

# Edukacja seksualna i doświadczenia seksualne młodych dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną

Sexual education and sexual experiences of young adults with intellectual disabilities

Remigiusz Kijak

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego

## Streszczenie

**Wstęp:** Niniejsza praca jest oparta na założeniach seksuologii pozytywnej — nie omówiono zatem kwestii seksualności człowieka niepełnosprawnego intelektualnie, jak to się zwykle ostatnio czynić, z punktu widzenia psychopatologii, zaburzeń i nieprawidłowości — ale starano się uchwycić to zagadnienie jako pozytywne doświadczenie będące częścią życia każdej osoby. Ze względu na poruszane zagadnienie istotną część artykułu stanowi wprowadzenie w kwestie promowania zdrowia, w tym seksualnego i edukacji seksualnej. W niniejszym artykule postawiono dwa cele. Pierwszy to próba odpowiedzi na pytanie, jaka jest edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną. Odpowiedzi poszukiwano w kwerendzie literatury dotyczącej tego tematu. Drugi to odpowiedź na pytanie: jakie są doświadczenia seksualne młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście edukacji seksualnej — czyli czy i na ile zachowania te spełniają własne emocjonalne i fizjologiczne pragnienia. Odpowiedzi na to pytanie poszukiwano w badaniach przeprowadzonych w 2016 i częściowo w 2017 roku.

**Materiał i metody:** W badaniach zastosowano metodę wywiadów. Przebadano łącznie 18 osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną (stopień umiarkowany). Badania prowadzono na warsztatach terapii zajęciowej. Nikt z uczestników badań nie uczestniczył wcześniej w zajęciach edukacji seksualnej. Do badań wprowadzono również grupę „kontrolną” 18 osób, byli to również uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej, którzy na początku 2016 roku przeszli szkolenie z zakresu seksualności. Po roku od szkolenia przebadano ich tym samym kwestionariuszem wywiadu, który dotyczył ich doświadczeń seksualnych. W sumie przeprowadzono 3 badania, w grupie kryterialnej tylko jedno, a grupie kontrolnej dwa — jedno na początku roku 2016 i drugie po roku od przeprowadzonego szkolenia. Wyniki porównano.

**Wyniki:** W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczących wskaźników charakteryzujących życie seksualne populacji młodych dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 20–30 lat.

**Wnioski:** Wnioski z badań potwierdzają założone hipotezy, a mianowicie wraz ze wzrostem uświadomienia seksualnego rośnie pozytywne przeżywanie własnej seksualności, zmniejsza się tendencja do ryzykowania seksualnego. Wszystkie osoby biorące udział w badaniach były po inicjacji seksualnej. Aby uzyskać dokładnie taką grupę badawczą badania prowadzono w kilku warsztatach terapii zajęciowej

**Słowa kluczowe:** seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, edukacja seksualna

*Seksuologia Polska 2018; 16 (2): 51–60*

## Abstract

**Introduction:** This work is based on the assumptions of positive sexology — therefore, the issue of sexuality of an intellectually disabled person, as it used to be done from the point of view of psychopathology, disorders and abnormalities, has not been discussed, but the issue has been addressed as a positive experience as

**Adres do korespondencji:** Remigiusz Kijak

Wydział Pedagogiczny  
Katedra Biomedycznych  
Podstaw Rozwoju i Seksuologii UW  
ul. Mokotowska, 16–20 Warszawa  
e-mail: poczta@remigiuszkijak.pl

Nadesłano: 7.06.2018 r.

Przyjęto do druku: 20.12.2018 r.

part of every person's life. Due to the issue raised, an important part of the article is an introduction to the promotion of health, including sexual and sexual education. This article sets two goals. The first is an attempt to answer the question of what is the sexual education of people with intellectual disabilities. Answers to this question were sought in the literature query on this topic. The second is the answer to the question about the sexual experiences of young people with intellectual disabilities in the context of sexual education — that is whether and to what extent these behaviors meet their own emotional and physiological desires. Answers to this question were sought in the surveys carried out in 2016 and partly 2017.

**Material and methods:** The interview method was used in the research. A total of 18 people with a deeper intellectual disability (moderate degree) were examined. The research was conducted in occupational therapy workshops. None of the participants in the study had previously participated in sex education classes. A „control” group of 18 people was also introduced into the study, as well as participants of occupational therapy workshops who were trained in sexuality at the beginning of 2016. One year after the training, they were interviewed with the same questionnaire that concerned their sexual experiences. In total, three tests were carried out. Only one test was carried out in the criterion group. In the control group, two were at the beginning of 2016 and the second after one year of the training. The results were compared with each other.

**Results:** The paper presents the results of research on indicators characterizing the sexual life of young adults with intellectual disabilities, aged 20–30 years.

**Conclusions:** The conclusions from the research confirm the hypotheses that were established, namely that with the increase of sexual awareness, the positive experience of one's sexuality increases, and the tendency to sexual risk decreases. All persons participating in the study were after sexual initiation. To obtain exactly such a research group, the research was conducted in several occupational therapy workshops.

**Key words:** sexuality of people with intellectual disability, sex education

*Seksuologia Polska 2018; 16 (2): 51–60*

## Wstęp

Zmiana paradygmatu postrzegania osób z niepełnosprawnością modyfikuje również samą definicję niepełnosprawności. Nowe definicje [1] zmniejszają wpływ biologiczności człowieka na rzecz rozumienia go jako istoty działającej i wypełniającej zadania, ale przede wszystkim członka określonej grupy społecznej. Pojęcie niepełnosprawności obejmuje tym samym trzy obszary funkcjonowania:

- uszkodzenia, jako brak lub deformacja anatomicznej struktury organizmu, albo jako brak lub zaburzenie przebiegu fizjologicznych lub psychicznych funkcji organizmu w strukturze jego narządów, układów i funkcji;
- działania, które oznacza wszystko to co człowiek robi, od wykonywania bardzo prostych czynności do bardzo złożonych i skomplikowanych zadań;
- uczestnictwa, jako rodzaj i zakres zaangażowania się osoby w środowisku, w którym żyje.

