

Jolanta Bielawska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy,
Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej
e-mail: jolabelawska@o2.pl

Pacjent z niepełnosprawnością intelektualną w wieku starszym. Problemy komunikacji

STRESZCZENIE

W przebiegu procesu starzenia się osoba starsza musi się zmierzyć z postępującymi utrudnieniami w codziennym funkcjonowaniu, problemem strat w zdrowiu, sprawności, życiu rodzinnym i społecznym. Może też przeżyć okres starzenia się i starości w sposób w pełni aktywny i satysfakcjonujący. W sposób szczególny proces ten przebiega w życiu osoby starszej z niepełnosprawnością intelektualną. Ta grupa pacjentów przeżywa okres starości pomimo ograniczeń możliwości komunikacyjnych, poznawczych, emocjonalnych, społecznych i wielu innych. W opiece nad pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną konieczna jest pomoc w zrozumieniu zmian, które następują, zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, wsparcie w procesie konfrontacji ze starością i własną śmiertelnością.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, pacjent starszy, komunikacja interpersonalna, opieka medyczna.

Wstęp

Jednym z podstawowych aspektów planowania opieki nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnością intelektualną jest dokładne zdefiniowanie obu tych stanów. Zarówno starości, jak i niepełnosprawności intelektualnej nie rozpatruje się w kategoriach choroby, a w kategoriach stanu, w których dana osoba się znajduje. Połączenie obu definicji jest trudne, ale pozwala na podjęcie próby określenia potrzeb tak osobistych, jak też opiekuńczych. Starzenie się i starość to okres przystosowywania się do zmian w życiu, konfrontacji z nowymi wyzwaniem i nowymi możliwościami. To ten okres w życiu człowieka, który dotyczy każdego, niezależnie od stanu zdrowia czy sprawności, także intelektualnej. Liczba osób starszych wzrasta, a statystyki europejskie wskazują na fakt, że długość życia osób z niepełnosprawnością również znacznie się zwiększyła i obecnie wynosi około 70 lat. Oznacza to konieczność połączenia interwencji wobec tej specyficznej populacji i zaspokojenie potrzeb w sposób profesjonalny, przez pryzmat interakcji komunikacyjnej.

Starzenie się i starość

Starzenie się jest długotrwałym, nieodwracalnym fizjologicznym procesem. Wojciech Pędich podkreśla, że jest to zjawisko dynamiczne, którego etapem końcowym jest starość. Określa też starość jako taki stopień zaawansowania procesów starzenia się, który w istotny sposób ogranicza procesy biologiczne i adaptacyjne¹. Przypomina jednak, że błędem jest patrzeć na starzenie się i starość tylko przez pryzmat chorób i deficytów. Współczesna gerontologia dowodzi, że nie można mówić o „jednej starości”². Podkreśla, że wielokrotnie przywoływane w literaturze przedmiotu tzw. doświadczenie utraty, nie powinno być przypisywane wyłącznie do wieku starszego. Zdecydowanie należy się zgodzić z tym poglądem. Każdy z nas, każdy pacjent, w każdym wieku i stanie zdrowia doświadcza utraty. Nastąpiło jednak przesunięcie granicy, po której pojawiają się lub nasilają problemy zdrowotne, problemy adaptacyjne, zaburzenia przystosowania się społecznego. Osoby starsze w fizjologicznym procesie starzenia się i starości uczestniczą w promowaniu modelu starości optymistycznej, pełnej twórczej aktywności. Ten pozytywny z jednej strony pogląd może się wiązać ze skrywaniem problemów zdrowotnych (jak np. zaburzeniami funkcji poznawczych) czy traumatycznymi doświadczeniami życiowymi (np. śmiercią osoby bliskiej)³.

