

ЭТИЧЕСКИЕ (МОРАЛЬНЫЕ) АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ ПОМОЩИ

MORAL ASPECTS OF TRAINING EMS PERSONNEL

УДК 61:174-057.16

DOI: 10.15372/PEMW20160411

Стефан Констанчак

*Зеленогорский Университет, Зелена Гора, Польша,
e-mail: S. Konstanczak@ifil.uz.zgora.pl*

Аннотация: В данной статье автор делает попытку исследовать важнейший этический и моральный аспект, стоящий перед специалистами службы скорой помощи. Каждому человеку может потребоваться помощь, это услуга универсальная и помощь предоставляется настолько быстро, насколько это возможно. Все это требует того, чтобы персонал службы скорой помощи обладал необходимыми моральными и этическими качествами, которые в то же время являются необходимой составляющей психологической нагрузки.

Ключевые слова: персонал службы скорой помощи, медицинская этика, образование, критическая ситуация в медицине, принятие этических решений.

Для цитаты: Стефан Констанчак. Этические (моральные) аспекты подготовки персонала скорой помощи // Профессиональное образование в современном мире. Т. 6. № 4. 2016. С. 650–657.
DOI: 10.15372/PEMW20160411

Stefan Konstanczak

Institute of Philosophy, University of Zielona Gora, Zielona Gora, Poland, e-mail: S. Konstanczak@ifil.uz.zgora.pl

Abstract: In this article the author introduces the most important moral dilemmas which the Emergency Medical Services (EMS) face. Since everybody may be in need of emergency medical service, it is important that such a service is universal and help is provided as quickly as possible. This requires that EMS personnel possess particular moral qualifications which at the same time constitutes a great psychological burden

Keywords: Emergency Medicine (EMS), ethics of medicine, education, critical situations in medicine, moral decision

For quote: Stefan Konstanczak [Moral aspects of training ems personnel]. *Professionalnoe obrazovanie v sovremennom mire = Professional education in the modern world*, 2016, Vol. 6, no. 4. pp. 650–657 (in Russ).
DOI: 10.15372/PEMW20160411.

Введение. Медицина скорой помощи имеет долгую историю, хотя и организована в особую службу медицинской помощи всего 120 лет назад. Согласно имеющимся данным, профессиональная скорая медицинская помощь берет свое начало в Вене в 1881 году после катастрофического пожара в Венском театре комической оперы. Служба была названа Венское добровольное спасательное общество (Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft) и может рассматриваться как самая первая услуга профессиональной скорой медицинской помощи. Спустя год существования данной службы студенты медицинских факультетов в Вене приступили к практическим стажировкам в этом обществе. Уже 2 мая 1883 года состоялся первый срочный вызов службы, а спустя два года открылась вторая служба скорой медицинской помощи. К концу 1889 года успешно функционировала централизованная система оперативного лечения 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Именно это время можно считать началом стремительного развития службы скорой медицинской помощи во многих городах Европы и США перед Второй мировой войной.

Современная система службы скорой медицинской помощи Польши, на основе которой проведен анализ в статье, соответствует мировым требованиям (мировой модели), предъявляемым к скорой медицинской помощи, однако содержит свои специфические характеристики, которые становятся очевидными особенно при подготовке квалифицированного персонала.

