

## Mirosława Kram, Iwona Skumiewska

Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

# Opieka pielęgniarska nad uczniem z zespołem Aspergera – studium indywidualnego przypadku

## Nursing care of children with Asperger syndrome – individual case study

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Zespół Aspergera to jedna z postaci autyzmu wczesnodziecięcego. Głównymi cechami zespołu jest brak zainteresowania otoczeniem, silny opór przed zmianami i zainteresowanie przedmiotami, a nie ludźmi.

**Cel.** Celem pracy było opisanie opieki pielęgniarskiej nad uczniem z zespołem Aspergera.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono z udziałem ucznia drugiej klasy szkoły podstawowej. Jako metodę badawczą wykorzystano „Studium indywidualnego przypadku”. Z technik badawczych zastosowano: wywiad/rozmowę, obserwację, analizę dokumentów. Narzędziem badawczym był „Arkusze do gromadzenia danych o pacjencie”. Na podstawie zgromadzonych danych opracowano studium indywidualnego przypadku.

#### Wyniki i wnioski.

1. Prawidłowa opieka pielęgniarki szkolnej oraz grona pedagogicznego nad uczniem pozwoli na uzyskanie dobrej jakości życia ucznia i jego rodziny.
2. Zapewnienie względnej stabilności najbliższego otoczenia oraz wsparcia społecznego pozwoli złagodzić problemy dziecka i ułatwi adaptację do otaczającego świata oraz wejście w dorosłe życie.

**Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 553–558**

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska; dziecko z zespołem Aspergera

### ABSTRACT

**Introduction.** Asperger syndrome is a form of infantile autism. The main features of the syndrome are: lack of interest in the environment, a strong resistance to any changes, and focusing on objects. In the school age it hinders from relating to peers, even if a child goes to integrated school with inclusive classrooms. At school teachers and nurses need to take great care of a child.

**Aim.** The aim of this study is to describe the nursing care of a child with Asperger syndrome.

**Material and methods.** The research material is a student of the second year of primary school. The research method is „A study of the individual case”. The research techniques used in the study are: interview/conversation, observation, analysis of documents. The research tool is a „Sheet to collect data about the patient”. Case study was developed based on the collected data.

#### Results and conclusions.

1. Proper care of school nurse along with teaching staff of a student would provide a good quality of life of a student and his family.
2. Ensuring the relative stability of the closest environment and social support will alleviate child's problems and facilitate adaptation to the surrounding world and the entrance into adult life.

**Nursing Topics 2014; 22 (4): 555–560**

**Key words:** nursing care; a child with Asperger syndrome

## Wstęp

W 1944 roku austriacki pediatra Asperger opisał dzieci, które mają tendencję do izolowania się, stereotypowego zachowania, oporu wobec wszelkich zmian w otoczeniu [1–3]. Zespół Aspergera jest zaburzeniem neurorozwojowym, którego główną cechą jest upośledzenie socjalizacji i komunikacji. W patogenezie tego zburzenia istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne oraz nie do końca poznane czynniki uszkodzające ośrodkowy układ nerwowy w okresie życia płodowego. Jest to rodzaj autyzmu wczesnodziecięcego.

Objawy zespołu Aspergera różnią się w zależności od wieku dziecka. W okresie niemowlęcym jest to niechęć przytulania się dziecka do opiekunów (matki, ojca), utrzymywanie słabego kontaktu wzrokowego, brak zainteresowania pokazowanymi zabawkami. W okresie przedszkolnym dziecko ma trudności z nawiązywaniem kontaktów społecznych z rówieśnikami – nie wykazuje zainteresowania innymi dziećmi. Zaczyna być szczególnie nadwrażliwe na niektóre dźwięki, na przykład na dźwięki nagłe, nieoczekiwane, takie jak dzwonek telefonu czy hałasy kompleksowe – na przykład hałas uliczny. W okresie szkolnym dziecko osiąga dobre wyniki w nauce na poziomie nauczania początkowego. Wyniki pogarszają się od klasy czwartej, kiedy uczniowie mają już więcej przedmiotów z różnymi nauczycielami. Pojawiają się trudności w radzeniu sobie z nieoczekiwanymi zmianami. Utrudniona zdolność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych prowadzi do zachowań egocentrycznych i dziwacznych. Dziecko ma obsesyjną potrzebę mówienia prawdy. Zespół Aspergera, na które cierpi dziecko utrudnia mu nawiązywanie kontaktów i więzi społecznych, jego symptomy stwarzają psychiczną barierę między dzieckiem i rówieśnikami.

