

fizjoterapia polska



POLISH JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY

OFICJALNE PISMO POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE POLISH SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY

NR 1/2024 (24) KWARTALNIK ISSN 1642-0136

**Ocena czynników wpływających na skuteczność
terapii integracji sensorycznej u dzieci
w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

**Assessment of factors influencing the
effectiveness of sensory integration therapy
in preschool and early school-aged children**



Praca fizjoterapeuty z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie
Physiotherapist's work with intellectually disabled individuals

ZAMÓW PRENUMERATĘ!

SUBSCRIBE!

www.fizjoterapiapolska.pl

www.djstudio.shop.pl

prenumerata@fizjoterapiapolska.pl





XV Jubileuszowe Sympozjum Fizykodiagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej i Medycznej - "Stomatologia interdyscyplinarna"



VI Konferencja CRANIA „Konsensus w diagnostyce
i fizjoterapii stawów skroniowo-żuchwowych”

VI Zachodniopomorskie Sympozjum
Młodych Naukowców

Sesja Naukowa Polskiego Towarzystwa
Studentów Stomatologii



PTSS

Polskie Towarzystwo
Studentów Stomatologii
Szczecin

23-25.05.2024 R.

"VIENNA HOUSE AMBER BALTIC"
PROMENADA GWIAZD 1,
MIĘDZYZDROJE

TEMATYKA

- BIOMATERIAŁY WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE I STOMATOLOGII;
- ZABURZENIA CZYNNOŚCIOWE UKŁADU RUCHOWEGO NARZĄDU ŻUCIA;
- BIOMECHANIKA UKŁADU RUCHOWEGO I STOMATOGNATYCZNEGO; ORTOPODLOGIA;
- NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA BIOCHEMICZNA;
- DIETETYKA;
- PSYCHOLOGICZNE I SOCJOEKONOMICZNE ASPEKTÓW NAUK O ZDROWIU

ORGANIZATORZY

- Zakład Propedeutyki, Fizykodiagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- Sekcja Fizykodiagnostyki i Fizjoterapii Stomatologicznej Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii;
- Fizjoterapia i Klinika Stomatognatyczna w Krakowie;
- szczeciński oddział Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii

KONTAKT

91 466 16 73

<https://sympozjumfizyksto.m.wixsite.com/sympozjum>



**PATRONAT
HONOROWY
I MEDIALNY**



PATRONAT HONOROWY
MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA
ZACHODNIOPOMORSKIEGO
OLGIERDA GBELEWICZA





1st Occupational Therapy Europe Congress

Future-Proofing Occupational Therapy

15-19 October 2024, Kraków

Szanowni Państwo!

W dniach 15-19 października 2024 roku w Centrum Kongresowym ICE Kraków, odbędzie się 1 Kongres Occupational Therapy Europe.

Kongres zgromadzi około 1000 Uczestników z całego świata – praktyków oraz naukowców, co obrazuje zainteresowanie tematyką proponowaną podczas obrad, czyli terapią zajęciową. Terapia zajęciowa to prężnie rozwijająca się dyscyplina, stanowiąca jeden z elementów szeroko rozumianej rehabilitacji. Terapeuci zajęciowi pracują z osobami zmagającymi się z różnymi niepełnosprawnościami, chorobami, zaburzeniami psychicznymi, osobami wykluczonymi społecznie, a także osobami zdrowymi w zakresie poprawy ich funkcjonowania i jakości życia. Terapeuta zajęciowy jest partnerem fizjoterapeuty w procesie zmierzającym do pełnej rehabilitacji pacjenta.

Serdecznie zapraszamy Państwa do udziału w tym niezwykłym wydarzeniu w charakterze uczestników lub wystawców. Praca z pacjentami wymaga często stosowania narzędzi i technologii wspierających rehabilitację, co daje ogromne możliwości do zaprezentowania swojego produktu/usługi szerokiemu gronu odbiorców nie tylko z Europy, ale i całego świata.

Więcej szczegółów pod linkiem: <https://ot-europe2024.com>

Bądźcie z nami w tym szczególnym dla polskiej terapii zajęciowej i rehabilitacji czasie!

XVI Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

6-7 grudnia 2024 r.

