

Procedura postępowania z uczniem przewlekłe chorym

§ 1. DZIECKO PRZEWLEKLE CHORE

Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwiać choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokajanie wielu ważnych potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych. Przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom choroby przewlekłej, polega na budowaniu nowej koncepcji życia z chorobą i pomimo choroby. Odbudowa poczucia bezpieczeństwa jest jednym z najważniejszych zadań osób pomagających choremu dziecku i jego rodzinie. Dziecko może czuć się mniej bezradne i zagubione, gdy ma okazję do odnoszenia sukcesów i poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Dlatego częste chwalenie go, dostrzeganie i eksponowanie jego osiągnięć oraz nagradzanie jest jednym ze sposobów pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności. Ważne jest również uczenie dziecka nowych umiejętności - zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych, które otworzą dla niego nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności. Szkoła jest miejscem, gdzie chore dziecko może się uczyć, bawić, rozwijać swoje zdolności i umiejętności, może przeżywać radość i dumę ze swojej aktywności, a także budować dobre relacje z innymi dziećmi. Obecność przyjaznych nauczycieli i rówieśników jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego chorego dziecka. Bardzo ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na jego funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne. Niektóre leki mogą działać pobudzająco a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Wzajemne kontakty pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, a także spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

W sytuacji, gdy w szkole jest uczeń przewlekłe chory:

§ 2. ZADANIA RODZICA

1. W przypadku ucznia rozpoczynającego naukę w szkole podstawowej rodzic najpóźniej do dnia rozpoczęcia roku szkolnego powinien dostarczyć wychowawcy informacje o stanie zdrowia dziecka przewlekłe chorego, objawach choroby, zagrożeniach zdrowotnych, przyjmowanych lekach i ich wpływie na organizm.

2. Jeśli choroba zostanie zdiagnozowana podczas uczęszczania do szkoły rodzic powinien niezwłocznie poinformować o tym fakcie wychowawcę.

3. Rodzic jest zobowiązany do stałej współpracy z wychowawcą.

§ 3. ZADANIA WYCHOWAWCY I NAUCZYCIELI

1. Indywidualne zasady postępowania z dzieckiem przewlekłe chorym są opracowywane przez zespół, w którego skład wchodzi: wychowawca, pielęgniarka szkolna, rodzic ucznia (załącznik nr 1).

2. Zasady postępowania określają:

- a) metody reagowania w sytuacji wystąpienia objawów choroby;
- b) formy pracy z uczniem dostosowane do specyfiki choroby;
- c) formy współpracy z rodzicami ucznia.

3. Ustalenia zespołu są przekazywane wszystkim nauczycielom i pracownikom szkoły, wraz z zobowiązaniem do ich stosowania.

4. Nauczyciele i specjaliści pracujący z uczniem są zobowiązani dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

5. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole wychowawca/ nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.

§ 4. ZADANIA DYREKTORA

1. Dyrektor szkoły na podstawie informacji i ustaleń zespołu organizuje szkolenie rady pedagogicznej i pracowników w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby.

2. Dyrektor w przypadku nasilenia choroby u dziecka niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców/prawnych opiekunów ucznia.

§ 5. SPOSOBY POMOCY PRZEWLEKLE CHOREMU DZIECKU MOŻLIWE DO ZREALIZOWANIA NA TERENIE SZKOŁY

1. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
2. Pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie samodzielności oraz nowych umiejętności.
3. Budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych.
4. Traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy.
5. Uwrażliwienie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego.
6. Uwrażliwienie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych.
7. Motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi.
8. Dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągania sukcesów.
9. Motywowanie do aktywności i rozwoju zainteresowań.
10. Pomoc w nadrabianiu zaległości szkolnych.
11. Rozmowy o uczuciach i trudnych sprawach.

§ 6. ASTMA OSKRZELOWA

1. Astma oskrzelowa jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Istotą astmy jest przewlekły proces zapalny toczący się w drogach oddechowych, który prowadzi do zwiększonej skłonności do reagowania skurczem na różne bodźce i pojawienia się objawów choroby.

