Fundacja Pomocy Humanitarnej
<< Redemptoris Missio >>

ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCYNY TROPIKALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH", ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

CZERWIEC
GRUDZIEŃ 2006
Nr 19/20 (rok VI)

„Sprowadź lekarza, bo jego też stworzył Pan; nie odwracaj się od niego, albowiem jest ci on potrzebny"

(Stary Testament, Księga Syracha 38, 12-13)

*Redakcja przeprasza stałych Czytelników **Medicus Mundi Polonia** za czasowe zawieszenie wydawania kwartalnika w roku 2006. Złożyło się na to szereg przyczyn, a najważniejsza z nich to konieczność zmiany charakteru czasopisma.*

*Każdy z dotychczasowych 20 numerów **MMPolonia** zawierał temat wiodący, adresowany do osób pracujących na misjach, chętnych do pracy w szpitalach misyjnych i do studentów, zwłaszcza Wydziałów Lekarskich. Tematy tych artykułów zostały podsumowane w zeszycie **MMPolonia** rok 2004 nr 15 i nadal mogą stanowić źródło wiedzy o najważniejszych problemach medycznych w krajach rozwijających się. Osoby zainteresowane mogą otrzymać zeszyty archiwalne **MMPolonia** poprzez Centrum Wolontariatu Fundacji.*

*Obecnie, w czasie gdy Internet stał się szeroko dostępny – również na wielu misjach – osobom zainteresowanym wystarczy podawać adresy internetowe zalecanych przez Redakcję artykułów. I to będzie jednym z zadań **MMPolonia** w najbliższych latach.*

Drugim zadaniem będzie przekazywanie Czytelnikom informacji na temat zmieniającej się sytuacji logistycznej i finansowej medycznych ośrodków misyjnych, dokonywanej przy pełnym zachowaniu ewangelizacyjnego charakteru misji. Wynika ona z potrzeby chwili i wiąże się z coraz większym zaangażowaniem lokalnych biskupów, odpowiadających za misje na ich terenie, w dostosowanie działalności medycznych ośrodków misyjnych do aktualnych potrzeb miejscowej ludności w zakresie opieki medycznej, edukacyjnej i charytatywnej, skoordynowanych jednocześnie z działaniem agend rządowych i organizacji międzynarodowych. Bliskie kontakty Fundacji, a tym samym Redakcji, z Medicus Mundi International, z Papieskim Biurem ds. Zdrowia oraz ze Światową Organizacją Zdrowia są źródłem cennych wiadomości, które powinny być przekazywane dalej, celem lepszego zrozumienia aktualnej roli medycznych ośrodków misyjnych i sprawniejszego ich funkcjonowania.

*Redakcja **MMPolonia** czuje się nadal zobowiązana do regularnego informowania Czytelników, profesjonalnie zainteresowanych medycyną na misjach, o bieżącej działalności Fundacji w tym zakresie.*

*W przyszłości zeszyty **MMPolonia** będą ukazywać się co najmniej 3 razy w roku, będą zawierać krótkie informacje dotyczące ww tematyki, a tym samym będą miały zmniejszoną objętość. Treść nowych zeszytów **MMPolonia** będzie dostępna w formie elektronicznej na łamach strony internetowej Fundacji. Wraz z nowym numerem **MMPolonia** w roku 2007 będzie również podany nowy skład Rady Redakcyjnej.*

*Redakcja, jak zwykle zobowiązana będzie za uwagi ze strony Czytelników, jak również za poparcie finansowe, które obniży koszt przygotowania **MMPolonia** do druku, a także koszt wydania i rozesłania czasopisma.*

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2007 Redakcja składa Czytelnikom serdeczne życzenia zdrowia i pogody ducha.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:

Z Fundacji „Redemptoris Missio"
kto daje, ten wiele w zamian otrzymuje 2
Z ośrodków misyjnych
O. Marian Żelazek (1918-2006) 3
Z Medicus Mundi International
duszpasterstwo zdrowia 3
aktualne informacje o działalności 4
Ze Światowej Organizacji Zdrowia
doroczny raport WHO 6

URAZY I WYPADKI

URAZY I WYPADKI
Pierwsza pomoc 8
Postępowanie z chorym na miejscu wypadku 11
Segregacja medyczna – triage 14

Dbaj o tych, którzy dbają o innych 15
Nowe książki
monografia misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce 16
Praktyki wakacyjne – Tanzania 17
Rocznice 19

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel./fax +48 61 854 68 63; e-mail: medicus@amp.edu.pl; www.medicus.amp.edu.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://amp.edu.pl/medicus

Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 25 1090 2255 0000 0005 8000 0195

Z FUNDACJI REDEMPTORIS MISSIO

Kto daje, ten wiele w zamian otrzymuje!

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" pracuje na rzecz polskich misjonarzy na całym świecie. Spośród ponad osiemdziesięciu ośrodków, wspieranych w różnoraki sposób – czy przez przekazywanie darów rzeczowych, czy przez wysyłanie personelu medycznego – większość znajduje się w krajach afrykańskich. Obok innych, w Ameryce, Oceanii, największe więzi łączą i łączyły angażujących się w pracę Fundacji z Indiami. To właśnie w tym kraju, w Puri, przez ponad pół wieku pracował nasz rodak, drogi nam o. Marian Żelazek, a miejsce to stało się ważnym punktem na mapie Fundacyjnej działalności.

Indie to także miejsce pełnej poświęcenia pracy pani dr Heleny Pyz uhonorowanej w roku 2006 przez Radę Fundacji medalem „Tym, którzy czynią dobro". Pani doktor w Indiach jest już ponad siedemnaście lat. Wolontariusze Fundacji mieli możliwość pracy z nią w ośrodku Jeevodaya w ubiegłym roku (Agnieszka Łuczak i Maciej Leciejewski), a także w roku bieżącym (Natalia Stranz i Anna Golec). Podczas praktyk medycznych studenci badali dzieci rozpoczynające rok szkolny, znajdując nowe przypadki trądu. Mieli swój wkład w misje. Kontakt ten rozszerzył ich horyzonty wiedzy medycznej, również horyzonty kulturowe, i zmienił patrzenie na ludzkie cierpienie. Niewątpliwie dzięki temu pobytowi w Indiach i przypatrzeniu się pracy dr Pyz wiele skorzystali. Kto daje, ten także jest obdarowywany – i to często obdarowywany bardzo hojnie. Tak już jest ze spotkaniami z wielkimi misjonarzami.

Dr Helena nie mogła odebrać osobiście odznaczenia podczas uroczystego koncertu Fundacji, który miał miejsce 27 lutego br., ale mogliśmy cieszyć się spotkaniem z nią 11 czerwca. W Laboratorium Wiary im. Jana Pawła II przy Parafii Archikatedralnej w Poznaniu opowiedziała o swojej pracy i pokazała miejsca i ludzi, z którymi złączyła się silnymi więzami. Doszło wtedy do spotkania z poznańską „Matką trędowatych", dr Wandą Błeńską. Były to chwile miłe i niezapomniane, ubogacające także tych, którzy działają na rzecz misji tu, w Polsce.

Spotkania z misjonarzami dają wolontariuszom i pracownikom Fundacji pewnego rodzaju nową motywację i zapał do pracy na rzecz medycznych ośrodków na misjach. Potwierdzą to z pewnością Aleksandra Kurzawa, Monika Szarszewska i Mateusz Szaciłowski, studenci, którzy latem tego roku zmierzyli się z problemami natury medycznej w Tanzanii wśród Masajów.

(ciąg dalszy na str. 4)

Dr Helena Pyz, dr Wanda Błeńska i Maciej Leciejewski podczas spotkania 11 czerwca 2006 r.

Medicus Mundi Polonia Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i Medicus Mundi Poland

Redaktor: Prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Aleksander Waśniowski

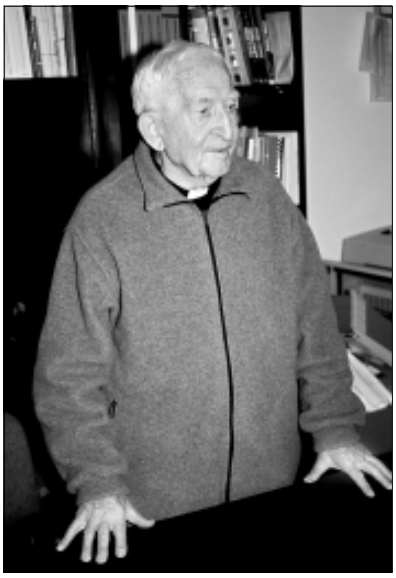
Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), Dr Jerzy Kuźma (Madang, PNG), Dr hab. Anita Magowska (Poznań), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Ks. Romuald Szczodrowski (Warszawa), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21.

Adres Redakcji: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon 061+8691363, faks 8691699,
e-mail: medtrop@mp.pl.

Prenumerata: Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji: BZ WBK S.A. 25 1090 2255 0000 0005 8000 0195, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań.
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl
Nakład: 1000 egz.



O. Marian Żelazek, misjonarz, werbista, człowiek Pokoju i Pojednania (1918-2006)

O. Marian Żelazek zmarł dnia 30 kwietnia 2006 roku, tak jak sobie tego życzył, to znaczy w czasie posługiwania biednym i potrzebującym w świętym mieście hinduizmu – Puri. W ciągu 56 lat posługi misyjnej w Indiach, w Puri spędził 31 lat. Tworząc tam leprozorium dla trędowatych i szkołę dla dzieci trędowatych, swoim zaangażowaniem, prostotą i wytrwałą pracą na rzecz najbiedniejszych i odrzuconych zyskał wielkie uznanie wśród ludzi prostych i elity hinduistycznej. Pozwoliło mu to wznieść w Puri kościół p.w. Niepokalanego Poczęcia NMP, założyć bibliotekę katolicką, zbudować mały szpital przy wiosce trędowatych, a pod koniec życia otworzyć Centrum Dialogu Międzyreligijnego i Duchowości Świętego Arnolda, założyciela zgromadzenia Werbistów.

O. Marian Żelazek, urodzony w Palędziu pod Poznaniem, był Wielkopolaninem, uczniem Gimnazjum Marii Magdaleny w Poznaniu i Niższego Seminarium Duchownego Księży Werbistów w Górnej Grupie. Pierwsze śluby zakonne złożył u Ojców Werbistów w Chludowie pod Poznaniem. Decyzję o powołaniu misyjnym podjął w obozie koncentracyjnym w Dachau, w którym przebywał 5 lat. Studia teologiczne ukończył na Uniwersytecie Anselmianum w Rzymie, przyjął tam w roku 1948 święcenia kapłańskie i wyjechał na misje do Indii.

Wielokrotnie był pacjentem Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu. W 1991 roku zaprosił do Puri na 6-tygodniowy pobyt i szkolenie w leprozorium 6 studentów ze Studenckiego Koła Naukowego. Od tego czasu nieomal co roku lekarze i studenci Akademii Medycznej w Poznaniu przybywali do Puri z posługą medyczną lub w ramach letnich praktyk studenckich, korzystając równocześnie z bogactwa duchowego Ojca Mariana, który zwykł mówić, że „nie trudno być dobrym, trzeba tylko chcieć".

Pracownicy Fundacji Redemptoris Missio, personel Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych oraz studenci Akademii Medycznej w Poznaniu żegnają Ojca Mariana, jako wielcy dłużnicy Jego nauk i urzekającego przykładu.

Prof. Zbigniew S. Pawłowski

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

DUSZPASTERSTWO ZDROWIA

Staraniem Medicus Mundi International w dniach od 31 maja do 2 czerwca 2005 w Cotonou w Beninie, miała miejsce konferencja biskupów Afryki zatytułowana „Duszpasterstwo zdrowia Kościoła katolickiego w krajach afrykańskich francusko- i portugalsko-językowych na początku trzeciego tysiąclecia: wyzwania i trudności" (*Le Pastorale de la Santé de l'Église catholique dans les pays africains francophones et lusophones à l'aube du troisième millénaire: les défis et les opportunités*).

Tematem spotkania było rozważanie nad tym, jak w najbardziej efektywny sposób Kościół afrykański może się włączyć w działania Ministerstw Zdrowia i tą drogą realizować swoją misję. W rozważaniu tym nie zabrakło podsumowania aktualnej sytuacji. Podkreślono, że istniejące strategie i polityka zdrowotna nie odpowiadają potrzebom, istnieją trudności w kwestii finansowania struktur i działań jednostek kościelnych ukierunkowanych na pomoc w zakresie ochrony zdrowia, brak jest przepływu informacji, brak też środków finansowych lub niewłaściwe się je wykorzystuje, nadto brak pełnego zaangażowania się w pracę ze strony personelu itd. Jednocześnie podkreślono widoczne ostatnio otwarcie się rządów na dialog z Kościołem i uznanie dla pracy instytucji podlegających Kościołowi.

Te uwagi pozwoliły na sformułowanie kierunku przyszłego działania. Wśród wniosków znalazły się: potrzeba stworzenia bardziej efektywnej strategii działania, potrzeba poprawy usług leczniczych i uczynienia ich bardziej dostępnymi, potrzeba wypracowania odpowiednich norm i standardów postępowania, wzmocnienia struktur formacji sanitarnej Kościoła, rozwinięcia partnerstwa i wymiany doświadczeń, zapotrzebowanie na uczciwy i wykwalifikowany personel, potrzeba zdobycia wiarygodności w oczach partnerów i uczynienia bardziej widoczną pracę Kościoła na rzecz ochrony zdrowia.

Wśród proponowanych rozwiązań było dalsze rozwijanie kompetencji istniejących już instytucji kościelnych troszczących się o zdrowie wiernych; stworzenie wspólnych środków organizacyjnych; koordynacja pracy na poziomie diecezjalnym, narodowym i regionalnym, także w wymiarze ekumenicznym. Zaakcentowano również potrzebę przepływu informacji i dzielenia się doświadczeniem, rozwoju zakresu udzielanych świadczeń i poprawę formacji personelu, a w kwestii współpracy – współdziałanie z rządami, wpisanie diecezji czy konferencji episkopatu w politykę zdrowotną państwa dla zwiększenia szansy na skuteczne osiąganie wspólnych celów.

