



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

A PLATFORM FOR THE PROMOTION AND DISSEMINATION OF PROFESSIONAL PRACTICE BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AKADEMII FIZJOTERAPII DZIECIĘCEJ AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO U DZIECI Z ZABURZENIAMI KOORDYNACJI ROZWOJOWEJ (DCD)

Dokument źródłowy:

Dannemiller, L., Mueller, M., Leitner, A., Iverson, E., Kaplan, S.L. *Physical Therapy Management of Children With Developmental Coordination Disorder: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the Academy of Pediatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. Pediatr Phys Ther. 2020 Oct;32(4):278-313. doi: 10.1097/PEP.0000000000000753. PMID: 32991554.*

Rok publikacji: 2020

Autor omówienia:

mgr Wioleta Chwalewska

Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej, Katedra Rehabilitacji

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Cel i uzasadnienie (powstania) wytycznych

Wytyczne zostały opracowane aby pomóc fizjoterapeutom w badaniu, ocenie i opracowaniu planu opieki dla dzieci z trudnościami w koordynacji, zagrożonych lub ze zdiagnozowanymi zaburzeniami koordynacji rozwojowej (ang. developmental coordination disorder, DCD), ale także w dążeniu do zapewniania podopiecznym najbardziej efektywnej terapii i do redukcji nieuzasadnionych rozbieżności w jej przebiegu.

Intencją autorów wytycznych jest podniesienie świadomości na temat postępowania z osobami z DCD poprzez dostarczenie szczegółowych wytycznych dotyczących usług fizjoterapeutycznych, które są zgodne z aktualnymi dowodami badań i interwencji.

Celem wytycznych dla dzieci i młodzieży (w wieku 5-18 lat) z trudnościami w koordynacji, zagrożonych lub z rozpoznaniem DCD jest:

- » ocena aktualnych najlepszych dowodów wspierających badania fizjoterapeutyczne i interwencje dla tej populacji,
- » poinformowanie pracowników służby zdrowia, rodziny i nauczycieli o najlepszych praktykach fizjoterapeutycznych w przypadku DCD.
- » zidentyfikowanie obszarów do badań, aby wzmocnić dowody dotyczące fizjoterapii w leczeniu DCD.

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Omawiane wytyczne oparto o analizę publikacji z okresu od 2009 r. do stycznia 2019 r. Odwołują się do zaleceń Europejskiej Akademii dla Dzieci z Niepełnosprawnościami (European Academy for Children with Disabilities, EACD z 2019 r. i rozszerzają je o strategię postępowania dla fizjoterapeutów.

Adresaci / użytkownicy wytycznych

Wytyczne są przeznaczone dla fizjoterapeutów zajmujących się osobami, u których występuje ryzyko wystąpienia lub u których zdiagnozowano DCD.

Adresatami tego dokumentu są także członkowie rodzin, wychowawcy oraz inni niż fizjoterapeuci pracownicy ochrony zdrowia (lekarze, terapeuci zajęciowi, psychologzy).

Pacjenci, których dotyczą wytyczne

Wytyczne opracowano dla dzieci i młodzieży w wieku 5-18 lat z problemami z koordynacją, z ryzykiem występowania oraz ze zdiagnozowanym DCD.

Wytyczne nie uwzględniają postępowania z dziećmi z DCD i współistniejącymi problemami zdrowotnymi takimi jak DCD i autyzm, ADD lub zaburzenia sensoryczne.

Skala/znaczenie problemu zdrowotnego

Zaburzenia koordynacji rozwojowej dotyczą około 5% do 6% dzieci w wieku szkolnym. U chłopców prawdopodobieństwo DCD jest 1,7 do 2,8 razy większe niż u dziewcząt. Ryzyko wystąpienia DCD jest także około 2,2 razy większe u dzieci urodzonych przed 32 tygodniem ciąży oraz u noworodków ważących mniej niż 1500 g.