2. Objawy: Podstawowym objawem jest duszność - uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone drogi oddechowe. Pojawia się świszczący oddech. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel - suchy, napadowy, bardzo męczący.

3. Nakazy:

- a) częste wietrzenie sal lekcyjnych;
- b) dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek;
- c) ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki;
- d) w przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy.

4. Zakazy:

- a) chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych. W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto;
- b) wykluczone są biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego ciągłego wysiłku;
- c) w klasach, gdzie odbywają się lekcje nie powinno być zwierząt futerkowych.

5. Ograniczenia:

- a) uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia;
- b) dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacjach które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia.

6. Obszary dozwolone i wskazane dla dziecka:

- a) dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego - wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby;
- b) uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć wychowania fizycznego;
- c) dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe;
- d) dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie;
- e) dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych.

§ 7. CUKRZYCA

1. Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi - większy niż 259mg%). Obecnie w Polsce wśród dzieci i młodzieży dominuje cukrzyca typu 1 - ten typ cukrzycy ma podłoże genetyczne i autoimmunologiczne. Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, nie można się nią zarazić przez kontakt z osobą chorą. Najczęstsze objawy to wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu i chudnięcie.

2. Choroba ta nie powinna ograniczać jakiegokolwiek funkcjonowania ucznia, wymaga tylko właściwej samokontroli i obserwacji. Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla dzieci chorych na cukrzycę. Wspierają prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, pomagają rozwijać samodyscyplinę, dają przyjemność i satysfakcję. Jedynym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenie - stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60mg%).

3. Do działań w zakresie samokontroli należą: badanie krwi i moczu, zapisywanie wyników badań, prawidłowa interpretacja badań, prawidłowe komponowanie posiłków, prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego, obserwacja objawów jakie pojawiają się przy hiperglikemii i hipoglikemii.

4. Objawy hipoglikemii - niedocukrzenia:

- a) błądliwość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk;
- b) ból głowy, ból brzucha;
- c) szybkie bicie serca;
- d) uczucie silnego głodu/wstręt do jedzenia;
- e) osłabienie, zmęczenie;
- f) problemy z koncentracją, zapamiętywaniem;
- g) chwiejność emocjonalna, nietypowe zachowanie dziecka;
- h) napady agresji lub wesołkowatości;
- i) ziewanie/senność;
- j) zaburzenia mowy, widzenia i równowagi;
- k) zmiana charakteru pisma;
- l) uczeń nielogicznie odpowiada na zadawane pytania; m) kontakt ucznia z otoczeniem jest utrudniony lub traci przytomność.

5. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII LEKKIEJ - dziecko jest przytomne, w pełnym kontakcie, współpracuje z nami, spełnia polecenia:

- a) sprawdzić poziom glukozy we krwi potwierdzając niedocukrzenie;
- b) podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, płynny miód, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach);
- c) NIE WOLNO zastępować węglowodanów prostych słodyszami zawierającymi tłuszcze, jak np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego;
- d) ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.

6. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO - CIEŻKIEJ - dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje bezwzględnie pomocy osoby drugiej:

- a) oznaczyć glikemię i potwierdzić niedocukrzenie;
- b) jeżeli dziecko może połykać podać do picia płyn o dużym stężeniu cukru (np. 3-5 kostek cukru rozpuszczonych w 1/4 szklanki wody, soku, coli);
- c) jeżeli dziecko nie może połykać postępujemy tak jak w przypadku glikemii ciężkiej.

7. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII CIĘŻKIEJ - dziecko jest nieprzytomne, nie ma z nim żadnego kontaktu, nie reaguje na żadne bodźce, może mieć drgawki. Dziecku, które jest nieprzytomne NIE WOLNO podawać niczego do picia ani do jedzenia do ust:

- a) układamy dziecko na boku;
- b) wzywamy pogotowie ratunkowe;
- c) kontaktujemy się z rodzicami dziecka.

8. U dzieci leczonych pompą:

- a) zatrzymaj pompę;

- b) potwierdź hipoglikemię;
- c) jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste;
- d) odczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podawaj ponownie cukry proste;
- e) jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podawaj kanapkę lub inne węglowodany złożone;
- f) jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej i wezwij pogotowie ratunkowe;
- g) skontaktuj się z rodzicami dziecka.