Dzieci z zespołem Aspergera charakteryzuje także słaba koordynacja motoryczna. Ruchy są źle skoordynowane, mało elastyczne. Stąd dziecko niechętnie włącza się do gier sportowych. Wykazuje różne stereotypie, na przykład kręci głową w prawo i lewo, chodzi w kółko wielokrotnie w ciągu dnia, patrzy na przedmioty tylko z ukosa. W okresie dorastania objawy zespołu stają się bardziej widoczne, szczególnie z zakresu umiejętności społecznych. Dziwaczność i impulsywność w zachowaniu zniechęca rówieśników do wchodzenia z chorym dzieckiem w bliskie kontakty. Niechęć do zmian powoduje izolację w swoim „uporządkowanym” świecie. W wyniku doznawanych frustracji, młody człowiek może postrzegać świat jako coraz bardziej nieprzyjazny i tym bardziej będzie się od niego izolować, uciekając w samotność [4–6].

Objawy zespołu wyrażają się w sferze emocji, na przykład w braku subtelności w wyrażaniu uczuć, w społecznych interakcjach – dziecko nie rozumie, jak

należy się bawić z innymi dziećmi. W konsekwencji wiele dzieci z zespołem Aspergera przechodzi na nauczanie indywidualne. Jednak stopniowe upowszechnianie integracyjnej edukacji dzieci niepełnosprawnych stwarza szansę pełnej dostępności do publicznych przedszkoli i szkół dzieciom autystycznym. Najważniejsza wydaje się tolerancja dla odmienności dziecka, informowanie dzieci z grupy o istocie dziwnego zachowania się rówieśnika oraz rozwijanie u nich zrozumienia i życzliwości dla niego [6–8].

## Cel pracy

Celem pracy było opisanie opieki pielęgniarskiej nad uczniem z zespołem Aspergera.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 9,5-letniego ucznia Zespołu Szkół nr 21 w Bydgoszczy w okresie od 27 marca do 30 kwietnia 2013 roku. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej: KB 91/2013 przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, a także zgodę Dyrektora wyżej wymienionej szkoły oraz rodziców dziecka. Zastosowano metodę „Studium indywidualnego przypadku”. Wykorzystano techniki badawcze: wywiad/rozmowa, obserwacja uczestnicząca, analiza dokumentów. Narzędziem badawczym był autorski „Arkusze do gromadzenia danych o pacjencie”. Na jego podstawie opracowano studium indywidualnego przypadku.

## Wyniki

### Wywiad rodzinny

Chłopiec (Dawid), obecnie lat 9 i 6 miesięcy, uczeń szkoły podstawowej, posiada pełną rodzinę. Matka, lat 35 jest pracownikiem umysłowym, ojciec lat 37 jest informatykiem. Oboje rodzice są zdrowi i aktywni zawodowo. Nie mają nałogów. Brat chłopca ma lat 7 – jest uczniem szkoły podstawowej i jest zdrowy. Rodzina mieszka w mieście, w bloku spółdzielczym, w trzypokojowym mieszkaniu. Jeden pokój zajmują rodzice, drugi babcia, trzeci chłopcy.

