



## PRAKTYKA SZPITALNA A PRACA NA LINII FRONTU. O KSIĄŻCE ANNY WACŁAWIK „LEKARZE. WALKA O ŻYCIE”

Hospital practice versus work on the front line.  
About Anna Waclawik's book „Lekarze. Walka o życie”



Weronika Cieplińska<sup>1</sup>, Robert Tomaszewski<sup>2</sup>

1. Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska
2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Polska

Weronika Cieplińska –  0009-0000-2451-4354

Robert Tomaszewski –  0009-0000-0225-538X

### Streszczenie

Książka Anny Waclawik jest ważnym, wartym polecenia dokumentem pokazującym wojenną odstonę pracy polskich cywilnych lekarzy na linii frontu w Ukrainie. Seria wywiadów z lekarzami pokazuje, jak umiejętności specjalistów, wcześniej zdobyte w warunkach polskich szpitali, na ukraińskim froncie muszą być szybko uzupełnione o elementy, jakie narzuca wojna: umiejętność działania bez nowoczesnego sprzętu, w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia.

### Abstract

A book by Anna Waclawik entitled “Doctors. Fight for Life” is an important document worth recommending, showing the wartime work of Polish civilian doctors on the front line in Ukraine. A series of interviews with doctors shows how the skills of specialists, previously acquired in Polish hospitals, must be quickly supplemented with elements imposed by war, such as the ability to work without access to modern equipment, under direct life threat.

**Słowa kluczowe:** PTSD, wojna, praktyka szpitalna

**Keywords:** PTSD, war, hospital practice

DOI 10.53301/lw/188535

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.04.2024

Zaakceptowano do druku: 10.05.2024

### Autor do korespondencji:

Weronika Cieplińska  
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny  
w Białymstoku, Białystok  
e-mail: cieplinskaweronika7@gmail.com

### Wstęp

Książka Anny Waclawik „Lekarze. Walka o życie” [1] ukazała się w październiku 2023 r. i jest zapisem wywiadów przeprowadzonych przez autorkę wśród lekarzy i ratowników medycznych, którzy ochotniczo wyjechali do Ukrainy, by ratować i leczyć ofiary działań wojennych. Dokument przedstawia aktywność polskich lekarzy na linii frontu, prezentuje ich pracę w warunkach polowych, bez nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, pod ostrzałem, wśród rannych żołnierzy i cywilów.

Choć Polska jest krajem, w którym – jak wynika z najnowszego raportu OECD – dostępność usług medycznych oraz wydatki państwa na szeroko pojętą ochronę zdrowia nie są wysokie [2], nieustannie toczy się debata o potrzebie zmian i poprawy sytuacji, a szpitale stale ubiegają się o większe finansowanie i doposażenie [3–5], warunki pracy lekarzy na terenach objętych wojną okazują się prawdziwym wyzwaniem.

Anna Waclawik tak pisze o swoim pomysłcie na zebranie wywiadów wśród polskich medyków w Ukrainie: „Chciałam zobaczyć, jak wygląda MEDEVAC (ang. *medical evacuation*) – medyczna ewakuacja w kraju, gdzie toczy się wojna, snajperzy strzelają do lekarzy, najeźdźcy mordują kobiety i dzieci, a na odchodnym zostawiają granaty w kuchennych szafkach” (s. 8).

### Warunki pracy

Warunki pracy lekarzy, którzy wyjechali na tereny objęte wojną, często znacząco różnią się od komfortu, jaki dawała im dotychczasowa praca w szpitalach. Pracująca przy opatrywaniu rannych w punkcie stabilizacyjnym i uczestnicząca w transportach żołnierzy do takich punktów Justyna Jaszczuk tak opowiada o wyposażeniu, jakie było dostępne: „W Ukrainie pracowałam w karetce, w której wszystko latało na wertepach, i miałam do dyspozycji ograniczoną ilość leków, które musiały wystarczyć na długo... To znaczy, że jest to możliwe. A kiedy wracam

w Polsce do szpitala, czuję, że bawią mnie problemy typu: »daj mi inną łopatkę do laryngoskopu, bo to zły rozmiar«” (s. 113).

