

Wpływ aktywności ruchowej na rozwój zachowań prospołecznych osób dorosłych z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną

Effects of physical activities on shaping the pro-social behaviour in adults with moderate intellectual disabilities

Alicja Gorący, Magdalena Bluszcz, Mariusz Baecker

Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki, Pruszków

Streszczenie

Cel pracy: Zbadanie wpływu aktywności ruchowej na poziom samodzielności i rozwój zachowań prospołecznych u osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym.

Material i metody: Grupa badana składała się z 10 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 25 – 36 lat, niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu umiarkowanym. Zastosowano następujące metody badań: ankieta i arkusz obserwacji wypełnione przez pracowników Warsztatów Terapii Zajęciowej. Analizowano stan badanych przed i po 3-miesięcznym okresie terapii zajęciowej. Wyniki badań analizowano za pomocą testu t Studenta dla danych zależnych oraz za pomocą funkcji chi-kwadrat; poziom $p \leq 0,05$ przyjęto za znamienny.

Wyniki: Po okresie terapii zanotowano wysoce znamienne ($p < 0,01 - 0,001$) poprawę samodzielności oraz wzrost zachowań prospołecznych, zwłaszcza w relacjach interpersonalnych. Nie stwierdzono znamiennych różnic między kobietami i mężczyznami.

Wnioski: Aktywność ruchowa ma znaczący dodatni wpływ na poziom samodzielności i rozwój zachowań prospołecznych, stanowi zatem cenne narzędzie usprawniające relacje społeczne osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, aktywność ruchowa, zachowanie prospołeczne

Summary

Study aim: To assess the effects of motor activities on the degree of self-reliance and of social behaviour of adults with moderate intellectual disabilities.

Material and methods: A group of 10 women and 15 men, aged 25 – 36 years, moderately disabled intellectually. Their nursing personnel were administered a questionnaire; additionally, observation records were used in the analysis of the behaviour of subjects pre- and post-therapy consisting of motor activities and lasting 3 months. The results of the study were analyzed by Student's t test for dependent data and chi-square function; $p \leq 0.05$ was assumed to be significant.

Results: The applied motor therapy resulted in highly significant ($p < 0.01 - 0,001$) improvements self-reliance and pro-social behaviors, especially in interpersonal relations. No significant gender-related differences were noted.

Conclusions: Motor activities markedly improve the degree of self-reliance and of social behaviour, thus being a valuable tool in shaping social behaviour of intellectually disabled subjects.

Key words: Intellectual disability; Motor activity; Social behaviour

Wprowadzenie

Termin „niepełnosprawność intelektualna” używany jest od niedawna. Został wprowadzony, aby wyeliminować stosowane dotychczas określenia takie, jak upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy, sprawni inaczej, osoby specjalnej troski, opóźnieni w rozwoju umysłowym, nienormalni itp. Pojęcia te miały bowiem piętnujący i stygmatyzujący wpływ na osoby niepełnosprawne [11].

Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się istotnie niższym niż przeciętnym funkcjonowaniem intelektualnym, współwystępującym z istotnym ograniczeniem w zakresie dwóch lub więcej spośród następujących zdolności przystosowawczych: porozumienia się, samoobsługi, kontaktów społecznych, korzystania z dóbr społeczno kulturowych, kierowania sobą, troski o zdrowie i bezpieczeństwo, zdolności szkolnych oraz sposobu organizowania wolnego czasu i pracy ([11], s.27). Rozróżniamy jej 4 stopnie: lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki [6].