Критическая ситуация в медицине. Кризис может произойти в любой области общественной жизни. Это относится и к медицинским услугам, основной целью которых является оказание медицинских услуг нуждающимся в них людям, т.е. непосредственно тем людям, которые самостоятельно обращаются за помощью к специалисту. Однако, количество пациентов, которые не могут обратиться за помощью в экстренном порядке, увеличивается, так как люди не всегда вовремя ощущают потребность в медицинской помощи. Это и есть критическая ситуация, так как человек, находясь в такой ситуации, не в состоянии позаботиться о себе, о своей безопасности и соответственно не может получить необходимую медицинскую помощь. Когда люди осознают опасность, с которой они могут столкнуться, они стараются этого избежать. Однако, когда безопасность связана со здоровьем, ни один человек не может самостоятельно прогнозировать внезапное заболевание. Врач или медсестра также могут оказаться в критической ситуации, в которой их жизнь зависит от разумного поведения других людей. Критические моменты жизни имеют схожие характеристики, которые и подтолкнули к созданию службы скорой медицинской помощи. «Каждый кризис можно охарактеризовать 3 элементами: внезапность и невозможность прогнозирования, временный характер и влияние на функционирование системы» (Bankowicz, 1999, с. 119). Скорая медицинская помощь является универсальной структурой, обеспечивает непрерывное функционирование и в независимости от внешних факторов должна представлять интерес для всех представителей медицинской профессии. Универсальность системы подтверждается тем фактом, что каждый гражданин может выполнить хотя бы некоторые задачи этой системы.

Цель скорой медицинской помощи – защитить самые важные ценности человека, а именно жизнь и здоровье. Чувство долга (по переводу – чувство собственного достоинства) должно побуждать людей помочь другому человеку в критической ситуации. Неспособность «зевак», жизни которых ничего не угрожает, прийти на помощь человеку, находящемуся в критической ситуации, – серьезное преступление, которое преследуется по закону. Обязанность каждого члена общества прийти на помощь тем, кто в ней нуждается. Неспособность или отказ в предоставлении помощи, которая является серьезной необходимостью, демонстрирует человека с низкими моральными качествами. Таким образом, скорая медицинская помощь является универсальной и эффективно функционирует, как в случаях оказания помощи пострадавшим в автомобильных авариях. Однако случается так, что непрофессиональная помощь пострадавшим может только усугубить ситуацию и причинить вред здоровью и жизни человека. Законодательство учитывает это и медицинская помощь пострадавшим в авариях на дороге не нужна при условии, если от нее больше вреда, чем пользы. Однако это никоим образом не относится к медикам и другим квалифицированным медицинским работникам.

Эти особые требования следуют из необходимости персонала медицинской скорой помощи быть квалифицированным на максимально высоком уровне. Работа службы скорой медицинской помощи часто подразумевает сосредоточение на повседневных ситуациях, таких как аварии на дороге, где скорость реагирования и навыки спасения человеческой жизни являются основными и первичными, тогда как навыки лечения людей не столь важны. Ситуации, с которыми сталкивается служба скорой медицинской помощи, настолько обширны и разнообразны, что спасение пострадавших зависит от правильной оценки состояния здоровья пострадавшего и оказанного лечения.

Задачей службы скорой медицинской помощи является оказание интенсивной помощи (интенсивной терапии) в критических ситуациях. Чтобы подчеркнуть это, используют термин «аварии и чрезвычайные ситуации» (приемное отделение скорой помощи). Эта служба не ставит своей целью работу с типичными и прогнозируемыми ситуациями и используется только в случае, когда такие ситуации возникают. Критическая ситуация, требующая вмешательства службы скорой медицинской помощи, возникает, когда наблюдается ухудшение здоровья человека или группы людей, и когда обычные медицинские учреждения не могут помочь. Обычная медицинская помощь ненадежна и очень важно отойти от нее, чтобы помощь стала эффективной. Такая помощь должна оказываться моментально и, как правило, за пределами медицинских учреждений. Служба скорой медицинской помощи предназначена для ситуаций, когда наблюдается острая нехватка времени, информации и имеющихся в распоряжении ресурсов. Ввиду высоких амортизационных издержек использование службы скорой медицинской помощи не по назначению – губительно для общества и человек, нуждающийся в экстренной и неотложной медицинской помощи несет

за это юридическую и финансовую ответственность. Таким образом, общество заинтересовано в том, чтобы граждане имели минимальные знания для того, чтобы оценить, нужна ли им или окружающим скорая медицинская помощь. Более того, граждане должны иметь базовые навыки оказания медицинской помощи, которые они могут успешно применять для себя или других людей в случае такой необходимости.