Charakterystyka problemu

Termin DCD został po raz pierwszy zatwierdzony w 1994 r. na International Consensus Meeting w Londynie, Ontario, w Kanadzie.

Wcześniej do zdefiniowania DCD używano wielu określeń, w tym zespołu niezdarnego dziecka, dyspraksji rozwojowej, zaburzeń integracji sensorycznej, trudności percepcyjno-motorycznych i niewielkich zaburzeń neurologicznych.

W 2013 roku DCD zostało zdefiniowane w DSM-5. W omawianych wytycznych zastosowano właśnie kryteria diagnostyczne DSM-5 jako definicję DCD.

Charakterystyka DCD obejmuje:

- » słabą koordynację ruchową i
- » opóźniony rozwój zdolności motorycznych, niewyjaśniony innymi stanami.

Deficyty ruchowe negatywnie wpływają na:

- » produktywność w szkole,
- » wykonywanie codziennych czynności i
- » aktywności rekreacyjne.

Kategoria	Kryteria diagnostyczne – m charakterystyka	Klucz kryteriów
A	Nabywanie i wykonywanie skoordynowanych umiejętności motorycznych jest znacznie poniżej oczekiwań, biorąc pod uwagę wiek kalendarzowy danej osoby oraz możliwość uczenia się i wykorzystywania umiejętności. Trudności przejawiają się niezdarnością (np. upuszczanie lub wpadanie na przedmioty) oraz powolnym i niedokładnym wykonywaniem czynności motorycznych (np. łapanie przedmiotu, posługiwanie się nożyczkami lub sztućcami, pisanie odręczne, jazda na rowerze, uprawianie sportów).	Deficyty sprawności motorycznej
B	Deficyt zdolności motorycznych w kryterium A istotnie i uporczywie zakłóca aktywności życia codziennego odpowiednie dla wieku kalendarzowego (np. dbanie o siebie i samoutrzymanie) oraz wpływa na produktywność w nauce/szkole, czynności przed zawodowe i zawodowe, wypoczynek i zabawę.	Uczestniczenie i deficyty ADL

C	Początek objawów występuje we wczesnym okresie rozwojowym.	Wczesny początek
D	Deficyty zdolności motorycznych nie są lepiej wyjaśniane przez niepełnosprawność intelektualną (zaburzenie rozwoju intelektualnego) albo niepełnosprawność wzroku i nie można ich przypisać stanowi neurologicznemu wpływającemu na motorykę (np. porażeniu mózgowemu, dystrofii mięśniowej i chorobie zwyrodnieniowej).	Brak warunków wykluczających

ADL – aktywności dnia codziennego; DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Dokument został przygotowany przez Akademię Fizjoterapii Pediatricznej (APPT) Amerykańskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii (APTA) w konsultacji z komitetem doradczym składającym się z lekarza, terapeuty zajęciowego, psychologa, pedagoga specjalnego, dyrektora szkoły, nauczyciela wychowania fizycznego oraz rodzica zainteresowanego DCD.

Jest on zgodny z ramami określonymi przez Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Zalecenia zawarte w omawianych wytycznych praktyki zostały opracowane na podstawie przeglądu systematycznego danych naukowych i przyjętych sposobów postępowania z pacjentem w praktyce APTA.

Wytyczne powstały zgodnie z przyjętymi międzynarodowymi zasadami metodologii praktyki opartej na dowodach z badań naukowych. Dokument przedstawia 13 zaleceń dotyczących działań podzielonych na 3 główne części:

1. Badanie fizjoterapeutyczne i skierowanie dzieci z problemami z koordynacją, zagrożonych lub z rozpoznaniem DCD do innych specjalistów;
2. Interwencja fizjoterapeutyczna dla dzieci zagrożonych lub z rozpoznaniem DCD;
3. Zalecenia wypisowe dla dzieci z DCD.

SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA *(jak czytać)*

Wytyczne są jedynie wskazówkami dla fizjoterapeutów w strategiach postępowania u dzieci z DCD. Stosowanie się do nich nie zagwarantuje skuteczności w każdym przypadku. Niektórzy pacjenci mogą wymagać zastosowania postępowania nie przedstawionego w omawianym dokumencie.

Ustalając proces terapii należy wziąć pod uwagę także indywidualne podejście do dzieci, które nie zostały objęte badaniami, na podstawie których opracowano wytyczne i rekomendacje, a ponadto, a nawet przede wszystkim, zgodnie z zasadami tzw. triady EBP, preferencje, oczekiwania i możliwości dziecka/rodziny/opiekunów.

Zaleca się jednak, aby istotne odstępstwa od przyjętych wytycznych opisywać w dokumentacji dziecka.

POZIOMY DOWODÓW Z BADAŃ NAUKOWYCH I STOPNIE REKOMENDACJI

Poziomy dowodów z badań naukowych:

Poziom	Definicja
I poziom	Dowody uzyskane z wysokiej jakości badań diagnostycznych, badań prognostycznych lub prospektywnych, badań kohortowych lub randomizowanych badań kontrolowanych, metaanaliz lub przeglądów systematycznych (wynik oceny krytycznej > 50% kryteriów).


II poziom	Dowody uzyskane z badań diagnostycznych niższej jakości, badań prognostycznych lub prospektywnych, badań kohortowych lub randomizowanych badań kontrolowanych, metaanaliz lub przeglądów systematycznych (np. słabsze kryteria diagnostyczne i standardy referencyjne, niewłaściwa randomizacja, brak zaślepienia, < 80% badanych ukończyło badanie, wynik oceny krytycznej < 50% kryteriów).
III poziom	Badania kliniczne lub badania retrospektywne.
IV poziom	Studia przypadków i serie przypadków.
V poziom	Opinie ekspertów.

Siła rekomendacji została oceniana w odniesieniu do poziomu ufności dowodów i efektu:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●	przeważająca liczba dowodów na poziomie I, ale przynajmniej jedno badanie na poziomie I, bezpośrednio na temat, potwierdza rekomendację
Umiarkowana	●●●○	przeważająca liczba dowodów na poziomie II, ale przynajmniej jedno badanie na poziomie II, bezpośrednio na temat, przemawia za rekomendacją
Słaba	●●○○	pojedyncze badanie poziomu II z wynikiem < 25% krytycznej oceny lub przewaga badań na poziomie III i IV, w tym zgodne opinie ekspertów, potwierdzają rekomendację
Teoretyczne / z badań podstawowych	●○○○	przeważająca liczba dowodów z badań na zwierzętach lub zwłokach, z modeli / założeń koncepcyjnych / teoretycznych albo z podstawowych badań naukowych / badań laboratoryjnych lub z opinii ekspertów opublikowanych w recenzowanych czasopismach potwierdzają rekomendację / zalecenie
Najlepsza praktyka	P	zalecana praktyka oparta na: (1) aktualnych normach praktyki klinicznej albo wyjątkowych sytuacjach, w których badania potwierdzające nie zostały lub nie mogą być przeprowadzone, a istnieją wyraźne korzyści, szkody lub koszty i / lub (2) doświadczenie kliniczne grupy opracowującej wytyczne
Badania naukowe	R	rekomendacja do prowadzenia badań: brak badań na ten temat lub przeprowadzone na ten temat badania o wyższej jakości nie potwierdzają innych badań. Zalecenie opiera się na tych sprzecznych, niewystarczających dowodach z badań lub braku badań