Pabianice



<https://16konferencja.pl>

Physiotherapy for individuals with intellectual disabilities

Praca fizjoterapeuty z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie

Damian Durlak^(A,E,F)

Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa / Faculty of Health Sciences, Radom College in Radom, Poland

Abstract

Intellectual disability affects 1 to 3% of the population, with a higher percentage among residents of developing countries. Due to the possible occurrence of movement limitations in individuals with intellectual disabilities, physiotherapy can be an invaluable element of patient support for better functioning. However, understanding the key issues in working with patients from this group is necessary. This article is dedicated to introducing the topic of intellectual disability and the issues that physiotherapists should pay attention to when providing health services.

Key words:

physiotherapy, intellectual disability, disability

Streszczenie

Niepełnosprawność intelektualna dotyka od 1 do 3% społeczeństwa, przy czym wśród mieszkańców krajów rozwijających się ten odsetek jest wyższy. Ze względu na możliwe występowanie ograniczeń w zakresie ruchu u osób niepełnosprawnych intelektualnie fizjoterapia może być nieocenionym elementem wsparcia pacjenta w lepszym funkcjonowaniu. Konieczne jest jednak zrozumienie kluczowych kwestii w pracy z pacjentami z tej grupy. Niniejszy artykuł poświęcony został przybliżeniu tematyki niepełnosprawności intelektualnej oraz kwestii, na jakie fizjoterapeuta powinien zwrócić uwagę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe:

fizjoterapia, niepełnosprawność intelektualna, niepełnosprawność

Wstęp

W literaturze znaleźć można wiele definicji niepełnosprawności intelektualnej. Cytując za R. L. Schalockiem, członkiem American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, charakteryzuje się ona „istotnym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu intelektualnym, jak i zachowaniu przystosowawczym, ujawniającym się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach. Ta niepełnosprawność powstaje przed 18. rokiem życia” [1]. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, w zależności od stopnia swojej niepełnosprawności, mogą w różnym stopniu odczuwać ograniczenia w wymiarach takich jak: zdolność intelektualna, zachowanie adaptacyjne, zdrowie, uczestnictwo lub kontekst [2]. Ograniczone możliwości rozumowania, wyrażenia w mowie swoich potrzeb i myśli, niepełna sprawność ruchowa

Introduction

The literature offers many definitions of intellectual disability. Citing R. L. Schalock, a member of the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, it is characterized by "significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior, which manifests itself in conceptual, social, and practical skills. This disability arises before the age of 18" [1]. Depending on the degree of their disability, individuals with intellectual disabilities may experience limitations in areas such as intellectual ability, adaptive behavior, health, participation, or context [2]. Limited reasoning abilities, expressing needs and thoughts through speech, and impaired motor skills make the work of physiotherapists

sprawiają, że praca fizjoterapeuty z pacjentami z tej grupy może być wyzwaniem. Pomocne w tym przypadku mogą być techniki wspomagające, takie jak muzykoterapia. W przypadku głębokiej niepełnosprawności pojawia się jednak problem z odpowiednim przekazaniem informacji pacjentowi na temat jego stanu zdrowia i proponowanych metod leczenia, a także uzyskania od niego świadomej zgody. W takim przypadku konieczne jest stosowanie się do przepisów ustawy o prawach pacjenta. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie tematyki niepełnosprawności intelektualnej oraz kwestii, na które fizjoterapeuta powinien zwracać uwagę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom niepełnosprawnym intelektualnie.

Niepełnosprawność intelektualna

Rozważania na temat specyfiki pracy fizjoterapeuty z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie należy rozpocząć od zdefiniowania, czym jest niepełnosprawność. Światowa Organizacja Zdrowia określa osobę niepełnosprawną jako osobę, „u której istotne uszkodzenie i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powoduje utrudnienie, ograniczenie czy uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i wypełniania ról społecznych, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki społeczne, środowiskowe i kulturowe” [3]. Często wymieniane są trzy rodzaje niepełnosprawności [4]:

- fizyczna – związana z chorobą, uszkodzeniem lub zaburzeniem narządu ruchu, objawiająca się utrudnioną ekspresją i działaniem;
- sensoryczna – polegająca na utrudnionej pracy zmysłów, takich jak słuch, wzrok i inne;
- umysłowa (nazywana w innych opracowaniach intelektualną) – objawiająca się trudnościami w odpowiednim zrozumieniu otaczającej daną osobę rzeczywistości oraz w pełnym funkcjonowaniu społecznym.

Niepełnosprawność intelektualna, będąca przedmiotem niniejszego opracowania, dotyczy nawet od 1 do 4% populacji świata [5], przy czym odsetek ten jest niższy w krajach wysoko rozwiniętych w porównaniu z krajami rozwijającymi się. Nie jest ona jednak odrębną jednostką chorobową, a raczej stanem wynikającym z oddziaływania różnych czynników.

