

nr 6. 2021

INDEX 340960

ISSN 1425-6789

**MRP**

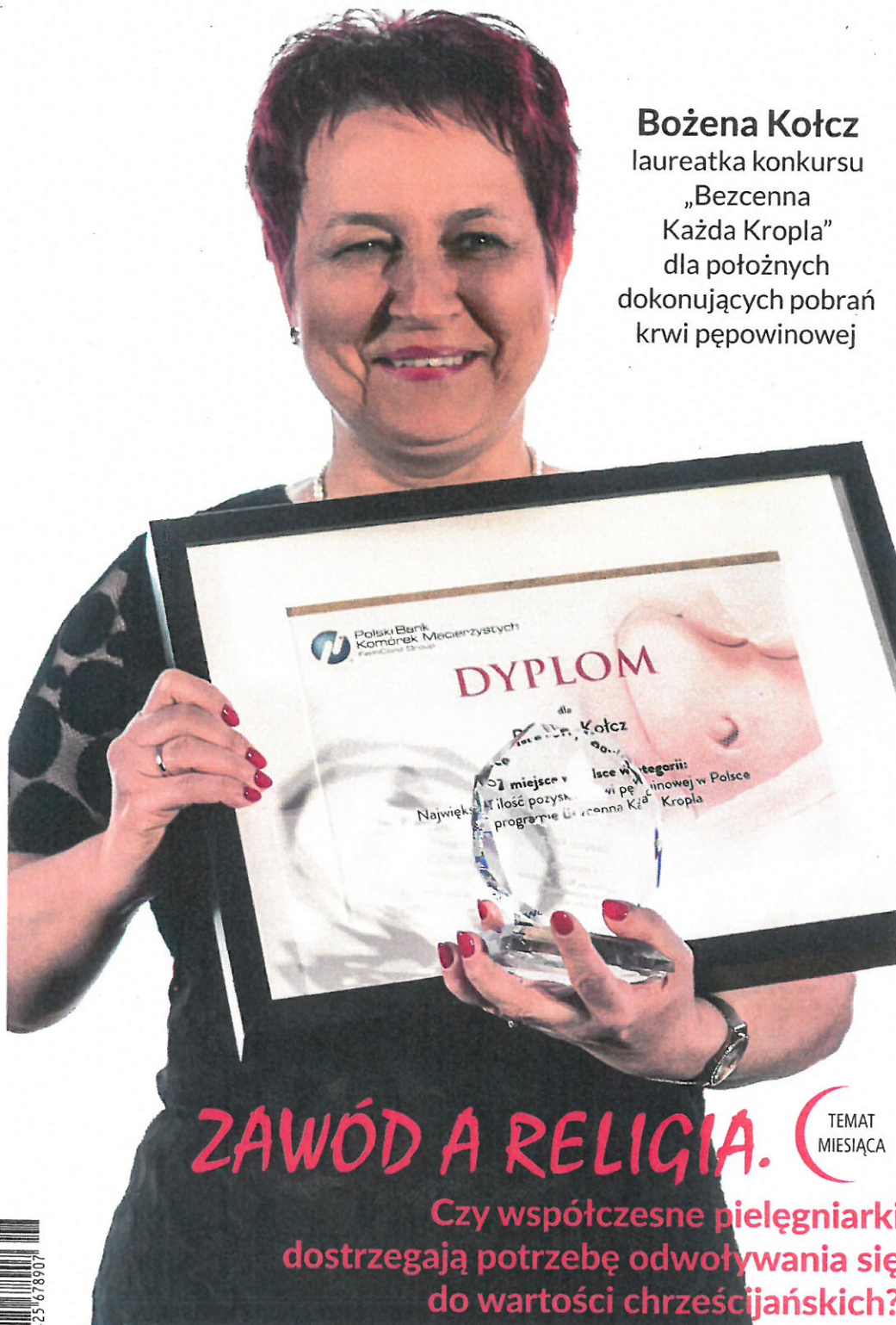
M A G A Z Y N



# PIELEGNIARKI i POŁOŻNEJ

OFICJALNE PISMO NACZELNEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH Z WAMI OD 26 LAT

**Bożena Kołcz**  
laureatka konkursu  
„Bezcenna  
Każda Kropla”  
dla położnych  
dokonujących pobrań  
krwi pępowinowej