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Badanie fizjoterapeutyczne i skierowanie dzieci z zaburzeniami koordynacji, z ryzykiem występowania oraz ze zdiagnozowanym DCD		
Skompletowanie dokumentacji i zapoznanie się z historią choroby	P	Fizjoterapeuci powinni przeprowadzić obszerny wywiad z rodzicem, zebrać dostępną dokumentację medyczną oraz wykonać badanie przesiewowe dziecka. Na tej podstawie stworzyć historię choroby (dokumentację) dla dziecka z ryzykiem występowania DCD lub zdiagnozowanego DCD, aby dostarczyć istotne dowody przemawiające za postawioną diagnozą według kryteriów diagnostycznych DSM-5. Fizjoterapeuta powinien zebrać także informacje na temat schorzeń i innych problemów zdrowotnych, które mogą współistnieć z DCD lub rozważanych do diagnostyki różnicowej.
Konsultacja z innymi specjalistami	P	Fizjoterapeuci powinni kierować dzieci do lekarza pierwszego kontaktu, jeśli istnieją sygnały ostrzegawcze lub obawy dotyczące stanów medycznych, rozwojowych lub innych różnicujących problemów zdrowotnych do DCD, lub gdy podejrzewa się DCD.
Ocena funkcjonowania dziecka w środowisku	P	Fizjoterapeuci (i inni terapeuci, w tym terapeuci zajęciowi) powinni ocenić funkcjonowanie dziecka w środowiskach dla niego ważnych za pomocą: » Canadian Occupational Performance Measure (COPM), » Goal Attainment Scale (GAS), » Perceived Efficacy and Goal Setting Program (PEGS), » Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) Preferences for Activities of Children (PAC).
Ocena sprawności motorycznej poprzez obserwację i/lub analizę ruchu	P	Fizjoterapeuci powinni przeprowadzić obserwacyjną analizę ruchu w środowisku klinicznym lub naturalnym, aby zidentyfikować cechy jakości ruchu, które przyczyniają się do zaburzeń koordynacji.
Badanie ograniczeń w aktywnościach fizycznych	P	Fizjoterapeuci powinni udokumentować ograniczenia w aktywnościach fizycznych, które mają wpływ na uczestniczenie w życiu codziennym, za pomocą standardowych kwestionariuszy: » Developmental Coordination Disorder Questionnaire 2007 (DCDQ'07), » Movement Assessment Battery for Children (MABC-2-C), » innych kwestionariuszy albo poprzez zebranie wywiadu.
Ocena sprawności motorycznej przez wystandaryzowane testy		Fizjoterapeuta powinien poddać ocenie sprawność motoryczną na podstawie wystandaryzowanych testów uwzględniając wiek oraz doświadczenie badanego dziecka: » Movement Assessment Battery for Children (MABC 2), » Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2).