Поскольку каждый вызов скорой помощи является критической и чрезвычайной ситуацией, медицинский персонал должен принимать чрезвычайные меры безопасности для обеспечения безопасности и себя и окружающих. Существует один обязательный фундаментальный принцип, которому необходимо следовать, – это чувство морального человеческого долга: «Во время экстренного вызова безопасность каждого члена службы скорой помощи (спасательная бригада) должны быть обеспечены повсеместно» (Styka, Piechocki, 2003, с. 117).

Принятие моральных решений в экстренных ситуациях. Экстренные ситуации, требующие скорой медицинской помощи, часто подразумевают автомобильные аварии и несчастными случаями на производстве. Большинство этих случаев вызвано ошибками самих пострадавших. При оценке ситуации, пациент становится жертвой своей же ошибки или ошибки других людей. Безусловно, это не отменяет необходимость оказания первой медицинской помощи, но это становится первым показателем для бригады спасателей, в какой степени пациент может содействовать оказанию помощи до полного и быстрого выздоровления. Сложно ожидать какого-либо разумного сотрудничества от человека, совершающего элементарные ошибки и подвергающего свою жизнь опасности, в результате чего могут возникнуть серьезные осложнения со здоровьем. Кроме того, персонал службы скорой медицинской помощи не должен доверять правильности постановки диагнозов самими пациентами.

Один из навыков, необходимых персоналу службы скорой медицинской помощи, – это умение оценить состояние здоровья пострадавшего при наличии ограниченной информации настолько точно и в полном объеме, насколько это возможно. Это также предполагает приоритетность вызовов скорой помощи, когда помощь не может быть оказана всем, например, в период инфекций или эпидемий (по переводу – в занятой или напряженный период). Диспетчеры службы скорой помощи также должны быть квалифицированы. Когда нет в наличии необходимых ресурсов для помощи всем пациентам одновременно, на первый план выходит компетенция диспетчера скорой помощи, от которой зависит, выживет ли пациент или нет. В этом случае проблемой становится то, что неоказание помощи даже дистанционно (по телефону) значительно больший риск для пациента, чем неправильная рекомендация как поступить в том или ином случае. Диспетчер службы скорой помощи должен помочь звонящему, не навредить его состоянию, а также дать рекомендации по оказанию первичной медицинской помощи. Следовательно, он обязан предоставить «обратившемуся как обращаться с пациентом: положение пациента, поддержание тепла (температуры тела пациента), сохранение хладнокровия и самообладания, остановка кровотечения, обеспечение жидкостью и сахаром, разблокировка дыхательных путей, немеханические способы реанимации и т.д.» (Styka, Piechocki, 2003, с. 116). Не предпринять такие действия является аморальным, поэтому диспетчеры службы скорой помощи инструктируют обратившихся и объясняют необходимость предпринимаемых действий. Время, потраченное на оказание необходимой помощи и выполнение необходимых действий, невероятно важно, так как от него зависит жизнь пациента.

Для того, чтобы подчеркнуть важность начала лечения, в неотложной медицинской помощи используется термин «золотой час». Этот термин используется также в других научных областях (контекстах), например, для описания самого высокого потенциала (наивысшей работоспособности) человека в течение дня. Однако, речь не всегда идет о 60 минутах. В неотложной медицине под «золотым часом» понимают промежуток времени между полученной травмой и началом ее лечения. Только в этот период помощь пациенту будет наиболее эффективной, тогда как после этого промежутка времени будет уже поздно. Таким образом, время для лечения пациента должно определяться этим термином. Это также достаточный период времени для оказания помощи, время, данное персоналу скорой помощи на выполнение необходимых мер по спасению человеческой жизни и медицинских процедур. С точки зрения пациента, очень важно, чтобы время, потраченное на ожидание помощи, не было потрачено впустую, так как большинство смертей, произошедших до приезда бригады скорой помощи, вызваны тем, что никто не начал спасательные процедуры