Komunikowanie się osoby starszej

Profesjonalna opieka nad pacjentem w wieku starszym powinna być postrzegana i realizowana w kontekście konstruktywnych relacji komunikacyjnych. Osoba starsza codziennie doświadcza skutków zmniejszenia się sprawności, także w tym zakresie. Pacjent w wieku starszym często zgłasza takie trudności jak: upośledzenie słuchu, ograniczone rozumienie słyszanych wyrazów, słyszenie dodatkowych dźwięków. Występuje znaczne zmniejszenie odległości, z której osoba starsza słyszy poszczególne wyrazy oraz problem ze zrozumieniem znaczenia trudnych lub podobnie brzmiących⁴. Do innych zmian związanych z wiekiem, które mogą znacząco wpłynąć na przebieg komunikacji, zaliczyć należy osłabienie ostrości wzroku, obniżenie zdolności rozpoznawania barw i spostrzegania kontrastu oraz nadmierną wrażliwość na światło. Znaczący wpływ na przebieg i jakość komunikacji z osobą starszą ma wydolność poszczególnych układów: krążenia, oddechowego, nerwowego, ruchu oraz jej wpływ na poziom sprawności i/lub samodzielności⁵. Ponadto postępowanie samego pacjenta, np. nieprawidłowe przyjmowanie leków, stosowanie używek, błędy żywieniowe, nadmierny wysiłek fizyczny – to czynniki, które mogą prowadzić do zaostrzenia choroby. Jedną z przyczyn takich zachowań jest niedostateczna wiedza pacjenta lub nieadekwatny

¹ W. Pędich, *Procesy starzenia się człowieka* [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii społecznej*, red. Grodzki T., Kocemba J., Skalska A., Via Medica, Gdańsk 2007, s. 3.

² A. Smrokowska-Reichmann, *Senior w konfrontacji z obciążeniami starości. Perspektywa opiekuńcza i psychologiczna*, Wspólne Tematy 2014, nr 5, Dom Wydawniczo-Reklamowy „Tematy”, s. 13.

³ Ibidem, s. 13.

⁴ J. Składzień, J. Tomik, J. Gawlik, M. Wiatr, P. Hartwich, *Zmiany w narządach laryngologicznych i ich schorzenia wynikające ze starzenia się organizmu* [w:] *Fizjologia starzenia się*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 158.

⁵ J. Muszyński, J. Żółtańska, W. Michalczak, T. Sebzda, *Analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w aspekcie zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym*, *Family Medicine & Primary Care Review* 2016, nr 18,1, s. 33–38.

sposób edukacji, głównie w przebiegu schorzeń przewlekłych. Literatura przedmiotu dowodzi, że większość osób starszych może mieć trudności z oceną czasu i wyborem takiego momentu, w którym pacjent uzna, że jest już osobą starszą, mniej sprawną i jest to proces nieodwracalny. Paradoksalnie dopiero ten fakt daje starszemu pacjentowi możliwość poprawy sprawności i codziennego funkcjonowania⁶.

Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność intelektualna definiowana jako stan niepełnosprawności, charakteryzuje się dysfunkcją podstawowych funkcji psychicznych odpowiedzialnych za procesy kojarzenia, rozumowania, adaptacji, planowania, przystosowania społecznego⁷. Nie ma jednak jednoznacznej definicji niepełnosprawności intelektualnej. Diagnostyka niepełnosprawności intelektualnej jest bardzo skomplikowana i wymaga różnicowania nie tylko w sferze objawów i trudności. To różnicowanie powinno obejmować schorzenia somatyczne, zaburzenia psychiczne oraz zaniedbania środowiskowe, opiekuńczo-wychowawcze. W tej populacji występuje niższy od przeciętnego poziom funkcjonowania procesów poznawczych, intelektualnych i emocjonalnych. Obowiązująca klasyfikacja niepełnosprawności sprowadzająca się do określenia poziomu jako lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki opiera się między innymi na rozpoznaniu trudności adaptacyjnych i wykonawczych. Obecnie obserwuje się rozwój nowego podejścia do klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej, zgodnie z którym wyróżnia się dwie grupy. Pierwsza, lżejsza, która obejmuje około 80% przypadków, oraz druga, niepełnosprawności głębszej, do której zalicza się niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim⁸. Należy się w tym miejscu odwoływać do modelu holistycznego i uwzględniać w opiece nad osobą z niepełnosprawnością aspekt biopsychospołeczny. W planowaniu opieki medycznej uwzględnia się trzy podejścia do niepełnosprawności intelektualnej: kliniczno-medyczne, prawno-administracyjne oraz psychologiczno-społeczne⁹. Specyficzne potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną dotyczą poprawy stanu zdrowia w szerokim tego słowa znaczeniu oraz takich działań, które poprzez edukację, usprawnianie, pomoc stworzą warunki do optymalnej, możliwie dużej samodzielności tych osób.

