Załącznik Nr 8

Do Regulaminu Organizacyjnego ŚDS Nr 2

**PROCEDURA**

**postępowania w przypadku zaistnienia nieszczęśliwego zdarzenia lub wypadku na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy Nr 2 Dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Stalowej Woli**

 Środowiskowy Dom Samopomocy Nr 2 Dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Stalowej Woli jest ośrodkiem wsparcia pobytu dziennego. Mimo wprowadzenia szeregu zabezpieczeń mogą mieć miejsce nieprzewidziane zdarzenia lub nieszczęśliwe wypadki. Świadomość tych zagrożeń, zwłaszcza umiejętność postępowania i zachowania się pracowników są nieodzowne do ich uniknięcia, a jeśli zaistnieją obligują do udzielenia skutecznej pomocy.

1. Przez nieszczęśliwy wypadek lub zdarzenie należy rozumieć powstanie sytuacji, w której poszkodowany zostaje uczestnik Domu lub zniszczone zostanie mienie, względnie zaistnieją obydwa te fakty jednocześnie. Przyczyną powstania niepożądanych zdarzeń lub wypadków mogą być:

a) bezpośrednie zachowania uczestników,

b) uczestnictwo w zajściach grupowych,

c) działania innych osób lub czynników.

2. Sposób postępowania na okoliczność nieszczęśliwego zdarzenia:

a) osoba, która stwierdza zaistnienie faktu nieszczęśliwego zdarzenia lub wypadku, posiadająca przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy zobowiązana jest niezwłocznie podjąć akcję ratowniczą.

3. Każda osoba udzielająca pomocy zobowiązana jest:

a) ocenić rodzaj zagrożenia życia,

b) ustalić kolejność udzielania pierwszej pomocy, o ile poszkodowanych jest więcej osób,

c) przystąpić do udzielania pierwszej pomocy zgodnie z zasadami sztuki medycznej, przy użyciu dostępnych środków,

d) o ile udzielana pomoc nie jest skuteczna, a stan poszkodowanego może zagrażać życiu, osoba wyznaczona przez udzielającego pomocy wzywa pogotowie ratunkowe, a ona sama nie przerywa akcji ratunkowej, aż do chwili przybycia pogotowia,

e) po przybyciu pogotowia, które przejmuje akcję ratunkową należy poinformować lekarza o rodzaju wypadku, stanie poszkodowanego, udzielonej pomocy,

f) jeśli po udzielonej pomocy poszkodowany pozostaje w ŚDS Nr 2, należy prowadzić obserwację mającą na celu upewnienie się co do skuteczności zastosowanych środków oraz oceniającą aktualny stan zdrowia poszkodowanego,

g) obserwację należy prowadzić niezależnie od tego, czy pomocy po wypadku udziela pracownik przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej czy pogotowie ratunkowe,

h) Dyrektor ŚDS Nr 2 ma obowiązek poinformować o zdarzeniu opiekunów prawnych bądź faktycznych uczestnika, a pracownik udzielający pierwszej pomocy przedmedycznej udzielić informacji o stanie zdrowia uczestnika ŚDS.

 **UWAGA:**

 Każdy pracownik ŚDS Nr 2 ma prawo zawsze, kiedy ocena stanu poszkodowanego budzi niepokój o jego zdrowie czy życie, wezwać pogotowie ratunkowe.

4. Zaistniały fakt nieszczęśliwego wypadku czy zdarzenia dotyczącego obrażeń ciała uczestnika – odnotowuje się w dokumentacji indywidualnej uczestnika, niezależnie od stopnia uszkodzenia ciała, ze względu na mogące wystąpić tzw. objawy późne.

5. Gdy nieszczęśliwy wypadek lub zdarzenie spowodowały szkody w mieniu Domu należy:

a) zabezpieczyć miejsce zdarzenia, oczyścić je z potłuczonych szyb lub połamanych przedmiotów,

b) upewnić się, czy na pewno rozbite przedmioty nie spowodowały uszkodzeń ciała,

c) o stwierdzonych zniszczeniach powiadomić Dyrektora ŚDS Nr 2, który zobowiązany jest do oceny szkód i ewentualnie odpisu ze stanu inwentarzowego jak również do zgłoszenia szkody firmie ubezpieczeniowej.

