 2020 [opracowanie własne].



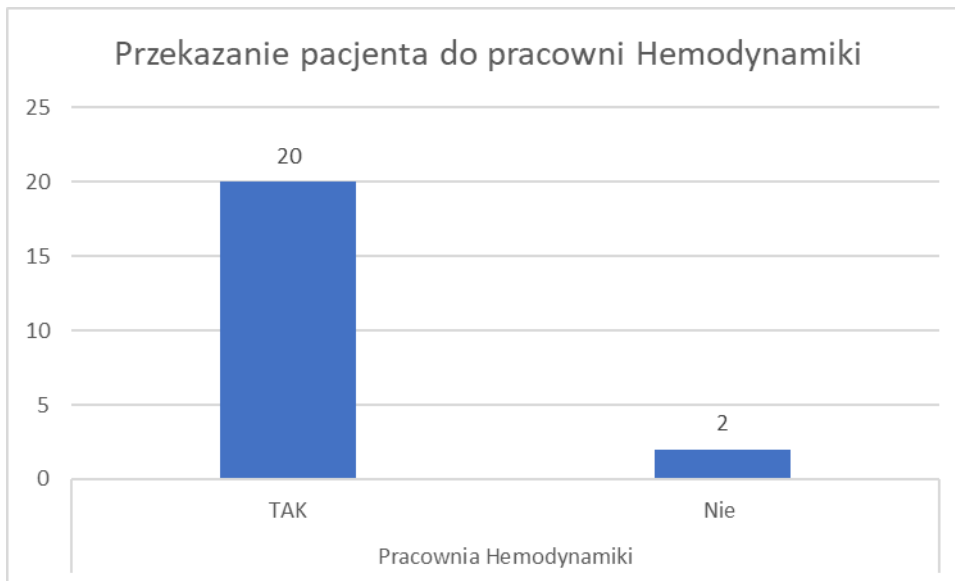
Ryc.8.20 Wartości skali GCS (przytomności) pacjentów z OZW w roku 2020 [opracowanie własne].



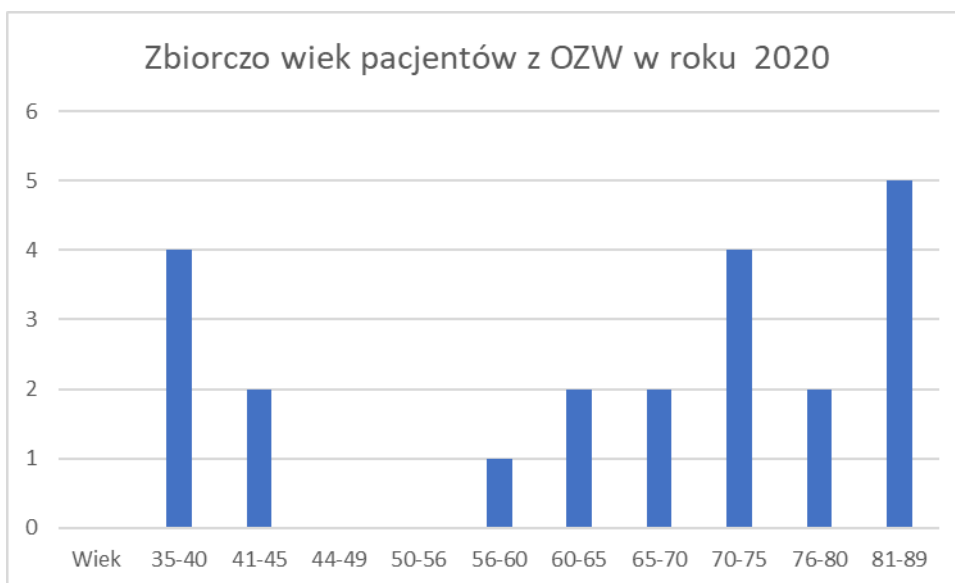
Ryc.8.21 Zestawienie miejsca zamieszkania pacjentów z OZW w roku 2020 [opracowanie własne].



Ryc.8.22 Zestawienie przedziału czasowego wezwań do OZW w roku 2020 [opracowanie własne].



Ryc.8.23 Ilość przekaz pacjentów z OZW do pracowni hemodynamiki w roku 2020 [opracowanie własne].



Ryc.8.24 Wiek pacjentów z OZW w roku 2020 [opracowanie własne].



Ryc.8.25 Średnia wartość ciśnienia tętniczego u pacjentów z Ostym Zespołem Wieńcowym w roku 2020 [opracowanie własne].

Z przedstawionych danych uzyskanych z Kart MCR wynika, że w 2020 roku zdecydowanie najwięcej zgłoszeń do OZW było w podstacji w Wieleniu.

Chorzy w zdecydowanej większości mężczyźni w starszym wieku kierowani byli do pracowni hemodynamiki.

Chorzy w zdecydowanej większości dolegliwości bólowe odczuwali w godzinach popołudniowych i wieczornych.

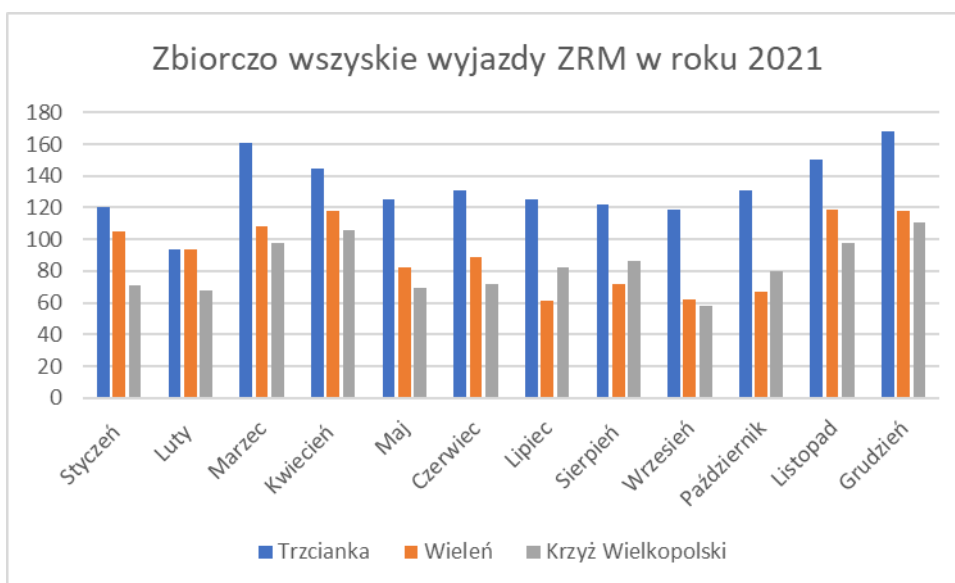
OZW w zdecydowanej większości rozpoznawano u mieszkańców miasta, w zdecydowanej większości ich GCS wynosił 15 punktów a ciśnienie tętnicze 160/96.

W roku 2021

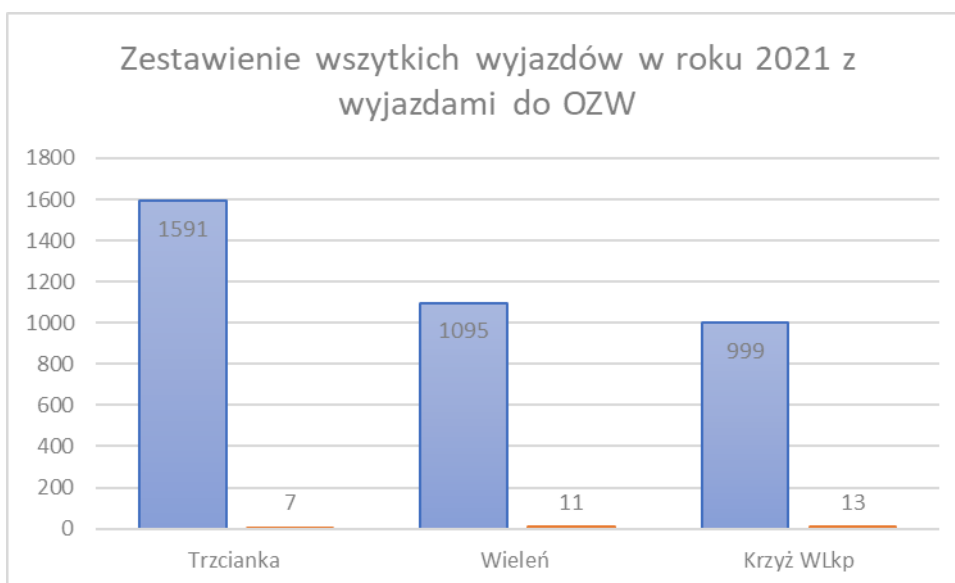
W roku 2021 Zespół Ratownictwa Medycznego miał łącznie 3685 wyjazdów w tym 33 do pacjentów z podejrzeniem OZW.

7 wyjazdów do pacjentów mieszkających w Trzciance, 11 do Wielenia, 13 do Krzyża Wielkopolskiego.

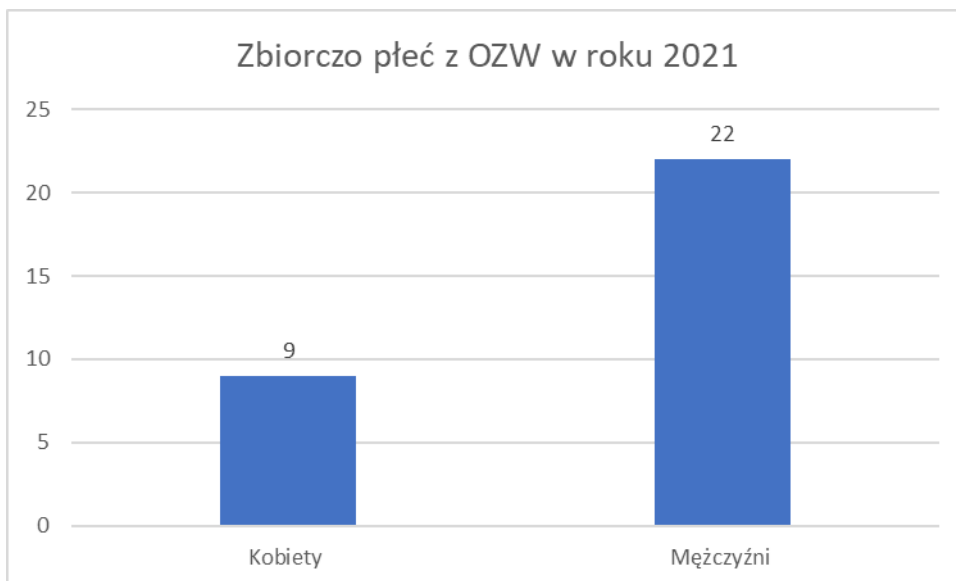
Poszczególne z kart MCR dane prezentują się następująco.



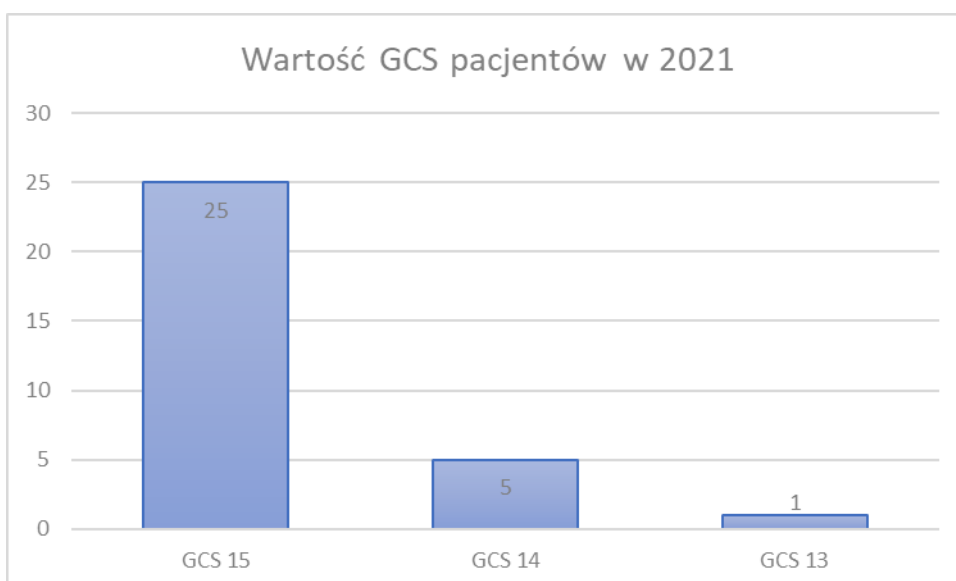
Ryc.8.26 Zestawienie wszystkich wyjazdów ZRM w roku 2021[opracowanie własne].



Ryc.8.27 Zestawienie wszystkich wyjazdów ZRM w stosunku do zgłoszeń z powodu OZW w roku 2021 [opracowanie własne].



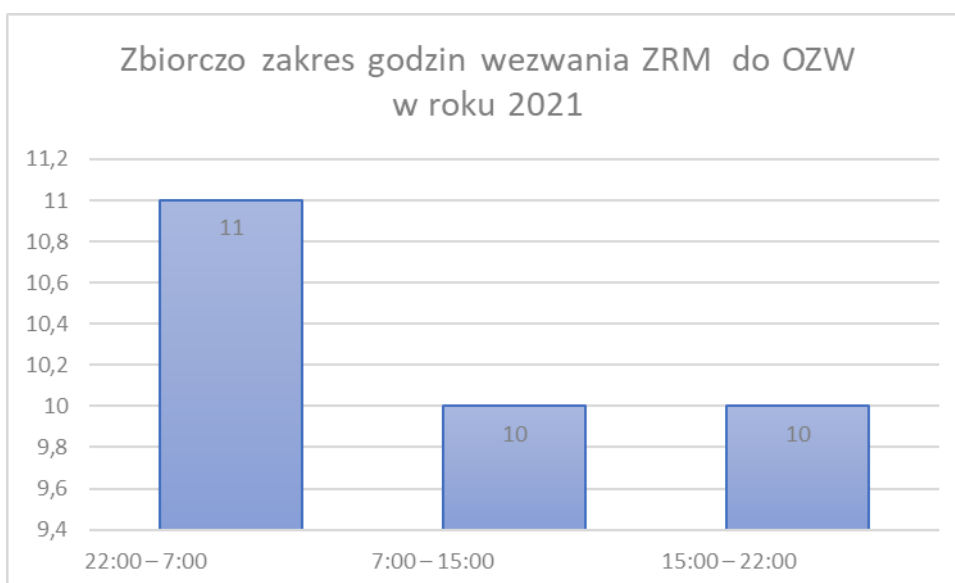
Ryc.8.28 Płeć pacjentów z Ostym Zespołem Wieńcowym w roku 2021 [opracowanie własne].



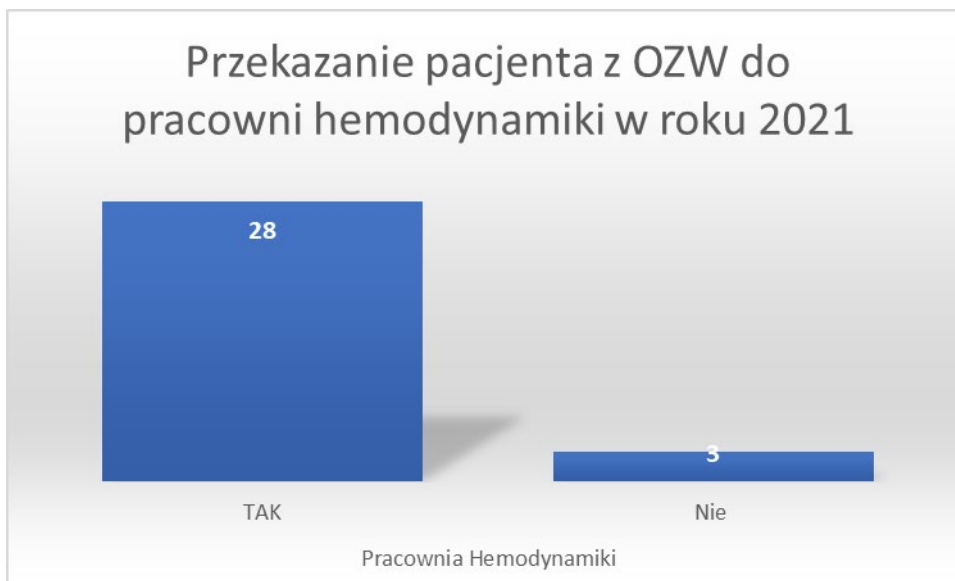
Ryc.8.29 Wartości skali GCS (przytomności) pacjentów z OZW w roku 2021 [opracowanie własne].



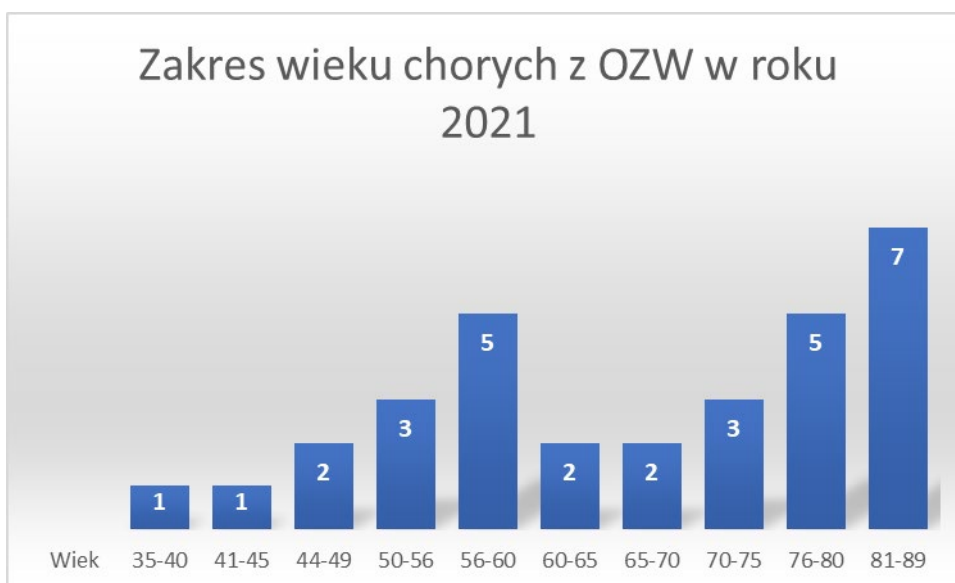
Ryc.8.30 Zestawienie miejsca zamieszkania pacjentów z OZW w roku 2021 [opracowanie własne].



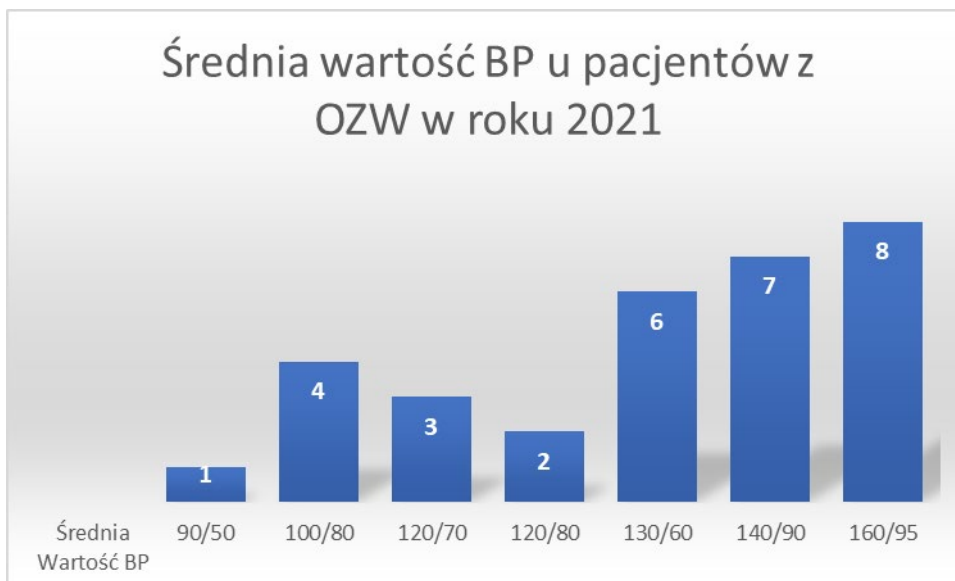
Ryc.8.31 Zestawienie przedziału czasowego wezwań do OZW w roku 2021 [opracowanie własne].



Ryc.8.32 Ilość przekaz pacjentów z OZW do pracowni hemodynamiki w roku 2021 [opracowanie własne].



Ryc.8.33 Wiek pacjentów z OZW w roku 2021 [opracowanie własne].



Ryc.8.34 Średnia wartość ciśnienia tętniczego u pacjentów z Ostym Zespołem Wieńcowym w roku 2021 [opracowanie własne].

Podsumowanie uzyskanych danych z roku 2021:

Z przedstawionych danych uzyskanych z Kart MCR wynika, że w 2021 roku, tak jak i rok wcześniej zdecydowanie najwięcej zgłoszeń OZW było w podstacji w Wieleniu.

Chorzy w zdecydowanej większości mężczyźni w starszym wieku kierowani byli do pracowni hemodynamiki.

Chorzy w zdecydowanej większości dolegliwości bólowe odczuwali w godzinach popołudniowych i wieczornych.

OZW w zdecydowanej większości rozpoznawano u mieszkańców i miasta, w zdecydowanej większości ich GCS wynosił 15 punktów a ciśnienie tętnicze 160/96.

Wnioski:

Podsumowując oba badane lata wywnioskować można następujące stwierdzenia:

Grupa pacjentów badanych była różnicowana pod względem płci i miejsca zamieszkania. Zdecydowanie większością pacjentów byli mężczyźni i mieszkańcy miasta. Średnia wieku pacjentów wynosi 65,3 lat.

Wśród 53 przypadków OZW, zespół ratownictwa medycznego najczęściej wzywany był

w godzinach 22:00- 7:00 oraz 15:00 – 22:00.

Zdecydowana większość pacjentów była transportowana do szpitala z pracownią hemodynamiki (96,2). Czas od momentu przybycia ZRM na miejsce wezwania do momentu przekazania pacjenta na docelowy oddział wyniósł 66,8min.

Godzina wezwania x (%)	
22:00 – 7:00	18 (34)
7:00 – 15:00	15 (28,3)
15:00 – 22:00	20 (37,7)
Transport do pracowni hemodynamicznej x (%)	
Tak	51 (96,2)
Nie	2 (3,8)
Rodzaj zespołu x (%)	
Podstawowy	53 (100)
Czas dotarcia do szpitala	66,8min.

Tabela 8.4. Analiza czasu dotarcia ZRM do pacjenta i do szpitala, w którym uzyska pomoc [Opracowanie własne].

Opis wybranych przypadków

Opisane przeze mnie przypadki dotyczą wyjazdów zespołów podstawowych Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance z pododdziałem w Wieleniu oraz Krzyżu Wielkopolskim w latach 2020 – 2021.

Przypadek 1/2020:

Wywiad: Pacjent lat 49 od godzin nocnych ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku w mostku, promieniujący do lewej ręki.

Stan pacjenta: W skali GCS pacjent otrzymał 15 punktów, saturacja 95%, ciśnienie 140/80 mmHg, tętno miarowe 103/min. Pacjent w logicznym

kontakcie, zorientowany co do miejsca i czasu, alergię na leki neguje.

Choroby przewlekłe: NT. W EKG uniesienie odcinka ST od V2-V6.

Ocena w skali bólu wg NRS: 6. Po wykonaniu teletransmisji podjęto decyzję o transporcie pacjenta na oddział hemodynamiki.

Ponowna ocena skali bólu wg NRS: 4. Poziom glukozy 315mg%.

Przebieg leczenia: Pacjentowi podano:

- 300mg Polopiryny S
- 5000 j.m Heparyny
- 600mg Areplexu
- 7mg Morfiny
- 4l/min tlenu

Przypadek 2/2020:

Wywiad: Przytomny, oddycha, ból w kl. piersiowej o charakterze piekącym za mostkiem, promieniuje do kończyn górnych, nie choruje przewlekłe. Pod nadzorem epidemiologicznym – kontakt w pracy kilka dni temu.

