

1. WSTĘP

W starożytności i w średniowieczu osoby upośledzone umysłowo lub chore psychicznie wyszydzano, wystawiano na pokaz, a nawet uśmiercano. Wiek XVII, dzięki dynamicznemu rozwojowi wielu różnych dziedzin nauki, przyniósł przełom w podejściu do upośledzenia umysłowego. Przyczyny odmiennego zachowania upośledzonych umysłowo zaczęto upatrywać wówczas w chorobie, a nie jak wcześniej w opętaniu przez złego ducha. Sto lat później po raz pierwszy zwrócono uwagę na możliwość wychowywania i nauczania tej grupy ludzi, i zaczęto budować szkoły oraz zakłady specjalne. Jednakże izolowały one niepełnosprawnych umysłowo od reszty społeczeństwa, a więc utrwały dystans pomiędzy nimi a osobami sprawnymi intelektualnie (Kirejczyk – red., 1981; Mauersberg – red., 1990).

Współcześnie aż 60 – 70% osób niepełnosprawnych stanowią upośledzeni umysłowo, co w krajach europejskich daje około 3% całej populacji. Powyższy szacunkowy wskaźnik określa skalę problemu (Wyczesany, 1999; Pańczyk, 2004), jednak liczebność badań, odnoszących się do kompetencji społecznych i sprawności fizycznej osób upośledzonych umysłowo, nie odzwierciedla tej skali. Pośród ponad 1400 artykułów naukowych, odnotowanych w ostatnich dziesięciu latach w bazach danych Embase, GBL, Medline, Sport Discus, Eric, Health Source i Pedagog, znaleziono zaledwie kilkadziesiąt pozycji związanych ze sprawnością fizyczną, czasem wolnym, jakością życia i uspołecznieniem osób upośledzonych umysłowo.

Generalnie mało jest badań dotyczących aktywności fizycznej, czasu wolnego, zwyczajów ruchowych osób niepełnosprawnych umysłowo (Draheim i wsp., 2002). Jednocześnie zajęcia ruchowe nie są zbyt popularne tak wśród personelu ośrodków wychowawczych i domów opieki, jak również wśród osób umysłowo niepełnosprawnych (Gabler-Halle i wsp., 1993). Kobiety i mężczyźni niepełnosprawni umysłowo są jednakowo mało aktywni ruchowo i zarówno wychowawcy, jak i wychowankowie nie doceniają ogromnych korzyści wynikających z intensyfikacji zajęć ruchowych (Draheim i wsp., 2002). Przytłaczająca większość osób upośledzonych umysłowo, nawet w krajach wysoko uprzemysłowionych, nie pracuje i ma bardzo ograniczone możliwości finansowe (Kraemer i Blacher, 2001; Yamaki i Fujiura, 2002), które również są często elementem decydującym o skali i różnorodności badań naukowych finansowanych przez instytucje rynkowe, dotyczących form spędzania czasu wolnego, w szczególności zainteresowań różnymi formami aktywności ruchowej (Ittenbach i wsp., 1993).

Znajomość problemów dotyczących aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych umysłowo wydaje się być odwrotnie proporcjonalna do stopnia upośledzenia. Im głębszy stopień niepełnosprawności umysłowej, tym mniejsza liczba badań i w konsekwencji mniejsza wiedza na temat uwarunkowań, zależności i wpływu aktywności ruchowej na ogólną sprawność i na kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych umysłowo. Aktywność ruchowa na ogół nie stanowi głównej części badań nad osobami upośledzonymi, lecz jest zwykle elementem uzupełniającym, występującym przy okazji badań relacji w rodzinie, czasu wolnego, sprawności fizycznej, jakości życia, czy też integracji społecznej osób niepełnosprawnych umysłowo.

1.1. Upośledzenie umysłowe i jego klasyfikacje

Niepełnosprawność jest zjawiskiem wieloaspektowym. W podejściu medycznym rozpatrywana jest jako efekt uszkodzenia organizmu, w ujęciu społecznym jako rezultat wynikający z nieposiadania, bądź utraty ważnych życiowo zdolności i umiejętności (Kowalik, 2005a).

W literaturze istnieje szereg pojęć i definicji, zmieniających się wraz z rozwojem i postępowaniem nauki, określających osoby niepełnosprawne umysłowo. Różni badacze zajmujący się problemem, a reprezentujący odmienne gałęzie wiedzy, inaczej określają i definiują niepełnosprawność umysłową, upośledzenie umysłowe, akcentując te cechy, które mają istotne znaczenie w reprezentowanej dyscyplinie naukowej (Kostrzewski i Wald, 1981; Sękowska, 1985; Maszczak, 1991; Smith, 2000; Luckakasson, 2002; Głodkowska, 2004).

Istnieje szereg klasyfikacji niepełnosprawności umysłowej, uwzględniających kryteria: psychologiczne, ewolucyjne, społeczne, pedagogiczne oraz medyczne. Dokonując podziałów wg tych kryteriów bierze się pod uwagę; – przy kryterium psychologicznym – osobowość człowieka, a więc procesy regulacji, orientacyjno-poznawcze, intelektualne, emocjonalne, motywacyjne, mechanizmy kontroli, a także procesy wykonawcze; – przy kryterium ewolucyjnym – porównanie poziomu rozwoju czynności orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, emocjonalnych, motywacyjnych, wykonawczych badanej jednostki z poziomem wymienionych czynności prawidłowo rozwijającej się osoby; – przy kryterium społecznym – zaradność ogólną badanego, jego niezależność od innych, samodzielność, odpowiedzialność, uspołecznienie, czyli radzenie sobie w różnych sytuacjach życiowych i społecznych, stosownie do wieku i środowiska, z którego osoba upośledzona umysłowo pochodzi; – przy kryterium pedagogicznym – zasób wiadomości i umiejętności przewidzianych programem nauczania stosownie do wieku, jak również rodzaj i stopień trudności w nauce przedszkolnej lub szkolnej, tempo uczenia się oraz nabywania określonych wiadomości i umiejętności; – przy

kryterium medycznym – rodzaje czynników etiologicznych, czas działania szkodliwego czynnika, zespoły objawowe, leczenie i prognozę (Kostrzewski i Wald, 1981; Sękowska, 1985; Brzeziński, 1990).

Wyżej wymienione kryteria łącznie, w sposób wszechstronny traktują osoby z niepełnosprawnością umysłową. Pozwalają nie tylko odróżnić np. zaniedbanie społeczne od upośledzenia umysłowego, lecz jednocześnie ustalić i sklasyfikować poziom upośledzenia. Pomocne w tej kwestii mogą być testy inteligencji, umożliwiające określenie tzw. ilorazu inteligencji, który stanowi ujęcie ilościowe sprawności umysłowej (Obuchowska, 1995). Poznanie poziomu inteligencji pozwala przewidzieć, jak duży postęp jest możliwy w rozwoju osób z określonym stopniem upośledzenia umysłowego.