Osoby upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym charakteryzują się głębszym niedorozwojem umysłowym. Dotyczy to wszystkich procesów poznawczych: postrzegania, wyobraźni, pamięci, uwagi i myślenia ([9], s.146). Charakteryzuje je myślenie przedoperacyjne, dominacja pamięci mimowolnej, trudności ze skupieniem uwagi, reakcje emocjonalne są często nieadekwatne do siły bodźca, a osoby takie nie panują nad popędami i emocjami. Zaburzony jest także rozwój fizyczny, między innymi w zakresie funkcjonowania zmysłów, deformacji twarzy i ciała, uszkodzeń kory mózgowej [6]. Wykazano, że aktywność fizyczna ma bardzo duży, pozytywny wpływ na osoby niepełnosprawne intelektualnie. Wyodrębniono nawet dziedzinę, którą nazwano aktywnością ruchową adaptacyjną, która ma pomóc w osiągnięciu samodzielności i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym przez usprawnianie ruchowe [7]. Potwierdzają to prace badaczy amerykańskich, w świetle których można zauważyć wyraźną korelację pomiędzy ćwiczeniami fizycznymi a poprawą samooceny, wzrostem umiejętności społecznych oraz ogólnej sprawności intelektualnej. Wpływ aktywności fizycznej na rozwój zachowań prospołecznych wykazano dla wszystkich grup wiekowych, w tym osób dorosłych [1,2,3,8].

Ruch stanowi zatem niezbędny czynnik wszechstronnego rozwoju, wpływając na usprawnienie pracy narządów zmysłowych i innych procesów poznawczych. Pozwala na obniżenie poziomu lęku, uczy współpracy z innymi osobami [5]. Ponieważ dorosłe osoby niepełnosprawne intelektualnie rozwijają się wolno, wymagają stałej i specyficznej aktywizacji prowadzonej przez specjalistów [10].

W ostatnich latach wykreował się nowy wizerunek osoby niepełnosprawnej intelektualnie, osoby pragnącej żyć i cieszyć się życiem na przekór własnej niepełnosprawności, osoby aktywnej, twórczej, odnoszącej sukcesy, obdarzającej uczuciami i uczącej nas wszystkich szacunku dla tajemnicy ludzkiego losu ([4], s. 22). Celem niniejszych badań była zatem ocena wpływu aktywności ruchowej na rozwój zachowań prospołecznych u osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym.

Materiał i metody

Badane osoby

Badania przeprowadzono dwukrotnie, przed terapią (bad. I) i po 3-miesięcznym cyklu zajęć ruchowych (bad. II) w placówce Warsztatu Terapii Zajęciowej (WTZ) w Chodakowie na grupie 10 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 25 – 36 lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Badane osoby uczęszczały na następujące zajęcia ruchowe: gry zespołowe, zajęcia muzyczne, wycieczki, spacer. Ze względu na dużą liczbę podopiecznych, zajęcia terapeutyczne realizowane były z podziałem na kilkuosobowe zespoły, w związku z czym średnia liczba zajęć ruchowych realizowanych w cyklach tygodniowych była również zmienna; 16% badanych uczęszczało na zajęcia 1 – 2 razy w tygodniu, największa część z nich (64%) 3 – 4 razy w tygodniu, a największa częstotliwość zajęć (5 razy w tygodniu) dotyczyła 20% obserwowanych.

Metody badań

Ze względu na niepełnosprawność intelektualną badanych, informacje o nich zostały uzyskane z ankiety własnego (M.Bluszcz) autorstwa, wypełnionych przez pracowników WTZ. Uzupełniono je także analizą danych zawartych w indywidualnych arkuszach obserwacji prowadzonych przez personel. Wyniki

badania analizowano za pomocą testu *t* Studenta dla danych zależnych oraz za pomocą funkcji chi-kwadrat; poziom $p \leq 0,05$ przyjęto za znamienne.

Wyniki

Wyniki badania ankietowego przedstawiono w tabeli 1, a dane z arkuszy obserwacji w tabeli 2. Dla ułatwienia analizy wyników, odpowiedziom na pytania w poszczególnych kategoriach (zob. tabela 1) przypisywano wartości punktowe od 0 do 2 (kategorie 1, 4 i 5), od 1 do 3 (kategoria 2) i od 0 do 6 (kategoria 3). Średnie wartości punktowe w poszczególnych kategoriach odnoszono do maksymalnej liczby punktów (2, 3 lub 6) w danej kategorii i wyrażono w procentach (ryc. 1). Nie stwierdzono znamienych różnic między kobietami i mężczyznami, więc wyniki przedstawiono dla wszystkich badanych łącznie. Jedynym wyjątkiem był znamienne ($p < 0,05$) częstszy udział mężczyzn niż kobiet w zawodach sportowych.