Stan pacjenta: W chwili badania przytomny. Ocena skali bólu wg NRS: 5, wykonana o godzinie 5:38. Pacjent zgłasza nieurazowy ból klatki piersiowej. W skali GCS 15 punktów. Saturacja 100%, tętno 101/min, ciśnienie 140/100 mmHg. Podczas przekładania pacjenta na nosze pacjent zatrzymał się w przebiegu migotania komór. Brak tętna, brak oddechu. defibrylacja 3x. Po podaniu leków rytm zatokowy.

Przebieg leczenia: Pacjentowi podano:

- Polopiryna S 300mg
- Clopidix 600mg

Heparinum 5000 j.m

Adrenalina 1m

Przypadek 3/2020:

Wywiad: Pacjent lat 49 od godzin nocnych ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku w mostku, promieniujący do lewej ręki.

Stan pacjenta: W skali GCS pacjent otrzymał 15 punktów, saturacja 95%, ciśnienie 140/80 mmHg, tętno miarowe 103/min. Pacjent w logicznym kontakcie, zorientowany co do miejsca i czasu, alergię na leki neguje. Choroby przewlekłe: NT. W EKG uniesienie odcinka ST od V2-V6. Ocena w skali bólu wg NRS: 6. Po wykonaniu teletransmisji podjęto decyzję o transporcie pacjenta na oddział hemodynamiki. Ponowna ocena skali bólu wg NRS: 4. Poziom glukozy 315mg%.

Przebieg leczenia: Pacjentowi podano:

- 300mg Polopiryny S
- 5000 j.m Heparyny
- 600mg Areplexu
- 7mg Morfiny
- 4l/min tlenu

Przypadek 4/2021:

Wywiad: Pacjentka lat 71 od kilku dni pogorszone samopoczucie, ból gniotący w klatce piersiowej. Od około 14 nasilenie objawów. Występują trudności w oddychaniu. Pacjentka choruje na cukrzycę, afektywną chorobę dwubiegunową oraz nadciśnienie tętnicze.

Stan pacjenta: W skali GCS pacjentka otrzymała 15 punktów, saturacja 85%,

ciśnienie 160/90 mmHg, tętno miarowe 60/min. Pacjentka w logicznym kontakcie, podczas wizyty kilkakrotne zasłabnięcia z utratą przytomności na około 5s. Podczas transportu do szpitala bradyarytmia około 40 uderzeń/min. Ocena w skali bólu wg NRS: 8. Po podaniu leków ponowna ocena skali bólu wg NRS: 2. Poziom glukozy 520mg%

Przebieg leczenia: Pacjentowi podano: 5000j.m Heparyny
300mg Aspiryny
600mg Areplexu
6mg Morfiny
1mg Atropiny

Przypadek 5/2021:

Wywiad: Pacjent lat 53, nie leczony przewlekle. Uskarża się na bóle brzucha od wczoraj. Wystąpiły wymioty, złe samopoczucie. Pacjent po spożyciu alkoholu w pracy.

Stan pacjenta: W skali GCS pacjent otrzymał 15 punktów, saturacja 100%, ciśnienie 130/95 mmHg, tętno miarowe 135/min.
Brzuch miękki, tkliwy w okolicy żołądka, perystaltyka zachowana.
Ocena skali bólu wg NRS: 2. Poziom glukozy 138mg%.

Przebieg leczenia: Pacjentowi podano: 300mg Polopiryny S

Podsumowanie

Rola systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest niezwykle istotna w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych.

W przypadku podejrzenia OZW ważny jest czas i wczesne wdrożenie farmakoterapii już na etapie przedszpitalnym.

Ogromne znaczenie odgrywa również lokalizacji najbliższych pracowni hemodynamicznych, co pozwala na sprawny transport pacjentów. Pozwala to zredukować śmiertelność pacjentów z podejrzeniem OZW w etapie przedszpitalnym.

Analizując dokumentację medyczną Zespołów Wyjazdowych Szpitala Powiatowego w Trzciance zauważyłam, że większą grupą pacjentów, u których rozpoznano OZW są mężczyźni. Pacjenci większości mieszkają w mieście, a do wezwań pomocy dochodzi najczęściej w nocy i w godzinach porannych.

Bibliografia

1. GUS, Umieralność w 2020 roku. Zgony według przyczyn-dane wstępne, Warszawa, Czerwiec 2021
2. Ładny J, Kaźmierczak J, Nadolny K i wsp, Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021
3. Chmielewski M, Janiszewski M, Wrzosek K, Mamcarz A, Ostre zespoły wieńcowe, Medical Education Sp z o.o., Warszawa 2010
4. Szczeklik A, Szczeklik W i wsp, Interna Szczeklika 2021, Medycyna Praktyczna, Kraków 2021
5. Maroszyńska-Dmoch E, Woźakowska-Kapłon B, Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowania-przegląd literatury, Folia Cardiologica 2014
6. Stępka A, Stany zagrożenia życia w chorobach układu krążenia, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019
7. Jahn M i wsp, EKG w medycynie ratunkowej i pomocy doraźnej, Edra Urban & Partner, Wrocław 2021
8. Mężyński G, Kralisz P, Nowak K i wsp, Przedszpitalna teletransmisja 12-odprowadzeniowego EKG i bezpośrednia transmisja do ośrodka kardiologii inwazyjnej w celu zmniejszenia opóźnienia leczenia inwazyjnego (PCI) u pacjentów ze STEMI. Doniesienie wstępne, Acta Bio-Optica et Informatica Medica, 2010.

9. Grasner JT, Bossaert L. Epidemiology and management of cardiac arrest: what registries and revealing. Best practice and research. Clin Anaesthes 2013; 27: 293-306.
10. Cebula GM, Osadnik S, Wysocki M et al. Comparison of the early effects of out-of-hospital resuscitation in selected urban and rural areas in Poland. A preliminary report from the Polish Cardiac Arrest Registry by the Polish Resuscitation Council. Pol Heart J 2016;74:143-148.
11. Gach D, Nowak J, Krzych L. Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest in the Bielsko-Biala district: a 12-month analysis. Cardiol Heart Pol. 2016;74(10):1180-1187.
12. Nürnberger A, Sterz F, Malzer R et al. Out of hospital cardiac arrest in Vienna: incidence and outcome. Resuscitation, 2013;84:42–47.
13. Kubica J, Kozinski M, Navarese EP, et al. Cangrelor: an emerging therapeutic option for patients with coronary artery disease. Curr Med Res Opin. 2014; 30(5): 813–828,
14. J Kubica , P Adamski , P Paciorek, J R. Ładny , Z Kalarus , W. Banasiak , W Kochman, J Gorący , B Wożakowska-Kapłon , E Pio Navarese , AKleinrok , R Gil, M Lesiak, J Drożdż, A Kubica , KJ. Filipiak, J Kaźmierczak , A Goch , S Grajek, A Basiński , Ł Szarpak, G Grzešek , P Hoffman, W Wojakowski , Z Gąsior , S Dobrzycki , M. Siller-Matula, A Witkowski, W Kuliczkowski, M Gruchała , D Timler, G Opoliski, D Dudek, J Legutko, M Zielińska, J Wójcik
Leczenie antyagregacyjne u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym — zalecenia dla zespołów ratownictwa medycznego. Stanowisko ekspertów. Kardiologia Polska 2017; 75, supl. V: 47–56;
15. Parodi G, Xanthopoulou I, Bellandi B, et al. Ticagrelor crushed tablets administration in STEMI patients: the MOJITO study. J Am Coll Cardiol. 2015; 65(5): 511–512,
16. Rollini F, Franchi F, Hu J, et al. Crushed prasugrel tablets in patients with STEMI undergoing primary percutaneous coronary intervention. J AM Coll Cardiol. 2016; 67(17): 1994–2004, doi: 10.1016/j.jacc.2016.02.045
17. Kubica J, Adamski P, Ostrowska M, et al. Influence of Morphine on Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Ticagrelor in Patients with Acute Myocardial Infarction (IMPRESSION): study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015; 16: 198,

Komunikacja oraz postępowanie z pacjentem trudnym, niewspółpracującym w Zespole Ratownictwa Medycznego

Lic. Ratownictwa Medycznego Dawid Stecyk

WSTĘP

Pacjent jest nieodłączną częścią pracy ratownika medycznego, a więc pojęciem niezbędnym w naszej pracy będzie nawiązanie z nim kontaktu. W pracy ratowników medycznych przeważnie do czynienia mamy z pacjentami, którzy będą współpracować i będą wykazywać chęci komunikacji. Dzieje się tak gdy osoba wzywa karetkę, dzwoniąc pod numer alarmowy. W tym przypadku osoba ta oczekuje od nas specjalnej pomocy medycznej, której sama sobie zapewnić nie potrafi. W celu zwiększenia efektywności i komfortu pracy zespołu ratownictwa medycznego, taki pacjent stosować się do naszych poleceń i będzie odpowiadał na nasze pytania w trakcie przeprowadzania wywiadu medycznego. Przykładowo, poproszona o podanie ręki w celu założenia dostępu dożylnego obwodowego – zrobi to bez wahania i utrudniania

poprzez wycofywanie ręki. Taka osoba, przy odpowiednich warunkach, nie powinna utrudniać nam przeprowadzania wywiadu, badania fizykalnego czy transportu. Charakterystyczny, więc jest dla pacjenta logiczny i racjonalny sposób myślenia, nastawiony na ochronę swojego zdrowia i życia, poprzez zawiadomienie służb o stanie zagrożenia swojego życia, ogólnie rozumianą współpracę i sprawną komunikację.

Przeciwieństwem takiego pacjenta jest pacjent niewspółpracujący lub inaczej – pacjent trudny. Oba te pojęcia nie zawsze oznaczają to samo, jednak w swojej pracy będę używać tych określeń jako synonimów, wyjaśnię również różnicę, która nie jest najistotniejsza w mojej pracy licencjackiej.

Pacjent trudny to pojęcie subiektywne. Dla każdego medyka będzie to ktoś inny. Dla jednego ratownika może być to małe dziecko, które często zanosi się płaczem, wrywa kończynę przy próbie założenia wkłucia i nie zawsze rozumie wszystkie procesy jakie dookoła niego zachodzą, a dla drugiego ratownika już nie, ze względu na ogrom swojego doświadczenia w pracy z pacjentem pediatrycznym oraz fakt, że np. jest rodzicem i lepiej znosi ekspresyjny styl okazywania negatywnych emocji przez dzieci. Podobnie jest z np. osobami pod wpływem alkoholu, narkotyków czy innych używek, których stan świadomości i samokontroli jest ograniczony i są wobec nas agresywne werbalnie, fizycznie, nie stosują się do naszych poleceń, wzbudzają swoim zachowaniem strach, nad którym powinniśmy panować.

Jednak niektórzy z nas nie będą w stanie do końca zapanować nad emocjami i niebezpieczną sytuacją z tym konkretnym typem pacjenta, a inni medycy, ze względu na wiele czynników takich jak: doświadczenie, kursy samoobrony, wysoka sprawność fizyczna i psychiczna, będą w stanie opanować sytuację.

Czy u danego pacjenta ciężko nam będzie nawiązać efektywną komunikację i podjąć niezbędne czynności ratunkowe, zależy zatem często od nas samych. Od naszego przepracowanego doświadczenia w Zespole Ratownictwa Medycznego w podobnych sytuacjach, od ilości godzin jakie poświęcamy na samokształcenie i poznanie problematyki danego problemu, który utrudnia pacjentowi współpracę z medykami, od naszej aparycji i sposobu w jaki się komunikujemy i wyrażamy, od poziomu naszej sprawności fizycznej oraz psychicznej, a także nawet od tego czy wysypiamy się w trakcie snu.

Tak jak wcześniej wspomniałem na początku wstępu, pacjenci trudni nie zawsze, tak jak jest to w przypadku pacjentów niewspółpracujących, muszą utrudniać pracę personelu medycznego i stawiać opór, jednak jest to bardzo często spotykane zjawisko i właśnie dlatego obu wymienionych na początku określić: pacjent trudny i pacjent niewspółpracujący, będę używał jako synonimów.

Pacjent niewspółpracujący będzie negatywnie nastawiony na chęć świadczenia pomocy medycznej. Będzie to manifestować lub też nie będzie świadom udzielanej przez nas pomocy i będzie wobec nas bierny, a co za tym idzie - współpraca będzie w jakimś stopniu utrudniona. Przykładem tej grupy mogą być narkomanii, których niechęć może wynikać ze strachu przed konsekwencjami prawnymi. Często nie będą chcieli udzielić informacji jakiej substancji zażyli, w jakiej dawce, skąd uzyskali do niej dostęp i jaką drogą wchłonęła do organizmu. Nadmierna komunikacja z nami może mylnie kojarzyć im się z poczuciem niebezpieczeństwa.

Początki medycyny charakteryzowały się metodami, które aktualnie są uważane za niehumanitarne i brutalne. Choroby psychiczne oraz zaburzenia zachowania z przyczyn somatycznych były czymś niezbadanym i nie potrafiono poprawnie leczyć takich pacjentów. Komunikacja z takim pacjentem, często uznawana była za bezsensowną i zamiast tego stosowano zabiegi kraniotomii, czasami z nadzieją, że mogą przynieść pozytywny skutek i ulgę w cierpieniu pacjenta. Nie zawsze kierowano się dobrem pacjenta, lecz chęcią pogłębienia wiedzy, kosztem ludzkiego zdrowia i życia.



Rycina 1. Najwcześniejsze przedstawienie zabiegu kraniotomii. Źródło: <<https://render.fineartamerica.com/images/rendered/default/print/8/6/break/images-medium/earliest-depiction-of-craniotomy-science-source.jpg>> (dostęp: 20.05.22r.)

Proces komunikacji

Komunikacja jest procesem porozumiewania się, którego podstawą jest wymiana informacji pomiędzy jednostkami. Jest wiele rodzajów komunikacji, ale w naszej dziedzinie, interesować nas będzie komunikacja kliniczna, czyli taka, która dotyczy stanu naszego zdrowia. Wykorzystujemy ją podczas zbierania wywiadu medycznego z pacjentem oraz ludźmi z jego otoczenia, ale i nie tylko. W komunikacji w trakcie takiego wywiadu nie możemy się skupić

wyłącznie na tym co aktualnie dolega pacjentowi, jaka jest to jednostka choroba, czy też stan zagrożenia życia.

Powinniśmy w trakcie tego procesu wysnuć wnioski na temat samej osoby pacjenta. W jakich warunkach żyje, warunki społeczne np. czy tą starszą, niepełnosprawną panią ktokolwiek się opiekuje, warunki ekonomiczne np. jakie jest źródło dochodu tej samej starszej pani i czy wystarcza jej na kupno leków, bo być może właśnie ta niestabilność finansowa, zmusiła ją do niewykupienia recepty i doprowadziła do stanu, gdy wymaga pilnej pomocy medycznej Zespołu Ratownictwa Medycznego. Czy osoba ta jest stabilna emocjonalnie, czy nie jest w silnym afekcie, który mógłby zaburzać proces komunikacji i wpływać negatywnie na dalsze decyzje i postępowania danej osoby. Czy zachowanie i sposób wypowiedzania się danej osoby nie budzi w nas żadnych podejrzeń, co do możliwości występowania zaburzeń odbioru i analizy bodźców z zewnątrz.

Musimy mieć pewność, że to co mówimy i staramy się przekazać w formie informacji werbalnej i niewerbalnej, trafia do rozmówcy, on to słyszy czy też widzi i następnie rozumie, w sposób racjonalny interpretuje i wysyła do nas informację zwrotną. Tylko wtedy możemy mówić o efektywnej komunikacji, która jest priorytetem w pracy ratownika medycznego. Sposób komunikacji z pacjentami świadczy o profesjonalizmie. Chcąc podnieść swoje umiejętności komunikacji, medyka z pacjentem, należy poszerzać wiedzę i umiejętności nie tylko z zakresu dyscyplin nauk medycznych, ale i również interpersonalnych.

Skuteczny proces komunikacji jest korzyścią obopólną. Nie chodzi tu tylko o dobrze zebrany wywiad medyczny, który umożliwi ratownikom zastosowanie odpowiednich procedur i czynności ratunkowych, a to skutkować będzie uratowaniem zdrowia i życia pacjenta. Płynąć będą również inne korzyści takie jak: wzbogacenie wiedzy pacjenta, odnośnie jednostki chorobowej i jej leczenia, wzrost zaufania społecznego wobec zawodów medycznych, poczucie swobody i możliwość dyskusji o danej jednostce chorobowej, ze świadomością, że jesteśmy aktywnymi słuchaczami, poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności, uspokojenie się pacjenta i zapanowanie nad emocjami, a co za tym idzie, możliwość jeszcze bardziej skutecznej komunikacji i uzyskanie precyzyjniejszych informacji o stanie zdrowia, satysfakcja z udzielanej mu pomocy oraz satysfakcja z wykonywanej przez nas pracy, może również wzrosnąć nam samoocena i spaść opór przed podjęciem kolejnych prób komunikacji u pacjentów trudnych [3, 5, 6, 13, 20, 21].

Struktura procesu komunikacji

Nadawca i odbiorca są podstawą do zaistnienia komunikacji. Nadawca jest osobą, która przekazuje informację, a odbiorca osobą, która ją odbiera i w zależności od jej analizy, przekazuje informację zwrotną poprzez tzw. sprzężenie zwrotne. Komunikacja jest procesem zmiennym i dlatego role ratownika medycznego i pacjenta będą ulegać zamianie. W zależności od sytuacji, będziemy słuchać pacjenta, gdy będzie tłumaczył co mu dolega, lub będziemy informować w jaki sposób dostosujemy do niego czynności medycznego i wtedy to my będziemy nadawcami. Nadawca w celu przekazania informacji, musi zastosować jakąś formę np. pisaną, mówioną czy też obrazową. Najczęstszą i najwygodniejszą formą jest ta mówiona, ze względu na szybkość oraz efektywność w trakcie korzystania z niej. Jednak są sytuacje, gdy należy użyć innych form np. gdy mamy do czynienia z osobą głuchoniemą od urodzenia bądź niedosłyszącą z powodu wieku. Wtedy forma pisana okaże się formą z wyboru, która pozwoli na wymianę informacji. Forma obrazkowa okaże się przydatna w przypadku małych dzieci, gdy będziemy chcieli ocenić skalę bólu przy użyciu skali Wong-Bakera, która wykorzystuje uśmiechnięte oraz smutne buźki.

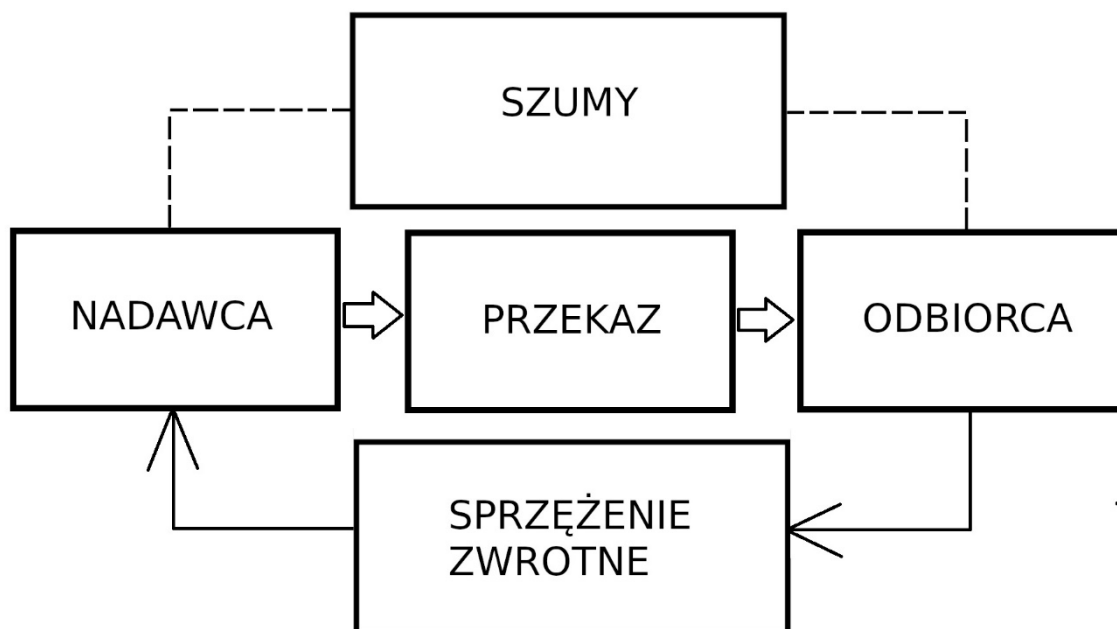
Komunikacja to proces nie tylko werbalny, ale i także niewerbalny. Na jej wpływ będą mieć zatem również wszystkie inne bodźce zarówno nadawcy jak i odbiorcy. Mowa tutaj o pozycji ciała i ułożeniu kończyn, tonie głosu, wszelakich próbach nawiązania kontaktu fizycznego. Taką informacją niewerbalną jest między innymi umundurowanie ratownika medycznego, które określone jest rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego. Dzięki ustandaryzowanym ikonom, wysokością naszywek, kolorem danego typu ubrania, pacjent otrzymuje informację, że jesteście ratownikami medycznymi, gdy tylko będziemy w zasięgu jego wzroku.

Kolejną podstawową jednostką składową procesu komunikowania jest przekaz, czyli każda informacja jaką nadawca stara się przekazać odbiorcy werbalnie bądź niewerbalnie. Przekaz za pomocą kanału komunikacyjnego dociera do odbiorcy i w przypadku większości akcji Zespołów Ratownictwa Medycznego jest on umowny, ponieważ wywiad najczęściej odbywa się bezpośrednio z pacjentem z bliskiej odległości i dzięki temu jest on bardziej precyzyjny i w razie jakichkolwiek wątpliwości, od razu możemy skonfrontować niewyjaśnione kwestie i otrzymać bezpośrednią odpowiedź zwrotną, rzadziej używamy np. telefonów komórkowych by zadzwonić

do rodziny i dopytać o ewentualne dodatkowe informacje o stanie pacjenta by wzbogacić nasz wywiad. W naszej roli leży dbałość o jakość przekazu, czasami musimy być w stanie zapewnić wsparcie i zrozumienie, pomijając żargon medyczny, który często może być niezrozumiały dla pacjenta, ponieważ nie uzyskamy kolejnej istotnej składowej tego procesu, czyli sprzężenia zwrotnego.

Sprzężenie zwrotne to odpowiedź odbiorcy na przekaz nadawcy. Dla ZRM jest to bardzo istotna składowa, gdyż na jej podstawie jesteśmy w stanie ocenić chociażby stan świadomości pacjenta, czy nie występują zaburzenia ilościowe jak i jakościowe, czy nie jest osobą upośledzoną umysłowo, czy nie wystąpiły ubytki neurologiczne spowodowane urazem. Warto takie sprzężenie zwrotne skonfrontować z ludźmi z otoczenia pacjenta np. gdy zapytamy starszego pana jaki mamy rok, odpowie nieprawidłowo, zapytajmy rodziny czy pacjent jest przeważnie dobrze zorientowany co do czasu. Pamiętajmy, że brak sprzężenia zwrotnego też jest istotnym komunikatem i może świadczyć o zachodzących w organizmie patologicznych procesach takich jak udar niedokrwienny, którego to jedynym objawem może być afazja ruchowa czy też czuciowa.

Kolejną składową, o której chciałbym wspomnieć są szумы, istotne w pracy personelu medycznego. Będziemy zatem minimalizować te szумы poprzez konstruowanie odpowiednich, dostosowanych do pacjenta komunikatów, dbanie o prywatność i cichą atmosferę w trakcie rozmowy, dbanie o odpowiednią farmakoterapię i leczenie bólu pacjenta, który może być główną przyczyną niemożności odbioru przekazu. W akcjach ratunkowych przeprowadzanych w miejscach publicznych, powinniśmy mieć na uwadze szybki transport pacjenta do wnętrza karetki, gdy tylko pozwoli na to jego stan. W miejscach publicznych narażeni jesteśmy na wzmożone szумы z otoczenia np. komentarze osób postronnych, dźwięki przejeżdżających maszyn.



Rycina 2. Uproszczony zapis graficzny struktury procesu komunikacji. Źródło: opracowanie własne [3, 5, 11, 13, 20, 21, 22].

