

Monika Parchomiuk

Postawy pedagogów specjalnych
wobec seksualności osób
z niepełnosprawnością intelektualną



Postawy pedagogów specjalnych
wobec seksualności osób
z niepełnosprawnością intelektualną

Monika Parchomiuk

Postawy pedagogów specjalnych
wobec seksualności osób
z niepełnosprawnością intelektualną

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU MARIi CURIE-SKŁODOWSKIEJ

LUBLIN 2013

Recenzent
prof. dr hab. Małgorzata Kościelska

Konsultacja redakcyjna
Anna Granat
Wojciech Florek

Redakcja techniczna
Roman Fiut

Projekt okładki i stron tytułowych
Marta Kwiatkowska

Skład
Marta Świca

© Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013

ISBN 978-83-7784-315-4

Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
20-031 Lublin, ul. Idziego Radziszewskiego 11
tel. 81 537 53 04
www.umcs.lublin.pl/wydawnictwo
e-mail: sekretariat@wydawnictwo.umcs.lublin.pl

Dział Handlowy: tel./faks 81 537 53 02
e-mail: wydawnictwo@umcs.eu

Drukarnia „Elpil”, ul. Artyleryjska 11, 08-110 Siedlce

Spis treści

Wstęp	9
I. Seksualność i niepełnosprawność intelektualna w wybranych koncepcjach normatywno-wyjaśniających	15
1. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście modeli niepełnosprawności	15
1.1. Deficytowe ujęcie seksualności człowieka	15
1.2. Indywidualny i społeczny model niepełnosprawności.....	18
1.3. Definicja niepełnosprawności i niepełnosprawności intelektualnej ..	33
2. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w ujęciu rozwojowym.....	38
2.1. Seksualność dziecięca	40
2.2. Seksualność młodzieńcza	43
2.3. Seksualność dojrzała	52
2.4. Seksualność starcza	60
3. Seksualność człowieka w ujęciu normatywno-wartościującym	63
3.1. Rodzaje normatywnych uregulowań seksualności człowieka.....	63
3.2. Religijne podstawy wartościowania seksualności człowieka	69
II. Postawy specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	77
1. Istota i znaczenie postaw społecznych.....	77
1.1. Tradycyjne i współczesne ujęcia postaw.....	77
1.2. Znaczenie postaw	87
1.3. Dotychczasowe ustalenia empiryczne w obszarze postaw specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością.....	91

2. Analiza badań postaw specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	98
2.1. Zasoby empiryczne dotyczące problematyki.....	98
2.2. Ustalenia empiryczne w obszarze postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną a założenia teorii postaw.....	110
III. Konteksty zawodowego funkcjonowania pedagogów specjalnych.....	121
1. Prawno-organizacyjne i merytoryczne aspekty działalności pedagogów specjalnych.....	121
1.1. Funkcje i zadania pedagogów specjalnych.....	121
1.2. Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną jako obszar działalności pedagoga specjalnego.....	133
2. Kompetencyjne uwarunkowania działalności pedagogów specjalnych.....	147
2.1. Zakres kompetencji pedagoga specjalnego.....	147
2.2. Empatia w zawodowym funkcjonowaniu pedagogów.....	154
2.3. Wartości w zawodowym funkcjonowaniu pedagogów specjalnych.....	159
IV. Podstawy badań własnych.....	165
1. Cel i problematyka badań.....	165
2. Metoda badań.....	173
3. Charakterystyka badanych grup.....	189
V. Postawy badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	197
1. Aspekt afektywny.....	197
2. Aspekt poznawczy.....	219
3. Aspekt motywacyjny.....	234
3.1. Motywacja do podejmowania działań wspierających.....	235
3.2. Zachowania i reakcje badanych wobec przejawów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	240
4. Struktura postaw badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.....	246
VI. Kompetencje emocjonalno-wartościujące badanych osób.....	259
1. Empatia.....	259
2. Hierarchia wartości badanych osób.....	264
3. Wartościowanie seksualności człowieka.....	272

4. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością	280
5. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej	287
VII. Struktura korelacyjna postaw badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz kompetencji osobowych	299
1. Korelacje postaw badanych wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną z kompetencjami osobowymi	300
2. Korelacje postaw badanych wobec seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną z kompetencjami osobowymi.....	324
Podsumowanie i dyskusja	349
1. Postawy badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną	349
2. Kompetencje osobowe badanych osób.....	363
3. Powiązanie postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z kompetencjami osobowymi badanych.....	372
Zakończenie	381
Literatura	391
Spis schematów, wykresów i tabel	415
Aneks.....	421

Wstęp

Humanizm pedagogiczny stawia człowieka w centrum uwagi, czyniąc go najwyższym dobrem, a jego potrzeby istotą podejmowanych działań. Każda jednostka jest całością psychofizyczną, działającą w ramach powierzonych czy wybranych ról i zadań w określonym kontekście społeczno-kulturowym. Kontekst ten, w postulowanym, optymalnym wymiarze, dostarcza czynników decydujących o urzeczywistnieniu jej potencjału wrodzonego, mających, ze względu na swoje działanie, charakter dynamizujący i regulujący. Potencjał indywidualny jest zawsze zróżnicowany, ale nigdy nie może być wyłączną podstawą dokonywania osądów ostatecznych granic ludzkich możliwości, zawsze bowiem istnieje szansa wzbogacania go przez czynniki zewnętrzne. Założenie to niewątpliwie wymaga optymizmu pedagogicznego, otwartości na drugą osobę, empatii oraz zdolności całościowego i perspektywicznego oglądu jej sytuacji życiowej. Są to jedne z kluczowych kompetencji, które winny cechować każdego, kto podejmuje działalność edukacyjną, rehabilitacyjną czy szerzej – wspierającą – w odniesieniu do podmiotów zdefiniowanych jako niepełnosprawne. Działając w kontekście normatywno-wartościujących uregulowań, które narzucają określony model niepełnosprawności oraz, wynikającą z niego, koncepcję wsparcia, niezwykle trudno jest realizować wskazane założenia specyficzne dla paradygmatu humanistycznego. Definicje i klasyfikacje niepełnosprawności, wywodzone z norm, nieuchronnie prowadzą do eksponowania różnic i zacierania podobieństw między jednostkami mającymi odmienny potencjał. Zatraca się istotę człowieczeństwa, czyniąc z niepełnosprawności kategorię naczelną w opisywaniu osoby i przewidywaniu jej przyszłości. Ma to swoje konsekwencje dla praktyki, w której ograniczenie zakresu wsparcia jest uzasadniane pozornymi argumentami, mówiącymi o zbędności i nieskuteczności wysiłków, odwołującymi się do schematycznej charakterystyki kategorii i stopni niepełnosprawności.

Poczynione rozważania w różnym stopniu dotyczą sytuacji życiowej grup osób z niepełnosprawnością, które można teoretycznie wyróżnić na podstawie określonej kategorii diagnostycznej¹. Wydaje się, że w sposób trafny nawiązują do sytuacji większości osób z niepełnosprawnością intelektualną. Znaczenie tej niepełnosprawności nie jest wynikiem osobistych ustaleń, ale rezultatem wartościowań dokonywanych przez innych. W pojęciu niepełnosprawności intelektualnej (upośledzenia umysłowego)² tkwią ukryte znaczenia, oczekiwania, postulaty, zmienne w swym charakterze, w zależności od okoliczności społeczno-kulturowych i historycznych [por. A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, 1997, s. 26]³. Wspomniane znaczenia i oczekiwania decydują o wyznaczaniu niepełnosprawnym granic ich możliwości, związanych z tymi możliwościami sposobów i miejsc życia; o definiowaniu ról w kategoriach ich dostępności/niedostępności czy stosowności/nienstosowności. W istocie uznawanej koncepcji niepełnosprawności intelektualnej należy upatrywać charakteru odniesienia do seksualności jednostek z upośledzeniem. Pozostaje on zmienny. Mając na uwadze różne nasilenie oraz możliwość współwystępowania, można mówić o następujących tendencjach: represjonowaniu i tłumieniu, infantylizacji, tolerancji i akceptacji. Seksualność osób z upośledzeniem umysłowym była przyczyną wielorakich opresji: izolacji, segregacji, naruszania integralności fizycznej⁴, obecnie jest przedmiotem różnorodnie pojmowanych regulacji. Z perspektywy niepełnosprawnych intelektualnie, a ze względu na konsekwencje ujawnianych przez nich zachowań, również z punktu widzenia środowiska ich życia, regulacje te można oceniać jako pozytywne i negatywne. Przejawem tych pierwszych jest dążenie do wsparcia seksualności w jej wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Wsparcie takie bazuje na integralnym ujęciu osoby i uwzględnia środowiskowy kontekst jej życia oraz doświadczenia. Regulacje negatywne mają u podstaw różnorodne postawy wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, zarówno negację jej wartości, jak i tolerancję. Ujawniają się w podejściu redukcjonistycznym

¹ Być może stwierdzenie to jest uproszczeniem, mając na uwadze osoby niepełnosprawne w normie intelektualnej, można by mówić o indywidualnie zróżnicowanej sytuacji w tym względzie. W przypadku niepełnosprawności intelektualnej mamy raczej do czynienia z większym ujednoczeniem.

² W pracy tej preferowany jest termin *niepełnosprawność intelektualna*, jakkolwiek ze względu na powszechną akceptację w Polsce będzie stosowany zamiennie termin *upośledzenie umysłowe*. W tych analizach, które odwołują się do kontekstu historycznego, używano terminu *upośledzenie*, ze względu na fakt jego obowiązywania.

³ W całej pracy zostały zastosowane przypisy harwardzkie zmodyfikowane przez dodanie inicjałów imion przed nazwiskami autorów i redaktorów.

⁴ W rozumieniu nieuzasadnionego stosowania zabiegów medycznych, np. sterylizacji.

(instrumentalnym) i polegają na ograniczaniu działań wyłącznie do sfery biologicznej. Obok opisanych tendencji należy wspomnieć o specyficznej formie ustosunkowań, która polega na zaniechaniu działań. Związana pierwotnie z infantyлизacją pozbawiającą niepełnosprawnych intelektualnie atrybutu seksualności, wynika obecnie, jak się wydaje, z niedostatków kompetencyjnych, w tym: niedostatecznej wiedzy, nieumiejętności udzielania wsparcia i braku motywacji. Jest przejawem postawy asekuracyjnej, u której podstaw pozostaje niechęć do ponoszenia odpowiedzialności.

Uwarunkowania seksualności człowieka obejmują czynniki biologiczno-fizjologiczne oraz społeczno-kulturowe, jednak w nadawaniu jej (przede wszystkim potrzebom emocjonalno-seksualnym) ostatecznego kształtu decydujące znaczenie przyjmuje druga z wymienionych kategorii determinantów. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną akcentuje się znaczenie kompensacyjne tych uwarunkowań wobec deficytów i ograniczeń we wrodzonym potencjale jednostki [por. M. Kościelska, 1984; 2004]. Czynniki natury społeczno-kulturowej, przede wszystkim postawy, mają swoje konsekwencje dla jakości psychospołecznych doświadczeń istotnych dla optymalnego rozwoju seksualności oraz jej satysfakcjonującej, wzbogacającej, a jednocześnie właściwej, w rozumieniu przyjętych norm życia społecznego, realizacji [por. A. Swango-Wilson, 2008, s. 76; D. J. Bernert, 2011, s. 131 i n.]. Korzystne postawy w środowisku życia, edukacji i rehabilitacji są warunkiem normalizacji doświadczeń w sferze seksualnej [por. L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 23].

Przedmiotem szczególnego zainteresowania pozostają tutaj postawy specjalistów, w tym zwłaszcza pedagogów specjalnych, pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną⁵. Szczegółowa analiza przynależnych im powinności, zadań oraz kompetencyjnego kontekstu ich realizacji, dokonana w tym opracowaniu, pozwala stwierdzić, że mają oni istotne znaczenie dla jakości rozwoju i funkcjonowania niepełnosprawnych intelektualnie. Znaczenie to można określić jako bezpośrednie wówczas, kiedy, działając w ramach instytucji i organizacji, realizują pewien model wsparcia tych osób, wynikający z formalnych ustaleń normatywnych, a także osobistych norm i wartości, jak też pośrednie, polegające na wspomaganie innych podmiotów (rodziców, opiekunów, specjalistów, członków społeczności) w organizacji środowiska życia jednostek z niepełnosprawnością. Rola pedagogów specjalnych ma charakter dynamiczny, odzwierciedlając charakter przemian, które dokonują się, czy też są proponowane w sposobie rozumienia niepełnosprawności, także

⁵ Osoby, które mają przygotowanie w zakresie oligofrenopedagogiki.

intelektualnej [por. Cz. Kosakowski, 2002; O. Speck, 2005; A. Krause, 2010]. Postulowany obecnie społeczny paradygmat, opisujący istotę niepełnosprawności, zwraca uwagę na znaczenie w jej zakresie czynników środowiskowych. Wynikające z niego założenia dotyczące ograniczania negatywnych skutków niepełnosprawności akcentują procesy normalizacji, samostanowienia i wzmacniania kompetencji jednostki, której zakres życiowej przestrzeni i doświadczeń ma znacząco poszerzać się przez udział w wielu sferach życia i realizację społecznie cenionych ról [A. Krause, 2010, s. 180 i n.]. Z tego kontekstu wynikają również zadania dotyczące seksualności osób z niepełnosprawnością. Pozostaje ona integralnym elementem osoby ludzkiej i jako taka musi podlegać wsparciu na przestrzeni życia niepełnosprawnych intelektualnie. Realizacja takiego wsparcia jest powinnością pedagogów specjalnych, przede wszystkim w toku szeroko rozumianej edukacji seksualnej.

W pracy poddano analizie postawy tych specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym. Uwzględniono emocjonalno-wartościujący, poznawczy oraz behawioralny wymiar tych postaw, a także ich kontekst w postaci kompetencji osobowych. Postawy pedagogów specjalnych oraz ich kompetencje porównano z tymi, które są udziałem pedagogów ogólnych. Zamiarem było nie tyle zweryfikowanie ewentualnych różnic, zwłaszcza w postawach wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, ile sprecyzowanie ich charakteru, pozwalającego wnioskować o swoistości postaw pedagogów specjalnych, którzy spotykają się w swojej działalności zawodowej z problemami związanymi z tą sferą funkcjonowania niepełnosprawnych. Należy zauważyć, że role pedagogów ogólnych oraz specyfika przedmiotowa i podmiotowa tych ról zmieniają się. W coraz większym zakresie ich działalność zawodowa obejmuje jednostki z tzw. „odchyleniami od normy”. Z tego względu włączenie tych osób do eksploracji własnych jest uzasadnione.

W przyjętym modelu badań przeglądowych założono, że kompetencje osobowe, rozumiane jako dyspozycje poznawcze i emocjonalno-wartościujące, ukształtowane w procesie rozwoju (w tym zawodowego), związane z postrzeganiem rzeczywistości zawodowej oraz jej różnych aspektów, analizowaniem, interpretowaniem i uzasadnianiem, refleksyjnym i emocjonalnym ustosunkowaniem do tej rzeczywistości innych ludzi i samego siebie [A. Karłyk-Ćwik, 2009, s. 86], mogą stanowić podstawę kształtowania oraz ujawniania się postaw.

Wydaje się, że w wielorakim ujęciu postaw wobec seksualności niepełnosprawnych, pozwalającym zawrzeć ich złożoną naturę, wyraża się poznawcza wartość tej pracy. Analiza badań własnych była integralną kontynuacją

rozważań podjętych w części teoretycznej, w której starano się wykazać istotę i złożoność zagadnień niepełnosprawności i seksualności, zwłaszcza w jej wymiarze normatywnym i definicyjnym. Stanowiła również dopełnienie studiów poświęconych roli pedagoga specjalnego realizowanej w kontekście współczesnych paradygmatów pedagogiki specjalnej. Analizy, tak literaturowe, jak i obejmujące wyniki badań własnych, mają implikacje dla praktyki, zwłaszcza tego jej zakresu, który odnosi się do przygotowania zawodowego pedagogów specjalnych oraz ich funkcjonowania w tym złożonym obszarze.

Praca składa się z siedmiu rozdziałów, z których trzy stanowią przegląd literatury w przedmiotowym zakresie. W rozdziale pierwszym omówiono zagadnienia dotyczące konceptualizacji seksualności człowieka, niepełnosprawności oraz niepełnosprawności intelektualnej. Podstawą analiz były określone perspektywy, dostarczające szerszych podstaw do zrozumienia istoty tych zjawisk. Dowiedziono w nich, że seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, jako zjawisko społeczne, pozostaje przedmiotem wielu uregulowań, w tym zwłaszcza normatywnych, wywodzących się z różnych źródeł – laickich i religijnych. Jako zjawisko indywidualne ma charakter rozwojowy i podlega prawidłowościom wspólnym dla wszystkich ludzi. W rozdziale drugim omówiono postawy specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dokonano przeglądu dotychczasowych ustaleń w tym zakresie, uwzględniając wybrane sposoby konceptualizacji postaw, ich funkcje oraz konsekwencje. W rozdziale trzecim scharakteryzowano role zawodowe pedagogów specjalnych, ze szczególnym uwzględnieniem tych, którzy pracują z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Analizy zmierzały do określenia normatywno-organizacyjnych oraz kompetencyjnych uwarunkowań wspomnianych ról. W zakresie tych ostatnich szczególną uwagę poświęcono znaczeniu empatii i wartości w działalności zawodowej specjalistów.

Założenia badań własnych oraz sposób ich organizacji zostały zaprezentowane w rozdziale czwartym. Określono tutaj ich cel i problematykę, opisano metodę i wykorzystane techniki zbierania materiału, przedstawiono sposób organizacji badań, ponadto scharakteryzowano badane grupy. W rozdziale piątym poddano analizie postawy badanych osób wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Ukazano szczegółowo emocjonalno-oceniający, poznawczy i behawioralny komponent tych postaw oraz ich strukturalną organizację. W rozdziale szóstym scharakteryzowano kompetencje osobowe badanych, takie jak: empatia, system wartości, wartościowanie seksualności człowieka, postawy wobec osób z niepełnosprawnością oraz preferencje modelu niepełnosprawności intelektualnej. Rozdział siódmy stanowi zasadniczą

część dociekań, zmierzających do osiągnięcia założonego celu badań. Obejmuje on wielozmiennowe analizy pozwalające ukazać złożoność powiązań postaw badanych specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z ich kompetencjami osobowymi. W podsumowaniu zawartym w pracy udzielono odpowiedzi na założone problemy oraz ustosunkowano się do przyjętych hipotez badawczych, nawiązując do kontekstu dotychczasowych ustaleń teoretycznych i empirycznych. W zakończeniu zawarto implikacje odnoszące się do praktyki zawodowego przygotowania i funkcjonowania specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.

Wydaje się, że dokonane w pracy analizy pozwalają zrozumieć istotę warunkowań seksualności niepełnosprawnych intelektualnie oraz potrzebę ich uwzględniania i uporządkowania w każdej działalności wspierającej. Zwracają uwagę na jej miejsce w przygotowaniu tych osób do życia zgodnego z ideą normalizacji i społecznej integracji.

I

Seksualność i niepełnosprawność intelektualna w wybranych koncepcjach normatywno-wyjaśniających

1. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście modeli niepełnosprawności

1.1. Definicyjne ujęcie seksualności człowieka

Seksualność człowieka jest zjawiskiem wielowymiarowym¹ w swoich uwarunkowaniach, przejawach i skutkach. Światowa Organizacja Zdrowia przybliża jej znaczenie w następującej definicji: „Seksualność jest centralnym aspektem istoty ludzkiej w przebiegu jej życia. Obejmuje płć (w sensie biologicznym), identyfikację z płcią i rolami, seksualną orientację, erotyzm, odczucie przyjemności, intymność i zdolność reprodukcji. Jest doświadczana i ujawniana poprzez myśli, fantazje, pragnienia, przekonania, postawy, wartości, zachowania, działania, role i relacje” [za O. Loeber i in., 2010, s. 170]. Podaną definicję można uzupełnić o stwierdzenie: „ludzka seksualność (...) składa się z anatomicznych, fizjologicznych i biochemicznych systemów seksualnych reakcji; ról, tożsamości i osobowości; myśli, uczuć, zachowań i związków. Podlega działaniu etycznych, duchowych, moralnych kwestii, zróżnicowaniu wedle grup

¹ Jako takie powinna być traktowana. Stając się przedmiotem rozważań w poszczególnych dziedzinach wiedzy, zostaje „poddana fragmentaryzacji” – z wieloaspektowości jej uwarunkowań i przejawów wybrane zostają te, które stają się celem zainteresowania prowadzącym do budowania określonych teorii. Sposoby rozumienia seksualności, między innymi w kontekście modeli wyjaśniających istotę niepełnosprawności, będą przedmiotem analizy w dalszej części opracowania.

i kultur” [R. D. Brown, 1997, s. 5]. W tym szerokim znaczeniu seksualność jest pojęciem nadrzędnym w stosunku do erotyzmu. Specyficzne rozumienie, traktujące to zjawisko w kategoriach napędów rozwojowych człowieka, odnajdujemy w *Słowniku seksuologicznym* Z. Lwa-Starowicza [1990]. Zgodnie z nim jest to „biologiczna siła napędowa motywująca do nawiązywania kontaktów i więzi interpersonalnych, w tym także kontaktów seksualnych. Jeden z głównych czynników sterujących rozwojem osobowości”. Niektórzy badacze problematyki, porządkując terminy, dokonują innej ich hierarchizacji – pojęcie seksualności traktują jako podporządkowane erotyzmowi bądź też rozumieją je jako rozdzielne. W tym ostatnim przypadku seksualność zostaje ograniczona do sfery zjawisk fizjologicznych, erotyzm zaś odniesiony do sfery przeżyć psychicznych, kształtowanych na tle społeczno-kulturowym [por. I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 11].

Seksualność jest sferą funkcjonowania jednostki ściśle powiązaną z innymi sferami, zależną od nich i decydującą w mniejszym bądź większym stopniu o ich kształcie [A. Długołęcka, 2006c, s. 24]. To założenie jest podstawą dla przyjęcia jej definicji, obowiązującej w niniejszej pracy. Zakłada się szerokie rozumienie seksualności, z włączeniem w jej zakres elementu behawioralnego, psychoseksualnego oraz społecznoseksualnego. W takim ujęciu jest ona „dynamicznym procesem wynikającym z rozwojowych doświadczeń poznawczych” i zawiera w sobie element:

- a) behawioralny, obejmujący zachowania, czynności specyficznie seksualne;
- b) psychoseksualny, kumulujący takie elementy, jak: tożsamość płciowa, obraz i spostrzeganie siebie oraz uczucia wyższe (m.in. miłość);
- c) społecznoseksualny, oznaczający związki z innymi osobami, umiejętności interpersonalne pozwalające na ich nawiązywanie i podtrzymywanie, role społeczne związane z seksualnością człowieka oraz przystosowanie społeczne i seksualne [por. J. Kirenko, Z. Lew-Starowicz, 2001, s. 28].

Każdy człowiek, bez względu na wiek, płeć czy poziom sprawności ma prawo do rozwijania i wyrażania własnej seksualności, do budowania i ochrony zdrowia seksualnego. Jest to możliwe w warunkach, które zapewniają wolność (w granicach wyznaczanych przez określone normy, w tym dobro człowieka) i równość, odrębność i integralność seksualną; pozwalają na realizację potrzeby prywatności; umożliwiają dostęp do edukacji seksualnej [WHO, za G. Jarząbek-Bielecka, 2009, s. 119–120].

Seksualność, odkąd została wyodrębniona i zdefiniowana na gruncie naukowym², jest zjawiskiem pozytywnie wartościowanym, zarówno w perspektywie indywidualnej, jak i społecznej. Jej znaczenie jest analizowane w kontekście zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego) i jakości życia [por. K. Imieliński, 1990b, s. 237]. Pozostaje ona ważnym i głębokim komponentem człowieczeństwa, w którym wyraża się potrzeba relacji z innymi. „Zdolność dawania i otrzymywania miłości istnieje przez całe życie” [D. Patel i in., 2010, s. 350]. Konsekwencje pozytywnych i negatywnych doświadczeń seksualnych zaznaczają się w innych sferach życia (w jego przebiegu).

Konotacja seksualności i jej asocjacje, jak wynika z poprzednich rozważań, odwołują się do wartości istotnych i pożądaných, takich jak: zdrowie, siła, sprawność, atrakcyjność. W tych kontekstach zostaje ona oderwana od niepełnosprawności i choroby (czy też nawet sprzeczna z nimi). Seksualność i niepełnosprawność przez wiele lat (odkąd czyniono próby definicyjnego uporządkowania obu terminów) pozostawały w izolacji od siebie, a w tych zakresach, w których spotykały się (w doświadczeniach życiowych osób niepełnosprawnych), były postrzegane jako źródło trudności zarówno osobistych, jak i społecznych. Obecnie niepełnosprawność i seksualność są przedmiotem intensywnego zainteresowania. Jego wzrost datowany na lata 1960–1970, obserwowany w niektórych krajach, wiązał się zarówno z określonymi zmianami społeczno-kulturowymi i polityczno-prawnymi, jak i poszerzaniem wiedzy naukowej w obszarze problemów zdrowia, sprawności i seksualności człowieka. Dyskursy prowadzone na ten temat miały rozmaity charakter, zróżnicowany w perspektywie czasowej, w płaszczyznach wyznaczanych przez rodzaj niepełnosprawności czy elementy seksualności³. W pierwszym okresie koncentrowały się przede wszystkim na negatywnych aspektach, tj. ograniczeniach, trudnościach i zagrożeniach (zwłaszcza społecznych). Stopniowo

² M. Foucault podaje, że termin „seksualność” został po raz pierwszy użyty w XIX wieku, w zastosowaniu zbliżonym do współczesnego (w wąskim rozumieniu) pojawił się pod koniec tego stulecia w *Oxford English Dictionary*: „właściwość bycia seksualnym lub posiadania płci” [za A. Giddens, 2007, s. 35].

³ Należy podkreślić, że realizacja wspomnianych dyskursów, tak na poziomie naukowym, jak i praktycznym, dotyczy krajów, które zainicjowały określone przemiany w zakresie polityki niepełnosprawności, a zatem, w kolejności chronologicznej: państw skandynawskich, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii. Wiele cennych opracowań z zakresu seksualności człowieka, powstałych na gruncie polskim w latach 1970–1990, zaniedbywało kwestie seksualności osób niepełnosprawnych, w tym szczególnie z niepełnosprawnością intelektualną. Jeśli były one przedmiotem analiz, to jedynie w ujęciu bardzo ograniczonym i w wymiarze skrajnie negatywnym [A. Jaczewski, 1978; I. Obuchowska, A. Jaczewski, 1982, wyd. pierwsze; K. Imieliński, 1987; 1989; 1990a,b; Z. Lew-Starowicz, 1987].

charakter dyskursów nabierał cech pozytywnych. Seksualność postrzegana jest w wielu opracowaniach jako wartość w życiu osób niepełnosprawnych oraz integralny element ich istnienia. Staje się przy tym przedmiotem wsparcia w procesie edukacji i rehabilitacji. Dostrzega się jej istotne znaczenie zarówno w wymiarze ogólnego dobrostanu jednostki, jak i jego elementów, takich jak: przystosowanie do niepełnosprawności, przystosowanie psychospołeczne oraz obraz siebie [J. Kirenko, 1998; J. Kirenko, Z. Lew-Starowicz, 2001; M. Juergens i in., 2009].

Jakkolwiek specyfiką naukowego dyskursu realizowanego w tej dziedzinie pozostaje obiektywność, wyrażająca się w dążeniu do trafnego i rzetelnego obrazowania problematyki, cechą dyskursu praktycznego (realizowanego przez specjalistów-praktyków, opiekunów i rodziców) jest nierzadko subiektywne jej wypaczanie i upraszczanie, prowadzące do zaniedbania i pomijania istotnych kwestii, w konsekwencji zaprzepaszczania optymalnych szans rozwoju osób niepełnosprawnych w tym zakresie.

Specyfika dyskursów na poziomie naukowym i praktycznym różni się w zależności od tego, której grupy osób niepełnosprawnych dotyczy. Można przeprowadzić wyraźną granicę między osobami niepełnosprawnymi w normie intelektualnej (z niepełnosprawnością sensoryczną i ruchową) a jednostkami z upośledzeniem umysłowym. Przyczyn takiego podziału, ujawniającego się w rozważaniach naukowych i potocznych opiniach, jest wiele. Ich źródła należy szukać w szerszym kontekście wyznaczającym ramy rozumienia i postrzegania niepełnosprawności, stanowienia określonych sposobów, miejsc i warunków życia; koncepcji edukacji i rehabilitacji jednostek z upośledzeniem umysłowym oraz innymi rodzajami ograniczeń.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, zasadne jest założenie, że zrozumienie społecznego odniesienia do seksualności jednostki wymaga dokonania szczegółowego wglądu w proces definiowania istoty niepełnosprawności.

1.2. Indywidualny i społeczny model niepełnosprawności

Analiza zjawiska niepełnosprawności zostanie przeprowadzona w odniesieniu do tzw. modeli niepełnosprawności. W opinii S. Gabel i S. Peters [2004, s. 588] model służy wyjaśnianiu i organizowaniu zespołu działań i narzędzi mających znaczenie testujące (sprawdzające) oraz dekonstruujące teorie. Modele rzadko bazują na wybranych teoriach, zwykle opierają się na wielu z nich. Modelu nie można oceniać w kategoriach prawdy czy fałszu, jedynie w aspekcie

użyteczności i adekwatności, powodem jego istnienia pozostaje poznawcza produktywność [S. Gabel, S. Peters, 2004, s. 588].

Tradycyjnie wyróżnia się dwa modele niepełnosprawności: indywidualny i społeczny. Stanowią one kwintesencję jej rozumienia, definiowania, opisywania jej podstaw etiologicznych i konsekwencji oraz, co najważniejsze, podstawę działań profesjonalnych. Pojawienie się obu modeli w kolejności chronologicznej stanowiło wynik aktywności samych niepełnosprawnych oraz osób z ich najbliższego środowiska, było następstwem ich dążenia do zmiany własnej sytuacji życiowej, w wymiarze społecznym i indywidualnym. Po części przejście od modelu indywidualnego do społecznego można również uznać za przejaw przekształcania postaw wobec niepełnej sprawności.

Interesującej prezentacji modelowego ujęcia istoty niepełnosprawności dokonuje M. Priestley [1998] na podstawie analizy dyskursu, który był i jest realizowany w literaturze przedmiotu. Autor wyróżnia cztery podejścia w teorii niepełnosprawności, wykorzystując wymiary: indywidualny i społeczny oraz materialistyczny i idealistyczny (tabela 1). W efekcie uzyskuje cztery modele opisujące to zjawisko. Warto je bliżej zreferować, ponieważ pozwalają ująć podstawowe sposoby jego rozumienia.

Tabela 1. Cztery podejścia do teorii niepełnosprawności

	Materializm	Idealizm
Indywidualny	<p>1. <i>Model indywidualny materialistyczny.</i></p> <p>Niepełnosprawność to fizyczny produkt, pozostający w obszarze funkcjonowania ciała.</p> <p>Jednostkami analizy są uszkodzenia ciała.</p>	<p>2. <i>Model indywidualny idealistyczny.</i></p> <p>Niepełnosprawność to świadomy wytwór osób (pełnosprawnych i niepełnosprawnych) zaangażowanych w tworzenie tożsamości i negocjacje ról.</p> <p>Jednostkami analizy są przekonania i tożsamości.</p>
Społeczny	<p>3. <i>Społeczny model kreacjonistyczny.</i></p> <p>Niepełnosprawność jest materialnym produktem socjoekonomicznych relacji rozwijających się w specyficznym kontekście historycznym.</p> <p>Jednostkami analizy są upośledzające bariery i materialne relacje siły.</p>	<p>4. <i>Społeczny model konstruktywistyczny.</i></p> <p>Niepełnosprawność jest idealistycznym produktem rozwoju społecznego w obrębie specyficznego kontekstu kulturowego.</p> <p>Jednostkami analizy są kulturowe wartości i wyobrażenia.</p>

Źródło: M. Priestley [1998, s. 78].

W literaturze przedmiotu używa się zamiennie pojęć: „model indywidualny”, „model medyczny” czy „model biologiczny”⁴. Zgodnie z uporządkowaniem zaproponowanym przez M. Priestley’a, należałoby dokonać zróżnicowania tych pojęć. Określony przez autora „model indywidualny materialistyczny” (1) odpowiadałby medycznemu (biologicznemu) ujęciu niepełnosprawności, w którego centrum pozostaje aspekt materialistyczny, czyli ludzkie ciało jako biologiczny czy fizjologiczny system. Niepełnosprawność jest indywidualnym funkcjonalnym ograniczeniem, które ma biologiczne lub fizjologiczne przyczyny. Diagnoza biomedyczna sytuuje „problem” niepełnosprawności w jednostce i podkreśla patologię oraz osobisty deficyt [D. Marks, za K. Boxall, 2002, s. 211]. W tym modelu M. Priestley [1998, s. 79] osadza również te sposoby rozumienia niepełnosprawności, w których jest ona widziana jako osobista tragedia. Nieco inną opinię wyraża M. Oliver [za K. Boxall, 2002, s. 211], dokonujący rekonstrukcji na poziomie nazewnictwa. Zakłada, że należy ogólnie mówić o modelu indywidualnym, a nie medycznym; medykalizacja jest tylko jednym z elementów indywidualnego ujęcia niepełnosprawności, której istotą jest wspomniana „tragedia osobista”.

Charakterystycznym aspektem omawianego tu ujęcia pozostaje biologiczny determinizm i socjobiologizm; specyfika działań wyraża się w dominacji procedur medycznych: farmakologicznych oraz operacyjnych, a także w akcentowaniu znaczenia rehabilitacji medycznej [M. Priestley, 1998, s. 79].

„Model indywidualny idealistyczny” (2) nie podkreśla aspektów biologicznych (uszkodzeń ciała i jego funkcji), ale poznawcze interakcje i doznania afektywne. W tym ujęciu niepełnosprawność jest produktem osobistych doświadczeń i negocjacji ról między jednostkami. Mamy tutaj do czynienia, na poziomie analiz psychologicznych, z rozważaniem zagadnienia „przystosowania” do niepełnosprawności oraz rozpatrywaniem znaczenia postaw osób pełnosprawnych wobec jednostek z zaburzeniami w stanie zdrowia i sprawności [M. Priestley, 1998, s. 80]. Na tego typu konteksty wyjaśniające, jakkolwiek bez stosowania nazwy wprowadzonej przez M. Priestley’a, zwracają uwagę C. Barnes i G. Mercer [2008, s. 10–11]. Autorzy w ramach modelu indywidualnego

⁴ Ogólnie rozwój zagadnień wpisujących się w ten zakres problemowy datuje się na koniec wieku XIX. W niektórych krajach, m.in. Wielkiej Brytanii, w tzw. epoce wiktoriańskiej (wiek XIX), nastąpiły zasadnicze zmiany dotyczące traktowania osób z upośledzeniem umysłowym. Wraz z jednostkami chorymi psychicznie, od których ich jeszcze nie odróżniano, były umieszczane nie tylko w azylach zapewniających opiekę i izolację od społeczeństwa, ale również w tzw. domach pracy, jako potencjalnie przydatni społecznie. W tym okresie zwiększyła się aktywność profesjonalistów medycznych, podejmujących działania diagnostyczne i klasyfikacyjne o znaczeniu utylitarnym [S. Carnaby, 2007, s. 10 i n.].

rozważają teorie niepełnosprawności w kategoriach specyficznej tożsamości nadanej społecznie; podkreślające procesy socjalizacji w zakresie kształtowania roli i tożsamości niepełnosprawnego (chorego) oraz społeczne oczekiwania dotyczące jej realizacji, tj. podporządkowanie zaleceniom specjalistów⁵.

Koncepcja opracowana przez M. Priestley'a pozwala uporządkować dostępne zasoby badawcze i analizy teoretyczne oraz wyjaśnić pewną sprzeczność, która pojawia się przy uznaniu modelu indywidualnego za tożsamy z medycznym (biologicznym). „Model indywidualny idealistyczny” dostarcza logicznych podstaw dla samych niepełnosprawnych, którzy w „sposób uzasadniony przypominają nam o znaczeniu osobistych doświadczeń i tożsamości” [M. Priestley, 1998, s. 80]. Model medyczny pozostawał (pozostaje) domeną specjalistów, którzy na poziomie teoretycznym czy praktycznym, wykorzystując wzorcowe teorie⁶, przewidywali charakter doznań i potrzeb związanych z daną niepełnosprawnością oraz na tej podstawie świadczyli wsparcie wedle formułowanych przez siebie ocen. Istota oczekiwań efektów rehabilitacji, przebiegającej wedle narzuconych przez specjalistów sposobów, sprowadzała się do zmian zachodzących w jednostce, ogólnie mówiąc, świadczących o przystosowaniu do posiadanych ograniczeń, przy czym należy podkreślić, że było ono raczej postrzegane w kategoriach biernego pogodzenia się ze stratą niż przyjmowania postawy aktywnej w zakresie podnoszenia poziomu jakości własnego życia. Elementem takiego „przystosowania” było również zaakceptowanie roli osoby zależnej [por. C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 14].

W stosunku do osób z upośledzeniem umysłowym większe zastosowanie miał „model medyczny” niż „model indywidualny”. „Medykalizacja” ujawniała się w zakresie ich charakterystyki, osadzonej w perspektywie braków i zaburzeń, w ustanawianiu warunków i form życia oraz działań naprawczych. Prymat w wymienionych procedurach wiodły osoby pełnosprawne – specjaliści, opiekunowie. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie podejmowały dyskursu, który w pewnym zakresie prowadziły w literaturze przedmiotu osoby z zaburzeniami w normie intelektualnej. Nie mogły zatem tworzyć kategorii modelu indywidualnego, posługując się pojęciami: tożsamość niepełnosprawnego, rola chorego czy też „tragedia osobista”. Należy jednak podkreślić, iż jako mieszkańcy instytucji opiekuńczych i leczniczych, często otrzymujący

⁵ W klasyfikacji zaproponowanej przez M. Priestley'a [1998] odpowiadałoby to modelowi indywidualnemu idealistycznemu.

⁶ Np. teorią opisującą proces przystosowania do niepełnosprawności po urazie rdzenia [C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 12].

etykiety chorych psychicznie, byli poddawani specyficznemu socjalizacji w ramach ról przypisywanych chorym.

Model medyczny obejmował swoim zainteresowaniem sprawę seksualności, koncentrując się głównie na możliwości realizacji popędu i seksualnej wydolności niepełnosprawnych mężczyzn. To ograniczenie było krytykowane przez niepełnosprawne kobiety – feministki [S. Jeffreys, 2008, s. 327–328]. W centrum jego zainteresowania pozostawała niepełnosprawność fizyczna, związana z dysfunkcjami biologicznymi i zaburzeniami fizjologicznymi sfery seksualnej⁷. Specyfika podejścia medycznego do seksualności wiązała się z założeniem, że jej istotą jest zdolność do aktów seksualnych. Niepodejmowanie tej aktywności dawało podstawę do wnioskowania na temat braku potrzeb w tej sferze [J. Chivers, S. Mathieson, 2000, s. 76]. W takim kontekście znaczeniowym nie było miejsca na seksualność niepełnosprawnych intelektualnie. Najczęściej w jej zakresie nie występują zaburzenia na poziomie fizycznym⁸. Dla medycznego podejścia do seksualności tej grupy charakterystyczne są jednak pewne współcześnie praktykowane działania, u źródła których leży „biologizacja” tych jednostek, takie jak trening masturbacji, korzystanie z usług trenerów czy asystentów seksualnych. Praktyki te, podobnie jak finansowanie osobom niepełnosprawnym płatnych usług seksualnych, były i są wyrazem dążenia do realizacji ich praw, co pozornie wiąże się ze społecznym modelem [por. M. Shildrick, 2007, s. 58–60]. Granica dzieląca oba modele w przypadku wymienionych rozwiązań jest jednak płynna, zwłaszcza w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną, które nie zawsze same decydują o podejmowaniu takich działań, czy też mają możliwość dokonania ich wartościowania z punktu widzenia osobistych potrzeb. W tym sensie, zalecane przez specjalistów jako element rehabilitacji, pozostają one na poziomie modelu medycznego.

Okres funkcjonowania tego modelu odpowiada erze instytucjonalizacji w charakterystyce opisującej przemiany wsparcia świadczonego osobom z problemami w stanie zdrowia i sprawności [J. Knoll, za A. Gerowitz, 2007, s. 103]. Instytucjonalizację można określić mianem sposobu organizacji życia niepełnosprawnych, zarówno w aspekcie codziennej egzystencji, jak i edukacji oraz rehabilitacji. W początkowym okresie służyła izolacji osób z defektami⁹,

⁷ Czemu towarzyszyło znaczne zainteresowanie osobami z uszkodzeniami rdzenia kręgowego.

⁸ W zasadzie należy powiedzieć, że z różnych względów (np. na skutek jej zaprzeczania) nie była ona przedmiotem wsparcia.

⁹ Pojęcie „defektu” zostało użyte w tej pracy na określenie grupy osób, które nazywano

zyskaniu nad nimi kontroli oraz odseparowaniu ich od społeczeństwa. Wymienione powody w znacznej mierze obejmowały sferę seksualną – kontrola prokreacji zgodnie z ideą eugeniki (między innymi poprzez bezwarunkową sterylizację) oraz obrona społeczeństwa przed skutkami nadmiernego popędu jednostek z upośledzeniem [por. D. Pfeiffer, 1994; P. Block, 2000; D. May, M. Simpson, 2003]¹⁰. Można właściwie powiedzieć, że seksualność służyła uzasadnianiu określonych praktyk opresyjnych.

Stopniowo instytucjonalizacja była traktowana jako warunek świadczenia działań profesjonalnych, w znacznej mierze medycznych [M. McCarthy, 1999, s. 43; J. Knoll, za A. Gerowitz, 2007, s. 103], co oznaczało, że możliwość skorzystania z nich wymagała pozostawania w instytucji. Jak wcześniej wspomniano, w praktyce rehabilitacyjnej kierowano się w stopniu zasadniczym modelowymi teoriami, w ich zastosowaniu nie pozostawiano miejsca na indywidualność doświadczeń i przeżyć. Można to uznać za jeden z elementów złożonej konstelacji czynników tworzących „niesprzyjający klimat” dla seksualności niepełnosprawnych. Należy do tego dodać słabe podstawy w postaci formalno-prawnej i naukowej, tj. niedostatki (braki) przygotowania specjalistów w procesie ich zawodowego kształcenia, brak uregulowań natury prawnej, pozwalających podejmować pewne działania na poziomie profesjonalnym, czy też niedobór wiedzy naukowej, w zakresie rozważanej problematyki, a przy tym jej specyfika, wyrażająca się w biologicznym (medycznym) traktowaniu tej sfery.

Instytucjonalizacja wiąże się z określonymi problemami organizacyjnymi, przede wszystkim z uwagi na zakres osób, które jej podlegają. Wymusza totalitarny sposób życia, który koncentruje się na zachowaniu równowagi w działaniu instytucji. Prowadzi do specyficznego nastawienia specjalistów, obniżającego wartość seksualności. Dąży się do jej tłumienia, ponieważ jako przejaw indywidualności może zakłócać równowagę systemu instytucji. Towarzyszą jej działania represyjne i zaprzeczające, będące formami radzenia sobie specjalistów ze zjawiskiem trudnym, niezrozumianym, postrzeganym jako zagrażające z punktu widzenia zbiorowości [por. D. Richards i in., 2008, s. 187]. Niekorzystne znaczenie instytucjonalnej formy życia dla rozwoju i ujawniania seksualności osób niepełnosprawnych należy również rozważyć w perspektywie

„szaleńcami, idiotami, jednostkami amoralnymi, słabymi na umyśle”, czy też „biednymi stworzeniami” [L. Crane, 2001, s. 48; D. Race, 2002, s. 29; S. Carnaby, 2007, s. 10].

¹⁰ Okres ten D. Thompson [za D. Thomas, H. Woods, 2003, s. 49] określa mianem „modelu zagrożenia społeczeństwa” i sytuuje go na początku XX wieku. W klasyfikacji tej, odnoszącej się do niepełnosprawności intelektualnej, poprzedza on okres modelu medycznego.

doświadczeń psychospołecznych [G. Trudel, G. Desjardins, 1992, s. 177; F. Sherin, D. Sines, 1999, s. 46–47]. Można tutaj wskazać na: brak warunków dla rozwoju potrzeby autonomii, zredukowane sposobności nabywania kompetencji życiowych, ograniczenie różnorodności doświadczeń społecznych (izolacja społeczna), zakłócenie realizacji potrzeby bezpieczeństwa, miłości i akceptacji [L. Crane, 2001, s. 403].

Wyrazem współczesnej realizacji modelu medycznego niepełnosprawności intelektualnej, obok opisanej instytucjonalizacji, pozostają określone rozwiązania prawno-organizacyjne, praktykowane w niektórych krajach, takie jak obowiązywanie tradycyjnej klasyfikacji upośledzenia umysłowego (Rosja), wyłączenie osób z głęboką niepełnosprawnością z obowiązku szkolnego (Rosja), stosowanie aborcji ze względów medycznych, m.in. w odniesieniu do dzieci z zespołem Downa (m.in. Francja), eutanazja wobec dzieci ze złożonymi zaburzeniami (Szwecja), sterylizacja osób z niepełnosprawnością intelektualną (niektóre stany USA)¹¹ [*The specific risks of discrimination...*, vol. 3; b.r.w.; IDRМ: Regional report of Europe. Russian Federation, 2007]. Stanowią one wyraz traktowania niepełnosprawności jako problemu medycznego, zjawiska nieodwracalnego, takiego, dla którego z góry można przewidzieć trajektorię rozwoju (a właściwie brak jego możliwości), pozbawionego wszelkiego potencjału.

„Model społeczny” wyrósł na mocy działania organizacji osób z niepełnosprawnością (fizyczną)¹², w konsekwencji krytyki modelu indywidualnego, ponadto z potrzeby zwiększenia udziału tych jednostek w różnych obszarach życia społecznego [por. J. Kirenko, 2007, s. 47; D. Anastasiou, J. M. Kauffman, 2011, s. 367]. Cytowany M. Priestley [1998, s. 80] uznaje zrzeszanie osób niepełnosprawnych oraz ich aktywność za element konstytuowania „społecznego modelu kreacjonistycznego” (3). Zgodnie z tym modelem niepełnosprawność jest rozumiana jako „relacje materialne sił pochodzących z rozwoju ekonomii politycznej i/lub patriarchy w obrębie specyficznego kontekstu historycznego”. Jest ona tutaj interpretowana jako „rezultat funkcjonowania barier społecznych i stosunków władzy” [C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 20]. Zgodnie z tym sądzi się, że w interesie „pełnosprawnego społeczeństwa” leży ograniczanie

¹¹ Problem legalnej sterylizacji niepełnosprawnych intelektualnie był dość powszechny jeszcze w drugiej połowie XX wieku. Obowiązywała ona w przeszło 30 stanach USA, niektórych prowincjach Kanady, Australii, Szwecji, Belgii, Austrii [T. Carney, D. Tait, 1999, s. 177–178].

¹² Największe znaczenie miała Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS), organizacja powstała w Wielkiej Brytanii, broniąca w latach 70. praw osób z fizyczną niepełnosprawnością.

uczestnictwa niepełnosprawnych w różnych obszarach życia. Argumentuje się przy tym, że: 1) zmiana istniejącego systemu (likwidacja barier, zmiany w systemie edukacji, publicznego transportu i innych) w celu jego dostosowania do potrzeb i możliwości osób z ograniczeniami w stanie zdrowia i sprawności jest kosztowna; 2) osoby niepełnosprawne są mniej produktywne na rynku pracy, w interesie społecznym leży zatem ich wyłączenie z uczestnictwa w nim; 3) osobom pełnosprawnym należy przyznać wyższy status ze względu na większą produktywność i społeczne zaangażowanie [P. Siminski, 2003, s. 708–709]. Jeśli niepełnosprawność jest wynikiem złożonych barier i jako taka wyraża się w ograniczonej sposobności uczestnictwa w różnych zakresach życia, w tym zwłaszcza społecznego, działania, które mają służyć jej eliminowaniu muszą wykraczać poza sferę indywidualną, obejmując poziom socjopolityczny [por. C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 21].

T. Sheakespeare [2000, s. 161] pisze, że społeczny model niepełnosprawności zmienia płaszczyznę interpretacji problemów seksualności, przenosząc ciężar z ograniczeń ciała na ograniczenia społeczne, takie jak obniżona sposobność nawiązywania kontaktów, wynikająca ze zredukowanych możliwości uczestniczenia w różnych obszarach życia; bariery materialne czy trudności w komunikowaniu się. Dla seksualności istotne jest poczucie „samozaufania”, pozytywna samoocena, postrzeganie własnej atrakcyjności. Ich niski poziom bądź brak u osób niepełnosprawnych, jako skutek systematycznej dewaluacji i wykluczania, stanowi barierę w pomyślniej realizacji jednostki w sferze seksualnej [por. M. Shildrick, 2007, s. 57].

W ostatnim z ujęć niepełnosprawność występuje jako konstrukt społeczny (4) – idealistyczny twór, rozwijany w specyficznym społeczno-kulturowym kontekście. Mamy tutaj do czynienia z nadawaniem znaczenia istniejącym różnicom między ludźmi. Charakter tego znaczenia, decydujący o wykluczeniu czy włączeniu, jest rozmaity w zależności od dominującej kulturowej percepcji tych różnic. Wśród złożonych czynników odpowiedzialnych za „konstruowanie niepełnosprawności” wymienia się kulturowy relatywizm jako mechanizm różnicowania społecznych postaw wobec osób z niepełnosprawnością, etykietowanie oraz teorię oczekiwania ról [M. Priestley, 1998, s. 81]. M. Söder [za A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, 1997, s. 11] podaje, że upośledzenie jest definiowane przez odwołanie się do znaczenia przypisywanego różnym rodzajom fizycznych lub umysłowych dewiacji; istnieje „z punktu widzenia obserwatora”.

Model ten znajdował swoje zastosowanie w wyjaśnianiu istoty niepełnosprawności intelektualnej. Zgodnie z założeniami społecznego konstrukcjonizmu

definicja niepełnosprawności intelektualnej (upośledzenia umysłowego), podobnie jak inne, nie jest absolutem, ale wynikiem społecznego uzgodnienia. „Nie można być przekonany (głosić), że osoba »ma« niepełnosprawność intelektualną, to raczej osoba »jest definiowana« przez innych jako posiadająca taki stan” [C. Kliwer i in., za D. Anastasiou, J. M. Kauffman, 2011, s. 372]. L. Crane [2001, s. 40] pisze:

„Zadecydowaliśmy nazwać naszą współczesną selekcję niezwyklej intelektualnych i behawioralnych właściwości mianem upośledzenia umysłowego. Słowo »zadecydowaliśmy« jest ważne, ponieważ wskazuje, że nasza idea upośledzenia umysłowego jest zarówno arbitralna, jak i subiektywna, i że upośledzenie dosłownie zostało stworzone w naszych umysłach: wymyśliśmy go. Jest społecznym i kulturowym konstruktem”.

Konstrukcja niepełnosprawności intelektualnej zależy ściśle od zmieniających się w czasie i przestrzeni kontekstów społeczno-kulturowych, oczekiwań i poziomu tolerancji społecznej [D. F. Stroman, za Z. Kazanowski, 2011, s. 43]. Pojęcie „upośledzenia” ma charakter subiektywny. Dążąc do opisanie pewnej rzeczywistości, niepozbawione jest określonego wartościowania i oceny czy nawet ukrytych postulatów i znaczeń. Jest wieloznaczne, nieprecyzyjne i zmienne w zależności od czasów i okoliczności [A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, 1997, s. 26].

Etykieta upośledzonego umysłowo łączy się z uznaniem zależności od innych i statusem osoby wymagającej specjalnych usług, który zwykle towarzyszy jednostce przez całe życie [S. Beart i in., 2005, s. 48 i n.]. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie mają najczęściej możliwości wypracowania swojej tożsamości. W toku biernego uczestnictwa w doświadczeniach organizowanych przez innych przyjmują tożsamość przez nich nadaną. Staje się ona dominująca wobec innych – tożsamości płciowej, etnicznej, religijnej [J. Burns, za S. Beart i in., 2005, s. 49]. Jej siła zaznacza się w zjawisku „diagnostycznego zaciemniania”, polegającym na pomijaniu kontekstu psychospołecznego w interpretowaniu zaburzeń pojawiających się u osób z niepełnosprawnością intelektualną, np. emocjonalnych, a przypisywaniu ich samej niepełnosprawności [S. Reiss i in., za S. Beart i in., 2005, s. 49]. Podobne zjawisko można zaobserwować w odniesieniu do interpretowania problemów w sferze seksualnej. Trudności ujawniające się zwykle na poziomie niedostatecznej socjalizacji potrzeb tej sfery, będące skutkiem zaniedbań edukacyjnych i wspierających, interpretowane są w sposób stereotypowy w kontekście ograniczeń intelektualnych.

J. M. Kauffman i D. P. Hallahan [za D. Anastasiou, J. M. Kauffman, 2011, s. 374] twierdzą, że nie jest możliwe zrezygnowanie z etykietowania. Jest ono wstępnym narzędziem pozwalającym określić problem, a w następnej kolejności ustalić sposoby jego rozwiązania. W tej perspektywie należy rozważyć zasadność diagnozowania niepełnosprawności na potrzeby specjalnego wsparcia edukacyjnego czy rehabilitacyjnego. Nieuchronnie łączy się ono z nadawaniem etykiet, jednak dąży się do tego, aby nie miały one charakteru pejoratywnego, a oddawały istotę możliwości i ograniczeń. Przykładem takich zmian była propozycja nowej klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej przedstawiona w 1992 roku przez działaczy AAMR, w której postulowano zrezygnowanie z ilorazu inteligencji, będącego głównym czynnikiem definiującym upośledzenie, w zamian za wprowadzenie jako podstawy klasyfikowania natężenia wsparcia niezbędnego do funkcjonowania w poszczególnych obszarach [D. Smith, 2002, s. 226]. Istnieją dowody empiryczne wskazujące na fakt, iż zmiana na poziomie etykietowania (posługiwanie się terminem „niepełnosprawność intelektualna” zamiast „upośledzenie umysłowe”) bywa zmianą pozorną, nie prowadzi bowiem do poważniejszych przeformułowań w zakresie charakteru społecznych postaw względem niepełnosprawności intelektualnej [P. Panek, J. Smith, 2005, s. 527].

Kulturowe reprezentacje stanowią podstawę dla określania „normalności” także w dziedzinie seksualności. Niepełnosprawność pozostaje w sprzeczności ze społecznymi oczekiwaniami względem „normalnej” tożsamości płciowej, odbiega od kulturowych standardów ustalonych dla sfery seksualnej w zakresie wyglądu, seksualnej wydolności, zdolności do reprodukcji i innych [T. Sheakespeare, 1999, s. 55 i n.; P. Anderson, R. Kitchin, 2000, s. 1165; M. G. Brodwin, P. C. Frederick, 2010, s. 38–39].

Nawiązując do modelu trzeciego, wcześniej omówionego, można stwierdzić, że niepełnosprawni intelektualnie doświadczają w swoim funkcjonowaniu konsekwencji działania wielu barier, po części wspólnych z innymi grupami niepełnosprawnych, po części specyficznych. Doznają opresji¹³ w różnych obszarach życia, w wielu jej formach [I. M. Young, za C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 30], takich jak: wyzysk, marginalizacja, bezsilność, kulturowy imperializm¹⁴,

¹³ Opresja była również cechą wcześniej istniejących podejść do zjawiska niepełnosprawności intelektualnej (np. w postaci izolacji instytucjonalnej).

¹⁴ Według I. M. Young [za C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 31] dotyczy to wyraźnego podziału kulturowego na „pełnosprawnych” i „niepełnosprawnych”, któremu towarzyszy ocena „pełnosprawnej normalności” jako kategorii uprzywilejowanej i pożądanej. Pełnosprawność jako taka staje się normatywnym źródłem oceny. Odbieganie od standardów normalności daje podstawę traktowania w kategoriach „Innych”, gorszych.

przemoc [por. K. Boxal, 2002, s. 214; J. Williams i in., 2007, s. 30]. Realizacja modelu społecznego wymaga jednak świadomości istnienia tych ograniczeń, zdolności ich definiowania i umiejętności przeciwstawiania się – kluczową dla niego pozostaje bowiem emancypacja [K. Boxal, 2002, s. 218]. W tym kontekście udział wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną w realizacji modelu jest ograniczony. Można tutaj przywołać poglądy J. Erenca [2008, s. 130] poświęcone budowaniu subkultury niepełnosprawnych. Dla przeciwstawienia się zastanemu porządkowi społecznemu, w którym zajmują oni przypisane przez pełnosprawnych miejsce, niezbędna jest energia motywacyjna. Specyfika socjalizacji wielu osób z niepełnosprawnością¹⁵, o której autor pisze, a która w największym stopniu odnosi się do osób z upośledzeniem umysłowym, zmniejsza świadomość społecznych ograniczeń i sprzyja raczej poszukiwaniu przyczyn niepowodzeń we własnych ograniczeniach. Należy jednak wspomnieć o dowodach empirycznych pokazujących, iż niepełnosprawni intelektualnie nie zawsze są biernymi „ofiarami” procesów etykietowania i społecznej opresji [por. M. Parchomiuk, 2010, s. 90]. A. Woynarowska [2010, s. 307], na podstawie badań realizowanych między innymi z udziałem tych osób, obrazuje sposoby ich „emancypacji z narzucanej roli i znaczeń”. Należą do nich: radykalne odrzucenie etykiety z wchodzeniem w rolę osoby piętnującej; próby prowadzenia normalnego życia, próby zdobycia pracy (realizacji „normalnych ról społecznych”, a nie oczekiwanych); zaakceptowanie swojego stanu z jednoczesnym odrzuceniem roli bezradnego, nieszczęśliwego człowieka; walka z narzuconą przez rodzica rolą niesamodzielnego chorego człowieka.

Czy można sądzić, że aktywność innych grup niepełnosprawnych przyczynia się do zmiany sytuacji życiowej osób z upośledzeniem umysłowym, tj. czy inne grupy wypowiadają się również w ich imieniu? Po części tak, zmiany społeczno-polityczne i prawne niewątpliwie przyczyniły się do ograniczenia dyskryminacji (w sferze edukacji, pracy), podniesienia zakresu społecznej integracji, poprawy warunków życiowych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Jednak wiele kwestii nie znajduje dostatecznego rozwiązania, wymagają one bowiem szczegółowego odniesienia, przy uwzględnieniu specyfiki tej niepełnosprawności, jak również doświadczeń tej grupy, wynikających ze spuścizny społeczno-kulturowej.

Niektórzy autorzy twierdzą, że niepełnosprawni intelektualnie są marginalizowani w modelu społecznym i wykluczani z dyskursu dotyczącego tematów związanych z nimi [K. Boxal, 2002, s. 217]. Sposobem na włączenie

¹⁵ Prowadząca do niskiej samooceny, zależności od innych, czasem wyuczonej bezradności.

tej grupy w aktywną realizację modelu społecznego miały być koncepcje *self-advokatury* i *empowermentu*. Pierwsza z nich jest kompleksową ideą, najogólniej mówiąc, wyrażającą zdolność do manifestowania własnych interesów, życzeń i dążeń w zakresie wszelkich aspektów życia. Akcentuje prawo do szacunku, respektu i akceptacji; podkreśla, iż każdy jest indywidualnością, posiada własną tożsamość, prawo do podejmowania decyzji szanowanych przez innych; przeciwstawia się dyskryminacji z powodu niepełnosprawności [*The beliefs, values, and principles of self-advocacy*, 1996, s. 17]. W zakresie problemów i uprawnień, które stają się przedmiotem działalności ruchu, znajdują się między innymi kwestie prokreacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, sterylizacji oraz związków małżeńskich.

Na gruncie *self-advokatury* ma zastosowanie zasada *empowermentu*, zakładająca zdolność osób z niepełnosprawnością intelektualną do kreowania swojego życia zgodnie z osobistymi wyborami. Kluczowymi jej elementami pozostają: samoocena, autonomia, osobiste preferencje, wartości i zdolność podejmowania decyzji [L. Walker-Hirsh, 2007b, s. 39], a zatem aspekty, które są często na poziomie nieadekwatnym do oczekiwanego jako skutek specyficznych doświadczeń rozwojowych tych jednostek. Realizacja zasady *empowermentu* ma służyć między innymi temu, żeby osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jako klienci usług, potrafili dokonywać ich wyboru w aspekcie zgodności z własnymi potrzebami [A. Krause, 2005, s. 50; L. Dowse, 2009, s. 577].

Okres, w którym rozwijał się model społeczny niepełnosprawności, przyniósł jednocześnie nowe idee postulujące zmianę sposobów i warunków życia niepełnosprawnych. Najważniejszą z nich stała się „idea normalizacji”, początkowo odnosząca się do jednostek z upośledzeniem umysłowym. M. Priestley [1998, s. 81] podaje normalizację jako przykład realizacji społecznego modelu idealistycznego. W skandynawskiej wersji tej idei, która narodziła się jako pierwsza (na przełomie lat 60. i 70.), postulowano dostępność sposobów i warunków codziennego życia, najbardziej zbliżonych do tych, które są udziałem tzw. osób pełnosprawnych [B. Nirje], czy też stosowanie środków pozwalających na uzyskanie i utrzymanie zachowań i ról ocenianych jako normalne i społecznie pożądane [W. Wolfensberger – teoria społecznej waloryzacji ról]. Wersja brytyjska [J. O'Brien] koncepcji normalizacji koncentrowała się na jakości i stylach życia, promując społeczną obecność osób z niepełnosprawnością w ramach aktywności zawodowej, czasu wolnego; możliwość czynienia wyborów w odniesieniu do różnych zakresów własnego życia; umożliwienie rozwoju kompetencji, pozwalających zyskać większą niezależność oraz szacunek społeczny; zapewnienie pozytywnego społecznego wizerunku poprzez

normalizację miejsca i sposobów życia, ale również wyglądu; podtrzymywanie społecznego uczestnictwa [za S. Carnaby, 2007, s. 12–13]. Jednym z narzędzi wdrażania tej idei stała się deinstytucjonalizacja¹⁶. Jako pierwsza pozwalała ona zmieniać warunki i sposoby życia niepełnosprawnych, nie zawsze jednak w sposób zgodny z oczekiwanym.

Określone założenia normalizacji oraz sposoby jej wdrażania pozwoliły zwrócić uwagę na zagadnienia związane z szeroko rozumianą seksualnością. Należy tutaj wymienić: postulat „adekwatności wiekowej”, obywatelstwa, wspomnianą ideę *empowermentu*, samostanowienia i występowania we własnym interesie (*self-advokatura*). Wymienione koncepcje określają ramy realizacji działań wspierających i przygotowujących niepełnosprawnych intelektualnie do życia. Stanowią o zmianie perspektywy w postrzeganiu i traktowaniu niepełnosprawności intelektualnej na poziomie profesjonalnym i pozaprofesjonalnym. W ich świetle osoby te mają prawo do bycia traktowanymi w sposób adekwatny do wieku i warunków społeczno-kulturowych; powinny być uczestnikami życia obywatelskiego, w sensie możliwości korzystania z powszechnie przysługujących praw i przywilejów; są wyposażeni w kompetencje pozwalające na zwiększenie osobistej niezależności i zdolności samostanowienia; mają prawo i potrafią występować publicznie w dążeniu do równego traktowania. W koncepcji er, opisujących ewolucję wsparcia oferowanego osobom z niepełnosprawnością, wymienione aspekty stanowią o realizacji „ery uczestnictwa” [J. Knoll, za A. Gerowitz, 2007, s. 103].

Analizując istotę normalizacji i „ery uczestnictwa” jako optymalnych koncepcji wspierania niepełnosprawnych intelektualnie, należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia łączące się z ich seksualnością:

- możliwość pełnienia ról społecznych, uznawanych za normalne w kontekście czynników osobistych (wieku, płci) oraz społeczno-kulturowych, w tym związanych z realizacją funkcji psychoseksualnych;
- zwiększenie możliwości wyborów stylów i miejsc życia; poszerzenie sposobności nawiązywania społecznych kontaktów, w tym intymnych;
- związane z powyższym – zwiększenie poziomu ryzyka w zakresie seksualnej przemocy oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową;
- związane z powyższym – zmiana koncepcji przygotowania do dorosłego życia: planowanie wsparcia w kontekście całościowym; edukacja seksualna jako element przygotowania zgodnego z nową koncepcją oraz ważny element

¹⁶ Proces ten, podobnie jak i wymienione postulaty, określające zmianę w podejściu do niepełnosprawności intelektualnej, pozostają w różnym stopniu zaawansowania w poszczególnych krajach; nie mają charakteru koncepcji powszechnie znanych i realizowanych.

wsparcia [por. J. Areshoug, 2005, s. 158–159; D. S. Evans i in., 2009, s. 913–914; D. J. Bernert, 2011, s. 129–130].

Zdaniem W. Kemptona [za G. Trudel, G. Desjardins, 1992, s. 174] w idei normalizacji były zawarte postulaty zakładające, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną bądź psychiczną mają prawo do: 1) otrzymania odpowiedniej edukacji i przygotowania w zakresie heteroseksualnych zachowań społecznych, co miało służyć ich społecznej integracji; 2) powszechnego dostępu do zrozumiałej dla nich informacji z zakresu seksualności; 3) doświadczania seksualnej intymności i miłości; 4) ujawniania seksualnych pragnień i potrzeb zgodnie z akceptowanymi normami społecznymi; 5) otrzymywania usług i porad z zakresu kontroli urodzeń, odpowiednio do ich potrzeb; 6) małżeństwa; 7) podejmowania decyzji dotyczących posiadania dzieci; 8) otrzymywania usług społecznych i wsparcia, jeśli są one niezbędne, aby zrealizować wymienione wcześniej prawa seksualne.

Wyszczególnione aspekty, stanowiące przewidywane konsekwencje normalizacji i koncepcji z nią związanych, wymagają zwrócenia uwagi na społeczny kontekst, w którym należy ująć zarówno postawy społeczne wobec niepełnosprawnych, jak i zasoby w postaci kompetencji specjalistów. Koncepcja wsparcia w erze uczestnictwa opierająca się na wymienionych wcześniej ideach – samostanowienia, *self-advokatury*, indywidualizacji, równości szans i praw oraz innych – wymaga zmiany postrzegania niepełnosprawności intelektualnej ze strony specjalistów. Dominujący dyskurs o charakterze medycznym, w którym niepełnosprawność ta analizowana jest w kategoriach patologii, odstępstwa od normy oraz dyskurs opiekuńczy, stanowiący odmianę podejścia medycznego, muszą być zastąpione dyskursem normalizacyjno-adaptacyjnym. Niepełnosprawność intelektualna stanowi w nim inną jakość, zaznaczającą się w sposobie odbioru i interpretacji otaczającego świata, z zachowaną pełnią człowieczeństwa i wynikającymi z niej prawami do korzystania z życia i normalnych warunków egzystencji. Wsparcie ma przebiegać w sytuacji dialogu, dążenia do szukania wspólnych rozwiązań. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie wymagają wyłącznie troski i opieki. Potrzebują pomocy w adaptacji – przygotowania do życia w społeczeństwie przez podejmowanie ról społecznych przypisanych dorosłym, w próbach samodzielnego funkcjonowania oraz wyemancypowania z roli przypisanej niepełnosprawnym [A. Wojnarowska, 2009, s. 281 i n.]. Wskazane postulaty są niezbędne do tego, aby prawa tej grupy w obszarze seksualności, małżeństwa i rodzicielstwa były rzeczywiście respektowane. Nie wystarczy zniesienie pewnych zakazów na poziomie społecznych uzgodnień, formalnych bądź nieformalnych,

problemem pozostaje rozbieżność między uznaniem praw a ich realizacją [(D. May, M. K. Simpson, 2003, s. 38)].

Oba ogólne podejścia – indywidualne i społeczne – przez niektórych porównywane są na podstawie cech opozycyjnych. Przykładowo M. Oliver [za D. Anastasiou, J. M. Kauffman, 2011, s. 371] proponuje następujące zestawienie:

MODEL INDYWIDUALNY	MODEL SPOŁECZNY
TRAGEDIA OSOBISTA	SPOŁECZNA OPRESJA
PROBLEM OSOBISTY	PROBLEM SPOŁECZNY
INDYWIDUALNE LECZENIE	DZIAŁANIA SPOŁECZNE
„MEDYKALIZACJA”	SAMOPOMOC
DOMINACJA PROFESJONALNA	INDYWIDUALNA I ZBIOROWA
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ
WIEDZA SPECJALISTYCZNA	DOŚWIADCZENIE
PRZYSTOSOWANIE	AFIRMACJA
OPIEKA	PRAWA
INDYWIDUALNE PRZYSTOSOWANIE	ZMIANA SPOŁECZNA

Zestawienia tego typu, dostarczające wyrazistego porównania, pozwalają ocenić oba modele, wzajemnie się wykluczające, jako nadmiernie skrajne w swoich założeniach.

Podsumowując analizy koncepcji wyjaśniających istotę niepełnosprawności, można stwierdzić za M. Prestley’em [1998, s. 85], iż te ujęcia, które pozostają w kontekście modeli indywidualnych, przedkładają różnice ponad wspólnotę, skupiając się na specyficznych uszkodzeniach czy indywidualnych doświadczeniach. Skutkiem tego może być marginalizacja wspólnych potrzeb osób niepełnosprawnych, odnoszących się do stanowienia praw cywilnych oraz pokonywania upośledzających barier. Modele społeczne akcentują wspólnotę doświadczeń, obniżając rangę różnic. Zdaniem cytowanego autora, znaczące różnice między niepełnosprawnymi znajdują wyraz w odmienności osobistych doświadczeń i tożsamości, co nie unieważnia znaczenia społecznej opresji.

Na bazie paradygmatu postmodernizmu, w którym dwuwymiarowość w kategoriach subiektywny/obiektywny i niepełnosprawność/uszkodzenie stają się iluzoryczne, stwarzając sposobność podejmowania dyskursów przypisywanych znaczeń [por. C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 86], wyrosła propozycja, którą określa się niekiedy mianem „modelu uniwersalnego”. Konstrukcja niepełnosprawności dokonuje się z uwzględnieniem zjawisk materialnych (cielesności) oraz w znaczeniu symbolicznym (interpretacja cielesności i/lub opresji społecznej) [S. Gabel, S. Peters, 2004, s. 588]. W perspektywie tego modelu

staje się niezbędne uwypuklenie osobistych doświadczeń, jak również sposobów ich indywidualnego interpretowania. Jednostka niepełnosprawna bowiem, o czym zapomina się często w modelu społecznym (w obu jego wersjach), nie pozostaje bierna wobec określonych oddziaływań, jest podmiotem sprawczym, kształtującym, przynajmniej w pewnym zakresie, jakość swojego bytu w jego wymiarze materialnym i pozamaterialnym. W ujęciu tym „upośledzenie” nie stanowi dla jednostki istoty jej życia, a jedynie element towarzyszący [por. O. Speck, 2005, s. 243–244]. W obrębie tego modelu pozostaje obowiązująca definicja niepełnosprawności oraz koncepcja niepełnosprawności intelektualnej.

1.3. Definicja niepełnosprawności i niepełnosprawności intelektualnej

Obecnie obowiązująca klasyfikacja (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO)¹⁷, dająca podstawy do diagnozowania niepełnosprawności, łączy model medyczny (indywidualny) oraz społeczny, sytuując jej przyczyny zarówno na poziomie indywidualnych ograniczeń, będących konsekwencją zaburzeń w stanie zdrowia i sprawności, jak i społecznych uwarunkowań [F. Chapiro, 2005, s. 307]. Klasyfikacja ta ma wymiar uniwersalny – opisuje całościowo funkcjonowanie człowieka, nie skupiając się wyłącznie na zaburzeniach i defektach. Obejmuje dwie podstawowe części:

1) funkcjonowanie i niepełnosprawność, a w nich:

- a) funkcje organizmu (fizyczne i psychiczne) i struktury ciała oraz
- b) aktywność (realizacja zadań bądź działań na poziomie jednostkowym) i uczestnictwo (udział w życiowych zadaniach i rolach);

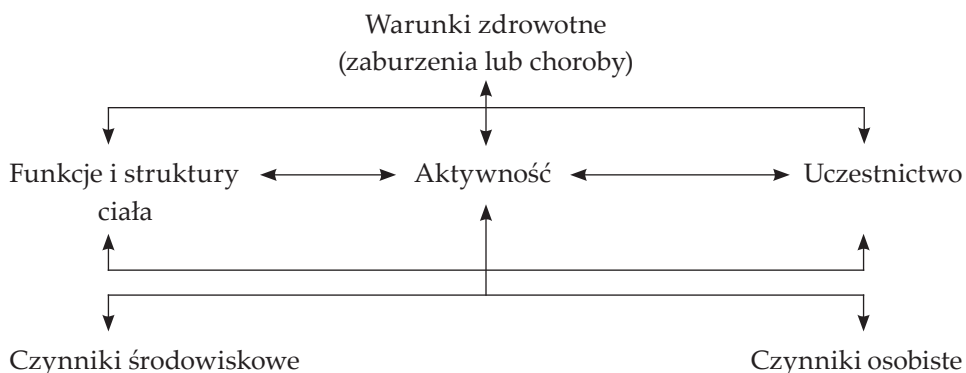
2) czynniki kontekstualne, w których obszarze wymieniono: czynniki środowiskowe i osobiste (wiek, płeć, poziom motywacji, poziom samoskuteczności) [F. Chapiro, 2005, s. 307].

Interakcje między wymienionymi złożonymi grupami czynników obrazuje wykres 1.

Czynniki środowiskowe rozpatrywane są wedle ich własności ułatwiających bądź utrudniających funkcjonowanie człowieka. Konstytuują je środowisko fizyczne i społeczne, obejmujące: produkty i technologie; środowisko naturalne, wsparcie i relacje społeczne; postawy społeczne; systemy usług i działań [M. M. Verdonschot i in., 2009, s. 55]. Szczegółowość oceny na poziomie

¹⁷ Szczegółowy opis klasyfikacji, z uwzględnieniem jej podstawowych wymiarów, na gruncie polskiej literatury odnajdujemy w pracy J. Kirenki [2007, s. 18–21].

czynników środowiskowych umożliwia wyłonienie w ich zakresie mniejszych obszarów i kategorii. Świadomie pominięto specyfikację czynników personalnych, ze względu na ich społeczno-kulturową różnorodność [F. Chapiro, 2005, s. 307].



Wykres. 1. Interakcje między komponentami klasyfikacji ICF

Źródło: N. Kostańsek [2011, s. 3].

Niepełnosprawność to dynamiczny stan, który rozpatruje się z uwzględnieniem poziomu zdrowia (uszkodzeń), aktywności (trudności w ich realizacji) oraz czynników środowiskowych i osobistych (ograniczeń uczestnictwa) [V. Riches i in., 2009, s. 326].

Niepełnosprawność intelektualna¹⁸ jest zawarta w szerszym konstrukcie niepełnosprawności, a zatem sposoby jej konceptualizowania, oceniania, jak również określania sposobów wsparcia muszą być rozpatrywane w jego ramach, wyznaczanych obecnie przez klasyfikację ICF [R. L. Schalock, i in., 2007, s. 116]. Za obowiązującą przyjmuje się koncepcję opracowaną przez AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) w jej szerokim wymiarze, uwzględniającym nie tylko kryteria diagnostyczne, ale również zakresy i sposoby ich interpretacji. Istota współczesnego rozumienia niepełnosprawności intelektualnej odwołuje się do tradycyjnego ujęcia,

¹⁸ AAIDD zaleca stosowanie terminu „niepełnosprawność intelektualna” w zastępstwie „upośledzenie umysłowe”, uzasadniając to między innymi dewaluującym znaczeniem tego ostatniego, ponadto potrzebą zaakcentowania faktu, że osoby, które podlegają określonemu dla niego kryteriom diagnostycznym, przynależą do szerszej kategorii niepełnosprawnych [R. L. Schalock i in., 2007, s. 117–118]. Ze względu na to, że w Polsce nie ma oficjalnych zaleceń w tym tytule, a oba terminy są traktowane jako równorzędne, są one stosowane zamiennie w niniejszej pracy.

akcentującego trzy główne elementy, ale pozwala je interpretować dla potrzeb diagnostycznych, prognostycznych i rehabilitacyjnych, w kontekście złożonych uwarunkowań natury fizycznej i społecznej.

Niepełnosprawność intelektualna rozumiana jest jako istotne ograniczenia zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowań przystosowawczych, które wyrażają się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych. Niepełnosprawność ta ujawnia się przed 18. rokiem życia [R. Luckasson i in., za D. D. Smith, 2002, s. 225]¹⁹. Dla zrozumienia jej istoty w każdym indywidualnym przypadku niezbędne jest jednocześnie uwzględnienie następujących wymiarów opisujących funkcjonowanie człowieka w koncepcji ICF:

1) intelektualne zdolności, obejmujące rozumowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, pojmowanie złożonych pojęć, uczenie się, także na podstawie doświadczeń;

2) zachowanie przystosowawcze, rozumiane jako zbiór poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętności, które jednostki nabywają w celu funkcjonowania w codziennym życiu. Istotne jest założenie mówiące o tym, że obok ograniczeń w analizowanym tu szerokim obszarze, często współwystępują możliwości, które winny stanowić ważną płaszczyznę wsparcia. Możliwości i ograniczenia jednostki w zachowaniu przystosowawczym należy analizować w kontekście społeczno-kulturowych warunków środowiska, odzwierciedlających wymagania wiekowe; ponadto z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb wsparcia;

3) zdrowie, rozumiane zgodnie z definicją WHO jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu²⁰. Podkreśla się, że warunki

¹⁹ AAIDD opracowało 11 edycję podręcznika *Intellectual disability: diagnosis, classification, and systems of supports*, opublikowaną w 2009 roku (brak polskiej wersji), w której wprowadza zmiany w zakresie obowiązującej definicji, mające na względzie przede wszystkim doprecyzowanie kryteriów definicyjnych. Proponowane uściślenia obejmują: 1) wprowadzenie określenia „w przybliżeniu” przed wyrażeniami „istotne ograniczenia” (w odniesieniu do funkcjonowania intelektualnego i zachowania przystosowawczego); 2) zastosowania jako kryterium ustalania znaczących ograniczeń/deficytów w zakresie zachowania przystosowawczego: „funkcjonowania, które pozostaje w przybliżeniu 2 odchylenia standardowe poniżej średniej, zarówno a) w odniesieniu do trzech typów zachowań adaptacyjnych: poznawczych, społecznych i praktycznych; b) w odniesieniu do ogólnego wyniku standardowego pomiaru tych umiejętności; 3) dołączeniu stwierdzenia, że zmiana terminologii (*upośledzenie umysłowe na niepełnosprawność intelektualna*) nie ma prowadzić do zmiany w indywidualnej dostępności usług i wsparcia. Ostatnia, najbardziej istotna zmiana, dotyczy wprowadzenia nowej klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej, ściśle osadzonej w koncepcji ICF. Proponowane zmiany są zalecane dla rewizji ogólniejszej wersji definicji autorstwa AAIDD oraz rewizji szerszej definicji (bardziej szczegółowa analiza zachowania przystosowawczego) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (jego nowa wersja DSM-V ma się ukazać w roku 2013) [AAIDD, www.aamr.org].

²⁰ Takie rozumienie zdrowia ma charakter statyczny i idealny. Obecnie przyjmuje się, że

zdrowotne wpływają pośrednio bądź bezpośrednio na poziom funkcjonowania jednostki w każdym z pozostałych czterech obszarów;

4) społeczne uczestnictwo (uczestnictwo w życiu społecznym), konceptualizowane jako funkcjonowanie w obszarach życia społecznego poprzez podejmowanie różnych form aktywności. Odnosi się do ról i interakcji w obszarze życia domowego, duchowego i kulturalnego, pracy, edukacji, czasu wolnego. Role społeczne rozpatruje się w kontekście adekwatności wiekowej;

5) kontekst tworzony przez środowiskowe i osobiste czynniki, które reprezentują złożone tło życia jednostki. Czynniki środowiskowe (fizyczne i społeczne), wchodząc w interakcje z osobistymi, mogą działać jako facylitatory bądź inhibitory w procesie nabywania umiejętności przystosowawczych. W zakres czynników osobistych wchodzi: płeć, rasa, wiek, style życia, poziom motywacji, wychowanie, edukacja, style radzenia sobie, zawód, doświadczenia i inne [R. L. Schalock i in., 2007, s. 315–316].

Funkcjonowanie w wymienionych wymiarach może być wzmacniane przez wsparcie indywidualne, rozumiane jako „zasoby i strategie, których celem jest promowanie rozwoju, edukacji, zainteresowań i osobistego dobrostanu osoby” [R. Luckasson i in., za R. L. Schalock i in., 2007, s. 316]. Podstawę kontekstualną realizacji tak rozumianego wsparcia stanowią trzy założenia:

1) uwzględnienie środowiska, okoliczności czy perspektyw występowania określonego zachowania;

2) rzeczywistość ma charakter procesualny, zmienny, środowisko jest przekształcane przez jednostki, one z kolei podlegają jego oddziaływaniami;

3) osoba pełni aktywną rolę w swoim rozwoju i funkcjonowaniu.

Podstawą realizacji wsparcia jest jego zbieżność z potrzebami jednostki. Wsparcie dostosowane do indywidualnego profilu potrzeb, zapewniające większą zbieżność między możliwościami osoby a wymaganiami środowiska, w którym żyje, może polepszać jakość jej funkcjonowania [R. L. Schalock i in., 2007, s. 316].

W procesie świadczenia wsparcia podkreśla się zasadę egalitaryzmu, zakładającą równość w dostępie do praw społecznych, ekonomicznych i politycznych. Na poziomie realizacyjnym oznacza to działania skoncentrowane na osobie (planowaniu i przewidywaniu wyników), *self-advokaturze*, wzmacnianiu jednostki (*empowerment*) [R. L. Schalock i in., 2007, s. 316]. Wymienione koncepcje, kluczowe we współczesnym podejściu do niepełnosprawności, w najogólniejszym

zdrowie jest raczej stanem równowagi organizmu w różnych jego wymiarach, będących wynikiem procesów adaptacji i akomodacji.

założeniu mają wyznaczać charakter i jakość rozwiązań zmierzających do optymalizacji życia osób z niepełnosprawnością intelektualną.

W kontekście opisanych założeń niepełnosprawność intelektualna staje się wynikiem interakcji pozytywnych i negatywnych czynników indywidualnych i społecznych. Koncepcja ta, wykorzystująca podstawowe założenia modelu społeczno-ekologicznego, stwarza ramy dla organizowania wsparcia z wykorzystaniem zasobów jednostki oraz zasobów jej środowiska, ponadto dla kształtowania tego ostatniego w kierunku dla niej optymalnym. W swoich podstawowych aspektach, przede wszystkim dotyczących znaczenia czynników środowiskowych, jest użyteczna dla wyjaśniania problematyki rozwoju seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich funkcjonowania w tej sferze.

* * *

Podsumowując rozważania, można stwierdzić, że najbardziej adekwatnym ujęciem problematyki niepełnej sprawności pozostaje takie, w którym znajduje swoje miejsce zarówno płaszczyzna osobistych ograniczeń, możliwości i doświadczeń, jak i wielorakich czynników składających się na przestrzeń życiową osób niepełnosprawnych, w jej wymiarze materialnym i pozamaterialnym. Ani model indywidualny, ani społeczny, same w sobie, w sposób wystarczający nie wyjaśniają istoty niepełnosprawności, nie dają również podstaw dla optymalnego wspierania seksualności osób z niepełnosprawnością. Model indywidualny zwiększył zainteresowanie specjalistów tą kwestią (przede wszystkim w odniesieniu do zaburzeń fizycznych), jednak ograniczał się do wymiaru biologicznego. Stwarzał sposobność rehabilitacji, ale w specyficznych formach i warunkach. Koncentrował się na trudnościach i ograniczeniach, zmniejszał możliwości osobistego uczestnictwa w procesie organizowania rehabilitacji. Model społeczny pozwolił poszerzyć płaszczyznę interpretacji seksualności o osobiste doświadczenia oraz zwrócił uwagę na złożoność tej sfery (na jej psychiczne i społeczne komponenty). Wprowadził zmiany na poziomie organizacji wsparcia, które, poszerzając tradycyjną rehabilitację, przestało być domeną specjalistów. Jego realizacja jest formą uzgodnień czynionych między nimi a samymi niepełnosprawnymi. Model ten zmienił nie tylko formę wsparcia, ale również jego charakter – stanowi ono wieloaspektowy proces całonocny zmierzający do optymalizacji możliwości życiowych tej grupy. Na bazie modelu społecznego zaistniała idea normalizacji, która stworzyła sposobność zmiany warunków i sposobów życia niepełnosprawnych

intelektualnie, jednocześnie pozostawiła nierozwiązanymi wiele problemów życiowych, między innymi obejmujących sferę ról społecznych istotnych dla realizacji seksualności.

2. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w ujęciu rozwojowym

W pojęciu *rozwój seksualny* mieszczą się określone przemiany zachodzące w sferze biologicznej, psychoseksualnej i społecznoseksualnej, następujące pod wpływem różnych czynników, specyficznych bądź niespecyficznych dla danego okresu życia. Seksualność człowieka ujawnia się w różnym nasileniu w przebiegu całego życia, stąd w jej rozwoju mamy do czynienia zarówno z przemianami o charakterze progresywnym, jak i regresywnym; z nabywaniem nowych jakości bądź osłabianiem istniejących funkcji.

Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, stanowiąca zasadniczy przedmiot dociekań, zostanie zreferowana w oparciu o *rozwojową koncepcję* M. Kościelskiej [2004, s. 30 i n.]. Koncepcja ta w sposób komplementarny odnosi się do perspektywy wyjaśniania istoty tej niepełnosprawności zaproponowanej przez wymienioną autorkę [2000b]. Geneza upośledzenia umysłowego, zdaniem M. Kościelskiej, pozostaje w sferze niekorzystnych doświadczeń rozwojowych. Rozwój człowieka podlega działaniu różnych czynników. Obok deficytów na poziomie biologicznym, mających charakter wrodzony bądź nabyty (w przypadku upośledzenia umysłowego odnoszących się przede wszystkim do nieprawidłowości w zakresie centralnego układu nerwowego), istnieją szanse kompensacji na poziomie środowiskowym. Ocena możliwości rozwojowych musi mieć zatem charakter całościowy i uwzględniać nie tylko braki, wynikające z deficytów, ale przede wszystkim istniejące zasoby. W przypadku osób uznawanych za upośledzone umysłowo obserwuje się niedostatek tych zasobów, które mogą pełnić rolę kompensacyjną w stosunku do defektów biologicznych. Szczególnie istotne są niekorzystne doświadczenia we wczesnym okresie życia, udaremniające pomyślny rozwój. W koncepcji M. Kościelskiej [2000b, s. 38 i n.] podkreśla się mechanizmy, które prowadzą do patologizacji osobowości jednostki, do wypaczonego obrazu siebie – poczucia upośledzenia w sferze Ja, upośledzenia umysłu, upośledzenia życia.

Teoria ta, osadzona w perspektywie społeczno-ekologicznej, ma charakter koncepcji pozytywnej, w tym względzie, iż: 1) kładąc akcent na możliwości jednostki, koncentruje się na niezbędnym zakresie wsparcia; 2) podkreśla znaczenie kompensacji; 3) traktuje jednostkę w sposób całościowy, tj. z uwzględnieniem jej doświadczeń i warunków życia; 4) zwracając uwagę na podobieństwo w zakresie istoty czynników rozwojowych, zmniejsza dystans między normą a patologią i podkreśla płynność ich występowania.

Zdaniem M. Kościelskiej [2004, s. 41], perspektywa rozwojowa jest szczególnie pomocna w wyjaśnianiu funkcjonowania osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. Pozwala ona bowiem opisać specyfikę ich seksualności w kategoriach nie tylko doświadczeń bieżących, ale również wcześniejszych faz życia, w których mogły pojawić się określone nieprawidłowości. Przydatność koncepcji dostrzega się również w fakcie, że pozwala ona wyjaśnić rozwój seksualności z uwzględnieniem tych jej uwarunkowań, które w największym stopniu mogą podlegać modyfikacji przez celowe oddziaływania edukacyjne i rehabilitacyjne. Ponadto charakter wyjaśnień, które proponuje, jest ściśle osadzony w prawidłowościach rozwoju psychoseksualnego każdej jednostki ludzkiej.

U osób z niepełnosprawnością intelektualną, na skutek złożonych czynników natury biologicznej (często wrodzonej) oraz psychospołecznej, mogą występować pewnego rodzaju odstępstwa od prawidłowości rozwoju seksualnego, pozwalające mówić o specyfice w tym zakresie. Obserwuje się tutaj opóźnienia w przechodzeniu do określonej fazy, trwałe zatrzymanie, pomijanie faz, regres, ponadto niepełne czy przesadne doświadczanie zjawisk charakterystycznych dla danego okresu [M. Kościelska, 2004, s. 30]. Z tego względu w referowanej dalej koncepcji nie określa się przedziałów wiekowych dla osiągnięcia poszczególnych faz. Ich wyłonienie ma w zasadzie charakter umowny – nie daje się przyporządkować określonemu etapowi życia jednostki, co sugerowałyby używane nazwy – opiera się na kryterium specyficznych objawów.

Zróznicowanie tempa rozwoju osobniczego obserwowane u osób pełnosprawnych zaznacza się w jeszcze większym zakresie i stopniu u niepełnosprawnych intelektualnie. Dotychczas zgromadzone dane pozwalają jednak sądzić, że specyfika rozwoju tych jednostek w znacznym zakresie mieści się w ogólnych zasadach wyjaśniających istotę seksualności każdego człowieka. Nie można zatem mówić o zjawiskach typowych w swym charakterze dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Różnice mogą dotyczyć jedynie tempa, spójności czy nasilenia.

W opisie rozwoju seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną starano się dokonywać szerszego wprowadzenia, nawiązującego do ogólnych prawidłowości stojących u podstaw seksualności każdego człowieka. Umieszczenie pewnych zagadnień w charakterystyce określonej fazy, np. homoseksualności czy przemocy seksualnej w fazie dojrzałej, nie oznacza, że są one dla nich specyficzne. Wynika ze swoistego dążenia do logicznego uporządkowania problematyki i przyporządkowania zagadnień do tych okresów, w których znajdują one pełną realizację.

2.1 Seksualność dziecięca

Ta faza rozwoju człowieka jest kluczowa dla budowania podstaw jego seksualności, zarówno w wymiarze biologicznym, jak i emocjonalnym oraz społecznym. Pomyślne przejście tego okresu wymaga przede wszystkim realizacji potrzeby bezpieczeństwa, więzi i przynależności oraz miłości. Źródłem zaspokojenia tych potrzeb stają się relacje z matką²¹, wyrażające bezwarunkową akceptację dziecka oraz afirmację jego osoby [M. Kościelska, 2004, s. 31–33]. Doświadczenia gromadzone w analizowanym okresie są istotne dla budowania integracji emocjonalno-seksualnej, o której będzie mowa w dalszej części pracy. K. Imieliński [1984a, s. 19], rozważając kontekst kształtowania tej integracji, zwraca uwagę na znaczenie stosunku uczuciowego rodziców względem dziecka (należałoby wspomnieć również o relacjach emocjonalnych między wszystkimi członkami w rodzinie), respektowanie jego potrzeb, rozwijanie uczuć wyższych i wytwarzanie hamulców dla niższych, ponadto rozbudzanie empatii.

Dziecko zdiagnozowane jako niepełnosprawne intelektualnie często jest pozbawione we wczesnej fazie życia opisanych pozytywnych doświadczeń. W literaturze przedmiotu odnajdujemy szczegółowe wyjaśnienia odnoszące się do kontekstu psychospołecznego jego rozwoju, w tym adaptacji rodziców i ich postaw [por. M. Kościelska, 1995; 1998; D. Kornas-Biela, 1996; E. Pisula, 1998]. M. Kościelska [2004, s. 32–33] zwraca uwagę na problemy natury psychospołecznej, których doświadczają rodzice dziecka z niepełnosprawnością. Należą do nich: odrzucenie emocjonalne dziecka, postrzeganie go przez

²¹ Zgodnie z założeniami psychologii prenatalnej istotne są już doświadczenia emocjonalne czerpane w okresie przedurodzeniowym. W sytuacji zagrożenia rozwoju dziecka, stwierdzonego podczas badań prenatalnych, udziałem matki stają się silne negatywne emocje, które wpływają na jego dobrostan.

pryzmat niepełnosprawności, zaniedbanie działań optymalizujących rozwój, próby nadkompensacji niepełnosprawności, nadochranianie i wyřęczanie czy też izolacja społeczna. Wymienione nieprawidłowości, mające złożone uwarunkowania, współtworzą kontekst decydujący o trudnościach w realizacji seksualności dziecięcej. Niezaspokojeniu potrzeb psychospołecznych dziecka towarzyszą problemy w osiągnięciu określonych kompetencji, zaburzenia tożsamości płciowej, w tym akceptacji własnej płci, trudności w przyswajaniu norm społecznych. M. Kościelska [2004, s. 33–34] wskazuje na tzw. głód emocjonalny jako skutek deprywacji potrzeb psychicznych. Konsekwencje tego stanu zaznaczają się w późniejszych fazach życia jednostki (traktowane są jako efekt niepomysłnej realizacji fazy seksualności dziecięcej – czy też inaczej – spóźniony jej przejaw). U wszystkich ludzi, bez względu na poziom ich sprawności, skutkiem może być nieumiejętność nawiązywania bliskiego kontaktu emocjonalno-erotycznego, niezdolność do miłości czy nawet negowanie jej istnienia [L. Gapik, 1990, s. 48]. U osób z niepełnosprawnością intelektualną połączenie uwarunkowań środowiskowych (psychospołecznych) z ograniczeniami fizycznymi i poznawczymi decyduje o większej złożoności i nasileniu negatywnych konsekwencji.

W zakresie doświadczeń okresu dziecięcego należy zwrócić uwagę na te, które sprzyjają kształtowaniu podstaw wymienionej wcześniej tożsamości płciowej. Jest ona definiowana na gruncie psychologii²² jako świadomość własnej płci i identyfikacja z jej konsekwencjami. Obejmuje przede wszystkim obraz siebie jako kobiety lub mężczyzny; wiedzę o płci i cechach przynależnych do niej; akceptację własnej płciowości bądź jej brak oraz stosunek do płci przeciwnej [M. Kościelska, 2000a, s. 5–6]. Proces kształtowania tej tożsamości jest determinowany biologicznie (procesy fizyczne i fizjologiczne), psychologicznie (identyfikacja z osobami określonej płci) oraz społecznie (oczekiwania i zachowania ze strony otoczenia). Zakres doświadczeń istotnych dla jej budowania w znacznej mierze obejmuje realizację potrzeb psychicznych, dokonującą się dzięki bliskim więzom z osobami znaczącymi; zawiera również sposoby wychowania w rodzinie, zaznaczające przynależność do płci (ubieranie, zabawki, udział w formach aktywności); kontakty społeczne, dostarczające wzorów ról i związanych z nimi form zachowań. Różnorodność podejmowanych działań, której służą bogate kontakty oferujące sposobność udziału w formach

²² W socjologii zainteresowanie skupia się na płci jako zjawisku społecznym (*gender*), procesach społeczno-kulturowych kształtujących modele męskości i kobiecości i wzorach ról społecznych kobiet i mężczyzn. Odróżnia się płć biologiczną (*sex*) oraz identyfikację z płcią (tożsamość płciowa) jako zjawisko psychologiczne [A. Kumaniecka-Wiśniewska, 2006, s. 73].

aktywności zabawowej czy zadaniowej, stanowi istotę treningu społecznego, sprzyjającego zarówno wzmacnianiu tożsamości płciowej, jej uświadamianiu, jak i socjalizacji seksualności [I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 60 i n.]. U osób z niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się problemy w wykształceniu tożsamości płciowej, będzie o nich mowa w dalszej części pracy.

Seksualność dziecięca jest pozbawiona specyficznych atrybutów w postaci popędu płciowego czy zachowań seksualnych, jednakże w tym okresie pojawiają się formy aktywności, zmierzające do poznania własnego ciała i zyskania pozytywnych doznań, takie jak masturbacja dziecięca²³. Istotne znaczenie w kontekście pomysłnego rozwoju dziecka ma właściwe postępowanie opiekunów. Trudno mówić o socjalizacji masturbacji w tym okresie, ma ona przede wszystkim charakter niespecyficzny, należy jednak podkreślić potrzebę odpowiedniego podejścia wychowawczego, pozbawionego restrykcyjności czy lęku. Represyjność, wzbudzanie poczucia winy i niepokoju mogą być przyczyną nasilenia tego zachowania. Negatywne doświadczenia emocjonalne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną są często podstawą nadmiernej, stereotypowej masturbacji [por. F. Kaeser, 1996b, s. 296; M. Kościelska, 2004, s. 45–46].

Ten okres należy traktować jako wstępny dla socjalizacji w sferze seksualnej. We właściwych warunkach, a zatem takich, w których sprawy seksualności traktowane są w sposób naturalny, a ciekawość poznawcza dziecka w tym zakresie jest zaspokajana, stwarza się sposobność do nabywania przez nie podstawowych pojęć z zakresu moralności oraz do kształtowania umiejętności społecznego funkcjonowania [L. Gapik, 1984, s. 292]. Oddziaływania wychowawcze w rodzinie mają służyć między innymi rozwijaniu nawyków czystości, istotnych w rozwoju intymności sfery erotycznej. Stopniowe zwiększanie zakresu społecznych doświadczeń dziecka w kontaktach z rówieśnikami pozwala budować kompetencje społeczne (umiejętność nawiązywania kontaktów, pełnienia ról społecznych, rozwiązywania konfliktów), niezbędne w realizacji życia erotycznego w późniejszym okresie [L. Gapik, 1990, s. 52–53]. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną często pozbawione są tych pozytywnych doświadczeń rozwojowych, fundamentalnych dla kształtu

²³ Oprócz niej wspomina się o dziecięcych zabawach seksualnych, będących głównie wynikiem i mechanizmem uczenia się życiowych ról charakterystycznych dla płci, połączonych nierzadko z przyjemnymi odczuciami zmysłowymi, nawet możliwością przeżycia orgazmu (?) [A. Jaczewski, J. Radomski, 1986, s. 53]. B. Wasilewski [1987, s. 48–50] pisze, że masturbacja może występować już w wieku niemowlęcym (rzadkie zjawisko); w wieku przedszkolnym częściej pojawia się u dzieci z emocjonalnymi trudnościami wynikającymi z odrzucenia i u „dzieci z niskim ilorazem inteligencji”. Ma w większości charakter przejściowy. Patologiczne konsekwencje mogą wiązać się z represyjnym stosunkiem otoczenia.

ich seksualności. Brak rozeznania w zakresie sfery erotycznej, niedostateczna orientacja w normach warunkujących zachowanie w sytuacjach społecznych przebiegających na różnym poziomie intymności, przy jednoczesnym współwystępowaniu problemów natury emocjonalnej (o których wcześniej wspomniano), mają swoje negatywne konsekwencje w zakresie przejawów seksualności [M. Kościelska, 2004, s. 33–34].

Szczegółne ograniczenia, związane nie tylko z analizowaną sferą, ale niemal każdym zakresem rozwoju, dotyczą tych dzieci, które są pozbawione opieki rodzinnej i od urodzenia czy wczesnego dzieciństwa przebywają w instytucji. Instytucjonalne warunki życia utrudniają bądź uniemożliwiają uzyskanie pozytywnych doświadczeń o charakterze emocjonalnym i społecznym, nierzadko natomiast są źródłem niekorzystnych, skutkujących zwiększonym i bardziej złożonym nasileniem zjawisk, które z powodu zaniedbań mogą pojawiać się u dzieci wychowywanych w rodzinie.

Podsumowując analizowaną problematykę, w odniesieniu do doświadczeń życiowych osób z niepełnosprawnością intelektualną, można stwierdzić, że charakterystyczne dla niej są negacja i zaniedbanie, nie tyle seksualności dziecka, która jeszcze nie ujawnia się w sposób typowy, co jego niespecyficznych i specyficznych potrzeb, możliwości i ograniczeń; zakłócenie podstaw socjalizacji seksualności oraz psychospołecznych uwarunkowań tożsamości płciowej. Wymienione problemy, będące konsekwencją trudności adaptacyjnych samych rodziców, ich niedostatecznej wiedzy w zakresie specjalnych potrzeb dziecka bądź postrzegania go wyłącznie przez pryzmat takowych i niedoceniaania normalnych potrzeb rozwojowych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem szerszych uwarunkowań, które tworzą kontekst funkcjonowania rodziny. Chodzi tutaj o wsparcie rodziców, zwłaszcza o charakterze profesjonalnym. Zagadnienie to wykracza poza podejmowaną tu problematykę, ale warto mieć je na uwadze.

2.2. Seksualność młodzieńcza

W seksualności młodzieńczej²⁴ należy zaakcentować złożoność i siłę zmian o charakterze fizjologicznym i somatycznym, a także emocjonalnym

²⁴ Należy tutaj zaznaczyć, że wiek młodzieńczy w psychologii rozwoju człowieka zaliczany jest do etapu dorosłości (tzw. wczesna dorosłość, odnosząca się do okresu od 18 do 23–30 roku życia) [M. Kiełar-Turska, 2006, s. 317]. Okres, który charakteryzuje M. Kościelska jako dojrzały, mieści w sobie specyfikę i zadania wczesnej dorosłości.

i społecznym. Specyfiką tego okresu pozostaje ujawnianie się popędu płciowego, który, zdaniem K. Imielińskiego [1989, s. 461], w swoim nasileniu zależy w dużym stopniu od czynników biologiczno-fizjologicznych. Według autora powszechne jest rozumienie go w kategoriach „czynników motywacyjnych uwarunkowanych biologiczną strukturą organizmu, powodujących formy zachowania się, których celem jest zaspokojenie określonych potrzeb organizmu” [K. Imieliński, 1990b, s. 240]. Dla Z. Lew-Starowicza [1990] popęd ten jest zarówno potrzebą biologiczną, kierowaną przez określone struktury CUN, zmierzającą do rozładowania napięcia seksualnego (w tym znaczeniu jest to potrzeba seksualna), jak i reagowaniem o określonej sile na bodźce seksualne (aktywność seksualna). Popęd płciowy, mający genezę biologiczną i towarzyszący człowiekowi przez całe życie, w swojej istocie zwykle ma społeczny charakter – realizowany jest najczęściej w relacjach z drugim człowiekiem (oprócz przypadków masturbacji) [A. Kępiński, 2003, s. 13]. Takie wyjaśnienia istoty popędu seksualnego są adekwatne do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Należy jednak stwierdzić, że wypowiedzi niektórych autorów w tej kwestii miały (i mają) charakter uproszczony i skrajny [A. Jaczewski, 1978, s. 85; K. Imieliński, 1990a, s. 367; E. Głowacz, 1997, s. 173–174]. Przykładem jest stereotypowe wnioskowanie na temat powiązania popędu ze stopniem upośledzenia²⁵. Można natomiast uznać za słuszne założenie mówiące o tym, że poziom intelektualny ma znaczenie dla form ujawniania popędu [G. Feuser, za K. Lausch, 1987, s. 212]. Zgodnie z nim u osób z głębszym upośledzeniem obejmują one przede wszystkim aktywność skierowaną na własne ciało. Osoby z lżejszą postacią niepełnosprawności mają większe możliwości realizowania swoich potrzeb w związkach partnerskich, w tym małżeńskich. M. Molicka [1994, s. 149–150] w sposób racjonalny wyjaśnia kwestie powiązania popędu i poziomu intelektualnych ograniczeń. Autorka wnioskuje, że poziom deficytu umysłowego należy rozpatrywać przede wszystkim w kontekście jego ograniczającego znaczenia w procesie socjalizacji zachowań seksualnych.

²⁵ Według H. Bacha [K. Lausch, 1987, s. 212] popęd płciowy spada wraz z obniżaniem się ilorazu inteligencji tak, że przykładowo przy ilorazie inteligencji niższym od 35 prawie nie istnieje. M. Molicka przytacza poglądy niektórych autorów na ten temat, m.in. H. Olechnowicz, która wnioskuje na temat istnienia powiązania stopnia niepełnosprawności umysłowej i siły popędu seksualnego; jej obniżenie u osób z upośledzeniem w stopniu głębszym wiąże z zaburzeniami rozwoju biologicznego. Badania realizowane przez M. Verhoef i współpracowników [2005, s. 383] wykazały, że osoby z ilorazem inteligencji powyżej 70 punktów przeszło trzykrotnie częściej (różnica zbliżona do istotnej) podejmują kontakty seksualne niż osoby z II poniżej tej granicy. Autorzy nie sugerują jednakże powiązania tego faktu z siłą popędu seksualnego.

Potrzeba seksualna, rozumiana jako „składnik dążeńowy popędu zachowania gatunku – funkcjonalnie zautonomizowany oraz kulturowo i jednostkowo uformowany” [K. Obuchowski, 1995, s. 148], posiada biologiczne i wrodzone podstawy. „Jest to taka właściwość człowieka, która powoduje, że po osiągnięciu odpowiedniej dojrzałości hormonalnej jest on zdolny do uzyskania w określonych warunkach specyficznej przyjemności i orgazmu” [K. Obuchowski, 1995, s. 148]. W toku rozwoju ontogenetycznego potrzeba seksualna podlega zmianom związanym z prawami biologicznymi oraz na skutek oddziaływań psychologicznych i społeczno-kulturowych [K. Imieliński, 1990b, s. 177]. W okresie rozwojowym przemiany potrzeby seksualnej obejmują proces jej konkretyzacji, mentalizacji oraz socjalizacji. Mentalizacja prowadzi do uświadomienia tej potrzeby, początkowo odczuwanej w formie niespecyficznej, oraz zrozumienia sposobów jej realizacji. Konkretyzacja zmierza do ukształtowania indywidualnych zachowań seksualnych. W procesie tym współwystępuje bogactwo uwarunkowań natury psychicznej i sytuacyjnej, co decyduje o różnorodności form zaspokajania potrzeby seksualnej w ujęciu interindywidualnym i intraindywidualnym. Socjalizacja z kolei prowadzi do podporządkowania zachowań seksualnych, jako form realizacji potrzeby seksualnej, określonym normom społecznym [L. Gapik, 1984, s. 289 i n.]. Opisane procesy są istotne nie tylko z punktu widzenia społecznie akceptowanej realizacji potrzeb seksualnych, ale przede wszystkim optymalnego funkcjonowania jednostki w tej sferze. Ich skutkiem jest uświadomienie potrzeby oraz uporządkowanie jej w ramy zgodne z osobistymi preferencjami i społecznymi wymaganiami – normami²⁶. Dla rozwoju seksualności człowieka, podobnie jak dla rozwoju w innych zakresach, konieczne jest zachowanie częściowej niezależności i jednocześnie zaakceptowanie najbardziej podstawowych reguł życia społecznego [L. Gapik, 1990, s. 54]. Nie jest korzystne zarówno obniżenie społecznych wpływów, jak i instrumentalizacja, powodowana przez wysoki stopień kontroli [K. Imieliński, 1989, s. 473]. Istotą socjalizacji seksualności pozostaje równowaga między społecznymi oddziaływaniami i indywidualnymi potrzebami oraz preferencjami. Brak tej równowagi leży u podstaw wielu zaburzeń natury emocjonalno-seksualnej [por. L. Gapik, 1984, s. 289]. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia z obydwoma rodzajami błędów socjalizacji, tj. zarówno z zaniedbaniem, wynikającym z przekonania o aseksualności tych

²⁶ Kwestia normatywnych uregulowań seksualności człowieka będzie przedmiotem dalszej części opracowania.

jednostek, jak i z nadmiernym rygoryzmem, podyktowanym niezrozumieniem istoty potrzeb oraz ich specyfiki.

Optymalny kształt seksualności człowieka zależy od integracji analizowanej potrzeby ze sferą emocjonalną, w tym zwłaszcza z potrzebą kontaktu emocjonalnego. Stopień tej integracji w znacznym stopniu warunkuje prawidłowy rozwój seksualności i funkcjonowanie człowieka w innych sferach [K. Obuchowski, 1984, s. 230; K. Imieliński, 1990b, s. 171]. Potrzeba kontaktu emocjonalnego, ukształtowana we wcześniejszej fazie rozwoju osobniczego, z jej podstawowym przejawem, którym jest umiejętność nawiązywania głębokiej więzi uczuciowej z drugą osobą, w sposób znaczący wpływa na formy realizacji potrzeby seksualnej, wzbogacając ją i czyniąc źródłem pozytywnych doświadczeń [K. Obuchowski, 1984, s. 239; K. Imieliński, 1990b, s. 181]. Między potrzebą seksualną a sferą emocji zachodzi zależność dwustronna. Potrzeba ta realizowana poprzez określone zachowania seksualne może być źródłem pozytywnych emocji. Te z kolei kształtują dynamikę, cel i sprawność zachowań seksualnych [L. Gapik, 1984, s. 301].

Zaburzenia opisywanej tu integracji u osób z niepełnosprawnością intelektualną wynikają po części z wcześniej analizowanych problemów psychospołecznych zaistniałych w okresie wczesnego wychowania, jak i oddziaływań blokujących rozwój potrzeb specyficznych dla kolejnych faz rozwojowych, m.in. potrzeby autonomii, o czym będzie mowa dalej. Istotne znaczenie mogą mieć utrudnienia w sferze rozwoju uczuciowości wyższej u osób z głębszymi postaciami niepełnosprawności, czy też zakłócenia w obrazie siebie, wynikające z niekorzystnych doświadczeń życiowych [por. M. Kościelska, 1984, 2000; J. Kirenko, M. Parchomiuk, 2008].

Pojawienie się popędu seksualnego w okresie dojrzewania powoduje poszukiwanie dostępnych sposobów jego rozładowania. Z jednej strony zapewniają to formy zastępcze (np. sport – wówczas, kiedy napięcia seksualne nie są skonkretyzowane), z drugiej – czynności seksualne, takie jak: masturbacja, petting, necking postrzegane przez specjalistów jako ważne rozwojowo [A. Jaczewski, J. Radomski, 1986, s. 62]. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną ograniczenia społecznych kontaktów, brak prywatności, represyjność w odniesieniu do wszelkich przejawów seksualności powodują, że zakres takowych zostaje zredukowany do masturbacji. Jest to forma zachowań seksualnych, która najczęściej u nich występuje [I. Fornalik, 2003, s. 52; 2004, s. 398], a jednocześnie jest bardziej charakterystyczna niż dla pełnosprawnych rówieśników, którzy potrzebę seksualną realizują w większym zakresie w postaci pettingu, neckingu czy stosunków [R. Kijak, 2009, s. 206; 220].

Masturbacja jako zachowanie seksualne powodowane przez popęd seksualny uznawana jest w seksuologii za zjawisko naturalne i rozwojowe [I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 88]. Istnieją jednak okoliczności, które decydują o jej negatywnym znaczeniu. W seksuologii wymienia się pewne formy masturbacji, które mogą mieć niekorzystne następstwa, np. masturbację anankastyczną, stanowiącą jeden z objawów nerwicy natręctw (rozładowanie seksualne służy tutaj nie tyle potrzebie przyjemności, odprężenia seksualnego, co pewnej neutralizacji napięcia psychicznego) [Z. Lew-Starowicz, 1988, s. 92]. W przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie opisywane są następujące jej formy:

- masturbacja nerwicowa, podejmowana w celu radzenia sobie z lękiem;
- masturbacja podejmowana w celu obniżenia napięcia mięśniowego, wynikającego zarówno z poczucia lęku o charakterze nerwicowym, jak i niemożności wyrażenia emocji w sposób powszechnie dostępny;
- masturbacja jako forma autostymulacji, z nudów; spotykana w sytuacjach niedoboru bodźców stymulujących i aktywności;
- masturbacja prowokacyjna, jako sposób zwrócenia na siebie uwagi ze strony opiekuna; zmierzająca do realizacji potrzeby kontaktu;
- masturbacja z wycofania się; stanowiąca formę obrony przed światem zewnętrznym; kierująca świadomością na przyjemne doznania wewnętrzne;
- masturbacja jako forma wyładowania padaczkowego [M. Kościelska, 2004, s. 45–46].

Do negatywnych jej skutków w wymiarze osobniczym przyczyniają się wpływy społeczne. A. Kępiński [2003, s. 75] pisze, że „czynnik socjalizacyjny w postaci »światła społecznego« sprawia, że masturbacja jest obarczona na ogół silnym poczuciem winy i negatywnym widzeniem siebie. Wzrasta nienawiść do samego siebie”. Problem tego typu występuje również w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Negatywne postawy otoczenia wobec masturbacji, o czym już wcześniej wspomniano, skutkują poczuciem winy, niesprecyzowanego lęku, a nawet wstydu. Reakcje te znajdują ujście w formach niespecyficznych, zwykle w postaci tzw. trudnych zachowań (np. agresja i autoagresja). Zdarza się, że wpajana wiedza na temat „szkodliwości i grzeszności” masturbacji prowadzi do formułowania własnych negatywnych jej ocen, mających charakter jedynie powierzchowny, co oznacza, że oceny te nie stanowią podstawy kierowania własnym zachowaniem; nie mają właściwości uwewnętrzniczonych norm [K. Nowak-Lipińska, 1996a, s. 28–47]²⁷.

²⁷ W badaniach realizowanych przez K. Nowak-Lipińską [1996a], osoby z głębszym

Zaniedbanie socjalizacji w jej elementarnym zakresie u osób z niepełnością intelektualną, przy braku wsparcia w sferze psychoseksualnej, powoduje specyficzne szkodliwe formy realizacji masturbacji, jak dokonywanie jej w miejscach publicznych, zwiększenie częstości, uporczywość, jak również zagrożenie zdrowa (samookaleczanie) [F. Kaeser, 1996a, s. 314; P. Cambridge i in., 2003, s. 258; G. Eastgate, 2008, s. 256]²⁸.

Ważnym, specyficznym elementem fazy seksualizmu młodzieńczego jest rozluźnienie więzi emocjonalnej z rodzicami i dążenie do relacji rówieśniczych. Związki takie stają się źródłem zaspokojenia potrzeby akceptacji, przynależności i nierzadko potrzeby seksualnej [L. Gapik, 1990, s. 66 i n.]. W tym okresie oczekuje się zwiększenia potrzeby autonomii, której manifestacją staje się „zdolność odpowiedzialnego kierowania swoim zachowaniem, dokonywania wyboru z uwzględnieniem własnych i cudzych potrzeb, kształtowania relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności” [W. Pilecka, J. Pilecki, 1996, s. 31]. Osoby z niepełnością intelektualną doświadczają ograniczeń w jej rozwoju, które wynikają zarówno z kontekstu natury fizycznej, tj. defektów w zakresie CUN, jak i ekologicznej, zwłaszcza społeczno-kulturowej. W ramach tych kontekstów mieszczą się wyznaczniki rozwoju autonomii, należące do warstwy osobowościowej, instrumentalnej oraz interakcyjnej. Ograniczające zachowania osób tworzących środowisko wychowania, wyrażające niski poziom akceptacji, pozbawione przekazu norm i wartości, redukujące sposobności podejmowania wysiłków i zdobywania doświadczenia w różnych sytuacjach społecznych, uczenia się na własnych błędach i zyskiwania sukcesów, tworzą ramy dla rozwijania osobowości, w której pojawia się słaba samoświadomość²⁹, niska samoakceptacja i poczucie własnej

upośledzeniem umysłowym przebywające w instytucji, wypowiadały się o masturbacji w sposób negatywny, mówiąc, że jest to „grzech”, „świństwo”, wskazywały „winowajców”, stosowały wobec nich represyjne praktyki (skargi do opiekunów, wskazywanie palcami, niechęć do kontaktu, przymusowa izolacja). Stosunek taki ujawniały również osoby, które same podejmowały masturbację.

²⁸ W literaturze przedmiotu odnajdujemy stwierdzenia dotyczące uprawianej przez osoby niepełnosprawne intelektualnie masturbacji. Warto zacytować przykład: „u dzieci z niskim poziomem intelektualnym lub wręcz upośledzonych umysłowo masturbacja pojawia się bardzo wcześnie i jest nader intensywna. Odnosi się nawet wrażenie, że u dzieci głęboko upośledzonych umysłowo jest to jedyny, obok jedzenia, picia, wydalania, przejaw aktywności dowolnej” [I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 80]. Negatywny wydźwięk tej charakterystyki zostaje nieco złagodzony przez odwołanie się do możliwej przyczyny zjawiska, którą, zdaniem autorów, może być ograniczenie kontaktów ze światem zewnętrznym. To ogólnikowe stwierdzenie nie znalazło jednak dokładnego wyjaśnienia.

²⁹ Często brak zrozumienia dla własnej niepełnosprawności, której świadomość istnieje w postaci szczątkowej jako przecucie, że jest się „innym”, poczucie bycia gorszym,

wartości, niepewność swojej sytuacji i losu. W takich warunkach, które są udziałem wielu niepełnosprawnych intelektualnie, nie ma możliwości nabywania społecznych kompetencji, zdolności radzenia sobie czy umiejętności korzystania ze wsparcia [por. W. Dykcik, 1996; J. Lausch-Żuk, 1996b; W. Pilecka, J. Pilecki, 1996; A. Twardowski, 1996]. Zgodnie z podziałem zaproponowanym przez I. Obuchowską [1996, s. 19] należałoby powiedzieć, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie doświadczają autonomii zewnętrznej, co sprawia, że nie kształtuje się u nich autonomia wewnętrznej. Jakkolwiek przytoczona wcześniej definicja tego nie oddaje, opisuje bowiem wybrane przejawy, ważne dla omawianej tu problematyki, autonomia jest potrzebą rozwojową, ujawniającą się wielorako w różnych fazach życia człowieka [I. Obuchowska, 1996, s. 19]. Słumienie (niewykształcenie) tej potrzeby skutkuje biernością, bezradnością, uzależnieniem od innych – pełnosprawnych [B. Szychowiak, 1996, s. 246–248]. Można sądzić, że tego typu cechy rzutują również na jakość seksualnej aktywności jednostek niepełnosprawnych. Obserwacje poczynione przez M. Kościelską [2004, s. 36–37] dowodzą, że u osób niepełnosprawnych intelektualnie występuje mniejsze niż u pełnosprawnych nasilenie tendencji polegającej na dążeniu do bycia członkiem grupy rówieśniczej, połączone z poszukiwaniem realizacji potrzeby akceptacji przede wszystkim u osoby dorosłej³⁰. U niepełnosprawnych obserwuje się dążenie do nawiązywania relacji intymnych, nie tylko o charakterze seksualnym, jednak związki takie cechuje znaczny stopień niedojrzałości oraz pomieszczenie elementów seksualności młodzieńczej z dziecięcą. Silna motywacja do zaspokojenia potrzeby miłości, wcześniej nierealizowanej, może być przyczyną nadinterpretacji zachowań innej osoby, odczytywania przejawów jej zainteresowania za wyraz głębszego uczucia. Tego typu sytuacje zdarzają się często w relacjach z pełnosprawnymi dorosłymi, w tym opiekunami czy nauczycielami. M. Kościelska [2004, s. 37] zaznacza, że jakkolwiek tego typu niedojrzałość występuje również u osób pełnosprawnych w tym wieku, u niepełnosprawnych może być znacznie przesunięta w czasie. W ich przypadku wynika z braku doświadczenia, rozeznania społecznego i wspomnianego zaniedbania w zaspokajaniu potrzeby emocjonalnej.

pozbawionym tego, co mają inni, żyjącym w odmiennych warunkach [por. S. Beart i in., 2005; E. E. Hreinsdóttir i in., 2006].

³⁰ Podobne kwestie porusza A. Manterys [2003], opisując przypadek osoby z zespołem Downa stojącej na pograniczu świata niepełno- i pełnosprawnych. Są to niezwykle interesujące analizy socjologiczne, dowodzące nieadekwatności społecznych oczekiwań i wymagań, ich niekompatybilności z potencjałem jednostki, który zdecydowanie należy rozwijać, ale nie za wszelką cenę.

Pary tworzone przez osoby niepełnosprawne intelektualnie w wieku młodzieńczym mają, zdaniem M. Kościelskiej [2004, s. 37–38], swoje cechy specyficzne, do których należy m.in. odraczanie współżycia seksualnego, pozostawianie małżeństwa i rodziny w sferze marzeń czy odległej przyszłości, bez prób konkretyzowania bądź podejmowania działań służących ich realizacji. Opisana specyfika związków nie jest kwestią osobistych dojrzałych wyborów osób niepełnosprawnych, ale warunków ustalanych przez ich pełnosprawnych opiekunów oraz wyrazem adaptacji do nich³¹. Segregacja płciowa, izolacja społeczna, pozbawianie prawa do prywatności, represjonowanie podejmowanych zachowań seksualnych, wpajanie przekonania o niedostępności pewnych ról i sposobów życia, a także decydowanie o życiu osobistym, przez wyrażanie przyzwolenia bądź jego brak w odniesieniu do prób podejmowania relacji partnerskich, tworzą kontekst życia wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną [L. Fegan i in., 1993, s. 109–112; G. DiGiulio, 2003, s. 62; M. Kościelska, 2004, s. 38; M. M. Cheng, J. R. Udry, 2005, s. 156; L. Walker-Hirsch, 2007a, s. 10–13].

Środowiskowe uwarunkowania seksualności osób niepełnosprawnych w przebiegu ich życia mają znaczenie zarówno dla kształtowania potrzeby seksualnej i jej socjalizacji, rozumianej jako realizacja w postaci zachowań mieszczących się w zakresie obowiązujących norm społecznych, jak i dla budowania tożsamości płciowej. Tożsamości poświęcono wiele badań realizowanych z udziałem osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wykazano szereg nieprawidłowości jej rozwoju, wynikających z uwarunkowań zewnętrznych o charakterze socjalizacyjnym³². Wskazano na: brak wiedzy o anatomii i fizjologii płci; identyfikację z rolą społeczną dziecka (zaprzeczanie potrzebom seksualnym albo odkładanie ich zaspokojenia w odległą przyszłość); niejasne poczucie przynależności do danej płci; poczucie niepewności w roli; brak rozeznania we własnych emocjach [M. Kościelska, 2000a, s. 8–9; I. Fornalik, 2004, s. 394–395]. Środowiska życia osób z niepełnosprawnością intelektualną, z punktu widzenia ich stymulującego bądź ograniczającego znaczenia dla tożsamości płciowej, można scharakteryzować, uwzględniając następujące wymiary: swoboda wyboru – jego ograniczenie; podejmowanie ról adekwatnych do wieku i płci – ograniczenie do ról narzuconych przez otoczenie w konsekwencji

³¹ Należy ją traktować jako mechanizm pozwalający bronić się przed stratami emocjonalnymi wynikającymi z zerwanych bliskich więzi, utraconych nadziei, zawiedzonych marzeń.

³² Trzeba jednak dodać, że są dowody empiryczne wskazujące na posiadanie prawidłowej tożsamości płciowej u niepełnosprawnych intelektualnie, przynajmniej w jej podstawowych zakresach (młodzież z umiarkowanym stopniem upośledzenia R. Kijak [2009, s. 155 i n.]. Przypuszczalnie zróżnicowania w tym zakresie wynikają ze złożoności indywidualnych i społecznych ograniczeń oraz możliwości.

postrzegania niepełnosprawnych jako „wiecznych dzieci”; dostarczanie racjonalnej wiedzy z zakresu seksualności – ogólnikowość wiedzy, fałszywa wiedza; pozytywne wartościowanie seksualności człowieka – negacja wartości, postawa represyjna względem niej; wielość doświadczeń społecznych – ograniczenie, izolacja płciowa [A. Kumaniecka-Wiśniewska, 2006, s. 103 i n.].

Okres młodzieńczy, w tym szczególnie faza dojrzewania, w której ujawniają się istotne aspekty seksualności, wymaga działań ukierunkowujących. Racjonalne wsparcie edukacyjne i psychologiczne staje się niezbędnym elementem procesu dojrzewania potrzeby seksualnej w opisanych wcześniej kierunkach – uświadomienia, skonkretyzowania i uporządkowania zgodnie z normami. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną zwykle są pozbawione takiego wsparcia. Efektem zaniedbania wynikającego ze złożonych przyczyn, wśród których dominują niekorzystne postawy społeczne, stereotypy i uprzedzenia, jest brak rozeznania we własnej seksualności, trudności w radzeniu sobie z jej fizjologicznymi przejawami czy niewłaściwe ukierunkowanie [por. K. Obuchowski, 1984, s. 235].

Charakteryzując tę fazę rozwoju, należy zwrócić uwagę na procesy stanowiące o biologicznym dojrzewaniu organizmu (np. zmiany w budowie ciała, miesiączka u dziewcząt czy polucje u chłopców). Ich przebieg w aspekcie jakościowym i chronologicznym może być zakłócony u osób z niepełnosprawnością intelektualną na skutek nieprawidłowości wrodzonych bądź nabytych (genetycznych czy endokrynologicznych zaburzeń, zaburzeń związanych ze stosowaniem środków farmakologicznych³³ [D. Griffiths, za D. Richards i in., 2008, s. 205; D. Patel i in., 2010, s. 351; R. Kijak, 2009, s. 148–149]), jednak zawsze wymaga on uporządkowania i wsparcia. Zaniedbania w tym zakresie skutkują zarówno określonymi trudnościami psychicznymi (np. zwiększenie lęku), jak i społecznymi (np. brak zachowania intymności) [por. L. Fegan i in., 1993, s. 23 i n.; K. Smith i in., 1995, s. 62]. Dowody empiryczne wskazują na niski poziom wiedzy na temat szeroko rozumianej seksualności człowieka u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Deficyty obserwuje się nie tylko w obszarach obejmujących treści dotyczące stricte seksu (np. konsekwencji seksualnej aktywności, antykoncepcji, unikania zagrożeń), ale także zagadnień odnoszących się do rozwoju człowieka (związanych z dojrzewaniem) czy, jak wcześniej wspomniano, biologicznych i społecznych ról płci [Z. Leutar, M. Mihoković, 2007, s. 95–10; A. Isler, F. Tas i in., 2009, s. 30–31; R. Kijak, 2009, s. 175 i n.; M.

³³ Zburzenia związane z procesem dojrzewania (przyspieszeniem bądź opóźnieniem) występują m.in. w zespole Pradera-Williego, zespole Downa, wodogłowiu, przepuklinie oponowo-rdzeniowej [D. Patel i in., 2010, s. 351].

McCarthy, 2009, s. 200]. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mają mniejsze możliwości zdobywania wiedzy w toku własnej aktywności, ze względu na słabszy do niej dostęp, trudności interpretacyjne i ograniczoną zdolność przyswajania. Ich wiedza jest nie tylko mniejsza i wybiórcza, ale również nieuporządkowana [G. Kelly i in., 2009, s. 311]³⁴.

2.3. Seksualność dojrzała

Wyraża się ona w zdolności podejmowania oraz trwałego i pomyślnego pełnienia ról społecznych, w których zakresie realizuje się komponent psychoseksualny i społecznoseksualny, a zatem roli partnera i rodzica [M. Kościelska, 2004, s. 39–40]. Z. Lew-Starowicz [1990] za podstawowy składnik dojrzałości psychoseksualnej uznaje *integrację seksualną*³⁵, definiując ją jako: „harmonijne powiązanie potrzeb i zachowań seksualnych z uczuciowością, systemem wartości, partnerstwem, poczuciem odpowiedzialności”. Dojrzałość ta pozwala na świadomą realizację potrzeb seksualnych, przyczyniającą się do rozwoju osobowego, szczęścia, bezpieczeństwa i wzajemnej pomocy partnerów [M. Kościelska, 2004, s. 39]. W tym stadium rozwoju człowieka oczekuje się ukształtowania struktur biologicznych oraz wykształcenia kompetencji psychospołecznych, takich jak: odpowiedzialność za siebie i najbliższych, zdolność podejmowania decyzji; dojrzałość relacji do inności (umiejętność słuchania, bycia, współdziałania, współistnienia); decentracja poznawczo-emocjonalna; odczucie własnej autonomii [K. Rzedzicka, 2003, s. 46].

Należy podkreślić, że pomyślna realizacja tego okresu życia, przy udziale uwarunkowań biologicznych, jak i, w znacznie większym stopniu, psychospołecznych, dostępna jest nielicznej grupie osób z niepełnosprawnością. Dla jego jakości ważne jest pozytywne przejście faz poprzednich, pozwalające uzyskać osobistą dojrzałość w wymiarach wcześniej opisywanych. Kwintesencją fazy dojrzałej jest realizacja seksualności w związku partnerskim związana z prokreacją. Obie z tych kwestii budzą najwięcej społecznych kontrowersji, nie są

³⁴ Autorki wykazały w wywiadach pogłębionych prowadzonych z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, że badani wiedzą o istnieniu czy działaniu testów ciążowych, ale nie wiedzą, jak się zachodzi w ciążę (!).

³⁵ Ze stanem dezintegracji seksualnej mamy do czynienia w tych przypadkach, w których, na skutek przedwczesnej inicjacji seksualnej, zakłócenia rozwoju osobowości, czy też zaburzeń psychicznych, występuje oddzielenie seksu od moralności, uczuciowości i refleksji [Z. Lew-Starowicz, 1990].

również w sposób czytelny regulowane przez prawo (małżeństwa w prawie cywilnym i kanonicznym).

Sprzeciw wobec małżeństw osób niepełnosprawnych intelektualnie bywa uzasadniany mniej bądź bardziej racjonalnymi argumentami. Dostrzega się przede wszystkim deficyty w ich funkcjonowaniu, w tym – w sferze uczuć. Wyrażane są przekonania, że jednostki z upośledzeniem nie są zdolne do miłości, przyjaźni, wierności. Przejawy takich są oceniane jako nietrwałe i powierzchowne z powodu niedojrzałości emocjonalnej. Wiele osób niepełnosprawnych, w wyniku opisywanych już tutaj czynników psychospołecznych oraz uszkodzeń organicznych, ujawnia zaburzenia w sferze emocjonalnej. Nie ma jednak podstaw, aby sądzić, że wymienione aspekty życia uczuciowego pozostają poza ich zasięgiem. Są immanentną cechą człowieczeństwa: „(..) w naturze człowieka głęboko ukryta i integralnie z nią związana tkwi zdolność do kochania i miłości, tj. potrzeba bycia kochanym oraz potrzeba kochania innego człowieka” [K. Imieliński, 1987, s. 11]. Ograniczenia społeczne zmniejszają sposobności nawiązywania związków uczuciowych przez osoby niepełnosprawne umysłowo, istnieje jednak materiał empiryczny pozwalający sądzić, że potrzeba miłości i zdolność jej realizacji pozostają również ich udziałem [L. Fegan i in., 1993; M. Kościelska, 2000a, 2004; N. Parello, 2007; R. Kijak, 2009; D. Krzemińska, 2009; J. Vanier, 2010]. Pragnieniu więzi emocjonalnej u niepełnosprawnych intelektualnie towarzyszy niekiedy chęć zawarcia małżeństwa. Wizja małżeństwa pojawia się wtedy, kiedy istnieje sposobność wchodzenia bez przeszkód w relacje partnerskie [M. Kościelska, 2004; N. Parello, 2007]. Wyobrażenia na temat własnej rodziny i prokreacji są jednak słabo sprecyzowane. Mogą być one wyrazem zamanifestowania swojej normalności i dążenia do dorosłości. niesprawiedliwe i upraszczające problem jest jednak stwierdzenie, że pragnienie małżeństwa wyrażane przez osoby z głębszą niepełnosprawnością³⁶ [K. Lausch, 1987, s. 214] jest ubocznym produktem socjalizacji, naśladowaniem osób pełnosprawnych, czy też że nie towarzyszy mu głębsza podstawa w postaci zrozumienia istoty małżeństwa.

Zdolność niepełnosprawnych intelektualnie do małżeństwa budzi wiele wątpliwości. Chodzi tutaj szczególnie o zdolność podejmowania odpowiedzialności za wspólne życie (w tym seksualne) i jego konsekwencje. Kwestia ta jest najbardziej istotna w odniesieniu do niepełnosprawnych w stopniu

³⁶ Problem małżeństw osób z niepełnosprawnością intelektualną, w jego społecznym odbiorze, jest oceniany w sposób zróżnicowany, w zależności od stopnia upośledzenia. Sam poziom inteligencji czy nawet zakres ograniczeń poznawczych nie może jednak stanowić czynnika podstawowego do formułowania takich ocen [por. ks. A. Bartoszek, 2009, s. 276].

głębszym³⁷. Problematyka małżeństw osób z upośledzeniem ma bardzo słabe podstawy empiryczne na gruncie polskim³⁸, doczekała się natomiast bogatego opracowania za granicą. Autorzy zajmujący się tym zagadnieniem zwracają uwagę na to, że dla jakości związków niepełnosprawnych intelektualnie, przede wszystkim w perspektywie subiektywnej, ważne znaczenie mają doświadczenia uzyskane w rodzinie, ponadto wsparcie udzielane małżonkom przez najbliższych, stanowiące wyraz akceptacji związku [por. J. Vanier, 1987; 2010; M. Kościelska, 2000a; 2004; H. Łaś, 2002; K. Nowak-Lipińska, 2003]. Sprzeciw wyrażany wobec zawierania związków małżeńskich przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną wydaje się racjonalny, jeśli weźmie się pod uwagę zakłócenia w ich rozwoju seksualnym, warunkujące go oddziaływania socjalizacyjne, ponadto kompetencje życiowe tych jednostek, warunki i formy ich życia. Kwestia ta winna być jednak traktowana w sposób indywidualny. Nieuprawnione jest wyrażanie kategorycznych opinii zakazujących, muszą one wynikać z uzasadnionych przesłanek, biorących pod uwagę nie tylko interes społeczny, ale przede wszystkim dobro jednostek bezpośrednio zainteresowanych. Odmawianie prawa do małżeństwa czy do prokreacji, przy powołaniu się na niepełnosprawność, jest pogwałceniem praw człowieka.

Większość osób z niepełnosprawnością intelektualną żyje w samotności, która najczęściej jest narzucona, a nie wynika z osobistego wyboru. M. Kościelska [2004, s. 40] wspomina też o dobrowolnym wyborze celibatu, spotykanym w tej populacji, opartym na świadomości swoich ograniczeń. Taka forma życia, którą można nazwać „wybozem negatywnym”, staje się źródłem frustracji, szczególnie wtedy, kiedy osoba pozbawiona jest dodatkowo więzi rodzinnych czy przyjacielskich [por. M. Kościelska, 2000b]. Niektórzy dostrzegają źródło wsparcia w życiu wspólnotowym, w tak zwanych wspólnotach bytowania [J. Vanier, 1987, s. 137; A. Bartoszek, 2009, s. 286]. Muszą być one jednak otwarte na różne potrzeby swoich członków, także psychoseksualne oraz stwarzać warunki optymalne dla ich realizacji. Wydaje się, że sam postulat budowania więzi międzyludzkich o charakterze pozaintymnym i realizowania na ich bazie podstawowych potrzeb psychoseksualnych nie w każdym przypadku okaże się wystarczający.

³⁷ Chodzi tutaj przede wszystkim o osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, jakkolwiek każdy przypadek należy traktować w sposób indywidualny.

³⁸ Przynajmniej ze względu na małą reprezentację małżeństw osób z niepełnosprawnością w stopniu głębszym w populacji oraz „wtapianie się” w społeczeństwo związków tworzonych przez jednostki z upośledzeniem w stopniu lekkim.

Wyrazem seksualności dojrzałej jest prokreacja i wychowanie dzieci. Stanowią one szczególnie problem w kontekście dotychczasowych rozważań. Negatywne społeczne ustosunkowanie wobec tej kwestii jest ściśle związane z ogólnymi nastawieniami do osób z tą niepełnosprawnością. Wydaje się, że nawet obecnie można mówić o pewnych tendencjach eugenicznych w odniesieniu do prokreacji upośledzonych umysłowo. Zachowując maksymalną obiektywność w tej kwestii, należy odnieść się do realnych możliwości, którymi dysponują osoby niepełnosprawne intelektualnie, w kontekście zakładania własnej rodziny. Trzeba tu rozważyć brak wsparcia w przygotowaniu do dorosłego życia, czy też możliwości jego realizacji w sposób bardziej autonomiczny oraz ograniczenia natury materialnej i bytowej (brak pracy, niskie świadczenia rentowe, niemożność samodzielnego zamieszkania, ograniczona liczba miejsc w mieszkaniach chronionych, zatłoczenie w domach pomocy społecznej). W wielu przypadkach zasadne jest mówienie o braku kompetencji rodzicielskich. Istotą problemu pozostaje jednak znalezienie rzeczywistych podstaw podejmowania określonych decyzji w tej kwestii (także przez osoby pośrednio zainteresowane, w tym rodziców, opiekunów), a zatem dążenie każdorazowo do rzetelnej oceny możliwości i ograniczeń [por. M. Aunos, M. A. Feldman, 2002, s. 292].

Kwestia prokreacji jednostek z niepełnosprawnością intelektualną w świetle społecznej opinii wymaga uregulowania. Stosowane w tym zakresie środki ubezpłodniania posiadają różny poziom restrykcyjności. Największe wątpliwości budzi sterylizacja, z którą wiążą się takie problemy, jak: trwałość pozabawiania płodności, brak zgody i świadomości ze strony osoby poddawanej zabiegowi, ponadto zasadność w odniesieniu do indywidualnych potrzeb i sytuacji życiowej [por. L. Servais, 2006, s. 53–54]. Wiele kontrowersji budzi zdolność jednostki do udzielenia świadomej zgody. Kwestię tej zgody porusza się również przy okazji takich zagadnień, jak zawieranie małżeństw czy podejmowanie stosunków seksualnych³⁹. Nie można zaprzeczyć, że wiele osób z niepełnosprawnością intelektualną nie jest w stanie jej udzielić, jednak należałoby wówczas zapytać o celowość sterylizacji. Podobny problem pojawia się w odniesieniu do współżycia seksualnego i stosowania innych form antykoncepcji⁴⁰. Osoba, której poziom intelektualnego funkcjonowania nie pozwala

³⁹ Zakłada się, że kompetentne udzielanie zgody wymaga przede wszystkim funkcji wykonawczych. W badaniach z udziałem niepełnosprawnych intelektualnie ustalono, że w kwestii zgody na seksualną aktywność ważna jest umiejętność planowania i rozwiązywania problemów [C. H. Kennedy, 2003, s. 356].

⁴⁰ Badane przez M. McCarthy [2009, s. 200 i n.] kobiety z niepełnosprawnością intelektualną

na dokonanie w tej mierze rozeznania i oceny, nie jest zdolna do budowania korzystnych dla siebie relacji partnerskich. W takiej sytuacji nieuprawnione jest mówienie o zgodzie zastępczej [por. B. Spiecker, J. Steutel, 2002]. Stosowanie antykoncepcji czy sterylizacji w sposób rutynowy, „na wszelki wypadek”, uzasadniane sugerowaną potrzebą ochrony jednostki przed seksualnym wykorzystaniem i przemocą, jest pozornym uregulowaniem kwestii seksualności. Stanowi również naruszenie uprawnień człowieka wynikających z prawa naturalnego. Pozbawianie zdolności do prokreacji, podobnie jak jej wymuszanie, to naruszenie bezwyjątkowego, absolutnego prawa człowieka [J. Finnis, 2001, s. 252].

Rozważając sprawę prokreacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, warto zwrócić uwagę na zjawisko „białych małżeństw”. To takie związki, w których partnerzy nie podejmują aktywności seksualnej. U podstaw tego rozwiązania pozostaje przekonanie, że osoby niepełnosprawne potrzebują przede wszystkim zaspokojenia potrzeb emocjonalnych – miłości, bliskości, bezpieczeństwa, akceptacji; ponadto założenie o możliwościach sublimacji popędu płciowego (rozładowanie przez zorganizowaną aktywność, np. sportową) [K. Lausch, 1987, s. 225]. Przyznając słuszność poglądom akcentującym znaczenie emocjonalności i uczuciowości oraz niezbędność ich powiązania ze sferą seksualną, należy odwołać się do poglądów specjalistów w tej kwestii, która dotyczy rozładowania popędu przez aktywność pozaseksualną. Zdaniem K. Imielińskiego [1987, s. 170] potrzeba seksualna nie może być zrealizowana w sposób pozaseksualny. K. Obuchowski [1995, s. 132–133; 148] pisze, że nie jest ona konieczną dla człowieka, brak jej realizacji nie musi wywoływać negatywnych konsekwencji psychicznych, a rezygnacja z doświadczeń seksualnych w imię określonych wartości może dostarczać satysfakcji osobistej i być źródłem spełnienia. Istotne jest, aby rezygnacja ta wynikała z autentycznego przekonania, a nie z naśladowania, ucieczki czy przymusu. Autor widzi jednak trudność w określeniu warunków, w których brak zaspokojenia tej potrzeby nie przynosi człowiekowi negatywnych konsekwencji. Jego zdaniem wnioskowanie na temat pewnego rodzaju zastępstwa, kompensacji w odniesieniu do aktywności seksualnej jest nadmiernym uproszczeniem – człowiek pomyślnie realizujący swój potencjał w sferze pozaseksualnej nie musi rezygnować z tej aktywności, może być ona dla niego równie ważna, ponadto może równoległe stanowić źródło samorealizacji. Odnosząc te rozważania do sytuacji

w większości nie miały świadomości, że stosowane przez nie środki antykoncepcyjne wiążą się z aktywnością seksualną.

osób z niepełnosprawnością intelektualną, warto postawić pytania: na ile rezygnacja z aktywności seksualnej jest ich osobistym wyborem? Na ile decyzja o niej jest dla nich zrozumiała i przez nich akceptowana? Są to kwestie trudne do jednoznacznego rozstrzygnięcia, jednak podobnie jak w przypadku małżeństw i udzielanego na nie społecznego przyzwolenia, należy zawsze mieć na uwadze konkretną osobę, całość jej doświadczeń życiowych, obecną sytuację i przede wszystkim zdolność podejmowania przez nią określonych wyborów.

Dotychczas omówiono masturbację jako najczęstszą kategorię zachowań seksualnych w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Powszechność tego zachowania nie oznacza, że jednostki upośledzone nie są zdolne do aktów seksualnych. W badaniach realizowanych za granicą (w Stanach Zjednoczonych, Francji, Australii) stwierdzono zróżnicowany wskaźnik dotyczący współżycia seksualnego w związkach heteroseksualnych (od 0% do 82%). Udowodniono, że jest on istotnie powiązany ze stopniem niepełnosprawności intelektualnej, płcią, wiekiem oraz formą życia. Zachowania seksualne realizowane w związkach heteroseksualnych częściej są udziałem osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, biorąc pod uwagę jej stopień, upośledzonych umysłowo mężczyzn w stosunku do kobiet, a także jednostek żyjących w środowisku otwartym w porównaniu do tych, którzy funkcjonują w warunkach chronionych [L. Servais, 2006, s. 49]. Należy jednak mieć na względzie, że aktywność seksualna o charakterze heteroseksualnym (obejmująca zróżnicowane formy, takie jak wzajemna masturbacja, petting czy stosunki seksualne) bywa również udziałem niepełnosprawnych w stopniu głębszym, jakkolwiek dane na ten temat są ograniczone [F. Kaeser, 1996a, s. 315; I. Fornalik, 2003, s. 52; R. Kijak, 2009, s. 220], a ich źródła mają zwykle charakter pośredni (rodzice, opiekunowie, pracownicy instytucji, osoby o subiektywnym nastawieniu do problemu, nie zawsze mające pełne rozeznanie w tej kwestii). Badania o charakterze porównawczym, tj. uwzględniające grupę pełnosprawnych w odpowiednim wieku, ujawniły, że aktywność heteroseksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie (z różnym stopniem upośledzenia umysłowego) jest znacznie niższa [M. M. Cheng, J. R. Udry, 2005, s. 164; R. Kijak, 2009, s. 220].

Pełny obraz seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną wymaga zwrócenia uwagi na zjawisko homoseksualizmu. Problematyka orientacji seksualnej w tej populacji podejmowana jest częściej w publikacjach zagranicznych [M. M. Cheng, J. R. Udry, 2005; D. Abbott, J. Howarth, 2007; C. Bedard i in., 2010; H. Hellemans i in., 2010]. W Polsce zagadnieniem tym zajmował się R. Kijak [2009, s. 202], który analizował doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Zainteresowania

badaczy skupiają się między innymi na znaczeniu warunków życia dla ujawniania zachowań homoseksualnych. Uważa się je niekiedy za rodzaj zastępstwa w sytuacji segregacji płciowej i represji wobec związków heteroseksualnych [D. M. Johnson, W. R. Johnson, za K. Smith i in., 1995, s. 61]. K. Nowak-Lipińska [2002, s. 488 i n.], dla tego typu zjawiska stosuje określenie homoseksualno-podobne. A. Długołęcka [2009, s. 18] wskazuje na homoseksualizm zastępczy, niemający podstaw w postaci trwałych preferencji, który można odnieść do omawianych tu przypadków. I. Obuchowska i A. Jaczewski [2002, s. 144] piszą o homoseksualizmie młodzieńczym, mającym zwykle charakter przejściowy, okazjonalnym, obejmującym wyłącznie aspekt behawioralny i wynikającym z warunków życia (wspólne zamieszkiwanie osób tej samej płci).

Wśród wielu obserwowanych form homoseksualizmu instytucjonalnego w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną występują i takie, które oparte są na głębokiej więzi emocjonalnej i przyjmują charakter trwałych związków [K. Nowak-Lipińska, 2002, s. 489]. Mogą być one kompensacją głodu uczuciowego, o którym tu już pisano, wynikającego z wcześniejszych doświadczeń i bieżących ograniczeń (również u ludzi dorosłych, w ich przypadku wynikającego z braku możliwości nawiązania trwałej więzi emocjonalnej z drugim człowiekiem), ale być może są dowodem na posiadanie orientacji homoseksualnej. A. Długołęcka [2009, s. 23] podaje bowiem, że homoseksualizm wyraża się przede wszystkim w wymiarze emocjonalnym i nie zawsze musi być ujawniany w postaci zachowań seksualnych⁴¹.

W tym miejscu warto poruszyć problem dotyczący wartości seksu w życiu osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Chodzi tutaj nie tyle o sam jego wymiar fizyczny, co integralne połączenie doświadczeń emocjonalnych z fizycznymi, służące wzbogaceniu człowieka. Samo wartościowanie tej aktywności przez osoby niepełnosprawne intelektualnie będzie przebiegać na różnym poziomie świadomości – niekiedy można oczekiwać zdolności do werbalizowania tej oceny, budowania jej na bazie normatywnej, a niekiedy pozo- stanie ona w sferze subiektywnych odczuć (pozytywnych lub negatywnych). W rozwinięciu zagadnienia przydatne mogą być rozważania M. Trawińskiej [1984, s. 322] dotyczące wartościowania seksu w ujęciu przedmiotowym. Wykorzystując jej założenia, można stwierdzić, że, dla wartościowania szeroko

⁴¹ Z. Lew-Starowicz [za A. Długołęcka, 2006a, s. 99] dokonuje rozróżnienia pojęć: homoseksualność oznaczająca: „wyłącznie lub prawie wyłącznie ukierunkowanie zainteresowań i potrzeb seksualnych na osoby własnej płci (nie zawsze muszą temu towarzyszyć homoseksualne praktyki zachowania)” oraz homoseksualizm jako „homoseksualność połączona z zachowaniem o charakterze homoseksualnym”.

rozumianej seksualności przez osobę niepełnosprawną intelektualnie, będą znaczące: doświadczenia socjalizacyjne zdobywane na etapie poprzedzającym dojrzewanie seksualne, prowadzące do budowania określonych przekonań; doznania utrwalone w pamięci, przeżycia zyskane w sferze psychoseksualnej; stopień rozumienia norm odnoszących się do aktywności seksualnej człowieka. Złożoność uwarunkowań daje w efekcie zróżnicowany obraz postaw osób niepełnosprawnych intelektualnie wobec seksualności. W badaniach wykazano, że mogą być one konserwatywne i negatywne, zwłaszcza wobec zachowań homoseksualnych, w mniejszym stopniu wobec masturbacji i stosunków heteroseksualnych (zjawiska te zostały ocenione przez osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością jako złe). Negatywnemu wartościowaniu podlegały również, w badaniach młodzieży z lekkim upośledzeniem, stosunki seksualne, stosowanie prezerwatyw, seks oralny, masturbacja, homoseksualność, a w mniejszym stopniu: przemoc seksualna oraz zachowania promiskuitywne. Negatywne opinie były wyrażane na temat małżeństw oraz życia rodzinnego [M. McCabe, R. Cummins, za D. Richards, 2008, s. 202]. Negatywne bądź ambiwalentne uczucia względem relacji seksualnych towarzyszyły osobom niepełnosprawnym intelektualnie badanym przez B. Heyman i S. Huckle [1995, s. 149 i n.]. Zastosowanie wywiadów pogłębionych pozwoliło ustalić, że relacje te były oceniane jako „złe”, „niegrzeczne”, w opinii niektórych dopuszczalne tylko w małżeństwie. Podobne zabarwienie przyjmowały wypowiedzi na temat możliwości udziału w edukacji seksualnej. Zbliżony do przedstawionego obraz wartościowania zjawisk seksualnych przez osoby z niepełnosprawnością umiarkowaną opisał R. Kijak [2009, s. 239]. Negatywne reakcje emocjonalne towarzyszyły takim zjawiskom, jak masturbacja, w mniejszym zakresie inicjacja seksualna, aktywność heteroseksualna i petting. Pozytywne skojarzenia emocjonalne wzbudzone były u większości badanych w odniesieniu do tematu miłości i „platonicznych” przejawów zaangażowania (obejmowanie się, przytulanie się). W. Plaute i współautorzy [za D. Richards, 2008, s. 203] stwierdzili, że badani przez nich niepełnosprawni intelektualnie odczuwają seksualność jako znaczącą w swoim życiu, ujawniają również pragnienie posiadania potomstwa. Wydaje się, że dla większości z nich małżeństwo i rodzina są wartościami cenionymi i pożądanymi, z którymi jest związane szczęście, miłość, odpowiedzialność, wierność, jakkolwiek dla oceny tej istotne są osobiste doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego [H. Łaś, 2002, s. 367 i n.; K. Materny, 2003, s. 50–51; T. Żółkowska, 2003, s. 121–122; R. Kijak, 2009, s. 200]. Pozytywne oceny są również formułowane pod adresem niesformalizowanych związków partnerskich (narzeczeńskich). Wywiady realizowane przez

G. Kelly i współautorów [2009, s. 311 i n.] pozwoliły ujawnić głębię uczuć i pragnień niepełnosprawnych intelektualnie w społecznym obszarze ich seksualności. Dowiedziono też, że osoby upośledzone umyślowo są często świadome pewnych ograniczeń związanych z realizacją potrzeb psycho- i społeczno-seksualnych. Niepełnosprawni intelektualnie zwracają uwagę na restrykcyjne podejście rodziców czy personelu wobec prób wchodzenia w relacje seksualne, na brak sposobności podejmowania rozmów dotyczących tematów intymnych czy niemożność zachowania prywatności w codziennym funkcjonowaniu. Ten ostatni aspekt był najczęściej wskazywany. Osoby niepełnosprawne wyrażają pozytywne odczucia związane z perspektywą małżeństwa czy posiadania dzieci, jednak towarzyszy im obawa o brak wsparcia w ewentualnym dążeniu do ich realizacji [B. Heyman, S. Huckle, 1995, s. 150–151; J. Lesseliers, G. Van Hove, za D. Richards, 2008, s. 203; G. Kelly, 2009, s. 312]. Badania G. Kelly i współautorów [2009, s. 313–314] ukazały problem, na który warto zwrócić szczególną uwagę, z racji tego, że pozwala wyjaśnić złożoność postaw niepełnosprawnych intelektualnie wobec życia seksualnego. Świadomość zewnętrznych ograniczeń i restrykcyjnej polityki personelu instytucji, czy też negujących postaw rodziców powoduje, że wiele osób ukrywa swoje relacje partnerskie. Z jednej strony stwarza to określone zagrożenia, związane z brakiem wsparcia, edukacji itd., z drugiej może rodzić (przynajmniej u niektórych) poczucie winy i lęku. W tym kontekście seksualność staje się źródłem frustracji.

2.4. Seksualność starcza

Faza seksualności starczej została wyłoniona przez M. Kościelską [2004, s. 40–41], jak sama zauważa, w większym stopniu na podstawie tradycyjnego (stereotypowego) wizerunku funkcjonowania człowieka niż w oparciu o dowody empiryczne. Badania i analizy tego etapu są ograniczone, nie tylko w odniesieniu do jednostek z niepełnosprawnością, ale również pełnosprawnych⁴². Wyróżnienie tej fazy w toku rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną ma w wielu przypadkach charakter umowny. Pewne objawy specyficzne

⁴² Mówienie tutaj o niepełnosprawności i pełnosprawności ma charakter pewnego uproszczenia, wynikającego z realizowanego zagadnienia. Osoby niepełnosprawne intelektualnie to takie, u których można określić kryteria definicyjne do 18 roku życia (wiek rozwojowy). Pojęcie osób pełnosprawnych w wieku starszym odnosi się do tych jednostek, które mogą mieć wiele zaburzeń i ograniczeń, zarówno fizycznych, jak i psychicznych, wynikających z doświadczeń życiowych i naturalnych procesów starzenia, jednak nie zostały zdiagnozowane jako niepełnosprawne intelektualnie w wieku rozwojowym.

dla niej mogą zaistnieć u nich w młodszym wieku. Chodzi tutaj o spadek zainteresowania życiem seksualnym, ograniczenie aktywności seksualnej przede wszystkim na podłożu czynników natury psychospołecznej, w następnej kolejności biologicznej. Niewiele osób niepełnosprawnych intelektualnie w sposób harmonijny doświadcza zmian pozwalających przejść z fazy dojrzałej do starczej. M. Kościelska [2004, s. 41] na podstawie doświadczeń klinicznych dowodzi, że w tej grupie zdarzają się przypadki pomijania okresu seksualności dojrzałej, czy też nawet poprzedzających go etapów, oraz przechodzenia do fazy starczej we wcześniejszym niż można oczekiwać wieku. Dotyczy to osób, u których na skutek doświadczeń życiowych potrzeby psychoseksualne uległy stłumieniu czy wyparciu. Wymienione mechanizmy posłużyły tym jednostkom do obrony przed trudną dla nich świadomością niedostępności realizowania się w sferze seksualnej. W grupie niepełnosprawnych intelektualnie, jak zaznacza autorka, mogą znajdować się również osoby, u których wystąpił niedorozwój popędu seksualnego.

Faza starcza, rozumiana jako okres życia osoby niepełnosprawnej intelektualnie, wyznaczany określonym przedziałem wiekowym (powyżej 60 roku życia, za M. Kielar-Turska [2006, s. 325]), jest stosunkowo mało poznana w zakresie wszystkich jej obszarów. Jest to istotne zaniedbanie w związku z faktem, iż wzrasta udział niepełnosprawnych intelektualnie w populacji osób starszych, co wymaga perspektywicznego planowania wsparcia [J. Mactavish, M. J. Mahon, 2005, s. 29].

Okres starzenia się to dla wielu osób, niepełnosprawnych i pełnosprawnych, czas straty. W przypadku pozostających w związkach – utrata partnera seksualnego, w sytuacji zamieszkujących w rodzinie pochodzenia (co ma miejsce najczęściej w życiu niepełnosprawnych intelektualnie) – utrata opiekunów. Wydarzenia te i towarzyszące im zmiany (np. miejsca pobytu) wymagają adaptacji, która nie zawsze przebiega w sposób oczekiwany, ze względu na niedostatek zasobów (zwłaszcza kompetencji psychospołecznych, wsparcia). Trudności adaptacyjne objawiają się w postaci nasilenia negatywnych odczuć o charakterze psychofizycznym, wystąpienia bądź pogłębienia istniejących problemów w zachowaniu. U osób niepełnosprawnych intelektualnie, podobnie jak u pełnosprawnych (z pewnymi wahaniem w czasie), zachodzą przemiany biologiczne, którym nierzadko towarzyszą negatywne odczucia zdrowotne (okres przekwitania⁴³). Obserwacje dowodzą, że w przypadku tych jednostek,

⁴³ Przeciętnie u kobiet sytuuje się go w przedziale wiekowym: 45–60 rok życia, u mężczyzn: 50–60 [L. Gapik, 1990, s. 13–14].

poza specyficznymi problemami natury etiologicznej, biologiczne stadia starzenia się oraz kształtujące je czynniki są podobne do tych, które są udziałem pełnosprawnych. Jeśli występują w tym zakresie różnice (odchylenia od normy), stanowią one funkcję czynników środowiskowych i społecznych oraz doświadczeń specyficznych w przebiegu życia niepełnosprawnych intelektualnie [J. Mactavish, M. J. Mahon, 2005, s. 31]. Wszelkie zmiany o charakterze fizycznym i psychospołecznym wymagają wsparcia pozwalającego dostosować się do nich w sposób optymalny [L. Fegan i in., 1993, s. 79–81].

Nie jest wykluczone, że niepełnosprawni intelektualnie, zwłaszcza jeśli posiadają partnera, prowadzą życie seksualne w wieku starszym, doświadczając w tym zakresie satysfakcji [L. Fegan i in., 1993, s. 81]. W przypadku osób pełnosprawnych uważa się obecnie, że pomimo stopniowego obniżenia seksualnej aktywności i ograniczenia zainteresowań, obserwowanych około 50 roku życia, czy też ich znaczącym spadku po 70, seksualność pozostaje ważnym aspektem funkcjonowania [S. G. Sanders, za J. D. Goldman, G. L. Bradley, 2001, s. 213]. Podobnie może być u jednostek z niepełnosprawnością. W literaturze przedmiotu opisuje się przypadki osób niepełnosprawnych intelektualnie, które, będąc już w fazie schyłkowej wieku dojrzałego, doświadczyły pozytywnych zmian w swoim życiu [N. Parello, 2007]. Opuszczając instytucje (czy rodzinę pochodzenia) i zamieszkując w warunkach chronionych w środowisku otwartym, zyskały większą autonomię w zakresie osobistych wyborów, dotyczących również społecznych kontaktów. Zmiana formy życia stworzyła im sposobność zbudowania pozytywnych i głębokich relacji partnerskich⁴⁴. W populacji niepełnosprawnych intelektualnie, szczególnie tej grupy, która doświadczała przez lata opresyjnego traktowania w warunkach instytucjonalnych, skutkujących zwłaszcza ukształtowaniem negatywnych cech osobowościowych, o czym wcześniej wspomniano, jednostki dokonujące pozytywnych zmian na późnym etapie swojego życia należą jednak do rzadkości.

* * *

Seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie jest traktowana w kategoriach skrajnych – podlega zaprzeczaniu i pomniejszaniu w swojej wartości i znaczeniu albo wyolbrzymianiu w kategoriach problemów i trudności.

⁴⁴ W zakresie opisywanych przez N. Parello [2007] przypadków znalazły się też osoby, które w przebiegu swojego życia doświadczyły seksualnej przemocy, pozbawiania prawa do rodzicielstwa, zachowując przy tym (a może właśnie na przekór temu) zdolność budowania relacji partnerskiej opartej na głębokiej więzi emocjonalnoseksualnej, potrafiące czerpać z niej satysfakcję.

Podstawowym błędem, który leży u podstaw takich skrajności, jest redukcjonizm biologiczny. Niedostatecznie dostrzegana jest waga czynników środowiskowych, w tym zwłaszcza sposobów, warunków życia, zaniedbywana jest kwestia określonych kompetencji osobniczych w procesie edukacji i rehabilitacji.

Fakt, że jednostka jest upośledzona, nie przesądza o specyfice jej seksualności. W jej istocie można odnaleźć wiele aspektów „wspólnych” z seksualnością osób pełnosprawnych. Zastosowane tu rozdzielenie na „typy seksualności”, na podstawie ich podmiotów: pełnosprawnych i niepełnosprawnych, odzwierciedla przede wszystkim charakter psychospołecznych uwarunkowań wynikających z określonych doświadczeń życiowych. W istocie rzeczy mamy do czynienia wyłącznie z seksualnością ludzką.

Mówiąc o tym zjawisku u osób niepełnosprawnych, trzeba zwrócić uwagę na charakter dyskursu, zwłaszcza zakres uogólniania określonych kwestii, pomijanie indywidualnego podejścia w analizie zjawisk, ich przyczyn i następstw. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie tworzą jednolitej grupy, jeśli chodzi o prawidłowości rozwoju we wszystkich sferach, również psychoseksualnej. Każda z nich dysponuje nieco innym potencjałem wrodzonym, który jest kształtowany przez specyficzne warunki życia. Zaprezentowaną w tym rozdziale charakterystykę ich seksualności, w jej koncepcji rozwojowej opracowanej przez M. Kościelską, ściśle opierającej się na wiedzy seksuologicznej wyjaśniającej istotę seksualności każdego człowieka, należy traktować jako schemat. Jego założenia pozwalają zwrócić uwagę na rzeczy istotne, jednak ich wyjaśnienie każdorazowo wymaga odniesienia do specyfiki doświadczeń życiowych konkretnej jednostki.

3. Seksualność człowieka w ujęciu normatywno-wartościującym

3.1. Rodzaje normatywnych uregulowań seksualności człowieka

Kształt seksualności człowieka jest wynikiem działania czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Przede wszystkim pozostaje ona wartością indywidualną, doświadczaną przez każdą jednostkę w sposób niepowtarzalny, ale podlegając działaniu procesu socjalizacji w fazie rozwoju, a przez całe życie człowieka normatywnemu warunkowaniu, w swoich

przejawach i nade wszystko skutkach, staje się zjawiskiem społeczno-kulturowym. Jako takie z kolei jest poddawana społecznym ocenom z perspektywy uznanych wartości, norm i powinności. Uwarunkowania normatywno-wartościujące, posiadające różną genezę, są zmienne w swoim charakterze, tak w perspektywie czasowej, jak i przestrzennej [I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 118]. W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne próby porządkowania tych uregulowań. Za najważniejsze zwykle uznaje się normy religijne, prawne, obyczajowe, zwyczajowe, ewolucyjne, partnerskie, statystyczne i medyczne [K. Imieliński, 1989, s. 468, Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 132–133]. Znaczenie tych norm należy rozpatrywać z uwzględnieniem takich czynników, jak zakres odniesienia i przydatności oraz znajomość i siła internalizacji. W perspektywie regulowania seksualności na poziomie indywidualnym, przy uwzględnieniu świadomości i internalizacji, przypuszczalnie najbardziej znaczące pozostają normy religijne i obyczajowe, dające podstawę dla oceny zjawisk w kategoriach aktów moralnych bądź niemoralnych.

W kontekście życia społecznego jednostki należy mówić o dwóch podstawowych funkcjach norm: represjonującej oraz orientacyjnej [M. Trawińska, 1984, s. 316]. Istota pierwszej z nich wyraża się w obniżaniu lub likwidowaniu zachowań sprzecznych z interesem społecznym bądź indywidualnym. W zakresie tej funkcji niezbędne jest zachowanie równowagi między sferą indywidualną seksualności a wpływami zewnętrznymi, mającymi na celu jej regulowanie, wszelkie bowiem zachwiania w tym względzie prowadzą do instrumentalizacji bądź biologizacji [K. Imieliński, 1989, s. 473]. Jak pisze K. Imieliński [1990b, s. 170], „psychiczne hamulce natury moralnej, religijnej czy innej, uwarunkowane wychowaniem w środowisku, mogą całkowicie zahamować wyzwolenie się każdej reakcji emocjonalno-seksualnej lub zniekształcić jej przebieg”.

Funkcja orientacyjna norm wyraża się w utrzymywaniu ładu i porządku społecznego oraz umożliwianiu rozwoju społecznego i jednostkowego. Celem uspołecznienia aktywności seksualnej jednostki staje się „stworzenie warunków do harmonijnego współżycia między ludźmi oraz zachowania autonomii i wolności człowieka” [K. Imieliński, 1989, s. 472]. Zdaniem K. Imielińskiego [1989, s. 461] proces ten jest istotny dla obrony jednostki jako istoty biologicznej. Prowadzi do ukształtowania określonych form realizacji popędu seksualnego, pośrednio decyduje o jego sile i natężeniu.

Prezentacja normatywno-wartościujących aspektów seksualności człowieka zostanie dokonana w pewnym uporządkowaniu, ponadto z różnym stopniem szczegółowości, wynikającym przede wszystkim z istoty zasadniczej problematyki podjętej w pracy.

Wśród norm, które określa się tutaj mianem „specjalistycznych”, wyróżniono normy ewolucyjne, statystyczne, medyczne i prawne. Normy ewolucyjne wchodzą w zakres sfery naukowej, zyskując, dzięki ustaleniom empirycznym, cechę obiektywności. Opierają się one na badaniu zachowań seksualnych człowieka i relacji między płciami w świecie przyrody i na tle procesu ewolucji [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 132].

Podstawą ustanawiania norm statystycznych są zachowania seksualne występujące u większości jednostek w danej populacji [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 133]. Tego typu normy wykazują ścisłe powiązanie z obyczajowymi. Oba ich rodzaje mogą stać się podstawą dla budowania tzw. stereotypów normalności w życiu erotycznym, wyznaczających sposoby oceny zachowań seksualnych w odniesieniu zarówno do siebie, jak i innych [Z. Lew-Starowicz, 2006b, s. 169]. Działanie tego typu uogólnionych przekonań należy oceniać jako niekorzystne, ze względu na zubożenie możliwości wartościowania pewnych zjawisk analizowanej sfery z perspektywy potrzeb jednostki.

Ogólnym źródłem norm medycznych jest definicja zdrowia seksualnego, a szczegółową płaszczyzną interpretacji Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 133]. Należy podkreślić, że w ustalaniu tej klasyfikacji istotne znaczenie mają przemiany społeczno-kulturowe dotyczące seksualności człowieka. Zakres odniesień interpretacyjnych w normie medycznej, z uwzględnieniem wymienionych aspektów społeczno-kulturowych, jest szeroki, obejmuje bowiem normę optymalną, akceptowaną oraz tolerowaną. Za optymalną uznaje się praktyki i zachowania seksualne, które ze względu na swoje właściwości są najbardziej pożądane z punktu widzenia indywidualnego i społecznego. Taka norma stanowi pewien model uznawany za godny propagowania w procesie wychowania. W zakresie normy akceptowanej mieszczą się te praktyki i zachowania seksualne, które wprawdzie nie stanowią optimum, ale nie mają negatywnego znaczenia z punktu widzenia rozwoju osobniczego człowieka, czy też nawiązywania przez niego głębokich więzi. Norma tolerowana obejmuje te praktyki i zachowania seksualne, które mogą mieć znaczenie pozytywne bądź negatywne, w zależności od kontekstu sytuacyjnego i charakteru układu partnerskiego [K. Imieliński, 1987, s. 208]. Normy partnerskie mają charakter indywidualny – ustalone są w drodze negocjacji partnerów relacji intymnej [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 133]. Praktyczne zastosowanie normy medycznej, uznawanej przez niektórych za abstrakcyjny model, wymaga interpretacji określonych zachowań z uwzględnieniem trzech grup czynników: osobowościowych (w tym samoakceptacji preferencji seksualnych bądź jej braku

i odczuwanego w związku z tym dyskomfortu natury psychicznej), kontekstowych oraz towarzyszących układowi partnerskiemu [K. Imieliński, 1987, s. 211].

Normy prawne to wszelkie ustalenia regulujące zachowania człowieka, mające związek z jego sferą seksualną. U podstaw tego typu norm leżą istotne wartości, dla ochrony których zostały one ustalone – zdrowie, życie jednostki, jej godność. Stanowią one przejaw społecznej regulacji życia erotycznego. Normy te odnoszą się również do instytucji, takich jak małżeństwo czy rodzina, ustanowionych przez kulturę w odpowiedzi na potrzebę seksualną człowieka oraz potrzebę zachowania gatunku [por. K. Imieliński, 1989, s. 467].

Normy prawne, których celem jest regulacja społecznego porządku, godzą niekiedy w interes jednostek, zwłaszcza w tych przypadkach, w których brakuje dostatecznych podstaw ich interpretacji. Wydaje się też, że normy te, ze względu na poziom ich stanowienia, jak również konsekwencje z nich wynikające, są jedną z ważniejszych podstaw społecznego represjonowania seksualności osób z niepełnosprawnością. Przykładem jest prawnie dozwolona sterylizacja, uregulowania obejmujące kwestie praw rodzicielskich, czy też małżeństw osób z zaburzeniami w stanie zdrowia.

Polskie prawo cywilne zawiera przepisy dotyczące praw rodzicielskich oraz związków małżeńskich, w których wymienia się w sposób szczegółowy upośledzenie umysłowe (niedorozwój umysłowy). Pozbawienie praw rodzicielskich następuje między innymi w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego bądź częściowego, które, zgodnie z kodeksem cywilnym, może być ustanawiane między innymi w przypadku niedorozwoju umysłowego jednostki. Osoba pozbawiona całkowicie zdolności do czynności prawnych nie może zawrzeć związku małżeńskiego [Kodeks rodzinny i opiekuńczy, art. 11, § 1]. W przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego wymagana jest zgoda sądu. Regulowanie kwestii rodzicielstwa czy małżeństwa osób z niepełnosprawnością intelektualną dokonuje się również poza przepisami dotyczącymi ograniczania zdolności do czynności prawnych. W Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym [art. 12, § 1] stwierdza się: „Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa”. Zgodnie z art. 12, paragrafem 2 tego kodeksu niedorozwój umysłowy osoby może być również podstawą ubiegania się o unieważnienie związku. Kwestie małżeństwa regulują także przepisy prawa kanonicznego. Kanon 1095, Rozdział IV: Zgoda małżeńska, Kodeksu prawa kanonicznego stanowi, iż „niezdolni do

zawarcia małżeństwa są ci, którzy: 1° są pozbawieni wystarczającego używania rozumu; 2° mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych; 3° z przyczyn natury psychicznej nie są zdolni podjąć istotnych obowiązków małżeńskich". W interpretacji cytowanego kanonu istotne jest zaakcentowanie faktu, iż „używanie rozumu” odnosi się wyłącznie do specyficznej zdolności realizacji aktu prawnego związanego z zawieraniem związku małżeńskiego, a nie do zdolności ogólnej, koniecznej do podjęcia jakiegokolwiek aktu. Istotą rzeczy pozostaje zatem posiadanie minimalnego przynajmniej rozeznania co do natury małżeństwa, rozumianego jako „heteroseksualny związek trwały, skierowany do zrodzenia potomstwa”, ponadto wolność woli człowieka [W. Góralski, G. Dzierżon, 2001, s. 132]. W pojęciu rozeznania oceniającego mieści się zarówno poznanie intelektualne przedmiotu zgody małżeńskiej, jego ocena krytyczna (obejmująca prawa i obowiązki małżeńskie), jak i wolność wewnętrzna, umożliwiająca podjęcie swobodnego wyboru. Należy jednak dodać, że jedynie poważne zakłócenie czynności poznawczych, krytycznych, oceniających, rozważających czy dokonujących wyboru, w stosunku do istotnych praw i obowiązków małżeńskich, powoduje niezdolność do zawarcia małżeństwa [W. Góralski, G. Dzierżon, 2001, s. 173].

