

Krystyna Pomorska<sup>1</sup>, Paulina Szymańska<sup>2</sup>


## Współpraca z pacjentem o neuroatypowym rozwoju – aspekty prawne i etyczne strategie minimalizowania przymusu

Cooperation with neuroatypical patients – legal and ethical aspects, strategies for minimising coercion

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

<sup>2</sup> Klinika Neurologii Rozwojowej i Epileptologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Krystyna Pomorska, Instytut Psychologii – Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii, al. Rodziny Scheiblerów 2, 90-128 Łódź, e-mail: krystyna.pomorska@now.uni.lodz.pl

 <https://doi.org/10.15557/PiMR.2025.0031>

### ORCID iDs

1. Krystyna Pomorska <https://orcid.org/0000-0001-5085-2293>

2. Paulina Szymańska <https://orcid.org/0009-0006-9129-6274>

### Streszczenie

Dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, takimi jak zaburzenia ze spektrum autyzmu i niepełnosprawność intelektualna, często doświadczają poważnych trudności w radzeniu sobie z nowymi i stresującymi sytuacjami. Trudności te stają się szczególnie widoczne przy korzystaniu z usług medycznych, które wymagają badań diagnostycznych lub obejmują takie procedury, jak opatrywanie ran, podawanie leków, szczepienia i zabiegi stomatologiczne. Konieczność poddania się tym procedurom może prowadzić do silnych reakcji lękowych u tych dzieci i braku współpracy zarówno z powodu specyfiki funkcjonowania, jak i niewystarczającego przygotowania personelu medycznego. Takie sytuacje stawiają personel medyczny i opiekunów w obliczu wyzwań, które mogą skutkować zastosowaniem przymusu bezpośredniego w celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa lub przeprowadzenia procedury. Rozwiązania te, choć czasem niezbędne, niosą ryzyko pojawienia się lub nasilenia objawów psychopatologicznych, w tym traumatyzacji i awersji do opieki zdrowotnej. W obliczu rosnącej wykrywalności zaburzeń neurorozwojowych i stale zwiększającej się liczby pacjentów wymagających specjalistycznego wsparcia konieczne jest zapewnienie im odpowiedniego podejścia. Wymaga ono edukacji personelu, rozwijania adekwatnych regulacji prawnych i stosowania praktycznych strategii opartych na zrozumieniu indywidualnych potrzeb pacjentów. Celem artykułu jest omówienie specyfiki funkcjonowania dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, przedstawienie praktycznych strategii wspierających ich współpracę z personelem medycznym i analiza aspektów prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, a także dostarczenie praktycznych wskazówek dla personelu medycznego oraz podkreślenie konieczności dalszych badań nad skutecznymi i bezpiecznymi metodami wspierania tej szczególnie wrażliwej grupy pacjentów.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia neurorozwojowe, przymus, współpraca pacjenta, świadczenia zdrowotne dla dzieci

### Abstract

Children with neurodevelopmental disorders, such as autism spectrum disorder and intellectual disability, often struggle to cope with new and stressful situations, especially during medical procedures, including diagnostic tests, wound care, vaccinations, and dental treatment. The requirement to undergo such procedures may provoke intense anxiety and result in non-cooperation. This lack of cooperation stems both from the individual's functional characteristics and the medical staff's inadequate preparation. Consequently, staff and caregivers may resort to physical restraint (direct coercion) to ensure safety or complete the procedure. While sometimes necessary, such measures carry a risk of inducing or intensifying psychopathological symptoms, traumatising the patient, and fostering aversion to future healthcare encounters. Given the increasing prevalence of neurodevelopmental disorders and the growing number of patients requiring specialised support, an appropriate approach is essential. This requires staff education, development of adequate legal regulations, and the application of practical strategies tailored to individual patient needs. This article aims to discuss the functional characteristics of children with neurodevelopmental disorders, present practical strategies for enhancing their cooperation with medical personnel, and analyse the legal aspects of using various forms of restraint. The aim is to provide practical guidance for medical staff and highlight the need for further research into effective and safe methods of supporting this particularly vulnerable patient group.

**Keywords:** neurodevelopmental disorders, coercion, patient compliance, children health services

## WSTĘP

Rozwój atypowy to określenie dotyczące odmienności funkcjonowania wielu sfer i układów, w tym nerwowego, obserwowanych już na wczesnych etapach rozwoju<sup>(1)</sup>. Według najnowszej klasyfikacji diagnostycznej ICD-11 (International Classification of Diseases, 11<sup>th</sup> Revision) Światowej Organizacji Zdrowia<sup>(2)</sup> zaburzenia neurorozwojowe obejmują zaburzenia poznawcze i behawioralne ujawniające się w okresie rozwojowym, powiązane z istotnymi deficytami w nabywaniu oraz wykonywaniu określonych funkcji intelektualnych, motorycznych, językowych lub społecznych. Do tej kategorii zalicza się zaburzenia rozwoju intelektualnego, zaburzenia ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder*, ASD), zaburzenia hiperkinetyczne z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD), stereotypowe zaburzenia ruchowe, a także rozwojowe zaburzenia mowy i języka, uczenia się oraz koordynacji ruchowej.

Osoby z tymi rozpoznaniem określa się mianem neuroatypowych, co odnosi się do odmiennego przebiegu rozwoju, w którym dziecko może mieć trudności w przyswajaniu niektórych umiejętności lub nie osiągać kompetencji typowych dla rówieśników.

W zależności od rodzaju zaburzenia dziecko w wieku rozwojowym może mieć problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji (ASD), funkcjonowaniem poznawczym i uczeniem się (zaburzenia rozwoju intelektualnego) lub z koncentracją uwagi, nadruchliwością i hamowaniem reakcji (ADHD). Warto podkreślić, że współwystępowanie zaburzeń neurorozwojowych to raczej reguła niż wyjątek<sup>(3)</sup>. W praktyce oznacza to, że u dzieci neuroatypowych mogą jednocześnie występować objawy więcej niż jednego zaburzenia, na przykład ASD i ADHD. Zdarza się, że objawy są u nich widoczne jedynie na poziomie subklinicznym, co oznacza, że mimo obecności niektórych objawów dziecko nie spełnia kryteriów diagnostycznych danego zaburzenia, co może dodatkowo komplikować przewidywanie trudności swoiście z nim powiązanych.