Współczesne badania nad niepełnosprawnością umysłową grupują się w trzech nurtach: psychobiologicznym, psychorozwojowym i psychochospołecznym. Niestety nie istnieje jednolita podstawa teoretyczna, która byłaby spoiwem tych trzech głównych kierunków rozważań. Odrębne ujęcia niepełnosprawności umysłowej powodują pewien zamęt tak w przyjętych definicjach, stosowanym nazewnictwie, jak i w praktyce rehabilitacyjnej (Kowalik, 2005b).

Z dniem 1 stycznia 1968 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wycofała trójstopniową skalę upośledzenia umysłowego i wprowadziła czterostopniową klasyfikację, zgodnie z którą upośledzenie umysłowe dzieli się na: *lekkie*, *umiarkowane*, *znaczne* i *głębokie* (tab. 1.). Podział ten przetrwał w praktyce szkolnictwa specjalnego do dnia dzisiejszego, chociaż współczesna psychologia społeczna zrywa z takim ujęciem niepełnosprawności umysłowej, twierdząc, iż samo rozpoznanie niepełnosprawności umysłowej jest niepotrzebnym, etykietującym ludzi nadużyciem, zaś diagnozowanie głębokości upośledzenia jest narzucaniem społeczeństwu uproszczonego wizerunku jednostek, które w rzeczywistości mogą mieć bardzo zróżnicowane umiejętności przystosowania się do wymagań otaczającego je środowiska.

Tabela 1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego (Wyczesany, 1999, s. 26)

Stopień upośledzenia	Iloraz inteligencji (I.I.)
Pogranicze upośledzenia umysłowego	68–83
Upośledzenie umysłowe <i>lekkie</i>	52–67
Upośledzenie umysłowe <i>umiarkowane</i>	36–51
Upośledzenie umysłowe <i>znaczne</i>	20–35
Upośledzenie umysłowe <i>głębokie</i>	0–19

Wielkość ilorazu inteligencji stanowiła podstawę powyższej klasyfikacji, w której przyjęto skalę 100 i liczbę odchyłeń standardowych, o którą iloraz inteligencji różni się od średniej (Maszczak, 1991; Otrębski, 1997). Odchylenia te mogą się różnić w zależności od techniki pomiaru inteligencji, co pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, obowiązująca od 01.01.1980 roku (Kościelak, 1995 s. 19)

Określenie (stopień upośledzenia)	Odchylenie standardowe	Ilorazy inteligencji w skalach	
		Termana-Merrill	Wechslera
Rozwój prawidłowy i przeciętny	Mniejsze i równe 1	84–100	85–110
Rozwój niższy niż przeciętny	od 1 do 2	69–83	70–84
Niedorozwój umysłowy lekki	od 2 do 3	52–68	55–69
Niedorozwój umysłowy umiarkowany	od 3 do 4	36–51	40–54
Niedorozwój umysłowy znaczny	od 4 do 5	20–35	25–39
Niedorozwój umysłowy głęboki	większe niż 5	0–19	0–24

Kryterium ilorazu inteligencji jest bardzo przydatne dla wstępnej oceny, jednak nie wystarcza do jednoznacznego stwierdzenia upośledzenia umysłowego. Wskaźnik ten nie mierzy możliwości intelektualnych człowieka, a jedynie skutki interakcji między możliwościami i środowiskiem. Możliwości człowieka są z reguły wyższe niż wyniki badań testowych, a diagnoza określonego stopnia nie może być nigdy ostateczna, gdyż upośledzenie umysłowe jest kategorią dynamiczną i zmianom może ulegać zarówno sam iloraz inteligencji, jak i wskaźnik przystosowania społecznego. Upośledzenie umysłowe nie jest stanem statycznym i pułap możliwości rozwojowych zależy nie tylko od samych upośledzonych, ale od postaw i pracy psychologów, pedagogów, środowiska rodzinnego i postaw ogólnospołecznych (Pietrulewicz, 1994; Obuchowska, 1995; Kowalik, 2005b).

W praktyce przy określaniu poszczególnych stopni niepełnosprawności umysłowej można posługiwać się również innymi, pomocniczymi kryteriami. Mogą to być kryteria związane z poziomem zasobu słownego, wynikami w nauce szkolnej, poziomem przystosowania biologicznego i społecznego, czy też z ewolucją (Wyczesany, 1999). Można także określać upośledzenie umysłowe na podstawie analizy cech o charakterze pedagogicznym, tj. wyuczalności i wychowalności oraz wyćwiczalności i niewyćwiczalności (Maszczak, 1991; Wyczesany, 1999). Można również konstruować hierarchię stopni upośledzenia umysłowego stosując kryteria społeczne, oceniając codzienne czynności, takie jak ogólna zaradność, zaradność przy jedzeniu, ubieraniu się, lokomocja, porozumiewanie się, samodzielność, uspołecznienie.

American Psychiatric Association w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV, (za Sowa i Wojciechowski, 2003) przyjęło następującą klasyfikację upośledzenia umysłowego:

Kod	stopień upośledzenia umysłowego	iloraz inteligencji
317	lekkie upośledzenie umysłowe	50–55 do ok.70
318.0	umiarkowane upośledzenie umysłowe	35–40 do 50–55
318.1	znaczne upośledzenie umysłowe	20–25 do 35–40
318.2	głębokie upośledzenie umysłowe	poniżej 20 lub 25

Powyższa klasyfikacja odnosi się tylko do ilorazu inteligencji i stanowi fragment całościowej klasyfikacji osób upośledzonych umysłowo, uwzględniającej zarówno kryteria opisowe, jak i etiopatogenetyczne (Sęk, 2001).

W 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia określiła upośledzenie umysłowe jako „istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz trudności w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed 18 rokiem życia” (Obuchowska, 1995, s. 206). W określeniu tym zawarte są trzy kryteria diagnostyczne. Pierwsze dotyczy obniżenia poziomu funkcjonowania intelektualnego, które ma być zarazem ogólne, jak i istotne. Istotne to znaczy, że odchylenie powinno być wyraźnie zaznaczone w stosunku do normy i powinno dotyczyć ogólnego funkcjonowania intelektualnego. Drugim kryterium są problemy w zachowaniu przystosowawczym. Nie może być uznana za upośledzoną osoba, która dobrze funkcjonuje i bez problemów radzi sobie w życiu codziennym. Osiemnasty rok życia, jako granica występowania obniżonego funkcjonowania intelektualnego, jest trzecim kryterium diagnostycznym (Obuchowska, 1995). Kirejczyk (1981, s. 65) określa upośledzenie umysłowe „jako istotnie niższy od przeciętnego w danym środowisku, globalny rozwój umysłowy jednostki, z nasilonymi równocześnie trudnościami w zakresie uczenia się, przystosowania, spowodowany we wczesnym okresie rozwojowym przez czynniki dziedziczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu, w tym socjalno-kulturowe, wywołujące trwałe zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego”.