Przyczyny braku współpracy ze strony pacjenta

Przyczyn braku współpracy oraz utrudnionej komunikacji pacjenta z personelem medycznym udzielającym mu pomocy jest wiele. Każdy osobny pacjent to inna historia oraz indywidualność, do której podejścia ratownicy medyczni muszą się z czasem nauczyć, by móc udzielać sprawnie i efektywnie pomocy, poprzez lata pracy i gromadzenie doświadczenia zawodowego czy nawet emocjonalnego na zasadach empiryzmu. Na początku swoich karier zawodowych, młodzi ratownicy często przyjmują postawę biernych obserwatorów czy to w szpitalnych oddziałach ratunkowych czy też na miejscu udzielania pomocy przez ZRM, poza szpitalem. Postawa ta nie jest w żaden sposób szkodliwa dla osoby korzystającej ze świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie gdy medyk czerpie wiedzę oraz umiejętności efektywnej komunikacji z działań osób bardziej doświadczonych np. kierownika zespołu ratownictwa medycznego, lekarza dyżurującego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Zgromadzona w trakcie studiów wiedza odnośnie psychiatrii, psychologii, komunikacji i technik stosowania przymusów bezpośrednich takich jak: przytrzymanie, unieruchomienie, izolacja oraz przymusowa podaż leków, może okazać się bardzo przydatna nawet w niepozornych sytuacjach, gdzie początkowo wydaje nam się, że pacjent jest spokojny i zorientowany co do swoich działań. Może on w krótkiej chwili okazać się przyczyną szargania naszego dobrego imienia, utrudniania naszej pracy i niesionej mu pomocy, a nawet zagrożenia zdrowia i życia w najgorszym wypadku. Pamiętajmy o tej wiedzy z tego samego powodu, z którego zabieramy ze sobą sprzęt do defibrylacji z ambulansu – do NZK zawsze może dojść przy nas, a czasu, który stracimy na dotarcie do niezbędnego w tej sytuacji sprzętu, nie odzyskamy.

Na podstawie wielu czynników możemy podejrzewać, który pacjent potencjalnie może okazywać brak współpracy i co jest tego przyczyną. Mogą to być osoby ze środowisk rodzin patologicznych z wieloma problemami społecznymi czy też chociażby ekonomicznymi, osób chorych na ZZA, narkomanii. W tym przypadku główną przyczyną braku komunikacji są substancje odurzające.

Jedną z częstych przyczyn braku współpracy czy komunikacji są choroby psychiczne, a do najczęstszych z nich z jakimi będzie się spotykać są schizofrenia paranoidalna, zespoły maniakalne, ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia na tle nerwowym, manie, stany depresyjne, zaburzenia psychiczne u osób starszych spowodowane zwyrodnieniami oraz u dzieci i młodzieży, objawiające się somatycznie, upośledzenie umysłowe, czy też zaburzenia osobowości. Mogą one powodować zaburzenia świadomości jakościowe, np. przymglenie, zmącenie oraz ilościowe np. senność patologiczna, półśpiączka, śpiączka. W celu dokładniejszej oceny stany osoby chorej psychicznie, stosujemy wywiad psychiatryczny.

Zaburzona percepcja postrzegania przez pacjenta otaczającego go świata, w tym ratowników medycznych, może wynikać również z przyjęcia przez organizm substancji z otoczenia. Najczęściej takie przyjęcie zachodzi na drodze pokarmowej, mówimy tu o alkoholu, lekach, narkotykach. Może również zajść na drodze zatrucia drogą wziewną - zatrucie CO₂, czy nawet drogą dożylną - heroiniści. W zależności od danej substancji, zachowanie pacjenta będzie inne, a poziom współpracy w mniejszy lub większy sposób utrudniony [1, 2, 3, 5, 6, 12, 23].

Konsekwencje nieumiejętnej komunikacji

W przypadku pacjenta nieskłonny do współpracy na nasze bezpieczeństwo wpływ będzie miało wiele czynników, nie tylko sam pacjent, który oczywiście może być również głównym źródłem zagrożenia, ale nie musi. W trakcie naszych studiów, na pierwszych zajęciach, zapoznano nas z akronimem DR ABCDE, który w skrócie oznacza D – danger - niebezpieczeństwo, R – response – kontakt, A – airways – drogi oddechowe, B – breathing – oddech, C - circulation - krążenie, D – disability – poziom świadomości, E - exposure – ekspozycja. Skupimy się teraz na pierwszym skrócie, od którego zaczynamy nasze działania na miejscu zdarzenia, czyli na niebezpieczeństwie, głównie ze strony pacjenta. Jako personel medyczny chcący wykonać jakiegokolwiek działania, chociażby zbadanie stanu pacjenta, musimy zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa. Gdy zaniedbamy pierwszy z etapów postępowania z pacjentem, będziemy mogli liczyć się z przykrymi dla nas konsekwencjami działań pacjenta niewspółpracującego.

Zdecydowana większość personelu medycznego doświadczyła w swojej pracy poczucia zagrożenia ze strony pacjenta. Najczęstszym zachowaniem prowadzącym do niekorzystnych konsekwencji jest agresja słowna, której nie unikniemy w naszej karierze zawodowej w trakcie komunikacji z pacjentami. Mowa tutaj o wszystkich możliwych wyzwiskach, obelgach

kierowanych w naszą stronę oraz groźbach, ale i również bezpodstawne podważanie naszego autorytetu i umiejętności. Są to zagrożenia oddziałujące na zdrowie psychiczne personelu medycznego i takimi przykrymi konsekwencjami mogą być: obniżenie samooceny, stan lękowe i depresyjne, a nawet wypalenie zawodowe, które potrafi w najgorszym wypadku wykluczyć nas z zawodu. Wszystkich tych skutków można uniknąć lub zmniejszyć ich negatywny wpływ na naszą kondycję psychiczną, poprzez umiejętną komunikację.

Innym o wiele groźniejszym zachowaniem jest próba wyrządzenia krzywdy w fizyczny sposób. Mimo tak trudnej sytuacji pamiętać musimy, że jest to pacjent, który potrzebuje naszej pomocy i musimy zapewnić bezpieczeństwo sobie, jemu oraz otoczeniu. W pracy Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz na oddziałach szpitalnych mogą zdarzyć się próby wyrządzenia uszczerbku na zdrowiu, a nawet próby zabójstwa. W takich przypadkach musimy liczyć się z mnogością urazów jakie mogą się nam przytrafić przy niezachowaniu ostrożności, od drobnych otarć, po długotrwałe, a nawet stałe uszczerbki na zdrowiu. W takich skrajnych sytuacjach mimo naszej odporności psychicznej i kondycji fizycznej, należy wspomóc się funkcjonariuszami Policji, by zapobiec dalszym, przykrym konsekwencją. Należy wezwać policję na miejsce zdarzenia, gdy mamy podejrzenie popełnienia przestępstwa lub wykroczenia, utrudniona komunikacja nie pozwala nam na samodzielne ustalenie tożsamości pacjenta, potrzebujemy wsparcia podczas stosowania przymusu bezpośredniego, potrzeba zabezpieczyć dowody np. w przypadku gwałtu.

Podstawą w naszej pracy są zasady aseptyki, antyseptyki i dezynfekcji. Dzięki nim możemy zabezpieczyć się przed dodatkowymi zakażeniami drobnoustrojami, których nosicielem jest pacjent niewspółpracujący. Odpowiednie środki ochrony osobistej, takie jak rękawiczki i okulary, będą mieć istotny wpływ w przypadku, gdy pacjent swoje niezadowolenie będzie manifestował poprzez plucie na nas. Pacjent celowo może też brudzić nas krwią, która to też może być wektorem, wielu patogenów np. wirusa HIV.

Błędne postępowanie i komunikacja ze strony ratownika medycznego może objawiać się: nieznajomością prawa, brakiem umiejętności samoobrony i zastosowania przymusu bezpośredniego, nieumiejętne mierzenie sił na zamiary, chęć bycia bohaterem. [1, 3, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 23].



Zdjęcie 1. Moment ataku pacjenta na personel medyczny w trakcie wykonywania czynności w zamkniętej karetce. Źródło: <<https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/paramedics-violently-assaulted-patient-were-17325868>> (dostęp: 20.04.22r.)

Farmakoterapia

Często przyczynami, które uniemożliwią nam sprawną komunikację z pacjentem są silne emocje, pobudzenie psychoruchowe z agresją, odurzenie substancjami psychoaktywnymi, duży ból przy chociażby złamaniach i obrażeniach wielonarządowych, zaburzenia lękowe i psychotyczne. Jest wiele leków jakie na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. możemy zastosować samodzielnie w Zespole Ratownictwa Medycznego, które zwiększą komfort pacjenta dzięki leczeniu przeciwbólowemu, które zapewni nam lepszy poziom komunikacji z pacjentem.

Należy pamiętać, że w przypadku skrajnych pacjentów niewspółpracujących, nadmiernie pobudzonych i agresywnych wobec nas, farmakoterapię, możemy zastosować jako jeden z środków przymusu bezpośredniego, ale przed tym należy uprzedzić pacjenta o zamiarze jego zastosowania. Przy stosowaniu leków, zależy nam będzie na takim efekcie, aby pacjent się uspokoił, wyciszył, odczuwał mniejszy ból i stres, wykazał większą chęć współpracy.

Analgetyki, czyli leki które będą powodować analgezję, czyli zniesienie odczuwania bólu, dyskomfortu spowodowanego bólem oraz leki sedatywne, o działaniu polegającym na obniżeniu stanu świadomości, poprzez działanie przeciwlękowe, uspokajające i nasenne. Opioidy oraz benzodiazepiny są najpowszechniejszym połączeniem w celu uzyskania szybkiej i mocnej analgosedacji. Opioidy jakie mamy możliwość zastosować to fentanyl oraz morfina, a benzodiazepiny do naszej dyspozycji to diazepam, midazolam oraz clonazepam. Połączenie po jednym leku z danej grupy w odpowiedniej dawce, jest przeważnie wystarczające nawet u pacjentów silnie pobudzonych i skłonnych do podjęcia niebezpiecznych dla nich i otoczenia czynności. Dodatkowym lekiem, o którym chciałbym wspomnieć na początku i jest często stosowana hydroksyzyna.

Hydroksyzyna – pochodna piperazyny, o działania przeciwlękowym i uspokajającym. Zmniejsza napięcie wewnętrzne, mięśniowe, lękowe. Ma też lekkie działania przeciwbólowe oraz przeciwwymiotne. Podawana jest w formie tabletek doustnych i działanie sedacyjne zapewnia już po 10 minutach w formie syropu i około 30 minutach w formie tabletek. Efekt utrzymuje się do 8 h. Mimo że stosujemy ją głównie w leczeniu lęku, możemy ją też stosować przy leczenie pokrzywek i świądu, dzięki dodatkowemu działaniu przeciwhistaminowemu. Częstym działaniem niepożądanym jest nadmierna senność i ból głowy. Czasami wystąpić może paradoksalne pobudzenie OUN. Dawkowanie w leczeniu lęku o dzieci to 0,6 mg/kg mc., a u dorosłych jednorazowa dawka 50mg do maksymalnych 100 mg/d. U osób starszych, bądź z niewydolnością nerek, dawki zmniejszmy minimum o połowę. Hydroksyzyna wpływa na OUN, zatem nie zaleca się prowadzenia pojazdów.



Zdjęcie 2. Tabletki z hydroksyzyną. Hydroxyzinum VP. Źródło: <<https://a.allegroimg.com/original/1e0bf0/988af0ca48df8554e46d6a2844db>> (dostęp: 15.05.22r.)

Fentanyl – agonista opioidowy o działaniu przeciwbólowym silniejszym od morfiny oraz wymagający zastosowania mniejszych dawek w celu uzyskania efektu terapeutycznego. Szacuje się, że działanie jest silniejsze od działania morfiny około 125-krotnie. Droga podania dożylna i działa już po 10 sekundach, a efekt utrzymuje się przez 20-30 minut. Dawka dla osób dorosłych to 0,05 - 0,1mg dożylnie powoli. Może wywołać depresję oddechową, dlatego należy stosować go ostrożnie, jeśli nie mamy możliwości intubacji i wentylacji oraz brak doświadczenia w jego stosowaniu. Innymi działaniami niepożądanymi są: bradykardia, spadek ciśnienia krwi, zaparcia, zwężenie źrenic. Pamiętajmy o antidotum – naloksonie, którego w przypadku podaży zbyt dużej dawki opioidu, będziemy musieli stosować niejednokrotnie, gdyż efekt działania fentanylu jest dłuższy od działania naloksonu. Dawkujemy nalokson poprzez miareczkowanie, powoli 0,4 mg lub 0,013 mg/ kg m.c. dożylnie, powtarzamy po 2-3min, do maksymalnej dawki 10mg.



Zdjęcie 3. Ampułka fentanylu. Fentanyl WZF. <https://scontent-waw1-1.xx.fbcdn.net/v/t1.6435-9/130279302_423794718998743_8300337533062027357_n.jpg?_nc_cat=110&ccb=1-7&_nc_sid=8bfeb9&_nc_ohc=lusgW4Gjo58AX-T29bJ&_nc_ht=scontent-waw1-1.xx&oh=00_AT8x2RNICB8l-0a0f54dRkeLJiHILYqGtJ2_R46-JVcSIQ&oe=62B6BB25> (dostęp: 15.05.22r.)

Morfina – agonista opioidowy o działaniu przeciwbólowym, uspokajającym i przeciwkaszlowym. Podobnie jak fentanyl stosowana w najsilniejszych bólach, jednak stosowana w większych dawkach w celu uzyskania efektu terapeutycznego. Wpływa również znacząco na układ oddechowy oraz krążenia co może mieć pozytywny wpływ w przypadku zawału serca, ale również i negatywny w przypadku, gdy dojdzie do takich działań niepożądanych jak: zbyt duży spadek ciśnienia krwi, centralne porażenie oddechowe. Inne działania niepożądane to nudności i wymioty, senność, bradykardia, sedacja – nadmierne uspokojenie. Stosujemy ją dożylnie, w dawkach 5-10 mg dla dorosłych, dawka pediatryczna to 0,1 – 0,2 mg/ kg m.c. w powolnym wstrzyknięciu. Możemy podawać ją również podskórnie, dawki sięgają wtedy 10 – 30mg. Stosowanie dużych dawek niesie za sobą zwiększenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych.



Zdjęcie 4. Ampułka z morfiną, Morphini Sulfas WZF. Źródło: <<https://leki-opinie.pl/wp-content/uploads/2013/11/Morfina-siarczan-morfiny.jpg>> (dostęp: 15.05.22r.)

W przypadku morfiny oraz fentanylu musimy pamiętać o przeciwdziałaniu działaniom niepożądanym. Stosujemy zatem nalokson w przypadku podaży zbyt dużej dawki opioidu, gdy zauważymy pierwsze objawy depresji oddechowej, czy też metoklopramid, gdy wystąpią nudności i wymioty, tak by pacjent był zabezpieczony przed bólem, ale i również przed dyskomfortem spowodowanym zwróceniem treści żołądkowej. Pytajmy przed podażą czy wcześniej pacjent miał styczność z opioidami, może być to osoba uzależniona od tych substancji oraz jaka była reakcja organizmu na ich podaż.

Midazolam – pochodna benzodiazepiny o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym, miorelaksacyjnym (zmiotczającym mięśnie) oraz przeciwdrgawkowym. Może być podawany dożylnie i działa już po 3 minutach lub też domięśniowo co jest dużą zaletą w przypadku pacjentów agresywnych, jednak początek działania wydłuża się do 10 minut. Działa do 2 godzin, czyli krócej od diazepam, ale za to silniej. Dożylna dawka to 2,5 – 5 mg, w przypadku dzieci – 0,05 – 0,15 mg/kg m.c., maksymalnie 7,5 mg, a domięśniowa 0,05 – 0,1 mg/ kg m.c.. Tak jak w przypadku każdego leku, mogą wystąpić działania niepożądane. Do najcięższych z nich zaliczamy zatrzymanie oddechu czy też spadek ciśnienia krwi, dlatego unikajmy zbyt szybkich bolusów, zwłaszcza u starszych pacjentów. Antidotum dla wszystkich benzodiazepin to flumazenil, który znosi działanie depresyjne i sedację oraz leczy przedawkowanie benzodiazepin poprzez kompetycyjne hamowanie receptora benzodiazepinowego. Dawkowanie flumazelinu to początkowo 0,2 – 0,4 mg dożylnie przez 15 sekund, a potem 0,1 mg co kolejną minutę aż uzyskamy zadowalający efekt terapeutyczny. Maksymalna dawka to 1 mg. Pamiętaj należy, że tak jak w przypadku opioidów i naloksonu, benzodiazepiny mają dłuższy efekt działania niż flumazenil, dlatego wymagana jest nieustanna obserwacja pacjenta i jego parametrów życiowych i w razie konieczności - ponowna podaż antidotum.

Diazepam – pochodna benzodiazepiny, którą stosować możemy do przerywania stanów padaczkowych, stanów ostrych napadów na tle nerwowym lub lękowym czy też silnych stanach pobudzenia manifestujących się chociażby agresją słowną. Dawka dożylna w zależności od stanu pacjenta to 5 – 10 mg, aż do dawki maksymalnej 30 mg. W razie konieczności dawkę można powtórzyć co 15 min. Nie należy stosować tego leku domięśniowo. Alternatywną drogą podania jest droga doodbytnicza, w której to dawka zwiększa się do 10 – 20 mg w zależności od rodzaju wlewki. W przypadku wlewki pediatrycznej, dawka wynosi 5 mg dla pacjentów poniżej 15 kilogramów, oraz 10 mg dla pacjentów powyżej 15 kg. Do działań niepożądanych jak w przypadku midazolamu zaliczamy depresję oddychania i krążenia, ponieważ hamuje on ośrodki wegetatywne pnia mózgu, zawroty głowy z nudnościami i wymiotami, senność, możliwość uzależnienia nawet w przypadku dawki terapeutycznej.

Clonazepam - ostatnia wskazana przeze mnie pochodna benzodiazepin o najsilniejszym działaniu przeciwdrgawkowym – jest lekiem pierwszego rzutu w ostrych napadach padaczkowych. Stosujemy go w dawce 0,5 mg dożylnie powoli, a 1 mg clonazepamu odpowiada 5-10 mg diazepam. Podobnie jak na inne benzodiazepiny odtrutką jest flumazenil, przydatny

w przypadku wystąpienia reakcji paradoksalnej, zwłaszcza u starszych pacjentów, zaburzeń artykulacji, zwiotczenia mięśni, amnezji, depresji oddechowej. [3, 4, 5, 10, 17, 18, 19].

Komunikacja z pacjentem agresywnym

Pacjenta agresywnego spotykamy przeważnie przy pierwszym kontakcie pacjenta z jednostką udzielającą świadczenia zdrowotne, są to ratownicy medyczni, lekarze SOR, personel POZ. Istotną zatem jest znajomość pracy z takim pacjentem, gdyż takie sytuacje są coraz częstsze. Agresję można podzielić na tę werbalną - wyzwiska, podważanie wiedzy medycznej, oraz fizyczną - każdy niepożądany przez personel medyczny kontakt fizyczny, nawet delikatne pchnięcie. W naszej pracy powinniśmy stosować działania profilaktyczne oraz doraźne, mając z tyłu głowy, aby nie doprowadzić do eskalacji konfliktu i jednocześnie doprowadzenia do rękoczynów ze strony pacjenta agresywnego.

Podstawową czynnością jest zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu, gdy tego nie możemy zapewnić, wspomagamy się służbami mundurowymi i dzwoniemy po policję. W innym przypadku staramy się zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i atmosfery wolnej od agresji. Staramy się rozpoznać przyczynę agresji i rozładować złość działając bezpośrednio na przyczynę. Jeśli przyczyną agresji jest długi czas oczekiwania na świadczenie pomocy, powiedzmy wprost, że już jesteśmy na miejscu by Ci pomóc. Jeśli przyczyną jest brak prywatności, poprośmy rodzinę o opuszczenie pomieszczenia, gdzie udzielamy świadczeń, przenieśmy się z pacjentem do karetki i po prostu zapewnijmy mu tę prywatność. Jednak agresja nie jest tak prostym zachowaniem, często na przebieg sytuacji ma wiele czynników, dlatego tak ważne jest byśmy obserwowali pacjenta oraz jego środowisko cały czas. Zapewni nam to możliwość wczesnej reakcji i przeciwdziałania niepożądanym przez nas reakcjom ze strony agresora, tak by zażegnać konflikt.

Zaczynając od początku, gdy jesteśmy pewni, że nasze bezpieczeństwo nie jest zagrożone, podstawą jest nasza postawa, która oddziałuje na zachowanie drugiej osoby. Przedstawmy się, poinformujmy, że chcemy pomóc, zapytajmy co się dzieje i szybko zorientujmy się co do stanu świadomości osoby. Nie możemy odpowiadać agresją na agresję, dlatego nie podnosimy głosu w reakcji na krzyk, nie wykonujemy nagłych i bez poinformowania o naszych zamiarach działań w kierunku pacjenta. Cały czas staramy się być opanowani, spokojni i pewni siebie. Nie okazujemy negatywnych emocji, szczególnie strachu, gdyż może to zachęcić do śmielszych działań agresora.

Czas jest niezbędny do uspokojenia się, dajmy mu czas na to by sam doszedł do konkluzji, że jego zachowanie jest problemem. Unikajmy konfrontacji postaw jak i werbalnej, nie wchodzimy w zbędne dyskusje, które mogą być czynnikiem zapalnym, nie staramy się na siłę bronić własnych racji. W naszej postawie unikajmy krzyżowania rąk, napinania mięśni, zaciskania pięści, zagryzania zębów, patrzenia na pacjenta z góry z bliskiej odległości w nieruchomej pozycji – wszystkie te zachowania często odbierane są jako gotowość do ataku. Kontakt wzrokowy utrzymujemy przez min. 60% czasu, gdyż jego brak, odbierany jest jako brak pewności siebie, poczucie zagubienia, bycie zdominowanym. Nie przesadzajmy z ciągłym kontaktem wzrokowym, on też będzie odbierany jako postawa gotowości do ataku. Cały czas staramy się rozpoznać przyczynę braku komunikacji i agresji, jeśli mamy na nią wpływ, działajmy na nią.

Pacjent będzie manifestować swoją agresję poprzez złość, zrezygnowanie, niezadowolenie, jeśli nie jesteśmy w stanie zadziałać bezpośrednio na przyczynę, starajmy się zachować dystans i kierowane w naszą stronę zarzuty, nie brać do siebie osobiście. Sytuacja zawsze może nagle ulec zmianie, jest dynamiczna, w dalszym postępowaniu cały czas mamy zwracać uwagę na nasze bezpieczeństwo. Karetka jest dobrym pomysłem dla zapewnienia prywatności, ale złym pomysłem, jeśli pacjent jest w gotowości zaatakowania nas. W zamkniętych, małych, ciemnych, zatłoczonych pomieszczeniach, gdy odległość od pacjenta jest krótka, nasze szanse na krótką i efektywną komunikację są małe. Wyjście ewakuacyjne jest niezbędne, dlatego w przykładowej karetce, stójmy twarzą do pacjenta, abyśmy mogli ciągle obserwować pacjenta, ale za to blisko drzwi, by w razie potrzeby bezpiecznie się wycofać. Podobnie sytuacja ma się z każdym pomieszczeniem. Nie zamykajmy drzwi na klucz, ewentualnie je przymykajmy. Wspominana wcześniej odległość od pacjenta powinna wynosić minimum ponad odległość wyciągniętej ręki agresora, by gdy dojdzie do eskalacji i ataku, mielibyśmy szansę na jakąkolwiek ucieczkę czy unik.

Zaczynając rozmowę konieczne jest przedstawienie się, poprośmy również o to pacjenta, nie róbmy jednak tego w trybie rozkazującym, unikajmy zmuszania pacjenta do czegoś, chociażby zmiany pozycji, gdy prosimy, aby usiadł, uspokoił się. Może to wywołać dodatkową agresję, dlatego musimy być, wręcz przesadnie wyrozumiali, spokojni, chętni do pomocy i musimy to cały czas okazywać pacjentowi by ten czuł się bezpiecznie i chciał z nami dążyć do komunikacji. [1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13]

Komunikacja z pacjentem pediatrycznym.

