

**Jolanta Bielawska**

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

## **Zasady optymalnej komunikacji z osobą z niepełnosprawnością intelektualną w przebiegu procesu pielęgnowania**

### STRESZCZENIE

Komunikacja interpersonalna jest procesem niezwykle złożonym, określanym w literaturze przedmiotu jako struktura wielopoziomowa, wymagająca podejścia całościowego, uwzględniającego wszystkie rodzaje interakcji. Ciągłe komunikowanie się z innymi osobami jest warunkiem realizacji celów życiowych, osobistych i zawodowych. Z komunikacji podstawowej wyodrębnić należy komunikację medyczną/zdrowotną dotyczącą różnych aspektów zdrowia, choroby, niepełnosprawności. Szczególne znaczenie należy przypisać umiejętności komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną. Ich zakres znacznie wykracza poza komunikaty werbalne i pozawerbalne. Specyfika niepełnosprawności intelektualnej stawia przed pielęgniarką trudne zadanie poznania pacjenta, jego przeżyć, emocji, obiektywnej oceny stanu psychicznego. Warunkiem osiągnięcia tego celu, warunkiem poznania jest zrozumienie osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Konieczne jest także doskonalenie przez pielęgniarkę kompetencji komunikacji z pacjentem, zwiększenie ich skuteczności, zauważanie i naprawa błędów w tym zakresie, co jest też warunkiem poprawnie realizowanego procesu pielęgnowania.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność intelektualna, komunikacja interpersonalna, proces pielęgnowania, opieka medyczna.

### **Wprowadzenie**

Komunikowanie interpersonalne powszechnie rozumiane jest jako uzgadnianie znaczeń i sposobów rozumienia otaczającego świata, siebie i ludzi. Wojciech Nyklewicz definiuje komunikowanie jako wzajemne interpretowanie rzeczywistości odbywające się na zasadzie sprzężenia zwrotnego<sup>1</sup>. W opiece medycznej, także w pielęgnowaniu, każde zachowanie pacjenta jest komunikatem. Każdy stan zdrowia, choroby czy niepełnosprawności jest dla pielęgniarki

---

<sup>1</sup> W. Nyklewicz, *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Pank, Wyd. Czelej, Lublin 2003, s. 29.

zbiorem komunikatów, na podstawie których podejmuje interwencje stosownie do potrzeb pacjenta i obowiązujących standardów. W opiece medycznej komunikacja interpersonalna ma bardzo szeroki charakter i ogromne znaczenie. Zachowania komunikacyjne człowieka są determinowane kilkoma czynnikami: doświadczaniem cierpienia fizycznego w wyniku choroby czy niepełnosprawności, doświadczaniem cierpienia psychicznego i emocjonalnego, zachowaniem innych oraz wewnętrznym modelem rzeczywistości (nazywanym modelem świata). Modele te u poszczególnych osób mają niepowtarzalny charakter, zawierają różne doświadczenia, wiedzę o sobie i innych oraz otaczającym świecie. Tworzone są w oparciu o indywidualne doświadczenia sensoryczne, takie jak: widzenie, słyszenie, czucie, powonienie, smakowanie<sup>2</sup>. Należy pamiętać, że każdy postrzega otaczającą rzeczywistość w sposób subiektywny, oparty na indywidualnej skłonności do takiego a nie innego poznawania świata. Także doświadczenie, wspomnienia, wiedza, skłaniają człowieka do określonego zachowania. Poznanie więc znaczenia i mechanizmów komunikacji interpersonalnej ma dla pielęgniarstwa, opieki nad pacjentem szczególne znaczenie. Warunkuje poprawne przeprowadzenie procesu pielęgnowania. Uzasadnienie tego poglądu znajduje odzwierciedlenie w każdej teorii pielęgnowania mającej zastosowanie we współczesnym pielęgniarstwie.