Definicja upośledzenia umysłowego, opracowana w 1992 roku przez American Association on Mental Retardation, brzmi następująco: „upośledzenie umysłowe odnosi się do istotnych ograniczeń w aktualnym funkcjonowaniu. Charakteryzuje się ono ograniczeniami w zakresie co najmniej dwóch następujących zdolności przystosowawczych: porozumiewania się, samoobsługi, gospodarstwa domowego, kontaktów społecznych, korzystania z udogodnień publicznych, autonomii, dbania o zdrowie i bezpieczeństwo, uczenia się szkolnego, wypoczynku i pracy. Upośledzenie umysłowe ujawnia się przed 18 rokiem życia” (Luckasson, 1992, s.1). Diagnoza tak pojętego upośledzenia jest trudna, ponieważ bazuje na koncepcji wielowymiarowej oceny człowieka i musi uwzględniać funkcjonowanie intelektualne, zdolności adaptacyjne, czynniki psychologiczne i emocjonalne, stan fizyczny, zdrowie, etiologię oraz środowisko. Oceny inteligencji można dokonać za pomocą znanych i sprawdzonych testów psychologicznych. Trudność sprawia ocena dzieśięciu zdolności przystosowawczych, która jest podstawą do diagnozy określającej

poziom wymaganej pomocy. W powyższej definicji podział czterostopniowy na upośledzenia w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim przeszedł do historii i został zastąpiony podziałem określającym poziom wymaganej pomocy w formie: okresowej, ograniczonej, rozszerzonej i kompletnej. Nowa definicja zwiększyła liczbę osób upośledzonych umysłowo poprzez podniesienie granicy ilorazu inteligencji dla upośledzenia umysłowego do 70–75 punktów, a także poprzez kryteria przystosowawcze.

Sformułowanie jednoznacznej definicji upośledzenia intelektualnego jest równie trudne, co ujednoczenie klasyfikacji, bowiem niepełnosprawność umysłowa jest zbiorem różnych dysfunkcji, nie tylko intelektualnych, a w jego etiopatogenezę uwikłane mogą być czynniki biologiczne, psychologiczne, jak również społeczne (Rola, 1993; Radochoński, 1996). Istotna jest również terminologia, która niesie ze sobą wartościowanie zjawiska. Właściwe określenie osób upośledzonych umysłowo, bez ich stygmatyzowania, jest niezwykle ważne, ponieważ nazwa świadczy o odrzuceniu lub akceptacji, o wrogości lub uznaniu. Termin „upośledzenie umysłowe” zostanie pewnie zmieniony w najbliższej przyszłości na nazwę, która lepiej odda podmiotowość osób o niższym poziomie społecznego funkcjonowania. Ostatnia definicja upośledzenia umysłowego wypracowana w 2002 roku przez American Association on Mental Retardation utrzymuje dotychczasowy termin (Luckasson, 2002). Upośledzenie umysłowe jest określane jako „niepełnosprawność charakteryzująca się znaczącymi ograniczeniami funkcji intelektualnych i zachowań przystosowawczych wyrażonych w społecznych i praktycznych umiejętnościach adaptacyjnych. Ta niepełnosprawność ujawnia się przed 18 rokiem życia.” Definicji towarzyszy 5 podstawowych założeń:

- ograniczenia w funkcjonowaniu muszą być diagnozowane z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych, kulturowych, typowych dla środowiska rówieśniczego upośledzonej umysłowo osoby,
- w ocenie upośledzenia umysłowego, obok kulturowej różnorodności, należy brać pod uwagę występujące osobnicze różnice w komunikacji werbalnej a także różnice w odbiorze poprzez zmysły,
- w ocenie musi się uwzględniać fakt, iż ograniczenia jednostki często współistnieją z określonym poziomem sprawności fizycznej,
- w ocenie należy się liczyć z tym, że rodzaj ograniczenia determinuje profil pomocy,
- personalizowana, właściwa pomoc, w ustalonym czasie, poprawia jakość życia upośledzonej umysłowo osoby.

W pracy autorka często zamiennie używa terminów: upośledzenie umysłowe, osoby upośledzone umysłowo, osoby niepełnosprawnie intelektualnie, a także niepełnosprawność umysłowa. Taka wielość używanej terminologii nie wynika z braku zdecydowania się na jedną określoną nazwę, lecz z faktu używania przez wielu cytowanych w pracy autorów tych wszystkich pojęć. Ponieważ w praktyce pedago-

gicznej, stosowanej w badanych ośrodkach, funkcjonuje określenie upośledzenie umysłowe, jak również badana młodzież była diagnozowana z zastosowaniem tradycyjnej czterostopniowej skali poziomu upośledzenia umysłowego – z podziałem na upośledzenia lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie (tab. 2) – przyjęto w pracy takie nazewnictwo i klasyfikację, chociaż w świetle wyżej przedstawionych rozważań i nazewnictwo, i klasyfikacja są już nieaktualne.

1.2. Przyczyny upośledzenia oraz charakterystyka osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym

Występowanie upośledzenia umysłowego związane jest często ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, spowodowanymi działaniem środowiskowych patogennych czynników biologicznych i społecznych, jak również czynników psychologicznych (Kościelska, 1995; Obuchowska, 1995). Działanie tych czynników „zależy nie tylko od ich rodzaju, ile przede wszystkim od etapu rozwoju ontogenetycznego, w którym się pojawiają” (Obuchowska, 1995, s. 207). Można więc wyróżnić czynniki działające: przed poczęciem – uszkadzające komórki rozrodcze rodziców, w czasie życia płodowego – prenatalne, w czasie porodu – perinatalne i po urodzeniu się dziecka – postnatalne (Kostrzewski i Wald, 1981; Wyczesany, 1999). Wiele różnych czynników, w tym często czynniki psychologiczne i społeczne, bywa powodem lekkiego upośledzenia umysłowego.

W przypadku głębszych upośledzeń umysłowych stwierdza się na ogół dominację jednoczynnikową. Czynniki nieznanne stanowią około 15% przypadków upośledzeń umysłowych (Wald, 1988). Radochoński (2001) przedstawia trzystopniowy podział przyczyn upośledzenia umysłowego. Wyróżnia on następujące grupy tych przyczyn:

- Czynniki dziedziczne, występujące na skutek obecności szkodliwych genów u jednego lub obojga rodziców oraz w wyniku aberracji chromosomalnych,
- Czynniki wrodzone, obejmujące infekcje przedporodowe, zatrucia w okresie płodowym, zaburzenia immunologiczne,
- Czynniki nabyte, obejmujące urazy okołoporodowe oraz urazy i choroby występujące w życiu osobniczym.

Umiarkowanie upośledzeni na ogół nie przekraczają ogólnego poziomu intelektualnego normalnie rozwijającego się ośmioletniego dziecka. Potrafią jednak radzić sobie w czynnościach samoobsługi, jak również w wielu podstawowych czynnościach życia codziennego – samodzielnie się ubrać i rozebrać, pościelić łóżko, zadbać o czystość osobistą, posługiwać się łyżką i widelcem, sprzątać, przygotowywać proste posiłki, zrobić drobne zakupy, chodzić samodzielnie po mieście i trafić do domu. Mają natomiast trudności w wyodrębnianiu przedmiotów i zjawisk, w tworzeniu pojęć, w rozwiązywaniu problemów. Ich wyobraźnia charak-

teryzuje się odtwórczością, a myślenie przebiega w sposób konkretno-obrazowy. Występuje u nich pamięć świeża i trwała, potrafią ujmować różnice i podobieństwa oraz wyjaśnić, na czym one polegają. W postępowaniu kierują się popędami, nie są zdolni do przewidywania dalszego biegu zdarzeń, występuje u nich duża sugestywność i brak krytycyzmu. Dominuje u nich uwaga mimowolna i mają trudności w dłuższym koncentrowaniu się na określonej czynności. Odczuwają potrzebę kontaktów społecznych, bezpieczeństwa, przynależności, miłości, szacunku, sympatii. Potrafią ustrzec się przed fizycznym niebezpieczeństwem (Mrugalska, 1994; Oszustowicz, 1999).