вовремя. «Золотой час» – неизмеримый и необратимый отрезок времени, время, измеряемое только внутренними часами каждого отдельно взятого человека, время, которое известно только телу и организму, время, из которого мы можем извлечь пользу и остановить обратный отсчет – предотвратить смерть пациента. Это также время, которого может оказаться слишком мало. Это время дается пациенту и персоналу скорой помощи с самого начала произошедшей аварии (несчастного случая), время, которое может остановиться в любой момент, которого зачастую слишком мало и мы должны действовать быстрее, чтобы дать пациенту еще один шанс и оказаться способными помочь пострадавшему. Тогда это время становится золотым. Это время измеряется уровнем процессов, происходящих в организме пострадавшего. Чем серьезнее травма, тем ближе смерть” (Brongel, 2007). Лечение, начатое как можно раньше, берет верх над страхом совершить ошибку.

Персонал службы скорой помощи должен знать о существующих опасностях при работе с пострадавшими в дорожно-транспортных происшествиях или катастрофах. Защитная одежда и стерильные условия необходимы, так как не только пациенты имеют различные открытые раны с быстро проникающей инфекцией, но также и потому, что персонал службы скорой медицинской помощи должен защищать себя от возможных биологических и химических опасных факторов. В таких условиях нет возможности демонстрировать доверие к пациенту или вступать в коммуникативный контакт с ними, так как комплекс эффективных мер по спасению человека должен быть оказан в кратчайшие сроки. Даже можно сказать, что невозможность соблюдать тщательную гигиену – это не только нарушение профессиональных принципов, но и моральное преступление против остального персонала службы скорой медицинской помощи.

В неотложной медицине особо остро стоит проблема оказания допустимых вынужденных мер в отношении пациентов. Зачастую персонал скорой помощи работает с людьми, находящимися в состоянии шока, нарушенным восприятием, психически больными, находящимися в состоянии алкогольного (либо наркотического) опьянения, или которые представляют угрозу окружающим (например, несоблюдение элементарной гигиены). Это также могут быть жертвы несчастных случаев с самоповреждениями или жертвы террористических актов. Не играет роли, в какой степени персонал скорой помощи не имеет намерения оказать насильственное принуждение к лечению, они изначально этому подвержены. Поэтому спасатели скорой помощи не должны сомневаться в необходимости принуждения к оказанию первой помощи, если ситуация требует этого. В обязанности персонала скорой помощи не входит борьба с самим пациентом, но в то же время они не могут позволить агрессивному настроенному пациенту принести ущерб машине скорой помощи и ее экипажу или оборудованию в приемном отделении больницы. Всегда нужно принимать необходимые меры ограничить или исключить агрессию пациента до того, как его поместят в машину скорой помощи или доставят в приемное отделение больницы. В таких ситуациях разумно обратиться за помощью полиции или родственников пострадавшего. Личная свобода всегда может отступить на второй план ради блага и общей безопасности. Человеческое достоинство должно уважаться в полной мере, если это не представляет риска для окружающих или самого пациента.

Без сомнения, связь с родственниками внезапно умершего человека является непростой задачей для сотрудников службы скорой помощи. Естественные эмоциональные реакции, такие как отчаяние и тоска по умершему (по переводу – жертве), могут спровоцировать «деструкцию психологических функций» (Kokoszka, 2003, с.7). Для персонала службы скорой медицинской помощи очень важно найти оптимальный психологический баланс для выполнения своих профессиональных обязанностей. Работа в службе скорой медицинской помощи связана с постоянными тяжелыми случаями и проблемами здоровья. Смерть пациента здесь случается гораздо чаще, чем в любом отделении больницы. По этой причине чрезмерное сочувствие к пациентам и их родственникам является препятствием к выполнению своих обязанностей. Следовательно, эта работа требует наличие различных психофизических способностей в отличие от других работников медицины.