<p>Badanie fizjoterapeutyczne ograniczeń funkcji oraz zaburzeń struktury ciała</p>		<p>Badanie fizjoterapeutyczne uwzględniające Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, ICF.</p>
<p>Postępowanie fizjoterapeutyczne ukierunkowane na dzieci zdiagnozowane lub zagrożone DCD</p>		
<p>Interwencje zorientowane na zadania oraz postępowanie ukierunkowane na poprawę funkcji i struktury ciała</p>		<p>Fizjoterapeuci w celu poprawy sprawności motorycznej jako interwencję pierwszego wyboru powinni wybrać postępowanie fizjoterapeutyczne ukierunkowane na poprawę funkcji, jak i pracę nad strukturami ciała przy wykorzystaniu odpowiednio dobranych strategii z poniżej wymienionych.</p> <p>Interwencje zadaniowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> » trening umiejętności motorycznych i sprawności ruchowej (MST), » neuromotoryczny trening zadaniowy (NTT), » orientacja poznawcza na codzienne funkcjonowanie, » orientacja poznawcza na codzienne funkcjonowanie / rozwój strategii poznawczych w czynnościach życia codziennego (CO-OP), » wyobrażenia ruchowe (MI). <p>Interwencje dotyczące funkcji i struktury ciała:</p> <ul style="list-style-type: none"> » podstawowy trening w zakresie stabilności, » trening krążeniowo-oddechowy, » funkcjonalny trening ruchowo-siłowy (FMPT).
<p>Praca w małych grupach lub terapia indywidualna</p>		<p>Fizjoterapeuci powinni dokumentować i przeprowadzać interwencje za pomocą sesji indywidualnych (1:1) lub małych grup (4-6:1).</p>
<p>Edukacja rodziców oraz wzmacnianie efektów działania fizjoterapii w warunkach domowych</p>		<p>Fizjoterapeuci powinni zapewnić edukację dla opiekunów dzieci na temat metod nauczania lub ćwiczeń wspierających interwencje fizjoterapeutyczne w warunkach domowych, szkole i środowisku, w którym dziecko przebywa na co dzień.</p>
<p>Dodatkowe aktywności w celu zwiększenia oddziaływania interwencji pierwszego wyboru</p>		<p>Fizjoterapeuci zalecają dodatkowe zajęcia jako uzupełnienie i zwiększenie efektu działania interwencji pierwszego wyboru. Mogą to być:</p> <ul style="list-style-type: none"> » trening piłkarski prowadzony przez wyszkolonego trenera, » taekwondo, prowadzone przez certyfikowanego instruktora, » inne formy aktywności fizycznej, w tym uprawianie sportów.
<p>Częstość zabiegów i spotkań</p>		<p>Fizjoterapeuci zalecają ćwiczenia ukierunkowane na poprawę koordynacji, które powinny się odbywać 2-5 razy w tygodniu, przez średnio 9 tygodni.</p>
<p>Wypis/zakończenie fizjoterapii dziecka z DCD</p>		
<p>Wspólna komunikacja na temat wypisu oraz zaleceń wypisowych</p>	<p>P</p>	<p>Fizjoterapeuci powinni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. omówić z lekarzami i rodzicami dziecka postępy w terapii oraz planowany wypis / zakończenie terapii, 2. omówić z rodziną zalecenia odnośnie codziennej aktywności, 3. ustalić z rodziną termin wizyty kontrolnej.

Szczegółowe rekomendacje

Ocena sprawności motorycznej poprzez obserwację i/lub analizę ruchu, OMA P

Treść rekomendacji:	Fizjoterapeuci powinni przeprowadzić obserwacyjną analizę ruchu (OMA) w środowisku klinicznym lub naturalnym, aby zidentyfikować cechy jakości ruchu, które przyczyniają się do zaburzeń koordynacji rozwojowej.
Jakość dowodów z badań:	V
Siła rekomendacji:	Najlepsza praktyka.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	Konsensus kliniczny ekspertów.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » obserwacja ruchu może odróżnić dcd od innych problemów zdrowotnych, » obserwacja ruchu może ułatwić lub skłonić do skierowania do innych specjalistów, » obserwacje ruchu mogą prowadzić / skłonić / nakierować fizjoterapeutę do bardziej szczegółowych testów i pomiarów, » w stanach, w których fizjoterapeuci badają i / lub prowadzą terapię bez skierowania od lekarza, dzieci mogą otrzymać pomoc szybciej, na podstawie wstępnych obserwacji ruchu. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » badanie fizjoterapeutyczne może być płatne, » terapeuci nieznający DCD mogą nie zidentyfikować osób zagrożonych DCD poprzez OMA, jeśli nie są zaznajomieni z nietypowymi profilami ruchu.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Przewaga korzyści.
Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:	Obecnie nie istnieje znormalizowany format OMA dla DCD, a kluczowe zadania i cechy jakości ruchu w OMA dla DCD nie są opisane i pozostają w gestii fizjoterapeuty.
Rola preferencji podopiecznego / rodzica:	Mogą dostarczać dodatkowych cennych informacji na temat cech ruchu obserwowanych podczas trudnych zadań motorycznych.
Wykluczenia:	Brak.
Wspierające dowody i interpretacja kliniczna:	<p>OMA opisuje strategie kinezylogiczne w celu wykonania zadania funkcjonalnego. Nie zidentyfikowano „złotego standardu” badania sprawności motorycznej dla DCD; dlatego OMA jest cennym schematem badania.</p> <p>Systematyczna ocena OMA powinna zdaniem autorów omawianych rekomendacji dotyczyć podstawowych czynności funkcjonalnych takich jak przejście z pozycji siedzącej do stojącej czy chodzenie i sięganie lub czynności, które sprawiają dziecku trudność.</p> <p>Do zadań trudnych do wykonania dla dzieci z rozpoznaniem DCD można zaliczyć: skakanie, pajacyki, skakanie przez skakankę lub odbijanie/łapanie piłki tenisowej.</p>