Tabela 3. Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym według wieku metrykalnego (Brzeziński, 1990, s. 33–34)

Wiek	Stopień upośledzenia
Stopień umiarkowany I.I. 36-51	
Przedszkolny (0-5 lat)	Mówi i może porozumiewać się z otoczeniem. Rozwój motoryki dosyć zadowalający. Zdolny do osiągnięcia zadowalającej samodzielności osobistej. Przy niewielkiej pomocy i nadzorze może osiągnąć zaradność życiową.
Szkolny (6-21 lat)	Zdolny do opanowania w ograniczonym zakresie takich umiejętności szkolnych, jak: czytanie, pisanie, liczenie, na ogół dopiero w wieku dorastania.
Dojrzały (powyżej 21 lat)	Zdolny do pracy jako pracownik niewykwalifikowany lub przyuczony w zakładzie – warsztacie pracy chronionej, rzadziej w normalnym zakładzie pracy, jednak pod kierunkiem i nadzorem.
Stopień znaczny I.I. 20-35	
Przedszkolny (0-5 lat)	Rozwój motoryki słaby, ubóstwo zasobu słownikowego. Uzyskanie pewnej samodzielności osobistej w tym wieku na ogół nie jest możliwe. Możliwość porozumiewania niewielka.
Szkolny (6-21 lat)	Mówi i może się porozumiewać. Przez właściwe wychowanie może sobie przyswoić podstawowe nawyki w zakresie czystości i higieny. Nie jest w stanie nauczyć się przedmiotów szkolnych. Dzięki systematycznemu szkoleniu może opanować nawyki niezbędne w życiu codziennym.
Dojrzały (powyżej 21 lat)	Może częściowo zarobić na utrzymanie w środowisku chronionym, pod stałym nadzorem. Może osiągnąć zaradność życiową w środowisku chronionym.

Osoby ze znacznym stopniem upośledzenia umysłowego w zasadzie nie przekraczają ogólnego poziomu rozwoju intelektualnego normalnie rozwijającego się dziecka w wieku 5–6 lat i dojrzałości społecznej dziecka w wieku 7–8 lat. Mogą jednak osiągnąć pewien stopień samodzielności w zakresie wykonywania najprostszych czynności życia codziennego – samodzielnie się ubrać i rozebrać, umyć, poruszać się po znanej okolicy i wrócić do domu. Sygnalizują potrzeby fizjologiczne, potrafią rozróżnić osoby znane od obcych. Występuje u nich brak krytycyzmu i duża sugestywność, proces spostrzegania przebiega wolno. Zdolni są do porozumiewania się zarówno w sposób niewerbalny, jak i za pomocą nie-

wielkiego zasobu słów. Pomimo ubogiego słownictwa mogą nauczyć się łatwych piosenek i wierszy, lecz nie rozumieją ich sensu. Uczą się głównie przez naśladownictwo oraz powtarzanie codziennych doświadczeń życiowych. Obserwuje się u nich objawy przywiązania, sympatii i antypatii, wykazują potrzebę grupowego spędzania wolnego czasu, mają wyraźną potrzebę ekspresji twórczej. Osoby znacznie upośledzone umysłowo potrafią unikać bezpośrednich niebezpieczeństw (Kostrzewski, 1981; Minczakiewicz, 1986; Maszczak, 1991; Mrugańska, 1994; Wyczęsany, 1999; Pilecki i wsp. 2002).

1.3. Problematyka sprawności i społecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym

Sprawność fizyczna jest powszechnie znanym i używanym, tak w języku naukowym, jak i języku potocznym, pojęciem. Dla jednych jest oznaką dobrego stanu zdrowia, dla innych są to wyróżniające się wyniki sportowe. Dla wszystkich jest to pozytywny miernik, określający realne możliwości fizyczne człowieka. Istnieje wiele różnych stanowisk i poglądów na temat sprawności fizycznej i sprawności motorycznej, często sprawność motoryczna bywa utożsamiana ze sprawnością fizyczną (Osiński, 1991). Niewątpliwie sprawność fizyczna jest pojęciem szerszym od sprawności motorycznej, ponieważ wiąże się ze stanem całego organizmu człowieka, a nie tylko z aparatem ruchu. Według Przewedy (1973) można ją określić jako aktualną możliwość wykonania wszelkich działań motorycznych, decydujących o zaradności człowieka w życiu.

Podobnie definiuje sprawność fizyczną Osiński (1985) pisząc, iż niezależnie od określonego zasobu opanowanych ćwiczeń ruchowych, na sprawność fizyczną składa się poziom wydolności wszystkich narządów i układów, stan cech motorycznych (siła, szybkość, wytrzymałość), a nawet pewne prawidłowości budowy ciała. Pojęcie sprawności fizycznej odnosi się do całości umiejętności człowieka w wykonywaniu wszelkich działań ruchowych. W tak pojmowanej sprawności fizycznej mieści się sprawność motoryczna rozumiana jako „stopień uzewnętrznienia poziomu zdolności i umiejętności ruchowych osobnika w konkretnych aktach ruchowych (np. w testach sprawności)” (Szopa i wsp., 1996, s. 42). Niezależnie od przyjętych definicji sprawności fizycznej i motorycznej, w ostatecznym rachunku realne wyniki zastosowanego testu określają sprawność motoryczną, ale i pośrednio pozwalają definiować fragment sprawności fizycznej człowieka. Podsumowując, sprawność fizyczna to całość umiejętności ruchowych człowieka, wyrażonych opisowo, zaś sprawność motoryczna to zdolność do wykonania konkretnego zadania ruchowego, wyrażona wynikiem liczbowym.

Wprowadzenie z początkiem XX wieku pojęcia psychomotoryki (z greckiego *psyche* – dusza, z łacińskiego *movere* – poruszać) było ważnym krokiem, prowadzącym do postawienia tezy, że rozwój psychiczny jest ściśle zależny od rozwoju

motorycznego i rozwój motoryczny jest związany z rozwojem psychicznym (Bogdanowicz i wsp. 1996). Ruch odzwierciedla stan psychiczny każdego człowieka, uzewnętrznia biologiczne właściwości ustroju, jak też jego osobowość (Scheuer i Mirczuk, 1987; Raczek i Mynarski, 1992). Sprawność fizyczna jest „swoistym wyróżnikiem społecznym i wyrazem sposobu życia” (Żak, 1996, s. 169), ruch jest „podstawowym atrybutem życia, towarzyszącym człowiekowi od momentu jego poczęcia” (Szopa i wsp. 1996, s. 7). Tak rozumiana rola ruchu, sprawności fizycznej i motorycznej, jak również jedność i wzajemne oddziaływanie psychiki i motoryki dotyczy wszystkich ludzi, w tym również osób upośledzonych umysłowo. W parze z upośledzeniem umysłowym często idzie mała sprawność motoryczna, czy wręcz ociężałość ruchowa, a także różnorodne zaburzenia orientacji, lateralizacji, uwagi i spostrzegawczości (Burno-Nowakowa i Polkowska, 1988). Zachowanie ruchowe osoby niepełnosprawnej umysłowo stanowi nieraz jeden z najbardziej jaskrawych i rzucających się w oczy objawów patologicznych (Brzeziński, 1990).

U osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym często uwidaczniają się dwojakiego rodzaju zaburzenia zachowania: nadpobudliwość lub zahamowanie psychoruchowe. Nadpobudliwość psychoruchowa wiąże się z przewagą procesów pobudzania nerwowego przy jednoczesnym osłabieniu procesów hamowania. Zewnętrzny jej objawami są niewspółmiernie silne, często niedostosowane do bodźca reakcje, w tym także w sferze wegetatywnej, obejmujące czerwienie lub blednięcie twarzy, zaburzenia snu, lęki nocne, obgryzanie paznokci, moczenie nocne. Ponadto obserwuje się wówczas nadmierną ruchliwość, dużą pobudliwość, ożywienie, zaniepokojenie. Charakterystyczne dla tego rodzaju zaburzeń zachowania są ruchy bezmyślne, czasem pozbawione celu, bądź sięgające poza obręb zamierzonego celu. Często utrwalają się one i stają się czynnościami nawykowymi, z czasem mogą przekształcić się w natręctwa ruchowe lub ruchy przymusowe.

Drugim rodzajem zaburzeń zachowania osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym może być zahamowanie psychoruchowe, polegające na przewadze procesów hamowania nerwowego i osłabieniu pobudzania. Osoby przejawiające tego rodzaju zachowania są apatyczne, mało ruchliwe, nadmiernie spokojne. Nie wykazują większego zainteresowania otoczeniem, przez co ich łączność ze środowiskiem jest utrudniona. Reakcja na każdy bodziec charakteryzuje się dużym opóźnieniem (Kostrzewski, 1981; Brzeziński, 1990; Jarosz, 1993).

Obok wyżej wymienionych rodzajów zaburzeń równowagi procesów nerwowych, istnieje trzecia ich postać, przejawiająca się w chwiejności tych procesów. Charakteryzuje się ona brakiem przewagi jednego z dwóch procesów sterowania nerwowego: pobudzania lub hamowania. U osób z tego rodzaju zaburzeniem psychoruchowym szybko występuje znużenie, brak równowagi ruchowej, zniamięnna jest drażliwość i zmienność nastrojów (Jarosz, 1993).

Rozwój motoryczny osób umiarkowanie i znacznie niepełnosprawnych umysłowo może być utrudniony poprzez występujące różnicowania w budowie ciała, wady postawy, deformacje w układzie kostnym, np. w budowie czaszki (małogłowie), klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych (koślawość lub szpotawość kolan, płaskostopie). Niekorzystny wpływ wywierają też zaburzenia przemiany materii, wrodzone wady serca, padaczka, upośledzenia któregoś zmysłu: szczególnie wzroku bądź słuchu (Jarosz, 1993; Marchewka, 1999a). Bardzo często u osób niepełnosprawnych umysłowo występują zaburzenia napięcia mięśniowego w formie wiotkości – określanej mianem hipotonii – bądź w formie wzmożonego napięcia mięśniowego – określanej mianem hipertonii. Hipotonia występuje u niepełnosprawnych umysłowo dzieci częściej niż hipertonia i jest, oprócz przyczyn o podłożu neurobiologicznym, powodowana niedostateczną liczbą doświadczeń czuciowo-ruchowych (Montgomery, 1981). Zaburzenia rozwoju ruchowego zależą od organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego i dlatego często równocześnie z upośledzeniem umysłowym występują niedowłady bądź porażenia. Mogą też się pojawić zaburzenia ruchowe ściśle związane z rozwojem psychicznym. Charakterystyczne są wówczas paratonie, czyli niemożność dowolnego rozluźniania mięśni, zaburzenia lateralizacji (stronności), co z kolei prowadzi do zaburzeń w orientacji przestrzennej i autoorientacji (Jarosz, 1993). Sytuację dodatkowo pogarsza występowanie u osób upośledzonych umysłowo zaburzeń integracji sensomotorycznej (Ayres, 1991).

Często u osób niepełnosprawnych umysłowo występują niewystarczające reakcje posturalne, które w konsekwencji warunkują prawidłową postawę i wzorce ruchu. Według Rast'a i wsp. (1985) oraz Haley'a (1986) nieprawidłowa kontrola posturalna spowodowana jest w dużej mierze niedostatecznymi reakcjami równowagi, a w przypadku dzieci z zespołem Downa – dodatkowo nadmierną ruchomością i niestabilnością stawów (Parker i wsp. 1986; Ulrich i wsp. 1992; Lauteslager, 1995).

Fakt ograniczeń ruchowych osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym nie powinien zniechęcać do stosowania stymulacji ruchowej tych osób (Pilecka, 1997). Aktywność ruchowa jest źródłem zaspokojenia różnych potrzeb człowieka, a osobie niepełnosprawnej umysłowo zapewnia kontakt z otoczeniem i jest często jedynym sposobem komunikowania się. Stanowi narzędzie poznania otaczającego świata, jest sposobem wyrażania emocji. Wpływa też na kształtowanie się osobowości społecznej upośledzonego, może być dla niego źródłem radości i ożywienia. Sprawność fizyczna wzmacnia wiarę we własne siły, redukuje lęk, niepewność, przez co zapewnia poczucie bezpieczeństwa, ułatwia poznanie możliwości własnego ciała.

Osoba dotknięta niepełnosprawnością umysłową poprzez stymulację ruchową doskonali cechy motoryki – siłę, szybkość, wytrzymałość, a także zręczność, koordynację ruchową, a więc ogólną sprawność fizyczną, co powoduje, iż staje się

ona mniej zależna od otoczenia. Powtarzanie prawidłowych czynności ruchowych eliminuje błędne akty ruchowe i w konsekwencji prowadzi do wybierania i utrwalania najlepszych rozwiązań (Nowotny – red., 2003). Aktywność fizyczna stymuluje również rozwój umysłowy, wpływa na kształtowanie woli i charakteru. Jest także sposobem na rozładowanie nadmiaru energii oraz napięć psychicznych, stanowi podstawę dobrego samopoczucia. Wysoki poziom sprawności psychomotorycznej umożliwia podjęcie pracy, zarobkowanie, a tym samym usamodzielnienie się osoby niepełnosprawnej umysłowo (Hulek, 1985; Minczakiewicz, 1986; Brzeziński, 1990; Lausch-Żuk, 1995; Bogdanowicz i wsp. 1996). Aktywność fizyczna wywiera wieloaspektowy, pozytywny wpływ na rozwój psychomotoryczny osoby niepełnosprawnej umysłowo. Sfery psychiki i motoryki zazębiają się, praca nad jednym parametrem równolegle stymuluje drugi element (Szopa i wsp. 1996).