Komunikowanie się osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Podstawą do podjęcia konstruktywnej komunikacji jest zrozumienie samej niepełnosprawności intelektualnej, i to nie w aspekcie stopnia czy orzeczenia. Codzienna praktyka w kontakcie z pacjentem powinna być procesem ukierunkowanym na kształtowanie pozytywnego obrazu niepełnosprawności, zorientowanym na kompetencje, wspierająca i otwarta na wspólne rozwiązywanie problemów życia codziennego. Te problemy istnieją, należy więc rozwijać takie kompetencje, które pozwolą na optymalną samodzielność. Opieka powinna mieć charakter otwarty, integrować pacjenta ze społeczeństwem. Rozpoznanie i ocena

⁶ A. Smrokowska-Reichmann, *op. cit.*, s. 15.

⁷ J. Sawicka, K. Snarska, E. Krajewska-Kułak, *Problemy osób upośledzonych umysłowo w aspekcie opieki długoterminowej* [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, PZWL, Warszawa 2010, s. 196.

⁸ *Ibidem*, s. 199.

⁹ *Ibidem*, s. 197.

potrzeb komunikacyjnych znacząco wpłynę na wzrost i podtrzymanie kompetencji społecznych i adaptacyjnych. Właśnie w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną należy pamiętać, że mowa nie jest jedynym sposobem porozumiewania się. Poprzez obserwację zachowań możliwe staje się poznanie, w jaki sposób pacjent wyraża swoje stany, potrzeby, emocje. Te zachowania są czasami bardzo trudne do rozpoznania i interpretacji. Zastosowanie wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się jest obecnie podstawą terapii i profesjonalnej opieki nad osobą z niepełnosprawnością intelektualną¹⁰.

Aspekty opieki medycznej

Obie populacje – osób starszych, jak też osób z niepełnosprawnością intelektualną – stanowią bardzo zróżnicowane grupy. To zróżnicowanie dotyczy tak stanu zdrowia, jak też sprawności fizycznej i psychicznej. Ogromne znaczenie ma też sytuacja życiowa, rodzinna, ekonomiczna i społeczna. Jak już wspomniano, ani starość, ani też niepełnosprawności intelektualnej nie należy rozpatrywać w kategorii choroby. Podnoszone wyżej pojęcie tzw. utraty, tak w populacji osób starszych (niezależnie od stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej) czy też w populacji osób z niepełnosprawnością (w tym intelektualną), zmienia swój wymiar. Jest inaczej obecnie charakteryzowane. Zmienia się wraz z poprawą jakości opieki, na co składają się: lepsze wykształcenie personelu, pełniejsze korzystanie z dorobku medycyny i nie tylko medycyny, szersze stosowanie technik i metod terapeutycznych, sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego. Nie zmienia to faktu, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną doświadcza wielu zaniedbań służby zdrowia¹¹. Diagnoza niepełnosprawności intelektualnej wiąże się z niechęcią do podejmowania interwencji i leczenia, np. schorzeń somatycznych, co wynika z założenia niekorzystnego rokowania lub braku umiejętności skutecznego porozumienia. Podobne zaniedbania obserwuje się w odniesieniu do populacji osób starszych. Należy podkreślić, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną chorują na takie same choroby jak osoby z tzw. normą intelektualną i tak samo też się starzeją¹².

Problemy wspólne

Poczucie zdrowia, choroby, sprawności funkcjonowania, niepełnosprawności, niezależnie od wieku może mieć charakter subiektywny. Liczne badania donoszą o znacznej rozbieżności między profesjonalnymi rozpoznaniem i orzeczeniami a subiektywnymi ocenami stanu zdrowia badanej populacji¹³. Utrzymanie zdrowia pacjenta lub jego poprawa, zapobieganie niepełnosprawności lub zmniejszenie stopnia niepełnosprawności jest możliwe i konieczne tak z punktu czysto medycznego, jak też psychologicznego, społecznego czy moralnego. Należy pamiętać o tym, że zarówno osoby starsze, jak też osoby z niepełnosprawnością:

¹⁰ W. Loebel, *Uwagi o wczesnej interwencji komunikacyjnej wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błeszyński, Impuls, Kraków 2008, s. 36.

