

Bezpieczeństwo w szkole

Czy polskie szkoły są przygotowane na udzielanie pierwszej pomocy medycznej w sytuacji krytycznej?



dr Krzysztof Danielewicz



Security
in practice

Bezpieczeństwo w szkole

Czy polskie szkoły są przygotowane na udzielanie pierwszej pomocy medycznej w sytuacji krytycznej?

Opracował: Krzysztof Danielewicz

Niniejszy tekst jest fragmentem książki autora „Przeżyć szkołę, bezpieczeństwo w szkole teoria i praktyka”, Warszawa 2021 r.

Pomoc medyczna

Działania związane ze wsparciem medycznym należy rozpatrywać w trzech obszarach:

- > bieżące wsparcie zdrowia psychicznego uczniów polegające na identyfikacji zaburzeń psychicznych mogących przerodzić się w akty agresji,
- > treningi w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej dla nauczycieli i uczniów,
- > działania ratunkowe w przypadku tragicznego zdarzenia, jak np. *aktywny strzelec*.

Bieżące wsparcie zdrowia psychicznego uczniów

Już tylko na podstawie podanych w opracowaniu przykładów zamachów jasno widać, że w zdecydowanej większości napastnicy przejawiali oznaki zaburzeń psychicznych. Oczywiście nie można bezpośrednio łączyć zaburzeń psychicznych ze skłonnościami do przemocy, jednak mogą one być jednym z kilku istotnych symptomów, które mogą wymagać uważnej obserwacji i wsparcia ze strony specjalistów. W przypadku zaburzeń psychicznych nawet doświadczeni specjaliści nie są w stanie do końca ocenić możliwego przebiegu i konsekwencji zaburzeń.

Świadczy o tym choćby przykład Lanzy, sprawcy zamachu w Sandy Hook. Specjaliści w 2014 r. stwierdzili, że jego zaburzenia psychiczne ze spektrum autyzmu nigdy nie miały bezpośredniego wpływu na decyzję o zamachu na szkołę. Jego matka Nancy Lanza odrzuciła rekomendacje psychologów z Yale, że jej syn powinien być rygorystycznie leczony w związku z niepokojami i lękami. Zarówno nauczyciele, jak i rodzice przyczynili się do jego izolacji i nie

starali się temu przeciwdziałać¹. W przypadku zamachowca Cho z Virginia Tech niezależny specjalista psycholog Roy Crouse oceniał stan zdrowia Cho i oświadczył, że nie stwarza on dla siebie bezpośredniego zagrożenia. Psychiatra w szpitalu ocenił, że chłopak nie stwarza także zagrożenia dla innych osób i zalecił cykliczne konsultacje. Nie zebrał innych informacji dotyczących Cho². Z kolei zamachowiec z Krymu, pomimo deklaracji nienawiści do nauczycieli i zapowiedzi zemsty, bez problemu przeszedł badania psychologiczne i otrzymał pozwolenie na broń³. Po ataku na Krymie postanowiono stworzyć mobilne zespoły ds. wsparcia psychologicznego w szkołach, a także podjęto działania mające na celu wypracowanie lepszych rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa w szkołach⁴. Napastnik ze szkoły w Brześciu Kujawskim już w gimnazjum był zamknięty w sobie, podobno na własne życzenie został pobity przez kolegów. Podjął też pięć prób samobójczych. Do chwili zamachu przynajmniej osiem razy trafiał do szpitala psychiatrycznego⁵.

Diagnozowanie problemów psychicznych młodzieży jest bardzo trudne. Przykładowo huśtawka nastrojów jest typowym objawem zachowania nastolatków. Dodatkowo należy pamiętać, że mózg znajduje się na różnym etapie rozwoju w zależności od wieku. Diagnoza i leczenie młodzieży wymagają wiedzy z różnych obszarów oraz opieki psychologicznej, natomiast środki farmakologiczne odgrywają mniejszą rolę niż w leczeniu dorosłych. Zaburzenia w zachowaniu mogą być symptomem depresji, ale mogą być również niezależnym symptomem.

Biorąc pod uwagę ciągle rosnącą liczbę dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia psychiczne, nie tylko w Polsce, procent dzieci będących ofiarami jednej z form znęcania się rówieśniczego oraz problemy z dostępem do specjalistów psychologów i psychiatrów, można założyć wzrost przypadków agresji do najbardziej dramatycznych wydarzeń włącznie.