„Aktywność społeczna jest znaczącym stymulatorem własnego rozwoju, którego źródła tkwią w interakcjach z innymi” (Mikrut, 1995, s. 35). Rozwój społeczny to proces stawania się członkiem społeczeństwa, czyli nabywania wiadomości i umiejętności potrzebnych do udziału w życiu społecznym (Kościelska, 1984; Kowalik, 2002). Kompetencje społeczne są to różnorodne umiejętności konieczne do prawidłowego funkcjonowania jednostki w społeczności. Odpowiedni poziom kompetencji społecznych pozwala jednostce dostosować się do zwyczajów, form, standardów zachowania przyjmowanych przez społeczeństwo, w którym żyje. Kompetencje społeczne nabywa człowiek przez całe życie, współżycie z innymi osobami, stając oko w oko z przeciwnościami losu. Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym stały się przedmiotem zainteresowań naukowych, w związku z coraz szerzej propagowaną ideą integracji ze środowiskiem ludzi zdrowych (Belcher, 1994; Kościelak, 1995). Często wymiennie w stosunku do kompetencji społecznych stosowane są następujące pojęcia: uspołecznienie, dojrzałość społeczna oraz przystosowanie społeczne. Pojęcia te nie są równoważne i wyrażają nietożsame treści. Uspołecznienie stanowi jeden z czterech działów kompetencji społecznych i wyraża tylko umiejętności w zakresie zachowań prospołecznych. Dojrzałość społeczna jest pojęciem zarezerwowanym dla osób osiągających wysoki poziom rozwoju i używanie zamiennie tego pojęcia wydaje się niewłaściwe w sytuacji, gdy poziom kompetencji społecznych osób upośledzonych umysłowo ustala się na podstawie wykonanych konkretnych zadań. Również przystosowanie społeczne nie odnosi się dosłownie do umiejętności społecznych, a raczej do sfery osobowości i norm zachowań społecznych (Witkowski 1997).

Osoby niepełnosprawne umysłowo, pomimo swoich ograniczeń intelektualnych i utrudnień fizycznych, przejawiają szeroko rozwinięte potrzeby społeczne: przynależności, miłości, bycia rozumianym, bycia dostrzeganym przez innych, doznawania życzliwości, poczucia własnej wartości, pełnienia określonej roli społecznej, kontaktu z otoczeniem. Realizacja tych potrzeb, w przypadku umiarkowanie

i znacznie niepełnosprawnych umysłowo, bywa często utrudniona. Uszkodzenie kory mózgowej, gdzie następuje synteza i analiza odbieranych z zewnątrz impulsów, powoduje ograniczony rozwój społeczny tych osób. Upośledzenie analizatorów skutkuje niedokładnym odzwierciedleniem istniejącej rzeczywistości, co zmniejsza zakres odbieranych spostrzeżeń i spowalnia sam proces analizy otoczenia (Kostrzewski, 1981). Niepełnosprawności umysłowej towarzyszy upośledzenie mowy, która jest uboga, niezrozumiała i często ogranicza się jedynie do kilku słów, co powoduje konieczność porozumiewania się pozawerbalnymi środkami komunikacji – „mową ciała”, a więc m.in. gestami, mimiką, wyrazem oczu (Minczakiewicz, 2000).

Społeczne funkcjonowanie człowieka wiąże się również z podjęciem pracy. Umiarkowany stopień upośledzenia umysłowego nie ogranicza możliwości zarobkowania. Osoby upośledzone w tym stopniu mogą pracować w warsztatach pracy chronionej, a po odpowiednim przygotowaniu i przy indywidualnych predyspozycjach są zdolne do podjęcia pracy w warunkach zakładu otwartego, gdzie wykazują na ogół sumiennosc i obowiązkowość, choć ich wydajność pracy jest przeważnie niższa od wydajności osób zdrowych. W przypadku znacznego stopnia upośledzenia umysłowego podjęcie pracy możliwe jest tylko w warunkach chronionych. Osoby o tym stopniu niepełnosprawności umysłowej zdolne są jedynie do wykonywania prostych prac i to pod stałym nadzorem (Majewski, 1995).

O ile osoby niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym można nauczyć radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, o tyle nie jest to możliwe w przypadku osób znacznie niepełnosprawnych umysłowo. Ich samodzielność ogranicza się do najprostszych czynności życia codziennego. Wymagają one nadzoru i stałej pomocy przy zaspokajaniu swoich potrzeb życiowych (Kostrzewski, 1981; Maszczak, 1991; Mrugalska, 1994).

1.4. Przegląd badań nad sprawnością fizyczną i kompetencjami społecznymi osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym

Brak spójnej, ogólnej teorii, odnoszącej się do poszczególnych grup osób niepełnosprawnych, integrującej rozmaite aspekty rehabilitacji, uwzględniającej medyczny, psychologiczny, społeczny, pedagogiczny, materialny i zawodowy punkt widzenia, powoduje, iż wszyscy zainteresowani badacze i praktycy posługują się niejednoznacznym, niejasnym nazewnictwem, inaczej formułując cele rehabilitacji, tworząc zróżnicowane ośrodki kształcące młodzież dla potrzeb rehabilitacji. Jeśli przyjąć, że rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych umysłowo, rozumiana jako przystosowanie do życia w społeczeństwie, pełni nadrzędną rolę w stosunku do pozostałych aspektów, to wszystkie działania

usprawniające powinny być podporządkowane temu celowi. Powyższa teza, określająca nadrzędność przystosowania społecznego, wyrażonego poziomem kompetencji społecznych, była powodem badania interesującej autorkę sprawności fizycznej i poszukiwań relacji między sprawnością fizyczną a powyżej określonym głównym celem rehabilitacji, wyrażonym poziomem kompetencji społecznych badanych w pracy osób.

Problemem rozwoju sprawności fizycznej osób niepełnosprawnych umysłowo zajmowali się m.in. Strzyżewski i Iwanowski (1971), Halkowicz (1975), Dziedzic i wsp. (1978), Pańczyk (1979), Jędrzejczak (1981), Kostrzewska (1982), Ślężyński (1991), Ślężyński i Gawlik (1997). Głównym kierunkiem badań było środowisko osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu lekkim i tylko nieliczne prace dotyczyły sprawności fizycznej osób z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym. W opinii Maszczaka (1991), brak odpowiednich technik badawczych oraz trudności w doborze jednakowych grup osób upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym spowodowały, że znacznie mniej uwagi poświęcano tym osobom.

Dziedzic i wsp. (1978, s. 58) stwierdzili, że „obniżony w stosunku do normy poziom sprawności intelektualnych i stopień rozwoju osobowości powoduje opóźnienie rozwoju motorycznego, a tym samym działa hamująco na rozwój fizyczny dziecka i wskutek opóźnionego rozwoju aktywności ruchowej organizm dziecka rozwija się nierównomiernie”.