W zależności od wieku pacjenta, kontakt może być mniej lub bardziej utrudniony. W niektórych przypadkach kontakt słowny będzie niemożliwy, gdy dziecko nie nauczyło się jeszcze mówić, dziecko jest bardzo nieśmiałe lub odczuwa strach, ma zaburzenia rozwoju np. Zespół Aspergera.

W takim przypadku niezbędni okazać mogą się rodzice, prawni opiekunowie czy też inne osoby z otoczenia mogące dostarczyć nam informacji o stanie zdrowia małego pacjenta. Pamiętajmy jednak by nie polegać tylko na informacjach uzyskanych od np. rodziców i starajmy się zawsze nawiązać kontakt z dzieckiem. Zachowanie dzieci oraz rodziców będzie na siebie wzajemnie oddziaływać, gdy dziecko będzie niespokojnie, rodzic też będzie niespokojny. Analogicznie, zdenerwowany rodzic, może oznaczać zdenerwowane dziecko. Wykażmy się profesjonalizmem, wykonujmy nasze działania w spokojny sposób, cały czas tłumacząc procedury, które wykonujemy, tak by każdy miał pewność co do naszych umiejętności, wiedzy i kompetencji.

Nie unośmy głosu tylko dlatego, że dziecko jest niespokojne, zanosi się płaczem, krzyczy. Trzeba być wyrozumiałym i cierpliwym dla młodego człowieka, który często po prostu nie rozumie wszystkich zachodzących dookoła niego procesów, nawet jeśli staramy się mu je wytłumaczyć w najprostszym i najbardziej przystępnym sposobie. Do niektórych rzeczy potrzebny jest czas, ulubiona maskotka dziecka lub też obecność rodzica, który zapewni dziecku zwiększone poczucie bezpieczeństwa, a także może nam ułatwić dalsze czynności takie jak badanie poprzez przytrzymanie przykładowego niemowlaka na kolanach. Objasniając procedury, uprzedzajmy o ich wykonywaniu oraz nie okłamujmy pacjenta. Bądźmy stanowczy w tym co robimy i nie zadawajmy pytań czy możemy założyć kaniulę dożylną, po prostu, gdy jest taka potrzeba, zrobimy to i uprzedzimy, że będzie bolało w miejscu ułucia i będzie bolało tylko przez parę sekund. Unikajmy prześmiewczych stwierdzeń, które mogą wywołać poczucie wstydu, strachu, winy, niskiej wartości. Niepozornymi przykładami takich stwierdzeń są np.: „chłopacy nie płaczą”, „taka mała igła, a tak dużo płaczu”. Dodatkowy szyderczy ton, świadczy tylko o braku empatii i profesjonalizmu wśród personelu medycznego. Zamiast tego by uzyskać jak najlepszy poziom komunikacji, starajmy się zbudować dodatkowe poczucie wartości u dziecka, poprzez zachęcenie go do pomocy poprzez proste przytrzymanie bandaża i stosowanie sformułowań takich jak: „jesteś bardzo dzielny i pomocny”.

Wcześniej wspomniani rodzice, mogą nam znacznie ułatwić postępowanie i komunikację, poprzez zachęcanie dziecka do rozmowy z nami. Są jednak sytuacje, w których to rodzice mogą być główną przyczyną utrudnionej komunikacji. Może tak być w zespole dziecka maltretowanego, wtedy brak obecności rodzica może okazać się dla nas kluczowy dla uzyskania informacji i wywiadu od dziecka. Gdy mamy takie uzasadnione podejrzenia, wezwijmy na miejsce policję. Znęcanie się nad dzieckiem to nie tylko przemoc fizyczna, ale i także psychiczna, emocjonalna, nadużycia seksualne, zaniedbywanie oraz zaniechanie dbania o podstawowe potrzeby dziecka. [1, 3, 5, 7, 9, 12, 13].

Komunikacja z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Bez względu na rodzaj zaburzeń oraz ich nasilenie przed przystąpieniem do jakichkolwiek działań i prób komunikacji zadbajmy o swoje bezpieczeństwo, bowiem pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, są często pacjentami agresywnymi. Zaburzenia psychiczne są zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego i manifestować mogą się w całkiem inny sposób niż pobudzenie i agresja np. poprzez apatię, nadmierne wyciszenie albo niechęć do wszelakich kontaktów między ludzkich. Spektrum objawów przy chorobach psychicznych jest bardzo szerokie i to w naszej roli leży jak najszybsze wysnuć podejrzeń co do stanu w jakim znajduje się pacjent i przystosowanie naszego postępowania, w tym sposobu komunikacji i zbierania wywiadu do pacjenta.

Do zachowania kompulsywnego może dojść w chorobie Alzheimera, upośledzeniach umysłowych czy zaburzeniach urojeniowych.

Zaczynamy od ogólnej stabilizacji pacjenta, poprzez podjęcie natychmiastowych działań w przypadku eskalacji agresji, prób podjęcia zamachu na życie i zdrowie pacjenta, próbach uspokojenia pacjenta, stabilizacji ogólnej w ciężkich stanach np. gdy dochodzi do depresji układu oddechowego, musimy zadbać o drożność i wentylację, albo w stanach zaburzonego krążenia o krążenie. Gdy nie zadbamy o stabilizację ogólną, nie będziemy w stanie komunikować się z pacjentem i zebrać wywiad medyczny.

Wywiad powinien być szczegółowy i starajmy pozyskać się go również od znajomych, opiekunów, rodziny, gdyż często są oni bardziej zorientowani co do przebiegu chorób psychicznych pacjenta, niż sam pacjent. Ze względu na naturę tej grupy chorób, często szumy w komunikacji z pacjentem mogą wynikać bezpośrednio z jego nieufność, gonitwy myśli, urojeń i

omamów jak w przypadku schizofrenii, gdy omamy słuchowe, utrudniają pacjentowi wysłuchanie naszych poleceń, tików nerwowych. W wywiadzie skupmy się na obecnej chorobie, przeszłości chorobowej, nie tylko psychiatrycznej, rodzinie i warunkach jakich żyje pacjent oraz zażywanie substancji psychoaktywnych. Istotne będzie dla nas wyłonienie czynnika spustowego, który to doprowadza do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego, często mogą być to stresujące sytuacje życiowe, jak śmierć członka najbliższej rodziny, a czasami nadużycie substancji psychoaktywnych np. alkoholu, benzodiazepin, marihuany.

Obserwujemy szczegółowo zachowania pacjenta i je zapisujemy, unikamy stawiania diagnoz jako ratownicy medyczni. Obserwując objawy możemy jednak stwierdzić gwałtowność nasilenia choroby lub stanu nagłego i w zależności od przebiegu, możemy dostosować optymalne postępowanie dla takiego pacjenta np. jedziemy do osoby dorosłej, która sama zadzwoniła po ZRM z obawy o swoje życie, ponieważ ma nasilenie myśli samobójczych, spowodowane nagłą, ciężką sytuacją życiową, a w innej sytuacji, jedziemy do osoby nastoletniej, której to rodzina wezwała ZRM, ponieważ doszło do próby samobójczej poprzez połknięcie dużej dawki leków, osoba ta choruje na depresję kilka lat, jest to już kolejna taka próba. Drugi przypadek charakteryzuje się większą gwałtownością, ponieważ doszło już do próby samobójczej, jest to kolejna taka próba, osoba ta ma stwierdzoną chorobę psychiczną oraz to inna osoba zadzwoniła po pomoc.

Pamiętajmy o tym, że możliwym powodem konieczności udzielenia pomocy takiemu pacjentowi nie musi być choroba psychiczna, a somatyczna, dlatego tak istotne jest badanie fizykalne, dzięki któremu możemy podejrzewać inne przyczyny takie jak udar niedokrwienny. Przykładowy młody mężczyzna uzależniony od opioidów, z zaburzeniami świadomości, toru oddychania i parastezjami, które to rodzina zauważyła od rana, niekoniecznie musiał znowu zażyć opioidy. Mógł dostać udaru z wielu innych powodów i my, jako ratownicy medyczni, nie możemy pozwolić na sytuację, gdy to pominiemy w badaniach i wywiadzie na miejscu zdarzenia [1, 2, 3, 5, 6, 11, 12, 13].

Analiza przypadku z wywiadem psychiatrycznym

Grupą osób, u których najczęściej dochodzi do prób samobójczych są nastolatki, częściej płeć żeńska. W przedziale wieku 15- 24 lat samobójstwo jest trzecią najczęstszą przyczyną śmierci zaraz po wypadkach i zabójstwach. Samobójstwa i próby częściej związane są z depresją

niż u osób dorosłych, dlatego nie należy ignorować sygnałów jakie wysyła do nas nastoletnia osoba.

W omawianym przeze przypadku ta nastoletnia osoba urodzona w 2005 roku, płci żeńskiej miała już wcześniej problemy wychowawcze w rodzinie i dlatego trafiła do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego, z którego to opiekunowie, zadzwonili po Zespół Ratownictwa Medycznego. Powodem wezwania było zachowanie dziewczyny, wychowankowie zgłaszali agresję wobec siebie, personelu MOW, innych wychowanków, groziła, że się zabije. Na miejscu zdarzenia personel zastał dalej pobudzoną psychoruchowo pacjentkę, która tłukła szkło i groziła osobom zbliżającym się do niej, że się zabije. Nasilenie nastąpiło w dniu wezwania ZRM, jednak problemy trwały już od najmłodszych lat, pierwsze z nich zdiagnozowano już w 2008 roku. Ostatni pobyt w szpitalu, w trakcie, którego leczona była psychiatrycznie był w 2020 roku i od tego czasu przyjmuje na stałe leki takie jak:

- Risperidon - lek przeciwpsychotyczny, pochodna benzizoksazolu, leczenie schizofrenii i innych chorób psychicznych.
- Permazin – neuroleptyk, pochodna fenotiazyny, leczenie ostrych zaburzeń psychotycznych, przebiegających z pobudzeniem psychoruchowym.
- Neurotop – pochodna dibenzoazepiny o działaniu przeciwdrgawkowym, leczenie padaczki, ZZA, ChAD.
- Seronil – inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny o działaniu przeciwdepresyjnym, leczenie depresji, bulimii i zaburzeń obsesyjno- kompulsyjnych.

Po szybkiej ocenie allopsychicznej i orientacji autopsychicznej poprzez zadanie zwięzłych pytań: czy wiesz kim jesteśmy; czy wiesz, gdzie się znajdujesz; czy opowiesz nam co się stało i pozwolisz nam udzielić sobie pomocy, pacjentka po chwili namysłu odpowiedziała prawidłowo i wyraziła chęć współpracy oraz nawiązania dalszego dialogu. W dalszym badaniu neguje myśli "S" i twierdzi, że jej zachowanie, było prowokacją, żeby zdenerwować bez powodu swoich wychowawców. Wykazuje chęci dalszego pobytu w ośrodku, jednak dalej twierdzi, że chce go „rozwalić”, by zdenerwować wychowawców. Pozwala się zbadać, jej wzmożony napęd słabnie i siada, mowa cichnie i staje się spokojniejsza.

W badaniu fizykalnym nie było żadnych nieprawidłowości, GCS 15/15, w dobrym kontakcie bez deficytów neurologicznych, oddechowo i krążeniowo wydolna z parametrami życiowymi w normie

(BP – 140/100 mm Hg, SpO2 – 99%). Brak widocznych obrażeń oraz objawów somatycznych, które mogłyby być przyczyną zachowania.

W dokładniejszym wywiadzie psychiatrycznym poprawnie przedstawia swoje dane personalne i nie zgłasza nam żadnych dolegliwości. Jest zorientowana co do swoich wcześniejszych chorób i zaburzeń oraz zdaje sobie sprawę, z aktualnej sytuacji w jakiej się znajduje. Neguje zażywanie jakichkolwiek dodatkowych substancji psychoaktywnych, poza swoimi lekami. Niechętnie udziela informacji odnośnie swojej rodziny, jak i relacji z osobami MOW. Twierdzi, że jej zachowanie wynikało z konfliktu pomiędzy nią, a wychowawcami placówki, którzy ją sprowokowali. Pomimo uspokojenia, mówiąc o przyczynie, podnosi głos i jest bardziej pobudzona ruchowo – wymachuje rękoma w stronę wychowawców. Personel twierdzi, że to nie pierwsza taka sytuacja, w której to czynnikiem spustowym, jest konflikt z pracownikami. Jednak nigdy jeszcze nie było takiej eskalacji, dlatego zdecydowali się na wezwanie ZRM. Omamy oraz urojenia neguje, choć nadmiernie reaguje na neutralne komentarze wychowawców. Twierdzi, że są one wobec niej zawsze przesadnie krytyczne. W szkolnictwie nie ma większych problemów, relacje z rówieśnikami są na zadowalającym poziomie. Aktywnie uczestniczy w życiu placówki. Brak oznak zaniedbania. Wykazuje jedynie tendencje agresywne oraz krytycyzm wobec swoich wychowawców.

Została zabrana na konsultację psychiatryczną z powodu myśli "S" oraz zachowania agresywnego. W trakcie komunikacji i postępowanie ZRM stosował się do zasad poprawnej komunikacji, uszanował godność pacjentki, na bieżąco wyjaśniał przeprowadzane procedury, mówił zrozumiale, spokojnym tonem, dał czas pacjentce na uspokojenie oraz na przedstawienie swoich problemów, nie będąc przy tym krytycznym. Wcześniejsza krytyka mogła być czynnikiem, który doprowadził do takiego stanu młodej pacjentki.

PODSUMOWANIE:

Komunikacja z pacjentem jest podstawą pracy w Zespole Ratownictwa Medycznego. Gdy zawodzi, nie przeprowadzamy jakościowego wywiadu medycznego i nie będziemy w stanie zapewnić pacjentowi najwyższej jakościowo pomocy medycznej przedszpitalnej, jaką moglibyśmy zaoferować. Komunikacja jest procesem złożonym i ciągłym, pacjent wysyła nam informacje cały czas i tylko od wiedzy, doświadczenia i zaangażowania medyka zależy, czy je zarejestruje, jak je zinterpretuje i jak przystosuje czynności medyczne w zależności od wyciągniętych wniosków.

Każdego pacjenta traktujemy jako indywidualność, do której musimy dopasować odpowiedni klucz do efektywnej komunikacji. Na ten klucz składać się będzie wiele czynników zależnych od nas: nasza postawa, tonacja głosu, zdolność wysłuchania pacjenta i zdolność empatii. Podczas naszej kariery zawodowej musimy mieć świadomość swoich ograniczeń oraz czynników, które sprawiają nam największą trudność i nad nimi pracować. Dzięki temu, w sytuacjach kryzysowych, gdy rozmowa z pacjentem będzie niemożliwa z przyczyn zależnych tylko i wyłącznie od pacjenta, na które nie mamy wpływu, będziemy się czuć pewnej, mając świadomość, że cały proces komunikacji z naszej strony przebiegał prawidłowo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Jorge R. Petit: „*Psychiatria ratunkowa*”. Redakcja wydania I polskiego; Sławomir Krzysztof Sidorowicz; Wrocław 2007; Elsevier Urban & Partner; ISBN 10 83-60290-65-2; ISBN 13 978-83-60290-65-1
2. Piotr Gajewski: „*Interna Szczeklika 2021/22*”. Medycyna Praktyczna Kraków 2020; wyd. XII; ISBN 978-83-7430-629-4
3. Roland Podlewski: „*Stany zagrożenia życia i zdrowia*”. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2021; wyd. I; ISBN 978-83-200-5673-0
4. Frank Falek, Boris A. Hoffmann: „*Leki w medycynie ratunkowej i intensywnej terapii*”. Edra Urban & Partner; Wrocław 2019; wyd. I; ISBN 978-83-66067-22-6
5. Jan Jaracz, Amelia Patrzala: „*Psychiatria w praktyce ratownika medycznego*”. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2015; wyd. I; ISBN 978-83-200-4742-4
6. Janusz Springer, Jacek Kleszczyński: „*Niezbędnik lekarza dyżurnego SOR*”. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2021; wyd. I; ISBN 978-83-200-6200-7
7. Maria Gruba, Jarosław Gucwa: „*Postępowanie w stanach nagłych u dzieci*”. Medycyna Praktyczna; Kraków 2020; wyd. I; ISBN 978-83-7430-626-3
8. Dariusz Zawadzki, Janusz P. Sikora, Błażej Kmiecik: „*Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia*”. Medical Education; Warszawa 2021; wyd. I; ISBN 978-83-65471-99-4
9. Anna Obuchowicz: „*Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*”. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2016; wyd. II ISBN 978-83-200-5084-4
10. Ernst Mutschler: „*Farmakologia i toksykologia*”. MedPharm Polska; Wrocław 2016; wyd. IV; ISBN 978-83-78-037-4
11. Jarosław Gucwa: „*Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe*”. Medycyna Praktyczna; Kraków 2018; wyd. IV; ISBN 978-83-7430-539-6

12. Jarema Marek: „*Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*”. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2016; wyd. II; ISBN 978-83-200-5022-6
13. Maria Nowina Konopka: „*Komunikacja lekarz - pacjent. Teoria i praktyka*”. Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2016; Wyd. I; ISBN 978-83-945105-2-7
14. Ursula Meissner: „*Ambulance and pre-hospital services in risk situations*”. International Committee of the Red Cross; Geneva, Switzerland; November 2013
15. J. P. Wyatt, M. Watt: „*Violence towards junior doctors in accident and emergency departments*”. Department of Accident and Emergency, Western Infirmary, Glasgow, *Journal of Accident and Emergency Medicine* 1995, 12, 40-42
16. Anna Garus-Pakowska, Mariusz Górajski, Franciszek Szatko: „*Awareness of the Risk of Exposure to Infectious Material and the Behaviors of Polish Paramedics with Respect to the Hazards from Blood-Borne Pathogens—A Nationwide Study*”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; Department of Hygiene and Health Promotion, Medical University of Lodz; Łódź 2017
17. Henry G.W. Paw, Rob Shulman: „*Handbook of Drugs in Intensive Care. An A–Z Guide*”. Cambridge University Press; Londyn 2019; wyd. 6; ISBN 9781108349550
18. Katarzyna A. Mitręga, Tadeusz F. Krzemiński: „*Farmakologia i farmakoterapia dla ratowników medycznych*”, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2017, ISBN 978-65835-09-3
19. Andrzej Basiński, Jerzy Wordliczek, Jarosław Woron, Jan Dobrogowski, Robert Gałazkowski, Klaudiusz Nadolny, Jerzy Robert Ładny: „*Dobre praktyki leczenia bólu u osób dorosłych w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego*”, Ministerstwo Zdrowia; Źródło: <<https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu>> (dostęp: 10.04.2022 r.)
20. Joana Surmacka, Marek Motyka: „*Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym*”, Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
21. Shewryn P. Morreale, Brian H. Spitzberg, J. Kevin Barge: „*Communication. Motivation, Knowledge, Skills*”. Peter Land Publishing, Inc.; Nowy York 2013; wyd. III; ISBN 9781433117145

22. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej; Warszawa, dnia 23 grudnia 2019 r.; Poz. 2487; „Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie oznaczenia systemu państwowe ratownictwo medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego”.
23. Krzysztof Goniewicz: „Stosowanie przymusu bezpośredniego w praktyce zespołów ratownictwa medycznego”, Hygeia Public Health 2015, 50(1): 70-74; Zakład Ratownictwa i Medycyny Katastrof UMP.

Rola Ratownika Medycznego w strukturze Państwowej Straży Pożarnej i Ochotniczej Straży Pożarnej.

Lic. Radosław Szczerbuk

Wstęp

Funkcjonariusze Państwowej oraz Ochotniczej Straży Pożarnej pełnią ważną rolę w funkcjonowaniu społeczeństwa. Z ciągłym rozwojem otaczającego świata i przechodzi ona zmiany w swoich zadaniach, funkcjach czy też w sprzęcie, wprowadzają odpowiednie rozwiązania i adekwatne postępowanie do sytuacji którą strażacy zastali na miejscu zdarzenia.

Strażacy w swoich zadaniach oprócz gaszenia pożarów mają również zadania z grup takich jak ratownictwo wodno-nurkowe, poszukiwawczo-ratownicze, chemiczno-ekologiczne, techniczne oraz z ratownictwa medycznego. Jednostki ratowniczo-gaśnicze deklarują gotowość operacyjną do realizacji zadań zgodnie z posiadanymi możliwościami sprzętowymi, organizacyjnymi oraz umiejętnościami w systemie całodobowym. Służby mundurowe na miejscu zdarzenia bardzo ściśle ze sobą współpracują, jednak jak wiadomo każda struktura organizacyjna prowadzi swoje działania. Straż pożarna ma za zadanie zabezpieczyć miejsce zdarzenia, poprowadzić czynności odpowiednie do zaistniałej sytuacji oraz pomóc Zespołowi Ratownictwa Medycznego w postępowaniu przedszpitalnym z poszkodowanym.

W poniższej pracy przedstawię historię, strukturę funkcjonowania oraz zakres współdziałania organizacji jakimi są Ochotnicza Straż Pożarna (OSP), Państwowa Straż Pożarna (PSP) oraz Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM). OSP, PSP jak i Państwowe Ratownictwo Medyczne są ukierunkowane aby nieść pomoc osobom poszkodowanym.

W mojej pracy chciałbym przedstawić podstawowe cele oraz informacje na temat roli ratownika medycznego w strukturach Ochotniczej Straży Pożarnej oraz Państwowej Straży Pożarnej. Większość strażaków w PSP jak i w OSP na początku swojej przygody zostaje skierowanym na kurs Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, który umożliwia pełniejszą współpracę strażaków z zespołami Państwowego Ratownictwa Medycznego. Przedstawię również statystyki wyjazdów OSP z udziałem PRM z gminy Okonek.

Rys historyczny

Początki Ochotniczej Straży Pożarnej

Początki OSP na ziemiach polskich sięgają aż do średniowiecza gdzie już wtedy organizowali zespoły, które ratowały przed ogniem. W drugiej połowie XIX w. w zaborach powstawały grupy przeciwpożarowe ale w każdym zaborze z innym zainteresowaniem i skutkiem. Strażacy działali pod pełną konspiracją patriotyczną oraz przygotowywaniem polityczno-wojskowym do walki o niepodległość, jednak to było jedną z głównych przyczyn do zaprzestania działalności. Pod zaborem rosyjskim strażacy mieli najgorzej, natomiast w Galicji uzyskały one najwięcej wolności, a pod zaborem pruskim były one najlepiej zorganizowane mimo że pracowały pod niemiecką komendą. Pożarnictwo w Królestwie Polskim jak i również po zaborem rosyjskim pokazuje historia Towarzystwa św. Floriana, a później po Ogólnokrajowym Zjeździe Straży Ogniwych w Warszawie już jako Związek Floriański.²⁹ Początkiem ruchu był wydany od 1912r. „Przegląd Pożarniczy”, który był prowadzony przez Bolesława Chomicza. Zadaniem było chronić społeczeństwo przed pożarami i innymi klęskami, natomiast mottem są słowa: „Bogu na chwałę ludziom ku pomocy”. W Galicji powstało Krajowe Towarzystwo Ubezpieczeń od Ognia, Gradu i na życie im. św. Floriana.

W Krakowie jako pierwsza na tym terenie ochotnicza straż pożarna. Z tego pomysłu po paru latach powstał Krajowy Związek Ochotniczych Straży Pożarnych w Królestwie Galicji i Lodomerii wraz z Królestwem Krakowskim został zorganizowany zjazd który odbył się w dniach 31 października do 1 listopada 1875r. We Lwowie. W głównej mierze organizowane były one w oparciu o niemiecki etos narodowy. Od 1921 r. nastąpiło porozumienie między przywódcami związków dzielnicowych i na I Zjazd Głównego Związku Straży Pożarnych Rzeczypospolitej Polskiej, który odbył się 8 września 1921 r. w Warszawie przybyło na niego aż 3690 osób.