### Stan biologiczny dziecka

Dawid jest chłopcem o prawidłowej budowie ciała, ma widoczne skrzywienie kręgosłupa. Ubiór czysty – luźna bluza i dresowe spodnie. Porusza się szybko. Masa ciała: 41 kg – 85 centyl, wysokość ciała 149 cm – 90 centyl, wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*): 18,5 – 75/85 centyl, ciśnienie tętnicze krwi: 99/59 mm Hg – 5 centyl. Prawidłowo słyszy i widzi. Dziecko jest zadbane, skóra ciała czysta, włosy krótko ostrzyżone, czyste, paznokcie, krótkie, czyste. Oprócz zasadniczego schorzenia, choruje na moczenie nocne. Objęty jest także opieką Poradni Wad Postawy i Poradni Nefrologicznej.

## Historia choroby

Chłopiec D.D. urodził się siłami natury w 40 tygodniu prawidłowej ciąży. Masa urodzeniowa noworodka wynosiła 3170 g, długość ciała 54 cm, ocena według skali Apgar 9 punktów. Dziecko było karmione piersią przez 14 miesięcy. Główkę unosiło w 2 miesiącu życia, siedziało w samodzielnie w 7 miesiącu, nie raczkowało, stawiało pierwsze kroki w 12 miesiącu życia. Rozwój mowy był opóźniony. Mając 3 lata, wymieniał kilka słów, wyraźnie zaczął mówić w wieku 4 lat. Nauczył się kontrolować czynności fizjologiczne w wieku około 3,5 lat. Jako niemowlę nie lubił być przytulany ani noszony na rękach czy kołysany. W pierwszych latach życia (i późniejszych) u chłopca obserwowano nadwrażliwość na hałas. Panicznie bał się odgłosu odkurzacza, zatykał uszy rękami. Podobnie reagował na inne ostre dźwięki, na przykład wydawane przez mikser, a na ulicy bardzo bał się motorów i ich warkotu. Bardzo nie lubił się przebierać. Przebieranie na przykład w inne spodnie, bluzę lub piżamę budziło w nim gniew i opór. Do 5 roku życia przebywał w domu pod opieką babci. Cały niemal czas bawił się tylko przedmiotami codziennego użytku lub klockami. Na podwórku nie lubił bawić się w piaskownicy, nie brał udziału w zabawach z rówieśnikami. Wolał spacerować z babcią albo z rodzicami.

W wieku 5 lat został po raz pierwszy przyjęty do szpitala dziecięcego na oddział neurologii w celu wykonania nadania elektroencefalograficznego. Wynik badania brzmiał: miernie nasilone zmiany zlokalizowane w prawej okolicy tylnoskroniowej, uogólniające się w czasie hiperwentylacji. Mając 7 lat, chłopiec po raz drugi został przyjęty do szpitala dziecięcego na oddział pediatrii i endokrynologii z powodu moczenia dziennego i nocnego. W badaniu przedmiotowym lekarskim stwierdzono ponadto skoliozę odcinka piersiowego kręgosłupa. W czasie pobytu na oddziale wykonano badanie urodynamiczne, które wykazało zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego. Badanie ogólne moczu – bez zmian. Stolec oddawał nieregularnie z cechami zaparcia. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej – wynik prawidłowy. Dziecko wypisano ze szpitala z zaleceniami przyjmowania wskazanych leków oraz zgłoszenia się do Poradni Nefrologicznej i Poradni Wad Postawy.

W wieku 6 lat i 4 miesięcy u dziecka przeprowadzono powszechne profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia). Z karty badania rozwoju i zdrowia dziecka wynikało, że chłopiec choruje na nocne moczenie, w zachowaniu rodzice podkreślili jego nadruchliwość. Wynik badania lekarskiego przedstawiał się następująco: rozwój fizyczny prawidłowy, rozwój psychospołeczny — obserwacja w kierunku nadruchliwości i zaburzeń koncentracji uwagi (ADHD?). Problemy zdrowotne były następujące: moczenie

nocne, nadruchliwość, zaparcia stolca. Gotowość szkolna — pełna.