### **Specyficzne problemy komunikowania się z osobą niepełnosprawną intelektualnie**

Zdefiniowanie pojęcia „osoba z niepełnosprawnością intelektualną” nie jest jednoznaczne. Trudność polega na tym, że przywoływane teorie i standardy postępowania niestety nie odkrywają rzeczywistości, w której osoba niepełnosprawna funkcjonuje, a tym samym nie „odpowie” na jej indywidualne potrzeby. W terapii, leczeniu, usprawnianiu, pielęgnowaniu i opiece wskazuje się na holistyczny obraz danej osoby/pacjenta/podopiecznego. Poznanie deficytów zdrowotnych, sprawnościowych czy komunikacyjnych staje się więc sprawą wtórną. Doświadczenie dowodzi, że w praktycznych wymiarach życia osoby niepełnosprawnej intelektualnie znacznie większe znaczenie będzie miało partnerstwo, towarzyszenie, wsparcie i pomoc, a nie odwoływanie się do sztywnych kanonów postępowania medycznego. Takim praktycznym wymiarem jest między innymi choroba, której doświadcza osoba niepełnosprawna intelektualnie. Staje się więc stroną w dialogu z personelem medycznym. Niezbędnym warunkiem interwencji medycznych jest poznanie i zrozumienie drugiego człowieka, a niezbędnym warunkiem zrozumienia człowieka jest konstruktywne komunikowanie się z nim. Poznanie kompetencji i zachowań komunikacyjnych osób niepełnosprawnych będzie wymagało czasu, rzetelnej obserwacji, dokładnej anamnezy. Wielu pacjentów/podopiecznych ma poważne trudności z komunikacją werbalną, więc szczególne znaczenie ma w tym wypadku komunikacja niewerbalna: gestykulacja, mimika, postawa ciała, poruszanie się, określana jako komunikacja wizualna, oraz wokalizacja, kontakt wzrokowy, kontakt słuchowy, dotyk i kontakt fizyczny<sup>3</sup>. O ile w procesie porozumiewania się z osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim można bazować na porównywalnej płaszczyźnie poznania i zrozumienia

<sup>2</sup> Ibidem, s. 30.

<sup>3</sup> A. Smrokowska-Reichmann, *Rzeczywistość znacznego i głębokiego upośledzenia umysłowego* [w:] *Stymulacja multisensoryczna niepełnosprawnych umysłowo*, red. A. Smrokowska-Reichmann, „Na temat” 2007, nr 9, Wyd. Dom Wydawniczo-Reklamowy Tematy, Kraków 2007, s. 5.

rzeczywistości, to w odniesieniu do osób ze znacznym i głębokim stopniem niepełnosprawności nie jest to już możliwe. Pacjenci z niepełnosprawnością w stopniu znacznym postrzegają wolno, reagują na silne bodźce, porozumiewanie się werbalne z otoczeniem jest utrudnione, mowa prosta, uboga, z wadami. Osoby z niepełnosprawnością w stopniu głębokim cechuje uwaga rozproszona, brak umiejętności mowy, ograniczenie rozumienia mowy<sup>4</sup>. Niezależnie natomiast od stopnia niepełnosprawności funkcjonuje inny, ale bardzo ważny wymiar komunikacji. To odczuwanie i wyrażanie emocji: złość, gniew, strach, smutek, radość, zadowolenie. Muszą być zauważone i poprawnie odczytane. Rozwiązaniem jest w tym wypadku opieka zindywidualizowana, zorientowana na pacjenta/podopiecznego.

### Proces pielęgnowania

W opiece pielęgniarstwie punktem wyjścia jest zorientowanie na te wszystkie elementy, które decydują o indywidualności pacjenta. W każdej sytuacji ta indywidualność pozwala na zbliżenie się do pacjenta/podopiecznego i poznanie jego stanu bio-psycho-społecznego, potrzeb i oczekiwań. Dalej stanowi punkt wyjścia do podejmowania takich działań, które utożsamiane jest z procesem pielęgnowania<sup>5</sup>.