W programie działania postawiono szczególną uwagę na szerokie propagowanie i rozprzestrzenianie wniosków czy przemyśleń deklaracji z Cotonou oraz na informowanie wszystkich zainteresowanych wnioskami raportu przygotowanego przez konferencję.

Mgr Mateusz Cofta

(tłumaczenie deklaracji z Cotonou do wglądu w MMP nr 17/18)

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

Od Redakcji: Tradycyjna współpraca MMI z instytucjami Kościoła katolickiego zajmującymi się sprawami zdrowia pogłębia się. Dr Edgar Widmer przebywał w czasie Świąt Wielkanocnych 2006 roku w Rzymie i w tym czasie spotkał się on z wieloma przedstawicielami Kurii. Oto jego sprawozdanie.

Mgr. Jean Marie Mpendawatu z Papieskiej Rady ds. Zdrowia poinformował mnie, że Papież zatwierdził Mgr. Redrado, członka Kongregacji Bonifratrów, na sekretarza Papieskiej Rady na najbliższe 5 lat. Zapowiada to pewne reformy Rady: więcej dialogu, więcej aktywności w zakresie szeroko pojętych i palących potrzeb społecznych, tak jak to widzi Caritas.

Prof. Quattrocchi, sekretarz AISAC (International Federation of Catholic Hospitals) powiadomił mnie, że po wieloletniej przerwie, Federacja planuje na wiosnę 2007 roku zorganizowanie międzynarodowej konferencji. Miałaby ona m.in. przedyskutować wnioski z konferencji biskupów afrykańskich, odbytych w Kampali i w Cotonou. Wyniki obrad obu tych spotkań wzbudziły żywe zainteresowanie organizatorów zeszłej konferencji.

Brat Vincent z Zakonu Bonifratrów wraz z braćmi Donatusem i Leopoldem niedawno wrócili z ogólnego zgromadzenia członków zakonu, które odbyło się w Polsce. Stwierdzili oni, że Polska Prowincja Bonifratrów rozwija się szybko i kilka instytucji, znacjonalizowanych w czasie rządów komunistycznych, zostało z powrotem wskrzeszonych. Byłoby wskazane, aby Medicus Mundi Poland nawiązała kontakt z Polską Prowincją, z uwagi na pewne wspólne cele. Niestety nie mogłem uzyskać bliższych informacji, gdyż brat Leopold pojechał do Afryki, a brata Donata nie było w Rzymie podczas mojego pobytu w tym mieście.

Ojciec Jacques Simporé, doradca Zakonu Kamilianów („chargé du Ministère des Camilliens dans le monde") ściśle współpracuje z Medicus Mundi Italy, a mianowicie z profesorem Castelli w Ouagadougou. Ojciec Jacques Simporé uczestniczył w zebraniu plenarnym MMI w Rzymie w roku 2005 i przedstawił tam film o działalności Kamilianów na całym świecie. Zostawiłem mu raport konferencji z Cotonou i przedyskutowałem z nim, jak również z Renato Salvatore, generalnym wikarym Zakonu Kamilianów, plan realizacji postanowień konferencji z Kampali i strategiczny plan działania MMI. Obaj przedstawiciele Zakonu otrzymali ode mnie publikacje MMI pt. *„40 years of fighting global poverty by promoting health"*.

Ojciec Efisio Locci, Kamilianin, jest prezydentem włoskiej organizacji pozarządowej (Italian lay-NGO), która współpracuje ściśle z Kamilianami. Jest on odpowiedzialny za rejestrowanie działalności instytucji kościelnych przeciwko HIV/AIDS w ramach funduszy Global Funds. Ojciec Locci jest zdania, że wyłącznie liczbowa ocena tego, co robi Kościół w tym zakresie, jest nie wystarczająca. Dla pełnego obrazu należy wskazać jeszcze na trudności, jakie wynikają z konieczności zarządzania instytucjami ochrony zdrowia, na ich przejrzystość, ocenę standardu zarządzania, porównywalne statystyki, wspieranie partnerstwa i współpracy z innymi, promocję zasobów ludzkich. Innymi słowy, uważa on, że fakty dyskutowane w czasie spotkań w Kampali i Cotonou nie będą gwarantować przetrwania działalności instytucji kościelnych związanych ze zdrowiem. Byłem mile zaskoczony, że ojciec Locci zna nasze publikacje z internetu. Okazuje się, że pewne koła kościelne zaczynają się z nimi zapoznawać.

Z wymienionymi trzema Kamilianinami omówiłem ich ewentualną bliższą współpracę z MMI, która byłaby zapewne pożyteczna dla obu stron. Dla zapoznania się ze strategicznym planem działania MMI, zaprosiłem ich na spotkanie plenarne MMI, które odbędzie się w Genewie 25 i 26 maja 2006 roku. Ojciec Efisio Locci jest skłonny podzielić się z nami swym doświadczeniem w zakresie *„Changing environment for cooperation in health care"*; jest on w tej chwili zaangażowany w koordynowanie prac związanych ze zdrowiem kongregacji w Afryce Wschodniej, a w szczególności w Kenii.

Dr Edgar Widmer
maj, 2006 rok

Kto daje, ten wiele w zamian otrzymuje!

(ciąg dalszy ze str. 2)

Mogli na miejscu przekonać się również o wadze nudnej na pozór pracy pakowania przesyłek z lekami i środkami opatrunkowymi, której oddają się wolontariusze Fundacji w Poznaniu. Widok ogromu potrzeb ośrodków misyjnych pomaga zobaczyć, jak ważne to przedsięwzięcie. Zaangażowanie w bezinteresowną pomoc chorym i biednym ubogaca nas wszystkich.

Muzycznym gospodarzem koncertu była Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych (od lewej stoją: mjr Paweł Joks, Kapelmistrz, Katarzyna Zagórska, Radio EMAUS, Mateusz Cofta, Prezes Fundacji, Norbert Rehlis, Przewodniczący Rady Fundacji.

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

AKTUALNE INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI MMI W AFRYCE

Bieda, nierówność społeczna, przemoc, niesprawiedliwość powodują wysoką śmiertelność i dalece niezadawalający stan zdrowia populacji krajów niezamożnych. Wprowadzone reformy ekonomiczne doprowadziły do redukcji wydatków na ochronę zdrowia, liczbowego zmniejszenia kadry medycznej i spadku jej motywacji do sumiennej pracy, spowodowały braki w zaopatrzeniu, stały się przyczyną niedostatecznego szkolenia i ogólnego upadku infrastruktury służby zdrowia, zwłaszcza w Afryce. W skali globalnej mechanizmy rynkowe nie zapewniają wszystkim równego dostępu do podstawowych leków i artykułów niezbędnych dla ochrony zdrowia. W tym zakresie zachodzą też istotne zmiany na poziomie organizacyjnym. Zacierają się różnice między działalnością publiczną i prywatną oraz między działalnością dochodową i nie obliczoną na zysk. W zakresie poziomu usług zmniejsza się różnica między rządową instytucją medyczną a misyjnym szpitalem. Te ostatnie coraz częściej zmuszane są do działania według zasad komercyjnych uwzględniających rynkową konkurencyjność. Zmiany te mają obecnie duży wpływ na działalność wszystkich nie obliczonych na zysk instytucji medycznych na południe od Sahary.

Medicus Mundi International (MMI) ma bezpośredni kontakt z ponad tysiącem placówek na południe od Sahary, dbających o zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej oraz z wieloma agencjami w krajach rozwiniętych, wspomagającymi te placówki. MMI ma też żywy kontakt z instytucjami akademickimi działającymi na „Północy" i w Afryce, na południe od Sahary. Szerokie konsultacje z organizacjami członkowskimi MMI pozwoliły na ustalenie następujących zadań priorytetowych na najbliższe 4 lata:

- wzmocnienie sieci MMI przez bliższą współpracę ich organizacji członkowskich
- strategiczne przestawienie działalności związanych z Kościołem instytucji ochrony zdrowia w Afryce na południe od Sahary
- dążenie do zabezpieczenia dla nich niezbędnego, kompetentnego i zmotywowanego personelu medycznego
- wprowadzenie właściwych technologii do placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Szereg ważnych zadań zostało już podjętych w zakresie strategicznego przestawienia działalności związanych z Kościołem instytucji ochrony zdrowia na południe od Sahary.

Większość związanych z Kościołem instytucji medycznych, podległych diecezji lub parafii, prowadzonych tradycyjnie przez misjonarzy, nie określiła swoich zadań w zakresie ochrony zdrowia. Z drugiej strony, w większości krajów afrykańskich wprowadzono reformę systemu ochrony zdrowia, w której określono wiodącą rolę Ministerstwa Zdrowia. W myśl tej reformy realizacja ochrony zdrowia w terenie została powierzona instytucjom zarówno nastawionym na zysk, jak i nie mającym na celu uzyskanie dochodu. Stąd też instytucje związane z Kościołem muszą konkurować o skromne rządowe fundusze i pomoc ze strony pozarządowych i międzynarodowych instytucji sponsorujących zdrowie. Pandemia HIV/AIDS znacznie zwiększyła zapotrzebowanie na pomoc medyczną, ale też znacznie zmniejszyła liczbę personelu udzielającego tej pomocy. Placówki medyczne związane z Kościołem w Afryce zostały postawione w trudnej sytuacji, zwłaszcza że zagraniczni sponsorzy albo nie mogą, albo nie chcą im pomagać.

Począwszy od roku 2000 odbyło się szereg spotkań (Soesterberg / Kampala / Cotonou / Bangui) zorganizowanych przez MMI dla przedstawicieli episkopatów afrykańskich na południe od Sahary (www.medicusmundi.org). W czasie tych konferencji potwierdzono konieczność dostosowania instytucji kościelnych związanych z ochroną zdrowia do zmieniających się warunków ich działania. Wyrażono zdecydowaną wolę dalszego inwestowania we wzmocnienie placówek związanych z Kościołem, a mających za zadanie zabezpieczenie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz w pomoc dla lepszej koordynacji ich działania, pomoc w podpisywaniu kontraktowych umów ze stroną rządową i instytucjami międzynarodowymi, w poprawie finansowania ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia rozwoju kadry medycznej.

W najbliższych latach MMI będzie wspomagać związane z Kościołem instytucje opieki zdrowotnej w procesie ich strategicznego przestawiania się i będzie dbać o dostarczanie im sposobów i wskazówek co do tego, jak stawać się nadal wysoko cenionym i co raz bardziej skutecznym partnerem w ich własnych krajach.

Raport MMI z dnia 27 października 2006 w następujący sposób przedstawia konkretne rezultaty konferencji roboczych w Kampali/Cotonou i Bangi:

1. CONASAN/CECA (Episcopal Conference of CAR) przedstawiła projekt wdrażania w życie wniosków z konferencji w Bangui na poziomie diecezjalnym.
   (patrz propozycja Dr Reginamaria Eder z dnia 6 lipca 2006)
2. ACEREA (Association of Central African Episcopal Conferences) pod przewodnictwem bp Bangi zadecydowała o zwołaniu w lipcu 2008 roku roboczej konferencji 100 biskupów nt. wprowadzania w życie deklaracji Cotonou (patrz podsumowanie raportu z Bangui).
3. Sekretariat Stanu w Watykanie po zapoznaniu się z raportem Cotonou zaprosił MMI do Rzymu. Dnia 7 lipca 2006 przedstawiciele MMI zostali przyjęci przez abp Lajolo, przewodniczącego biura ds. zagranicznych i organizacji międzynarodowych. Tematem spotkania była współpraca MMI z Watykanem (patrz dossier MMI dotyczące relacji z RCC)
4. W odpowiedzi na to spotkanie prezydent Papieskiej Rady ds. Zdrowia, kardynał Lozano, zaprosił oficjalnie MMI do dyskusji nt. zacieśnienia współpracy (patrz list Lozano z dnia 4 października 2006).
5. Misereor postanowił zostać członkiem MMI.
6. Secours Catholique France gotowe jest współpracować z MMI (patrz raport ze spotkania w Paryżu dnia 13 września 2006).
7. TEC (Episcopal Conference of Tanzania) planuje w roku 2007 dyskusję nt. wdrażania deklaracji Kampala/Cotonou (patrz korespondencja z Mgr Balina, przewodniczącym TEC).
8. CHA (Christian Heath Associations = Coordinating Agencies of Church bound Heath Institutions from 26 African countries) spotka się w połowie stycznia 2007 roku w Dar es Salaam. MMI/CORDAID będzie miał tam okazję do poinformowania CHA o deklaracji Kampala/Cotonou, która może służyć za podstawę do dialogu z biskupami (patrz korespondencja z CSSC – Christian Social Services Commission) w Tanzanii.
9. Uzyskano zgodę na przedstawienie tam opracowania MMI pt. „Contracting arrangements between government (MOH) and private not for profit (PNFP) hospitals" (patrz propozycja B.Criel'a).
10. Uzyskano poparcie na utworzenie współpracującej z siecią MMI wirtualnej sieci obejmującej biskupów – uczestników roboczych konferencji episkopatu i Christian Health Associations, tak jak to Verhallen i Dussejee proponowali po konferencji w Kampala (patrz propozycja Th. Vogel'a).

Punkty 8 i 10 są świadectwem podejścia ekumenicznego, a punkt 9 jest szczególnie ważny tak dla publicznych, jak i prywatnych instytucji zajmujących się zdrowiem.

Dr Edgar Widmer
Thalwil, 4 listopada 2006

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

DOROCZNY RAPORT WHO

Od Redakcji: Światowy Dzień Zdrowia w kwietniu roku 2006 odbył się pod hasłem „Working together for health – pracując razem dla zdrowia." Równocześnie ukazał się doroczny raport WHO na rok 2006. Warto się z nim zapoznać, gdyż zawiera on uwagi do aktualnej sytuacji nie tylko w krajach misyjnych, ale również w Polsce. Poniżej podane streszczenie powinno zachęcić osoby zainteresowane „polityką zdrowotną" do zapoznania się z całością bardzo starannie i przekonywująco opracowanego raportu. Kopia raportu WHO znajduje się w Bibliotece Głównej AM w Poznaniu.