Niezależnie od ustalonego rozpoznania neuroatypowy rozwój dziecka niesie ze sobą wiele wyzwań zarówno dla jego rodziców, jak i dla personelu medycznego. Ponieważ omówienie każdego z zaburzeń neurorozwojowych wykraczałoby poza ramy niniejszego opracowania, w jego dalszej części przedstawiono jedynie wybrane przykłady trudności i możliwych rozwiązań wynikające z przeglądu badań nad sytuacją dzieci o rozwoju neuroatypowym, koncentrując się zwłaszcza na dzieciach z ASD. Opisane rozwiązania mogą być jednak z powodzeniem stosowane w szerszej grupie pacjentów.

## DZIECKO O NEUROATYPOWYM ROZWOJU JAKO PACJENT

Dzieci neuroatypowe, na przykład z ASD czy niepełnosprawnością intelektualną, często doświadczają znaczących

trudności w radzeniu sobie z nowymi i nieprzewidywanymi sytuacjami, co stanowi wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia sprawujących nad nimi opiekę. Wykrywalność zaburzeń neurorozwojowych wzrosła z 7,40% w 2019 roku do 8,56% w 2021 roku<sup>(4)</sup>. Oznacza to, że coraz więcej dzieci z tymi zaburzeniami będzie korzystać z opieki zdrowotnej, co wymaga od personelu medycznego odpowiedniego przygotowania do współpracy z tą grupą pacjentów. Chociaż dzieci często reagują na nieprzewidziane sytuacje lękiem i oporem, to na ogół łagodna perswazja i zapewnienie im bezpieczeństwa umożliwiają nawiązanie współpracy. W przypadku dzieci neuroatypowych te reakcje zwykle są silniejsze, mniej przewidywalne i mogą nie ustępować mimo udzielanych dziecku wyjaśnień<sup>(5)</sup>. Trudności w reagowaniu na sytuacje nagłe, problemy z regulacją emocji, hamowaniem reakcji, interpretacją intencji innych osób lub przetwarzaniem sensorycznym mogą się nasilać, szczególnie w stresujących warunkach, takich jak badania diagnostyczne, zastrzyki i inne procedury medyczne.

Gdy pacjenci w wieku rozwojowym odmawiają współpracy podczas niezbędnych procedur medycznych lub prezentują zachowania zagrażające sobie lub innym osobom, a inne sposoby nawiązania współpracy zawiodły, personel medyczny lub opiekunowie bywają zmuszeni do zastosowania przymusu. Takie doświadczenia mogą mieć dla dziecka poważne, negatywne konsekwencje, w tym zaostrzenie objawów psychopatologicznych, a nawet rozwój zespołu stresu pourazowego<sup>(6)</sup>. Dzieci mogą postrzegać interwencje medyczne jako przemocowe, nawet jeśli są one etycznie i prawnie uzasadnione oraz mają na celu ratowanie ich zdrowia lub życia. Pacjenci z wynikającymi z neuroatypowego rozwoju trudnościami z interpretowaniem intencji innych osób są szczególnie narażeni na takie doświadczenia. Warto jednak pamiętać, że rozwiązania przymusowe nie zawsze są koniecznością. U niektórych dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi opór może wynikać z niezrozumienia sytuacji i niewłaściwego doboru strategii postępowania przez osoby decyzyjne. Wdrożenie przez personel medyczny postępowania ułatwiającego pacjentowi orientację w otoczeniu i zrozumienie przekazywanych mu informacji pozwoli na skorzystanie ze wsparcia, obniżenie lęku i poprawę współpracy.

Badania wskazują na powiązania między poziomem umiejętności i funkcjonowaniem intelektualnym dzieci z ASD a występowaniem i rodzajem tzw. zachowań trudnych, niezależnie od ich przyczyn<sup>(7,8)</sup>. Zachowania trudne definiuje się jako takie, które odbiegają od obowiązujących norm społeczno-kulturowych i ze względu na swoją intensywność, częstotliwość lub długość trwania mogą zagrażać bezpieczeństwu fizycznemu osoby lub jej otoczenia oraz istotnie utrudniać codzienne funkcjonowanie społeczne<sup>(9)</sup>. Niższy poziom intelektualny u dziecka z ASD wiąże się z podwyższonym ryzykiem takich zachowań, a także ich częstszym występowaniem lub większym nasileniem<sup>(7)</sup>. Masserano i wsp. wykazali, że hospitalizowane dzieci z ASD, w porównaniu z pacjentami bez tego zaburzenia, istotnie częściej

doświadczają przymusowego podawania leków, co wskazuje na zwiększone ryzyko stosowania wobec nich interwencji opartych na przymusie<sup>(10)</sup>.

W literaturze wskazuje się, że chociaż specjaliści ochrony zdrowia dysponują podstawową wiedzą teoretyczną na temat zaburzeń neurorozwojowych, to często zgłaszają potrzebę szkoleń pogłębiających w zakresie diagnozy i prowadzenia interwencji, co pozwoliłoby im skuteczniej wspierać pacjentów<sup>(11,12)</sup>. Brak w placówkach ochrony zdrowia obowiązujących standardów opieki nad osobami z zaburzeniami neurorozwojowymi stanowi również impuls do podejmowania badań służących zrozumieniu ich potrzeb i doświadczeń, co w konsekwencji ma w przyszłości doprowadzić do opracowania konkretnych rekomendacji<sup>(13)</sup>.

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw wprowadziła obowiązek wdrażania standardów ochrony małoletnich w instytucjach pracujących z dziećmi, w tym w placówkach medycznych<sup>(14)</sup>. Standardy obejmują identyfikację ryzyka, działania profilaktyczne, procedury interwencyjne i szkolenie personelu. Ministerstwo Sprawiedliwości udostępnia ogólne wytyczne i wzory standardów, które instytucje mogą dostosować do swojej specyfiki, jednak nie ma wśród nich zaleceń dotyczących pacjentów o neuroatypowym rozwoju<sup>(15,16)</sup>.

Umiejętności zrozumienia mowy, interpretacji tego, co dzieje się w otoczeniu, oraz zdolności do korzystania z życzliwej, wspierającej rozmowy służącej obniżeniu lęku skutkują zazwyczaj zwiększeniem współpracy ze strony małych pacjentów. Zaburzenia w obszarze komunikacji (zarówno rozumienia, jak i ekspresji mowy) u osób neuroatypowych stanowią wyzwanie dla środowiska. Dzieci z ASD, ze względu na specyfikę zaburzenia, wymagają specjalnego podejścia w komunikacji<sup>(17)</sup>. Choć niniejszy artykuł koncentruje się na pacjentach w wieku rozwojowym, to warto podkreślić, że bez odpowiedniego wsparcia (np. narzędzi wspomagających komunikację, dostosowania formy przekazu) i terapii problemy komunikacyjne nie ustępują z wiekiem, a nawet mogą się pogłębiać<sup>(18)</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie wyzwań w opiece medycznej nad dziećmi o neuroatypowym rozwoju. Przedstawiono w nim praktyczne strategie wspierające współpracę, wraz z omówieniem aspektów prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego.