Proces pielęgnowania można zastosować w stosunku do każdego pacjenta, w każdym stanie oraz niemal w każdej sytuacji opiekuńczej. W niektórych sytuacjach sukcesem procesu pielęgnowania jest utrzymanie dotychczasowego stanu i poziomu funkcjonowania pacjenta/podopiecznego oraz niedopuszczenie do pogorszenia się tego stanu. Na tej metodzie pracy, jaką jest proces pielęgnowania, opiera się metoda indywidualnych przypadków. Metoda studium przypadków znajduje zastosowanie w sytuacjach, gdy występują ograniczone zdolności do samoopieki z powodu niedostatecznych możliwości psycho-fizycznych, gdy zostały wyczerpane indywidualne zasoby sił i możliwości rozwiązywania problemów, które przerastają możliwości jednostki pod względem jakościowym i ilościowym, gdy występują nieprawidłowe zachowania w sferach bio-psycho-społecznego funkcjonowania i/lub brak wiedzy lub świadomości, który prowadzi do powstania problemów<sup>6</sup>. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną spełniają wszystkie te warunki. To grupa, w której zapotrzebowanie na opiekę jest bardzo duże. W sytuacji niepełnosprawności sprzężonej czy choroby przewlekłej lub innych uwarunkowań te potrzeby są jeszcze większe, a pacjent nie jest w stanie sam sobie z nimi poradzić. Należy podkreślić, że w tej metodzie indywidualnej pracy z jednostką/osobą niepełnosprawną intelektualnie bardzo ważna jest wzajemna komunikacja, poszanowanie odmienności w tej interakcji i zrozumienie trudności. Specyficzne potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie opieki wymagają zastosowania specyficznych indywidualnych metod.

Zdecydowana większość osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim jest zdolna do utrzymania emocjonalnego kontaktu z innymi osobami, głównie bliskimi, opiekunami. Pacjent/podopieczny jest zdolny do rozumienia prostych poleceń, opanowania prostych umiejętności praktycznych w zakresie samoobsługi, orientacji w codziennych,

<sup>4</sup> Ibidem, s. 3.

<sup>5</sup> J. Górąjek-Jóźwik, *Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania* [w:] *Pielęgniarstwo* red. K. Zahradniczek, Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 141.

<sup>6</sup> *Metoda case study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, red. M. Lesińska-Sawicka, Wyd. Med. Borgis, Warszawa 2009, s. 20.

powtarzanych czynnościach. Uczy się poprzez doświadczanie w systematycznie powtarzanych sytuacjach<sup>7</sup>. Osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym również uczą się poprzez doświadczenie praktyczne, ale łatwiej nawiązują kontakty z otoczeniem. Porozumiewają się w sposób pozawerbalny oraz z pomocą niewielkiego zasobu słów i prostych zdań, co znacznie ułatwia realizowanie działań opiekuńczych i zaangażowanie pacjenta do czynności samodzielnych, głównie w czynnościach samoobsługowych. Dość dobrze radzą sobie w prostych sytuacjach praktycznych, a w sprzyjających bezpiecznych warunkach również w małych społecznościach grupowych i samodzielnym poruszaniu się w znanym terenie. Natomiast osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym mogą radzić sobie w różnych sytuacjach życiowych: samoobsługi, zaradności osobistej, higieny, przygotowania prostych posiłków, prania, sprzątnięcia, samodzielnego poruszania się poza miejscem zamieszkania<sup>8</sup>. Powyższe umiejętności i możliwości są bardzo istotne z punktu widzenia warunków i możliwości opieki. Pacjenci/podopieczni, którzy uczestniczą w usprawnianiu ruchowym i usprawnianiu w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej, u których stymulowano rozwój mowy oraz rozwój umiejętności społecznych, głównie poprzez zapewnienie kontaktu z innymi osobami, są w stanie osiągnąć znacznie wyższy poziom funkcjonowania fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego, niż się powszechnie uważa<sup>9</sup>.