²⁹Tabasz Władysław, Początki ruchu związkowego OSP, 2016. [online].
<http://www.zosprp.pl/?q=content%2Fpoczatki-ruchu-zwiazkowego-osp&fbclid=IwAR1PK_5AQOkt6WAMWX2k3NDm440G491TU5V2lz4JVDvHu2AeXoMU07aLltw>

Początki Państwowej Straży Pożarnej

Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych na skutek zmian politycznych, gospodarczych i ustrojowych w Polsce oraz powiększającej się liczby zagrożeń koniecznym stało się dokonanie ekstremalnych zmian w systemie ochrony przeciwpożarowej. W 1988 roku zaczęto pracę nad rozwiązaniami prawno-organizacyjnymi dotyczącymi obszernego zakresu ratownictwa, w postaci projektów nowych ustaw. Przy tworzeniu takich ustaw byli obecni przedstawiciele komend straży pożarnej, szkoły pożarniczej, związków zawodowych oraz środowisk naukowych³⁰.

W kwietniu 1991 roku minister do spraw wewnętrznych powołał Zespół do Zorganizowania Państwowej Straży Pożarnej³¹, której przedstawicielami byli pułkownik pożarnictwa inżynier Feliks Dela oraz poseł na Sejm Henryk Michalak. Przy udziale środowiska pożarniczego zespół ten zorganizowali koncepcję nowej organizacji ochrony przeciwpożarowej. W wyniku czego opracowano i skierowano do Sejmu projekt dwóch ustaw: o ochronie przeciwpożarowej i o Państwowej Straży Pożarnej.³² W 1992 roku a dokładnie 25 lutego przewodniczący Zespołu Feliks Dela został powołany przez ministra spraw wewnętrznych na stanowisko komendanta głównego Państwowej Straży Pożarnej.

PSP zostało zorganizowane 1 lipca 1992 r. jednocześnie rozpoczęło się wdrażanie przyjętych unormowań i realizacja licznych zadań z dziedziny ratownictwa.³³ Następnym ważnym zadaniem była budowa krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, który zaczął funkcjonować 1 stycznia 1995r., natomiast w następnych latach system ten rozbudowywano przez włączenie do niego najbardziej mobilnych jednostek.

³⁰Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 września 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpieczeństwa i higieny służby strażaków Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 180, poz.1115)

³¹Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 maja 2016 r. w sprawie stanowisk służbowych w jednostkach organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. poz. 724).

³²<https://www.gov.pl/web/kgpsp/utworzenie-panstwowej-strazy-pozarnej>

³³Zasady ewidencjonowania zdarzeń w Systemie Wspomagania Decyzji Państwowej Straży Pożarnej, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności, Warszawa 2014, www.straz.gov.pl/download/1670

Na podstawie porozumień zawartych nawiązano intensywne współdziałanie z różnymi podmiotami uczestniczącymi w ratownictwie i ustalono relacje między nimi.

Gdy tworzone struktury organizacyjne PSP bardzo dużą uwagę poświęcono na wszechstronną edukację pożarniczą oraz poprawę warunków służby, natomiast diametralnie zmieniło się wyposażenie techniczne oraz metody i formy działań

kontrolno-rozpoznawczych. W styczniu 1999 roku weszła w życie reforma administracji publicznej i wdrożenie reformy w PSP³⁴ wymagało ogromnej działalności we wszystkich szczeblach organizacyjnych i po prawie dwóch latach działalności w nowych warunkach PSP oraz KSRG umocniły się. Społeczeństwo gdy wyrażało swoją opinię na temat postrzegania PSP jako formację ratowniczą najbardziej mobilną i najlepiej przygotowaną do prowadzenia działań ratowniczych.

³⁴ Dane pochodzące z dokumentów kadrowych KW/KM/KP PSP.

Czym jest Krajowy System Ratowniczo – Gaśniczy (KSRG)

Krajowy System Ratowniczo – Gaśniczy został założony w 1991 roku, natomiast zaczął funkcjonować 1995 roku. Jest on integralną częścią bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, mając na celu ratowanie życia, zdrowia, mienia lub środowiska, prognozowanie, rozpoznawanie i zwalczanie pożarów oraz klęsk żywiołowych ewentualnie innych miejscowych zagrożeń³⁵. Działania te podejmują jednostki Państwowej Straży Pożarnej oraz inne podmioty ratownicze (z bardzo dużym uwzględnieniem Ochotniczych Straży Pożarnych). Główny Komendant PSP jest centralnym organem administracji rządowej w sprawie organizacji KSRG i ochrony przeciwpożarowej, również podlega ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, który nadzoruje funkcjonowanie KSRG. Działa na trzech poziomach w strukturze administracyjnej. Powiatowym jest tworzony przez Komendanta Powiatowego lub Miejskiego PSP, jednostki ochrony przeciwpożarowej oraz inne służby włączone do systemu. Wojewódzkim ma on rolę wspomagającą i koordynacyjną gdy potrzebne są siły i środki spoza powiatu gdzie jest zdarzenie. Siły i środki na poziomie wojewódzkim to wojewódzki oddział operacyjny z grupami specjalistycznymi (wydzielone środki i siły z poziomu powiatowego) i krajowa baza sprzętu specjalistycznego. Centralnym wspomaga ona gdy siły województw są niewystarczające. Środki i siły KSRG na poziomie podstawowym to centralny oddział operacyjny. Siły KSRG wynoszą: 503 jednostki ratowniczo – gaśniczych, 4 738 jednostek OSP włączonych od systemu, 5 zakładowych straży pożarnych, 2 Lotniskowe Służby Ratowniczo-Gaśnicze oraz 21 jednostek Wojskowych Straży Pożarnych.

Interwencje ratowników w których jednostki KSRG dotarły do zdarzenia w czasie krótszym niż 15 w 2020 roku wynosi 90,04%.³⁶ Aktualny standard dobowej gotowości w KSRG jest następująca: W PSP około 5 100 strażaków i około 5 300 samochodów

35. Zasady organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Warszawa 2013, www.straz.gov.pl/download/1854

36. Zasady ewidencjonowania zdarzeń w Systemie Wspomagania Decyzji Państwowej Straży Pożarnej, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności, Warszawa 2014, www.straz.gov.pl/download/1670

ratowniczo – gaśniczych i specjalnych w 503 Jednostkach Ratowniczo-Gaśniczych Komedy Miejskiej i Powiatowej PSP, natomiast w 4 738 jednostkach OSP w KSRG jest około 11 313 samochodów ratowniczo – gaśniczych i specjalnych oraz około 20 000 strażaków ochotników.

Ratownictwo Medyczne

Historia Ratownictwa Medycznego

W Polsce pierwsze pogotowie ratunkowe zostało utworzone w Krakowie w 1891 roku i znajdowało się pod nazwą Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego oraz miało swoją siedzibę w budynku Straży Pożarnej. Bezpośrednią motywacją do założenia były ofiary śmiertelne pożarów na Rynku Głównym oraz na Stradomiu. Na początku dyżury mieli studenci wyższych lat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz ta jednostka dysponowała jedną karetką zaprzęganą w konie i miała ona pięć sztuk noszy³⁷. W XX wieku, a dokładniej na początku tych lat wprowadzono odpłatne dyżury dla osób chętnych, w późniejszym czasie dla lekarzy i bardziej zaopatrzone karetki. Znakiem organizacji stał się biały krzyż na niebieskim tle. W niedługim czasie od utworzenia pierwszej jednostki powstały również we Lwowie (1893 rok), w Warszawie (1897 rok), w Łodzi (1899 rok), w Lublinie (1917 rok), w Poznaniu (1928 rok). Podane jednostki były jako samodzielne placówki. W roku 1919 zostało założone zostało Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża gdzie głównym celem było niesienie pomocy poszkodowanym oraz rannym w wyniku wojny, dane towarzystwo miało również zakłady lecznicze które po II wojnie światowej przejął rząd. W roku 1951 został wydany przez Ministra Zdrowia dokument gdzie zostały określone zasady funkcjonowania transportu sanitarnego, natomiast w roku 1976 instrukcje dotyczące organizacji Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego (WKTS)³⁸. Były one samodzielnymi jednostkami budżetowymi, podlegały wojewodzie i realizowały one potrzeby transportowe dla służby zdrowia. Od roku 1992 gdy zakupiono nowoczesne ambulanse mogli zacząć świadczyć usługi z zakresu czynności ratunkowych w drodze do szpitala, jednak w pierwszym dziesięcioleciu wolnej Polski (czyli po 1989 roku) organizacja ta pozostawiła dużo do życzenia, co spowodowało, że system ratownictwa w Polsce źle funkcjonował. W 1999 roku przykładem innych państw Polska zaczęła budować nowoczesny system państwowego ratownictwa medycznego przez wdrożenie programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. Jego nadrzędnym celem było przygotowanie wykwalifikowanej kadry, infrastruktury

³⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 poz. 1868).

³⁸ Skoczylas J.J., Prawo ratownicze, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2007.

oraz opracowanie odpowiednich procedur, jednakowych na terenie całej Polski. W 2000 roku została założona Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego (HEMS), której nazwa została później zmieniona na Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (SP ZOZ LPR), podlega on bezpośrednio pod Ministra Zdrowia.

W roku 2001 weszła ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym i to było wydarzeniem przełomowym, jednak wymagała ona dopracowania i w 2006 roku doszło do jej nowelizacji. Z nową ustawą weszło w życie zintegrowanie systemów ratunkowych, w których skład wchodzi lądowe (ambulanse), powietrzne (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe LPR) jak i wodne pogotowie ratunkowe oraz szpitalne oddziały ratunkowe.

Zadania oraz organizacja struktury Państwowego Ratownictwa Medycznego

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) są podmiotami, które udzielają pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia człowieka. Jaku stawa z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewiduje, że zespoły ZRM dzielą się na: specjalistyczne, której skład wchodzi minimum trzy osoby lekarz, oraz pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny; podstawowy, w której skład wchodzi minimum dwie osoby pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny. Zespół ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia ma odpowiedni czas na dotarcie do miejsca zdarzenia i wynosi on: nie większy niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców, natomiast poza miastem, który liczy powyżej 10 tysięcy mieszkańców nie większy niż 15 minut. Transportem medycznym lotniczym zajmują Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, które aktualnie posiada 21 baz stałych oraz 1 bazę czasową (dane na dzień 21.03.2022) i w skład takiej załogi wchodzi: pilot, lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka.

Podobnie jak ZRM Lotnicze Pogotowie Ratunkowe posiada swój czas gotowości do startu i wynosi on: w dzień (do 3 minut w promieniu do 60 km, do 6 minut w promieniu 60 km w okresie od 30 minut przed wschodem słońca, do 6 minut w promieniu od 60 km do 130 km, do 15 minut w promieniu powyżej 130 km); w nocy (do 15 minut w promieniu do 60 km, do 30 minut w promieniu powyżej 60 km). Szpitalne Oddziały Ratunkowe powstały na koniec 1999 roku i były one przekształcane z funkcjonujących już izb przyjęć. Było założenie aby utworzyć około 278 SOR-ów w skali kraju, z danych na dzień dzisiejszy wynika że w Polsce działa 240 SOR-ów. Szpitalny Oddział Ratunkowy jest to miejsce kolejnej diagnostyki i leczenia wstępnego.

Do zadań SOR-u należy między innymi: segregacja medyczna, rejestracja i dokonywanie przyjęć; wstępna intensywna terapia; badań diagnostycznych w laboratorium; obserwacje, konsultacje i sprzętu do pomiaru przy łóżku pacjenta. Państwowe Ratownictwo Medyczne współpracuje z grupami, które podobnie jak PRM odpowiedzialne są za pomoc poszkodowanym w stanie nagłego zagrożenia życia.

Kwalifikowana Pierwsza Pomoc

Kwalifikowana pierwsza pomoc (KPP) jest jedną z form pomocy, której może udzielić przeszkolony ratownik w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, oraz różni się od pierwszej pomocy, której może udzielić świadek zdarzenia. Kwalifikowanej pierwszej pomocy może udzielić wyłącznie specjalnie przeszkolony ratownik. Może udzielić jej w pracy, a także poza nią, w sytuacji gdy jest podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia. W klasyfikacji pierwszej pomocy KPP znajduje się pomiędzy tą, którą może udzielić każdy człowiek a medycznymi czynnościami ratunkowymi (MCR)³⁹, które wykonywane są przez ratownika medycznego, pielęgniarkę lub lekarza podczas interwencji pogotowia ratunkowego lub udzielenia pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). Kurs KPP może zrobić osoba, która nie ma wykształcenia medycznego. KPP natomiast daje większą wiedzę niż podstawowa pierwsza pomoc ale też nie jest równoznaczna z wiedzą ratownika medycznego.

Ratownikowi KPP nie przysługuje prawo do podejmowania medycznych czynności ratunkowych. KPP ma możliwie najszersze kompetencje w zakresie wiedzy o ratowaniu ludzkiego życia lub zdrowia i taką wiedzę może dysponować osoba bez wykształcenia medycznego. Kurs Kwalifikowanej pierwszej pomocy w miarę możliwości powinni przejść pracownicy jednostek, którzy są związane z Państwowym Ratownictwem Medycznym oraz osoby ochraniające i uczestniczące w organizacji imprez masowych. Kurs KPP jest podzielony na dwie części teoretyczną i praktyczną.

39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587).

Różnice między Ochotniczą a Państwową Strażą Pożarną.

Jedną z kluczowych różnic między OSP a PSP jest taka, że Ochotnicza Straż Pożarna składa się z grupy osób, które jak sama nazwa wskazuje są ochotnikami, natomiast w Państwowej Straży pracują osoby, które zajmują się tym zawodowo oraz pełnią służby 24 godziny na dobę.⁴⁰

⁴⁰[sprzet-poz.pl, Czym się różnią jednostki OSP od PSP?, 2021, \[online\], <https://sprzet-poz.pl/czym-sie-roznia-jednostki-osp-od-psz>](https://sprzet-poz.pl/czym-sie-roznia-jednostki-osp-od-psz/)

Współpraca Ratownika Medycznego w Straży Pożarnej

Ratownicy medyczni w OSP jak i PSP do roku 2016 nie zostali objęci żadnymi uregulowaniami prawnymi, przez co nie mogli wykonywać czynności MCR ograniczali się wyłącznie do Pierwszej Pomocy oraz Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy. Na początku 2016 roku nastąpiły późniejsze zmiany w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które umożliwiały ratownikom medycznym w strukturach OSP i PSP wykonywanie Medycznych Czynności Ratunkowych. Na dzień 1 kwietnia 2021 roku w strukturze PSP zatrudnionych jest 900 ratowników medycznych.

Wypośażenie ratowników medycznych w PSP

Ratownik medyczny pracujący w PSP aby mógł udzielać większej pomocy niż tylko medycznych czynności ratunkowych, powinien mieć na wyposażeniu sprzęt medyczny oraz leki. Wyposażenie które jest niezbędne jest wymienione w rozporządzeniu z dnia 20 kwietnia 2016 roku i jest to między innymi: defibrylator manualny, glukometr, zestaw porodowy, aparat EKG i wiele innych. W Jednostkach Ratowniczo – Gaśniczych strażacy posiadają tylko podstawowy sprzęt do Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy w ilości normatywnej. W skład sprzętu który jest na wyposażeniu zestawu ratownictwa medycznego to jest torba PSP R1 i taka torba zawiera rurki ustno-gardłowe, worek samorozprężalny dla dzieci jak i dorosłych, zestaw do tlenoterapii, butla z tlenem, nosze typu deska, kołnierze szyjne, szyny typu Kramer, opatrunki, opatrunek zastawkowy, opaski zaciskowe. Natomiast od kilku lat do Jednostek Ratowniczo-Gaśniczych jak i do OSP wdrażane są automatyczne defibrylatory zewnętrzne AED.



Rysunek 1: Wyposażenie torby medycznej.⁴¹



Rysunek 2: AED ⁴²

Współpraca służb podczas zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.

Współpraca Państwowego Ratownictwa Medycznego z innymi jednostkami udzielającymi pomoc przy zagrożeniu życia jest opisana w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 1410 z późniejszymi zmianami) art. 15 z dnia 8 września 2006 roku.

Podmioty współpracujące z Zespołem Ratownictwa Medycznego to między innymi: jednostki OSP, PSP, TOPR, WOPR, GOPR i jednostki które podlegają Ministerstwu Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwu Obrony Narodowej.

Dane jednostki które współdziałają z ZRM działają tak aby było zapewnione bezpieczeństwo i tak by prowadzić akcje efektywnie, które spowodowane są szybkim przebiegiem akcji, te jednostki nie tylko współpracują z ratownikami ale także między sobą.

Dyżurny, który przyjął zgłoszenie i wie że są poszkodowani musi poinformować dyżurnego medycznego, który jest na danym rejonie i dalej zgłasza potrzebę do wezwania ZRM również działa to w drugą stronę gdyż jak wezwanie przyjmuje dyżurny medyczny i wie że na miejscu zdarzenia potrzebna jest pomoc innych służb zawiadamia dyżurnego, który wysła niezwłocznie siły oraz środki na miejsce. Gdy dyspozytor odbierze zgłoszenie, że jest zagrożenie zdrowia lub życia, a nie ma wolnego Zespołu Ratownictwa Medycznego, dyspozytor może zwrócić się o zadysponowanie sił i środków KSRG aby udzielić takiej osobie KPP przez strażaków-ratowników.

Zdarzenie mnogie, pojedyncze i masowe

Na samym początku myślę, że należy wyjaśnić pojęcia na temat zdarzenia mnogiego, pojedynczego oraz masowego.

Zdarzenie pojedyncze to jest takie, które w wystarczającym stopniu poszkodowany może uzyskać pomoc, mnogie to taki gdzie liczba poszkodowanych jest powyżej jednej osoby, jednak osoby te wymagają udzielenia pilnie pierwszej pomocy i mają ją właściwie udzieloną. Zdarzenie masowe jest bardzo trudne, ponieważ ilość poszkodowanych może przekraczać możliwości ratowników, którzy są na miejscu. W takim wypadku jeżeli nie są osoby w grupie czerwonej to takie zdarzenie może nie mieć charakteru masowego. Sytuacja na miejscu zdarzenia zawsze może ulec dużej zmianie, ponieważ z wypadku masowego może stać się mnogim a na samym końcu może być pojedynczym.

Segregacja jest wprowadzana gdy siły i środki w stosunku do poszkodowanych są ograniczone i jest to uznane jako zdarzenie masowe. Proces ten jest ciągły i dynamiczny w wyznaczaniu priorytetów. Dane są kolory: zielony, czyli osoby z lekkimi obrażeniami, otarciami, ranami, stłuczeniami lub lekkimi oparzeniami; żółty, czyli osoby, które wymagają pomocy jako drudzy i są to pacjenci ze złamaniami, oparzeniami, urazami głowy bez utraty przytomności oraz z urazami układu moczowo-płciowymi; kolor czerwony, czyli osoby z wstrząsem, urazem czaszkowo-mózgowym, niedrożnością dróg oddechowych, ciężkimi urazami klatki piersiowej i gdy istnieje stan bezpośredniego zagrożenia życia; kolor czarny, czyli osoby u których stwierdza się zgon lub istnieje ryzyko że nie przeżyją oni zdarzenia.

Gdy zespół przybędzie na miejsce odbywa się TRIAGE czyli wstępna segregacja, czyli oznaczane kolorami są osoby poszkodowane. Najważniejsze jest wyznaczenie ilości osób, które wymagają przewiezienia do szpitala w pierwszej kolejności.

Ratownicy OSP i PSP w masowym zdarzeniu nie są upoważnieni aby stwierdzić zgon, ale mogą odstąpić od resuscytacji i taką osobę oznaczają bez tętna i oddechu. Natomiast osoby, które poruszają się o własnych siłach oraz bez wyraźnych obrażeń są ewakuowane i zbierane w jedno miejsce do punktu medycznego i zostają pod opieką strażaka- ratownika, pozostali przy pomocy noszy albo innych technik są ewakuowani. Obecna na miejscu osoba z odpowiednim wykształceniem lub lekarz przejmują obowiązki Koordynatora Medycznych Działań Ratowniczych. Gdy właściwie zabezpieczymy miejsce zdarzenia dodatkowe

grupowanie poszkodowanych nie będzie potrzebne. Jednak trzeba pamiętać że osoby z grup żółtej czy zielonej mogą z biegiem czasu przekwalifikować się do grupy czerwonej i dlatego gdy upłynie dany czas i zostaną wdrożone procedury należy ponownie przeprowadzić segregację. Natomiast często może zdarzyć się tak że gdy procedury zostaną wdrożone to poszkodowani mogą trafić do grupy żółtej albo giną na miejscu.

W takich zdarzeniach prócz służb, które biorą czynny udział kluczową rolę pełni też Centrum Powiadamiania Ratunkowego, które zbiera informację z miejsca i podaje informację szpitalom, gdzie zostaną przewiezieni poszkodowani. Informację jakie zostają przekazane to jest liczba poszkodowanych, obrażenia, stan w jakim są oraz informacje o dostępnym miejscu w szpitalu i gdzie zespół ma pojechać z pacjentem. CPR również wyznacza gotowość LPR oraz w razie potrzeby może zlecić lot w miejsce gdzie jest zdarzenie, gdy jest taka potrzeba poszkodowany jest transportowany w miejsce gdzie zostanie mu udzielona pomoc specjalistyczna. Takie placówki oddalone są od siebie o ponad 30 km od danego miejsca albo gdy w okolicznym szpitalu nie jest możliwe zapewnienie poszkodowanemu odpowiedniej pomocy przez jego obrażenia.

Odpowiednia organizacja i współpraca mają zapewnić wytrzymałość wszystkich ogniw danego łańcucha i prowadzić do jak najmniejszej liczby zgonów.

Współdziałanie służb

Po przez służby możemy zrozumieć Straż Pożarną, Policję i Państwowe Ratownictwo Medyczne, które działają na miejscu zdarzenia, czyli w większym rozumieniu miejsce gdzie mamy do czynienia z zagrożeniem życia i zdrowia jak i obszar gdzie zagrożenie występuje ale zespół PRM ma uniemożliwiony dostęp do uszkodzonego i udzielenie medycznych czynności przy wykorzystaniu sprzętu znajdującego się na wyposażeniu karetki. Dlatego również ważna jest współpraca na czas, ponieważ gdy ratownicy nie mogą dostać się do uszkodzonego, strażacy przejmują nad nim opiekę do czasu ewakuacji z miejsca zagrożonego. W czasie udzielania pomocy osobą uszkodzoną, Policja zajmuje się kierowaniem ruchu przez wyznaczony objazdy albo wstrzymuje całkowicie ruch w tym obszarze na czas ewakuacji, działań i przekazanie uszkodzonego zespołowi ZRM.

Stanowisko kierowania

Dyżurny stanowiska pełni służbę przez 24 godziny, zmiana następuje między godziną 8 a 8:30 od zdania meldunku komendantowi lub jego zastępcy któremu podlega.

Stanowisko to służy do koordynowania i kierowania akcji gaśniczych, dysponowania sił i środków i współpracą między służbami. Do podstawowych zadań należy przyjmowanie i rejestrowanie meldunków o zaistniałym zagrożeniu życia, zdrowia, mienia i środowiska, które wymagają podjęcia działań przez służby, koordynacja zdarzeń ratowniczo-gaśniczych, analizowanie przebiegu akcji.

Tak jak system KSRG dzieli się według podziału administracyjnego, czyli na Stanowisko Kierowania komendanta powiatowego/ miejskiego, komendanta wojewódzkiego oraz komendanta głównego.

Dysponowanie sił i środków

Dysponowanie sił i środków odbywa się w dwóch fazach. W I fazie, czyli siły dysponowane bezpośrednio po przyjęciu zgłoszenia na podstawie opisu zgłoszenia przekazanego przez zgłaszającego. II faza odbywa się na polecenie kierującego działaniami ratowniczymi po analizie jaką dokonał po przybyciu na miejsce zdarzenia. Dowódca na miejscu decyduje ilu sił i środków mu brakuje na miejscu zdarzenia.

Podczas działań ratowniczo-gaśniczych dyżurny tak dysponuje siłami aby w pierwszej fazie pojechały samochody z pełną obsadą, czyli taka liczba ratowników aby bezpiecznie wykonać działania nie zależnie od zagrożenia. Do zdarzenia może wyjechać zastęp od 3 do 6 strażaków – ratowników i to jest zależne od skali, rodzaju oraz ilości osób poszkodowanych znajdujących się w zagrożonym obszarze, natomiast gdy jest zagrożenie życia człowieka należy zadysponować jak największą ilość sił aby pomoc była udzielona wszystkim poszkodowanym jak najszybciej. Gdy po dojeździe na miejsce okaże się że jest już wystarczająca ilość sił i środków kierujący może odwołać lub zwrócić następujące siły.