Niepełnosprawność, ze względu na wszechobecność występowania w populacji, powoduje określone konsekwencje zarówno w sensie indywidualnym, jak i społecznym. „niepełnosprawność stawia przed społeczeństwem obowiązek podejmowania działań zapobiegawczych, leżących w obszarze działań instytucji i społeczności lokalnych” [2]. Działania te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście zatrudnienia osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Samą niepełnosprawność intelektualną można traktować jako stan umysłu, którego przyczyną jest najczęściej uszkodzenie lub nieprawidłowa budowa centralnego i/lub ośrodkowego układu nerwowego (Międzynarodowa Liga na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, [ILSMH, *International League of Societies for the Mentally Handicapped*]). Z kolei Amerykańskie Stowarzyszenie na Rzecz Upośledzenia Umysłowego (*American Association on Mental Retardation* [AAMR], aktualnie *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [AAIDD]) zdefiniowało niepełnosprawność intelektualną jako „niepełnosprawność charakteryzującą się istotnym ograniczeniem zarówno w funkcjonowaniu intelektualnym, jak również w zachowaniu przystosowawczym, ujawniającym się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach przystosowawczych” [3]. Definicja ta podkreśla wagę wpływu środowiska społecznego, z jakiego wywodzi się dana osoba, równocześnie uwzględniając indywidualne różnice w komunikowaniu się, w funkcjonowaniu narządów zmysłów, w zakresie sprawności motorycznych i zachowaniu. Uwydatnia również fakt, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną poza ograniczeniami posiadają także silne strony, a nawet szczególne predyspozycje lub zdolności, a dzięki właściwemu, dostosowanemu do indywidualnych potrzeb wsparciu ich funkcjonowanie ulega poprawie. Niepełnosprawność intelektualna jest zjawiskiem złożonym i trudnym do jednoznacznego

zdefiniowania ze względu na złożoność organizmu człowieka, wielorakich wpływów środowiska oraz wielość możliwych do zastosowania kryteriów. Można ją jednak traktować jako wypadkową funkcjonalnych ograniczeń organizmu pozostających pod wpływem wymagań środowiska oraz sytuacji życiowej konkretnej jednostki, z jej biografią życiową czy sytuacją rodzinną.

Ocena skutków programów edukacji seksualnej z różnych względów nie jest prosta. Dokonany przez Światową Organizację Zdrowia przegląd wyników trzydziestu pięciu badań (1994) z różnych krajów wykazał, że wprowadzenie programów edukacji seksualnej do szkół często opóźnia lub zmniejsza aktywność seksualną młodzieży oraz prowadzi do częstszego stosowania antykoncepcji. Należy dodać, że programy okazywały się skuteczniejsze, gdy wprowadzono je, zanim młodzi ludzie podjęli aktywność seksualną. Lepsze efekty uzyskano także wtedy, gdy przekazywano młodzieży nie tylko praktyczne wiadomości na temat bezpiecznego seksu, ale i wiedzę dotyczącą postaw i norm społecznych. Oznacza to również, że skuteczniejsze okazywały się te programy, które łączyły promocję wstrzemięźliwości seksualnej z rzetelną wiedzą na temat bezpiecznego seksu, niż te, w których nacisk kładziono wyłącznie na namawianie młodzieży do wstrzemięźliwości.

Autor niniejszej pracy wskazuje na kilka istotnych aspektów edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie [3].

- Warto edukację seksualną rozpoczynać w dzieciństwie, wówczas można uniknąć wielu problemów pojawiających się w okresie dorastania.
- Edukacja seksualna jest właściwa, jeżeli dostosowano ją do poziomu rozumienia osoby, do której jest skierowana. Wielokrotnie powtarzana edukacja seksualna stanowi element profilaktyczny zabezpieczający przed niepożądaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową.
- Edukacja seksualna powinna zawierać przede wszystkim informacje o: budowie ciała i jego funkcjach, o wzorcach ról społecznych, o ekspresji potrzeb seksualnych, płodności i rodzicielstwie.
- Każda edukacja seksualna powinna być prowadzona w atmosferze szacunku, życzliwości, należy przestrzegać kilku zasad: zasady akceptacji, indywidualizacji, poszanowania prywatności, umiarkowania, wyważenia treści, subtelności.
- Każda edukacja seksualna powinna być również realizowana zgodnie z zasadą normalizacji i integracyjnego bytowania, w której podkreśla się te aspekty funkcjonowania, które są zgodne ze wzorcami i zachowaniami osób pełnosprawnych intelektualnie.

- Należy pamiętać, że edukacja seksualna powinna być dopasowana do poziomu potrzeb danej osoby, do jej oczekiwań i odpowiadać na indywidualne zapotrzebowanie (nie każdy potrzebuje w takim stopniu wsparcia edukacyjnego z zakresu seksualności).
- Niezbędne jest, aby edukację seksualną prowadzić w relacji rodzice–szkoła, im wcześniej uda się tę relację zbudować, tym jej efekty będą większe. Wspólne działanie rodziców i szkoły jest niezwykle ważne, ponieważ każda ze stron stanowi swoją własną wyjątkową rolę.