### Komunikacja w przebiegu procesu pielęgnowania

Z uwagi na umiejętności oraz możliwości komunikacyjne osoby z niepełnosprawnością intelektualną i jej indywidualne kompetencje należy podkreślić znaczenie rzetelnej obserwacji pacjenta i jego otoczenia, obiektywnych informacji z każdego źródła i rzetelnej anamnezy. To czynniki, które warunkują poprawne zrozumienie pacjenta, jego potrzeb i ograniczeń. Planowanie procesu pielęgnowania powinno opierać na poznaniu zachowań komunikacyjnych pacjenta, co nie tylko ułatwi lub umożliwi opiekę, ale pozwoli poznać przyczyny nieporozumień czy błędy w interpretacji otrzymywanych sygnałów. Wzajemne poznanie następuje poprzez codziennie podejmowane czynności i działania, także te, w których dominuje komunikacja pozawerbalna, tj. czynności higieniczne, przygotowywanie i spożywanie posiłków, wspólne spędzenie czasu czy zwyczajne bycie obok i przekaz: „jestem, gdybyś mnie potrzebował”<sup>10</sup>.

Pielęgniarka, obserwując zachowania osoby niepełnosprawnej intelektualnie, ma świadomość ich znaczenia w komunikacji, podejmuje próby odczytania kompetencji pacjenta/podopiecznego w tych relacjach. Wymienić więc należy takie zachowania jak: posługiwanie się sygnałami głosowymi, gestami, mimiką, zmysłami. Są one odpowiedzią (pozytywną lub negatywną) na kontakt werbalny, obecność drugiej osoby, podejmowane aktywności lub na konkretną sytuację, w której uczestniczy. Z pewnością ogromne znaczenie mają zachowania o charakterze interakcji, dające odpowiedź na pytanie: w jakim zakresie pacjent/podopieczny jest osobą aktywną w relacji z pielęgniarką/opiekunem, czy jest w stanie

<sup>7</sup> J. Sawicka, K. Snarska, E. Krajewska-Kułak, *Problemy osób upośledzonych umysłowo w aspekcie opieki długoterminowej* [w:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, red. K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszałik, E. Skolimowska, Wyd. PZWL Warszawa 2010, s. 202.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 203.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 204.

<sup>10</sup> S. M. Carroll, *Zaburzenia komunikacji werbalnej* [w:] *Podręcznik diagnoz pielęgniarstkich*, red. B. J. Ackley, G. B. Ladwig, Wyd. GC Media House Sp. z o. o. Warszawa 2011, s. 260.

komunikować się z drugą osobą w sposób efektywny (stosownie do wieku i zakresu niepełnosprawności) i jaki sposób komunikowania się preferuje<sup>11</sup>.

### Działania psychoterapeutyczne

Z uwagi na wieloczynnikowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną działania pielęgnacyjno-opiekuńcze są realizowane równoległe z różnymi specyficznymi i niespecyficznymi działaniami psychoterapeutycznymi. Stanowią one skuteczne wsparcie w procesie pielęgnowania, kształtowania umiejętności samoopiekuńczych. Zalicza się do nich: leczenie i terapię logopedyczną, muzykoterapię, terapię zajęciową, terapię behawioralną, terapię rodzinną<sup>12</sup>. Pacjent nabywa w nich praktycznych umiejętności życiowych, społecznych, samodzielności, a nawet umiejętności kierowania swoim życiem.