Sieć jednostek jest tak rozłożona aby siły zadysponowane w ciągu 15 minut mogły dotrzeć do 85% populacji znajdującej się w zagrożeniu, natomiast pozostały procent to są miejsca do których są przeszkody w dotarciu takie jak długi czas dojazdu, warunki terenowe czy też słabo oznaczone miejsce zamieszkania.

Sporządzanie dokumentacji na miejscu działań ratowniczych.

Sporządzanie dokumentacji opiera się w dwóch etapach, czyli na początku sporządzenie karty przez dowódcę (rodzaj, miejsce, jednostka prowadząca działania i krótki opis), oraz późniejsze uzupełnienie karty (treść, polecenia, rozkazy, meldunki). Szczególne rozpisanie karty występuje gdy były ofiary śmiertelne, skala obejmuj więcej niż jeden powiat, popełnienie błędu lub jest podejrzenie popełnienia błędu oraz gdy została podjęta decyzja o sporządzeniu analizy.

Dokumentacja uzupełnia się przez cały czas trwania akcji. Zaczynając od opisu zgłoszenia kończąc na opisie dowódcy, który przyjął kierowanie działaniami ratowniczymi po przyjeździe na miejsce zdarzenia. Po wstępnym raporcie i po zakończonych działaniach dowódca sporządza dalszy już obszerny meldunek w którym zawarte są dokładne informacje odnośnie zdarzenia, użytego sprzętu, opisu miejsca oraz sił i środków.

W takiej karcie znajdują się również miejsce na działania medyczne. Zaliczane jest również wsparcie psychologiczne. W polu ranni zapisujemy liczbę osób, którym została udzielona pomoc i przekazano ZRM z miejsca zdarzenia, uwzględniając osoby, które odmówiły zabrania przez karetkę do szpitala, natomiast w rubrykę ofiary śmiertelne zapisujemy osoby i najważniejsze to czy odstąpiono od resuscytacji, przerwano lub stwierdzeniu zgonu przez lekarza będącego na miejscu zdarzenia. Taka karta jest przekazywana wraz z osobą poszkodowaną dla ZRM, natomiast druga kopia zostaje w celu dołączenia do meldunku. Gdy dana osoba odmówi udzielenie jakiegokolwiek pomocy zostaje zaznaczone to na karcie i musi być podpisana przez taką osobę i ratownika, który próbował udzielić pomocy przedmedycznej oraz świadków odmowy, czyli drugiego strażaka.

Karta udzielonej Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy zawiera trzy kartki samokopiujące odpowiednio kolorami: białym, który jest przekazywany do ZRM, różowy, który zostaje ewidencjonowany w jednostce oraz żółty, który zostaje przekazany koordynatorowi ratownictwa medycznego w celu szkoleniowym oraz do ewidencji zużytego sprzętu.

Na karcie znajdują się również informacje na temat zdarzenia takie jak (data, godzina, numer zdarzenia, czas zadysponowania, udzielenia KPP oraz czas przekazania ZRM), dane poszkodowanego (gdy dane są nieznane zapisujemy NN – nazwisko nieznane lub BD – brak danych), dane ratownika udzielającego pomocy, rubryka z odmową lub nie wyrażeniem zgody na

udzielnie pomocy, po lewej stronie miejsce do zaznaczenia rodzaju obrażeń jakich doznał poszkodowany, po prawej postępowanie jakie wdrożył ratownik oraz diagram w celu zaznaczenia obrażeń odpowiednimi skrótami: K- krwotok, A- amputacja, ZM- zmiążdżenie, R- rana, ZL (S)- złamanie (skręcenie), ZO- złamanie otwarte, ZW- zwichnięcie, ST- stłuczenie, CO- ciało obce, OP- oparzenie I, II, III stopnia. Natomiast na samym dole możemy znaleźć rubrykę na zapisanie zużytego sprzętu i w jakich ilościach wypisywaną przez ratownika oraz jego podpis.

KARTA UDZIELENEJ KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

<small>Przebieg podmiotu systemu ratowniczego</small>			<small>Zabawa! trybitalis, powolki, awaryjny adres</small>												
Wzruszenie	Godzina	Minuty		Kryptonim zespołu (zastępa)											
Data:			Nr wyjazdu :	Nazwisko i imię ratownika											
INFORMACJA O POSZKODOWANYM ¹⁾			KTO DYSPONOWAŁ - ALARMOWAŁ												
Płeć: M / K	Wiek:	Uwagi:	STANOWISKO KIEROWANIA/PODMIOT RATOWNICZY:												
Nazwisko:														
Imię (imiona):														
Telefon kontaktowy:			CZAS	Godzina:	Minuty:										
Adres:			Przybycia												
NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY ²⁾ <small>Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego.</small>			Udzielenia pomocy												
			Przekazania												
			PRZEKAZANO:												
Podpisy świadków:															
Podpisy świadków:															
RODZAJ OBRAŻEN / OBJAWÓW ³⁾			POSTĘPOWANIE ³⁾												
przytomny / pod wpływem zdarzenia			wspomaganie psychiczne <input type="checkbox"/>												
nieprzytomny			pozycja: bezpieczna <input type="checkbox"/> zastawa <input type="checkbox"/> na wznak <input type="checkbox"/> 100%ilem												
niekrotkość dróg oddechowych			udrożnienie: bezprzyrządowe <input type="checkbox"/> sznurek <input type="checkbox"/> rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/> rurka kraniowa <input type="checkbox"/>												
bezdech			oddycha sztucznie: powietrze <input type="checkbox"/> 100%ilem												
zatrzymanie krążenia			masaż zewnętrzny serca <input type="checkbox"/> efekty <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> efekty <input type="checkbox"/>												
podstępnie			stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> termoinizolacja <input type="checkbox"/> 100%ilem												
obrażenia głowy			stabilizacja <input type="checkbox"/> opatrunek okalający <input type="checkbox"/> 100%ilem												
obrażenia kręgosłupa / podejrzanie obrażeń			stabilizacja głowy <input type="checkbox"/> nosze deska <input type="checkbox"/>												
amputacja			opatrunek kikutu <input type="checkbox"/> zabezpieczenie amputowanych tkanek <input type="checkbox"/>												
zniekształcenie			unieruchomienie <input type="checkbox"/> termoinizolacja <input type="checkbox"/> 100%ilem												
rany, krwiaki			opatrunek: okalający <input type="checkbox"/> uciskowy <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/>												
złamania i podejrzane złamania			stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie: poz. zastawa <input type="checkbox"/> poz. fizjologiczna <input type="checkbox"/> 100%ilem												
zwichnięcia			stabilizacja <input type="checkbox"/> unieruchomienie w pozycji zastawy <input type="checkbox"/>												
oparzenia			schładzanie: woda <input type="checkbox"/> opatrunek hydroizolowy <input type="checkbox"/> opatrunek jalkowy <input type="checkbox"/>												
zatrucie wziewne			ewakuacja <input type="checkbox"/> izolacja dróg oddechowych <input type="checkbox"/> 100%ilem												
duszność			pozycja siedząca <input type="checkbox"/> 100%ilem												
wychłodzenie			ocieknięcie ciała <input type="checkbox"/> termoinizolacja <input type="checkbox"/> 100%ilem												
wstrząs / zagrożenie wstrząsem			ukłonięcie p/wstrząsowe <input type="checkbox"/> termoinizolacja <input type="checkbox"/> 100%ilem												
nadżrzości / wymioty			obserwacja <input type="checkbox"/> uszczelnienie ciała obcych <input type="checkbox"/> odysanie <input type="checkbox"/>												
skazzenie			ewakuacja <input type="checkbox"/> dezkontaminacja <input type="checkbox"/> 100%ilem												
inne obrażenia:			postępowanie:												
DIAGRAM OBRAŻEN ⁴⁾															
Zaznaczyć na diagramie okolice ciała odpowiednim symbolem.															
Krwotok	K														
Amputacja	A														
Zniekształcenie	ZM														
Rana	R														
Złamanie (skrócenie)	ZL (S)														
Złamanie otwarte	ZO														
Zwichnięcie	ZW														
Silaczenie	ST														
Ciało obce	CO														
Oparzenie - Stopień I, II, III	OP														
EWAKUACJA <input type="checkbox"/> NA POLECENIE ZRM ⁵⁾															
NOSZE DESKA <input type="checkbox"/> WYDOBYCIE <input type="checkbox"/>															
NOSZE <input type="checkbox"/> TRANSPORT <input type="checkbox"/>															
PLACHTA <input type="checkbox"/> KRZESIELKO <input type="checkbox"/>															
INNY SPOSOB <input type="checkbox"/>															
L. P.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ	L. P.	RODZAJ ZUŻYTYCH MATERIAŁÓW I SPRZĘTU	ILOŚĆ										
<small>Nr ewidencyjny zdarzenia ⁶⁾</small>															
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>															
Podpis ratownika															

Data zaczerpnięta z wstępującego druku podlegającego odnowieniu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

Rysunek 3: Karta KPP

Dane statystyczne

Na koniec każdego roku w jednostce jest robione sprawozdanie z wyjazdów. Na takim sprawozdaniu znajduje się sprzęt użyty w działaniach ratowniczych, podsumowania oraz zestawienia.

Straż Pożarna w dzisiejszych czasach jest dysponowana praktycznie do wszystkiego. Dane te przeprowadzane są z podziałem na pożary: lasów, obiektów mieszkalnych, traw, środków transportów; oraz zagrożenia miejscowe: deszcz, ekologiczne, chemiczne, w ruchu drogowym. Również prowadzona jest statystyka ofiar i jest podzielona na dwie grupy: śmiertelne i ranne.

Poniżej przedstawię opis i statystyki z Ochotniczej Straży Pożarnej. Wypadki [z ludźmi mają wiele czynników. Jak można zauważyć w poniższym wykresie większość wyjazdów jest do miejscowych zagrożeń do którym możemy zaliczyć wypadki oraz zdarzenia z warunkami atmosferycznymi lub również podejrzenia zatruciem tlenkiem węgla co może być powodem śmierci. Natomiast mniej wyjazdów jest do pożarów, do których można zaliczyć pożary traw, lasów, kominów oraz takie gdzie mogą ucierpieć ludzie.

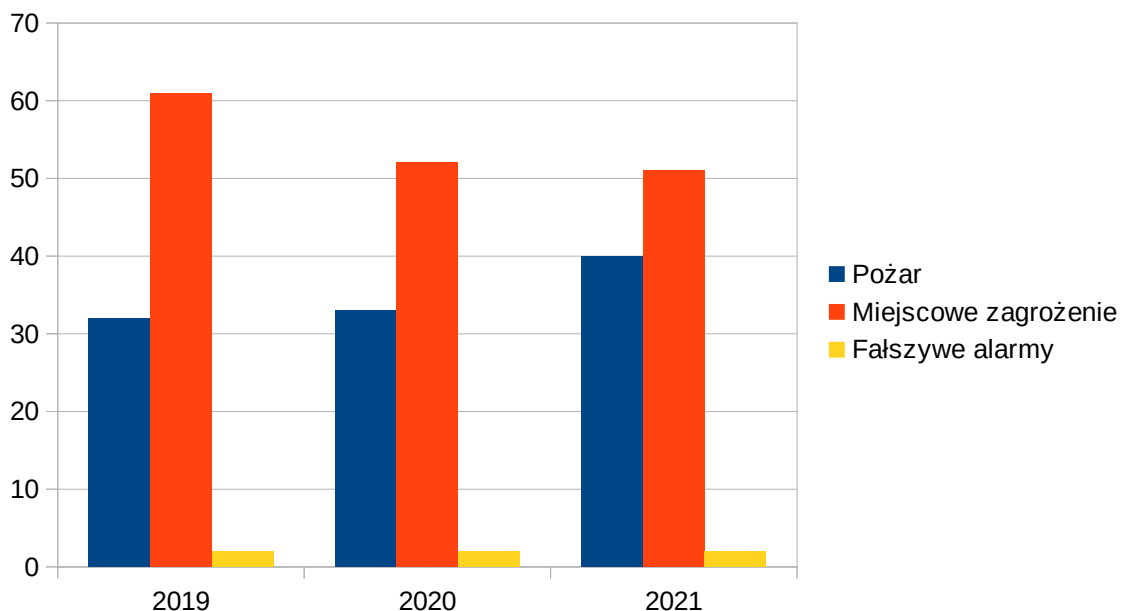


Tabela 1: Dane wyjazdów w latach 2019-2021

Podsumowanie

Celem pracy było przedstawienie oraz przybliżenie struktury Ochotniczej Straży Pożarnej oraz Państwowej Straży Pożarnej. Ochotnicza Straż Pożarna sięga do drugiej połowy XIX wieku, natomiast Państwowa Straż Pożarna gdy została uregulowana w roku 1992 i od tego momentu przeszła zmiany. Możemy zobaczyć to w wyszkoleniu, w sprzęcie czy też w strefie kształcenia.

W KSRG funkcjonariusze spotykają ratownictwo medyczne w każdym działaniu ratowniczo-gaśniczych. Zaczynając na pożarze czy miejscowych zagrożeniach i to właśnie one stanowią największą ilość akcji czy też katastrofy naturalne. W ratownictwie medycznym jest coraz więcej wyszkolonych funkcjonariuszy i sprzęt, który używają jest coraz bardziej nowoczesny oraz dostosowany do trudności. Różnica w sprzęcie który posiadają w ZRM a jaki znajduje się w torbie medycznej i między innymi różnią się w defibrylatorach, gdyż w straży używają AED. Strażacy coraz częściej jeżdżą do zagrożeń życia gdy brakuje ZRM na terenie lub jest niedostępny. W strukturach Straży Pożarnej coraz więcej jest strażaków z wykształceniem ratownika medycznego, natomiast reszta strażaków posiada ukończony kurs KPP. W mojej opinii strażacy w KSRG w bardzo dobry sposób są przygotowani do udzielania pomocy i to dzięki dostępności sprzętu, doświadczeniu oraz wykształceniu. Dużym plusem jest posiadanie na służbie strażaków, którzy mają wykształcenie ratownika medycznego.

Od czasu gdy istnieje Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy współpraca między służbami mundurowymi zaczęła się. Niektóre formacje dzięki KSRG przeprowadziły zmiany lub też dopełniły to rozporządzenia. Analiza wcześniejszej współpracy nie była możliwa, ponieważ była mało rozwinięta. Natomiast współdziałanie Straży Pożarnej, Policji i ZRM jest bardzo ważne i kluczowe przy pomocy poszkodowanemu z bezpośrednim zagrożeniem życia i liczy się jak najszybszy czas. Podzielenie zadań usprawnia i ułatwia akcję.

Wprowadzenie rozwiązania w Polsce nie było złym pomysłem, ponieważ patrząc na Stany Zjednoczone gdyż ludzie tam mieszkający jak myślą o ratownikach medycznych myślą również o Straży Pożarnej uwzględniając to że są one ze sobą bardzo ściśle powiązane, tworzą jedność i mają służbę w jednym budynku. Zdecydowanie jest

to ułatwienie, ponieważ podobnie jak w Polsce gdy nie ma wolnego zespołu ratownictwa wyjeżdżają strażacy. Moim zdaniem utworzenie takich dodatkowych ZRM w jednostkach Straży Pożarnej byłoby dodatkowym ułatwieniem, ponieważ polepszyło by to bezpieczeństwo w wypadkach mnogich i masowych.

Kończąc moje rozważanie można powiedzieć, iż strażacy są jak najbardziej przygotowani do udzielania pierwszej pomocy. Poprawiło by to dostępność do pomocy poszkodowanym, którzy są w stanie zagrożenia życia i Zespoły Ratownictwa Medycznego miały by większe niż aktualnie oparcie w strażakach, którzy jak wszyscy wiemy są pierwsi na miejscu zdarzenia. Takie zmiany usprawniłyby współpracę i system jeszcze bardziej niż dotychczas.

Bibliografia:

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 poz. 1868).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. Poz. 587).
3. Zasady organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Warszawa 2013.
4. Zasady ewidencjonowania zdarzeń w Systemie Wspomagania Decyzji Państwowej Straży Pożarnej, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności, Warszawa 2014
5. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 lipca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. Poz. 1319).
6. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 września 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpieczeństwa i higieny służby strażaków Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 180, poz.1115)

7. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 maja 2016 r. w sprawie stanowisk służbowych w jednostkach organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Poz. 724).
8. Skoczylas J.J., Prawo ratownicze, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2007.
9. Chomonicz M., Nitecki J., U. Cisoo-Apanasewicz, L. Smolarczyk, Ratownik medyczny w Państwowej Straży Pożarnej– od teorii do praktyki, BITP. Bezpieczeństwo i technika pożarnicza, Vol. 48 Issue 4, 2017,
10. Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żuratyoski P., Krzyżanowski K., Kalis A., Zeszyty Naukowe SGSP 2016, Nr 60/4/2016,
11. Konieczny J., Ratownictwo w Polsce. Lata 1990–2010, Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań 2010,
12. Szarpak Ł., Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce, Warszawa 2012.
13. Ziarko J., Trębacz-Walas J., Podstawy zarządzania kryzysowego. wyd. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Kraków 2010.

Źródła internetowe:

14. www.straz.gov.pl [dostęp: 12.04.21]
15. statystyka.policja.pl [dostęp 11.08.21]
16. europa.eu [dostęp 11.08.21]
17. www.lpr.com.pl [10.01.22]
18. www.kpr.med.pl [10.09.21]

Zespół Stresu Pourazowego – PTSD

Lic. Ratownictwa Medycznego Patrycja Szczerbuk

Wstęp

Ratownik medyczny podczas zdarzeń powinien pamiętać, że prócz uśmierzenia bólu, zaopatrzenia ran i złamań, ważnym elementem jest prawidłowa rozmowa z pacjentem i dbanie o jego komfort psychiczny.

Do pojawienia się zespołu stresu pourazowego (PTSD- post- traumatic stress disorder) nie musi dojść podczas wypadku komunikacyjnego, lecz istnieją różne sytuacje wpływające na jego stan psychiczny, takie jak przeżycia wojenne, a w konsekwencji trauma, tortury, traumatyczne przeżycia.

Umiejętność rozmowy z pacjentem, który doznał urazu nie zawsze jest łatwa, często pacjenci bywają zamknięci w sobie, są pod wpływem ogromnego szoku i ten kontakt może być znacznie utrudniony.

Pierwsze obserwacje medyczne nad zespołem stresu pourazowego pochodzą z czasów wojny secesyjnej (1861-1865). W tamtym czasie jeden z lekarzy opisywał żołnierzy walczących, a wyniki badań nazwał sercem żołnierskim. Kilka lat później angielski chirurg opisał zachowania psychiczne po wypadkach, a w 1889 roku Herman Oppenheim zaczął opisywać podobne zaburzenia nazywając je nerwicą traumatyczną⁴².

Jak opisuje DSM- V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kryteriami diagnostycznymi PTSD są:

- gdy pacjent osobiście lub jako świadek doświadczył traumatycznego incydentu, który odnosił się do śmierci, uszkodzenia ciała lub gróźb karalnych, wskutek których osoba odczuwała silny strach, przerażenie oraz poczucie bezsilności. Jeśli chodzi o dzieci, to objawy mogą przejawiać się niepokojem, zauważalną zmianą zachowania;
- gdy pacjent nie może przestać myśleć o sytuacji, wspomnienia z traumy wracają również w snach i każda osoba czy element, który na swój sposób może przypominać zdarzenie,

42 Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P., Zespół stresu pourazowego- rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. Curr Probl Psychiatrii 2012; 13(2):109-114

powoduje ogromny dyskomfort psychiczny. U młodych pacjentów elementy traumy przejawiają się w powtarzających się grach lub zabawach;

- gdy pacjent natarczywie unika wszystkiego, co może przypomnieć mu o traumatycznym wydarzeniu. Jest bardziej zamknięta w sobie, jest mniej emocjonalna. Pokłada duże siły, żeby unikać sytuacji, miejsc, czynności a nawet ludzi, którzy wywołują wspomnienia dotyczące urazu. Staje się apatyczna, wycofuje się z życia społecznego, czuje się wyobcowana, ma poczucie nadchodzącej śmierci, podchodzi pesymistycznie do życia;
- gdy u pacjenta stałe objawy zwiększonego napięcia przejawiające się wzmożoną aktywnością, zwiększoną czujnością oraz drażliwością. Dodatkowo mogą się pojawić sygnały takiej jak: zmniejszona koncentracja, problemy z zasypianiem, lekki sen z częstym przebudzaniem się;
- gdy u pacjenta te nieprawidłowości utrzymują się co najmniej miesiąc i nie zawsze występują od razu po urazie, czasem mogą się uwidocznic w momencie potencjalnego spokoju, lecz wtedy potrafią przybrać postać bardziej nasiloną⁴³.

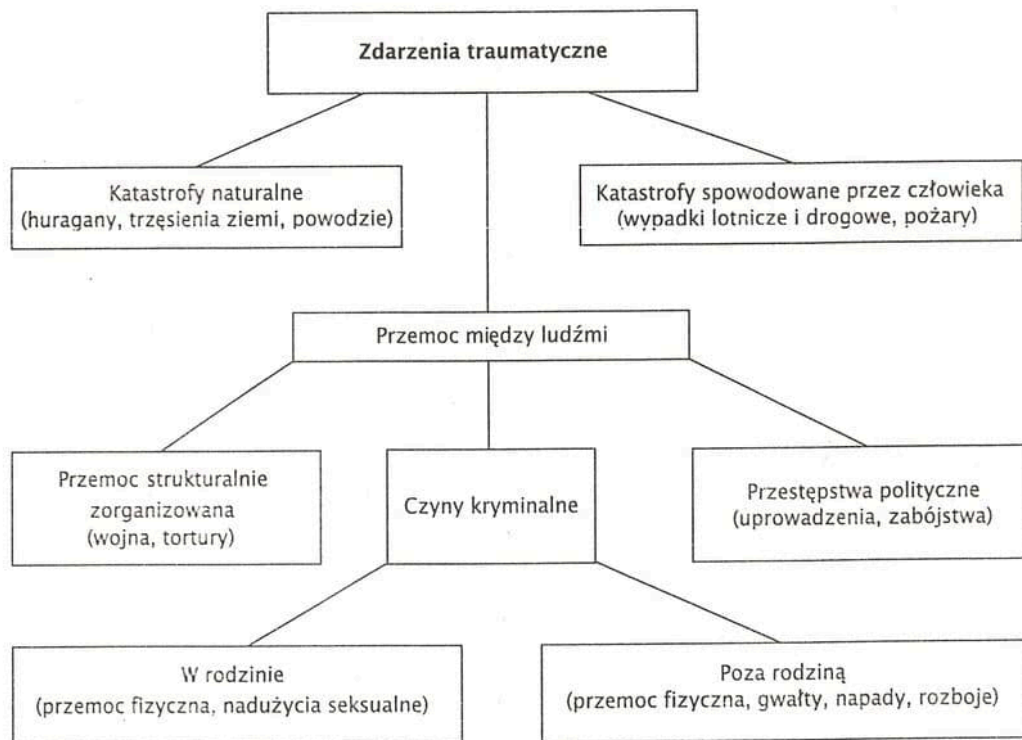
PTSD może pojawić się u około 20% osób po drastycznym przeżyciu związanym z siłami natury, a u osób, które doświadczyły urazu spowodowanego umyślnym działaniem człowieka prawie 100%. Przez wzgląd na płeć w kolejności od najczęstszych przyczyn wystąpienia zespołu stresu pourazowego są to:

- u kobiet:
 - gwałt/ molestowanie seksualne;
 - napaść fizyczna;
 - groźenie bronią;
 - znęcanie się fizyczne w młodości;
- u mężczyzn:
 - gwałt;
 - doświadczenia wojenne;

43 Lis-Turlejska, M. (2009). Zdarzenia traumatyczne - sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.). Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia (s. 15-33). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar

- porzucenie w dzieciństwie;
- znęcanie się fizyczne w młodości⁴⁴

Problemy związane z traumą są coraz częstszym tematem, w którym podkreślane są konsekwencje fizyczne jak i psychologiczne, które rzutują na pracę, rodzinę i najbliższe otoczenie osoby dotknięte PTSD.



Ryc. 1. Typologia zdarzeń traumatycznych [3].

Zespół stresu pourazowego.