**PIERWSZA POMOC W NAGŁYCH WYPADKACH**

**I. REANIMACJA KRĄŻENIOWO-ODDECHOWA**

 Działania reanimacyjne zamykają się w trzech punktach A, B, C;

A - udrożnienie dróg oddechowych (airway),

B - sztuczna wentylacja ( breathing),

C – masaż pośredni serca ( circulation).

Przed wykonaniem masażu serca sprawdzamy oznaki zatrzymanego krążenia (nie dłużej niż 10 s.):

- brak normalnego oddechu, kaszlu lub ruchu,

- brak tętna na tętnicy szyjnej (tętno wyczuwamy 2-3 opuszkami palców po stronie szyi bliższej do nas) są sygnałem do rozpoczęcia reanimacji.

 Postępowanie w zależności od wieku poszkodowanego, gdzie słowo „dorosły” należy traktować jako osoba dorosła fizycznie, a nie wiekowo lub psychicznie przedstawia poniższa tabela.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ReanimacjaKrążeniowo -oddechowa | Niemowlę do 1 roku życia | Dziecko 1-8 rokużycia | Dorosły od 8 roku życia |
| Miejsce ucisku | Jeden palec poniżej linii sutkowej | Jeden palec powyżejdołu mostka | Dwa palce powyżej dołu mostka |
| Głębokość ucisku( generalnie 1/3głębokości mostka) | 1,5 – 2,5 cm | 2,5-3,5 cm | 4,5- 5 cm |
| Częstotliwość ucisku Mostka ( nie ilość!!!) | > 100 naminutę | >=100 naminutę | = 100 naminutę |
| Proporcje wdech-ucisk | 1:5 | 1:5 | 2:15\*) dla 1 lub 2 ratowników |
| Ilość cykli na minutę( wartości idealne, W praktyce trudne do Osiągnięcia) | 20/min | 20/min | > 4/min |

 Podczas reanimacji chory leży na plecach, na twardym, nieelastycznym podłożu (w przypadku kobiet w zaawansowanej ciąży podkładamy klin pod jej prawy bok – aby nie utrudniać dopływu krwi do płodu). Zaczynamy od odgięcia głowy do tyłu i dwukrotnym wdmuchnięciu powietrza do płuc. Na wybranym miejscu (dwa palce powyżej dolnego końca mostka) kładzie się dłoń, przy czym palce powinny być odgięte ku górze, by nie dotykać klatki piersiowej. Drugą dłoń kładziemy na grzbiet dolnej ręki. Ramiona muszą znajdować się w pozycji prostopadłej do klatki piersiowej. Przy wyprostowanych łokciach, na zasadzie dźwigni, naciskamy na mostek wgłębiając go na 4-5 cm w kierunku kręgosłupa z częstotliwością około 100 razy na minutę. Siła uciskania powinna wynikać z przeniesienia masy ciała ratującego, a nie z pracy jego mięśni. W ten sposób oszczędza się siłę przy długotrwałej akcji reanimacyjnej i zapewnia wywieranie prostopadłego nacisku. Gdy reanimację prowadzą dwie osoby stosunek wciśnięć do wdechów wynosi również 15:2 (najlepiej, gdy ratujący klęczą naprzeciw siebie). Co czwarty cykl sprawdzamy tętno i oddech.

 W przypadku dziecka masaż serca wykonujemy jedną ręką, a u niemowlaka – dwoma palcami.

**II. ATAK SERCA – ZAWAŁ**

 Zatrzymanie akcji serca powoduje obumieranie komórek mózgowych już po 3-5 minutach. Stąd reanimację trzeba podjąć niezwłocznie. Zawałem mięśnia sercowego jest martwica pewnego obszaru mięśnia sercowego na wskutek niedotlenienia, które może być spowodowane zamknięciem światła naczynia wieńcowego na wskutek miażdżycy lub zakrzepicy.