### Trening komunikacji funkcjonalnej

Trening ma szczególne znaczenie w przypadku nieprawidłowych zachowań pacjenta/podopiecznego, np. zachowań o charakterze agresywnym lub samoagresji. Istotne dla procesu pielęgnowania jest poznanie funkcji, jaką pełni to zachowanie dla pacjenta, co chce przez to powiedzieć lub co osiągnąć. Celem treningu komunikacji funkcjonalnej jest zastąpienie zachowania problemowego innym zachowaniem, właściwym, które będzie odgrywało taką samą rolę jak zachowanie nieprawidłowe<sup>13</sup>. Wśród czynników, które wpływają na powodzenie treningu, autorzy wymieniają trzy najbardziej istotne: zmieniony sposób komunikacji musi pełnić tę samą funkcję co zachowanie nieprawidłowe (np. uzyskanie uwagi personelu), musi być bardziej efektywny (np. wiązać się z mniejszym wysiłkiem pacjenta i pozytywnym wzmocnieniem), a przede wszystkim musi być zrozumiały i akceptowany przez innych oraz konsekwentnie stosowany<sup>14</sup>. Takie działanie znajduje zastosowanie także w codziennej pielęgnacji i edukacji pacjenta w zakresie czynności dnia codziennego. Jest też zgodne z zasadami opieki pielęgniarzkiej.

### Wspomaganie inteligencji emocjonalnej

W powszechnym, holistycznym modelu opieki nad osobą z niepełnosprawnością intelektualną istotne miejsce zajmuje troska o stan emocjonalny. Istotne jest zauważenie, poznanie i rozumienie emocji i uczuć pacjenta, sposobów ich wyrażania. Osoba niepełnosprawna

<sup>11</sup> Ibidem, s. 261.

<sup>12</sup> S. Barnow, A. Ermer, V. Dittmann, R. D. Stieglita, *Upośledzenie umysłowe* [w:] H. J. Freyberger, W. Schneider, R. D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Wyd. PZWL, Warszawa 2015, s. 213.

<sup>13</sup> B.A. Benson, S.M. Havercamp, *Podejście behawioralne w leczeniu: zasady i praktyka* [w:] N. Bouras, G. Holt, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 318.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 318.

intelektualnie ma prawo otwarcie wyrażać własne emocje: radość, wzruszenie, niepokój, strach, gniew, złość. Ujawniane są one przez słowa, mimikę, gesty, spojrzenie itd. Służą do komunikowania się w konkretnej sytuacji oraz w odniesieniu do oczekiwanych czy też akceptowanych lub nie, reguł społecznych i kulturowych. W procesie opieki możliwe i konieczne jest zrozumienie emocji i uczuć osoby niepełnosprawnej intelektualnie oraz związanego z tym jej zachowania, zwłaszcza w sytuacji choroby, radzenia sobie z nią czy w innej trudnej sytuacji życiowej. Wspomaganie inteligencji emocjonalnej pacjenta intelektualnie niepełnosprawnego wpływa znacząco na zmniejszenie deficytów poznawczych, zwiększa efektywność interakcji z osobą niepełnosprawną intelektualnie, prowadzi do poprawy jakości codziennego życia<sup>15</sup>.

### **Poprawa kompetencji motorycznych**

Pacjent z niepełnosprawnością intelektualną może lepiej się komunikować, poznając świat poprzez bezpośrednie doświadczenia. Takie doświadczenia są zdobywane dzięki możliwości poruszania się, wykonywania nowych aktywności, prób w zakresie nowych zachowań. Istotne dla procesu opieki jest to, czy pacjent potrafi się samodzielnie przemieszczać, czy potrafi wykonać konkretną czynność, posłużyć się prostym sprzętem. Posiadane kompetencje motoryczne wspomagane przez inne doświadczenia komunikacyjne: wzrok, słuch, dotyk, smak, zapach, ruch – ulegają poprawie. Poprawie ulegają także funkcje poznawcze i kompetencje psychosocjalne<sup>16</sup>.