Jak wiadomo zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego i polega na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością. Ważną przesłanką promocji zdrowia seksualnego jest to, że nie powinno koncentrować się na żadnej specyficznej chorobie czy zagrożeniu. Orientuje się na całe populacje, na wszystkich ludzi, bowiem każdy posiada jakiś potencjał zdrowia, który może utrzymywać i pomnażać. W tym celu promocja zdrowia podkreśla interakcje między człowiekiem i jego społecznym i fizycznym środowiskiem. W odróżnieniu od działań profilaktycznych, które są planowane i egzekwowane przez sektor zdrowia, działania z zakresu promocji zdrowia wymagają także interwencji na poziomie rządów i społeczności. Budowa zdrowego i bezpiecznego środowiska wymaga bowiem odpowiedniej legislacji, nakładów finansowych, profesjonalistów z zakresu wielu dziedzin. Zdrowie seksualne zależy od uznawania, respektowania i stosowania praw seksualnych. Na podstawie badań autora niniejszej pracy [4–6] zostanie w artykule dokonana próba pewnej rekapitulacji tych praw w odniesieniu do grupy osób z niepełnosprawnością intelektualną.

## Prawo do wolności seksualnej

Wolność seksualna obejmuje indywidualną możliwość wyrażania pełni potencjału seksualnego, wyklucza jednak wszelkie formy seksualnego przymusu, wykorzystywania i nadużyć w jakimkolwiek czasie i sytuacji życiowej.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie realizują w pełni swoich potrzeb seksualnych (wyniki badań wskazują, że najczęściej dotyczy to osób: żyjących w domach pomocy społecznej i środowiskach rodzinnych o autorytarnych postawach wychowawczych i postawach nadopiekuńczych, a także osób o orientacji homoseksualnej — inicjację seksualną

ma za sobą 15% młodych osób o orientacji homoseksualnej w wieku 15–30 lat i odpowiednio 39% osób o orientacji heteroseksualnej, dane dotyczą tej samej grupy wiekowej) [5]. Częściej również w grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie dochodzi do wykorzystywania seksualnego.

### **Prawo do seksualnej odrębności, integralności i bezpieczeństwa cielesnego**

Prawo to mówi o możliwości podejmowania niezależnych decyzji dotyczących życia seksualnego, zgodnych z własną moralnością i obowiązującą etyką. Obejmuje ono również sprawowanie kontroli nad własnym ciałem i czerpanie z niego zadowolenia oraz wolność od torturowania, okaleczania i jakiegokolwiek przemocy.

Dane wskazują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną czterokrotnie częściej doświadczają przemocy seksualnej. Częściej też decydują się na podejmowanie aktywności seksualnej będącej głównie spełnieniem oczekiwań partnera (partner pełnosprawny). Zaledwie 22% badanych w wieku 20–40 lat jest zadowolonych z podejmowanej aktywności seksualnej.

### **Prawo do prywatności seksualnej**

Obejmuje ono prawo do indywidualnych decyzji i zachowań w sferze intymnej w stopniu, w jakim nie narusza to seksualnych praw innych osób.

Nie jest to prawo respektowane „udaremnianie dorosłości” — „infantylizacja dorosłości”

### **Prawo do seksualnej równości**

Odwołuje się do wolności od wszelkich form dyskryminacji, niezależnie od płci, orientacji seksualnej, wieku, rasy, klasy społecznej, religii ani fizycznej albo emocjonalnej niepełnosprawności.

Trudno jednoznacznie określić stopień społecznej dyskryminacji seksualności osób niepełnosprawnych, jednak badania dotyczące postaw społecznych w tym zakresie ujawniają wiele form dyskryminowania — od wykluczenia przejawów zachowań seksualnych, przez określanie tych zachowań mianem dewiantywnych czy patologicznych (warto wspomnieć o teorii Griffiths, która opisuje zjawisko fałszywej dewiacji) [7, 8].

### **Prawo do seksualnej przyjemności**

Przyjemność seksualna, włączając w to zachowania autoerotyczne, jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobra.

Wyniki badań [5, 6] wskazują, że osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w niewielkim zakresie realizują potrzebę seksualną w postaci współżycia seksualnego w związku partnerskim — dodatkowo trudno im określić stopień odczuwanej przyjemności, znaleźć opisy charakteryzujące orgazm. Formy zachowań seksualnych są uboższe niż w grupie osób pełnosprawnych.

### **Prawo do emocjonalnego wyrażania seksualności**

Wyrażanie seksualności obejmuje więcej niż przyjemność erotyczną lub zachowania seksualne. Osoby mają prawo do wyrażania swojej seksualności poprzez komunikowanie się, dotyk, wyrażanie uczuć i miłość.

### **Formy społecznych zachowań erotycznych**

Z uwagi na brak społecznego przyzwolenia również formy społecznych zachowań erotycznych są rzadsze w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną, a często całkowicie inaczej oceniane — jako bardziej gorszące, społecznie nieakceptowane, śmieszne, — na przykład spotkania towarzyskie, randki, publiczne okazywanie czułości. Mamy do czynienia niejako z kulturą społecznie niewidzialnych w kontekście zachowań seksualnych.

### **Prawo do swobodnych kontaktów seksualnych**

Oznacza ono możliwość zawarcia związku małżeńskiego lub niezawierania go, przeprowadzenia rozwodu i ustanawiania innych odpowiedzialnych związków seksualnych.

Dyskryminacja art. 12 Kodeksu Cywilnego oznacza niezgodne z zasadami paryskimi czy konwencją o prawach osób niepełnosprawnych przepisy.

### **Prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji o posiadaniu potomstwa**

Obejmuje ono prawo do decyzji o posiadaniu potomstwa, jego liczbie, różnicy wieku pomiędzy potomstwem oraz prawo pełnego dostępu do środków regulacji płodności.