## Informacja od wychowawcy klasy chłopca

Na początku klasy pierwszej chłopiec uczestniczył w zajęciach szkolnych systematycznie i zawsze był przygotowany do lekcji. W czasie lekcji pracuje samodzielnie, ale nie zawsze właściwie realizuje polecenia nauczyciela. Wymaga indywidualnego zwracania się do niego i wyjaśniania polecenia. Podczas lekcji stara się aktywnie uczestniczyć w zajęciach, jednak ma trudności z koncentracją uwagi. Zdarza się, że głośno komentuje zachowanie innych uczniów, mówi do siebie. Często wkłada do buzi różne przedmioty, na przykład ołówek, nożyczki. Wstaje z ławki i zatacza kółka. Na zwróconą uwagę reaguje agresją słowną z użyciem niecenzuralnych słów. Na lekcjach wychowania fizycznego ćwiczenia wykonuje na swój sposób — często są to nieskoordynowane ruchy. W czasie przerwy biega po korytarzu albo chodzi w kółko. Nie reaguje na prośby, aby przestał biegać. Rówieśnicy niechętnie przyjmują go do swojej grupy, nie przestrzega zasad zabaw. W kontaktach z nauczycielem zachowuje się zbyt swobodnie, nie zachowuje należytego dystansu. Uczeń w drugim półroczu uczęszczał na zajęcia socjoterapeutyczne prowadzone przez pedagoga szkolnego.

## Informacje od pielęgniarki szkolnej

Chłopiec zgłaszał się do pielęgniarki szkolnej niemal codziennie, zazwyczaj podczas dużej przerwy, wielokrotnie zadając te same pytania dotyczące tego, co go aktualnie interesowało, na przykład: „Czy dobrze nauczyłem się wycierać nos?”. Za każdym razem prosił także o zważenie i potwierdzenie, czy ma prawidłową „wagę” ciała. Do pielęgniarki zwraca się po imieniu, pomimo wielokrotnego powtarzania, że tak nie powinien się zwracać do dorosłej osoby.

## Droga do rozpoznania choroby

Pielęgniarka dokonała analizy zapisanych obserwacji zachowań ucznia i udzielanych porad. Z wątpliwościami zwróciła się do pedagoga szkolnego. Porozmawiano także z wychowawcą klasy. Pedagog poprosił na rozmowę rodziców. Zasugerowano wizytę w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Miała ona miejsce w drugim semestrze klasy pierwszej. Rodzice otrzymali także skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Lekarz psychiatra, specjalista psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej, ostatecznie rozpoznał u dziecka zespół Aspergera. Dwa miesiące później chłopiec otrzymał orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Orzeczenie zostało wydane na czas edukacji wczesnoszkolnej. Diagnoza z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

wydana przez zespół orzekający w składzie: lekarz, psycholog i pedagog, była następująca: „Chłopiec z zespołem Aspergera, funkcjonuje na poziomie normy intelektualnej. Rozwój przebiega nieharmonijnie. Obniżony poziom rozumienia sytuacji społecznych. Chłopiec charakteryzuje się niedojrzałością społeczno-emocjonalną. Występują zachowania infantylne. Dziecko nie rozumie zwrotów potocznych i przenosi. Dobrze funkcjonuje tylko w otoczeniu znanym i uporządkowanym. Występują trudności w relacjach rówieśniczych. Przejawia objawy nadruchliwości. Nawiązuje kontakt wzrokowy, ale ma problemy z jego utrzymaniem. Cechuje go obniżona koncentracja uwagi, skłonność do skracania dystansu społecznego, często mówi podniesionym głosem. Przejawia nadreaktywność werbalną. Ma problemy z udziałem w grach zespołowych, opartych na pewnych zasadach i regułach. Wykazuje «niezgrabność ruchową». Chłopiec został objęty nauczaniem indywidualnym w szkole”.