### **Podmiotowość osób z niepełnosprawnością intelektualną**

Również osoby z dużym doświadczeniem zawodowym doświadczają dylematów dotyczących oceny zachowań i wzajemnych relacji, zwłaszcza w sytuacjach problemowego zachowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Każde otoczenie pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną powinno respektować potrzebę autonomicznego funkcjonowania pacjenta, niezależnie od dysfunkcji, także intelektualnych. W każdej sytuacji (życiowej i opiekuńczej) należy docenić chęci i możliwości pacjenta. Andrzej Giryński podkreśla, że dostrzeganie autonomii psychicznej i społecznej osób z niepełnosprawnością intelektualną oznacza, że doświadczają one poczucia tożsamości, przeżywają różne stany emocjonalne związane z przebiegiem swojego życia, tj. radość, smutek, cierpienie<sup>17</sup>. Przeprowadzone przez tego autora badania jednoznacznie wskazują, że osoby z niepełnosprawnością potrafią w pełni określić cierpienie swoje i innych osób, mają świadomość własnej niepełnosprawności, cierpią z po-

<sup>15</sup> M. Lohe, A. Smrokowska-Reichmann, *Wspomaganie i rozwój inteligencji emocjonalnej osób niepełnosprawnych intelektualnie – teoria i praktyka*, Wspólne Tematy 2012, nr 3, s. 43.

<sup>16</sup> A. Smrokowska-Reichmann *Praktyka stymulacji podstawowej na co dzień* [w:] *Stymulacja multisensoryczna niepełnosprawnych umysłowo*, red. A. Smrokowska-Reichmann, Na Temat 2007, nr 3, s. 12.

<sup>17</sup> A. Giryński, *Cierpienie jako zjawisko egzystencjalne w percepcji i ocenie osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej starości*, red. J. Głodkowska, A. Giryński, Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004, s. 74.

wodu stygmatyzacji, a przeżywane cierpienie dezorganizuje ich funkcjonowanie w różnych sytuacjach zadaniowych o charakterze poznawczym i społecznym<sup>18</sup>.

### Alternatywne i wspomagające metody komunikacji

Zarówno literatura przedmiotu, jak też doświadczenie zawodowe wskazują, że w procesie komunikowania się – także w przebiegu procesu pielęgnowania – tradycyjne metody oddziaływania o charakterze logopedycznym są niewystarczające. Standardem jest stosowanie postępowania rehabilitacyjnego w postaci komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Komunikacja wspomagająca jest definiowana jako proces poprawy/pomocy, słowem – wspomaganie zdolności/umiejętności mówienia. Natomiast komunikacja alternatywna jest rozumiana jako proces poznawania i przyswajania zastępczych sposobów uzupełniania braku mowy dźwiękowej<sup>19</sup>. Metody te w coraz szerszym zakresie upowszechniają się w praktyce klinicznej. Dobór metody warunkowany jest możliwościami i indywidualnymi potrzebami zainteresowanych osób. Wymaga też zastosowania nowych rozwiązań technologicznych, specjalnych programów komputerowych, pomocy i urządzeń komunikacyjnych. Korzystanie z pomocy w zakresie komunikacji znacząco wpłynie na przebieg i skuteczność opieki medycznej nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

### Podsumowanie

Podejmując temat opieki nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, częściej mówi się o niej w kontekście niepowodzeń niż sukcesów. Błędna komunikacja między partnerami w pielęgnowaniu, jakimi są (powinni być) pacjent i pielęgniarz, może zakłócać efektywność działań opiekuńczych, terapeutycznych i pielęgnacyjnych. Wskazując na zadania pielęgniarzki jako osoby odpowiedzialnej za przebieg procesu pielęgnowania oraz profesjonalistki wspierającej szeroko rozumiane usprawnianie osoby niepełnosprawnej intelektualnie, należy podkreślić takie kompetencje jak: umiejętność pozyskiwania informacji niezbędnych w procesie pielęgnowania, umiejętność aktywnego słuchania, umiejętność odkrywania i optymalnego wzmocnienia zasobów życiowych i sprawnościowych osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

### Bibliografia

- Barnow S., Ermer A., Dittmann V., Stieglitz R. D., *Upośledzenie umysłowe* [w:] H. J. Freyberger, W. Schneider, R. D. Stieglitz, *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*, Wyd. PZWL, Warszawa 2015.
- Benson B. A., Havercamp S. M., *Podejście behawioralne w leczeniu: zasady i praktyka* [w:] N. Bouras, G. Holt, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2010.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 78.