Wczesne rozpoznanie  
zaburzeń ze spektrum  
autyzmu.  
**DIAGNOSTYKA**



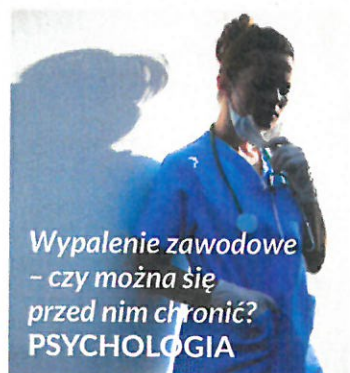
Czego jeszcze nie wiesz  
o leworęczności.  
**NEUROBIOLOGIA**



Syndrom kuwady  
- jak często występuje?  
**BADANIA  
W POŁOŻNICTWIE**



Wypalenie zawodowe  
- czy można się  
przed nim chronić?  
**PSYCHOLOGIA**



**ZAWÓD A RELIGIA.**

TEMAT  
MIESIĄCA

Czy współczesne pielęgniarki  
dostrzegają potrzebę odwoływania się  
do wartości chrześcijańskich?



# Wczesne rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu: rola pielęgniarki

*W tym artykule przedstawiono informacje na temat historii, epidemiologii, przyczyn i objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu. Opisano polski model badań przesiewowych oraz omówiono, w jaki sposób pielęgniarki mogą wspierać wczesną diagnozę dzieci zagrożonych ASD.*



**AGATA KUCHARSKA-BARTOCHA**

mgr filologii polskiej, studentka pielęgniarstwa WSZ w Częstochowie

Liczba osób ze zdiagnozowanym ASD (*autism spectrum disorder* – zaburzenie ze spektrum autyzmu) zwiększa się niemalże błyskawicznie. W latach 80. XX w. autyzm rozpoznawano u jednego dziecka na 2000, aktualnie wskazuje się, że zaburzenie może dotyczyć 1–2 dzieci na 100. Choć pewne symptomy zaburzenia są możliwe do zaobserwowania już w 15.–18. miesiącu życia dziecka, to najczęściej ASD diagnozuje się między 4. a 5. rokiem życia. Rokowanie jest uzależnione od wielu czynników: początku wystąpienia objawów, ich nasilenia, wczesnej diagnozy oraz wczesnej interwencji terapeutycznej. Te dwie ostatnie stwarzają szansę na pokonanie wielu związanych z autyzmem trudności. Podjęcie terapii od 3. roku życia jest szczególnie ważne, gdyż mózg i cały układ nerwowy dziecka są wtedy najbardziej plastyczne, co realnie wpływa na możliwość korekcji zachowań atypowych. Poza tym wcześniej podjęta terapia daje większe szanse na usamodzielnienie się dziecka i prawidłowe funkcjonowanie w społeczeń-

stwie, a co za tym idzie – na normalne życie.

Pierwsze objawy ASD zazwyczaj dostrzega rodzic, który stwierdza nienaturalne zachowanie swojego dziecka, odróżniające go od rówieśników. Do osób, z którymi może podzielić się obserwacjami, należą lekarz i pielęgniarka POZ, którzy zajmują się w swojej praktyce zawodowej małymi pacjentami. Zaniepokojeni rodzice mogą chcieć rozmawiać o trudnościach swojego dziecka np. podczas bilansu dwulatka, jednak mimo coraz większej wiedzy na temat ASD, wciąż zdarza się, że pracownicy służby zdrowia nie przykładają wagi do rozwoju społeczno-komunikacyjnego. W zamian radzą „poczekaj aż dziecko z tego wyrośnie”, mówią, że „chłopcy zaczynają mówić później”. Choć zastosowanie narzędzi przesiewowych w kierunku ASD wymaga odpowiedniego przeszkolenia, pielęgniarka i lekarz POZ zajmujący się małymi dziećmi mogą stanowić istotne ogniwo we wczesnej diagnozie pacjenta z zaburzeniami autystycznymi.