Wspierające dowody i interpretacja kliniczna:

Oceniając te i inne czynności należy wziąć pod uwagę takie cechy ruchu jak:

- » szybkość (czas na wykonanie zadania),
- » zasięg (np. wycieczki ruchowe w celu ukończenia aktywności) udokumentowany przez obserwację, zdjęcia lub filmy,
- » symetria (ze świadomością naturalnych asymetrii w aktywności) zgłaszana dla kończyn górnych i dolnych, kręgosłupa i ogólnej równowagi,
- » kontrola (gładkość, koordynacja, stabilność, sekwencjonowanie i synchronizacja).

Niektóre cechy OMA typowe dla dzieci z DCD obejmują wydłużenie czasu do wykonania zadań, asymetrie, słabszą koordynację, trudności z planowaniem motorycznym, które objawiają się deficytami kolejności i czasu (sekwencji) ruchu, zwiększoną szerokością kroków i większą zmiennością ruchu obu kończyn i czasu kroku podczas chodu. Wszystko to sugeruje mniej dojrzałe wzorce ruchowe, niż u rówieśników.

Badanie fizjoterapeutyczne ograniczeń funkcji i zaburzeń struktury ciała ○○○○

Treść rekomendacji: Badanie fizjoterapeutyczne uwzględniające Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, ICF.

Jakość dowodów z badań: II-V

Siła rekomendacji: Umiarkowana.

Jakość dowodów z badań – łącznie: Poziomy od II do V na podstawie przeglądu systematycznego, randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) i konsensusu klinicznego ekspertów.

Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji: **Korzyści:**

- » ustalenie ograniczeń funkcji i struktur ciała² wpływających na sprawność ruchową oraz udział w aktywności fizycznej lub rekreacji stanowi podstawę planu opieki.
- » badanie funkcji i struktur ciała pozwala ustalić punkty odniesienia do pomiaru elementów postępu sprawności funkcjonalnej.

Ryzyka, szkody i/ lub koszty:

- » niektóre znormalizowane narzędzia oceny są kosztowne, ale istnieją bezpłatne alternatywy pomiaru funkcji i struktur ciała.

²W omawianym dokumencie, w szczególności w zakresie dotyczącym klasyfikacji ICF, zastosowano specyficzne dla ICF nazewnictwo (jak funkcje i struktury ciała, aktywności, uczestniczenie, czynniki środowiskowe i czynniki osobowe).

Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości: Przewaga korzyści.

Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań: Nie podano standardowej listy testów i pomiarów ograniczeń funkcji i zaburzeń struktury ciała.

Rola preferencji podopiecznego / rodzica: Dostarczają cennych informacji na temat wpływu ograniczeń związanych ze sprawnością fizyczną i uczestniczeniem w różnych sytuacjach.

Wykluczenia: Brak.

Wspierające dowody i interpretacja kliniczna:

Fizjoterapeuci powinni badać funkcje i struktury ciała, które składają się na składowe sprawności fizycznej i aktywności u dzieci i młodzieży z trudnościami w koordynacji, zagrożonych lub z rozpoznaniem DCD. Ograniczenia sprawności ruchowej dzieci z DCD są silnie skorelowane ze słabą sprawnością fizyczną i wyznacznikami aktywności fizycznej.

