

Załącznik nr 1 do zarządzenia dyrektora nr 8/ZSP12/2020 z dnia 17.03.2020r.

PROCEDURA

postępowania z dzieckiem przewlekle chorym

1. Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 12 w Gliwicach każdemu dziecku przewlekle choremu zapewnia:
 - 1) poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,
 - 2) pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie nowych umiejętności,
 - 3) budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych,
 - 4) przygotowanie uczniów zdrowych na spotkanie chorego kolegi,
 - 5) traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy,
 - 6) uwrażliwianie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego,
 - 7) uwrażliwianie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych uczniów,
 - 8) motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi,
 - 9) rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,
 - 10) dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągnięcia sukcesów,
 - 11) motywowanie do aktywności.
2. Każdy uczeń przewlekle chory i jego rodzice ma prawo uzyskać wsparcie na trzech poziomach:
 - 1) poziom edukacyjny – dostosowanie procesu edukacyjnego do indywidualnych możliwości i potrzeb, czyli organizacja nauki zgodnie z indywidualnymi zaleceniami, ograniczeniami i możliwościami, modyfikacja treści programowych zgodnie z wydolnością fizyczną i wysiłkową ucznia, dostosowanie tempa pracy do indywidualnej wydolności fizycznej i psychicznej ucznia, stosowanie metod i oddziaływań o charakterze terapeutycznym;
 - 2) poziom wychowawczy – sprzyjający integracji ucznia z grupą rówieśniczą – uczestnictwo w życiu klasy, szkoły;
 - 3) wsparcie emocjonalne – to głównie działania podtrzymujące, towarzyszenie w trudnościach, wysłuchanie, cierpliwość, poświęcenie uwagi, życzliwość,

zrozumienie, modyfikacja zachowania wobec ucznia chorego stosownie do jego wieku i potrzeb.

3. Rodzic dziecka przewlekle chorego ma obowiązek:
 - 1) Poinformowania wychowawcy o rodzaju choroby oraz zaleceniach lekarskich
 - 2) W przypadku konieczności podawania leków: przedłożenia informacji na jaką chorobę dziecko choruje oraz jakie leki zażywa (nazwę leku, dawkę, sposób podania)
 - 3) dołączenie zalecenia lekarskiego
 - 4) złożenie pisemne upoważnienia dla nauczycieli (*Załącznik nr 2*)
4. Dyrektor placówki organizuje szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby;
5. Wychowawca klasy/oddziału do którego uczęszcza dziecko przewlekle chore ma obowiązek pozyskać od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia szczegółowe informacje na temat jego choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu a następnie, w porozumieniu z pielęgniarką lub lekarzem, wspólnie z pozostałymi członkami zespołu wychowawczego oddziału opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby.
6. Opracowana procedura powinna uwzględniać przypominanie o:
 - 1) terminach lub pomoc w przyjmowaniu leków,
 - 2) wykonywaniu pomiarów poziomu cukru,
 - 3) regularnym przyjmowaniu posiłków,
 - 4) sposób reagowania przy zaostrzeniu choroby
7. Opracowana procedura powinna określać również:
 - 1) formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) dziecka;
 - 2) zobowiązanie wszystkich pracowników placówki do bezwzględnego ich stosowania;
8. Dziecku przewlekle choremu przysługuje dodatkowo:
 - 1) dostosowanie form pracy dydaktycznej,
 - 2) dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia,

- 3) inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zalecane w opinii lekarskiej;
9. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole nauczyciel prowadzący zajęcia, a w czasie przerwy – nauczyciel dyżurujący niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.
10. Dla każdego ucznia z chorobą przewlekłą opracowano indywidualne procedury (*Załącznik nr 1*).
11. Leki mogą zostać podane dziecku pod nieobecność pielęgniarki szkolnej tylko przez nauczyciela, który wyraził zgodę na udzielanie takiej pomocy (*Załącznik nr 3*)
12. Integralną częścią procedury stanowi przewodnik po chorobach przewlekłych wraz z opisem objawów i sposobami postępowania, stanowiący załącznik nr 5 do niniejszej procedury 13. Każdy pracownik szkoły ma obowiązek zapoznania się z procedurą i załączonym przewodnikiem.