W przedmowie do raportu 2006 Dr Lee Jong-wook*, dyrektor generalny WHO, pisze: *„W roku 2003, kiedy obejmowałem stanowisko Dyrektora Generalnego WHO, zapytywałem wielu działających na polu ochrony zdrowia, jaki jest najważniejszy problem w ich pracy; odpowiedź była jedna – kryzys zasobów ludzkich. Niedobór wyszkolonych pracowników służby zdrowia jest widoczny od dawna, ma charakter globalny i występuje szczególnie ostro tam, gdzie potrzeby w tym zakresie są największe. Jest on powodowany migracją lub chorobą i śmiercią pracowników ochrony zdrowia. Wiele krajów nie jest w stanie go wyrównać, z oczywistą szkodą dla liczby lat przeżywalnych w zdrowiu przez lokalne populacje.*

Nie ma wątpliwości, że to pracownicy służby zdrowia są podstawą skutecznie działających systemów ochrony zdrowia, ale ich wykształcenie wymaga zarówno czasu, jak i nakładów finansowych. Rozwiązanie ich niedoboru nie jest sprawą łatwą i nie ma uzgodnionego poglądu, co do tego jak go wyrównać. W każdym kraju z osobna niezbędny jest cały szereg wspólnych działań:

- *sektoru państwowego i prywatnego odpowiedzialnego za szkolenie;*
- *instytucji, które planują i mają wpływ na skład personalny ośrodków medycznych; i w końcu*
- *poparcia osób, które ustalają warunki finansowania pracowników służby zdrowia i zabezpieczenia im godziwych warunków ich pracy. Raport WHO 2006 ma na celu wszechstronne przedstawienie tego problemu i przyjęcie proponowanych rozwiązań."*

Dr Lee w listopadzie 2005 roku mówił: *„Musimy pracować wspólnie, aby zapewnić każdej osobie, w każdym miasteczku, wszędzie na świecie dostęp do dobrze umotywowanego, wyuczonego i pomocnego pracownika ochrony zdrowia"*. Społeczność światowa ma dostateczne zasoby finansowe i technologiczne, aby zabezpieczyć właściwą opiekę zdrowotną, a mimo to w wielu krajach jest ona niedostateczna. W wielu biednych krajach średnia długość życia zbliża się do połowy wartości obserwowanych w krajach najbogatszych. Z kolei kraje bogate obawiają się nowych chorób zakaźnych, jak SARS lub ptasia grypa oraz podstępnie działających zmian behawioralnych, które prowadzą do zaburzeń umysłowych i agresji.

Proponowany na stronie XXV raportu 10-letni plan działania ma dwa wymiary: narodowy i światowy oraz dotyczy działań natychmiastowych (w 2006), w połowie dekady (do 2010) oraz pod koniec dekady (tj. do roku 2015).

Natychmiastowe działania krajowe obejmują:

- w zakresie zarządzania – odrzucenie wydatków zbędnych i poprawę systemów motywacyjnych;
- w zakresie edukacji – ożywienie strategii szkoleniowych;
- w zakresie planowania – opracowanie narodowej strategii rozwoju kadr medycznych.

Natychmiastowe działania globalne obejmują:

- w zakresie wiedzy i jej zastosowania – ustalenie prostych technicznych możliwości działania;
- w zakresie politycznym – zalecenie etycznie poprawnych zasad rekrutacji pracowników z zachowaniem praw tych, którzy migrują oraz zabezpieczenie możliwości podjęcia wyjątkowych decyzji finansowych;
- w zakresie odpowiedzi na kryzys – pomoc finansową dla realizowania planów poprawy sytuacji w 25 krajach objętych kryzysem i ustalenie najbardziej właściwego sposobu finansowej pomocy dla rozwoju kadr medycznych.

Na dalszych stronach raport podaje definicje pracowników służby zdrowia, ich aktualną i niezbędną liczbę i rozmieszczenie, oraz koszt wyrównania ich niedoboru. Obecnie jest na świecie 59 milionów pracowników ochrony zdrowia, a potrzeba co najmniej dalszych 4 milionów. Dane te są niepełne, a podane liczby mogą być zaniżone, o ile uwzględni się proponowaną przez WHO rozszerzoną definicję pracownika służby zdrowia. Wg niej jest nim „każdy, którego podstawową działalnością jest ochrona zdrowia populacji".

→

* Dr Lee Jong-wook zmarł nagle w dniu Zgromadzenia Ogólnego WHO, 22 maja 2006 roku. W listopadzie tego samego roku wybrano nowego Dyrektora Generalnego WHO, dr Margaret Chan. Była ona Dyrektorem Biura ds. Zdrowia w Hongkongu, a od roku 2003 Zastępcą Dyrektora Generalnego WHO ds. Chorób Zakaźnych.

Według międzynarodowej klasyfikacji zawodów (ISCO) należą do nich przygotowani do zawodu medycznego lekarze (kod ISCO 222), pielęgniarki i położne (kod ISCO 223 oraz 323), pracownicy laboratoryjni i inni (kod ISCO 322), osoby praktykujące medycynę naturalną (kod ISCO 324), jak również związani pośrednio z działalnością medyczną informatycy (kod ISCO 213), pracownicy socjalni (kod ISCO 244), personel administracyjny (kod ISCO 343), sekretarki (kod ISCO 411) i personel obsługi (kod ISCO 714). W świecie pracownicy z przygotowaniem medycznym stanowią średnio 67% kadry, a pośrednio związani z działalnością medyczną – 33%; w Europie odpowiednio 69% i 31%, ale w Afryce 83% i tylko 17%. Wynagrodzenia pracowników pochłaniają przeciętnie aż 42% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia.

Rozdział drugi raportu stwierdza, że niedobór pracowników służby zdrowia wymaga decyzji politycznych, odpowiedniego finansowania i wszechstronnego planowania. Niezależnie od zadań wymienionych w planach Millenium Development Goals, powinno ono uwzględniać wzrost chorób przewlekłych i urazów, klęski naturalne i epidemie oraz ewentualny koszt konfliktów zbrojnych.

W rozdziale trzecim mowa jest o przygotowywaniu kadr medycznych, w tym ich kształceniu, utrzymywaniu i promocji odpowiedniego zaangażowania. Kształcenie powinno dotyczyć liczby, różnorodności i kompetencji kadr medycznych oraz kadr związanych z medycyną. Już w roku 2003 International Campaign to Revitalize Academic Medecine zwracała uwagę na konieczność zrewidowania zasadniczych kierunków kształcenia akademickiego; w miejsce podejścia komercyjnego i korporacyjnego konieczne jest podkreślanie wartości etycznych, takich jak altruizm, wzajemna współpraca, wspólne uczenie się. Często zauważa się brak prowadzącego do określonej kariery zawodowej ukierunkowania studiów, brak możliwości wyboru różnych kierunków kształcenia i pewnej ich elastyczności oraz brak doradztwa zawodowego, ułatwiającego przekwalifikowanie i dostosowanie się do istniejących potrzeb. Raport podkreśla również potrzebę szerszego kształcenia się w zakresie zdrowia publicznego (public health), permanentnego dokształcania się oraz dbałości o odpowiednie przygotowanie kadr nauczających i właściwy nabór kandydatów na studia. Pewna regionalizacja szkolenia jest niezbędna dla zabezpieczenia lokalnych potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Rozdział czwarty porusza sprawę jak najlepszego wykorzystania istniejącej kadry medycznej i pomocniczej mierzonego dostępnością w czasie i w miejscu, kompetencją, odpowiedzialnością i skutecznością. Skuteczność działania pracowników służby zdrowia zależy od poczucia ich tożsamości zawodowej, powołania i etyki. Podnosi ją jasne opisanie zajmowanego stanowiska, określenia standardów postępowania, dostosowanie umiejętności do zadań, ustalenia wspomagającego pracę nadzoru, zapewnienia odpowiedniego wynagrodzenia i systemu nagród, dostarczania odpowiedniej informacji i dróg porozumiewania się, poprawy podstawowej infrastruktury miejsca pracy i technicznych możliwości wykonywania zawodu, zabezpieczenie ustawicznego dokształcania się, wspomaganie pracy zespołowej oraz racjonalnego wiązania odpowiedzialności zawodowej z kosztami opieki. Raport przytacza zdanie jednego z afrykańskich dyrektorów odpowiedzialnych za służbę zdrowia: „Jeśli nie wiesz, jak poprawić działanie opieki zdrowotnej, nie ma nic lepszego, jak zapytać się o to samych lekarzy; ich pomysły są niekiedy zadziwiające i godne zastanowienia.” Warto o nim pamiętać również w naszym kraju.

Rozdział piąty porusza kwestię przyczyn zmniejszania się liczby pracowników medycznych. Są nimi – migracja (głównie zarobkowa, ale też związana z ogólną poprawą warunków życia np. przez migracje do miast i z próbą uniknięcia przeciążenia pracą), ryzyko zawodowe (np. AIDS, HVC, agresja), przekwalifikowanie do innego zawodu dającego lepsze możliwości ułożenia sobie życia, oraz w końcu przejście na emeryturę lub rentę. Strategie, które zapobiegają niedoborowi pracowników ochrony zdrowia to:

- dostosowanie szkolenia do konkretnych potrzeb,
- poprawa lokalnych warunków pracy,
- godziwe traktowanie pracowników (też finansowe),
- właściwa polityka rekrutacji na studia,
- pomoc osobowa krajom biednym (wolontariusze),
- przeciwdziałanie agresji,
- zadbanie o bezpieczeństwo miejsca pracy w zakresie ekspozycji na zakażenia,
- wychodzenie naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom pracowników,
- zwalczanie nieuzasadnionej absencji w pracy lub płacenia za pracę osobom nieobecnym („ghost workers”),
- właściwa polityka personalna,
- wykorzystanie wiedzy osób przechodzących na emeryturę,
- opracowanie planów uzupełnienia niedoborów.

Rozdział szósty omawia sposób planowania narodowej strategii służby zdrowia. Jej celem jest zagwarantowanie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i zabezpieczenie socjalne obywateli danego kraju. Każde państwo musi opracować swój własny plan według pewnych ogólnych zasad.

Rozdział siódmy mówi o współpracy międzynarodowej w zakresie ochrony zdrowia. Dotyczy ona pięciu sfer:

- wymiany doświadczenia,
- nawiązywania wzajemnych umów,
- wspólnego zapobiegania niedoborowi pracowników ochrony zdrowia,
- wzajemnej bezpośredniej współpracy,
- solidarności globalnej.

Raport WHO kończy się, jak co roku, analizą danych dotyczących sytuacji zdrowotnej w 192 krajach.

Tłumaczył i streścił
Prof. Zbigniew Pawłowski

URAZY I WYPADKI

Pierwsza pomoc

Od Redakcji: Pierwsza pomoc, postępowanie z chorym na miejscu wypadku oraz zasady selekcji chorych w przypadku katastrof to trzy opracowania, o których nie pisało się dotychczas wiele na łamach Medicus Mundi Polonia. Warto z tymi rozdziałami zapoznać się przed koniecznością udzielania pomocy, która zwykle pojawia się niespodziewanie.

W środku buszu czy podczas zakupów w wielkomiejskim supermarkecie, w drodze do pracy czy na wakacjach, każdy z nas może niespodziewanie stanąć w obliczu konieczności podjęcia walki o życie człowieka, którego serce, z różnych powodów przestało bić, a płuca przestały dostarczać tlen. W tej nierównej walce ze śmiercią pomocna jest wiedza i praktyczna umiejętność udzielania we właściwym czasie i we właściwej kolejności **pierwszej pomocy przedmedycznej**.

Resuscytacja to działania mające na celu przywrócenie podstawowych funkcji życiowych – oddychania i krążenia. **Reanimacja** to proces przywracania pacjenta do życia, jakie wiódł przed epizodem zatrzymania krążenia, czyli jest to znacznie szersze pojęcie obejmujące również działania na oddziale intensywnej terapii i dalszą hospitalizację. Jednak, aby to było możliwe, pierwszej pomocy muszą udzielić świadkowie zdarzenia, dlatego tak ważne jest właściwe wyuczenie określonego **algorytmu postępowania w ramach pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia.**

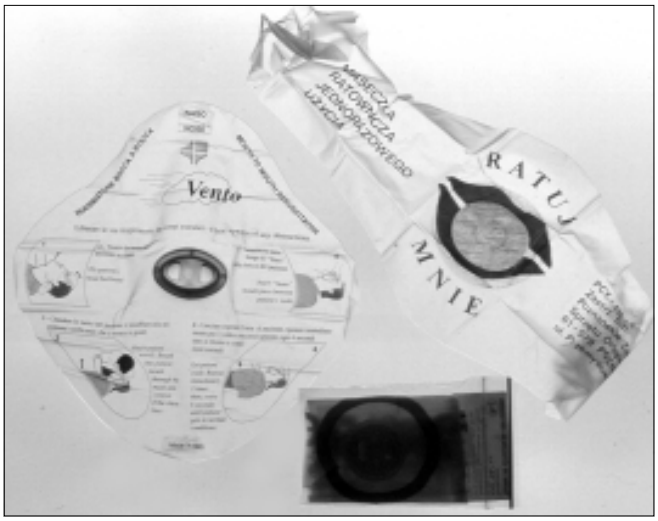
Ponieważ w medycynie ratunkowej za dorosłego uznaje się osobę posiadającą wyraźne oznaki dojrzewania, zgodne ze standardami American Heart Associacion (AHA), przytoczone tu działania będą odnosiły się właśnie do dorosłego.

Pierwszą czynnością, którą powinien wykonać ratujący, jest **sprawdzenie czy nie grozi mu i ratowanemu niebezpieczeństwo** (np.: spadające kamienie w górach, pędzące samochody na ulicy), pamiętając, że *„dobry ratownik to żywy ratownik”*. Zapewnienie bezpieczeństwa ratownika to również troska o środki ochrony osobistej – jednorazowe rękawiczki (zabezpieczone przed przedarciem w pudełku np. po filmie ma-

Fot. 1

Fot. 2

Fot. 3



Niezbędne środki ochrony osobistej: maska i jednorazowe rękawiczki

Fot. 4

Fot. 5

Fot. 6

Fot. 7

łoobrazkowym) czy **maska do oddychania usta-usta**. Warto pamiętać, że nawet w przypadku, gdy ratownik *„czuje odrazę”* do wykonywania sztucznego oddychania tą metodą, lub jest ona z jakichś powodów ryzykowna czy niemożliwa (uraz twarzoczaszki), ma prawo odstąpić od tej metody, wykonując tylko uciśnięcia klatki piersiowej (**pośredni masaż serca**).