#### Terapia dziecka

Chłopiec rozpoczął leczenie w Centrum Terapii Egeo. Nastąpiła znaczna poprawa koncentracji na zadaniach po terapii *biofeedback*. Uczęszcza także na zajęcia Treningu Umiejętności Społecznych (TUS). Przyjmuje suplement diety EYE Q w dawce 5 ml dziennie. Rodzice uczestniczą w grupach wsparcia oraz są członkami Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Aspergera. Chłopiec jest także pod opieką Poradni Wad Postawy. Uczęszcza na gimnastykę korekcyjno-kompensacyjną w szkole. Rodzice chłopca bardzo aktywnie współpracują z szkołą.

#### Opieka pielęgniarska

U badanego dziecka wystąpiło zagrożenie jego bezpieczeństwa i życia spowodowane wkładaniem różnych przedmiotów do ust i bieganiem po korytarzu podczas przerw. W celu zapewnienia bezpieczeństwa, podczas pobytu w szkole przeprowadzono rozmowy z uczniem na temat właściwego posługiwania się przyborami szkolnymi. Omówiono z nim zasady spędzania przerw międzylekcyjnych na korytarzu szkolnym. Przeprowadzono rozmowy z rówieśnikami, między innymi na temat, kiedy i kto będzie siedział w ławce z chłopcem i spędzał z nim przerwy. Zachęcano go, aby podczas przerw przebywał w bibliotece szkolnej z przeznaczeniem tego czasu na czytanie lub zabawy własne.

Ponieważ chłopiec ma trudności w komunikowaniu się spowodowane schorzeniem, zwracano szczególną uwagę, aby podczas rozmowy mówić do niego w sposób wyraźny i konkretny z zachowaniem kontaktu wzrokowego, nie przekazywać wielu informacji jednocześnie, kilkakrotnie powtarzać informacje ważne,

wyeliminować czynniki rozpraszające uwagę, takie jak muzyka, hałas, nowa sytuacja.

U chłopca występuje wzmożona lęklivość spowodowana oporem wobec zmian wynikającym z istoty choroby, dlatego ograniczono do minimum ilość napływających informacji; wyjaśniano kilkakrotnie każdą sytuację oraz planowe działania nauczyciela lub/i pielęgniarki; mówiono wolno, z zachowaniem kontaktu wzrokowego; wymagano od chłopca przestrzegania prostych zasad dotyczących zachowania się wobec pielęgniarki, nauczycieli oraz rówieśników; wzmacniano i nagradzano pozytywne zachowania ucznia.

W celu poprawy relacji społecznych, tłumaczono rówieśnikom, że takie zachowanie kolegi wynika z jego niepełnosprawności; reagowano na niewłaściwe zachowanie ucznia — mówiono konkretnie chłopcu, co zrobił niestosownego i jak powinien postąpić; zachęcano inne dzieci do włączania kolegi do wspólnej zabawy; stopniowo przyzwyczajano go do wchodzenia z rówieśnikami w różne relacje społeczne.

Ze względu na niepełną wiedzę rodziców na temat postępowania wychowawczego wobec syna, zachęcano ich do zadawania pytań skierowanych do pedagoga i pielęgniarki. Omówiono z rodzicami, w jaki sposób mogą na przykład dostosować wypełnianie przez syna obowiązków domowych na miarę jego możliwości; podkreślano jednocześnie, jak ważne jest chwalenie chłopca za trud i włożoną pracę; konsekwentne postępowanie w stosunku do dziecka. Zachęcano rodziców do udziału w spotkaniach grup wsparcia; skontaktowanie się z fundacją i stowarzyszeniem wspierającymi rodziców dzieci z zespołem Aspergera. Rozmowy z rodzicami i wyjaśnienia pozwalają na poszerzenie ich kompetencji wychowawczych.