¹¹ R. Śmigiel, *Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 322.

¹² *Ibidem*, s. 323.

¹³ E. Wojtaś, J. Wojtaś, *Biomedyczne i społeczne konteksty zdrowia, choroby i niepełnosprawności* [w:] *Spółne i medyczne konteksty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami*, red. J. Goldman, J. Wojtaś, Wydawnictwo PWSZ im Witelona w Legnicy, Legnica 2015, s. 9.

- doświadczają trudności w relacjach z otaczającym ich środowiskiem,
- zdecydowanie gorzej niż inne populacje reagują na doświadczenie związane ze zdrowiem i jego utratą,
- borykają się z opinią, że profesjonalna opieka medyczna zapewnia im bezpieczeństwo i daje poczucie szczęścia,
- czują się zagubione, przestraszone a nawet bezsilne w czasie, gdy są bohaterami profesjonalnego procesu – leczenia, pielęgnacji, terapii itd.

Wielu autorów dowodzi, że wiek osoby z niepełnosprawnością intelektualną w istotny sposób wpływa na ocenę jakości życia, na poczucie niezależności społecznej oraz uzyskiwane życiowe kompetencje¹⁴. Większość z tych osób jest jednak reprezentowana przez inne osoby i przyjmuje oferowaną im pomoc czy opiekę. O tym, w jakim zakresie jest faktycznie potrzebna, czy jest w pełni akceptowana i czy jest skuteczna w rozwiązywaniu codziennych spraw, można się dowiedzieć poprzez konstruktywne komunikowanie się w pełnym tego słowa znaczeniu. W bardzo trafny sposób B. Cytowska przedstawiła obserwacje dotyczące dorosłości osób niepełnosprawnych intelektualnie. Autorka przywołuje dwa nurty w działaniach skierowanych do tej populacji pacjentów. Pierwszy – wskazujący na pacjentów jako grupę poza tzw. normą społeczną, intelektualną, zdrowotną, wobec której niezbędne wydają się być działania integracyjne, zasady normalizacji życia, zasady współżycia społecznego, które będą łagodzić skutki wykluczenia. Ten nurt pielęgnuje izolację osób niepełnosprawnych intelektualnie¹⁵. Drugi – mający na celu zapewnienie społeczeństwu o zorganizowanej i kontrolowanej opiece nad jednostkami słabszymi. Ten natomiast jest krytykowany za ograniczanie samodzielności, utrwalanie infantylności i izolację środowiska¹⁶. Trudno nie zgodzić się z tymi wątpliwościami. Zasady i standardy opieki (także medycznej) wskazują na konieczność zapewnienia udziału pacjenta w każdym działaniu, jednak problemy, jakich doświadczają, i ich rozwiązania, na które w większości przypadków nie mają wpływu, świadczą o czymś innym¹⁷.

Starość osób niepełnosprawnych intelektualnie

W zakresie planowania opieki nad osobami starszymi, będącymi jednocześnie osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, należy odwołać się do biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności i dysfunkcjonalności, w jakiej ta niepełnosprawność się przejawia. Remigiusz J. Kijak przywołuje kilka problemów, które warunkują funkcjonowanie pacjenta. Są to: ograniczenia wynikające z uszkodzenia poszczególnych narządów i układów, ograniczone możliwości działania w sytuacjach trudnych, świadomość dotycząca własnych możliwości oraz cytując autora: „wzajemność relacji między dysfunkcjonalnością behawioralną i świadomością, które wywołują negatywne przeżycia i powodują zaburzenia w działaniu i aktywności pacjenta”¹⁸.

¹⁴ R.J. Piotrowicz, *Jakość życia w widzeniu osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej starości*, red. J. Gładkowska, A. Giryński, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004, s. 91.

¹⁵ *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną...*, op. cit., s. 5.

¹⁶ *Ibidem*, s. 6.

¹⁷ R. Śmigiel, op. cit., s. 318.

¹⁸ R.J. Kijak, *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 12.