## Wyodrębnienie autyzmu jako osobnej kategorii diagnostycznej

Pojęcie autyzm zostało wprowadzone do psychiatrii w 1911 r. przez E. Bleulera i pierwotnie funkcjonowało jako jeden z objawów schizofrenii polegający na odwróceniu się od świata zewnętrznego. Blisko 30 lat później dwaj badacze: L. Kanner oraz H. Asperger, niezależnie od siebie, opisali nowe jednostki kliniczne, nazwane: autyzmem wczesnodziecięcym (zespół Kanner) oraz psychopatią autystyczną (zespół Aspergera). Tak zdefiniowane klasyfikacyjnie zaburzenia sytuowane były do niedawna na przeciwległych krańcach autystycznego spektrum. To podejście wywodzi się z faktu, że Kanner opisywał głębszą formę autyzmu, natomiast Asperger postać łagodniejszą. Najnowsze kryteria DSM-5 i ICD-11 (uwaga: Od stycznia 2022 r. w państwach członkowskich WHO, także w Polsce, zacznie obowiązywać nowa wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych IICD-11) nie rozróżniają podtypów autyzmu, w zamian proponując jedną nazwę dla tej jednostki chorobowej: zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD). Według aktualnej definicji ASD charakteryzuje się upośledzoną komunikacją społeczną i interakcjami społecznymi z nietypowymi reakcjami na bodźce oraz ograniczonymi, powtarzającymi się zainteresowaniami i zachowaniami.

## Epidemiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu

W przeprowadzonym w latach 60. XX w. pierwszym badaniu epidemiologicznym autyzmu oszacowano częstość jego występowania na 4,5 na 10 000 osób. Od tego czasu szacunki wzrosły drastycznie do 1 na 59 osób dotkniętych chorobą (1–2% światowej populacji). Znaczący wzrost częstości występowania ASD można przypisać zarówno większej świadomości, jak i rozszerzeniu kryteriów diagnostycznych od czasu traktowania autyzmu jako dziecięcej postaci schizofrenii.

ASD występuje we wszystkich grupach etnicznych, rasowych i spo-

łeczno-ekonomicznych. Rozpoznanie zaburzeń autystycznych jest 3-4 razy częstsze u chłopców niż u dziewcząt. Przypuszcza się jednak, że ta dysproporcja może wynikać z „efektu kamuflażu”, polegającego na tym, że dziewczęta z ASD są w stanie lepiej niż chłopcy ukrywać zaburzenia komunikacji społecznej, co skutkuje niedodiagnozowaniem ASD u płci żeńskiej.

### Przyczyny zaburzeń ze spektrum autyzmu

Chociaż etiologia ASD wciąż pozostaje niewyjaśniona, dotychczas ustalono, że zaburzenia autystyczne mają podłoże zarówno genetyczne, jak i środowiskowe oraz prenatalne. Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń autystycznych:

- płeć męska,
- uwarunkowania genetyczne,
- zaawansowany wiek rodziców, szczególnie ojca dziecka (> 40. r.ż.),
- choroba autoimmunologiczna w wywiadzie rodzinnym,
- zakażenia bakteryjne i wirusowe w trakcie ciąży,
- poród przedwczesny,
- poród z wykorzystaniem narzędzi,
- cesarskie cięcie,
- niedotlenienie okołoporodowe,
- niska i duża masa urodzeniowa,

- wydłużony czas trwania akcji porodowej,

- choroby metaboliczne matki (w tym znaczny przyrost masy ciała podczas ciąży, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze),

- przyjmowanie w ciąży leków przeciwdepresyjnych, przeciwastmatycznych lub przeciwpadaczkowych,

- otyłość u matki przed i w trakcie ciąży,

- prenatalna ekspozycja na zanieczyszczenie powietrza.

Przeprowadzono kilkadziesiąt niezależnych badań, w których nie potwierdzono związku między ASD a szczepionkami, w tym szczepionką MMR.

### Wczesne symptomy zaburzeń ze spektrum autyzmu

ASD jest wieloobjawowe, a każdy przypadek różni się od siebie: zróżnicowane są objawy, ich częstotliwość oraz nasilenie. U niektórych osób mogą być one widoczne w sposób ewidentny, a u innych, by je dostrzec, zachowanie musi być poddane bardzo dokładnej i wnikliwej obserwacji. Specjaliści diagnozują zaburzenie na podstawie trudności w dwóch obszarach – „komunikacji społecznej” oraz „ograniczonych, powtarzających się i/lub sensorycznych zachowaniach

lub zainteresowaniach”. Aby podsta-  
wić diagnozę ASD dziecko musi mieć:

- trudności w obu obszarach,
- cechy charakterystyczne dla ASD od wczesnego dzieciństwa, nawet jeśli są one widoczne dopiero w późniejszym okresie życia.