Normy prawne regulujące kwestie małżeństwa osób z niepełnosprawnością pozostawiają znaczną swobodę interpretacji dla ich wykonawców. Niewątpliwie ich zastosowanie wymaga indywidualnego podejścia i wielostronnej oceny, co nie zawsze jest przestrzegane. Nadmiernym jednak uproszczeniem jest stwierdzenie, że normy te, wynikające zarówno z prawa cywilnego, jak i kanonicznego, zabraniają zawierania związków małżeńskich osobom z niepełnosprawnością intelektualną. Powielanie takiego stwierdzenia może prowadzić do utwierdzania osób zainteresowanych w przekonaniu o niedostępności tej formy życia, ponadto do uzasadniania negatywnych decyzji podejmowanych przez opiekunów czy specjalistów.

Oprócz dotychczas wymienionych norm, które mogą mieć ograniczony charakter, jeśli chodzi o znajomość i wykorzystanie, seksualność człowieka podlega regulacji na poziomie indywidualnym i społecznym za pośrednictwem norm obyczajowych i religijnych.

Normy obyczajowe i zwyczajowe mają charakter umowny, są zróżnicowane i dynamiczne [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 133]. Wyznaczają określone ramy powinnościowe w zakresie ról seksualnych, wynikających z nich zadań i sposobów ich realizacji. Kształtują również charakter wartościowania zachowań seksualnych człowieka. Podobnie jak w przypadku norm religijnych,

dla optymalnego ich działania niezbędne jest ustalenie pewnej równowagi w odniesieniu do indywidualności człowieka – jego osobistych preferencji i wyborów.

Wielu autorów podejmowało zagadnienie zmian społeczno-kulturowych następujących w obszarze seksualności. Istota tych zmian, określanych przez niektórych mianem „rewolucji seksualnej”, wyrażała się w dwóch faktach: dostosowaniu seksualności do postaw konsumpcyjnych i zacieraniu granic sfery prywatnej i publicznej [K. Imieliński, 1987, s. 157; 1989, s. 473–474]. Badacze oceniający sytuację w tym zakresie w latach 80. i 90. [K. Imieliński, 1987; 1989; 1990b; M. Kozakiewicz, 1985; M. Trawińska, 1987; A. Grodzki, 1994] sugerowali, że zmiany zachodzą przede wszystkim na poziomie ujawniania pewnych zjawisk, ich łatwiejszego werbalizowania. Otwarcie tej sfery funkcjonowania człowieka na dyskurs publiczny postrzegali jako rzecz pozytywną, sprzyjającą upowszechnianiu wiedzy i ograniczaniu stereotypów. Seksualność poddawana demitologizacji zyskiwała pozytywną wartość w kontekście życia człowieka [A. Grodzki, 1994, s. 127]. Wzrost wiedzy i świadomości nie wiązał się jednak jednoznacznie z odrzuceniem tabu, które pozwala zachować pewien zakres intymności w sprawach seksu i które w takim rozumieniu należy zaakceptować, w przeciwieństwie do tabu zakazującego mówienia o pewnych kwestiach [K. Imieliński, 1987, s. 160]. Niezdolność zachowania równowagi między sferą prywatną a sferą publiczną w obszarze erotyzmu, powodowana między innymi niedostatkami regulacji w postaci norm i zasad ukształtowanych w procesie socjalizacji (w tym edukacji seksualnej), prowadzi do negatywnych zjawisk, takich jak depersonalizacja seksu, jego instrumentalizacja i osłabianie kontroli zachowań seksualnych [M. Trawińska, 1987, s. 85].

Współcześnie obserwuje się nasilenie liberalizacji w analizowanym obszarze, przede wszystkim na poziomie zachowań. Stanowi ona element ogólnych zmian w systemie aksjonormatywnym współczesnych społeczeństw: upadku i relatywizacji systemów wartości, osłabiania normatywnej presji religii, tradycji i instytucji państwowych, upadku priorytetu rodziny oraz przyzwolenia na nowe role społeczne, również w przypadku niepełnosprawnych [A. Krause, 2010, s. 9].

Z. Lew-Starowicz [2009a, s. 343 i n.], charakteryzując sytuację w Polsce w oparciu o własne doświadczenia zawodowe, zwraca uwagę na wyższe wartościowanie seksualności w kwestii zdrowia i relacji partnerskich, większą otwartość, liberalność, tolerancyjność, ale również rozbieżność zachowań w stosunku do norm etyki katolickiej. Wyniki realizowanych badań z udziałem różnych grup Polaków (uczniowie policealnych szkół medycznych,

studenci, nauczyciele, reprezentanci populacji ogólnej w kategorii wiekowej 15–59 lat) potwierdzają wskazane tendencje. Wzrosło społeczne przyzwolenie na związki przedmażeńskie, jak również akceptacja dla form alternatywnych wobec małżeństwa; ponadto zwiększyła się częstość stosowania masturbacji (szczególnie wśród mężczyzn) i antykoncepcji w postaciach zakazanych przez Kościół. Odnotowano również nasilenie wczesnej inicjacji seksualnej [W. Wróblewska, Internet; B. Wikarek, 2003; U. Dudziak, 2009]. Należy jednak dodać, że istnieją dowody empiryczne potwierdzające uznanie norm religijnych w kwestii regulowania seksualnej aktywności i antykoncepcji, czy też wartościowania pewnych zjawisk, również w obszarze edukacji seksualnej [Z. Izdebski, 1997, s. 72; M. Chomczyńska-Miliszkievicz, 2002, s. 171, bad. cyt.; W. Wróblewska, Internet].

A. Krause [2004, s. 57–58], nawiązując do autorów wskazujących na wzrost permissywności w zakresie norm moralności osobistej, związanego ze zwiększeniem indywidualizacji sfery życia osobistego, w tym sfery stosunków interpersonalnych, dostrzega szanse dla zaakceptowania i upowszechniania różnych form samorealizacji osób niepełnosprawnych w sferze seksualnej. Jednocześnie autor zwraca uwagę na to, iż „przyzwolenie dla osób niepełnosprawnych na zachowania »odmienne« jest udzielane z pewnym opóźnieniem w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, najczęściej w następstwie rozprzestrzeniania się schematów kulturowych. Gdy staną się one oczywiste, a ich kontrowersyjność zostaje przez upowszechnianie zneutralizowana, »udostępnianie« ich ludziom pod szczególnym »nadzorem« społecznym, postrzeganym przez pryzmat stereotypów czy »Wiedzy uzgodnionej« przestaje budzić zastrzeżenia” [A. Krause, 2004, s. 99]. Potwierdzeniem tych wniosków jest „etapowa” liberalizacja życia seksualnego niepełnosprawnych intelektualnie [A. Krause, 2004, s. 99]. Można zgodzić się z tym stwierdzeniem, jednak akcentując fakt, że liberalizacja ta zachodzi głównie w krajach zachodnich.

3.2. Religijne podstawy wartościowania seksualności człowieka

Ze względu na swoją specyfikę oraz znaczenie, tak współczesne, jak i historyczne, w zakresie sfery seksualnej normy wynikające z nauki Kościoła (normy religijne) wymagają szerszego omówienia. Kościół katolicki w swoich naukach odnosi się do wszelkich aspektów szeroko rozumianej seksualności człowieka, a zatem do aktywności w tej sferze, małżeństwa i prokreacji, zjawisk „nietypowych”, jak na przykład homoseksualizmu, ponadto do wychowania

seksualnego. Wielką wartością pozostaje tutaj małżeństwo oraz rodzina, poprzez które wyraża się istota płciowości człowieka.

Seksualność w sposób pełny może się realizować tylko w związku małżeńskim [W. B. Skrzydlewski, 1999, s. 19]. „Małżeństwo ma służyć przede wszystkim istnieniu, następnie współżyciu mężczyzny i kobiety, wreszcie prawidłowemu skierowaniu pożądlności” [K. Wojtyła, 2001, s. 64]. Jest to fundamentalna zasada nauki Kościoła, z której wynika sposób interpretowania i wartościowania wielu aspektów seksualności. Istotą małżeństwa pozostaje zrodzenie i wychowanie dzieci, zatem za właściwą dla niego uznaje się stałą gotowość i otwartość na ich poczęcie. W kontekście tego założenia dokonuje się wartościowania pewnych form aktywności, takich jak masturbacja czy stosunki seksualne. Są one traktowane jako grzech, ponieważ „nie są ukierunkowane ku dziecku” [A. Zwoliński, 2006, s. 386]. Ocena życia erotycznego człowieka dokonuje się na podstawie zasady moralnej: „każdy akt seksualny świadomie i dobrowolnie ubezplodniony jest grzechem ciężkim” [A. Zwoliński, 2006, s. 386]. W takich kategoriach jest interpretowana antykoncepcja, która „rozrywa oblubieńczo-rodzicielski sens aktu małżeńskiego” [W. B. Skrzydlewski, 1994, s. 193; W. Bołoz, 2003, s. 80]. Prokreacja nie musi być jednak nierozłączna z aktem seksualnym dokonywanym w małżeństwie, co wynika z naturalnych przesłanek (tj. biologicznych mechanizmów) bądź świadomej i przemyślanej decyzji, opartej na względach natury fizycznej, ekonomicznej, psychologicznej, społecznej i moralnej [W. Bołoz, 2003, s. 81]. W naukach Kościoła zasadniczo nie funkcjonuje pojęcie antykoncepcji, rozumianej jako forma zapobiegania ciąży (takowa, jak wspomniano, jest zakazana), występuje natomiast określenie „naturalne metody planowania rodziny”.

Trwałość i integralność rodzin, będąca warunkiem istnienia społeczeństwa, jest fundamentem, na którym Kościół katolicki buduje swoją naukę. W tym kontekście należy oceniać charakter ustosunkowania wobec takich zjawisk, jak homoseksualizm i transseksualizm, czy też współżycie poza- i przedmałżeńskie.

Stosunki homoseksualne uznaje się za niemoralne, grzeszne (jakkolwiek sama „skłonność” osoby homoseksualnej nie jest grzechem), podlegają one piętnowaniu jako takie, które „są sprzeczne z sensem ludzkiej seksualności i godzą w porządek ustanowiony przez Stwórcę natury na odcinku ludzkiej płciowości” [A. Marcol, 1995, s. 193]. Należy zaznaczyć, że Kościół wyraża równocześnie potępienie dla wszelkich form prześladowania osób mających odmiennie od heteroseksualnej orientacje [A. Marcol, 1995, s. 191; A. Zwoliński, 2006, s. 171]. Niepożądane są wszelkie skrajności w moralnym podejściu do

homoseksualizmu, nadmierne upraszczanie formułowanych ocen oraz opieranie ich na stereotypach. Za niewłaściwe uznaje się traktowanie tego zjawiska wyłącznie w kategoriach zepsucia moralnego (rozwiązłości i poszukiwania nowych wrażeń w sytuacji doznawanego przesyty), a pomijanie uwarunkowań psychicznych i emocjonalnych. Do działań niemoralnych można zaliczyć dążenie do społecznej izolacji tych osób, nieokazywanie im zrozumienia i wsparcia [J. Augustyn, 2004, s. 258–259].

Zachowania homoseksualne są określane mianem „nieuporządkowanych”. Osoby, które się w nie angażują, mają moralny obowiązek zachowania powściągliwości oraz panowania nad sobą [A. Zwoliński, 2006, s. 170 i n.]. Homoseksualizm (predyspozycja homoseksualna) traktowany jest jako zaburzenie w rozwoju psychoseksualnym (dewiacja psychiczna) i jako takie winien być poddawany terapii polegającej na „uzdrawianiu zachowań, wzmacnianiu osobowości i łagodzeniu »zranień« doznanych od innych” [A. Marcol, 1995, s. 191; A. Zwoliński, 2006, s. 173].

Interpretacja masturbacji w kategoriach czynu niemoralnego (grzesznego) jest złożona. Kościół katolicki bierze w tym przypadku pod uwagę wszelkie okoliczności, w których to zachowanie się ujawnia, traktując je jako potencjalnie zmniejszające bądź niwelujące winę moralną [W. Bołoz, 2003, s. 131; A. Zwoliński, 2006, s. 348]. Sama masturbacja oceniana jest jednak jako akt moralnie niepożądany i nieuporządkowany. Głównym uzasadnieniem etycznym takiej oceny pozostaje fakt, że „aktualizacja popędu płciowego jest zastrzeżona wyłącznie dla sakramentalnego małżeństwa” [A. Marcol, 1995, s. 134]. Postrzeganie masturbacji w kategoriach czynu niemoralnego nie powinno jednak stanowić podstawy stosowania negatywnych oddziaływań wychowawczych o charakterze represyjnym [J. Augustyn, 2004, s. 245–247]. Podobnie jak w przypadku homoseksualizmu, dostrzega się konieczność podejmowania terapii, również duchowej, w tym przypadku mającej na względzie „walkę z egocentryzmem i egoizmem” [A. Zwoliński, 2006, s. 348].

Wyważone opinie i oceny tej kwestii formułowane przez wielu autorów pozostających w nurcie religijnym, pomimo iż traktujące wymienione przejawy płciowości jako negatywne dla seksualnej integralności jednostki, oparte są na szczegółowych uzasadnieniach, zaczerpniętych nie tylko z nauki Kościoła, ale również ze źródeł naukowych [W. Bołoz, 2003, s. 129 i n.; J. Augustyn, 2004, s. 238–256]. Nie brakuje jednak i takich, które można nazwać uproszczonymi i nadmiernie uogólniającymi. Na przykład M. Czachorowski [1997, s. 143–144] stwierdza, że u podstaw masturbacji pozostaje zbyt wczesne rozbudzenie seksualne dokonane przez negatywne wpływy środowiska. Jego zdaniem nie

można jej uznać za normalny etap rozwoju seksualnego człowieka, stanowi bowiem „poważne naruszenie sensu ludzkiej płciowości”.

W kategoriach czynów grzesznych traktuje się wszelkie działania związane z fizycznością, mające na celu np. ubezpłodnienie (sterylizacja) czy zmianę płci. W tym ostatnim przypadku uznaje się, że poprawa kondycji psychicznej nie stanowi czynnika usprawiedliwiającego [A. Zwoliński, 2006, s. 154].

Kościół katolicki pozytywnie odnosi się do przygotowania w zakresie życia płciowego, doceniając przede wszystkim znaczenie kształtowania określonych postaw i wartości w tej dziedzinie [J. Augustyn, 2003, s. 39]. Wychowanie seksualne ma stanowić element wychowania moralnego i jako takie zakłada: „dokładne poznanie natury i wagi płciowości oraz harmonijnego i całościowego rozwoju osoby ku dojrzałości psychicznej”. Jego realizacja stanowi „zasadniczy warunek integracji seksualnej” [J. Augustyn, 2004, s. 45]. Wychowanie to ma się dokonywać przede wszystkim w rodzinie, rola szkoły w tym zakresie postrzegana jest jako pomocnicza [J. Augustyn, 2003, s. 40; 2004, s. 48 i n.]. Jego szczególne znaczenie upatruje się w przygotowaniu do życia rodzinnego, jednak realizacja człowieka w tej sferze nie jest wyłącznym powodem wsparcia. Wychowanie seksualne, czyli wspieranie człowieka w kierunku seksualnej integracji, niezbędne jest każdej jednostce, bez względu na to, jaka forma życia będzie jej udziałem [J. Augustyn, 2003, s. 41; W. Bołoz, 2003, s. 95].

Przekaz wiedzy na temat płciowości człowieka powinien być rzetelny, równocześnie jednak sytuowany, wraz z towarzyszącymi wyjaśnieniami, w wymiarze moralnym [W. Bołoz, 2003, s. 87–88]. To założenie jest zasadniczą kwestią dyskusji podejmowanych przez osoby reprezentujące różne opcje moralne. Wybór określonej opcji wymaga odrzucenia innej, a co się z tym wiąże – dokonywania selekcji treści, które pozostają zgodne z przyjętym wartościowaniem.

Właściwe zrozumienie nauki Kościoła w kontekście seksualności jednostki wymaga przyjęcia szerszej perspektywy interpretacji. Poprzestanie na cytowaniu nakazów i zakazów, bez ich uzasadnienia, grozi wypaczeniem w pojmowaniu wynikających z niej zasad moralnych. Powoduje swoiste zafałszowanie obrazu wartościowania seksualności, który oferuje nauka Kościoła, w wyniku czego jawi się ona jako zjawisko negatywne, wymagające kontroli i represji. Można tutaj stwierdzić za A. Bartoszkim [2009, s. 62], że mamy do czynienia z „myśleniem manichejskim”. Właściwa interpretacja nauki Kościoła wynika z założeń etyki personalistycznej, rozwijanej w sposób najpełniejszy przez Jana Pawła II [K. Wojtyła, 2001]. Wspólna dla reprezentantów personalizmu pozostaje postawa szacunku, uznania praw i obowiązków osoby oraz troska o jej rozwój, odmienna może być kwestia światopoglądowego zaangażowania.

Punktem odniesienia dla reprezentantów personalizmu chrześcijańskiego pozostają zasady wiary zapisane w Ewangelii, w tym zwłaszcza „autoteologia osoby ludzkiej, jej wolność, powołanie doczesne i wiekuiste, udział w Dobru absolutnym Osób Bożych” [W. Granat, 1985, s. 79].

Podstawową dla etyki personalistycznej jest norma personalistyczna – miłość i szacunek dla drugiej osoby [K. Wojtyła, 2001, s. 46]. Najwyższym dobrem jest drugi człowiek, jego godność i podmiotowość [W. Bołoz, 2003, s. 69]. Istota płciowości pozytywnie wartościowanej zawiera się w realizacji tej normy. Mamy wówczas do czynienia z fizyczno-uczuciowo-duchową integracją, wyrażającą podporządkowanie seksualności określonym wartościom.

Możliwość kierowania własną płciowością jest właściwością specyficzną ludzką. Tylko człowiek jest zdolny do czynienia z reakcji seksualnych aktów mających wymiar moralny. Sama seksualność nie jest dobra bądź zła, poprzez świadome działania człowieka służy dobrem bądź złym uczynkom [K. Wojtyła, 2001, s. 254].

Człowiek będzie zdolny do kierowania własną płciowością nie pod wpływem zakazów, ale wówczas, kiedy otrzyma ich uzasadnienie w postaci określonej wartości. W procesie przygotowania jednostki ludzkiej do wartościowego przeżywania swojej seksualności niezbędne jest dostarczanie informacji o charakterze biologicznym, ponadto przekazywanie hierarchii wartości, ze wskazaniem w niej miejsca na popęd płciowy, podporządkowany innym wartościom [K. Wojtyła, 2001, s. 254].

W kontekście tych rozważań, osadzonych w chrześcijańskiej filozofii personalistycznej, seksualność jest postrzegana jako ściśle powiązana z duchowym wymiarem funkcjonowania człowieka. Jest ona całością psychofizyczną, „w której (...) rozwój duchowy we wszystkich dziedzinach zależy od wpływu czynników fizjologicznych i od psychiki zmysłowej (...). Wartościowanie ludzkiego ciała i tego wszystkiego, co mu służy dla podtrzymania i rozwoju, byłoby ujemne i pogardliwe, gdyby człowiek nie był całością psychofizyczną” [W. Granat, 1985, s. 141–142]. Integralność osoby ludzkiej w sferze fizyczno-uczuciowo-duchowej wyraża się w kierowaniu popędem, wyrażaniu i zaspokajaniu potrzeb seksualnych zgodnie z „obiektywną hierarchią wartości” [W. Bołoz, 2003, s. 54].

Normatywne ujęcie płciowości każdego człowieka, jak wcześniej zaznaczono, nie może ograniczać się wyłącznie do zreferowania nakazów i zakazów wynikających z nauki Kościoła. Dążenie do zrozumienia i wartościowania wymaga uzasadniania, którego podstaw dostarcza personalizm. Otwartość na polemikę, skłonność do przedstawiania problematyki z różnych punktów

widzenia, jak również rzetelność w uzasadnianiu własnego stanowiska, wynikającego z etyki personalistycznej, stwarza podstawę dla zaistnienia seksualności osób niepełnosprawnych, jak również dostrzegania jej jako wartościowej.

W. B. Skrzydlewski [1999, s. 20] pisze, że „człowiek zawsze działa jako osoba seksualna, nawet jeśli jest podmiotem anomalii wrodzonej, nie ma ludzi nie-seksualnych”. Niestety źródła, w których odnajdujemy rozwinięcie tej kwestii w kontekście niepełnosprawności, są nieliczne. Najgłębszych podstaw, odwołujących się w swym charakterze do chrześcijańskiej etyki personalistycznej, dostarczają prace J. Vaniera [1987; 2010] oraz ks. A. Bartoszka [2009]. W publikacjach obu autorów seksualność niepełnosprawnych intelektualnie traktowana jest jako wartość i postrzegana w sposób integralny, tj. w odniesieniu do sfery fizycznej i psychospołecznej człowieka. Sfera psychiczna, w tym uczucia i emocje, leży u podstaw podejmowanych rozważań i wartościowań określonych kwestii związanych z życiem seksualnym.

* * *

Dokonane tu analizy upoważniają do stwierdzenia, że nie jest możliwe oddzielenie seksualności od etyki. Ich ścisły związek ma swoją tradycję historyczną i współczesne uzasadnienie, przede wszystkim odwołujące się do dobra jednostki. Należy jednak zaznaczyć, że normy próbujące regulować tę sferę życia człowieka pozostają niekiedy ze sobą w sprzeczności, co w znacznej mierze utrudnia dokonywanie wartościowań i ocen. Bywają źródłem konfliktów utrudniających optymalne funkcjonowanie w sferze psychoseksualnej [K. Imieliński, 1989, s. 485]. W tym kontekście staje się zasadna dyskusja dotycząca istnienia i celowości tzw. etyki seksualnej. Na jakich podstawach winna być oparta, jakie zasady mają być dla niej istotne, wreszcie, najważniejsze, czemu ma ona służyć? Obecnie nie można udzielić prostych i wyczerpujących odpowiedzi na postawione pytania. Problem etyki życia seksualnego (etyki seksualnej) jest otwarty i nieuporządkowany, dyskusje nad nim podejmowane są w różnych środowiskach (np. edukacyjnym).

M. Trawińska [1984, s. 352] sens tej etyki dostrzega w godzeniu indywidualnych wartości i społecznych konwencji; norm moralności wzajemnościowej z normami moralności godnościowej. W wartościowaniu zachowań seksualnych etyka ta stosuje zasadę powinności, konieczności i możliwości oraz samoregulacji, u podstaw której tkwi odpowiedzialność człowieka. Założenia te są bliskie etyce autonomicznej, której zagadnienie w kontekście sfery seksualnej człowieka podejmuje w swoich pracach M. Szyszkowska. Podstawowe dla

etyki autonomicznej twierdzenia, wynikające z idei humanizmu, można sformułować następująco: traktowanie człowieka jako jedności psychosomatycznej; podkreślanie znaczenia jego naturalnych skłonności w dziedzinie seksualności; opowiadanie się za wolnością w sferze seksualnej, w tym za wolnością od wszelkich form dyskryminacji [M. Szyszkowska, 2010, s. 459 i n.]. Przedstawiciele etyki autonomicznej wzbraniają się od ustanawiania reguł zachowań moralnych w sferze seksualnej czy proponowania pożądanych modeli życia seksualnego. Idea tolerancji i wolności ma jednak swoje odniesienie do określonych wartości i zasad. Niezbywalnymi podstawami realizacji osobistej wolności pozostaje dobro drugiego człowieka i jego podmiotowość [M. Szyszkowska, 2008, s. 11–13].

Etyka autonomiczna w swoich zasadniczych założeniach, głoszących całościowość istoty ludzkiej oraz przestrzeganie dobra człowieka, zbliża się w kierunku podstawowej idei etyki personalistycznej. W wielu kwestiach dotyczących konkretnych aspektów podejmuje z nią jednak krytyczne polemiki. Należy dodać, że zasadniczo nie jest to konflikt z ideami chrześcijańskiej etyki personalistycznej, ale z poglądami niektórych przedstawicieli nauki Kościoła, takimi, które mają ton moralizatorski i pozbawione są uzasadnień. M. Szyszkowska [2008, s. 16–18] krytycznie odnosi się do poglądów narzucających gotowe wzory i normy w sferze życia seksualnego oraz pomniejszających jego wartość (czy głoszących pogardę dla seksualności człowieka). Jak wykazano w tej pracy, nauki Kościoła interpretowane w kontekście etyki personalistycznej wolne są od tego typu uprzedzeń.

Wydaje się, że istnieje możliwość stworzenia, na uogólnionym poziomie, konstruktu etyki seksualnej, w której filarami pozostają aspekty wspólne dla omawianych tu nurtów etycznych, a zatem zasada godności człowieka i pozostające z nią w powiązaniu przekonanie o równości wszystkich ludzi oraz przysługujących im praw do życia, wolności, autonomii i nietykalności osobistej. Wymienione prawa stanowią jednocześnie podstawowe wartości i uprawnienia naturalne każdej jednostki ludzkiej.

Jak pisze K. Imieliński [1989, s. 5], aktywność seksualna może podlegać ocenie moralnej tylko w swoim wymiarze społecznym, a nie biologicznym. Podobnie jak każda inna sfera aktywności człowieka uwikłana jest w kontekst społeczny i z tej racji podlega moralnym osądom. Jej wartościowanie w kategoriach moralny-niemoralny musi uwzględniać zarówno dobro podmiotu, jak i personalny układ odniesienia tej aktywności – drugiego człowieka. Akty seksualne same w sobie nie są dobre czy złe. Kryteriami ich oceny pozostają subiektywne doświadczenia radości, cierpienia, szczęścia, satysfakcji i rozwoju.

II

Postawy specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

1. Istota i znaczenie postaw społecznych

1.1. Tradycyjne i współczesne ujęcia postaw

Dla wyjaśnienia istoty postawy niezbędne jest odwołanie się do klasycznych rodowodów definicyjnych. Jakkolwiek w pewnych kwestiach tradycyjne koncepcje zostały zmodyfikowane, wydaje się, że w podstawowym zakresie stanowią trzon współczesnego rozumienia tego pojęcia.

Charakterystycznymi elementami definicyjnymi w tradycyjnym ujęciu postaw pozostawała trójskładnikowość oraz trwałość i transsytuacyjność. Należy jednak zauważyć, że jako pierwsze pojawiły się w literaturze tzw. modele jednokomponentowe, uwypuklające wybrany czynnik, taki jak zachowania bądź działania, motywy, procesy poznawcze (przekonania, poglądy) czy emocjonalne. Przegląd wybranych definicji tego typu zamieścili w swoich pracach T. Mądrzycki [1970, s. 17 i n.] oraz S. Mika [1987, s. 112 i n.]. Oprócz jednokomponentowych modeli w literaturze przedmiotu opisywano modele dwuelementowe, wyjaśniające istotę postawy z ujęciem składnika poznawczego i afektywnego oraz traktujące zachowanie (komponent behawioralny) jako jej przejaw [J. Kossewska, 2000, s. 82]. Takie ujęcie odnajdujemy w pracy W. Soborskiego [1987, s. 17]. Trójelementowe definicje zamieszczają w swoich pracach m.in.: T. Mądrzycki [1970, s. 19], S. Nowak [1973, s. 23], S. Mika [1987, s. 116] czy P. Zimbardo i M. Leippe [1991, s. 52]. Definicje takie zakładały istnienie w obrębie postawy komponentu: afektywnego (emocjonalno-oceniającego; uczuciowo-motywacyjnego), poznawczego (wiedza, przekonania, opinie,

wiadomości, przypuszczenia, wątpienia, myśli) oraz behawioralnego (zachowanie, działanie, motywacja, tendencja do działania, tendencja do zachowania). Zwraca uwagę zróżnicowanie stosowanych pojęć, które nie zawsze mogą być używane w sposób zamienny.

Pierwszy z wymienionych aspektów postawy, w ujęciu T. Mądrzyckiego [1970, s. 25] nazwany uczuciowo-motywacyjnym, miał obejmować uczucia wyższe, życzenia, pragnienia i dążenia. Inni autorzy [S. Nowak, M. Marody] wskazywali na element emocjonalno-wartościujący (oceniający). S. J. Breckler i E. C. Wiggins [za J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 120] odróżnili w strukturze postaw afekt od oceny. Rozróżnienie to staje się istotnym elementem procedury badawczej, w której afekt analizowany jest jako uczucia wzbudzone wobec obiektu postawy, natomiast ocena pozostaje na poziomie poznawczym i dotyczy szacowania jego właściwości. Zdaniem autorów afekt i ocena stanowią odrębne komponenty postawy.

Wymieniane najczęściej w obrębie składnika poznawczego przekonania, w opinii T. Mądrzyckiego [1970, s. 25], zawierają aspekt oceniający – ocenę rzeczywistości określonego stanu rzeczy. W tym elemencie zatem, zgodnie z poglądami autora, mieści się wartościowanie, w definicji S. Nowaka [1973, s. 24] budujące wraz z emocjami komponent odrębny od poznawczego. Emocjonalno-oceniający składnik jest poddawany krytyce W. Soborskiego [1987, s. 17], który ocenę łączy z czynnościami intelektualnymi, podobnie jak to ma miejsce w definicji T. Mądrzyckiego czy S. J. Brecklera i E. C. Wiggins.

Kolejną kwestią, która podlegała dyskusji, było włączenie do komponentu poznawczego wiadomości T. Mądrzycki i W. Soborski [1987, s. 18] postulowali, aby zastąpić je wiedzą, która, w przeciwieństwie do wiadomości, ma charakter uporządkowany i jest efektem nie tylko informacji, ale również ich opracowania w procesie aktywności intelektualnej jednostki.

Zaliczane do składnika poznawczego przekonania L. R. Aiken [2002, s. 6] odróżnia od postaw, przypisując przekonaniom większy poziom uświadomienia, ponadto mniejszy stopień uogólnienia i słabszą odporność na zmiany. Za szczególnie rodzaj przekonań uznaje stereotypy¹, odnoszące się jego zdaniem do osobistych atrybutów grupy osób [L. R. Aiken, 2002, s. 6].

Aspekt behawioralny, ujmowany w sposób szeroki przez T. Mądrzyckiego [1970, s. 25], z włączeniem reakcji mimicznych, pantomimicznych, wokalnych, werbalnych i działań, zawiera również opinie (reakcje werbalne). Składnik behawioralny stanowi zarazem element postawy i jej zewnętrzny przejaw,

¹ Zagadnienie stereotypów będzie przedmiotem dalszej części opracowania.

dostępny obiektywnemu poznaniu [T. Mądrzycki, 1970, s. 19]. Wymieniane przez T. Mądrzyckiego [1970, s. 25] opinie, zdaniem L. R. Aikena [2002, s. 5], są niezależne od postaw², bardziej od nich specyficzne, podatne na zmiany, w większym stopniu oparte na faktach. Są to oceny osób bądź rzeczy odnoszące się do charakteru czy właściwości, wyrażane w formie werbalnej.

W koncepcjach trójelementowych postaw dokonywano wskazania na element dominujący pod względem ważności, decydujący o możliwości wystąpienia postawy. S. Nowak [1973, s. 24] uznawał za zasadniczy komponent emocjonalno-oceniający, konstytuujący postawę (na poziomie definicyjnym). O takiej nie można mówić, jeśli ładunek afektywny jest zerowy (niemożliwe są zatem postawy neutralne)³. Ze względu na obecność dodatkowych składników, niekoniecznych, można wyłonić postawy składające się niemal wyłącznie z nastawień emocjonalno-oceniających wobec przedmiotu, niezawierające wiedzy o nim lub wyobrażeń, ponadto nieobejmujące skryształizowanych dyspozycji behawioralnych (asocjacje afektywne); postawy obejmujące komponent emocjonalno-oceniający oraz mniej lub bardziej rozbudowany aspekt poznawczy (postawy poznawcze), nieobejmujące skryształizowanych dyspozycji behawioralnych; postawy pozbawione składnika poznawczego, przy zachowanym emocjonalno-oceniającym oraz behawioralnym, pozostającym na różnym poziomie rozwoju (postawa behawioralna) oraz pełne. Zdaniem S. Miki [1987, s. 116] postawa zawsze zawiera trzy elementy: poznawczy (do którego zalicza przekonania, przypisując im, tak jak T. Mądrzycki, znaczenie oceniające), emocjonalny oraz behawioralny (tendencje do zachowań), a jej walencja może być dodatnia, ujemna bądź neutralna.

Trójskładnikowe modele postaw, najbardziej rozpowszechnione w literaturze przedmiotu, porządkują niejako problem związany z tym, czy zachowanie pozostaje elementem, czy też przejawem postawy. Zakłada się w nich, że postawa jako konstrukt trzyskładnikowy pośredniczy między obserwowanymi bodźcami a zachowaniem⁴ [J. Kossewska, 2000, s. 82]. W tym miejscu dojdziemy do teorii, które, wyjaśniając istotę postawy, nawiązują do jej genezy.

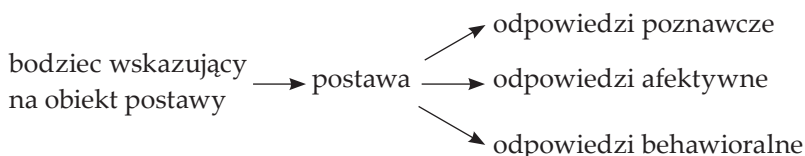
Badacze przyjmują, że postawa rozwija się na podstawie oceniającej reakcji wobec obiektu, przebiegającej na drodze afektywnej, poznawczej lub behawioralnej. Reakcja ta może stać się źródłem psychicznej tendencji ewaluatywnej

² Autor zwraca jednak uwagę, że w opinii niektórych są to sposoby manifestowania postaw [por. J. Reykowski, 1973, s. 115].

³ Stanowisko to przyjął za adekwatne w swojej koncepcji badań A. Sękowski [1991, s. 30].

⁴ Problem powiązania postawy z zachowaniem, podlegający rozważaniom wielu autorów, będzie przedmiotem analizy w dalszej części opracowania.

wobec tego obiektu, w przypadku ponownego z nim spotkania. Jej względna stabilizacja pozwala mówić o ukształtowaniu względem niego postawy. Tak ukształtowana pośredniczy między bodźcami a odpowiedziami oceniającymi o charakterze poznawczym, afektywnym bądź behawioralnym. Odpowiedzi natury poznawczej to przekonania dotyczące obiektu postawy, afektywnej – uczucia bądź emocje, natomiast behawioralnej – działania względem obiektu. W zakres ostatniego elementu włącza się zarówno działania jawne, jak i intencje działań [za A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 9 i n.]. Opisane procesy ilustruje schemat 1.



Schemat 1. Postawa jako zmienna pośrednicząca między obiektem a odpowiedziami oceniającymi

Źródło: A. H. Eagly, S. Chaiken [1993, s. 10].

Przyjmuje się, że postawy mogą mieć źródła poznawcze, emocjonalne i behawioralne. W pierwszym przypadku konstrukty te są kształtowane w drodze uczenia się, zdobywania informacji o obiekcie oraz umysłowej aktywności jednostki. W wyniku wskazanych procesów poznawczych dochodzi do kształtowania pojęć, sądów i przekonań. W takim przypadku uznanie postawy za konstrukt wtórny wobec przekonań łączy się z nadaniem jej charakteru „postpoznawczości”. Postawa jako stosunek emocjonalny do obiektu wynika tutaj ze świadomych przekonań o jego zaletach i wadach [B. Wojciszke, 2002, s. 185–186].

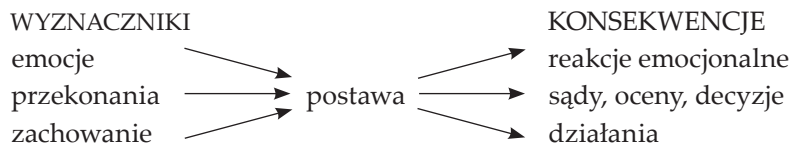
W drugiej z możliwych ścieżek kształtowania się postaw zakłada się istotną rolę emocji i wartości [E. Aronson i współautorzy, 2006, s. 180 i n.]. Ważnym mechanizmem kształtowania postaw w drodze afektywnej jest warunkowanie [B. Wojciszke, 2002, s. 186–187]. Zdaniem G. Böhner i M. Wänke [2004, s. 93–95] współcześnie wskazuje się, na podstawie badań empirycznych, na tzw. warunkowanie ewaluatywne, polegające na wytwarzaniu ukrytych pozytywnych lub negatywnych wartościowań, w sytuacji, kiedy nowe bodźce łączone są z bodźcami wywołującymi pozytywne lub negatywne reakcje. Warunkowanie to, pierwotnie uważane za formę warunkowania klasycznego, obecnie jest odróżniane od niego na podstawie dwóch podstawowych przesłanek:

1) zachodzi ono niezależnie od tego, czy jednostka zdaje sobie sprawę ze współwystępowania bodźców; 2) warunkowanie to pozostaje dość odporne na wygaszanie [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 95].

Zdaniem E. Aronsona i współautorów [2006, s. 180] postawy mające u podstaw wartości służą ich wyrażaniu i poświadczaniu znaczenia (stąd wspomniana dalej funkcja ekspresyjna postaw).

Mówiąc o źródłach behawioralnych postawy, rozważa się obecnie przede wszystkim proces percepcji własnych zachowań (teoria autopercepcji Bema). T. Mądrzycki [1970, s. 57] wskazywał ponadto na procesy warunkowania instrumentalnego, związane z działaniem jednostki i jego efektami. Uczenie się postaw nie musi jednak opierać się na bezpośrednim doświadczaniu wzmocnienia, może mieć charakter „zastępczy” – zachodzi w drodze obserwacji innych, których zachowania są karane bądź nagradzane (warunkowanie zastępcze) [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 96].

Istotę rozważań poświęconych genezie postaw i konsekwencjom ich działania oddaje „soczewkowy model postaw”, którego podstawowe założenia ilustruje schemat 2.



Schemat 2. Soczewkowy model wyznaczników i konsekwencji postaw

Źródło: B. Wojciszke [2002, s. 182].

Zdaniem A. H. Eagly i S. Chaiken [1993, s. 16] formowanie postaw nie musi przebiegać w drodze wszystkich wymienionych doświadczeń. Mogą być one kształtowane wyłącznie lub głównie w konsekwencji wybranego typu procesu. Złożoność genetyczna analizowanego konstruktów zależy od czynnika kontaktu – jego bezpośredniość zwiększa prawdopodobieństwo udziału wszystkich procesów w kształtowaniu postawy. Autorki sądzą również, że ustosunkowanie względem danego obiektu nie musi pośredniczyć w drodze wszystkich trzech reakcji oceniających – reakcja oceniająca może obejmować wybrany element. Zbliżone poglądy na temat istoty postaw wyrażają inni badacze. P. Zimbardo i M. Leippe [1991, s. 52] używają określenia „system postawy”, akcentując możliwość (ale nie konieczność) wzajemnego powiązania składników. Systemy postaw nie są ściśle zorganizowane, co oznacza różny zakres

reprezentacji poszczególnych elementów oraz rozmaity stopień ich ukształtowania w odniesieniu do przedmiotu ustosunkowania⁵. Zawsze istnieje wzajemne ich powiązanie. G. Böhner i M. Wänke [2004, s. 17] stwierdzają, że postawy mogą obejmować aspekty afektywne, behawioralne i poznawcze, chociaż nie jest konieczna ich jednoczesna reprezentacja. E. Aronson i współautorzy [2006, s. 180], analizując genezę postaw, wyrażają opinię, że każda z nich obejmuje wszystkie trzy elementy, jednak będące na różnym poziomie rozwoju, w zależności od źródeł (charakteru doświadczeń społecznych).

A. H. Eagly i S. Chaiken [1993, s. 666] proponują synergiczne podejście w sposobie rozumienia postawy. Zgodnie z nim różne formy reakcji oceniających pozostają ze sobą w interakcji, wzajemnie się warunkując (w sensie wyzwalania) i stanowiąc o wyższym poziomie abstrakcyjności oraz ogólności oceny przedmiotu. Zdaniem autorek większość postaw może być rozpatrywana w kontekście takiego podejścia. Stanowisko to zbliża nas do istoty współczesnego rozumienia postaw, dla którego charakterystyczne jest ujmowanie ich jako ogólnych ocen obiektu, zwykle pozytywnych bądź negatywnych [*Conceptualizing attitudes*, 2008, s. 2]. Postawa rozumiana jest jako całość, ewaluatywna dyspozycja do odpowiadania na pewien obiekt czy wydarzenie w korzystny (pozytywny) bądź niekorzystny (negatywny) sposób. Ujawnia się w trzech obszarach: afektywnym, poznawczym i behawioralnym. Podobnie jak wcześniej pisano, źródłem jej są informacje poznawcze, afektywne/emocjonalne oraz informacje dotyczące uprzednich zachowań bądź ich intencji. Ocena determinowana jest przez informacje jednego typu bądź w procesie ich współdziałania [M. P. Zanna, J. K. Rempel, 2008, s. 8–11]. B. Wojciszke (2002, s. 180–181) pisze, że:

Postawa wobec jakiegoś obiektu to względnie trwała tendencja do pozytywnego lub negatywnego wartościowania tego obiektu przez człowieka. (...) Niektóre badania wskazują, że te trzy rodzaje reakcji na obiekt – emocje/oceny, przekonania i zachowania – faktycznie układają się w trzy odrębne wiązki. Jednakże poparcie to ogranicza się głównie do sytuacji, kiedy obiekt postawy jest konkretnym przedmiotem lub osobą, emocjonalny składnik postawy jest mierzony za pośrednictwem fizjologicznych wskaźników emocji, zaś składnik behawioralny – za pośrednictwem rzeczywistych zachowań. Kiedy wszystkie trzy składniki mierzone są za pomocą wypowiedzi badanych osób (co ma miejsce w znakomitej większości

⁵ Autorzy piszą [P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 54], że niektóre postawy mogą się opierać głównie na elemencie afektywnym, mając słabo rozwinięty aspekt poznawczy (idee, przekonania).

badań), a obiekt postawy ma charakter abstrakcyjny (np. kobiety w ogóle), składniki te zlewają się, a postawy nabierają jednowymiarowego charakteru. (...) podstawowym wymiarem jest zawsze wymiar wartościowania, istotą postawy jest tendencja do pozytywnego–negatywnego ustosunkowania do obiektu.

Interpretacja znaczenia postaw oraz możliwości ich modyfikowania wymaga uwzględnienia właściwości tych konstruktów. Do najważniejszych można zaliczyć: walencję postawy, jej dostępność, trwałość, siłę, spójność oraz stopień uświadomienia – utajenia.

Biorąc pod uwagę współczesne rozumienie postawy, jako wyniku globalnego wartościowania obiektu, zasadne wydaje się wnioskowanie jedynie o ustosunkowaniach pozytywnych bądź negatywnych. Operacjonalizacja postaw dokonywana przez współczesnych badaczy uwzględnia jednak ich neutralność. Pomiar walencji budzi wątpliwości w kwestii, czy ocenę należy traktować w kategoriach jednego wymiaru (konstrukcje jednobiegunowe): od neutralności do „za” (lub „przeciw”), czy też dwóch niezależnych od siebie (dwubiegunowe): od „przeciw” do „za” [J. A. Krosnik, R. E. Petty, 1995, s. 6]. Dwuwymiarowość pozwala poszerzyć możliwości interpretacji postaw. Przy jej uwzględnieniu ustosunkowania mogą być rozpatrywane jednocześnie pod względem nasilenia pozytywnej i negatywnej oceny. W rezultacie zastosowania skal dwubiegunowych można uzyskać cztery kategorie postaw: wysoki wynik w zakresie oceny pozytywnej i niski w zakresie negatywnej, niska ocena pozytywna i wysoka negatywna, niskie wyniki w obu wymiarach, które oznaczają postawę obojętną, wysokie wyniki w obu wymiarach, które mają oznaczać ustosunkowanie o charakterze ambiwalentnym [G. Böhner i M. Wänke, 2004, s. 67].

Postawa ambiwalentna budzi obecnie zainteresowanie badaczy. Ambiwalencja jako kategoria psychologiczna była przedmiotem rozważań na gruncie różnych teorii [por. A. Grabowski, 2007]. Pisał o niej w latach 70., w kontekście postaw, S. Nowak [1973, s. 39], zaznaczając, że może ona dotyczyć zarówno różnych wymiarów ustosunkowania (np. oceny i emocji), jak też jego wybranego aspektu. J. M. Olson i M. P. Zanna [1993, s. 123] za cechę definicyjną postawy ambiwalentnej przyjmują konfliktowość ocen. Postawy ambiwalentne zawierają zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy oceny wyrażonej w drodze przekonania bądź emocji (A. H. Eagly i S. Chaiken [1993, s. 124] używają określenia „niespójne przekonania i emocje”).

Do oceny ambiwalencji opracowano szereg procedur [por. A. Grabowski, 2007]. Najczęściej uznaje się, że siła ambiwalencji jest funkcją zbieżności nasilenia ocen pozytywnych i negatywnych oraz ich równoczesnej ekstremalności [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 124; J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 123; I. R. Newby-Clark i in., 2008, s. 200].

Dostępność postawy oznacza siłę skojarzenia między obiektem a jego oceną. Jak pisze E. Aronson i współpracownicy [2006, s. 196], jej wskaźnikiem jest zwykle szybkość udzielenia odpowiedzi na pytanie o stosunek do jakiegoś zagadnienia czy przedmiotu. W badaniach eksperymentalnych [R. H. Fazio i in., za J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 122] wykazano, że łatwość i szybkość, z jaką oceny są wydobywane z pamięci, stanowią wyznacznik wpływu postaw na działania wobec obiektu. Jeśli istnieje większa możliwość interpretacji bieżących informacji na jego temat, zachowanie podmiotu jest bardziej zgodne w swoim charakterze z postawą. W kształtowaniu postaw o większej dostępności znaczące są bezpośrednie doświadczenia z obiektem [L. R. Aiken, 2002, s. 19].

Fakt, czy postawa jest właściwością utrwaloną, czy też konstruowaną naprędce – w obliczu pojawiającego się określonego obiektu, poddawany jest dyskusjom. A. H. Eagly i S. Chaiken [1993, s. 9] nazywają postawę „psychiczną tendencją” wyrażaną za pomocą oceniających odpowiedzi, jawnych bądź ukrytych, poznawczych, afektywnych lub behawioralnych. Autorki uznają termin „tendencja” za bardziej adekwatny od określenia „dyspozycja”. Tendencja, przeciwnie niż dyspozycja, oznacza pewien stopień uwewnętrznienia oraz, przynajmniej okresową, trwałość.

Współcześnie, w oparciu o dowody empiryczne, postawy traktuje się jako względnie trwałe, plastyczne czy dynamiczne [B. Wojciszke, 2002, s. 184]. Zdaniem G. Böhner i M. Wänke [2004, s. 122–123] ich znaczna podatność na wpływy sytuacyjne może przeczyć założeniu, że są przechowywane w pamięci. Z tego względu wielu badaczy traktuje je jako „chwilowe konstrukcje”, tworzone na podstawie informacji dostępnych w danej sytuacji, a nie jako dyspozycje czy tendencje. U podstaw tego podejścia, alternatywnego wobec ujęcia klasycznego, leży przekonanie o znaczeniu kontekstu dla ujawniania postaw. Teoria ta nie znajduje zastosowania do wszystkich ustosunkowań, ponadto jej założenia są logicznie sprzeczne z postulowaną ich funkcją, którą jest upraszczanie środowiska. Konieczność konstruowania postawy wobec obiektu wymaga wysiłku i czasu, co hipotetycznie nie sprzyjałoby szybkiej orientacji i interpretacji informacji. Nie można zatem przyjąć, że wszystkie postawy są bytami konstruowanymi naprędce. Należałoby jednak dookreślić warunki,

w których są one wydobywane z pamięci, oraz w których są tworzone. Możliwość aktywizowania postawy przechowywanej w pamięci zależy od tego, czy jest ona dostępna w momencie oceny oraz czy odpowiada aktualnej sytuacji. Drugą kwestią, wyjaśnianą na poziomie teoretycznym (w modelu dwojakich postaw), jest współwystępowanie „starych” i „nowych” ustosunkowań oraz ewentualne zastępowanie tych pierwszych przez drugie [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 125].

Stałość postawy zależy od dostępności informacji, na których bazie jest konstruowana. Chodzi tutaj przede wszystkim o ich ciągłość oraz spójność wartościującą w odniesieniu do danego obiektu. Postawy oparte na ciągłym dostępie do informacji, a przy tym stabilnym w swoim charakterze wartościującym podmiot/przedmiot, mają większy poziom stałości [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 123].

W dokonanych analizach dotyczących współczesnych sposobów definiowania postaw pojawiały się ich określenia, takie jak tendencja czy dyspozycja ewaluatywna. Wydaje się, że problem użycia właściwej nazwy, takiej, która będzie wyrażać zarówno względną trwałość jednych, jak i sytuacyjność innych postaw, jest trudny do rozstrzygnięcia.

Spójność postawy rozważana jest w aspekcie zgodności ogólnej oceny (ogólnego ustosunkowania) z podstawą afektywną, poznawczą bądź behawioralną. W tym kontekście wskazuje się na spójność wartościująco-poznawczą (ogólna ocena jest zgodna z jej podstawą poznawczą), spójność wartościująco-afektywną (ogólna ocena jest spójna z jej podstawą afektywną) oraz spójność wartościująco-behawioralną (ocena ogólna jest spójna z jej podstawą behawioralną) [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 72].

Obok spójności wewnętrznej cechą postaw jest spójność zewnętrzna, tj. sposób ich wzajemnego odniesienia (powiązanie postaw). Właściwość ta była przedmiotem rozważań T. Mądrzyckiego [1970, s. 60 i n.]. Autor zwrócił uwagę na zjawisko integracji postaw, następujące wraz z rozwojem i wzbogacaniem doświadczenia jednostki. Za zasadniczy czynnik integrujący uznawał wspólny zakres przedmiotowy i podmiotowy, a za mechanizm leżący u podstaw – dysonans poznawczy – dążenie jednostki do zgodności w zakresie systemu poznawczego. Integracja postaw, jego zdaniem, jest warunkiem efektywnej realizacji potrzeb. Obecnie zagadnienie zewnętrznej spójności postaw jest wyjaśniane w podobnych kategoriach, w nawiązaniu do teorii psychologicznych dysonansu (teoria równowagi Heidera). Wspomina się również o hierarchizacji ustosunkowań, które mogą być zgrupowane w tematycznie spójnej strukturze poznawczej, tzw. ideologie. Tego typu uporządkowanie pozwala

wyprowadzić postawę wobec nowej kwestii z bardziej centralnych i ogólnych wartości wyznawanych przez jednostkę w danej dziedzinie [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 73].

Siłą postawy jest analizowana za pomocą wielu wskaźników. G. Böhner i M. Wänke [2004, s. 77] proponują następujące: dostępność, spójność wewnętrzna, opracowanie, brak ambiwalencji, krańcowość, wiedza, zaangażowanie się oraz pewność. Postawy silne mogą być trwalsze na przestrzeni czasu, odporniejsze na zmiany w drodze perswazji, w bardziej przewidywalny sposób wyznaczają zachowanie. Dla kształtowania silnych ustosunkowań istotne są doświadczenia bezpośrednie, pozwalające uzyskać szerszy zakres informacji, ponadto w większym stopniu angażujące emocjonalnie [P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 242].

Postawy można uszeregować na kontinuum wedle różnego poziomu jawności – utajenia. Koncepcję postawy utajonej wprowadzili A. G. Greenwald i M. R. Banaji [za G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 53]. Autorzy ci zdefiniowali ją jako „oceny czy wartościowanie, których pochodzenie jest dla danej jednostki nieznane i które wpływają na jej utajone reakcje”. Konsekwencją funkcjonowania postaw utajonych mogą być pewne działania bądź sądy pozostające pod kontrolą automatycznie aktywowanych ocen [A. G. Greenwald i in., za J. H. Geer, G. G. Robertson, 2005, s. 672]. W ujęciu zaproponowanym przez E. Aronsona i współautorów [2006, s. 182] ustosunkowania jawne są świadomie wyznawane i łatwo określane, postawy ukryte to oceny mimowolne, niekontrolowane, a czasem nieświadome. Badania wykazały, że relacje między oboma typami konstruktów mają różny charakter – począwszy od wysokiej korelacji, zarówno pozytywnej, jak i negatywnej, skończywszy na braku istotnego powiązania. Sugeruje się, że aktywacja postawy utajonej następuje w sytuacji braku zasobów poznawczych i motywacyjnych.

Postawy utajone budzą zainteresowanie badaczy w związku z ich powiązaniem z zachowaniem podmiotu. Nie ma obecnie wątpliwości co do znaczenia tego typu ustosunkowań w kształtowaniu zachowań. Poszukuje się natomiast czynników, natury sytuacyjnej czy osobowościowej, mających znaczenie modyfikujące w tym zakresie. Za nierozstrzygnięty i wymagający dalszych eksploracji uznaje się problem powiązania postawy jawnej i ukrytej oraz zagadnienie modyfikatorów tego związku [por. N. Maliszewski, 2005].

1.2. Znaczenie postaw

Postawy mają znaczenie motywacyjne i poznawcze. Ułatwiają orientację w otoczeniu, pozwalają efektywniej organizować percepcję i osąd, planować i podejmować decyzje [L. R. Aiken, 2002, s. 3].

Zgodnie z funkcją instrumentalną zachowanie jednostki, wynikające z określonej postawy, ma służyć takim celom, jak zyskanie nagrody bądź uniknięcie kary [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 480]. Nagroda lub kara, przyjemność czy przykrość powodowane są przez obiekt postawy, inaczej niż w referowanej dalej funkcji ekspresyjnej, w której doznania te są wynikiem wyrażania określonego ustosunkowania [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 19].

Zgodnie z funkcją wiedzy postawy stanowią pewne standardy, ramy odniesienia dla organizowania i upraszczania często złożonych i ambiwalentnych informacji z otoczenia; pozwalają uzyskać sensowny, stabilny i uporządkowany obraz świata, lepszą organizację percepcji i przekonań, zapewniają jasność i spójność informacyjną [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 480]⁶. Używa się tu pojęcia „heurystyki oparte na postawach”. A. R. Pratkanis i A. G. Greenwald [za E. Aronson, 2009, s. 141] stwierdzili, że pełnią one funkcję kategoryzowania obiektów, służą w procesach podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, ponadto pozwalają interpretować społeczne otoczenie. Zastosowanie heurystyk jako sposobów upraszczania procesów decyzyjnych ma miejsce w takich okolicznościach, których specyfiką jest ograniczona ilość czasu; nadmierne obciążenie informacjami lub ich niedobór; niski poziom istotności kwestii, która wymaga podjęcia decyzji; bądź łatwa dostępność heurystyki [E. Aronson, 2009, s. 143].

W zakresie funkcji tożsamości społecznej wyróżnia się ekspresję wartości oraz przystosowanie społeczne [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 19]. Polegają one na przekazywaniu (ujawnianiu) istotnych dla jednostki wartości i/lub poszukiwaniu społecznej aprobaty [J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 125]. Ekspresja postaw zgodnych z osobistymi wartościami i koncepcją siebie jest dla jednostki źródłem satysfakcji.

W relacjach z postawami wartości ujmowane są jako „pozostające na wysokim poziomie uporządkowania, oceniające standardy, dotyczące pożądanych środków i efektów działań” [M. Rokeach, za J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 125]. Jako takie traktowane są w kategoriach czynników determinujących

⁶ Szczegółowe omówienie działania postaw w kontekście procesów poznawczych zawiera w swojej pracy T. Mądrzycki [1973, s. 69 i n.; 1974] czy B. Wojciszke [2002, s. 196 i n.], nawiązując do nowszych ustaleń empirycznych w tym zakresie.

ustosunkowania. Ich znaczenie w kontekście postaw i zachowań ma wieloraki charakter, tj. regulująco-ukierunkowujący, inicjujący i dynamizujący działanie, motywacyjny, selektywny oraz predyktywny [A. Sękowski, 1991, s. 67].

B. Wojciszke [2002, s. 182] określa wartość mianem postawy specyficznej, której obiektem jest abstrakcyjny cel życiowy. Ustosunkowanie względem niego rodzi się w drodze uznania go za istotny i godny realizacji (bądź nieistotny).

Problematyka funkcji jest ważna w kontekście kształtowania i zmiany postaw [B. Wojciszke, 2002, s. 813]. Jako jedną z istotnych zasad przyjmuje się, że sposoby ich modyfikacji powinny być kompatybilne z pełnionymi przez nie funkcjami [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 482]. Niektóre postawy wypełniają jednak wiele funkcji [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 22].

G. Böhner i M. Wänke [2004, s. 27] dokonują pewnego rodzaju uogólnienia rozważań na temat znaczenia postaw, wyróżniając następujące poziomy jego analizy:

1. Poziom indywidualny: postawy wpływają na percepcję, myślenie, inne ustosunkowania i zachowanie. Są ważną cechą psychiczną jednostki.

2. Poziom interpersonalny: zapotrzebowanie na informacje o postawach innych i przekazywanie tego typu informacji. Są one istotne dla „przewidywalności świata”, dają podstawę dla kształtowania myśli i zachowań jednostki oraz wysiłków związanych z kierowaniem zachowaniami innych przez modyfikację ich ustosunkowań.

3. Poziom społeczny: postawy wobec grupy, do której należy dana osoba i wobec innych grup są istotne w kontekście współpracy i konfliktów międzygrupowych. Negatywne ustosunkowanie wobec innej grupy może powodować zachowania dyskryminacyjne.

Dyskryminacja, według definicji B. Wojciszke [2002, s. 68], to „wrogie lub niesprawiedliwe zachowanie wobec osób należących do stereotypizowanej grupy – na podstawie samej do niej przynależności, a nie indywidualnych cech człowieka”. Dyskryminacja może przyjmować różne formy, które S. Kowalik [2007, s. 69] porządkuje według nasilenia negatywnych przejawów i skutków. Autor wyróżnia: dystansowanie emocjonalne, dewaluację, delegitymizację, segregację oraz eksterminację.

Definicyjne powiązanie stereotypizacji⁷ z dyskryminacją rozważa się w trzech zakresach: 1) bezpośredni wpływ stereotypów na zachowanie; 2) wpływ dyskryminacji na stereotypizację (usprawiedliwianie jej na poziomie

⁷ Rozumianej jako „czynienie użytku z wiedzy dotyczącej stereotypów w trakcie spostrzegania jakiegoś konkretnego człowieka” [M. B. Brewer, 1999, s. 208].

indywidualnym i społecznym); 3) powiązanie obu na podstawie wspólnego podłoża, np. cech osobowościowych czy czynników społeczno-kulturowych. Stan badań w tym zakresie jest ograniczony i obejmuje głównie problematykę rasizmu. W tym kontekście badawczych związki stereotypów i zachowań dyskryminacyjnych mają zwykle umiarkowany charakter [J. F. Dovidio i in., 1999, s. 232 i n.].

Wielość formułowanych definicji stereotypu wymaga dokonania w tej kwestii wyboru, jak się wydaje najbardziej uzasadnionego, pozbawionego nadmiernego poziomu ogólności, a jednocześnie zgodnego z tradycyjnym rozumieniem. Stereotyp stanowi podgrupę schematów poznawczych, zbędne jest zatem włączanie w jego zakres definicyjny wszystkich elementów schematom przynależnych, takich jak wiedza, przekonania, oczekiwania. Chociaż stereotyp z definicji pozostaje poznawczym aspektem postawy [D. L. Hamilton, za D. M. Mackie i in., 1999, s. 40; T. D. Nelson, 2003, s. 26 i n.], to nie można całkowicie wykluczyć jego powiązań ze składnikiem afektywnym [M. Mackie i in., 1999, s. 49–52], jakkolwiek za zbyt daleko idące należy uznać włączenie go w zakres stereotypu. Wątpliwe bowiem staje się w takim ujęciu rozróżnienie stereotypu i uprzedzenia [J. F. Dovidio i in., 1999, s. 231].

Przyjmuje się, że stereotypy są „uogólnieniami dotyczącymi atrybutów czy zachowań osób, które należą do pewnych naturalnie stworzonych czy społecznie określonych grup” [L. R. Aiken, 2002, s. 80]. Stereotypy służą upraszczaniu tego, co złożone oraz ułatwieniu postrzegania świata społecznego jako bardziej przewidywalnego i kontrolowanego [P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 292]. Ich znaczenie ujawnia się również w zakresie kształtowania samooceny i poczucia własnej wartości podmiotu [C. Stangor, M. Schaller, 1999, s. 30–34].

Stereotypy są uogólnieniem na dany temat i jako takie nie mogą podlegać wartościowaniu [T. D. Nelson, 2003, s. 28], jakkolwiek ze względu na treść mogą mieć charakter pozytywny, negatywny bądź neutralny. W relacjach międzyludzkich stereotyp, ze względu na wspomniane działanie upraszczające, zacieranie różnic indywidualnych w procesie percepcji i oceny, staje się mechanizmem nieprzystosowawczym, nawet jeśli teoretycznie ma pozytywny bądź neutralny ładunek. „Stereotypowe uogólnienia są obraźliwe, dlatego że pozbawiają daną osobę przysługującego jej prawa do traktowania jej jako jednostki posiadającej własne, indywidualne cechy: czy to dodatnie, czy ujemne. Stereotypy zniekształcają nasze interpretacje zachowania ludzi, co może powodować działanie zgodne z tymi zniekształconymi spostrzeżeniami – uprzedzenia czy traktowanie w sposób tendencyjny” [A. Aronson, 2009, s. 306–307].

W tradycyjnym ujęciu uprzedzenia odnoszone są do afektywnego komponentu postawy. Niektórzy badacze postrzegają je jednak w kategoriach wieloaspektowych, z zaakcentowaniem znaczenia czynnika afektu [E. Aronson i in., 2006, s. 354]. Przykładem rozbudowanej definicji jest następująca: „uprzedzenia to wyuczony postawy wobec danego obiektu, zazwyczaj obejmujące uczucia negatywne, antypatię lub lęk, zespół negatywnych przekonań wspierających postawę oraz behawioralne dążenie do unikania, kontrolowania lub dominacji wobec przedmiotów” [P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 291]. Uprzedzenie „pełni funkcję stroniczego filtra” wpływającego na ocenę [P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 291–292]. W odniesieniu do tego typu konceptualizacji, zmierzającej w kierunku utożsamiania uprzedzenia z postawą, formułowane są zastrzeżenia, między innymi związane ze spójnością komponentów (zakładaną w definicji uprzedzenia).

Zdaniem T. D. Nelsona [2003, s. 32] istotę uprzedzeń stanowią: międzygrupowość, ładunek oceniający (pozytywny bądź negatywny), tendencyjność obrazu, oparcie na rzeczywistych lub wyobrażonych właściwościach grupy. Podejście w kwestii traktowania uprzedzeń jako pozytywnych i negatywnych różni się w literaturze, jednak najczęściej obejmuje się nimi stosunek negatywny⁸ [E. Aronson i in., 2006, s. 354]. E. Aronson [2009, s. 298] w swojej definicji uprzedzenia określa je jako „wrogą lub negatywną postawę wobec pewnej dającej się wyróżnić grupy, opartą na uogólnionych wyprowadzonych z fałszywych lub niekompletnych informacji.” B. Weigl [2008, s. 214] traktuje uprzedzenie społeczne (etniczne, wiekowe, rasowe, wyznaniowe) jako „aprioryczną, powziętą z góry niechęć do innych tylko dlatego, że należą do jakiejś wyodrębnionej grupy społecznej”.

Sposoby ujawniania uprzedzeń podlegają przemianom społeczno-kulturowym. Wzrost świadomości pewnych norm społecznych zniekształca werbalny przekaz informujący o rzeczywistych postawach w takim kierunku, aby ich obraz był bardziej pożądanym społecznie i wolny od uprzedzeń. Zniekształcanie to może wynikać zarówno z „troski o wizerunek publiczny”, jak i z potrzeby zachowania pozytywnej samooceny [J. F. Dovidio i in., 1999, s. 236–237]. Takie zjawisko „poprawności politycznej”, jak je określa B. Weigl [2008, s. 216], ujawnia się w relacjach z „innymi” grupami, wyznaczonymi na podstawie kryteriów etnicznych, płciowych, seksualnych, sprawnościowych i zdrowotnych. Podobnie dyskryminacja jest współcześnie rzadziej wyrażana w postaci działań bezpośrednio zagrażających zdrowiu czy życiu, częściej w „subtelniejszych

⁸ Jak zaznacza B. Weigl [2008, s. 214], pojmowanie uprzedzeń w kategoriach wyłącznie negatywnych odniesień jest charakterystyczne dla tradycji europejskiej.

formach”, takich jak odmawianie i utrudnianie realizacji powszechnie przysługujących praw⁹. Posługując się klasyfikacją S. Kowalika, można powiedzieć, że normy społeczne nie pozwalają na jawną eksterminację, jednak stopień ich internalizacji i kontroli, zwłaszcza na poziomie osobistym, nie jest wystarczająco silny, aby zapobiegać dewaluacji czy delegitymizacji.

1.3. Dotychczasowe ustalenia empiryczne w obszarze postaw specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością

Na wstępie dokonanego w tym rozdziale przeglądu dostępnych badań w zakresie interesującej problematyki, należy wyjaśnić zastosowany termin „specjaliści”. Do tej grupy w niniejszym opracowaniu zalicza się osoby podejmujące określone zadania związane z procesem edukacji, rehabilitacji i wsparcia niepełnosprawnych intelektualnie, wyznaczone formalnymi kwalifikacjami oraz realizowane w warunkach instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych. Są to osoby, które tworzą środowisko społeczne stanowiące kontekst rozwoju i funkcjonowania niepełnosprawnych intelektualnie w różnych sferach¹⁰.

Należy podkreślić, że zakres zainteresowania omawianym tu problemem nie jest znaczący, szczególnie w odniesieniu do pedagogów specjalnych. Wiele badań o tej tematyce zrealizowano z udziałem profesjonalistów z dziedziny nauk medycznych. W tej pracy z analiz zostali wyłączeni specjaliści posiadający wykształcenie medyczne i paramedyczne (jako odrębna grupa). Przytoczono jednak doniesienia, w których przedstawiciele tych zawodów występują jako jedna z kilku badanych grup bądź członkowie zróżnicowanej grupy. Rolę działalności zawodowej osób z zakresu dziedzin medycznych należy rozpatrywać jako komplementarną do tej, którą ma praca innych specjalistów świadczących szeroko rozumiane wsparcie niepełnosprawnym intelektualnie. Jednak z praktycznego punktu widzenia charakter przewidzianych dla nich zadań, czy też form i miejsc ich realizacji, upoważnia do wyłączenia ich jako grupy o znaczeniu specyficznym w kontekście poruszanych tu zagadnień.

W dostępnych eksploracjach problematyki autorzy podejmowali zagadnienie postaw studentów, w tym przyszłych pedagogów specjalnych [A. Olszak, 2008; Z. Kazanowski, 2009], czy też interesowali się kwestią kształtowania przez

⁹ Co ma miejsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością w każdej dziedzinie ich życia.

¹⁰ Jakkolwiek środowisko takie tworzą w pierwszej kolejności, dla wielu niepełnosprawnych, członkowie ich rodziny, są oni grupą specyficzną, jeśli chodzi o charakter więzi i wynikających z nich sposobów odniesień czy też zadań realizowanych w ramach pełnionych w rodzinie funkcji.

pedagogów korzystnych ustosunkowań swoich uczniów/wychowanków wobec osób z niepełnosprawnością. Największy zakres badań obejmuje problematykę postaw wobec integracji, w tym pedagogów specjalnych, chociaż znacznie częściej pedagogów ogólnych [por. A. Giryński, S. Przybylski, 1993; J. Kossewska, 2000; M. Chodkowska, Z. Kazanowski, 2007; E. W. Carter, C. Hughes, 2006]. Wyniki tych badań można uznać w pewnym stopniu za użyteczne we wnioskowaniu na temat charakteru ustosunkowania określonych grup wobec osób z niepełnosprawnością (dzieci i młodzieży), nie są one jednak tożsame z badaniami bezpośrednio dotyczącymi tego zagadnienia. Konteksty kształtowania postaw wobec integracji oraz ustosunkowań wobec osób z niepełnosprawnością mogą być odmienne, między innymi ze względu na znaczenie czynników zawodowych (np. przygotowanie do podejmowania zadań zawodowych w ramach edukacji integracyjnej). Wydaje się, że postawy wobec osób z niepełnosprawnością są ogólniejsze w stosunku do tych odnoszących się do integracji i mają względem nich w pewnym stopniu działanie specyfikujące.

Dążąc do pokazania najważniejszych ustaleń w obszarze referowanego zagadnienia, wyodrębniono pewne kategorie porządkujące i w ramach każdej z nich zaprezentowano ogólnie wybrane doniesienia (tabela 2).

Formułując wnioski wynikające z przykładowych badań, nie sposób uniknąć znacznego uproszczenia. Różnorodność analizowanych aspektów postaw, ich odniesień przedmiotowych (specyfikacja niepełnosprawności bądź jej brak), ponadto samych podmiotów badań sprawia, że charakter wnioskowania może być jedynie bardzo ogólny.

W zakresie tych eksploracji, które dotyczyły nauczycieli ze szkół masowych w Polsce, rysuje się pewna tendencja. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością, które ujawniła ta grupa, są niekorzystne w swoim ogólnym zarysie, zwłaszcza w aspekcie ich poznawczego wymiaru. Wiedza tych specjalistów na temat niepełnosprawności, jej istoty i konsekwencji jest ograniczona. W niektórych badaniach wykazano, że poziom i charakter wykształcenia, którym dysponują nauczyciele (pedagodzy), nie stanowi czynnika różnicującego postawy w stosunku do osób z populacji generalnej. Można zatem wnioskować, że proces przygotowania zawodowego, w którym uczestniczą pedagodzy, nie jest wystarczającym źródłem zdobywania racjonalnej wiedzy na temat niepełnosprawności. Z badań wynika również, że sposoby konceptualizacji zjawiska niepełnosprawności, ujawniane przez pedagogów, koncentrują się na modelu medycznym (indywidualnym), a nie społecznym, co może mieć określone konsekwencje w charakterze realizowanego przez nich wsparcia.

Tabela 2. Postawy specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością¹¹

Osoby badane	Zakres postaw	Ważniejsze ustalenia	Źródło
nauczyciele ze szkół masowych	postawy wobec uczniów z upośledzeniem umysłowym: aspekt działania (gotowość do działań); aspekt poznawczy	brak motywacji do pracy edukacyjnej w ramach prowadzonych klas; opinie na temat potrzeby segregacji w kształceniu; różniące znaczenie stażu pracy w odniesieniu do gotowości do podjęcia pracy z uczniami z upośledzeniem	E. Minczakiewicz [1996, s. 136]
nauczycielki ze szkół masowych; absolwentki LO, Liceum Medycznego, Liceum Ekonomicznego; kobiety niezatrudnione w oświacie	postawy wobec osób z upośledzeniem umysłowym: aspekt poznawczy i afektywny	koncepcja osób z upośledzeniem umysłowym funkcjonująca w świadomości, weryfikowana na podstawie dokonywanej ich charakterystyki oraz preferencji form życia; niekorzystny obraz, wyrażający osobistą niechęć i obawy związane z potencjalnym kontaktem	H. Żuraw [1998, s. 348 i n.]
nauczyciele ze szkół masowych	postawy wobec uczniów z upośledzeniem umysłowym: aspekt poznawczy i afektywny	wiedza na temat upośledzenia umysłowego i opinie na temat osób z upośledzeniem: tradycyjne, biologiczne ujęcie, charakteryzowane przez deficyty i trudności, z pominięciem możliwości; charakter uczuć wzbudzanych w kontaktach z upośledzonymi: niekonstrukttywne; częstość kontaktów: najczęściej rzadkie i bardzo rzadkie	Cz. Kosakowski [2003, s. 172 i n.]
nauczyciele ze szkół masowych; osoby z populacji generalnej	postawy wobec osób z zespołem Downa: aspekt poznawczy	bardziej adekwatna wiedza na temat etiologii zespołu u nauczycieli niż u osób z populacji ogólnej; powszechna akceptacja stereotypów dotyczących cech osobowościowych w obu grupach; podobieństwo opinii wyrażających niskie oceny funkcjonowania w różnych obszarach życia; pozytywne oceny kształcenia w integracji	L. Gilmore i in. [2003, s. 69]

¹¹ Uporządkowano według kategorii badanych osób.

nauczyciele ze szkół masowych	postawy wobec osób z niepełnosprawnością: aspekt poznawczy	opinie na temat niepełnosprawności (istoty i konsekwencji): skłonność do wiedzy stereotypowej, negatywnego wyobrażenia opartego na społecznych uprzedzeniach; staż pracy: różniące znaczenie w zakresie niektórych opinii, np. osoby niepełnosprawne najlepiej czują się w towarzystwie innych niepełnosprawnych	J. Erenc [2008, s. 149 i n.]
nauczyciele, studenci, uczniowie	postawy wobec osób z niepełnosprawnością	ogólne nastawienie studentów i nauczycieli do osób niepełnosprawnych zblizone w swoim charakterze, istotnie mniej korzystne postawy ze strony uczniów	M. Chodkowska, B. Szabala [2012, s. 146 i n.]
osoby przygotowujące się do pracy nauczycieli	postawy wobec uczniów z niepełnosprawnością: aspekt afektywny i poznawczy	udział w szkoleniu zwiększającym kompetencje w zakresie pracy z uczniami z niepełnosprawnością: korzystna zmiana postaw	M. B. Henning, L. C. Mitchell [2002, s. 23 i n.]
osoby przygotowujące się do pracy nauczycieli	postawy wobec osób z niepełnosprawnością: aspekt afektywny i poznawczy	udział w szkoleniu zwiększającym znajomość problematyki niepełnosprawności: korzystna zmiana postaw; podejmowanie osobistych kontaktów jako zmienna różnicująca pewne wskaźniki postaw (m.in. poczucie dyskomfortu)	A. Carroll i in. [2003, s. 72; 75–76]
osoby doskonalące kwalifikacje w zakresie pracy pedagogicznej	m.in. postawy wobec osób z niepełnosprawnością – wymiar afektywny; postawy wobec uczniów z niepełnosprawnością – uprzedzenia; stosunek do inkluzji edukacyjnej	nauczyciele, którzy uzyskują wyższe wyniki w obszarze dyskomfortu w kontaktach z niepełnosprawnymi, ujawniają większy sprzeciw wobec inkluzji i wyższy poziom uprzedzeń wobec uczniów z niepełnosprawnością	J. A. Brandes, H. M. Crowson [2009, s. 279]
nauczyciele ze szkół specjalnych i masowych; nauczyciele zawodu, personel administracyjny i pomocniczy	postawy wobec uczniów z niepełnosprawnością: aspekt poznawczy	nauczyciele ze szkół specjalnych najkorzystniejsze postawy, najmniej korzystne: nauczyciele ze szkół masowych i nauczyciele zawodu	D. Criswell [1993, s. 4 i n.]

nauczyciele ze szkół masowych i specjalnych (jako grupa porównawcza)	m.in. postawy wobec osób z niepełnosprawnością, wymiar afektywny	znaczenie doświadczeń emocjonalnych w kontakcie z osobą niepełnosprawną dla atrybucji przyczyn niepowodzeń edukacyjnych dziecka	K. Brady, L. Woolfson [2008, s. 540]
nauczyciele ze szkół specjalnych i masowych	jawne i ukryte postawy wobec osób z zaburzeniami emocjonalnymi i trudnościami w uczeniu się, wszystkie wymiary postaw	postawy jawne nauczycieli ze szkół specjalnych wobec osób z zaburzeniami emocjonalnymi korzystniejsze niż ze szkół masowych; korzystniejsze postawy ukryte nauczycieli ze szkół specjalnych wobec osób z trudnościami w uczeniu się niż wobec osób z zaburzeniami emocjonalnymi	J. P. Jones [2009, s. 92–93]
personel ze szkół specjalnych i integracyjnych, głównie nauczyciele	postawy wobec osób z autyzmem: aspekt poznawczy, behawioralny (intencje zachowań), afektywny	powiązanie aspektu poznawczego (wiedza na temat autyzmu) oraz afektywnego (uczucie złości i sympatii) z behawioralnym (intencje zachowań pomocowych, zachowań punitivnych); różnice na korzyść osób o specjalnym przygotowaniu zawodowym w zakresie: sympatii, intencji pomocowych (silniejsze), złości, intencji punitivnych (słabsze)	C. Y. Ling i in. [2010, s. 241–242]
terapeuci	dyskurs niepełnosprawności intelektualnej, odzwierciedlający sposób rozumienia zjawiska oraz interpretowania działań wspierających w kontekście własnej pracy	charakter dyskursów: emancypacyjny; korekcyjno-opiekunczy; opiekuńczy; normalizacyjno-adaptacyjny	A. Woynarowska [2010, s. 258 i n.]
personel instytucji dla niepełnosprawnych; studenci, osoby z populacji ogólnej	postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną; aspekt poznawczy i afektywny	korzystniejsze postawy specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną w stosunku do osób z populacji ogólnej, wyrażające się m.in. silniejszymi postawami prointegracyjnymi, mniejszym dystansem, większym poparciem dla praw osób z niepełnosprawnością intelektualną, poparciem dla ich niezależności w życiu	M. Yazbeck i in. [2004, s. 102 i n.]

personel domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi	postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi: wszystkie wymiary	najbardziej pozytywne postawy w grupie I tworzącej dział socjalno-terapeutyczny (m.in. pracownicy socjalni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi), następnie pielęgniarki (II), najmniej korzystne pracownicy działu gospodarczego; istotne różnice tylko między grupą I i III oraz II i III	B. Witkowska [2005, s. 95 i n.]
personel instytucji (agencje wspierające)	postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną; aspekt poznawczy, behawioralny i afektywny	pozytywne postawy wobec społecznego włączania osób z niepełnosprawnością intelektualną, wyrażające szczególne poparcie dla <i>self-advokatury</i> i <i>empowermentu</i> ; uznanie podobieństwa osób z niepełnosprawnością w zakresie preferencji i możliwości, celów życiowych i produktywności do pełnosprawnych; sprzeciw wobec konieczności podlegania ochronie; wiek jako zmienna modyfikująca w obszarze niektórych wskaźników postaw prointegracyjnych (nasilenie wraz z wiekiem skłonności w kierunku postawy protekcyjnej)	J. Jones i in. [2008, s. 221 i n.]
pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, personel opiekuńczy w instytucjach dla niepełnosprawnych intelektualnie, pracownicy socjalni, studenci	postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną; aspekt afektywny; dystans społeczny wobec niepełnosprawnych intelektualnie	poczucie pewności w kontaktach we wszystkich grupach, oprócz personelu, wyższe w przypadku niepełnosprawności fizycznej, w grupie personelu jednakowe w odniesieniu do niepełnosprawności intelektualnej i fizycznej; brak różnic między grupami w zakresie dystansu wyrażanego wobec niepełnosprawnych jako potencjalnych sąsiadów; różnice płci na korzyść kobiet w zakresie mniejszego dystansu; znaczenie zmiennej osobiste kontakty w kształtowaniu dystansu (regularne kontakty – mniejszy dystans)	R. McConkey, M. Truesdale [2000, s. 160 i n.]

Źródło: opracowanie własne.

Należy zwrócić uwagę na ograniczony zakres analiz poświęconych polskim pedagogom specjalnym, funkcjonującym w różnych instytucjach edukacji, rehabilitacji, resocjalizacji i wsparcia osób z niepełnosprawnością.

Rozważając potencjalne konsekwencje określonych nastawień specjalistów, warto odwołać się do powszechnie cytowanej za H. Larkową [1970, s. 19] klasyfikacji autorstwa J. Grafonsky'ego, dotyczącej pozytywnych i negatywnych przejawów postaw wobec osób z niepełnosprawnością. Wykorzystując jej założenia do zakresu podmiotowego specjalistów pracujących z osobami z niepełnosprawnością, można sprecyzować następujące przejawy i konsekwencje uznawanych przez nich nastawień pozytywnych: obiektywna i rzetelna ocena sytuacji osoby z niepełnosprawnością, uwzględniająca ograniczenia i możliwości; dążenie do głębszego jej poznania; akceptacja i poszanowanie jej indywidualności, dążenie do współpracy, podejmowanie działań optymalizujących osobiste i społeczne funkcjonowanie. Postawy negatywne to między innymi paternalizm i protekcjonizm wynikające z niedoceniań możliwości i przeceniania ograniczeń, redukcjonowania osoby do wymiaru niepełnosprawności, prowadzące do zmniejszania zakresów jej samorealizacji. Pozytywna postawa wobec niepełnosprawności, w jej ujęciu trójkomponentowym, oznacza zarówno przekonanie, że osoby z niepełnosprawnością są produktywnymi członkami społeczeństwa, mogącymi decydować o sprawach dla nich istotnych, zdolnymi do normalnego życia; dostrzeganie pozytywnych atrybutów osoby i darzenie jej sympatią; ponadto kształtowanie warunków pomocnych jednostce w jej dążeniu do uzyskania maksymalnej życiowej niezależności, przy jednoczesnym optymalnym dla niej włączeniu się w życie społeczne [R. C. Tervo i in., za P. M. ten Klooster i in., 2009, s. 2563].

* * *

Współczesne zasoby wiedzy w zakresie problematyki postaw należy ocenić jako bogate. Istotny wkład w ich poszerzenie wniosły badania eksperymentalne, realizowane za granicą w znaczących ośrodkach zachodnich. Pozwoliły one zweryfikować istotę ustosunkowań oraz mechanizmy ich działania i powstawania. Należy zauważyć, że w rodzimej literaturze przedmiotu dominują odwołania do klasycznych źródeł polskich badaczy problematyki, zwłaszcza traktujących postawę w kategoriach trójelementowych. Podstawowy kierunek analiz skupia się na konstrukcjach jawnych, znacznie rzadziej ukrytych, co, jak można sądzić, wynika w znacznej mierze ze względów

organizacyjnych, być może również niedostatecznie opracowanych podstaw koncepcyjnych ukrytego wymiaru postaw. Dominują analizy wykorzystujące ewaluacyjny składnik ustosunkowań traktowany w sposób jednodymensjonalny, a zatem pozwalający na określenie postaw pozytywnych i negatywnych, z pomięciem ambiwalencji.

Badacze, również zagraniczni, rzadko podejmują analizy problematyki ustosunkowań specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością. Prointegracyjne tendencje w edukacji wymuszają niejako zainteresowanie postawami wobec integracji, wydaje się jednak, że zasadne jest ich umocowanie w ogólniejszych nastawieniach do zagadnienia niepełnej sprawności.

2. Analiza badań postaw specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

2.1. Zasoby empiryczne dotyczące problematyki

W tym rozdziale uwaga skierowana jest przede wszystkim na osoby posiadające szeroko rozumiane kwalifikacje pedagogiczne, jakkolwiek, ze względu na brak precyzyjnych kryteriów w wielu eksploracjach, nie zawsze było możliwe wyłonienie tej grupy.

Większość referowanych badań została zrealizowana za granicą. Skupiono się na opracowaniach nowszych, obejmujących przede wszystkim ostatnie 20 lat¹². Nie daje to możliwości dokonywania porównań w kontekście historycznym, jednak takowe nie były przedmiotem zamysłu badawczego. Weryfikacja nowszych opracowań pozwala skupić się na współczesnych uwarunkowaniach społeczno-kulturowych postaw, ponadto odnieść się do obecnych ustaleń dotyczących konceptualizacji postaw (tabela 3).

¹² Przegląd starszych opracowań dotyczących referowanej problematyki zamieszczają G. Trudel i G. Desjardins [1992]. W większości cytowanych badań nie ma sprecyzowanej grupy badawczej, określana jest ona ogólnie jako członkowie personelu instytucji. Informacje takie zawarte są natomiast (w postaci czytelnego zestawienia) w przeglądzie badań dokonany przez M. Aunos i M. A. Feldmana [2002]. Autorzy, korzystając w znacznym zakresie z badań realizowanych w latach 80., omawiają postawy wobec różnych aspektów seksualności w odniesieniu do grupy rodziców, nauczycieli, innych specjalistów oraz samych osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Początek zainteresowania problematyką w Polsce datuje się na lata 90. XX wieku. W tym okresie zaczęły powstawać ważne opracowania, istotne dla wielu późniejszych dociekań empirycznych problematyki, m.in. prace K. Nowak-Lipińskiej [1996a, 1996b, 1996c]. Oceniając dostępne zasoby, K. Nowak-Lipińska pisała w 1996 roku: „Polskojęzyczna literatura dotycząca zagadnień związanych ze sferą erotyczną osób głębiej upośledzonych jest tak uboga, że praktycznie trudno mówić o jej istnieniu” [K. Nowak-Lipińska, 1996b, s. 101]. Stosunkowo krótki okres, odkąd podjęto tematykę, spowodował, że zasób opracowań poświęconych nie tylko postawom wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie (jak również innych grup), ale przede wszystkim jej przejawom, na rodzimym gruncie jest niewielki.

Możliwość przedyskutowania znaczenia postaw specjalistów w kontekście ich działalności zawodowej oraz jej wyników w procesie edukacji, rehabilitacji i wsparcia niepełnosprawnych intelektualnie wymaga zreferowania ustaleń empirycznych. Wszelkie ich uogólnienia są jednak niezwykle trudne i należy je czynić z ostrożnością, choćby ze względu na zróżnicowanie aparatu badawczego, czy też różnorodność uzyskanych wyników.