Definicja PTSD

Zespół stresu pourazowego jest to zaburzenie nerwicowe lub lękowe, które może towarzyszyć osobom będącym świadkami albo uczestnikami traumatycznych zdarzeń. Charakteryzuje się przeżywaniem ponownym sytuacji, której towarzyszą nadpobudliwość, odrętwienie oraz staranie się unikać wszystkiego co może przypominać tragiczne wydarzenie. Odnosi się to również do trwałego odtwarzania traumy, a w konsekwencji koszmarnych snów związanych z urazem, jej przywoływania, wspomniania, uporczywego unikania – w szczególności wspomnień sytuacji związane z traumatycznym wydarzeniem i zmniejszenie ogólnej reaktywności – unikanie uczuć, myśli o traumie, przypomnianie ważnych aspektów traumy, emocjonalny chłód w stosunku do kontaktów interpersonalnych.

ICD-10 stworzyło kryteria diagnostyczne dla PTSD i są to:

- narażenie pacjenta na czynnik stresujący krótko- lub długotrwały, który charakteryzuje się wydarzeniami zagrażającymi czy katastroficznymi.
- nachalne przypomnianie sobie o traumie, nawracające wspomnienie podczas snów, albo w formie złego samopoczucia w momencie zetknięcia się z sytuacjami przypominającymi uraz lub będących z nim związane.
- unikanie przez pacjenta okoliczności wspominających traumatyczne wydarzenie, które nie występowało przed bliskością z działaniem czynnika stresogennego.
- obecność któregoś z objawów:
 - częściowa lub całkowita nieumiejętność do przypomnienia sobie ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem
 - uciążliwe objawy zwiększonej wrażliwości typu: trudności ze snem, drażliwość, problem z koncentracją, nadmierna czujność, zawyżona reakcja na zaskoczenie.

Kryteria 2, 3 i 4 są spełnione w okresie 6 miesięcy od traumatycznego wydarzenia i utrzymywały się przez co najmniej miesiąc⁴⁵.

W dawnych czasach ludzie różnie nazywali tę jednostkę chorobową. Można było słyszeć o „szoku pociskowym” lub „zmęczeniu bojowym”, które były używane podczas I oraz II wojny

45 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków-Warszawa: Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 1998, s. 96–97.

światowej. Zespół stresu pourazowego może pojawić się u każdego człowieka bez względu na jego pochodzenie, kulturę czy wiek, jednak to kobiety posiadają dwukrotnie wyższe ryzyko zachorowania na PTSD⁴⁶.

Pacjenci chorujący na PTSD mogą mieć intensywne oraz uciążliwe myśli i odczucia związane z ich traumą, które utrzymują się długo po wydarzeniu. Ponownie przeżywają uraz w różnych momentach swego życia, pojawiają się koszmary senne, odczuwają negatywne emocje. Takie osoby będą uciekać od osób lub sytuacji, które będą nawiązywać do traumatycznego zdarzenia.

46 Pawlikowska- Łagód Katarzyna, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie, [online]

<<https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-i-zaburzenia-psychiczne,zespol-stresu-pourazowego-ptsd-przyczyny-objawy-leczenie,artykul,1587435.html>>

Czynniki ryzyka sprzyjające rozwojowi PTSD.

Każdy człowiek inaczej przeżywa różne sytuacje. Wojna, wypadek, kolizja, gwałt czy molestowanie może sprzyjać rozwojowi zespołu stresu pourazowego nie tylko u poszkodowanych, lecz również u bliskich osoby pokrzywdzonej. Wszystko jest zależne od tego jak bardzo jesteśmy podatni na stres oraz jak mocno dotknęła nas dana sytuacja.

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia zespołu stresu pourazowego jest płeć męska, lecz to kobiety są bardziej podatne na zachorowanie.

Innymi czynnikami narażenia na wystąpienie PTSD są:

- uwarunkowanie genetyczne,
- depresja w przeszłości,
- podatność na stres,
- traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie,
- występowanie chorób psychicznych w rodzinie.

Kolejną grupą czynników ryzyka są sytuacje związane z samym incydemem:

- rozległość wydarzenia, jej siła oddziaływania na poszkodowanego oraz na jej rodzinę,
- czas jego trwania,
- wielkość zaangażowania w sytuację⁴⁷.

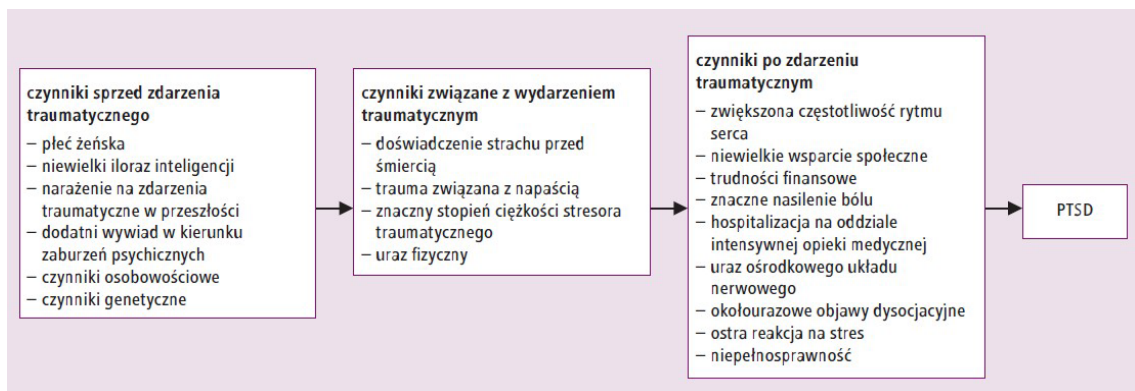
Do rozwoju zespołu stresu pourazowego predyspozycje mogą mieć również osoby trudniące się w zawodach o zwiększonym ryzyku zawodowym są to między innymi policjanci, strażacy, ratownicy medyczni czy żołnierze. Ci ostatni są najbardziej narażeni ze względu na ich specyfikację pracy. Wojna, walka na froncie obserwowanie w trudnych sytuacjach ofiar zbrodni w sposób szczególny wpływa na rozwój PTSD. Często weterani wojenni w stosunkowo młodym wieku popadają w psychozę powodowaną wydarzeniami, których doświadczyli będąc uczestnikami tych traumatycznych zdarzeń. Podobnie mają się pozostałe zawody, te jednak posiadają lżejszą, pod względem ilości doświadczonej traumy, pracę, nie mniej jednak w nich

47 Ziaja Katarzyna, PTSD- zespół stresu pourazowego, 2016, [online]
<<http://neuropsychologia.org/ptsd-zespol-stresu-pourazowego>>

pojawienie się zespołu stresu pourazowego wyróżnia się przede wszystkim bycie świadkami wstrząsających wydarzeń.

Niejednokrotnie służby ratownicze wraz z ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego) są wzywane na miejsce zdarzenia i widzą ludzkie cierpienie, rozpacz oraz ich bliskich. Często zespoły są postawione między poszkodowanymi w różnych stanach zdrowia lub życia, a ich bliskimi, którymi również muszą się zająć m.in. udzielając im wsparcia psychicznego. Już bycie świadkami tragedii drugiego człowieka czy bycie świadkami śmierci może się przyczynić do rozwoju wtórnego zespołu stresu pourazowego charakteryzującym się identycznym przebiegiem jak u osób, które osobiście doświadczyły traumy.

Innym czynnikiem pojawienia się zespołu stresu pourazowego jest wiadomość o krzywdzie na bliskiej osobie lub jej nieoczekiwana śmierć. Dla każdego przemoc czy dla samej ofiary, czy dla bliskiej jej osoby jest traumatycznym przeżyciem, które w mniejszy lub większy sposób oddziałuje na zdrowie psychiczne człowieka.



Ryc.2. wyznaczone empiryczne czynniki ryzyka rozwoju PTSD [2].

Objawy

Objawy PTSD na ogół zaczynają się około trzy miesiące po traumatycznym wydarzeniu lecz uważa się, że mogą wystąpić do sześciu miesięcy po urazie w dowolnym momencie. Diagnozę ostrego zespołu stresu pourazowego można postawić, jeśli objawy ostrej reakcji na stres utrzymują się dłużej niż miesiąc. Przewlekły zespół stresu pourazowego można stwierdzić po trzech miesiącach trwania objawów. Objawy mogą utrzymywać się przez miesiące, lata, a nawet w niektórych przypadkach całe życie.

Charakterystycznymi cechami zespołu są:

- ponowne doświadczanie traumatycznego zdarzenia- nagle, czasowe, natrętne wspomnienia wydarzenia („flashback”), pojawiają się koszmary senne;
- odsunięcie się od wszystkiego, co by mogło przypominać uraz, w momencie pojawienia się takiej sytuacji zachodzi ostra reakcja na stres; pacjent ma problemy z oddychaniem, przyspieszone bicie serca, pojawia się dezorientacja, odrętwienie, a nawet krótkotrwała utrata przytomności⁴⁸;
- natrętne objawy układu autoimmunologicznego (nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, bezsenność, rozdrażnienie, strachliwość, wybuchy złości).

Objawy, które odbijają największe psychofizyczne piętno to:

- zaburzenia z zasypianiem lub snem,
- trudności z koncentracją,
- drażliwość
- wybuchy gniewu lub złości⁴⁹.

Częstym objawem PTSD jest intensywne napięcie wywołane przez jakiegokolwiek wspomnienie zdarzenia lub obiektu, który jest z nim związany, oraz doświadczenie nagłego, natrętnego uczucia, które powraca.

48 Sak Marta, Nie tylko PTSD, cz. 2: czym jest zaburzenie określane jako „ostra reakcja na stres” i jak je leczyć?, 2021, [online]

<<https://psychomedic.pl/ostra-reakcja-na-stres/>>

49 Devilly G.J., Wright R., Varker T. 2009, Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 43

W zespole stresu pourazowego występują nie tylko objawy choroby psychicznej, lecz występują również objawy somatyczne, do których należą:

- tachykardia,
- zimne poty,
- przyspieszone tętno.
- kołatanie serca.

W miarę postępu choroby może pojawić się również utrata łaknienia oraz zaburzenie funkcji seksualnych.

PTSD również może objawiać się poprzez zaburzenia procesów poznawczych jak i zaburzeń nastroju. Poszkodowani często nie pamiętają sytuacji, do której doszło w trakcie traumatycznego wydarzenia, posiadają nieprawdziwe przemyślenia dotyczące okoliczności traumy lub jej skutków. Bardzo często pojawia się poczucie winy za traumę jaką przeżyła. Czasem ofiary nie odczuwają szczęścia (anhedonii) oraz mają obniżony nastrój, a niektórzy pacjenci doznają dysforii (obniżony nastrój z zaburzeniami emocjonalnymi, który uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie)⁵⁰. Poziom objawów zaburzenia jest szczególnie związany ze skłonnością do unikania i dystansowania od niechcianych przeżyć wewnętrznych, zwłaszcza emocji. Tendencja do odłączenia się od własnych doświadczeń może być częściowo warunkowana przez trudności osób z PTSD w akceptowaniu swoich stanów afektywnych oraz wydarzenia traumatycznego⁵¹.

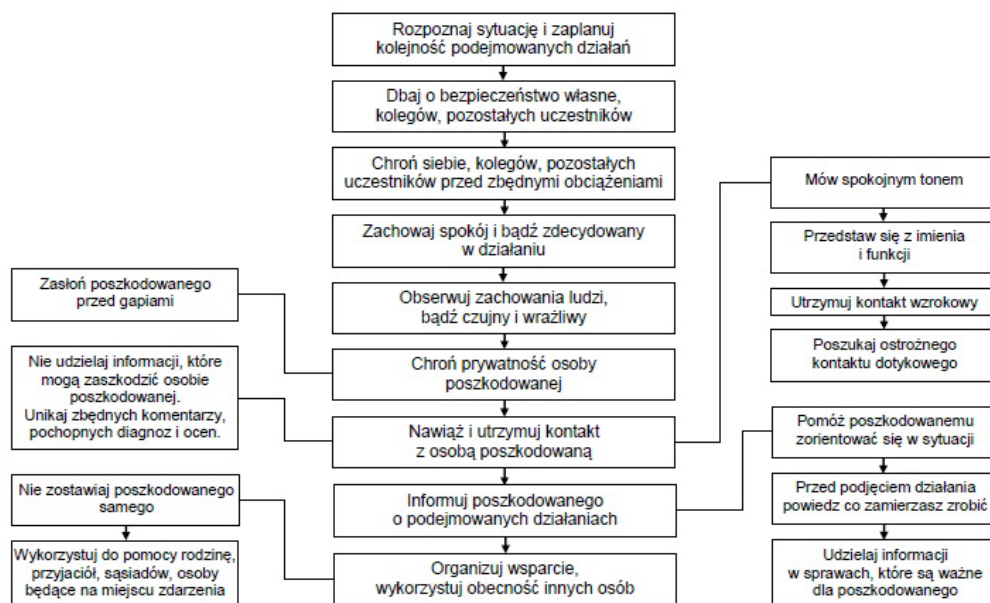
50 Nęcki Tomasz, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny i objawy. Na czym polega leczenie osób z PTSD?, 2021, [online], <<https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/zespole-stresu-pourazowego-ptsd-przyczyny-i-objawy-na-czym-polega-leczenie-osob-z-ptsd-aa-dN21-LNsx-8fwV.html#objawy-zespolu-stresu-pourazowego-ptsd>>

51 Ehrling, T., Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41, 587–598

Postępowanie ratownicze

Jak już wiadomo zespół stresu pourazowego może powstać w różnych sytuacjach, w których osoba doznała silnych negatywnych emocji podczas traumatycznego wydarzenia, dlatego rolą ratownika medycznego jest przede wszystkim zapewnienie wsparcia psychicznego. Takim działaniem może być nawet zwykła rozmowa z poszkodowanym czy pocieszenie, które może spowodować istotne obniżenie stresu⁵².

Zasady udzielania wsparcia psychicznego / psychologicznego osobom uczestniczącym w działaniach ratowniczych
Procedura 22



Ryc.3. Zasady udzielania wsparcia psychicznego [3].

Powyższy schemat przedstawia główne zasady, którymi powinien kierować się ratownik przy udzielaniu pomocy poszkodowanemu. Zawsze należy pamiętać o tak ważnym aspekcie w działaniach ratownika medycznego jak rozmowa z pacjentem. Nikt nie jest w stanie rozpoznać

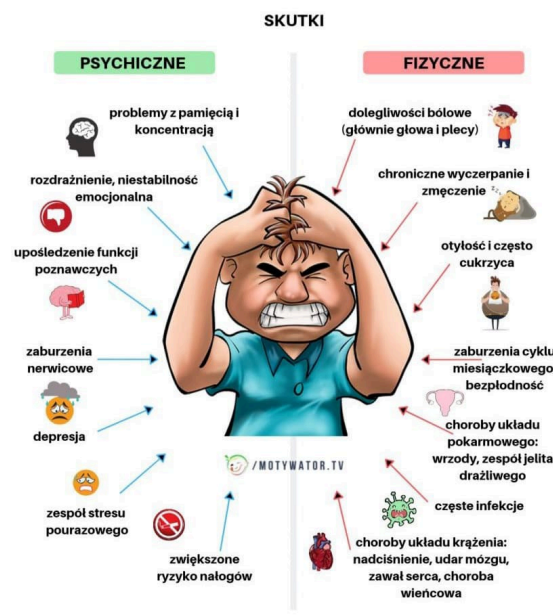
52 Ayala J.L.M., Ochotorena J. 2005, Post-traumatic stress disorder in victims of traumatic events, „Psychology in Spain”, 9 (1).
Beaton R.D., Murphy S., Johnson L.C., Nemuth M. 2004, Secondary traumatic stress response in fire fighters in the aftermath of 9/11/2001, „Traumatology”, 10

PTSD na miejscu wypadku, ale powinno się mieć na uwadze możliwość wystąpienia tej jednostki chorobowej w przyszłości.

Skutki PTSD

Bardzo często u pacjenta, u którego stwierdzono zespół stresu pourazowego, obserwuje się też inne zaburzenia takie jak depresja, dystymia, czyli obniżenie nastroju oraz aktywności, somatyzacja (jest to nieświadome powodowanie objawów fizycznych, które mają podłoże psychologiczne, często pacjenci udają się do lekarzy w poszukiwaniu pomocy w związku z pojawieniem się dolegliwości), uzależnienie od używek. Osoby cierpiące na PTSD bardzo często sięgają po alkohol oraz narkotyki celem łagodzenia traumy⁵³.

Występują zmiany w zachowaniach społecznych. Pojawiają się zaburzenia emocjonalne. Osoba cierpiąca na PTSD izoluje się od społeczeństwa, staje się impulsywny, nieradzi sobie z agresją, pojawiają się myśli i próby suicydalne. Dodatkowo występują również zmiany dotyczące świadomości i uwagi. Pojawia się negatywne spostrzeganie siebie, pojawia się poczucie bezsilności i bezradności oraz poczucie winy.



Ryc.4.Psychiczne i fizyczne skutki przewlekłego stresu [4].

53 Evren, C., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B. (2010). Relationship of alexithymia and temperament and character dimensions with lifetime post-traumatic stress disorder in male alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 111–119.

Natomiast jako jedne z pierwszych w skutkach pojawia się obniżenie działań związanych z pracą lub nauką, nie ma to związku z tym jak bardzo osoba jest przygotowana do powierzonych jej zadań, ponieważ wiąże się to przewlekłym oddziaływaniem stresu. Psychicznymi skutkami PTSD jest również rozdrażnienie czy zaburzenia na tle nerwicowym, pojawiają się różne natręctwa oraz fobie⁵⁴.

Osoby narażone na przewlekły stres często doświadczają silnych bólów głowy, chronicznego zmęczenia, ponieważ ciało pod wpływem ciągłego stresu nie ma możliwości odpocząć. Niekiedy reakcją na stres jest próba zajadania, która może doprowadzić do otyłości oraz cukrzycy. U kobiet mogą pojawić się zaburzenia gospodarki hormonalnej, której wynikiem są zaburzenia cyklu miesiączkowego, a nawet niepłodność⁵⁵. Wynikiem stresu jest również choroba wrzodowa żołądka spowodowana nadmiernym gromadzeniem się soku żołądkowego, taki objaw jest wynikiem silnego, przewlekłego stresu. Innymi zaburzeniami związanymi z nadmiernym oddziaływaniem stresu na człowieka są częste infekcje związane z obniżeniem odporności przez ciągłą walkę organizmu z czynnikami stresogennymi oraz choroby układu krążenia gdyż podczas wystawienia na stres ciśnienie jest ciągle podwyższone, co może doprowadzić do dysfunkcji układu krążenia.

54 Wiatrowski Damian, Czym jest przewlekły stres- skutki uboczne fizyczne i psychiczne, 2019, [online], <<https://motywator dietetyczny.pl/2019/05/przewlekly-stres-skutki-uboczne-fizyczne-i-psychiczne/amp/>>

55 Boden, M.T., Bonn-Miller, M.O., Vujanovic, A.A., Drescher, K.D. (2012). A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military veteran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 433-439

Leczenie PTSD

Leczeniem zespołu stresu pourazowego z wyboru jest psychoterapia. Niezwykle ważnym aspektem jest przede wszystkim ocena bezpieczeństwa i zagrożenia samobójczego. Wyniki badań RCT (randomized controlled trials) wykazują większą skuteczność w terapii metodą wydłużonej ekspozycji lub odwrażliwienia z pomocą ruchów gałek ocznych niż farmakoterapia. Niestety dostęp do takiego rodzaju terapii jest niemożliwa ze względu na małą ilość wyszkolonych terapeutów.

W leczeniu farmakologicznym stosuje się inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny takie jak sertalina lub fluoksetyna, oraz wykorzystuje się również inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny m.in. wenlafaksyna⁵⁶.

W przypadku gdy w zaburzeniu dochodzi do napadów lęku czy strachu w przypadku, w którym psychoterapia nie przynosi skutków należy zastosować leczenie opierające się na benzodiazepinach. Jeśli występują przeciwwskazania do stosowania benzodiazepin należy zastosować hydroksyzynę, a w momencie gdy w zaburzeniach lęk jest dominujący stosujemy propranolol.

Przy stosowaniu środków uspokajających należy stosować minimalne dawki obserwując zachowanie pacjenta. Jeśli zajdzie taka konieczność zwiększyć dawkę, aż do uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego. Trzeba pamiętać o tym, że leki kumulują się w organizmie nawet do kilkunastu godzin, a nadmierne stosowanie może powodować sedację i sen⁵⁷.

56 Sareen J., Zespół stresu pourazowego u dorosłych: wpływ, współchorobowość, czynniki ryzyka i leczenie. Med. Prakt. Psychiatria, 2016; 6: 6–15

57 Kokoszka Andrzej, Patologiczny lęk i strach, 2021, [online], <<https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.21.5>>

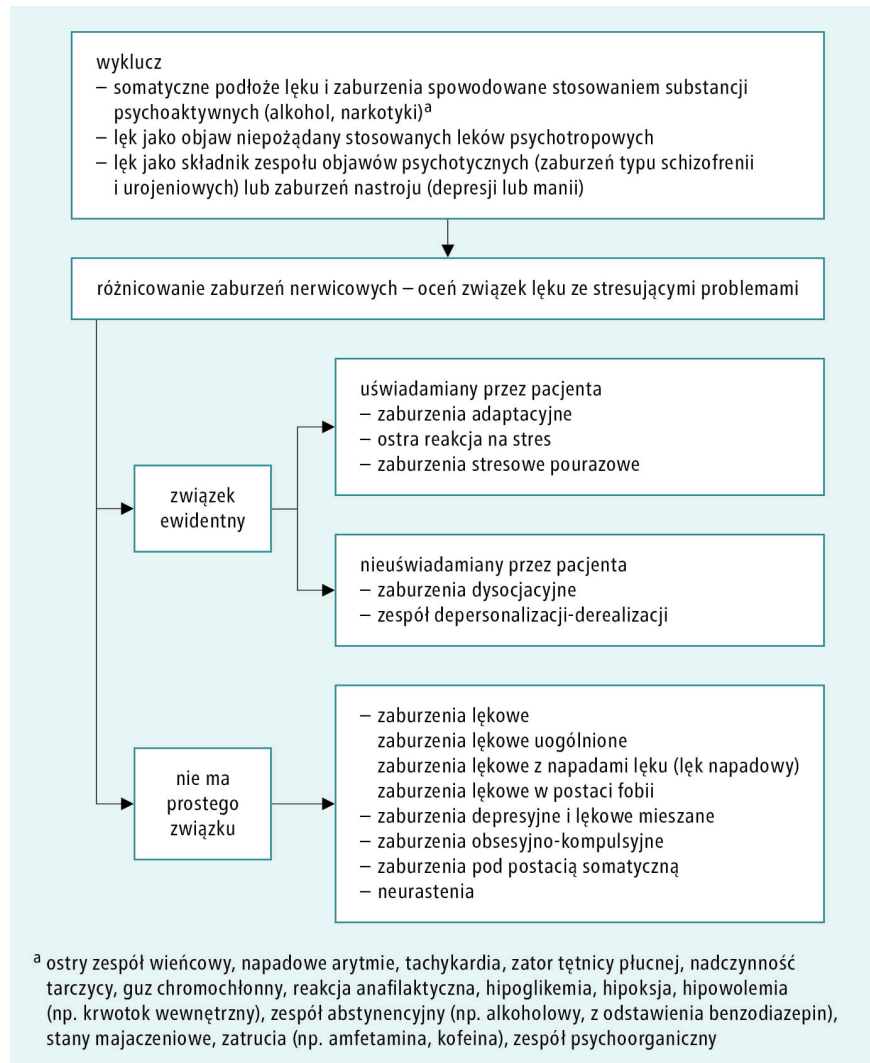
Tabela 1. Benzodiazepiny stosowane w leczeniu zachowań agresywnych i lęku.