Dyrektor

Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 12

mgr inż. Aleksandra Szyszka

PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

Opracowana dla
imię i nazwisko ucznia

1. Uczeń choruje na chorobę przewlekłą
nazwa choroby przewlekłej
potwierdzoną przez lekarza dnia
2. Objawy choroby ucznia:
 -
 -
3. Nakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:
 -
4. Zakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:
 -
5. Ograniczenia dla ucznia związane z chorobą:
 -
6. W przypadku zaostrzenia objawów lub ataku choroby należy:
 -
7. W przypadku zaostrzenia objawów lub ataku choroby nie wolno:
 -
 -
8. Pierwsza pomoc udzielona uczniowi w szkole polega na:
 -
9. W przypadku zaostrzenia objawów lub zagrożenia zdrowia szkoła niezwłocznie informuje
i w miarę potrzeby wzywa:
 - Rodziców/prawnych opiekunów ucznia (imię, nazwisko, adres, tel., kontakt.)
 - Lekarza prowadzącego (j. w.)

- Inną osobę (j. w.)
- Pogotowie ratunkowe – w przypadku, gdy rodzic/ opiekun prawny nie może bezzwłocznie odebrać dziecka ze szkoły w celu udzielenia mu pomocy medycznej.

10. Wszyscy pracownicy szkoły są zobowiązani do bezwzględnego stosowania niniejszej procedury.

.....
miejsowość i data

.....
podpis rodziców



UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka

upoważniam Panią/Pana
imię i nazwisko nauczyciela/pracownika

Do podawania leku (*nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia*)

.....
.....
.....
.....
.....

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

Gliwice, dn.
data

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka



**ZGODA NAUCZYCIELA/PACOWNIKA SZKOŁY
NA PODANIA LEKÓW DZIECKUZ CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

.....
imię i nazwisko nauczyciela/pracownika

wyrażam zgodę na podanie dziecku

.....
imię i nazwisko ucznia

leku (*nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia*)

.....
.....
.....
.....

***Oświadczam, że zostałam(łem) poinformowany o sposobie podania leku/
wykonania czynności medycznej.***

Gliwice, dn.,.....
data

.....
imię i nazwisko nauczyciela/pracownika szkoły

P R Z E W O D N I K

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 między innymi na udzielaniu dziecku i jego rodzinie pomocy w 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. Zatem dostrzeganie i eksponowanie osiągnięć dziecka, chwalenie go za nie i nagradzanie jest jednym z kierunków pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności. Drugi ważny kierunek to uczenie dziecka nowych umiejętności- zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych otwierających mu nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności, poszerzających jego „obszar wolności”.

Szkoła pełni w życiu chorego dziecka szczególną rolę. Jest to miejsce, w którym może się ono uczyć i 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.

Niezwykle ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne ucznia. Niektóre leki mogą działać pobudzająco, a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Dzięki informacjom od rodziców i lekarzy, nauczyciel może poznać chorobę dziecka w takim zakresie, aby w razie potrzeby, w odpowiednim czasie, udzielić mu niezbędnej pomocy i wsparcia oraz zapewnić bezpieczne warunki na terenie szkoły. Także dostosować sposoby komunikowania się oraz sposoby i formy nauczania do potrzeb i aktualnych możliwości chorego dziecka. Wzajemne kontakty

między szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

Cechy choroby przewlekłej:

- pojawia się w różnym wieku,
- ma długotrwały przebieg,
- może towarzyszyć dziecku przez całe życie,
- może mieć łagodny lub burzliwy przebieg,
- sposób leczenia jest długi, żmudny i uciążliwy,
- sposób leczenia wiąże się często z koniecznością długotrwałych pobytów w szpitalu oraz rozłąki z bliskimi,
- niektóre choroby zagrażają bezpośrednio życiu dziecka.