Kwestia gotowości do realizacji funkcji rodzicielskich przez osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, zakres wsparcia społecznego, autonomia w podejmowaniu decyzji o posiadaniu czy niepo-

siadaniu potomstwa. To też kwestie etyczne, takie jak opieka nad potomstwem, antykoncepcja, *in vitro* dla partnerów niepełnosprawnych intelektualnie, opieka ginekologiczno-polożnicza, komunikacja z pacjentką niepełnosprawną intelektualnie na oddziałach ginekologicznych, Obecna dyskusja dotycząca prawa aborcyjnego — aborcja eugeniczna i dostosowania polskiego prawa do Konwencji o Prawach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), między innymi Art. 10 Konwencji.

## Prawo do seksualnej informacji opierającej się na badaniach naukowych

Prawo to mówi, że informacje na temat seksualności człowieka muszą się opierać na wynikach rzetelnych i nienaruszających zasad etycznych badań naukowych i powinny być rozpowszechniane na wszystkich poziomach społecznych.

Niewystarczająca edukacja (wyniki badań Griffiths [7] dowodzą, że wzrost wiedzy nie gwarantuje podejmowania prawidłowych zachowań seksualnych), potrzebne jest wsparcie i ciągła edukacja, budowanie akceptacji i wzrost świadomości społecznej, jak i samych osób niepełnosprawnych intelektualnie o przyjemności płynącej z seksu oraz zagrożeń — 79% badanych (N477) [5] nigdy nie stosuje antykoncepcji, nie bada się profilaktycznie. Pojawia się zatem kwestia chorób przenoszonych drogą płciową.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 18 osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kryteriami doboru były: nieuczestniczenie w żadnych zorganizowanych formach edukacji seksualnej, przeżyta inicjacja seksualna, brak schorzeń mogących w znacznym stopniu upośledzać czynności życiowe oraz zgoda na udział w badaniu. Zostało ono przeprowadzone w warsztatach terapii zajęciowej. Grupę kontrolną (GKOb1, GKOb2) stanowiło 18 osób również z głębszą niepełnosprawnością intelektualną będących w tym samym wieku co grupa kryterialna (GKR) (20–30 lat), które przeszły ośmiogodzinne szkolenie z zakresu seksualności człowieka, pozostałe kryteria doboru były takie same jak w grupie kryterialnej.

W sumie przeprowadzono trzy badania — w grupie kryterialnej jedno w 2016 roku, a w grupie kontrolnej dwa: jedno na początku 2016 roku, drugie po roku od przeprowadzenia szkolenia z zakresu edukacji seksualnej.

Uczestnictwo w badaniach było dobrowolne. Każda osoba została zapoznana z celem i zasadami prowadzonego projektu badawczego oraz zapewniona

o anonimowości i wykorzystaniu podanych danych wyłącznie do celów naukowych. Osoby badane zostały poinformowane, że udział w badaniu był dobrowolny. Przed każdym badaniem przeprowadzono krótką rozmowę z badanymi, co miało na celu zredukowanie lęku związanego z nową sytuacją. Z uwagi na poruszane w badaniach kwestie, a więc dotyczące satysfakcji i preferencji seksualnych, ustalono, iż wszystkie osoby muszą mieć doświadczenia seksualne. Za jedno z kryteriów przyjęto inicjowanie seksualne. Z badań autora niniejszej pracy z 2014 roku wynika, że w grupie 200 badanych osób zaledwie 14,2% przeszło inicjację seksualną [5]. Dlatego w projekcie założono, że dobranie grupy, która inicjowała seksualnie, będzie wymagać badań na kilku warsztatach terapii zajęciowej. Tak też się stało i ostatecznie grupa badawcza została zebrana z 6 warsztatów na terenie 3 polskich województw. Łącznie, aby zebrać grupę badawczą, przeprowadzono wstępne wywiady ze 112 osobami. Okazuje się jednak, że współczynnik inicjujących seksualnie wyniósł w tych badaniach 23,2%. Jest to zresztą porównywalne z innymi badaniami, między innymi Gougeon [9].

W niniejszym projekcie badawczym, przyjęto za Ostrowską [10], że „formy życia seksualnego i ekspresji seksualnej, wartości, wzory i preferencje z nim związane [...] stanowią niewątpliwie istotny składnik [...] życia”. Można powiedzieć, że zasadniczo seksualność stanowi integralny składnik więzi między ludźmi i wpływa na kształt kontaktów społecznych, a również przyczynia się do tworzenia charakterystycznych form komunikacji (werbalnych i niewerbalnych). Seksualność „podlega [...] procesom socjalizacji, w ramach których przekazywane są normy, wartości i wzory życia seksualnego charakterystyczne dla różnych środowisk” [10].




Podstawowym celem badań, a zarazem głównym problemem badawczym, było pytanie dotyczące tego, jakie formy doświadczeń seksualnych przejawia młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście ich własnej edukacji seksualnej — czyli czy i na ile edukacja seksualna może się wiązać z podejmowanymi zachowaniami seksualnymi i czy zachowania te spełniają subiektywne oczekiwania w tym względzie.

Hipoteza jaką postawiono w tym projekcie badawczym brzmiała następująco: ze względu na ustawowy brak edukacji seksualnej w szkołach specjalnych dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, częściej ich zachowania seksualne mogą być ograniczone lub też częściej spełniać kryteria nienormatywnych zachowań seksualnych. Stwierdzono mianowicie, że wraz ze wzrostem uświadomienia seksualnego rośnie pozytywne przeżywanie własnej seksualności, zmniejsza się tendencja do ryzykowania



1. Czy współżyciesz seksualnie, kochasz się, uprawiasz seks: tak...nie....  
 Jak często 1.....2.....3.....4.....5

2. Jaką pozycję seksualną preferujesz?

inną, jaką?,

3. Jaki jest dla ciebie seks?  
 przyjemny, miły, fajny, może inny, jaki?

4. Jak chcesz opowiedz o swoich doświadczeniach:  
 .....  
 .....  
 .....

5. Jakie formy aktywności seksualnej preferujesz  
 Kontakty udowe, gdy penis wchodzi między uda partnerki  
 Genitalne, gdy penis wchodzi do pochwy partnerki  
 Oralne, gdy pobudzam penis partnera lub łechtaczkę partnerki ustami  
 Analne, gdy wkładam penis w odbył partnerki