Należy pamiętać, że u osoby z niepełnosprawnością intelektualną występują takie same dysfunkcje somatyczne i schorzenia ogólnoustrojowe jak u innych pacjentów. Przyjmuje się jednak, że nieznacznie krótszy okres przeżycia w stosunku do osób starszych w pełni sprawnych intelektualnie wynika z minimum dwóch przyczyn. Pierwsza to znaczące obciążenie organizmu wynikające ze sprzężonej niepełnosprawności, druga to skutki uboczne przyjmowanych dużych ilości i przez długi czas leków¹⁹. U osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną niektóre schorzenia i/lub dolegliwości wieku podeszłego mogą występować częściej niż u pozostałych pacjentów w tym wieku i znacząco wpływać na przebieg każdej formy komunikacji²⁰.

Komunikacja

Zarówno nauka, jak i praktyka zgodnie dowiodły, że potencjał rozwojowy osób z niepełnosprawnością intelektualną jest niedoceniony. Nie mogą być postrzegane jedynie przez pryzmat problemów zdrowotnych, ale jako pełnoprawni członkowie społeczeństwa. Niemniej jednak wśród cech, które występują częściej w tej grupie niż u pozostałej części populacji, można wymienić: zaburzenia pamięci, problemy z koncentracją, gorsze radzenie sobie z obowiązkami i czynnościami dnia codziennego, szybkie męczenie się, niepokój, rozdrażnienie, aż do zachowań o charakterze agresywnym. Obserwuje się także wycofywanie się z kontaktów z innymi, spadek aktywności, beczynność, zaniedbywanie się. Część z tych objawów diagnozowana jest jako elementy nieprzystosowania, co ma znaczący wpływ na przebieg wzajemnej komunikacji, werbalnej i pozawerbalnej i generuje specyficzne interwencje. Należą także do grupy ryzyka, w której występują takie problemy zdrowotne jak: zmniejszona wrażliwość na ból, zaburzenia sensoryczne, zaburzenia neurologiczne, błędzenie, zaburzenia orientacji, zaburzenia chodu²¹. Praktyka podpowiada, że rzadziej negują swoje fizyczne ograniczenia lub w ogóle o nich nie mówią. Należy także pamiętać o występującej w tej grupie pacjentów ograniczonej zdolności do słownego wyrażania emocji. Pacjenci z niepełnosprawnością intelektualną nie potrafią czasami nazwać pewnych rzeczy czy stanów, nie mają tendencji do skarg i narzekania²². Wady wymowy także utrudniają komunikację.

Wybrane interwencje komunikacyjne

W przypadku wspólnego występowania starości i niepełnosprawności intelektualnej każda forma wzbogacenia codziennego funkcjonowania poprzez rozwój różnych form komunikacji, która poprawiłaby przebieg opieki medycznej, ma ogromne znaczenie. Oto kilka przykładów:

1. Stymulacja podstawowa i polisensoryczna, bliski kontakt poprzez codzienną pielęgnację i opiekę, poprzez podstawowe czynności dnia codziennego, zaspokajanie potrzeb fizycznych i emocjonalnych. To bycie razem i obok, a co jest w tym najważniejsze, to brak

¹⁹ *Dorosłość i starość osób niepełnosprawnych intelektualnie*, red. A. Smrokowska-Reichmann, Na Temat 2009, nr 4, Dom Wydawniczo-Reklamowy „Tematy”, s. 26.

²⁰ Ibidem, s. 27.

²¹ B.J. Ackley, G.B. Ladwig, *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*, GC Media House, Warszawa 2011, s. 259.

²² R. Śmigiel, op. cit., s. 324.

pośpiechu. Skutkuje to pewnego rodzaju stabilizacją, poczuciem bezpieczeństwa, a następnie poprawą jakości życia pacjenta.

2. Pomoc w samorealizacji, co w literaturze przedmiotu nosi nazwę autonomii wspomaganej²³. Z jednej strony wskazuje się na zasady normalizacji życia i zapewnienie pacjentom możliwości dokonywania nawet drobnych wyborów. Z drugiej strony wskazuje się na konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa poprzez codzienne rytuały, plany czy zadania. W ten sposób osoba starsza, niepełnosprawna intelektualnie może uczestniczyć w życiu rodzinnym i społecznym, cieszyć się z możliwości komunikowania się z innymi.