## WYBRANE CZYNNIKI MOGĄCE WPŁYWAĆ NA WSPÓŁPRACĘ DZIECI O NEUROATYPOWYM ROZWOJU Z PRACOWNIKAMI OCHRONY ZDROWIA

Przeglądy badań dotyczących opieki medycznej nad osobami z ASD i niepełnosprawnością intelektualną wskazują, że specjalistom często brakuje podstawowej wiedzy o specyfice funkcjonowania tych osób, między innymi o możliwych wyzwaniach związanych z przetwarzaniem sensorycznym i o tym, jak interpretować ich zachowania<sup>(12,17)</sup>. Rodzice

wskazują, że przejawy agresji lub autoagresji u dziecka (np. używanie wulgaryzmów, uderzanie siebie lub innych, niszczenie rzeczy) często stanowią próbę zakomunikowania frustracji lub bólu i są sposobem na samouspokojenie<sup>(19)</sup>. Osoby niedysponujące wiedzą o zaburzeniach rozwoju mogą niewłaściwie interpretować takie zachowania i podejmować nieskuteczne próby interwencji, czasem prowadzące do ich zaostżenia.

Wśród rutynowych procedur medycznych trudnych dla osób z ASD wymienia się badania uszu, gardła i narządów płciowych, pomiar ciśnienia tętniczego oraz pobieranie krwi i zastrzyki, a także procedury wymagające przechodzenia z jednego pomieszczenia do innego<sup>(20-22)</sup>. Czynniki wyzwalające zachowania trudne dzieci z ASD są ściśle powiązane z kryteriami diagnostycznymi tego zaburzenia<sup>(17)</sup> i obejmują między innymi:

- nowe lub mało znane środowisko i zaburzenie codziennej rutyny (co wiąże się ze sztywnością zachowań i trudnościami w adaptacji do zmian);
- niezrozumienie sytuacji, komunikatów i intencji (co wynika z trudności w komunikacji oraz rozumieniu poleceń i oczekiwań otoczenia nawet u dzieci posługujących się mową);
- brak uwzględnienia nietypowego funkcjonowania sensorycznego dziecka oraz niedostosowanie środowiska do jego potrzeb i możliwości (co może prowadzić do nasilonych reakcji obronnych).

W klasyfikacji ICD-11, której proces wdrożeniowy w Polsce trwa w czasie pracy nad niniejszym artykułem, trudności sensoryczne zostały uwzględnione w kryteriach diagnostycznych ASD<sup>(2)</sup>. Nietypowe funkcjonowanie sensoryczne, w tym nadwrażliwość lub obniżona wrażliwość na bodźce dźwiękowe, dotykowe, zapachowe lub wzrokowe, może wpływać na reakcje osób z ASD na ból. Wyniki badań w tym zakresie są jednak niejednoznaczne i sugerują, że osoby z ASD nie cechują się systematycznie zmienionymi reakcjami na ból ani progami bólowymi, ale wykazują różnice w subiektywnym doświadczeniu bólu i odmienne odpowiedzi behawioralne na ten sam bodziec<sup>(23)</sup>.

W tab. 1 przedstawiono swoiste trudności grupy pacjentów z ASD, ADHD i niepełnosprawnością intelektualną.

Wspólną cechą dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi jest to, że wymagają krótkich, prostych i często wielokrotnie powtarzanych komunikatów, najlepiej z wykorzystaniem czytelnych schematów, zwłaszcza w sytuacjach stresowych. Choć przyczyny wystąpienia trudności mogą się różnić w zależności od rodzaju zaburzenia (np. u osób z ADHD problemy z realizacją poleceń mogą wynikać z trudności ze skupieniem uwagi, jak również z impulsywności czy nadaktywności, a w przypadku niepełnosprawności intelektualnej – z ograniczonego rozumienia sytuacji), to strategie oparte na wizualizacji będą pomocne w obydwu przypadkach<sup>(24-26)</sup>.

Zachowania trudne u dziecka (np. wyrywanie się podczas pobierania krwi) mogą, niezależnie od przyczyn, skutkować jego przytrzymaniem, co może prowadzić do niepożądanego skutków psychologicznych.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu	Zaburzenia hiperkinetyczne z deficytami uwagi	Niepełnosprawność intelektualna
<p><b>Trudności komunikacyjne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>problemy z werbalnym wyrażaniem bólu/zgłaszaniem objawów</li> <li>ograniczone rozumienie instrukcji medycznych</li> <li>brak reakcji na imię/polecenia</li> </ul> <p><b>Trudności sensoryczne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nietypowe reakcje na dotyk, światło, dźwięki (sprzęt medyczny), zapachy (środki dezynfekcyjne)</li> <li>trudność w tolerowaniu smaku/konsystencji leków</li> </ul> <p><b>Potrzeba rutyny i przewidywalności:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trudności z adaptacją do zmian harmonogramu wizyt/badań</li> <li>silny lęk przed nieznanym środowiskiem (gabinet, szpital) i procedurami</li> <li>wzmoczony stres/protest</li> </ul> <p><b>Nietypowe zachowania i reakcje:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trudność w przerywaniu aktywności na rzecz procedury medycznej</li> <li>możliwość nasilenia autostymulacji w stresie</li> </ul> <p><b>Trudności w rozumieniu emocji i intencji innych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trudności w rozumieniu, że personel chce pomóc, niewłaściwe interpretowanie gestów/wyrazów twarzy</li> </ul>	<p><b>Impulsywność:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trudności z czekaniem w poczekalni, trudność z pozostaniem w miejscu</li> <li>przerywanie podczas wywiadu, niespodziewane ruchy, próby dotykania sprzętu medycznego</li> <li>trudność z powstrzymaniem się od gwałtownych reakcji</li> </ul> <p><b>Nadmierna ruchliwość:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wzmoczona potrzeba ruchu</li> <li>niemożność spokojnego siedzenia/leżenia podczas badania, wzrost aktywności w stresie</li> </ul> <p><b>Problemy z utrzymaniem uwagi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>rozpraszanie się podczas badania, trudność w słuchaniu i zapamiętywaniu instrukcji</li> </ul>	<p><b>Trudności komunikacyjne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ograniczone słownictwo/umiejętności językowe (trudność w opisie objawów)</li> <li>trudność w rozumieniu złożonych wyjaśnień medycznych i instrukcji</li> </ul> <p><b>Podatność na lęk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>szczególnie w nowych/nieznanych sytuacjach</li> </ul> <p><b>Problemy z abstrakcyjnym myśleniem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trudność w rozumieniu koncepcji niewidocznych dla dziecka, np. bakterii czy długoterminowych korzyści leczenia</li> </ul>
<p><b>Problemy z samoregulacją emocji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>silne wybuchy frustracji, złości, płaczu w sytuacji pobudzenia</li> </ul> <p><b>Zwiększona zależność od opiekunów:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>większa potrzeba obecności rodzica/opiekuna i wsparcia z jego strony</li> </ul>		