Rycina 1. Przykład pytań z kwestionariusza Skali zainteresowań i preferencji seksualnych

seksualnego. Za satysfakcjonujące życie seksualne uznano takie, które spełnia w zakresie samooceny jej emocjonalne i fizjologiczne oczekiwania, nie oceniano tych zachowań ze względu na istniejące w tym względzie normy kulturowe, seksuologiczne czy społeczną aprobatę.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę zainteresowań i preferencji seksualnych autorstwa niniejszej pracy [5]. To krótki kwestionariusz wywiadu, w którym pytania dotyczą różnych obszarów życia seksualnego. Skala obejmowała nasilenie występowania wybranych zachowań seksualnych wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich subiektywną ocenę zgodnie z założeniami seksuologii pozytywnej (ryc. 1).

## Wyniki

Warto zacząć od przedstawienia niektórych wskaźników charakteryzujących życie seksualne populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 20–30 lat.

Współżycie seksualne wiąże się zarówno z realizacją potrzeby biologicznej, jak i psychologicznej, a satysfakcję seksualną można ogólnie pojmować jako „subiektywnie odczuwane zadowolenie” z jakości życia seksualnego [11].

W badaniach nad jakością życia seksualnego koncentrowano się zarówno na poczuciu własnej satysfakcji seksualnej jednostki. Iliska i wsp. w świetnej pracy „Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella — właściwości psychometryczne polskiej

wersji narzędzia” [12] przeprowadziły analizę pojęcia „satysfakcja seksualna”. Znajduje się tam rzetelna analiza teoretyczna na ten temat. W niniejszej pracy roboczo używane będzie proste rozumienie tego pojęcia — jako subiektywnego odczuwania przyjemności.

Tylko 26% osób z niepełnosprawnością intelektualną z grupy kryterialnej współżyło seksualnie po inicjacji. I nieznacznie ponad 25% w grupie kontrolnej. Nie wykazano też żadnych istotnych statystycznie różnic po przeprowadzonym szkoleniu z zakresu edukacji seksualnej pomiędzy grupami GKR, GKOb1 i GKOb2, co dowodzi, że wiedza o aktywności seksualnej nie ośmiela osób niepełnosprawnych intelektualnie do częstszego współżycia seksualnego. Choć to zbyt mała próba badawcza, jest to jednak ciekawy wniosek dla oponentów edukacji seksualnej, którzy uważają, że zajęcia tego typu nadmiernie seksualizują młodzież. Zauważono natomiast różnice jakościowe związane ze świadomością współżycia seksualnego. Okazuje się że w grupie GKOb2 wystąpiły różnice istotne statystycznie na poziomie ( $r = 0,22$ ). Badani z tej grupy wykazywali większą świadomość związaną z podjęciem współżycia seksualnego w odniesieniu do grupy kryterialnej oraz swoich wyborów sprzed szkolenia. Tylko w grupie GKOb2 pojawiły się takie wybory, jak „niechciana ciężka”, „nie podejmę współżycia aby ulec partnerce/partnerowi”. Jak dotąd nie podejmowano badań dotyczących określenia poziomu satysfakcji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie. Odnosząc się do opisywanych w tym artykule badań zauważono, że wśród inicjujących seksualnie i regularnie podejmujących współżycie seksualne występują różnice w postrzeganiu

niu satysfakcji seksualnej. Okazuje się, że różnice te są istotne statystycznie na poziomie ( $r = -0,33$ ). Najmniejszą świadomość satysfakcji seksualnej miały osoby z grupy kryterialnej. Szkolenie z zakresu edukacji seksualnej zwróciło uwagę badanych na kwestie związane z satysfakcją seksualną. Badając satysfakcję kierowano się dwiema kwestiami: występowaniem orgazmów oraz subiektywną oceną poziomu satysfakcji towarzyszącej podejmowanym zachowaniom seksualnym.

Zasadniczo wśród wszystkich badanych osób występował niski poziom rozumienia pojęć, takich jak: rodzaje zachowań seksualnych, przyjemność, obszary genitalne, lechtaczka, prostata. Pojawiła się zatem konieczność ich wyjaśnienia, aby badane osoby mogły rozumieć ich znaczenie i opowiedzieć o swoim życiu seksualnym.

Wyniki badań jednoznacznie jednak wskazują, że współżycie seksualne dla każdej osoby było wyjątkowym przeżyciem opartym głównie na miłości i uczuciu. Natomiast dla tych badanych, którzy w międzyczasie przeszli szkolenie, rozumienie przyjemności oraz formy jej zaspokajania otworzyło nowe obszary czerpania satysfakcji z bliskiej intymnej relacji.

W badaniach próbowano również ustalić, jakie formy aktywności seksualnej preferują osoby głębiej niepełnosprawne intelektualnie oraz które z tych zachowań dają im największą satysfakcję seksualną.

Już z badań autora niniejszej pracy wynika, że najpowszechniejszymi formami pobudzenia seksualnego wśród osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie były masturbacja i stosunek genitalny [5].

Z kolei, jak wykazały wyniki niniejszych badań, 93% osób z grupy kryterialnej uprawiało masturbację. Szkolenie z zakresu edukacji seksualnej nie wprowadziło żadnej znaczącej ilościowej różnicy w tym zakresie, bowiem zachowania autoerotyczne były udziałem 87% badanych z GKOb1 i 88% z GKOb2. Ta niewielka ilościowa różnica nie stanowi podstawy do wyciągnięcia wniosku na temat nasilenia zachowań masturbacyjnych w badanych grupach. Natomiast pojawiła się radykalna zmiana istotna statystycznie w zakresie świadomości związanej z realizacją zachowań autoerotycznych ( $r = 17$ ). Po zestawieniu wyników okazuje się, że badani z grupy kontrolnej, którzy przeszli szkolenie z zakresu edukacji seksualnej, lepiej rozumieli, czym są zachowania autoerotyczne, jak należy je realizować i w jakich miejscach, niż badani z grupy kryterialnej.