3. Zapewnienie prywatności, co jest bardzo ważne dla odpoczynku i stabilizacji psychiki nie tylko w przypadku osoby starszej i niepełnosprawnej intelektualnie, pamiętając jednocześnie o unikaniu sytuacji izolacji pacjentów od świata zewnętrznego. Jest to bardzo ważny aspekt w opiece nad pacjentem, niezależnie czy przebywa w domu prywatnym, czy w placówce opiekuńczej, także wymagający troski o obustronną komunikację.

4. Poprawnie dobrane interwencje terapeutyczne, które będąc formą wzajemnej komunikacji, pozwolą na poznanie aktualnych potrzeb pacjenta, unikanie bierności, aktywizację. Ponadto stymulują, zwiększają poczucie pewności, a jednocześnie pomagają w podejmowaniu przez pacjenta działań, które wpływają na jego życie. Jednym z przykładów mogą być ćwiczenia stymulujące funkcje poznawcze. Badania wykazały istnienie ścisłej zależności między pogorszeniem sprawności funkcjonalnej a zaburzeniami funkcji poznawczych²⁴. Pamiętać jednak należy, że część z tych działań może pozostać poza zasięgiem możliwości osoby starszej niepełnosprawnej intelektualnie.

5. Zdobywanie nowych doświadczeń, np. poprzez korzystanie z technologii elektronicznych i dostęp do powszechnej przestrzeni informatycznej. Z jednej strony pozwala to na łatwe pozyskiwanie nowych informacji, podtrzymywanie i nawiązywanie nowych kontaktów w sytuacji ograniczonej mobilności oraz ograniczonej przestrzeni społecznej, a z drugiej strony może powodować pojawienie się innych trudności w postaci nowych trudnych terminów, nowych trudnych reguł komunikacji, które są dla osób starszych niepełnosprawnych intelektualnie niezrozumiałe. Ważne w tym wypadku jest wykorzystanie tych technologii w pracy terapeutycznej z pacjentami.

6. Stosowanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji w celu wsparcia osób starszych niepełnosprawnych intelektualnie w pokonywaniu trudności wynikających z ograniczeń, dysfunkcji i zaburzeń przekazu. Osoby ze złożoną wielozakresową niepełnosprawnością, które nie są w stanie porozumiewać się przy wykorzystaniu mowy dźwiękowej, czyli klasycznego sposobu komunikacji, potrzebują odmiennych, zastępczych metod komunikacji dostosowanych do indywidualnych możliwości i predyspozycji. Wśród wielu należy podkreślić teoretyczne i praktyczne zalety metody Makaton, Pictogramy, metody Ułatwionej Komunikacji, komunikację symboliczną Blissa czy wyżej wymienionej metody wspomagania komunikacji przy zastosowaniu komputera. Obecnie właśnie alternatywna komunikacja jest standardowym postępowaniem szeroko pojętego usprawniania i rehabilitacji²⁵.

²³ *Dorosłość i starość osób niepełnosprawnych...*, op. cit., s. 29.

²⁴ A.M. Borowicz, *Stymulacja ośrodkowego układu nerwowego przez ćwiczenia fizyczne* [w:] A.M. Borowicz, M. Forycka, K. Wieczorkowska-Tobis, *Rehabilitacja osób z zaburzeniami funkcji poznawczych*, PZWL, Warszawa 2015, s. 35.

²⁵ J. J. Błeszyński, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2008, s. 12.

Podsumowanie

Specyfika starzenia się i starości osób z niepełnosprawnością intelektualną wskazuje kierunki działań, które należy uwzględnić w teorii oraz praktyce opieki medycznej, terapii, rehabilitacji i pociąga za sobą znaczące zmiany w rozwiązaniach organizacyjnych. Podstawą skutecznej, profesjonalnej opieki jest poznanie wszystkich czynników, które wpływają na jakość życia, jakość starości i jakość starości osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Z pewnością jednym z takich czynników jest proces komunikowania się i zaburzenia w jego przebiegu. Innym trudnym zagadnieniem jest stworzenie przyjaznego, otwartego otoczenia dla osoby starszej, niezależnie czy mieszka w domu, czy jest mieszkańcem placówki opieki długoterminowej. To warunek poznania, kiedy i jak osoba niepełnosprawna wchodzi w okres starzenia, które z zachowań pacjenta/podopiecznego zostaną wpisane w fizjologię starzenia się, a które wynikają z niepełnosprawności intelektualnej. Obie strony kontaktu terapeutycznego chcą i powinny być wzajemnie zrozumiałe. Struktura procesu komunikacji zawiera takie podstawowe elementy jak: nadawca, informacja, odbiorca²⁶. Rozumienie drugiej osoby to uczucie bliskości, poczucie bezpieczeństwa i specyficzny dialog osób, które znalazły się nierzadko w trudnych (zdrowotnych, rodzinnych, społecznych) sytuacjach. Komunikowanie się stanowi też kryterium wielu badań dotyczących kompetencji społecznych, stanu zdrowia, wieku oraz poziomu profesjonalnej opieki nad pacjentem.