Postawy wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, ujmowane w postaci formułowanych ocen o określonej walencji i sile, różnią się w zależności od poddawanego pod rozagę aspektu. Wydaje się, że najniżej ocenianym (najmniej akceptowanym) jest aspekt rodzicielstwa [M. Cuskelly, R. Bryde, 2004, s. 259; L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 25]. Badani specjaliści dostrzegają trudności związane z jego realizacją, takie jak problemy natury genetycznej (dziedziczenie) czy niezdolność do podejmowania obowiązków rodzicielskich. Nie wszyscy jednak ujawniają niski poziom czy brak akceptacji tej kwestii. Dowody empiryczne wskazują również na przychylne ustosunkowanie. Osoby, które wyrażają pozytywny stosunek, oceniają rodzicielstwo jednostek z niepełnosprawnością intelektualną w kategoriach powszechnie przysługujących praw i przywilejów [P. Wolfe, 1997, s. 79]. Postawa akceptacji, połączona z negatywnym ustosunkowaniem wobec twierdzenia mówiącego o dziedziczeniu upośledzenia, może być nawet powszechna w pewnych środowiskach, na co wskazują badania realizowane przez A. Christian i współautorki [2001, s. 286]. Należy jednak zaznaczyć, że w tym przypadku postawy specjalistów odnosiły się do szerokiej kategorii podmiotów – osób z zaburzeniami rozwojowymi – a nie wyłącznie do jednostek z niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 3. Zestawienie badań dotyczących postaw specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną¹³

Przedmiot badań	Osoby badane	Metoda/narzędzie	Źródło
postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie, różniące znaczenie zmiennej wieku, kwalifikacji	personel instytucji dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (bezpśredni opiekunowie o niższych kwalifikacjach, osoby wykwalifikowane)	Inwentarz Postaw wobec Seksualności i Osób z Upośledzeniem Umysłowym	J. L. Murray, P. M. Minnes [1994]
postawy wobec problemu AIDS i niepełnosprawności intelektualnej oraz ich powiązanie z postawami wobec seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną	personel instytucji na rzecz niepełnosprawnych intelektualnie	Skala Postaw wobec Osób z Upośledzeniem Umysłowym i AIDS; Inwentarz Postaw wobec Seksualności i Osób z Upośledzeniem Umysłowym	J. L. Murray i in. [1995]
ocena aktywności seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie z punktu widzenia związanego z nią ryzyka, z uwzględnieniem oceny zdolności tych jednostek do budowania korzystnych relacji seksualnych	opiekunowie nieformalni osób z niepełnosprawnością intelektualną, opiekunowie formalni (centrum szkoleniowe dla dorosłych), osoby z niepełnosprawnością intelektualną	kwestionariusz wywiadu	B. Heyman, S. Huckle [1995]
postawy wobec edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną	personel instytucji realizujący działalność opiekuńczą i edukacyjną (w tym szkoły)	technika Q-sort	R. D. Brown, 1997, R. D. Brown, T. Pirtle [2008]
postawy wobec aktywności seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną	nauczyciele (<i>special education teachers</i>), rodzice, pracownicy instytucji realizujących usługi społeczne	Skala do Badania Postaw wobec Zachowań Seksualnych Osób z Zaburzeniami Rozwojowymi	D. Walcott [1997]
ocena zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym w kategoriach normatywnych; osobiste reakcje związane z percepcją zachowań; opinie na temat sterylizacji	nauczyciele (<i>special education teachers</i>) i personel administracyjny instytucji zajmujących się edukacją	kwestionariusz ankiety obejmujący główne kwestie problemowe: zachowania seksualne ujawniane przez uczniów, ocena seksualnych zachowań i relacji w kategoriach normatywnych	P. Wolfe [1997]

¹³ Uporządkowano według kolejności chronologicznej.

opinie na temat edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną, jako elementu <i>transition plan</i> ⁸	nauczyciele (<i>special education teachers</i>) oraz administracja w szkołach specjalnych	kwestionariusz ankiety obejmujący kwestie związane z realizacją edukacji seksualnej oraz jej znaczeniem	P. Wolfe, W. J. Blanchett [1997]
postawy wobec seksualnej aktywności osób z niepełnosprawnością intelektualną (intencje zachowań); opinie na temat praw i możliwości w sferze seksualnej aktywności i edukacji seksualnej	personel wspierający w agencji realizującej usługi dla osób niepełnosprawnych intelektualnie	scenariusze obrazujące hipotetyczne sytuacje związane z seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie; skala ocen	L. A. Christian i in. [2001]
doświadczenia zawodowe związane z seksualnością osób z niepełnosprawnością intelektualną, sposoby radzenia sobie z problemami w tym zakresie, ocena własnych kompetencji i motywacja do ich podnoszenia	personel instytucji dziennych i rezydencyjnych, w tym edukacyjny	scenariusze obrazujące hipotetyczne sytuacje związane z seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie, kwestionariusz ankiety, skala ocen	R. McConkey, D. Ryan [2001]
wpływ szkolenia dotyczącego seksualnej przemocy wobec niepełnosprawnych intelektualnie na kształtowanie postaw personelu w tym zakresie przedmiotowym (aspekt wiedzy i opinii)	personel instytucji świadczących usługi dorosłym z niepełnosprawnością intelektualną	test wiedzy, Kwestionariusz Postaw obejmujący ogólne kwestie seksualności człowieka, seksualność osób upośledzonych umysłowo oraz problemy związane z przemocą w jej zakresie	J. Hogg i in. [2001]
wiedza na temat zespołu Downa, ocena możliwości realizacji aspektów dorosłości, w tym budowania relacji partnerskich (z osobą płci przeciwnej) oraz małżeństwa	nauczyciele ze szkół powszechnych i osoby z populacji ogólnej	kwestionariusz ankiety	L. Gilmore i in. [2003]
postawy wobec seksualnej ekspresji osób z niepełnosprawnością intelektualną	rodzice osób dorosłych z upośledzeniem umysłowym, personel wspierający w instytucjach dla dorosłych, osoby z populacji ogólnej	Skala do Badania Postaw wobec Seksualności Niepełnosprawnych Intelektualnie, obejmująca aspekty: uczucia seksualne, edukację seksualną, masturbację, stosunki seksualne, relacje personalne, małżeństwo, rodzicielstwo, sterylizację	M. Cuskelly, R. Bryde [2004]

<p>sądy na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz edukacji seksualnej</p>	<p>rodzice osób z niepełnosprawnością intelektualną; pedagogzy specjalni zatrudnieni w placówkach edukacyjno-rehabilitacyjnych</p>	<p>kwestionariusz wywiadu</p>	<p>A. Giryński [2005]</p>
<p>przekonania na temat edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie; samoocena przygotowania zawodowego w tym zakresie oraz podejmowanych działań zmierzających do jej realizacji</p>	<p>nauczyciele (<i>special education teachers</i>)</p>	<p>kwestionariusz ankiety</p>	<p>E. Howard-Barr i in. [2005]</p>
<p>opinie na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (praw, specyfiki rozwoju, przejawów, edukacji seksualnej)</p>	<p>pedagogzy, psycholodzy, pracownicy socjalni i medyczni, studenci różnych specjalności (uczestnicy konferencji poświęconej problematyce seksualności niepełnosprawnych intelektualnie)</p>	<p>kwestionariusz ankiety</p>	<p>A. Kania [2005]</p>
<p>opinie na temat zakresu edukacji seksualnej osób z głębszą (umiarkowaną i znaczną) niepełnosprawnością intelektualną</p>	<p>nauczyciele z ośrodka szkolno-wychowawczego</p>	<p>kwestionariusz ankiety</p>	<p>A. Prokopiak [2005]</p>
<p>postawy ogólne wobec seksualności człowieka; wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie; wobec homoseksualności w populacji niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<p>rodzice osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną oraz personel opiekuńczy w instytucjach opieki dziennej dla dorosłych</p>	<p>kwestionariusz do badania postaw, obejmujący Skalę Seksualności Człowieka; Skalę Przyzwolenia na Seksualność Niepełnosprawnych Intelektualnie, Skalę Dyskryminacji wobec Seksualności Niepełnosprawnych Intelektualnie, Skalę Postaw wobec Homoseksualności Niepełnosprawnych Intelektualnie</p>	<p>E. Drummond [2006]</p>

postawy wobec homoseksualności mieszkańców placówek rezydencjalnych dla osób z niepełnosprawnością rozwijową	personel instytucji	wywiady o różnym stopniu strukturyzacji	S. Dudek i in. [2006]
poglądy na temat zjawiska homoseksualności w populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, doświadczenia zawodowe związane ze wspieraniem seksualnej aktywności osób niepełnosprawnych o różnej orientacji	personel instytucji realizujących edukację i rehabilitację (zróżnicowane formy)	wywiady częściowo ustrukturuwane	D. Abbott, J. Howarth [2007]
postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną	personel instytucji (zróżnicowane formy, w tym instytucje rezydencjalne i dziennego pobytu), w tym osoby realizujące działania edukacyjne	Inwentarz Postaw wobec Seksualności i Uposażenia Umysłowego	G. Bazzo i in. [2007]
opinie na temat wybranych kwestii dotyczących seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (charakter i sposób wyrażania seksualności; współżycie płciowe z partnerem niepełnosprawnym intelektualnie oraz pełnosprawnym; małżeństwo i prokreacja; masturbacja)	nauczyciele ze szkół specjalnych, nauczyciele ze szkół ogólnodostępnych	kwestionariusz ankiety	R. Kijak [2007]
postawy wobec inkluzji społecznej osób z niepełnosprawnością intelektualną (z włączeniem aspektu małżeństwa i prokreacji)	personel agencji środowiskowych, w tym osoby pracujące bezpośrednio z niepełnosprawnymi intelektualnie oraz personel organizacyjny	Skala Postaw wobec Życia w Społeczeństwie Osób Uposażonych Umysłowo	J. Jones i in. [2008]
opinie na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie	pedagodzy specjalni, studenci pedagogiki specjalnej	kwestionariusz ankiety	M. Parchomiuk [2008]

<p>postawy wobec seksualności mężczyzn i kobiet z populacji ogólnej oraz wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną</p>	<p>nauczyciele zaangażowani w Olimpiady Specjalne</p>	<p>Skala do Badania Postaw wobec Seksualności (dwie części: Osoby z Niepełnosprawnością Intelektualną; Osoby Populacji Ogólnej)</p>	<p>J. Divišová-Brettova, D. Štěrbova [2009]</p>
<p>postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich spójność z ideologią promującą seksualną autonomię tych jednostek</p>	<p>personel opiekuńczy instytucji świadczących wsparcie w systemie otwartym, członkowie rodzin (opiekunowie) osób korzystających z tych usług</p>	<p>kwestionariusze ankiety; scenariusze opisujące hipotetyczne sytuacje związane z seksualnością klientów instytucji</p>	<p>D. S. Evans i in. [2009]</p>
<p>znaczenie udziału w szkoleniu dla kształtowania postaw wobec edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie oraz poczucia samoskuteczności w podejmowaniu działań z nią związanych</p>	<p>nauczyciele (<i>general education teachers, special education teachers</i>)</p>	<p>Kwestionariusz Wiedzy na Temat Edukacji Seksualnej Niepełnosprawnych Intelektualnie, Badanie Postaw wobec Edukacji Seksualnej Niepełnosprawnych Intelektualnie, Badanie Poczucia Własnej Skuteczności (<i>self-efficacy</i>) w Zakresie Edukacji Seksualnej Niepełnosprawnych Intelektualnie</p>	<p>K. Gonzales-Acquaro [2009]</p>
<p>postawy wobec seksualności osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną; rola zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek, religijność, poziom edukacji, staż pracy w organizacji)</p>	<p>personel wolontaryjnej organizacji świadczącej usługi opiekuńcze</p>	<p>zmodyfikowana wersja Skali do Badania Postaw wobec Seksualności Niepełnosprawnych Intelektualnie (czynniki: problemy związane z seksualnością, rodzicielstwo, pozaprokrecyjne zachowania seksualne, samokontrola)</p>	<p>L. Kamapalan, J.-Y. Li [2009]</p>
<p>opinie na temat trudnych zachowań seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie (zakres, sposoby definiowania, reakcje personele)</p>	<p>personel instytucji rezydujących, dziennych, edukacyjnych i szkoleniowych dla dzieci i dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną</p>	<p>wywiady częściowo ustrukturuwane, analiza dokumentacji</p>	<p>K. Lockhart i in. [2009]</p>

oczekiwania wobec programu edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością rozwojową/zaburzeniami poznawczymi	rodzice osób z niepełnosprawnością rozwojową/zaburzeniami poznawczymi, specjaliści pracujący z tymi osobami (edukator, doradca, osoba z administracji, pielęgniarki, fizjoterapeuta)	wywiady ustruktrowane	A. Swango-Wilson [2009]
postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie	personel wspierający osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną; pracownicy różnych zakładów usługowych, którzy mogli mieć kontakt z niepełnosprawnymi	Skala do Badania Postaw wobec Seksualności Niepełnosprawnych Intelektualnie	L. Gilmore, B. Chambers [2010]
opinie na temat zachowań seksualnych	opiekunowie osób przebywających w instytucji, głównie personel edukacyjny	zrewidowana wersja Wywiadu Dotyczącego Seksualności w Autyzmie	H. Hellemans i in. [2010]
postawy wobec relacji seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie	rodzice dzieci pełnosprawnych, członkowie rodzin opiekujących się osobami z zespołem Downa i z niepełnosprawnością fizyczną, profesjonalni opiekunowie, w tym pedagodzy specjaliści	scenariusze obrazujące hipotetyczne sytuacje opisujące relacje seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie (uwzględniające zmienne: płeć, przynależność do grupy etnicznej, poziom autonomii, wiek partnera, niepełnosprawność partnera), skale ocen	G. E. Morales i in. [2011]
stereotypy niepełnosprawności intelektualnej, w tym dotyczące sfery seksualnej, obejmującej role społeczne (matżeńskie i rodzicielskie)	nauczyciele ze szkół powszechnych, studenci, uczniowie	kwestionariusz Stereotypowego Postrzeżenia Osoby z Upośledzeniem Umysłowym	M. Chodkowska, B. Szabata [2012]
postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz jednostek z niepełnosprawnością fizyczną w normie intelektualnej; doświadczenia zawodowe i osobiste badanych	specjaliści zatrudnieni w różnych instytucjach edukacji i rehabilitacji niepełnosprawnych intelektualnie (pedagogzy specjaliści, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci, pielęgniarki)	dyferencjały semantyczne, kwestionariusz ankietowy	M. Parchomiuk [2012b]

postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną	osoby znaczące w życiu niepełnosprawnych intelektualnie: rodzice, oligofrenopedagodzy, personel administracyjny placówek edukacyjnych	dyferencjał semantyczny, sprawdzian wiedzy Seksualność Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Skala Postaw wobec Seksualności Osób z Upośledzeniem Umysłowym	A. Prokopiak [2012]
---	---	---	---------------------

^a *Transition plan* to forma ustanawiania celów i działań stosowana w procesie edukacji uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, dotycząca planowania ich przyszłości po edukacyjnej w ogólnym zarębie, z uwzględnieniem możliwości i ograniczeń, opinii niepełnosprawnych, ich opiekunów i specjalistów.

Źródło: opracowanie własne.

Badania dotyczące sterylizacji osób z tą niepełnosprawnością dowiodły, że charakter ustosunkowania specjalistów wobec możliwości jej stosowania jest zróżnicowany. Wykazano, że niektórzy akceptują ją jako metodę antykoncepcji, dostrzegając w niej określone korzyści, przede wszystkim natury praktycznej (regulowanie cyklu miesięcznego u kobiet). Ponadto w sterylizacji widzą sposób ochrony przed seksualnym wykorzystaniem (!). Charakter formułowanej tu argumentacji przywodzi na myśl idee eugeniki, niektórzy bowiem traktują sterylizację jako sposób przeciwdziałania obciążeniu społeczeństwa koniecznością wychowywania potomstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną. Badani, którzy sprzeciwiają się stosowaniu sterylizacji, stosują bardzo uogólnioną argumentację, odwołującą się do praw człowieka oraz względów etycznych [P. Wolfe, 1997, s. 79–80; L. A. Christian i in., 2001, s. 287].

W analizie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie zwrócono uwagę na zachowania homoseksualne, powszechniej obserwowane w instytucjach. Realizowane badania uwzględniające tę formę seksualnej aktywności wykazują, że jest ona stosunkowo najsilniej akceptowana w instytucjach opiekuńczych jako kategoria czynności „pozaprokreacyjnych” [L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009, s. 16–17], jednak w konfrontacji z innymi aspektami seksualności wydaje się być traktowana w sposób najbardziej konserwatywny [E. Drummond, 2006, s. 31]. Wniosek ten potwierdzają wyniki badań S. Dudek i współauterek [2006, online]. Badany przez autorki personel instytucji rezydencjalnych (mający przygotowanie w zakresie edukacji specjalnej) ujawniał głównie postawy negatywne, takie jak: traktowanie homoseksualności w kategoriach tabu, devaluowanie, nieudzielanie wsparcia. Nieliczni reprezentowali postawy neutralne czy wspierające, które określono mianem niedyskryminowania.

Do kategorii zachowań „pozaprokreacyjnych” należy również masturbacja. Jej oceny mają różną wartość, wydaje się, że częściej negatywną [P. Wolfe, 1997, s. 76–77; J. Hogg, i in., 2001, s. 23], co może być spowodowane okolicznościami, w których występuje (brak zachowanej intymności, uporczywość). W badaniach autorstwa K. Lockhart i współautorów [2009, s. 296] masturbacja, obok prób intymnego dotyku skierowanych wobec personelu, stanowiła zachowanie ocenione jako trudne, nieodpowiednie, a zatem, ogólnie mówiąc, wykraczające poza przyjęte zwyczajowo normy społeczno-kulturowe.

Brak adaptacji i orientacji w obowiązujących normach jest tylko jedną z barier w realizacji seksualności niepełnosprawnych intelektualnie sygnalizowaną przez specjalistów. Poza tym zwracają oni uwagę na niedostatek kompetencji, zwłaszcza społecznych. W opinii profesjonalistów stanowi on przyczynę trudności w wyrażaniu świadomej zgody, podstawę problemów

w jej ocenie u partnera seksualnej interakcji oraz zakłóceń w rozumieniu własnych odczuć i ujawnianiu ich w sposób społecznie akceptowany [P. Wolfe, 1997, s. 76]. Istnieją dowody empiryczne wskazujące na pozytywne ustosunkowanie specjalistów wobec seksualnej aktywności interpersonalnej osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przykładowo J. Hogg i współautorzy [2001, s. 22] wykazali, że personel instytucji dla osób dorosłych w największym zakresie wyraża pozytywne opinie na temat możliwości podejmowania intymnych relacji. Zdaniem niektórych specjalistów podstawą nawiązywania odpowiednich stosunków jest uzyskanie wsparcia w postaci treningu (szkolenia) [B. Heyman, S. Huckle, 1995, s. 152]. Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku cytowanych badań przedmiotem opinii respondentów pozostawały różne grupy. Oceny sformułowane przez specjalistów w badaniach P. Wolfe [1997] dotyczyły niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym, w przypadku eksploracji B. Heymana oraz S. Huckle [1995] nie zdefiniowano poziomu niepełnosprawności.

Wyniki analiz pozwalają określić pewien wzorzec zachowań seksualnych, które w ocenie profesjonalistów można uznać za dozwolony (pożądany) dla młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Stanowią je bezpieczne i subtelne formy, takie jak: trzymanie się za ręce, całowanie, nawiązywanie relacji przyjacielskich, „chodzenie ze sobą”, flirtowanie, ale również masturbacja podejmowana w miejscach prywatnych. Należy jednak zaznaczyć, że podobny wzorzec uznany został jako korzystny dla młodzieży pełnosprawnej [P. Wolfe, 1997, s. 76–78]. Wskazana tendencja, opisująca pożądane formy związków partnerskich osób niepełnosprawnych intelektualnie, wydaje się być niezależna od ich wieku. D. S. Evans i in. [2009] wykazali, że proponowane przez personel instytucji środowiskowych formy stosunków międzypłciowych adekwatnych dla ich dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie klientów (bez względu na stopień ich niepełnosprawności) obejmowały w większości przyjaźń i relacje pozaintymne. E. G. Morales i współautorzy [2011, s. 170 i n.] stwierdzili, że o poziomie akceptacji ze strony profesjonalnych i nieprofesjonalnych opiekunów udzielanej wobec seksualnej aktywności osób niepełnosprawnych intelektualnie decydują takie czynniki, jak: płeć osoby upośledzonej, zakres jej autonomii, stosowanie antykoncepcji oraz podobieństwo wiekowe partnerów. Płeć osoby upośledzonej, obok zmiennej sprawność intelektualna, była również czynnikiem różnicującym postawy personelu opiekuńczego w badaniach realizowanych przez L. Gilmore i B. Chambers [2010, s. 25]. W obu przypadkach wystąpiła podobna prawidłowość wskazująca na słabszą akceptację aktywności i swobody seksualnej udzielanej niepełnosprawnym kobietom.

Szczegółnej uwagi wymagają te badania, które pozwalają zorientować się w działaniach podejmowanych przez specjalistów w zakresie wspierania seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Analizy takie są nieliczne i obrazują zagadnienie z perspektywy samych respondentów. Ich działania w stosunku do przejawów tej seksualności można nazwać mianem reaktywnych, a nie proaktywnych. Pojawiają się w odpowiedzi na określone sytuacje, niezadko trudne, w ograniczonym natomiast stopniu mają charakter profilaktyczny [D. Abbott, J. Howarth, 2007, s. 119–120]. Największe znaczenie w tym zakresie może mieć edukacja seksualna. Badania dotyczące postaw specjalistów wobec tej kwestii dostarczają zróżnicowanych wyników. Wydaje się, że generalnie udzielają oni przyzwolenia na realizację tej edukacji. Użycie terminu „przyzwolenie” nie pozwala jednak ująć tych postaw, które wyrażają wysoki poziom pozytywnego nastawienia, wskazującego na powinnościowy wymiar tej edukacji.

Szczególnie interesujące są proponowane uzasadnienia wprowadzania edukacji seksualnej, obrazujące równocześnie sposoby jej wartościowania w podmiotowym odniesieniu do niepełnosprawnych intelektualnie. W uzasadnieniach tych zawarte jest humanitarne i moralne prawo każdego człowieka do realizacji płciowości, dostrzeganie znaczenia edukacji w zapobieganiu działaniom represyjnym (sterylizacji) oraz w ochronie przed doświadczaniem przemocy, ponadto promowanie abstynencji seksualnej. W argumentach przemawiających za stosowaniem edukacji pojawia się też czynnik kontroli, w takim przypadku ma ona służyć przede wszystkim rozwijaniu wiedzy z zakresu antykoncepcji [R. D. Brown, 1997, s. 12 i n.; J. Hogg, i in., 2001, s. 23; R. D. Brown, P. Pirtle, 2008, s. 66 i n.]. Uogólniając, można stwierdzić, że postawy specjalistów wobec edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie mają osadzenie bądź w moralno-wartościujących podstawach, bądź pragmatycznych. Podstawy te decydują przypuszczalnie o jej zakresie. Edukacja ta może być zatem ograniczona do wybranych kwestii, takich jak rozwijanie kompetencji emocjonalno-społecznych (np. umiejętność poszukiwania pomocy, asertywność, komunikowanie się, budowanie relacji przyjacielskich¹⁴), bądź też przyjmować szerszy charakter, co oznacza objęcie jej zasięgiem spraw związanych ze sferą biologiczną seksualności (np. rozwój człowieka, anatomia i fizjologia,

¹⁴ W badaniach realizowanych przez E. M. Howard-Barr i współautorów [2005, s. 101 i n.] nauczyciele w większości, zgodnie z ich opinią, realizują treści dotyczące relacji rodzinnych czy przyjacielskich, w znacznie mniejszym odsetku (dwukrotnie i trzykrotnie rzadziej) aspekty obejmujące miłość, narzeczeństwo i małżeństwo. Wśród zagadnień dotyczących seksualnej aktywności stosunkowo najczęściej podejmują treści propagujące seksualną abstynencję.

prokreacja, obraz ciała, tożsamość i orientacja seksualna) [E. M. Howard-Barr i in., 2005, s. 101 i n.].

Deklarowane przez specjalistów postawy nie zawsze znajdują zastosowanie w postaci określonych działań. Takowe nie są podejmowane, bądź też nie są spójne w swoim charakterze z postawami. Przyczyną mogą być niedostatki kompetencji (o których mówią sami respondenci), brak odpowiedniego doświadczenia, ponadto należytego wsparcia wynikającego ze spójnej i konsekwentnej polityki organizacyjnej instytucji [D. Abbott, J. Howarth, 2007, s. 120 i n.; D. S. Evans i in., 2009, s. 916–917; K. Lockhart i in., 2009, s. 298]. L. Löfgren-Mårtenson [za D. Richards i in., 2008, s. 207] podkreśla, że brak jasnych wytycznych czy uregulowań co do sposobów postępowania personelu jest źródłem poważnych dylematów. W obliczu niedostatecznego uregulowania kwestii na poziomie formalnym specjaliści muszą opierać się na własnym systemie przekonań, norm i wartości, które mogą być indywidualnie zróżnicowane.

2.2. Ustalenia empiryczne w obszarze postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną a założenia teorii postaw

Analiza dostępnych badań oraz wykorzystywanych w nich narzędzi pozwala stwierdzić, że najczęściej jako wskaźniki postaw specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie wykorzystywano oceny i sądy odnoszone do wybranych jej aspektów [m.in. P. Wolfe, 1997, M. Cuskelly, R. Bryde, 2004; L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009]. W większości badań wskaźnikiem ustosunkowań były opinie, rozumiane jako ewaluatywny werbalny przejaw postawy, analizowane z zastosowaniem form kwestionariuszowych. Formy te były również wykorzystywane w tych eksploracjach, których celem pozostawało stwierdzenie ściśle emocjonalnych [P. Wolfe, 1997], czy też behawioralnych (zachowań, intencji zachowań) przejawów ustosunkowań profesjonalistów [L. A. Christian i in., 2001; D. Abbott, J. Howarth, 2007]. Oprócz takich pojawiały się próby weryfikowania postaw w kategoriach ogólnej oceny wartościującej, z wykorzystaniem techniki Q-sort, jednak należały one do rzadkości [R. D. Brown, 1997, R. D. Brown, P. Pirtle, 2008]. Dominujące w analizowanych badaniach metody miały zatem charakter bezpośredni. Ten sposób podejścia badawczego, zdaniem niektórych, potencjalnie jest obciążony zakłócającym działaniem pewnych czynników, między innymi zmienną społeczną aprobaty. Może on prowadzić do konstruowania postaw w obliczu

pytań sondujących, czy też nadinterpretacji w ocenie ich stałości [R. F. Antonak, H. Livneh, 2000, s. 215–216]. Wobec tych (i innych) niedoskonałości podejść bezpośrednich, wzrasta znaczenie metod pośrednich, zwłaszcza w kontekście uzyskania rzetelnego i trafnego obrazu postaw. W obszarze referowanej problematyki nie odnaleziono badań z zastosowaniem tego typu metod. Wydaje się jednak, że charakter takich nie zawsze odpowiada zamysłowi badawczemu, konkretyzowanemu w stosunku do szczegółowych wymiarów seksualności. Potencjalnie największe znaczenie miałyby takie metody, które polegają na obserwacji zachowań. Niewątpliwie jednak problemem pozostaje zarówno teoretyczny (definitywny), jak i praktyczny sposób organizacji eksploracji opartych na sposobach pośrednich. W literaturze przedmiotu znane są badania wykorzystujące metody pośrednie do weryfikacji utajonych postaw wobec seksualności (z wykorzystaniem testu IAT – Implicit Assotiation Test – A. Greenwalda i in. [za J. H. Geer, G. G. Robertson, 2005]). Warto zastanowić się nad możliwością wykorzystania podobnych procedur w stosunku do referowanej tutaj problematyki.

W zakresie cytowanych badań należy zwrócić uwagę na takie, które uwzględniały perspektywę osób niepełnosprawnych intelektualnie, a konkretnie charakter ich doświadczeń związanych ze sferą seksualną oraz zgłaszanych przez nich trudności i ograniczeń wynikających z określonych postaw specjalistów [B. Heyman, S. Huckle, 1995]. Tego typu analizy z jednej strony pozwalają oceniać konsekwencje ustosunkowań dla subiektywnych przeżyć jednostek z niepełnosprawnością, z drugiej strony stanowią źródło informacji na temat tych postaw. Połączenie w eksploracjach obu perspektyw wydaje się mieć ważne znaczenie dla weryfikacji zagadnienia.

Poddawane analizom ustosunkowania odnosiły się zwykle, jak nadmieniono, do aspektów cząstkowych, niekiedy organizowanych strukturalnie w wyniku analizy czynnikowej [L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009]. Przedmiotem ocen specjalistów pozostawały w największym zakresie kwestie dotyczące edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie [m.in. R. D. Brown, 1997; M. Cuskelly, R. Bryde, 2004; A. Giryński, 2005; R. D. Brown, P. Pirtle, 2008; K. Gonzales-Acquaro, 2009; A. Swango-Wilson, 2009], następnie aktywności seksualnej [m.in. L. A. Christian i in., 2001; M. Cuskelly, R. Bryde, 2004; G. E. Morales i in., 2011], zagadnienie prokreacji [m.in. L. A. Christian i in., 2001; M. Cuskelly, R. Bryde, 2004] i antykoncepcji [m.in. M. Cuskelly, R. Bryde, 2004], rzadko zjawisko homoseksualności [E. Drummond, 2006; S. Dudek i in., 2006; D. Abbott, J. Howarth, 2007] czy zagrożeń związanych ze sferą seksualną [J. L. Murray i in., 1995]. Wydaje się, że zakres zagadnień poddawanych ocenie specjalistów

jest ściśle związany z zadaniami zawodowymi, które realizują w ramach określonych form edukacji i rehabilitacji.

Wynikiem realizowanych badań, tutaj omawianych, było ustalenie opinii wartościujących, czy też ocen globalnych. Należy zaznaczyć, że zastosowane skale ocen miały zwykle układ jednobiegunowy, co pozwalało na zdefiniowanie charakteru postaw w kategoriach pozytywny–negatywny (interpretowany także jako liberalny–tradycyjny), nie znaleziono badań, które uwzględniały ambiwalencję postaw.

Formułowane przez specjalistów oceny stanowią podstawę dla weryfikowania ich osobistego ustosunkowania, tj. postrzegania określonych zjawisk, ich interpretowania z punktu widzenia posiadanych kompetencji, doświadczeń i norm. Wyrażane opinie pozwalają zorientować się, w jakim zakresie i stopniu specjaliści wartościują określone komponenty seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z perspektywy ich funkcjonowania, ponadto z punktu widzenia realizacji własnych zadań zawodowych w danej instytucji. Co się z tym ściśle wiąże – informują o stopniu przyzwolenia na istnienie określonych zjawisk związanych z płciowością osób z upośledzeniem. Wartościowanie seksualności tej grupy przebiega też na płaszczyźnie normatywnej, tj. wyznaczanej zarówno przez normy regulujące życie społeczne, normy religijne (rzadko), jak i dotyczące samej seksualności. W tym ostatnim przypadku wartościowanie określonych zjawisk odwołuje się do sfery seksualnej osób pełnosprawnych.

W literaturze przedmiotu dostrzega się rozbieżność między postawami specjalistów (jak zaznaczono, wyrażanymi głównie w formie opinii czy wiedzy) a ich motywacją czy intencją określonych zachowań, będących konsekwencją wyrażanych ocen [D. DiGulio, 2003, s. 59]. Rozbieżność ta na poziomie analiz praktycznych może być powodowana wieloma względami, opisywanymi wcześniej, dotyczącymi tzw. czynników kontekstowych.

W analizowanych badaniach najczęściej zwracano uwagę na znaczenie czynników osobistych, szczególnie socjodemograficznych [m.in. M. Cuskelly, R. Bryde, 2004; E. Drummond, 2006; L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009]. W przeglądany materiał badawczy nie odnaleziono szczegółowych analiz poświęconych osobowościowym uwarunkowaniom postaw, np. preferencji wartości, empatii czy religijności. Można zakładać, że czynniki te, jako jedno z wielu, mające znaczenie w kwestii kształtowania ogólnych nastawień wobec niepełnej sprawności [por. A. Sękowski, 1991; J. Ouimet, A. F. De Man, 1998], są powiązane z oceną seksualności niepełnosprawnych jako integralnym wymiarem ich funkcjonowania. Ten kierunek wnioskowania upoważnia do założenia

istotnych zależności między postawami ogólnymi wobec osób niepełnosprawnych a wartościowaniem ich płciowości, w różnych jej przejawach, co zostało potwierdzone w badaniach własnych z udziałem studentów [M. Parchomiuk, 2007, s. 99–100].

Wśród czynników stanowiących kontekst osobisty należy wskazać na doświadczenia specjalistów, tj. możliwość uczestniczenia w określonych sytuacjach związanych z seksualnością niepełnosprawnych intelektualnie w ramach realizowanych zadań zawodowych [P. Wolfe, 1997; R. McConkey, D. Ryan, 2001; K. Lockhart i in., 2009; M. Parchomiuk, 2012b]. Sytuacje takie mogą stanowić istotny warunek kształtowania się postaw, o ile obiekt będzie podstawą reakcji oceniającej: emocjonalnej, poznawczej bądź behawioralnej [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 1–2]. Charakter ukształtowanych nastawień będzie zależał od cech specyficznych sytuacji, tworzących określony kontekst kontaktu – w tym przypadku kontaktu z osobą, ale również zachowaniem, które ujawnia. Sytuacje zawodowe specjalistów, jak można sądzić na podstawie studiów literatury przedmiotu, obejmują przede wszystkim kwestie trudne z zakresu seksualności niepełnosprawnych. Wspomniana trudność dotyczy kilku aspektów, między innymi naruszania określonych norm społecznych (czy prawnych), w tym zagrożenia zdrowia; braku osobistego doświadczenia oraz kompetencji [por. D. Abbott, J. Howarth, 2007; D. S. Evans i in., 2009; K. Lockhart i in., 2009]. Negatywne odczucia towarzyszące specjalistom w tego typu sytuacjach mogą mieć znaczenie dla ukształtowania niekorzystnego wartościowania seksualności osoby niepełnosprawnej (na skutek uogólnienia danego zachowania na całą sferę), ponadto tworzenia bądź podtrzymywania istniejących stereotypowych przekonań na ten temat. Warto się też zastanowić, czy wspomniane doświadczenia będą stanowić źródło kształtowania się nastawień wyłącznie wobec określonych zjawisk seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, czy też szerzej – postaw wobec tych osób?

Kontekst organizacyjny badań z zakresu omawianej tu problematyki obejmuje przede wszystkim czynniki określające sposób funkcjonowania instytucji bądź organizacji, w której są zatrudnieni specjaliści, a zatem ogólną politykę wyznaczającą pewne cele dotyczące edukacji, rehabilitacji i wsparcia niepełnosprawnych intelektualnie, sposoby ich wdrażania i ewaluacji, ponadto zakres i poziom przygotowania samych profesjonalistów w obszarze seksualności. Interpretacja ich ustosunkowań, a zwłaszcza powiązania takich z zachowaniami i działaniami wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, wymaga uwzględnienia tych złożonych aspektów sytuacyjnych, mogą mieć one bowiem znaczenie dezindywiduujące postawy – o czym wcześniej pisano

– wartości i normy grupowe mogą mieć większe znaczenie dla ich charakteru niż osobiste przemyślenia i preferencje [por. B. Wojciszke, 2002, s. 203 i n.].

W niektórych badaniach uwzględniano aspekt zawodowego i pozazawodowego przygotowania specjalistów, analizując go przede wszystkim na podstawie formułowanej samooceny i poziomu motywacji [R. McConkey, D. Ryan, 2001; D. S. Evans i in., 2009]. Są też eksploracje, których przedmiotem pozostawały kwestie formalne, a zatem zakres i sposób kształcenia profesjonalistów (nauczycieli) w obszarze edukacji seksualnej. Dotyczyły one przygotowania nauczycieli do wypełniania zadań związanych z tą edukacją realizowaną wobec niepełnosprawnych uczniów. Kwestię tę ustalano w drodze bezpośredniego badania [E. Brantlinger, za D. C. May, D. K. Kundert, 1996] bądź uzyskiwania informacji od osób formalnie odpowiedzialnych za kształcenie nauczycieli [D. C. May, D. K. Kundert, 1996].

W zakresie czynników kontekstualnych zewnętrznych należy zwrócić uwagę na perspektywy formułowanych ocen, tj. perspektywę specjalistów, rodziców czy też samych niepełnosprawnych intelektualnie [m.in. B. Heyman, S. Huckle, 1995; D. S. Evans i in., 2009; G. E. Morales i in., 2011; A. Prokopiak, 2012]. Ich jednoczesne zastosowanie w badaniu postaw stwarza sposobność głębszej interpretacji wyników, a w aspekcie praktycznym eksploracji pozwala ocenić charakter środowisk z punktu widzenia spójności nastawień, czy też ich konsekwencji.

Istotnym czynnikiem kontekstualnym jest stopień niepełnosprawności intelektualnej. Jedynie nieliczne badania, z cytowanych tutaj, pozwalają ocenić jego znaczenie w kwestii ustosunkowań [m.in. P. Wolfe, 1997; E. Drummond, 2006; A. Prokopiak, 2012]. Zmienna ta rzadko występuje w zamysłach badawczych jako potencjalny czynnik modyfikujący charakter postaw [P. Wolfe, 1997; D. S. Evans i in., 2009]. Innym elementem kontekstualnym jest rodzaj niepełnosprawności (intelektualna oraz fizyczna przy zachowanej normie intelektualnej). Zakres analiz uwzględniających tę zmienną w badaniu postaw wobec seksualności jest ograniczony [M. Parchomiuk, 2012b].

Znaczącym problemem w badaniu ustosunkowań profesjonalistów, przede wszystkim ze względów interpretacyjnych, jest niedostatecznie sprecyzowany kontekst zawodowy. W opisie wielu badań występują ogólne określenia, typu „personel wspierający”, „personel opiekuńczy” czy „specjaliści realizujący usługi”. Niewątpliwie charakter pełnionych zadań może być w mniejszym bądź większym stopniu zbliżony i wynikać ze specyfiki instytucji czy organizacji, niemniej należy brać tu pod uwagę potencjalnie różnicujące znaczenie zawodowego przygotowania.

Analiza wyników dostępnych badań uwzględniających znaczenie czynników kontekstowych, modyfikujących charakter i nasilenie postaw, dostarczyła wielu informacji.

Zmienna płci respondentów nie miała istotnego znaczenia w zakresie kształtowania postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną [L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009, s. 17; L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 24]. Są natomiast dowody wskazujące na to, że płeć może pełnić rolę zmiennej różnicującej wówczas, kiedy przedmiotem badań jest ocena seksualnej aktywności upośledzonych umysłowo kobiet i mężczyzn. Specjaliści ujawniają mniej tolerancyjne i akceptujące postawy w stosunku do seksualnej aktywności niepełnosprawnych intelektualnie kobiet w porównaniu do takiej manifestowanej przez kobiety pełnosprawne. Nie obserwuje się tego typu różnic w przypadku mężczyzn [L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 25]. Wykazano ponadto, iż poziom akceptacji seksualnej aktywności jest wyższy w stosunku do mężczyzn z upośledzeniem umysłowym niż do kobiet z tą niepełnosprawnością [E. G. Morales i in., 2011, s. 169].

Istotne działanie zmiennej wiek respondentów ujawniono w badaniach J. Murray'a i P. Minnes [1994, s. 46], M. Cuskelly i R. Bryde [2004, s. 259] oraz E. Drummond [2006, s. 32]. Wykazano w nich, że osoby młodsze (przyjmowano zróżnicowane wskaźniki dla zmiennej wieku) wykazują bardziej liberalne (pozytywne) postawy. Różnic związanych z wiekiem nie zaobserwowano w badaniach realizowanych przez L. Kamapalan i J-Y. Li [2009, s. 17].

Ustalono znaczenie zmiennej poziom wykształcenia. W tym przypadku należy sprecyzować, że jej analiza w kontekście postaw specjalistów ma ograniczony zakres ze względu na mały poziom jej zróżnicowania (większość osób zaliczanych do tej grupy legitymuje się wykształceniem średnim bądź wyższym). W tych badaniach, które uwzględniały zmienną, stwierdzono, że wyższy poziom wykształcenia (tj. posiadanie ukończonych studiów w stosunku do innych form przygotowania zawodowego, np. college) w sposób istotny jest powiązany z silniejszą pozytywną oceną seksualności niepełnosprawnych intelektualnie [L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009, s. 19]. J. Murray i P. Minnes [1994] uwzględnili zmienną kwalifikacji zawodowych w badaniach personelu, wykazując, że osoby dysponujące większym ich poziomem mają bardziej liberalne postawy względem płciowości osób z upośledzeniem. E. Drummond [2006, s. 32] stwierdziła występowanie pozytywnej zależności między poziomem wykształcenia opiekunów a ich postawami wobec homoseksualności niepełnosprawnych intelektualnie. L. Gilmore i B. Chambers [2010, s. 24] wykazały,

że zmienna ta nie ma istotnego znaczenia różnicującego w zakresie nastawień personelu opiekuńczego wobec seksualności osób z upośledzeniem.

Zmienna poziom religijności była uwzględniana w nielicznych badaniach. Między innymi E. Drummond [2006, s. 32] wykazała, że osoby deklarujące mniejsze zaangażowanie religijne są bardziej przychylnie samorealizacji osób niepełnosprawnych intelektualnie w sferze seksualnej, z kolei jednostki o większym zaangażowaniu są bardziej konserwatywne w tej kwestii.

Nieliczne eksploracje obejmowały status małżeński respondentów. E. Drummond [2006, s. 31–32] stwierdziła, że osoby stanu wolnego są bardziej akceptujące wobec przejawów seksualności niepełnosprawnych intelektualnie niż te, które pozostają w związkach małżeńskich.

Okres zdobywania doświadczenia zawodowego w pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie przyjmuje istotne bądź nieistotne znaczenie w modyfikowaniu postaw wobec ich seksualności. Osoby z dłuższym stażem ujawniają silniejsze postawy pozytywne [L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009, s. 20].

Stwierdzono zróżnicowanie postaw specjalistów w zależności od pełnionych zadań zawodowych (miejsca i formy zatrudnienia) [D. D. Walcott, 1997, s. 95; G. Bazzo i in., 2006, s. 113]. Trudno jednak w sposób jednoznaczny określić charakter tych różnic, przede wszystkim ze względu na wielość realizowanych zadań czy niekiedy duży poziom ogólności w charakterystyce badanych, utrudniający sprecyzowanie przynależnych im obowiązków i powinności.

Ustalono różnice między postawami specjalistów i rodziców oraz innych członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niektóre dowody empiryczne wskazują na większy liberalizm oraz wyższy poziom akceptacji w postawach profesjonalistów [D. D. Walcott, 1997, s. 95; M. Cuskelly, R. Bryde, 2004, s. 259; D. S. Evans i in., 2009, s. 916–917], inne świadczą o wyższej akceptacji wyrażanej przez członków rodzin osób z upośledzeniem umysłowym [G. E. Morales i in., 2011, s. 169]. Dokonywanie w tym zakresie porównań czy uogólnień, podobnie jak w przypadku innych zmiennych stanowiących czynniki kontekstowe, jest trudne i nie zawsze zasadne, przede wszystkim z uwagi na wielorakość aspektów seksualności poddawanych ocenie.

Wskazano na zróżnicowanie postaw specjalistów w zależności od rodzaju niepełnosprawności (intelektualna oraz fizyczna przy zachowanej normie intelektualnej). Postawy te w zakresie ich szczegółowych aspektów obejmujących sferę psychoseksualną i społecznoseksualną wyrażały istotnie wyższy poziom akceptacji i pozytywnego wartościowania względem osób z niepełnosprawnością w normie intelektualnej [M. Parchomiuk, 2012b, s. 412].

Ocena znaczenia postaw musi przebiegać na kilku płaszczyznach, przede wszystkim w stosunku do samych specjalistów, osób niepełnosprawnych oraz innych, którzy tworzą społeczne środowisko ich rozwoju i funkcjonowania.

Omawiane tutaj postawy, w aspekcie ich funkcji, można rozważać na poziomie indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 27], mówiąc inaczej – osobistym i zawodowym. Ustosunkowania te wpływają na percepcję osób niepełnosprawnych intelektualnie jako jednostek, jako grupy (obraz stereotypowy), jako podopiecznych, uczniów, pacjentów, klientów. W tych płaszczyznach mają znaczenie dla określonych względem nich zachowań w relacjach profesjonalnych i prywatnych. W sposób zwrotny, w efekcie zachowań i działań, zarówno celowych, jak i spontanicznych, kształtuje się obraz zawodowych kompetencji i motywacji.

W literaturze przedmiotu podejmowany jest temat mitów i stereotypów seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. W ich świetle jednostki te są aseksualne (przekonanie to tworzy szerszy stereotyp „wiecznego dziecka”); obdarzone nadmiernym popędem, który wyrażają w formach patologicznych¹⁵; problemy, jakich doświadczają w analizowanej sferze, są naturalną konsekwencją ich niepełnosprawności [D. Richards i in., 2008, s. 205; M. G. Brodwin, P. C. Frederick, 2010, s. 37]. Interesujące jest to, że wbrew ewidentnej sprzeczności założenia te były obecne przez pewien okres w opinii społecznej, nie wchodząc ze sobą w konflikt na poziomie poznawczym. Analizowane tutaj badania pozwalają sądzić, że elementy tych uogólnionych, nierzadko fałszywych przekonań wchodzą w zakres postaw specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Przepuszczalnie stereotypizacja ma służyć rozumieniu i przewidywaniu zachowań osób z upośledzeniem umysłowym [T. D. Nelson, 2003, s. 52 i n.], zwłaszcza w tych sytuacjach, które są postrzegane jako trudne i przekraczające kompetencje¹⁶.

Ustosunkowania profesjonalistów wobec płciowości osób z niepełnosprawnością intelektualną wyrażają określone wartości, w tym te, które dotyczą ludzkiej seksualności i pozwalają oceniać ją w kategoriach zjawiska pożądanego i cenionego bądź zbędnego i szkodliwego [por. J. Fay, S. Gordon, 1989, s. 212 i n.; M. J. Kehily, 2002, s. 219 i n.]. Sposób wartościowania seksualności

¹⁵ R. Kijak [2009, s. 50], powołując się na B. L. Ludlow, wskazuje na „mit Kuby Rozpruwacza”, który sugeruje przestępcze skłonności w zakresie seksualności oraz „mit Frankensteinia”, opisujący seksualność niepełnosprawnych w kategoriach dewiacji.

¹⁶ Łatwość rozpowszechniania „klasycznego” stereotypu „wiecznego dziecka”, obejmującego między innymi aspekt określonych przekonań dotyczących seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, wynika z faktu, że eliminuje on konieczność i potrzebę podejmowania określonych działań wspierających w tym zakresie.

jest w dużej mierze wynikiem socjalizacji jednostki i jej doświadczeń zebranych w trakcie własnego życia. Postawy profesjonalistów wobec różnych aspektów funkcjonowania niepełnosprawnych intelektualnie, ponadto ich ustosunkowanie wobec celów edukacji czy rehabilitacji tych jednostek, form i sposobów ich życia, zależą jednak nie tylko od wspomnianych doświadczeń osobistych, gromadzonych w toku realizacji zadań zawodowych czy pozazawodowych, ale również od regulacji normatywnych obowiązujących w instytucjach, w których są zatrudnieni.

Zgodnie z modelem rozwojowym seksualności osób z upośledzeniem umysłowym [M. Kościelskiej] środowisko społeczne, w tym określone postawy i oczekiwania, mogą mieć znaczenie ograniczające bądź optymalizujące i kompensujące (wobec trudności natury fizycznej) dla jej rozwoju. W sprzyjającym środowisku jednostka ma większe szanse na kształtowanie swojej seksualności na właściwym poziomie, a zatem takim, który wyraża się w satysfakcji i pozytywnej jakości życia, a jednocześnie jest zgodny w swoich przejawach z obowiązującymi w społeczeństwie normami [por. A. Swango-Wilson, 2008, s. 76; D. J. Bernert, 2011, s. 131 i n.].

Korzystne postawy społeczne w środowisku życia, edukacji i rehabilitacji są warunkiem normalizacji doświadczeń w sferze seksualnej [por. L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 23]. Specjaliści poprzez swoje postawy kreują środowisko społeczne mające istotny wpływ na zachowania, myśli i uczucia jednostek z niepełnosprawnością. Przez dostarczanie w sposób bezpośredni czy pośredni informacji zwrotnych, oceniających i wartościujących przejawy ich indywidualności, budują u nich określony sposób postrzegania własnej seksualności [A. Craft, za R. McConkey, D. Ryan, 2001, s. 83]. B. Heyman i S. Huckle [1995, s. 140] piszą, że negatywne postawy wobec płciowości utrzymywane przez dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną mogą być wyjaśniane w kategoriach „symboliki środowiska”, w którym seksualność jest w określony sposób definiowana przez opiekunów. Osoby z upośledzeniem umysłowym mają zwykle ograniczone możliwości, aby dokonywać własnej oceny, zwłaszcza w perspektywie subiektywnego znaczenia pewnych zjawisk, czy też w stosunku do obowiązujących norm. Przejmują zatem sposób rozumienia i wartościowania seksualności, oferowany przez innych (przez osoby znaczące).

Represyjny stosunek do pewnych zjawisk w zakresie sfery seksualnej wyraża się nierzadko w formach negujących wartość całej osoby niepełnosprawnej, nawet jeśli intencją jest karanie wyłącznie określonego jej zachowania. W konsekwencji kształtuje się u niej niekorzystny obraz siebie, z zanizoną samoakceptacją. Represyjność, zaniedbanie, ograniczanie, zwłaszcza

w aspekcie społecznych doświadczeń, prowadzą do zakłóceń w tożsamości płciowej, o czym pisano w pierwszym rozdziale pracy. Złożone konsekwencje w każdym z obszarów seksualności jednostki ma zaniedbanie jej edukacji, stanowiące jeden z najczęściej dyskutowanych w literaturze skutków negatywnych postaw specjalistów [R. D. Brown, T. Pirtle, 2008, s. 60; D. Richards i in., 2008, s. 199 i n.].

Wymienione kwestie dotyczą niekorzystnych ustosunkowań profesjonalistów, a zatem takich, które, zgodnie z wynikami badań, są bardziej tradycyjne (konserwatywne), mniej liberalne, o niższym stopniu akceptacji. Należy jednak postawić pytanie, jaka jest istota postaw pozytywnych – tolerancyjnych, liberalnych, akceptujących potrzeby osób niepełnosprawnych w sferze seksualnej? Akceptacja, zdaniem M. Kościelskiej [2004, s. 66 i n.], ma dwa oblicza: w jednym z nich występuje w sposób przesadnie nasilony, obrazujący nadmierne dążenie do kompensowania braków wynikających z niepełnosprawności. Dla tego typu postawy charakterystyczne jest usiłowanie ukrywania i maskowania ograniczeń, nawet za cenę przesadnego uwypuklenia sfery seksualnej jako tej, w której pożądana normalność ma się ujawniać¹⁷. W drugiej postaci mamy do czynienia z akceptacją rozumną i wyważoną. Osoba niepełnosprawna postrzegana jest tutaj jako jedność w aspekcie różnych sfer oraz możliwości i ograniczeń. Inna postawa – liberalizm – musi być połączona z rozumną akceptacją oraz adekwatnym wsparciem, które pozwoli w sposób optymalny korzystać z przyznanych praw i wolności w sferze seksualnej. Postawa liberalna, o ile ogranicza się do deklarowanego uznania równości praw i wyrażania przyzwolenia na ich realizację, a pozbawiona jest intencji czy realnych działań wspomagających, pozostaje jedynie pewnym faktem, bez większego znaczenia praktycznego.

Na bazie nowych paradygmatów, wyznaczających sposoby podejścia do niepełnosprawności oraz charakter i formy jej traktowania przez specjalistów, tworzy się swoista „moda” na dostrzeżenie znaczenia pewnych kwestii. W obliczu dokonania samych niepełnosprawnych, którzy włączyli się w dyskurs mówiący o normalizacji ich życia, integracji w różnych jego obszarach, o demokratycznym uznaniu praw i obowiązków, nie wypada głosić konserwatywnych poglądów. Wydaje się, że w pewnym stopniu dotyczy to kwestii seksualności. Wielu badaczy problematyki dostrzega korzystną zmianę w postawach

¹⁷ Tego typu postawa odpowiada charakterystyce sformułowanej przez K. Nowak-Lipińską [1996c, s. 197 i n.] w stosunku do postawy seksualno-totalnie-akceptującej, opisującej jeden z trzech sposobów ustosunkowania się wobec edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie (pozostałe to orientacja deseksualizacyjno-unikająca oraz seksualno-sublimacyjna).

specjalistów wobec tego zakresu życia osób niepełnosprawnych [D. C. May, D. K. Kundert, 1996, s. 437; L. Yool i in., 2003, s. 138; D. Richards i in., 2006, s. 146; 2008, s. 199; K. L. Kazukauskas, C.S. Lam, 2009, s. 16]. Zmiana ta dokonuje się jednak głównie w warstwie deklaratywnej, nie towarzyszą jej bowiem, na oczekiwanym poziomie, przemiany w zakresie optymalizacji wsparcia niepełnosprawnych intelektualnie w sferze seksualnej [G. DiGiulio, 2003, s. 59].

* * *

Postawy specjalistów wobec seksualności osób z upośledzeniem umysłowym były najczęściej analizowane przez badaczy zagranicznych. W zakresie podmiotowym badania obejmowały osoby zatrudnione w różnych instytucjach edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Niektóre z tych eksploracji miały charakter porównawczy i uwzględniały grupę opiekunów nieformalnych jednostek z niepełnosprawnością (w tym rodziców). Zakres przedmiotowy badań był zwykle ograniczony i dotyczył wybranych kwestii z obszaru szeroko rozumianej seksualności. Rzadko przedmiotem badań pozostawała weryfikacja całościowych struktur postaw, z uwzględnieniem wszystkich ich komponentów oraz poszukiwanie korelatów w postaci czynników natury osobowościowej.

III

Konteksty zawodowego funkcjonowania pedagogów specjalnych

1. Prawno-organizacyjne i merytoryczne aspekty działalności pedagogów specjalnych

1.1. Funkcje i zadania pedagogów specjalnych

Analizy przeprowadzone w tym rozdziale zasadniczo dotyczą tych pedagogów specjalnych, którzy, dysponując formalnymi kwalifikacjami, pracują z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Ze względu na wspomniane kwalifikacje, obejmujące różne formy przygotowania w zakresie oligofrenopedagogiki, grupę tę określa się mianem oligofrenopedagogów. Nazwa ta jest jednak sprzeczna ze współczesnymi tendencjami w pedagogice specjalnej. Pojęcie „oligofrenia”, od którego wywodzi się nazwa zawodu oraz specjalności na kierunku pedagogika specjalna, zostały zastąpione w pedagogice i psychologii terminami „upośledzenie umysłowe” i „niepełnosprawność intelektualna”. Trudno tutaj podejmować dyskusje związane z zasadnością stosowania nazwy zawodu, tym bardziej, że ma ona swoje umocowanie w tradycji, a nie dysponujemy badaniami, które dostarczyłyby podstaw dla jakiegokolwiek argumentacji co do zmiany terminologii. Warto jedynie nadmienić, że tradycja, w jaką wpisuje się zarówno nazwa specjalności, jak i zawodu, w zasadzie jest bliska jedynie środowisku pedagogiki specjalnej, psychologii czy medycyny, w szerszym zakresie obie nazwy mogą nie posiadać wyraźnych konotacji. Kolejny problem związany z tradycyjnym nazewnictwem należy rozważyć w kontekście współczesnych tendencji polegających na ujednocnianiu terminologii dotyczącej niepełnosprawności. Pojęcie „oligofrenia” pojawia się

jedynie w nielicznych krajach, które pozostają na stosunkowo niskim poziomie zaawansowania w kwestii rozwiązywania problemów niepełnej sprawności (np. Rosja). Wydaje się, że nazwy stosowane do określeń zawodów z dziedziny pedagogiki specjalnej będą musiały ulec zmianie tak, aby były powszechnie zrozumiałe i zgodne z ustaleniami diagnostycznymi i definicyjnymi¹.

W literaturze przedmiotu odnajdujemy propozycje uporządkowania ról, funkcji i zadań, które mogą pełnić pedagodzy specjali. J. Lausch-Żuk [1996a, s. 139] sytuuje te role w wymiarach: 1) osób z niepełnosprawnością oraz ich otoczenia społecznego; 2) instytucji działających na ich rzecz oraz 3) oczekiwań społecznych, interesów grup społecznych, w różnym stopniu i w różnym zakresie związanych z osobami niepełnosprawnymi oraz z członkami ich najbliższego środowiska. W tych trzech kontekstach, jej zdaniem, możliwe są role: naukowca i badacza; pedagoga specjalnego w takich funkcjach, jak: modelowanie działalności specjalistycznej i kształcenie; terapeuty rehabilitanta; konsultanta oraz osoby wspierającej.

Charakter funkcji należących do zawodu pedagoga specjalnego zmienia się stopniowo, stanowiąc wyraz przekształceń, które dokonują się w obszarze polityki niepełnosprawności. Jak pisano w rozdziale pierwszym tej pracy, zmiana paradygmatów, wyznaczających określone miejsca niepełnosprawnych intelektualnie w przestrzeni społecznej, wymusza potrzebę kształtowania u tych osób określonych kompetencji życiowych, co w największym zakresie, obok środowiska rodzinnego, należy wiązać z procesem zorganizowanej edukacji, pojmowanej jako proces całościowy. Już w latach 90. H. Łaś [1996, s. 85] pisała, że „wzrasta zapotrzebowanie na pedagogów specjalnych o wielorakich funkcjach”, wskazując katalog tych, do których winni być przygotowani. Autorka zaproponowała podział tych funkcji według:

- rozpiętości wieku osób z niepełnosprawnością (cały okres życia człowieka);
- rodzaju i stopnia niepełnosprawności (od lekkich do ciężkich oraz sprzężonych)²;
- form pracy;
- realizacji zadań opiekuńczo-wychowawczych i profilaktycznych;

¹ W niniejszej pracy preferowane są terminy *pedagog specjalny* oraz *pedagog specjalny pracujący z osobami z niepełnosprawnością intelektualną*.

² Należy podkreślić, że charakter czy nasilenie określonych potrzeb może być zróżnicowane ze względu na rodzaj lub stopień niepełnosprawności, jednak kierowanie się nimi jako głównymi podstawami podejmowanych działań nie jest właściwe, ogranicza bowiem perspektywę indywidualną osoby z niepełnosprawnością, charakteryzowaną przez zespół swoistych dla niej czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

- celów diagnostycznych, poradnictwa i upowszechniania potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz ich potencjalnych możliwości;
- potrzeb nadzoru pedagogicznego i administracji szkolnej;
- pracy naukowo-badawczej i popularnonaukowej.

Na podstawie analizy przepisów prawa oświatowego dokonano zestawienia funkcji i zadań zawodowych należących do pedagogów specjalnych pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie (tabela 4). Trzeba jednak nadmienić, że w przypadku podejmowania przez nich niektórych z wymienionych zadań (np. nauczania uczniów z lekką niepełnosprawnością na II i III etapie edukacyjnym) niezbędne jest posiadanie dodatkowych kwalifikacji³ [K. Parys, 2007, s. 185].

Używając podziału zaproponowanego przez O. Specka [2005, s. 364 i n.], można stwierdzić, że w sferze zadań, które wynikają z określonych ról i funkcji pedagoga specjalnego, mieszczą się bądź powinny się mieścić:

1) zadania zorientowane na przebieg życia, a zatem odnoszące się do różnych przedziałów wiekowych, począwszy od wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, skończywszy na wspieraniu osób dorosłych z niepełnosprawnością;

2) zadania zorientowane na metody, obejmujące różne pedagogiczne i pozapedagogiczne (przy posiadaniu odpowiednich kompetencji) metody pracy. Można mówić o następujących: wychowaniu, nauczaniu, ocenie, terapii, doradztwie, opiece, towarzyszeniu;

3) zadania zorientowane na cele. Zdaniem O. Specka [2005, s. 365] zawierają one normatywno-programowe intencje; treści, których dotyczą, odzwierciedlają aktualne prądy i tendencje społeczne w zakresie problematyki niepełnosprawności. Zadaniem programowymi są obecnie: prewencja (wczesne wspomaganie rozwoju), rehabilitacja kompleksowa; społeczne włączanie oraz normalizacja;

4) zadania społeczno-ekologiczne, wynikające z przekonania o istotnym znaczeniu obszarów życia jednostki niepełnosprawnej. Obejmują współpracę z rodzicami, współpracę interdyscyplinarną (między specjalistami), wpływanie na egzosystemy (np. system prawny), refleksję na temat własnego profesjonalizmu. Zadania społeczno-ekologiczne realizowane są w różnych miejscach życia, edukacji i rehabilitacji. Jak zaznacza O. Speck [2005, s. 366], w instytucjach można mówić o nakładaniu się zakresów zadań wielu grup zawodowych.

³ Bądź też uzupełnienia ich przez osobę dysponującą określonym wykształceniem (np. przedmiotowym) o kwalifikacje w zakresie oligofrenopedagogiki.

Tabela 4. Zadania zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, wynikające z obowiązujących przepisów

Ogólny zakres funkcjonowania zawodowego	Zadania ogólne	Formy (miejsca) realizacji zadań	Przepisy regulujące
Wczesne wspomaganie rozwoju	<p>Ustalenie programu wsparcia dziecka i jego rodziny.</p> <p>Realizacja indywidualnego programu.</p> <p>Współpraca z wybranymi instytucjami w celu realizacji wsparcia dziecka.</p> <p>Koordynowanie i ocena działań.</p>	<p>Praca w zespole wczesnego wspomagania rozwoju.</p> <p>Zajęcia indywidualne lub zespołowe z dzieckiem i rodziną.</p> <p>Miejsce realizacji: dom rodzinny bądź inne miejsce, ustalone przez dyrektora placówki.</p>	<p>Rozporządzenie MEN z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci¹.</p>
Nauczanie i wychowanie specjalne	<p>Realizacja obowiązków szkolnego.</p> <p>Wspieranie uczniów (wychowanków) w rozwoju.</p> <p>W przypadku uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym realizacja obowiązków szkolnego ściśle sprzężona ze wspomaganie rozwoju (w postaci zajęć rewalidacyjno-wychowawczych).</p> <p>Opieka nad osobami pozbawionymi wsparcia rodzinnego lub izolowanymi ze względu na przejawy niedostosowania społecznego.</p> <p>Szczegółowo, zadania wynikające z powyższych:</p> <p>diagnoza możliwości i ograniczeń rozwojowych i edukacyjnych²;</p> <p>przygotowanie programów nauczania oraz wspierania rozwoju;</p> <p>realizacja zajęć indywidualnych i grupowych;</p>	<p>Przedszkola specjalne dla uczniów z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej.</p> <p>Szkoły podstawowe specjalne (uczniowie z umiarkowanym lub znacznym oraz z lekkim upośledzeniem).</p> <p>Gimnazja specjalne (uczniowie z umiarkowanym lub znacznym oraz z lekkim upośledzeniem).</p> <p>Szkoły zawodowe specjalne.</p> <p>Szkoły przysposabiające do pracy.</p> <p>Licea na podbudowie zasadniczej szkoły zawodowej lub zasadniczej szkoły zawodowej specjalnej.</p> <p>Specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze (uczniowie z umiarkowanym lub znacznym oraz z lekkim upośledzeniem).</p>	<p>Rozporządzenie MEN z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczególnych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, z późn. zm.;</p> <p>Rozporządzenie MEN z dnia 12 maja 2011 roku w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach;</p> <p>Rozporządzenie MEN z dnia 8 marca</p>

	ocenie postępow edukacyjnych i rozwojowych; współpraca ze specjalistami; współpraca z rodziną.		Ósrodki rewalidacyjno-edukacyjno-wychowawcze. Zakłady poprawcze dla nieletnich z upośledzeniem umysłowym. Przedszkola i szkoły specjalne w placówkach opieki zdrowotnej i jednostkach pomocy społecznej.	2013 r. w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej.
Nauczanie i wychowanie integracyjne	Zakres zadań przewidzianych dla nauczycieli wspierających wyznaczany jest przez cel jakim pozostaje współorganizowanie kształcenia integracyjnego. Charakter zadań odpowiada wymienionym w poprzednim punkcie, przy założeniu, że nauczyciele wspierający realizują je szczególnie w stosunku do ucznia z niepełnosprawnością.	Przedszkola integracyjne (grupy integracyjne). Szkoly podstawowe integracyjne (klasy integracyjne). Gimnazja integracyjne (klasy integracyjne). Szkoly zawodowe integracyjne (klasy integracyjne). Licea ogólnokształcące integracyjne (klasy integracyjne) ^c . Technika integracyjne (klasy integracyjne).	Przedszkola integracyjne (grupy integracyjne). Szkoly podstawowe integracyjne (klasy integracyjne). Gimnazja integracyjne (klasy integracyjne). Szkoly zawodowe integracyjne (klasy integracyjne). Licea ogólnokształcące integracyjne (klasy integracyjne) ^c . Technika integracyjne (klasy integracyjne).	Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, z późn. zm.
Wsparcie rozwoju dzieci i młodzieży	Diagnozowanie dla potrzeb wczesnego wspomaganie rozwoju. Diagnozowanie dla potrzeb edukacyjnych. Wsparcie dzieci i młodzieży w rozwoju. Wsparcie uczniów w edukacji. Wsparcie rodzin.	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne specjalistyczne.	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne specjalistyczne.	Rozporządzenie MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczególnych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni.
Wsparcie rozwoju dzieci i młodzieży	Wsparcie nauczycieli w optymalizowaniu działalności edukacyjnej. Zadania szczegółowe: diagnozowanie ^d ; opiniowanie; działalność terapeutyczna;	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne specjalistyczne.	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne specjalistyczne.	Rozporządzenie MEN z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej, z późn. zm.

	<p>prowadzenie grup wsparcia; prowadzenie mediacji; interwencja kryzysowa; działalność profilaktyczna; poradnictwo; konsultacje; działalność informacyjno-szkoleniowa.</p>	<p>Warsztaty terapii zajęciowej; rada programowa warsztatu. Zakłady pracy chronionej; zespół programowy. Środowiskowe domy samopomocy; zespół terapeutyczny.</p>	<p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z późn. zm.; Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, z późn.zm.; Rozporządzenie MGPIPS z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej; Rozporządzenie MPiPS z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej; Rozporządzenie MPiPS z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.</p>
<p>Wsparcie dorosłych – rehabilitacja społeczna i zawodowa</p>	<p>Współpraca przy tworzeniu oraz realizacji indywidualnych programów rehabilitacji zawodowej i społecznej.</p>		
<p>Wsparcie w codziennej egzystencji</p>	<p>Do zadań zespołu terapeutyczno-opiekunczego w DPS należy opracowanie indywidualnych programów wsparcia mieszkańców oraz ich realizacja przy współudziale zainteresowanych. Wsparcie osób z niepełnosprawnością w organizacji i realizacji obowiązków codziennego życia oraz czasu wolnego w ramach mieszkalnictwa chronionego.</p>	<p>Domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych z upośledzeniem umysłowym: pracownia w zespole terapeutyczno-opiekunckim lub samodzielne stanowisko pracy. Mieszkania chronione. Asystencja osobista⁶.</p>	<p>Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, z późn. zm.; Rozporządzenie MPiPS z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, z późn. zm.; Rozporządzenie MPiPS z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych;</p>

Regulaminy organizacyjne domów pomocy społecznej.		Towarzyszenie osobom z niepełnosprawnością w organizacji i realizacji obowiązków codziennego życia (również edukacyjnych czy zawodowych) oraz czasu wolnego w ramach niezależnego funkcjonowania.	
---	--	---	--

^a Dane dotyczące Dzienników Ustaw podano w zestawieniu literaturowym.

^b W ramach kompetencji.

^c Te formy kształcenia, zwłaszcza LO oraz technika z oddziałami integracyjnymi obejmują również uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

^d W tym przypadku decydujące możliwości wynikające z posiadanych kompetencji zawodowych posiada psycholog.

^e Zawód asystenta osoby niepełnosprawnej należy do kategorii zawodów z sektora pomocy społecznej. Przepisano mu wiele zadań, m.in. z zakresu rehabilitacji zawodowej. Ich realizację regulują różne przepisy prawne (m.in. Ustawa o rehabilitacji...). Wskazana tutaj funkcja ma charakter przede wszystkim pozaprofesjonalny i postulatyczny. Podkreśla możliwość realizacji tej formy życia niepełnosprawnych intelektualnie, która stwarza im sposobność pozostawania niezależnymi od warunków instytucjonalnych zarówno domów pomocy społecznej, jak i w pewnym stopniu mieszkań chronionych [por. A. M. Kittelsaa, 2003, s. 79–81; T. Żółkowska, 2005, s. 79–82].

Źródło: opracowanie własne.

Tradycyjna rola oligofrenopedagoga, która polegała na kształceniu uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, uległa znacznemu poszerzeniu w związku z powstaniem nowych form edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Przykładowo można wskazać na rozwój form kształcenia integracyjnego⁴; pojawienie się możliwości instytucjonalnej realizacji rehabilitacji społecznej i zawodowej, czy też alternatywnych sposobów codziennego życia osób z tą niepełnosprawnością. Cz. Kosakowski [1996, s. 39] pisze o zmianach w pedagogice specjalnej następujących w wymiarze poziomym i pionowym, co oznacza, że zakres pracy pedagoga specjalnego obejmuje zarówno wiele płaszczyzn działalności, jak i wszystkie kategorie wiekowe osób z niepełnosprawnością.

W najbliższym okresie należy oczekiwać dalszych przekształceń w tym obszarze, które będą zmierzać w kierunku zwiększenia udziału upośledzonych umysłowo w powszechnie dostępnych formach wsparcia, np. związanego z zatrudnieniem. Tendencje integracyjne, współcześnie najsilniej zarysowane na płaszczyźnie edukacji, będą poszerzane o inne obszary społecznego funkcjonowania, czego wymiernym dowodem pozostanie realizacja postulatu powszechnej dostępności instytucji i organizacji, w zamian za zmniejszanie się liczby tych, które swoją ofertę usług i wsparcia świadczą wyłącznie określonym grupom osób niepełnosprawnych. Podstawowym warunkiem tego procesu, wynikającym z konieczności uwzględniania specjalnych potrzeb niepełnosprawnych, obok wspólnych z tymi, które wyrażają pełnosprawni, będzie odpowiednie przygotowanie pracowników. W związku z tymi tendencjami należy oczekiwać zwiększenia potencjalnych wymagań w zawodowym przygotowaniu oligofrenopedagogów. Ich rola i zadania przynależące do niej będą miały wymiar podstawowy bądź uzupełniający w obszarze realizowanych działań. Niewątpliwie kompetencje, które wynikają dla tego zawodu z toku kształcenia, obejmują w największym zakresie edukację, jednak realne oczekiwania i możliwości, również związane z konkurencyjnością na rynku pracy, wymuszają na pedagogach specjalnych (podobnie jak i innych), konieczność zdobywania dodatkowych kwalifikacji [por. K. Parys, 2007, s. 185].

Istotnym zadaniem tej grupy zawodowej jest dążenie do promowania pozytywnego wizerunku osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zmierzające do zmiany społecznych postaw oraz zwiększenia szans normalizacji i integracji wspomnianych jednostek [por. M. Sekułowicz, 2005, s. 35; S. Marks, 2011, s. 80]. Na ten aspekt działalności zwraca uwagę Cz. Kosakowski [2002,

⁴ Jego wyrazem obecnie jest istnienie szkół i oddziałów integracyjnych na poziomie kształcenia ponadpodstawowego, które są otwarte na przyjmowanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

s. 33], wiążąc go z przeobrażeniami w pedagogice specjalnej. Postulat ten wynika ze współczesnego postrzegania problemów niepełnej sprawności – jest ona wynikiem zarówno barier zewnętrznych (m.in. niekorzystnych postaw społecznych), jak i ograniczeń osobistych. W następstwie działalność wspierająca powinna obejmować zarówno oddziaływanie korekcyjne, kompensacyjne, usprawniające i dynamizujące wobec jednostki, jak i dążenie do przemian w zakresie społecznej świadomości – „stwarzanie warunków dla doświadczenia, że »inność« osoby niepełnosprawnej jest pozorna” [Cz. Kosakowski, 2002, s. 33].

Przekształcenie paradygmatu niepełnosprawności [por. Cz. Kosakowski, 2003, s. 165] pozostaje w ścisłym powiązaniu ze zmianami w charakterze profesjonalnego działania. Koncepcja normalizacji i związane z nią idee *empowermentu* i *self-advokatury*, odnoszące się do niepełnosprawnych intelektualnie w przebiegu całego ich życia, wymagają zrezygnowania z tradycyjnego, tj. paternalistycznego ustosunkowania ze strony specjalistów [por. C. Bigby i in., 2009, s. 372–373; S. Marks, 2011, s. 80]. Zmiana ta musi wyrażać się zarówno na poziomie określonych treści dotyczących edukacji i rehabilitacji, jak i sposobów ich realizacji. Postulowane przekształcenia w ogólnym zarysie powinny obejmować:

- dążenie do planowania działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych w perspektywie długoterminowej (całozyciowej), (przy niezbędnym założeniu o ich elastyczności, wynikającej z realnych potrzeb);
- uwzględnianie realnych doświadczeń życiowych osób z niepełnosprawnością i kontekstu środowiskowego w ocenie ich możliwości i ograniczeń;
- stwarzanie sposobności zwiększonego udziału niepełnosprawnych intelektualnie w podejmowaniu decyzji dotyczących ich życia;
- dążenie do budowania kompetencji osobowościowych. Katalog takich, w kontekście procesu normalizacji życia osób z niepełnosprawnością, wymienia T. Majewski [2008, s. 17–18]. Jego zdaniem powinien on obejmować: właściwą tożsamość (obraz siebie i samoocenę); znalezienie wartości nadających sens życiu i wyznaczających jego cele; zdolność samostanowienia (*empowerment*) oraz umiejętność radzenia sobie;
- wprowadzanie w różnorodność form i sposobów życia współczesnego człowieka.

Zmiana koncepcji wsparcia niepełnosprawnych w kierunku realizacji idei *self-advokatury*, społecznego włączenia i planowania skoncentrowanego na jednostce wymaga współdziałania z przedstawicielami różnych środowisk, w których żyją osoby niepełnosprawne. Specjaliści świadczący wsparcie muszą być

opiekunami, przyjaciółmi, adwokatami, nauczycielami, pomagającymi w sytuacjach kryzysowych i facylitatorami [A. Gerowitz, 2007, s. 114].

Analiza działalności zawodowej pedagogów specjalnych wymaga uwzględnienia, obok sfery zadaniowej, wymiaru powinnościowego. Najważniejszą powinnością pozostaje tutaj bezwarunkowe poszanowanie godności drugiego człowieka, wynikająca z niego ochrona prawa do życia i nienaruszalności cielesnej oraz prawa do wolności [O. Speck, 2005, s. 171]. Z powinności tej można wprowadzić kolejne, bardziej szczegółowe, a zatem:

- poszanowanie autonomii jednostki z niepełnosprawnością intelektualną oraz stwarzanie sposobności jej rozwoju (personalizm według O. Specka [2005, s. 373]);
- pierwszeństwo adekwatności wiekowej, a nie rozwojowej, w doborze form i środków wsparcia;
- ponoszenie odpowiedzialności za własne działania w sferze rozwoju i funkcjonowania jednostki z niepełnosprawnością (etyczna odpowiedzialność według O. Specka [2005, s. 374]);
- wszechstronna indywidualizacja, obejmująca ocenę możliwości i ograniczeń, kontekstu rozwojowego i szans rozwojowych, ponadto obszarów i form wsparcia;
- optymizm, któremu towarzyszy pozytywna postawa wobec możliwości realizacji przez osoby z niepełnosprawnością różnych ról życiowych;
- oraz za O. Speckiem [2005, s. 373]: traktowanie człowieka w sposób całościowy, tj. z uwzględnieniem wszystkich sfer jego funkcjonowania oraz powiązania ze środowiskiem.

Mówiąc o odpowiedzialności pedagoga specjalnego jako jego powinności moralnej, a jednocześnie dyspozycji osobowościowej, należy mieć na względzie nie tylko sferę aktualizowaną, ale również nieaktualizowaną, tj. odpowiedzialność za czyny niepodjęte [L. Olszewski, 1998, s. 365]. Nie chodzi przy tym o ten rodzaj odpowiedzialności, który wynika z formalnych zobowiązań, ale jego przekraczanie, w intencjonalnym działaniu wspierającym podmioty.

Wszystkie wymienione powinności wpisują się w podstawową dla pedagogiki zasadę podmiotowości. Istota jej wyraża się w ułatwianiu jednostce uświadamiania sobie, iż podlega ona przemianom, jak również w tym, że może wpływać na nie dzięki własnym, mniej lub bardziej autonomicznym działaniom [Z. Pietrasiński, za W. Poznaniak, 1994, s. 309]. Podmiotowość ta, zdaniem Cz. Kosakowskiego [2005, s. 42], posiada dwa wymiary: indywidualność osoby w edukacji i rehabilitacji oraz świadomość jej sprawczości i zdolności samostanowienia. Dla podmiotowości działań profesjonalnych niezbędne

jest współdziałanie, wprowadzanie w proces decydowania i kierowania własnymi sprawami, okazywanie szacunku i zrozumienia (postępowanie inicjujące, a nie realizujące, według Cz. Kosakowskiego [2005, s. 42]).

W kontekście zawodowego funkcjonowania pedagoga specjalnego, pracującego z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, warto wskazać na określone uwarunkowania, mające związek z jakością jego działalności. Rozważenia wymagają zwłaszcza następujące kwestie: za jaką koncepcją tej niepełnosprawności opowiada się pedagog, czy też szerzej, jaki jej model uznaje; czy koncentruje się głównie na aspektach biologicznych, defektach i trudnościach rozwojowych, czy też postrzega osobę w sposób całościowy, a zatem z uwzględnieniem różnych jej sfer, ograniczeń i możliwości; czy zdolny jest dostrzegać znaczenie czynników psychospołecznych w tej kwestii? W związku z powyższym należy rozważyć, jaki model życia niepełnosprawnych intelektualnie widzi on jako optymalny; jak postrzega swoją rolę; rola ta może zaistnieć w wymiarach: wyłączność–komplementarność w stosunku do innych profesjonalistów; paterナルizm–dążenie do współpracy i autonomii; bierność (pogodzenie się z zastaną rzeczywistością) – aktywność (dążenie do zmian).

Pedagog w swojej działalności zawodowej reprezentuje instytucję czy organizację. O. Speck [2005, s. 352] pisze: „jako urzędnik jest zmuszony dokładnie wypełniać określoną liczbę obowiązków i dopasować się do sformalizowanej organizacji, lekceważąc jednocześnie pedagogiczne skrupuły”. Konieczność podporządkowania określonym zaleceniom, wynikającym z przepisów regulujących działanie instytucji/organizacji, może osłabiać zdolność wypełniania wymienionych wcześniej powinności. Niekorzystna jest również sytuacja, w której formalne uregulowania mają tradycyjny charakter, blokują bowiem możliwość wprowadzania działalności zgodnej z ideami postulowanymi we współczesnych paradygmatach niepełnosprawności [por. J. Erenc, 2008, s. 289].

Podstawowym błędem wielu form rehabilitacji osób z upośledzeniem umysłowym jest oderwanie od życia oraz nadmierna profesjonalizacja, rozumiana jako dążenie do wypełniania standardów kosztem indywidualnych potrzeb, możliwości i oczekiwań [T. Żółkowska, 2007, s. 81–82]. W połączeniu z formalizacją sprawia ona, że wiele rozwiązań, których celem było wdrożenie idei normalizacji i integracji, w istocie objęło jedynie zmianę form. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną nadal w większości poddawane są treningowi zależności, podlegają kontroli, nie mają możliwości współdecydowania o swoim życiu – rolach, sposobach i miejscach ich realizacji [T. Żółkowska, 2007, s. 82–83]. A. Krause [2004, s. 228] pisze o infantylizacji procesu

rehabilitacyjnego, uniwersalizacji pracy opiekuńczo-wychowawczej, uniemożliwianiu przejścia w fazę dorosłości oraz ich konsekwencjach w postaci wtórnego upośledzania.

Podobnie jak szkodliwa w działalności zawodowej pedagogów specjalnych jest nadmierna formalizacja i profesjonalizacja, tak niekorzystna jest również niespójność i niejasność normatywna, czy też brak jakiegokolwiek regulacji na tym poziomie [por. C. Henry i in., za C. Bigby i in., 2009, s. 374]. W takich okolicznościach można oczekiwać nasilenia konfliktów oraz sprzeczności w osobistym i profesjonalnym funkcjonowaniu specjalistów. G. Rudkowska [za B. Szczupał, 2008, s. 115–116] wymienia takie, które mogą być udziałem każdego nauczyciela, w tym: sprzeczne wymagania ze strony różnych grup uczestniczących w procesie edukacji (uczniowie, rodzice, władze); konflikt między empatią a koniecznością pozostania obiektywnym⁵; indywidualizacją a unifikacją edukacji; wypełnianiem wymagań formalnych a skupianiem się na uczniach (konieczność realizowania programu a uwzględnianie rozwoju osobowego uczniów); między poczuciem własnej skuteczności a niepowodzeniami w pracy oraz konflikt wyboru treści (autorka pisze o dylemacie wyboru między rozwojem osobowym a uczeniem sprawności). Do wymienionych należałoby dodać konflikty wynikające na tle moralnego wartościowania zjawisk i działań, powstałe jako rezultat sprzeczności osobistego systemu normatywnego z normami uznawanymi przez innych (inne podmioty czy instytucje). W kontekście, w którym działa pedagog specjalny, sprzeczności i konflikty mogą być wynikiem odmiennych sposobów ujmowania zjawiska niepełnosprawności oraz uznania zróżnicowanych modeli opisujących sposoby realizacji edukacji, rehabilitacji i wsparcia, o czym wcześniej pisano.

Konsekwencje wymienionych problemów znajdują swoje odzwierciedlenie w charakterze zawodowego funkcjonowania. O. Speck [2005, s. 353] dostrzega zagrożenia związane z przyjęciem przez pedagoga specyficznego postawy, charakteryzowanej przez autora jako wycofanie się do swojej ograniczonej, specjalistycznej wiedzy fachowej, do wyizolowanej terapii. Z postawą tą wiąże się urzeczowienie postępowania, niezdolność do współpracy, przekonanie o wyjątkowości własnych kompetencji. Nieumiejętność oddzielania przekonań natury moralnej, religijnej czy specjalistycznej utrudnia zdolność obiektywizacji i indywidualizacji, zniekształca procesy oceny zjawisk i zachowań, grozi ponadto pomijaniem i zaniedbywaniem pewnych kwestii istotnych dla jednostki

⁵ Problem ten zostanie również poruszony w dalszej części opracowania. L. Witkowski [1994, s. 198] określa go jako „niezredukowana ambiwalencja roli nauczyciela”. Jest on immanentną cechą zawodu.

(wymiernym tego przykładem pozostaje edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną). Niedostatek uregulowań określonych zagadnień ogranicza spójność wysiłków w zakresie indywidualnego planowania działań oraz ich realizowania. Opieranie się specjalistów na osobistych przekonaniach, zróżnicowanych w swoim charakterze, utrudnia proces kształtowania u uczniów/wychowanków/podopiecznych/klientów określonych postaw i systemów wartościowania [por. D. Richards i in., 2008, s. 207].

1.2. Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną jako obszar działalności pedagoga specjalnego

Funkcjonowanie zawodowe pedagoga specjalnego, w ramach różnych form jego zatrudnienia, obejmuje wspieranie rozwoju jednostek z niepełnosprawnością, bez względu na stopień, przyczyny czy złożoność ograniczeń i zaburzeń. W sposób logiczny należałoby uznać, że dotyczy to również sfery psychoseksualnej. W pierwszym rozdziale tej pracy dowodzono, że sfera ta jest niezwykle złożona, pod względem swoich uwarunkowań i przejawów, istotne są dla niej doświadczenia zyskiwane w różnych środowiskach, szczególnie w okresie rozwojowym. Podstawowe znaczenie dla nadawania zasadniczego kształtu seksualności pełno- i niepełnosprawnych ma środowisko rodzinne. Rolę pedagoga specjalnego należy postrzegać w tym zakresie jako porządkującą i uzupełniającą, ale także zasadniczą w pewnych kwestiach. Podstawowym obszarem jego działań pozostaje edukacja seksualna.

Zastosowane tu określenie „edukacja seksualna” oznacza długotrwały proces celowych działań zmierzających do wsparcia seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną tak, aby możliwy był ich najbardziej optymalny rozwój i realizacja w poszczególnych fazach życia. Należy zauważyć, że jakkolwiek pojęcie „edukacji” najbliższe jest środowisku szkoły, ze względu na specyfikę uwarunkowań i przejawów płciowości człowieka, edukacja seksualna nie może być do niego ograniczona. Szersze jej znaczenie wynika również z definicji.

Poszukując uzasadnienia dla konieczności realizacji tej edukacji wobec niepełnosprawnych intelektualnie, należy odwołać się do kilku kontekstów. Najogólniejszy wynika z powszechnych ustaleń normatywnych, określonych w prawach każdego człowieka. Nadmieniono o nich w pierwszym rozdziale tej pracy. Szczegółowo można wymienić: Deklarację Praw Człowieka z jej prawem do zdrowia i informacji; Deklarację Praw Seksualnych przyznającą

między innymi prawo do edukacji seksualnej oraz do seksualnej informacji opierającej się na rzetelnej wiedzy naukowej; Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, udzielające między innymi prawa do doświadczania własnej płciowości, prowadzenia życia seksualnego; dostępu do informacji na temat seksualności, w tym o środkach przeciwdziałania nadużyciom w tej sferze [A. Giryński, 2005, s. 63; Z. Lew-Starowicz, 2009b, s. 11; O. Loeber i in., 2010, s. 170]. Uzasadnienie dla edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie można również odnaleźć w Deklaracji stanowiącej bezpośrednio o ich prawach [Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym, www.psouu.org.pl]. Jakkolwiek nie mówi się w niej konkretnie o tej sferze, przyznaje się prawo do „nauki, szkolenia, rehabilitacji i poradnictwa, w takim zakresie, aby umożliwić rozwój i zrealizowanie całego potencjału”; ponadto prawo do „ochrony przed wykorzystaniem, nadużyciami i poniżającym traktowaniem”. Wymienione prawa, podobnie jak i inne dotyczące sfery zdrowia i życia człowieka, powstały na bazie określonych przemian społeczno-kulturowych zachodzących na przestrzeni czasu, stanowiąc wyraz poszukiwania normatywnych rozwiązań chroniących jednostki i grupy przed zagrożeniami, które spowodowały te przekształcenia. Należy tutaj wymienić między innymi: obniżenie rangi tradycyjnych wartości, ich zmienność i płynność utrudniającą dokonywanie moralnych ocen; wzrost zagrożenia seksualną przemocą; rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową; upublicznianie sfery seksualnej, jej komercjalizacja i technicyzacja [J. D. Goldman, G. L. Bradley, 2001, s. 201; O. Loeber i in., 2010, s. 172]. Konieczność wsparcia zmierzającego do osobistego uporządkowania sfery erotycznej, jej socjalizacji, rozumianej jako nadawanie pożądanego kształtu w sensie spełniania podstawowych norm społeczno-moralnych, należy w takiej sytuacji traktować w kategoriach moralnej powinności [R. D. Brown, 1997, s. 8].