Psychologiczne następstwa choroby przewlekłej:

- lęk, smutek, poczucie zagrożenia;
- koncentracja na potrzebach podstawowych (picie, jedzenie, poczucie bezpieczeństwa);
- koncentracja na aktualnej sytuacji, na „tu i teraz”, niechęć do planowania i myślenia o przyszłości;
- utrata perspektywy życiowej oraz nadziei;
- poczucie braku wpływu na zdarzenia;
- obniżenie samooceny, poczucia własnej wartości; poczucie wstydu i bycia innym;
- ograniczenie stymulacji zewnętrznej szczególnie przy długotrwałym unieruchomieniu, leżeniu w łóżku;
- obniżenie motywacji do działania – bierność, nuda.

Główne sposoby pomocy przewlekle choremu dziecku możliwe do zrealizowania na terenie szkoły:

1. zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,
2. pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie nowych umiejętności,

3. budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych,
4. przygotowanie uczniów zdrowych na spotkanie chorego kolegi,
5. traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy,
6. uwrażliwianie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego,
7. uwrażliwianie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych uczniów,
8. motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi,
9. rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,
10. dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągnięcia sukcesów,
11. motywowanie do aktywności.

Uczeń przewlekle chory i jego rodzice powinni uzyskać w szkole wsparcie na trzech poziomach:

- poziom edukacyjny – dostosowanie procesu edukacyjnego do indywidualnych możliwości i potrzeb, czyli organizacja nauki zgodnie z indywidualnymi zaleceniami, ograniczeniami i możliwościami, modyfikacja treści programowych zgodnie z wydolnością fizyczną i wysiłkową ucznia, dostosowanie tempa pracy do indywidualnej wydolności fizycznej i psychicznej ucznia, stosowanie metod i oddziaływań o charakterze terapeutycznym;
- poziom wychowawczy – sprzyjający integracji ucznia z grupą rówieśniczą – uczestnictwo w życiu klasy, szkoły;
- wsparcie emocjonalne – to głównie działania podtrzymujące, towarzyszenie w trudnościach, wysłuchanie, cierpliwość, poświęcenie uwagi, życzliwość, zrozumienie, modyfikacja zachowania wobec ucznia chorego stosownie do jego wieku i potrzeb.

W sytuacji, gdy w szkole jest uczeń przewlekle chory, nauczyciel powinien:

1. Pozyskać od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia szczegółowe informacje na temat jego choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu;

2. Zorganizować szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby;
3. W porozumieniu z pielęgniarką lub lekarzem, wspólnie z pracownikami szkoły opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby.

Procedury te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, sposób reagowania itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) tego dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników placówki do bezwzględnego ich stosowania;
4. Wspólnie z nauczycielami i specjalistami zatrudnionymi w szkole 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 dyrektor lub nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.

Dla każdego ucznia z chorobą przewlekłą w naszej szkole zostaną opracowane indywidualne procedury (*Załącznik nr 1*).

Podawanie leków uczniowie z chorobą przewlekłą:

Kiedy występuje konieczność stałego podawania leków w szkole, rodzice są zobowiązani do przedłożenia informacji na jaką chorobę dziecko choruje oraz jakie leki zażywa (nazwę leku, dawkę, sposób podania). Konieczne jest dołączenie zalecenia lekarskiego oraz pisemne upoważnienia dla nauczycieli (*Załącznik nr 2*). Osoby wykonujące to zadanie muszą wyrazić zgodę (*Załącznik nr 3*). Delegowanie przez rodziców uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania tej opieki powinny mieć formę umowy między rodzicami a pracownikami szkoły.

DZIECKO Z ASTMĄ

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.

OBIAWY

Jednym z podstawowych objawów jest duszność jako subiektywne uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone drogi oddechowe. Gdy duszność jest bardzo nasilona możemy zauważyć, że usta dziecka a także inne części ciała są zasinione. Konsekwencją zwężenia oskrzeli jest pojawienie się świszczącego oddechu. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel. Najczęściej jest to kaszel suchy, napadowy, bardzo męczący.

PRZYCZYNY ATAKU

Zaostrzenie astmy może być wywołane przez: kontakt z alergenami, na które uczulone jest dziecko, kontakt z substancjami drażniącymi drogi oddechowe, wysiłek fizyczny, zimne powietrze, dym tytoniowy, infekcje.