Do podobnych wniosków doszedł Pasternak (1988). Porównując rozwój fizyczny osób upośledzonych umysłowo i osób o normie intelektualnej, stwierdził, że niepełnosprawni umysłowo nie dorównują pod względem fizycznym osobom pełnosprawnym, co więcej – twierdził, iż wyższemu stopniowi niepełnosprawności umysłowej towarzyszy większe upośledzenie fizyczne.

Pańczyk (1979), zaobserwował, że sprawność ruchowa osób umiarkowanie i znacznie upośledzonych jest mniejsza niż sprawność dzieci lekko upośledzonych, a tych ostatnich jest na ogół niższa niż osób w normie intelektualnej.

Krupski (1977), Zachara i Dobosiewicz (1987) oraz Jarosz (1993) zwrócili uwagę, że osoby upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym mają problemy z koncentracją uwagi, dokładnością odbierania wrażeń wzrokowych, słuchowych, robią to w zwolnionym tempie. Posiadają także deficyty w zakresie autoorientacji, orientacji przestrzennej i koordynacji wzrokowo-ruchowo-słuchowej. Reagują wolniej i niedokładnie.

Mrugalska (1971, s. 54), opisując motorykę osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym, stwierdziła, że osoby te „chodzą niezgrabnie, chwiejnie, wykonując jednocześnie wiele niepotrzebnych ruchów towarzyszących. Ruchy ich ramion są szerokie, chaotyczne, niecelowe. Chwyty dłoni nieprecyzyjne i słabe, a ruchy palców nie poddają się woli (...). Mają trudności z koordynacją ruchów rąk, nóg, tułowia”.

Według Dziedzica wsp. (1978), niepełnosprawni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym wykazują zaburzenia orientacji w prawej i lewej stronie ciała, czyli mają lateralizację nieustaloną, będącą przyczyną zaburzeń koordynacyjnych. Ich zdolności motoryczne są znacznie obniżone w zakresie szybkości, impulsywności, koordynacji statycznej i dynamicznej, siły, ruchliwości i gibkości. Odnosnie do rozwoju sprawności manualnej Tizard (za Clarke, 1970, s. 172) odnotował, że „osoby głębiej upośledzone umysłowo stoją niżej od normalnych pod względem uzdolnień manualnych, natomiast osoby lekko upośledzone umysłowo mogą być najwyżej niewiele od nich gorsze pod tym względem”.

Pańczyk i Liman (1978) prowadzili badania dzieci w wieku 14 – 17 lat, niepełnosprawnych w stopniu lekkim i umiarkowanym, uczęszczających do szkół specjalnych. Obiektem badań były predyspozycje ruchowe, które są ważne dla osiągnięcia odpowiedniej sprawności fizycznej. Porównując uzyskane wyniki z rezultatami młodzieży o normie intelektualnej okazało się, że u około 75% badanych wystąpiły opóźnienia rozwoju predyspozycji ruchowych, co skutkowało niskim stopniem sprawności fizycznej.

Zagadnieniem sprawności fizycznej osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym zajmowała się też Kozłowska (1974). Zastosowała ona odpowiednio dobrane dla głębiej upośledzonych testy i podjęła próbę oceny sprawności ruchowej tych osób. Badania przeprowadziła na jednorodnej, pod względem stopnia upośledzenia umysłowego, grupie 17 chłopców i 13 dziewcząt. Zastosowała sześć prób sprawności fizycznej, tj.: próbę siły, mocy, zwinności, równowagi, koordynacji i rytmiczności. Z obserwacji wynikało, iż badane osoby, będące w tym samym wieku, różniły się od siebie poziomem rozwoju motorycznego.

Dziedzic i wsp. (1978) przeprowadzili analizę wyników uzyskanych przez młodzież niepełnosprawną umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym, podczas I Ogólnopolskich Igrzysk Sportowych Młodzieży Inwalidzkiej w 1975 roku. Zestawienie wyników uzyskanych na zawodach pokazało istnienie niewielkich różnic sprawności fizycznej między zawodnikami upośledzonymi w stopniu umiarkowanym i znacznym w porównaniu z upośledzonymi w stopniu lekkim.

Maszczyk (1991) prowadził badania rozwoju somatycznego i motorycznego dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Sprawność motoryczną mierzył: biegiem wahadłowym 4x10 m, skokiem w dal z miejsca, wyskokiem dosiężnym, skłonem tułowia w przód, rzutem piłką lekarską 2-kilogramową, siłą dłoni – za pomocą dynamometru oraz testu Ruffiera – Dilsona. Uzyskane wyniki porównał z wynikami Trzeźniowskiego i Pilicza (1989), opracowanymi dla dzieci w normie intelektualnej. Stwierdził, że istnieje zależność między stopniem upośledzenia a wynikami osiągniętymi przez badaną grupę osób w próbach sprawnościowych. Najśłabsze rezultaty uzyskały dzieci ze znacznym

stopniem upośledzenia umysłowego. Wykazał również, że poziom rozwoju motorycznego osób upośledzonych jest niższy w porównaniu z poziomem rozwoju ich rówieśników o normie intelektualnej.

Pańczyk (1992) w badaniach obejmujących grupę 2780 uczniów niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym, wykazał zmniejszanie się różnic w wynikach testów sprawności fizycznej pomiędzy uczniami z lekkim, umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym w starszych kategoriach wiekowych (16–17 lat).

Ślężyński i Gawlik (1997) zbadali rozwój motoryczny 278 uczniów w wieku od 7 do 17 lat, niepełnosprawnych umysłowo, posługując się po raz pierwszy testem Eurofit. Autorzy badań stwierdzili, iż upośledzone umysłowo dzieci, w każdym wieku, nie dorównują w sprawności motorycznej grupie porównawczej, wyłonionej z populacji dzieci pełnosprawnych.

Również Bolach (1995) zajmował się wszechstronną sprawnością fizyczną osób w wieku 9 i 11 lat, niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym. Grupę kontrolną stanowiły dzieci pełnosprawne w tym samym wieku. Badaniami objęto 30 osób, a w ocenie sprawności fizycznej posłużono się Indekssem Sprawności Fizycznej Zuchory. W badaniach wykazano, że dzieci upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym prezentują niski stopień sprawności fizycznej wszechstronnej w porównaniu z dziećmi pełnosprawnymi. Podobne zagadnienie rozpatrywały Marchewka i Schmidt (2000a; 2000b), badające testem Eurofit Special sprawność motoryczną 30 uczniów „szkoły życia” niepełnosprawnych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym. Autorki zaobserwowały, że badana grupa charakteryzowała się ogólnie niskim poziomem sprawności motorycznej.

Kielin (1999) zajmował się sprawnością manualną osób głębiej upośledzonych umysłowo i stwierdził, że jest ona mniejsza niż osób, u których rozwój przebiega normalnie. niesprawność intelektualna idzie tutaj w parze z niesprawnością ruchów manualnych. Do podobnych wniosków w swoich badaniach doszli Garda-Łukaszewska i Szperkowski (1997), a wg Kościelaka (1989), zaburzenia mikroruchów rąk powodują trudności z pisaniem, rysowaniem, pracami ręcznymi, sznurowaniem butów, zapinaniem guzików, szyciem, wycinaniem i majsterkowaniem.