Kolejny kontekst uzasadnień edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie jest wyznaczany przez paradygmat normalizacji i społecznego włączania osób z niepełnosprawnością. Zmiany w systemie wsparcia tych jednostek, zmierzające do ich zwiększonego uczestnictwa w życiu społecznym, podwyższenia poziomu samostanowienia niosą potencjalne ryzyko związane z czynnikami, które w szerszym środowisku funkcjonowania nie mogą być poddawane kontroli. Dotyczy to między innymi aktywności seksualnej. Pozbawienie podstawowych przynajmniej kompetencji, na skutek zamierzonego bądź niezamierzonego zaniechania działań socjalizacyjnych, przy jednoczesnym poparciu dla wymienionych rozwiązań, jest pewnego rodzaju dyskryminacją [por. A. Gerowitz, 2007, s. 119].

Inny kontekst uzasadnień obejmuje specyfikę niepełnosprawności intelektualnej oraz środowiska życia jednostek z tą niepełnosprawnością. Ograniczenia poznawcze, społeczne, niekiedy również fizyczne utrudniają samodzielne uzyskanie wiedzy, pozwalającej kształtować pozytywne postawy wobec własnej seksualności. W różnym stopniu i zakresie zostaje zredukowana sposobność samodzielnego uczenia się, na przykład przez korzystanie z materiałów edukacyjnych dostępnych powszechnie. Trudności stwarza również ich zrozumienie, interpretowanie i zapamiętanie, czy też zdolność krytycznej oceny. Ograniczona może być możliwość uczenia się w środowisku rówieśników, zwłaszcza jeśli tworzą je głównie osoby niepełnosprawne. Problemem pozostają niekorzystne postawy rodziców i opiekunów, niepodtrzymujące i nieukierunkowujące naturalnej ciekawości poznawczej [K. Smith i in., 1995, s. 59–60; L. Walker-Hirsch, 2007b, s. 30].

Realnie większość osób z niepełnosprawnością intelektualną nie urzeczywistnia modelu społecznego uczestnictwa przez samodzielne bądź wspierane zamieszkanie lub założenie własnej rodziny. Pozostają pod opieką rodziny pochodzenia, czy też, rzadziej, są mieszkańcami instytucji. Bez względu na to, w jakiej formie realizują swoje życie, jakie role są im dostępne, wymagają wsparcia w rozwoju seksualnym, optymalizującego możliwości, obniżającego potencjalne zagrożenia, zapobiegającego trudnościom natury osobistej i społecznej.

Znaczenie edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną można rozważać z uwzględnieniem pozytywnych i negatywnych argumentów. Wielu z nich dostarczają realizowane badania. Dowody empiryczne o znaczeniu pozytywnym to takie, które pozwalają potwierdzić fakt, iż edukacja seksualna podwyższa jakość życia jednostki w różnych jego wymiarach. Jej zaniechanie stanowi w takim przypadku o obniżeniu optymalizacji potencjału jednostki, niewykorzystaniu jej możliwości. W badaniach dowiedziono między innymi, że edukacja sprzyja ekspresji potrzeb seksualnych w formie społecznie akceptowanej oraz zwiększa jakość społecznych zachowań [A. Craft, M. Craft; W. Kempton, za V. Lumley, J. Scotti, 2001, s. 110]. Badania dostarczają również wniosków wskazujących na to, że edukacja ta chroni jednostki przed negatywnymi czynnikami. Wykazano, iż dzięki niej w sposób istotny zmniejsza się wskaźnik chorób przenoszonych drogą płciową, obniża się ilość niepożądanych ciąż oraz wskaźnik przypadków seksualnego wykorzystania wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną [R. Monat, za D. C. May, D. K. Kunderd, 1996, s. 434; A. Craft, M. Craft; M. P. McCabe, R. A. Cummins, za V. Lumley, J. Scotti, 2001, s. 110; A. Swango-Wilson, 2010, s. 161].

Cele edukacji seksualnej osób z upośledzeniem należy rozważyć w perspektywie ogólnych założeń ich kształcenia i rehabilitacji, wyznaczanych przez współczesne paradygmaty. W kontekście idei normalizacji zasadne wydaje się: wprowadzanie w role społeczne związane z rodziną, relacjami partnerskimi; w miarę możliwości kształtowanie kompetencji niezbędnych do ich realizacji; budowanie zasobów istotnych do obrony przed zagrożeniami środowiskowymi, przede wszystkim przemocą i wykorzystaniem; kształtowanie pozytywnych (tj. akceptujących i wspierających) postaw ze strony środowiska społecznego, szczególnie rodziców, opiekunów i specjalistów; wynikające z powyższego: budowanie pozytywnego społecznego wizerunku niepełnosprawnych intelektualnie w aspekcie ich seksualnych potrzeb.

Realizacja idei *empowermentu*, istotna dla normalizacji życia niepełnosprawnych intelektualnie, w odniesieniu do sfery psychoseksualnej, powinna obejmować: rozwijanie pozytywnego obrazu siebie, ale także realnego obrazu swoich możliwości i ograniczeń, kształtowanie tożsamości płciowej, autonomii seksualnej, systemu wartości, ponadto budowanie kompetencji pozwalających ujawniać osobiste preferencje i dokonywać życiowych wyborów, przy jednoczesnym respektowaniu podstawowych norm społecznych i moralnych [L. Walker-Hirsch, 2007b, s. 39].

W kontekście idei *self-advokatury* można rozważyć takie cele edukacji, jak uświadamianie praw i obowiązków przynależnych do sfery seksualnej (zwłaszcza jej warstwy prokreacyjnej); kształtowanie kompetencji pozwalających poszukiwać wsparcia w tym zakresie, dokonywać jego wyboru w aspekcie osobistych preferencji oraz efektywnie z niego korzystać.

Biorąc pod uwagę definicję edukacji seksualnej w jej szerokim ujęciu akcentującym procesualność, można wyróżnić określone aspekty grupujące ogólne treści tej edukacji w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zostały one zaprezentowane jedynie w zarysie, w przekonaniu, iż konkretyzacja jest możliwa tylko w oparciu o indywidualne potrzeby, możliwości i ograniczenia ich odbiorców (tabela 5).

Istotę edukacji seksualnej można zawrzeć w następujących postulatach:

- powinna stanowić integralną część procesu uczenia się, rozpoczynając się w dzieciństwie, kontynuowaną w życiu dorosłym;
- powinna obejmować wszystkich, włączając osoby z niepełnosprawnością fizyczną, intelektualną czy z problemami natury psychicznej;
- ma umożliwiać zgłębianie wartości i problemów moralnych, refleksję nad relacjami seksualnymi, rozwój umiejętności komunikowania się i podejmowania decyzji;

▪ powinna służyć umocnieniu samooceny, samoświadomości i poczucia moralnej odpowiedzialności, ponadto rozwijaniu umiejętności unikania i obrony przed niepożądanymi doświadczeniami seksualnymi [A. Kakavoulis, J. Forrest, 1999, s. 139].

Tabela 5. Ogólny zarys treści edukacji seksualnej

Wiedza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ informacje na temat praw seksualnych i reprodukcyjnych; ▪ wiedza na temat biologicznych podstaw seksualności; ▪ wiedza z zakresu ról społecznych obejmujących sferę seksualności i zadań z nimi związanych; ▪ orientacja w źródłach informacji i usługach wspierających
Umiejętności	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umiejętności dotyczące osobistego funkcjonowania (np. dbałość o higienę, stan zdrowia, podejmowanie decyzji); ▪ umiejętności niezbędne do nawiązywania relacji partnerskich (np. komunikowanie się, negocjowanie, empatia); ▪ umiejętności istotne do obrony przed zagrożeniami (np. asertywność); ▪ umiejętności związane z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach (np. poszukiwanie źródeł pomocy)
Postawy i wartości	<ul style="list-style-type: none"> ▪ szacunek dla siebie i innych; ▪ szacunek dla odmienności i różnorodności potrzeb; ▪ odpowiedzialna postawa w zakresie działań związanych z seksualnością; ▪ pozytywna samoocena i poczucie własnej wartości; ▪ pozytywne postawy wobec zdrowia seksualnego; ▪ świadomość i podporządkowanie zasadom moralnym i prawnym regulującym sferę seksualną

Źródło: opracowanie własne na podstawie: L. Fegan i in. [1993]; J. D. Goldman i G. L. Bradley [2001]; W. Kempton i L. Stiggal [2001], M. McCarthy [2007]; I. Gursimsek [2010]; O. Loeber i in. [2010].

Edukacja seksualna jest prawem każdego człowieka, stąd pytania o potrzebę jej wdrażania w grupie osób z niepełnosprawnością złożoną, czy też wyrażoną w stopniu głębokim nie powinny być stawiane. Można jedynie dyskutować nad jej zakresem czy sposobami realizacji. Podobnie jak w przypadku innych praw (np. prawa do małżeństwa czy prokreacji) powinna to być kwestia indywidualna, warunkowana wszechstronną oceną sytuacji osobistej. Bardziej uzasadnione jest tutaj pytanie o to, jakie jest znaczenie tej edukacji dla funkcjonowania jednostki. Powinność istnieje zawsze jako dążenie do wypełnienia powszechnie przysługującego prawa.

Edukacja seksualna jako proces celowych i zorganizowanych działań budzi wiele kontrowersji, które wynikają głównie z różnych sposobów rozumienia jej istoty. W polskich publikacjach naukowych, obok terminu „edukacja seksualna” [Z. Lew-Starowicz, 2006b], odnajdujemy pojęcie „wychowania

seksualnego” [M. Kozakiewicz, 1985; 1987; D. Krzywicka, 1994; J. Augustyn, 2003; W. Bołoz, 2003; A. Bartoszek, 2009; U. Dudziak, 2009], czy też „uświadczenia seksualnego” [I. Obuchowska, A. Jaczewski, 2002, s. 173]. W sferze edukacji stosowany jest termin „wychowanie do życia w rodzinie”. Określenie to dotyczy przedmiotu, który od roku 2009 ma charakter obowiązkowy na pewnym poziomie edukacji [I. Fornalik, 2010, s. 171].

Złożoność nazewnictwa w tej dziedzinie oddaje istotę dyskusji, która toczyła się i trwa nadal na poziomie społeczno-politycznym [por. M. Kozakiewicz, 1985, s. 152]. Tematem jej jest charakter oraz zakres edukacji seksualnej rozumianej jako formalny proces. Wcześniej przedmiotem sporów pozostawała tylko potrzeba jej realizacji [por. A. Jaczewski, 2003, s. 31 i n.]. Dyskusja społeczno-polityczna nad charakterem tej edukacji we współczesnej szkole w istocie dotyczy wyboru między stanowiskami wyrażającymi różną refleksję filozoficzną, czy też pedagogiczną. S. Lees [za M. J. Kehily, 2002, s. 216] pisze o stanowiskach konserwatywnych, liberalnych i feministycznych. Stanowisko konserwatywne jest skoncentrowane na kwestiach moralnych oraz wyobrażanym ideale życia rodzinnego. Zachowuje pewien porządek tradycyjnie ustanowiony przez społeczeństwo w stosunku do płci. Stanowisko liberalne akcentuje konieczność wyposażenia młodzieży w odpowiednie informacje, służące dokonywaniu uzasadnionych i społecznie odpowiedzialnych wyborów. Ostatnie – feministyczne – ma charakter dyskursywny, podaje w wątpliwość tradycyjny porządek dotyczący płci; zwraca uwagę na problemy w relacjach między płciami, kwestie osobistych perspektyw oraz seksualnej odmienności.

J. Fay i S. Gordon [1989, s. 213] twierdzili, że dyskusja między tymi, którzy chcą promować „tradycyjne wartości rodzinne”, oraz tymi, którzy sądzą, że rolą szkoły nie jest ich narzucanie, a zatem należy dążyć do edukacji wolnej od wartości, jest w istocie mitem. Jego konsekwencją jest przecenianie przez decydentów i administrację szkół trudności w osiągnięciu porozumienia w tym względzie i opracowania spójnego programu. Podobną opinię wyrażał A. Jaczewski [2003, s. 33], pisząc: „istnieje spór – czy uczniowie potrzebują wiedzy z podstaw seksuologii, czy wiedzy o rodzinie, »miłości«, postawach filozoficznych i uczuciach. Jest on pozorny – potrzebne jest i jedno, i drugie. Obie opcje się uzupełniają, a nie wykluczają”.

Nierozstrzygnięte dyskusje na temat charakteru formalnej edukacji seksualnej rodzą trudności natury organizacyjnej, mają znaczenie dla ustalania jej podstaw prawnych, ponadto określonego profilu przygotowania specjalistów, którzy zobligowani są do realizacji takowej.

Jak wcześniej nadmieniono, prawo oświatowe reguluje kwestie edukacji seksualnej na poziomie szkoły. Wprowadzony jako obowiązkowy w 2009 roku przedmiot „wychowanie do życia w rodzinie” jest realizowany na II etapie szkoły podstawowej, w gimnazjum oraz w szkołach ponadgimnazjalnych, również specjalnych, w ramach godzin przeznaczonych w planach nauczania do dyspozycji dyrektora [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji, zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Dz. U. 1999, nr 67, poz. 756, z późn. zm.]. Realizacja przedmiotu opiera się na podstawie programowej przygotowanej dla odpowiedniego etapu/formy edukacji (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Dz. U. 2012, nr 165, poz. 977).

Zgodnie z prawem oświatowym, jak wcześniej zaznaczono, wychowanie do życia w rodzinie jest realizowane również w szkołach specjalnych, w tym dla uczniów z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego, których obowiązuje wspólna z uczniami pełnosprawnymi podstawa programowa. Odrębna podstawa dla uczniów z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej [Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Załącznik nr 3, Dz. U. 2012, nr 165, poz. 977] nie przewiduje zasadniczo treści, które można uznać za realizację edukacji seksualnej. W ramach treści edukacyjnych w niej zawartych (etap szkoły podstawowej i gimnazjum) (zakres: „poznawanie najbliższego środowiska społeczno-kulturowego”) przewiduje się przygotowanie ucznia do pełnienia różnych ról społecznych (w tym roli dorosłej kobiety i dorosłego mężczyzny). Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym nakłada obowiązek opracowania programów profilaktycznych, w ramach których postuluje się między innymi „promocję wychowania do życia w rodzinie”. W obszarze celów edukacyjnych przewiduje się „przygotowanie do pełnienia ról społecznych”, w treściach odnajdujemy szereg zagadnień dotyczących „umiejętności niezbędnych do realizacji autonomicznego dorosłego życia” (mamy m.in. treści dotyczące rozróżniania charakteru relacji interpersonalnych). Program zawiera ponadto treści

skupione w kategorii „wychowanie do życia w rodzinie”. Przewiduje się tutaj: wzmacnianie prawidłowych relacji między osobami przeciwnej płci oraz aktywnego udziału w życiu rodziny; ukazywanie wartości rodziny w życiu człowieka; pomoc w zaakceptowaniu i poszanowaniu własnego ciała; zapoznanie z prawem do ochrony intymności.

Proponowana oferta programowa dla uczniów z głębszym stopniem niepełnosprawności jest ograniczona pod względem wielu treści, które należałoby rozważyć jako potencjalnie przydatne i konkretyzowane w indywidualnych programach. Znaczącym faktem jest dostrzeganie potrzeby przygotowania tych uczniów do dorosłego życia o charakterze autonomicznym, jednak w zbyt małym stopniu kładzie się nacisk na role związane z seksualnością (małżeńskie, rodzicielskie). Wątpliwości budzi wyodrębnienie treści dotyczących wybranych aspektów sfery erotycznej, przede wszystkim obejmujących sposoby realizacji popędu płciowego (np. masturbacji). Oddzielenie ich mogłoby prowadzić do wypaczonej interpretacji ze strony osób realizujących, biologizacji i instrumentalizacji sfery seksualnej jednostek z niepełnosprawnością w stopniu głębszym. Wydaje się, że tego typu treści, wraz z niezbędnymi wyjaśnieniami odwołującymi się do różnych kontekstów (rozwojowego, etycznego, naukowego), powinny się znaleźć w programach kształcenia nauczycieli.

Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną powinna być elementem przygotowania ich do dorosłego życia, a po osiągnięciu tego etapu, źródłem dalszego wsparcia. Wobec takiego założenia pojawia się pytanie o pozaszkolne formy jej realizacji. W tym względzie brakuje w Polsce podstaw prawnych i organizacyjnych, co zresztą w dużym stopniu dotyczy innych sfer funkcjonowania osób dorosłych z tej grupy. Działania, które są prowadzone, przede wszystkim za sprawą organizacji pozarządowych, to propozycje skierowane do określonych odbiorców, niemające szerszego wymiaru [por. I. Wojtczak-Grzesińska, A. Malinowska, 2002].

Biorąc pod uwagę istniejące formy wsparcia dla osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, można założyć, że największe możliwości w zakresie edukacji seksualnej posiadają warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej oraz mieszkania chronione. Są to formy, w których jest możliwe podejmowanie działań, zarówno kompleksowych, jak i długoterminowych.

Edukacja seksualna, realizowana na poziomie profesjonalnym, jak żaden inny aspekt działalności edukacyjnej i rehabilitacyjnej, wymaga jasnych podstaw prawnych. Istnienie takich nie tylko obliuguje do podejmowania działań, ale przede wszystkim stanowi dla nich uzasadnienie. Zważywszy na wagę

moralną zagadnienia, wszelkie próby czynione przez specjalistów, mogą być poddane osądom podmiotów zainteresowanych (w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, bez względu na ich wiek, osąd taki formułują rodzice/opiekunowie). Racjonalne podstawy prawne dają możliwość dysponowania argumentami uzasadniającymi.

Podsumowując rozważania dotyczące prawno-organizacyjnej strony edukacji seksualnej, można stwierdzić, że w istocie mamy do czynienia z dwoma kontekstami jej funkcjonowania:

1. Edukacja seksualna, rozumiana jako całozyciowy proces, obejmuje zarówno działania celowe, formalne i nieformalne, ponadto oddziaływania spon-taniczne. W takim ujęciu zakres podmiotów za nią odpowiedzialnych jest szeroki. Należy tutaj włączyć rodziców i opiekunów (również tych, którzy działają w instytucjach, np. domach pomocy społecznej); nauczycieli i wychowawców; pedagogów i psychologów; personel medyczny; terapeutów; pracowników socjalnych; asystentów osobistych. Podobnie szeroki jest katalog form, w których wymienione podmioty działają, oraz obszerny wykaz zadań, jakie mogą realizować w ramach określonego stosunku zawodowego czy pozazawodowego z osobą niepełnosprawną.

2. Edukacja seksualna pojmowana w sposób wąski, a zatem jako realizacja przedmiotów szkolnych czy programów i projektów celowych, szkolnych i pozaszkolnych. W tym obszarze zakres podmiotów odpowiedzialnych jest określony przez założenia programowe.

Wydaje się, że charakter zadań wynikających z obu kontekstów edukacji seksualnej, które można przypisać pedagogom specjalnym, jest tożsamy. Podkreślić jedynie należy, że znaczenie ich roli, jako głównych realizatorów, może się zmieniać w zależności od sytuacji, niezmienna pozostaje natomiast konieczność ścisłej współpracy z innymi specjalistami. W węższym kontekście, zwłaszcza środowisk szkolnych, rola ta ma charakter dominujący w kwestii organizacyjnej i realizacyjnej (przy założeniu o potrzebie współpracy z innymi). Do zadań ogólnych, które można przypisać pedagogom specjalnym w obszarze edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną, w związku ze sformułowanymi wcześniej jej celami, należą:

- współdziałanie w procesie kształtowania kompetencji (wiedzy, umiejętności, zachowań, postaw i wartości) związanych ze sferą seksualną, w tym w diagnozowaniu potrzeb w kontekście środowiska życia i doświadczeń; ustalaniu celów i sposobów ich realizacji (w miarę możliwości przy współdziałaniu samych niepełnosprawnych); organizowanie sytuacji sprzyjających kształtowaniu kompetencji; współdziałanie w procesie ewaluacji;

- współpraca z rodzicami, zmierzająca do kształtowania optymalnego ich nastawienia do potrzeb psychoseksualnych niepełnosprawnych intelektualnie dzieci oraz ich wspierania w ramach rodzicielskich kompetencji;
- współpraca z organizacjami osób z niepełnosprawnością w celu ustalania kierunków działań zmierzających do realizacji idei normalizacji życia;
- współpraca z instytucjami i organizacjami społecznymi w celu kształtowania pozytywnego wizerunku niepełnosprawnych intelektualnie w odniesieniu do ich sfery psychoseksualnej i społecznoseksualnej.

Edukacja seksualna, jak zaznaczono, jest tym obszarem działalności wspierającej, który pozostaje w ścisłym powiązaniu z kontekstem moralno-wartościującym. Zważywszy na ten fakt, niezbędne jest zasygnalizowanie specyficznych kwestii odnoszących się do pozaformalnych wymagań kompetencyjnych. A. Dupras i P. Rousseau [2007, s. 103] stwierdzają, że profesjonalista podejmujący edukację seksualną powinien posiadać cechy osobowe, takie jak opanowanie i autentyczność. Winien przygotowywać się do swojej roli przez pracę nad sobą, zmierzającą do uwolnienia się z poczucia lęku, jeśli takiego doświadcza, określenia swoich ideałów, postaw i wartości dotyczących seksualności ogólnej oraz własnej płciowości. Jako profesjonalista jest zdolny do przeprowadzenia projektów, dyskusowania ich zasad; organizowania, zarządzania, oceniania i dostosowywania. Powinien posiadać umiejętność oceny sytuacji, podejmowania decyzji, realizowania działań w celu zapobiegania zagrożeniom oraz promowania spełnienia w sferze erotycznej.

Kwestia uporządkowania własnych postaw wobec seksualności, przede wszystkim w sensie ich uświadomienia na tle określonego kontekstu znaczeniowego w życiu osobistym i zawodowym, jako podstawowego warunku podjęcia celowych działań związanych z edukacją seksualną podopiecznych, jest poruszana przez wielu autorów [m.in. L. Fegan i in., 1993, s. 4; 15; D. Krzywicka, 1994, s. 17]. Świadomość własnych wartości i postaw w stosunku do seksualności pozwala uzyskać wgląd w sposoby ich ujawniania w kontekście interpersonalnym oraz zwiększyć możliwość zaakceptowania ich odmienności wyrażanej przez inne podmioty relacji wychowawczej [L. Fegan i in., 1993, s. 98].

Zakres kompetencji, których należy oczekiwać od osoby realizującej edukację seksualną, przedstawia E. Grigg [1997, s. 64]: 1) prawdziwa i szczerza troska (zainteresowanie) o innych; 2) znajomość podstawowych faktów z zakresu seksualności oraz zaangażowanie w doskonalenie zawodowe; 3) akceptacja zarówno płciowości własnej, jak i innych; 4) wrażliwość i szacunek wobec poglądów innych; 5) umiejętności komunikowania się, przekazywania

informacji za pomocą różnych metod i środków; 6) wiedza na temat podstaw budowania programów; 7) postawa współpracy; 8) postawa zawodowa, która chroni uczniów przed wszelkimi formami wykorzystania; 9) poufność wszelkich osobistych informacji uzyskanych w toku pełnionej roli; 10) umiejętność rozpoznawania tych kwestii, które wymagają profesjonalnego wsparcia przekraczającego kompetencje edukatora.

Do wymienionego zestawu kompetencji należy dołożyć postawę proaktywną specjalistów [por. M. H. De Almeida Reis, D. G. Vilar, s. 2006, s. 186], którą uzasadnia istota celów edukacji seksualnej. Postawa proaktywna to taka, która wyraża się w podejmowaniu działań uprzedzających wobec pewnych zjawisk, w tym przypadku dotyczących sfery seksualnej jednostek z niepełnosprawnością. W jej istocie wyraża się profilaktyka. Jest przeciwieństwem postawy reaktywnej, która ujawnia się w działaniach o charakterze naprawczym i korygującym, podejmowanych w sytuacji pojawienia się problemów.

W postulowanych kompetencjach osoby realizującej edukację seksualną zwraca się uwagę na nieuchronną konieczność profesjonalnej współpracy, co jest warunkiem efektywności poczynań. Zakres i charakter treści, które powinny być realizowane w ramach edukacji seksualnej, może przekraczać zasób wiedzy, jaką dysponuje pedagog specjalny i jest to uzasadnione [L. Fegan i in., 1993, s. 5]. Edukacja seksualna obejmująca dzieci i młodzież wymagała zgody opiekunów prawnych. Zgoda ta była traktowana w przepisach prawa oświatowego jako niezbędny warunek realizacji określonych przedmiotów. Udział rodziców/opiekunów nie może jednak ograniczać się do względów natury formalnej, powinien być poszerzony o ich współpracę w procesie edukacji [por. D. Walcott, za L. Sheppard, 2006, s. 124]. Zasadność współpracy specjalistów i bezpośrednich opiekunów, stanowiąca istotę procesu kształcenia, w tym przypadku jest oparta na wielu ważnych argumentach, między innymi stwierdzających, iż:

1. Środowisko życia, w tym zwłaszcza rodzina, pozostaje źródłem najistotniejszych doświadczeń dla kształtowania seksualności jednostki.

2. Edukacja seksualna ma charakter procesu, w takim znaczeniu zdobywane w jej ramach doświadczenia mają charakter ciągły i systematyczny. Instytucjonalne warunki kształcenia nie są wystarczające do jej realizacji.

3. Pomyślność edukacji seksualnej w dużej mierze zależy od spójności oddziaływań i ich stałości, co jest szczególnie istotne w kontekście niepełnosprawności intelektualnej. Ważne jest zatem, aby postawy i sposoby wartościowania pewnych zjawisk związanych z seksualnością człowieka były spójne w swym charakterze u rodziców/opiekunów oraz specjalistów.

Dla charakteru edukacji seksualnej ważny jest kontekst społeczno-kulturowy. Podlega ona działaniu społecznych norm i indywidualnych systemów wartości. Uwarunkowaniom tym poświęcono wiele miejsca w rozdziale pierwszym niniejszej pracy. Jak zaznaczono, edukacja musi mieć osadzenie w wartościach i normach, jeśli jest ich pozbawiona, staje się zwykłym treningiem, łatwo ulega wypaczeniu i może prowadzić do naruszania dobra osobistego jednostki. B. Spiecker [1992, s. 70] przyznaje jej miejsce w ramach ogólnej edukacji moralnej. Według autora, który zajmował się między innymi kwestiami etycznymi w zakresie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, edukacja seksualna powinna być rozumiana jako pokazywanie znaczenia zasad moralnych w relacjach erotycznych. Niezbędnym warunkiem miłości erotycznej i seksualnej relacji jest koncepcja osoby, oznaczająca autonomiczne traktowanie i respektowanie decyzji, uczuć i działań drugiego człowieka. Wdrażanie tej zasady moralnej jest istotą edukacji seksualnej [B. Spiecker, 1992, s. 72]. J. Fay i S. Gordon [1989, s. 211] zaznaczają, że kwestii moralnych nie da się rozdzielić od tej edukacji. W rzeczywistości są one jej podstawą. Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że spory ideologiczne, odwołujące się do różnych systemów moralnych, mogą rodzić znaczne trudności nie tylko w optymalnej jej realizacji, ale nawet pozostawać u podstaw sprzeciwu wobec wprowadzania tej edukacji, o czym wcześniej nadmieniono.

Konstruktywna edukacja seksualna oparta jest na wartościach ogólnoludzkich, których uświadomienie i przestrzeganie jest niezbędnym warunkiem realizacji potrzeb w kontekście społecznego funkcjonowania. Decyzje dotyczące życia seksualnego powinny być budowane na godności, równości i wartości każdego człowieka. Podejmowanie seksualnej aktywności powinno się odnosić do wartości odpowiedzialności, zwłaszcza w perspektywie rodzicielstwa. Dzieci i młodzież muszą mieć prawo do wyrażania swojego zainteresowania sferą seksualną i jego ukierunkowywania. Osoby zajmujące się edukacją seksualną muszą być kompetentne i powinny spełniać wysokie standardy etyki zawodowej. Wreszcie, w społeczeństwie pluralistycznym istnieje miejsce na wyrażanie i respektowanie szerokiej rangi wartości i przekonań w zakresie tej sfery funkcjonowania człowieka [P. Scales, za J. Fay, S. Gordon, 1989, s. 213].

Edukacja seksualna uwikłana jest w kontekst osobistych doświadczeń, pozytywnych bądź negatywnych, posiadanej wiedzy (mającej genezę w potocznych przekonaniach bądź naukowych źródłach), wartości przekazanych w rodzinie pochodzenia, norm moralnych i religijnych, stereotypów i uprzedzeń [M. J. Kehily, 2002, s. 219 i n.; I. Gursimsek, 2010, s. 83; J. Vanier, 2010,

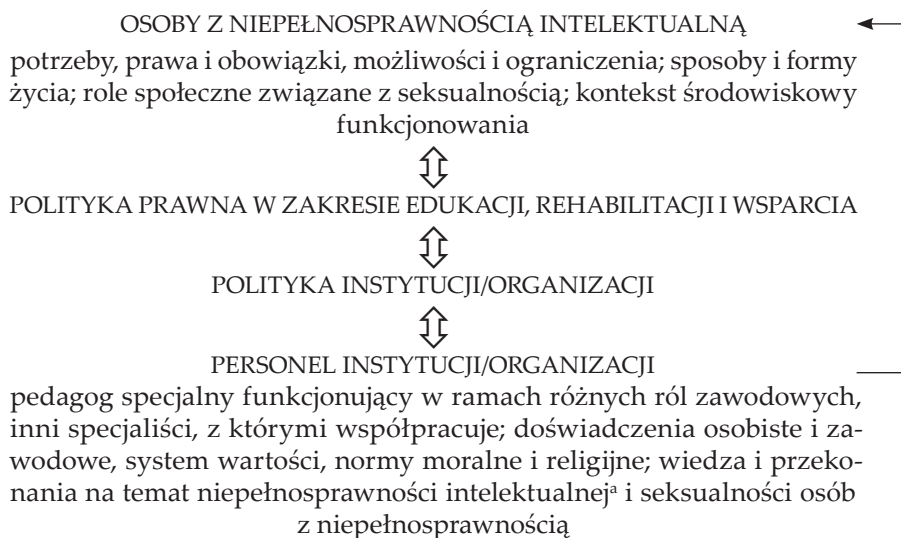
s. 73–74]. Wymienione czynniki mają znaczenie dla interpretowania ogólnych ram programowych (jeśli istnieją), ich uszczegółowienia oraz sposobów realizacji. Mogą prowadzić do pomijania wielu istotnych kwestii (np. zagadnienia dotyczącego odmiennych orientacji seksualnych czy nietypowych zachowań w tej sferze, [por. J. Fay, S. Gordon, 1989, s. 213]) lub nawet ich swoistego wypaczania, tj. takiego obrazowania, które ma charakter stronniczy, a nie obiektywny i wieloaspektowy [D. Berger i in., 2008, s. 4–5]. Uznanie seksualności jako wartości w życiu człowieka, posiadanie w tym zakresie racjonalnej wiedzy, pozbawionej stereotypów i uprzedzeń, stwarza większy komfort psychiczny, daje poczucie bezpieczeństwa, zwiększa motywację do podejmowania działań wspierających względem innych [L. Ramiro, M. Gaspar de Matos, 2008, b. s.]. W edukacji seksualnej, podobnie jak i innej, niezbędne jest oddzielenie moralności od moralizatorstwa. Bycie moralnym oznacza życie zgodnie z wyznawanymi zasadami oraz nienaruszanie praw innych. Postawa moralizatorska ujawnia się w narzucaniu własnych zasad moralnych innym, w niedopuszczaniu różnic w poglądach, w braku przyzwolenia na dialog [J. Fay, S. Gordon, 1989, s. 211].

Obok kwestii normatywno-wartościujących dotyczących seksualności człowieka, należy zwrócić uwagę na znaczenie postaw specjalistów wobec płciowości osób z niepełnosprawnością intelektualną jako na czynnik wspierający bądź ograniczający ich edukację seksualną. Negatywne ustosunkowanie wobec tej sfery, wyrażające się w braku akceptacji dla jej przejawów bądź też deseksualizacji jednostek niepełnosprawnych, bywa przyczyną zaniechania edukacji. Rozpowszechniane mity głoszące konieczność powstrzymywania się od działań wspierających tę sferę, ze względu na możliwość „jej rozbudzenia”, traktujące edukację jako „zachętę” do seksualnej rozwiązłości, odsuwające ją w czasie, z uwagi na „zbyt wczesny wiek” uczestników, czy też wyrażające przekonanie o zbędności wysiłków ze względu na ograniczenia poznawcze niepełnosprawnych intelektualnie [L. Fegan i in., 1993, s. 98; D. Krzywicka, 1994, s. 20–23; B. Heyman, S. Huckle, 1995, s. 146], są swoistym uzasadnieniem niezdolności i braku motywacji specjalistów oraz rodziców. Niezbędnym warunkiem podejmowania edukacji seksualnej, jako jednego z elementów procesu wsparcia niepełnosprawnych intelektualnie, jest autentyczne przekonanie o pozytywnym znaczeniu płciowości w życiu tych jednostek oraz dostrzeganie jej jako immanentnego elementu ich funkcjonowania [A. Swango-Wilson, 2010, s. 162].

Współczesne założenia edukacji i rehabilitacji wymagają zmiany postaw specjalistów i charakteru ich podejścia wobec osób z niepełnosprawnością,

o czym wcześniej pisano. Rzeczą dotyczy przeformułowania stosunku protekcyjnego, paternalistycznego, dla którego charakterystyczna jest przedmiotowość i nierównowaga podmiotowa w relacji wsparcia, wyrażająca się w przewadze specjalisty w kwestii decydowania i odpowiedzialności za ostateczny kształt procesu edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Wymagana jest taka zmiana relacji, w której osoba z niepełnosprawnością, na miarę możliwości i ograniczeń (których jakość zależy od charakteru tej relacji), współuczestniczy. Mając możliwość ujawniania swoich potrzeb, staje się przynajmniej częściowo podmiotem sprawczym w ustalaniu dróg i sposobów ich realizacji.

Porządkując kwestie formalne i merytoryczne w zakresie edukacji seksualnej, można zaproponować następujący jej schemat, obrazujący określone zależności i zakładający pożądany (optymalny) charakter ich przebiegu:



Schemat 3. Hierarchia organizacji edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością

^a Na temat jej istoty, sposobów rozumienia, wspierania.

Źródło: opracowanie własne.

W powyższym schemacie sugeruje się, aby działania związane z edukacją seksualną były wynikiem realnych potrzeb, wynikających z oceny funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną, z uwzględnieniem jego środowiskowego kontekstu. Rola pedagoga specjalnego realizowana jest tutaj w ujęciu systemowym, tj. uwzględniającym konieczność współdziałania z innymi podmiotami oraz podlegania określonym czynnikom.

* * *

Edukacja seksualna ograniczana najczęściej do formalnego zakresu kształcenia uczniów, w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie powinna być postrzegana w szerszym wymiarze – jako proces wsparcia całonocnego, dostosowanego do potrzeb, możliwości i ograniczeń, zmierzający do optymalizacji potencjału jednostki, w tym kierunku, aby mogła ona realizować swoje potrzeby seksualne w społecznie akceptowany sposób (również przez realizację cenionych ról społecznych), a jednocześnie dzięki temu zyskiwała wyższe poczucie jakości życia. Rozumiana w kategoriach procesu, edukacja ta nie ogranicza się w konsekwencji do określonego środowiska życia, wymaga także odpowiedzialnego współdziałania osób reprezentujących różne formy wsparcia, zarówno instytucjonalne, jak i pozainstytucjonalne. Pedagog specjalny działający w ramach wielu form tego wsparcia, najczęściej odnoszących się do okresu rozwoju jednostki oraz jej obowiązkowego kształcenia, odpowiada za ich optymalny przebieg. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, jako element tego rozwoju, powinna pozostawać w zakresie jego zawodowego zainteresowania. Wsparcie płciowości jednostek z upośledzeniem musi się opierać na zasobach kompetencyjnych oraz strukturalno-organizacyjnych. W obszarze tych pierwszych należy rozważyć zarówno wiedzę i umiejętności, jak i postawy oraz sposoby wartościowania niepełnosprawności i seksualności człowieka, wynikające z różnych podstaw moralnych.

2. Kompetencyjne uwarunkowania działalności pedagogów specjalnych

2.1. Zakres kompetencji pedagoga specjalnego

Przedmiotem podejmowanych tu analiz są kompetencje zawodowe pedagoga specjalnego, rozumiane jako „pewnego rodzaju zdolność do wykonywania powierzonych zadań, zgodnie z przyjętymi dla tychże zadań standardami, stanowiące określoną strukturę poznawczą złożoną z umiejętności, wiedzy, dyspozycji i postaw” [J. Szempruch, 2001, s. 112].

Literatura pedeutologiczna dostarcza bogatego materiału teoretycznego i empirycznego pozwalającego określić kompetencyjne wymagania stawiane

pedagogom. Charakter dotyczących ich refleksji, zdaniem A. Kotusiewicz [za A. Karłyk-Ćwik, 2009, s. 68 i n.], można uporządkować w trzy nurty: osobowy, metodologiczny oraz krytyczny. Przedstawiciele nurtu osobowego dążyli do opracowania pewnego modelu pedagoga, wyrażającego pożądane dla niego właściwości indywidualne, przede wszystkim osobowościowe. Nurt metodologiczny akcentował praktyczny wymiar zawodowego funkcjonowania, stawiając pytanie o jakość i poziom kompetencji, w ścisłym ich powiązaniu z realizacją konkretnych zadań. Nurt krytyczny, powstały na bazie zmian postmodernistycznych oraz ich edukacyjnych konsekwencji, akcentuje kategorię dialogu, namysłu oraz tych kompetencji osobistych, które pozwalają wyjść poza rzeczywistość zastaną [A. Karłyk-Ćwik, 2009, s. 68 i n.].

Wydaje się, że wskazane nurty refleksji pedeutologicznej znajdują swoje zastosowanie również do pedagogów specjalnych. M. Sekułowicz [2002, s. 58] pisze, że „kompetencje pedagogów specjalnych nie powinny różnić się zasadniczo od kompetencji pozostałych nauczycieli”. Można zgodzić się z tym założeniem pod warunkiem, że „wspólnota kompetencji” będzie dotyczyć jedynie ich podstawowych elementów, o czym zresztą wspomina dalej cytowana autorka. Zakres ról i wynikających z nich zadań jest w przypadku pedagoga specjalnego (oligofrenopedagoga) znacznie szerszy, niż ma to miejsce u nauczyciela (o czym wcześniej pisano).

Kompetencje pedagogów specjalnych, w proponowanych ujęciach różnych autorów, zostaną zreferowane z zastosowaniem wyżej określonych nurtów refleksji pedeutologicznej, ale z odwróceniem ich kolejności chronologicznej. Zmiana paradygmatów ujmujących istotę niepełnosprawności wraz ze sposobami wsparcia, edukacji i rehabilitacji zwiększa potrzebę posiadania kompetencji, wyrażających się w krytycznym podejściu wobec rozwiązań zastanych, a postulowaniu oraz wdrażaniu takich, które pozostaną wobec nich konkurencyjne. W tym nurcie, określonym mianem krytycznego, będą się mieścić takie grupy kompetencji, jak komunikacyjne; autonomiczne i autokreacyjne [T. Oleńska-Pawlak⁶, 1996, s. 60]; komunikacyjne, pojmowane jako skuteczność zachowań językowych w sytuacjach edukacyjnych; współdziałania, wyrażające się w skutecznych działaniach prospołecznych i sprawnych poczynaniach integracyjnych, wymagające umiejętności współpracy z innymi specjalistami oraz rodzicami; informatyczne, pozwalające wykorzystywać technologie informatyczne oraz pomoce techniczne, wspierające proces edukacji uczniów

⁶ Autorka nie dokonuje ich opisu, skupiając się na sposobach ich kształtowania w procesie przygotowania przyszłych pedagogów specjalnych.

z niepełnosprawnością; moralne [MEN, za A. Korzon, 2008, s. 52–54] oraz interpretacyjne, definiowane jako „ten rodzaj doświadczenia (wartości, wiedza i umiejętności), który umożliwia czynienie świata zrozumiałym”, w stosunku do działalności pedagogicznej pozwalający na formułowanie celów i metod działania oraz definiowanie czynników ograniczających i wspomagających jego realizację [A. Olszak, 2001, s. 280–281].

Szeroki zakres kompetencji pedagoga specjalnego pracującego z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie określa H. Łaś [1999, s. 151]. Znajdują w nim odzwierciedlenie oczekiwania formułowane współcześnie, poszerzające w sposób istotny zakres zadań przedstawicieli tego zawodu. Zgodnie z koncepcją autorki, osoba pracująca z wymienionymi podmiotami powinna posiadać wszechstronną wiedzę z zakresu niepełnosprawności (tj. przyczyn, skutków, możliwości profilaktyki i rehabilitacji); umiejętność stawiania diagnozy pedagogicznej i projektowania działań rehabilitacyjnych; umiejętność współdziałania z podmiotami ze środowiska życia niepełnosprawnych (szczególnie członkami rodziny); podejmowania działań zmierzających do kształtowania pozytywnych postaw społecznych wobec tej grupy; ponadto powinna ujawniać potrzebę doskonalenia profesjonalnego. Wśród postulowanych kompetencji warto wyróżnić umiejętność dynamizowania podmiotów w celu uruchamiania procesów autorewalidacji i autokreacji, kluczowej dla realizowania idei *self-advokatury* i *empowermentu*. Należy również podkreślić aspekt wiedzy, racjonalnej i wszechstronnej, która nie byłaby „zamknięta w opisie osoby niepełnosprawnej”, a zatem nie narzucałaby schematów, gotowych ocen przesądzających o możliwościach i ograniczeniach [A. Krause, 2004, s. 171]. Zastosowanie tej wiedzy w kategoriach wstępnej orientacji prowadzącej do poszukiwania istoty funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością wydaje się stanowić jedną z kluczowych kompetencji pedagoga specjalnego.

S. Sadowska [2005, s. 191–192], charakteryzując pożądaną proces przygotowania nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością, wskazuje na konieczność kształtowania: wrażliwości na potrzeby innych, wiedzy, umiejętności krytycznego oceniania zastanych rozwiązań z zakresu edukacji, realizującej ideę tolerancji i zrozumienia dla INNYCH; umiejętności krytycznego oceniania własnej pracy i jej postrzegania w szerszym kontekście środowiska życia niepełnosprawnych; wychodzenia ponad rozwiązania zastane; umiejętności realizowania działań mających na celu rozwijanie społecznych postaw akceptacji i szacunku wobec osób z niepełnosprawnością.

W poprzednim podrozdziale zwrócono uwagę na konieczność zmiany paternalistycznego podejścia względem osób z upośledzeniem umysłowym,

które z jednej strony wynika z tradycyjnego postrzegania ich jako bezradnych i zależnych, z drugiej generuje i podtrzymuje te cechy. Zróżnicowanie potrzeb, możliwości i ograniczeń tych jednostek sprawia, że zakres opieki i ochrony, jakiej potrzebują, powinien pozostawać na różnym poziomie. Wymaga to zrównoważenia bliskości, serdeczności i empatii oraz dystansu, który pozwoli na ocenę realnych potrzeb [por. L. Witkowski, 1994, s. 197–198].

W nurcie refleksji pedeutologicznej, określanym mianem metodologicznego, mieszczą się zwłaszcza te propozycje, które odwołują się do konkretnych środowisk działalności zawodowej pedagoga specjalnego.

J. Wyczesany [1996, s. 51–52] zakłada niezbędność takiego jego przygotowania, w którym zostaną uwzględnione potrzeby różnych środowisk, w jakich on funkcjonuje, zarówno szkolnych, jak i pozaszkolnych. Wymaga to budowania zasobu wiedzy i umiejętności z zakresu profilaktyki, diagnozy, usprawniania i kompensowania.

Analizowany nurt występuje najczęściej⁷ w literaturze obcej. Spotyka się tutaj tendencję do analizowania kompetencji nauczycieli w kontekstach szczegółowych, np. z uwzględnieniem poziomu edukacji [por. W. J. Younie, G. M. Clark, za H-K. Ho, 1990 oraz H-K. Ho, 1990], stopnia niepełnosprawności intelektualnej [T. Russo, N. B. Stark, za H-K. Ho, 1990, s. 3–4], rodzaju niepełnosprawności uczniów [T. Sheu; L. Carri, za H-K. Ho, 1990, s. 5], czy też formy edukacji [por. S. DeFur, J. M. Taymans, 1995; M. Dingle i in., 2004]. Przykładowo M. Dingle i współautorki [2004, s. 43–44] określiły na podstawie badania pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych zakres kompetencji istotnych w kształceniu integracyjnym, wspólnych dla obu grup i specyficznych dla każdej z nich. S. DeFur i J. M. Taymans [1995], w oparciu o badania specjalistów zajmujących się kształceniem oraz rehabilitacją zawodową, zdefiniowali kompetencje ważne we wspieraniu osób z niepełnosprawnością w uzyskaniu pracy zawodowej. Podobne analizy, zwłaszcza w stosunku do edukacji integracyjnej, dokonane zostały na gruncie polskim [por. A. Zamkowska, 2008, s. 80 i n. – przegląd propozycji i badania własne]. Wykazy kompetencji postulowanych w formalnym przygotowaniu specjalistów pracujących z osobami z niepełnosprawnością, mające różny poziom ogólności, są określane w dokumentach instytucji i organizacji zajmujących się edukacją i rehabilitacją (np. [The Council for Exceptional Children: Common Core Knowledge and Skills Essential for All Beginning Special Education Teachers, <http://deafed.net/activities/ixb3.htm>;

⁷ Wiele badań dotyczących problematyki kompetencji pedagogów specjalnych, mieszczących się w nurcie osobowościowym, powstało w latach 70. (por. przegląd A. Olszak [2001]).

Vermont Department of Education: "Clustered" Competencies for Intensive Special Education Teachers, <http://education.vermont.gov>]).

Zmiana schematu wsparcia niepełnosprawnych, powiązana z uwzględnianiem ich możliwości życiowych, musi znaleźć odzwierciedlenie w kompetencjach specjalistów, którzy mają to wsparcie realizować. Projekt określający zestaw kompetencji niezbędnych w sektorze pracowników zajmujących się świadczeniem wsparcia (*Community Support Skill Standards*) obejmuje: *empowerment* w stosunku do uczestników, komunikowanie się, umiejętność oceniać, budowania sieci działań społecznych i usługowych, udostępnianie usług; umiejętności w zakresie edukacji, szkolenia i motywowania do samorozwoju, adwokaturę, umiejętność realizacji wsparcia zawodowego, edukacyjnego, interwencję kryzysową i prewencję, współdziałanie, umiejętność dokumentowania. Kompetencje te mają być fundamentalne dla wspierania osób z niepełnosprawnością w ich społecznym funkcjonowaniu, a zatem istotne w realizacji ery uczestnictwa [A. Gerowitz, 2007, s. 115].

To pragmatyczne podejście ma swoją wartość empiryczną (zwłaszcza w aspekcie optymalnej organizacji środowiska), ale należy je traktować jako komplementarne w stosunku do tych, które mieszczą się w nurcie osobowym oraz krytycznym.

Trzeci nurt – osobowy – najszerzej reprezentowany w literaturze przedmiotu, w dużej mierze czerpie podstawy z refleksji pedagogów specjalnych (zwłaszcza M. Grzegorzewskiej). Twórcy pedagogiki specjalnej stawiali pytanie o zasadność wyróżniania jako specyficznej osobowości pedagoga specjalnego. Zarówno M. Grzegorzewska, jak i H. Borzyszkowska [za Cz. Kosakowski, 1996, s. 32; 36] nie dokonywały w tym zakresie różnicowania. H. Borzyszkowska postulowała jednak, aby zakres kompetencji osobowościowych tego specjalisty poszerzyć o dodatkowe, wynikające z kontekstu zawodowego. Rozważając w modelu pedagoga specjalnego jego umysłowość, moralność oraz humanizm społeczny, wskazała na specyficzne własności, takie jak: specjalny stosunek do osoby niepełnosprawnej, wnikliwość i dociekliwość poznawczą, zrozumienie istoty indywidualności podmiotu, poczucie odpowiedzialności, umiejętność nawiązywania kontaktu i optymizm pedagogiczny [za Cz. Kosakowski, 1996, s. 36–37]. Wydaje się, że wyróżnione właściwości nie mają charakteru specyficznego, traktowanie ich w takich kategoriach dotyczy przede wszystkim ich znaczenia, a nie występowania. Są to bowiem cechy, których oczekujemy od każdego pedagoga. W tabeli 6 na podstawie literatury przedmiotu, dokonano zestawienia kompetencji osobistych, sugerowanych jako istotne w zawodowym funkcjonowaniu pedagoga specjalnego (oligofrenopedagoga).

Tabela 6. Kompetencje osobiste pedagoga specjalnego

Autor, źródło	Proponowane kompetencje (dyspozycje, postawy, wartości)
modele postulatywne (semantyczne) [za A. Karłyk-Ćwik, 2009, s. 80], normatywne J. Pańczyk (red.) [1991, s. 92]	głęboki humanitaryzm ujawniający się w uznaniu podmiotowości osoby z niepełnosprawnością, empatia, dojrzałość emocjonalna
K. Plutecka [2006, s. 62 i n.]	wyłonione z proponowanych paradygmatów osobowościowych (człowieczeństwa, autorytetu wyzwalającego, samokształcenia, poczucia odpowiedzialności, pomocy pomagającemu, samoaktualizacji): dobroć, życzliwość, autentyczność oraz spójność poglądów i działań; wiarygodność, akceptacja, empatia; twórczość i refleksyjność; potrzeba samoaktualizacji; odpowiedzialność; umiejętność rozwiązywania konfliktów etycznych i konfliktów związanych z hierarchią wartości; kreatywność, twórczy krytycyzm
A. Korzon [2008, s. 52], funkcjonowanie pedagoga specjalnego w kontekście integracyjnym	walory moralne: opanowanie, zrównoważenie, zdyscyplinowanie, odpowiedzialność zawodowa; humanizm społeczny jako wyraz pozytywnego stosunku do dzieci i młodzieży, będący wypadkową jego wiedzy i wartości moralnych
M. Sekułowicz [2008, s. 86], rozważania wykorzystujące propozycję S. Korczyńskiego opisującą obraz pedagoga	refleksyjność i plastyczność myślenia, będące warunkami twórczego nauczania; świadomość pełnionej roli i odpowiedzialności; roztropność w formułowaniu sądów i opinii na temat osób z niepełnosprawnością; cierpliwość i wytrwałość; autentyczność; poczucie sprawiedliwości; zdolność rozumienia niepełnosprawności; wczuwania się w potrzeby niepełnosprawnych; odporność na trudności, umiejętność zaradcze; zdolność adaptacji do wymagań zmieniającej się rzeczywistości zawodowej i pozazawodowej
J. Wyczesany [2008, s. 32], rozważania dotyczące charakterystyki pedagoga specjalnego w roli terapeuty	empatia, umiejętność wsparcia, autentyczność, bezpośredniość
modele empiryczne (izomorficzne) [za A. Karłyk-Ćwik, 2009, s. 80], normatywne i realizujące H-K. Ho [1990, s. 8 i n.], badania z udziałem nauczycieli osób z upośledzeniem umysłowym R. E. Shores i in. [za H-K. Ho, 1990, s. 2], badania z udziałem pedagogów specjalnych A. Nogaś, J. Wyczesany [1995, s. 218–219], badania z udziałem nauczycieli pracujących	wymagania i realizujące sympatyczność, przyjazność, wielość uzdolnień, entuzjazm, intelektualna wyjątkowość, dojrzałość, samozaufanie, gotowość do podejmowania odpowiedzialności inicjatywa, wrażliwość, wysoki poziom tolerancji na frustrację, inteligencja, stabilność emocjonalna, odpowiedzialność, pozytywne postawy wobec dzieci, otwarty umysł cierpliwość, spokój i opanowanie, życzliwość, optymizm, opiekuńczość, tolerancja, empatia, zdolność rozumienia innych, ciepło, wyrozumiałość, serdeczność, konsekwencja, akceptacja,

z osobami z głębszym stopniem upośledzenia	osób z niepełnosprawnością, wytrwałość, stanowczość, łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi, dobroć, inwencja, poczucie własnej wartości, motywacja do samodoskonalenia poczucie humoru, wrażliwość, gotowość pomocy innym
A. L. Scheuer [za A. Olszak, 2001, s. 45–46], badania z udziałem nauczycieli pracujących z uczniami z zaburzeniami emocjonalnymi	„autentyzm”, tj. zgodność obrazu siebie z zachowaniem (uczciwość, bezpośredniość, bezpretensjonalność); „rozumienie empatyczne”, tj. „zdolność do prawdziwego doświadczania wewnętrznego świata uczniów oraz wyczuwania afektywnej intensywności ich uczuć” (s. 43); „stopień zainteresowania”, wyrażany wobec uczniów, tj. pozytywne zainteresowanie wraz z szacunkiem, ciepłem, sympatią, docenianiem i innymi pozytywnymi reakcjami; „bezwątkowość zainteresowania”, tj. stopień stabilności emocjonalnych reakcji wobec uczniów
A. Olszak [2001, s. 193–194; 198 i n.], badania z udziałem pedagogów specjalnych o różnych specjalnościach (m.in. oligofrenopedagogów)	postawy pedagogiczne: komponent emocjonalny (miłość, życzliwość, serdeczność wobec uczniów; zaangażowanie zawodowe i identyfikacja z zawodem, akceptacja uczniów, poczucie autonomii i równowaga uczuciowa, wysoka empatia), poznawczy (specjalistyczna wiedza z zakresu specjalności; umiejętności pedagogiczne i psychologiczne w zakresie rehabilitacji; znajomość możliwości uczniów i poszanowanie ich praw) i behawioralny (działania zawodowe wobec ucznia o charakterze kompleksowym, stanowczość i konsekwencja, sumienność, energia, bezinteresowność, mobilizacja uczniów); hierarchia wartości: preferencja wartości humanistycznych (społecznych, artystycznych, teoretycznych, religijnych, moralnych)
Cz. Kosakowski [2003, s. 172 i n.], badania z udziałem nauczycieli ze szkół ogólnodostępnych	postulowane cechy osoby pracującej z niepełnosprawnymi intelektualnie: cierpliwość, łagodność, wyrozumiałość, miłość, sympatia, oddanie, konsekwencja, stanowczość, wiedza, kompetencje, inteligencja, pogoda ducha, wiara w to, co się robi, odporność na niepowodzenia
A. Korzon [2008, s. 37], badania z udziałem nauczycieli ze szkół specjalnych oraz studentów pedagogiki specjalnej	akceptacja, opiekuńczość, tolerancja, otwartość, partnerstwo, sympatia wobec uczniów, przyjazne traktowanie, cierpliwość, życzliwość, wytrwałość, zrównoważenie
E. Minczakiewicz [2008, s. 202], badania pedagogów specjalnych	otwartość na ludzi, życzliwość, dobroć, wyrozumiałość, cierpliwość, intuicja, dobre wyczuwanie problemów życiowych, poczucie humoru, zdolności menadżerskie, kreatywność w działaniu, zaradność życiowa
S. G. Soullis [2009 (abstract)], badania pedagogów specjalnych pracujących w przedszkolach i żłobkach dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną	cechy efektywnego nauczyciela: miłość do dzieci, kompetentne przygotowanie i stały rozwój zawodowy, profesjonalizm i zaangażowanie, umiejętności efektywnego komunikowania się, uporządkowana osobowość

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

Obraz osobowości pedagoga specjalnego, będący efektem rozważań teoretycznych oraz empirycznych dociekań, jawi się jako pewien postulowany wzór. Charakter i zakres formułowanych tu oczekiwań, choć słuszny, wydaje się trudny do spełnienia. Pisze o tym A. Karłyk-Ćwik [2009, s. 79], wskazując na rozbieżności między teoretycznymi postulatami określającymi role i kompetencje pedagogów (modelami normatywnymi) a praktycznym obrazem ich funkcjonowania (modelami realizującymi).

2.2. Empatia w zawodowym funkcjonowaniu pedagogów

W grupie wielu wymienianych kompetencji osobowościowych znajdują się takie, które mogą być przedmiotem celowych oddziaływań w trakcie zawodowego przygotowania specjalistów [por. P. Majewicz, 2008, s. 26 i n.]. Do tego typu kompetencji należy empatia. Pozostaje ona jednym z trzech warunków kluczowych dla podejścia skoncentrowanego na osobie, zmierzającego między innymi do budowania samoakceptacji jednostki z niepełnosprawnością i jej zdolności do samookreślenia. Pozostałe warunki, obok empatii, to: szczerłość i autentyczność oraz bezwarunkowe pozytywne traktowanie⁸ [D. Thomas, H. Woods, 2003, s. 151]. Koncepcja podejścia skoncentrowanego na osobie jest obecnie konkretyzowana w postaci zaleceń, również formalnych⁹, określanych mianem planowania skupionego na osobie, oznaczającego zmianę „orientacji skoncentrowanej na programie” na opartą o indywidualne wybory i preferencje. Kluczowymi kompetencjami u osób niepełnosprawnych, specyficznymi dla tego podejścia, są: samookreślenie, *self-advokatura*, a płaszczyznami jego realizacji – społeczna inkluzja oraz możliwość podejmowania wyborów [A. Gerowitz, 2007, s. 108–112].

Wielu autorów podkreśla złożoność zjawiska empatii, z czym wiąże się też problem jej teoretycznego i empirycznego ujęcia. Próby zmierzające do wyjaśnienia jej na przestrzeni czasu można określić jako proces przejścia od koncepcji emocjonalnych i poznawczych do ujęcia integralnego, tak w obszarze genezy zjawiska, jak i mechanizmów jego działania. Empatia ujmowana w aspekcie

⁸ Założenia koncepcji określanej mianem podejścia skoncentrowanego na osobie, której twórcą był C. Rogers, wykorzystał w swoich badaniach, cytowanych w tabeli 6, A. L. Scheuer [za A. Olszak, 2001, s. 44–45].

⁹ Przykładem dokumentu, w którym formułuje się tego typu zalecenia, pozostaje White Paper: Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century wydany przez Department of Health UK [za D. Thomas, H. Woods, 2003, s. 156].

emocjonalnym wyjaśniana była jako emocjonalne doświadczanie stanów afektywnych innej osoby [H. Eliaz, 1980, s. 469]. J. Rembowski [1989, s. 57] wśród uznawanych aspektów emocjonalnych empatii wymienił: wrażliwość na uczucia innych, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, czasową identyfikację ze statusem drugiej osoby. Wyjaśniając empatię na poziomie poznawczym, odwoływano się do procesu identyfikacji oraz zdolności podejmowania roli innego podmiotu relacji, w jej istocie akcentując przyjmowanie punktu widzenia drugiego człowieka przez zrozumienie jego myśli, motywów, planów i sposobów działania [H. Eliaz, 1980, s. 471; M. Kaźmierczak, 2006, s. 150].

Integralne podejście do empatii, akcentowane przez współczesnych jej badaczy, zostało wypracowane znacznie wcześniej. W pracy cytowanej H. Eliaz [1980], czy też T. Szmukier [1989], można odnaleźć sposoby wyjaśniania integrujące emocjonalne i poznawcze aspekty. H. Eliaz [1980, s. 477] konceptualizuje empatię jako złożony, poznawczo-emocjonalny proces; reakcję emocjonalną na sytuację innej osoby, która to reakcja jest uruchamiana przez percepcję (lub wyobrażenie sobie) sygnałów wskazujących na znaczenie społecznej interakcji. Za potencjalny mechanizm pośredniczący w formowaniu pobudzenia emocjonalnego autorka uznaje wejście w rolę drugiego człowieka.

A. Węgliński [2010, s. 72] rozumie empatię jako „zdolność psychiczną motywującą jednostkę do szukania bliskości emocjonalnej (więzi) z innymi ludźmi poprzez: 1) syntonię emocjonalną (współdzwięczenie z innymi ludźmi w zakresie przeżyć przyjemnych i przykrych); 2) wczuwanie się w stany psychiczne i przeżycia innych ludzi, rozumienie drugiego człowieka, tak jak gdyby się było tą samą osobą”. Autor, nawiązując do literatury przedmiotu, akcentuje konieczność uzupełnienia zakresu znaczeniowego pojęcia o aspekt wykonawczy (komunikacyjny), czyli zdolność jednostki do werbalizowania, parafrazowania rozumienia uczuć i stanów osoby empatyzującej. Ujęcie tych podstawowych wymiarów, zdaniem Z. Uchnasta [1996, s. 37], pozwala mówić o postawie empatycznej, której aspektami pozostają: 1) wrażliwość oraz reagowanie emocjonalne; 2) poznawanie rozumiejące stanów emocjonalnych i czynności poznawczych innych osób; 3) zachowanie synergistyczne ujawniające się we współdziałaniu z wykorzystaniem informacji z komunikacji interpersonalnej. To rozumienie empatii stanowi wyraz przekroczenia perspektywy intrapersonalnej w kierunku jej interpersonalnego ujmowania.

Traktowanie empatii w kategoriach zjawiska zintegrowanego pod względem emocjonalno-poznawczym nie jest równoznaczne z założeniem o tożsamym znaczeniu komponentów. Struktura empatii, nadająca jej określony typ, może obejmować dominujący aspekt emocjonalny bądź poznawczy, można

zatem wyłonić empatię poznawczo-afektywną oraz afektywno-poznawczą [M. Kliś, J. Kossewska, 2000, s. 8]. W propozycji T. Szmukier [1989, s. 864–865] te „mieszane” typy empatii, określone na podstawie stopnia zaangażowania procesów oraz kolejności ich aktywizacji, należałoby usytuować w środkowych przedziałach pewnego kontinuum, którego krańcami pozostają: empatia emocjonalna i poznawcza.

Poza ujęciami definicyjnymi empatii dostępne są opracowania modelowe, pozwalające w dokładniejszy sposób wyjaśnić jej złożoną istotę. Przykładem takiego ujęcia, wielokrotnie testowanego z udziałem różnych grup, jest propozycja M. Kalliopuski [1992, s. 2 i n.]. Autorka postrzega empatię jako holistyczny proces składający się z komponentów kinestetycznych, fizjologicznych, afektywnych oraz poznawczych. Jej zdaniem podstawą przeżycia empatycznego bądź takiej relacji jest opuszczenie granic własnego Ja, będące warunkiem chwilowej identyfikacji z drugą osobą, ale bez utraty poczucia własnej tożsamości. Po doświadczeniu empatycznym zostają uruchomione procesy na poziomie poznawczym – jednostka dokonuje oglądu tych doświadczeń z dystansu, co pozwala na racjonalną analizę informacji na temat przeżyć innej osoby. Empatyczny proces jest pełny, kiedy podmiot jest zdolny do zakomunikowania tej osobie swoich opinii i wrażeń na temat jej życiowej sytuacji. W zakresie poznawczych komponentów empatii autorka wymienia zarówno przyjmowanie roli drugiego człowieka, jak i rozpoznawanie jego emocji, ich ocenianie i nazywanie. Motywacyjny komponent to przede wszystkim motywacja działań zmierzających do realizacji potrzeb i pragnień innej osoby, u podstaw której pozostaje jej wdzięczność [M. Kalliopuska, 1992, s. 2–3].

Modelowe ujęcie empatii, rozumianej jako dyspozycja, proponuje M. Davis [2001, s. 24]. Koncepcja autora, uwzględniająca osobowe i sytuacyjne czynniki poprzedzające, procesy stanowiące istotę konstruktów oraz skutki intra- i interpersonalne, stanowi teoretyczną podstawę uporządkowania bogatego zasobu analiz realizowanych w obszarze empatii.

Zakres badań dotyczących znaczenia empatii dla zachowania jednostki obejmował między innymi jej relacje z agresją, altruizmem i zachowaniem pomocowym (por. szczegółowy przegląd badań w pracy M. Davisa [2001]), związki z przestrzeganiem zasad moralnych i rozumowaniem dotyczącym tych zasad (M. Hoffman [za M. Kliś, 1998, s. 22]) oraz relacje z postawami interpersonalnymi (tolerancja, respektowanie innych, akceptacja innych i siebie) (badania M. Kalliopuski) [za M. Kliś, J. Kossewska, 2000, s. 14]. Poszukiwania badaczy koncentrowały się ponadto na kwestii osobowościowych korelatów empatii [por. M. Kliś, J. Kossewska, 1996; M. J. Kliś, 1997]. Zasoby literatury

obcojęzycznej w dostępnych bazach (EBSCO, SCIENCE and DIRECT) są bogate w opracowania poświęcone jej znaczeniu w realizacji profesji związanych z pomocą, w tym w zawodach pielęgniarek, lekarzy, psychologów, pracowników społecznych, terapeutów, prawników oraz studentów przygotowujących się do pracy w wymienionych specjalizacjach [m.in. U. Holm, 2002; M. Pugh, A. Vetere, 2009; J. Winseman i in., 2009; R. Elliot i in., 2011; I. Gallacher, 2011; P. Nunes i in., 2011; J. E. Paulsen, 2011]. Charakter zadań realizowanych przez pedagogów specjalnych w ramach podejmowanych ról zawodowych pozwala założyć, że wiele z tych ustaleń empirycznych może mieć zastosowanie do nich. Pedagog podejmuje nie tylko zadania edukacyjne związane z funkcjonowaniem w środowisku szkoły, ale również rehabilitacyjne oraz wspierające. Podmiotami działalności pedagogów specjalnych pozostają często jednostki z poważnymi ograniczeniami w stanie zdrowia i sprawności, takie, które mają małe możliwości wyrażania własnych potrzeb i preferencji. Posiadanie empatycznych zdolności jest jednym z warunków etycznego działania, zmierzającego do uzyskania równowagi między koniecznością podejmowania określonych decyzji przez pedagoga a poszanowaniem autonomii jednostek z niepełnosprawnością. Empatia w zawodach związanych z rehabilitacją jest warunkiem takiego dążenia do autonomii i niezależności osób niepełnosprawnych, które uwzględnia w sposób istotny ich indywidualne uczucia, wartości i doświadczenia [S. T. Wegener, 1996, s. 13–14].

Badania poświęcone znaczeniu empatii w zawodowym funkcjonowaniu pedagogów specjalnych są ograniczone zarówno na gruncie polskim [por. M. Kliś, J. Kossewska, 1996; 1998; 2000, J. Kossewska, 2000; A. Olszak, 2001; L. Bobkowicz-Lewartowska, 2009], jak i obcym [G. Luna, C. Medina, 2001]. Przeprowadzone analizy obejmowały zarówno ustalenie poziomu empatii w wymiarze emocjonalnym i poznawczym, jak też jej powiązania z różnymi aspektami osobistego i profesjonalnego funkcjonowania.

M. Kliś i J. Kossewska [2000, s. 44] wykazały, że empatia u nauczycieli ze szkół specjalnych ma pozytywne znaczenie dla kształtowania przychylnych postaw wobec integracji. Pełni ponadto rolę prewencyjną w stosunku do ich wypalenia zawodowego, a jej działanie w tym względzie można określić mianem bezpośredniego lub pośredniego [A. Nogaś, J. Wyczesany, 1995, s. 224–225; M. Kliś, J. Kossewska, 1996, s. 6; 1998, s. 129 i n.; 2000, s. 64]. Ustalone powiązania różniły się w aspekcie kierunku i siły w zależności od rodzaju empatii (emocjonalna/poznawcza) oraz wskaźnika wypalenia zawodowego. Wykazano między innymi, że empatia pozostaje w pozytywnej zależności z niektórymi wskaźnikami wypalenia. D. Thomas i H. Woods [2003, s. 155] piszą, że

wymaga ona posiadania pewnej kontroli nad własnymi uczuciami, przy równoczesnej otwartości i wrażliwości na doznania innych. Jeśli nie zostanie osiągnięta umiejętność kontroli własnych uczuć, istnieje ryzyko emocjonalnego zaangażowania w stopniu zbyt głębokim, co może prowadzić do wyczerpania na skutek psychicznego przeciążenia.

M. Kliś i J. Kossewska [1996, s. 6; M. J. Kliś, 1997, s. 75–77] wykazały zróżnicowane wzorce powiązania empatii z cechami osobowości nauczycieli (w tym specjalnych), między innymi z temperamentem, samooceną, lokalizacją poczucia kontroli.

Znaczenie empatii w kontaktach interpersonalnych, mających miejsce w toku realizacji określonych zadań zawodowych związanych z edukacją i wsparciem, było i pozostaje przedmiotem dociekań wielu autorów, jakkolwiek zakres ich zainteresowań obejmuje przede wszystkim pedagogów ogólnych. W zakresie środowiska szkolnego empatię nauczyciela konceptualizuje się jako „rozumienie przez niego znaczenia, jakie mają dla ucznia doświadczenia organizowane w środowisku klasy. W istocie jest to troska o ucznia i próby jego zrozumienia z jego własnego punktu widzenia” [S. R. Morgan, J. A. Reinhart, za G. Luna, C. Medina, 2001, s. 96–97]. Zdaniem A. Olszak [2001, s. 48] „empatia może warunkować pomyślny przebieg interakcji nauczyciel–uczeń, zwłaszcza gdy uczeń ten odbiega od standardów normy intelektualnej, społecznej, osobowościowej czy emocjonalnej, a w związku z tym wymaga od wychowawcy i nauczyciela specjalnej uwagi i troski”. Konkretyzując to założenie, można wymienić następujące aspekty funkcjonowania nauczyciela, związane z empatią:

- dostrzeżenie potrzeb podmiotów uczestniczących w procesie edukacji/rehabilitacji/wsparcia;
- umiejętność rozumienia przyczyn zachowań podmiotów oraz przewidywania ich reakcji i zachowań w organizowanych sytuacjach;
- umiejętność komunikowania własnych uczuć i emocji, również w sposób pozawerbalny;
- zrozumienie i szacunek dla emocji i uczuć podopiecznych, tworzenie warunków do realizacji ich emocjonalnego dobrostanu [J. Nazar, 1990, s. 41 i n.; M. Kliś, J. Kossewska, 2000, s. 17 i n.].

Specyficzną a jednocześnie pogłębioną interpretację znaczenia empatii nauczyciela w procesie edukacji odnajdujemy w pracy B. Cooper [2004]. Autorka podaje własną definicję zjawiska, formułując ją w następujący sposób: „empatia jest cechą ujawnianą przez osoby, która umożliwia im akceptowanie innych, odczuwanie i uświadamianie sobie sytuacji z ich perspektywy oraz

przyjmowanie konstruktywnych i długoterminowych postaw zmierzających do ich wspierania przez poszukiwanie rozwiązań realizujących ich potrzeby” [B. Cooper, 2004, s. 14]. Zdolności empatyczne nauczyciela autorka wiąże ściśle z jego moralnością, stwierdzając na podstawie badań własnych, że nauczyciele obdarzeni tą własnością postrzegają siebie jako moralne wzorce oraz dążą do przyjmowania postawy, w której wyraża się dostrzeżenie indywidualności ucznia, szacunek dla niego oraz oczekiwania realizowania podobnych wartości w jego postawie. Moralna postawa, przejawiająca się w dążeniu do poszanowania uczniów, budowania głębokich, autentycznych relacji, jest elementem modelowania i wzbudzania moralności w relacjach personalnych w środowisku klasy [B. Cooper, 2004, s. 12]¹⁰.

Funkcjonowanie zawodowe pedagoga specjalnego, jak wykazano, nie ogranicza się do środowiska edukacji, zatem wnioskowanie na temat znaczenia empatii w jego pracy musi uwzględniać szerszą perspektywę. Adaptując koncepcję postawy empatycznej o trójskładnikowej strukturze [por. Z. Uchnast, 1996, s. 49–50] do funkcjonowania pedagogów w różnych rolach zawodowych, można wnioskować na temat pożądanых tendencji: ujawniania się wrażliwości emocjonalnej w dążeniu do otwartości na potrzeby i problemy osoby niepełnosprawnej, co jest warunkiem jej emocjonalnego wspierania; zrozumienia jej indywidualności, uznania praw do posiadania osobistych wyborów i preferencji; gotowości i dążenia do takiego działania, które stwarza sposobność indywidualnej ekspresji.

2.3. Wartości w zawodowym funkcjonowaniu pedagogów specjalnych

Problematyka wartości, podobnie jak i empatii, jest zakorzeniona w tradycji wielu nauk. Istota wartości znajduje jednak najpełniejsze wyjaśnienie na gruncie filozofii i psychologii. Dla przedstawicieli nauk filozoficznych wartości istnieją subiektywnie – jako zjawiska zachodzące w umyśle, świadomości czy psychice człowieka – bądź obiektywnie – jako ideały (wartości idealne) lub w powiązaniu z przedmiotami (wartości realne). Postrzeżenie wartości w kategoriach bytów obiektywnych było charakterystyczne dla koncepcji opracowanej przez M. Schelera [za P. Brzozowski, 2007, s. 20–21]. Ich poznanie, we-

¹⁰ Moralne znaczenie empatii w pracy specjalistów podkreśla wielu autorów. W. Reynolds i współautorzy [2000, s. 240] osadzają problem rozwijania tej kompetencji u pielęgniarek w kontekście edukacji moralnej.

dług M. Schelera, jest możliwe w intencjonalnych przeżyciach emocjonalnych, „w poznaniu serca, a nie umysłu” [za E. Ryś, 2008, s. 169].

Przedmiotem rozważań filozoficznych pozostaje hierarchizacja wartości, oznaczająca tutaj ich uporządkowanie wedle natężenia wartościowości. Taką hierarchię stworzył m.in. M. Scheler w stosunku do idei (wartości idealnych). Grupując je w modalności (jakości), pozostające na dwóch przeciwstawnych biegunach, wyróżnił począwszy od najwyższych: wartości religijne (to, co święte i nieświęte); duchowe, w tym: 1) estetyczne (tego, co piękne i brzydkie), 2) porządku prawnego (prawe, nieprawe), 3) prawdy (czystego poznania); witalne (szlachetność–prostactwo), utylitarne (użyteczne–nieużyteczne) oraz hedonistyczne (przyjemność–nieprzyjemność) [P. Brzozowski, 2005, s. 262; 2007, s. 29]. Zdaniem W. Cichonia [1996, s. 38] koncepcja M. Schelera broni się przed zarzutem o niewłaściwe rozumienie porządku hierarchicznego, który nie pozwala na wnioskowanie o wywodzeniu czy budowaniu pewnych wartości z udziałem innych. Pozycja wartości w jego hierarchii wyznaczona jest bowiem jej istotą.

W perspektywie psychologicznej zainteresowania badaczy skupiają się na analizie postaw wobec wartości lub analizie przekonań i sądów na ich temat, sposobów ich przeżywania, uświadamiania, powiązania z osobowością oraz zachowaniem [A. E. Sękowski, 1994, s. 58; P. Brzozowski, 2007, s. 20–21]. Na gruncie psychologii poznawczej wartości traktowane są jako przekonania czy schematy i zaliczane do struktury osobowości [M. Rokeach, J. Reykowski, B. Wojciszke, za P. Brzozowski, 2007]. W psychologii podejście do hierarchii wartości ma charakter „zewnątrzny” – nie mówi się o „wartościowości” wartości, ale o ich znaczeniu dla jednostek i grup, a zatem ważności oceniającej z ich perspektywy [P. Brzozowski, 2007, s. 26].

Rozważając znaczenie wartości w obszarze zawodowego funkcjonowania pedagoga specjalnego, należy sięgnąć do ich związku z postawami wobec osób z niepełnosprawnością, do którego już wcześniej nawiązywano, omawiając problematykę postaw. W badaniach zagadnienie to jest rzadko analizowane, trudno stwierdzić z jakich względów. Zwracają na to uwagę autorzy podejmujący problem w ramach własnych analiz empirycznych [A. E. Sękowski, 1994, s. 95; B. Witkowska, 2005, s. 55].

Znaczenie wartości jako jednego z głównych wymiarów osobowości człowieka, w kontekście wyjaśniania jego zachowań, jest akcentowane w wielu pracach [por. A. E. Sękowski, 1994, s. 58]. Znajomość hierarchii wartości może być użyteczna ze względu na jej znaczenie w kierowaniu postępowaniem jednostki – wartości o wyższej pozycji są ważniejszym źródłem wskazówek w tym zakresie niż wartości o pozycji niskiej. Jak pisze B. Wojciszke [1990,

s. 78], opierając się na założeniach regulacyjnej teorii działania, wartości osobiste stanowią standardy regulacji zachowania podmiotu, jednak ze względu na poziom abstrakcyjności mogą być w tym względzie bardzo słabymi predyktorami. Uzasadniając swoje przekonanie na temat istotnego ich znaczenia w kształtowaniu postaw wobec osób z niepełnosprawnością, A. E. Sękowski [1994, s. 59] nawiązuje do ich roli w tworzeniu ustosunkowań wobec różnych obiektów – osób i rzeczy. Autor odwołuje się do kontekstu psychologicznego, podkreślając znaczenie wartości w kształtowaniu emocjonalnego aspektu postaw, ponadto do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym można znaleźć dowody na powiązanie pewnych zachowań wobec osób z niepełnosprawnością z moralnością i religijnością podmiotów. Związek określonych preferencji wartości z postawami wobec osób niepełnosprawnych potwierdzają badania własne cytowanego autora [1991; 1994].

Pedagogika czerpie zarówno z filozoficznych, jak i psychologicznych koncepcji wartości. Jak pisze S. Gawlik [2005, s. 31], edukacja szkolna nie jest neutralna aksjologicznie i wiąże się z określaniem preferencji oraz zajmowaniem stanowisk w różnych sytuacjach. Podobny wniosek należy uznać za słuszny w stosunku do wszelkich innych form realizacji zawodowej pedagogów specjalnych. Specjaliści ci w toku swojej złożonej działalności profesjonalnej i ściśle z nią związanej pozazawodowej¹¹, realizują wartości, które mieszczą się w wielu wymiarach: ogólnospołecznym (istotne z punktu widzenia społeczeństwa i kultury, wartości moralne), grupowym (wartości uczniów/wychowanków/podopiecznych, rodziców, mające znaczenie w optymalizacji ich rozwoju oraz realizacji potrzeb), indywidualnym, osobistym (związane z uznawanym przez siebie systemem wartości, pozwalające na samorealizację) oraz zewnętrznym (zawarte w polityce instytucji, organizacji) [por. W. Dróżka, za M. Głóskowska-Sołdatow, 2000, s. 194]. W jaki sposób wspomniana realizacja wartości może się dokonywać w środowiskach, w których funkcjonuje pedagog specjalny? Możemy tutaj mówić o: 1) oddziaływaniu wartości w procesie kształtowania priorytetów i celów działań oraz sposobów ich wdrażania; 2) kształtowaniu stosunków personalnych; 3) wychowywaniu do wartości; 4) stosowaniu wartości jako podstawy oceniania pewnych zjawisk społecznych (są one w tym przypadku swoistym systemem norm) oraz oceniania innych i siebie [por. S. Gawlik, 2005, s. 31; L. Dakowicz, 2000, s. 255–256]. Tak sformułowane założenia realizacyjne łączą się z określonymi wymaganiami

¹¹ Chodzi tutaj o autentyczność, a zatem spójność postępowania wyrażającego realizację określonych norm i wartości w życiu zawodowym oraz osobistym.

stawianymi pedagogom, do których można zaliczyć: umiejętność wyłaniania podstawowych wartości ogólnoludzkich oraz czynienia z nich kryterium wyborów w działalności zawodowej; umiejętność dokonywania krytycznego oglądu koncepcji wyznaczających podstawowe cele i sposoby ich realizacji w procesie szeroko rozumianego wsparcia osób z niepełnosprawnością; ponadto świadomość własnej hierarchii wartości [por. J. Kostkiewicz, 2008, s. 86].

Wartości o charakterze osobistym mogą stanowić źródło konfliktów w profesjonalnym działaniu, wzbudzanych w konfrontacji z wartościami uznawanymi przez inne podmioty bądź też tymi, które pozostają u podstaw polityki wyznaczającej ramy profesjonalnego działania w instytucji czy organizacji. Konflikty takie mogą mieć znaczenie budujące bądź niszczące zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, tj. w stosunku do funkcjonowania osobistego i zawodowego samego pedagoga oraz w relacji do podmiotów jego działalności profesjonalnej. W przeciwdziałaniu konfliktom, a raczej – z uwagi na ich nieuchronność – radzeniu sobie z nimi, istotne znaczenie ma zdolność uświadamiania własnych wartości oraz ich konsekwencji dla podejmowania działań, jak również ich następstw dla innych (ich wpływu na innych) [D. Thomas, H. Woods, 2003, s. 142].

Teoretyczne rozważania nad rolą wartości w realizacji działań profesjonalnych nie znajdują wystarczającego udokumentowania w empirycznych analizach problematyki. Nowsze opracowania powstałe na gruncie polskim obejmowały między innymi pedagogów specjalnych [A. Olszak, 2001], studentów pedagogiki specjalnej [A. Olszak, 2008], pracowników domów pomocy społecznej [B. Witkowska, 2005], nauczycieli ze szkół ogólnodostępnych [U. Dudziak, 2009]. Dostarczyły one informacji na temat preferencji wartości badanych osób oraz ich powiązań z postawami wobec jednostek z niepełnosprawnością, czy też postawami wobec edukacji seksualnej. Nie odnaleziono analiz poświęconych tej problematyce na gruncie literatury zachodniej.

Swoistym podsumowaniem zagadnienia kompetencji oraz znaczenia wartości w realizacji współczesnych paradygmatów niepełnosprawności intelektualnej jest zestaw postulatów dotyczących działalności pracowników społecznych. Dotychczasowe rozważania upoważniają do uznania go za adekwatny wobec innych specjalistów, w tym pedagogów specjalnych pracujących z osobami upośledzonymi umysłowo.

Nieodłączną część przygotowania specjalistów powinny stanowić:

- identyfikowanie i analizowanie własnych wartości oraz ich znaczenia dla praktyki;
- szacunek względem niepowtarzalności i inności;

- promowanie prawa do wyboru, prywatności, zaufania i ochrony przy równoczesnym rozpoznawaniu i ocenie istniejących złożonych i konkurencyjnych praw oraz wymagań;
- wspieranie w procesie uzyskiwania osobistej kontroli i polepszania jakości życia, przy jednoczesnym uświadomieniu, że kontrola zachowania może być niekiedy niezbędna w celu ochrony dzieci i dorosłych przed krzywdą;
- identyfikowanie, analizowanie i podejmowanie działań w ramach roli i jej kontekstu w celu przeciwdziałania dyskryminacji, rasizmowi, nierówności i niesprawiedliwości; działanie w sposób, który wyklucza stygmatyzację czy niekorzystne traktowanie osób, grup i społeczności (Central Council for Education and Training in Social Work [za D. Thomas, H. Woods, 2003, s. 144]).

* * *

Jakość profesjonalnego funkcjonowania pedagogów specjalnych należy analizować w szerszej perspektywie, którą można określić mianem systemowej oraz węższej – indywidualnej. Perspektywę systemową tworzą czynniki definiujące strukturalno-organizacyjne warunki realizacji zadań zawodowych. Stanowią one wymiar normatywny mający swoje osadzenie w podstawach legislacyjnych, a także w polityce funkcjonowania konkretnej instytucji i organizacji. Perspektywę indywidualną, której ostateczny kształt (jeśli można mówić o takim) podlega działaniu osobistych i profesjonalnych doświadczeń, w znacznym stopniu czerpanych w procesie zawodowego kształcenia, tworzą wielorakie kompetencje. Przedmiotem szczególnego zainteresowania pozostają w niniejszej pracy kompetencje osobowościowe. Analizując ogólnie ich problematykę, zaznaczano kilkakrotnie niedostatek podstaw empirycznych, niewspółmiernych do teoretycznie udowodnionej roli w edukacji, rehabilitacji i wsparciu. Co ciekawe, ten obecny brak zainteresowania (problematyka była przedmiotem wielu analiz w latach 70. i 80.) obserwuje się nie tylko na gruncie literatury polskiej, ale również obcojęzycznej. Przypuszczalnie wynika on ze wspomnianego w tej pracy pragmatycznego podejścia do analizy kompetencji specjalistów.

