



MGR ANDRZEJ DZIEDZIC

ratownik KPP, inspektor ochrony przeciwpożarowej, ekspert ds. BHP certyfikowany przez CIOP-PIB, właściciel Biura Doradczo-Uslugowego BHP w Dąbrowie Tarnowskiej

INŻ. PIOTR DZIEDZIC

ratownik KPP

Problemy ewakuacyjne w placówkach ochrony zdrowia

W przypadku większości pożarów, które powstają w obiektach ochrony zdrowia, zachodzi konieczność nagłej ewakuacji chorych. Wynika to z bezpośredniego zagrożenia pożarem lub jest skutkiem rozprzestrzeniania się dymów i gazów wydzielanych w czasie palenia. Zakres ewakuacji bywa jednak różny w zależności od sytuacji lokalnej i rodzaju pożaru. Czasem sprowadza się do wyniesienia lub wyprowadzenia kilku pacjentów, a niekiedy trzeba ewakuować cały stan osobowy budynku oraz kosztowny sprzęt medyczny i urządzenia.

Obowiązujące od 7 czerwca 2010 r. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów* (Dz.U. nr 109, poz. 719) w § 17 ust. 1 zobowiązuje właścicieli lub zarządców obiektów zawierających strefę pożarową przeznaczoną dla ponad 50 osób będących jej stałymi użytkownikami do praktycznego sprawdzania co najmniej raz na dwa lata organizacji oraz warunków ewakuacji. O terminie przeprowadzenia takiego sprawdzianu powinien być powiadomiony komendant powiatowy Państwowej Straży Pożarnej co najmniej tydzień wcześniej, a wynika to z § 17 ust. 4 cyt. rozporządzenia.

Szczególną uwagę należy poświęcić § 17 ust. 3: „W przypadku obiektu zawierającego strefę pożarową zakwalifikowaną do kategorii zagrożenia ludzi ZL II oraz w budynkach zakwaterowania osadzonych zlokalizowanych na terenach zakładów karnych i aresztów śledczych zakres i obszar budynku objęty praktycznym sprawdzeniem organizacji i warunków ewakuacji musi być uzgodniony z właściwym miejscowo komendantem powiatowym (miejskim) Państwowej Straży Pożarnej”. Wynika z niego, że uzgodnie-

nie to nic innego jak szczegółowy plan prowadzonych ćwiczeń ewakuacyjnych. Pamiętajmy, że podczas ćwiczeń pacjent może odmówić wzięcia w nich udziału ze względu na stan zdrowia. W przypadku pożaru taka zgoda nie jest wymagana. Ćwiczenia powinny być przeprowadzone z uwzględnieniem § 17 ust. 3 cyt. rozporządzenia w czasie, gdy obiekt normalnie funkcjonuje, a na jego terenie przebywa pełna, wynikająca z codziennej eksploatacji, liczba ludzi.

Przykładowe ćwiczenie

Plan/konspekt (założenia): sprawdzenie organizacji i warunków ewakuacji z budynku XYZ.

Miejsce: pawilon.

Cel: praktyczne sprawdzenie organizacji i warunków ewakuacji, tj. sprawdzenie stopnia przygotowania do działań w sytuacji zagrożenia pożarem.

Metoda: ćwiczenia ewakuacyjne.

Pomoce dydaktyczne: symulator dymu, fantom ewakuacyjny.

Treści ćwiczebne:

Ewakuacja próbna sprowadza się do dwóch zagadnień:

1. Sprawdzenia organizacji ewakuacji, a w tym:

- skuteczności dotychczasowego sposobu informowania o zagrożeniu oraz systemu powiadamiania o konieczności ewakuacji, w tym reakcji na alarm pożarowy,
 - doskonalenia procedur ewakuacji, w tym zapoznania się z kierunkami ewakuacji i zasadami zachowania się,
 - koordynacji działań,
 - zminimalizowania możliwości wystąpienia paniki i jej skutków,
 - zmierzenia czasu potrzebnego na opuszczenie obiektu przez wszystkie osoby znajdujące się w nim,
 - opracowanych zasad postępowania na wypadek pożaru.
2. Sprawdzenia warunków ewakuacji:
- liczby i szerokości wyjść ewakuacyjnych,
 - długości, szerokości i wysokości przejść oraz dojeżdżających ewakuacyjnych,
 - stanu technicznych środków zabezpieczenia przeciwpożarowego, takich jak np.:
 - stałe urządzenia gaśnicze służące do ograniczania lub zwalczania pożaru,
 - system sygnalizacji alarmu pożarowego,
 - dźwiękowy system ostrzegawczy,

- urządzenia oddymiające,
- przeciwpożarowe instalacje wodociągowe (hydranty wewnętrzne i zewnętrzne),
- podręczny sprzęt gaśniczy (gaśnice przenośne, koce gaśnicze),
- możliwości rozgłaszania sygnałów ostrzegawczych i komunikatów głosowych.