**Objawy zawału:**

* Uporczywy, długotrwały ból gniotący, promieniujący często od serca,
* Utrata przytomności,
* Zatrzymanie oddechu,
* Słabe, płytkie tętno lub brak tętna nad tętnicami szyjnymi.

**Czynności ratujące:**

* Jak najszybciej powiadomić służby ratownicze ( w pierwszej kolejności),
* Ułożenie poszkodowanego w pozycji siedzącej na podłodze ( aby maksymalnie ograniczyć ruchy), poszkodowany może sam przyjąć najdogodniejszą dla siebie pozycję,
* Rozluźnić ubranie
* U mężczyzn: krawat, koszulę, pasek u spodni,
* U kobiet: jak można biustonosz, bluzkę,
* Jeżeli pomieszczenie zamknięte – otworzyć okna,
* Wspieraj psychicznie poszkodowanego.

W przypadku zatrzymania akcji serca przystępuj do reanimacji.

**III. ZRANIENIE**

 Każda rana powoduje ból, krwawienie i możliwość zakażenia.

 Każdą ranę pozostawiamy w stanie, w jakim ją zastaliśmy, przykrywając jedynie możliwie szybko jałowym materiałem opatrunkowym. Przed założeniem opatrunku należy odsłonić ranę, tak aby obejrzeć ją w całości. W czasie opatrywania ranny powinien leżeć lub co najmniej siedzieć.

 Rany nie wolno dotykać ani przemywać ( wyjątek stanowią oparzenia termiczne i chemiczne). Nie należy usuwać obcych ciał tkwiących w ranie, gdyż zapobiegają krwawieniu.

 **Do szczególnych ran należą**:

**Rana postrzałowa** – oprócz widocznych ran ( wlotu i wylotu, ta druga jest większa) rannemu zagraża krwotok, wstrząs, uszkodzenie narządów wewnętrznych, zakażenie. Ranę opatrujemy według obowiązujących zasad.

**Rana kąsana** – istnieje bardzo duże ryzyko zakażenia, szczególnie wścieklizną. Jeżeli to możliwe należy schwytać zwierzę i przekazać do przebadania, a ranę przemyć mydłem, które działa zabójczo na wirus wścieklizny i obficie wypłukać.

**Ukąszenie przez węża** – najczęściej w postaci dwóch małych, mieszczących się obok siebie, ranek w wielkości łebka od szpilki. Występujący w jakiś czas po ukąszeniu miejscowy obrzęk i silny, kłujący ból wskazują na miejscowe zakażenie. Główne zagrożenie to przeniknięcie jadu do organizmu ( objawy tego to: zawroty głowy, nadmierna potliwość, zaburzenia oddechowe i krążenia). Ranny powinien leżeć bez ruchu, nakładamy opaskę naciskającą aby zahamować odpływ krwi w kierunku serca i wywołać krwawienie z rany. Nie zdejmujemy ucisku, nie wysysamy jadu, ani nie wycinamy lub wypalamy rany.

**IV. ZŁAMANIA KOŚCI**

 Na miejscu wypadku ustalmy, czy jest to złamanie otwarte czy zamknięte.

**Typowymi objawami złamania są:**

* Bolesność i obrzęk,
* Ograniczenia ruchów lub niezdolność do ich wykonywania, przybranie przez poszkodowanego pozycji oszczędzającej,
* Nieprawidłowe ustawienie lub patologiczna ruchomość,
* W przypadku złamania otwartego również jedna lub kilka ran krwawiących i mogą być widoczne także fragmenty kostne.

**Złamania kostne mogą być przyczyną licznych zagrożeń:**

* Wstrząs wynikający z utraty krwi (dodatkowo ból jest czynnikiem wstrząsorodnym),
* Uszkodzone kości mogą spowodować dodatkowe wewnętrzne zranienia,
* Zakażenia – przy złamaniach otwartych.