IV

Podstawy badań własnych

1. Cel i problematyka badań

W sferze seksualnej, podobnie jak w każdym innym zakresie rozwoju człowieka, istnieje potrzeba wspomagania i ukierunkowywania potencjału [M. Beisert, 1991, s. 62]. Ostateczny kształt seksualności i jej jakość, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, są wynikiem działania złożonych czynników psychospołecznych. Czynniki te, dotyczące rozwoju i funkcjonowania jednostki, mogą mieć znaczenie kompensacyjne wobec braków i deficytów, które istnieją na poziomie wrodzonym – biologicznym czy psychicznym. Z tego udowodnionego empirycznie stwierdzenia można wyprowadzić założenie mówiące o powinności podejmowania wszelkich działań w ramach posiadanych kompetencji zawodowych w celu optymalizacji tej sfery rozwoju każdej jednostki. Realizacja wskazanej powinności, usytuowanej w sferze moralnych zobowiązań, ma się dokonywać w wielorakich zakresach, w toku różnych procesów, z udziałem wielu podmiotów. Kwestia powinności jawi się jako szczególnie znacząca w stosunku do tych podmiotów, które z racji dysfunkcji i trudności w pewnych sferach funkcjonowania wymagają wsparcia aktywizującego procesy kompensacji oraz dynamizowania pozwalającego uruchomić naturalne zasoby. Warunkiem realizacji zobowiązania jest jego uznanie. Można oczekiwać, że zaakceptowanie powinności wspierania płciowości jednostek z niepełnosprawnością będzie wymagać postrzegania tej sfery jako istotnej i pozytywnej w perspektywie całego ich funkcjonowania. Wsparcie w rozwoju seksualnym dokonuje się najpełniej w postaci edukacji seksualnej, której istotę przeanalizowano w teoretycznym wprowadzeniu, jednak nie sprowadza się wyłącznie do niej. Traktując sferę erotyczną w jej uwarunkowaniach, przejawach i konsekwencjach jako ściśle powiązaną z innymi zakresami

funkcjonowania jednostki, jej wsparcie należy postrzegać szerzej, w wymiarze wielu działań zmierzających do optymalizacji jakości życia.

Uzasadnienia badań własnych poszukiwano we współczesnych paradygmatach opisujących rzeczywistość niepełnosprawności z perspektywy osób organizujących procesy edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Charakteryzując istotę niepełnosprawności oraz jej powiązanie z seksualnością człowieka, odwoływano się do wyjaśnień osadzonych w tych paradygmatach. Nawiązywano do nich również, analizując zawodowe powinności i kompetencje pedagoga specjalnego. Paradygmaty te dostarczają podstaw do działań ukierunkowanych na wspomnianą wyżej optymalizację jakości życia osób z niepełnosprawnością. Za podstawowy uznaje się paradygmat humanistyczny, w koncepcji, którą proponuje A. Krause [2010, s. 180 i n.]. Paradygmat ten dostarcza nowych przesłanek do oglądu współczesnej rzeczywistości, w której funkcjonuje podział na podmioty pełno- i niepełnosprawne; przynosi założenia odwołujące się do pluralizmu kulturowego i przewartościowania aksjonormatywnego, pozwalające obalić zasadność tego podziału, tym samym stwarzając podstawy do umocowania innych paradygmatów, tj. normalizacji, integracji oraz autonomii i samostanowienia. W każdym z nich, o czym już nadmieniano w części teoretycznej, można wydzielić obszar dotyczący seksualności osób z niepełnosprawnością, rozumianej jako integralny aspekt funkcjonowania tych podmiotów. Wymienione paradygmaty wskazują także na działania i zobowiązania do ich realizacji w ramach posiadanych kompetencji zawodowych (schemat 4).

Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w założeniach badań własnych zostaje umiejscowiony w perspektywie wartościujących odniesień, wyrażających osobiste preferencje, doświadczenia, wiedzę i umiejętności pedagogów specjalnych. Zakres i charakter zadań związanych z pełnionymi funkcjami zawodowymi przypisywanych tym specjalistom pozwala sądzić o ich znaczeniu w tworzeniu środowiska sprzyjającego rozwojowi i realizacji seksualności osób z upośledzeniem umysłowym. Znaczenie to udowodniono w części teoretycznej tej pracy.

Celem badań własnych jest określenie postaw pedagogów specjalnych wobec seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich korelatów.

Definiując podstawowe pojęcie postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, odwołano się do wcześniejszych rozważań koncepcyjno-definitywnych, dokonanych w części teoretycznej, dotyczących postaw oraz seksualności. Przyjmuje się, że postawa to względnie trwała tendencja do

określonego wartościowania (najczęściej pozytywnego, negatywnego lub ambiwalentnego) elementów i zjawisk składających się na seksualność (w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym) jednostki z niepełnosprawnością intelektualną. Tendencja ta będzie się wyrażać w trzech obszarach: afektywnym, poznawczym i behawioralnym [por. R. D. Brown, 1997, s. 5; B. Wojciszke, 2002, s. 180; M. P. Zanna, J. K. Rempel, 2008, s. 8–11].

PARADYGMAT HUMANISTYCZNY

SPOŁECZNY PARADYGMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Dostrzeżenie znaczenia sfery seksualnej jako integralnej wobec innych sfer funkcjonowania jednostki z niepełnosprawnością
Akcentowanie wielości uwarunkowań pomyślnego rozwoju i funkcjonowania w sferze seksualnej, z zaakcentowaniem czynników środowiskowych
(zwłaszcza społecznych postaw)
Odpowiedzialność za optymalizację rozwoju w sferze seksualnej traktowana jako powinność wynikająca z posiadanych kompetencji zawodowych

PARADYGMAT NORMALIZACJI

Życie w środowisku normalizującym rozwój potrzeb seksualnych
Organizacja środowiska sprzyjającego realizacji sfery seksualnej poprzez udział w cenionych rolach społecznych

PARADYGMAT PODMIOTOWOŚCI I AUTONOMII

Możliwość wyrażania swoich potrzeb i preferencji oraz traktowanie ich jako znaczących w procesie organizowania działań wspierających
Wsparcie zmierzające do nabywania kompetencji istotnych dla samostanowienia

Schemat 4. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście paradygmatów opisujących istotę niepełnosprawności oraz wsparcia

Źródło: opracowanie własne.

W zamierzeniach badań własnych ograniczono się do kontekstu osobowego postaw specjalistów, a ściślej mówiąc: kompetencji osobowych. Sposób ich konceptualizacji, będący jednym z kryteriów wyboru, opierał się na definicji zaproponowanej przez A. Karłyk-Ćwik [2009, s. 86], wedle której są to: „zdolności poznawcze związane z postrzeganiem rzeczywistości zawodowej oraz

różnych jej aspektów, ich analizowaniem, interpretowaniem i uzasadnianiem, refleksyjnym i emocjonalnym ustosunkowaniem do tej rzeczywistości innych ludzi i samego siebie”. Definicję tę poszerzono o aspekt emocjonalno-wartościujący, zakładając, że kompetencje osobowe to dyspozycje poznawcze i emocjonalno-wartościujące, ukształtowane w procesie rozwoju, w tym profesjonalnego, związane z postrzeganiem rzeczywistości zawodowej oraz jej różnych aspektów, ich analizowaniem, interpretowaniem i uzasadnianiem, refleksyjnym i emocjonalnym ustosunkowaniem do tej rzeczywistości, innych ludzi i samego siebie. W obszar tak rozumianych kompetencji włączono: empatię, system wartości, wartościowanie seksualności w życiu człowieka, postawy wobec osób niepełnosprawnych oraz preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej. Należy zauważyć, że przyjęty tu sposób rozumienia kompetencji osobowych pozwala zaliczyć do nich również postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wyłonienie tego elementu jako odrębnego w założeniach problemowych ma jedynie charakter porządkujący.

Postawy pedagogów specjalnych oraz uwzględnione ich korelaty pozostają istotnym elementem społecznego paradygmatu niepełnosprawności oraz jego konsekwencji realizacyjnych w postaci normalizacji i emancypacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Środowisko społeczne, którego jakość wyznaczają w znacznym stopniu nastawienia specjalistów, ma znaczenie dla kształtowania podstaw rozwojowych seksualności osób z niepełnosprawnością oraz jej realizacji w sposób dla nich optymalny, a jednocześnie społecznie oczekiwany [A. Craft, za R. McConkey, D. Ryan, 2001, s. 83]. Poznanie tych postaw w możliwie pełny sposób, a zatem z uwzględnieniem ich struktury i intensywności, ponadto wyjaśnienie ich istoty na tle innych kompetencji osobowych, ma w założeniu służyć projektowaniu postulatów dotyczących procesu zawodowego przygotowania pedagogów specjalnych oraz realizacji przez nich zadań związanych z edukacją, rehabilitacją i wsparciem osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Możliwość precyzyjnego wglądu w istotę postaw oraz potencjalnych korelatów, zwłaszcza dokonywania określonych ich interpretacji w wymiarze specyfiki – powszechności, wymagało zorganizowania płaszczyzny odniesienia. Za taką uznano wprowadzenie grupy pedagogów nieposiadających wykształcenia w zakresie pedagogiki specjalnej. To podstawowe kryterium jej doboru opierało się przede wszystkim na założeniu o zróżnicowaniu procesu formalnego kształcenia w tym wymiarze, który obejmuje kwestie niepełnosprawności oraz niepełnosprawności intelektualnej. Przyjęto również, że zakres doświadczeń zawodowych pedagogów w pracy z osobami upośledzonymi

umysłowo (przede wszystkim edukacyjnej) jest mniejszy, jakkolwiek nie można go zupełnie wykluczyć. Ważniejszą jednak kwestią pozostaje specyfika środowisk, w których doświadczenia te mogą być gromadzone, zwłaszcza ich kultury i organizacji. Stanowią one o realizacji określonych wartości i norm. Jak pisano w części teoretycznej, wartości i normy grupowe mogą mieć większe znaczenie dla charakteru postaw niż osobiste przemyślenia i preferencje [por. B. Wojciszke, 2002, s. 203 i n.]. Wymienione przesłanki dały podstawę założeniu mówiącemu o zróżnicowaniu obu grup w aspekcie doświadczeń zawodowych (ale nie osobistych) związanych z problematyką niepełnosprawności intelektualnej. Takie założenie jest podstawą wnioskowania o tym, w jakim stopniu i zakresie ustosunkowanie pedagogów specjalnych, jako bezpośrednio zaangażowanych w procesy edukacji, rehabilitacji i wsparcia osób z tą niepełnosprawnością, do ich seksualności ma charakter specyficzny bądź niespecyficzny; ponadto w jakim stopniu i zakresie specyficzne bądź niespecyficzne są dla nich inne kompetencje osobowe, w kontekście których te postawy analizowano.

Organizacja systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną, w przypadku różnych grup wiekowych, opiera się na kategoryzacji, której podstawą pozostaje stopień niepełnosprawności. Ujawnia się to zarówno na etapie wychowania przedszkolnego, kształcenia, organizacji rehabilitacji społecznej i zawodowej, ponadto zabezpieczenia socjalnego. Kategoryzacja ta, mająca w zamierzeniu oddawać zróżnicowanie osobistych możliwości i ograniczeń jednostek o określonym poziomie upośledzenia czy stopniu niepełnosprawności, znajduje swoje odzwierciedlenie zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w przygotowaniu zawodowym pedagogów specjalnych (w którego zakresie znajdujemy podział na przedmioty kształcenia zróżnicowane ze względu na stopień upośledzenia). W ścisłym powiązaniu z nią pozostaje odmiennność założeń edukacyjnych i rehabilitacyjnych oraz ich konsekwencji realizacyjnych w postaci form i sposobów życia osób z tą niepełnosprawnością. Tradycyjnie rysuje się podział określający zróżnicowane możliwości życiowe, przede wszystkim w zakresie realizacji ról oraz wymiarów społecznego uczestnictwa, osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz głębszym. Znajduje on potwierdzenie w wynikach badań empirycznych realizowanych w zakresie sfery zawodowej oraz osobistej [por. W. Waga 1997; A. Zawiaślak, 2003a,b; Z. Gajdzica, 2004; H. Łaś, 2004; J. Kirenko, M. Parchomiuk, 2008; M. Grütz, 2011; T. Majewski, 2011]. Zakłada się, że wskazana tendencja może mieć istotne znaczenie różnicujące postawy badanych pedagogów wobec płciowości osób z niepełnosprawnością intelektualną. Charakter aspektów seksualności poddanych ich ocenie, zwłaszcza w jej wymiarze społecznym, uzasadnia wyodrębnienie

niepełnosprawności w stopniu lekkim oraz umiarkowanym i znacznym (głębszym). Pominięto niepełnosprawność wyrażoną w stopniu głębokim.

Uwzględniając powyższe wyjaśnienia, formułuje się następujący problem główny:

Jak kształtują się postawy pedagogów specjalnych oraz pedagogów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście kompetencji osobowych, takich jak: empatia, system wartości, wartościowanie seksualności człowieka, postawy wobec osób niepełnosprawnych oraz preferencje indywidualnego i społecznego modelu niepełnosprawności intelektualnej?

Z tak sformułowanego problemu wynikają trzy problemy ogólne:

1. Jakie są postawy badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym w aspekcie poznawczym, emocjonalno-wartościującym oraz behawioralnym?

2. Jaki jest charakter struktur postaw badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym?

3. Jak kształtują się u badanych kompetencje osobowe, takie jak: empatia, system wartości, wartościowanie seksualności człowieka, postawy wobec osób niepełnosprawnych oraz preferencje indywidualnego i społecznego modelu niepełnosprawności intelektualnej?

4. Jakie są zależności między postawami badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną a ich kompetencjami osobowymi?

Tak postawione problemy badawcze implikują pytania o możliwe różnice między pedagogami specjalnymi i pedagogami nieposiadającymi wykształcenia w kierunku pedagogiki specjalnej, ponadto o różnice wynikające ze stopnia niepełnosprawności intelektualnej (lekkiej–głębszej) oraz o charakter tych różnic (ich istotność oraz przebieg).

Badane grupy nie są jednolite pod względem cech zawodowego funkcjonowania. Określone czynniki stanowiące o jego specyfice mogą mieć znaczenie dla kształtu uzyskiwanych wyników. Tam, gdzie było to uzasadnione względami merytorycznymi, przeprowadzono analizy uwzględniające te czynniki. Analizy takie mają znaczenie uzupełniające w stosunku do zasadniczych, realizowanych w celu odpowiedzi na założone problemy badawcze. Dostarczają również informacji wyjaśniających.

Stawianie hipotetycznych rozwiązań sformułowanych problemów stwarza pewne trudności, przede wszystkim ze względu na niedostatek dowodów empirycznych. W stosunku do problemu dotyczącego postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną uzasadnione jest założenie

mówiące o zróżnicowaniu badanych grup, wywiedzione z postawionego wniosku o odmienności procesu formalnego przygotowania zawodowego oraz doświadczeń zawodowych. Można zatem założyć, że pedagodzy specjaliści i pedagodzy nieposiadający wykształcenia w kierunku pedagogiki specjalnej różnią się istotnie w zakresie emocjonalno-wartościującego, poznawczego oraz behawioralnego ustosunkowania wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Nie precyzuje się kierunku tego zróżnicowania, z uwagi na niedostatek dowodów empirycznych. Podobne założenie leży u podstaw hipotezy zakładającej zróżnicowanie postaw w analizowanych wymiarach ze względu na stopień niepełnosprawności intelektualnej, bez precyzowania charakteru różnic.

Zarówno tradycyjne, jak i współczesne koncepcje akcentują wzajemne powiązanie komponentów postaw, stanowiące ich wewnętrzną strukturę. Organizacja strukturalna postaw nie jest jednak stała, zakres tworzących ją elementów jest zróżnicowany, zarówno pod względem poziomu ich rozwoju, źródeł czy nawet samej reprezentacji [G. Böhner, M. Wänke, 2004, s. 17; E. Aronson i współautorzy, 2006, s. 180]. Przywołując opinię B. Wojciszke [2002, s. 180–181], należy zauważyć, że w sytuacji analizy poszczególnych składników na drodze werbalnej, ponadto w przypadku abstrakcyjnego obiektu postaw, co ma miejsce w badaniach własnych, elementy te zlewają się, a postawy nabierają jednowymiarowego charakteru, z zachowaniem najważniejszego znaczenia komponentu emocjonalno-wartościującego. Wydaje się, z punktu widzenia przeprowadzonych rozważań, że nieuzasadnione jest szczegółowe przewidywanie charakteru wewnętrznej struktury postaw, każdy bowiem z komponentów może być reprezentowany w różnym stopniu, w zależności od podstaw źródłowych postawy, jak również specyfiki jej ujawniania. Jednak należy założyć, zgodnie z sugestiami B. Wojciszke, że w strukturze tej będzie obecny komponent emocjonalno-wartościujący. Jeśli przyjmuje się hipotetycznie zróżnicowanie komponentów postaw ze względu na grupę badanych, czy też stopień niepełnosprawności intelektualnej, należy również założyć, że obie zmienne będą modyfikować w jakiś sposób struktury postaw (w postaci zróżnicowania). Trudno jednak określić charakter tych różnic wynikających z kategorii zawodowej oraz stopnia niepełnosprawności.

W konsekwencji przyjętego hipotetycznego przypuszczenia, mówiącego o różnicach w postawach specjalistów z obu grup, należałoby wnioskować na temat zróżnicowania pozostałych kompetencji osobowych, takich jak: empatia, system wartości, wartościowanie seksualności człowieka, postawy wobec osób niepełnosprawnych oraz charakter rozumienia niepełnosprawności

intelektualnej. W największym stopniu jest to uzasadnione w przypadku postaw wobec osób z niepełnosprawnością oraz rozumienia niepełnosprawności intelektualnej (opisywanego w określonym modelu), których charakter może podlegać działaniu wspomnianych wcześniej czynników środowiskowych. Zakres badań pozwalających rozważyć kwestie zróżnicowania empatii, systemu wartości czy wartościowania seksualności człowieka jest niedostateczny, co obniża prawomocność hipotez. Dostępne analizy dotyczące empatii i preferencji wartości, do których nawiązywano w części teoretycznej, nie miały charakteru badań porównawczych bądź też opierały się na odmiennych, od zakładanych tutaj, podstawach koncepcyjnych. Ze względu na brak dowodów empirycznych zrezygnowano z hipotetycznego rozwiązania problemu dotyczącego różnic w preferencjach modeli niepełnosprawności wynikających ze stopnia upośledzenia umysłowego.

W przewidywaniu powiązania postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną z innymi kompetencjami osobowymi można się odwołać do ich definicyjnej charakterystyki. Analizowane kompetencje są istotne w percepcji, rozumieniu i interpretowaniu rzeczywistości oraz stanowią o określonym wobec niej ustosunkowaniu. W realizowanych dotychczas badaniach oraz teoretycznych dociekaniach wykazywano wzajemne powiązania określonych zmiennych, takich jak postawy wobec osób z niepełnosprawnością i wartości oraz empatia [por. A. Sękowski, 1991; 1994; S. Morgan, za J. Kossewska, 2000; J. Kossewska, 2000; B. Witkowska, 2005; E. Wysocka, 2005; J. Kirenko, M. Korczyński, 2008]; wartości i empatia [E. Staub, 1990; M. Czerniawska, 2002]; postawy wobec osób z niepełnosprawnością i emocjonalno-wartościujące ustosunkowanie do ich seksualności [M. Parchomiuk, 2007]. Istoty powiązań poszukuje się na poziomie struktur psychicznych oraz ich regulacyjnego działania w stosunku do zachowania człowieka [B. Wojciszke, 1990, s. 78; M. Czerniawska, 2002, s. 14–15]. Wartości na gruncie teorii postaw są traktowane jako czynniki dynamizujące – regulująco-ukierunkowujące, inicjujące i dynamizujące działanie, motywacyjne, selektywne oraz predyktywne [A. Sękowski, 1991, s. 67]. Zgodnie z funkcją tożsamości społecznej postawy służą wyrażaniu wartości cenionych przez jednostkę. Wartościowanie pozostaje podstawowym procesem kształtowania postaw o genezie emocjonalnej [E. Aronson i współautorzy, 2006, s. 180 i n.]. Zważywszy na te założenia, można oczekiwać silniejszego powiązania procesów wartościowania (które są również istotą nastawień wobec osób z niepełnosprawnością oraz preferencji modeli niepełnosprawności intelektualnej) z emocjonalno-oceniającym oraz behawioralnym wymiarem postaw wobec seksualności osób z upośledzeniem umysłowym.

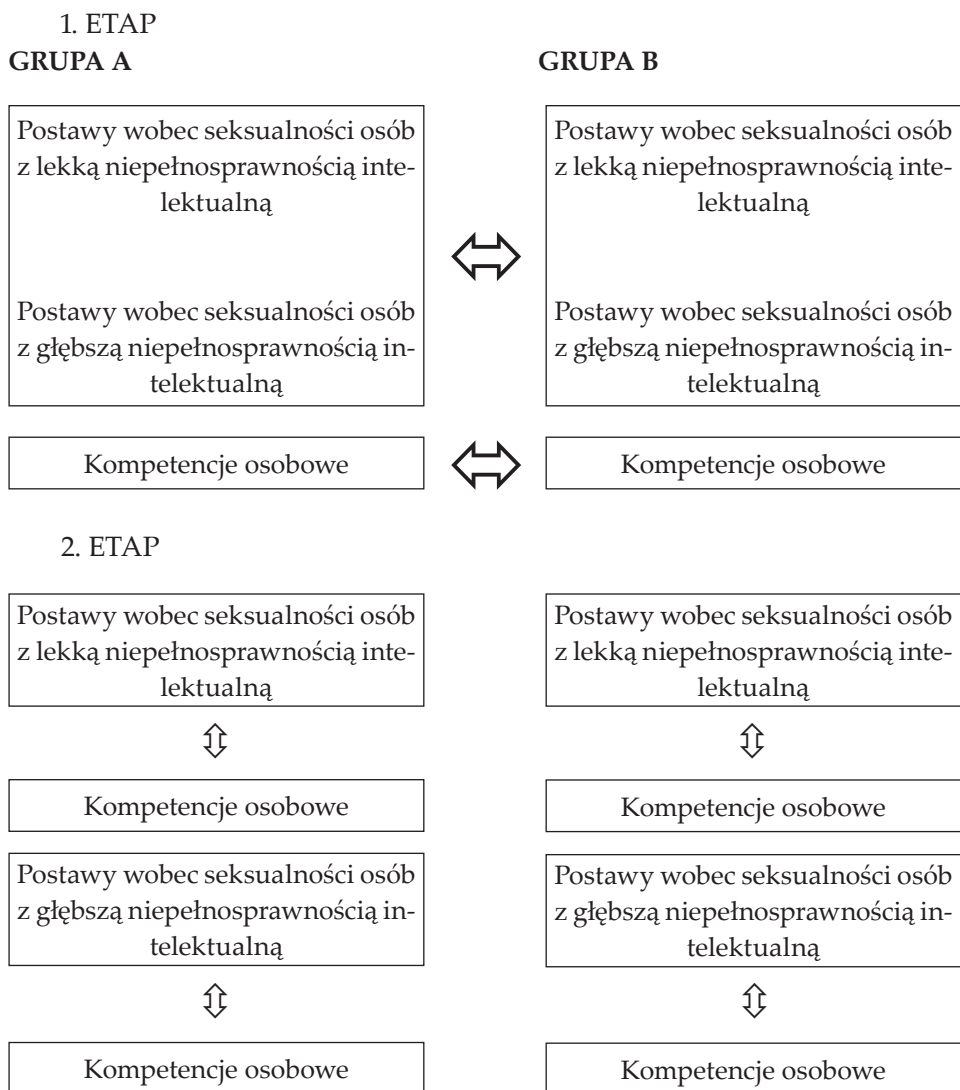
Dotychczas zgromadzone dowody empiryczne wskazują na związki empatii z określonymi zachowaniami oraz postawami społecznymi. Należy jednak zauważyć, że uzyskane w tym obszarze informacje nie są jednoznaczne [por. H. Eliaz, 1980, s. 478–481; M. Davis, za E. Wilczek-Rużyczka, 2002, s. 23]. Regulacyjne znaczenie empatii w relacji do określonych społecznych ustosunkowań w większym stopniu staje się przewidywalne, kiedy analizowane jest z uwzględnieniem preferencji wartości. M. Czerniawska [2002, s. 14–16] na podstawie wyników badań własnych stwierdziła współwystępowanie empatii z preferencją określonych wartości oraz ich znaczenie, jako pewnych struktur psychicznych, w zakresie kształtowania pożądanych społecznie zachowań. Wyjaśnienia te upoważniają do wnioskowania na temat złożonych powiązań analizowanych tu zmiennych.

2. Metoda badań

Specyfika badań własnych, a zwłaszcza ich ukierunkowanie teoretyczne, wprowadzenie przedstawicieli reprezentujących określone zbiorowości oraz dokonanie wyboru spośród charakteryzujących ich właściwości i przypisanie im statusu zmiennych, pozwalają określić je mianem uogólniających. Przyjęty schemat badawczy, zakładający porównanie wybranych właściwości (zmiennych) między dwiema niezależnymi od siebie grupami oraz poznanie ich rozkładów, a także związków między nimi w każdej z badanych grup, upoważnia do nadania im miana porównawczych i przeglądowych, jako odmian typu uogólniającego [K. Konarzewski, 2000, s. 38 i n.]. Specyfiką badania przeglądowego, uznawanego za jego słabość, jest korelacyjny charakter zmiennych, wykluczający wnioskowanie natury przyczynowo-skutkowej oraz sugerowanie wpływu określonych zmiennych na poziom innych [K. Konarzewski, 2000, s. 69]. Przyjmując adekwatność tego osądu do założeń badań własnych, w grupowaniu zmiennych wedle kategorii: zależne i niezależne, będącym podstawą przeprowadzania procedur statystycznych, stawia się zastrzeżenie, że zaproponowany układ ma wyłącznie porządkujący charakter. Za zmienną zależną uznaje się postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, za zmienne niezależne: empatię, system wartości, wartościowanie seksualności w życiu człowieka oraz preferencje modelu niepełnosprawności intelektualnej.

W badaniach zastosowano sondaż diagnostyczny, uznając go za metodę adekwatną do uzyskania drogą kwestionariuszową informacji na temat postaw wobec seksualności oraz ich korelatów.

Plan badań własnych przedstawiono na schemacie 5¹.



Schemat 5. Plan badań własnych

¹ Strzałki poziome oznaczają analizę różnic, strzałki pionowe analizy korelacyjne.

Poniżej dokonano zestawienia zmiennych wraz z ich wyjaśnieniem definicyjnym oraz sposobem pomiaru.

1. Postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

- w stopniu lekkim;
- w stopniu głębszym.

a) wymiar afektywny: emocje i uczucia wzbudzone w stosunku do określonych aspektów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, stanowiące wyraz procesów ich wartościowania – dyferencjały semantyczne Wartościowanie Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną;

b) wymiar poznawczy: przekonania wyrażane na temat określonych aspektów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, ich przejawów, uwarunkowań i skutków – skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną;

c) wymiar behawioralny: motywacja do podejmowania konkretnych działań wspierających osoby z upośledzeniem umysłowym w obszarze ich seksualności – Skala Motywacji do Podejmowania Działań; referowane zachowania i reakcje badanych pojawiające się w sytuacjach związanych z wyrażaniem seksualności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną – kwestionariusz Doświadczenia osobiste;

Zaliczenie aspektu motywacyjnego do wymiaru behawioralnego postaw wymaga wyjaśnienia. W definicjach postaw wymienia się element emocjonalno-motywacyjny obok behawioralnego [T. Mądrzycki, 1970, s. 25; J. Reykowski, 1973, s. 91; W. Prężyna, 1981, s. 20]. Jako taki wyraża motywy w postaci uwewnętrzzonych pragnień, dążeń, aspiracji i życzeń, odzwierciedlających psychospołeczne potrzeby człowieka [T. Mądrzycki, 1970, s. 25]. W przyjętych założeniach badawczych motywację ściśle połączono z działaniem intencjonalnym i sprecyzowanym (zdefiniowanym), a więc ukierunkowano ją, czyniąc jej obiektem potrzeby innych – osób z niepełnosprawnością intelektualną. Motywacja w przyjętym ujęciu ogranicza się do pewnej kategorii zachowań – celowych i świadomych. Tak rozumiana staje się rezultatem procesów wartościowania seksualności tych jednostek [por. A. E. Sękowski, 1994, s. 58]. W psychologii motywacja oznacza mechanizmy odpowiedzialne za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania [W. Łukaszewski, 2006, s. 427], w tym przypadku znaczenie motywacji jest bliższe zamiarowi podjęcia działania.

Zrezygnowano z określenia intencji zachowań, ze względu na niemożność wyrażenia ich nasilenia, jakkolwiek intencje, obok innych zjawisk (zamiar, chęć, pragnienie, życzenie, zainteresowanie czymś, obawa przed czymś)

są zaliczane do procesów motywacyjnych, na podstawie wspólnej dla nich gotowości jednostki do zmierzania ku określonym celom [J. Reykowski, 1977, s. 18]. Odpowiadając na ewentualne zarzuty związane z podstawami motywacji, niezwiązanymi z wartościowaniem celu, a dotyczącymi czynników sytuacyjnych, należy stwierdzić, że podobne zastrzeżenie można sformułować wobec intencji zachowań czy samych zachowań [B. Wojciszke, 2002, s. 203 i n.; 2008, s. 88]. Element behawioralny, zgodny z definicyjnym ujęciem postaw, sprawdzono za pomocą zachowań badanych w konkretnych sytuacjach, jednak, ze względu na ograniczenie doświadczeń pozwalających rejestrować takie zachowania u pedagogów nieposiadających wykształcenia specjalistycznego, informacje te nie zostały włączone do analiz zasadniczych i mają wymiar jedynie uzupełniający.

2. Empatia: emocjonalna i poznawcza wraz z aspektem motywacyjnym, „ukierunkowującym jednostkę na zachowania pomocowe, wspierające obiekt empatii w jego położeniu” [A. Węgliński, 2010, s. 75] – Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE);

3. System wartości: uporządkowanie odzwierciedlające subiektywną ważność wartości prototypowych dla obiektywnej uniwersalnej (idealnej) hierarchii [P. Brzozowski, 1995, s. 7 i n.] – Skala Wartości Schelerowskich (SWS);

4. Wartościowanie seksualności w życiu człowieka: określenie wartości poszczególnych jej aspektów w wymiarze zdrowia i jakości życia oraz moralnym – skala Znaczenie Seksualności Człowieka;

5. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej: przekonania pozwalające określić zbieżność charakteru postrzegania istoty niepełnosprawności intelektualnej oraz kontekstu wsparcia specjalistycznego z założeniami indywidualnego bądź społecznego modelu niepełnosprawności – skala Perspektywa Niepełnosprawności Intelektualnej;

6. Zmienne określające specyfikę zawodowego funkcjonowania badanych: staż pracy pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych; charakter zatrudnienia pedagogów specjalnych² oraz stopień niepełnosprawności intelektualnej ich uczniów/wychowanków/podopiecznych.

Za wskaźniki stażu pracy uznano trzy przedziały: 1) do 10 lat, 2) powyżej 10 do 20 lat, 3) powyżej 20 lat. Taka kategoryzacja była wykorzystywana przez J. Kossewską [2000, s. 164] w badaniach postaw nauczycieli.

² Nie wyłoniono tej zmiennej w odniesieniu do pedagogów, ponieważ charakter ich zatrudnienia był stosunkowo jednolity.

W zakresie zmiennej charakter zatrudnienia pedagogów specjalnych wyłoniono kategorie: nauczycieli (w jej skład weszli nauczyciele i pedagodzy szkolni), opiekunów w internacie i wychowawców w świetlicach oraz terapeutów i opiekunów w domach pomocy społecznej (DPS) i środowiskowych domach samopomocy (ŚDS) (kategoria ta objęła również członków zespołów terapeutycznych i terapeutyczno-opiekuńczych, którzy pracowali w wymienionych instytucjach)³. Przyjęta kategoryzacja opierała się na specyfice zadań zawodowych związanych z tymi stanowiskami.

W zakresie zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych wyróżniono: stopień lekki, głębszy, głęboki oraz kategorię: zróżnicowany stopień, obejmującą te przypadki, w których pedagodzy specjaliści pracują z jednostkami z różnym stopniem upośledzenia.

Informacje na temat tych zmiennych zebrano za pomocą Kwestionariusza danych osobowych.

Dyferencjały semantyczne Wartościowanie Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną w stopniu lekkim (WSONI-1) oraz w stopniu głębszym (WSONI-2)

Dyferencjał semantyczny jest typem wielopozycyjnej miary postaw. Używany pierwotnie jako narzędzie do badania znaczenia pojęć, obejmował zwykle trzy podstawowe wymiary (czynniki): wartościowość, siłę oraz aktywność. Najistotniejszy wkład w wyjaśnianie zmienności wyników posiadał czynnik wartościowania. W analizie postaw ma on znaczenie dominujące – dyferencjały semantyczne służące temu celowi składają się wyłącznie z pozycji o dużym ładunku tego czynnika [G. Böhner, M. Wanke, 2004, s. 40]. Opracowane na użytek badań własnych dyferencjały zbudowane są z dziesięciu dwubiegunowych skal przymiotnikowych, obejmujących wymiar wartościowania, z których każda dzieli się na siedem kategorii odpowiedzi (bez definiowania kategorii).

W analizach własnych zastosowano dwa dyferencjały, z uwagi na potrzebę określenia emocjonalnego ustosunkowania względem seksualności jednostek z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz w stopniu głębszym. Wprowadzono dziewiętnaście pojęć dotyczących fizycznych i psychospołecznych aspektów seksualności. Charakter oraz zakres zastosowanych pojęć był tożsamy

³ Przypadki osób (5) zatrudnionych w OREW, pełniących funkcje terapeutów w ramach zespołów edukacyjno-terapeutycznych zaliczono do kategorii terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS.

w przypadku obu dyferencjałów. W toku badań standaryzacyjnych uzyskano współczynniki alfa Cronbacha na poziomie od 0,91 do 0,94 (dyferencjał I) oraz od 0,91 do 0,93 (dyferencjał II). Ocena stałości bezwzględnej metodą dwukrotnego pomiaru (w odstępie średnio miesiąca) wykazała istotne, choć niewysokie współczynniki korelacji (dla dyferencjału I od 0,34 do 0,71; dla dyferencjału II od 0,35 do 0,72). Wskaźniki mocy dyskryminacyjnej dla dyferencjału I mieszczą się w zakresie od 0,43 (sterylizacja) do 0,82 (narzeczeństwo w relacji heterogenicznej), natomiast w przypadku dyferencjału II od 0,20 (sterylizacja) do 0,79 (narzeczeństwo w relacji homogenicznej).

Dyferencjał semantyczny w stosowanej tu formie, jednak przy mniejszej liczbie pojęć poddawanych ocenie, dotyczących seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (bez rozróżnienia na stopień upośledzenia), stosowany był wielokrotnie w badaniach własnych z udziałem studentów pedagogiki specjalnej i medycyny, pedagogów specjalnych, pracowników socjalnych oraz fizjoterapeutów i pielęgniarek [M. Parchomiuk, 2007; 2012b, 2012c online]. W badaniach studentów kierunków medycznych określono zadowalające wskaźniki mocy dyskryminacyjnej oraz zgodność wewnętrzną [M. Parchomiuk, 2012c].

Właściwości psychometryczne narzędzi sprawdzono również w niniejszych eksploracjach z udziałem pedagogów. Współczynniki alfa Cronbacha dla dyferencjału I w badanych grupach przekraczają wartość 0,90. W przypadku dyferencjału II wartość współczynników jest niższa u pedagogów specjalnych, jednak przekracza 0,80. W grupie pedagogów wartości alfa Cronbacha przekraczają 0,90. Moc dyskryminacyjna jest mniej zadowalająca, jednak możliwa do zaakceptowania. Wartość współczynników dla skal dyferencjału I przekracza 0,30. Najniższe w obu grupach odnotowano w przypadku sterylizacji i masturbacji. Moc dyskryminacyjna podskal dyferencjału II jest najniższa (przekracza wartość progową 0,20) dla sterylizacji (w obu grupach), przyjaźni osoby niepełnosprawnej z pełnosprawną intelektualnie (u pedagogów specjalnych), antykoncepcji oraz masturbacji (u pedagogów).

Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

Jak nadmieniono, skala ta pozwala określić przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (odrębnie w stopniu lekkim oraz głębszym). Jej konstrukcję poprzedziła analiza zagadnień poświęconych przejawom i uwarunkowaniom seksualności osób niepełnosprawnych, ponadto poglądów i opinii wyrażanych w tej kwestii przez jednostki

i grupy reprezentujące różne środowiska. Trafnego uogólnienia problematyki dokonała K. Nowak-Lipińska [1996c, s. 197 i n.], wskazując w tym zakresie na postawę: seksualno-totalnie-akceptującą, deseksualizacyjno-unikającą oraz seksualno-sublimacyjną. Dokonana przez autorkę kategoryzacja zawiera przede wszystkim aspekty behawioralne, ale ich ukierunkowania dostarczają doświadczenia emocjonalne oraz określone przekonania, wywiedzione z wiedzy naukowej i potocznej. W obszarze poznawczego wymiaru tych postaw odnajdujemy silnie zakorzenione stereotypy opisujące seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w kategoriach dewiacji, powodowanej przede wszystkim postrzeganiem jej determinowaniem przez czynniki biologiczne i ograniczenia intelektualne. W skonstruowanej skali uwzględniono przekonania stereotypowe, mające charakter założeń niesprawdzonych, nadmiernie uogólniających bądź też uznanych za fałszywe w świetle dotychczas zgromadzonej wiedzy. Włączono ponadto przekonania, których zasadność została potwierdzona w naukowych dociekaniach. Formułując te przekonania, opierano się przede wszystkim na koncepcji rozwojowej seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną autorstwa M. Kościelskiej, akcentującej znaczenie psychospołecznych uwarunkowań. Zakres poruszanych w twierdzeniach treści obejmował zarówno biologiczne, jak i psychospołeczne jej aspekty.

Uwzględnienie różnego charakteru twierdzeń (ocenianych z perspektywy badacza jako pozytywne bądź negatywne) pozwoliło uniknąć tendencyjnego wyrażania akceptacji przez respondentów. Dążono ponadto do zróżnicowania postaw badanych osób z perspektywy ujawnianych przez nich przekonań. Analiza czynnikowa, mająca na celu ustalenie trafności teoretycznej narzędzia, potwierdziła zasadność włączenia twierdzeń o różnym charakterze, w jej toku wyłoniono bowiem czynniki nasycone odmiennymi pod względem stopnia stereotypowości–racjonalności twierdzeniami.

Analizę czynnikową przeprowadzono oddzielnie dla obu części skali. W jej wyniku ustalono cztery czynniki dla części obejmującej przekonania na temat seksualności osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz pięć czynników dla niepełnosprawności wyrażonej w stopniu głębszym. Charakter wyłonionych czynników pod względem ich nasycenia treściowego w znacznym stopniu jest zbliżony dla obu kategorii upośledzenia oraz zbliżony do założeń koncepcji K. Nowak-Lipińskiej. W przypadku skali dotyczącej lekkiego stopnia niepełnosprawności intelektualnej ustalono czynniki⁴: 1) seksualność dewaluowana (dziesięć twierdzeń, 21,83% wariancji), 2) seksualność racjonalizowana

⁴ Jako wartość progową przyjęto dla ładunku czynnikowego 0,45 [za J. Kirenko, 2002, s. 290].

i normalizowana (siedem twierdzeń, 10,06% wariancji), 3) seksualność nadmierna (cztery twierdzenia, 6,66% wariancji), 4) deseksualizacja (trzy twierdzenia, 4,85% wariancji). W zakresie skali obejmującej postawy wobec seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym wyróżniono: 1) seksualność nadmierna i wymagająca kontroli (sześć twierdzeń, 16,99% wariancji), 2) seksualność racjonalizowana i normalizowana (sześć twierdzeń, 9,92% wariancji), 3) seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną (sześć twierdzeń, 8,60% wariancji), 4) deseksualizacja (trzy twierdzenia, 5,48% wariancji), 5) seksualność dewaluowana (trzy twierdzenia, 4,88% wariancji). Należy nadmienić, że zakres treściowy czynnika określonego mianem seksualności dewaluowanej w przypadku głębszej niepełnosprawności, ze względu na mniejsze nasycenie ładunkami, jest węższy i ograniczony do sfery emocjonalnej i prokreacyjnej.

Skala złożona z dwóch części (według stopnia upośledzenia: lekkie, głębsze) ma charakter skali typu Likerta i obejmuje ostatecznie po dwadzieścia cztery twierdzenia w obu częściach. Zgodnie z założeniami konstrukcyjnymi tego typu skal zastosowano wielokategorialny system udzielania odpowiedzi, wyrażających stopień aprobaty dla treści określonej w twierdzeniu od 5 – „całkowicie się zgadzam” do 0 – „zupełnie się nie zgadzam” oraz kategoria X – „nie wiem”.

Współczynniki alfa Cronbacha są zadowalające. W badaniach standaryzacyjnych dla podskali dotyczącej osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim (część I) uzyskano współczynniki rzędu 0,73 (czynnik 1 i 3) oraz 0,74 (czynnik 1 i 4). W przypadku niepełnosprawności w stopniu głębszym (część II): 0,72 (czynnik 1), 0,73 (czynnik 2), 0,70 (czynnik 3), 0,74 (czynnik 4) oraz 0,81 (czynnik 5). Wskaźniki rzetelności określanej za pomocą dwukrotnego pomiaru (czas jak w przypadku dyferencjału) nie są wysokie, ale istotne statystycznie (dla podskali I od 0,48 do 0,70; dla podskali II od 0,35 do 0,60). Wskaźniki mocy dyskryminacyjnej dla pytań części I pozostają w zakresie poszczególnych czynników w granicach od 0,28 do 0,62; dla części II skali, w zakresie czynników, od 0,35 do 0,68.

Skala była stosowana w grupie studentów kierunków medycznych, jednak w tym przypadku nie obejmowała podziału według stopnia niepełnosprawności intelektualnej. W trakcie tych badań uzyskano zadowalające wskaźniki psychometryczne [M. Parchomiuk, w druku].

W badaniach pedagogów specjalnych współczynniki alfa Cronbacha dla części I przyjmują wartości: od 0,73 (czynnik 3) do 0,88 (czynnik 1), dla pedagogów: od 0,65 (czynnik 3) do 0,80 (czynnik 1). Moc dyskryminacyjna pytań

jest zadowalająca w obu podskalach. W części I pozostaje w granicach od 0,35 do 0,65 w grupie podstawowej oraz w zakresie od 0,29 do 0,59 ogólnych porównawczej. W części II w grupie podstawowej kształtuje się w granicach od 0,41 do 0,71; w grupie pedagogów ogólnych od 0,33 do 0,62.

Współczynniki alfa Cronbacha dla podskali II pozostają w granicach od 0,74 (czynnik 2) do 0,81 (czynnik 5) w przypadku pedagogów specjalnych oraz od 0,73 (czynnik 1 i 2) do 0,77 (czynnik 5) w grupie pedagogów ogólnych.

Skala Motywacji do Podejmowania Działań

Skala pozwala określić globalny poziom motywacji do podejmowania działań związanych ze wsparciem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (odrębnie w stopniu lekkim oraz głębszym). Inspiracją dla sposobu jej skonstruowania były badania, realizowane przez autorów zagranicznych z udziałem specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi, wykorzystujące sytuacje hipotetyczne [L. A. Christian i in., 2001; R. McConkey, D. Ryan, 2001; D. S. Evans i in., 2009; G. E. Morales i in., 2011]. Tego typu podejście pozwala respondentom sprecyzować kontekst odniesienia, sprawiając, że ich odpowiedzi są trafniejsze.

Podstawę koncepcyjną dla zdefiniowania sytuacji zadaniowych stanowiła propozycja J. Lausch-Żuk [1996a, s. 139], w której autorka określa wymiary realizacji ról pedagogów specjalnych. Sprecyzowano dziesięć takich sytuacji, osadzonych w wymiarze osób z niepełnosprawnością, instytucji działających na ich rzecz, oczekiwań i interesów grup społecznych, w różnym stopniu i zakresie związanych z osobami niepełnosprawnymi oraz członkami ich najbliższego środowiska. Dokonując definiowania sytuacji, dbano o ich realność. Pewną trudność sprawiała odmienność zadań w obu grupach. Spowodowało to konieczność wprowadzenia niewielkiego zróżnicowania w obrębie jednej z sytuacji, która ogólnie dotyczyła realizacji potrzeby wsparcia pojawiającej się ze strony uczniów (wychowanków, podopiecznych). Wprowadzenie porównań uwzględniających zmienną stopień niepełnosprawności intelektualnej wymagało również opracowania takiego zestawu sytuacji, jaki byłby adekwatny do obu kontekstów. Uznano, że należy zastosować sytuacje pozostające na wyższym poziomie ogólności. Oceniając ich zasadność, poddano je analizie dwóch sędziów kompetentnych (praktykującego pedagoga specjalnego oraz pedagoga ogólnego). Zbieżność dokonanych przez nich ocen jakościowych (sytuacja uzasadniona/realna–nieuzasadniona/nierrealna) była podstawą wyboru sześciu sytuacji. Zasadność ich wprowadzenia w obu grupach potwierdziły badania

pilotażowe, w trakcie których proszono respondentów o stwierdzenie występowania sytuacji w ich doświadczeniu zawodowym.

Skala składa się z sześciu szczegółowych opisów sytuacji osadzonych w środowisku instytucjonalnym (nie dokonując sprecyzowania, ze względu na możliwe zróżnicowanie środowisk pracy, użyto sformułowania „... w instytucji, w której Pani/Pan pracuje”), określających wybrane działania zmierzające do wspierania seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Tożsamy zakres sytuacji dotyczy osób z upośledzeniem w stopniu lekkim oraz głębszym.

Badany określa poziom motywacji do podejmowania każdego działania na 5-stopniowej skali (od 0 – „brak motywacji”, do 4 – „bardzo wysoka motywacja”).

Obliczone w niniejszych badaniach współczynniki alfa Cronbacha mieszczą się w grupie pedagogów specjalnych w zakresie od 0,83 (część I) do 0,85 (część II); w grupie porównawczej wynoszą 0,89 (część I i II). Moc dyskryminacyjna pytań skal jest zadowalająca w obu grupach, ale wyższa dla pedagogów ogólnych (w każdym pytaniu w obu częściach przekracza wartość 0,50). Należy jednak zaznaczyć, że skala nie była poddana badaniom standaryzacyjnym. Z uwagi jednak na pozytywną weryfikację jej właściwości psychometrycznych można ją uznać za wiarygodne narzędzie w niniejszych eksploracjach. W badaniach innych grup wymaga jednak stosownych analiz.

Kwestionariusz Doświadczenia osobiste

Kwestionariusz ten pozwolił na określenie zakresu i charakteru doświadczeń badanych pedagogów zarówno zawodowych, jak i osobistych, związanych z seksualnością osób z niepełnosprawnością intelektualną. Obejmował pytania dotyczące jej przejawów, ich kontekstu sytuacyjnego, pozwalającego poznać reakcje i zachowania badanych w odpowiedzi na te przejawy. Dostarczył informacji na temat znajomości małżeństw osób z upośledzeniem umysłowym, w tym „małżeństw mieszanych”, tj. związków zawartych między osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi intelektualnie.

Kwestionariusz był stosowany w badaniach własnych z udziałem studentów pedagogiki, pedagogów specjalnych, pracowników domów pomocy społecznej, rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną [M. Parchomiuk, 2008; 2009; 2012b].

Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE) A. Węglińskiego

Jak zaznaczono wcześniej, kwestionariusz pozwala określić empatię w wymiarach: emocjonalnym, poznawczym oraz motywacyjnym, ujawniającą się w tendencjach (syndromach): współdzwięczenie emocjonalne z innymi ludźmi, sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych ludzi, wczuwanie się w przeżycia innych, gotowość poświęcenia się dla innych. Fakt, iż ujmuje on empatię jako konstrukt wielowymiarowy, a ponadto posiada sprawdzone i zadowalające wskaźniki psychometryczne (o czym będzie mowa dalej), zadecydował o wyborze kwestionariusza spośród innych znanych narzędzi, które diagnozują ją w sposób całościowy bądź w wybranych wymiarach (tj. poznawczym lub emocjonalnym, m.in. Indeks Reaktywności Interpersonalnej M. Davisa, Kwestionariusz Empatii Emocjonalnej A. Mehrabiana i W. Epsteina).

Kwestionariusz składa się z trzydziestu trzech stwierdzeń. Badany ustosunkowuje się do nich za pomocą skali odpowiedzi jakościowych, określając stopień aprobaty dla danego stwierdzenia opisującego określone stany oraz doświadczenia, wyrażając tym samym ich adekwatność do własnej sytuacji.

Narzędzie jest starannie opracowane pod względem psychometrycznym. Sprawdzone jego rzetelność oraz trafność. Normalizację przeprowadzono z udziałem młodzieży, co ogranicza możliwość wykorzystania norm do innych grup [S. Siek, 1993, s. 458–459; A. Węgliński 2010, s. 75 i n.]. Z tego względu przygotowano własne normy tymczasowe.

Kwestionariusz był stosowany wielokrotnie w badaniach z udziałem różnych podmiotów: studentów, osób niedostosowanych społecznie, nauczycieli [M. Kliś, 1997; M. Kliś, J. Kossewska, 1996, 1998; 2000, J. Kossewska, 2000; M. Czerniawska, 2002; A. Lewicka, 2006; A. Karłyk-Ćwik, 2009; M. Chodkowska, B. Szabała, 2012], które potwierdziły jego wartość diagnostyczną w odniesieniu do różnych zmiennych osobowościowych we współczesnej rzeczywistości społeczno-kulturowej. Dzięki zastosowaniu kwestionariusza wykazano między innymi powiązania empatii z systemem wartości [M. Czerniawska, 2002].

W wielu badaniach, jak wcześniej nadmieniono, był wykorzystywany w celu zidentyfikowania poziomu empatii poznawczej. W niniejszych eksploracjach, zgodnie z sugestią A. Węglińskiego [2010, s. 75], będzie służył do ustalenia poziomu empatii w kilku jej wymiarach.

W badaniach własnych dokonano, za zgodą autora kwestionariusza, niewielkich zmian w zakresie dwóch twierdzeń, nienaruszających w sposób istotny ich charakteru oraz całej struktury narzędzia. Wprowadzone zmiany wynikały z potrzeby dostosowania twierdzeń do realnych warunków funkcjonowania grupy pedagogów specjalnych (twierdzenie 26: „Podjąłbym się pracy z ludźmi kalekimi” na: „Podjąłbym się pracy w hospicjum”; twierdzenie 29: „Staram się unikać spotkań z ludźmi niesprawnymi” na: „Staram się unikać spotkań z ludźmi chorymi”). Kwestionariusz w zmienionej wersji poddano analizie w aspekcie rzetelności. W ocenie stabilności bezwzględnej uzyskano istotne współczynniki korelacji o wartościach od 0,44 do 1,00.

Rzetelność ustalono również dla badanych grup, otrzymując zadowalające jej wskaźniki (współczynniki alfa Cronbacha: 0,73 dla wyniku globalnego; od 0,71 do 0,76 dla skal w grupie pedagogów specjalnych oraz 0,78 dla wyniku globalnego; od 0,71 do 0,77 dla skal w grupie porównawczej). Uzyskano zadowalające wskaźniki mocy dyskryminacyjnej (przekraczające wartość 0,45), wyższe w grupie porównawczej.

Skala Wartości Schelerowskich (SWS) P. Brzozowskiego

Podstawą skali jest teoria wartości M. Schelera osadzona w nurcie filozoficznym. Inspiracją dla autora skali było założenie o istnieniu uniwersalnej (idealnej) hierarchii wartości, prototypu, który w toku rozwojowych doświadczeń znajduje coraz pełniejsze odzwierciedlenie w hierarchii indywidualnej. Indywidualna hierarchia wartości jako struktura poznawcza, wyrażająca ich uporządkowanie zgodnie ze względnie trwałymi preferencjami jednostki, traktowana jest jako dyspozycja osobowościowa [P. Brzozowski, 2007, s. 133]. Korzystając z teorii M. Schelera i bliskiej jej – J. Tischnera, autor skali wprowadził sześć kategorii wartości naczelnych (podskale): Hedonistyczne (H), Witalne (W): Sprawności i Siły Fizycznej (SSF) oraz Wytrzymałości (Wyt), Estetyczne (E), Prawdy (P), Moralne (Mo), Święte (Ś): Świętości Świeckie (ŚŚ) i Świętości Religijne (ŚR). Łącznie skala obejmuje pięćdziesiąt wartości, którym badany przypisuje punkty, rozdzielając je z puli od 100 do 0.

Badania z zastosowaniem skali realizowane przez P. Brzozowskiego pozwoliły stwierdzić, że ma ona, jako jedyna, właściwość w zakresie jakościowej i ilościowej analizy podobieństwa wartości subiektywnych do obiektywnego (idealnego) prototypu, skonstruowanego przez M. Schelera [P. Brzozowski, 1995, s. 5]. Diagnoza tego elementu w kontekście ustalania preferencji wartości respondentów była jednym z czynników decydujących o wyborze

narzędzia. Uznano również, że wartości, które pozwala ono określić, mają charakter ponadczasowy, co zostało potwierdzone w badaniach realizowanych przez P. Brzozowskiego [2007]. Ich zakres ponadto może być przydatny w stosunku do problematyki postaw. Wybór skali, jako jednej z wielu służących analizie systemu wartości, opierał się również na udowodnionych wysokich wartościach psychometrycznych⁵. Obok takowych, skala ma opracowane normy, których zakres odniesienia (wiek respondentów) pozwala na zastosowanie w badaniach własnych. Autor narzędzia sugeruje potrzebę sprawdzenia rzetelności skali, zwłaszcza w grupach specyficznych pod względem osobowościowym. Jakkolwiek nie ma podstaw, aby w ten sposób oceniać badane tutaj grupy, sprawdzono rzetelność narzędzia, uzyskując wartości zbliżone do ustalonych przez P. Brzozowskiego (współczynniki alfa Cronbacha: od 0,83 do 0,87 w grupie podstawowej oraz od 0,85 do 0,89 w grupie porównawczej).

Skala Znaczenie Seksualności Człowieka

Zamiarem zastosowania tej skali było uzyskanie informacji o sposobie wartościowania przez badanych seksualności człowieka w dwóch podstawowych wymiarach, w których jest ono uzasadnione. Uznano, że określone zjawiska natury biologicznej i psychospołecznej mogą podlegać ocenie w aspekcie zdrowia człowieka, jakości jego życia, a zatem dobrostanu psychofizycznego oraz w kontekście moralnym. Celem stwierdzenia, co stanowi płaszczyznę odniesienia w dokonywaniu moralnego wartościowania, poddano pod rozważenie badanych możliwe kryteria ocen moralnych sformułowanych w tym względzie. Obejmowały one zarówno normy religijne, jak i społeczno-obyczajowe oraz prawne. Skala składa się w efekcie z trzech części, z których dwie przyjmują postać dyferencjału semantycznego (dotyczą wartościowania określonych aspektów w kategoriach: od -3 – „nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka” do +3 – „najważniejsze”) (część I i III), a jedna ma charakter skali Likerta (od 3 – „zdecydowanie tak” do 0 – „zdecydowanie nie”). Dobierając pojęcia opisujące zjawiska z zakresu seksualności człowieka, kierowano się ich zbieżnością z tymi, jakie poddano weryfikacji w przypadku seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, a ponadto zasadnością formułowania względem nich ocen w określonej perspektywie.

⁵ P. Brzozowski [1995, s. 6] zaznacza, że skala ta ma lepsze właściwości psychometryczne niż powszechnie znana Skala Wartości Rokeacha.

Część skali o typie Likerta (część II) pozwala odpowiedzieć badanym na pytanie, co stanowi, ich zdaniem, podstawowy regulator zachowań seksualnych człowieka. W analizach wyników opracowanie tej części skali pozwoli jedynie uszczegółowić kontekst oceny moralnej, tj. ustalić jej podstawowe kryterium.

W badaniach standaryzacyjnych współczynniki alfa Cronbacha wynosiły: 0,82 dla części I, 0,52 dla części II (co może być związane z małą liczbą pozycji)⁶ oraz 0,81 dla części III. Moc dyskryminacyjna pytań w części I pozostaje w zakresie od 0,20 do 0,73; w części II od 0,20 do 0,41; w części III od 0,24 do 0,71. Ocena stabilności bezwzględnej po upływie średnio miesiąca była zadowalająca. Uzyskano istotne, ale zróżnicowane pod względem wartości współczynniki: w części I od 0,31 do 0,71; w części II od 0,36 do 0,69 oraz w części III od 0,34 do 0,77.

W niniejszych badaniach współczynniki alfa Cronbacha wynoszą: 0,80 (część I), 0,68 (część II), 0,79 (część III) dla grupy podstawowej oraz 0,86 (część I), 0,53 (część II) i 0,85 (część III) dla pedagogów ogólnych. Moc dyskryminacyjna jest zróżnicowana i w zakresie poszczególnych części pozostaje w granicach od 0,21 do 0,72 dla pedagogów specjalnych oraz 0,17 do 0,82 dla grupy porównawczej.

Skala Postaw wobec Osób Niepełnosprawnych (PWON)

A. Sękowskiego

A. E. Sękowski [1994, s. 75], konstruując skalę, założył, że tendencje postaw wobec osób z różnym rodzajem niepełnosprawności są zbieżne, co upoważnia do ich badania z pominięciem konkretyzowania przedmiotu odniesienia (rodzaju niepełnosprawności). Opracowana przez niego skala jest jednowymiarowa i pozwala ustalić nasilenie oraz walencję postaw. Podstawowym założeniem dotyczącym badania znaku postawy, przyjętym przez A. Sękowskiego [1991, s. 30], pozostaje wykluczenie postawy neutralnej o ładunku zerowym. Układ twierdzeń, w którym piętnaście pozycji ma charakter pozytywny, a piętnaście negatywny, pozwala natomiast oszacować postawę ambiwalentną (jej natężenie oraz korelaty), co uczynił w swoich eksploracjach Z. Kazanowski [2011, s. 157].

⁶ Przy małej liczbie twierdzeń w poszczególnych skalach uznaje się za dopuszczalną wartość alfa na poziomie 0,50 [S. Bedyńska, A. Brzezicka, za A. Węgliński, 2010].

Skonstruowane na bazie skali Likerta narzędzie daje badanym do 6-punktowej oceny (od +3 – „zdecydowanie się zgadzam” do -3 – „zdecydowanie się nie zgadzam”) twierdzenia opisujące funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością z uwzględnieniem właściwości ich charakteru, zachowania, możliwości podejmowania ról społecznych, ponadto – osobiste reakcje badanych pojawiające się w toku kontaktów z osobami niepełnosprawnymi.

Skala posiada zadowalające warunki psychometryczne [A. E. Sękowski, 1994, s. 77], nie opracowano jednak dla niej norm. Zostały one przygotowane dla potrzeb badań własnych.

Skala ta jest najbardziej znanym w Polsce narzędziem do badania ogólnego ustosunkowania wobec osób z niepełnosprawnością. Jak pisze Z. Kazanowski [2011, s. 156], „problemy, które porusza, pozostają ciągle aktualne w odniesieniu do wszystkich kategorii osób niepełnosprawnych”. Standaryzacja skali przeprowadzona w szerokiej grupie wiekowej zwiększa zakres jej zastosowania. Liczba badań zrealizowanych z jej pomocą jest znaczna, jakkolwiek nie odnaleziono takich, prowadzonych z udziałem pedagogów. Badania autorstwa A. Sękowskiego [1991, 1994] wykazały użyteczność diagnostyczną skali w kontekście analizowania osobowościowych korelatów postaw, w tym – systemu wartości. Była ona również stosowana w analizach własnych, w celu stwierdzenia powiązania postaw studentów pedagogiki specjalnej wobec osób niepełnosprawnych z nastawieniami wobec seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną oraz fizyczną [M. Parchomiuk, 2007].

Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej

Zamiarem skonstruowania skali było określenie sposobu postrzegania przez respondentów istoty niepełnosprawności intelektualnej, tj. ustalenie tego, jak jest ona rozumiana w aspekcie swoich podstawowych przyczyn i skutków, a co się z tym wiąże, jaki model wsparcia badani postrzegają jako najbardziej dla niej adekwatny. Odwołano się tutaj do teorii i analiz empirycznych podejmujących zagadnienie modeli niepełnosprawności, zwłaszcza pozwalających zrozumieć określone sposoby profesjonalnego traktowania osób z niepełnosprawnością w przebiegu procesu edukacji, rehabilitacji, wsparcia oraz organizacji form i modeli życia [M. Priestley, 1998; A. Gerowitz, 2007; L. Walker-Hirsh, 2007b; C. Barnes, G. Mercer, 2008].

Operacjonalizacja preferencji modelu niepełnosprawności intelektualnej opierała się na koncepcji zaproponowanej przez J. Kirenko [2007, s. 83–84], wykorzystującej założenia modelu indywidualnego oraz społecznego, opracowanej

w ramach programu „Prawa człowieka a osoby niepełnosprawne”, przy współpracy Ogólnopolskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych.

W modelu indywidualnym dominują działania z zakresu medycyny, akcentowane są też aspekty biologiczne w funkcjonowaniu jednostki, stąd zamiennie model ten bywa nazywany medycznym, czy też biologicznym [J. Kirenko, 2007, s. 45]. Dla modelu indywidualnego (medycznego, biologicznego) niepełnosprawności intelektualnej wykorzystano następujące kategorie pojęciowe: instytucjonalność warunków życia, uzależnienie od pomocy innych, determinizm biologiczny w genezie zjawiska (uszkodzenie centralnego układu nerwowego), konieczność podporządkowania się specjalistom w procesie wsparcia, niezdolność do podejmowania praw i obowiązków obywatelskich, medykalizacja działań profesjonalnych. Model społeczny tworzyły: życie w środowisku otwartym, naturalnym, zdolność do autonomii, wielość uwarunkowań niepełnosprawności, możliwość współdecydowania w procesie wsparcia, obywatelski model życia, zakładający dostęp do praw i obowiązków, potrzeba współdziałania specjalistów z różnych dziedzin w procesie wsparcia.

Narzędzie ma postać skali typu Likerta. Obejmuje dwie części, z których jedna odnosi się do osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, druga do jednostek upośledzonych w stopniu głębszym. Każda część składa się z dwunastu twierdzeń, z których sześć obejmuje model indywidualny (medyczny), a sześć społeczny. Badany ustosunkowuje się do nich za pomocą 6-stopniowej skali liczbowej (od 5 – „całkowicie się zgadzam” do 0 – „zupełnie się nie zgadzam”). Celem jest ustalenie nasilenia preferencji w obszarze obu modeli. Zdaniem J. Kirenki [2007, s. 82] oba wymiary (modele) należy traktować jako komplementarne, a nie konfrontacyjne, z tego punktu widzenia zastosowane w interpretacji podejście wydaje się zasadne, jakkolwiek należy zgodzić się z autorem, iż bardziej przydatne jest dokonanie ich niezależnego wartościowania.

Współczynniki alfa Cronbacha uzyskane w badaniach standaryzacyjnych wynosiły: 0,68 (model indywidualny niepełnosprawność lekka) 0,74 (model społeczny niepełnosprawność lekka), 0,71 (model indywidualny niepełnosprawność głębsza), 0,71 (model społeczny niepełnosprawność głębsza).

Moc dyskryminacyjna pytań wynosiła: od 0,20 do 0,53 w podskali model indywidualny niepełnosprawność lekka; od 0,34 do 0,64 w podskali model społeczny niepełnosprawność lekka; od 0,24 do 0,57 – model indywidualny niepełnosprawność głębsza oraz od 0,26 do 0,54 – model społeczny niepełnosprawność głębsza. Współczynniki korelacji uzyskane w toku badania

dwukrotnego (średni odstęp miesiąc) były istotne, choć stosunkowo niskie (od 0,41 do 0,63).

Skala była wykorzystywana we wspomnianych wcześniej badaniach z udziałem studentów kierunków medycznych (ujmowała niepełnosprawność intelektualną w sposób globalny), w trakcie których potwierdzono zgodność wewnętrzną oraz moc dyskryminacyjną [M. Parchomiuk, 2012c].

W niniejszych badaniach wartości współczynników alfa Cronbacha wynosiły: 0,73 – model indywidualny niepełnosprawność lekka, dla obu grup; 0,75 – model społeczny niepełnosprawność lekka, dla obu grup; 0,76 dla pedagogów specjalnych oraz 0,77 dla pedagogów ogólnych – model indywidualny niepełnosprawność głębsza; 0,73 dla pedagogów specjalnych oraz 0,74 dla pedagogów ogólnych – model społeczny niepełnosprawność głębsza. Moc dyskryminacyjna pytań w zakresie modeli pozostaje w granicach od 0,18 do 0,58 w przypadku grupy podstawowej oraz 0,19 do 0,64 w grupie porównawczej.

Kwestionariusz danych osobowych

Kwestionariusz był przede wszystkim źródłem informacji osobowych obejmujących dane socjodemograficzne oraz dotyczące sytuacji zawodowej respondentów. W zakresie tej ostatniej pozwalał określić miejsce ich zatrudnienia (formę), pełniony zawód, przygotowanie zawodowe, w przypadku pedagogów specjalnych – charakter podmiotów (uczniów, wychowanków, podopiecznych) w aspekcie stopnia ich niepełnosprawności.

3. Charakterystyka badanych grup

Teren badań własnych obejmował województwo lubelskie oraz podkarpackie. Jego ograniczenie wynikało z potrzeby ujednoczenia badanych grup pod względem charakteru środowisk zawodowego funkcjonowania. Realizacja profesjonalnych zadań badanych dokonuje się w warunkach instytucjonalnych, których charakter jest wyznaczany z jednej strony przez czynniki formalne, z drugiej – nieformalne. O ile kontekst formalny w teorii musi być jednolity, opiera się na ustaleniach prawnych, o tyle nieformalny może być zróżnicowany. Ten ostatni tworzą bowiem czynniki społeczno-kulturowe, ponadto

ekonomiczne. Należy sądzić, że decydują one w pewnym stopniu o charakterze zawodowej aktywności specjalistów, o realizacji przez nich pewnych zadań formalnych, ale również o podejmowaniu działań doskonalących kompetencje zawodowe.

Za kryteria doboru osób do grupy podstawowej (A) uznano:

1. Posiadanie kwalifikacji w zakresie oligofrenopedagogiki, uzyskanych w toku studiów wyższych: trzyletnich, pięcioletnich dwustopniowych oraz pięcioletnich jednolitych magisterskich lub podyplomowych.

2. Realizacja działalności edukacyjnej, opiekuńczej, wychowawczej, terapeutycznej w stosunku do osób (dzieci, młodzieży, dorosłych) z niepełnosprawnością intelektualną.

Tak ustalone kryteria doboru grupy ograniczyły teren badań do instytucji i organizacji, w których wskazana działalność zawodowa może być prowadzona. W zakresie takich pozostają przede wszystkim placówki edukacyjne, poza tym instytucje rehabilitacji społecznej i zawodowej, w mniejszym stopniu, jeśli chodzi o reprezentację pedagogów specjalnych mających wykształcenie w zakresie oligofrenopedagogiki – placówki opiekuńcze. Zakres instytucji edukacyjnych ograniczono do specjalnych, dążąc do ujednolicenia specyfiki środowiska zatrudnienia badanych.

Wymienione rodzaje instytucji, w których mogą podejmować zatrudnienie pedagodzy specjaliści, mieszczące się na terenie województwa lubelskiego oraz podkarpackiego⁷, potraktowano jako warstwy dla doboru losowego, dążąc do tego, aby w badanej grupie podstawowej znajdowała się odpowiednia reprezentacja z zakresu danej kategorii instytucji (edukacyjne, rehabilitacyjne, opiekuńcze) [por. P. Francuz, R. Mackiewicz, 2007, s. 91].

Grupę porównawczą, jak wcześniej nadmieniono, stanowili pedagodzy ogólni. Określenie pedagog ogólny w niniejszej pracy stosuje się w stosunku do osoby, która posiada kwalifikacje pedagogiczne, z wykluczeniem pedagogiki specjalnej. W największym zakresie dotyczy to osób posiadających ukończone studia wyższe w zakresie pedagogiki, ponadto mających wykształcenie w określonej dziedzinie przedmiotowej wraz z niezbędnymi kwalifikacjami (poza pedagogiką specjalną i jej specjalnościami), uprawniającymi do

⁷ Wykazy szkół i placówek oświatowych województwa lubelskiego [www.kuratorium.lublin.pl] i podkarpackiego [www.ko.rzeszow.pl]; wykazy warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy oraz domów pomocy społecznej [bazy.ngo.pl; www.wps.lublin.uw.gov.pl]. Szczegółowe informacje na temat liczby osób zatrudnionych (na pełnych etatach) uzyskano za pośrednictwem Centrum Informacji Oświatowej [www.cie.men.gov.pl] oraz stron internetowych instytucji. Przy sporządzaniu listy WTZ brano pod uwagę wszystkie, które są prowadzone przez PSOUU oraz te, w których wskazano na rehabilitację osób z niepełnosprawnością intelektualną.

podejmowania działalności dydaktycznej w placówkach oświatowych [Rozporządzenie MEN z dnia 12.03.2009 w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli..., z późn. zm.]. W funkcjonowaniu zawodowym osoby te określane są mianem nauczycieli, wychowawców, pedagogów [Karta Nauczyciela, stan prawny na dzień 19.02.2012].

Biorąc pod uwagę tak sprecyzowane założenia, za kryteria doboru do grupy porównawczej (B) uznano:

1. Posiadanie kwalifikacji pedagogicznych, z wykluczeniem kierunku pedagogika specjalna.
2. Realizacja działalności edukacyjnej, opiekuńczej i wychowawczej w stosunku do dzieci i młodzieży pełnosprawnej.

Ze względu na przewidywane znaczenie określonych cech osobowych w zakresie analizowanych zmiennych, uznano za zasadne wprowadzenie dodatkowych kryteriów, pozwalających ujednoczyć badane grupy pod względem wieku, płci oraz stażu pracy.

Teren badań grupy porównawczej ograniczono do instytucji edukacyjnych (na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjalnej oraz średniej) o charakterze ogólnodostępnym, mieszczących się w obszarze miejscowości (lub w ich pobliżu)⁸, w których pozostają wyselekcjonowane do badań instytucje zatrudnienia pedagogów specjalnych. W celu uzyskania grupy, zbliżonej pod względem wskazanych zmiennych do podstawowej, przebadano większą niż docelowa liczbę osób.

Do badań zakwalifikowano kwestionariusze wypełnione przez 580 osób: 300 pedagogów specjalnych (grupa podstawowa A) oraz 280 pedagogów nieposiadających wykształcenia w kierunku pedagogiki specjalnej (grupa porównawcza B).

Nadreprezentacja kobiet w zawodach pedagogicznych znalazła swoje odzwierciedlenie w dobranej próbie. W grupie pedagogów specjalnych były 263 kobiety (tj. 87,67%), w grupie porównawczej – 245 (87,50%). Nie stwierdzono różnicy na poziomie istotności statystycznej w tym zakresie ($p=0,440$).

Kryterium dopasowania obu grup pod względem wieku należy uznać za spełnione. Średnia wieku w grupie A wynosi 40,11; w grupie B – 41,15 lat. Nie stwierdzono istotnej różnicy w tym zakresie ($p=0,388$).

Nie udało się zrealizować warunku dopasowania grup pod względem stażu pracy. Jakkolwiek różnica w latach nie jest duża, ma charakter istotny statystycznie ($p=0,007$). W grupie A średni staż wynosi 13,24, w grupie B – 15,23.

⁸ Wykazy szkół i placówek oświatowych województwa lubelskiego [www.kuratorium.lublin.pl] i podkarpackiego [www.ko.rzeszow.pl].

Najwięcej badanych pedagogów specjalnych i ogólnych mieszka w środowisku miejskim. Zbliżone są w obu grupach dane dotyczące sytuacji rodzinnej. Większość respondentów jest w związkach formalnych, zwykle też posiadają dzieci (tabela 7).

Zarówno pedagodzy specjaliści, jak i pedagodzy ogólni to osoby w większości wierzące i praktykujące (tabela 7).

W zbliżonym odsetku respondenci z obu grup uzyskali stosowne kwalifikacje zawodowe w toku jednolitych studiów magisterskich bądź dwustopniowych, tj. licencjackich i magisterskich (tabela 7).

Analizując podstawowe kryterium doboru do grupy podstawowej – kwalifikacje w zakresie oligofrenopedagogiki – ustalono, że większość respondentów uzyskała je w drodze studiów wyższych; a jedynie 61 osób (tj. 20,33%) w toku studiów podyplomowych z oligofrenopedagogiki. Dla znacznej liczby pedagogów specjalnych jest to jedna z kilku posiadanych specjalności (tabela 7). Specjalności badanych z grupy porównawczej są zróżnicowane, chociaż dominują w nich te o charakterze przedmiotowym (tabela 7).

Najwięcej pedagogów specjalnych pracuje w środowiskach edukacyjnych, tj. przedszkolach, szkołach różnego szczebla oraz ośrodkach szkolno-wychowawczych czy zespołach szkół. Wszyscy pedagodzy ogólni pracują w placówkach edukacyjnych (tabela 7). Miejsce zatrudnienia różnicuje formę realizacji zawodu. W grupie podstawowej znaczący odsetek badanych stanowią nauczyciele przedmiotowcy, w grupie pedagogów ogólnych są oni dominującą kategorią (tabela 7).

Pedagodzy specjaliści realizują działalność zawodową względem podmiotów mających różny stopień ograniczeń intelektualnych. Nie można tu określić dominującej tendencji, chociaż największy wskaźnik badanych pracuje z osobami o zróżnicowanych możliwościach intelektualnych (tabela 7).

Tabela 7. Sytuacja rodzinna i zawodowa osób badanych (grupa A i B) (liczebności i procenty)

Sytuacja rodzinna i zawodowa	GRUPA A		GRUPA B	
	N	%	N	%
ZAMIESZKANIE				
Miasto wojewódzkie	120	40,00	156	55,71
Miasto powiatowe	100	33,33	64	22,86
Miasteczko	13	4,33	16	5,71
Wieś	53	17,67	31	11,07
Brak danych	14	4,67	13	4,64

SYTUACJA RODZINNA				
Żona/mąż	33	11,00	40	14,29
Żona/mąż i dzieci	172	57,33	145	51,79
Związek nieformalny	21	7,00	22	7,86
Związek nieformalny z dziećmi	7	2,33	8	2,86
Rozwódka z dziećmi	8	2,67	2	0,71
Rozwódka/rozводnik	–	–	4	1,43
Osoba samotna/rozwidziona	48	16,00	46	16,43
Wdowa z dzieckiem	–	–	1	0,36
Brak danych	11	3,67	12	4,29
RELIGIJNOŚĆ				
Osoba wierząca i praktykująca	223	74,33	223	79,64
Osoba wierząca i niepraktykująca	50	16,67	45	16,07
Osoba niewierząca i praktykująca	2	0,67	1	0,36
Osoba niewierząca i niepraktykująca	11	3,67	3	1,07
Brak danych	14	4,67	8	2,86
PRZYGOTOWANIE ZAWODOWE				
Studia na uniwersytecie:				
– magisterskie (pięcioletnie)	138	46,00	102	36,43
– licencjackie	16	5,33	2	0,71
– licencjackie i magisterskie uzupełniające (dwuletnie)	5	1,67	19	6,79
Studium nauczycielskie i studia magisterskie/licencjackie	7	2,33	5	1,79
Studium, studia magisterskie lub licencjackie, stacjonarne podyplomowe	4	1,33	7	2,50
Studia (magisterskie, licencjackie) oraz studia podyplomowe	130	43,34	139	49,64
Brak danych	–	–	6	2,14
SPECJALNOŚĆ ZAWODOWA* – GRUPA A (dodatkowe obok oligofrenopedagogiki)				
Tyflopedagogika	32	10,67		
Surdopedagogika	9	3,00		
Pedagogika terapeutyczna	20	6,67		
Resocjalizacja	15	5,00		
Pedagogika wczesnoszkolna	26	8,67		
Przedszkolna	11	3,67		
Opiekuńcza	21	7,00		
Specjalności przedmiotowe (w zakresie filologii, matematyki, chemii, fizyki, geografii, historii, przedmiotów zawodowych i in.)	44	14,67		
Brak danych	6	2,00		
SPECJALNOŚĆ ZAWODOWA* – GRUPA B				
Specjalności przedmiotowe (w zakresie filologii, matematyki, chemii, fizyki, geografii, historii i in.)	179	63,93		
Pedagogika wczesnoszkolna	63	22,50		
Przedszkolna	24	8,57		
Opiekuńcza	45	16,07		

MIEJSCE PRACY* ^a – GRUPA A				
Przedszkole specjalne	20	6,67		
Szkoła podstawowa specjalna (klasy I–III)	33	11,00		
Szkoła podstawowa specjalna (klasy IV–VI)	29	9,67		
Szkoła podstawowa ogólnodostępna ^b	1	0,33		
Szkoła podstawowa integracyjna	1	0,33		
Gimnazjum specjalne	34	11,33		
Gimnazjum ogólnodostępne	3	1,00		
Szkoła zawodowa specjalna	32	10,67		
Szkoła przysposabiająca do pracy	18	6,00		
Warsztaty terapii zajęciowej	20	6,67		
Dzienne Centrum Aktywności	6	2,00		
Dom pomocy społecznej	11	3,67		
Środowiskowy dom samopomocy	17	5,67		
Stowarzyszenie ^c	6	2,00		
SOSW	111	37,00		
OREW	5	1,67		
Zespół szkół specjalnych	19	6,33		
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	4	1,33		
MIEJSCE PRACY* – GRUPA B				
Przedszkole	18	6,43		
Szkoła podstawowa (klasy I–III)	90	32,14		
Szkoła podstawowa (klasy IV–VI)	97	34,64		
Gimnazjum	81	28,93		
Szkoła zawodowa	2	0,71		
Szkoła średnia (LO, technikum)	30	10,71		
Internat	14	5,00		
Inne	1	0,36		
Brak danych	5	1,79		
FORMA REALIZACJI ZAWODU* – GRUPA A				
Nauczyciel przedmiotu	165	55,00		
Nauczyciel wspierający	1	0,33		
Pedagog szkolny	7	2,33		
Opiekun w internacie	50	16,67		
Terapeuta zajęciowy	39	13,00		
Opiekun w DPS	3	1,00		
FORMA REALIZACJI ZAWODU* – GRUPA A				
Nauczyciel w przedszkolu	20	6,67		
Wychowawca w świetlicy	8	2,67		
Członek zespołu terapeutycznego/edukacyjno-terapeutycznego	20	6,67		
Brak danych	5	1,67		
FORMA REALIZACJI ZAWODU* – GRUPA B				
Nauczyciel przedmiotu	218	77,86		
Pedagog szkolny	13	4,64		
Opiekun w internacie	14	5,00		
Inny	32	11,43		

Brak danych	18	6,43		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ UCZNIÓW/ WYCHOWANKÓW/PODOPIECZNYCH – GRUPA A				
Lekki	49	16,33		
Umiarkowany i znaczny	85	28,33		
Głęboki	23	7,67		
Osoby z różnym stopniem niepełnosprawności	133	44,33		
Brak danych	10	3,33		

* wybory wielokrotne

^a Wybór wielokrotny dotyczy w tym przypadku tylko form edukacji, tj. przedszkoli i szkół na różnym szczeblu oraz funkcji nauczyciela. Taki rozkład pozwala w dalszej części opracowania wyodrębnić podgrupy ze względu na charakter działalności zawodowej, nie powodując zakwalifikowania osoby do kilku grup równocześnie.

^b W przypadku form ogólnodostępnych oraz integracyjnej zatrudnienie dodatkowe, obok formy specjalnej.

^c W ramach działalności stowarzyszenia (PSOUU, Krok za Krokiem): warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, placówki wychowania przedszkolnego oraz szkolnego (szkoła podstawowa), w jednym przypadku nie sprecyzowano.



Postawy badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

1. Aspekt afektywny

Komponent afektywny, tradycyjnie uznawany za decydujący dla zaistnienia postaw [por. S. Nowak, 1973, s. 24], najczęściej bywa analizowany za pomocą ocen [M. Marody, 1976, s. 134]. Ze względu na ich ściśle powiązanie z emocjami, zasadne jest mówienie o elemencie emocjonalno-oceniającym. Diagnoza tego aspektu w niniejszych badaniach ma charakter bezpośredni [M. Marody, 1973, s. 134].

Badani pedagodzy mieli ocenić pojęcia określające elementy seksualności człowieka w jej warstwie fizycznej, psychicznej i społecznej. Wśród nich znalazły się zarówno przejawy oraz sposoby realizacji seksualności, jak i formy jej regulacji. Do tych ostatnich zaliczono antykoncepcję oraz edukację seksualną. W zakres pojęć poddanych ocenie badanych włączono sterylizację. Uznanie jej za element seksualności niepełnosprawnych intelektualnie nie wiąże się z udzieleniem na nią przyzwolenia. Z uwagi na to, że była i jest postrzegana oraz analizowana jako forma kontroli seksualności osób upośledzonych [por. P. Wolfe, 1997, s. 79–80; L. A. Christian i in., 2001, s. 287], wymaga określonego ustosunkowania. Stanowiąc ważny (z perspektywy podejmowanych dyskusów, niekiedy również rozwiązań praktycznych) element postaw wobec seksualności, została włączona w zakres pojęć, które tę seksualność w społecznym wizerunku budują.

Analiza dotychczas realizowanych badań poświęconych postawom specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie pozwala wnioskować o zróżnicowaniu formułowanych przez nich ocen w zależności od

aspektu, ponadto od stopnia upośledzenia umysłowego. Specyfika wartościowania daje obraz elementów pozytywnych – tolerowanych, akceptowanych, ocenianych jako korzystne oraz negatywnych – nieakceptowanych, nietolerowanych i uznawanych za szkodliwe lub co najmniej za niekorzystne. Płaszczyzną formułowanych ocen i sposobów wartościowania stanowi wiele czynników, przede wszystkim składających się na doświadczenia specjalistów, zawodowe i osobiste, czy też zasób kompetencji w zakresie radzenia sobie z przejawami seksualności niepełnosprawnych intelektualnie [m.in. P. Wolfe, 1997, s. 79; L.A. Christian i in., 2001, s. 287; J. Hogg, i in., 2001, s. 23; M. Cuskelly, R. Bryde, 2004, s. 259; L. Kamapalan, J-Y. Li, 2009, s. 16–17; L. Gilmore, B. Chambers, 2010, s. 25]. W badaniach własnych realizowanych z udziałem specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi, między innymi nauczycielami (z zastosowaniem dyferencjału semantycznego), wykazano, iż najwyżej wartościowane są komponenty psychospołeczne seksualności, tj. miłość i przyjaźń, ponadto edukacja seksualna. Seksualność niepełnosprawnych intelektualnie postrzegana jest jednak głównie w wymiarze fizycznym, podczas gdy seksualność osób niepełnosprawnych w normie intelektualnej ma bardziej złożony obraz – potrzeby seksualne są związane z relacjami partnerskimi o różnym stopniu intymności oraz z rodzicielstwem [M. Parchomiuk, 2012b, s. 412–416].

Zastosowane dyferencjały semantyczne (Wartościowanie Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną w stopniu lekkim, WSONI – 1; Wartościowanie Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną w stopniu głębszym, WSONI – 2) zawierały zestawy przymiotników o przeciwstawnym charakterze, tworzących wyłącznie wymiar wartościowania.

W wyniku przeprowadzonej analizy ustalono nieliczne istotne różnice między obiema grupami (tabela 8). Ich przebieg wskazuje na to, iż niektóre z fizycznych aspektów seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim są wyżej wartościowane przez pedagogów specjalnych. Dotyczy to popędu płciowego, atrakcyjności fizycznej oraz masturbacji. Korzystniejsza jest również formułowana przez nich ocena dotycząca potrzeb seksualnych jednostek z tą niepełnosprawnością, jednak ustalona tu różnica jest jedynie zbliżona do istotnej.

Hierarchia pojęć dyferencjału jest zbieżna w obu grupach (tabela 9), jakkolwiek nietożsama.

Pedagodzy specjaliści i ogólni najbardziej cenią sobie te aspekty, które pozostają w sferze psychoseksualnej. Najwyżej wartościowana jest przyjaźń, realizowana zarówno w związku z osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim, jak i pełnosprawną. W zakresie pojęć najwyżej wartościowanych pozostaje miłość, ale przeżywana w relacji osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. Od

miłości, która ma być realizowana w związku osoby niepełno- i pełnosprawnej, badani cenią wyżej edukację seksualną.

Tabela 8. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Pojęcia	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	50,56	49,24	9,63	10,19	1,52	0,128
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	48,33	45,84	9,31	10,25	2,92	0,004*
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	47,63	47,79	11,24	11,24	-0,17	0,868
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	47,84	48,65	11,56	12,26	-0,78	0,437
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	45,43	45,24	12,23	12,34	0,18	0,860
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	49,91	48,82	11,66	11,78	1,064	0,288
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	48,46	48,38	12,07	12,25	0,08	0,938
Sterylicacja osób z NI w stopniu lekkim	31,00	31,91	12,20	11,31	-0,88	0,382
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	52,01	49,71	11,42	11,87	2,25	0,025*
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	54,98	54,31	11,13	12,02	0,66	0,508
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	51,68	51,68	12,24	12,67	0,00	0,999
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	59,68	59,97	10,89	9,96	-0,31	0,758
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	58,73	59,40	11,04	10,34	-0,71	0,478
Współzycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	47,53	46,65	12,22	11,98	0,83	0,408
Współzycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	45,35	45,26	13,36	13,02	0,08	0,940
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	49,75	47,98	11,95	13,99	1,55	0,123
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	50,87	48,98	11,25	12,11	1,85	0,065~
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	43,72	39,04	11,41	11,65	4,57	0,000*
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	54,63	53,64	11,20	11,82	0,98	0,328

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe ustalony w obu grupach nie potwierdza wysokiego wartościowania wymienionych pojęć (aneks,

tabela 1). W obszarze tych aspektów seksualności pedagodzy specjaliści uzyskali w największym zakresie wyniki przeciętne, a w kategoriach niskich i wysokich obserwuje się zbliżone odsetki osób, zwłaszcza w obu aspektach przyjaźni. Niewielka przewaga badanych z grupy porównawczej, którzy osiągnęli niskie wyniki w stosunku do pozostałych ich kategorii, nie pozwala na określenie zdecydowanej tendencji wartościowania miłości czy edukacji seksualnej. W zakresie przyjaźni, poddawanej ocenie badanych w obu typach relacji, mamy do czynienia z niewielką przewagą wyników przeciętnych.