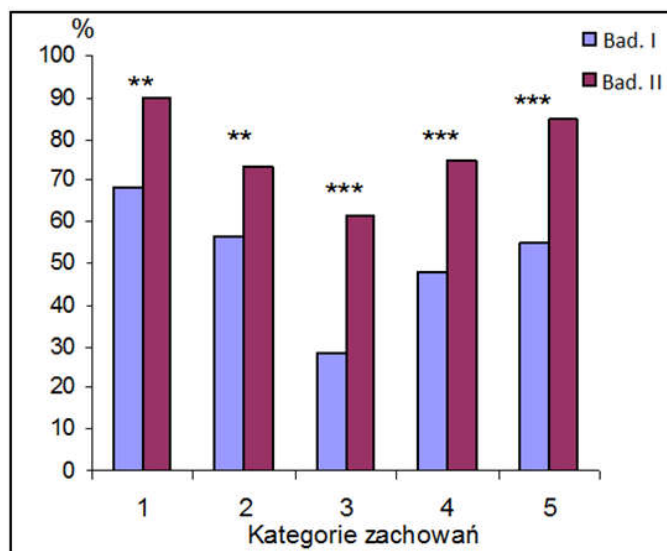
Tabela 1. Postawy badanych zaobserwowane przed (bad. I) oraz po (bad. II) w okresie terapii (dane z ankiety)

Kategorie		Stwierdzenia	Liczba odpowiedzi (%)		
			Bad. I	Bad. II	
1	Stosunek do przegranej	Nie toleruje przegranej (0 pkt)	12	4	8
		Nie przejmuje się przegraną (1 pkt)	40	16	24
		Przegraną przyjmuje ze spokojem (2 pkt)	48	80*	-32
2	Zakres stosowanych form grzecznościowych	Wita się i żegna prostym gestem (1 pkt)	40	8 ^a	32
		Wita się i żegna przy użyciu powszechnie stosowanych zwrotów grzecznościowych (2 pkt)	20	48 ^b	-28
		Niekiedy korzysta ze słów „przepraszam” „proszę” i „dziękuję” (2 pkt)	24	12	12
		Systematycznie i chętnie stosuje zwroty grzecznościowe (3 pkt)	16	32	-16
3	Relacje badanych z innymi osobami	Stroni od kontaktów (0 pkt)	32	0 ^a	32
		Inicjuje kontakt z jedną osobą (1 pkt)	24	12	12
		Inicjuje kontakt z grupą osób (2 pkt)	0	12	-12
		Podtrzymuje kontakt z jedną osobą (3 pkt)	12	8	4
		Podtrzymuje kontakt z grupą osób (4 pkt)	12	36 ^b	-24
		Współpracuje z jedną osobą (5 pkt)	16	12	4
		Współpracuje z grupą osób (6 pkt)	4	20	-16
4	Zakres pomocy innym	Bardzo chętnie (0 pkt)	12	60*	-48
		Na prośbę personelu lub (1 pkt)	32	12	20
		Na prośbę osoby potrzebującej (1 pkt)	40	24	16
		Nie udziela pomocy nikomu (2 pkt)	16	4	12
5	Umiejętność dzielenia się z innymi	Odmawia dzielenia się (0 pkt)	16	4*	12
		Na prośbę personelu (1 pkt)	36	24	12
		Na prośbę osoby potrzebującej (1 pkt)	32	16	16
		Chętnie dzieli się z innymi (2 pkt)	16	56	-40

* Znamienne ($p < 0,05$) różne od pozostałych odpowiedzi w tej kategorii; ^a znamienne różne od ^b

U dwóch mężczyzn terapeuci nie zauważyli wyraźnego wpływu aktywności fizycznej na ich zachowanie, u pozostałych osób odnotowano natomiast jej pozytywne oddziaływanie. W trakcie zajęć

grupowych niemal wszyscy podopieczni wykazywali przyjazne usposobienie oraz chęć pomocy innym, ale trzech mężczyzn było zamkniętych w sobie, wyizolowanych, i przejawiali zachowania agresywne (zob. tab. 2).