I poziom ewakuacji

Pierwszy poziom ewakuacji odnosi się do: użycia podręcznego sprzętu gaśniczego, powiadomienia Państwowej Straży Pożarnej, podjęcia działań przygotowawczych do ewakuacji i podjęcia decyzji o ewakuacji w przypadku zagrożenia. W tej fazie działaniami kieruje ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona.

1. Podjęte działania:

- a) Zaalarmowanie (niezwłocznie, przy użyciu wszystkich dostępnych środków) osób będących w strefie zagrożenia. Słowny sygnał alarmowy wzywający do natychmiastowej ewakuacji to: „pożar, pali się”, a przy ćwiczeniu: „uwaga, ćwiczebny alarm pożarowy”. Należy pamiętać, aby tymi hasłami nie wywołać paniki! Uprawnieni do wszczęcia alarmu są ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona.
 - b) Wezwanie Państwowej Straży Pożarnej: powiadomienie odpowiednich jednostek interwencyjnych (przy ćwiczeniu – z prośbą o nieinterweniowanie alarmowe). Wykonuje: ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona. Po wybraniu numeru alarmowego straży pożarnej 998 i zgłoszeniu się dyżurnego Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej spokojnie i wyraźnie podaje się:
 - adres i nazwę obiektu, drogi dojazdowe,
 - co się pali, na którym piętrze,
 - czy jest zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego,
 - swoje imię i nazwisko oraz numer telefonu, z którego nadawana jest informacja o zdarzeniu,
 - po podaniu informacji nie należy odkładać słuchawki do chwili potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia; przyjmujący może zażądać potwierdzenia zgłoszenia (poprzez odzwonienie) lub dodatkowych informacji.
 - c) Wyłączenie dopływu prądu i gazu: symulację wykonuje elektryk.
 - d) Powiadomienie dyrektora ZOZ oraz w porozumieniu z nim przystąpienie do ewakuacji ludzi i mienia. Przy niewielkim zagrożeniu kontynuowanie kierowania ewakuacji przez ordynatora oddziału lub osobę przez niego wyznaczoną.
2. Wydanie decyzji o przygotowaniu się do ewakuacji, która uwzględnia:
- Powód i zakres ewakuacji: pożar sali chorych nr 7 i WC (ze względu na stan pacjentów ewakuacja osób uprzednio wytypowanych i powiadomionych o ćwiczeniach ewakuacyjnych. Ewakuacji zostaje poddany personel oddziału, a także fantom, którego PSP ewakuuje przez okno. Drzwi do pozostałych sal chorych pozostają zamknięte na czas ćwiczeń (aby nie wywołać niepotrzebnej paniki). Bardzo ważne: wszyscy chorzy podczas porannego obchodu ▶



foto. A. Dziedzic, P. Dziedzic





- ▶ muszą być bezwzględnie powiadomieni przez personel medyczny o ćwiczeniach.
- Liczbę osób przewidzianych do ewakuacji: do 20 osób.
 - Drogi, kierunki i miejsca skierowania osób: wszystkie osoby ewakuowane kierują się na wyznaczone miejsce – parking od strony budynku głównego.
 - Ustalenia w sprawie ewakuacji:
 - a) ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona sprawdza stan chorych:
 - udrożnienie wszystkich wyjść ewakuacyjnych i ukierunkowanie osób opuszczających strefę zagrożenia do najbliższego wyjścia służącego celom ewakuacji zgodnie z oznakowaniem,
 - b) wyprowadzenie pacjentów drogami i wyjściami ewakuacyjnymi zgodnie w wyznaczone miejsce, ordynator oddziału lub osoba przez niego wyznaczona odpowiada za bezpieczeństwo ewakuowanych.

Drugi poziom zagrożenia działań odnosi się do zdarzeń, podczas których zachodzi konieczność skoordynowanych działań profesjonalnych służb ratowniczych. Następuje tu przekazanie kierownictwa nad akcją dowódcy jednostki ratowniczo-gaśniczej przybyłej do akcji.