Tab. 1. Objawy zaburzeń neurozwojowych powodujące trudności w przebiegu procedur medycznych. Opracowanie własne na podstawie: World Health Organization<sup>(2)</sup>, Wilson i Peterson<sup>(17)</sup> oraz Kotakowski i Pisula<sup>(25)</sup>

## PRAKTYCZNE ROZWIĄZANIA I STRATEGIE WSPIERAJĄCE WSPÓŁPRACĘ

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa Wilson i Peterson wyróżniły metody ułatwiające opiekę medyczną nad osobami z ASD i podzieliły je na trzy grupy, związane z personelem medycznym, z czynnikami zewnętrznymi i z rodzicami (tab. 2)<sup>(17)</sup>. Strategie radzenia sobie z trudnościami w zachowaniu dzielą się na pro- i reaktywne<sup>(27)</sup>. Strategie proaktywne pozwalają zapobiegać sytuacjom trudnym i odgrywają najważniejszą rolę w przygotowaniu dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi do badań lub procedur medycznych<sup>(17,28)</sup>. Celem takich działań jest minimalizowanie stresu, lęku i oporu oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności jeszcze przed wystąpieniem danej sytuacji. Strategie reaktywne polegają natomiast na reagowaniu na sytuację trudną, kiedy już do niej dojdzie, np. próbą uspokojenia dziecka. Środki przymusu bezpośredniego, takie jak przytrzymanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami są uważane za strategie reaktywne. Oznacza to, że stosuje się je dopiero

w odpowiedzi na zaistniałą sytuację i zawsze muszą być poprzedzone próbami nawiązania współpracy.

Na podstawie dostępnych danych<sup>(17,29)</sup> przedstawiono wskazówki dotyczące wspierania dzieci o neuroatypowym rozwoju w przygotowaniach do wizyt lekarskich i procedur medycznych. W sytuacjach nagłych, takich jak wypadki, zastosowanie poniższych wytycznych może być jednak ograniczone lub niemożliwe ze względu na konieczność natychmiastowej interwencji.

Proces przygotowania może rozpocząć się już w domu na przykład poprzez zabawę w odgrywanie ról, która pomaga oswoić dziecko z nadchodzącymi wydarzeniami<sup>(28)</sup>. Rekomenduje się, aby opiekun skontaktował się z placówką medyczną przed planowaną wizytą w celu uzyskania niezbędnych informacji, które pomogą przygotować dziecko<sup>(29)</sup>. W przypadku dzieci szczególnie wrażliwych warto rozważyć stopniową ekspozycję<sup>(28)</sup>. Może ona obejmować wcześniejsze poznanie trasy do placówki, krótkie odwiedziny w gabinecie lekarskim czy zapoznanie się z personelem i sprzętem. Przydatne są wizualne harmonogramy (np. kalendarze lub

Po stronie personelu	Po stronie placówki medycznej	Po stronie rodziców
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiedza dotycząca dziecka</li> <li>Wiedza dotycząca specyfiki zaburzenia</li> <li>Przygotowanie i elastyczność</li> <li>Zwalnianie tempa i cierpliwość</li> <li>Wyjaśnianie kroków/etapów badania lub procedury</li> <li>Dostarczanie wzmacnień</li> <li>Zapisywanie instrukcji</li> <li>Komunikacja między personelem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnienie: zabawek odpowiednich do etapu rozwoju, koców obciążeniowych, słuchawek wyciszających i okularów przeciwsłonecznych, pomocy wizualnych i historyjek społecznych, przygaszonego światła</li> <li>Nadzór personelu nad dzieckiem</li> <li>Skrócenie czasu oczekiwania</li> <li>Edukacja i szkolenie personelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dostarczanie dziecku wzmacnień</li> <li>Przekazywanie personelowi medycznemu ważnych informacji dotyczących danego dziecka</li> <li>Przygotowanie dziecka</li> <li>Opracowanie skryptu/historyjki społecznej</li> <li>Podzielenie badania lub procedury na etapy</li> </ul>

Tab. 2. Metody wspierające sprawowanie opieki medycznej nad osobami z zaburzeniami neurozwojowymi ASD. Opracowano na podstawie: Wilson i Peterson<sup>(17)</sup>

plany), które pokazują, ile czasu pozostało do wizyty. Warto również wykorzystać pomoce dydaktyczne, takie jak piktoqramy, zdjęcia czy krótkie filmy ilustrujące kolejne etapy planowanej procedury, na przykład pobrania krwi<sup>(26,29)</sup>. Ponadto bardzo pomocne może być przygotowanie spersonalizowanej historyjki społecznej, opisującej szczegółowo, co się wydarzy, jakie emocje mogą się pojawić u dziecka i jak należy się zachować<sup>(13,30)</sup>.

Komunikacja z dzieckiem i jego opiekunami odgrywa główną rolę. Dzieci lepiej reagują na krótkie, konkretne i pozytywne polecenia. Ważne jest zatem, aby mówić, co dziecko powinno zrobić, a nie czego ma unikać. Należy ograniczyć zarówno skomplikowane wyjaśnienia, jak i informacje zbyt ogólne. Komunikaty powinny być proste i dostosowane do poziomu rozwoju dziecka. Dzieci o złożonych potrzebach w komunikowaniu się, czyli niemówiące lub mające trudności komunikacyjne, często korzystają z metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej (*augmentative and alternative communication*), w tym książek do komunikacji, symboli lub komunikatorów. Narzędzia te pełnią funkcję „protezy mowy”, dlatego dziecko ma prawo korzystać z nich również podczas wizyty w gabinecie lekarskim<sup>(29)</sup> i należy zapewnić mu taką możliwość<sup>(15)</sup>.