Ryc. 1. Średnie odsetkowe wartości oceny punktowej w poszczególnych kategoriach zachowań osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną (n = 25)

Legenda: 1 - Stosunek do przegranej; 2 - Zakres stosowanych form grzecznościowych; 3 - Relacje badanych z innymi osobami; 4 - Zakres pomocy innym; 5 - Umiejętność dzielenia się z innymi.

Znamiennie wyższe niż przed terapią zajęciową: ** p<0,01; *** p<0,001

W kolejnym badaniu analizowano postęp w rozwoju umiejętności społecznych kształtowanych u osób niepełnosprawnych podczas terapii, jaki miał miejsce w okresie 3 miesięcy. Jak wynika z danych (Tab. 2), pomimo niewielkiego odstępu czasu wyraźnie widoczne są zmiany w niektórych zachowaniach.

Tabela 2. Liczba postaw prezentowanych przez badanych (%) przed (bad. I) oraz po (bad. II) okresie terapii (wyniki arkusza obserwacji)

	Bad. I (%)	Bad. II (%)	(%)
1 Przywitał się używając zwrotów grzecznościowych	80	92	12
2 Korzystał ze słów „proszę” „dziękuję” i „przepraszam”	60	72	12
3 Pożegnał się używając zwrotów grzecznościowych	80	100	20**
4 Wybierał zajęcia indywidualne	12	12	0
5 Aktywnie uczestniczył w zajęciach grupowych	76	88	12
6 Wybierał formy aktywności w dużej grupie osób	60	80	20
7 Rozmawiał tylko z jedną osobą	40	32	-8
8 Aktywnie brał udział podczas rozmowy w grupie osób	60	68	8
9 Współpracował z jedną osobą	40	32	-8
10 Współpracował w grupie osób	60	68	8
11 Inicjował relacje z innymi osobami	76	80	4
12 Przegraną przyjmował ze spokojem	72	80	8
13 Wykazywał się wrażliwością na potrzeby innych	88	96	12
14 Potrafił dzielić się z innymi	56	96	40***
15 Przejawiał agresywne zachowania	8	12	4

Znamienny wzrost w stosunku do obserwacji przed terapią: ** p<0,01; *** p<0,001

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, iż największa poprawa widoczna jest w odniesieniu do umiejętności dzielenia się z innymi oraz w sposobie pożegnań.

Dyskusja

Badania miały na celu przedstawienie specyfiki pracy terapeutycznej i jej roli w kształtowaniu samodzielności i zachowań prospołecznych osób dorosłych niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym. Otrzymane wyniki wykazały, iż podopieczni poczynili znaczne postępy w tym zakresie, dzięki zajęciom prowadzonym w placówce. Wraz ze wzrostem częstości zajęć ruchowych widoczny był wyraźny wzrost liczby uczestników aktywnie zaangażowanych w zajęcia ruchowe. W przypadku spotkań realizowanych z częstością 1 – 2 razy w tygodniu wykazano, iż stopień zaangażowania badanego był bardzo niski lub żaden. Wzrost liczby prowadzonych zajęć w widoczny sposób ujawnia większy czynny udział jednostki aż u 76% respondentów.

Jak wynika z przeprowadzonych badań największą popularnością (80%) cieszy się odpowiedź, że badany przyjmuje przegraną ze spokojem. Wskaźnik ten udało się wypracować poprzez uczestnictwo w terapii, ponieważ początkowo taką postawę reprezentowało jedynie 48% uczestników. Taka postawa wskazuje, iż ankietowani rozumieją, że mimo swego zaangażowania nie zawsze muszą wygrywać. Od różnia to ich od respondentów, którzy nie przejmowali się porażką. Grupa tych osób, co prawda nie wykazuje agresywnych zachowań, lecz ich zaangażowanie w powierzone zadania jest znacznie mniejsze. Obserwacja ta jest istotna, ponieważ liczba podopiecznych, których najlepiej charakteryzuje ta odpowiedź wzrosła do 16%.

Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na rozwój postaw prospołecznych wskazuje również zmiana w zakresie znajomości i używania zwrotów grzecznościowych wykazywana przez badanych. Po terapii, 48% uczestników WTZ używa przy powitaniu i pożegnaniu form grzecznościowych, aż 32% (przed terapią 16%) systematycznie i chętnie korzysta ze zwrotów grzecznościowych.