Однако, способность оставаться хладнокровным в критических ситуациях не должно означать какое-либо равнодушие к человеческим трагедиям. Персонал службы скорой помощи не обязан оказывать психологическую помощь родственникам погибшего, но не должен оставлять людей в депрессии предоставленным самим себе. Человек в состоянии траура также становится пациентом и, если один профессионал не может ему помочь, в таком случае необходимо вызвать другого специалиста.

Заключение. Ситуации, требующие проведения вышеперечисленных процедур, случаются очень редко, но всегда являются своеобразным тестом на моральное состояние службы скорой медицинской помощи. Приоритет человеческой жизни, убеждение, что каждая человеческая жизнь, находящаяся в опасности, должна быть спасена, оказывает невероятное моральное давление, так как требует применения на практике теории наименьшего зла. В такой ситуации положительный результат – это сделать все возможное и наиболее оправданное с точки зрения ресурсов и внимания к пациенту.

Постоянно имея дело со смертью и принимая решения по спасению людей, персонал службы скорой помощи несомненно несет тяжелую психологическую нагрузку. Все медицинские профессии связаны с такими стрессовыми ситуациями, но служба спасения скорой помощи особенно, так как они работают в условиях острой нехватки времени. По этой причине необходимо, чтобы персонал службы спасения скорой помощи усел работать в сложных и чрезвычайных ситуациях. Они также должны изучать расслабляющие техники. Еще одной задачей персонала скорой помощи является забота о собственном психологическом состоянии, так как оно определяет эффективность принимаемых мер в сложных ситуациях. Это их моральный долг. Сами работники службы скорой помощи указывают, что они могут контролировать свое психологическое состояние с помощью особых мер (Woloszyn, 2007, с. 93). Существуют точные алгоритмы для сложных ситуаций, которых стоит придерживаться, чтобы успешно выполнить поставленные задачи в условиях нехватки времени, возможностей и ресурсов. Ошибка – не худшее моральное преступление, неспособность принять какие-либо меры и бездействие являются наибольшей ошибкой. К счастью такие ситуации очень редко случаются в оказании неотложной помощи.

MORAL ASPECTS OF TRAINING EMS PERSONNEL

Introduction. Emergency Medicine has a long history, although as an organised medical help system for emergencies it is just over 120 years old. The professional emergency medical service was reportedly started in Vienna in 1881 after a disastrous fire at the Vienna Ringtheatre. Called the *Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft* (Vienna Voluntary Rescue Society), it can be regarded as the first professional emergency medical service (EMS) in the world. Already, after one year in existence, Viennese medical students began their apprenticeship there. On 2nd May 1883 the service's first callout took place. After two years a second location was opened and by 1889 there was a centralised system operating 24 hours a day, 7 days a week. Rapid development of emergency medical service systems can be dated back to this time, which included the majority of European and American cities even before the Second World War.

The current Emergency Medical System in Poland, on which this analysis is based, follows the EMS model as applied worldwide, but which contains its own specifics which become apparent particularly when training specialist personnel.

Critical situations in medicine. A crisis can occur in any aspect of social life. This also applies to the functioning of a health service, whose main objective is to provide a service for people in need, i.e. specifically for those people who themselves ask for specialist help related to their health problems. However, there is a growing group of patients who are unable to summon help in an emergency as they find themselves in a situation preventing them from looking after their own safety. This is a critical situation since a person finding themselves in such a situation is unable to ensure their own safety and is often unable to summon the necessary help. As people realise the danger they can face, they try to avoid critical situations. However, where safety is health related, no person on their own can predict their own sudden breakdown in health. A nurse or a doctor can also face a critical situation in which their life is dependent on the reasonable behaviour of other people. However, critical moments in life have certain common characteristics which enabled an emergency medical service system to be organised. "Each crisis is characterized by three elements: suddenness and unpredictability, temporality, and the impact on the functioning of the system" (Bankowicz, 1999, s. 119). The EMS is universal and providing for its smooth functioning and continuity, independent of external factors, should be in the interest of all representatives of the medical profession. Universality of the system is ensured in principle by the fact that that each citizen can fulfil at least some of the tasks required by the system.