Zgodnie z:

- art. 22 ust. 1 *Ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej* (Dz.U. z 2009 r., nr 178, poz. 1380 z późn. zm.) jednostki ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 pkt 1-6 i 8, podejmują działania ratownicze (w tym również np. poszukiwania zgłoszonych osób zaginionych);
- art. 25 ust. 1 pkt 1 *Ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej* (Dz.U. z 2009 r., nr 178, poz. 1380 z późn. zm.) kierujący działaniem ratowniczym strażak Państwowej Straży Pożarnej może zarządzić pełną ewakuację ludzi i mienia przy użyciu sił i środków Państwowej Straży Pożarnej lub też np. wydać decyzję o ewakuacji ludzi i mienia z pomieszczeń położonych obok lub poniżej pomieszczenia (obiektu) dotychczas ewakuowanego lub objętego zagrożeniem z powodu np.:
 - przygotowania dróg natarcia lub zajęcia stanowisk obrony bądź osłony,
 - przenikania dymu i wody użytej do gaszenia pożaru,
 - czynników zewnętrznych, jak np. niebezpieczeństwa paniki;
- art. 25 ust. 2 *Ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej* (Dz.U. z 2009 r., nr 178, poz. 1380 z późn. zm.) kierujący działaniem ratowniczym ma prawo żądać niezbędnej pomocy od instytucji, organizacji, podmiotów gospodarczych i osób fizycznych.

Zakończenie ćwiczeń

1. Przyjęcie meldunku o zakończeniu działań oraz informacji od kierującego akcją ratowniczą o przekazaniu obiektu do dalszego nadzoru ordynatorowi oddziału lub osobie przez niego wyznaczonej.
 2. Włączenie dopływu prądu i gazu wraz z powiadomieniem, w szczególności użytkowników gazu.
 3. Ewidencja zdarzenia.
 4. Powrót pracowników na miejsca pracy.
 5. Odwołanie ćwiczeń w Powiatowym Stanowisku Kierowania PSP.
 6. Omówienie ćwiczeń:
 - dokonanie oceny ćwiczenia,
 - wskazanie błędów.
 7. Sporządzenie pisemnego protokołu z przeprowadzonych ćwiczeń i załączenie go do dokumentacji obiektu związanej z ochroną ppoż.
 8. Dokonanie ewentualnych zmian w:
 - oznakowaniu obiektu znakami ewakuacyjnymi, miejscach umieszczenia podręcznego sprzętu gaśniczego, hydrantów itp.,
 - innych koniecznych zmian wykazanych w trakcie ćwiczeń.
- Scenariusz ćwiczeń ewakuacyjno-ratowniczych powinien być tak opracowany, aby walor edukacyjny dotyczył nie tylko ratowników, ale również pracowników ochrony zdrowia (szpitala). Takie ćwiczenia i ich sprawny przebieg pokazują, jak ważna jest współpraca różnych służb ratowniczych.

Decyzję o ewakuacji podejmuje kierownik placówki ochrony zdrowia lub osoba przez niego wyznaczona albo dowódca akcji ratowniczo-gaśniczej z PSP. Decyzję tę podejmuje się w oparciu o rozeznanie sytuacji i rozmiarów pożaru, pamiętając o tym, aby:

1. ewakuować ludzi/pacjentów w pierwszej kolejności z pomieszczeń bezpośrednio zagrożonych,
2. określić drogi ewakuacji,
3. ustalić listę osób do ewakuacji i aktualny stan liczbowy osób ewakuowanych.

W przypadku zagrożenia powodującego konieczność ewakuacji osób i mienia z obiektu decyzję wydaje osoba najstarsza funkcją lub osoba przez nią upoważniona, odpowiedzialna za bezpieczeństwo osób i mienia, znajdująca się aktualnie w budynku. Decyzja ta musi zawierać informacje o zakresie ewakuacji, sposobach i kolejności opuszczania obiektu.

Przed ogłoszeniem alarmu i rozpoczęciem ewakuacji należy ustalić:

- źródła zagrożenia, lokalizację pożaru, kierunek rozprzestrzeniania się ognia, dymów i gazów toksycznych będących produktami spalania,
- liczbę osób bezpośrednio zagrożonych, przewidzianych do ewakuacji w pierwszej kolejności,
- stan fizyczny i psychiczny osób przewidzianych do natychmiastowej ewakuacji,
- liczbę osób zagrożonych pośrednio, przewidzianych do ewakuacji w późniejszej kolejności,
- drogi i kierunki ewakuacji.

Należy niezwłocznie powiadomić wszystkie osoby przebywające w budynku o powstałym zagrożeniu, jego charakterze oraz konieczności ewakuacji.