¹ *Sandy Hook killer Adam Lanza had paedophilic interest in children, FBI says*, 25.10.2017 r., <https://www.scmp.com/news/world/united-states-canada/article/2116867/sandy-hook-killer-adam-lanza-had-paedophilic>, dostęp: 04.05.2020 r.

² *Mass Shootings at Virginia Tech...*, s. 24–26.

³ *Стали известны детали биографии...*

⁴ Н. Сергеев, К. Миронова, В. Никифоров, *Свинцовая Керчь...*

⁵ *Strzelanina w szkole w Brześciu Kujawskim...*

Szkolenia i treningi w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej

Bardzo ważnym elementem zwiększającym przeżywalność w sytuacji bezpośredniego ryzyka utraty życia i zdrowia w szkołach jest przygotowanie personelu, a także części uczniów do udzielania pierwszej pomocy medycznej. Pomimo zakładanych 7 minut na przyjazd wykwalifikowanej pomocy, rzeczywisty czas reakcji będzie dużo dłuższy, o czym świadczą przytoczone w opracowaniu przykłady. Na przykładzie Polski widać, że praktykowany u nas system szkolenia jest całkowicie nieefektywny i oderwany od rzeczywistych zagrożeń i możliwego przebiegu tragicznego wydarzenia. W większości przypadków szkolenia uczniów i nauczycieli zawierają takie elementy, jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, założenie opatrunku na ranę czy pozycja boczna ustalona.

Według doświadczonego ratownika medycznego, żołnierza sił specjalnych, Łukasza Sikory⁶, ranni, których jesteśmy w stanie uratować, mają obrażenia kiedyś uważane za urazy typowe dla środowiska wojny. Współczesne zagrożenia związane z zamachem *aktywnego strzelca* narażają ludność cywilną na takie same urazy jakie zdarzają się na polu walki. Współczesne rozwiązania medycyny pola walki ze względu na potwierdzoną skuteczność znajdują zastosowanie w środowisku cywilnym. Kierunek, jaki został obrany ponad dwadzieścia lat temu przez amerykańskich żołnierzy dotyczący edukacji i wyposażenia w indywidualny sprzęt zabezpieczenia medycznego, skutecznie minimalizuje liczbę zabitych. Medycyna wojskowa wpisuje się w definicję Evidence Based Medicine – medycyny opartej na rzetelnych dowodach skuteczności.

⁶ St. chor. Łukasz Sikora „Sikor” – były operator Jednostki Wojskowej Komandosów w Lublińcu, gdzie spędził prawie 17 lat. „Sikor” jest drugim żołnierzem w historii polskich wojsk specjalnych, który ukończył zaawansowane szkolenie medyków sił specjalnych Special Operations Combat Medic w U.S. Army John F. Kennedy Special Warfare Center and School, JSOMTC, Fort Bragg. Jako pierwszy żołnierz polskich wojsk specjalnych brał czynny udział w tworzeniu i prowadzeniu pilotażowej edycji kursu „NATO Special Operations Combat Medic”, który jest obecnie standardem wyszkolenia medyków sił specjalnych koalicji NATO. Doświadczenie zdobywał w trakcie licznych misji bojowych w Iraku i Afganistanie, gdzie m.in. udzielał pomocy medycznej w warunkach polowych, w środowisku szpitalnym oraz w trakcie wielu ćwiczeń krajowych i zagranicznych, podczas których nadzorował i zarządzał polową działalnością medyczną w konwencjonalnym i niekonwencjonalnym środowisku wojennym. W trakcie jednej z operacji został dwukrotnie ranny. Jest licencjonowanym ratownikiem medycznym. Za wybitne czyny na polu walki został odznaczony w 2006 r. Orderem Krzyża Wojskowego. Przez 10 lat pełnił funkcję honorowego członka Kapituły Orderu Krzyża Wojskowego. Ponadto jest laureatem „Buzdygana”, prestiżowej nagrody miesięcznika „Polska Zbrojna”, którą otrzymał za działalność związaną z rozwojem medycyny pola walki w kraju i na świecie. Obecnie prowadzi szkolenia medyczne w firmie W.I.R SOF MED. Center.