Kolejnym etapem jest **ocena przytomności poszkodowanego (fot. 1)**. Potrząsając delikatnie za ramiona pacjenta zadajemy jednocześnie głośno i wyraźnie pytanie: „Halo, jak się nazywasz? Czy mnie słyszysz?”. Jeśli brak jest jakiejkolwiek reakcji ze strony ofiary (otwarcia oczu, wydania dźwięku, grymasu na twarzy), wówczas uznajemy ją za nieprzytomną i przede wszystkim **skutecznie wzywamy pomocy (fot. 2, 3)**. Wezwać pomoc można samemu (np. krzykiem, przez telefon komórkowy) lub wyznaczyć kogoś z gapiów, by to zrobił, wskazując konkretną osobę (czując się odpowiedzialną, wykona polecenie, które rzucone w tłum nie dałoby rezultatu). W razie konieczności można nawet zostawić poszkodowanego na miejscu zdarzenia i samemu udać się po pomoc, gdyż dowiedziono, że szanse przeżycia wzrastają wraz ze skróceniem oczekiwania na fachową pomoc lekarską (dotyczy to zwłaszcza sercowych przyczyn zatrzymania krążenia – np. zawału serca).

Następnie przystępujemy do tzw. **ABC, gdzie „A” oznacza „airway”– drogi oddechowe, „B” – „breathing”– oddychanie, zaś „C” – „circulation” – krążenie**.

„A” – **udrożnienie dróg oddechowych (fot. 4)** – wykonujemy poprzez odgięcie ku tyłowi głowy poszkodowanego tak, że „broda patrzy do nieba”, co zapobiega zapadaniu się bezwładnego języka i zamykaniu pasażu powietrza. Rękoczyn wykonuje się kładąc jedną dłoń na czole pacjenta, palce wskazujący i środkowy drugiej dłoni na jego podbródku i odchylając głowę ku tyłowi.

„B” – **oddychanie (fot. 5)** – sprawdzamy przez 10 sekund przykładając ucho i policzek do ust poszkodowanego, jednocześnie obserwując ruchy jego klatki piersiowej – PATRZĘ-SŁUCHAM-WYCZUWAM (jeśli przeszkadza w tym kurtka, kapok, itp. należy je rozpiąć/zdjąć). Jeśli stwierdzimy, że pacjent oddycha, oznacza to, że zachowane jest również krążenie. Jeśli stwierdzimy, że nie oddycha, **wykonujemy dwa wdechy metodą usta-usta (fot. 6, 7)**. Wdechy należy wykonywać zamykając dwoma palcami nos poszkodowanego i wtłaczając przez otwarte usta taką ilość powietrza, aby uniosła się klatka piersiowa.

Nie wolno wdmuchiwać zbyt wiele powietrza („pełną piersią”) ani zbyt silnie, gdyż wówczas może ono dostać się do żołądka zamiast do płuc, co spowoduje wymioty, groźne dla życia ratowanego. Pomiędzy wdechami pozwalamy na swobodny wydech. Najczęstszą przyczyną nieudanego wdechu (ok. 85%) jest nieprawidłowe udrożnienie dróg oddechowych, należy powrócić wtedy do punktu „A”.

Po wykonaniu wdmuchnięć, przechodzimy do oceny krążenia: „C” – obserwując czy pacjent wykazuje jakiekolwiek

(ciąg dalszy na str. 10)

oznaki krążenia (ryc. 8). Do oznak krążenia zalicza się: oddech, kaszel, wydanie dźwięku, aktywne poruszenie dowolną częścią ciała. Według standardów AHA, osoby niezwiązane z medycyną **NIE** badają tętna, gdyż wiązałoby się to ze zbyt wieloma pomyłkami.

Jeśli nie stwierdza się oznak krążenia przez **10 sekund**, należy rozpocząć zewnętrzny ucisk klatki piersiowej **(pośredni masaż serca)**. W tym celu wyznacza się hipotetyczną linię łączącą sutki poszkodowanego i na jej środku przykłada się nadgarstek jednej ręki, przy uniesionych palcach **(fot. 9)**. Palce drugiej ręki splatamy z pierwszą tak, by nacisk wywierany był na możliwie małej powierzchni klatki piersiowej, co zwiększy jego skuteczność **(fot. 10)**. Przenosząc ciężar górnej połowy ciała (ważne!!!) na wyprostowane w łokciach kończyny górne ratownik wykonuje 30 uciśnięć klatki piersiowej na głębokość około 4-5 cm, w osi prostopadłej do podłoża, w tempie około 100 na minutę, głośno licząc. Po 30 uciśnięciach wykonuje 2 wdechy i ponownie 15 uciśnięć. Tę sekwencję powtarza się czterokrotnie przez minutę (2-30-2-30-2-30-2-30-2), po czym ponownie wykonuje się ABC oceniając skuteczność resuscytacji. Jeśli nadal nie stwierdza się ani oddechu, ani oznak krążenia, sekwencje wdechów i uciśnięć kontynuuje się przez 5 minut, po czym sprawdza się skuteczność akcji. W razie braku oddechu i oznak krążenia kontynuuje się resuscytację.

Jeżeli akcję prowadzi dwóch ratowników, sekwencja wdechów i uciśnięć (2/30) pozostaje niezmieniona. O zamianie miejsc przy ratowanym decyduje ratownik uciskający klatkę piersiową, on również daje sygnał do wdechów.

Akcję resuscytacyjną można przerwać tylko w następujących przypadkach :

1. przywrócenie funkcji życiowych;
2. nadejście kwalifikowanej pomocy;
3. opadnięcie z sił.

Jeśli u poszkodowanego pojawią się oznaki krążenia, np. kaszel, a nadal nie ma oddechu, można prowadzić tylko sztuczne oddychanie w rytmie 1 oddech na 5 sekund, kontrolując oznaki krążenia.

Całą powyższą procedurę trzeba wykonywać jak najszybciej (maksymalnie 90 sekund od stwierdzenia utraty przytomności do rozpoczęcia masażu serca), a czas tutaj musi być liczony w sekundach, gdyż nieodwracalne zmiany w korze mózgu zachodzą już po 4 minutach od chwili ustania krążenia, zaś nieodwracalne uszkodzenie mózgu (śmierć) następuje po 10 minutach od ustania krążenia.

Zresuscytowanego poszkodowanego układa się w pozycji bocznej ustalonej (bezpiecznej), która zapobiega zachłyśnięciu w przypadku wymiotów i zamknięciu dróg oddechowych.

W przypadku poszkodowanego z podejrzeniem urazu kręgosłupa szyjnego (upadek z wysokości, lawina, wypadek komunikacyjny) należy tę część ciała traktować jak nieruchomy blok, tzn. nie zmieniać jej pozycji w żadnej osi. Podczas udrażniania dróg oddechowych nie wolno odginać więc ku tyłowi głowy, można natomiast założyć zęby żuchwy na szczękę, co nie jest łatwe, ale skuteczne.

Fot. 8

Fot. 9

Fot. 10

Lek. med. Aleksander Waśniowski

Postępowanie z chorym na miejscu wypadku – wstępna ocena i leczenie

URAZY I WYPADKI

PIERWSZA GODZINA PO WYPADKU JEST „ZŁOTĄ GODZINĄ"

Wstępna ocena i leczenie chorych na miejscu urazu odgrywają zasadniczą rolę i mają bezpośredni wpływ na przeżywalność. Na miejscu wypadku ginie ok. 60 % chorych, głównie z powodu obrażeń głowy i klatki piersiowej. Dodatkowo znaczna część tych, którzy docierają do szpitala, jest w stanie wstrząsu lub ostrej niewydolności oddechowej. Często obrażenia poszkodowanych mają charakter urazu wielonarządowego. W celu uratowania chorego po wypadku najważniejsze są działania podejmowane w pierwszej godzinie, zwanej „złotą godziną".

Do najważniejszych czynności ratujących chorego bezpośrednio po urazie zaliczamy:

1. zapewnienie optymalnych warunków oddychania poprzez udrożnienie i stabilizację dróg oddechowych,
2. opanowanie krwawienia,
3. przeciwdziałanie rozwojowi wstrząsu.

Przed przystąpieniem do udzielania pierwszej pomocy należy przeprowadzić pobieżne badanie oceniające stan chorego. W przypadku stwierdzenia objawów śmierci klinicznej, rozpoczynamy resuscytację krążeniowo-oddechową. O ile chory daje oznaki życia, badamy kolejno głowę, szyję, klatkę piersiową, brzuch, kończyny dolne, kończyny górne. Badanie należy przeprowadzić delikatnie, tak aby gwałtowne ruchy nie spowodowały pogłębienia urazu. Badający stara się nie usuwać ubrania, chyba że jest to niezbędne dla uzyskania dostępu do okolicy ciała tego wymagającej (oparzenie, krwawienie zewnętrzne, złamanie otwarte, obrażenia przenikające). Na miejscu wypadku należy wykonać tylko działania konieczne, starając się jak najszybciej wezwać pomoc lub dostarczyć chorego do szpitala.

GŁOWA

Najważniejsze znaczenie mają udrożnienie i stabilizacja dróg oddechowych. Zaburzenia oddechu objawiają się chrapaniem lub wysiłkowym oddechem, a także sinicą lub całkowitym brakiem oddechu. Przyczynami mogą być zapadanie się języka lub obrażenia klatki piersiowej. Uzyskanie drożności dróg oddechowych uzyskujemy poprzez wysunięcie i założenie żuchwy na zęby szczęk. Odchylanie głowy do tyłu jest niewskazane ze względu na możliwość istnienia uszkodzenia szyjnej części kręgosłupa, którą podejrzewamy u prawie każdej ofiary wypadku. Należy dokładnie obejrzeć skórę owłosionej części głowy oraz zwrócić uwagę na ewentualne objawy złamania podstawy czaszki (wyciekanie płynu mózgowo-rdzeniowego z przewodu słuchowego lub nosa, krwiak wokół oczu czy okolicy zausznej). Obrażenia czaszki należy pokryć opatrunkiem.

SZYJA

U prawie każdej ofiary wypadku istnieje podejrzenie uszkodzenia szyjnej części kręgosłupa, stąd konieczność jej stabilizacji za pomocą kołnierza usztywniającego. Prawidłowe założenie kołnierza wymaga udziału dwóch osób, z których jedna kładzie się za głową poszkodowanego i następnie obejmując jego żuchwę ciągnie ją do siebie. W tym czasie druga z osób zakłada kołnierz. W użyciu są dostępne kołnierze plastikowe oraz tekturowe. Kołnierz tekturowy jest równie skuteczny jak plastikowy, a ze względu na swoją niską cenę powinien być stałym

→

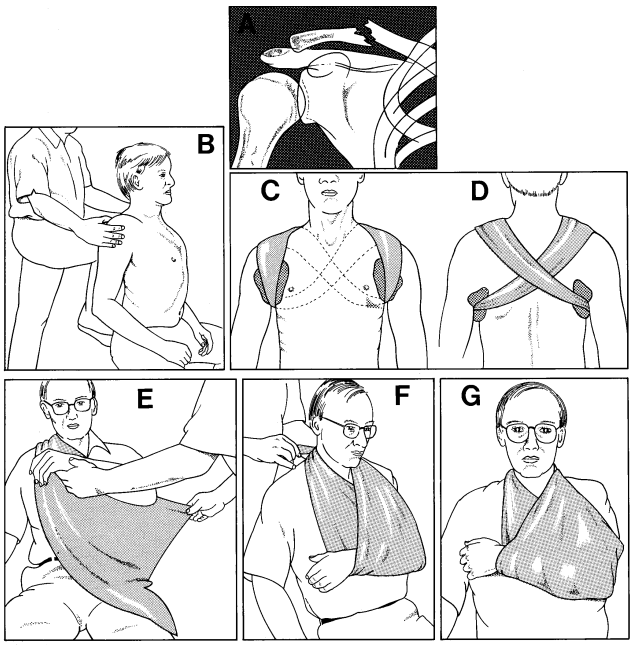


Fig. 14.1. Fracture of the clavicle. Fracture (A); applying a figure-of-eight bandage (B–D); applying a triangular sling (E–G).

WHO, 1981

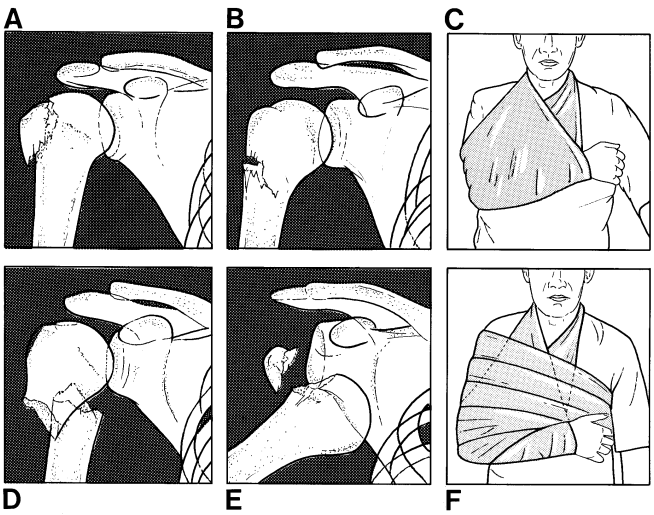


Fig. 14.3. Fractures of the proximal humerus. Fracture of greater tuberosity (A); incomplete fracture of the surgical neck of the humerus (B); triangular sling (C) applied to treat (A) or (B); complete fracture of the surgical neck of the humerus (D); fracture dislocation of the shoulder joint (E); arm-to-chest bandage (F) applied after reduction of (D) or (E).