The aim of the EMS is to protect the values most important to each person, i.e. life and health. The sense of one's dignity should itself alert one to help other people in critical situations. The failure to come to the aid of a person in need by onlookers whose health and life is not threatened is a serious crime prosecuted by law. Each member of society has thereby a duty to come to the aid of those in need. Failure to provide such aid, which is a serious prerequisite, shows a person's low moral standing. Therefore, the EMS is universal and functions efficiently as in the case of providing help for the injured in road accidents. However, situations occur, where providing unprofessional help to the injured person may endanger that person's health and life. Legislation takes this into account and medical help to road accident victims and others need not be provided if such help would bring more harm than benefit. This waiver by no means refers to paramedics and other medically qualified people.

These specific requirements result from the need for EMS personnel to be qualified to the highest possible level. EMS work is commonly considered to concentrate on routine situations such as road accidents where speed of action or life supporting skills are primary and therapeutic skills not essential. However, the situations that EMS personnel can face are so many and varied that the survival of the victim depends on the correct assessment of the victim's health condition and the treatment undertaken.

The objective of the EMS is to provide critical care in critical situations. To emphasise this, the phrase *accident and emergency* (A&E) is used. The system is not meant to deal with typical and predictable events and is called upon only when such a situation arises. A critical situation requiring the EMS arises when there is such a deterioration in the health of an individual or a group, that routine healthcare cannot be provided by medical centres. Conventional help is then unreliable and it is essential to step outside of it for the help to be effective. Such help needs to be provided immediately and generally outside the healthcare centres. The EMS is designed for situations where there is a shortage of time, information and available resources. Due to its high maintenance and operating costs, the use of the EMS for purposes not fulfilling this requirement is detrimental to society as a whole, and the caller summoning the EMS is responsible legally and financially. It is thus in the interest of society that citizens have at least a minimum competence to be able to judge if they, or somebody in their vicinity requires EMS help. Moreover, citizens should also be expected to possess basic life supporting skills which they can use on themselves or on others if required.

Since each incident calling upon the EMS is critical, i.e. extraordinary, its medical personnel should, from the onset, adopt extraordinary safety measures to ensure safety both for themselves and their surroundings. There is one mandatory cardinal principle, a kind of a moral and human duty to be followed: "During callout, the safety of every team member must be ensured at all times" (Styka, Piechocki, 2003, p. 117).

Making moral decisions in critical situations. Emergencies requiring help from EMS personnel are usually associated with road accidents and accidents at work. In most cases they are caused by human mistakes. The patient is therefore the victim either of his own, or other people's mistakes when assessing the situation. Obviously, this does not in any way change the need to help the person, but it is the first indication for the EMS team as to what extent the patient can co-operate with efforts to maintain health at a level which is sufficient for a subsequent quick recovery. It is hard to expect rational co-operation from someone who made an elementary mistake, endangered his own life and is consequently facing a serious health problem. Besides, EMS personnel should distrust as to the correctness of the victim's self-diagnosis of their health.