POSTĘPOWANIE:

1. W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewny lek rozkurczający oskrzela zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. W przypadku objawów ciężkiej duszności należy podać jednocześnie 2 dawki leku w aerozolu w odstępie 10-20 sekund.
3. Po wykonaniu 1 pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia.
4. W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać Pogotowie Ratunkowe. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru osoby dorosłej.
5. Dodatkowo bardzo ważne jest zapewnienie dziecku spokoju oraz odizolowanie od osób trzecich.

NAKAZY:

1. Częste wietrzenie sal lekcyjnych.

2. Dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek.
3. Ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy.

ZAKAZY:

1. Chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych.
2. W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto
3. Astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego, ciągłego wysiłku.
4. W klasach, gdzie odbywają się lekcje nie powinno być zwierząt futerkowych.

OGRANICZENIA:

1. Uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia.
2. Dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacjach, które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia.

OBSZARY DOZWOLONE I WSKAZANE DLA DZIECKA

1. Dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach z wychowania fizycznego. wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby.
2. Uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć z wychowania fizycznego.
3. Dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe.
4. Dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie.
5. Dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych.

Bardzo ważny jest dobry kontakt szkoły z rodzicami, po to, aby wspólnie zapewnić dziecku bezpieczne warunki nauki i pobytu w szkole. Pozwoli to zmniejszyć nadopiekuńczość rodziców, a dziecku rozwijać samodzielność i zaufanie do własnych możliwości i umiejętności. Tylko współdziałanie szkoły z rodzicami i lekarzem prowadzącym pomoże

prawidłowo funkcjonować dziecku z astmą oskrzelową w środowisku, gdzie spędza wiele godzin w ciągu dnia.

DZIECKO Z CUKRZYCĄ

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi – większy od 250mg%). 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 oraz chudnięcie. W chwili obecnej, w warunkach pozaszpitalnych, jedynym skutecznym sposobem podawania insuliny jest wstrzykiwanie jej do podskórnej tkanki tłuszczowej (za pomocą pena, pompy). Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać jakiekolwiek funkcjonowanie ucznia, tylko wymaga 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, gratyfikują, dają przyjemność i satysfakcję. Najważniejszym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenia stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60 mg%). Do działań w ramach samokontroli należą: badanie krwi i moczu, zapisywanie wyników badań, prawidłowa interpretacja wyników badań, prawidłowe komponowanie posiłków, prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego, obserwacja objawów jakie pojawiają się przy hipoglikemii i hiperglikemii. W każdej szkole powinien znajdować się „kącik” dla ucznia z cukrzycą, czyli ustronne miejsce, w którym dziecko z cukrzycą będzie mogło spokojnie, bezpiecznie i higienicznie wykonać badanie krwi oraz wykonać wstrzyknięcie insuliny.

OBJAWY HIPOGLIKEMII – niedocukrzenia:

1. Bładość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk.
2. Ból głowy, ból brzucha.
3. Szybkie bicie serca.
4. Uczucie silnego głodu/wstręt do jedzenia.
5. Osłabienie, zmęczenie
6. Problemy z koncentracją, zapamiętywaniem.

7. Chwiejność emocjonalna, nietypowe zachowanie dziecka.
8. Napady agresji lub wesołkowatości.
9. Ziewanie/senność.
10. Zaburzenia mowy, widzenia i równowagi.
11. Zmiana charakteru pisma.
12. Uczeń nielogicznie odpowiada na zadawane pytania.
13. Kontakt ucznia z otoczeniem jest utrudniony lub traci przytomność.

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

1. Sprawdzić poziom glukozy we krwi potwierdzając niedocukrzenie.
2. Podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach, płynny miód).
3. NIE WOLNO Zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego).
4. Ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.
5. Zawsze należy dążyć do ustalenia przyczyny niedocukrzenia.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO – CIĘŻKIEJ – dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje 3 bezwzględnej pomocy osoby drugiej:

1. Oznaczyć glikemię i potwierdzić niedocukrzenie.
2. Jeżeli dziecko może połykać podać do picia płyn o dużym stężeniu cukru (np. 3-5 kostek cukru rozpuszczonych w ½ szklanki wody, coli, soku).
3. Jeżeli dziecko nie może połykać postępujemy tak jak w przypadku glikemii ciężkiej.

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!!!