WHO, 1981

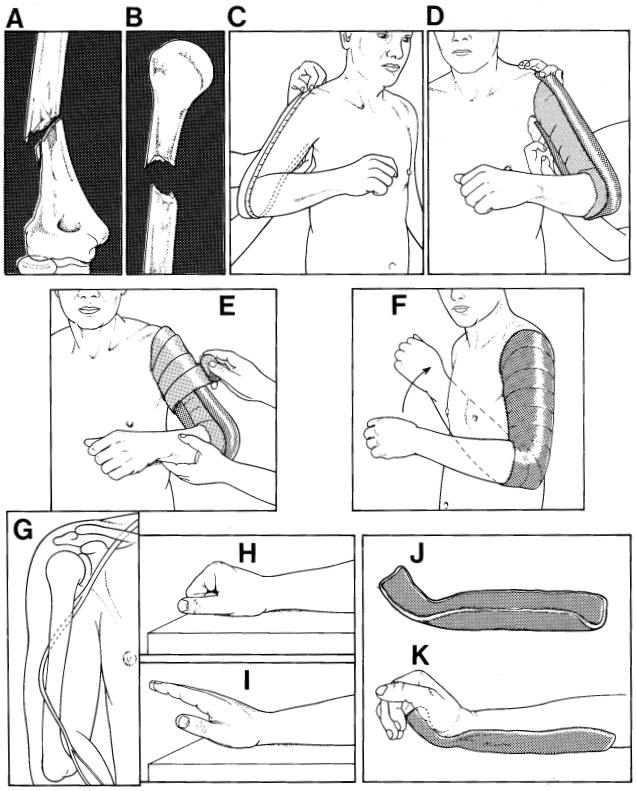


Fig. 14.4. Humeral diaphyseal fractures. Fractures (A, B); determining the required length of plaster bandage for making a U-slab (C); applying a padded U-slab, which is then secured with a wet cotton bandage (D, E); final position of the arm in plaster (F); relationship of the radial nerve to the shaft of the humerus (G); testing for radial nerve palsy (H–I); splint for wrist drop caused by radial nerve palsy (J, K).

WHO, 1981

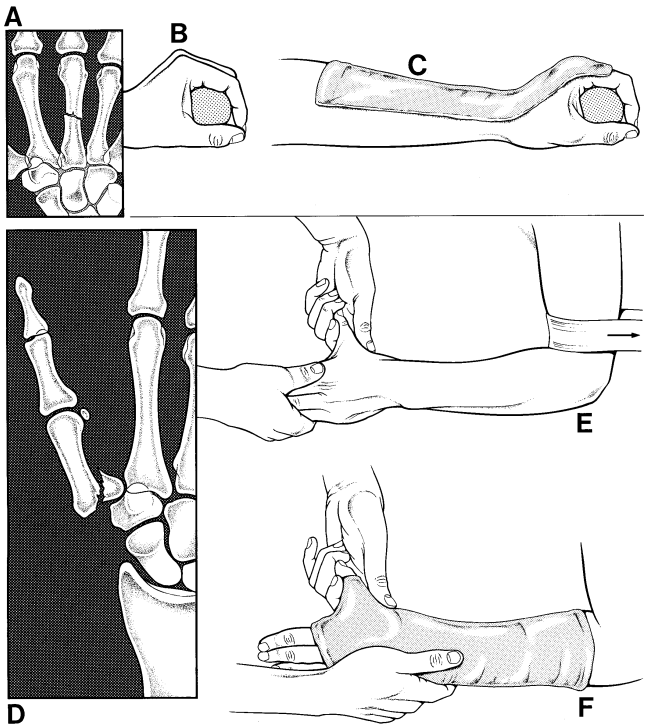


Fig. 14.14. Fracture of the metacarpals. Metacarpal fracture (A); applying a padded posterior plaster slab with metacarpophalangeal joints in the position of function (B, C); fracture dislocation of the first carpometacarpal joint (Bennett's fracture) (D); reducing the fracture dislocation (E); applying a "scaphoid plaster" (F).

WHO, 1981

elementem wyposażenia podręcznej apteczki. Kołnierza nie należy zdejmować aż do czasu wykonania zdjęć rentgenowskich i wykluczenia obrażeń kręgosłupa szyjnego.

KLATKA PIERSIOWA

Zaburzenia oddechowe pod postacią ostrej duszności mogą być również spowodowane złamaniem wielu żeber lub wystąpieniem odmy.

Złamanie ponad siedmiu żeber lub złamanie okienkowe (z przerwaniem ciągłości żeber w kilku miejscach) może objawiać się gwałtowną dusznością. Postępowaniem z wyboru jest uchwycenie klatki piersiowej obu dłońmi i nakłonienie chorego do kaszlu. Jeśli takie postępowanie przynosi choremu ulgę, można go ułożyć na uszkodzonym boku lub obandażować klatkę piersiową opaską elastyczną, ewentualnie zwykłym bandażem.

Odma jest stanem, w którym w jamie opłucnej znajduje się powietrze. Objawami odmy są uczucie duszności i ból, a w przypadku odmy prężnej również wypełnienie żył szyjnych, zaczerwienienie twarzy, przyspieszenie oddechu, ciężki stan ogólny chorego. W przypadku odmy zamkniętej tj. takiej, która nie komunikuje się z otoczeniem, objawy zwykle nie są nasilone i nie zmuszają do doraźnego postępowania. Inaczej rzecz się ma z odmą otwartą i prężną. Odma otwarta jest stanem, w którym występuje ubytek w ścianie klatki piersiowej. Jest ona bezpośrednim zagrożeniem życia. Postępowaniem z wyboru jest szczelne zamknięcie ziejącej rany przy pomocy przylepca, kawałka folii lub ceraty. Trzy boki wymienionych materiałów należy szczelnie przykleić do skóry za pomocą przylepca lub taśmy klejącej, a między czwarty bok a skórę można umieścić maść lub krem. Postępowanie takie umożliwia usuwanie powietrza z jamy opłucnej w trakcie wydechu, przy braku możliwości jego aspiracji przy wdechu.

Najgroźniejszym rodzajem odmy jest odma prężna (zastawkowa). W wyniku wytworzenia się mechanizmu zastawkowego ciśnienie w jamie opłucnej wzrasta wraz z każdym wdechem, co może prowadzić w konsekwencji do zatrzymania krążenia. Jedynym skutecznym sposobem postępowania w tym przypadku jest nakłucie opłucnej. Jest to postępowanie przyrządowe, wykonywane przez personel medyczny, uprzednio przeszkolony w tym celu.

Jeśli stwierdzamy ciało obce wbite w klatkę piersiową, należy je umocować tam, gdzie tkwi, a ranę wokół uszczelnić, tak, żeby uniemożliwić przeciek powietrza. W żadnym razie nie należy usuwać ciał obcych, gdyż może to spowodować masywny krwotok, który był do tej pory tamowany przez ten przedmiot.

JAMA BRZUSZNA

W warunkach działań przedszpitalnych ratujący ma niewielkie możliwości pomocy w przypadku podejrzenia uszkodzenia narządów wewnętrznych jamy brzusznej. Rozerwanie narządów miąższowych (wątroba, śledziona) prowadzi zwykle do masywnego krwotoku, stąd najważniejsze znaczenie ma postępowanie przeciwwstrząsowe i szybkie przewiezienie chorego do szpitala celem leczenia operacyjnego.

W przypadku wytrzewienia (narządy jamy brzusznej znajdują się na zewnątrz), należy je pokryć jałowym opatrunkiem, bez próby wprowadzania ich do jamy brzusznej.

Podobnie jak w przypadku klatki piersiowej, nie usuwamy ciał obcych wystających z jamy brzusznej, a jedynie zabezpieczamy opatrunkiem.

MIEDNICA I KROCZE

Bolesność miednicy badamy uciskając ją w kierunku bocznym, przednio-tylnym oraz uciskając na spojenie łonowe. Bolesność w

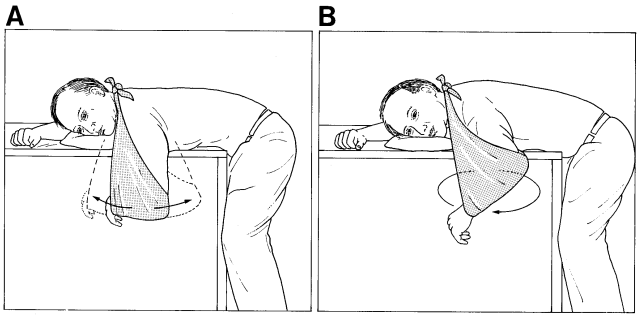


Fig. 14.2. Pendulum exercises for fracture of the scapula (A, B).

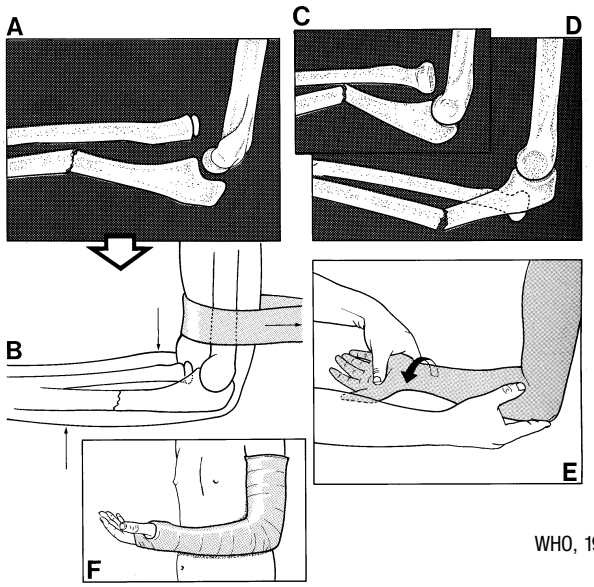
WHO, 1981

czasie badania może świadczyć o uszkodzeniu miednicy. W warunkach pomocy doraźnej stabilizację miednicy możemy uzyskać poprzez owinięcie jej szerokim materiałem np. prześcieradłem, ręcznikiem itp. oraz ułożenie chorego na twardym podłożu np. desce.

KOŃCZYNY

Celem pierwszej pomocy w urazach narządu ruchu jest opanowanie krwotoku oraz zapobieganie powikłaniom, a następnie unieruchomienie zranionej kończyny. Do powikłań złamania zaliczamy: zakażenie, uszkodzenie narządów wewnętrznych, przebicie skóry przez odłamy kostne. Unieruchomienie często znosi lub znacznie łagodzi ból, co znacząco przyczynia się do zapobiegania rozwojowi wstrząsu.
Pewne rozpoznanie złamania daje zdjęcie rentgenowskie, w warunkach pomocy przedszpitalnej podejrzewamy je w oparciu o objawy, tj.: zniekształcenie obrysów kończyny, patologiczną ruchomość, trzeszczenie. Ponadto może wystąpić ból i bolesność, krwiak, obrzęk i porażenie czynności kończyny.

Unieruchomienie złamanej kości uzyskuje się poprzez unieruchomienie graniczących z nią stawów, np. przy złamaniu w obrębie podudzia niezbędne jest unieruchomienie stawu kolanowego i skokowego. Unieruchomiona kończyna musi znajdować się w pozycji fizjologicznej. Dla kończyny górnej jest to zgięcie pod kątem 90° w stawie łokciowym a ręka „obejmuje" piłkę tenisową, w przypadku kończyny dolnej zgięcie w stawie kolanowym pod kątem 15° i zgięcie w stawie skokowym pod kątem prostym.



WHO, 1981

Fig. 14.8. Fracture dislocation in the upper forearm (Monteggia). Fracture in a child (A); reduction of fracture in a child, arrows showing the direction of pressure applied to the forearm (B); fracture in an adult (C, D); reduction of fracture in an adult (E); final position with POP applied in either child or adult (F).

Do unieruchomienia najlepiej użyć szyny Kramera. Jest to szyna zbudowana z drutu połączonego w kształcie drabinki. Jest ona podatna na modelowanie, łatwo dostępna i tania, dlatego też powinna zawsze wchodzić w skład zestawu podręcznej apteczki. Modelowanie kształtu szyny przeprowadzamy na kończynie nieuszkodzonej. W razie braku szyny Kramera możemy użyć deski, kija, prostej gałęzi. Przy braku jakiegokolwiek sprzętu możemy przybandażować kończynę górną do tułowia, dolną zaś do zdrowej kończyny. Po unieruchomieniu kończyny górnej możemy zawiesić ją na temblaku.

W przypadku złamań otwartych nie należy wprowadzać do rany sterczących na zewnątrz odłamów kostnych, a jedynie opatrzyć je jałowym opatrunkiem i unieruchomić.

Chory ze złamaniami w obrębie miednicy i kończyny dolnej powinien być unieruchomiony w pozycji leżącej.

KRWAWIENIE, WSTRZĄS

Krwawienie, czyli silny wypływ krwi poza naczynie krwionośne, to częste obrażenie u chorych po przebytym wypadku. W związku z rozległością urazu ma ono zwykle nasilony charakter i może prowadzić do wstrząsu, czyli stanu, w którym dysproporcja między zapotrzebowaniem a podażą tlenu powoduje niedotlenienie tkanek i narządów.

Oprócz krwawienia zewnętrznego, którego rozpoznanie jest oczywiste, trzeba zawsze mieć na uwadze możliwość krwotoku wewnętrznego, którego skutki mogą być równie tragiczne. Dorosły człowiek ma ok. 70 ml krwi na kilogram masy ciała, utrata ok. 10 % krwi może spowodować rozwinięcie się wstrząsu. Objawy sugerujące wstrząs to przyspieszenie czynności serca, blada zimna skóra, zimny pot, zdezorientowanie.

Podstawowe postępowanie w przypadku krwawienia i wstrząsu obejmuje położenie chorego na podłożu i uniesieniu kończyn dolnych pionowo w górę. Ma to na celu ułatwienie odpływu krwi z kończyn zgodnie z siłą ciążenia. Jeśli uniesienie kończyn jest niemożliwe, można kończyny obandażować opaską elastyczną od stóp w kierunku pachwin. Miejsce krwawienia należy ucisnąć ręką lub jałowym opatrunkiem, a następnie przybandażować tworząc opatrunek uciskowy. Jeśli tak wytworzony opatrunek staje się przekrwiony, nie należy go zdejmować, a jedynie nałożyć drugą warstwę i jeszcze raz przybandażować.

W przypadku krwotoku z kończyn, należy je unieruchomić. W razie braku apteczki, zatrzymanie krwawienia można osiągnąć przez zaciśnięcie tętnicy powyżej zranienia przy pomocy paska lub sznurka. Należy jednak pamiętać, że takie postępowanie nie jest obojętne dla tkanek poddanych działaniu kompresji i jest zarezerwowane dla tamowania krwawienia w przypadku urazowej amputacji kończyny.