One of the competences required from EMS personnel is the ability to evaluate a victim's health condition as cohesively and comprehensively as possible on the basis of limited information. This also involves prioritising emergency calls when help cannot be provided to all, like during a busy period. EMS call handlers must also be qualified. When resources are insufficient to help everybody simultaneously, it can be up to the competence of the call handler as to whether the victim survives. In this case the problem is that by not providing help, even remotely (e.g. by telephone) is a significantly greater risk for the patient than even wrong advice as to how to proceed with the needy. The EMS call handler has to guide the caller in such a way so as not to worsen the victim's condition and furthermore must provide guidance for the caller to be able to take the first rescue activities. Therefore, he is required to provide "the caller with instructions on how to proceed with the patient: positioning, keeping warm, keeping cool, stopping any bleeding, providing liquids and sugar, unblocking air passages, non-mechanical

methods of resuscitation etc.” (Styka, Piechocki, 2003, p. 116). It would be immoral if such attempts were not undertaken, so EMS call handlers should instruct the caller and explain the necessity of some of the actions to be undertaken. The time taken to start the necessary actions is extremely important and the victim’s survival often depends on it.

To emphasize the importance of the need to begin treatment, the term *golden hour* is used in emergency medicine. This term is also used in other scientific contexts e.g. to describe the highest potential of a human body during the day. However, it is never exactly 60 minutes. In emergency medicine, *golden hour* is understood to be the time between the injury being sustained by the casualty and the start of treatment. Only during this period is help for the patient most effective; after this period help is always late. Thus, the time remaining for the patient should be known by this name. It is also the period with enough time to come with aid, the time given to EMS personnel to start performing the necessary life-saving actions and medical procedures. From the patient’s point of view, it is important that the time spent waiting for help to arrive is not spent passively as the majority of pre-hospital-arrival deaths are caused by nobody starting the life-saving procedures on time. “The golden hour is immeasurable time, irreversible time, time measured by the patient’s internal body clock, time which is ‘known’ only by the body, time we can make use of from time to time and stop the countdown – prevent death, but it can also be the time which turns out to be too short. This is the time given to the patient and EMS personnel, passing unceasingly since the accident, time which we know may stop at any moment, which is usually too short and that we must be act faster if the patient is to get another chance, and the EMS personnel turn out to be helpful. Then that time will turn out to be golden. That time is measured by the rate of processes occurring in the patient’s body. The greater the injury the faster the spiral towards death” (Brongel, 2007). Starting treatment as soon as possible thus takes precedence over the fear of making a mistake.

EMS personnel should also know about existing dangers when working with patients brought from disaster and accident sites. Protective clothing and sterile conditions are needed due to the fact that not only do some patients have various kinds of open wounds with infection being relatively easy, but mainly due to the fact that EMS personnel must protect themselves against possible biological and chemical hazards. There is no place under these conditions to show particular trust towards patients, or to engage in specific communication with them, since only a range of effective treatments in the shortest possible time counts. It can even be said that failure to maintain strict hygiene is not only a misconduct of professional principles but also a moral offence against other EMS personnel.

In emergency medicine the issue of permissible coercive measures towards patients poses a special problem. EMS personnel often have to deal with patients who are in shock, have a disturbed perception, are mentally ill, are intoxicated, or pose a threat to their surroundings (e.g. failure to maintain basic hygiene). There may also be casualties with self-inflicted injuries or victims of terror attacks. No matter how far EMS personnel are reluctant to use coercion, they are primarily exposed to it. Therefore, they should not have any qualms about using coercion if the situation justifies it. EMS personnel’s duties do not include having fights with patients, but at the same time they cannot allow an aggressive patient to devastate an emergency vehicle. or the equipment in the emergency department of a hospital. The rule should be to always take the necessary measures to limit or eliminate a casualty’s aggression before they enter an emergency vehicle or the hospital’s emergency department. In such situations it is reasonable to call on the assistance of the police or seek help from the aggressive patient’s relatives. Personal freedom can always be compromised for the greater good of general safety. Likewise, human dignity should be respected in full, provided it does not pose a risk to others or oneself.