Relacje przyjaźni i miłości, pozwalające zaspokajać potrzeby psychiczne osób z niepełnosprawnością i stanowiące ich przejaw, w ocenach formułowanych przez badanych z obu grup, współtworzą całościowy obraz seksualności z elementami fizycznymi, przede wszystkim atrakcyjnością sfery fizycznej, cielesnością oraz potrzebami seksualnymi. Pojęcia te pojawiły się we wskazanej kolejności w obu hierarchiach. Można sugerować, że jest to wyraz doceniania integracji psychoseksualnej i społecznoseksualnej oraz percypowania możliwości jej osiągnięcia u jednostek z tą niepełnosprawnością.

Rozkład wyników wskazuje na wyraźnie wyższe wartościowanie atrakcyjności przez pedagogów specjalnych i potwierdza istotną różnicę na ich korzyść. Bardzo zbliżone są tutaj wskaźniki procentowe osób, które uzyskały wyniki przeciętne i wysokie. W grupie porównawczej obserwuje się niewielką przewagę wyników przeciętnych w stosunku do niskich. Podobnie jest w przypadku potrzeb seksualnych, jednak tutaj większy odsetek pedagogów specjalnych otrzymał wyniki przeciętne. Wartościowanie ciała jako elementu seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim przebiega w obu grupach na zbliżonym poziomie, co potwierdza rozkład wartości przeliczonych ze stosunkowo najliczniejszą reprezentacją kategorii przeciętnych.

Kolejno w ustalonych hierarchiach obu grup na tożsamym miejscu pojawia się narzeczeństwo, realizowane w związku osób z lekką niepełnosprawnością. Dopiero na dalszych pozycjach sytuuje się ta forma relacji osoby pełno- i niepełnosprawnej intelektualnie. Kwestia narzeczeństwa wkracza w obszar bardziej formalnych stosunków, ponieważ zgodnie z tradycją narzeczeństwo stanowi przygotowanie do związku małżeńskiego. W obu hierarchiach jest odsunięte na dalsze pozycje. Interesujące jest, że wartościowanie małżeństwa, w obu typach relacji wyznaczonej stopniem sprawności intelektualnej, ma odmienny wzorzec niż wartościowanie narzeczeństwa, miłości czy przyjaźni. Stosunkowo wyżej cenione pozostaje małżeństwo o charakterze „mieszanym”, a zatem takie, w którym jeden z partnerów jest osobą pełnosprawną.

Warto zwrócić uwagę na to, że wartościowanie narzeczeństwa w kontekście uzyskanych wyników przeliczonych różni się nieco od ustalonej hierarchii średnich surowych. Okazuje się bowiem, że zbliżona liczba pedagogów specjalnych ceni sobie związki narzeczeńskie o typie „mieszanym” (heterogenicznym) na poziomie przeciętnym i wysokim, a związki budowane przez samych niepełnosprawnych w stopniu lekkim – z wyraźniejszą przewagą na poziomie przeciętnym. W grupie porównawczej z kolei wartościowanie narzeczeństwa w obu jego formach przebiega na zróżnicowanym poziomie, ale z pewną tendencją w niskim kierunku. W przypadku związków „mieszanych” obserwuje się zbliżone odsetki osób osiągających wyniki wysokie i niskie, w zakresie związków narzeczeńskich realizowanych przez niepełnosprawnych – zbliżone kategorie niskich i wysokich, przy stosunkowo najliczniejszej przeciętnych.

Wartościowanie związków małżeńskich, zwłaszcza obejmujących wyłącznie osoby z upośledzeniem, przebiega w obu grupach na różnym poziomie, o czym świadczą zbliżone reprezentacje osób osiągających poszczególne wyniki. W przypadku związków „mieszanych” przewadze przeciętnych w grupie podstawowej towarzyszy zwiększony wskaźnik procentowy wysokich, a w porównawczej – zbliżone niskich i wysokich.

Jak zaznaczono, wartościowanie małżeństwa pozostaje na niższym poziomie. W grupie podstawowej poprzedza je bowiem antykoncepcja oraz popęd płciowy. Te kategorie pojęciowe pozostają w bliskim sąsiedztwie oceny narzeczeństwa. Zwraca uwagę szczególnie ceniona przez pedagogów specjalnych kategoria popędu, w której zakresie znaczny wskaźnik osób (choć niedominujący) otrzymał wyniki wysokie. Jego bliskie sąsiedztwo z antykoncepcją, wyżej usytuowaną w hierarchii, jednak nieco niżej wartościowaną w aspekcie wyników przeliczonych, pozwala traktować obie kategorie jako ściśle powiązane, a stosunkowo wysoką pozycję popędu w hierarchii pojęć z zakresu seksualności wiązać z dostrzeganym znaczeniem w życiu niepełnosprawnych, być może opartym na obserwacjach sposobów jego realizowania.

Popęd pozostaje na dalszej pozycji w grupie porównawczej, wartościowany na poziomie przeciętnym i niskim. Jego ocena jest niższa niż ocena małżeństwa w obu jego typach, niższa niż wartościowanie antykoncepcji, a także współżycia seksualnego osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. Sposób wartościowania antykoncepcji jest zróżnicowany u pedagogów ogólnych – rozkład wyników nie pozwala na określenie specyficznej tendencji.

Współżycie seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną, ich rodzicielstwo, a jeszcze wyżej małżeństwo heterogeniczne i homogeniczne pozostają w bliskim sąsiedztwie w grupie podstawowej. Te powiązane ze sobą

pojęcia, stosunkowo niżej wartościowane, opisują kwintesencję seksualności człowieka zarówno w jej wymiarze fizycznym, jak i psychospołecznym. Wartościowanie współżycia seksualnego u niepełnosprawnych w stopniu lekkim oraz ich rodzicielstwa u niespełna połowy pedagogów specjalnych przebiega na poziomie przeciętnym, przy nieco wyższej reprezentacji wyników wysokich w stosunku do niskich. Niżej w hierarchii pozostaje współżycie osoby niepełnosprawnej oraz sprawnej intelektualnie. Jego pozycja powodowana jest nieco większą, w stosunku do poprzednio rozpatrywanych pojęć, reprezentacją kategorii wyników niskich. Wartościowanie współżycia w relacji osoby niepełno- i pełnosprawnej intelektualnie przebiega w grupie podstawowej na poziomie przeciętnym i wysokim.

Tabela 9. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): wyniki testu rangowania

Pojęcia	Rangi ^a	
	A	B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	8,00	7,00
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	12,00	15,00
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	14,00	13,00
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	13,00	10,00
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	16,00	17,00
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	9,00	9,00
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	11,00	11,00
Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	19,00	19,00
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	5,00	6,00
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	3,00	3,00
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	6,00	5,00
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	1,00	1,00
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	2,00	2,00
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	15,00	14,00
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	17,00	16,00
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	10,00	12,00
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	7,00	8,00
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	18,00	18,00
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	4,00	4,00
r Spearmana=0,97; p<0,000*		

* istotne statystycznie

^a Im niższa ranga, tym wyższa średnia

Współżycie seksualne w obu typach relacji partnerskich jest nieco wyżej wartościowane w grupie porównawczej w stosunku do rodzicielstwa. U niemal połowy osób ma charakter przeciętny, chociaż w zakresie współżycia realizowanego w relacji jednostek z niepełnosprawnością obserwuje się zbliżone odsetki pedagogów ogólnych uzyskujących wyniki przeciętne i wysokie.

Najniżej wartościowane, na tożsamyh miejscach w hierarchii pojęć w obu grupach, pozostają masturbacja i sterylizacja. Należy jednak nadmienić, że masturbacja jest pojęciem istotnie wyżej wartościowanym przez pedagogów specjalnych. W tym zakresie niespełna połowa z nich uzyskała wyniki wysokie, podczas gdy podobny odsetek pedagogów ogólnych otrzymał wyniki niskie. Znacząca pozycja masturbacji, określona na podstawie wyników przeliczonych, może potwierdzać wcześniejsze założenie mówiące o tym, że sposób wartościowania różnych aspektów seksualności przez pedagogów specjalnych przypuszczalnie opiera się na postrzeganiu ich znaczenia w życiu niepełnosprawnych, w kontekście obserwowanych ich zachowań.

Odsunięcie w hierarchii sterylizacji może świadczyć o tym, że nie jest ona postrzegana jako metoda antykoncepcji. Jednak jej pozycja wyznaczana rozkładem wyników przeliczonych w grupie porównawczej wskazuje na specyficzny sposób wartościowania. U pedagogów specjalnych trudno jest określić charakterystyczną tendencję z tej racji, iż zbliżone (bądź tożsame) odsetki osób osiągnęły wyniki przeciętne, niskie i wysokie. W przypadku pedagogów ogólnych obserwuje się natomiast podobne wskaźniki procentowe osób, które wartościują to pojęcie na poziomie przeciętnym i wysokim.

Dokonane dotychczas analizy mają charakter uogólniający, ich celem jest bowiem uzyskanie w miarę całościowego wglądu w sposób wartościowania seksualności niepełnosprawnych intelektualnie realizowanego w obu grupach. Rozważania te pomijają jednak istotną kwestię, jaką jest zróżnicowanie wewnętrzne sposobów wartościowania w zakresie poszczególnych aspektów seksualności. Szczegółowa analiza znaczeń, jakie badana osoba przypisuje pojęciom na różnych skalach przymiotnikowych, pozwoli zorientować się co do stopnia ich spójności bądź rozbieżności i wnioskować na tej podstawie o ambiwalencji wartościowania. Należy tutaj jednak dokonać pewnych wyjaśnień związanych z kwestią oceny ambiwalencji w obszarze afektywnego aspektu postaw¹. Pominięcie w analizach poszczególnych walencji cząstkowych łączy się z przyjęciem założenia o istnieniu w psychice posiadacza postawy „indeksu walencji globalnej”, będącego rodzajem „psychologicznej średniej ważo-

¹ Zagadnienie ambiwalencji w postawach wobec osób z niepełnosprawnością będzie przedmiotem analiz również w dalszej części opracowania.

nej poszczególnych walencji cząstkowych” [S. Nowak, za M. Marody, 1976, s. 150]. Aby uniknąć związanych z tym błędów interpretacyjnych o charakterze nadmiernego uogólnienia (budowanie jedynie „zbiorczych indeksów” walencji, z pomijaniem postawy ambiwalentnej, nieujednocionej) oraz uszczegółowienia (skupianie się wyłącznie na poszczególnych walencjach z interpretowaniem ich niespójności jako wskaźnika ambiwalencji, bez określenia postawy ujednocionej), należy dokonać interpretacji wymiaru afektywnego postaw zarówno w aspekcie ogólnym (co uczyniono wyżej), będącym swoistym „indeksem globalnym”, jak i szczegółowym, tj. obejmującym walencje cząstkowe [por. M. Marody, 1976, s. 150–151].

Zgodnie z przyjętym w dyferencjale semantycznym sposobem punktowania odpowiedzi, średnie wartości, przekraczające granicę punktu 4,0, można określić jako takie, które w różnym stopniu wyrażają aprobatę dla przymiotników pozytywnych. Są to zatem wskaźniki pozytywnego wartościowania danego pojęcia. Te, które pozostają poniżej punktu 4,0, oznaczają określony stopień aprobaty dla przymiotników negatywnych. W żadnym z pojęć średnia wartość ich ocen w grupie podstawowej nie osiągnęła punktu 4,0, który wyraża neutralność ustosunkowania, jakkolwiek należy zwrócić uwagę, iż w zakresie niektórych uzyskana średnia jedynie nieznacznie przekraczała ten punkt, zarówno w kierunku pozytywnym, jak i negatywnym. Analizując uzyskane wyniki (tabela 10), można stwierdzić, iż sposób wartościowania większości aspektów seksualności ujawniany przez pedagogów specjalnych ma spójny charakter. Oceny cząstkowe w obszarze danego pojęcia są w większości pozytywne (odwołują się w różnym stopniu do przymiotników pozytywnie wartościujących). Jest to szczególnie widoczne w zakresie przyjaźni i miłości realizowanej w związku osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, kojarzonych silnie przez badanych z pozytywnymi określeniami. Niespójna w ocenie pozostaje masturbacja, której oceny cząstkowe opierają się na przymiotnikach negatywnych i, nieco częściej, pozytywnych. Spójne, ale w zdecydowanej większości negatywne oceny cząstkowe dotyczą sterylizacji.

Wzorzec ocen cząstkowych formułowanych przez pedagogów ogólnych jest podobny do tego, który otrzymano w grupie podstawowej (tabela 11). W większości aspektów pojawia się spójność ocen pozytywnych. Wyjątkiem jest sterylizacja, w której zakresie wystąpiła spójność ocen negatywnych. Podobnie jak w grupie podstawowej niespójność zaznacza się w zakresie masturbacji, której oceny cząstkowe mają charakter zarówno pozytywny, jak i negatywny o różnym nasileniu.

Tabela 10. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): analiza walencji cząstkowych

Pojęcia	dobry-zły	ceny-bez-wartościowy	czysty-brudny	dostępny-nie-dostępny	przyjemny-przykry	istotny-nieważny	bierny-aktywny	słaby-mocny	zrozumiały-niezrozumiały	bliski-daleki
Ciało osoby NI w stopniu lekkim	5,70	5,33	5,27	4,94	5,18	5,52	4,67	4,31	4,70	4,89
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	5,15	4,26	4,75	4,71	4,67	5,24	5,09	5,11	4,84	4,53
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	4,85	4,53	4,93	4,63	4,97	5,11	4,73	4,31	4,85	4,67
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,02	4,64	5,00	4,75	4,96	5,10	4,67	4,55	4,68	4,47
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	4,45	4,40	4,81	4,48	4,68	4,81	4,50	4,25	4,58	4,44
Narzędzielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	5,26	4,81	5,04	4,96	5,26	5,19	4,96	4,67	5,02	4,73
Narzędzielstwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,22	4,72	4,95	4,79	5,08	5,01	4,70	4,55	4,81	4,57
Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim	2,62	2,69	2,84	3,03	2,58	4,01	3,48	3,54	3,15	3,05
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	5,49	5,13	5,30	5,16	5,47	5,45	5,08	4,73	5,28	4,92
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	5,85	5,49	5,58	5,39	5,71	5,63	5,22	5,21	5,62	5,27
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,59	5,22	5,31	5,10	5,37	5,37	4,99	4,71	5,17	4,86
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	6,44	6,31	6,05	5,92	6,11	6,08	5,54	5,46	6,02	5,77
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	6,31	6,26	5,96	5,75	5,98	6,04	5,52	5,44	5,87	5,59
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	4,88	4,35	4,69	4,69	5,03	5,00	4,68	4,67	5,02	4,52
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	4,63	4,19	4,64	4,59	4,88	4,77	4,49	4,43	4,52	4,20
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	5,62	5,19	5,16	4,85	4,80	5,65	4,39	4,16	5,30	4,59
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	5,56	4,95	5,10	4,93	5,12	5,32	4,90	4,96	5,31	4,73
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	4,14	3,68	3,78	4,67	4,43	4,74	4,69	4,58	4,84	4,20
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	6,00	5,93	5,80	4,98	5,50	6,14	5,02	4,59	5,71	4,97

Tabela 11. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): analiza walencji cząstkowych

Pojęcia	dobry-zły	ceny-bez-wartościowy	czysty-brudny	dosłębny-niedosłębny	przyjemny-przykry	istotny-nieważny	bierny-aktywny	słaby-mocny	zrozumiały-niezrozumiały	bliski-daleki
Ciało osoby NI w stopniu lekkim	5,49	5,27	5,46	4,82	5,02	5,49	4,47	4,10	4,52	4,61
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	4,70	4,10	4,52	4,53	4,58	4,92	4,68	4,86	4,58	4,34
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	4,84	4,48	5,09	4,75	5,11	5,09	4,57	4,47	4,82	4,58
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,04	4,68	5,13	4,95	5,08	5,14	4,67	4,58	4,76	4,60
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	4,39	4,43	4,78	4,46	4,76	4,86	4,51	4,25	4,49	4,31
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim	5,03	4,68	5,08	4,93	5,21	5,17	4,50	4,47	4,99	4,75
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,07	4,74	5,03	4,94	5,08	5,06	4,60	4,38	4,82	4,66
Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim	2,70	2,65	2,92	3,23	2,67	3,98	3,63	3,76	3,22	3,12
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	5,23	4,81	5,18	5,08	5,29	5,21	4,40	4,33	5,25	4,93
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	5,82	5,29	5,60	5,35	5,66	5,58	5,08	5,12	5,55	5,27
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	5,49	5,03	5,40	5,08	5,40	5,35	4,92	4,70	5,22	5,08
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	6,49	6,30	6,20	6,04	6,27	6,22	5,35	5,23	6,05	5,81
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	6,48	6,23	6,21	6,03	6,29	6,14	5,20	5,14	5,94	5,75
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	4,80	4,24	4,73	4,57	4,92	4,92	4,59	4,54	4,91	4,44
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	4,65	4,19	4,58	4,53	4,76	4,81	4,54	4,33	4,54	4,33
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	5,09	4,71	4,82	4,91	4,74	5,40	4,27	4,15	5,24	4,65
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	5,02	4,53	4,90	4,86	4,99	5,03	4,94	4,89	5,08	4,70
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	3,61	3,28	3,42	3,98	3,94	3,97	4,51	4,52	4,13	3,70
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	5,82	5,60	5,67	5,03	5,24	5,95	4,79	4,71	5,80	5,02

Tabela 12. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Pojęcia	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	46,10	43,98	10,64	11,08	2,19	0,029*
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	42,97	39,85	9,19	10,96	3,49	0,001*
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	35,30	36,23	10,03	12,60	-0,93	0,352
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,77	36,51	11,03	13,53	-2,51	0,012*
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	32,59	34,27	10,82	12,71	-1,61	0,109
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	38,54	37,25	11,26	12,39	1,22	0,224
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,83	36,37	10,89	13,46	-2,33	0,020*
Sterylicacja osób z NI w stopniu głębszym	34,60	34,95	11,56	10,56	-0,34	0,735
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	41,76	42,55	10,88	10,64	-0,82	0,413
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	45,08	42,65	11,56	13,01	2,22	0,027*
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	37,02	39,81	11,29	13,19	-2,56	0,011*
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	52,78	52,23	12,16	11,26	0,53	0,599
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	52,30	52,20	11,14	10,57	0,10	0,923
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	36,05	37,00	9,96	12,04	-0,96	0,336
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	31,25	35,10	11,10	12,89	-3,57	0,000*
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	44,89	45,75	11,45	12,55	-0,79	0,428
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	43,01	41,21	9,85	10,46	1,98	0,048*
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	41,52	35,45	10,25	10,81	6,41	0,000*
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	48,61	48,25	11,95	11,80	0,33	0,742

* istotne statystycznie

W przypadku emocjonalno-oceniającego ustosunkowania wobec seksualności osób z niepełnosprawnością w stopniu głębszym ustalono więcej różnic przebiegających na poziomie istotności statystycznej (tabela 12). Charakter tych różnic, a konkretnie ich kierunek, nie pozwala jednak na określenie specyficznej w tym zakresie tendencji. W pewnych aspektach seksualności istotnie wyższe wyniki otrzymali pedagodzy specjaliści. Wyżej wartościują oni przede wszystkim te pojęcia, które opisują seksualność w jej wymiarze fizycznym. Wyjątkiem jest miłość osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym. Różnice przebiegające na korzyść pedagogów ogólnych dotyczą psychospołecznych aspektów seksualności, a zatem określonych typów relacji partnerskich, posiadających różny stopień zaangażowania, ale zachodzących jedynie w układach heterogenicznych. Pedagodzy ogólni istotnie wyżej cenią sobie narzeczeństwo, małżeństwo osób niepełno- i pełnosprawnych intelektualnie oraz realizowaną w takich związkach miłość. Jedynie przyjaźń, opisywana w różnych typach relacji, a zatem między niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębszym, czy też niepełnosprawnymi i pełnosprawnymi, jest wartościowana w podobny sposób i nie różnicuje istotnie badanych grup.

Tak jak w przypadku pierwszego dyferencjału stwierdzono podobny sposób wartościowania pojęć, odzwierciedlony w zbieżnych, ale nie tożsamych hierarchiach (tabela 13).

W obrazie seksualności głębiej niepełnosprawnych w obu badanych grupach najwyżej oceniane są związki przyjacielskie o charakterze homo- i heterogenicznym pod względem sprawności intelektualnej partnerów, ponadto edukacja seksualna. Wartościowanie przyjaźni dokonywane przez pedagogów specjalnych przebiega na poziomie przeciętnym, jednak z widoczną tendencją w kierunku wyników wysokich (aneks, tabela 2). U pedagogów ogólnych przyjaźń, jako relacja między niepełnosprawnymi w stopniu głębszym, pozostaje wartościowana na poziomie przeciętnym, ze zbliżonymi wynikami w zakresie kategorii niskich i wysokich. Podobną tendencję można zauważyć w przypadku przyjaźni osoby głębiej niepełnosprawnej intelektualnie oraz pełnosprawnej, jednak przy mniejszej reprezentacji kategorii przeciętnych, a nieco większej – w stosunku do poprzedniego pojęcia – wysokich. Wartościowanie edukacji seksualnej niepełnosprawnych w stopniu głębszym, chociaż stosunkowo wysokie w zakresie wyników surowych, pozostaje na poziomie przeciętnym u pedagogów specjalnych, ze zbliżonymi reprezentacjami kategorii wysokich i niskich. W grupie porównawczej trudno określić specyficzną tendencję w rozkładzie oddającą sposób wartościowania tego pojęcia, zbliżone

bowiem wskaźniki procentowe odnotowano w obszarze kategorii wyników przeciętnych, niskich i wysokich.

Kolejna triada pojęć wartościowanych przez badanych określa zarówno aspekty fizyczne, jak i psychospołeczne seksualności. Znalazły się w niej bowiem u pedagogów specjalnych: ciało osoby głębiej upośledzonej, miłość w relacji niepełnosprawnych intelektualnie oraz antykoncepcja. W grupie porównawczej hierarchia tych pojęć, oddająca sposób ich wartościowania, jest nieco odmienna – antykoncepcja, ciało oraz miłość w relacji homogenicznej pod względem sprawności intelektualnej partnerów. Wartościowanie elementu fizyczności (ciała) z zakresu sfery seksualnej głębiej upośledzonych przebiega u pedagogów specjalnych na poziomie przeciętnym, u pedagogów ogólnych – niskim. Pewna przewaga procentowa pozwala mówić o przeciętnym poziomie wartościowania antykoncepcji w obu grupach. Rozkład wyników przeliczonych w zakresie miłości w relacji homogenicznej potwierdza kierunek uzyskanej tu różnicy – przy stosunkowo najliczniejszej grupie pedagogów specjalnych osiągających wyniki przeciętne, obserwuje się zwiększony udział osób, których wyniki są wysokie. W grupie porównawczej widoczna jest słaba przewaga wyników przeciętnych nad niskimi.

W dalszej kolejności w obu grupach znalazły się fizyczne aspekty seksualności. Obserwuje się tutaj pewne zróżnicowanie sposobów wartościowania. U pedagogów specjalnych pojawiają się w kolejności potrzeby seksualne głębiej niepełnosprawnych, ich popęd płciowy oraz atrakcyjność fizyczna. W grupie porównawczej: atrakcyjność fizyczna, potrzeby seksualne oraz popęd. Poziom wartościowania wymienionych aspektów seksualności u największej liczby pedagogów specjalnych można określić jako przeciętny, w grupie porównawczej jest on zróżnicowany. Wartościowanie atrakcyjności fizycznej niepełnosprawnych w stopniu głębszym przebiega tutaj przede wszystkim na poziomie wysokim oraz przeciętnym; potrzeb seksualnych – przeciętnym i niskim, a popędu płciowego – niskim i przeciętnym.

Znaczące jest, że sposób realizacji seksualności upośledzonych umysłowo w postaci masturbacji pozostaje pozytywnie wartościowany przez pedagogów specjalnych. Znalazła się ona bowiem na kolejnej pozycji w hierarchii pojęć, przed narzeczeństwem realizowanym przez osoby niepełnosprawne w stopniu głębszym oraz miłością w związku heterogenicznym, a zatem tym, w którym jeden z partnerów jest osobą pełnosprawną intelektualnie. U pedagogów z grupy porównawczej masturbacja jest odsunięta w hierarchii na odległą pozycję, poza psychospołeczne aspekty seksualności. Wartościowanie tego sposobu realizacji popędu przebiega u stosunkowo największej liczby pedagogów

specjalnych na poziomie wysokim, u pedagogów ogólnych – przeciętnym i niskim. Narzeczeństwo w relacji głębiej niepełnosprawnych jest wartościowane przez stosunkowo największą liczbę pedagogów specjalnych i ogólnych na poziomie wysokim. Jeśli dotyczy ono związku osoby głębiej niepełnosprawnej intelektualnie oraz pełnosprawnej jest wartościowane w sposób zróżnicowany, co wyraża się w zbliżonych odsetkach badanych reprezentujących poszczególne kategorie wyników. Pozostaje również odsunięte w hierarchii, zwłaszcza w przypadku pedagogów specjalnych.

Osoby z grupy podstawowej wartościują niżej niż pedagodzy ogólni miłość w relacji heterogenicznej, co znajduje potwierdzenie w postaci istotnej różnicy przebiegającej na korzyść grupy porównawczej oraz w rozkładzie wyników. Jakkolwiek stosunkowo największa liczba pedagogów specjalnych uzyskała wyniki przeciętne, około jedna trzecia z nich wartościuje to pojęcie na poziomie niskim. W grupie porównawczej obserwuje się bardzo zbliżone wskaźniki procentowe osób osiągających w tym zakresie wyniki przeciętne i wysokie.

W obu grupach wyżej wartościowane jest współżycie seksualne w związku homogenicznym niż heterogenicznym. Zajmuje ono dalsze miejsce w hierarchii pojęć, przy czym jego stosunkowo niskiej pozycji nie potwierdza poziom wartościowania, przebiegający u stosunkowo największej liczby badanych z obu grup na poziomie wysokim.

Rozkład wyników przeliczonych dla małżeństwa, zarówno o charakterze homogenicznym, jak i heterogenicznym, jest specyficzny w obu grupach. Pierwszy typ związku pozostaje na wyższej pozycji w hierarchii w przypadku pedagogów specjalnych, drugi – pedagogów ogólnych. W rozkładzie wyników można zaobserwować zbliżone wskaźniki procentowe osób w kategoriach wartości przeciętnych, wysokich i niskich.

W przypadku pedagogów specjalnych zwraca uwagę pozycja sterylizacji, wskazująca na jej wyższe wartościowanie w stosunku do narzeczeństwa i małżeństwa o charakterze heterogenicznym. Rozkład wyników przeliczonych na normy jest tu jednak specyficzny – zbliżone są odsetki osób uzyskujących wyniki wysokie oraz niskie. U pedagogów ogólnych, którzy oceniają to pojęcie znacznie niżej, na przedostatniej pozycji w hierarchii pojęć, zbliżone są kategorie wyników przeciętnych i wysokich. Biorąc pod uwagę średnie surowe oraz rozkład wyników przeliczonych, można mówić o pewnej niejednoznaczności w usytuowaniu pojęć, zwłaszcza w porównaniu międzygrupowym.

Przedostatnią pozycję w hierarchii pojęć zajmuje w grupie podstawowej rodzicielstwo niepełnosprawnych w stopniu głębszym. Jest ono odsunięte zarówno od sterylizacji, jak i antykoncepcji, poprzedza natomiast współżycie

seksualne w związku heterogenicznym. Sposób wartościowania rodzicielstwa w tej grupie przebiega na poziomie przeciętnym oraz niskim. U pedagogów ogólnych ten aspekt pozostaje na pozycji ostatniej, w bliskim sąsiedztwie sterylizacji oraz współżycia seksualnego w związku heterogenicznym. Poziom wartościowania rodzicielstwa przez badanych z tej grupy można określić jako przeciętny i wysoki.

Podobny do wartościowania rodzicielstwa jest sposób oceny współżycia seksualnego w związku heterogenicznym obserwowany w obu grupach, tj. przeciętny i niski u pedagogów specjalnych oraz przeciętny i wysoki u pedagogów ogólnych.

Tabela 13. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): wyniki testu rangowania

Pojęcia	Rangi ^a	
	A	B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	4,00	5,00
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	8,00	9,00
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	14,00	15,00
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	17,00	13,00
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	18,00	19,00
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	11,00	11,00
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	16,00	14,00
Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	15,00	18,00
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	9,00	7,00
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	5,00	6,00
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	12,00	10,00
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	1,00	1,00
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	2,00	2,00
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	13,00	12,00
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	19,00	17,00
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	6,00	4,00
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	7,00	8,00
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	10,00	16,00
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	3,00	3,00
r Spearmana=0,92; p<0,000*		

* istotne statystycznie

^a Im niższa ranga, tym wyższa średnia.

Tabela 14. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): analiza walencji częściowych

Pojęcia	dobry–zły	cenny–bezwartościowy	czysty–brudny	dostępny–nieдоступny	przyjemny–przykry	istotny–nieistotny	bierny–aktywny	slaby–mocny	zrozumiały–niezrozumiały	bliski–daleki
Ciało osoby z NI w stopniu głębszym	5,00	4,81	4,86	4,57	4,75	4,94	4,23	3,94	4,56	4,46
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	4,29	3,71	4,17	4,30	4,32	4,60	4,43	4,48	4,51	4,17
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	3,11	3,12	3,94	3,25	3,91	3,86	3,61	3,40	3,65	3,47
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,15	3,07	3,64	3,23	3,57	3,68	3,60	3,46	3,19	3,18
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	2,68	2,90	3,66	3,20	3,49	3,77	3,31	3,12	3,27	3,17
Narzędzielnictwo osób z NI w stopniu głębszym	3,88	3,60	3,98	3,78	4,12	4,03	3,82	3,74	3,81	3,78
Narzędzielnictwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,26	3,06	3,49	3,40	3,66	3,75	3,48	3,39	3,16	3,21
Sterylicyzacja osób z NI w stopniu głębszym	3,38	3,28	3,28	3,21	3,12	4,04	3,55	3,64	3,81	3,31
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	4,14	3,95	4,28	4,14	4,48	4,36	4,14	3,78	4,26	4,15
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	4,74	4,41	4,68	4,34	4,85	4,74	4,25	4,23	4,55	4,28
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,73	3,45	3,82	3,61	4,02	3,88	3,87	3,67	3,48	3,50
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	5,81	5,41	5,45	5,27	5,64	5,39	4,82	4,73	5,35	4,92
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	5,75	5,29	5,39	5,22	5,50	5,41	4,79	4,80	5,21	4,90
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	3,31	3,15	3,57	3,49	3,84	3,84	3,77	3,62	3,92	3,55
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	2,73	2,72	2,92	3,16	3,28	3,36	3,55	3,34	3,08	3,12
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	5,16	4,70	4,57	4,10	4,44	4,96	4,10	3,95	4,85	4,08
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	4,59	4,04	4,24	4,07	4,45	4,50	4,22	4,26	4,58	4,06
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	3,97	3,61	3,70	4,31	4,34	4,46	4,42	4,32	4,42	3,98
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	5,40	5,17	5,18	4,32	5,01	5,30	4,58	4,19	5,10	4,35

Tabela 15. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): analiza walencji cząstkowych

Pojęcia	dobry–zły	ceny-bezwart- tościowy	czysty–brudny	dosiępny– nieosiępny	przyemny– przekry	istotny– nieistotny	biegny– aktywny	slaby–mocny	zrozumiały– niezrozumiały	bliski–daleki
Ciało osoby z NI w stopniu głębszym	4,50	4,45	4,75	4,37	4,54	4,79	4,08	3,89	4,38	4,24
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	3,78	3,53	3,91	3,90	3,94	4,07	4,52	4,56	4,00	3,78
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	3,32	3,28	3,76	3,51	3,84	3,85	3,98	3,82	3,49	3,51
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,50	3,43	3,75	3,52	3,80	3,81	4,06	3,91	3,44	3,39
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	2,98	3,26	3,61	3,28	3,57	3,65	3,76	3,67	3,26	3,33
Narzędzielnictwo osób z NI w stopniu głębszym	3,65	3,57	3,81	3,62	3,91	3,80	3,92	3,91	3,63	3,55
Narzędzielnictwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,54	3,40	3,65	3,44	3,75	3,84	3,95	3,93	3,50	3,44
Sterylicacja osób z NI w stopniu głębszym	3,26	3,01	3,31	3,58	3,26	3,94	3,78	3,88	3,61	3,31
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	4,38	4,01	4,47	4,14	4,51	4,57	4,00	3,90	4,48	4,12
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	4,42	4,09	4,46	4,10	4,57	4,32	4,37	4,22	4,19	3,93
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	4,06	3,72	4,13	3,86	4,27	4,16	4,21	4,05	3,71	3,72
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	5,71	5,28	5,48	5,22	5,52	5,51	4,60	4,55	5,35	5,01
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	5,75	5,15	5,47	5,16	5,62	5,55	4,67	4,57	5,28	4,97
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	3,38	3,32	3,64	3,54	3,93	3,92	4,09	4,05	3,69	3,43
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	3,21	3,15	3,42	3,43	3,65	3,74	4,04	3,95	3,24	3,34
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	4,93	4,53	4,63	4,62	4,53	5,02	4,09	3,99	4,95	4,34
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	4,14	3,74	3,97	3,83	4,25	4,26	4,48	4,45	4,21	3,90
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	3,16	2,92	3,14	3,61	3,55	3,61	4,24	4,17	3,72	3,33
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	5,26	4,88	5,00	4,48	4,93	5,27	4,46	4,29	5,17	4,42

Analiza szczegółowa wyników dotyczących postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie pozwoliła wykazać więcej zakresów, w których oceny cząstkowe mają charakter sprzeczny, tj. jednocześnie pozytywny i negatywny. Ta różnorodność ocen jest widoczna szczególnie w grupie porównawczej (tabela 15). Biorąc pod uwagę wartości średnich, można stwierdzić, że największa niespójność ocen, polegająca na jednoczesnym pozytywnym i negatywnym wartościowaniu, jest obserwowana tutaj w zakresie popędu płciowego i potrzeb seksualnych głębiej upośledzonych. Największą spójność w zakresie ocen pozytywnych odnotowano w obszarze przyjaźni w relacjach osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz niepełno- i pełnosprawnych, ponadto w przypadku edukacji seksualnej głębiej upośledzonych umysłowo. Podobną tendencję w tych zakresach stwierdzono w grupie podstawowej (tabela 14). W tym przypadku jednak spójność ocen pozytywnych obserwuje się również w aspekcie potrzeb seksualnych głębiej niepełnosprawnych intelektualnie oraz realizowanej przez nich w związku partnerskim miłości. W grupie podstawowej w zasadzie trudno jest wyłonić obszary, w których występuje wyraźna niespójność, manifestowana nie tylko w sprzeczności ocen, ale również w ich nasileniu (pozytywnym bądź negatywnym). Najbardziej widoczna jest ona w przypadku masturbacji oraz atrakcyjności fizycznej.

Należy podkreślić, iż w zakresie afektywnego wymiaru postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie w obu grupach występują oceny neutralne (bądź też do nich zbliżone), świadczące być może o braku zdecydowania, niemożności ustosunkowania, czy też przekonaniu o niepowiązaniu danego pojęcia z określeniem przymiotnikowym.

W kolejności poddano analizie sposób wartościowania seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, uwzględniając stopień upośledzenia.

Zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej istotnie różnicuje badanych w obu grupach w zakresie wszystkich aspektów seksualności (tabela 16). Zarówno jej wymiar fizyczny, jak i psychospołeczny jest wyżej wartościowany u osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. Wyjątek stanowi sterylizacja, wyżej wartościowana przez badanych w obu grupach w przypadku głębiej niepełnosprawnych. Warto również zwrócić uwagę na wielkość różnic. Największe obserwuje się w zakresie oceny form relacji partnerskich, szczególnie małżeństw i narzeczeństwa. U pedagogów specjalnych stosunkowo największe różnice zachodzą w obszarze związków heterogenicznych, zarówno ich form, jak i realizacji w postaci współżycia, ponadto rodzicielstwa. Mniejsze różnice uzyskano przy ocenie fizycznych aspektów seksualności, w tym zwłaszcza masturbacji, a u osób z grupy porównawczej – antykoncepcji.

Tabela 16. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym (WSO-NI – 1; WSONI – 2): wyniki testu istotności różnic

Pojęcia	t dla danych zależnych		p	
	Grupa A	Grupa B	Grupa A	Grupa B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI)	4,49	5,40	0,000*	0,000*
Popęd płciowy osoby z NI	5,36	5,90	0,000*	0,000*
Małżeństwo osób z NI	12,35	11,75	0,000*	0,000*
Małżeństwo osoby z NI i osoby pełnosprawnej	14,24	12,17	0,000*	0,000*
Rodzicielstwo osoby z NI	12,94	10,94	0,000*	0,000*
Narzeczeństwo osób z NI	11,50	11,31	0,000*	0,000*
Narzeczeństwo osoby z NI i osoby pełnosprawnej	14,72	11,86	0,000*	0,000*
Sterylizacja osób z NI	-3,68	-2,65	0,000*	0,000*
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI	10,31	7,49	0,000*	0,000*
Miłość osób z NI	10,00	11,46	0,000*	0,000*
Miłość osoby z NI i osoby pełnosprawnej	14,67	9,15	0,000*	0,000*
Przyjaźń osób z NI	6,89	7,65	0,000*	0,000*
Przyjaźń osoby z NI i osoby pełnosprawnej	6,61	7,13	0,000*	0,000*
Współżycie seksualne osób z NI	11,45	9,58	0,000*	0,000*
Współżycie seksualne osoby z NI i osoby pełnosprawnej	14,03	10,23	0,000*	0,000*
Antykoncepcja u osób z NI	5,00	2,20	0,000*	0,000*
Potrzeby seksualne osób z NI	7,92	7,33	0,000*	0,000*
Masturbacja osoby z NI	2,36	3,84	0,000*	0,000*
Edukacja seksualna osób z NI	6,09	5,24	0,000*	0,000*

* istotne statystycznie

Analiza hierarchii pojęć w obu dyferencjałach wykazuje jednak znaczny stopień podobieństwa grup, informując o zbliżonym sposobie wartościowania ($r - \text{Spearmana}_{\text{GRUPA A}} = 0,79$, $p < 0,000$; $r - \text{Spearmana}_{\text{GRUPA B}} = 0,84$, $p < 0,000$). Można zatem stwierdzić w znacznym uproszczeniu, iż charakter różnic między wartościowaniem seksualności lekko oraz głębiej niepełnosprawnych ujawnia się na poziomie ilościowym, w mniejszym stopniu jakościowym. Oznacza to, że określone aspekty seksualności są w różnym stopniu cenione, najczęściej istotnie niższym w przypadku głębszej niepełnosprawności. Jednak ich usytuowanie w całościowym obrazie seksualności jest podobne do tego, które obserwuje się w zakresie niepełnosprawności stopnia lekkiego.

Analizując szczegółowo hierarchie pojęć w ich odniesieniu do stopnia niepełnosprawności, można prześledzić pewne podobieństwa i różnice. W obu grupach najwyższej cenie są relacje przyjaźni oraz edukacja seksualna. Pozostająca w pierwszej triadzie pojęć miłość w relacjach niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim zostaje przesunięta na dalszą pozycję, za sferę ciała, a w przypadku pedagogów ogólnych również antykoncepcję. Tożsame pozycje zajmują potrzeby seksualne osób z lekką i głębszą niepełnosprawnością. Bliższy w hierarchii, a zatem wyżej wartościowany w stosunku do innych aspektów, jest natomiast popęd płciowy osób z głębszą niepełnosprawnością, w przypadku lekko niepełnosprawnych odsunięty dalej, za sferę społecznoseksualną. W kolejności, obrazującej pewnego rodzaju dominację podejścia biologicznego w traktowaniu seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym, w grupie podstawowej znalazła się masturbacja, jakkolwiek zaraz za nią pozostają w hierarchii pojęcia opisujące aspekty psycho- i społecznoseksualne. W grupie porównawczej poprzedzają one masturbację. Narzeczeństwo w relacjach heterogenicznych i homogenicznych, podobnie małżeństwo o typie „mieszanym”, czy też współżycie osoby niepełno- i pełnosprawnej oraz osób z niepełnosprawnością pozostają na nieco wyższych pozycjach w hierarchii pojęć odnoszących się do upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. Tożsama jest natomiast u pedagogów specjalnych pozycja zajmowana przez małżeństwo osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz głębszym. Rozbieżne jest usytuowanie pojęcia miłości w relacjach heterogenicznych. Niższą pozycję, w pedagogów specjalnych przedostatnią (przed współżyciem w związku homogenicznym), u pedagogów ogólnych ostatnią, zajmuje rodzicielstwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. U pedagogów ogólnych jest poprzedzone sterylizacją głębiej niepełnosprawnych. Ma ona wyższą pozycję w obu grupach w przypadku niepełnosprawności głębszej.

W świetle tej szczegółowej analizy wydaje się, że wniosek mówiący o jedynie ilościowych różnicach nie jest prawomocny, jakkolwiek u jego podstaw pozostaje wynik testu korelacji. Obraz seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym nosi znamiona biologizacji, a zatem podkreśla sferę fizyczną, ponadto kontrolę, na co wskazuje wyższe wartościowanie antykoncepcji i sterylizacji, których oceny pozostają w ścisłym związku z najniżej wartościowanym rodzicielstwem.

Zmienna staż pracy istotnie różnicuje badanych z obu grup jedynie w obszarze wybranych pojęć (aneks, tabela 3). W przypadku pedagogów specjalnych rysuje się interesująca tendencja polegająca na wyższym wartościowaniu aspektów psychospołecznych seksualności przez osoby posiadające najkrótszy

staż pracy oraz wyższym aspektów fizycznych przez osoby, których staż jest najdłuższy. Pedagodzy specjaliści pracujący poniżej dziesięciu lat istotnie wyżej cenią sobie miłość w związku niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim oraz przyjaźń w obu typach relacji, tj. osób niepełnosprawnych oraz niepełno- i pełnosprawnych intelektualnie. Najwyższa jest również ich ocena fizyczności niepełnosprawnych w stopniu lekkim. W wymienionych aspektach badani pracujący najdłużej najczęściej różnią się od osób, których staż jest przeciętny (mieści się w przedziale od dziesięciu do dwiętnastu lat). Pedagodzy specjaliści pracujący najdłużej cenią sobie w sposób istotnie wyższy, w porównaniu do pozostałych grup, zarówno popęd płciowy jako element seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim, jak i ich współżycie seksualne realizowane w związku z osobą pełnosprawną.

Charakter różnic ustalonych w grupie porównawczej w odniesieniu do zmiennej staż pracy nie pozwala określić specyficznej tendencji (aneks, tabela 4). Sterylizacja oraz potrzeby seksualne są tymi aspektami, których najwyższa ocena jest udziałem pedagogów z grupy porównawczej posiadających najdłuższy staż pracy. Różnią się oni istotnie w zakresie oceny sterylizacji od osób, których staż jest najkrótszy i które jednocześnie oceniły ten aspekt najniżej. W obszarze potrzeb seksualnych zwracają uwagę respondenci posiadający najdłuższy i najkrótszy staż – różnią się oni istotnie od tych, których okres zatrudnienia jest przeciętny. Pedagodzy ogólni pracujący najkrócej wartościują najwyżej współżycie seksualne osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. Różnią się w tym zakresie od osób z przeciętnym stażem, których ocena tego aspektu jest najniższa.

W zakresie zmiennej charakter zatrudnienia pedagogów specjalnych ustalono interesującą tendencję, polegającą na najwyższym wartościowaniu niektórych aspektów seksualności przez osoby zatrudnione jako opiekunowie w internatach oraz najniższym przez terapeutów i opiekunów pracujących w domach pomocy i środowiskowych domach samopomocy (aneks, tabela 5). Różnice te odnoszą się zarówno do sfery fizycznej, jak i psychospołecznej seksualności, ponadto do edukacji seksualnej. Od tendencji tej odbiega sposób oceny sterylizacji. Najwyższy poziom jej wartościowania ujawnili terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS.

Zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych nie różnicuje istotnie badanych pedagogów specjalnych w zakresie emocjonalno-oceniającego ustosunkowania do seksualności lekko niepełnosprawnych (aneks, tabela 6).

Staż pracy różnicuje pedagogów specjalnych w zakresie nielicznych aspektów poddanych ocenie, odnoszących się do psychospołecznego wymiaru seksualności głębiej niepełnosprawnych (aneks, tabela 7). Miłość i przyjaźń realizowane w związkach osób upośledzonych umysłowo są najwyższej wartościowane przez respondentów pracujących najkrócej, z kolei narzeczeństwo, pozostające formą relacji niepełnosprawnych w stopniu głębszym oraz pełnosprawnych, uzyskało najwyższą ocenę pedagogów, których staż jest przeciętny. Więcej różnic w zakresie zmiennej stażu pracy odnotowano w przypadku pedagogów ogólnych (aneks, tabela 8). Osoby z grupy porównawczej pracujące najkrócej najwyższej wartościują fizyczne i psychospołeczne aspekty seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie. Obserwuje się różnice między nimi a osobami, których staż pracy jest przeciętny; ponadto tymi, które pracują najdłużej. Wyjątek stanowi sterylizacja, najwyższej oceniona przez pedagogów ogólnych mających najdłuższy staż zatrudnienia.

Miłość i przyjaźń w relacjach niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym, ponadto antykoncepcja to kategorie pojęciowe, których wartościowanie jest najwyższe u pedagogów specjalnych realizujących zawód nauczyciela (aneks, tabela 9). Najniższą ocenę w tym względzie formułują opiekunowie w internacie. Najwyższy stopień akceptacji sterylizacji odnotowano w przypadku terapeutów i opiekunów w DPS i ŚDS, najniższy u opiekunów w internacie.

Stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych nie różnicuje istotnie pedagogów specjalnych w zakresie emocjonalno-oceniającego ustosunkowania do seksualności głębiej niepełnosprawnych (aneks, tabela 10).

* * *

W tej części opracowania przeanalizowano komponent emocjonalno-wartościujący postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Stwierdzono, iż charakter dokonywanego wartościowania jest zróżnicowany w obrębie grup, w zależności od aspektu seksualności. Ustalono, że badani pedagodzy różnią się pod względem oceny niektórych elementów seksualności lekko i głębiej niepełnosprawnych. Najwięcej istotnych różnic odnotowano natomiast w przypadku porównania obu stopni niepełnosprawności.

2. Aspekt poznawczy

W badaniach aspektu poznawczego postaw, zdaniem M. Marody [1976, s. 151], uwzględnia się wiedzę bądź przekonania. Przedmiotem analiz dokonanych w tym rozdziale są przekonania pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, w tym jej przejawów i uwarunkowań. Podstawą odróżnienia wiedzy od przekonania² jest założenie przypisujące przekonaniom określoną walencję. Są to zatem „sądy i opinie naładowane określoną walencją, pozwalające na wnioskowanie o afektywnym stosunku respondenta wobec jakiegoś obiektu. Odpowiedzi respondentów oceniane są tu nie tyle z punktu widzenia ich prawdziwości, co z punktu widzenia ich ładunku emocjonalnego” [M. Marody, 1976, s. 151]. Jak wcześniej nadmieniono, dążąc do określenia charakteru przekonania, uwzględniono zarówno te sposoby rozumienia seksualności niepełnosprawnych, w świetle których stanowi ona zjawisko rozwojowe i naturalne, podlegające działaniu wielu czynników, w tym szczególnie znaczących natury społeczno-wychowawczej, w swoich uwarunkowaniach i przejawach zbliżające niepełnosprawnych do tzw. normy, pojmowanej zarówno w sposób statystyczny, tj. z uwzględnieniem kryterium powszechności występowania, jak i wartościujący, tj. traktujący ją w kategoriach rzeczy cennej i pożądaney. Obok tych pozytywnych założeń uwzględniono takie, które opisują tę seksualność jako odbiegającą od normy, dewiacyjną, patologiczną, zwłaszcza w zakresie przejawów. Seksualność taka jest negatywnie wartościowana, postrzegana jako zagrażająca otoczeniu oraz wymagająca kontroli. Założenia negatywne to również takie, w świetle których niepełnosprawni intelektualnie pozbawieni są seksualności.

Wymienione sposoby postrzegania seksualności osób z upośledzeniem, oparte na wiedzy sprawdzonej i rzetelnej, a przy tym racjonalnej bądź też niesprawdzonej i nadmiernie uogólniającej, stereotypowej, funkcjonują w społecznej świadomości, dając w efekcie obraz nastawień, definiowanych w różny sposób przez autorów [K. Nowak-Lipińska, 1996c, s. 197 i n.; M. Kościelska, 2004, s. 59 i n.; B. L. Ludlow, za R. Kijak, 2009, s. 50].

Przedmiotem analiz własnych są zatem sądy i opinie badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym, stanowiące wyraz jej wartościowania w określony sposób wywieziony z różnych kategorii przekonania.

² Zdaniem M. Marody [1976, s. 151] na poziomie teoretycznym pojęcia te są stosowane zamiennie.

Dotychczasowe badania poświęcone poznawczemu komponentowi postaw specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną dostarczyły zróżnicowanych wniosków. W eksploracjach własnych z udziałem pedagogów specjalnych oraz studentów wykazano, iż osoby z upośledzeniem umysłowym postrzegane są jako istoty seksualne i jako takie mają prawo do wyrażania swojej płciowości. W nadawaniu jej pożądanego kształtu dostrzega się wagę czynników środowiskowych, w tym edukacji seksualnej. Wątpliwości specjalistów budzi jednak kwestia małżeństw oraz prokreacji [M. Parchomiuk, 2008, s. 180 i n.]. Seksualność niepełnosprawnych postrzegana jest przez pryzmat stopnia deficytu intelektualnego, co stwierdzono zarówno w badaniach własnych, jak i realizowanych przez A. Prokopiak [2012, s. 196 i n.] z udziałem nauczycieli pracujących z niepełnosprawnymi intelektualnie. Badania autorstwa R. Kijaka [2007, s. 360–361], w których uczestniczyli nauczyciele ze szkół specjalnych i masowych, ujawniły jednak zróżnicowanie przekonań dotyczących seksualnych potrzeb niepełnosprawnych intelektualnie oraz sposobów ich wyrażania, przede wszystkim w kwestii uznania tych jednostek za obdarzone seksualnością. O ustosunkowaniu specjalistów pracujących z niepełnosprawnymi świadczy charakter opinii formułowanych wobec edukacji seksualnej. Pozytywne ustosunkowanie, wyrażające się deklarowaną potrzebą prowadzenia tej edukacji, podkreśleniem jej znaczenia, czy też roli samych pedagogów w realizacji, potwierdziły badania autorstwa A. Giryńskiego [2005, s. 66–68] z udziałem osób zatrudnionych w placówkach edukacyjno-rehabilitacyjnych.

Analizę wyników w skali Likerta poprzedziła zamiana zakreślonych przez badanych punktów, mająca na celu uwzględnienie kategorii „nie potrafię odpowiedzieć” w obliczeniach. Zgodnie z zasadami przyjętymi dla punktowania w tych przypadkach, których zakres obejmuje kategorię „nie wiem”, odpowiedzi tej przypisano 3 punkty, a kolejne odpowiedzi, oznaczone liczbami od 3 do 5 (odpowiednio: „raczej się zgadzam”, „zgadzam się” oraz „całkowicie się zgadzam”) otrzymały punkty od 4 do 6 [P. G. Zimbardo, M. R. Leippe, 2004, s. 474]. Ze względu na to, iż poszczególne czynniki (podskale) organizowane były przez różną liczbę ładunków (itemów), celem uzyskania możliwości porównywania w obrębie grup dokonano podziału wyników ogólnych przez liczbę itemów.

Badani różnią się istotnie w zakresie wszystkich podskal opisujących przekonania o określonym charakterze (tabela 17). Analiza ustalonych różnic pozwala stwierdzić, że przekonania pedagogów ogólnych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim są mniej korzystne.

Jakkolwiek najwyższą średnią uzyskano w obrębie podejścia, które określono mianem racjonalnego i normalizującego, jest ona zbliżona do wartości średniej obliczonej dla przekonań niekorzystnych, w których świetle seksualność tych jednostek jest nadmierna w swoich przejawach. W przypadku pedagogów specjalnych wyraźnie dominuje podejście pozytywne. Warto nadmienić, że w obu grupach najsłabiej wyrażone są te przekonania, zgodnie z którymi osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim są aseksualne.

Tabela 17. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Podskale	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Seksualność dewaluowana	1,87	2,20	1,04	0,80	-4,02	0,000*
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	4,05	3,63	0,83	0,78	6,08	0,000*
Seksualność nadmierna	2,95	3,15	1,17	0,94	-2,16	0,031*
Deseksualizacja	1,49	1,91	1,07	0,89	-5,04	0,000*

* istotne statystycznie

W interpretacji uzyskanych wyników średnich należy zwrócić uwagę na ich znaczenie w świetle zakresu dostępnych odpowiedzi oraz sposobu ich przeliczania. Mając je na względzie, można powiedzieć, że akceptacja ze strony badanych dotyczy tych twierdzeń, które opisują seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim w kategoriach pozytywnych. W tym zakresie ujawnia się stosunkowo największa pewność wyrażanych przekonań. W podskali opisującej seksualność lekko niepełnosprawnych jako nadmiernej widoczna jest niepewność odpowiedzi, wyraźniejsza w grupie porównawczej. Zdaniem M. Marody [1976, s. 72; 148] może być ona przejawem ambiwalencji. W przypadku pozostałych podskal przedstawiających seksualność w sposób negatywny charakter uzyskanych wyników pozwala mówić o wyrażaniu sprzeciwu ze strony badanych, istotnie silniejszego u pedagogów specjalnych. Zważywszy na to, interpretacja różnic między grupami, z orzekaniem o pozytywności–negatywności przekonań, jest pewnym uproszczeniem. Należałoby mówić raczej o większej i mniejszej sile przekonań pozytywnych i negatywnych. Przydatne jest jednak w tym kontekście porównanie poszczególnych postaw w obrębie grup, pozwalające wskazać na przekonania stosunkowo najbardziej i najmniej charakterystyczne.

Podskala seksualności normalizowanej i racjonalizowanej, wyrażająca pozytywne przekonania, pozostaje najbardziej specyficzna dla obu grup, jednak wyraźnie dominująca wobec pozostałych podskal jedynie u pedagogów specjalnych. W ich przypadku ustalono zbliżone odsetki osób uzyskujących wyniki wysokie i przeciętne, przy znacznie słabiej reprezentowanej kategorii niskich (aneks, tabela 11). W przypadku pedagogów ogólnych zaznacza się wyraźniejsza przewaga w obszarze wyników niskich oraz przeciętnych, przy słabej reprezentacji wysokich (aneks, tabela 11).

Z największą pewnością badani z obu grup wyrażają przekonanie, iż u osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim pojawiają się potrzeby specyficzne i naturalne dla człowieka dorosłego, wyrażające jego dążenia do realizacji seksualności. Z nieco mniejszą pewnością, wyraźniejszą u pedagogów specjalnych, pojawia się potwierdzenie możliwości socjalizacji potrzeb seksualnych osób z tą niepełnosprawnością, podobnie jak u pełnosprawnych. Akceptacja, jednak słabsza, szczególnie u pedagogów ogólnych, dotyczy twierdzenia głoszącego, iż osoby z tą niepełnosprawnością w relacjach partnerskich poszukują zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych. Podobne przekonanie sformułowane jest w odniesieniu do przyczyn emocjonalnych masturbacji spotykanej u jednostek z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. Z mniejszą pewnością, która u pedagogów ogólnych może wskazywać na brak ukształtowanych poglądów, badani odnoszą się do twierdzenia wskazującego na znaczenie zaniedbania wychowania w kształtowaniu niekorzystnych form masturbacji (realizowanej w miejscach publicznych). Podobnie ustosunkowują się do założenia mówiącego o podobieństwie determinantów seksualności niepełnosprawnych i pełnosprawnych oraz czynników decydujących o jakości związków małżeńskich osób z upośledzeniem.

Dokonany tu opis, obejmujący porównanie między grupami, oddaje równocześnie hierarchię ustaloną na podstawie wartości średnich poszczególnych twierdzeń w obu grupach. Można sądzić, iż zarówno pedagodzy specjalni, jak i ogólni – chociaż z mniejszą siłą przekonań – potwierdzają znaczenie czynników społecznych w kształtowaniu seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim, nie jest to jednak tak oczywiste w przypadku masturbacji. Wydaje się, że jej przyczyny związane są głównie ze sferą emocjonalną. Istotne jest całościowe postrzeganie seksualności, tj. elementu fizycznego wraz z komponentem psychicznym. Najwyraźniej jednak manifestuje się tutaj uznanie dla dorosłości osób z lekką niepełnosprawnością. Większe wątpliwości budzi kwestia czynników determinujących jakość seksualności tych jednostek oraz pomyślność ich związków małżeńskich – w przekonaniu

badanych niekoniecznie są one tożsame z tymi, które determinującą istotne w tym zakresie u pełnosprawnych.

W podskali seksualności nadmiernej pedagodzy ogólni uzyskali średnią zbliżoną do tej, którą ustalono w podskali seksualności normalizowanej. Rozkład wyników przeliczonych wskazuje na wyraźną przewagę wartości przeciętnych oraz nieco mniejszą reprezentację wysokich. W grupie pedagogów specjalnych obserwuje się rozkład dość specyficzny – we wszystkich kategoriach wyników odsetki osób są zbliżone (aneks, tabela 11).

Charakter uzyskanych odpowiedzi pozwala stwierdzić, że przekonania badanych w stosunku do kwestii opisujących seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim jako nadmiernie wyrażonej, mają niski poziom pewności. Niezdecydowane przekonania ujawniają się u pedagogów specjalnych wobec twierdzenia mówiącego o większej sile popędu osób z tą niepełnosprawnością, u pedagogów ogólnych – w przypadku twierdzenia zakładającego niezdolność tych osób do kontrolowania popędu na skutek posiadanych ograniczeń intelektualnych. Pedagodzy specjaliści wyrażają wobec tego twierdzenia sprzeciw, jednak o niskim stopniu zdecydowania. Osoby z grupy porównawczej z kolei mało zdecydowanie potwierdzają słuszność założenia mówiącego o zwiększeniu siły popędu seksualnego. Badani z obu grup, z nieco mniejszą pewnością pedagodzy ogólni, uznają zasadność twierdzenia głoszącego powszechność masturbacji wśród osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim. W obu grupach, silniej u pedagogów ogólnych, wyrażany jest sprzeciw wobec założenia, iż brak kontroli seksualności u upośledzonych w stopniu lekkim niesie istotne zagrożenie dla ich otoczenia.

Szczegółowy rozkład wyników przeliczonych w zakresie podskali seksualności dewaluowanej potwierdza ustaloną silniejszą w grupie porównawczej tendencję (aneks, tabela 11). U pedagogów specjalnych obserwuje się zbliżone odsetki osób z wynikami niskimi i przeciętnymi, przy mniejszej reprezentacji wysokich. Pedagodzy ogólni z kolei uzyskiwali stosunkowo najczęściej wyniki przeciętne i wysokie, przy wyraźnie małym udziale niskich.

Interpretacja szczegółowa twierdzeń, z uwzględnieniem obliczonych średnich, pozwala stwierdzić, że różnica między badanymi grupami ujawnia się w sile wyrażanych przekonań we wszystkich twierdzeniach mających charakter negatywny (tj. zaprzeczający). Z odpowiedzi udzielanych przez osoby badane wynika, że nie mają one pewności, częściej dotyczy to pedagogów ogólnych, co do słuszności twierdzeń zaprzeczających zdolności niepełnosprawnych intelektualnie do samorealizacji w związku partnerskim, przede wszystkim zachowania w nim wierności. Podobnie ustosunkowują się do zdolności

prokreacyjnych tych jednostek oraz przewidywanej determinacji w dziedzinie upośledzenia. Mniejsza siła przekonań pedagogów ogólnych obserwowana jest również w przypadku takich kwestii, jak niezdolność do zawierania związków małżeńskich, czy też wyrażanie potrzeb seksualnych w formie patologicznej. Osoby z tej grupy słabiej zaprzeczają twierdzeniu przypisującemu niepełnosprawnym w stopniu lekkim skłonności przestępcze na tle seksualnym. W ich wypowiedziach pojawia się również mniejsze zdecydowanie wobec takich kwestii, jak zaniechanie edukacji seksualnej ze względu na zagrożenie rozbudzenia płciowości, czy też stosowanie sterylizacji w celu obniżenia popędu. Należy zauważyć, że w obu grupach nie ma wyraźnego sprzeciwu wobec założenia mówiącego o „pozytywnej” roli sterylizacji, tj. służącej ochronie niepełnosprawnych przed seksualnym wykorzystaniem. Oligofrenopedagodzy, nieco silniej niż pedagodzy ogólni, zaprzeczają słuszności stosowania sterylizacji jako środka na obniżenie popędu, podobnie odrzucają zasadność założenia mówiącego o niezdolności upośledzonych do uzyskania poczucia szczęścia w związkach partnerskich z innymi osobami niepełnosprawnymi.

Analizując twierdzenia wedle hierarchii ustalonej na podstawie wyników średnich, można powiedzieć, że pedagodzy pracujący z niepełnosprawnymi intelektualnie wyrażają stosunkowo najpewniejsze przekonania w kwestiach, które dotyczą sfery psychoseksualnej. W ich mniemaniu trudno przyjąć, że upośledzeni w stopniu lekkim nie są zdolni do realizacji miłości i szczęścia w związku partnerskim, w tym zawierającym z innymi upośledzonymi. Nieco słabiej zaprzeczają skłonnościom tych jednostek do wyrażania potrzeb w sposób patologiczny czy dokonywania przestępstw na tle seksualnym. W podobnym stopniu nie zgadzają się z założeniem o szkodliwości edukacji seksualnej. Słabsze są te przekonania, które dotyczą niezdolności zawierania małżeństw oraz określonych celów zastosowania sterylizacji. Silniejsze wątpliwości budzi kwestia dziedziczności upośledzenia, a stosunkowo największe – niezdolność zachowania wierności w związku.

Podskala deseksualizacji, jak nadmieniono, o najsłabszej sile przekonań w obu grupach, w szczegółowym rozkładzie wyników przeliczonych jest specyficzna dla pedagogów ogólnych (aneks, tabela 11). Nieco ponad połowa z nich uzyskała wyniki wysokie, co przy większej reprezentacji przeciętnych oraz bardzo małej niskich pozwala określić zawarte w podskali przekonania jako najbardziej dla nich charakterystyczne. Rozkład wartości przeliczonych w grupie podstawowej jest specyficzny – podobnie jak w przypadku podskali seksualności nadmiernej zbliżone są odsetki osób osiągających wyniki niskie, przeciętne i wysokie.

Każde z twierdzeń wchodzących w zakres skali budzi odmienny sposób ustosunkowania w obu grupach. Najmniejsze zdecydowanie widoczne jest w przypadku twierdzenia, które przypisuje niepełnosprawnym w stopniu lekkim status „wiecznych dzieci” wymagających stałej ochrony. Pedagodzy specjalni wyrażają niezdecydowany sprzeciw, pedagodzy ogólni nie mają w tej kwestii zdania. Należy podkreślić, aby uniknąć sprzeczności wobec innych twierdzeń i uzyskanych w nich wyników, iż pojęcie „wiecznego dziecka” nie zostało sprecyzowane i ograniczone do sfery seksualnej. Ma charakter ogólny, a sugerowana potrzeba sprawowania stałej kontroli dotyczy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w różnych sferach. Pedagodzy ogólni, chociaż z niską pewnością, ale zaprzeczają założeniu, że upośledzeni w stopniu lekkim mają mniejszy popęd seksualny niż osoby pełnosprawne. Pedagodzy pracujący z niepełnosprawnymi intelektualnie ujawniają tutaj większe zdecydowanie, nie akceptując tego stwierdzenia. Najsilniejszy sprzeciw z ich strony dotyczy założenia mówiącego o tym, że niepełnosprawność intelektualna wyklucza potrzeby seksualne. Z twierdzeniem tym nie zgadzają się również pedagodzy ogólni, jednak ich przekonanie nie jest tak silne.

Tabela 18. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Podskale	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	2,47	2,60	1,16	0,89	-1,45	0,147
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,37	3,33	0,93	0,77	0,51	0,611
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	3,74	3,45	1,01	0,86	3,63	0,000*
Deseksualizacja	1,51	1,89	1,01	0,94	-4,52	0,000*
Seksualność dewaluowana	2,36	2,32	1,27	1,00	0,49	0,625

* istotne statystycznie

Badani różnią się istotnie jedynie w obszarze dwóch podskal opisujących określone przekonania na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (tabela 18). W obu przypadkach charakter przekonań należy określić jako negatywny. Pedagodzy specjalni wyrażają silniejszą akceptację tego założenia, które mówi, że seksualność podlega negatywnemu działaniu niepełnosprawności intelektualnej. Pedagodzy ogólni z kolei

z istotnie większą pewnością skłonni są postrzegać osoby z upośledzeniem w stopniu głębszym jako pozbawione potrzeb seksualnych. Uwzględniając charakter średnich, należy podkreślić, że stosunkowo najsilniejsze pozostają przekonania pedagogów specjalnych, wyrażające negatywne znaczenie samej niepełnosprawności intelektualnej dla kształtu seksualności. Wszelkie pozostałe ujawniane przez badanych z tej grupy oraz pedagogów ogólnych mają charakter zaprzeczający o różnym stopniu pewności, bądź też niezdecydowany, wyrażający brak wiedzy/zdania na dany temat. Można też zauważyć, iż pedagodzy specjaliści, w mniejszym stopniu ogólni, z bardzo niskim stopniem pewności akceptują przekonania zgrupowane w podskali pozytywnej, traktującej seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym w kategoriach „normalności” przejawów i uwarunkowań.

Podobnie jak w przypadku lekkiego upośledzenia, najniższe wyniki uzyskano w podskali deseksualizacji. Ich charakter pozwala stwierdzić, że badani z obu grup, z istotnie większą pewnością pedagogicy specjaliści, zaprzeczają aseksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym.

Pedagodzy specjaliści z większym przekonaniem przyznają słuszność twierdzeniom zakładającym, że głębsze upośledzenie ma negatywne znaczenie dla szeroko rozumianej seksualności. Stosunkowo największy odsetek tych badanych uzyskał wyniki przeciętne oraz nieco mniejsze wysokie (aneks, tabela 12). W grupie porównawczej obserwujemy zbliżone, stosunkowo największe reprezentacje osób w kategoriach wartości niskich i przeciętnych.

Badani z grupy podstawowej odrzucają słuszność przekonania mówiącego o niezdolności niepełnosprawnych w stopniu głębszym do zawierania związków małżeńskich, chociaż czynią to z małą pewnością. Pedagodzy ogólni potwierdzają słuszność takiego twierdzenia, ale stopień pewności ich przekonań jest również niski. Badani z grupy podstawowej silniej akceptują twierdzenie mówiące o emocjonalnym podłożu masturbacji, częściej też sądzą, jakkolwiek przekonanie to ma mniejszą siłę niż poprzednie, że osoby z niepełnosprawnością w stopniu głębszym to „wieczne dzieci” wymagające stałej kontroli. Przypisują tym jednostkom, z większą pewnością niż pedagodzy ogólni, powszechne uprawianie masturbacji oraz niezdolność do kontrolowania popędu seksualnego, powodowaną ograniczeniami intelektualnymi. Badani z obu grup, częściej pedagodzy specjaliści, nie mają sprecyzowanego zdania w kwestii, czy ograniczenia poznawcze i emocjonalne uniemożliwiają pomyślną realizację związku partnerskiego.

Rozkład wyników przeliczonych w podskali seksualności normalizowanej i racjonalizowanej wskazuje na nieco większą reprezentację pedagogów

specjalnych w kategorii wyników wysokich oraz wyraźnie mniejszą w zakresie niskich (aneks, tabela 12). Przy małym wskaźniku osób otrzymujących wyniki niskie w grupie porównawczej obserwuje się porównywalne odsetki tych badanych, którzy osiągnęli wyniki wysokie i przeciętne. Można zatem stwierdzić, że rozkład ten jest zbliżony z wartościami średnich surowych i brakiem istotnych różnic między nimi.

Badani z obu grup pozytywnie ustosunkowują się do twierdzeń traktujących seksualność niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym w sposób całościowy, tj. z uwzględnieniem aspektu psychicznego, oraz zakładających pojawianie się w sferze psychoseksualnej tych jednostek naturalnych potrzeb rozwojowych. Należy jednak nadmienić, że charakter udzielanego tu potwierdzenia świadczy o małej sile przekonań badanych z obu grup. W pierwszym twierdzeniu obserwuje się większą akceptację ze strony pedagogów specjalnych, w drugim – dotyczącym potrzeb człowieka dorosłego – ogólnych. Nieco mniejszy poziom akceptacji w obu grupach udzielany jest temu twierdzeniu, które zakłada możliwość socjalizacji potrzeb seksualnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Co ciekawe, nieco wyższy poziom pewności co do tego przekonania mają pedagodzy ogólni. Niższy jest natomiast wynik w zakresie twierdzenia wiążącego negatywne aspekty masturbacji z zaniedbaniem i błędami wychowawczymi, wskazujący na brak zdolności ustosunkowania ze strony reprezentantów tej grupy. Podobną tendencję obserwowano w przypadku seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Brak ukształtowanego przekonania ze strony badanych z obu grup, być może powodowany niedostatkim wiedzy, uwidacznia się w ocenach seksualności dotyczących jej determinantów. Respondentom trudno jest ocenić, czy jakość seksualności tych jednostek oraz pomyślność zawieranych przez nie związków małżeńskich może zależeć od czynników tożsamyh z tymi, które są istotne w życiu osób pełnosprawnych.

W mniejszym stopniu seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym jawi się badanym z obu grup jako nadmiernie wyrażona i wymagająca kontroli. Nie stwierdza się tutaj istotnej różnicy między respondentami. Rozkład wyników pedagogów specjalnych jest specyficzny – porównywalne, a jednocześnie stosunkowo największe są reprezentacje osób, które osiągnęły wyniki niskie i wysokie (aneks, tabela 12). W grupie porównawczej wyrażona jest tendencja w kierunku wartości wysokich, przy najslabiej wyrażonej w obszarze niskich.

Charakter ustalonych wyników przeliczonych oddaje w swojej istocie specyfikę udzielanych w grupie podstawowej odpowiedzi. Pedagodzy specjalni

w pewnych kwestiach nie mają zdania. Uwidacznia się to w przypadku oceny twierdzenia zakładającego nasilenie popędu płciowego u niepełnosprawnych w stopniu głębszym, czy też opisującego zagrożenie ze strony tych jednostek powodowane ich niekontrolowaną seksualnością. Opinie pedagogów ogólnych są bardziej zdecydowane, zwłaszcza w zakresie pierwszego z twierdzeń, jakkolwiek sytuują się one również w okolicach wskazujących na brak ukształtowanych jednoznacznych przekonań. Badani z obu grup z niską pewnością zaprzeczają, jakoby osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną ujawniały zwykle swoje potrzeby seksualne w formie patologicznej. Analizując udzielane tu odpowiedzi, można nawet sądzić na temat nieuksztalowanego przekonania. Badani zaprzeczają jednak, bardziej zdecydowanie pedagogzy specjaliści, jakoby osoby z upośledzeniem głębszym miały skłonności do popełniania przestępstw na tle seksualnym. Interpretacja sterylizacji różni się nieco, w zależności od celu, w jakim ma być stosowana. Mniej zdecydowana ocena negatywna (zwłaszcza u pedagogów specjalnych) formułowana jest w tym przypadku, w którym ma ona służyć ochronie niepełnosprawnych przed seksualnym wykorzystaniem, bardziej zdecydowana, również negatywna (o większym stopniu zdecydowania u pedagogów specjalnych) – kiedy ma redukować popęd seksualny u tych jednostek.

Dewaluacja seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym dotyczy jej wymiaru psychospołecznego. Nie stwierdzono w tym obszarze istotnych różnic między grupami. Największa liczba pedagogów specjalnych uzyskała w skali dewaluacji seksualności wyniki przeciętne (aneks, tabela 12). Najmniej osób otrzymało niskie. Tożsamy jest wskaźnik pedagogów ogólnych z wynikami przeciętnymi i wysokimi, przy najmniej licznej kategorii wartości niskich.

Pedagogzy specjaliści z mniejszą pewnością zaprzeczają twierdzeniu zakładającemu dziedziczność upośledzenia oraz brak przyzwolenia na prokreację niepełnosprawnych w stopniu głębszym. Charakter udzielonej tu odpowiedzi pozwala sądzić na temat braku ugruntowanego zdania w tej kwestii, zwłaszcza w grupie podstawowej. Pedagogzy specjaliści z większą pewnością zaprzeczają natomiast założeniu o niezdolności tych jednostek do doświadczania miłości czy szczęścia w związkach partnerskich.

Podskala deseksualizacji niepełnosprawnych w stopniu głębszym istotnie różni badanych z obu grup. Różnicę tę potwierdza rozkład wyników przeliczonych. Ustalono, iż połowa pedagogów ogólnych uzyskała wyniki wysokie w zakresie tej podskali, a jedynie nieliczna ich reprezentacja – niskie (aneks, tabela 12). W grupie pedagogów specjalnych najwięcej osób otrzymało wyniki przeciętne, nieco mniej – wysokie.

W sposób najbardziej zdecydowany respondenci z obu grup zaprzeczają, jakoby osoby z głębszą niepełnosprawnością były pozbawione potrzeb seksualnych, jednak zdecydowanie nie sprzeciwiają się założeniu mówiącemu o ich niższej w stosunku do normy sile. Z małą pewnością, szczególnie pedagodzy ogólni, przeciwstawiają się twierdzeniu głoszącemu, iż edukacja seksualna jest szkodliwa, prowadzi bowiem do ujawnienia potrzeb seksualnych (ich „obudzenia”) u osób z upośledzeniem w stopniu głębszym.

W założeniach badań własnych za istotny przedmiot dociekań uznano kwestie różnicującego działania zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej w zakresie analizowanego tu komponentu postaw. Odmienna struktura czynnikowa obu podskal uniemożliwia ich porównanie w aspekcie nasilenia określonych przekonań. Analizy porównawcze struktur czynnikowych (w badaniach standaryzacyjnych) wykazały, iż największe podobieństwo (określone na podstawie istotności współczynników korelacji) dotyczy jedynie czynników: seksualność dewaluowana osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz seksualność nadmierna i wymagająca kontroli osób z niepełnosprawnością w stopniu głębszym.

Analizy porównawcze uwzględniające stopień niepełnosprawności intelektualnej przeprowadzono zatem w zakresie poszczególnych twierdzeń skali. Wyniki zestawiono w tabeli 19. Celem uwypuklenia charakteru porównywanych twierdzeń, dokonano przeformułowań (bez zmiany zasadniczej treści), dążąc do tego, aby podkreślić ich istotę. Ponadto uporządkowano założenia wedle ich przedmiotowego odniesienia.

Tabela 19. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): wynik testu istotności różnic

Twierdzenia	t dla danych zależnych		p	
	Grupa A	Grupa B	Grupa A	Grupa B
Brak potrzeb seksualnych powodowany niepełnosprawnością intelektualną	-4,81	-6,46	0,000*	0,000*
Wyrażanie potrzeb seksualnych w formie patologicznej	-0,23	1,20	0,818	0,232
Zwiększenie siły popędu seksualnego	-1,24	-1,71	0,216	0,089~
Zmniejszenie siły popędu seksualnego	-9,00	-5,98	0,000*	0,000*
Brak możliwości kontrolowania popędu na skutek niepełnosprawności intelektualnej	-5,42	-2,73	0,000*	0,007*

Zagrożenie dla otoczenia powodowane niekontrolowaną seksualnością	-14,89	-11,68	0,000*	0,000*
Skłonność do przestępstw na tle seksualnym	10,83	5,00	0,000*	0,000*
Powszechność zjawiska masturbacji	-0,82	-0,34	0,413	0,736
Możliwość wystąpienia emocjonalnego podłoża masturbacji	-17,60	-10,55	0,000*	0,000*
Zaniedbania i błędy w procesie wychowania jako przyczyny realizacji masturbacji w sposób naruszający społeczne normy	-7,02	-6,96	0,000*	0,000*
Funkcjonowanie w kategoriach „wiecznego dziecka”, potrzeba stałej ochrony	6,12	5,06	0,000*	0,000*
Przeżywanie potrzeb naturalnych dla dorosłości – prokreacji, nawiązywania relacji intymnych	-10,28	-6,82	0,000*	0,000*
Podleganie potrzeb seksualnych socjalizacji, tak jak u pełnosprawnych	11,53	9,19	0,000*	0,000*
Seksualność podlegająca działaniu czynników, które są znaczące również u osób pełnosprawnych	-7,77	-5,22	0,000*	0,000*
Niezdolność do zawierania związków małżeńskich	-9,29	-3,43	0,000*	0,001*
Niezdolność do zachowania wierności w związku na skutek deficytów poznawczych i emocjonalnych	-7,91	-5,22	0,000*	0,000*
Niezdolność realizacji prawdziwej miłości	8,18	5,23	0,000*	0,000*
Niezdolność doświadczania szczęścia w relacjach z innymi upośledzonymi	-4,54	-3,22	0,000*	0,000*
Poszukiwanie w relacjach partnerskich zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych	-0,71	1,30	0,479	0,194
Jakość małżeństw podlegająca działaniu czynników, które są znaczące również u osób pełnosprawnych	9,60	5,36	0,000*	0,000*
Dziedziczność upośledzenia – zakaz prokreacji	-3,28	-2,93	0,001*	0,004*
Sterylizacja jako sposób ochrony przed seksualnym wykorzystaniem	-7,04	-5,21	0,000*	0,000*
Sterylizacja jako sposób obniżania popędu seksualnego	-0,36	-1,23	0,722	0,220
Zagrożenie ze strony edukacji seksualnej związane z „rozbudzeniem” seksualności	3,58	3,39	0,001*	0,001*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Istotnie statystycznie różnice w zakresie przekonań pedagogów specjalnych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim i głębszym odnotowano zarówno w przypadku tych, które mają charakter

pozytywny, jak i negatywny. Istota różnic zawiera się w stopniu zdecydowania potwierdzającego bądź zaprzeczającego słuszność określonych założeń. Nie można zatem przyjąć, że obraz seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym jest mniej korzystny, zważywszy również na fakt, że niektóre różnice przebiegają na niekorzyść niepełnosprawnych w stopniu lekkim (uwzględniając charakter twierdzeń). Można jedynie stwierdzić, że przekonania oddające istotę seksualności głębiej niepełnosprawnych są mniej zdecydowane.

Istotne różnice, stwierdzone w grupie porównawczej pedagogów, przebiegają w zakresie tych samych twierdzeń i wykazują tożsamy z grupą podstawową kierunek. Wyjątkiem pozostaje różnica zbliżona do istotnej stwierdzona w grupie porównawczej w przypadku założenia mówiącego o zwiększeniu siły popędu u niepełnosprawnych intelektualnie. W tym obszarze nie odnotowano różnicy u pedagogów specjalnych.

Mając na względzie powyższe rozważania, można powiedzieć, że potwierdzenie dla seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym jako pozytywnej i „normalnej” w swoich uwarunkowaniach i przejawach spotyka się z mniejszą pewnością w obu grupach niż w przypadku seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Można również stwierdzić, że zaprzeczanie założeniom opisującym istotę seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w kategoriach zjawiska dewiacyjnego w swoich przejawach, niepożądanego i pozbawionego wartości, czy też w ogóle możliwości realizacji, odznacza się niższym stopniem pewności w przypadku niepełnosprawnych w stopniu głębszym.

Żadna ze zmiennych określających specyfikę zatrudnienia badanych z grupy podstawowej nie wykazała istotnego znaczenia różnicującego w zakresie przekonań dotyczących seksualności osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim (aneks, tabele: 13, 15, 16). Stwierdzono natomiast takie znaczenie w grupie porównawczej (aneks, tabela 14). Zmienną istotnie różnicującą przekonania badanych jest staż pracy. Odnotowano, iż osoby ze stażem najdłuższym, tj. powyżej 20 lat, istotnie różnią się od tych, których staż pracy jest najkrótszy, w zakresie dwóch podskal: seksualność dewaluowana i nadmierna. Wyższy wynik w obu przypadkach uzyskały osoby najdłużej pracujące. Interpretacja różnic, z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi, prowadzi do stwierdzenia, iż osoby pracujące krócej są bardziej skłonne, aby zaprzeczać negatywnym twierdzeniom dotyczącym seksualności niepełnosprawnych bądź też mają mniej ukształtowane przekonania w tym względzie. Osoby te silniej potwierdzają słuszność przekonań opisujących seksualność niepełnosprawnych w stopniu

lekkim w kategoriach pozytywnych. W tym przypadku różnią się istotnie od badanych ze stażem przeciętnym (pow. 10 do 20), których przekonania o charakterze potwierdzającym są stosunkowo najmniej zdecydowane.

Staż pracy różnicuje badanych z obu grup w zakresie przekonań na temat seksualności osób z niepełnosprawnością w stopniu głębszym (aneks, tabela 17-18). W grupie pedagogów specjalnych istotne różnice odnotowano jedynie w seksualności negatywnie determinowanej przez niepełnosprawność intelektualną. Najwyższą średnią, świadczącą o pozytywnym ustosunkowaniu do twierdzeń zawartych w podskali, uzyskano u osób pracujących najdłużej. Różnią się one istotnie od obu pozostałych grup wyznaczonych stażem pracy. Podobną tendencję w zakresie tej podskali ustalono w grupie porównawczej. Tutaj również pedagodzy ogólni pracujący najdłużej uzyskali najwyższą średnią. Jej wartość pozwala określić u nich stosunkowo najsilniejszą akceptację dla stwierdzeń charakterystycznych dla tej podskali. Osoby pracujące najdłużej różnią się istotnie jedynie od tych, których staż jest najkrótszy. Pedagodzy ogólni najdłużej zatrudnieni z mniejszą pewnością zaprzeczają twierdzeniom opisującym sferę psychoseksualną niepełnosprawnych w stopniu głębszym w kategoriach pozbawionej wartości i możliwości realizacji (dewaluacja seksualności). W tej kwestii różnią się istotnie i w sposób zbliżony do istotnego od obu pozostałych grup pedagogów ogólnych. Ich przekonania są też najmniej zdecydowane w przypadku tych twierdzeń, które opisują seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym jako przesadnie wyrażoną i wymagającą kontroli. Tutaj ustalono istotne różnice w stosunku do pozostałych grup pedagogów ogólnych. Osoby z grupy porównawczej pracujące najkrócej ujawniają najbardziej zdecydowane przekonania, w świetle których seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym jawi się jako zbliżona do normy w swoich uwarunkowaniach i przejawach (normalizacja seksualności). Pedagodzy ogólni mający przeciętny staż pracy nie posiadają w tej kwestii ukształtowanych przekonań. Opisane tendencje mają potwierdzenie na poziomie istotności statystycznej. Odnotowano istotne różnice między pedagogami ogólnymi pracującymi najkrócej oraz tymi, których staż pracy jest przeciętny, ponadto takowe między grupą o stażu przeciętnym i najdłuższym.

Charakter zatrudnienia różnicuje badanych pedagogów specjalnych w zakresie dwóch podskal – seksualności negatywnie determinowanej przez niepełnosprawność intelektualną i deseksualizacji (aneks, tabela 19). W pierwszym przypadku stosunkowo najsilniejsze przekonania, potwierdzające słuszność twierdzeń tworzących podskale, wyrażają nauczyciele, nieco słabsze, ale również akceptujące założenia tej podskali, ujawnili opiekunowie w internatach.

Stwierdzono istotne bądź zbliżone do istotnych różnice między wymienionymi grupami a osobami pracującymi w charakterze terapeutów oraz opiekunów w domach pomocy i środowiskowych domach samopomocy, których przekonania w tym względzie nie są sprecyzowane. Badani realizujący wymienione zawody zaprzeczają, jakoby osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną były aseksualne. Z najmniejszą pewnością czynią to terapeuci i opiekunowie zatrudnieni w DPS i ŚDS. Różnią się oni w tym względzie od nauczycieli, których przekonania są najbardziej pewne.

Interesujące wyniki uzyskano w zakresie zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych (aneks, tabela 20). Istotną różnicę w zakresie podskali opisującej seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym w kategoriach zjawiska pozytywnego i zbliżonego w swoich przejawach oraz uwarunkowaniach do normy, stwierdzono między pedagogami pracującymi z osobami z tym stopniem deficytu a grupą pracującą z niepełnosprawnymi w stopniu głębokim oraz pracującą z osobami z różnym poziomem niepełnosprawności. Pedagodzy specjalni realizujący działalność zawodową wobec głębiej upośledzonych ujawniają stosunkowo najbardziej zdecydowane przekonania potwierdzające zasadność twierdzeń tworzących analizowaną podskale. Najniższy poziom zdecydowania, świadczący o braku ukształtowanych w tym względzie przekonań, stwierdzono u pedagogów pracujących z niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębokim.

* * *

W tym podrozdziale określono, jak kształtują się przekonania badanych na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Podstawową ich cechą pozostaje słaba siła, zarówno w przypadku tych przekonań, które opisują tę seksualność w kategoriach pozytywnych, jak i negatywnych. Większe podobieństwo przekonań pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych odnotowano w przypadku głębszej niepełnosprawności intelektualnej. Tak jak w zakresie komponentu emocjonalno-wartościującego postaw ustalono różnice przebiegające na wysokim poziomie istotności w przypadku zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej.

3. Aspekt motywacyjny

Jak nadmieniono w rozdziale czwartym, aspekt motywacyjny, jako ściśle powiązany z emocjonalnym, odróżniany jest od behawioralnego składnika postaw. Komponent behawioralny był traktowany przez autorów jako element postawy i jej przejaw [por. T. Mądrzycki, 1970, s. 19], bądź też wyłącznie jako przejaw [por. W. Soborski, 1987, s. 17].