W przypadku powstania pożaru lub innego niebezpiecznego zdarzenia personel

placówki ochrony zdrowia wykonuje następujące czynności:

Pora dzienna

1. Każdy, kto zauważy pożar, ocenia wstępnie miejsce jego powstania, rozmiary oraz czy zagraża on pacjentom. Natychmiast powiadamia kierownika lub pielęgniarkę oddziałową.
2. Kierownik lub pielęgniarka oddziałowa po dokonaniu oceny wielkości zdarzenia, możliwości jego rozprzestrzeniania się oraz zagrożenia dla pacjentów likwidują zagrożenie przy pomocy swoich pracowników lub w przypadku niemożności jego likwidacji podejmują następne działania.
3. Kierownik telefonicznie powiadamia Państwową Straż Pożarną (998) oraz policję (997). W razie uszkodzenia linii telefonicznej wysyła osobę do najbliższego telefonu w celu zawiadomienia straży pożarnej. ▶

Środki, które należy zastosować/ przewidywany czas	Zasady wykonania	Odpowiedzialni za wykonanie
1.	2.	3.
Sygnał alarmu	Słownie: uwaga ćwiczebny alarm pożarowy	Oddziałowa
Przygotowanie do ewakuacji (podać godzinę)	Po usłyszeniu sygnału alarmu pożarowego natychmiast przerwać zajęcia i pracę	Wszyscy pracownicy
Wezwanie straży pożarnej	Alarmowanie: przeprowadzić symulację telefoniczną	Oddziałowa
Wyłączenie dopływu prądu elektrycznego i gazu	1. Wyłączyć główny wyłącznik prądu elektrycznego 2. Zamknąć główny zawór gazu Symulacja wyłączenia	Elektryk
Gaszenie pożaru do czasu przybycia straży pożarnej	Gaszenie pożaru organizować od chwili jego zauważenia. Do akcji gaszenia używać dostępnego podręcznego sprzętu gaśniczego (gaśnice, hydranty)	Personel medyczny, symulacja
Kierowanie akcją ratowniczo-gaśniczą (podać godzinę) do czasu przybycia PSP	Do czasu przybycia straży pożarnej akcją ratowniczo-gaśniczą kieruje ordynator (a w wypadku nieobecności – osoba zastępująca)	Ordynator
Spotkanie ze strażą pożarną	Miejsce spotkania: parking przed pawilonem gruźliczym od strony pawilonu głównego. Należy doprowadzić dowódcę przybyłej jednostki straży pożarnej jak najkrótszą drogą do miejsca pożaru. Jednocześnie poinformować go o: <ul style="list-style-type: none"> • rodzaju i miejscu zdarzenia: pożar w sali nr 7 i WC; • dotychczasowych działaniach: użycie podręcznego sprzętu gaśniczego – gaśnic oraz po uzyskaniu informacji od elektryka o wyłączeniu głównego wyłącznika prądu – symulacja użycia wody z hydrantów; • podjętych decyzjach: <ul style="list-style-type: none"> – ogłoszenie alarmu, – powiadomienie PSP o pożarze, – gaszenie pożaru w zarodku podręcznym sprzętem gaśniczym, – ewakuacja ludzi na parking; • jakich zabezpieczeń mogą wymagać ratownicy: sprzęt ochrony dróg oddechowych; • czy przeprowadzono całkowitą ewakuację: nie – pacjenci w ciężkich stanach medycznych, ale są zabezpieczeni i nie grozi im niebezpieczeństwo; • czy są zagrożeni ludzie: nie; • czy są ranni lub wymagający pomocy: nie; • o miejscach przechowywania cennego mienia bezpośrednio zagrożonego przez ogień: brak; • gdzie znajdują się najbliższe punkty czerpania wody: hydrant wewnętrzny fi 52 na korytarzach, hydranty zewnętrzne. 	Ordynator