9. OBJAWY HIPERGLIKEMII

- a) wzmożone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu;
- b) rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji;
- c) złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia. Jeżeli do tych objawów dołączają: ból głowy, brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech, może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie: – zbadać poziom glukozy, – skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie, – w razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.

10. Każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 zapewnia się w szkole:

- a) możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie - także w trakcie trwania lekcji;
- b) możliwość podania insuliny;
- c) możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobistą pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję /gabinet pielęgniarki/;
- d) właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym ze szkolną pielęgniarką oraz rodzicami dziecka;
- e) możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w czasie trwania lekcji;
- f) możliwość zaspokojenia pragnienia oraz możliwość korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych;
- g) możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.

§ 8. PADACZKA

1. Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowe występujące zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu objawiające się widocznymi zaburzeniami, zwykle ruchowymi. Niekiedy jedynym widocznym objawem napadu są kilkusekundowe zaburzenia świadomości. Napady padaczkowe dzieli się na napady pierwotnie uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane).

2. Napady pierwotnie uogólnione:

- a) napady nieświadomości - najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem Napadom atypowym nieświadomości mogą towarzyszyć: mruganie lub ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust;
- b) napady atoniczne - napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni;
- c) napady toniczne - występują głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia - charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia;
- d) napady toniczno-kloniczne - w fazie fonicznej dochodzi do nagłej utraty przytomności, skurczu mięśni, zatrzymania oddechu; faza kloniczna charakteryzuje się rytmicznymi, gwałtownymi skurczami mięśni kończyn i tułowia, następnie przechodzi w kilkuminutową śpiączkę;
- e) napady kloniczne - napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami;
- f) napady miokloniczne - charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.

3. Napady częściowe:

- a) napady częściowe z objawami prostymi - świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana,

zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust;

b) napady częściowe z objawami złożonymi - niektórym napadom mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości o charakterze omamów i złudzeń; pacjent ma wrażenie, że już znajdował się w danej sytuacji życiowej lub przeciwnie, że nie zna sytuacji i przedmiotów, z którymi w rzeczywistości się już stykał, do tego typów napadów zaliczane są także napady psychoruchowe z towarzyszącymi im różnymi automatyzmami (cmokanie), u dzieci mogą niekiedy występować napady nietypowe, manifestujące się klinicznie bólami brzucha, głowy, omdleniami, napadami lęku;

c) napady częściowe wtórnie uogólnione - rozpoczyna się zwykle od napadowych mioklonicznych lub klonicznych skurczów ograniczonych do określonych grup mięśni, aby następnie rozprzestrzenić się i doprowadzić do wtórnie uogólnionego napadu toniczno-klonicznego (tzw. napadu dużego).

4. Leczenie padaczki jest procesem przewlekłym, wymaga systematycznego, codziennego przyjmowania leków. Nagłe przerwanie leczenia, pominięcie którejś dawki, może zakończyć się napadem lub stanem padaczkowym. Z tego też powodu ważne jest aby pacjent mógł systematycznie przyjmować leki. W trakcie włączania leczenia lub jego modyfikacji dziecko może wykazywać objawy senności, rozdrażnienia, zawrotów głowy.

5. W RAZIE WYSTĄPIENIA NAPADU NALEŻY:

a) przede wszystkim zachować spokój;

b) ułożyć dziecko w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku;

c) zabezpieczyć dziecko przed możliwością urazu w czasie napadu - zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę;

d) asekurować w czasie napadu i pozostać z dzieckiem do odzyskania pełnej świadomości.

6. NIE WOLNO:

a) podnosić dziecka;

b) krępować jego ruchów;

c) wkładać cokolwiek między zęby lub do ust.