Niepełnosprawność intelektualna towarzyszy określonym zespołom chorobowym. Spośród chorób genetycznych wyróżnić można zespół Downa, zespół cri du chat, zespół Angelmana, zespół Klinefeltera, fenyloketonurię lub homocystynurię [6]. Wystąpić może również skutek okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej, krwawień wewnątrzczaszkowych, infekcji oraz zaburzeń metabolicznych. W starszym wieku upośledzenie funkcji intelektualnych może być wynikiem infekcji środkowego układu nerwowego, zatruc metalami ciężkimi, urazów czaszkowo-mózgowych oraz niedoborów pokarmowych. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10, do rozpoznania niepełnosprawności intelektualnej wymagane jest spełnienie trzech kryteriów [6]:

1. Objawy występują przed ukończeniem przez pacjenta 18. roku życia.
2. Pacjent posiada iloraz inteligencji mniejszy lub zbliżony do 70 i funkcjonuje istotnie gorzej intelektualnie od przeciętnej osoby.
3. Pacjent posiada deficyty lub upośledzenie zdolności przystosowania w ramach co najmniej dwóch dziedzin z wymienionych:
a) zaradności osobistej,

with patients from this group challenging. Supportive techniques, such as music therapy, can be helpful in this case. However, with profound disabilities, there is a problem with adequately conveying information to the patient about their health condition and proposed treatment methods, as well as obtaining their informed consent. In such cases, it is necessary to adhere to the provisions of the Patient's Rights Act. The purpose of this article is to bring closer the topic of intellectual disability and issues that physiotherapists should pay attention to when providing health services to people with intellectual disabilities.

Intellectual disability

Discussions on the specifics of physiotherapists' work with intellectually disabled individuals should start by defining what intellectual disability is. The World Health Organization defines a disabled person as someone whose significant impairment and reduced functioning of the body cause difficulty, limitation, or prevention in performing life tasks and fulfilling social roles, considering their age, gender, social factors, environmental, and cultural factors [3]. Three types of disabilities are often mentioned [4]:

- physical – related to disease, injury, or disorder of the musculoskeletal system, manifesting in impaired expression and action;
- sensory – involving impaired function of the senses, such as hearing, sight, and others;
- Mental (referred to in other studies as intellectual) – manifesting in difficulties in adequately understanding the reality surrounding the individual and in full social functioning.

Intellectual disability, the subject of this study, affects even 1 to 4% of the world's population [5], with this percentage being lower in highly developed countries compared to developing countries. It is not, however, a separate disease entity, but rather a condition resulting from the interaction of various factors.

Intellectual disability accompanies specific disease syndromes. Among genetic diseases, Down syndrome, cri du chat syndrome, Angelman syndrome, Klinefelter syndrome, phenylketonuria, or homocystinuria can be distinguished [6]. It may also occur as a result of perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy, intracranial hemorrhages, infections, and metabolic disorders. In older age, intellectual function impairment can be the result of central nervous system infections, heavy metal poisoning, traumatic brain injuries, and nutritional deficiencies. According to the ICD-10 classification, the diagnosis of intellectual disability requires meeting three criteria [6]:

1. Symptoms appear before the patient reaches the age of 18.
2. The patient has an intelligence quotient equal to or less than 70 and functions significantly worse intellectually than the average person.

The patient has deficits or impairment in adaptive abilities in at least two of the following areas:

- a) personal self-sufficiency,

- b) porozumiewania się,
- c) stanowienia o sobie,
- d) prowadzenia domu,
- e) korzystania ze źródeł wsparcia społecznego,
- f) umiejętności interpersonalnych,
- g) dbania o zdrowie i bezpieczeństwo,
- h) możliwości uczenia się, pracy i wypoczynku.