Piotr Wolak, chirurg z Krakowa, tak opisuje wyposażenie, jakim dysponowali lekarze w punktach stabilizacyjnych w Donbasie: „prymitywny aparat USG, nasze ręce i słuchawki – to były trzy narzędzia diagnostyczne, którymi dysponowaliśmy. Na tej podstawie podejmowaliśmy decyzje kliniczne. Nie mieliśmy dostępu do nowoczesnej diagnostyki obrazowej typu tomografia czy rezonans, co jest możliwe od ręki w większości SOR-ów. [...] Natomiast jeśli chodzi o sprzęt zabiegowy – był wystarczający do wykonywania operacji w zakresie jamy brzusznej i klatki piersiowej, operacji ratujących życie żołnierzy i stabilizujących ich stan” (s. 176).

### Rodzaje obrażeń wśród rannych

Rany na polu walki są inne niż te, z którymi lekarze zetknęli się podczas pracy w polskich szpitalach. Choć również w warunkach pokoju zdarzają się rany postrzałowe, są one relatywnie rzadkie [6]. „Obrażenia bojowe to zupełnie inna specyfika obrażeń niż rany postrzałowe odniesione w warunkach cywilnych – opowiada Piotr Wolak. – To jest wieloaspektowe. Po pierwsze, poza nielicznymi wyjątkami w Polsce mamy do czynienia z postrzałami z broni krótkiej lub czarnoprochowej, natomiast w warunkach wojny w Ukrainie dominują rany odłamkowe. Powstają, gdy ładunek – służący w żargonie wojskowym do »zwalczania siły żywej« – po eksplozji rozpryskuje się na kilkaset małych elementów. [...] Odłamek tego rodzaju ma jednak wystarczająco dużą energię, by spenetrować jamy ciała – klatkę piersiową czy brzuch. Takie obrażenia zwykle nie zabijają od razu, ale powodują uszkodzenia narządów wewnętrznych i jest określony czas, w którym ranny musi trafić do szpitala, aby miał szansę przeżyć” (s. 179–180).

W warunkach wojennych większość pacjentów ma rany bojowe, najczęściej odłamkowe, stają się one codziennością. Niektórym polskim lekarzom sceny rozgrywające się w punktach stabilizacji i szpitalach przypominają oglądane kiedyś filmy o II wojnie światowej. „Ciężsi wjeżdżają na noszach, zakrwawione, podarte mundury, ktoś jest nieprzytomny [...] wyrwany kawałek ciała gdzieś z tyłu uda. Wszystko dzieje się tu bardzo szybko. [...] Wielu żołnierzy to ofiary barotraumaty – to skutek siły i huku po uderzeniu pocisku. Mają porażone bębniaki, uszkodzony słuch, neurologiczne obrażenia wynikające z siły odrzutu” (s. 64–65).

Ratując rannych, nawet doświadczeni lekarze muszą opłacać nowe umiejętności, opatrywać obrażenia, z którymi się nigdy wcześniej nie zetknęli w szpitalach cywilnych podczas swojej codziennej pracy. Opowiada o tym Justyna Jaszczuk, anestezjolog dziecięcy, opisując, czego się musiała nauczyć: „Szybszej oceny pacjentów, ich stanu ogólnego. Nabrałam doświadczenia w innych czynnościach, wykonywałam procedury, których nie robię w Warszawie: zakładanie opatrunków hemostatycznych na rany postrzałowe, na rany penetrujące klatkę piersiową, wyciąganie odłamków. Uczyłam się też robić blokady splotów nerwowych. Zawodowo jest to z mojej perspektywy nowe, przydatne doświadczenie” (s. 94).

### Praca pod ostrzałem

W warunkach wojennych lekarze pracują również pod ostrzałem. Na pytanie Anny Wacławik, jak się pracuje, gdy słychać ostrzał, Justyna Jaszczuk odpowiada: „[Był ostrzał] blisko linii frontu. To jak odgłosy burzy, na które po chwili przestajesz reagować” (s. 128). „Wieczorami zaczynało się piekło – wspomina Piotr Wolak – Tak wyglądała sytuacja na froncie w Donbasie [...] wtedy ostrzały rozpoczynały się z nadejściem zmroku” (s. 190).

Lekarze otwarcie mówią też o celowanych atakach na placówki medyczne i lekarzy. „Lekarze to dla Rosjan cele równie ważne jak HIMARS-y (M142 High Mobility Artillery Rocket System – system artylerii raketowej wysokiej mobilności) – opowiada Wolak. – Konwencje [7, 8] zabraniają ostrzału medyków. Natomiast konwencje na wojnie można włożyć między bajki. [...] Wyeliminowanie medyka z pola walki powoduje, że nie może udzielić pomocy wielu rannym żołnierzom, oni nie mają szans na przeżycie” (s. 196).