Chory po wstępnym zaopatrzeniu musi zostać okryty kocem lub folią termiczną tak, aby zapobiegać jego wychłodzeniu. Nie wolno mu niczego podawać doustnie, w przypadku pragnienia, usta należy zwilżać mokrą szmatką. **O ile jest to możliwe, szybkie podłączenie wlewu kroplowego zmniejsza rozmiary wstrząsu.**

Szybkie przetransportowanie ofiary wypadku do szpitala umożliwia udzielenie szerszej i wyspecjalizowanej pomocy, która często ratuje życie.

Lek. med. Marcin Warot
Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej
i Angiologii ZOZ MSWiA w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. Paweł Chęciński

URAZY I WYPADKI

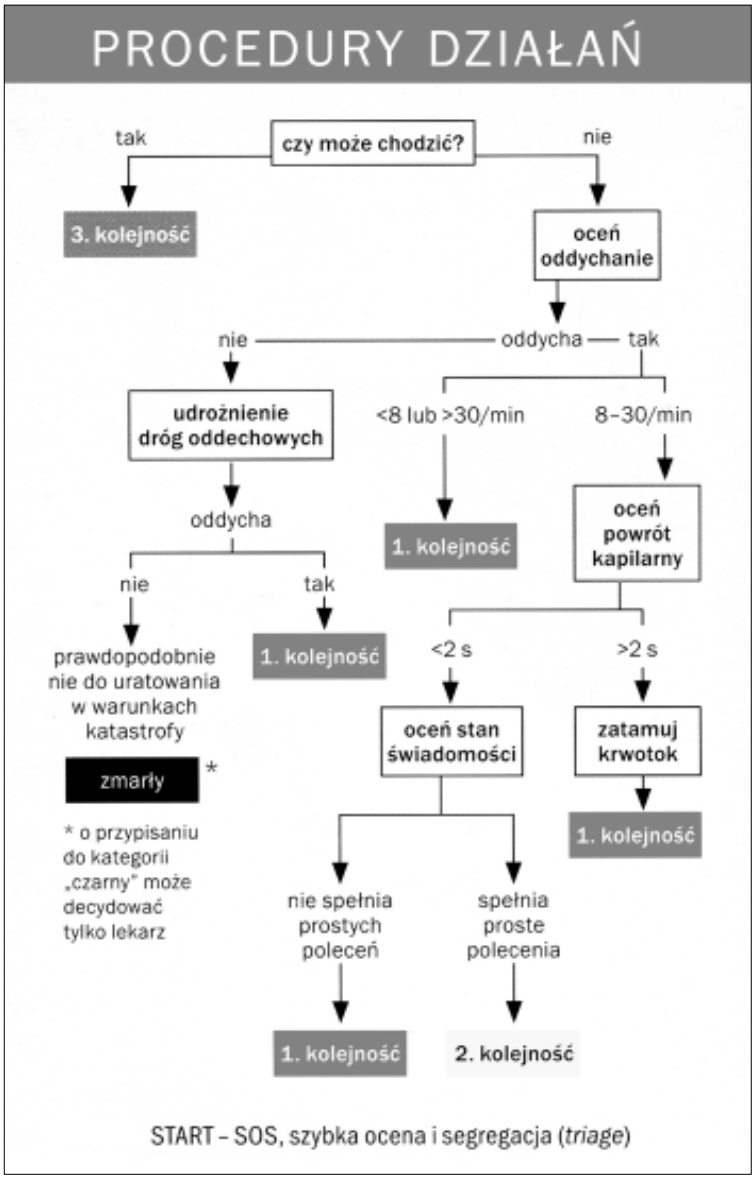
Segregacja medyczna – triage

We współczesnym świecie często napotykamy na zdarzenia, w których poszczególne osoby, a czasem większe lub mniejsze grupy ludzi, znajdują się w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Jest to często skutek katastrof spowodowanych przez czynniki naturalne wywołane siłami przyrody (powodzie, tsunami, trzęsienia ziemi i inne) oraz pośrednio lub bezpośrednio przez człowieka (masowe wypadki komunikacyjne, katastrofy budowlane, pożary, zamieszki, panika podczas zgromadzeń).

W większości przypadków katastrofy występują w sposób nagły i trudny do przewidzenia. Stwierdzenie to jest bardzo istotne dla służb ratowniczych, które mają przecież określone możliwości. Najczęściej lokalne formacje ratownicze w krajach rozwiniętych są dobrze przygotowane na występujące stosunkowo często sytuacje, takie jak na przykład wypadki komunikacyjne z udziałem autokaru. Inne poważne katastrofy masowe wymagają określonego czasu na zorganizowanie odpowiednich zasobów personalnych i technicznych.

Aby pomóc możliwie jak najskuteczniej w postępowaniu ze zwiększoną ilością osób poszkodowanych, których liczba przerasta możliwości ratowników w danej chwili, konieczne jest zastosowanie odpowiednich metod segregacji.

Segregacja medyczna – określana terminem triage (fr. *trier* = *sortować*) – jest procesem polegającym na wstępnym badaniu poszkodowanych i kwalifikowaniu do udzielania pomocy medycznej w zależności od stopnia zagrożenia życia. Decyzja oparta jest głównie na krótkiej ocenie oznak życia i stanu pacjenta. W rezultacie ratownicy dzielą poszkodowanych na grupy determinujące czas i kolejność udzielania pomocy i transportu do szpitala.



START – SOS, szybka ocena i segregacja (*triage*)

Pierwsze zastosowanie segregacji medycznej pojawiło się na początku XIX wieku podczas wojen napoleońskich we Francji. Zaistniała wtedy potrzeba określania priorytetów pomocy chirurgicznej rannym żołnierzom na polu bitwy. Przez kolejne stulecie praktyka ta była doskonalona przez armie na całym świecie. W początkach XX wieku triage pojawiał się sporadycznie w oddziałach nagłej pomocy zatłoczonych szpitali miejskich, jednak nie był szeroko stosowany aż do późnej połowy tegoż wieku.

Na całym świecie istnieje wiele systemów segregacji medycznej pozwalających ocenić w krótkim czasie stan pacjenta. Jednym z nich jest system szybkiej oceny i segregacji S.T.A.R.T. (ang. *Simple Triage and Rapid Treatment – łatwa segregacja i szybkie leczenie)*. System ten, podobnie jak pozostałe, opiera się na ocenie podstawowych funkcji życiowych – stanu świadomości, wydolności układu oddechowego (łącznie z oceną drożności dróg oddechowych), wydolności układu krążenia.

Według tych kryteriów segregacji, poszkodowanych dzieli się na cztery grupy i przydziela im umowne oznaczenie kolorami. **Pacjenci oznaczani są więc kolorowymi kodami: czerwonym – *emergent* (krytyczny – pierwsza kolejność), żółtym – *urgent* (naglący – druga kolejność), zielonym – *nonurgent* (nie naglący – trzecia kolejność) oraz czarnym.**

Po wykonaniu segregacji poszkodowanych kieruje się do odpowiednich stref według oznaczeń kolorów. W sektorach tych przeprowadza się, jeśli są

→

Dbaj o tych, którzy dbają o innych

Od Redakcji: W „Journal of Travel Medicine" (numer 2, 2006) ukazał się artykuł U. Katz nt. „dbania i tych, którzy dbają o innych". Sprawa dotyczy zachowania się i ochrony personelu medycznego w czasie epidemii cholery.

Autorzy należeli do zespołu medycznego, który działał w Gwinei Równikowej w związku z masowymi zachorowaniami na cholerę w roku 2005. Stwierdzają oni, że zapadalność na cholerę zależy od wielkości dawki zakaźnej (ponad 10^8 bakterii) i/lub zmniejszonej kwasoty soku żołądkowego (w wyniku niedożywienia, stosowania środków zmniejszających kwasotę, zanikowego nieżytu żołądka). Zagnieżdżone w nabłonku jelita cienkiego pałeczki cholery prowadzą do wzmożonego wydalania chloru i zablokowania wchłaniania sodu, a tym samym do wystąpienia gwałtownej wodnistej biegunki, która może doprowadzić do zgonu w ciągu kilku godzin. Leczenie cholery polega na niezwłocznym podawaniu dużej ilości płynów i wyrównywaniu poziomu elektrolitów.

Epidemie cholery mają nadal „złą sławę" i zachorowania epidemiczne powodują zaniepokojenie personelu medycznego zobowiązanego do udzielania pomocy. Należy tu podkreślić, że obawa przed zachorowaniem sama w sobie może powodować luźne stolce i znacznie obniżać skuteczność świadczonej pomocy. Lekarstwem na taką obawę jest właściwa informacja; korzystny wpływ mają też świadomość ubezpieczenia na wypadek zachorowania i stały kontakt z rodziną, która nie powinna się niepokoić.

Do bardzo rzadkich należą przypadki zachorowania w czasie epidemii cholery „uświadomionego" personelu medycznego, głównie dzięki przestrzeganiu podstawowych zaleceń higienicznych stosowanych w krajach o obniżonym standardzie sanitarnym („boil it, cook it, peel or forget it").

Zapadalność turystów na cholerę jest bardzo mała (poniżej 0,2 na każde 100.000 osób podróżujących). Stąd też szczepienia przeciwko cholerze na ogół nie są zalecane. Obecnie istnieją 3 rodzaje szczepionek: tradycyjna – zawierająca inaktywowane fenolem pałeczki cholery, skuteczna w 50% przypadków, oraz dwie nowoczesne szczepionki doustne – WCz/rBS (dwie dawki podawane w odstępie 1-6 tygodni) i CVD 103-HgR (podawana w jednej dawce). Obydwie te szczepionki, po okresie 8 dni, dają wysoką odporność – od 85% do 100%; bywają one masowo stosowane w populacjach o wysokim stopniu ryzyka zachorowania na cholerę. Stosowanie antybiotyków z grupy chinolonów ma korzystne działanie w cholerze, gdyż skraca okres biegunkowy, redukuje objętość biegunkowych wydalin, zmniejsza liczbę wydalanych pałeczek. Należy jednak pamiętać o tym, że podawanie antybiotyków może wiązać się z niepożądanymi objawami.

Profilaktyczne stosowanie antybiotyków u personelu medycznego może być wskazane w wypadku, kiedy działa on w warunkach uniemożliwiających stosowanie zaleceń higienicznych (np. brak bezpiecznej wody lub napojów, brak wody lub antyseptyków na bazie alkoholu do mycia rąk). Natomiast antybiotyki stosuje się niezwłocznie w każdym wypadku zachorowania na biegunkę personelu medycznego.

Bliższe szczegóły nt. warunków sanitarnych w świecie są dostępne na stronie www.who.int/water_sanitation_health/2005advocguide/en/).

Tłumaczył i streścił
Prof. Zbigniew Pawłowski

Segregacja medyczna – triage

takie możliwości, dokładne badanie, rozpoczyna wstępne leczenie i przygotowuje do transportu do szpitala.

Odrębną, czwartą, grupę stanowią pacjenci, których rokowanie na przeżycie jest bardzo nikłe i uratowanie ich wymaga zastosowania skomplikowanych i bardzo czasochłonnych metod leczenia lub osoby zmarłe. W warunkach skrajnej dysproporcji pomiędzy możliwościami niesienia pomocy przez służby ratownicze i liczbą ofiar odstąpienie od ich ratowania może stać się koniecznością. Podjęcie wątpliwych w skutkach czynności zwiększa ryzyko zwiększenia umieralności wśród pozostałych poszkodowanych. Grupa ta oznaczana jest **kolorem czarnym – *dead or very severely injured and not expected to survive* (zmarły lub bardzo ciężko ranny prawdopodobnie nie do uratowania).**

Aby usprawnić działanie służb ratowniczych, używane są odpowiednie systemy oznaczania poszkodowanych. Ratownicy mają do dyspozycji tzw. zestawy segregacyjne, w skład których wchodzą m.in. odpowiednie karty i kolorowe taśmy (fot. 1 i 2 – indywidualna karta segregacji, przybornik do segregacji). Użycie ich znacznie usprawnia pracę w trudnych warunkach wypadku masowego.

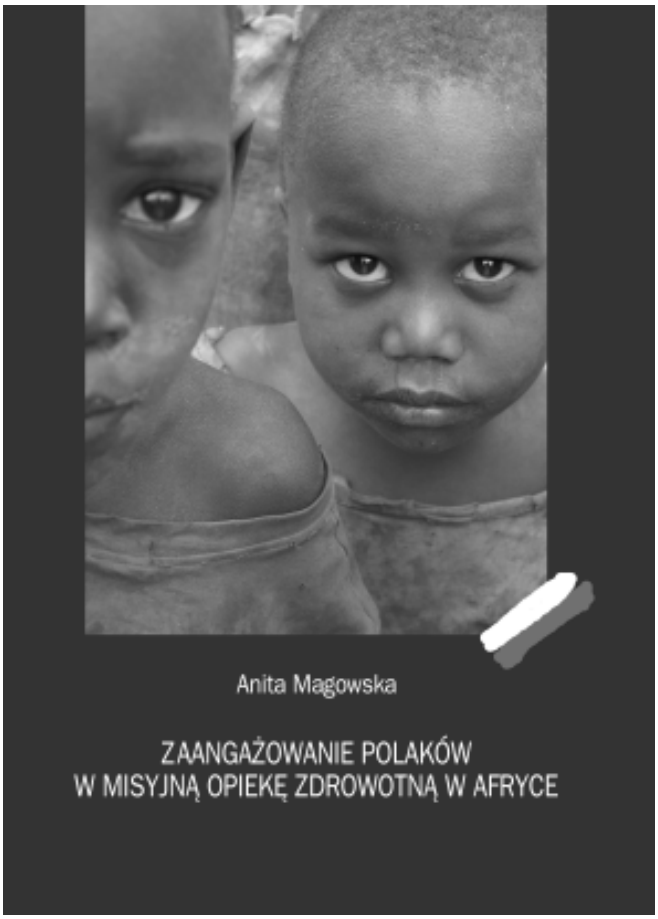
Zdarzenia masowe niosą za sobą inne wyzwania niż codzienna praktyka służb ratowniczych. Często w sytuacjach takich nie jest możliwe jednoczesne niesienie pomocy wszystkim poszkodowanym. Odpowiednia segregacja medyczna staje się koniecznością, by pomóc jak największej liczbie osób.