Jakościowa analiza preferencji seksualnych wykazała, że niektórzy badani preferowali stosunki udowe z uwagi na zapobieganie ciąży, jednak w grupie tej tylko mężczyźni odczuwali satysfakcję seksualną. Kobiety wybierały tę formę jedynie z uwagi na chęć zapobiegnięcia ciąży. Nie zaobserwowano żadnych

różnic ilościowych w zakresie tej formy aktywności seksualnej w badanych grupach. Zauważono jednak, że w grupie kontrolnej po przebyciu szkolenia pojawiły się głosy, że warto w kontakcie seksualnym zadbać o satysfakcję partnera seksualnego. Kwestie te nie były jednak istotne statystycznie z uwagi na pojawienie się zaledwie kilku takich wypowiedzi.

Z badań autora niniejszej pracy wynika, że kobiety niepełnosprawne intelektualnie najchętniej preferowały stosunki genitalne z pobudzeniem ręcznym lechtaczki [5]. Zarówno kobiety z grupy kontrolnej, jak i z kryterialnej najbardziej pożądały zaspokajania ręcznego przez partnera z kontaktem genitalnym. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w tym badaniu.

Dla wszystkich badanych osób wzajemne pieszczoty ciała okazywały się bardzo istotne i były traktowane jako element kontaktu seksualnego. Żadna z badanych osób nie preferowała wyłącznie pieszczot, jako satysfakcjonującej formy kontaktów seksualnych z partnerem.

W badaniach z 2014 roku [5] wynika, że niepełnosprawni intelektualnie mężczyźni utożsamiali orgazm wyłącznie w wytryskiem nasienia. Ustalenie, czym jest orgazm dla badanych niepełnosprawnych intelektualnie kobiet było zadaniem o wiele bardziej skomplikowanym. Większość odczuwała satysfakcję seksualną z kontaktów genitalnych jednak tylko niewielka grupa z nich potrafiła odpowiedzieć czy to przeżycie można nazwać orgazmem.

W niniejszym projekcie badawczym również zapytano o tę kwestię. Okazało się, że dla wszystkich badanych osób orgazm jest doznaniem silnie indywidualnym, trudno też na podstawie przeprowadzonych wywiadów jednoznacznie ustalić, czym jest on dla badanych osób. Podobnie jak w projekcie badawczym z 2014 roku w trakcie wywiadu zapytano, czy przeżywane w czasie autostymulacji doznanie powtórzyło się kiedyś podczas kontaktu seksualnego z partnerem [5]. Prawie 27% niepełnosprawnych intelektualnie kobiet odpowiedziało, że tak, co może być przypuszczalnie tożsame z przeżyciem orgazmu podczas takiego zbliżenia. Porównując te wyniki z rezultatami uzyskanymi w 2014 roku przez autora niniejszej pracy [5], na większej jednak próbie badawczej, można zauważyć wzrost aż o 12%. Odnosząc się do niniejszych badań zaobserwowano różnice w rozumieniu i utożsamianiu orgazmu pomiędzy grupami kryterialną i kontrolną. Okazuje się, że badani z grupy kontrolnej po odbyciu szkolenia lepiej rozumieli fizjologię orgazmu, śmieiej potrafili mówić o własnych potrzebach seksualnych i odczuwanej przyjemności niż badani z grupy kryterialnej.

Warto przytoczyć jeszcze dane na temat używania prezerwatyw, a także środków antykoncepcyjnych.

Otóż używanie prezerwatyw zadeklarowało zaledwie 0,8%, a inne sposoby zapobiegania ciąży 0,1% badanych z grupy kryterialnej. Podobne wyniki uzyskano w krupie kontrolnej. Natomiast po szkoleniu odnotowano niebywały wzrost, aż 62% badanych zaczęło używać środków antykoncepcyjnych w postaci prezerwatyw ( $r = 22$ ). Przedstawione dane miały charakter niejako faktograficzny i niewiele mówią jeszcze o ocenach i satysfakcji związanej z życiem seksualnym. Porównanie wyników analizy dla obu grup pokazuje wyraźnie wzrost istotny statystycznie, co należy uznać za doskonały rezultat prowadzonego szkolenia.

Porównanie wagi poszczególnych zmiennych wskazuje ich na odmienne konfiguracje. W obu grupach udane życie seksualne jest na pierwszym miejscu powiązane z umiejętnościami, możliwościami i sprawnością, ale niewątpliwie należy uznać, że rzetelna edukacja seksualna nie tylko poprawia jakość i satysfakcję z życia seksualnego, ale ma wiele walorów profilaktycznych i zdrowotnych.

## Dyskusja

Problem niewystarczającej edukacji seksualnej, czy nawet jej braku, nie jest typowy wyłącznie dla Polski. Jak pisze Löfgren-Mårtenson [13], w Szwecji czy nawet całej Skandynawii edukacja seksualna jest wszak obowiązkowa od 1955 roku, ale dostęp do edukacji seksualnej jest niewystarczający w szkołach specjalnych. Wyniki badań prowadzonych między innymi przez Löfgren-Mårtenson [13–15] potwierdziły obawy pedagogów specjalnych dotyczących prowadzenia takich zajęć w szkołach. Opór wykazują również władze rządowe, pozostawiające rozwiązywanie tych kwestii rodzicom. Wyniki najnowszych badań pochodzących z Fontys University of Applied Sciences w Holandii, realizowanych przez zespół badaczy Schaafsma i wsp. [16] uwiarygodniły jednak, że problem dotyczący niechcianych ciąż, molestowania seksualnego i sytuacji związanych z ryzykiem seksualnym co roku dotyczy wielu holenderskich nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną. Löfgren-Mårtenson [13] zwraca uwagę jeszcze na inną kwestię. Według badaczki w dużej mierze heteronormatywna perspektywa edukacji seksualnej w Szwecji sprawia, że młodzi homoseksualiści z niepełnosprawnością intelektualną stają się niewidzialną grupą, zaś stereotypowane normy dotyczące płci, utrudniają im pełne realizowanie swojej seksualności.