Nie wiadomo, czy obniżona sprawność fizyczna jest stanem pierwotnym czy wtórnym u dzieci z DCD. Elementami sprawności fizycznej najczęściej badanymi w literaturze DCD są siła mięśni, wytrzymałość mięśni, sprawność krążeniowo-oddechowa, moc, równowaga.

Narzędzia oceny stopnia ograniczenia sprawności motorycznej zalecane w arkuszu informacyjnym APPT zatytułowanym „Lista narzędzi oceny pediatricznej według modelu ICF” również obiektywnie mierzy wytrzymałość mięśniową, siłę mięśniową, sprawność sercowo-oddechową i równowagę. Inne opcje to użycie podtestu równowagi MABC-2 lub równowagi BOT-2, obustronnych podtestów koordynacji i siły dla określonych ograniczeń funkcji i struktur ciała. Odnośnie szczegółów tych opracowań odsyłam jednak Czytelników do dokumentu źródłowego.

Interwencje zorientowane na zadania oraz postępowanie ukierunkowane na poprawę funkcji i struktur ciała ○○○○

Treść rekomendacji: Fizjoterapeuci w celu poprawy sprawności motorycznej jako interwencję pierwszego wyboru powinni wybrać postępowanie fizjoterapeutyczne ukierunkowane na poprawę funkcji jak i pracę nad strukturami ciała przy wykorzystaniu odpowiednio dobranych strategii z poniżej wymienionych w tabeli.

Interwencje zadaniowe oraz ukierunkowane na poprawę funkcji i struktur ciała:

Interwencja	Poziom dowodów	Siła rekomendacji
Interwencje zadaniowe		
trening umiejętności motorycznych i sprawności ruchowej (Motor Skill Training, MST)	I	A
neuromotoryczny trening zadaniowy (Neuromotor Task Training, NTT)	I	A
rozwój strategii poznawczych w radzeniu sobie w codziennych zadaniach (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance, CO-OP)	I-III	B
wyobrażenia ruchowe (Motor Imagery, MI)	I	B
Interwencje dotyczące funkcji i struktury ciała		
ćwiczenia stabilności posturalnej (Core Stability Training)	II	B
trening krążeniowo-oddechowy (Cardiorespiratory Training)	II	B
funkcjonalny trening ruchowo-siłowy (Functional Movement – Power Training Program-FMPT)	II	B

Jakość dowodów z badań – łacznie:

Poziomy od I do III w oparciu o przeglądy systematyczne, metaanalizy i kontrolowane badania eksperymentalne RCT.

Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:

Korzyści:

- » lepsze wyniki u dzieci, u których stosuje się kombinację interwencji zorientowanych na zadania oraz funkcji i struktur ciała, w porównaniu z brakiem interwencji,
- » poprawa sprawności motorycznej u dzieci poddanych interwencji, w porównaniu z brakiem interwencji.

Ryzyka, szkody i/ lub koszty:

- » koszty interwencji mogą być obciążeniem dla rodzin,
- » fizjoterapeuci bez doświadczenia pediatrycznego mogą zapewnić mniej skuteczne interwencje, jeśli wiedza o zaburzeniu jest ograniczona.

Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:

Przewaga korzyści.

Celowa niejasność:

Jak podano w omawianym dokumencie, zespół opracowujący wytyczne nie był w stanie ustalić wyraźnego rozróżnienia między NTT i MST, które są podejściami zorientowanymi na zadania, opartymi na teoriach kontroli i uczenia się motoryki. Oba podejścia odniosły sukces w poprawie sprawności motorycznej, składników sprawności fizycznej i satysfakcji rodzica/dziecka.

Rola preferencji podopiecznego / rodzica:

Muszą być zmotywowani do przestrzegania planów interwencyjnych i programów domowych w celu maksymalizacji korzyści.

Wykluczenia:

Brak.

Wspierające dowody i interpretacja kliniczna:

Fizjoterapeuci powinni stosować podejście zorientowane na zadanie (ang. task-oriented approach), w połączeniu z interwencjami mającymi na celu zmniejszenie ograniczeń funkcji i struktur ciała, na podstawie wyników badań. Takie połączenie daje znaczący wpływ na sprawność motoryczną w porównaniu z każdą inną interwencją.