1. Układamy dziecko na boku.
2. Wstrzykujemy domięśniowo glukagon, jest to zastrzyk ratujący życie.

3. Wzywamy pogotowie ratunkowe.
4. Kontaktujemy się z rodzicami dziecka.
5. Dopiero gdy dziecko odzyska przytomność (po podaniu glukagonu powinno odzyskać przytomność po kilkunastu minutach) i jeżeli dziecko będzie w dobrym kontakcie można mu podać węglowodany doustnie (sok, cola, tabl. glukozy).
U dzieci leczonych pompą:

1. Zatrzymaj pompę.
2. Potwierdź hipoglikemię.
3. Jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste.
4. Oczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podaj ponownie cukry proste.
5. Jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone.
6. Jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej, podaj domięśniowo zastrzyk z glukagonu i wezwij karetkę pogotowia. Po epizodzie hipoglikemii nie zostawiaj dziecka samego! Dziecko nie może podejmować wysiłku fizycznego, dopóki wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią!

OBJAWY HIPERGLIKEMII

1. Wzmózone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu.
2. Rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji.
3. Złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia. Jeżeli do ww. objawów dołączą: ból głowy, ból brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech. może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie:
4. Zbadać poziom glukozy.
5. Skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPERGLIKEMII

1. Podajemy insulinę (tzw. dawka korekcyjna),
2. Uzupełniamy płyny (dziecko powinno dużo pić, przeciętnie 1litr w okresie 1,5-2 godz., najlepszym płynem jest niegazowana woda mineralna),

3. Samokontrola (badanie moczu na obecność cukromoczu i ketonurii, po około 1 godz. należy dokonać kontrolnego pomiaru glikemii),
4. W razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.

Niezbędnik szkolny, czyli co uczeń z cukrzycą zawsze powinien mieć ze sobą w szkole:

1. Pen – „wstrzykiwacz” z insuliną.
2. Pompę insulinową, jeżeli jest leczone przy pomocy pompy.
3. Nakłuwacz z zestawem igieł.
4. Glukometr z zestawem pasków oraz gazików.
5. Plastikowy pojemnik na zużyte igły i paski.
6. Drugie śniadanie lub dodatkowe posiłki przeliczone na wymienniki np. przeznaczone na „zabezpieczenie” zajęć wf w danym dniu.
7. Dodatkowe produkty – soczek owocowy, tabletki z glukozą w razie pojawienia się objawów hipoglikemii.
8. Telefon do rodziców.
9. Informację w postaci kartki lub bransoletki na rękę, która informuje, że dziecko choruje na cukrzycę.
10. Glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku).

Szkolny kodeks praw dziecka z cukrzycą – każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 należy zapewnić w szkole:

1. Możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie – także w trakcie trwania lekcji.
2. Możliwość podania insuliny.
3. Możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobista pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję.
4. Właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami dziecka.
5. Możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie trwania lekcji.

6. Możliwość zaspokojenia pragnienia oraz możliwość korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych.
7. Możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.

W szkole, do której uczęszcza dziecko ze stwierdzoną cukrzycą należy zawsze posiadać glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku) w pomieszczeniu dostępnym dla wszystkich przeszkolonych pracowników szkoły. W zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 12 glukagon znajduje się zawsze w gabinecie pielęgniarki i razie potrzeby należy niezwłocznie podać go dziecku w koniecznej sytuacji.

DZIECKO Z PADACZKĄ

Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nieprovokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowo 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). Napady pierwotnie uogólnione: 1. Napady nieświadomości, najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem. Atypowym napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie lub gwałtowne ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust.

2. Napady atoniczne – napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni.
3. Napady toniczne – występuje głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia; charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia.
4. Napady toniczno-kloniczne – w fazie tonicznej 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.
5. Napady kloniczne – napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami.

6. Napady miokloniczne – charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.

NAPADY CZĘŚCIOWE

1. Napady częściowe z objawami prostymi –świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana, zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust.
2. 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 typu 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 itp.
3. 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 tonicznoklonicznego (tzw. napadu dużego).