W udzielaniu pierwszej pomocy poszkodowanym kluczowe jest prawidłowe postępowanie w trakcie „okna czasowego”, czyli 7–8 minut, których zespoły ratownictwa medycznego potrzebują na dotarcie do potrzebujących pomocy. W tym czasie pierwsi „ratownicy” i ich działania mają bezpośredni wpływ na zwiększenie przeżywalności. Aby te szanse były jak największe, należy skupić się na następujących stanach zagrożenia życia w podanej kolejności:

Masywne krwotoki 3⁷. Rany penetrujące, postrzałowe, cięte, klute czy szrapnelowe mogą się od siebie różnić pod kątem wielkości. Może być ich więcej, bo pociski często zostawiają ranę wlotową i wylotową. Sytuacja się komplikuje, jeżeli rany te znajdują się w obrębie kończyn lub tzw. miejsc przejściowych – okolice szyi, dołów pachowych, pachwin. W tych miejscach znajdują się duże naczynia krwionośne – ich uszkodzenie powoduje wystąpienie masywnego krwotoku, który jest stanem zagrożenia życia. Sposób postępowania polega na założeniu opasek uciskowych na kończyny, uciskaniu miejsc uciskowych na tętnicach, ucisku pośrednim oraz bezpośrednim lub pakowaniu silnie krwawiących ran (umieszczaniu w ranach specjalnych opatrunków, aby zatrzymać krwawienie). Dzięki temu ograniczamy wypływ krwi, by zapobiec wystąpieniu wstrząsu hipowolemicznego i zgonu.

Niedrożność dróg oddechowych 6’. Przyczyną może być wiele czynników, np. zaburzenia świadomości, trauma, ciała obce, obrzęk. Niedrożność może być częściowa lub całkowita. Sposób postępowania polega na zastosowaniu najprostszych rozwiązań mających utrzymać drożność dróg oddechowych. Należy ocenić poziom świadomości rannego, sprawdzić jamę ustną pod kątem obecności ciał obcych, a następnie zastosować w zależności od potrzeb: manualne udrożnienie dróg oddechowych oraz pozycjonowanie pacjenta.

Odma prężna 30’. W wyniku urazu, który może mieć charakter penetrujący (postrzał, uderzenie nożem) lub tępy (wybuch), istnieje wysokie ryzyko wystąpienia obrażeń, które mogą mieć negatywny wpływ na oddychanie. Odma prężna i narastające problemy oddechowe to bezpośredni stan zagrożenia życia. Kluczowe jest umiejętne zbadanie poszkodowanego pod kątem znalezienia ran penetrujących w okolicy klatki piersiowej i pleców, które należy jak najszybciej zabezpieczyć. Ważne jest także, by umieć ocenić podstawowe parametry życiowe, by móc zidentyfikować ten problem.

⁷ 3’ – czas, w którym może nastąpić śmierć. W wyniku masywnego krwotoku można umrzeć w ciągu trzech minut.

Jedną z najważniejszych spraw związanych z pierwszą pomocą są apteczki w placówkach oświatowych, które obecnie w większości nie są zbyt dobrze wyposażone. Przykładowe wyposażenie podstawowego pakietu medycznego „Trauma” jest tak skonfigurowane, aby umożliwić skuteczną pomoc w wymienionych stanach zagrożenia życia:

- > opaska uciskowa na kończyny x 1
- > gaza zrolowana wypełniająca x 2
- > opatrunek indywidualny x 1
- > opatrunek wentylowy x 1
- > nożyczki ratownicze x 1
- > rękawiczki diagnostyczne (M/L) 2 pary
- > instrukcja/karta uszkodzonego x 1
- > marker x 1

W sytuacji kryzysowej kluczowe są czas i szybkość działania. Dlatego należy zwrócić uwagę na potrzebę cyklicznego przeprowadzania szkoleń teoretyczno-praktycznych, którymi powinni zostać objęci wszyscy nauczyciele i pracownicy szkoły. W większości przedstawionych w opracowaniu zamachów rannych zostały dziesiątki osób, a czas potrzebny na przybycie specjalistycznej pomocy medycznej wynosił od około 10 minut do nawet kilkudziesięciu. Bez względu na liczbę ofiar i dramatyzm wydarzenia, należy założyć, że szkoła będzie zdana na własne siły przez kilkanaście do kilkudziesięciu minut. Liczba ocalałych będzie w takich sytuacjach w dużej mierze zależała od zdolności personelu szkoły do ratowania życia i zdrowia osób poszkodowanych.

Działanie w trakcie zdarzenia

Skuteczność działań służb medycznych w przypadku zamachu będzie zależała od kilku czynników – szybkości i prawidłowości otrzymania informacji przez służby medyczne, dostępności zespołu medycznego, odległości zespołu od szkoły i możliwości natychmiastowego wejścia do budynku w celu udzielenia pierwszej pomocy medycznej. W przypadku dużej liczby ciężko rannych może pojawić się konieczność skorzystania z lotniczego pogotowia ratunkowego.