Trudności w komunikacji społecznej obejmują:

- opóźniony rozwój mowy,
  - regres mowy (dziecko przestaje używać słów, które kiedyś mówiło),
  - rzadkie używanie języka do komunikowania się z innymi ludźmi,
  - sporadyczna reakcja na imię,
  - zaburzony kontakt wzrokowy,
  - nietypowy ton głosu lub wydawanie dziwnych dźwięków,
  - niedzielenie się zainteresowaniami lub osiągnięciami z rodzicami,
  - rzadkie używanie lub brak rozumienia gestów, takich jak wskazywanie, machanie, klaskanie, kiwanie głową,
  - ograniczona mimika twarzy,
  - brak zainteresowania rówieśnikami lub trudności w nawiązywaniu znajomości,
  - rzadkie angażowanie się w pomysłową zabawę,
  - używanie dłoni innej osoby jako narzędzia (np. położenie ręki rodzica na słoiku, aby ten odkręcił pokrywkę).
- Trudności w zakresie ograniczonych, powtarzalnych i/lub senso-

*Chociaż zastosowanie narzędzi przesiewowych w kierunku ASD wymaga odpowiedniego przeszkolenia, pielęgniarka i lekarz POZ zajmujący się małymi dziećmi mogą stanowić istotne ogniwo we wczesnej diagnozie pacjenta z zaburzeniami autystycznymi.*



rycznych zachowań lub zainteresowań przejawiają się poprzez:

- układanie zabawek w określony sposób, np. w linii prostej,
- częste pstrykanie przełącznikami lub obracanie przedmiotami,
- powtarzanie słów i zwrotów wypowiedzianych przez inne osoby (echolalia),
- nietypowe sposoby poruszania rękami, palcami lub całym ciałem,
- posiadanie bardzo wąskich zainteresowań,
- zainteresowanie nietypowymi przedmiotami, np. drewnianymi łyżkami, kamieniami, otworami wentylacyjnymi,
- potrzeba, aby wszystko działało się zawsze w ten sam sposób, problemy ze zmianami w harmonogramie dnia lub z przechodzeniem z jednej czynności do drugiej,
- oznaki wrażliwości sensorycznej: nadmierna lub niedostateczna reakcja na określone dźwięki/tekstury, niepokój wywołany codziennymi dźwiękami (suszarka do włosów, odkurzacz), niezadowolenie z metek na ubraniach, lizanie/wąchanie przedmiotów, patrzenie kątem oka.

### **Rozpoznanie ASD przed 3. rokiem życia ma ogromne znaczenie**

W przypadku ASD kluczowe są wczesna diagnoza oraz wczesna interwencja terapeutyczna. Podjęcie terapii przed ukończeniem przez dziecko 3. roku życia poprawia rokowanie i stwarza szansę na pokonanie wielu problemów związanych z autyzmem. Mózg i cały układ nerwowy małego człowieka jest wtedy najbardziej plastyczny, co sprawia, że – w odpowiedzi na właściwą terapię, istnieje realna możliwość korekcji zachowań niepożądanych. Reagując odpowiednio wcześnie, nie dopuszcza się do narastania objawów zaburzenia. Co więcej, szybko podjęta terapia daje większe szanse na usamodzielnienie się dziecka i prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Należy podkreślić, że ASD nie można ani zdiagnozować, ani wykluczyć poprzez prostą wymianę zdań z dzieckiem. Do wykrywania ryzyka zaburzeń autystycznych wykorzystuje się m.in. wy-