**Czynności ratujące:**

* Nie wykonujemy żadnych ruchów w miejscu złamania, również w celu rozpoznania złamania,
* Złamanie otwarte nakrywamy jałowym opatrunkiem,
* Unieruchamiamy złamana kość wraz z sąsiadującymi stawami,
* W przypadku wstrząsu stosujemy pozycję przeciwwstrząsową – wyjątek stanowią złamania czaszki, kręgosłupa, miednicy,
* Nie podajemy poszkodowanemu nic do picia i jedzenia, nie zezwalamy na palenie,

Poniżej przedstawiono poszczególne złamania i sposoby postępowania (według zasady: złamanie – objawy- czynności ratujące):

**Złamanie sklepienia czaszki** – występuje ból i równoczesna obecność rany na czole lub części owłosionej głowy – układamy rannego na nieuszkodzonym boku.

**Złamanie żuchwy** – ból przy ruchach w stawie skroniowo-żuchwowym, zranienie w okolicy żuchwy, czasami: widoczna nierówność w miejscu złamania, wybite zęby, rany warg i jamy ustnej – jeśli ranny jest przytomny siada i pochyla się ku przodowi, podpierając rękami głowę, w przypadku silnego krwawienia z ust kładzie się na boku, opierając czoło na skrzyżowanych przedramionach.

**Złamania żeber** – ból przy oddychaniu – pacjent uciska sobie sam złamane żebra i znajduje sobie najbardziej dogodną pozycję.

**Złamanie kręgosłupa** – ( często wraz z uszkodzeniem rdzenia kręgowego) – ból w plecach, mrowienie, brak czucia w nogach, porażenie, mimowolne oddawanie moczu i stolca, poszkodowany nie może sam się wyprostować – pozostawia się rannego w pozycji, w jakiej się go zastało ( wyjątek gdy istnieje dodatkowe niebezpieczeństwo i trzeba rannego ewakuować).

**Złamanie miednicy** – ( duże zagrożenie wstrząsem i uszkodzenia narządów wewnętrznych) – ból w podbrzuszu w czasie poruszania nogami i niemożność wyprostowania się – podkładamy wałki pod kolana, pozostałe czynności jak przy złamaniu kręgu.

**Złamanie kości udowej** - ból, nienormalna pozycja kończyny, skrócenie nogi, niemożność obciążania i poruszania – unieruchamiamy kończynę, pozostawiając w dotychczasowej pozycji.

**Złamanie kości podudzia** – silny ból, nieprawidłowa ruchomość, nierówność kości, niemożność obciążania – unieruchamiamy kończynę, pozostawiając w dotychczasowej pozycji.

**Złamanie kostki** – okolica stawu skokowego zniekształcona i obrzęknięta, czasami nierówność na kości – unieruchamiamy kończynę, pozostawiając w dotychczasowej pozycji.

**Złamanie obojczyka** – opadanie barku, „schodek” na kości, patologiczna i ograniczona ruchomość obojczyka, bolesność – unieruchomienie chustą trójkątną ( temblak).

**Złamanie w obrębie stawu barkowego** – ruchomość ramienia ograniczona ruchowo, nierówność kości – unieruchomienie chustą trójkątną ( temblak).

**Złamanie kości ramieniowej i przedramienia** – ból, obrzęk, patologiczna ruchomość, nierówność kości – unieruchomienie chustą trójkątną ( temblak).

**Złamanie kości dłoni** – nierówność złamanej kości widoczna na grzbiecie dłoni, patologiczna ruchomość, ból, obrzęk – unieruchomienie chustą trójkątną ( temblak).

Zwichnięcia, skręcenia i złamania śródstawowe traktujemy jak złamania kości.

**V. WSTRZĄS**

 Wstrząs stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia chorego.