#### Wsparcie rodziny dziecka z zespołem Aspergera

Zdiagnozowanie u dziecka zespołu Aspergera jest dla rodziców trudnym momentem. Wymaga zaakceptowania faktu, że dziecko do końca życia będzie funkcjonowało inaczej niż inni ludzie. Rodzice dopiero w chwili gdy sami pogodzą się z diagnozą, mogą pomyśleć o tym, co i kiedy powiedzieć dziecku. Zdecydowanie lepiej jest, gdy dziecko dowie się na co choruje i czym jest zespół Aspergera od rodziców lub terapeuty niż od osoby obcej. Przekazanie informacji o chorobie należy rozłożyć na kilka etapów. Wiadomości powinny być przekazane językiem dostosowanym do wieku dziecka. W czasie rozmowy rodzice powinni zwrócić uwagę na mocne strony dziecka i przede wszystkim zapewnić je o swojej bezwarunkowej miłości [9, 11]. Innym ważnym problemem dla rodziców jest to, czy powiedzieć rodzinie, znajomym, otoczeniu o chorobie dziecka. Warto to

uczynić, bo wówczas będą mogli liczyć na zrozumienie i pomoc [5, 6].

Kolejnym poważnym problemem w rodzinie są narodziny rodzeństwa. Znika bowiem spokój i przewidywalność otoczenia. Zdaniem chorego dziecka, brat lub siostra zabierają czas rodzicom. Dziecko chore na zespół Aspergera przejawiając nadwrażliwość słuchową, węchową czy dotykową, może mieć ogromny problem z zaakceptowaniem niemowlęcia. W wieku późniejszym problemem dla chorego dziecka może być także „przekraczanie granic jego terytorium” przez raczkujące niemowlę, na przykład dotykanie przez nie rzeczy, przestawianie przedmiotów, zabawek. Stąd, żeby ułatwić życie rodzinne, rodzice powinni przestrzegać podstawowych zasad, takich jak: nieporównywanie dzieci (rodzeństwa), aranżowanie wspólnych zabaw, angażowanie do zajęć, w których dziecko czuje się dobrze, znalezienie czasu dla każdego dziecka oddzielnie [8–10].

Spędzanie i wypełnianie czasu wolnego jest problemem dla rodziców i dziecka. Dziecko nie potrafi bawić się symbolicznie, na przykład w dom, w lekarza, w sklep. Zabawy są ubogie, stereotypowe, przykładowo: machanie sznurkiem, rysowanie wciąż tego samego przedmiotu. Taka sztywność zabawy jest trudna do zaakceptowania przez rówieśników. Dlatego dziecko najczęściej bawi się samo. Może wypełniać czas wolny na uprawianie rekreacji i sportu, choć trudno mu się nauczyć jeździć na rowerze, łapać czy kopać piłkę. Jednak rodzice powinni dziecku pokazać korzyści płynące z aktywności fizycznej poprzez wspólne wycieczki, gry i zabawy na świeżym powietrzu [6, 9].

Po zdiagnozowaniu u dziecka zespołu Aspergera, rodzice starają się o orzeczenie o niepełnosprawności dziecka. Wniosek wraz z dokumentacją medyczną składają w miejskim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności. Po otrzymaniu orzeczenia przysługują im następujące ulgi: zasiłek pielęgnacyjny — przyznawany na cały okres orzeczenia o niepełnosprawności, bez względu na dochody rodziców; dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych; zniżki na przejazd pociągiem dla dziecka i opiekuna środkami transportu publicznego.

Wspólne wyjazdy na obozy terapeutyczne są nieodzownym elementem terapii rodzinnej. Rodzice biorą udział w warsztatach kompetencji wychowawczych, uczą się, jak radzić sobie z zaburzeniami dziecka, jak pokonywać bezradność i żal. W tym czasie dziecko także uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, podczas których uczy się opanowywania emocji oraz nowych wzorów zachowań. W czasie wolnym dzieci bawią się ze swoimi rówieśnikami. Rodzice natomiast spotykają się z innymi rodzicami, którzy mają podobne problemy. W tych chwilach rodzice udzielają sobie największego wsparcia. Wszyscy bowiem są w podob-

nej sytuacji i pomagają sobie nawzajem w rozmowach, poprzez dzielenie się własnymi doświadczeniami.