Tab. 1. Harmonogram ewakuacji

- 4. Pielęgniarka oddziałowa powiadamia kierownictwo oraz personel zagrożonego piętra i inne o niebezpieczeństwie. Gdy jest to możliwe, należy także powiadomić służby techniczne. Czynności te należy wykonywać spokojnie, nie wszczynając paniki.
5. Powiadomione pielęgniarki organizują pomoc zagrożonemu oddziałowi (piętru) i wykonują polecenia kierującego akcją. Osoby najbardziej sprawne psychofizycznie przystępują do akcji gaśniczej przy pomocy podręcznego sprzętu gaśniczego. Pozostała część pracowników rozpoczyna ewakuację pacjentów oraz osób przybyłych na odwiedziny chorych.
6. Równoległe przebiega ewakuacja pozostałych pacjentów. Osoby wyznaczone z personelu wskazują drogi i wyjścia ewakuacyjne, w miarę potrzeby pomagając osobom mniej sprawnym oraz pilnując, żeby nie nastąpiły miejscowe stłoczenia i drogi ewakuacyjne nie krzyżowały się.
7. Kierownik lub jego zastępca po otrzymaniu wiadomości o pożarze i stwierdzeniu potrzeby ewakuacji pacjentów do innego szpitala zawiadamia wg podległości władze samorządowe lub inne wcześniej ustalone firmy przewozowe w celu przysłania odpowiedniej liczby pojazdów. Następnie kierownik udaje się na miejsce pożaru w celu kierowania całością akcji ratowniczej.
8. Wszystkie osoby biorące udział w akcji, bez względu na stopień naukowy i zajmowane stanowisko, powinny podporządkować się kierującemu akcją. Kierującym akcją jest kierownik, wyznaczony lekarz, pielęgniarka oddziałowa. Z chwilą przyjazdu jednostek PSP i innych podmiotów ratowniczych akcją zawsze kieruje dowódca pododdziałów straży pożarnej.
9. Nie wolno używać do ewakuacji wind (dźwigów), gdyż na skutek pożaru może nastąpić awaria zasilania, a w konsekwencji – unieruchomienie.
10. Personel biorący udział w ewakuacji dba o pilnowanie porządku, zachowanie spokoju, udziela krótkich rzeczowych informacji o sposobie ewakuacji, wskazuje teren ewakuacji.
11. Po ewakuacji ludzi, gdy warunki na to pozwalają, należy przystąpić do wynoszenia najbardziej cennych składników mienia na określony teren ewakuacji.
12. Po ewakuacji zespoły (co najmniej dwuosobowe) powinny przeszukać wszystkie pomieszczenia oraz dokonać oceny liczby osób przed ewakuacją i po ewakuacji.
13. Podczas przeszukiwania pomieszczeń zadymionych należy trzymać głowę jak najniżej, gdyż w dolnych partiach pomieszczeń jest najwięcej tlenu. Należy trzymać się pewnego określonego kierunku, reguły tzw. prawej strony. Otwierając pomieszczenia, w których się pali, zawsze należy skrywać się za skrzydło drzwi i dopiero po rozprężeniu się gazów spalinowych i oddymieniu można przystąpić do penetracji pomieszczenia. Zbijając tafłę szkła (okno, drzwi), nigdy nie uderzamy w środek lub dolną część, gdyż spadające odłamki mogą nas niebezpiecznie pokaleczyć. Uderzamy zawsze krótkim, mocnym ruchem za pomocą twardego narzędzia, w górną część tafli szkła.
5. Pielęgniarka dyżurna formuje dwie grupy z personelu i z pacjentów, jedna prowadzi akcję gaśniczą przy pomocy podręcznego sprzętu gaśniczego, a druga przystępuje do ewakuacji chorych, którzy samodzielnie nie mogą opuścić zagrożonych pomieszczeń.
6. Przy prowadzeniu akcji należy zachować spokój, opanowanie oraz nie dopuszczać do paniki.
7. Po przybyciu na miejsce jednostek straży pożarnej wszyscy podporządkowują się poleceniom ich dowódcy.
8. Po zakończeniu akcji następuje dodatkowe przeszukanie pomieszczeń oraz przeliczenie liczby pacjentów wg powyżej podanych zasad.
- W pierwszej kolejności należy ewakuować pacjentów z tych pomieszczeń, w których powstał pożar lub które znajdują się na drodze rozprzestrzeniania się ognia, oraz z pomieszczeń, z których wyjście lub dotarcie do bezpiecznych dróg ewakuacyjnych może zostać odcięte przez pożar lub zadymienie. Należy dążyć też do tego, aby wśród ewakuowanych w pierwszej kolejności były osoby o ograniczonej zdolności poruszania się, natomiast zamykać strumień ruchu powinny osoby, które mogą poruszać się o własnych siłach.
- Kierujący akcją wyznacza osoby odpowiedzialne za przebieg ewakuacji poszczególnych grup ewakuowanych. Ponadto ustala ewentualną potrzebę ewakuacji mienia, określając sposoby, kolejność i rodzaj ewakuowanego mienia. Ewakuacja mienia nie może odbywać się kosztem sił i środków niezbędnych do ratowania ludzi. Ewakuację mienia należy rozpocząć od najcenniejszych przedmiotów, urządzeń i dokumentacji.
- Osoby wyznaczone do prowadzenia ewakuacji powinny ściśle współpracować z kierującym akcją i wykonywać jego polecenia. W przypadku odcięcia dróg wyjścia dla ewakuowanych znajdujących się w strefie zagrożenia należy zebrać ludzi w miejscu najbardziej oddalonym od źródła pożaru i w miarę istniejących warunków ewakuować na zewnątrz, przy pomocy sprzętu ratowniczego, przybyłych jednostek straży pożarnej lub innych jednostek ratowniczych. Przy silnym zadymieniu dróg ewakuacyjnych należy poruszać się w pozycji pochylonej, starając się trzymać głowę jak ►