Niepełnosprawność intelektualna dzielona jest na cztery stopnie w zależności od wartości ilorazu inteligencji, a dokładniej liczby odchyłeń standardowych tej wartości od umownie przyjętej średniej dla populacji (= 100). Na tej podstawie wyznaczona jest niepełnosprawność intelektualna stopnia [6]:

- lekkiego – iloraz inteligencji wynosi ok. 55–69 (2–3 odchylenia standardowe poniżej średniej), osoba jest zdolna do niezależności w zakresie samoobsługi, posługuje się mową w zakresie codziennych potrzeb, jest potencjalnie zdolna do pracy wymagającej praktycznych umiejętności;
- umiarkowanego – iloraz inteligencji wynosi ok. 35–49 (3–4 odchylenia standardowe poniżej średniej), osoba ma ograniczone możliwości w zakresie samoobsługi i umiejętności ruchowych, rozumienia i mowy, potrzebuje codziennego nadzoru, jest zdolna do nawiązywania kontaktu i angażowania w proste działania;
- znacznego – iloraz inteligencji wynosi ok. 20–34 (4–5 odchylenia standardowe poniżej średniej), osoba ma w znacznym stopniu ograniczone możliwości ruchowe (znacznie uszkodzony aparat ruchowy) oraz rozwój mowy;
- głębokiego – iloraz inteligencji wynosi mniej niż 20 (więcej niż 5 odchyłeń standardowych poniżej średniej), osoba posiada znaczne ograniczenia w zakresie ruchu, mowy, wykonywania poleceń, wymaga nadzoru we wszystkich podstawowych czynnościach, dodatkowo występować mogą zmiany neurologiczne pod postacią uszkodzenia wzroku i słuchu.

Praca z osobą niepełnosprawną intelektualnie nie jest oczywista głównie ze względu na ograniczone możliwości rozumowania pacjenta, a także wykonywania poleceń i wyrażania swoich myśli i potrzeb. Fizjoterapia pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie jest jednak istotna ze względu na możliwość przywrócenia sprawności ruchowej pacjentom.

Praca fizjoterapeuty z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie

Fizjoterapia, a zwłaszcza kinezyterapia, jest jednym z kluczowych metod terapeutycznych osób niepełnosprawnych intelektualnie. Służy ona przywróceniu sprawności ruchowej, a także umożliwieniu pacjentowi osiągnięcia jak największej samodzielności w zakresie samoobsługi [7]. Wśród zabiegów fizjoterapeutycznych stosowanych u pacjentów z tej grupy wyróżnia się m.in. ćwiczenia wzmacniające i rozciągające mięśnie, uczenie określonych umiejętności, hydroterapię, naukę odpowiedniego chodu i zachowywania równowagi. Terapia może koncentrować się wyłącznie na uzyskaniu lub wzmocnieniu ogólnej sprawności ruchowej pacjenta na podstawie ćwiczeń fizycznych, wykonywania zadań praktycznych, zajęć grupowych lub indywidualnych [8]. Zalecanymi metodami wspomagania sprawności ruchowej u pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie są treningi na bieżni przy częściowym podparciu ciężaru ciała (partial body-weight supported treadmill training – PBWSTT) oraz treningi naziemne przy podparciu ciężaru ciała (overground body-weight supported training – BWST). Propono-

- b) communication,
- c) self-direction,
- d) domestic living,
- e) use of community resources,
- f) interpersonal skills,
- g) health and safety,
- h) functional academic skills, work, and leisure.

Intellectual disability is divided into four degrees depending on the intelligence quotient value, or more precisely, the number of standard deviations this value is from the conventionally accepted average for the population (= 100). Based on this, intellectual disability of degree [6]:

- mild – intelligence quotient is about 55–69 (2–3 standard deviations below the average), the person is capable of independence in self-care, uses speech for everyday needs, is potentially capable of work requiring practical skills;
- moderate – intelligence quotient is about 35–49 (3–4 standard deviations below the average), the person has limited abilities in self-care and motor skills, understanding, and speech, requires daily supervision, is capable of making contact and engaging in simple activities;
- severe – intelligence quotient is about 20–34 (4–5 standard deviations below the average), the person has significantly limited motor abilities (significantly damaged motor apparatus) and speech development;
- profound – intelligence quotient is less than 20 (more than 5 standard deviations below the average), the person has significant limitations in movement, speech, following commands, requires supervision in all basic activities, additional neurological changes such as vision and hearing damage may occur.

Working with intellectually disabled individuals is not straightforward, mainly due to the patient's limited reasoning abilities, as well as performing commands and expressing their thoughts and needs. However, physiotherapy for patients with intellectual disabilities is essential for the possibility of restoring motor function to the patients.