Rodzice, aby pogłębić swoje umiejętności wychowawcze, uczestniczą w konferencjach, szkoleniach oraz warsztatach dla rodziców czy dyskusyjnych forach internetowych. Pomoc psychologiczną, pedagogiczną, prawną znajdują w fundacjach i stowarzyszeniach. Dzięki temu mają świadomość, że nie zostają sami ze swoimi problemami, co pozwala na ufne patrzenie w przyszłość.

## Podsumowanie

Zespół Aspergera jako jedna z postaci autyzmu dziecięcego jest rozległym zaburzeniem neurorozwojowym dotyczącym interakcji społecznych i procesu komunikowania się oraz stereotypowym repertuarem zachowań i zainteresowań. Swoistą cechą zespołu jest brak zainteresowania otoczeniem oraz syntonicznych reakcji emocjonalnych z rodzicami. Przedmiotem zainteresowania autystycznych dzieci są przedmioty. Nie tolerując zmian w swoim otoczeniu, reagują na nie pobudzeniem, krzykiem i lękiem.

Objawy choroby można dostrzec już w pierwszych latach życia dziecka. W okresie niemowlęcym nie reagują one radosnym ożywieniem na widok matki, jej uśmiech czy gesty. Rozwój mowy i intelektu jest prawidłowy. Dzieci są zdolne do podjęcia nauki szkolnej. Jednak symptomy choroby — wysoce formalny język, monotony lub przesadnie nasilony głos, słaba koordynacja w zakresie motoryki dużej i małej, dziwaczne zainteresowania, rytualizm i niepodatność na zmiany zniechęcają rówieśników (i osoby dorosłe) do wchodzenia z nimi w bliskie kontakty.

Mimo że zespół Aspergera, nie powoduje poważniejszych ograniczeń w rozwoju intelektualnym dziecka, przez co może ono sprostać wymaganiom programowym, zazwyczaj ma nauczanie indywidualne w szkole lub w domu. Dzieci potrzebują terapii ze strony profesjonalistów. Ważna jest także troska nauczycieli i wychowawcy, aby rówieśnicy z klasy częściej włączali chore dziecko w swoje zajęcia i zabawy. Znajomość problemów zdrowotnych dziecka jest niezwykle ważna z punktu widzenia opieki pielęgnarskiej. Pozwala zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

## Wnioski

1. Prawidłowa opieka pielęgnarska szkolnej oraz grona pedagogicznego nad uczniem, pozwoli na uzyskanie dobrej jakości życia dziecka i jego rodziny.
2. Zapewnienie względnej stabilności najbliższego otoczenia oraz wsparcia społecznego, pozwoli złagodzić problemy dziecka, ułatwi adaptację do otaczającego świata i wejście w dorosłe życie.

## Piśmiennictwo

1. Komender J., Jagielska G., Bryńska A. Autyzm i zespół Aspergera. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2012.
2. Piśula E. Autyzm u dzieci, diagnoza, klasyfikacja, etiologia. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2002.
3. Grand C. Autyzm i zespół Aspergera. EMKA, Warszawa 2012.
4. Budzińska A., Wójcik M. Zespół Aspergera. Księga pytań i odpowiedzi. Harmonia, Gdańsk 2010.
5. Jagielska G. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
6. Maciarz A., Drała D. Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera. Impuls, Kraków 2000.
7. Kruk-Lasocka J. Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi. W: Dykcik W. (red.). Pedagogika specjalna. Wyd. UAM, Poznań 1997.
8. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M., Twarduś K. Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego.. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011.
9. Borkowska A., Grotowska B. Codzienność dziecka z zespołem Aspergera okiem rodzica i terapeuty. Harmonia, Gdańsk 2011.
10. Rokicka-Milewska R. ABC chorób wieku dziecięcego. Wyd. Lek. PZWL 2012.
11. Łucka I., Pleskot-Kaczmarek J., Rynkiewicz A., Przybyła-Ożóg E. Zespół Aspergera u bliźniąt — dylematy diagnostyczne i terapeutyczne. Opis przypadku. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2014; 14 (1): 55–60.