### **Wczesne wykrywanie ASD a rola pielęgniarki**

W przypadku ASD wczesna diagnoza jest na wagę złota, ponieważ wdrożenie adekwatnej terapii zwiększa szanse na znaczne ograniczenie powodowanej przez autyzm niepełnosprawności. Wiedza pielęgniarek, które w swojej praktyce zawodowej mają kontakt z małymi dziećmi, na temat czynników ryzyka ASD, jego objawów, narzędzi diagnostycznych i badań przesiewowych, może stanowić istotny element we wczesnym rozpoznawaniu pacjentów z ASD. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarki odpowiednio reagowały na każde obawy rodziców związane z rozwojem dziecka, gdyż uznaje się, że doniesienia matek i ojców o nietypowych zachowaniach są istotnymi predyktorami późniejszej diagnozy. Istotne jest również szybkie przekazywanie innym członkom zespołu opieki zdrowotnej informacji o problemach rozwojowych zgłaszanych przez rodziców dziecka. Z kolei zaniepokojeni rodzice dziecka z trudnościami mogą od pielęgniarki otrzymać informacje, w jakie miejsce mają się udać, aby otrzymać odpowiednią pomoc. Należałoby zwrócić uwagę na działania Fundacji Synapsis, która opracowała program działań na rzecz profilaktyki i wczesnego wykrywania autyzmu. Rodziców można zachęcić do odwiedzenia strony badabada.pl, na której znajduje się kwestionariusz M-CHAT-R/F. Jeśli na podstawie tego narzędzia zostanie wykryte ryzyko ASD, dziecko może zostać skierowane do dalszego postępowania diagnostycznego oraz wczesnej interwencji. Warto również wiedzieć, że pielęgniarki jako profesjonalści zajmujący się rozwojem małego dziecka mogą wziąć udział w organizowanym przez Fundację Synapsis szkoleniu dotyczącym diagnozy w kierunku zaburzeń autystycznych. Celem kursu jest zwiększenie w Polsce dostępności do usług wczesnego, tj. przed 3. rokiem życia, wykrywania autyzmu i wspomagania rozwoju dzieci zagrożonych ASD.

standaryzowane, interaktywne narzędzia, takie jak ADOS-2, STAT czy SACS-R.

### **Polski model badań przesiewowych**

Badania przesiewowe w kierunku ASD pozwalają uchwycić niepokojące objawy i szybko rozpocząć proces diagnostyczny oraz wczesną interwencję. Polska propozycja modelu badań przesiewowych jest wdrażana od 2014 r. przez Fundację Synapsis w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Autyzmu „Badabada”. Proces diagnostyczny obejmuje cztery etapy. W ramach pierwszego poziomu

umożliwiono wszystkim rodzicom wypełnienie przez Internet kwestionariusza M-CHAT-R/F. Narzędzie zawiera 20 pytań dotyczących różnych zachowań i umiejętności i jest przeznaczone do badania dzieci w wieku od 16. do 30. miesiąca życia. Po wypełnieniu go rodzic od razu dostaje wynik z informacją, co dalej: czy ryzyko wystąpienia ASD jest niskie, średnie (przeprowadzona zostaje rozmowa uzupełniająca), czy wysokie (wtedy wskazana jest konsultacja specjalistyczna i dalsza diagnostyka celem określenia problemów rozwojowych dziecka). Drugi etap obejmuje bezpośrednio badania przesiewowe prowadzone przez przeszkolone osoby z wykorzystaniem narzędzia SACS-R. Przeprowadza się je u dzieci od 7. do 31. miesiąca życia. Badanego poddaje się obserwacji, podczas której dokonuje się kilka prostych prób, nie wykraczających poza codzienne działania w żłobku/przedszkolu. Gdy zostaną stwierdzone atypowe zachowania, osoba badająca przekazuje rodzicom pisemną informację o kolejnych krokach, jakie powinni podjąć. Trzeci poziom obejmuje konsultację i diagnostykę specjalistyczną, a w ramach czwartego wdrażane są odpowiednie działania wspomagające rozwój dziecka i wspierające rodziny: świadczenia w ramach wczesnego wspomagania rozwoju oraz konsultacje w poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Pionierski w skali kraju program bezpłatnych badań dzieci pod kątem ASD prowadzony jest w Częstochowie przez Fundację Primo Diagnosis. W badaniach przesiewowych i konsultacjach wykorzystuje się narzędzie diagnostyczne ADOS-2, czyli instrument obserwacji behawioralnej obejmujący zestaw prób prowokujących osobę badaną do określonych zachowań społecznych. ADOS-2 występuje w postaci 5 modułów przeznaczonych dla osób w różnym wieku i na różnych etapach rozwoju językowego. Narzędzie uważa się za „złoty standard” gromadzenia danych wykorzystywanych w badaniach nad ASD. □

*Piśmiennictwo w redakcji,  
kontakt mpip@nipip.pl*