Contact with relatives of somebody who has died suddenly is undoubtedly a difficult situation for EMS personnel. Natural emotional reactions such as despair and a longing for the victim may result in a “disorganisation of psychological functions” (Kokoszka, 2003, p. 7). For EMS personnel, it is important to maintain a psychological balance necessary for carrying out their professional duties. Working in the EMS is connected with constantly dealing with the most severe injuries and health problems. Here, patient deaths occur more frequently than in any other hospital department. For this reason, excessive empathy with patients and their relatives is an obstacle to carrying out duties. Therefore, to carry this type of responsibility requires different psychophysical predispositions than that required of other health service employees.

However, the ability to remain psychologically balanced in critical conditions should not mean an indifference to human tragedies. EMS personnel are not expected to provide a bereavement service when a person is depressed after losing a relative but under no circumstances should such a person be left to his own devices. A person in mourning also becomes a patient and if one professional is unable to help, then a specialist should be summoned.

Conclusion. A situation which requires adopting such procedures is the limit, something which happens very rarely, but is always a test of the moral condition of EMS personnel. Prioritising human life when one is convinced that each endangered life should be saved, places an unusually heavy moral burden as it requires putting into practice procedures of lesser evil. In such a situation the positive outcome is firstly and foremost do what is possible and only then, what is fair in the sense of equal distribution of available resources and attention devoted to patients.

Constantly dealing with death and making life-saving decisions is undoubtedly a great psychological burden for EMS personnel. In all medical professions these kind of stressful situations arise, but EMS personnel are particularly exposed to them as they have to work under the pressure of time. For this reason, it is essential that EMS personnel be trained to work in difficult situations. They should also learn relaxation techniques. Looking after their own psychological condition is thus another task for EMS personnel, which for this reason determines the efficiency of action in critical situations. It is also their moral duty. EMS personnel themselves point out that they can maintain their psychological balance by following procedures (c.f. Woloszyn, 2007, p. 93). There are in fact precise algorithms for critical conditions that must be followed so that overall, the necessary tasks can be performed where there is a lack of time, capability and resources. Making a mistake is not the worst moral offence, but failure to take any action (an error of omission) is. Fortunately, such situations hardly ever happen in emergency care.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Bankowicz M.** (1999), Kryzys (Crisis), entry in: Słownik polityki [Dictionary of politics], edited by: M. Bankowicz, Warszawa: WP.
2. **Brongel L.** (2007), Wstęp (Introduction). in: Złota godzina Czas życia czas śmierci [The Golden Hour: Time to Live Time to Die], edited by: L. Brongel, Kraków: Wydawnictwo Medyczne.
3. **Kokoszka A.** (2003), Psychologia w pracy ratownika medycznego [Psychology in paramedic's work]. in: Ratownik medyczny [Paramedic], edited by: J. Jakubaszko, Wrocław: Gyrnicki Wydawnictwo Medyczne.
4. **Styka L., Piechocki J.** (2003), Etapy i bezpieczeństwo akcji ratunkowej [Stages and safety of rescue]. in: Ratownik medyczny [Paramedic], edited by: J. Jakubaszko, Wrocław: Gyrnicki Wydawnictwo Medyczne.
5. **Woloszyn P.** (2007), Ratownicy medyczni – nowa grupa interesu? [Paramedics – a new group of interest?], Toruń: Published by: Adam Marszałek.

Информация об авторе:

Стефан Констанчак (Зелена Гора, Польша), доктор философских наук, профессор, факультет гуманитарных наук. Член Комитета Философских Наук Польской Академии наук. Зеленогорский Университет (al. Wojska Polskiego 71A, 65–762 Zielona Góra, e-mail: S. Konstanczak@ifil.uz.zgora.pl).

Принята редакцией: 26.05.2016

Information about the author

Stefan Konstanczak – Professor, Chairman at the ethics section, Institute of Philosophy, University of Zielona Góra. Member of the Committee of Philosophical Sciences of the Polish Academy of Sciences. (Uniwersytet Zielonogórski, Instytut Filozofii, al. Wojska Polskiego 71A, 65–762 Zielona Góra, e-mail: S. Konstanczak@ifil.uz.zgora.pl).

Received 26 May 2016