Bardzo ważne jest zadbanie o strukturę i przewidywalność przebiegu wizyty. Dobrze sprawdza się stosowanie prostych planów lub schematów wizualnych, na przykład „najpierw–potem” („Najpierw wypisanie recepty, później naklejka, a potem idziesz do domu”)<sup>(26)</sup>. Zazwyczaj dzieci czują się bezpieczniej, gdy procedury są powtarzalne, odbywają się w znanym otoczeniu, z udziałem tych samych osób, a czynności są wykonywane w tej samej kolejności. Pozwala to im przewidzieć, kiedy dana czynność się zakończy, i zapobiega poczuciu, że nieprzyjemna sytuacja będzie trwała bez końca.

Dzieci z problemami w zakresie przetwarzania sensorycznego mogą bardzo intensywnie reagować na bodźce, takie jak hałas, światło czy zapachy<sup>(29)</sup>. W miarę możliwości należy dostosować środowisko – wyciszyć pomieszczenie (np. zamknąć okno wychodzące na głośną ulicę), przygasić światło, umożliwić dziecku korzystanie ze słuchawek wyciszających czy przyniesionych zabawek sensorycznych. Przed dotknięciem dziecka narzędziem lub zanim zacznie się go używać, należy najpierw pokazać je dziecku i wyjaśnić, co zaraz się wydarzy. Ponadto w kwestii trudności sensorycznych warto polegać na informacjach od opiekunów dziecka. Niezwykle ważnym elementem jest wsparcie emocjonalne małego pacjenta, a czasem również opiekunów, będących pod wpływem silnych emocji. Obecność bliskiej osoby daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, szczególnie jeśli jest ona spokojna, co ma stanowić dla dziecka sygnał, że sytuacja jest pod kontrolą. Pomocne mogą okazać się informacje uzyskane od rodziców o tym, co stanowi dla dziecka tzw. koła ratunkowe, czyli aktywności lub rzeczy szczególnie lubiane przez dziecko, pozwalające przetrwać najtrudniejsze chwile (np. maskotka lub piosenka). Personel powinien zachowywać się empatycznie, unikać pośpiechu, co przy

powszechnych niedoborach kadrowych może być szczególnie trudne. Choć wielu osobom intuicyjnie nasuwa się, by powiedzieć dziecku: „Nie bój się, to nie będzie bolało”, to takie zapewnienia często nasilają odczuwany przez dziecko lęk. Dodatkowo mogą nie mieć pokrycia w rzeczywistości, co zmniejsza wiarygodność zarówno tych stwierdzeń, jak i wypowiadających je osób<sup>(16)</sup>.

W nawiązaniu kontaktu z dzieckiem i rozładowaniu napięcia u niego i u jego opiekunów może pomóc spokojny ton głosu, życzliwy uśmiech oraz poczucie humoru. Należy pamiętać o dostosowaniu treści żartów do odbiorcy i o tym, by pod żadnym pozorem nie śmiać się z dziecka ani oznak odczuwanego przez nie lęku<sup>(15,16)</sup>.

Dzieci, nawet te najmłodsze i nieposługujące się mową, powinny być w sposób dostosowany do ich możliwości aktywnie włączane w proces podejmowania decyzji na temat leczenia. Badania wykazały, że kompetencje dzieci do wyrażania zgody na udział w badaniach klinicznych i do współdecydowania w sprawach dotyczących leczenia zależą nie tylko od wieku, lecz także od jakości informacji, jakie otrzymują, oraz od wsparcia ze strony rodziców i personelu medycznego<sup>(31)</sup>.

Dostosowanie języka i umożliwienie podejmowania prostych decyzji może w istotny sposób zwiększyć udział dzieci w procesie decyzyjnym i ich poczucie odpowiedzialności za własne leczenie. W praktyce klinicznej można umożliwić dzieciom współdecydowanie w drobnych aspektach procedur, na przykład wyborze miejsca pobrania krwi lub koloru plastra. Takie działania mogą sprzyjać współpracy podczas zabiegów.

Stosowanie opisanych strategii proaktywnych może zwiększyć współpracę ze strony pacjentów o neuroatypowym rozwoju i zmniejszyć ryzyko konieczności sięgania po strategie reaktywne, w tym środki przymusu<sup>(28)</sup>.

## ASPEKTY PRAWNE I PRZYGOTOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO DO WYZWAŃ ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ NAD PACJENTEM Z ZABURZENIAMI NEUROROZWOJOWYMI

Dostosowanie standardów opieki medycznej do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów z zaburzeniami neurorozwojowymi ma zasadnicze znaczenie dla poszanowania ich praw. Niestety w Polsce brakuje szkoleń dla personelu medycznego dotyczących specyfiki opieki nad tą grupą pacjentów. W programach specjalizacji lekarskich i pielęgniarskich opracowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zagadnienia dotyczące osób z zaburzeniami neurorozwojowymi są uwzględnione w niewielkim stopniu<sup>(32,33)</sup>. Kształcenie obejmuje głównie ogólną wiedzę teoretyczną, podczas gdy umiejętności praktyczne i przygotowanie do pracy z pacjentami z ASD są ograniczone.

W efekcie wielu lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia nie potrafi skutecznie komunikować się z dziećmi z ASD ani wspierać ich opiekunów. Problem ten nie

dotyczy wyłącznie Polski, jest także zauważalny między innymi w Stanach Zjednoczonych<sup>(12)</sup>.

W myśl obowiązujących w Polsce przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgoda (*consent*) na przeprowadzenie określonej procedury medycznej oznacza świadome i dobrowolne wyrażenie woli przez osobę mającą pełną zdolność do czynności prawnych lub, w przypadku osób małoletnich, przez jej przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego – najczęściej rodzica)<sup>(34)</sup>. Zdolność do świadomego wyrażenia zgody ocenia się indywidualnie, biorąc pod uwagę poziomy rozwoju poznawczego, komunikacyjnego i emocjonalnego danej osoby.

Zgodnie z Konwencją o prawach dziecka przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1989 r., którą Polska ratyfikowała w 1991 roku, dzieci mają prawo do wyrażania własnego zdania w sprawach, które ich dotyczą, a ich opinia powinna być brana pod uwagę w sposób adekwatny do wieku i dojrzałości<sup>(35)</sup>. W praktyce klinicznej oznacza to, że nawet w sytuacjach, w których przedstawiciel ustawy wyraził zgodę, personel medyczny powinien, o ile to możliwe, uzyskać także przyzwolenie (*assent*) od samego małoletniego. Choć przyzwolenie nie jest wiążące prawnie, ma istotne znaczenie etyczne – jego uwzględnienie stanowi wyraz poszanowania godności, autonomii i podmiotowości pacjenta<sup>(36)</sup>.