ZESPOŁY PADACZKOWE WIEKU DZIECIĘCEGO – zespół Westa, zespół Lennoxa-Gastauta, dziecięca padaczka nieświadomości (piknolepsja), padaczka Rolanda, młodzieńcza padaczka nieświadomości, zespół Janza, padaczka odruchowa, omdlenia odruchowe, napady rzekomopadaczkowe.

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

W RAZIE WYSTĄPIENIA NAPADU NALEŻY

1. Przede wszystkim zachować spokój.
2. Ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku.
3. Zabezpieczyć chorego przed możliwością urazu w czasie napadu – zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę.

4. Asekurować w czasie napadu i pozostać z chorym do odzyskania pełnej świadomości.

NIE WOLNO

1. Podnosić pacjenta.
2. Krępować jego ruchów.
3. Wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

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.

Dzieciom chorym na padaczkę trudniej jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych. Narażone są na wyższy poziom stresu wynikający z obawy przed napadem i komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy zespołu 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 zabaw i zajęć ruchowych w grupie rówieśników. Należy jedynie dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzają się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

DZIECKO Z DEPRESJĄ

Termin depresja — niezwykle rozpowszechniony w codziennym języku — zazwyczaj używany jest do nazwania normalnej reakcji na trudne wydarzenie. Często zdarza się, że młody człowiek odczuwa smutek po przeżyciu zawodu miłosnego lub po nieudanym podejściu do egzaminu. Depresja jako choroba, lub inaczej klinicznie rozpoznany zespół depresyjny, to długotrwały, szkodliwy i poważny stan charakteryzujący się nadmiernym obniżeniem nastroju oraz innymi objawami psychicznymi, behawioralnymi i fizycznymi. W medycznych klasyfikacjach chorób depresja jest umieszczana w grupie zaburzeń nastroju (zaburzenia afektywne). W zależności od nasilenia objawów lekarze rozpoznają epizod depresyjny łagodny, umiarkowany lub ciężki.

Dzieci, podobnie jak dorośli, mogą doświadczać nastroju, który potocznie określa się jako depresję. Dzieje się tak, gdy doznają one frustracji, rozczarowania lub kiedy przeżywają

smutek związany ze stratą w ich życiu. Te trudne uczucia wywołane różnymi sytuacjami, zazwyczaj dość szybko mijają. Są jednak dzieci, które przez długi czas przeżywają smutek, z którym nie potrafią sobie poradzić. Można powiedzieć, że cierpią z powodu depresji — choroby, którą do niedawna rozpoznawano jedynie u dorosłych. Ponieważ dzieciom jest trudniej niż dorosłym nazywać swoje uczucia, częściej wyrażają je w zachowaniach, które bardziej przyciągają uwagę otoczenia niż ciche, wewnętrzne cierpienie. Inne zaburzenia współwystępujące z depresją to tzw. zaburzenia eksternalizacyjne. Należą do nich zaburzenia zachowania (CD), opozycyjno-buntownicze (ODD), zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Niektóre badania nad rodzinami wskazują, że depresja oraz ADHD mogą być związane z tą samą predyspozycją genetyczną. U depresyjnych dziewcząt częściej współwystępują zaburzenia lękowe, natomiast wśród chłopców z depresją częściej obserwowane są zaburzenia zachowania i ADHD. U młodszych dzieci z depresją myśli samobójcze rzadziej przeradzają się w konkretne plany i próby ich realizacji, natomiast u młodzieży ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo duże. Niektóre badania wskazują, że występowanie depresji u dzieci i młodzieży może mieć tendencję wzrostową.

OBJAWY DEPRESJI:

- smutek,
- ograniczenie lub rezygnacja z zainteresowań i aktywności, które dotychczas sprawiały przyjemność,
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej — spowolnienie lub pobudzenie,
- poczucie braku nadziei,
- poczucie braku sensu życia,
- niskie poczucie własnej wartości,
- nadmierne poczucie winy,
- poczucie bezradności,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie,
- spadek energii, • nadmierna męczliwość,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- wzrost lub spadek apetytu,

- zmiana wzorca snu (utrzymujące się przez pewien czas wyraźne trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzanie, np. ok. czwartej, piątej rano).