W Kauhajoki atak rozpoczął się o godzinie 10.40. Mimo że pierwsze zgłoszenie do ERC miało miejsce o godzinie 10.43, to dopiero o godzinie 10.46 było wiadomo, o który konkretnie

budynek chodzi. W związku z dużą liczbą rannych, w szpitalach przygotowywano dla nich miejsce, przesuając planowane operacje. Pojawił się problem ze śmigłowcami ratowniczymi, które nie mogły wystartować ze względu na złą pogodę i dotarły dopiero około godziny 13.20⁸.

W Jokela o godzinie 11.43 ERC przyjęło zgłoszenie, że na korytarzu leży ranny uczeń, nikt nie zgłaszał strzelaniny, w związku z czym wysłano karetkę bez lekarza. Dopiero o godzinie 11.46 ustalono, że chodzi o strzelaninę i wysłano łącznie 12 karetek⁹.

W Virginia Tech funkcjonował zespół pierwszej pomocy w liczbie 38 osób. Zespoły ERC, które jako pierwsze przybyły na miejsce, musiały najpierw ustalić, kto żyje i komu można pomóc. W pomoc rannym i poszkodowanym zaangażowanych było 14 agencji, które wysłały 27 karetek pogotowia, łącznie 120 osób¹⁰.

W zamachu na Krymie rannych zostało 50 osób, ratownicy przybyli na miejsce po 10 minutach, jednocześnie brakowało miejsca w szpitalach¹¹. Według innych informacji, karetki przyjechały po 40 minutach, a w całym mieście były tylko 2–3 karetki¹².

Już tylko na podstawie tych przypadków jasno widać, że w sytuacji wtargnięcia do szkoły *aktywnego strzelca* lub eksplozji materiału wybuchowego, gazu czy innej niebezpiecznej substancji, przybycie pierwszej karetki zajmie przynajmniej kilkanaście minut, natomiast zapewnienie wystarczającego wsparcia dla wszystkich rannych będzie liczone w godzinach. Wszystko będzie zależało od odległości, w jakiej zespoły medyczne będą w danej chwili znajdowały się od szkoły, i ich dostępności.

Do chwili przyjazdu zespołów ratowniczych szkoła, bez względu na liczbę i stan rannych, będzie musiała poradzić sobie sama. Nie znaczy to, że placówki oświatowe nie są w stanie skutecznie ograniczyć liczby ofiar, jednak wymaga to od nich podjęcia działań

⁸ *Kauhajoki School Shooting on 23 September 2008...*, s.19–23.

⁹ *Jokela School Shooting on 7 November 2007...*, s. 14–19.

¹⁰ *Mass Shootings at Virginia Tech...*, s. 101–103.

¹¹ Н. Сергеев, К. Миронова, В. Никифоров, *Свинцовая Керчь...*

¹² A. Nemtsova, *The Crimea School Massacre Reminds Russians How Much Their Government Has Lied to Them*, „The Daily Beast”, 22.10.2018 r., <https://www.thedailybeast.com/the-crimea-school-massacre-reminds-russians-how-much-their-government-has-lied-to-them>

umożliwiających rannym przeżycie do czasu nadejścia wykwalifikowanej pomocy. Aby to było możliwe, powinny zostać podjęte kroki w dwóch obszarach. Pierwszy to przeszkolenie dużej liczby nauczycieli i uczniów w udzielaniu pomocy przedmedycznej na odpowiednim poziomie. Szkolenia powinny objąć zasady postępowania w wypadku ran powstałych w wyniku eksplozji czy postrzału. Drugi obszar to odpowiednie wyposażenie szkoły. Dodatkowo, co pokazuje przypadek z Brześcia Kujawskiego, dobrze wyposażona apteczka medyczna powinna znajdować się w każdej sali lekcyjnej. Ranna woźna została wprowadzona do zabarykadowanej sali lekcyjnej, gdzie opatrywano jej rany za pomocą podręcznych materiałów jak chusteczki czy kawałki materiału. W przypadku cięższych ran i konieczności pozostania w sali przez dłuższy czas, ranna osoba by zmarła, a jej ciało musiałoby zostać w pomieszczeniu do czasu przybycia policji; taka sytuacja spowodowałaby dodatkowe urazy psychiczne u dzieci.

Należy też nadmienić, że wiedza z zakresu udzielania pierwszej pomocy jest niezwykle cenna nie tylko w warunkach zagrożenia, ale także w życiu codziennym.