Physiotherapy for individuals with intellectual disabilities

Physiotherapy, especially kinesiotherapy, is one of the key therapeutic methods for individuals with intellectual disabilities. It aims to restore motor function and enable the patient to achieve the greatest possible independence in self-care [7]. Among the physiotherapeutic treatments used in this group of patients, strengthening and stretching exercises, teaching specific skills, hydrotherapy, learning proper walking, and maintaining balance are distinguished. Therapy may focus solely on achieving or strengthening the general motor function of the patient based on physical exercises, performing practical tasks, group or individual sessions [8]. Recommended methods to support motor function in patients with intellectual disabilities include treadmill training with partial body weight support (partial body-weight supported treadmill training – PBWSTT) and overground body-weight supported training (BWST). Sessions using movement activities, such as the Veronica

wane są również zajęcia sesji ruchowych, wykorzystujące np. metodę Weroniki Sherborne [9]. Stosowane u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, pomagają w rozluźnieniu mięśni i lepszemu zrozumieniu ruchu i ciężaru ciała. Dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną powinny w niektórych ćwiczeniach pozostawać bierne, leżąc na podłodze. Dzięki temu opiekun, jako aktywna strona terapii, pomaga dziecku w wyczuciu własnego ciała, jednocześnie dając mu poczucie bezpieczeństwa.

Prowadzenie terapii dla pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną może być wyzwaniem pod kątem odpowiedniego przekazania pacjentowi instrukcji oraz przedstawienia sposobu wykonywania ćwiczeń. Jedną z metod wspomagających jest w tym przypadku muzykoterapia. Jest ona wszechstronnie wykorzystywana w neurofizjoterapii i rehabilitacji [10]. Wspomaga ćwiczenia oddechowe, naukę chodzenia, dodatkowo aktywizuje i uspokaja pacjenta. W przypadku, gdy techniki werbalne nie mogą być zastosowane u pacjenta ze względu na stopień jego niepełnosprawności, niewerbalna muzykoterapia może pomóc w zrozumieniu znaczeń jak „wolno”, „szybko”, „długo” lub „krótco”, które wykorzystywane są w terapii.

W przypadku pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie konieczne jest wzięcie pod uwagę kwestii, czy pacjent w pełni świadomie i dobrowolnie zgadza się na wykonanie świadczenia zdrowotnego. Pomocna w tym miejscu jest treść Rozdziału 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.) [11]. Art. 16 tej ustawy określa, że pacjent ma prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu w sposób dla niego zrozumiały informacji na temat swojego stanu zdrowia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz rokowaniu. Kwestią nieoczywistą jest jednak, kto w przypadku pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie wyraża ostateczną zgodę na udzielenie świadczeń. Art. 17 u.p.p. wskazuje, że w sytuacji, gdy pacjent jest całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, decyzję podejmuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, które dysponują jednak dostatecznym rozpoznaniem, mogą wyrazić sprzeciw do decyzji przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takiej sytuacji do wykonania świadczenia zdrowotnego potrzebne jest uzyskanie zezwolenia od sądu opiekuńczego. Fizjoterapeuci pracujący z pacjentami niepełnosprawnymi intelektualnie powinni być szczególnie czujni pod kątem legalności swoich działań. Wszelkie świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie po uzyskaniu odpowiedniej zgody. Niedopełnienie tego obowiązku może spowodować wystąpienie odpowiedzialności karnej na podstawie art. 192 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego [12], zgodnie z którym wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta może zakończyć się nałożeniem grzywny, kary ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2.

Podsumowanie i wnioski

Niepełnosprawność intelektualna może przybrać różną siłę – od lekkiej do głębokiej. W zależności od stopnia niepełnosprawności, a także od terapii i otoczenia danej osoby, możliwe jest uzyskanie pewnej samodzielności w codziennych czynnościach. Fizjoterapia może być jedyną metodą terapii lub elementem szerszego planu leczenia, którego celem jest uzyskanie lub poprawienie sprawności ruchowej osoby niepełno-

Sherborne method, are also proposed [9]. Used in children with intellectual disabilities, they help in relaxing muscles and better understanding of movement and body weight. Children with profound intellectual disability should remain passive in some exercises, lying on the floor. This allows the caregiver, as the active side of therapy, to help the child feel their body, while also providing a sense of security.

Conducting therapy for patients with intellectual disability can be challenging in terms of properly conveying instructions to the patient and presenting the way of performing exercises. Music therapy is one of the supportive methods in this case. It is widely used in neurophysiotherapy and rehabilitation [10]. It supports breathing exercises, learning to walk, and additionally activates and calms the patient. In cases where verbal techniques cannot be applied to a patient due to the degree of their disability, non-verbal music therapy can help in understanding meanings like "slow", "fast", "long", or "short", which are used in therapy.