Löfgren-Mårtenson [13] przeprowadziła badania, których miały ocenić wiedzę nauczycieli szkolnictwa seksualnego na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Kolejnym celem była analiza

doświadczeń młodych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną związanych z edukacją seksualną. Pytania dotyczyły również tego, kto i w jaki sposób zapewniać powinien edukację seksualną. Jakie tematy młodzi ludzie z niepełnosprawnością intelektualną uważają za ważne? Badania prowadzono metodą jakościową za pomocą wywiadów z 16 młodymi kobietami oraz mężczyznami w wieku 16–21 lat. Wyniki wykazały, że nauczyciele unikają tematów związanych z seksualnością osób niepełnosprawnych, a ich postawy względem przejawów seksualności podopiecznych są restrykcyjne, trudno im więc rozmawiać na te tematy.

Saxe i Flanagan [17] dodają, że w Kanadzie seksualność dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną jest rzadko poruszonym tematem, nawet w obszarze szkolnictwa i opieki specjalnej. Autorki przeprowadziły badania jakościowe, które obejmowały serię otwartych pytań skierowanych do pracowników opieki społecznej. Pytania dotyczyły wiedzy na temat seksualności i potrzeby edukacji seksualnej. Wyniki wykazały, że pracownicy socjalni przejawiają wiele uprzedzeń wobec oznak seksualności swoich podopiecznych, szczególnie dotyczących masturbacji, współżycia seksualnego i antykoncepcji. Nie wiedzą, czego powinna dotyczyć edukacja seksualna, a niektórzy badani byli przekonani, że zajęcia z edukacji seksualnej nadmiernie będą pobudzały osoby niepełnosprawne [17].

Ciekawe badania przeprowadzone przez kanadyjskie badaczki dotyczyły doświadczeń, barier i wyzwań związanych z edukacją seksualną młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną rozpatrywanych z punktu widzenia samych młodych ludzi, ich rodziców i pracowników służby zdrowia, którzy z nimi pracują. Analiza empiryczna wykazała, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną wykazuje znacznie niższe poziomy wiedzy seksualnej w porównaniu z osobami pełnosprawnymi. Wyniki pokazują również, że młodzież nie zawsze otrzymuje informacje niezbędne dla kompleksowej edukacji seksualnej [18].

Ustrukturyzowane wywiady przeprowadzone przez Schaafsma i wsp. [19] z 20 osobami z niepełnosprawnością intelektualną obejmowały pojęcia edukacji seksualnej, związków, rodzicielstwa i wsparcia. Okazało się, że wiedza badanych na temat edukacji seksualnej jest ograniczona głównie do takich tematów, jak: bezpieczny seks, antykoncepcja i choroby przenoszone drogą płciową. Dodatkowo stwierdzono, iż wiedza na temat bezpiecznego seksu nie zawsze przekłada się na podejmowanie bezpiecznych zachowań seksualnych. Badani podkreślali, że związki są ważne — głównie dlatego, że nie chcą być sami. Badania uwytkły zapotrzebowanie na wysokiej jakości edukację seksualną



obejmującą również takie tematy jak relacje online, social media i rodzicielstwa [19].

## Wnioski

Niniejszy artykuł ma na celu odnalezienie odpowiedzi na dwa pytania o możliwie jak najskuteczniejszą edukację seksualną osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną oraz czy i jak rzetelnie realizowana edukacja seksualna może poprawiać życie seksualne.

W artykule udokumentowano, że każdy człowiek niezależnie od sprawności ma prawo do odpowiedniej wiedzy i edukacji w zakresie seksualności. Ponadto stwierdzono, że prawa seksualne wszystkich osób muszą być przestrzegane, chronione i wypełniane. Każdy ma zatem prawo doświadczać seksualności w pozytywny i przyjemny sposób. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie różnią się pod tym względem od innych i wyrażają potrzebę i chęć nawiązywania kontaktów seksualnych i zdobywania wiedzy seksualnej. Mimo szerokiego uznania praw i potrzeb osób niepełnosprawnych intelektualnie sytuacja związana z edukacją seksualną jest obecnie daleka od ideału.

Należy uznać, że właściwie prowadzona edukacja seksualna w szkole [5]:

- pozwala młodzieży w pozytywny sposób podchodzić do własnej seksualności; zwiększa szanse na stworzenie szczęśliwych związków;
- umożliwia dostarczenie dzieciom rzetelnej informacji w sposób dostosowany do ich wieku oraz do możliwości pojmowania;
- stwarza szansę sprostowania błędnych informacji docierających do młodych ludzi;
- pomaga młodzieży uniknąć problemów związanych z prowadzeniem życia seksualnego. Bez względu na to, jaki jest stosunek dorosłych do seksualności młodzieży, nie sposób negować tego, że młodzi ludzie podejmują współżycie seksualne. Na dorosłych spoczywa odpowiedzialność za dostarczenie im wiedzy, dzięki której będą mogli korzystać z przysługujących im praw reprodukcyjnych i prawa do zdrowia. Programy edukacji seksualnej muszą więc zawierać rzetelne i zgodne ze współczesnym stanem wiedzy informacje na temat zapobiegania ciąży, metod i środków antykoncepcyjnych, ich skuteczności, wad i zalet. Muszą także wyczerpująco informować o sposobach uchronienia się przed zarażeniem wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Niedopuszczalne jest zniekształcanie informacji z jakichkolwiek względów, także ideologicznych. Za przykład takich działań mogą służyć niektóre polskie podręczniki do przedmiotu „przysposobienie do życia w rodzi-

nie”. Ich autorzy przestrzegając młodzież przed stosowaniem antykoncepcji, podając między innymi tak absurdalne argumenty jak ten, że stosowanie antykoncepcji prowadzi do oziębłości płciowej i utraty szacunku ze strony partnera;