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw nałożyła na instytucje pracujące z dziećmi, w tym na podmioty lecznicze, obowiązek wdrożenia standardów ochrony małoletnich<sup>(14)</sup>. Obejmuje on opracowanie i wdrożenie wewnętrznych procedur mających na celu zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa w kontaktach z personelem medycznym. Procedury te opierają się na czterech zasadniczych filarach: identyfikacji sytuacji ryzyka, działaniach profilaktycznych, procedurach interwencyjnych oraz edukacji personelu w zakresie rozpoznawania i reagowania na podejrzenie krzywdzenia dziecka.

Na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości opublikowano materiały wspierające wdrażanie wspomnianych procedur, w tym „Wytyczne do standardów – dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z niepełnosprawnościami” i „Wzór standardów ochrony dzieci dla podmiotów leczniczych do dostosowania w zależności od specyfiki podmiotu”<sup>(15,16)</sup>. Dokumenty te mają charakter ogólnych rekomendacji dla instytucji odpowiedzialnych za opracowanie własnych rozwiązań organizacyjnych. Należy jednak zauważyć, że brakuje w nich szczegółowych wytycznych dotyczących pracy personelu medycznego z pacjentami neuroatypowymi. W konsekwencji pracownicy ochrony zdrowia w znacznym stopniu samodzielnie adaptują obowiązujące procedury opieki do indywidualnych potrzeb dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi.

Wspieranie takich dzieci w podejmowaniu decyzji medycznych wymaga nie tylko dobrej woli, lecz także umiejętności dostosowania komunikacji i warunków otoczenia do

ich indywidualnych potrzeb<sup>(17,29)</sup>. Dobrą praktyką jest postępowanie zgodnie z ideą wspólnego podejmowania decyzji (*shared decision-making*), która zakłada współpracę pomiędzy lekarzem, pacjentem oraz – w przypadku dzieci – ich opiekunami prawnymi. Proces ten obejmuje wspólne analizowanie dostępnych opcji leczenia, omawianie potencjalnych korzyści i zagrożeń oraz wybór najlepszego rozwiązania. Aby dziecko z zaburzeniami neurorozwojowymi mogło aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, konieczne jest uwzględnienie jego poziomu rozwoju i możliwości poznawczych.

W badaniach Alderson dotyczących przyzwolenia dzieci na operacje większość z nich wyrażała chęć współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji razem z lekarzami i rodzicami<sup>(38)</sup>. Niektóre dzieci wołały całkowicie zrezygnować z udziału w podejmowaniu decyzji, podczas gdy inne chciały mieć decydujący głos w tym procesie.

W sytuacjach, w których małoletni pacjent, działając w ramach ograniczonej autonomii, podejmuje decyzje potencjalnie zagrażające jego dobrostanowi, dopuszczalne, a niekiedy wręcz konieczne, może być ograniczenie jego decyzyjności<sup>(38)</sup>. Przykładem jest sytuacja, w której dziecko z niepełnosprawnością intelektualną doznało urazu głowy i sprzeciwia się sedacji niezbędnej do wykonania tomografii komputerowej mózgowia. Należy jednak podkreślić, że nie chodzi o całkowite pominięcie zdania dziecka, lecz o proporcjonalne ograniczenie jego autonomii w celu ochrony jego zdrowia, a niekiedy także życia.

W kontekście rozważań o autonomii i procesie decyzyjnym szczególnie istotne staje się zrozumienie regulacji prawnych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, zwłaszcza w sytuacji braku przyzwolenia pacjenta. W Polsce kwestie te reguluje Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>(39)</sup>. Definiuje ona cztery formy przymusu: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie i izolację. Środki te są dopuszczalne wyłącznie w sytuacjach, gdy pacjent stwarza realne zagrożenie dla życia lub zdrowia swojego lub innych osób, bezpieczeństwa powszechnego bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu. Według wspomnianej ustawy osobami, wobec których można stosować przymus bezpośredni, są jedynie pacjenci z zaburzeniami psychicznymi. Niestety nie przewidziano w niej odrębnych regulacji dotyczących dzieci, a tym bardziej dzieci o neuroatypowym rozwoju, co prowadzi do licznych dylematów etycznych i praktycznych w opiece nad pacjentami małoletnimi.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec dzieci to szczególnie złożony temat, wymagający pilnego uregulowania prawnego. Brak jednoznacznych przepisów prowadzi do sytuacji, w której personel medyczny działa w oparciu o niejasne zasady, ryzykując naruszenie praw pacjenta, praw dziecka lub własnego bezpieczeństwa<sup>(38)</sup>.

Dzieci ze względu na ograniczoną zdolność rozumienia złożonych sytuacji oraz silne poczucie bezpieczeństwa czerpane od dorosłych, głównie opiekunów, są szczególnie

	Co robić	Czego unikać
<b>Przygotowanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnij to, co będziesz robił, prostym językiem lub z wykorzystaniem obrazków, historyjek obrazkowych itp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj działania z zaskoczenia i mówienia: „Nie bój się”</li> </ul>
<b>Komunikacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mów prosto, krótko, konkretnie. W razie potrzeby skorzystaj z metod AAC (komunikacja alternatywna i wspomagająca)</li> <li>Używaj spokojnego tonu głosu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj przekrzykiwania dziecka, zawitych tłumaczeń, zdrobnień, przenośni</li> <li>Nie bierz do siebie tego, co dziecko mówi w stresie</li> </ul>
<b>Aranżacja środowiska</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minimalizuj hałas, liczbę obecnych osób, inne bodźce sensoryczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj intensywnych bodźców</li> </ul>
<b>Wsparcie bliskich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pozwól na obecność bliskiej osoby, jeśli dziecko tego chce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj pośpiechu i badania pod nieobecność rodzica</li> </ul>
<b>Decyzyjność</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dawaj wybór tam, gdzie to możliwe, np. z której ręki pobrać krew, jaki kolor plastra przykleić itp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj rozkazywania dziecku i decydowania za nie. Wyjątki: stan zagrożenia życia, dziecko lub opiekunowie niezdolni do podjęcia decyzji</li> </ul>
<b>Atmosfera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nagradzaj – pochwal za współpracę, daj naklejkę itp.</li> <li>Bądź cierpliwy i empatyczny</li> <li>Reaguj na pierwsze oznaki dyskomfortu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj poganiania, pośpiechu, wyśmiewania, krytykowania, np. „Taki duży, a płacze”</li> </ul>
<b>Upředzanie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Upředzaj o kolejnych krokach przed ich wykonaniem</li> <li>Stosuj pomoce wizualne, np. historyjki obrazkowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj gwałtownych i nagłych czynności – zwłaszcza w przypadku bezpośredniego kontaktu</li> </ul>
<b>Wiarygodność</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mów prawdę, np. „Niektórzy mogą odczuwać to jako nieprzyjemne”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unikaj okłamywania, np. „Nie będzie bolało”, gdy wiesz, że interwencja może wywołać dyskomfort</li> </ul>