In the case of patients with intellectual disabilities, it is necessary to consider whether the patient fully consciously and voluntarily agrees to perform the health service. Chapter 5 of the Act of November 6, 2008, on patient rights and the Patient Ombudsman (hereinafter referred to as the p.p.a.) [11] is helpful in this regard. Article 16 of this act specifies that the patient has the right to express or refuse consent to the provision of specific health services after obtaining information about their health condition, possible diagnostic and therapeutic methods, and prognosis in a way that is understandable to them. However, the issue of who expresses the final consent for the provision of services in the case of intellectually disabled patients is not obvious. Article 17 of the p.p.a. indicates that in situations where the patient is completely incapacitated or unable to consciously express consent, the decision is made by the legal representative or actual guardian. Intellectually disabled individuals who, however, have sufficient understanding, may object to the decisions of the legal representative or actual guardian. In such a case, permission from the guardianship court is required to perform the health service. Physiotherapists working with intellectually disabled patients should be particularly vigilant regarding the legality of their actions. Any health services can only be provided after obtaining the appropriate consent. Failure to fulfill this obligation may result in criminal liability under Article 192 of the Act of June 6, 1997, the Penal Code [12], according to which performing a medical procedure without the patient's consent may result in a fine, restriction of liberty, or imprisonment for up to 2 years.

Summary and conclusions

Intellectual disability can vary in severity – from mild to profound. Depending on the degree of disability, as well as therapy and the environment of the individual, it is possible to achieve a certain level of independence in daily activities. Physiotherapy can be the only method of therapy or part of a broader treatment plan aimed at obtaining or improving the motor function of a person

sprawnej intelektualnie. W wykonywaniu świadczeń zdrowotnych fizjoterapeuta powinien nie tylko pamiętać o charakterystyce tej niepełnosprawności, ale również być świadomy kwestii związanych z uzyskaniem świadomej zgody pacjenta na wykonanie świadczeń. Bez zgody samego pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna fizjoterapeuta narażony jest na odpowiedzialność karną. Z tego względu w przypadku wykonywania świadczeń pacjentom niepełnosprawnym intelektualnie konieczne jest zadbanie o uzyskanie odpowiedniej zgody przed przystąpieniem do udzielania świadczeń.

with an intellectual disability. In performing health services, the physiotherapist should not only remember the characteristics of this disability but also be aware of issues related to obtaining the patient's informed consent for the performance of services. Without the consent of the patient, legal representative, or actual guardian, the physiotherapist is exposed to criminal liability. Therefore, when performing services for intellectually disabled patients, it is necessary to ensure that appropriate consent is obtained before proceeding to provide services.

Adres do korespondencji / Corresponding author

Damian Durlak

E-mail: dam.durlak@gmail.com

Piśmiennictwo/ References

1. Schalock R., Luckasson R., Tasse M., Intellectual Disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports. 11th Edition, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington 2010.
2. Kazanowski Z., Społeczny wymiar współczesnej koncepcji niepełnosprawności intelektualnej, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2015, nr 28 (1), s. 33-43.
3. Majewski T., W sprawie definicji osoby niepełnosprawnej, *Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej* 1994, nr 1 (139), s. 33-37.
4. Kornas-Biela D., Niepełnosprawność w rodzinie – czym jest, co znaczy, trudne początki, [w:] Stal J., Osewska E. (red.), *Rodzina – Bezczenny dar i zadanie*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2006, s. 638-683.
5. Lew-Starowicz M., Lew-Starowicz Z., Skrzypulec-Plinta V., *Seksuologia*, PZWL, Warszawa 2017.
6. Gałęcki P., Szulc A., *Psychiatria*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
7. Hocking J., Pearson A., McNeil J., Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: a systematic review protocol, *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2013, nr 11 (12), s. 94-108.
8. Hocking J., Physiotherapy interventions to improve gross motor skills in people with an intellectual disability aged six years and older: a systematic review, *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2016, nr 14 (4), s. 166-174.
9. Cyłkowska-Nowak M., Jędrzycka M., Metoda Weroniki Sherborne w pracy fizjoterapeuty i terapeuty zajęciowego, *Pielęgniarstwo Polskie* 2010, nr 3 (37), s. 129-137.
10. Turzyński D., Sulikowski P., Postuła M., Sulikowska K., Muzykoterapia w fizjoterapii i rehabilitacji, *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 2018, nr 10 (2-3), s. 95-100.
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553).