- przyczynia się do zmiany stereotypów utrudniających kobietom i mężczyznom osiąganie równych szans w życiu prywatnym i społecznym;

Rzetelna i powszechna edukacja seksualna powinna być oparta na standardach naukowych i medycznych oraz na standardach praw człowieka wypracowanych przez ONZ oraz Unię Europejską. Według międzynarodowych standardów programy edukacji seksualnej powinny [5]:

- zapewniać rzetelną i pełną informację dostosowaną do wieku dziecka;
- zapewniać wiedzę odpowiednio wcześnie — tak, by wyprzedzać doświadczenia młodzieży;
- zapewniać rzetelną i pełną informację na temat antykoncepcji, w tym skuteczności, zalet i wad różnych metod;
- zapewniać rzetelną informację na temat AIDS i sposobu uniknięcia zakażenia wirusem HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową;
- podkreślać odpowiedzialność mężczyzn za skutki aktywności seksualnej;
- podkreślać prawo kobiety do decyzji w sprawach dotyczących seksu, także do odmowy w każdej sytuacji;
- opierać się na zasadzie równości płci;
- podkreślać pełne poszanowanie praw reprodukcyjnych człowieka i praw seksualnych kobiet;
- podkreślać szacunek dla młodych ludzi i dla ich decyzji;
- gwarantować akceptację mniejszości seksualnych;
- opierać się na założeniu, że seksualność jest dobrem i powinna służyć szczęściu kobiet i mężczyzn.

Wyniki badań ukazały również, że dobrze i rzetelnie prowadzona edukacja seksualna pozytywnie wpływa na jakość życia seksualnego i subiektywnych przeżyć i odczuć. Jednoznacznie wskazano to w aspekcie współżycia seksualnego, form jego realizacji jak również przeżyć z tym związanych. Edukacja seksualna podnosi również świadomość związaną ze zdrowiem reprodukcyjnym. Badania miały charakter wycinkowy. Obrazują jednak w pewnym stopniu wątki zaakcentowane w tytule i wprowadzeniu.

## Piśmiennictwo:

1. Kirenko J, Parchomiuk M. Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym. Wyd. Nauk. UMCS, Lublin 2008: 216.
2. Kirenko J. Oblicza niepełnosprawności. Wyd. Nauk. UMCS, Lublin 2006: 151.

3. Kijak R. Niepełnosprawność Intelktualna. Między diagnozą a działaniem. Wyd. IRSS, Warszawa 2013 : 126.
4. Kijak R. Seks i niepełnosprawność — doświadczenia seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków 2010: 360.
5. Kijak R. Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 209.
6. Kijak R. Dorosli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, jako partnerzy, małżonkowie i rodzice. OficynaWyd. Impuls, Kraków 2016: 317.
7. Griffiths D, Hingsburger D, Hoath J, et al. „Counterfeit deviance’ revisited. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2013; 26(5): 471–480, doi: [10.1111/jar.12034](https://doi.org/10.1111/jar.12034), indexed in Pubmed: [23925969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23925969/).
8. Parchomiuk M. Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków 2016: 280.
9. Gougeon N. Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: outing the ignored curriculum. *Sex Education.* 2009; 9(3): 277–291, doi: [10.1080/14681810903059094](https://doi.org/10.1080/14681810903059094).
10. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie, z zagadnień promocji zdrowia, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999: 220.
11. Janicka I. Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psych.* 2008 ; 51(1): 37–53.
12. Iłska M, Przybyła-Basista H, Brandt A. Skala satysfakcji seksualnej kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella — właściwości psychometryczne skiej wersji narzędzia. *Pol For Psych.* 2005; XXII(3): 440–458.
13. Löfgren-Mårtenson L. “I Want to Do it Right!” A pilot study of Swedish sex education and young people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability.* 2011; 30(2): 209–225, doi: [10.1007/s11195-011-9239-z](https://doi.org/10.1007/s11195-011-9239-z).
14. Bäckman M. Sex and relationship education in school. In: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L. ed. *Sexology.* Liber förlag, Stockholm 2010: 423–429.
15. Nilsson A. *The entire life. Fifty years with sex and cohabitation education.* Liber förlag, Stockholm 2005: Stockholm.
16. Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JM, et al. People with Intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sex Disabil.* 2017; 35: 21–38.
17. Saxe A, Flanagan T. Unprepared: An Appeal for Sex Education Training for Support Workers of Adults with Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability.* 2016; 34(4): 443–454, doi: [10.1007/s11195-016-9449-5](https://doi.org/10.1007/s11195-016-9449-5).
18. East L, Orchard T. Somebody Else’s Job: Experiences of Sex Education among Health Professionals, Parents and Adolescents with Physical Disabilities in Southwestern Ontario. *Sexuality and Disability.* 2013; 32(3): 335–350, doi: [10.1007/s11195-013-9289-5](https://doi.org/10.1007/s11195-013-9289-5).
19. Schaafsma D, Stoffelen JMT, Kok G, et al. Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: an intervention mapping approach. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2013; 26(2): 157–166, doi: [10.1111/jar.12017](https://doi.org/10.1111/jar.12017), indexed in Pubmed: [23280605](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23280605/).