**Objawy wstrząsu są proporcjonalne do ciężkości i okresu działania jego przyczyny:**

* Szybki, płytki oddech.
* Bladość i chłód skóry,
* Wargi przybierają odcień bladosiny,
* Bledną łożyska paznokci, po ich uciśnięciu powoli różowieją.
* Chory jest niespokojny i lękliwy, drży,
* Na czole występuje zimny, lepki pot,
* Bardzo wysokie tętno ( 180 -200 uderzeń na minutę).

**Czynności ratujące:**

* Tamujemy krwawienia ( jeśli jest to krwawienie zewnętrzne),
* Układamy chorego w pozycji przeciwwstrząsowej ( nogi uniesione na wysokość 30-40 cm powyżej poziomu głowy),
* Chronimy przed utratą ciepła,
* Uspokajamy chorego,
* Systematycznie kontrolujemy tętno i oddech ( co minutę),
* Zakaz palenia oraz podawania pokarmu i alkoholu,
* Nie wolno przewozić chorego przypadkowym środkiem transportu.

Ułożenie przeciwwstrząsowe nie powinno być stosowane przy urazach czaszkowo – mózgowych, duszności, nagłych bólach w klatce piersiowej i nadbrzuszu.

Inną postać ma wstrząs sercopochodny ( kardiogenny) spowodowany spadkiem wydajności serca. Występuje on nieraz w trakcie długotrwałej choroby serca, a powstaje na skutek zawału mięśnia sercowego lub zatoru tętnicy płucnej. Charakteryzuje się bólem w klatce piersiowej i śmiertelną trwogą, wzmożonym wypełnianiem się żył szyjnych, pacjent odczuwa duszność, może wystąpić rzężący oddech i wydzielina przy kaszlu podbarwiona krwią. Ciśnienie krwi spada, nieraz obserwuje się zwolnienie akcji serca.

**Objawy wstrząsu sercopochodnego:**

* Szybkie, słabowyczuwalne tętno
* Zimna, blada skóra
* Zimny pot
* Drżenia

**Czynności ratujące:**

* Sprawdzamy podstawowe funkcje życiowe.
* Układamy poszkodowanego z lekko uniesioną górną częścią ciała (podobnie jak w przypadku zawału serca),
* Chronimy przed utratą ciepła,
* Uspokajamy chorego.

Przy wstrząsie kardiogennym nie wolno stosować pozycji przeciwwstrząsowej, która dodatkowo obciąży krwią niewydolne serce.

**VI. PORAŻENIE PRĄDEM ELEKTRYCZNYM**

 Pamiętaj, aby ratując porażonego samemu nie zostać porażonym.

 Intensywność działania prądu elektrycznego zależy od jego natężenia (natężenie zaś zależy od napięcia w obwodzie elektrycznym i oporu skóry) i częstotliwości (prąd zmienny jest niebezpieczniejszy od prądu stałego).

 Działanie prądu elektrycznego na organizm człowieka polega głównie pobudzeniu układu nerwowego i mięśni. Przez okres działania prądu mogą wystąpić skurcze: w mięśniach szkieletowych i sercu, mięśniach ramienia i dłoni (tzw. „przyklejanie się do przewodu), które ustępują dopiero po wyłączeniu prądu. Jego działanie na serce może spowodować zaburzenie rytmu, a nawet zatrzymanie akcji serca, zaś skurcze mięśni są przyczyną upadki i mechanicznych uszkodzeń ciała. Efektem działania prądu na mózg, w pewnych okolicznościach jest utrata przytomności i bezdech. Czasami spotyka się też oparzenia skóry.

**Czynności ratujące:**

* Pierwszą czynnością jest przerwanie obwodu elektrycznego poprzez wyłączenie prądu lub odizolowanie porażonego (odsunięcie przewodów elektrycznych za pomocą przedmiotu nie przewodzącego prądu elektrycznego) – należy to zrobić zachowując daleko posuniętą ostrożność.
* Sprawdzamy tętno i oddech (w razie braku przystępujemy do czynności reanimacyjnych),
* Przy zachowaniu własnego oddechu stosujemy ułożenie boczne,
* Wstrząs i rany oparzeniowe traktujemy zgodnie z obowiązującymi zasadami.