W chwili przyjęcia do WTZ znaczna część badanych (32%) stroniła od kontaktów z innymi osobami. Terapia sprawiła, że 28% osób chętnie nawiązało kontakty społeczne i współpracowało w grupie (przed terapią 4%). Przytoczone dane pozwalają wyciągnąć ogólny wniosek, że terapia pozwala na otwarcie się w stosunku do innych. Pomaga nie tylko nauczyć się inicjowania znajomości, ale z czasem także współdziałania w grupie. Powodów takiej sytuacji można się doszukiwać w niewielkiej ilości interakcji społecznych, których doświadczali badani w czasie swego życia. Ich kontakty z ludźmi sprowadzały się bowiem w większości przypadków do członków najbliższej rodziny. Większość rodziców i opiekunów jest zdania, że ograniczając relacje osoby niepełnosprawnej intelektualnie z innymi ochrania ją przed złymi doznaniem (ośmieszeniem, krytycznymi uwagami, przewiskami). W imię tego „nadrzędnego dobra” ludzie ci są często izolowani od reszty społeczeństwa [9]. W wyniku terapii uzyskują oni w pierwszej kolejności zdolność do inicjowania kontaktów z pojedynczymi jednostkami, a następnie z grupą osób. Opanowanie tej umiejętności pozwala z kolei na zainicjowanie procesu wejścia w głębsze interakcje między nimi, przejawiające się w zdolności współpracy.

Interesujące wyniki uzyskano także w odniesieniu do postaw określających chęć pomocy innym. Wzrost aż o 48% dotyczył badanych, którzy natychmiast i bardzo chętnie wspierali innych. Całkowicie wyeliminowany został również odsetek osób, które nie udzielały pomocy nikomu. Wyrażna różnica dotyczy również uczestników, którzy do zapoczątkowania przyjaznych relacji potrzebowali zachęty ze strony personelu lub bezpośredniej prośby osoby potrzebującej. Na szczególną uwagę zasługuje grupa 22% badanych wykazujących inicjatywę pomocy wyłącznie na prośbę osoby potrzebującej. Respondenci należący do tej grupy wypracowali bowiem już w sobie nawyk pomagania innym w potrzebie, bez zachęcania ich ze strony personelu placówki. Terapeuci, stanowiący autorytet dla uczestników, muszą wciąż inicjować pozytywne zachowania jedynie u 13% ankietowanych.

Ogromną poprawę zaobserwowano w umiejętności dzielenia się z innymi. Wzorce zachowań uległy bowiem optymalizacji w odniesieniu do 61% podopiecznych. Widocznie zredukowała się liczba tych, którzy nie przejawiali własnej inicjatywy w tym zakresie. Dotyczy to 17% badanych inicjujących ten proces dopiero na prośbę osoby potrzebującej, natomiast 22% na prośbę personelu. Większa część podopiecznych placówki do wykazania prawidłowej postawy wymaga bowiem bodźca inicjującego dawane-go przez terapeutę. Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na rozwój postaw prospołecznych wskazuje natomiast fakt, iż całkowicie wyeliminowana została postawa, reprezentowana przez część badanych, którzy stanowczo odmawiali dzielenia się z innymi (z 16% do 4%).

Na podstawie wyników uzyskanych z ankiety, można stwierdzić, iż prowadzenie tej formy terapii ma pozytywny wpływ na uzyskiwanie postaw ogólnie akceptowanych społecznie. Przedstawione dane wskazują, iż rozwijają one takie zakresy życia społecznego jak rozpoczynanie i utrzymanie nawiązanych kontaktów, zwiększenie otwartości na otoczenie, rozwój zdolności dostosowania się do wymogów sytuacji. Ma to swoje odzwierciedlenie między innymi we wzroście używania zwrotów grzecznościowych czy komunikatywności.

Okazało się, że wśród form aktywności ruchowej, które najkorzystniej wpływają na kształtowanie postaw prospołecznych, są wycieczki i spacer. Jest to bardzo istotny wskaźnik, ponieważ kontakty z innymi ludźmi zawsze przynoszą oddźwięk w zachowaniu drugiego człowieka. Uwzględniając fakt, iż osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym cechuje ogromna podatność na warunki otoczenia, bardzo ważne jest, aby podczas terapii nie rozbudzać w nich potrzeby wyrażania negatywnych emocji. Powodem tego jest bardzo niski poziom wskaźnika poczucia krytycyzmu wobec siebie [5].