Nazwa międzynarodowa i preparat	Dawka minimalna i zakres	Farmakokinetyka
krótco działające		
Alprazolam <i>p.o.</i> Afobam, Alpragen, Alprazolam Aurovitas, Alprox, Neurol, Neurol SR, Xanax, Xanax SR, Zomiren, Zomiren SR	0,25 mg; 0,5–10 mg 2–4 × dz., preparat SR 2× dz.	t_{max} 1–2 h (preparat SR 5–11 h) $t_{0,5}$ 9–20 h
Lorazepam <i>p.o.</i> Lorabex, Lorafen, Lorazepam Orion <i>i.m./i.v.</i> Temelor	1 mg; 1–6 mg 3 × dz.	t_{max} 1–2 h $t_{0,5}$ 8–24 h
o pośrednim czasie działania		
Bromazepam <i>p.o.</i> Bromox, Lexotan, Sedam	3 mg; 6–30 mg 2–3 × dz.	t_{max} 0,5–4 h $t_{0,5}$ 8–30 h
Klobazam <i>p.o.</i> Frisium	10 mg; 20–30 mg 2× dz.	t_{max} 0,25–4 h $t_{0,5}$ 10–37 h
długo działające		
Chlordiazepoksyd <i>p.o.</i> Elenium	5 mg; 10–150 mg 3–4 × dz.	t_{max} 1–4 h $t_{0,5}$ 50–100 h (czynne metabolity)
Diazepam <i>p.o.</i> , Neorelium; <i>i.m./i.v.</i> Neorelium, Relanium <i>p.r.</i> Relsed	2 mg; 5–40 mg 2–4 × dz.	t_{max} 0,5–2 h (po podaniu <i>p.o.</i>), 30 min (po podaniu <i>p.r.</i>) $t_{0,5}$ 20–100 h (czynne metabolity)
Klonazepam <i>p.o./i.m./i.v.</i> Clonazepamum TZF	0,5 mg; 1–6 mg 2× dz.	t_{max} 1–4 h $t_{0,5}$ 19–60 h
Klorazepan <i>p.o.</i> loraxen, Tranxene; <i>i.m./i.v.</i> Tranxene 20	5 mg; 15–60 mg 2–4 × dz.	t_{max} 0,5–2 h (po podaniu <i>p.o.</i>) po podaniu <i>i.m./i.v.</i> początek działania po 15 min; $t_{0,5}$ czynnych metabolitów do 100 h

Medazepam p.o. Medazepam TZF, Rudotel	10 mg; 10–30 mg 2–3 × dz.	t_{\max} 1–2 h $t_{0,5}$ 5–80 h (czynne metabolity)
---------------------------------------	---------------------------	--

PTSD według klasyfikacji ICD-10

Na początku ICD opisywało zaburzenia potraumatyczne jako prawidłowe i naturalne zachowanie. Z czasem jednak obserwacje różnych grup osób doprowadziło do zmienienia postrzegania tej postawy do zaburzenia psychicznego. Klasyfikacja po tym czasie opisywała tę chorobę jako patologię związaną z trudnością do ponownej aklimatyzacji w życiu społecznym⁵⁸.



Ryc.5. Schemat diagnozowania zaburzeń nerwicowych wg ICD-10.

58 Fleurkens, P., Rinck, M., van Minnen, A. (2014). Implicit and explicit avoidance in sexual trauma victims suffering from posttraumatic stress disorder: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, in press

W ICD-11 ważną zmianą będzie zwężenie spektrum objawów, które będą niezbędne do rozpoznania PTSD. Będzie można postawić diagnozę PTSD, gdy jest ono związane z ekspozycją na ekstremalne albo przerażające jednorazowe zdarzenie w obecności objawów z wyżej wymienionych trzech kryteriów diagnozowania. Zespół stresu pourazowego będzie sklasyfikowane jako „zaburzenia specyficzne związane ze stresem” w grupie 6B40- 6B4Z należącej do grupy 06 „zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neuroobrazowe”⁵⁹.

Inną ważną zmianą będzie wyizolowanie nowego zaburzenia- złożonego zespołu stresu pourazowego (cPTSD).

59 Prusko Iwona, PTSD i złożony zespół stresu pourazowego w nowej klasyfikacji ICD-11, 2019, [online]

<<https://psychologiawpraktyce.pl/arttykul/ptsd-i-zlozony-zespol-stresu-pourazowego-w-nowej-klasyfikacji-icd-11>>

PTSD u dzieci

Dzieci są szczególną grupą jeśli chodzi o wystąpienie zespołu stresu pourazowego. Te grono osób różni się od dorosłych przede wszystkim przyczynami, które mogą spowodować zaburzenie. Najczęstszymi sytuacjami są między innymi:

- nadużycia seksualne,
- przemoc domowa,
- przemoc w szkole,
- konsekwencje procedur medycznych.

Umieszczenie nieletniego w placówce wychowawczej czy nadużywanie środków psychoaktywnych lub alkoholu przez rodziców nie sprzyja wystąpieniu zaburzenia, lecz na skutek działań dorosłych może dojść do sytuacji, które będą traumatyczne dla młodego organizmu takie jak przemoc czy gwałt. Pojawienie się PTSD w młodym wieku zwiększa ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem jak i trudności w życiu społecznym w przyszłości. Często istnieją ogromne trudności w rozpoznaniu zaburzenia z powodu wyparcia z pamięci przez dzieci traumy, a dzieci niekiedy są przestraszone czy zawstydzone. Rodzice nierzadko zaprzeczają urazowi, lecz to jest spowodowane ich niewiedzą lub starają się ukryć tą wiedzę jeśli to oni są sprawcami⁶⁰.

Prowadzono obserwacje kliniczne dzieci, które były ofiarami traumatycznych wydarzeń, dzięki czemu wyróżniono trzy typy traumy. Zaburzenia można zatem podzielić na:

- typ I, czyli pojedyncze zdarzenie traumatyczne;
- typ II podzielić można na trzy podkategorie i związane z kilkukrotnym doświadczaniem traum:
 - IIa: osoba może wyodrębnić przebyte zdarzenia oraz posiada zdolności, aby sobie z nimi poradzić;
 - typ II BR: zdarzenia nie są możliwe do rozróżnienia, ale osoba posiada zasoby, żeby sobie z nimi poradzić;
 - typ II BnR: zdarzenia nie są możliwe do wyodrębnienia, ale osoba nie posiada zdolności do radzenia sobie z nimi;

60 Fullerton C., Ursano R. 2005, Psychological and psychopathological consequences of disasters, w: Disasters and mental health, red. J.J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj i in., Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester

- typ III, w którym trauma miała początek w młodości i charakteryzowało się powtarzalnością i było długotrwałe⁶¹.

Typ I traumy najczęściej jest przyczyną ostrego zaburzenia stresowego jak i PTSD. Typ II traumy skutkuje głębszymi zmianami w psychice człowieka, co ukazuje się złożonym PTSD (cPTSD), które jest związane z byciem niestabilnym emocjonalnie, problemami w relacjach, zaburzeniami uwagi, zaburzeniem w spostrzeganiu siebie, własnej wartości i świata. Natomiast typ III jest najczęściej wyodrębniany u osób z najcięższymi zaburzeniami psychicznymi: zaburzenia osobowości (zwłaszcza borderline), schizofrenia oraz depresja.

Dzieci objawiają zespół stresu pourazowego poprzez częściową utratę umiejętności typu korzystanie z toalety czy mowę, problemy ze spaniem lub koszmary senne, zabawę z motywami traumy lub rysunki, w zależności od sytuacji, w której doszło do pojawienia się PTSD pojawia się strach przed rozdzieleniem z rodzicem, fobie niepowiązane z urazem. Starsze dzieci manifestują zaburzenia poprzez autoagresję, nadużywanie środków psychoaktywnych⁶².

Tabela 2. Objawy PTSD.

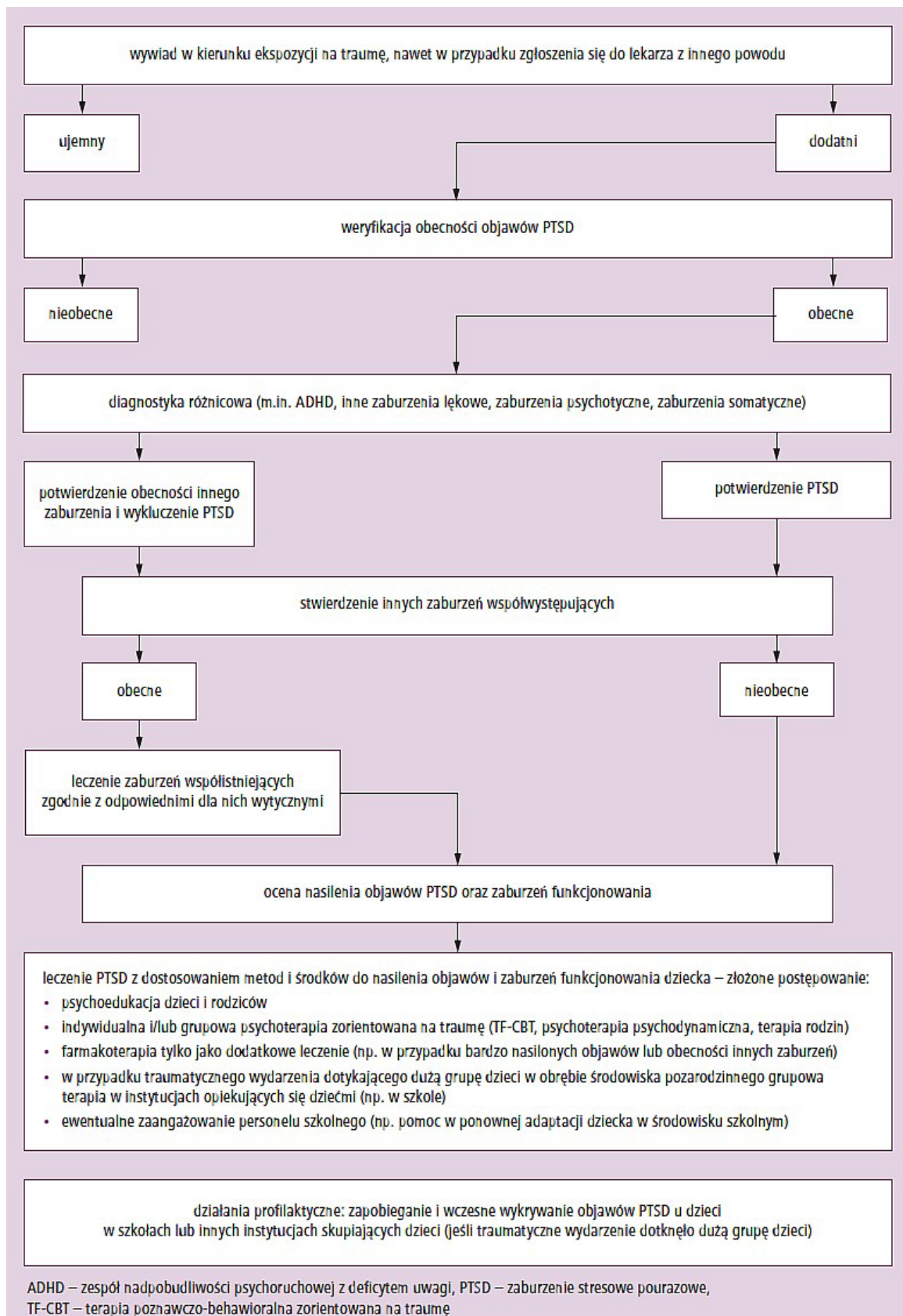
Grupy objawów	Liczba objawów koniecznych do rozpoznania PTSD	Poszczególne objawy	Uwagi
ponowne przeżywanie traumy	≥1	<ul style="list-style-type: none"> - nawracające, intruzywne wspomnienia - koszmary senne - inne przejawy powtórnego przeżywania traumatycznego wydarzenia 	<ul style="list-style-type: none"> - u małych dzieci często powtarzające się w zabawie motywy przeżytej traumy - możliwe występowanie koszmarów sennych o treściach niezwiązanych z traumą

61 Solomon E.P., Heide, K.M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202–210

62 Pawlikowska- Łagód Katarzyna, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie, [online]

<<https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-i-zaburzenia-psychiczne,zespol-stresu-pourazowego-ptsd-przyczyny-objawy-leczenie,artykul,1587435.html>>

			- silny stres psychiczny i fizjologiczny w wyniku ekspozycji na czynniki i bodźce przypominające o traumie (ludzie, sytuacje, miejsca)
unikanie bodźców związanych z traumą i odrętwienie emocjonalne	>=3	<ul style="list-style-type: none"> - unikanie mówienia o traumie lub czynnikach o niej przypominających - niezdolność do odtworzenia ważnych aspektów urazu - zmniejszenie zainteresowania lub wycofanie się z chętnie podejmowanych wcześniej aktywności - odsuwanie się lub unikanie innych osób - ograniczona rozpiętość afektu - pesymistyczne widzenie własnej przyszłości 	objawy trudne do zrelacjonowania przez dzieci w wieku przedpokwitaniowym (brak lub słaba umiejętność opisanie złożonych stanów psychicznych) i często trudne do zaobserwowania przez rodziców
wzmożone wzbudzenie	>=2	<ul style="list-style-type: none"> - trudności z zasypianiem lub częste wybudzanie się - drażliwość, wybuchy złości - problemy z koncentracją - nadmierna czujność - nadmierna reakcja na zaskakujący bodziec (<i>startle reaction</i>) 	u małych dzieci dodatkowo możliwe wystąpienie następujących objawów: zachowania agresywne, buntownicze, regresja nabytych umiejętności (np. korzystanie z toalety, mowa), nieobserwowane wcześniej lęki separacyjne i lęki niezwiązane z traumą (np. lęk przed ciemnością, lęk przed samodzielnym wejściem do łazienki)



Ryc.6. Postępowanie związane z PTSD [8].

Analizując rycinę, pierwszym punktem jest badanie podmiotowe. Należy zebrać dokładny wywiad opierając się na przeżytych doświadczeniach małego pacjenta pamiętając, by pytania były zadawane według poziomu rozwojowego dziecka. Ważne jest również, żeby zebrać wywiad od rodziców lub opiekunów małoletniego.

Jeśli na pierwszym etapie stwierdzono objawy zaburzenia należy dopytać o większą ilość szczegółów: kiedy pojawiły się pierwsze objawy, jak często występują. Powinno się wytłumaczyć również rodzicom w jaki sposób przebiegają objawy, by nie było problemu z ich zrozumieniem.

Kolejnym etapem jest zróżnicowanie objawów, ponieważ wiele chorób psychicznych daje podobne objawy co PTSD, należy również wykluczyć zaburzenia somatyczne oraz działanie różnych leków⁶³.

Leczenie polega na edukacji nieletniego oraz jego rodziców, należy również przeprowadzić rozmowę z otoczeniem dziecka. Kolejnym aspektem jest psychoterapia skierowana na traumę oraz wprowadzić farmakoterapię.

W przypadku psychoterapii należy w niej uwzględnić prostolinijne nawiązywanie do traumy, zaangażowanie rodziców lub opiekunów dziecka w terapię, zmniejszenie natężenia objawów oraz poprawę zdrowia psychicznego i pozytywnego działania na rozwój psychiczny dziecka.

63 Dudek B. 2003, Zaburzenie po stresie traumatycznym, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Złożony zespół stresu pourazowego

cPTSD jest to zaburzenie opierające się na doświadczeniach traumatycznych przeżytych w dzieciństwie. Nowe kryteria dla jednostki w ICD-11 rozróżniają trzy grupy objawów:

- objawy ponownego przeżywania traumy, pojawiają się koszmary senne, dramatyczne wspomnienia
- unikanie wspomnień lub myśli dotyczące traumatycznego zdarzenia czy unikanie działań i sytuacji przypominających wydarzenie.
- Objawy poczucia zagrożenia, które towarzyszą w życiu teraźniejszym i dotyczą one ciągłym przeżywaniem urazu. Przejawia się to nadmierną czujnością oraz zawyżoną reakcją na bodźce.

Dodatkowo choroba obejmuje również zaburzenia osobowości takie jak:

- dysregulacja afektu- są to problemy z silnym odczuwaniem emocji lub powrotem do normalnego funkcjonowania.
- negatywny obraz siebie- negatywne mniemanie o sobie jako o kimś beзуytecznym, towarzyszące uczucie to wstyd, porażka, wina.
- zaburzenie w relacjach- problem z utrzymaniem relacji i budowaniu związków z innymi.

Kryteria cPTSD pokazują, że trauma jest złożona, zwłaszcza w okresie dorastania. Zaburzenie ma wpływ na rozwój osobowości i nie jest jedynie powodem objawów stresu pourazowego⁶⁴.

64 Tomalski R., Pietkiewicz I. Złożony zespół stresu pourazowego- przełom w leczeniu zaburzeń osobowości, 2020; 56-57

Budowanie relacji ratownik- poszkodowany.

Komunikowanie się z pacjentem, który był narażony na traumatyczne wydarzenie powinno opierać się na wsparciu informacyjnym jak i również emocjonalnym. Sprowadza się to do umiejętnej rozmowy z poszkodowanym jak i odpowiedniej mowy ciała. Nawiązując rozmowę z pacjentem należy ją rozpocząć od prostych kilku zdań typu „czy mnie słyszysz?“, „jak się nazywasz?“, które pozwolą na zorientowanie się czy pokrzywdzony reaguje na bodźce i możliwości komunikacji. Gdy już nawiążemy taki kontakt powinno się zachęcić go do wyrażenia swoich emocji i potrzeb, słuchając tego, co chce nam przekazać wykazując zainteresowanie rozmówcą. Swoim zachowaniem, gestami trzeba wykazać się zrozumieniem sytuacji, w której poszkodowany się znalazł i jakie w tym momencie odczuwa emocje. Nie należy zapominać o komforcie pacjenta oraz gapiów, należy odizolować osoby postronne od rannych prosząc ich zdecydowanym tonem by się rozeszli i zakazać im filmowania oraz fotografowania miejsca zdarzenia.

W przypadku małego pacjenta komunikacja może być o tyle utrudniona, gdyż dziecko w momencie obawy przed utratą ważnych dla siebie wartości takich jak: rodzina, dom czy nawet zwierzę, reaguje w sposób charakterystyczny dla swojego poziomu rozwoju. Kontakt z małym dzieckiem polega na rozmowie, dzięki której należy postarać się o zaufanie dziecka i zagwarantowanie mu bezpieczeństwa. Głos musi być spokojny, przepelnięty ciepłem i troską. Przy kontakcie twarz ratownika powinna znajdować się na wysokości dziecka, a każda czynność wykonywana przy małym dziecku musi być przekazana w sposób zrozumiały. Należy pamiętać, że powinno się wstrzymać tak zwanych „odruch serca”, czyli przytulanie, branie na ręce czy kołysanie. Takie zachowanie może powodować lęk u dziecka⁶⁵.

Cechy prawidłowej komunikacji.

Każdy powinien być świadomy, że non stop przekazujemy sobie nawzajem informacje różnymi sposobami. Fakt, że nie mówimy nie znaczy, że nie komunikujemy się. Mimika twarzy, gestykulacja czy nawet sposób w jakim chodzimy jest dla drugiej osoby wiadomością o nas. Można skategoryzować sposoby komunikacji na werbalną, inaczej słowną oraz niewerbalną-bezsłowną: gesty, chód, mimika.

Komunikując się z pacjentem należy mieć na uwadze kilka ważnych aspektów. Pierwszym z nich jest język- informacje przekazywane poszkodowanemu powinny być jasne. W momencie silnego stresu, gdy pacjent ma problemy z odbieraniem informacji wypowiedzi powinny być krótkie i czytelne. Jeśli osoba chce nam coś przekazać to trzeba go wysłuchać, nie przerywając ani nie lekceważymy go. Również nie używajmy slangu czy regionalizmów, pamiętajmy, że nie należy posługiwać się wulgaryzmami. W komunikacji werbalnej powinno się mówić poprawną polszczyzną. Ton głosu musi być spokojny, ale stanowczy. W przypadku, gdy pacjent nie jest przytomny, nie zwalnia nikogo z obowiązku wyrażania się o poszkodowanym z szacunkiem.

Komunikacja niewerbalna opiera się na kontroli mowy ciała ze względu na fakt, że często poszkodowani bardziej zwracają uwagę na zachowania. Natomiast u obcokrajowców gesty, które dla nas są oczywiste, dla nich mogą oznaczać zupełnie coś odmiennego. Należy pamiętać, że po pewnym czasie kontroli nad mową ciała, organizm może wysyłać sprzeczne informacje z komunikatami werbalnymi, które będą odczytywane jako niewiarygodne.

Podsumowanie

Zespół stresu pourazowego może dotknąć każdego, płeć, wiek czy zawód nie mają większego znaczenia.

Ofiara czy świadek traumatycznego wydarzenia również jest bez znaczenia, jedni mogą być bardziej odporni na stres, inni bardziej podatni, lecz to nie zmienia faktu, że PTSD jest bardzo poważną i ciężką chorobą.

Ratownicy medyczni jako pierwsi w kontakcie z poszkodowanym muszą zadbać o ich komfort psychiczny, by obniżyć ryzyko zachorowania, ponieważ to jedyne działanie jakie są w stanie wykonać. Niestety problem jest o tyle skomplikowany, że zaburzenie pojawia się dopiero po kilku, kilkunastu tygodniach od traumy.

W późniejszym czasie dopiero psycholog lub psychiatra mają możliwość wypracować odpowiednią ochronę czy terapię.

Bibliografia

1. Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P., Zespół stresu pourazowego- rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr Probl Psychiatri* 2012; 13(2):109-114.
2. Lis-Turlejska, M. (2009). Zdarzenia traumatyczne - sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 15-33). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
3. Kliszcz Joanna, *Psychologia w ratownictwie*, 2012; s. 108- 109
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków-Warszawa: Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 1998, s. 96–97.
5. Pawlikowska- Łagód Katarzyna, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie [dostęp: 11.03.2021].
6. Ziaja Katarzyna, PTSD- zespół stresu pourazowego, 2016 [dostęp: 18.01.2021].
7. Sak Marta, Nie tylko PTSD, cz. 2: czym jest zaburzenie określane jako „ostra reakcja na stres” i jak je leczyć, 2021 [11.05.2021].
8. Devilly G.J., Wright R., Varker T. 2009, Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 43
9. Nęcki Tomasz, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny i objawy. Na czym polega leczenie osób z PTSD, 2021 [dostęp: 14.11.2021].
10. Ehring, T., Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41, 587–598
11. Ayala J.L.M., Ochotorena J. 2005, Post-traumatic stress disorder in victims of traumatic events, „Psychology in Spain”, 9 (1).
Beaton R.D., Murphy S., Johnson L.C., Nemuth M. 2004, Secondary traumatic stress response in fire fighters in the aftermath of 9/11/2001, „Traumatology”, 10
12. Evren, C., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B. (2010). Relationship of alexithymia and temperament and character dimensions with lifetime post-traumatic stress disorder in male alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 111–119.

- 13.** Wiatrowski Damian, Czym jest przewlekły stres- skutki uboczne fizyczne i psychiczne, 2019, [dostęp: 11.05.2021]
- 14.** Boden, M.T., Bonn-Miller, M.O., Vujanovic, A.A., Drescher, K.D. (2012). A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military veteran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 433-439
- 15.** Sareen J., Zespół stresu pourazowego u dorosłych: wpływ, współchorobowość, czynniki ryzyka i leczenie. *Med. Prakt. Psychiatria*, 2016; 6: 6–15
- 16.** Kokoszka Andrzej, Patologiczny lęk i strach, 2021. [dostęp: 05.05.2021].
- 17.** Fullerton C., Ursano R. 2005, Psychological and psychopathological consequences of disasters, w: *Disasters and mental health*, red. J.J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj i in., Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester
- 18.** Prusko Iwona, PTSD i złożony zespół stresu pourazowego w nowej klasyfikacji ICD-11, 2019, [dostęp: 12.05.2021].
- 19.** Fleurkens, P., Rinck, M., van Minnen, A. (2014). Implicit and explicit avoidance in sexual trauma victims suffering from posttraumatic stress disorder: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, in press
- 20.** Solomon E.P., Heide, K.M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202–210
- 21.** Pawlikowska- Łagód Katarzyna, Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie [dostęp: 14.01.2020].
- 22.** Dudek B. 2003, Zaburzenie po stresie traumatycznym, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- 23.** Tomalski R., Pietkiewicz I. Złożony zespół stresu pourazowego- przełom w leczeniu zaburzeń osobowości, 2020; 56-57.
- 24.** Kliszcz Joanna, *Psychologia w ratownictwie*, 2012; 22-24