<sup>19</sup> W. Loebel, *Szkieł rozwoju wspomagającej i alternatywnej komunikacji w Polsce* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. J. Błeszyński, Wyd. Impuls Kraków 2008, s. 21.

- Carroll S.M., *Zaburzenia komunikacji werbalnej* [w:] *Podręcznik diagnoz pielęgniarstkich*, red. B.J. Ackley, G.B. Ladwig, Wyd. GC Media House, Warszawa 2011.
- Giryński A., *Cierpienie jako zjawisko egzystencjalne w percepcji i ocenie osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Osobowość, samorealizacja, odpowiedzialność, bezpieczeństwo, autonomia. Teoria, empiria i praktyka w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością umysłową od dzieciństwa do późnej starości*, red. J. Głodkowska, A. Giryński, Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.
- Górajek-Jóźwik J., *Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania* [w:] *Pielęgniarstwo*, red. Zahradniczek K., Wyd. PZWL Warszawa 2014.
- Loebl W., *Szkic rozwoju wspomagającej i alternatywnej komunikacji w Polsce* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J.J. Bleszyński, Wyd. Impuls, Kraków 2008.
- Lohe M., Smrokowska-Reichmann A., *Wspomaganie i rozwój inteligencji emocjonalnej osób niepełnosprawnych intelektualnie – teoria i praktyka*, *Wspólne Tematy* 2012, nr 3.
- Metoda case study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, red. M. Lesińska-Sawicka, Wyd. Med. Borgis, Warszawa 2009.
- Nyklewicz W., *Podstawy teoretyczne procesu komunikowania* [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułał, W. Pank, Wyd. Czelej, Lublin 2003.
- Rzeczywistość znacznego i głębokiego upośledzenia umysłowego* [w:] *Stymulacja multisensoryczna niepełnosprawnych umysłowo*, red. A. Smrokowska-Reichmann, „Na temat”, nr 9, Wyd. Dom Wydawniczo-Reklamowy Tematy, Kraków 2007.
- Sawicka J., Snarska K., Krajewska-Kułał E., *Problemy osób upośledzonych umysłowo w aspekcie opieki długoterminowej* [w:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, red. K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalił, E. Skolimowska, Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
- Smrokowska-Reichmann A., *Praktyka stymulacji podstawowej na co dzień* [w:] *Stymulacja multisensoryczna niepełnosprawnych umysłowo*, red. A. Smrokowska-Reichmann, „Na temat” 2007, nr 3.

#### SUMMARY

Jolanta Bielawska

#### **Principles of optimal communication with people affected by intellectual disability in the process of nursing**

Interpersonal communication is an extraordinarily complex process, described in specialist literature as a multifaceted structure which requires a holistic approach, taking into consideration all kinds of interaction. Constant communication with other people is a prerequisite for achieving one's life, personal and professional goals. Medical/health communication, which refers to various aspects of health, illness and disability, must be differentiated from basic communication. Particular significance must be attributed to the ability to communicate with a patient affected by intellectual disability. Its range goes considerably beyond verbal and non-verbal communication.



---

A peculiar nature of intellectual disability confronts nurses with a difficult task of getting to know the patient, their experiences, emotions as well as making an objective assessment of their mental condition. A proper understanding of an intellectually disabled person constitutes a prerequisite for achievement of this goal. It is also crucial for nurses to perfect their competence of successful communication with their patients, to increase the effectiveness of this communication as well as noticing and repairing their mistakes.

**Key words:** intellectual disability, interpersonal communication, nursing process, medical care;

Data wpływu artykułu: 16.03.2017 r.

Data akceptacji artykułu: 29.05.2017 r.