Bibliografia

- Ackley B.J., Ladwig G.B. *Podręcznik diagnoz pielęgniarских*, GC Media House, Warszawa 2011.
- Błęszyński J.J., *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2008.
- Borowicz A.M., *Stymulacja ośrodkowego układu nerwowego przez ćwiczenia fizyczne* [w:] A.M. Borowicz, M. Forycka, K. Wiczorkowska-Tobis, *Rehabilitacja osób z zaburzeniami funkcji poznawczych*, PZWL, Warszawa 2015.
- Dorosłość i starość osób niepełnosprawnych intelektualnie*, red. A. Smrokowska-Reichmann, Na Temat 2009, nr 4, Dom Wydawniczo-Reklamowy „Tematy”.
- Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.
- Janos M., Pucko Z., *Spotkanie – komunikacja – dialog* [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Pank, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
- Kijak R.J., *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

²⁶ M. Janos, Z. Pucko, *Spotkanie – komunikacja – dialog* [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Pank, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, s. 14.

- Loebl W., *Uwagi o wczesnej interwencji komunikacyjnej wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J.J. Błęszyński, Impuls, Kraków 2008.
- Muszyński J., Żółtańska J., Michalczak W., Sebzda T., *Analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w aspekcie zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym*, *Family Medicine & Primary Care Review* 2016, nr 18,1.
- Pedich W., *Procesy starzenia się człowieka* [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii społecznej*, red. T. Grodzki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica, Gdańsk 2007.
- Piotrowicz R.J., *Jakość życia w widzeniu osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej starości*, red. J. Gładkowska, A. Giryński, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.
- Sawicka J., Snarska K., Krajewska-Kułak E., *Problemy osób upośledzonych umysłowo w aspekcie opieki długoterminowej* [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, PZWL, Warszawa 2010.
- Składzień J., Tomik J., Gawlik J., Wiatr M., Hartwich P., *Zmiany w narządach laryngologicznych i ich schorzenia wynikające ze starzenia się organizmu* [w:] *Fizjologia starzenia się*, red. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołędź, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Smrokowska-Reichmann A., *Senior w konfrontacji z obciążeniami starości. Perspektywa opiekuńcza i psychologiczna*, *Wspólne Tematy* 2014, nr 5, Dom Wydawniczo-Reklamowy „Tematy”.
- Śmigiel R., *Aspekty medyczne w opiece nad osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.
- Wojtaś E., Wojtaś J., *Biomedyczne i społeczne konteksty zdrowia, choroby i niepełnosprawności* [w:] *Społeczne i medyczne konteksty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami*, red. J. Goldman, J. Wojtaś, Wydawnictwo PWSZ im Witelona w Legnicy, Legnica 2015.

SUMMARY

Jolanta Bielawska

Elderly patients with intellectual disability. Communication problems

In the process of ageing, elderly people are faced with progressive difficulties in everyday functioning, the problem of deteriorating health, decreasing levels of fitness and satisfaction with their family and social lives. Nevertheless, they can also live through the period of ageing and old age in an active and fully satisfying manner. This process takes place in the life of an elderly person with intellectual disability in a particular way. This group of patients lives through old age despite some limitations in their communicative, cognitive, emotional, social and other capabilities. The care of patients with intellectual disability primarily consists in helping them to understand

the changes occurring in them, satisfying their need of security, as well as supporting them in the process of facing old age and their own mortality.

Key words: intellectual disability, elderly patient, interpersonal communication, medical care.

Data wpływu artykułu: 16.03.2017 r.

Data akceptacji artykułu: 29.05.2017 r.