Wspierające dowody i interpretacja kliniczna; dyskusja poszczególnych badań naukowych przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Wytyczne Akademii Fizjoterapii Dziecięcej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii zostały stworzone zgodnie z przyjętymi międzynarodowymi zasadami metodologii praktyki opartej na dowodach z badań naukowych (ang. evidence-based clinical practice guidelines). Każde zalecenie zostało poddane krytycznej ocenie, przypisaniu poziomów dowodów z literatury i podsumowaniu w celu przyznania oceny/siły.

Przed opracowaniem zaleceń przeprowadzono ankiety internetowe z głównymi zainteresowanymi (fizjoterapeuci, lekarze i rodzice dzieci z diagnozą DCD) w celu określenia priorytetowych tematów wytycznych. Deficyty motoryczne obserwowane w przebiegu DCD negatywnie wpływają na produktywność w szkole, wyniki w czynnościach życia codziennego i udział w rekreacji, dlatego zaangażowanie rodziców dzieci w tworzenie wytycznych i uwzględnienie ich opinii oraz oczekiwań jest kolejną zaletą przedstawianych wytycznych.

Prezentowane wytyczne mogą posłużyć fizjoterapeutom w Polsce jako praktyczny przewodnik w postępowaniu z dzieckiem znajdującym się w grupie ryzyka lub ze zdiagnozowanym DCD. Etapowy podział zaleceń zawiera kompleksową opiekę, podkreślając rolę pracy w zespole wielodyscyplinarnym i został stworzony dla dzieci borykających się z problemem lub zagrożonych DCD.

Jednak istnieje ryzyko, że fizjoterapeuci bez doświadczenia pediatrycznego mogą niedokładnie zinterpretować informacje ze standaryzowanych ocen motorycznych, jeśli nie znają testów, kryteriów DSM-5 dla DCD lub typowego rozwoju dziecka.

Niektóre zalecane testy czy oceny wymagają także sprzętu lub są zastrzeżone i mogą się wiązać z kosztami dla fizjoterapeuty, a koszt interwencji może stać się obciążeniem finansowym dla rodzin. Ponadto fizjoterapeuci w Polsce

mają częściowo inne kompetencje i uprawnienia niż fizjoterapeuci w USA, w związku z czym pełne wykorzystanie tych wytycznych w Polsce wymagałoby uwzględnienia tego kontekstu.

Wytyczne dotyczą problemu koordynacji rozwojowej dzieci powyżej 5 r.ż., ale problem może się pojawić znacznie wcześniej. Przedstawione kwestionariusze i standaryzowane oceny mogą pomóc we wcześniejszej identyfikacji problemu, jednak cały proces postępowania przedstawiony w wytycznych dotyczy dzieci powyżej 5 r.ż.

Ponadto istnieje niewiele dowodów na długoterminowe rokowanie osób z DCD lub długoterminowy efekt interwencji, które dotyczą sprawności motorycznej, ponieważ większość badań koncentruje się na stosunkowo krótkoterminowych efektach interwencji.

Rekomendacje wszystkich dostępnych wytycznych opartych na dowodach z badań naukowych – m evidence-based clinical practice guidelines, tworzone są przez ekspertów w danych dziedzinach i są bardzo pomocne w praktyce klinicznej, ale w każdym przypadku należy uwzględnić indywidualne potrzeby, oczekiwania oraz możliwości funkcjonalne i struktury ciała.

Tak właśnie tworzone są nowoczesne wytyczne – ich autorzy nigdy nie proponują ich jako sztywnych i pewnych sposobów postępowania.

Opracowane wytyczne mogą i powinny służyć jako podstawa do tworzenia jednolitych i zgodnych z najlepszą wiedzą, możliwych do wprowadzenia w Polsce dokumentów krajowych.