Głuchoniemi	
Minusy	Plusy
<ul style="list-style-type: none"> niemożność zbiorowego informowania o zagrożeniu za pomocą syren, głośników, odbiorników RTV, a także osób niosących pomoc konieczność rozmów migowych i czytania z ust – prowadzonych prawie indywidualnie niemożność lub kłopoty w uzyskaniu informacji o stanie zdrowia utrudniony lub wręcz niemożliwy kontakt w ciemności i zadymieniu nieznajomość języka migowego wśród większości społeczeństwa, a także wśród ratowników, co np. utrudnia przekazywanie informacji o obecności innych zagrożeń problemy ze zbudzeniem w salach szpitalnych, np. w szpitalach, internatach należy budzić każdego z osobna za pomocą dotyku, co powoduje znaczne opóźnienie 	<ul style="list-style-type: none"> sprawność fizyczna umożliwia samodzielne poruszanie się samodzielne wykonywanie zalecanych i zademonstrowanych czynności większość głuchoniemych potrafi czytać w grupach stale ze sobą przebywających istnieje nawyk przekazywania sobie nawzajem poleceń przełożonego wyostrzone receptory wzroku, węchu i dotyku kompensują brak słuchu
Ociemniali i niewidomi	
<ul style="list-style-type: none"> brak wzrokowego odbioru światła, otoczenia osoba niewidoma nigdy nie widziała pogorzeliska, rumowiska, ognia, sprzętu ratowniczego zmiany zachodzące w szybkim tempie powodują dezorientację, panikę, stres, niechęć lub niemożność działania brak reakcji na wizualne efekty towarzyszące katastrofom brak reakcji ochronnych na zagrożenia niesłyszalne i bezwonne niemożność poruszania się bez przewodnika w terenie nieznanym lub znanym, lecz o zmienionej charakterystyce stres i panika po wyczuciu za pomocą dotyku chęć ewakuacji trasą dobrze sobie znaną, bez względu na jej dostępność trudność lub niemożność szybkiego skompletowania i założenia odpowiedniego stroju brak reakcji na napisy i znaki ostrzegawcze 	<ul style="list-style-type: none"> brak lęku przed ciemnością ufność w stosunku do osób widzących i dokładne wykonywanie ich poleceń głosowych dotyk, słuch, węch i smak kompensują brak wzroku, również przy rozpoznawaniu zagrożeń brak chęci samowolnego oddalania się i poruszania w nieznanym terenie, co ułatwia pracę ratownikom już po samej ewakuacji sprawność fizyczna i umysłowa, możliwy kontakt głosowy utrwalony nawyk poruszania się za przewodnikami
Chorzy umysłowo	
<ul style="list-style-type: none"> kłopoty ze zrozumieniem i z przyswajaniem poleceń przekazywanych szybko, głośno, niezrozumiale i tonem rozkazującym agresja wobec otoczenia, osób i przedmiotów brak tolerancji w stosunku do osób nieznanymi, obcych tendencja do ciągłego powtarzania tych samych czynności, zwłaszcza w sytuacjach pobudzenia emocjonalnego niezwykła ciekawość i chęć uczestniczenia w nowych sytuacjach, co może prowadzić do wchodzenia w strefę bezpośredniego zagrożenia ich zdrowia i życia barykadowanie pomieszczeń, krycie się, używanie siły fizycznej chwilowe zaniki świadomości, podczas których w żaden sposób nie można nawiązać kontaktu z chorym chęć powrotu do miejsca stałego pobytu, które odbierane jest jako jedyny gwarant bezpieczeństwa bardzo silna więź z innymi chorymi, co może być przyczyną konieczności ewakuacji 2-3 osób równocześnie często znaczna waga i niedożywienie większe skupiska tych chorych nie wykazują cech życia w grupie może pojawić się nagła agresja, będąca wynikiem zmiany nastroju – może ona być niebezpieczna dla ratownika w trakcie czynności ratowniczych mogą ujawnić się, utajone do tej pory, tendencje samobójcze chorzy chętnie odgrywają rolę gapiów, tłumu, a także osób pomagających w akcji 	<ul style="list-style-type: none"> normalna sprawność fizyczna umożliwia wykonywanie czynności ewakuacyjnych stosunkowo duże posłuszeństwo wobec poleceń znanego opiekuna, wychowawcy, członka rodziny chętnie przyjmują leki uspokajające możliwość wykorzystania znajomości, przyzwyczajień i upodobań poszczególnych chorych przy wykonywaniu czynności ewakuacyjnych stosunkowo chętnie podchwytywają czynności wykonywane przez innych lub przywódcę grupy
Z dysfunkcją narządów ruchu	
<ul style="list-style-type: none"> utrudniony lub całkowity brak możliwości samodzielnego poruszania się konieczność przenoszenia na rękach lub stosowania wózków i noszy podczas transportu konieczność doboru dróg ewakuacji, dostępnych np. dla wózków lęk przed pośpieszonym i nie zawsze wykonywanym konwencjonalnymi metodami transportem często znaczna waga pacjentów 	<ul style="list-style-type: none"> pełny i stały kontakt z otoczeniem za pomocą wszystkich receptorów brak utrudnień w komunikowaniu się z ratownikiem zwykle duże zaufanie do pomagającej zdrowej osoby
Chorzy ze zwielokrotnioną dysfunkcją	
<p>W tej grupie następuje kumulacja „plusów” i „minusów” dotyczących ewakuacji poszczególnych grup. Metody postępowania należy dopasować indywidualnie, w zależności od chorych, kondycji fizyczno-psychicznej ratowanego i uwarunkowań terenowo-lokalizacyjnych. Można by powiedzieć, że z tą grupą można postępować tak jak w przypadku osób z utratą świadomości.</p>	

