



# PROCEDURY POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

w Szkole Podstawowej nr 4 im. Stefana  
Żeromskiego w Bełchatowie



## Spis treści

I.	Obowiązki rodzica.....	2
II.	Obowiązki wychowawcy .....	2
III.	Obowiązki nauczycieli.....	2
IV.	Dziecko z astmą.....	2
	1. Astma oskrzelowa.....	2
	2. Objawy astmy .....	2
	3. Przyczyny ataku.....	3
	4. Postępowanie .....	3
	5. Ograniczenia.....	3
	6. Obszary dozwolone i wskazane dla dziecka .....	3
V.	Dziecko z cukrzycą.....	4
	1. Cukrzyca.....	4
	2. Objawy hipoglikemii – niedocukrzenia.....	5
	3. Postępowanie przy hipoglikemii lekkiej .....	5
	4. Postępowanie przy hipoglikemii średnio ciężkiej.....	5
	5. Postępowanie przy hipoglikemii ciężkiej.....	5
	6. Objawy hiperglikemii .....	6
	7. Postępowanie przy hiperglikemii .....	6
	8. Niezbędny szkolny .....	6
	9. Szkolny kodeks praw dziecka z cukrzycą .....	7
VI.	Dziecko z padaczką.....	7
	1. Padaczka .....	7
	2. Napady częściowe.....	8
	3. Wystąpienie napadu .....	8
	4. Pomoc lekarska.....	9
	5. Możliwości dziecka chorego na padaczkę.....	9
VII.	Dziecko przewlekle chore .....	9
	1. Choroba przewlekła .....	9
	2. Sposoby pomocy.....	10

Opracowano na podstawie publikacji: Ośrodka Rozwoju Edukacji, Ministerstwa Edukacji Narodowej,  
Ministerstwa Zdrowia, Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania – „One są wśród nas”.

## **I. Obowiązki rodzica**

1. W przypadku ucznia rozpoczynającego naukę w szkole rodzic najpóźniej do 1 września powinien dostarczyć wychowawcy klasy informacje o stanie zdrowia dziecka przewlekle 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 klasy.
3. Rodzic jest zobowiązany do stałej współpracy z wychowawcą klasy dziecka chorego.

## **II. Obowiązki wychowawcy klasy**

Wychowawca jest zobowiązany do przekazania informacji Radzie Pedagogicznej i pozostałym pracownikom szkoły o sposobach postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby.

## **III. Obowiązki nauczycieli**

1. Nauczyciele są zobowiązani dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także do objęcia go odpowiednimi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
2. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole dyrektor lub nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.

## **IV. Dziecko z astmą**

### **1. Astma oskrzelowa**

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 astmy**

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 nasiloną 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.

### 3. 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.

### 4. 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.

### 5. 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.

### 6. 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.

### 7. 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.

### 8. 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.

## V. Dziecko z cukrzycą

### 1. Cukrzyca

- 1) 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).
- 2) Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać jakiegokolwiek 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%).
- 3) 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.
- 4) 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 wstrzyknięcia insuliny.

## 2. 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.

## 3. Postępowanie przy hipoglikemii lekkiej

Kiedy 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.

## 4. Postępowanie przy hipoglikemii średnio ciężkiej

Kiedy dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje 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.

## 5. Postępowanie przy hipoglikemii ciężkiej

Kiedy 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).
- 6) 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 podaj ponownie cukry proste;
  - e) jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone;
  - f) jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej, podaj domięśniowo zastrzyk z glukagonu i wezwij karetkę pogotowia;
  - g) po epizodzie hipoglikemii nie zostawiaj dziecka samego! Dziecko nie może podejmować wysiłku fizycznego dopóki wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią!

## 6. Objawy hiperglikemii

- 1) wzmożone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu;
- 2) rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji;
- 3) złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia. Jeżeli do ww. objawów dołączają: ból głowy, ból brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech. może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie:
  - a) zbadać poziom glukozy;
  - b) skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie.

## 7. 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.

## 8. Niezbędny szkolny

- 1) Co uczeń z cukrzycą zawsze powinien mieć ze sobą w szkole:
  - a) pen – „wstrzykiwacz” z insuliną;

- b) pompę insulinową, jeżeli jest leczone przy pomocy pompy;
- c) nakłuwacz z zestawem igieł;
- d) glukometr z zestawem pasków oraz gazików;
- e) plastikowy pojemnik na zużyte igły i paski;
- f) drugie śniadanie lub dodatkowe posiłki przeliczone na wymienniki np. przeznaczone na „zabezpieczenie” zajęć w-f w danym dniu;
- g) dodatkowe produkty – soczek owocowy, tabletki z glukozą w razie pojawienia się objawów hipoglikemii;
- h) telefon do rodziców;
- i) informację w postaci kartki lub bransoletki na rękę, która informuje, że dziecko choruje na cukrzycę;
- j) glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku).

## 9. Szkolny kodeks praw dziecka z cukrzycą

- 2) Każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 należy zapewnić 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 osobista pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję;
  - d) właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami dziecka;
  - e) możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie 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.

## VI. Dziecko z padaczką

### 1. Padaczka

- 1) Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów.
- 2) 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.
- 3) Napady padaczkowe dzieli się na napady pierwotne uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane). Napady pierwotnie uogólnione:



- a) napady nieświadomości, najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem. Atypowym napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie lub gwałtowne 5 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 – występuje 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 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;
- 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.

## 2. 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 toniczno-klonicznego (tzw. napadu dużego).

## 3. Wystąpienie napadu

- 1) W razie wystąpienia napadu należy:
  - a) przede wszystkim zachować spokój;
  - b) ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku;
  - c) zabezpieczyć chorego 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 chorym do odzyskania pełnej świadomości.

2) NIE WOLNO:

- a) podnosić pacjenta;
- b) krępować jego ruchów;
- c) wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

#### 4. Pomoc lekarska

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.

#### 5. Możliwości dziecka chorego na padaczkę

- 1) Dzieciom chorym na padaczkę trudniej jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych.
- 2) Narazone 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Gdy zdarzają się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

## VII. Dziecko przewlekle chore

### 1. Choroba przewlekła

- 1) Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych.
- 2) Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwiać choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokajanie wielu ważnych potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych.
- 3) 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.
- 4) 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.

- 5) 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 pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

## 2. Sposoby pomocy

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.