### Stres i PTSD

Trudne do porównania do warunków cywilnych sytuacje, w których lekarz pracuje podczas ostrzału, powodowały ogromny stres. Pomimo świadomości zagrożenia własnego życia i zdrowia, wielu lekarzy prowadziło operacje, wypierając myśli o niebezpieczeństwie. Skutki tego stresu pozostają jednak na długo.

Piotr Wolak mówi o powracających, śniących mu się po nocach obrazach niemocy, powodowanych bezradnością, brakiem czasu i warunków do ratowania rannych, presją wyboru kogo ratować w pierwszej kolejności, rezygnacji z działań w przypadkach beznadziejnych. „Angażowanie się w ich ratowanie było bezcelowe w warunkach ograniczonych zasobów sprzętowych i kadrowych. Jeśli ktoś wierzy w piekło, to wyglądało ono dokładnie tak: krzyki, cierpienie, ciemność, błaganie, krew, pot, łzy, błoto i beznadzieja” (s. 187).

Na pytanie Anny Wacławik, czy cierpią na PTSD (*post-traumatic stress disorder* – zespół stresu pourazowego), lekarze potwierdzają, że mieli objawy, choć często nie od razu po powrocie z Ukrainy, a z opóźnieniem, nawet po kilku miesiącach. Takie sytuacje, jak odgłosy z miejsca budowy kojarzące się z pracą artylerii przeciwlotniczej czy włączona syrena z pobliskiej remizy, przywołująca wspomnienia alarmu powietrznego w Ukrainie, powodowały „dyskomfort, nieprzyjemne uczucie niepokoju, pobudzenie, zdenerwowanie”. „Ta syrena wywołała u mnie najbardziej nasiloną reakcję somatyczną, z kołataniem, uczuciem braku powietrza. I nawet się złapałem na tym, że przykucnąłem pod ścianą w taki sam sposób, jak w tym schronie” (s. 204) – opisuje Piotr Wolak, który przyznaje też, że skorzystał z pomocy psychologa, aby uporać się z PTSD.

Konfrontowanie się w warunkach wojennych zarówno z bezpośrednim zagrożeniem, jak i ogromem ludzkiego cierpienia, w tym śmiercią cywilów i dzieci, wymaga nie tylko dużej odporności psychicznej, ale też poradzenia sobie z obrazami, które wryły się w pamięć, umiejętności zdystansowania się od realiów wojny.

## Podsumowanie

Książka Anny Waclawik jest ważnym, wartym polecenia dokumentem pokazującym wojenną odsłonę pracy cywilnych lekarzy. Ukazuje, jak umiejętności specjalistów, które do tej pory nabyli w warunkach polskich szpitali zlokalizowanych w ich miejscach zamieszkania, choć niezbędne i bardzo przydatne, muszą być szybko uzupełnione o elementy, jakie narzuca wojna: praca bez nowoczesnego sprzętu, działanie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, odporność na traumę.

## Piśmiennictwo

1. Waclawik A. Lekarze. Walka o życie. Kraków, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, 2023
2. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
3. Kludacz M. Problem dostępności zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. *Economics and Management*, 2015; 1: 9–31. doi: 10.12846/j.em.2015.01.01
4. Koczor G. Czy zmiany w procesach mogą uzdrowić polską służbę zdrowia? *Menedżer Zdrowia*, 2020; 1: 66–66
5. Lurka K, Sygut-Mirek M. Konieczny reset systemu – rozmowa z wiceministrem zdrowia Wojciechem Koniecznym. *Menedżer Zdrowia*, 2024; 1: 8–12
6. Ptaszyńska-Sarosiek I, Filimoniuk K, Cwalina U, Niemcunowicz-Janica A. Review of fatal gunshot cases in the files of the Department of Forensic Medicine in Białystok, Poland, in the years 1964–2015. *Arch Med Sadowej Kryminol*, 2016; 211–219
7. Marszałek PK. Międzynarodowe prawo humanitarne konfliktów zbrojnych. *Dokumenty*. Warszawa, C.H. Beck, 2019
8. Kroplewski J, Skelnik K. Międzynarodowe Prawo Humanitarne Konfliktów Zbrojnych w praktyce. Warszawa, CeDeWu, 2021