Tab. 2. Zalety i wady ewakuacji osób niepełnosprawnych

▶ najniżej ze względu na to, że w dolnych partiach pomieszczeń i dróg ewakuacyjnych panować będzie mniejsze zadymienie. Usta i drogi oddechowe należy w miarę możliwości zasłaniać tkaniną zmoczoną w wodzie – sposób ten ułatwia oddychanie. Podczas ruchu przez silnie zadymione odcinki dróg ewakuacyjnych należy poruszać się wzdłuż ścian, by nie stracić orientacji co do kierunku ruchu.

Problemy ewakuacyjne – cz. II

Ewakuacja jest czynnością stresotwórczą, wywołującą panikę, wymagającą fizycznej i psychicznej wytrzymałości. Nie ma szablonów i gotowych wzorców, gdyż nie sposób przewidzieć sytuacji, w której znajdzie się poszkodowany. Każdemu i w każdym miejscu może przydarzyć się nieszczęście. Szczególnego znaczenia nabiera potrzeba zapobieżenia skutkom paniki, której możliwość istnieje zawsze, nie tylko w przypadku powstania pożaru, wybuchu lub katastrofy czy innego wypadku, ale i w przypadku nawet niewielkiego zadymienia. Ludzie wchodzący w skład grupy ogarniętej paniką całkowicie tracą swoje indywidualne cechy osobowości i stają się elementem groźnego, niszczącego tworzywa, który nie kieruje się żadnymi przesłankami logicznego myślenia i rzeczywistej oceny sytuacji. Grupa ogarnięta paniką może sparaliżować i uniemożliwić prowadzenie akcji ratowniczej i zorganizowanego działania. Może w ślepych instynktach szukania ratunku spotęgować zagrożenie własne, ratowników i przyczynić się do zaistnienia innych groźnych wypadków. Przeciwdziałanie panice jest niezmiernie trudne. Dokonać tego mogą ludzie o dużej indywidualności i autorytecie wśród ogarniętych paniką. Panice przeciwdziałają:

- osobisty przykład,
- zdecydowany nakaz,
- wykazanie nierealności niebezpieczeństwa,
- przeciwstawienie groźby większego niebezpieczeństwa,
- zagrożenia siłą,
- użycie siły,
- unieszkodliwienie przywódcy paniki itd.