Dalsze informacje dostępne są w Derlet R.: „Triage", „eMedicine" 14.09.2004; http://www.emedicine.com/emerg/topic670.htm oraz Trzos A., „Segregacja medyczna", OPM 7-8/03, Dział: Ratownictwo medyczne; http://www.elamed.com.pl/medyczny.

Mgr Mateusz Cofta

nowe
Książki:

Monografia misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce



W ostatnich dniach ukazała się monografia dr hab. Anity Magowskiej pt. „Zaangażowanie Polaków w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce".

Dr hab. Anita Magowska jest nauczycielem akademickim w Zakładzie Historii Nauk Medycznych Akademii Medycznej w Poznaniu i członkiem Rady Redakcyjnej Medicus Mundi Polonia. Stąd też działalność Fundacji „Redemptoris Missio" na polu promocji dzieła misyjnego w Afryce została szeroko uwzględniona. Monografia ukazała się nakładem Wydawnictwa Kontekst.

Na okładce książki prof. Zbigniew Pawłowski przedstawił monografię w następujący sposób:

„Wśród wielu polskich publikacji, najczęściej pisanych przez misjonarki lub misjonarzy, dających świadectwo Dziełu Misyjnemu, książka dr hab. Anity Magowskiej jest pozycją szczególną. Przedstawia ona, w kontekście historycznym i badawczym, obserwowany ostatnio wzrost zaangażowania polskich misjonarek i misjonarzy w opiekę medyczną i edukację zdrowotną na terenach misyjnych. Nie od dzisiaj poprawa sytuacji zdrowotnej społeczności biednych i opuszczonych jest istotnym elementem działalności ewangelizacyjnej. Posługa lecznicza, w najszerszym tego słowa znaczeniu, musi być obecnie koordynowana z międzynarodowymi i rządowymi programami ochrony zdrowia i prowadzona w myśl nowoczesnych zasad ekonomii i zarządzania, przy pełnym zachowaniu chrześcijańskiego podejścia do biednych i chorych. Książkę, pisaną przez osobę świecką, czyta się z dużym uznaniem dla pracy tych, którzy – w obecnych niełatwych warunkach – realizują Dzieło Misyjne poza granicami Polski i tych, którzy pomagają temu Dziełu w kraju."

Warto jeszcze wspomnieć o interesujących zdjęciach autorstwa lek. med. Gabrieli Majkut, wolontariuszki pracującej w szpitalach misyjnych w Afryce.

Tytuł	**Zaangażowanie Polaków w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce**
Autor	**Anita Magowska**
Nr ISBN	**978-83-88572-28-9**
Fotografie	**Gabriela Majkut**
Wydanie	**pierwsze**
Rok wydania	**2007**
Oprawa	**miękka**
Objętość	**216 s.**
Format	**170 x 240 mm**
Kategoria	**medycyna**
	aneksy, indeksy, przypisy, summary

Książkę można zakupić w biurze Fundacji „Redemptoris Missio", w Wydawnictwie Kontekst (kontekst2@o2.pl; www.wkn.com.pl) i w księgarniach w Poznaniu:
Św. Wojciecha – Plac Wolności 1,
Kapitałka – ul. Mielżyńskiego 27/29,
Księgarnia Uniwersytecka – ul. Zwierzyniecka 7,
Księgarnia Historyczna Collegium Historicum – ul. św. Marcin 78,
Księgarnia w Drodze „Na Deptaku" – ul. Półwiejska 13,
„Jedynka" – Al. Marcinkowskiego 21,
oraz w Polsce:
w Warszawie: Księgarnia Naukowa im. Bolesława Prusa – Krakowskie Przedmieście 7
w Szczecinie: Księgarnia Uniwersytecka „Los Gardenios" – ul. Kostki Napierskiego 46/3

Ukazał się kolejny rocznik „Annales missiologici posnanienses". To już 15 tom ukazujący się nakładem Wydziału Teologicznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Za sprawą wielu autorów zeszyt ten oferuje czytelnikowi szeroką gamę tematów związanych z misjami – od samych rozważań na temat religijności czy pracy misyjnej w konkretnych krajach począwszy, a na typowo antropologicznych opisach ludów czy problemów kulturowych skończywszy. Ponadto jest też kronika wydarzeń natury misyjnej, kalendarium Fundacji „Redemptoris Missio" i przegląd ciekawych pozycji książkowych.

Autor tekstu z jedną z pacjentek

Praktyki wakacyjne – Tanzania 2006

Tegoroczne praktyki wakacyjne stały się dla naszej trójki (*Moniki Szarszewskiej, Aleksandry Kurzawy i Mateusza Szaciłowskiego – dop. Redakcji*) niezapomnianą przygodą życia. Dzięki Fundacji „Redemptoris Missio" mieliśmy okazję odbyć je w Tanzanii, jednym z 10 najbiedniejszych krajów świata, gdzie dostęp do wody pitnej ma mniej niż 40% ludności, a średnia życia nie przekracza 40 lat.

Przygotowania do wyjazdu trwały kilka miesięcy. Ponieważ Tanzania zalicza się do krajów, w których główną przyczyną zgonów są choroby tropikalne (malaria, leiszmanioza, zakażenia przewodu pokarmowego), musieliśmy przejść specjalistyczny kurs medycyny tropikalnej, ucząc się rozpoznawać, leczyć i zapobiegać tym chorobom. Dzięki współpracy z Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych AM w Poznaniu mieliśmy możliwość nabycia wielu nowych umiejętności, oraz zdobycia doświadczenia, które okazało się potem niezmiernie przydatne w naszej pracy na Czarnym Lądzie. Ważną częścią przygotowań były również szczepienia oraz profilaktyka przeciwmalaryczna, które miały nas uchronić przed ewentualnym zachorowaniem.

Monika Szarszewska podczas badań w wiosce masajskiej

Młode Masajki z dziećmi

Aleksandra Kurzawa podczas badań

Naszym afrykańskim „gospodarzem" był ojciec Jacek Rejman – werbista od 8 lat przebywający w Afryce. Zgromadzenie Słowa Bożego (werbiści) prowadzą w Tanzanii misyjny ośrodek zdrowia, w którym miałem podjąć pracę. Ośrodek ten położony jest w dystrykcie Simanjiro, oddalonym od najbliższego miasta o 4 godziny jazdy, w centrum krainy zamieszkanej przez Masajów – koczowniczy lud żyjący wciąż na skraju cywilizacji. Praca w ośrodku nie należała do najłatwiejszych. Wraz z niewielką grupą personelu, asystentami klinicznymi i pielęgniarkami, dyżurowaliśmy od świtu do zmierzchu, gdyż w szpitalu stale pojawiali się ludzie potrzebujący pomocy. Nieraz, aby dotrzeć do szpitala, pacjenci musieli pokonywać pieszo ogromne dystanse, nawet ponad 100 kilometrów. Czasem również wzywany był terenowy ambulans, którym docieraliśmy do najbardziej oddalonych i niedostępnych miejsc. W okresie lipiec-wrzesień w Tanzanii panuje zima, temperatury w nocy potrafią spadać nawet do 5°C. Ponadto jest to pora sucha, kiedy przez pół roku w niektórych miejscach nie spada ani jedna kropla deszczu. Te wszystkie czynniki wpływały na główny profil pacjentów, których przyjmowaliśmy na oddział: chorzy z zapaleniami płuc, niedożywieni, odwodnieni. Bardzo duży problem stanowiła gruźlica, niezwykle powszechna w tamtym regionie. Prymitywne warunki, brak higieny osobistej, deficyt wody powodują, że duży odsetek społeczności Masajów cierpi na schorzenia dermatologiczne (egzemy, liszaje, świerzb), infekcje przewodu pokarmowego (biegunki, wymioty), oraz zapalenia spojówek. W tamtym rejonie endemicznie występuje malaria, która jest szczególnie niebezpieczna dla dzieci, osób starszych oraz osłabionych i z obniżoną odpornością. Jednym z moich zadań była diagnostyka tych chorób w laboratorium, za które byłem odpowiedzialny.

Warunki szpitala były bardzo skromne, nieraz nie starczało na podstawowe środki. Simanjiro utrzymuje się z dobrowolnych wpłat darczyńców, rząd finansuje jedynie drobną część działalności. Cały ciężar obowiązków administracyjnych spoczywa na ojcach werbistach i gdyby nie ich tytaniczny wysiłek, dawno już szpital popadłby w ruinę. Bardzo zaimponowała mi postawa personelu, który wkładał całe serce w pracę poświęcając nieraz swój wolny czas i energię. Stan służby zdrowia w Tanzanii pozostawia wiele do życzenia. W całym kraju brakuje szpitali, specjalistycznego sprzętu, a przede wszystkim wykształconej kadry medycznej. Około 70% szpitali jest w rękach misjonarzy, którzy prowadzą swoją działalność tylko dzięki wsparciu darczyńców.

Zasługą rządu jest natomiast wprowadzenie obowiązkowego programu szczepień, oraz opieki nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami. Z tego powodu, przeciętnie raz w tygodniu organizowaliśmy tzw. *kliniki*, kiedy to zabieraliśmy ze sobą najpotrzebniejsze

(ciąg dalszy na str. 18)

POSŁUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA

„The heath-care professionals: we need them and they need us”

(ciąg dalszy ze str. 20)

Z kolei następują pytania i wypowiedzi lekarzy, pielęgniarek, dotyczących m.in. tego, **jak działać z pełnym zaangażowaniem w kompleksie szpitalnym,** który jest ogromny, „zimny”, zdepersonalizowany i pozbawiony głębszych motywacji; tego, jak ciężko przeżywa się niepowodzenia w pracy lub błędy, często wywołane przepracowaniem lub trudnościami technicznymi; jak dużym stresem jest konieczność szybkiego podejmowania decyzji, która, może okazać się potem nie najlepszą; jak trudno jest żegnać się z umierającym dzieckiem lub młodym człowiekiem; jak ciężka jest bezsilność wobec chorób nieuleczalnych... Z drugiej strony podawane są przykłady radości, satysfakcji zawodowej i koleżeństwa w trudnych chwilach w pracy.

Na koniec tego rozdziału mowa jest też o tym, że pracownik ochrony zdrowia też może chorować, czuć się źle, a mimo to starać się pracować i może niekiedy sam doświadczać troskliwej opieki innych, leżąc na łóżku szpitalnym. Opinie są tu jednak podzielone: jeden z przewlekle chorych pacjentów, na podstawie swoich obserwacji, dzieli pracowników służby zdrowia na takich, którzy są kompetentni i takich, którzy są niedoświadczeni; na takich, którzy pracują z pełnym zaangażowaniem lub traktują pacjenta jako przypadek; na takich, którzy pracują pełni chęci lub są sfrustrowani i znudzeni; na takich, którzy pomagają sobie wzajemnie lub przeciwnie, składają ciężar pracy i odpowiedzialności na barki kolegów; na takich, którzy cierpią, gdy ty cierpisz i cieszą się z poprawy twojego stanu zdrowia; na takich, którzy uwzględniają fakt, że pacjent może mieć „zły humor”, nie mieć apetytu, czuć się samotny i takich, którzy uważają, że jest to osobista sprawa pacjenta.

W drugiej części artykułu omawiana jest **relacja społeczności chrześcijańskiej do pracowników ochrony zdrowia**. Zachodzi ona w czterech sferach: dialogu i współpracy, uznania roli i troski o pracowników służby zdrowia oraz w zakresie leczenia i edukacji.

Dialog i współpraca jest jednym z najważniejszych zadań społeczności chrześcijańskiej. Polega ona m.in. na wzajemnym zaufaniu i szacunku, otwartości dialogu, porzuceniu dogmatycznego postępowania i wzajemnego oskarżania się. Jednym z ważnych zadań jest promocja kultury zdrowia, polegająca na kultywowania zdrowego stylu życia, jak również jego ochronie, w harmonii z otoczeniem i przy racjonalnym korzystaniu z usług służby zdrowia, na oddawaniu organów do przeszczepu oraz na chrześcijańskim podejściu do choroby, do procesu starzenia się i śmierci.

Ważna jest promocja wielostronnej opieki nad chorymi. Polega ona na leczeniu chorego, a nie choroby, na traktowaniu pacjenta jako człowieka, ze wszystkimi jego potrzebami w wymiarze somatycznym, psychologicznym, socjalnym, kulturalnym i religijnym. Przestrzeganie chrześcijańskiej bioetyki ma chronić człowieka przed różnymi formami agresji, wykorzystywania i manipulacji, zwłaszcza gdy jest on u początku swego życia, chory, psychicznie niesprawny lub bliski śmierci. Potrzebna jest znajomość zasad bioetyki, w szczególności w odniesieniu do takich zagadnień jak m.in. pigułki poronne, terapia genowa, traktowanie zarodków, klonowanie, opieka nad chorym terminalnym, eutanazja. Szczególnej opieki wymagają osoby zepchnięte na margines z powodu biedy, odrzucenia przez społeczność, samotności, zaawansowanego wieku, alkoholizmu, narkomanii, ludzi niesamodzielnych i przewlekle chorych. Kościół nie może ignorować tych osób, które wymagają jego szczególnej opieki. Współpraca powinna dotyczyć nie tylko takich czy innych patologii, ale również zapobiegania im.

W każdej społeczności chrześcijańskiej powinna istnieć grupa dbająca o zdrowie indywidualne i zbiorowe we wszystkich jego wymiarach: cielesnym i duchowym. Społeczność powinna mieć dobry kontakt z pracownikami opieki zdrowotnej, stawać po ich stronie, kiedy przeżywają trudności, interesować się ich problemami i po prostu opiekować się nimi. Taka duszpasterska opieka powinna być wyrażana w szpitalu, w domu, w instytucji i w parafii z okazji świątecznych i okolicznościowych, w przypadku

→

Praktyki wakacyjne – Tanzania 2006

(dokończenie ze str. 17)

przyrządy, szczepionki oraz leki i wyruszaliśmy w busz, aby tam roztoczyć opiekę nad kobietami ciężarnymi, dziećmi oraz nieść pomoc pacjentom, którzy nie mogą sami dotrzeć do lekarza. Nieraz zdarzało się, że trafialiśmy z pomocą w „ostatnim momencie” do chorych, którzy mogli już nie doczekać następnego dnia. Zasługą tych starań był prawie 100% wskaźnik dzieci zaszczepionych, oraz wysoki odsetek mam, u których wykryto patologie we wczesnym okresie ciąży.