Tab. 3. Strategie wspierające współpracę z pacjentami neuroatypowymi podczas procedur medycznych. Opracowanie własne na podstawie: Zespół do Spraw Ochrony Małoletnich<sup>(15,16)</sup>, Wilson i Peterson<sup>(17)</sup>, Koekemoer i wsp.<sup>(26)</sup>, Cuvo<sup>(28)</sup>, Straus<sup>(29)</sup>

wrażliwe na wszelkie formy ograniczania wolności i stosowania przymusu. Niewłaściwe wykorzystanie takich środków może prowadzić do poważnych konsekwencji zarówno psychicznych, jak i fizycznych<sup>(40)</sup>. Dlatego przymus bezpośredni powinien być środkiem ostatecznym, stosowanym wyłącznie wtedy, gdy inne sposoby zawiodły. Zgodnie z obowiązującymi przepisami zastosowane środki muszą być możliwie najmniej inwazyjne i stosowane wyłącznie, dopóki istnieją przesłanki ich użycia<sup>(39)</sup>.

Przykładowo, krótkotrwałe przytrzymanie dziecka w celu usunięcia ciała obcego z nosa, gdy inne sposoby nawiązania współpracy zawiodły, powinno odbywać się w sposób, który nie narusza godności dziecka i zapewnia mu jak największy komfort, np. w pomieszczeniu, gdzie nie będzie narażone na stres związany z obecnością dodatkowych osób. Dziecko i opiekunowie powinni zostać upředzeni o planowanych działaniach<sup>(39)</sup>. Personel medyczny powinien zaś zostać odpowiednio przeszkolony w zakresie pracy z dziećmi i wykazywać się dużą empatią, aby sprawnie wykonywać zaplanowane procedury z dbałością o bezpieczeństwo i dobro dziecka.

## REKOMENDACJE

Wnioski płynące z dotychczasowych badań<sup>(17,26,28,29)</sup> i zalecenia dotyczące standardów ochrony dzieci<sup>(15,16)</sup> pozwalają na opracowanie wstępnych rekomendacji w opiece medycznej nad dziećmi o nietypowym rozwoju, możliwych do wprowadzenia także na gruncie polskim. Przedstawiono je w formie wskazówek w tab. 3.

## PODSUMOWANIE

Rosnąca liczba dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi stawia przed systemem opieki zdrowotnej nowe wyzwania,

szczególnie w kontekście procedur medycznych wymagających współpracy z pacjentem. Brak dostosowania metod opieki do swoistych potrzeb tych dzieci może prowadzić do stosowania przymusu, który niesie ze sobą ryzyko poważnych konsekwencji psychologicznych.

Przeprowadzanie procedur medycznych u pacjentów z zaburzeniami neurorozwojowymi wymaga szczególnego, spersonalizowanego podejścia. Badania pokazują, że nawet najmłodszy pacjenci o złożonych potrzebach komunikacyjnych są zdolni, przy właściwym wsparciu otoczenia, do wyrażania swojego zdania<sup>(41)</sup>. Dlatego bardzo ważne jest, aby personel medyczny dbał o komunikację dostosowaną do możliwości pacjentów, poważnie traktował ich zdanie i uwzględniał je w procesie podejmowania decyzji<sup>(17,29)</sup>.

Strategie, takie jak wczesne przygotowanie pacjenta i rodziny, odpowiednia komunikacja, wykorzystanie pomocy wizualnych (np. historyjek społecznych i planów), a także uwzględnienie potrzeb sensorycznych i wsparcie emocjonalne, mogą znacząco zwiększyć współpracę i zminimalizować konieczność stosowania środków przymusu<sup>(24–26)</sup>.

Aspekty prawne dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego poza szpitalami psychiatrycznymi wymagają w Polsce pilnego uregulowania, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów małoletnich. Brak precyzyjnych wytycznych oraz niewystarczające szkolenia personelu medycznego w zakresie zaburzeń neurorozwojowych są istotnymi barierami w zapewnieniu etycznej i profesjonalnej opieki<sup>(13)</sup>.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta reguluje zasady uzyskiwania świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, określając, że w przypadku osób małoletnich decyzję w tym zakresie podejmuje przedstawiciel ustawy<sup>(34)</sup>. Kwestia przyzwolenia dziecka nie jest uregulowana ustawowo, jednak w świetle przedstawionych rozważań szczególnie ważne wydaje się poszanowanie autonomii dziecka poprzez

dążenie do uzyskania przyzwolenia oraz włączanie go, adekwatnie do jego możliwości, w proces wspólnego podejmowania decyzji medycznych<sup>(35)</sup>.

Obowiązujące od 2023 roku standardy ochrony małoletnich zobowiązały instytucje medyczne do opracowania i realizacji procedur zapewniających bezpieczeństwo dzieci oraz zapobiegania przemocy i nadużyciom w relacjach z personelem medycznym. Proces wdrażania standardów przebiega nierównomiernie, zależnie od rodzaju placówki, zaangażowania kierownictwa oraz dostępnych zasobów i kompetencji personelu<sup>(42)</sup>.

Autorki wyrażają głęboką nadzieję, że zanim formalne regulacje wejdą w życie, niniejszy artykuł przyczyni się do poprawy sytuacji zarówno pacjentów o neuroatypowym rozwoju, jak i troszczącego się o nich personelu medycznego.

### Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

### Podziękowania

Autorki pragną wyrazić serdeczne podziękowania dr Agnieszce Kossowskiej za cenne uwagi i sugestie dotyczące pierwotnej wersji artykułu.

### Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych: KP. Analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: KP, PS.