Rozładowanie tłumu ogarniętego paniką, prącego naprzód, jest bardziej możliwe do wykonania dla osób znajdujących się z tyłu niż na jego czele. W czasie akcji ratowniczej najczęściej występują małe formy

paniki, której ulegają grupy lub pojedyncze osoby znajdujące się w rzeczywistym lub urojonym niebezpieczeństwie, ztracając poczucie rzeczywistości i podejmując nieprzemyślane, bezcelowe i niebezpieczne działania, np. wyskakiwanie z okien czy chowanie się w trudno dostępnych miejscach. Przybycie ratownika z zewnątrz powoduje przekonanie, że jednak zagrożenie nie jest tak bardzo niebezpieczne i istnieją drogi ratunku, gdyż w przeciwnym razie nikt by tu z zewnątrz nie dotarł.

Podczas codziennego użytkowania obiektu wynoszenie poszkodowanego stawiającego czynny opór fizyczny nie ma miejsca. Jednak w przypadku powstania pożaru, wybuchu lub innego miejscowego zagrożenia nie można wykluczyć takiej możliwości. Najczęściej spowodowane jest to szokiem wywołanym np. bólem wynikłym z oparzenia, uderzenia, złamania lub innego rodzaju uszkodzenia ciała itp. Podczas obezwładniania i chwytania poszkodowanego stawiającego opór należy pamiętać o zachowaniu szczególnej ostrożności osobistej, ponieważ poszkodowany często podczas obezwładniania chwyta ratownika za ręce, włosy, gardło itp. Poszkodowanego należy obezwładniać zdecydowanie, szybko i zręcznie, chwytamy powinny być natychmiastowe, skuteczne bez zbędnego szamotania się i bójek oraz bez podnoszenia głosu.

Ewakuacja odbywa się najczęściej:

- drogami komunikacji, do których wszyscy są przyzwyczajeni,
- ciągami komunikacyjnymi używanymi tylko w celach ewakuacyjnych,
- zewnętrznymi drabinami na ścianach budynków,
- drabinami, worami i koszami ewakuacyjnymi, którymi dysponują służby ratownicze,
- za pomocą linek, pasów, szelek i rękawców ratowniczych,
- za pomocą skokochronów należących do służb ratowniczych (jest to ostateczność).

Tak przedstawia się ewakuacja osób pełnosprawnych. Problem ewakuacji komplikuje się, jeżeli osobami ewakuowanymi są ludzie niepełnosprawni. Podzielmy dla naszych potrzeb ewakuacyjnych osoby niepełnosprawne na grupy chorych najtrudniejszych:

- głuchoniemi,
- ociemniałymi i niewidomymi,
- umysłowo chorzy,
- z dysfunkcją narządów ruchu,
- o stałej lub czasowej utracie świadomości,
- ze zwielokrotnioną dysfunkcją.

W tab. 2. zawarte zostały informacje, co ułatwia, a co utrudnia ewakuowanie niepełnosprawnych.

Doświadczenia z wielu pożarów wykazały, że główny ciężar ewakuacji w wypadku pożaru zakładów opieki zdrowotnej spoczywa na personelu. Dlatego też powinien on znać zasady ewakuacji (dotyczy to zarówno personelu medycznego wyższego i średniego, jak i pozostałych pracowników), która polega na:

- przygotowaniu pacjentów do ewakuacji, informując ich krótko o zaistniałej sytuacji, kierunku oraz sposobie opuszczania pomieszczeń,
- zachowaniu spokoju przez personel medyczny w celu uniknięcia tworzenia się paniki wśród chorych (pacjentów),
- wyprowadzeniu pacjentów, pojedynczo lub w grupach, i udaniu się z nimi do wyznaczonych miejsc ewakuacji,
- wynoszeniu osób niezdolnych do samodzielnego chodzenia, stosując nosze, koce,
- ratowaniu chorych przy użyciu drabin mechanicznych albo przystawnych, po których zagrożone osoby będą wynoszone przez funkcjonariuszy pożarnictwa,
- zapewnieniu ewakuowanym pacjentom opieki i pomocy lekarskiej,
- ewakuacji sprzętu medycznego i urządzeń o zasadniczym znaczeniu dla szpitala dopiero po zorganizowaniu ewakuacji pacjentów. □

Piśmiennictwo

1. Ołdakowski H.: *Szkolenie przeciwpożarowe w zakładach pracy*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1988.
2. Wierzbowski R., Wnuk W.: *Zbiór przepisów o ochronie przeciwpożarowej z komentarzem*. Międzyzwiązkowy Dom Kultury Pracowników Służby Zdrowia, Wrocław 1996.
3. Kuncerowicz-Polak B.: *Zagrożenia pożarowe i wybuchowe*. CIOP, Warszawa 2001.
4. Kociołek K.T.: *Poradnik inspektora ochrony przeciwpożarowej*. Tarbonus Sp. z o.o., Kraków – Tarnobrzeg 2010.