Skowroński (2003), badając testem Eurofi Special 1583 osoby z różnymi stopniami upośledzenia umysłowego, zamierzał wykazać, że tempo i rytm zmian w sprawności motorycznej osób z upośledzeniem umysłowym są zróżnicowane ze względu na wiek, płeć i stopień upośledzenia umysłowego. Chociaż istniały różnice w sprawności motorycznej pomiędzy grupami oraz pewne przesłanki różnic o charakterze jakościowym, to jednak zamierzenie autora nie zostało wystarczająco potwierdzone badaniami.

Zasadniczym celem edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej umysłowo jest przygotowanie do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez rozwój różnorodnych umiejętności, czyli kompetencji społecznych, koniecznych do

prawidłowego społecznego funkcjonowania. Autorkę szczególnie interesowały badania poświęcone kompetencjom społecznym w relacjach ze sprawnością fizyczną osób niepełnosprawnych umysłowo. Niestety, w literaturze są opisane głównie inne obszary społecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych umysłowo, z uwzględnieniem możliwości zatrudnienia, funkcjonowania w rodzinie, są porównywane różne systemy opieki zorganizowanej, analizowane przyczyny zachowań agresywnych, możliwości adaptacji i integracji w lokalnych społecznościach, formy spędzania czasu wolnego, jakość życia, problemy dezinstytucjonalizacji systemów opieki, natomiast kompetencje społeczne w połączeniu ze sprawnością fizyczną stanowią margines dostępnych badań naukowych. Podobną opinię wyrazili Gabler-Halle i wsp. (1993), twierdząc, iż zbyt mało czasu poświęca się badaniom umiejętności przystosowawczych i sprawności fizycznej w środowisku osób niepełnosprawnych umysłowo, oraz że wychowawcy dzieci niepełnosprawnych umysłowo byłiby bardziej zainteresowani rozszerzaniem programu zajęć ruchowych, jeśli zdawaliby sobie sprawę, że oprócz poprawy sprawności fizycznej, oddziaływanie to niesie inne, istotne dla wychowanków zmiany w ich społecznym funkcjonowaniu.

McEwen (1983) w badaniach prowadzonych w Australii, których celem było ustalenie związków między aktywnością fizyczną a poziomem kompetencji społecznych, stwierdził, iż aktywne sportowo upośledzone umysłowo dzieci osiągnęły wyższy poziom kompetencji społecznych w stosunku do nieaktywnej sportowo grupy kontrolnej.

Valkova (1998), badając zawodników uczestniczących w Olimpiadach Specjalnych w Czechach, odkryła, że poziom kompetencji społecznych trenujących uczestników olimpiady stale się podnosił, podczas gdy poziom kompetencji ich nietrenujących kolegów z grupy kontrolnej był taki sam lub niewiele wyższy.

Również Dykens i Cohen (1996) w badaniach zawodników amerykańskich startujących w Olimpiadach Specjalnych, wykazali istotny wpływ treningów sportowych i udziału w zawodach na rozwój kompetencji społecznych badanych niepełnosprawnych umysłowo osób.

Chaiwanichsiri i wsp. (2000) odnotowali, iż dzieci upośledzone umysłowo mają na ogół niższy poziom sprawności fizycznej i są bardziej otyłe niż ich zdrowi rówieśnicy. Zalecenie ćwiczeń fizycznych i wyrabianie od najmłodszych lat nawyków ruchowych uznali za istotny element rehabilitacji poprawiającej społeczne funkcjonowanie tych osób.

Fernhall (1993) badał wpływ ćwiczeń fizycznych na atrakcyjność pracownika dla potencjalnego pracodawcy oraz na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia. Stwierdził, iż ćwiczenia fizyczne to najlepszy sposób na zachowanie sprawności sercowo-naczyniowej, uniknięcie choroby ciśnieniowej, cukrzycy, choroby wieńcowej, obniżenie nadwagi, wzmocnienie siły mięśniowej, poprawienie wytrzymałości i podniesienie poziomu własnej atrakcyjności.

McEwen (1983) i Bat-Haee (2001), analizując wpływ stosowania systematycznych ćwiczeń fizycznych na poziom przystosowania społecznego, doszli do wniosku, iż w przypadku osób lekko, umiarkowanie i znacznie niepełnosprawnych umysłowo, a nawet w przypadku upośledzeń głębokich, terapia ruchowa wpływa na utrzymanie istniejącego poziomu samoobsługi i komunikacji, a niejednokrotnie przynosi zdecydowaną poprawę wymienionych wyżej działań kompetencji społecznych.

Elliott i wsp. (1994) oraz Berg i wsp. (1995) badali wpływ ćwiczeń ruchowych na poziom zachowań agresywnych. Stwierdzili, że trening o charakterze sportowym niweluje poziom zachowań agresywnych i prowadzi do wzrostu umiejętności przystosowawczych, a także siły motorycznej badanych.

Anderson i wsp. (1983) badali wpływ częstotliwości, systematyczności ćwiczeń i okresu ich trwania na poziomie interakcji społecznych. Zaobserwowali, że poziom interakcji zależy od systematyczności ćwiczeń i okresu ich trwania, natomiast nie jest zależny od częstotliwości zajęć.

Cytowicz-Karpiłowska i Wrona (1994) badały relacje między przystosowaniem społecznym a poziomem sprawności fizycznej u dzieci niepełnosprawnych umysłowo z mózgowym porażeniem dziecięcym. Autorki stwierdziły, iż istnieje silna zależność między poziomem sprawności fizycznej a przystosowaniem społecznym badanej 31-osobowej grupy. Usprawnianie fizyczne dzieci wpłynęło na rozwój dojrzałości życiowej i przystosowania społecznego.

Jaworska (2001) zbadała dziewięćosobową grupę dzieci autystycznych niepełnosprawnych umysłowo porównując rozwój motoryczny każdego dziecka z jego dojrzałością społeczną. Większej sprawności fizycznej towarzyszyło większe przystosowanie społeczne badanych osób.

Lambui (2004) badała poziom kompetencji społecznych mieszkańców domu pomocy społecznej, niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym, z uwzględnieniem wieku, czasu pobytu, okoliczności przybycia do placówki, częstotliwości spotkań z osobami znaczącymi. Wykazała, iż w miarę upływu czasu spędzonego w domu pomocy społecznej obniżał się ogólny poziom kompetencji społecznych szczególnie w zakresie uspołecznienia. Zaobserwowała, że w grupie osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną najwyższy poziom kompetencji społecznych prezentowali pensjonariusze przybyli wprost z domów rodzinnych oraz osoby pozostające w ciągłym kontakcie z bliskimi.

Literatura dotycząca poziomu rozwoju sprawności fizycznej osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym, a szczególnie liczba opracowań odnoszących się do relacji z kompetencjami społecznymi jest wciąż niewystarczająca. Wieloaspektowe analizy poziomu funkcjonowania jednostek i grup osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym w Polsce mogą poprawić skuteczność oddziaływań rehabilitacyjnych tak w zakresie sprawności fizycznej, jak i w zakresie kompetencji społecznych, i dlatego należało podjąć tego typu badania.