### Piśmiennictwo

- Białecka-Pikul M: O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju. *Szt Leczenia* 2007; 14: 13–24.
- World Health Organization: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11<sup>th</sup> Revision). Available from: <https://icd.who.int/en/> [cited: 10 October 2025].
- Bonti E, Zerva IK, Koundourou C et al.: The high rates of comorbidity among neurodevelopmental disorders: reconsidering the clinical utility of distinct diagnostic categories. *J Pers Med* 2024; 14: 300.
- Zablotsky B, Ng AE, Black LI et al.: Diagnosed developmental disabilities in children aged 3–17 years: United States, 2019–2021. *NCHS Data Brief* 2023; (473): 1–8.
- Davico C, Marcotulli D, Succi E et al.: Working with children with autism undergoing health-care assessments in a day hospital setting: a perspective from the health-care professionals. *Children (Basel)* 2023; 10: 476.
- Haruvi-Lamdan N, Horesh D, Golan O: PTSD and autism spectrum disorder: co-morbidity, gaps in research, and potential shared mechanisms. *Psychol Trauma* 2018; 10: 290–299.
- Pomorska K, Królewiak-Detsi K, Lew-Koralewicz A: Analiza zachowań trudnych u uczniów z ASD w szkołach specjalnych – badania pilotażowe. *Psychiatr Pol* [in press].
- Nicholls G, Hastings RP, Grindle C: Prevalence and correlates of challenging behaviour in children and young people in a special school setting. *Eur J Spec Needs Educ* 2019; 35: 1–15.
- Emerson E: *Challenging Behaviour*. Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- Masserano B, Hall M, Wolf R et al.: Pharmacologic restraint use during mental health admissions to children's hospitals. *Pediatrics* 2024; 153: e2023062784.
- Taghizadeh N, Heard G, Davidson A et al.: The experiences of children with autism spectrum disorder, their caregivers and health care providers during day procedure: a mixed methods study. *Paediatr Anaesth* 2019; 29: 927–937.
- Salvatore GL, Simmons CA, Tremoulet PD: Physician perspectives on severe behavior and restraint use in a hospital setting for patients with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2022; 52: 4412–4425.
- Hamdan SZ, Bennett A: Autism-friendly healthcare: a narrative review of the literature. *Cureus* 2024; 16: e64108.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz.U.* 2022 poz. 2123.
- Zespół do Spraw Ochrony Małoletnich: Wytyczne do standardów – dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z niepełnosprawnościami. Available from: <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/wytyczne-do-sod-dzieci-ze-specjalnymi-potrzebami-edukacyjnymi-w-tym-z-niepelnosprawnościami> [cited: 19 October 2025].
- Zespół do Spraw Ochrony Małoletnich: Wzór standardów ochrony dzieci dla podmiotów leczniczych do dostosowania w zależności od specyfiki podmiotu. Available from: <https://www.gov.pl/attachment/5032aa8-3d8f-4797-98ce-9f9b95208313> [cited: 19 October 2025].
- Wilson SA, Peterson CC: Medical care experiences of children with autism and their parents: a scoping review. *Child Care Health Dev* 2018; 44: 807–817.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: Autism spectrum disorder: communication problems in children. Available from: <https://www.nidcd.nih.gov/health/autism-spectrum-disorder-communication-problems-children> [cited: 10 October 2025].
- Bultas MW: The health care experiences of the preschool child with autism. *J Pediatr Nurs* 2012; 27: 460–470.
- Kopecky K, Broder-Fingert S, Iannuzzi D et al.: The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: a parent survey. *Clin Pediatr (Phila)* 2013; 52: 652–660.
- Strunk JA, Pickler R, McCain NL et al.: Managing the health care needs of adolescents with autism spectrum disorder: the parents experience. *Fam Syst Health* 2014; 32: 328–337.
- Muskat B, Burnham Riosa P, Nicholas DB et al.: Autism comes to the hospital: the experiences of patients with autism spectrum disorder, their parents and health-care providers at two Canadian paediatric hospitals. *Autism* 2015; 19: 482–490.
- Moore DJ: Acute pain experience in individuals with autism spectrum disorders: a review. *Autism* 2015; 19: 387–399.
- Foster-Cohen S, Mirfin-Veitch B: Evidence for the effectiveness of visual supports in helping children with disabilities access the mainstream primary school curriculum. *J Res Spec Educ Needs* 2017; 17: 79–86.
- Kołąkowski A, Pisula A: *Sposób na trudne dziecko: przyjazna terapia behawioralna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- Koekemoer GC, Kuyler A, Johnson E et al.: Reducing anxiety and enhancing confidence in paediatric patients through visual schedules. *Health SA* 2025; 30: 2841.
- Root BV, Melgarejo M, Suhrheinrich J: Proactive versus reactive: strategies in the implementation of school-based services for students with ASD. *Adm Policy Ment Health* 2022; 49: 575–586.
- Cuvo AJ: Training children with autism and pervasive developmental disorders to comply with healthcare procedures: Theory and research. In: Matson JL, Sturmey P (eds.): *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Springer, New York 2011: 381–395.
- Straus J, Coburn S, Maskell S et al.: Medical encounters for youth with autism spectrum disorder: a comprehensive review of environmental considerations and interventions. *Clin Med Insights Pediatr* 2019; 13: 179556519842816.

30. Como DH, Goodfellow M, Hudak D et al.: A scoping review: Social stories supporting behavior change for individuals with autism. *J Occup Ther Sch Early Interv* 2024; 17: 154–175.
31. Hein IM: Children's competence to consent to medical treatment or research [thesis]. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 2015.
32. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: Modułowe programy specjalizacji lekarskich 2023. Available from: <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/lekarze-i-lekarze-dentysty/modulowe-programy-specjalizacji-lekarskich-2023> [cited: 19 October 2025].
33. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: Pielęgniarki i położne – Szkolenia specjalizacyjne. Available from: <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/pielęgniarki-i-polozne/szkolenia-specjalizacyjne> [cited: 19 October 2025].
34. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Dz.U.* 2009 nr 52 poz. 417, z późn. zm.
35. Konwencja o prawach dziecka. *Dz.U.* 1991 nr 120 poz. 526.
36. Alderson P: Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Soc Sci Med* 2007; 65: 2272–2283.
37. Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw. *Dz.U.* 2023 poz. 1606.
38. Alderson P: *Children's Consent to Surgery*. Open University Press, Buckingham 1993.
39. Zurzycka P, Puto G, Radzik T: Autonomia aktualna w praktyce opieki pielęgniarskiej nad osobami z zaburzeniami sprawności intelektualnej – zarys problematyki. *Probl Pielęg* 2018; 25: 104–108.
40. Friedman C, Crabb C: Restraint, restrictive intervention, and seclusion of people with intellectual and developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil* 2018; 56: 171–187.
41. Shire SY, Jones N: Communication partners supporting children with complex communication needs who use AAC: a systematic review. *Commun Disord Q* 2015; 37: 3–15.
42. Wójcik S, Kopycka J, Szolajska J: Wdrażanie standardów ochrony dzieci w Polsce 2025. Raport z wyników badań. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2025. Available from: <https://fdcs.pl/corobimy/raporty-z-badan/raporty2025/wdrazanie-standardow-ochrony-dzieci-w-polsce-2025.html> [cited: 19 October 2025].