**VII. OPARZENIA TERMICZNE**

 Przy oparzeniach zabrania się stosowania środków domowych i maści.

 Oparzenia są uszkodzeniami skóry i leżących pod nią tkanek, mogą mieć jednak wpływ na cały organizm. Rozmiar uszkodzeń zależy od temperatury działającego czynnika, jego rodzaju i czasu działania. Ciężkość oparzenia i jego wpływ na cały organizm zależy od stopnia i rozległości oparzenia.

Powierzchnię oparzenia można z grubsza ocenić na miejscu wypadku posługując się tzw. regułą dziewiątki. Oparzenie ręki i głowy ocenia się na 9% powierzchni ciała każde, oparzenia nogi, przedniej strony tułowia oraz pleców – po 18% powierzchni ciała. Szyja i wewnętrzna strona dłoni – po 1%. Za groźne dla życia dla dorosłego człowieka przyjmuje się oparzenie II stopnia( i cięższe) obejmujące ponad 18% powierzchni. U dziecka stosuje się regułę dziewiątki nieco zmodyfikowaną. Tu wystąpienie ciężkiego wstrząsu grozi , gdy powierzchnia oparzenia przekroczy 8% powierzchni ciała.

**Rozróżniamy trzy stopnie oparzenia:**

1. **Oparzenie pierwszego stopnia :** uszkodzeniu ulega tylko powierzchowna warstwa skóry – występuje zaczerwienienie i ból,
2. **Oparzenie drugiego stopnia :** następuje uszkodzenie głębszych warstw tkanek, włosy i gruczoły łojowe zostają nienaruszone – występuje rumień skóry, uszkodzenie ścianek naczyń krwionośnych, wydzielający się płyn tkankowy tworzy pęcherze pod naskórkiem,
3. **Oparzenie trzeciego stopnia :** zniszczeniu ulegają głębokie tkanki skóry wraz ze strukturami dodatkowymi, często uszkodzone są mięśnie znajdujące się pod skórą, spalone – występują obumarłe tkanki, które są częściowo śnieżnobiałe, bywają czasem też brunatnoczarne, brak jest często reakcji bólowej.

**Niebezpieczeństwa wynikające z oparzeń:**

* Duża utrata płynów mogąca doprowadzić do wstrząsu,
* Zakażenie poprzez rany oparzeniowe,
* W wyniku zdenaturyzowania ciał białkowych powstają toksyny oparzeniowe, które mogą po upływie kilku dni spowodować ciężkie uszkodzenia nerek**.**

**Czynności ratujące:**

* Usuwamy źródło działania wysokiej temperatury poprze gaszenie wodą lub usuwamy poszkodowanego z zagrożonego pomieszczenia,
* Gasimy odzież i udrażniamy drogi oddechowe,
* Nie wolno zrywać ubrania, które przykleiło się do skóry, ale ostrożnie ściągamy pozostałą odzież,
* Miejsce oparzenia polewamy wodą lub zanurzamy w naczyniu z zimną woda tak długo, póki ból nie ustąpi ( co najmniej 15-20 minut),
* Zakładamy jałowy opatrunek, najlepiej specjalny pakiet oparzeniowy ( akważele),
* W przypadku dużych powierzchni oparzenia unikamy wychładzania, schładzamy tylko wilgotnymi chustami,
* W celu uzupełnienia dużej utraty płynu oparzony popija łukami chłodną wodę – rezygnujemy z niej w razie zaburzenia świadomości, oparzeń twarzy, uszkodzeń przewodu pokarmowego i mdłości,
* W przypadku oparzeń twarzy nie stosuje się suchych opatrunków,
* Ze względu na szybko pojawiający się obrzęk zdejmujemy pierścionki, obrączki, krawat.

 Przy oparzeniach słonecznych polewanie wodą nie daje wymiernego efektu – oparzony powinien zostać skierowany do lekarza.