7. Pomoc lekarska jest potrzebna, jeżeli był to pierwszy napad w życiu lub napad trwał dłużej niż 10 minut albo jeśli po napadzie wystąpiła długo trwająca gorączka, sugerująca zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych. Dzieci chore na padaczkę narażone są na wyższy poziom stresu wynikający z obawy przed napadem i komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy nadpobudliwości psychoruchowej, trudności w czytaniu i pisaniu oraz inne trudności szkolne. W razie narastających trudności szkolnych, trzeba zapewnić dziecku możliwość douczania, zorganizować odpowiednio czas na naukę, z częstymi przerwami na odpoczynek, modyfikować i zmieniać sposoby przyswajania wiadomości szkolnych. Nie należy z zasady zwalniać dziecka z zajęć wychowania fizycznego ani z zajęć ruchowych w grupie rówieśników. Należy jedynie dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzą się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

§ 9. PODAWANIE UCZNIOM LEKÓW NA TERENIE SZKOŁY

1. Nauczyciel nie jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych. To zadanie dotyczy zawodów medycznych, tj. lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego.

2. Istnieją jednak sytuacje, w których nauczyciel może podać dziecku lek. Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom w szkole trzeba wyodrębnić następujące sytuacje:

a) stany nagłe - gdy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, nauczyciel, dyrektor lub pielęgniarka zobowiązani są do podjęcia działań pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego; jednocześnie obowiązkiem tych osób jest zawiadomienie rodziców /opiekunów prawnych;

b) choroby przewlekłe - kiedy występuje konieczność stałego podawania mu leków (do szkoły powinna być dostarczona przez rodziców/opiekunów prawnych/ informacja, na jaką chorobę dziecko cierpi, jakie leki zażywa na zlecenie lekarza, w tym nazwa leku i sposób jego dawkowania; rodzice też powinni dostarczyć zlecenie lekarskie na podawanie leku i upoważnienie dla pielęgniarki/nauczyciela do podawania leku).

3. W czasie nieobecności pielęgniarki w placówce oświatowej, w sytuacji gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności /np. kontroli poziomu cukru we krwi u

dziecka chorego na cukrzycę, podania leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę/, czynności te mogą wykonywać również inne osoby /w tym: samo dziecko, rodzic, nauczyciel/, jeżeli zostały poinstruowane w tym zakresie.

4. Osoby przyjmujące zadanie muszą wyrazić na to zgodę, zaś posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Delegowanie przez rodziców/opiekunów prawnych/ uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania opieki muszą mieć formę umowy pisemnej pomiędzy rodzicami /opiekunami prawnymi/ dziecka przewlekle chorego, a pracownikiem szkoły.

5. Poza przypadkiem podawania leków dzieciom przewlekle chorym, nauczyciele nie powinni podawać leków w innych sytuacjach, np. leków przeciwbólowych, syropów, witamin, antybiotyków, o co proszą, a nawet wymuszają rodzice. Nigdy nie wiadomo, jaka będzie reakcja dziecka na dany lek, a w razie ewentualnych komplikacji należy liczyć się z konsekwencjami zdrowotnymi dla dziecka i prawnymi dla nauczyciela.

§ 10. PROCEDURA PODAWANIA LEKÓW DZIECIOM PRZEZ NAUCZYCIELI

1. Każde podanie leków w placówce w szczególnie uzasadnionych przypadkach /dziecko przewlekle chore/ odbywa się na pisemne upoważnienie rodziców (załącznik nr 2).

2. Rodzice/opiekunowie prawni/ zobowiązani są do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, które określa nazwę leku, dawkę, częstotliwość podawania i okres leczenia.

3. Nauczyciel wyraża pisemną zgodę na podawanie leku dziecku (załącznik nr 3).

4. W przypadku zachorowania dziecka na terenie placówki powiadamia się o tym rodziców/opiekunów prawnych/ dziecka, a rodzice/opiekunowie prawni/ są zobowiązani do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki i zapewnienia mu opieki medycznej.

5. W przypadku gdy rodzice/opiekunowie prawni/ nie są w stanie odebrać osobiście dziecka z placówki, mogą upoważnić pisemnie inną osobę.

6. W sytuacjach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka wzywane jest pogotowie ratunkowe, a o zaistniałym zdarzeniu informowani są rodzice/opiekunowie prawni/ i dyrektor placówki.

7. Dziecko do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i przybycia rodziców/opiekunów prawnych/ pozostaje pod opieką pielęgniarki szkolnej, a pod jej nieobecność pod opieką nauczyciela.