TYPOWE ZACHOWANIA, MOGĄCE ŚWIADCZYĆ O WYSTĄPIENIU DEPRESJI (OBOK ZMIANY WZROCA SNU I ODŻYWIANIA):

- trudności w funkcjonowaniu szkolnym, np. częstsze spóźnienia, zwiększona absencja, opuszczanie zwłaszcza pierwszej lekcji, unikanie lekcji, na których przewidziane są sprawdziany, wycofanie z aktywnego udziału w lekcjach, częsty brak przygotowania do lekcji;
- trudności w usiedzeniu bez ruchu, niespokojne kręcenie się, niepokój manipulacyjny, np. pociąganie lub skręcanie włosów, skubanie skóry, fragmentów garderoby czy innych przedmiotów, co często pozostaje w wyraźnym kontraście z ogólnym spowolnieniem psychoruchowym oraz monotonnym często bardzo cichym i skąpym sposobem wypowiedzania się;
- nagłe wybuchy złości, częste uskarżanie się i pretensje lub trudna do wyjaśnienia drażliwość;
- wzmożona płaczliwość;
- widoczne przejawy napięcia, niepokoju, lęku;
- odmowa współpracy, zachowania aspołeczne;
- sięganie po alkohol i narkotyki;
- skargi na bóle różnych części ciała, np. głowy, ramion, nóg, brzucha, pomimo braku przyczyny somatycznej.

CZYNNIKI, KTÓRE POZA DEPRESJĄ MOGĄ NASILIĆ TENDENCJE SAMOBÓJCZE TO:

- stresujące okoliczności, takie jak silny konflikt rodzinny, doświadczenie odrzucenia lub upokorzenia (np. porażka w ważnej dziedzinie, rozstanie z sympatią);
- nasilone poczucie bezradności lub wściekłość; • sprzyjające okoliczności np. łatwa dostępność leków.

LECZENIE POZINNO OBEJMOWAĆ OBSZARY:

- trudności społeczne,
- kłopoty z nauką,
- trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych i kontrolowaniu emocji,

- nieprawidłowe relacje rodzinne,
- dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi.

POSTĘPOWANIE Z UCZNIEM PODEJMUJĄCYM PRÓBĘ SAMOBÓJCZĄ LUB WYKAZUJĄCYM MYŚLI SAMOBÓJCZE:

1. Jeżeli dojdzie do próby samobójczej na terenie szkoły, szkoła wzywa karetkę pogotowia i zawiadamia rodziców.
2. Jeżeli nauczyciela czy wychowawcę niepokoją wypowiedzi lub zachowania dziecka i podejrzewa obecność myśli samobójczych, zawiadamia rodziców, psychologa lub pedagoga szkolnego.
3. Od rodziców oczekuje przeprowadzenia jak najszybszej konsultacji psychiatrycznej dziecka. Przy braku współpracy ze strony rodziców, szkoła zawiadamia sąd rodzinny.
4. W każdej szkole powinien być dostępny telefon i adres najbliższej poradni zdrowia psychicznego (PZP) dla dzieci i młodzieży

CZYNNIKI OCHRONNE I ZAPOBIEGAJĄCE DEPRESJI W SZKOLE:

1. wprowadzanie programów promowania zdrowia psychicznego zarówno w szkołach i przedszkolach, jak i w ośrodkach dla dzieci i młodzieży;
2. upowszechnianie wiedzy o ryzyku, jakie niesie przemoc szkolna;
3. zapewnienie uczniom możliwości uzyskania przynajmniej wstępnej porady w szkole (może to być pedagog szkolny, psycholog lub inna kompetentna osoba); uczniowie powinni wiedzieć, kiedy ta osoba jest dostępna;
4. przygotowanie szerokiej oferty zajęć pozaszkolnych;
5. organizowanie zajęć psychoedukacyjnych i warsztatów dla rodziców;
6. pomoc pracującym rodzicom w organizowaniu dzieciom zajęć w godzinach pozalekcyjnych i w czasie wakacji;
7. w pracy z rodzicami podkreślenie znaczenia jakości spędzanego z dziećmi czasu, żeby mogły one swobodnie wyrażać swoje uczucia i myśli, czuć się akceptowane i doceniane.