Ważnym i trudnym zadaniem, za które również byliśmy odpowiedzialni, okazała się edukacja miejscowej ludności w aspekcie metod ochrony przed zakażeniem HIV oraz propagowanie wzorców zachowań prozdrowotnych, takich jak prawidłowa higiena i pielęgnacja dzieci, żywienie, ciąża. Oprócz bariery językowej, wielką trudnością było obalenie lokalnych stereotypów, wierzeń i wpływu tradycyjnej medycyny, która przynosi w wielu przypadkach więcej strat niż pożytku. Wielu chorób można by uniknąć przez położenie większego nacisku na edukację i zmianę poglądów, niwelując tym samym finansowe koszty późniejszej opieki nad chorym.

Jadąc do Tanzanii na trzy miesiące mieliśmy w sercach wielką nadzieję, że będziemy mogli pomóc innym, zmienić chociaż cząstkę świata na lepsze, uratować choć jedno istnienie. Rzeczywistość pokazała, że nie tylko my pozostawiliśmy po sobie ślad w Afryce, również Afryka wyryła swoje piętno w naszych sercach. Afryka zmieniła cząstkę nas, otworzyła nam oczy i skierowała na nowe horyzonty, nauczyła pokory i szacunku do drugiego człowieka. Pokazała nam wartość „być” przewyższającą zachodnie idee „mieć”.

Mam nadzieję, że praktyka ta pozostanie dla mnie nie tylko niezapomnianym wrażeniem lecz przede wszystkim lekcją życia i wyzwaniem do podejmowania nowych, większych zadań.

Mateusz Szaciłowski

choroby, wypadku lub śmierci pracownika czy członka jego rodziny. Duch solidarności, wzajemnego zrozumienia i pomocy, sprawiedliwości oraz pojednania winien towarzyszyć pracy klinicznej, pracy za biurkiem i przy wydawaniu decyzji administracyjnych. Pracownicy służby zdrowia, którzy udzielają nam pomocy, powinni ją też od nas otrzymywać, o ile są w potrzebie. Coraz więcej z nich żyje w stanie zawodowego „wypalenia się", ma trudności w pracy i poza miejscem pracy, nie ma czasu odpocząć, zajmować się rodziną, spotykać się z przyjaciółmi. Niezależnie od wszelkich innych form pomocy, społeczność chrześcijańska powinna ich otoczyć radą, ciepłem i życzliwością, pomóc im zwiększać ich zawodowe umiejętności, wzbogacać ich życie wewnętrzne przez interesujące spotkania, stwarzanie okazji do refleksji i modlitwy.

Trzeba pamiętać o tym, że **tzw. ewangelizacja sfery zdrowotnej nie może odbywać się bez współudziału pracowników służby zdrowia.** W tym miejscu podane są przykłady zbliżania społeczności do pracowników ochrony zdrowia w parafiach i szpitalach.

Wielu z pracowników ochrony zdrowia jest chrześcijanami, ale wg José Marii Rubio ich zaangażowanie w światowe problemy zdrowia jest niewielkie. Wiara chrześcijańskich pracowników ochrony zdrowia po części uważana jest za sprawę dotyczącą przeszłości, za folklor, za niestosowną dla obywateli krajów zaawansowanych, sprzeczną z wiedzą i praktycznym podejściem do życia, a nade wszystko za sprawę prywatną, nie wiążącą się ze społecznością. Są jednakże tacy, którzy wiarę w Boga traktują jako sprawę również dzisiaj aktualną i niezbędną, zwłaszcza dla społeczeństwa zdepersonalizowanego i zagubionego, jako postawę, wedle której uważa się, że życia nie należy przeżywać prywatnie, ale kształtować je w pokojowy i zaangażowany sposób, jakkolwiek daleki od fundamentalizmu.

Pracownik służby zdrowia żyje w świecie pomiędzy chorobą a zdrowiem, w świecie, w którym człowieka dotykają fundamentalne doświadczenia życiowe: narodziny, choroba, wyzdrowienie, śmierć. W czasie kiedy człowiek staje się bezsilny, powstaje pytanie o jego tożsamość w świecie przechodzącym stałe transformacje, mającym blaski i cienie, sukcesy i porażki. W tym świecie pracownicy służby zdrowia realizują drugą część misji ewangelizacyjnej, która wyrażona jest w wersecie: „I szedł On do Galilei nauczając w tamtejszych synagogach (...) i lecząc wszelkie choroby…" (Mt 4, 23). Uzdrawianie potwierdzało autentyczność misji Jezusa. Działanie pracowników służby zdrowia jest okazją do tego, aby świadczyć, że Bóg jest nie tylko „przyjacielem życia", ale i nadzieją zbawienia.

Pracownicy służby zdrowia winni przeto być „solą, światłem i dobrym zaczynem" społeczności. Ich działanie sprawia, że Kościół nie tylko jest obecny w świecie, ale jest miejscem, do którego można przyjść ze swoimi świeckimi sprawami, problemami, pytaniami, tak jak to zaleca Sobór Watykański II. Z drugiej strony, pracownicy służby zdrowia powinni dzielić się za społecznością kościelną dokumentami i deklaracjami, dotyczącymi problemów naukowych wzbudzających wątpliwości moralne.

Stowarzyszenie zrzeszające pracowników służby zdrowia (The Association of Christian Health-Care Professionals) jest wyrazem łączności i jedności Kościoła, realizującego się we wspólnych akcjach wzajemnej pomocy i ukierunkowywaniu misji apostolskiej. W dzisiejszych czasach trudno jest skutecznie działać w pojedynkę. Hiszpańskie Stowarzyszenie Pracowników Służby Zdrowia powstało w roku 1993. Jego celem jest włączenie ducha ewangelizacji do zawodowej pracy laikatu, stwarzanie okazji do refleksji i wzmacniania zaangażowania w pracy, wzajemna pomoc w rozumieniu chrześcijańskich zasad bioetyki, humanizacja opieki nad chorymi, obrona praw człowieka w zdrowiu i w chorobie, wykluczając jakąkolwiek dyskryminację. Stowarzyszenie działa poprzez okresowe spotkania, seminaria na poziomie lokalnym, diecezjalnym i państwowym, organizuje grupy zajmujące się określonymi zadaniami, wydaje kwartalnik pod nazwą PROSAC, rozsyła materiały informacyjne i szkoleniowe, współpracuje z innymi organizacjami zainteresowanymi sprawami zdrowia. Stowarzyszenie często stawia pytania o to, co pracownicy służby zdrowia mogą zrobić dla ochrony zdrowia; jak ich działanie daje świadectwo ich wierze; jak wspólnota chrześcijańska może pomóc w większym zaangażowaniu się w pracy zawodowej; jak można propagować działanie Stowarzyszenia.

Artykuł kończy wybór tekstów ewangelicznych dotyczących ochrony zdrowia.

Tłumaczył i streścił
Prof. Zbigniew Pawłowski

ROCZNICE:

- **30 października 2006 roku** obchodziliśmy 95 rocznicę urodzin dr Wandy Błeńskiej. Dzień później odbyła się uroczysta Msza św. zorganizowana przez Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" w intencji Jubilatki.

* * *

- **29 lipca 2006 roku** swoje 80 urodziny obchodził profesor Zbigniew S. Pawłowski, jeden z fundatorów, długoletni Przewodniczący Rady Fundacji „Redemptoris Missio". Z okazji tego jubileuszu odbyła się Msza św. i spotkanie w Ośrodku Akademickim nad Jeziorem Lednickim. Uroczysta sesja jubileuszowa z okazji urodzin profesora odbyła się podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej 2 października 2006 roku w sali wykładowej Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

* * *

- **Na rok 2006** przypada 15 rocznica powstania Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio". Fundacja powstała w 1992 roku w Poznaniu, w celu stworzenia profesjonalnego zaplecza dla polskich misjonarzy prowadzących działalność medyczną wśród najuboższych ludności krajów misyjnych. Od 1997 roku jest zrzeszona w Medicus Mundi International. Swoją działalnością obejmuje dziś kilkadziesiąt misyjnych szpitali, przychodni i punktów medycznych między innymi w Zambii, Tanzanii, Zairze, Rwandzie, Kenii, Kamerunie, Indiach, Gwatemali, Boliwii, na Papua Nowa Gwinea i w Kazachstanie.

POSŁUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA

Od Redakcji: Przeżywamy obecnie globalny kryzys zawodów medycznych. W numerze 60 „Dolentium Hominum" (20, 3, 2005, strony 48-60) ukazał się dość długi artykuł hiszpańskiego Biura Pastoralnej Opieki Zdrowotnej na temat pracowników ochrony zdrowia pt. „The heath-care professionals: we need them and they need us". Ostatnio mówi się wiele o pracownikach ochrony zdrowia w krajach misyjnych oraz u nas w kraju. Osoby zainteresowane zagadnieniem powinny zapoznać się z tym artykułem w całości. Poniżej podajemy tylko jego streszczenie.

„The heath-care professionals: we need them and they need us"

W Hiszpanii pracuje ponad milion pracowników ochrony zdrowia. Jest to zawód liczny, jakże niezbędny, a często niedoceniany. Wykonywany jest on w stałym stresie i stąd wymaga uznania, opieki i troski, szczególnie ze strony Kościoła. Artykuł, przeznaczony dla szerokiej rzeszy pracowników ochrony zdrowia, składa się z 3 części: pierwsza mówi o tym kim są pracownicy ochrony zdrowia; druga przedstawia relacje między społecznością chrześcijan a pracownikami ochrony zdrowia, a trzecia omawia rolę pracowników ochrony zdrowia i ich współpracę w Chrześcijańskim Stowarzyszeniu Pracowników Służących Zdrowiu. W końcu artykułu zawarte są wybrane teksty z nauczania Kościoła, dotyczące pracowników ochrony zdrowia i bogata bibliografia.

Pracownicy ochrony zdrowia są bardzo różnorodną grupą zawodową; należą do niej lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy, kapelani, technicy laboratoryjni, personel pomocniczy szpitali, pracownicy socjalni, farmaceuci, personel obsługi. **Wszyscy są równie ważni i niezastąpieni.** Artykuł przytacza ich wypowiedzi, dotyczące różnorodnych zadań i pracy na wielu stanowiskach: w ośrodku zdrowia, w klinice, w domu chorego, w zespole urazowym, na oddziale noworodków, w szkole medycznej, i jak wielu z nich pisze, „kochają swoją pracę". Zadania, jakie wypełniają, to zapobieganie chorobom i łagodzenie ich skutków oraz pomoc chorym. Pomoc ta – jak piszą – jest wielostronna i ma m.in. przynosić ulgę w cierpieniu, towarzyszyć choremu, uwzględniając jego osobowość i autonomię, pomóc w pokoju odejść z tego świata. To zadanie, wypełniane zwykle przez pielęgniarki, wymaga wysokich kwalifikacji, wsłuchiwania się w życzenia chorego oraz dużo taktu i szacunku dla cierpiącego. Ale też wymaga ono powołania, poczucia odpowiedzialności i wyrobionego poczucia etyki. Jeden z lekarzy pisze: „W czasie minionych kilku lat nie tylko ukończyłem moją specjalizacją, ale również nauczyłem się – tego czego mnie nie uczono – właściwych relacji do chorego, jak mu komunikować złą dla niego nowinę, jak towarzyszyć mu w bólu i radości, jak pocieszać tych, którzy pociechy potrzebują".

Jak podołać tym szczytnym zadaniom zawodowym w świecie, który jest w stanie stałych przemian technologicznych, socjalnych i kulturowych?

Artykuł podaje tu kilka rozwiązań:
- godzić specjalizację z całościowym spojrzeniem na chorego;
- przezwyciężać naukowy pozytywizm, który nie tłumaczy miłości, emocji, cierpienia, poglądów i wątpliwości chorego;
- widzieć śmierć jako nieuniknione zakończenie życia;
- być przygotowanym do właściwego informowania chorego, jego rodziny i otoczenia;
- zabiegać o umożliwienie każdemu korzystania z postępu medycyny;
- udzielać wysokiej jakości pomocy niezależnie od pochodzenia, kultury, religii i zwyczajów;
- starać się o środki zabezpieczające pomoc medyczną wysokiej klasy;
- poświęcać czas i pieniądze na to, aby podnosić własny poziom działania zawodowego, zarówno w sensie technicznym jak i ludzkim;
- uczciwie rozporządzać środkami, które społeczeństwo przeznaczyło na ochronę zdrowia; a w końcu
- brać udział w życiu społecznym, nie tylko zawodowym.

Jakie są potrzeby pracowników ochrony zdrowia?

W księdze Syracha (Syr 38, 12-13) powiedziano: „Sprowadź lekarza, bo jego też stworzył Pan; nie odwracaj się od niego, albowiem jest ci on potrzebny". Lekarze powinni być przekonani, że są potrzebni, wysłuchiwani, bliscy, pomocni i że pomaga się im żyć w spokoju i w zdrowiu. Cytowane są w tym miejscu wypowiedzi na temat trudnej sytuacji lekarzy: „Żyjemy w czasach kryzysu wartości, niepewności, obaw wynikających z głębokich zmian związanych z postępem wiedzy medycznej, z trudnościami w stosunkach lekarz-pacjent i w relacjach z instytucjami nas zatrudniającymi, a w końcu, związanych z wpływem na nasz zawód nowych dyrektyw administracyjnych, prawnych i politycznych".

Frustracja powoduje niemożność wykorzystania postępów wiedzy i technologii, a z drugiej strony bezsilność wobec społeczeństwa, które, w konkretnych nieuleczalnych przypadkach, żąda rzeczy niemożliwych. Mimo, że większość ludzi docenia nasz wysiłek, poczucie satysfakcji z naszej pracy stale się obniża.

Potrzebne jest zniesienie wielu przeszkód na drodze do właściwej pomocy chorym i ich rodzinom; neutralizacja krzywdzących opinii pacjentów, opinii, które są wynikiem raczej ułomności systemu ochrony zdrowia niż zaniedbaniem zawodowym czy „czarną" praktyką; wzmocnienie uczucia satysfakcji z wykonywanego zawodu stosowną gratyfikacją.

(dokończenie na str. 18-19)