Zarówno złożoność problemu, jak również postępy które mogą poczynić podopieczni, jednoznacznie wskazują, iż praca terapeutyczna z dorosłymi, niepełnosprawnymi umysłowo w stopniu umiarkowanym, musi być prowadzona w sposób świadomy z zastosowaniem specjalistycznych metod interakcji. Podczas planowania i przeprowadzenia zajęć konieczne jest ich ściśle dostosowanie do potrzeb i możliwości podopiecznego. Wybór zbyt skomplikowanych form aktywności, zarówno w zakresie psychicznym jak i fizycznym, może wywołać zupełnie odwrotny efekt – zniechęcenia oraz rozdrażnienie. Równocześnie, aby wciąż widoczne były postępy, nie można zaniżać wypracowanego już poziomu [9].

Systematyczne i celowe organizowanie zajęć ruchowych z dorosłymi osobami niepełnosprawnymi umysłowo w stopniu umiarkowanym jest warunkiem koniecznym do ich prawidłowego rozwoju. Konieczne jest nieprzerwane dążenie do maksymalnego angażowania tych osób we wszystkie sfery życia społecznego [7]. Jako bardzo korzystne w kształtowaniu postaw prospołecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną wymienić należy grupowe formy terapii z zastosowaniem różnorodnych form aktywności fizycznej. Do zajęć, które potencjalnie mogą przynieść zauważalne efekty rozwojowe, zaliczyć można wycieczki i spacer, zajęcia przy muzyce oraz gry zespołowe. Ich zastosowanie ma istotny wpływ na rozwój samodzielnej egzystencji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Podczas doboru zakresu realizowanych zajęć terapeutycznych, konieczne należy skoncentrować swoją uwagę na indywidualnych możliwościach oraz pasjach podopiecznych [9].

Rozwój aktywności fizycznej u osób niepełnosprawnych umysłowo w stopniu umiarkowanym powinien być ukierunkowany nie na realizacji jednorazowych lub bieżących celów, lecz na trwałe, długofalowe efekty widoczne przez wiele lat.

Piśmiennictwo

1. Brown B.J. (1977) The effect of an isometric strength program on the intellectual and social development of trainable retard males. *Am. Correct. Ther. J.* 31:44-48.
2. Chasey W.C., Swartz J.D., Chasey C.G. (1974) Effect of motor development on body image scores for institutionalized mentally retarded children, *Am. J. Ment. Defic.* 78:440-445.

3. Corder W.W. (1966) Effects of physical education on the intellectual, physical and social development of educable mentally retarded boys. *Except.Child.* 32:357-364.
4. Firkowska-Mankiewicz A. (2006) Zmiana paradygmatu w postrzeganiu osoby z niepełnosprawnością intelektualną – z podopiecznego na pełnoprawnego i niezależnego życia społecznego. ZG PSOOU, Warszawa.
5. Grzeszczyk S. (2004) Rola rehabilitacji ruchowej w terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. [w:] Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom 2, Wyd. Impuls, Kraków.
6. Kijak R.J. (2013) Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
7. Okólczyk K., Suchanowski A. (2012) Aktywność ruchowa adaptacyjna. Wyd. AWF IS Gdańsk.
8. Oliver J.N. (1958) The effects of physical conditionig exercises and activities on the mental characteristics of educationally subnormal boys. *Br.J.Ed.Psychiatry* 28:155-165.
9. Szczupał B. (2004) Osoby niepełnosprawne intelektualnie w rodzinie a współczesne formy rehabilitacji na przykładzie działania warsztatów terapii zajęciowej. [w:] Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom 2, Wyd. Impuls, Kraków.
10. Wyczęsany J. (2003) Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wyd. Impuls, Kraków.

Otrzymano: 8.05.2017

Przyjęto: 28.10.2017

© Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki im. Haliny Konopackiej, Pruszków

ISSN 2544-1639

Adres autora: magoracy@wp.pl