Uważa się, że postawy mają znaczenie motywujące bądź modyfikujące działanie [M. Marody, 1976, s. 31; L. R. Aiken, 2002, s. 3]. Według G. W. Allporta [za M. Marody, 1976, s. 31] niektóre z nich można nawet traktować jako motyw, inne jako czynniki ukierunkowujące. Z tej perspektywy rozważania motywacja do działań byłaby wynikiem postaw. Jednak, podobnie jak w przypadku zachowania czy działania, ujmowanego jako element bądź efekt funkcjonowania postaw, ze względu na ściśle powiązanie wartościowania przedmiotu/podmiotu ustosunkowania, stanowiącego jego istotę, z motywacją do działania, działaniem czy zachowaniem (stąd pojęcie emocjonalno-motywacyjnego komponentu), zasadne jest włączenie tych elementów w analizę samych postaw. Uzasadnienie dla wprowadzenia motywacji w diagnozie składnika behawioralnego zawarto w rozdziale IV niniejszej pracy.

Przy założeniu, że motywacja może być zarówno elementem ustosunkowań, jak i ich wynikiem, w tym rozdziale zostanie dokonana analiza jej poziomu u badanych osób, w perspektywie celowych działań podejmowanych na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim oraz głębszym. Jak pisano w rozdziale IV, analiza motywacji będzie przebiegać w ujęciu sytuacyjnym. Zdaniem M. Marody [1976, s. 164] trafność analizy zachowania/działania podmiotów wobec obiektów wymaga sprecyzowania kontekstu, pozwalającego uchwycić ich warunkowy charakter.

Obok diagnozy poziomu motywacji do działań wspierających seksualność niepełnosprawnych intelektualnie, analizę aspektu behawioralnego postaw uzupełniono o informacje dotyczące osobistych doświadczeń badanych, w tym zwłaszcza reakcji i zachowań związanych z przejawami płciowości osób z upośledzeniem.

Nie odnaleziono badań behawioralnego komponentu postaw, które wykorzystywałyby metody obserwacyjne, zmierzające do opisu konkretnych zachowań. Wartość poznawcza takowych może być duża, jednak sposób realizacji sprawia wiele trudności.

W dostępnych badaniach specjalistów jako wskaźniki komponentu behawioralnego wykorzystywano opinie na temat zachowań osób z niepełnosprawnością intelektualną związanych z seksualnością [A. Prokopiak, 2012], werbalne deklaracje na temat intencji zachowań [L. A. Christiansen i in., 2001], samoocenę działań podejmowanych na rzecz realizacji edukacji seksualnej osób z upośledzeniem [E. Howard-Barr i in., 2005], relacje na temat doświadczeń zawodowych związanych ze wspieraniem seksualnej aktywności niepełnosprawnych o różnej orientacji seksualnej [D. Abbott, J. Howarth, 2007], opinie o reakcjach wobec zachowań trudnych z zakresu sfery seksualnej osób upośledzonych umysłowo [K. Lockhart i in., 2009], relacje na temat doświadczeń zawodowych i osobistych towarzyszących przejawom seksualności niepełnosprawnych intelektualnie [R. McConkey, D. Ryan, 2001; M. Parchomiuk, 2012b]. Analizę motywacji do działań celowych – podnoszenia osobistych kompetencji związanych z radzeniem sobie z problemami seksualności upośledzonych umysłowo – realizowano w badaniach autorstwa R. McConkey i D. Ryan [2001].

3.1. Motywacja do podejmowania działań wspierających

Motywację badanych do działań na rzecz wspierania niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim oraz głębszym diagnozowano w obszarze sześciu sytuacji o zróżnicowanym zakresie znaczeniowym. Niektóre z tych sytuacji opisują działania o szerszym wymiarze – społecznym, inne – indywidualnym – wynikającym z potrzeb konkretnych jednostek.

Tabela 20. Motywacja badanych do działań na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Podskale	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	14,37	10,27	4,19	5,88	9,43	0,000*
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	13,29	8,63	4,57	5,73	10,50	0,000*

* istotne statystycznie

Ustalono istotne różnice między badanymi grupami w obszarze motywacji do działań wspierających niepełnosprawnych intelektualnie (tabela 20).

Wyższą motywację, zarówno w odniesieniu do lekkiego, jak i głębszego stopnia ujawnili pedagodzy specjali. Różnicę między grupami potwierdza również szczegółowy rozkład wyników przeliczonych. Niemal połowa pedagogów specjalnych osiągnęła w obu podskalach wyniki wysokie, podczas gdy prawie połowa (w przypadku lekkiej niepełnosprawności) oraz połowa (głębszej) badanych z grupy porównawczej uzyskała wyniki niskie (aneks, tabela 21).

Tabela 21. Motywacja badanych do działań na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B) (Skala Motywacji) – porównanie wg stopnia niepełnosprawności intelektualnej: istotność różnic

Badana grupa	t dla danych zależnych	p
Grupa A: lekkie–głębsze	5,38	0,000*
Grupa B: lekkie–głębsze	9,17	0,000*

* istotne statystycznie

Stopień niepełnosprawności intelektualnej istotnie różnicuje badanych z obu grup w zakresie ujawnianej motywacji do działań wspierających seksualność (tabela 21). Wyższy jej poziom odnotowano w przypadku tych działań, których celem jest wsparcie osób z lekkim upośledzeniem.

Poniżej poddano ocenie poszczególne sytuacje będące podstawą diagnozowania motywacji u respondentów. Jak zaznaczono w rozdziale IV niniejszej pracy, sytuacje te, jakkolwiek nie zawsze występujące w doświadczeniach pedagogów, mają charakter realny, a zasadność ich wprowadzenia do analiz własnych oparta była na wcześniejszych informacjach pochodzących z badań pilotażowych.

Można powiedzieć, analizując poszczególne sytuacje z uwzględnieniem odpowiedzi badanych, że pedagodzy specjali określali poziom swojej motywacji jako przeciętny oraz zbliżony do wysokiego, pedagodzy ogólni natomiast – jako niski i przeciętny (tabela 22). W obu grupach stosunkowo najwyższa motywacja dotyczy udzielania wsparcia informacyjnego osobom potrzebującym, tj. uczniom/wychowankom czy podopiecznym. Ich konkretne potrzeby związane z informacjami na temat seksualności motywują stosunkowo najbardziej do aktywności służącej podniesieniu zakresu własnej wiedzy. W kolejności wyznaczonej na podstawie poziomu motywacji pedagogów specjalnych pojawia się działanie służące samodoskonaleniu, konkretnie pozwalające zwiększyć własne kompetencje w obszarze seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ta sytuacja została oceniona niżej pod względem motywacyjnym przez pedagogów ogólnych, dla których źródłem stosunkowo

większej motywacji pozostają działania o szerszym zasięgu, tj. udział w kampanii społecznej czy w tworzeniu podstawy programowej. W tych przypadkach odnotowano w grupie porównawczej zbliżone wyniki, w grupie podstawowej tożsame. Stosunkowo najmniejsza motywacja u pedagogów specjalnych towarzyszy innemu działaniu o charakterze społecznym – organizacji stowarzyszenia – w przypadku pedagogów ogólnych poprzedza ona udział w zajęciach dodatkowych dla niepełnosprawnych intelektualnie.

Tabela 22. Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim – analiza sytuacji (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Kategoria sytuacji	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
1. Udział w bezpłatnych szkoleniach z zakresu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie	2,62	1,65	0,89	1,28	10,35	0,000*
2. Realizacja dodatkowych zajęć (po bezpłatnym szkoleniu) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną z zakresu elementarnej edukacji seksualnej	2,19	1,38	1,01	1,21	8,48	0,000*
3. Udzielenie wsparcia informacyjnego uczniom/wychowankom/podopiecznym z niepełnosprawnością intelektualną, połączone z potrzebą poszerzenia własnej wiedzy w danej kwestii	2,67	2,24	0,95	1,25	4,55	0,000*
4. Współdziałanie w organizacji stowarzyszenia na rzecz wspierania małżeństw osób z niepełnosprawnością intelektualną	2,15	1,58	0,95	1,10	6,48	0,000*
5. Udział w kampanii na rzecz zwiększenia społecznej świadomości z zakresu potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (w zakresie posiadanych kompetencji)	2,37	1,74	0,89	1,14	7,20	0,000*
6. Współdziałanie (w zakresie posiadanych kompetencji) w procesie tworzenia nowej podstawy programowej uwzględniającej edukację seksualną osób z niepełnosprawnością intelektualną	2,37	1,70	0,99	1,20	7,16	0,000*

* istotne statystycznie

Motywacja do działań wspierających w tym przypadku, kiedy ich podmiotami są osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, pozostaje w większości na przeciętnym poziomie u pedagogów specjalnych oraz niskim i przeciętnym u pedagogów ogólnych (tabela 23). Stosunkowo najwyższą motywację respondentów z grupy podstawowej wzbudza perspektywa udziału w szkoleniach zwiększających poziom osobistych kompetencji, mniejszą – wspieranie

osób, które ujawniają specyficzne potrzeby informacyjne. Ta ostatnia sytuacja pozostaje źródłem największej motywacji pedagogów ogólnych. Najniższa motywacja towarzyszy badanym z grupy podstawowej w stosunku do działań mających na celu organizację stowarzyszenia wspierającego małżeństwa niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym. Dla pedagogów ogólnych sytuacją taką jest realizacja dodatkowych zajęć z zakresu edukacji seksualnej dla tej grupy odbiorców.

Tabela 23. Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym – analiza sytuacji (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Kategoria sytuacji	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
1. Udział w bezpłatnych szkoleniach z zakresu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie	2,54	1,28	0,98	1,23	13,18	0,000*
2. Realizacja dodatkowych zajęć (po bezpłatnym szkoleniu) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną z zakresu elementarnej edukacji seksualnej	2,05	1,05	1,05	1,11	10,69	0,000*
3. Udzielenie wsparcia informacyjnego uczniom/wychowankom/podopiecznym z niepełnosprawnością intelektualną, połączone z potrzebą poszerzenia własnej wiedzy w danej kwestii	2,41	1,98	0,98	1,32	4,40	0,000*
4. Współdziałanie w organizacji stowarzyszenia na rzecz wspierania małżeństw osób z niepełnosprawnością intelektualną	1,86	1,34	0,99	1,10	5,82	0,000*
5. Udział w kampanii na rzecz zwiększenia społecznej świadomości z zakresu potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (w zakresie posiadanych kompetencji)	2,21	1,49	0,98	1,16	7,81	0,000*
6. Współdziałanie (w zakresie posiadanych kompetencji) w procesie tworzenia nowej podstawy programowej uwzględniającej edukację seksualną osób z niepełnosprawnością intelektualną	2,22	1,48	1,04	1,20	7,67	0,000*

* istotne statystycznie

Znacząco wyższy poziom motywacji do działań wspierających u respondentów z grupy podstawowej odnotowano w przypadku osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną (tabela 24). Istotnej różnicy nie stwierdzono jedynie w obszarze sytuacji określającej działania podnoszące poziom kompetencji badanych w zakresie seksualności osób z upośledzeniem. W grupie porównawczej istotne różnice uzyskano we wszystkich analizowanych sytuacjach.

Znacząco wyższy poziom motywacji dotyczy działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim.

Tabela 24. Motywacja do działań – porównanie sytuacji wg stopnia niepełnosprawności intelektualnej (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Kategoria sytuacji	t dla danych zależnych		p	
	A	B	A	B
1. Udział w bezpłatnych szkoleniach z zakresu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie	1,55	7,82	0,122	0,000*
2. Realizacja dodatkowych zajęć (po bezpłatnym szkoleniu) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną z zakresu elementarnej edukacji seksualnej	3,16	7,76	0,002*	0,000*
3. Udzielenie wsparcia informacyjnego uczniom/wychowankom/podopiecznym z niepełnosprawnością intelektualną, połączone z potrzebą poszerzenia własnej wiedzy w danej kwestii	5,71	6,28	0,000*	0,000*
4. Współdziałanie w organizacji stowarzyszenia na rzecz wspierania małżeństw osób z niepełnosprawnością intelektualną	7,28	7,43	0,000*	0,000*
5. Udział w kampanii na rzecz zwiększenia społecznej świadomości z zakresu potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (w zakresie posiadanych kompetencji)	3,60	6,47	0,000*	0,000*
6. Współdziałanie (w zakresie posiadanych kompetencji) w procesie tworzenia nowej podstawy programowej uwzględniającej edukację seksualną osób z niepełnosprawnością intelektualną	3,94	6,08	0,000*	0,000*

* istotne statystycznie

Staż pracy różnicuje poziom motywacji pedagogów specjalnych jedynie w przypadku działań na rzecz osób z lekkim stopniem upośledzenia (aneks, tabela 22). Najsilniejszą motywację ujawniają osoby z najkrótszym stażem pracy, tj. do 10 lat. Różnią się istotnie od badanych o stażu przeciętnym (tj. pow. 10 do 19), którzy wykazali najniższy poziom motywacji. Odnotowano ponadto istotną różnicę między pedagogami specjalnymi mającymi staż najdłuższy oraz przeciętny.

Staż pracy różnicuje istotnie pedagogów z grupy porównawczej, zarówno w przypadku motywacji do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim, jak i głębszym (aneks, tabela 23). Podobnie jak w grupie podstawowej, badani pracujący najkrócej ujawniają najsilniejszą motywację w przypadku

obu stopni niepełnosprawności. Różnią się istotnie od osób, których staż jest przeciętny oraz najdłuższy (pow. 20 lat).

W zakresie zmiennej charakter zatrudnienia pedagogów specjalnych stwierdzono różnice jedynie zbliżone do istotnych w zakresie motywacji do działań wspierających niepełnosprawnych w stopniu lekkim (aneks, tabela 24). Najsilniejszą odnotowano u terapeutów i opiekunów pracujących w DPS i ŚDS. Różnią się oni na poziomie zbliżonym do istotnego od opiekunów w internacie oraz nauczycieli.

Stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych różnicuje pedagogów specjalnych jedynie w zakresie motywacji do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym (aneks, tabela 25). Jak można oczekiwać, poziom tej motywacji jest najwyższy w przypadku osób pracujących z podmiotami z tym stopniem upośledzenia. Różnią się oni istotnie od respondentów, których podmiotami działań są osoby z upośledzeniem w stopniu lekkim. Znaczącą różnicę odnotowano ponadto między badanymi z tej ostatniej grupy a tymi, którzy pracują z niepełnosprawnymi w stopniu głębokim.

3.2. Zachowania i reakcje badanych wobec przejawów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

Charakter wykonywanego zawodu, a przede wszystkim specyfika środowisk, w których jest on realizowany, z uwzględnieniem podmiotów profesjonalnej działalności, powodują znaczące zróżnicowanie doświadczeń badanych z obu grup w zakresie szeroko rozumianej seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Zastosowane tu pojęcie doświadczeń odnosi się do sytuacji, przede wszystkim zawodowych, w których badane osoby bezpośrednio obserwowały przejawy płciowości jednostek z upośledzeniem oraz do towarzyszących im zachowań i reakcji pedagogów. W ramach doświadczeń uwzględniono również znajomość związków małżeńskich osób z niepełnosprawnością intelektualną i nietypowych form ich realizacji w postaci „białych małżeństw” oraz „małżeństw chronionych”.

Zróznicowanie doświadczeń badanych pedagogów specjalnych i ogólnych wyraża się w największym stopniu w przypadku bezpośrednich obserwacji przejawów seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Większość respondentów z grupy podstawowej była uczestnikiem sytuacji, w których ujawniły się ze strony osób upośledzonych zachowania natury seksualnej (271 osób,

tj. 97,13%³). W przypadku większości pedagogów ogólnych sytuacje takie nie miały miejsca (224 osoby, tj. 80%).

Specyfika okoliczności w aspekcie miejsca oraz rodzaju zachowań została zdefiniowana w poniższych tabelach. Należy podkreślić, że w przypadku określenia miejsca, pytanie skierowane do pedagogów ogólnych miało charakter otwarty, uznano bowiem, że nie jest możliwe, ze względu na specyfikę środowiska ich zatrudnienia oraz podmiotów działalności zawodowej, sprecyzowanie okoliczności pod tym względem. Jak się okazało, w wielu przypadkach specyfika ta odpowiadała sytuacjom, w których uczestniczyli pedagodzy specjaliści.

Tabela 25. Miejsca występowania zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)

Miejsca	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
dom rodzinny ucznia/wychowanka/podopiecznego	10	3,76	–	–
przedszkole/ szkoła	181	68,05	26	52
ulica, autobus	24	9,02	4	8
internat	82	30,83	1	2
dom pomocy społecznej	25	9,40	4	8
warsztaty terapii zajęciowej	8	3,01	3	6
inne instytucje (OREW, DCA, ŚDS ^b)	4	1,50	1	2
inne miejsca	14	5,26	10	20
sytuacje prywatne (rodzina/ znajomi)	–	–	3	6

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

^b OREW – ośrodek rewalidacyjno-edukacyjno-wychowawczy; DCA – dzienne centrum aktywności; ŚDS – środowiskowy dom samopomocy.

Największy zakres doświadczeń, które mają pedagodzy specjaliści, uzyskano w toku realizacji zadań zawodowych (tabela 25). Jako miejsca występowania pewnych przejawów seksualności najczęściej podawano placówki edukacyjne, znacznie rzadziej instytucje opieki oraz rehabilitacji. Zakres wskazań jest związany z rozkładem form zatrudnienia badanych. W niektórych przypadkach (76 wskazań, tj. 28,57%) pedagodzy specjaliści podawali kilka miejsc, w których zaistniały analizowane tu doświadczenia.

³ Liczone z ogółu osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie, podobnie w przypadku grupy porównawczej oraz pozostałych pytań dotyczących doświadczeń badanych.

Pedagodzy ogólni zwracali uwagę na sytuacje, których byli uczestnikami w trakcie realizacji swoich zadań zawodowych w środowisku edukacji czy rehabilitacji osób niepełnosprawnych (np. w trakcie wizyt w szkole specjalnej, WTZ, DPS, ŚDS), w tym sytuacje integrujące uczniów pełno- i niepełnosprawnych (wyjazdy wakacyjne, kolonie, festyn – zaliczone do kategorii „inne miejsca”). Oprócz tego pewien zakres doświadczeń zdobyli w formach zatrudnienia (przedszkola, szkoły), w których przebywali uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną (między innymi w dwóch przypadkach badani realizowali nauczanie indywidualne).

Tabela 26. Charakter obserwowanych zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)

Zachowania	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
masturbacja	192	71,11	26	46,43
stosunek płciowy	18	6,67	–	–
całowanie	146	54,07	18	32,14
przytulanie się	181	67,04	34	60,71
obnażanie się	101	37,41	15	26,79
zaczepki słowne o charakterze seksualnym	152	56,30	17	30,36
zaczepki fizyczne o charakterze seksualnym	76	28,15	10	17,86
inne	2	0,74	–	–

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Zakres zachowań określanych przez badanych pedagogów specjalnych jest bardzo szeroki (tabela 26). Większość osób wskazała na wiele form zachowań (oprócz 37 osób, tj. 13,70). Najczęściej wymieniano masturbację, która zgodnie z literaturą przedmiotu jest powszechną formą realizacji popędu seksualnego u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym będących w różnym wieku.

Charakter sytuacji, w których uczestniczyli pedagodzy ogólni, przede wszystkim pod względem okoliczności, zdecydował o nieco innych doświadczeniach. Wśród form zachowań seksualnych najczęściej wymieniano w tej grupie przytulanie się, a w mniejszym zakresie masturbację. Nikt nie wskazał na stosunek seksualny.

W analizie doświadczeń badanych może być przydatne sprecyzowanie sytuacji w aspekcie stopnia niepełnosprawności intelektualnej osób, które podejmowały określone zachowania. Należy jednak zaznaczyć, że jest to jedynie

ogólna ocena, niepozwalająca na przypisanie ich form do stopnia niepełnosprawności.

Tabela 27. Stopień niepełnosprawności intelektualnej uczestników obserwowanych sytuacji (grupa A i B)

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
głęboki	3	1,11	–	–
głębszy	89	32,84	16	28,57
lekki	40	14,76	24	42,86
różny	139	51,29	11	19,64
nieznany	–	–	5	8,93

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Pedagodzy specjaliści najczęściej obserwowali zachowania ze strony osób z różnym stopniem niepełnosprawności (głębszym i głębokim, rzadziej lekkim) (tabela 27). Pedagodzy ogólni stosunkowo najczęściej wymieniali stopień lekki, co przypuszczalnie wynika z faktu, iż uczniowie z tym poziomem deficytu intelektualnego częściej niż inne grupy realizują obowiązek szkolny w warunkach szkolnictwa powszechnego.

Tabela 28. Reakcje badanych wobec zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)

Rodzaj reakcji	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
oburzenie	23	8,61	2	3,57
odraza	14	5,24	2	3,57
zdziwienie	33	12,36	19	33,93
lęk	9	3,37	12	21,43
zawstydzenie	17	6,37	7	12,50
poczucie bezradności	53	19,85	16	28,57
obojętność	169	63,30	21	37,50
inne	20	7,49	4	7,14

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Największa liczba badanych pedagogów specjalnych oraz stosunkowo najliczniejsza pedagogów ogólnych określiła, iż obserwowane zachowania osób z niepełnosprawnością intelektualną nie powodowały u nich reakcji emocjonalnych (tabela 28). Należy jednak zaznaczyć, że u respondentów z grupy

podstawowej, którzy nie pozostawali obojętni w tego typu sytuacjach, relatywnie najczęstszą reakcją była bezradność. Często reakcją pedagogów ogólnych było zdziwienie. W obu grupach pewien odsetek badanych wskazał na wiele reakcji towarzyszących obserwowanym zachowaniom niepełnosprawnych (grupa A: 18,73%; grupa B: 37,5%).

Tabela 29. Zachowania badanych w analizowanych sytuacjach (grupa A i B)

Rodzaj zachowania	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
unikanie	12	4,51	14	25,93
przeciwstawienie się	43	16,17	2	3,70
podjęcie rozmowy wyjaśniającej	182	68,42	24	44,44
zgłoszenie rodzicom	80	30,08	14	25,93
konsultacja z psychologiem	112	42,11	13	24,07
inne	12	4,51	8	14,81

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Większość pedagogów specjalnych i relatywnie znacząca liczba pedagogów ogólnych podejmowała kroki zmierzające do unormowania zachowania osoby upośledzonej polegające przede wszystkim na bezpośrednim podjęciu z nią rozmowy, bądź też poszukiwaniu wsparcia ze strony specjalisty lub rodziców (tabela 29). Należy jednak zaznaczyć, że zachowanie unikające występowało w grupie porównawczej w podobnym bądź tożsamym zakresie z zachowaniami ukierunkowanymi na rozwiązanie problemu. Przypuszczalnie można to tłumaczyć specyfiką sytuacji – ich okazjonalnością i miejscem realizacji (często poza miejscem zatrudnienia badanych z tej grupy). Możliwość wnioskowania w tym względzie, podobnie jak w przypadku reakcji emocjonalnych badanych z grupy porównawczej, jest ograniczona na skutek niewielkiej liczebności osób, które były uczestnikami analizowanych sytuacji.

Niespełna połowa pedagogów specjalnych oraz mniej niż jedna piąta pedagogów ogólnych zna małżeństwa osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A: 126 osób, tj. 42,28%; grupa B: 51 osób, tj. 18,21%). W zdecydowanej większości tworzą je osoby z upośledzeniem w stopniu lekkim (tabela 30).

Tabela 30. Znane małżeństwa osób z niepełnosprawnością intelektualną – stopień niepełnosprawności intelektualnej małżonków (grupa A i B)

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
głębszy	18	14,29	2	3,92
lekki	115	91,27	32	62,75
nieznany	–	–	17	33,33

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Znajomość małżeństw „mieszanych”, tj. tworzonych przez osobę niepełnosprawną intelektualnie oraz pełnosprawną jest stosunkowo słaba w obu grupach (grupa A: 112 osób, tj. 37,84%; grupa B: 28, tj. 10%). Podobnie jak w poprzednim przypadku małżeństwa te tworzą przede wszystkim osoby z lekką niepełnosprawnością (tabela 31).

Tabela 31. Znane małżeństwa „mieszane” – stopień niepełnosprawności intelektualnej małżonków (grupa A i B)

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	Grupa A		Grupa B	
	N	% ^a	N	%
głębszy	11	9,82	3	10,71
lekki	102	91,07	19	67,86
nieznany	–	–	6	21,43

^a Wybory wielokrotne, nie sumuje się do 100.

Większość badanych z obu grup nie zna specyficznych form realizacji życia małżeńskiego osób z niepełnosprawnością intelektualną. „Białe małżeństwa”, a zatem takie, w których nie występuje współżycie seksualne, znane są najczęściej pośrednio (z mediów, publikacji) 39% pedagogom z grupy podstawowej oraz 24,29% pedagogom ogólnym. Bardzo rzadko ta forma jest bezpośrednio znana badanym (grupa A: 10 osób, tj. 3,33%; grupa B: jedna osoba).

Nieco więcej osób deklaruje znajomość „małżeństw chronionych” występujących w instytucjach (np. domach pomocy społecznej). Forma ta jest najczęściej znana pośrednio (wskazało na nią 138 osób, tj. 46% badanych z grupy podstawowej oraz 60 osób, tj. 21,43% z grupy porównawczej). Osobiste doświadczenia w tym zakresie miało jedynie dwudziestu pedagogów specjalnych (6,67%) oraz czterech pedagogów ogólnych (1,43%).

Z uwagi na to, że w charakterystyce sytuacji uwzględniono aspekty zbieżne ze zmiennymi dotyczącymi funkcjonowania zawodowego badanych

(np. stopień niepełnosprawności intelektualnej, czy też forma zatrudnienia), nie wykonano odrębnych obliczeń z ich zastosowaniem.

* * *

Przedmiotem analiz była w tym rozdziale motywacja do działań wspierających seksualność niepełnosprawnych intelektualnie. Wykazano, że jest ona istotnie wyższa u pedagogów specjalnych, jednak biorąc pod uwagę wyniki przeliczone na normy stenowe, można ją określić jedynie jako przeciętną. Motywacja ta jest niska u pedagogów ogólnych. Stwierdzone różnice pozostają w zależności z charakterem doświadczeń badanych związanych z szeroko rozumianą seksualnością osób z upośledzeniem. Doświadczenia takie, będące źródłem pewnych przeżyć, reakcji i zachowań, są znacząco częstsze u pedagogów specjalnych. Zmienną istotnie różnicującą siłę motywacji do działań jest stopień niepełnosprawności intelektualnej.

4. Struktura postaw badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

Istotnym problemem postawionym w badaniach własnych jest określenie struktury postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Zgodnie z przyjętą hipotezą, sformułowaną na podstawie studiów literatury tematu, można oczekiwać, że poszczególne komponenty ustosunkowań wobec seksualności osób upośledzonych, a zatem emocjonalno-oceniający (afektywny), poznawczy oraz motywacyjny, będą pozostawać w określonych zależnościach. Przeprowadzone dotychczas analizy poszczególnych aspektów są jak najbardziej celowe, choćby ze względu na potencjalnie odmienną ich genezę. Istotnym uzupełnieniem analiz musi być jednak weryfikacja struktur, jak pisało bowiem [(za B. Wojciszke, 2002, s. 180–181], w badaniach składników postawy w drodze werbalnej zlewają się one w całość, zwłaszcza jeśli przedmiotem jest obiekt abstrakcyjny. W niniejszych eksploracjach teoretycznie obiekt ma taką cechę, jednak wydaje się, że jego ocena jest realizowana w stosunku do konkretnych podmiotów. Dotyczyć to może zwłaszcza pedagogów specjalnych, którzy mają wiele doświadczeń związanych z problematyką seksualności niepełnosprawnych intelektualnie.

Tabela 32. Zmienne koncepcyjne postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (grupa A i B)

Zmienne	Grupa A				Grupa B			
	I _A	II _A	III _A	IV _A	I _B	II _B	III _B	IV _B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	*				**			
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	**				**			
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	**				**			
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	**				**			
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	**				**			
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	**				**			
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	**				**			
Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim				(-)*	(-)*			
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	**				**			
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	*				*			
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	**				*			
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim			*		**			
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej			**		**			
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	*				*			
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	**				*			
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim			**		*			
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	*						*	
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim		*					**	
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim			*		*			
Seksualność dewaluowana		(-)**						(-)*
Seksualność racjonalizowana i normalizowana				*			*	
Seksualność nadmierna		(-)*						(-)**
Deseksualizacja		(-)*						(-)*
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim			*		*			

** – ładunki czynnikowe o wartości > 0,70; * – ładunki czynnikowe > 0,40

Weryfikacja postaw w ich ujęciu wielokomponentowym została przeprowadzona z zastosowaniem analizy czynnikowej, w odmianie składowych głównych w układzie ortogonalnym (*Varimax normalized*) zapewniającym otrzymanie czynników wzajemnie od siebie niezależnych. Zasady ortogonalności czynników nie przestrzegano w przypadku ładunków ujemnych [por. J. Kirenko, 2002, s. 290]. Za próg akceptacji ładunków czynnikowych, wskazujących na siłę powiązania danego składnika z czynnikiem, przyjęto wartość 0,40.

W grupie podstawowej w drodze uzgodnień określonych warunków (wartości własnych oraz wykresu osypiska) wyróżniono cztery czynniki. Czynniki I_A (afektywny, reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym) konstytuują wyłącznie komponenty emocjonalno-oceniające postawy. Wyraża on ocenę seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w jej wymiarze fizycznym oraz psychospołecznym. Czynniki II_A (dominująco poznawczy i afektywny, negacji negatywnych przekonań na temat seksualności) reprezentowany jest przede wszystkim przez komponenty poznawcze, w ograniczonym zakresie emocjonalno-oceniające. Specyfika ładunków pozwala określić, iż czynnik ten wyraża negację przekonań, w świetle których seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim odbiega od normy, to znaczy, że jest nadmiernie wyrażona bądź też sflumiona, czy też, z największą siłą – nie przedstawia większej wartości, zarówno dla samej jednostki z upośledzeniem, jak i jej otoczenia. Traktowanie tego typu przekonań jako błędnych czy niesłusznych pozwala równocześnie akceptować masturbację i przypisywać jej określoną wartość, przypuszczalnie w kontekście realizacji potrzeb seksualnych. Czynniki III_A (afektywno-motywacyjny, z dominacją kategorii przyjaźni oraz antykoncepcji) tworzą komponenty emocjonalno-oceniające oraz motywacyjny. Wartość seksualności niepełnosprawnych intelektualnie wyraża się tutaj przede wszystkim w związkach przyjacielskich, zwłaszcza z osobami pełnosprawnymi. Istotnym jej elementem jest jednak ukierunkowanie przez antykoncepcję czy edukację seksualną. Stąd przypuszczalnie powiązanie z motywacją do działań wspierających, mających na celu kształtowanie tej seksualności w pożądanym kierunku. Czynniki IV_A (afektywno-poznawczy, racjonalizacyjno-normalizacyjny) zawiera komponent emocjonalno-oceniający oraz poznawczy. Negacja sterylizacji w kontekście doświadczania płciowości przez niepełnosprawnych w stopniu lekkim pozostaje tutaj w związku z uznaniem seksualności za wielowymiarową w swoich uwarunkowaniach i przejawach oraz podlegającą socjalizacji.

W grupie porównawczej również określono cztery czynniki. Czynniki I_B (afektywno-motywacyjny, reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym) nasycony jest silnymi ładunkami o charakterze emocjonalno-oceniającym. Tworzy go również komponent motywacyjny postaw. Emocjonalno-oceniające ustosunkowanie w zbliżonym zakresie, podobnie jak w grupie podstawowej, odnosi się tutaj do aspektów fizycznych i psychospołecznych seksualności lekko upośledzonych. Potwierdzanie wartości tej seksualności, będące również wyrazem jej akceptacji, przy jednoczesnym odrzucaniu i negowaniu sterylizacji, współwystępuje z motywacją do działań wspierających niepełnosprawnych w stopniu lekkim w pomyślnym przeżywaniu płciowości. Czynniki II_B (afektywny, z dominacją kategorii przyjaźni) obejmuje jedynie komponenty emocjonalno-oceniające, jednak wyłącznie aspektów psychoseksualnych, zwłaszcza przyjaźni, ponadto edukację seksualną i antykoncepcję, której ładunek jest tutaj najmniejszy. Powiązanie czynnikowe tych aspektów, podobne jak w grupie podstawowej w obszarze czynnika III_A, jednak tam pozbawione elementu motywacyjnego, jest trudne w interpretacji. Przyjaźń wydaje się być oddalonym pojęciem, jeśli chodzi o jej konotacje ze współżyciem czy prokreacją, z którymi antykoncepcję wypadałoby wiązać. Czynniki III_B (afektywno-poznawczy; racjonalizacyjno-normalizacyjny z dominacją aspektów fizycznych) tworzą komponenty emocjonalno-oceniające dotyczące sfery fizycznej seksualności oraz komponent poznawczy postaw w postaci przekonań o charakterze normalizującym seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Akceptacja masturbacji jako sposobu realizacji potrzeb lekko upośledzonych łączy się z uznaniem przekonań na temat jej przyczyn natury psychospołecznej, ponadto postrzeganiem seksualności tej grupy osób jako zjawiska wielowymiarowego i zbliżonego do normy w swoich uwarunkowaniach i przejawach. Czynniki IV_B (poznawczy, negacji negatywnych przekonań na temat seksualności) budują wyłącznie przekonania. Podobnie jak w grupie podstawowej, można tutaj mówić o zaprzeczaniu niektórym z nich. Inaczej niż u pedagogów specjalnych negowane są silnie te przekonania, w świetle których seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim jest nadmierna w swoich przejawach i na skutek ograniczonej samokontroli stanowiąca zagrożenie dla otoczenia.

Uzyskane zestawy czynnikowe poddano analizie porównawczej, mającej na celu stwierdzenie ich podobieństw bądź różnic międzygrupowych. W tym celu poszczególnym ładunkom (nie tylko kryterialnym dla czynnika) przypisano rangi, a następnie obliczono współczynniki korelacji rangowej r-Spearmana między nimi (tabela 33) [por. J. Kirenko, 2002, s. 294 i n.].

Tabela 33. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – czynniki grupy A i B

Czynniki	I _B	II _B	III _B	IV _B
I _A	0,92*	0,34	-0,12	0,76*
II _A	0,28	0,17	0,67*	0,62*
III _A	-0,11	0,64*	0,38~	0,07
IV _A	0,38~	0,53*	0,04	0,19

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tylko w jednym przypadku uzyskano potwierdzenie dla tożsamej identyfikacji czynników. Dotyczy to czynnika I określonego w grupie A i B. Wysoka dodatnia wartość współczynnika korelacji wskazuje na zbieżność uporządkowania ładunków w czynniku I_A oraz w czynniku I_B. Obserwuje się tutaj znaczne podobieństwo o charakterze zarówno jakościowym (treściowe nasylenie czynnika), jak i ilościowym (określanym za pomocą wartości ładunków), jednak tylko w odniesieniu do komponentu emocjonalno-oceniającego. Elementem różniącym oba czynniki, tj. I_A oraz I_B jest komponent motywacyjny, który pojawia się w grupie porównawczej, a nie występuje w podstawowej. Pozostałe istotne korelacje odnotowano w zakresie czynników zidentyfikowanych na różnych poziomach. Każda z nich wskazuje na zbieżność uporządkowania czynników.

Czynnik I_A, afektywny, zidentyfikowany w grupie podstawowej, koreluje dodatnio z czynnikiem IV_B, poznawczym, wyłonionym w grupie porównawczej. Żaden jednak z ładunków kryterialnych dla czynnika I_A nie wykazuje zbieżności jakościowej i ilościowej z ładunkami kryterialnymi czynnika IV_B.

Czynnik II_A, afektywno-poznawczy, w grupie podstawowej koreluje dodatnio z afektywno-poznawczym (III_B) oraz z poznawczym (IV_B) w grupie porównawczej. Analiza ładunków czynników II_A i IV_B informuje o znacznej zbieżności treściowej w obszarze ich komponentu poznawczego. Zarówno w czynniku II_A, jak i IV_B pojawia się negacja przekonań traktujących seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim w kategoriach dewiacyjnych.

Czynnik III_A, afektywno-motywacyjny z grupy podstawowej, koreluje istotnie z czynnikiem II_B, afektywnym, oraz w sposób zbliżony do istotnego – czynnikiem III_B, afektywno-poznawczym, w grupie podstawowej. Między czynnikami III_A i II_B obserwuje się znaczne podobieństwo treści ładunków kryterialnych w zakresie komponentu emocjonalno-oceniającego postaw. Czynniki te różnią się jednak reprezentacją komponentu motywacyjnego, który

pojawia się tylko w grupie podstawowej. Nie ustalono natomiast podobieństwa jakościowego czy ilościowego w przypadku ładunków kryterialnych dla czynnika III_A oraz III_B.

Czynnik IV_{A'}, afektywno-poznawczy, wyłoniony w grupie podstawowej, wykazuje zbieżność uporządkowania ładunków z czynnikiem II_B, afektywnym, oraz czynnikiem I_{B'}, afektywno-motywacyjnym, w grupie porównawczej. Nie ma jednak zbieżności treściowej między czynnikami IV_A i II_B w zakresie ładunków kryterialnych. Analizując takową w przypadku czynników IV_A i I_{B'}, można wskazać jedynie na element emocjonalno-oceniający – sterylizację, która w obu czynnikach tworzy biegun ujemny.

Analiza czynnikowa postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym pozwoliła wyłonić po pięć czynników w grupie podstawowej oraz w grupie porównawczej (tabela 34).

Czynnik I_A (afektywny, z dominacją wymiaru fizycznego seksualności) obejmuje emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do wybranych aspektów seksualności głębiej niepełnosprawnych, przede wszystkim fizycznych. Specyficzna dla tego czynnika jest obecność emocjonalno-oceniających odniesień do tych komponentów z zakresu sfery psychoseksualnej oraz społecznoseksualnej, które obejmują relacje partnerskie o charakterze homogenicznym. Dotyczy to narzeczeństwa oraz miłości, ale już nie przyjaźni, tworzącej ten czynnik w obu formach. Wymienione aspekty, fizyczne i psychospołeczne, stanowią dodatni biegun tego czynnika, obecna w nim sterylizacja – ujemny.

Czynnik II_A (afektywny z dominacją wymiaru psychospołecznego seksualności) organizują w największym zakresie i stopniu emocjonalno-oceniające ustosunkowania wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, ale w jej wymiarze psychospołecznym. Znalazła się w nim między innymi miłość realizowana w związku heterogenicznym. Wyjątek stanowi tutaj współżycie, którego oceny tworzą ten czynnik i które pozostaje przede wszystkim na poziomie fizycznym płciowości.

Czynnik III_A (poznawczy, z dominacją przekonań na temat seksualności nadmiernie wyrażonej) stanowią przekonania opisujące seksualność głębiej upośledzonych umysłowo w kategoriach dewiacyjnych, przede wszystkim uznające ją za nadmiernie wyrażoną oraz wymagającą kontroli, ponadto negatywnie determinowaną przez niepełnosprawność intelektualną, wreszcie pozbawioną wartości w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Czynnik IV_A (afektywno-poznawczo-motywacyjny, z dominacją antykoncepcji) obejmuje emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do antykoncepcji oraz negację przekonań zakładających deseksualizację upośledzonych

w stopniu głębszym; wyraża jednocześnie motywację do działań wspierających te osoby w optymalnym doświadczaniu własnej płciowości.

Czynnik V_A (afektywno-poznawczy, racjonalizacyjno-normalizacyjny) w największym stopniu wyraża potwierdzenie dla przekonań normalizujących seksualność głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, przy jednoczesnej negacji przekonań pozbawiających ją wartości oraz emocjonalno-oceniającym ustosunkowaniu do narzeczeństwa jako związku osoby głębiej upośledzonej z osobą pełnosprawną.

Tabela 34. Zmienne koncepcyjne postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (grupa A i B)

Zmienne	Grupa A					Grupa B				
	I_A	II_A	III_A	IV_A	V_A	I_B	II_B	III_B	IV_B	V_B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	**							*		
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	**					**				
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym		*				**				
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej		**				**				
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym		**				**				
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym					*	**				
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej		**				**				
Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	(-)*								*	
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	*					*				
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	*					**				
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej		**				**				
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	*							**		
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	*							**		
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym		*				**				
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej		**				**				

Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym			**				*
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	*				*		
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	*						**
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	*					*	
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli		**			(-)**		
Seksualność racjonalizowana i normalizowana				*			*
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną		*			(-)*		
Deseksualizacja		(-)*			(-)*		
Seksualność dewaluowana		*		(-)*	(-)*		
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym			*				*

** – ładunki czynnikowe o wartości > 0,70; * – ładunki czynnikowe > 0,40

Czynnik I_B (afektywny, reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym) tworzą emocjonalno-oceniające ustosunkowania do seksualności osób głębiej upośledzonych w jej wymiarze psychospołecznym i fizycznym. Zarówno jedne, jak i drugie mają tutaj silne ładunki czynnikowe. Porównując z czynnikiem I_A, należy jednak zauważyć, że w zakresie reprezentowanych tu ocen związków partnerskich znalazły się zarówno homogeniczne, jak i heterogeniczne.

Czynnik II_B (poznawczy, negacji negatywnych przekonań na temat seksualności), przeciwnie niż w grupie podstawowej, odzwierciedla zaprzeczenie negatywnym przekonaniom na temat płciowości głębiej niepełnosprawnych intelektualnie.

Czynnik III_B (afektywny, z dominacją kategorii przyjaźni) tworzą emocjonalno-oceniające nastawienia do takich kategorii seksualności głębiej upośledzonych, jak przyjaźń w relacjach homogenicznych i heterogenicznych pod względem poziomu sprawności intelektualnej partnerów, ponadto edukacja seksualna. Zastanawiające może być umieszczenie w tej konfiguracji ciała osoby z głębszą niepełnosprawnością, które zostało oderwane od większości aspektów fizycznych współtworzących afektywny czynnik I_B.

Czynnik IV_B (afektywny, z dominacją masturbacji) konstituuje wyraźnie masturbacja, jako sposób realizacji potrzeb seksualnych, pozostająca

w związku z antykoncepcją i sterylizacją. W tej konfiguracji można uznać masturbację jako pozytywnie wartościowaną ze względu na ograniczenie dostępności (poprzez ingerencję zewnętrzną) innych form zaspokajania potrzeb seksualnych.

Czynnik V_B (poznawczo-motywacyjny, racjonalizacyjno-normalizacyjny z motywacją do wsparcia seksualności) współtworzą przekonania pozwalające określić płciowość głębiej upośledzonych jako złożoną, pod względem czynników warunkujących i przejawów (fizycznych i psychospołecznych) oraz podlegającą socjalizacji. Towarzyszy im motywacja do działań wspierających tę seksualność.

Tabela 35. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym – czynniki grupy A i B

Czynniki	I_B	II_B	III_B	IV_B	V_B
I_A	0,23	0,61*	0,74*	0,05	0,25
II_A	0,84*	0,55*	-0,11	-0,10	-0,24
III_A	-0,71*	-0,67*	-0,23	0,16	-0,02
IV_A	0,02	0,43*	0,67*	0,12	0,33
V_A	0,22	0,22	0,07	-0,02	0,24

* istotne statystycznie

Podobnie jak w przypadku postaw wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, potwierdzenie dla tożsamości identyfikacji czynników uzyskano jedynie w przypadku jednego czynnika – II_A i II_B (tabela 35). Stwierdzona tutaj dodatnia korelacja istotna statystycznie pozwala mówić o zbieżności hierarchicznego uporządkowania ładunków, jednak nie ma w tym zakresie zbieżności treściowej w odniesieniu do ładunków kryterialnych. Czynniki II_A nasycony jest treściami emocjonalno-oceniającymi obejmującymi przede wszystkim psychospołeczne aspekty seksualności, podczas gdy czynnik II_B – treściami poznawczymi, informującymi o negacji negatywnych przekonań na temat seksualności głębiej niepełnosprawnych.

Najsilniejszą korelację dodatnią odnotowano między czynnikami III_A oraz I_B . W największym stopniu zbieżność treści obu czynników mających charakter afektywny dotyczy aspektów psychospołecznych seksualności, a zatem związków małżeńskich i narzeczeńskich (jedynie w związku heterogenicznym) oraz miłości osoby głębiej upośledzonej z osobą pełnosprawną. Zbież-

ność treściowa dotyczy również, chociaż w nieco mniejszym zakresie i stopniu, współżycia seksualnego.

Silna korelacja dodatnia zachodzi między czynnikami I_A i III_B, które mają charakter afektywny. Obserwowana zbieżność dotyczy przede wszystkim treści, w mniejszym stopniu siły ładunków. Należy również zaznaczyć, że czynnik I_A jest znacznie bogatszy pod względem nasycenia treściowego i oprócz wspólnych ładunków obejmujących emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do takich aspektów, jak ciało, przyjaźń czy edukacja seksualna, zawiera szereg innych, przede wszystkim z zakresu sfery psycho- i społecznoseksualnej.

Dodatnią korelację, ale już o nieco mniejszej sile, uzyskano w obszarze czynnika I_A i II_B. Nie obserwuje się tu jednak zbieżności treściowej na poziomie istotnych ładunków czynnikowych. Czynnik I_A nasycony jest treściami emocjonalno-oceniającymi, czynnik II_B – poznawczymi. Podobną pod względem siły i kierunku korelację odnotowano w zakresie czynników IV_A i III_B. Również i tutaj nie występuje zbieżność treści ładunków kryterialnych, czynnik IV_A ma bowiem charakter afektywno-poznawczy, czynnik III_B – afektywny. Jeszcze słabsza korelacja dodatnia zachodzi między czynnikami IV_A i II_B. W tym przypadku obserwuje się zbieżność treściową jednego ładunku odnoszącego się do przekonań – deseksualizacji. W obu czynnikach tworzy on biegun ujemny.

Hierarchia ładunków czynnika III_A jest ujemnie skorelowana z hierarchią ładunków czynnika I_B, jednak dotyczy to tych ładunków, które nie miały wartości kryterialnej. Podobną pod względem kierunku zależność odnotowano w obszarze czynnika III_A oraz II_B. W obu przypadkach mamy do czynienia z czynnikami o charakterze poznawczym, ale w jednej grupie określone przekonania tworzą biegun dodatni (grupa podstawowa), w drugiej ujemny.

Pomimo iż aspekt poznawczy postaw weryfikowany jest w postaci przekonań zgrupowanych w nieco odmienne kategorie naczelne, opisujące seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim i głębszym, zdecydowano się na dokonanie analiz porównawczych zmiennych koncepcyjnych z uwzględnieniem stopnia upośledzenia, wychodząc z założenia o tożsamości twierdzeń budujących skalę do badania przekonań opisujących seksualność lekko i głębiej niepełnosprawnych.

Wykazano istotne zależności o dodatnim i ujemnym kierunku, w jednym przypadku (czynnik II_A i II_B) potwierdzające tożsamość identyfikacji czynników (tabela 36). W tym przypadku jednak zbieżność nie dotyczy ładunków kryterialnych dla obu czynników. Czynnik II_A(LEKKIE) ma charakter poznawczo-afektywny, czynnik II_A(GŁĘBSZE) afektywny.

Tabela 36. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym – czynniki grupy A

Czynniki	I _{A(GŁĘBSZE)}	II _{A(GŁĘBSZE)}	III _{A(GŁĘBSZE)}	IV _{A(GŁĘBSZE)}	V _{A(GŁĘBSZE)}
I _{A(LEKKIE)}	0,27	0,84*	-0,64*	0,03	-0,11
II _{A(LEKKIE)}	0,10	0,53*	-0,56*	0,07	0,37~
III _{A(LEKKIE)}	0,56*	-0,29	0,17	0,84*	0,23
IV _{A(LEKKIE)}	0,55*	-0,02	-0,30	0,33	0,35

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Najsilniejszą korelację dodatnią odnotowano w zakresie czynników I_{A(LEKKIE)} oraz II_{A(GŁĘBSZE)}. Oba mają charakter afektywny. Obserwuje się między nimi zarówno zbieżność ilościową (wartość ładunków), jak i jakościową, o charakterze treściowym, obejmującą psychospołeczne i fizyczne aspekty seksualności. Czynniki I_{A(LEKKIE)} jest jednak bogatszy pod względem nasycenia treściowego.

Tożsama pod względem siły i kierunku zależność zachodzi między czynnikiem III_{A(LEKKIE)} oraz IV_{A(GŁĘBSZE)}. Oba zawierają komponenty afektywne oraz motywacyjny, jednak czynniki III_{A(LEKKIE)} jest bogatszy pod względem elementów afektywnych, a czynniki IV_{A(GŁĘBSZE)} przy ograniczonej reprezentacji elementów emocjonalno-oceniających, wzbogacony jest o komponent poznawczy.

Istotne wprost proporcjonalne zależności, jednak o mniejszej sile, odnotowano w zakresie czynników III_{A(LEKKIE)} oraz IV_{A(LEKKIE)} z czynnikiem I_{A(GŁĘBSZE)}. Czynniki III_{A(LEKKIE)} oraz I_{A(GŁĘBSZE)} mają charakter afektywny. Ich zbieżność treściowa, a w mniejszym stopniu ilościowa (siła ładunków), dotyczy takich aspektów, jak przyjaźń w obu typach relacji oraz edukacja seksualna. Podobieństwo czynnika IV_{A(LEKKIE)} afektywno-poznawczego, oraz I_{A(GŁĘBSZE)} dotyczy, jeśli chodzi o ładunki kryterialne, wyłącznie sterylizacji, która w obu przypadkach z porównywalną siłą tworzy ujemne bieguny czynników.

Korelację dodatnią o wartości zbliżonej do istotnej ustalono w zakresie czynników II_{A(LEKKIE)} oraz V_{A(GŁĘBSZE)}. Oba mają charakter poznawczy. Ustalone między nimi podobieństwo dotyczy ładunku kryterialnego stanowiącego ujemne bieguny czynników – zespołu przekonań określonych mianem dewaluacji seksualności.

W zakresie struktur czynnikowych uzyskano również korelacje wskazujące na odwrotnie proporcjonalną zbieżność uporządkowania ładunków. Dotyczy to I_{A(LEKKIE)} i II_{A(LEKKIE)} oraz czynnika III_{A(GŁĘBSZE)}. Wspomniana zbieżność nie jest jednak obserwowana na poziomie ładunków kryterialnych czynników I_{A(LEKKIE)}

oraz $III_{A(GŁĘBSZE)}$. Widoczna jest natomiast w zakresie czynników $II_{A(LEKKIE)}$ oraz $III_{A(GŁĘBSZE)}$. Czynniki $II_{A(LEKKIE)}$ zaprzecza przekonaniom negującym wartość seksualności niepełnosprawnych, ponadto traktującym ją w kategoriach nadmiernie wyrażonej. Z kolei czynnik $III_{A(GŁĘBSZE)}$ potwierdza te przekonania.

Tabela 37. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym – czynniki grupy B

Czynniki	$I_{B(GŁĘBSZE)}$	$II_{B(GŁĘBSZE)}$	$III_{B(GŁĘBSZE)}$	$IV_{B(GŁĘBSZE)}$	$V_{B(GŁĘBSZE)}$
$I_{B(LEKKIE)}$	0,86*	0,71*	0,24	-0,38~	-0,20
$II_{B(LEKKIE)}$	0,29	0,11	0,58*	-0,27	0,17
$III_{B(LEKKIE)}$	-0,00	0,20	0,14	0,49*	0,42*
$IV_{B(LEKKIE)}$	0,86*	0,59*	-0,08	-0,13	-0,00

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Najsilniejszą korelację dodatnią, potwierdzającą tożsamość identyfikacji czynników w grupie porównawczej uzyskano w przypadku czynnika I (tabela 37). Dominujący charakter afektywny obu czynników, wyrażający emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do psychospołecznych i fizycznych aspektów seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, pozwala mówić o znacznej zbieżności jakościowej oraz ilościowej – wartości ładunków kryterialnych. Należy jednak zauważyć, że czynnik $I_{B(LEKKIE)}$ wzbogacony jest o komponent motywacyjny postaw.

Tożsamy do poprzedniego współczynnik korelacji uzyskano w zakresie czynnika $IV_{B(LEKKIE)}$ oraz $I_{B(GŁĘBSZE)}$. Wskazuje on na wprost proporcjonalną zbieżność hierarchicznego uporządkowania ładunków. Oba czynniki mają charakter poznawczy i wyrażają negację przekonań opisujących seksualność niepełnosprawnych intelektualnie w kategoriach dewiacyjnych oraz pozbawiających ją wartości.

Silna dodatnia korelacja zachodzi między czynnikiem $I_{B(LEKKIE)}$ oraz $II_{B(GŁĘBSZE)}$. Nie jest ona widoczna na poziomie treści ładunków kryterialnych. Jeden z czynników ma bowiem charakter afektywno-motywacyjny, drugi – poznawczy.

Korelacje dodatnie o zbliżonej sile zachodzą między czynnikiem $II_{B(LEKKIE)}$ oraz $III_{B(GŁĘBSZE)}$ i $IV_{B(LEKKIE)}$ oraz $II_{B(GŁĘBSZE)}$. W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze zbieżnością treściową i ilościową emocjonalno-oceniającego ustosunkowania do seksualności, w tym szczególnie: przyjaźni w obu typach relacji oraz edukacji seksualnej. W drugim natomiast – ze zbieżnością jakościową,

w mniejszym stopniu ilościową, dotyczącą negacji przekonań opisujących seksualność niepełnosprawnych w niekorzystnym świetle.

Słabsze dodatnie korelacje odnotowano w zakresie czynnika $III_{B(LEKKIE)}$ oraz czynników $IV_{B(GLEBSZE)}$ i $V_{B(GLEBSZE)}$. Zarówno czynnik $III_{B(LEKKIE)}$ jak i $IV_{B(GLEBSZE)}$ mają charakter afektywny. Ich zbieżność dotyczy przede wszystkim kryterialnego ładunku masturbacji. Zbieżność czynnika $III_{B(LEKKIE)}$ oraz $V_{B(GLEBSZE)}$ wyraża się w największym stopniu w zakresie komponentu poznawczego – potwierdzenia pozytywnych przekonań na temat seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Czynnik $V_{B(GLEBSZE)}$ jest jednak wzbogacony o komponent motywacyjny.

Tylko w jednym zakresie odnotowano korelację ujemną, zbliżoną do istotnej, między czynnikiem $I_{B(LEKKIE)}$ i $IV_{B(GLEBSZE)}$. Ustalona korelacja dotyczyć może kryterialnego ładunku sterylizacji, która w jednym czynniku tworzy biegun dodatni, a w drugim ujemny.

* * *

Przedmiotem przeprowadzonych tu analiz były struktury postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. W różnym stopniu i zakresie tworzą je komponenty emocjonalno-oceniające, poznawcze i behawioralne. W przypadku seksualności osób z lekką niepełnosprawnością ustalono po cztery struktury w grupie podstawowej i porównawczej, w zakresie seksualności głębiej upośledzonych – pięć. W obszarze uzyskanych czynników odnotowano zarówno podobieństwa, jak i różnice między grupami, mające charakter ilościowy i jakościowy.

VI

Kompetencje emocjonalno-wartościujące badanych osób

1. Empatia

Empatia jest rozumiana jako kompetencja ukształtowana w toku rozwoju osobniczego pod wpływem wielu doświadczeń socjalizacyjnych, a jednocześnie taka właściwość, która może podlegać oddziaływaniom w trakcie przygotowania zawodowego oraz profesjonalnego funkcjonowania [por. E. Wilczek-Rużyczka, 2002; P. Majewicz, 2008]. Dotychczasowe eksploracje dotyczące empatii nauczycieli, w tym pracujących w szkołach specjalnych, dostarczyły różnych wyników, w zależności od jej aspektu poddawanego analizie. Przykładowo J. Kossewska [2000, s. 217] wykazała, iż nauczyciele ze szkół specjalnych ujawniają wyższy poziom empatii poznawczej w stosunku do nauczycieli z placówek powszechnych, nie stwierdziła jednak istotnego zróżnicowania w zakresie empatii emocjonalnej. Z kolei M. Kliś i J. Kossewska [1998, s. 134] uzyskały istotne różnice na korzyść pedagogów specjalnych w obu rodzajach empatii. W innych badaniach ustalono złożone tendencje, informujące o istotnym działaniu zmiennej poziom zatrudnienia (etap edukacji) dla kształtowania poziomu tej właściwości. Nauczyciele ze szkół specjalnych byli bardziej empatyczni niż pracujący w szkołach powszechnych w klasach starszych, nie stwierdzono różnicy w przypadku porównania z nauczycielami szkół powszechnych z klas młodszych [M. Kliś, J. Kossewska, 1996, s. 4; 2000, s. 8]. Zakres podmiotów tworzących grupę porównawczą w niniejszych badaniach wykracza poza środowisko edukacyjne, obejmując osoby podejmujące zatrudnienie w wielu formach rehabilitacji i wsparcia stałego, m.in. terapeutów. Badania realizowane przez A. Olszak [2010] z udziałem terapeutów wykazały,

iż poziom empatii mierzonej za pomocą KRE A. Węglińskiego kształtuje się u połowy z nich na wysokim poziomie.

Potwierdzenia dla wyższych tendencji empatycznych w grupie pedagogów specjalnych dostarczają analizy realizowane z udziałem studentów tego kierunku. M. Kliś i J. Kossewska [1996, s. 4; 2000, s. 8] najwyższy poziom empatii stwierdziły u studentów pedagogiki specjalnej, istotnie różny od tego, który wykazały osoby studiujące na innych kierunkach. Tendencje określające wyższy poziom empatii globalnej oraz emocjonalnej u studentów pedagogiki specjalnej uzyskano również w innych badaniach [A. Lewicka, 2006, s. 204; A. Olszak, 2008, s. 233–234], co może wskazywać na specyficzną selekcję kandydatów, odznaczających się wyższym poziomem tej dyspozycji.

Możliwość stawiania szczegółowych hipotetycznych założeń w stosunku do wyników badań własnych na podstawie dotychczasowych ustaleń jest ograniczona z tej racji, iż kwestionariusz KRE był używany w celu diagnozy empatii poznawczej. W niniejszej pracy, jak nadmieniono, z jego pomocą został określony charakter empatycznych kompetencji w ich wielorakim wymiarze, emocjonalno-poznawczym oraz motywacyjnym.

Tabela 38. Empatia badanych (grupa A i B) (KRE): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Zakres empatii	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
empatia ogólna	67,58	67,82	10,30	11,10	-0,27	0,790
syndrom I	2,26	2,28	0,43	0,39	-0,53	0,596
syndrom II	2,17	2,04	0,45	0,47	3,34	0,001*
syndrom III	1,93	2,02	0,44	0,50	-2,20	0,028*
syndrom IV	1,88	1,92	0,47	0,47	-1,02	0,306
syndrom V	1,91	1,90	0,53	0,59	0,23	0,816

* istotne statystycznie

Uzyskane wyniki analizy porównawczej wskazują na znaczne podobieństwo obu grup w zakresie ogólnych kompetencji empatycznych (tabela 38). Dopiero w obszarach szczegółowych stwierdzono istotne różnice między badanymi. Charakter tych różnic nie pozwala jednak wskazać na określoną tendencję kierunkową, w zakresie syndromu II istotnie wyższy poziom średniej ustalono bowiem dla pedagogów specjalnych, z kolei w obszarze syndromu III, przebiegającą na istotnym poziomie, różnicę na korzyść pedagogów ogólnych.

Szczegółowa analiza wyników przeliczonych wskazuje na specyficzny ich rozkład w obu grupach, zarówno w zakresie wyniku globalnego, jak i rozpatrywanych syndromów (aneks, tabela 26). Reprezentacje osób, które osiągnęły wyniki niskie, przeciętne i wysokie w ogólnym wymiarze empatii są zbliżone, co obserwuje się zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej. Można jedynie stwierdzić, że wśród pedagogów specjalnych kształtuje się nieco silniej zaznaczona tendencja w kierunku wartości przeciętnych, przy nieco słabiej wyrażonej w zakresie wysokich. W grupie pedagogów ogólnych obserwuje się słabą przewagę wyników przeciętnych (tożsamy z grupą podstawową odsetek osób) przy zmniejszonej reprezentacji wartości niskich.

Syndrom I, polegający na sympatyzowaniu z innymi doświadczeń emocjonalnych i uczuciowych, ze stosunkowo najwyższą wartością średniej w obu grupach, pozostaje ukształtowany na poziomie przeciętnym i wysokim u pedagogów specjalnych. W grupie porównawczej obserwuje się tożsamą reprezentację wartości wysokich i niskich, przy stosunkowo największej przeciętnych (aneks, tabela 26). W zakresie tego syndromu w przypadku pedagogów specjalnych pojawia się przekonanie o osobistej wrażliwości na negatywne doświadczenia innych, chęci niesienia pomocy i o zdolności przeżywania wraz z innymi negatywnych i pozytywnych emocji. Jednocześnie w mniejszym stopniu badani z tej grupy potwierdzają u siebie zdolności poznawcze empatii w postaci odczytywania myśli i uczuć innych oraz zwracają uwagę na uczestniczenie w sytuacjach, w których są powiernikiem cudzych problemów. Pedagodzy ogólni, podobnie jak specjali, wyrażają swoją wrażliwość na cierpienie innych oraz zdolność współprzeżywania pozytywnych i negatywnych doświadczeń emocjonalnych. Podkreślają ponadto swoją otwartość na kontakty z osobami chorymi oraz pozostającymi w trudnej sytuacji, poszukującymi wsparcia emocjonalnego. Sympatyzują z ludźmi refleksyjnymi. Podobnie jak pedagogzy specjali, stosunkowo słabiej oceniają swoje zdolności poznawcze w zakresie empatii, polegające na rozumieniu myśli i uczuć innych.

Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, określające syndrom II, pozostaje na nieco niższym poziomie rozwoju w obu grupach, zważywszy na wartości średnich wyników surowych. Istotna różnica w obszarze tych wyników zostaje potwierdzona w rozkładzie wartości przeliczonych na normy stenowe. W przypadku pedagogów specjalnych znacząca jest reprezentacja osób, które uzyskały wyniki wysokie i znacznie mniejsza tych, u których ten syndrom jest ukształtowany na poziomie niskim (aneks, tabela 26). W obu grupach około połowa badanych otrzymała jednak wyniki przeciętne. Różnice w zdolności współodczuwania zaistniałe między obiema grupami

odnoszą się przede wszystkim do postrzegania zjawiska społecznej obojętności, będącego częściej źródłem negatywnych przeżyć emocjonalnych pedagogów specjalnych, ponadto do poczucia współudziału w cierpieniu innych, o którym częściej mówią pedagodzy ogólni. Współodczuwanie wzruszenia czy rozpaczu dotyczy w porównywalnym stopniu badanych, z nieznaczną przewagą pedagogów ogólnych. W najmniejszym stopniu kategoria współodczuwania dotyczy w obu grupach kontaktów z dziećmi chorymi, będącymi źródłem negatywnych doświadczeń emocjonalnych. Nieco częściej jednak wskazują na nie pedagodzy specjaliści.

W kolejności wyznaczanej wartością średniej wyników surowych pozostaje syndrom III, opisujący wrażliwość na przeżycia innych. Szczegółowy rozkład wyników przeliczonych wskazuje na przewagę wartości wysokich w obu grupach (aneks, tabela 26). Ustalona różnica między badanymi kształtowana jest przez nieco większą reprezentację pedagogów specjalnych w kategorii wyników niskich oraz mniejszą w zakresie wysokich. W grupie podstawowej został podkreślony w tym obszarze poznawczy aspekt empatii, wyrażający się w zdolności wykorzystania wiedzy o przeżyciach innych w osobistym funkcjonowaniu. Empatia ujawniająca się w zrozumieniu innych jest dla pedagogów specjalnych istotna dla zyskania poczucia akceptacji społecznej. Ten aspekt jest stosunkowo najważniejszy w zakresie analizowanego syndromu u pedagogów ogólnych, nieco mniej istotny pozostaje tu, opisany w grupie podstawowej, aspekt poznawczy. Poznanie przeżyć innych stanowi dla badanych źródło wielu doświadczeń emocjonalnych, zbieżnych w swoim charakterze z obserwowanymi. Zdolność dostrzegania i rozumienia przeżyć emocjonalnych oraz doświadczeń poznawczych innych osób jest dla nich podstawą orientacji w relacjach społecznych.

W kolejności ustalonej na podstawie średnich wartości wyników surowych w grupie podstawowej pozostaje syndrom V, u pedagogów ogólnych – syndrom IV. Syndrom V – wczuwanie się w stany i przeżycia innych – ujawnia się, jakkolwiek w mniejszym stopniu niż syndrom IV, w komunikacyjnym wymiarze empatii. Nie stwierdzono istotnego zróżnicowania pedagogów w obszarze wartości średnich surowych. W tym zakresie empatii obserwuje się w obu grupach najliczniejszą reprezentację osób uzyskujących wyniki przeciętne (aneks, tabela 26). Jest to szczególnie widoczne u pedagogów specjalnych, których połowa otrzymała takie wyniki. Syndrom ten wyraża się w obu grupach gotowością do utrzymywania kontaktów z osobami, z którymi wiążą pedagogów ich szkolne doświadczenia. W znacznie mniejszym zakresie, również w porównaniu do nasilenia wcześniej analizowanych syndromów, w gotowości do

zrozumienia motywów działania innych, których skutki godzą w dobro osobiste, czy też gotowości do wsparcia osób poszukujących pomocy finansowej (żebrzących na ulicy).

Gotowość poświęcenia się dla innych (syndrom IV), wyrażająca motywacyjny wymiar empatii, nie różni znacząco badanych z obu grup. U stosunkowo największej liczby osób aspekt ten pozostaje ukształtowany na poziomie przeciętnym, chociaż przewaga w zakresie tej kategorii wyników jest niewielka wobec wartości wysokich (aneks, tabela 26).

Deklarowana gotowość ponoszenia trudu dla innych jest najwyraźniej manifestowanym przejawem tego syndromu u badanych z obu grup. Pozostaje ona również najsilniej rozwinięta w porównaniu z pozostałymi twierdzeniami, składającymi się na poszczególne syndromy. Poczucie powinności wobec innych – cierpiących – towarzyszy badanym, skłaniając ich do wyrażania współczucia i troski. W mniejszym stopniu pedagogzy specjaliści i ogólni potwierdzają dążenie do zyskania szczególnej więzi, opartej na bliskości, z wybraną osobą. W mniejszym również zakresie chcą doznawać współczucia ze strony innych, jako wyrazu odzwierciedlenia manifestowanego przez siebie współczucia. Należy podkreślić, że na najniższym poziomie w obu grupach w obszarze tego syndromu pozostaje gotowość do pracy z osobami chorymi.

Analiza z zastosowaniem zmiennych opisujących wymiary zawodowego funkcjonowania badanych wykazała nieliczne istotne różnice. Ich charakter w przypadku zmiennej staż pracy pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych informuje o pewnej tendencji, wskazującej na najwyższy poziom empatii, w różnych jej wymiarach, w tym ogólnym, u osób pracujących najdłużej. Istotne różnice między tymi osobami a pedagogami specjalnymi mającymi najkrótszy staż pracy, odnotowano w zakresie empatii globalnej oraz jej I i III syndromu (aneks, tabela 27). W przypadku grupy porównawczej istotną różnicę między wymienionymi kategoriami badanych uzyskano wyłącznie w przypadku syndromu V (aneks, tabela 28).

Charakter zatrudnienia różnicuje istotnie pedagogów specjalnych w obszarze empatii globalnej oraz jej I syndromu, opisującego sympatyzowanie z innymi doświadczeń emocjonalnych i uczuciowych. Najwyższy poziom empatii odnotowano tutaj u osób, które funkcjonują w zawodzie nauczyciela, najniższy – u realizujących profesję terapeuty i opiekuna w DPS oraz ŚDS (aneks, tabela 29).

Zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych różnicuje istotnie pedagogów specjalnych w zakresie III syndromu empatii, a zatem wrażliwości na przeżycia innych. Rozkład średnich

jest tutaj dość specyficzny, przy zbliżonych bowiem wartościach uzyskanych przez osoby pracujące z niepełnosprawnymi w stopniu lekkim, głębszym oraz zróżnicowanym stopniu upośledzenia, obserwuje się najniższy poziom tej wrażliwości u pedagogów specjalnych, których uczniowie, wychowankowie bądź podopieczni mają upośledzenie głębokie (aneks, tabela 30).

* * *

W podrozdziale tym opisano, jaka empatia cechuje badane osoby, tak w jej wymiarze ogólnym, jak i w zakresie poszczególnych syndromów. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w przypadku empatii globalnej, natomiast kierunek przebiegu różnic, które odnotowano w obszarze dwóch syndromów, utrudnia ustalenie jednolitej tendencji. Współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych jest silniej rozwinięte u oligofrenopedagogów, wrażliwość na przeżycia innych – u pedagogów ogólnych.

2. Hierarchia wartości badanych osób

Przedmiotem dokonanych tutaj analiz jest hierarchia wartości rozumiana jako ich uporządkowanie wedle natężenia wartościowości. Takie rozumienie, wywodzące się z filozoficznej koncepcji, opracowanej przez M. Schelera, ściśle powiązane z pojmowaniem wartości w kategoriach bytów obiektywnych, różni się od psychologicznego, w którym podstawą hierarchizacji jest znaczenie indywidualnie nadane określonej wartości. Koncepcja M. Schelera, na której oparta jest zastosowana tu skala, pozwala na wprowadzenie kategorii hierarchii uniwersalnej, obiektywnej [za P. Brzozowski, 1995, s. 47 i n.]. Istnienie takiej, na poziomie ogólnym, tj. podziału na wartości wyższe i niższe, potwierdził w swoich badaniach P. Brzozowski [2005, s. 272; 2007, s. 297]. Prace autora poświęcone hierarchiom wartości: uniwersalnej, wzorcowej oraz typowej, pozwalają w pewnym stopniu integrować koncepcje filozoficzne z psychologicznymi, zwłaszcza w tym zakresie, w którym dotyczą one sposobu hierarchizowania wartości, ich genezy i znaczenia. P. Brzozowski [2007, s. 288] sądzi, że wybór wartości przez człowieka nie jest całkowicie swobodny, podlega w pewnym stopniu ograniczeniom, których istnienie wynikające z natury, czy też z religii, jest warunkiem logiczności, trwałości i uporządkowania

świata. Poszukując takich, dochodzi się do wartości uniwersalnych, wspólnych, o których istnieniu świadczą badania uwzględniające aspekt dziedziczenia bądź też powiązania z cechami osobowości. Przedmiotem przeprowadzonych tu analiz będzie przede wszystkim określenie typowych hierarchii wartości na poziomie grupowym, a zatem ustalenie, jaka jest średnia preferencja poszczególnych wartości, wyrażająca poziom nasilenia subiektywnej ich ważności dla osób z grupy podstawowej i porównawczej. Pojęcie „typowa” w tym przypadku odnosi się do grupy pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych, jako reprezentantów szerszych populacji. Zastosowane tu określenie ma zatem inne znaczenie niż użyte przez P. Brzozowskiego [2007, s. 294], dla którego „typowa” oznacza – reprezentatywna dla współczesnego społeczeństwa polskiego. Nie można jednak wykluczyć, że empirycznie są one zbieżne. Ustalona hierarchia typowa będzie wykorzystana w dalszych analizach korelacyjnych. Zdaniem P. Brzozowskiego [2007, s. 299] hierarchia ta jest „odbiciem obowiązującego aktualnie etosu czy nawet »mody«, a więc prawdopodobnie w większym stopniu niż hierarchia wzorcowa może być tłumaczona oddziaływaniami społecznymi”. W badaniach własnych oczekuje się znaczenia etosu środowiska pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych dla kształtu tej hierarchii, w pewnym stopniu również roli oddziaływań edukacyjnych. Dotychczas realizowane badania nie pozwalają jednak ustosunkować się do tych przewidywań. Zwykle bowiem autorzy eksploracji ograniczali się do wybranej grupy bądź też środowiska [B. Witkowska, 2005; U. Dudziak, 2009; A. Olszak, 2010]. Wyjątkiem mogą być badania A. Olszak [2001], w których porównania opierały się na zmiennej określającej zatrudnienie w placówkach edukacyjnych dla uczniów z wieloma rodzajami niepełnosprawności. Autorka wykazała w nich istotne różnice w zakresie wartości artystycznych i społecznych między nauczycielami podejmującymi zatrudnienie w wielorakich środowiskach, m.in. między oligofrenopedagogami a surdopedagogami [A. Olszak, 2001, s. 206 i n.].

Przeprowadzone przez P. Brzozowskiego [2007, s. 209 i n.] analizy dowiodły powiązania określonych cech osobowych z podobieństwem między indywidualnymi hierarchiami wartości oraz hierarchią typową i wzorcową (modelową), opracowaną przez autora w ramach badań standaryzacyjnych narzędzia [P. Brzozowski, 1995, s. 44]. Hierarchia ta została zrekonstruowana na podstawie teorii M. Schelera i stanowi jeden z możliwych odpowiedników teoretycznej hierarchii uniwersalnej. Hierarchia wzorcowa, w przeciwieństwie do typowej, nie podlega silnie działaniu czynników społecznych, zdaje się mieć swoje korzenie biologiczne (dziedziczne). Jej odróżnienie od typowej może

w sposób uproszczony opierać się na założeniu: hierarchia typowa pokazuje to, co jest powszechnie uznawane, wzorcowa – co uznawane być powinno. W obliczu ustalonych przez P. Brzozowskiego różnic w obszarze działania obu hierarchii, zasadne staje się ich uwzględnienie w kontekście analizowanych w badaniach własnych zmiennych, szczególnie wyrażających wartościowanie pewnych zjawisk z zakresu seksualności człowieka. Źródłem tego wartościowania mogą być zarówno normy i wartości uznawane w środowisku (typowa hierarchia), jak i mające wymiar ogólniejszy (wzorcowa). W celu sprawdzenia tego wniosku przeanalizowano zbieżność hierarchii indywidualnych z wzorcową.

Tabela 39. Wartości (skale podstawowe) badanych (grupa A i B) (SWS): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Skale podstawowe wartości	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Hedonistyczne	57,00	58,39	17,81	17,75	-0,90	0,368
Witalne	49,89	50,64	19,82	19,95	-0,44	0,658
Estetyczne	45,60	47,80	18,82	18,99	-1,34	0,182
Prawdy	71,68	72,06	15,28	15,32	-0,29	0,776
Moralne	81,43	80,92	13,50	13,70	0,43	0,669
Święte	72,66	73,06	18,86	18,95	-0,25	0,805

Tabela 40. Wartości (podskale czynnikowe) badanych (grupa A i B) (SWS): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Podskale czynnikowe wartości	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
WARTOŚCI WITALNE						
Sprawność i siła fizyczna	52,20	52,86	23,52	22,23	-0,33	0,741
Wytrzymałość	47,40	47,99	21,45	24,05	-0,30	0,766
WARTOŚCI ŚWIĘTE						
Świętości świeckie	67,16	66,66	21,05	23,06	0,26	0,795
Świętości religijne	80,90	82,68	25,76	23,33	-0,83	0,408

Nie stwierdzono istotnego zróżnicowania między pedagogami w zakresie wartości podstawowych (tabela 39). Ustalone średnie pozwalają wskazać na następującą hierarchię, zbieżną w obu grupach: najbardziej cenionymi przez pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych pozostają wartości moralne, następnie święte i pozostające w bliskim ich sąsiedztwie

wartości prawdy, za nimi, ze znacznie większą różnicą – hedonistyczne, witalne oraz estetyczne.

Pedagodzy specjaliści i pedagodzy ogólni nie różnią się również istotnie w zakresie podskal wartości witalnych oraz świętych (tabela 40). W kategorii witalnych wyżej cenione są przez jednych i drugich wartości tworzące czynnik sprawności i siły fizycznej. W przypadku świętych obserwujemy w obu grupach wyższą pozycję świętości religijnych.

W kolejności dokonano ustalenia ważności poszczególnych kategorii wartości, korzystając z norm opracowanych przez P. Brzozowskiego.

W rozkładzie wyników przeliczonych dla wartości moralnych stosunkowo najliczniej reprezentowana jest kategoria przeciętnych, jednak pozostaje ona jedynie nieco mniej liczna niż kategoria wyników wysokich w grupie podstawowej oraz wysokich i niskich – w porównawczej (aneks, tabela 31). Rozkład wyników niskich i wysokich u pedagogów ogólnych, w którym obserwuje się tożsame ich wskaźniki, utrudnia jednoznaczną interpretację. Ponadczasowe wartości moralne, będące podstawą społecznego ładu, dostarczające podstaw dla powinności moralnych czy uregulowań prawnych, skupiają najwyżej cenioną przez pedagogów specjalnych, spośród całego katalogu pięćdziesięciu wartości poddanych ocenie, dobroć i miłość do drugiego człowieka. Stosunkowo wysoko cenionymi w tej grupie pozostają wartości mające znaczenie w regulowaniu jakości społecznych stosunków, tj. uczciwość, szczerłość oraz prawdomówność, ale już najniższą pozycję w katalogu moralnych zajmuje uprzejmość. Wartości związane z postawą altruistyczną czy empatyczną, a zatem pomaganie innym oraz życzliwość, pojawiają się na nieco niższej pozycji w stosunku do uczciwości, szczerłości i prawdomówności. Na relatywnie najniższym miejscu, obok uprzejmości, występuje honor oraz rzetelność. Dla pedagogów ogólnych najcenniejsze są dobroć i miłość. Hierarchia wartości tworzących skalę moralnych u pedagogów ogólnych jest zbieżna z opisaną w grupie pedagogów specjalnych, jakkolwiek obserwuje się niewielkie różnice w zakresie średnich wyników, przebiegające na korzyść jednej bądź drugiej grupy.

Szczegółowe kategorie wyników przeliczonych dla wartości świętych mają podobne reprezentacje jak w przypadku moralnych (aneks, tabela 31). Przy nieco silniej zaznaczonej kategorii przeciętnych, obserwuje się słabą tendencję w kierunku wysokich w obu grupach. O miejscu tej skali w hierarchii decydują przede wszystkim świętości religijne. Są one szczególnie wysoko cenione przez pedagogów ogólnych. W rozkładzie wyników przeliczonych w tej grupie występuje niemal tożsama reprezentacja osób osiągających wartości przeciętne i wysokie. U pedagogów specjalnych o miejscu wartości świętych

w hierarchii decyduje w największym stopniu wartość Boga i wiary w niego. Nieco słabiej została wyrażona preferencja zbawienia i życia wiecznego. Podobną konfigurację, jednak przy nieco niższych średnich dla wskazanych świętości świętych, obserwujemy w grupie podstawowej.

Stosunkowo mniej cenione świętości świeckie znalazły się na dalszych pozycjach w hierarchii tej kategorii. Najbardziej cenioną spośród nich w obu grupach pozostaje niepodległość i ojczyzna, najmniej – kraj, naród i państwo. Przy tożsamej konfiguracji tych wartości obserwujemy ich nieco wyższe wyniki średnie u pedagogów specjalnych.

Dalsze miejsce w hierarchii, jednak przy zbliżonej do wartości świętych średniej, zajmują w obu grupach wartości prawdy. Przy wyraźnie przeważających wynikach przeciętnych, obserwujemy większą reprezentację niskich, a mniejszy wskaźnik w obszarze wysokich (aneks, tabela 31). Ta kategoria wartości zaczyna różnić się specyfiką rozkładu, podobnie jak kolejne – od dwóch poprzednich. Wartości prawdy mają swoje znaczenie przede wszystkim w indywidualnym funkcjonowaniu człowieka, zyskiwaniu przez niego pozycji społecznej. Posiadają też swoją wagę w szerszej perspektywie społeczno-kulturowej, jako podstawa rozwoju społeczeństwa, dokonującego się dzięki wysiłkowi intelektu człowieka. Najbardziej cenioną przez badanych z obu grup wartością pozostaje tutaj mądrość, tuż za nią wiedza. Dalszą pozycję zajmuje inteligencja, nieco wyżej ceniona przez pedagogów ogólnych. W kolejności dla oligofrenopedagogów cenne są cechy osobowości człowieka, takie jak otwarty umysł, obiektywność, szerokie horyzonty umysłowe oraz rozumienie i, znacznie niżej ceniona, logiczność. Wszystkie wymienione wartości są nieznacznie wyżej cenione przez respondentów z grupy porównawczej, w kolejności sytuują się tutaj: obiektywność, otwarty umysł, rozumienie, szerokie horyzonty oraz, podobnie jak u pedagogów specjalnych, relatywnie nisko ceniona logiczność.

Wartości hedonistyczne u niemal połowy osób z grupy podstawowej preferowane są na przeciętnym poziomie (aneks, tabela 31). Zbliżone odsetki pedagogów ogólnych cenią tę grupę wartości na poziomie niskim, przeciętnym i wysokim. Wartością najwyższą uznaną pozostaje w obu grupach radość życia. Jej źródłem być może jest miłość erotyczna, stawiana na drugim miejscu. Stosunkowo mniej ważne jest zrealizowanie potrzeby wypoczynku, czy też prowadzenie dostatniego i przyjemnego życia. Co ciekawe, sam stan posiadania sytuuje się na ostatnim miejscu u pedagogów specjalnych i przedostatnim, obok bogactwa wrażeń, u pedagogów ogólnych.

Wartości witalne pod względem wyników surowych znajdują się w obu grupach na przedostatnim miejscu. Ich miejsce w hierarchii w największym

stopniu wyznaczają wartości określane mianem siły i sprawności fizycznej, w mniejszym – czynnik wytrzymałości. W obszarze całej kategorii wartości witalnych u niemal połowy badanych pedagogów specjalnych i ogólnych obserwujemy przeciętny charakter preferencji, przy zbliżonych odsetkach wyników niskich i wysokich (aneks, tabela 31). Podobne rozkłady wystąpiły w przypadku podskal czynnikowych. Najbardziej cenioną spośród analizowanych tu wartości pozostaje sprawność. Znacznie odbiegają od niej w obu grupach preferencje siły fizycznej i sprężystości ciała. Bardziej liczy się natomiast odporność na zmęczenie. Najmniej ważne są właściwości ludzkiego organizmu, które mogą być istotne w trudnych, szczególnych warunkach – odporność na chłód i głód.

Wartości estetyczne określają ład i harmonię świata ludzi i rzeczy, nadając im walory pożądane, ale nie niezbędne do trwania. Są najmniej cenione przez badanych. W ustalonych rozkładach jest obserwowana wyraźniejsza przewaga wyników niskich (aneks, tabela 31). Badani stosunkowo najwyżej cenią harmonię, ale już znacznie mniej związane z nią uporządkowanie i ład rzeczy. Jeszcze mniej istotna pozostaje dla nich elegancja czy gustowność, najmniej cenne – proporcjonalność kształtów i uroda. Należy zaznaczyć, iż przy tożsamej hierarchii ocen, nieco wyższe średnie, poza proporcjonalnością, uzyskali pedagodzy ogólni.

P. Brzozowski [1995, s. 19; 2007, s. 181] stwierdził, że wiek może mieć znaczenie różnicujące w zakresie hierarchii wartości oraz podobieństwa hierarchii typowej do wzorcowej. Kierując się przyjętym w pracy schematem, poddano analizie staż pracy, który nie jest tożsamy ze zmienną wieku, jednak sposób ustalenia jego przedziałów ściśle odwoływał się do kategorii wiekowych człowieka dorosłego.

Zmienna staż pracy różnicuje istotnie badanych z grupy podstawowej jedynie w kategorii wartości hedonistycznych (aneks, tabela 32). Osoby z najniższym stażem, ceniące najwyżej radość życia, miłość erotyczną, dobrobyt i poczucie komfortu, różnią się istotnie od osób, których staż pracy pozostaje w środkowym przedziale (od 10 do 19 lat). Dla pedagogów z przeciętnym stażem zatrudnienia wymienione wartości mają najmniejsze znaczenie. Nie stwierdzono różnic w zakresie przedziału określającego najwyższy staż pracy.

Znacznie więcej różnic przebiegających na poziomie istotności bądź zbliżonych do istotnych stwierdzono w grupie porównawczej pedagogów (aneks, tabela 33). W obszarze wartości hedonistycznych uzyskano istotne różnice między badanymi o najniższym stażu pracy a pozostałymi dwiema grupami. Podobnie jak w przypadku pedagogów specjalnych, wartości te są najsilniej

preferowane przez osoby pracujące najkrócej. Wartości moralne w podobnym stopniu cenione są przez pedagogów ogólnych posiadających najniższy i najwyższy staż pracy. W obu przypadkach wystąpiły różnice w stosunku do kategorii środkowej. Zbliżony wzorzec obserwujemy w zakresie wartości świętych, jakkolwiek podobieństwo siły preferencji między dwiema skrajnymi grupami jest mniejsze niż w poprzednim przypadku. Podkategoria świętości świeckich jest najwyższej ceniona przez osoby pracujące najdłużej, które różnią się istotnie od obu pozostałych grup. Świętości religijne są najsilniej preferowane przez pedagogów z najmniejszym stażem pracy. Istotne różnice stwierdzono tutaj w stosunku do dwóch pozostałych grup wyznaczonych długością zatrudnienia.

Traktując wykonywany zawód jako zmienną wyjaśniającą zróżnicowanie środowiska zawodowego funkcjonowania, należałoby włączyć ją w analizę hierarchii wartości typowych, czy też zbieżności tej hierarchii z wzorcową. Wyróżnione w grupie podstawowej podgrupy: nauczycieli, opiekunów w internatach oraz terapeutów i opiekunów w DPS i ŚDS, w tym kontekście prowadzą się w zasadzie do dwóch, tj. funkcjonujących w środowisku edukacyjnym oraz instytucji rehabilitacji i opieki. Rozkład liczebnościowy w zakresie tych dwóch podgrup, informujący o znacznej rozbieżności liczbowej osób, pozwala jedynie na ustalenie średnich wartości w obrębie kategorii, bez możliwości testowania istotności (aneks, tabela 34). Hierarchia wartości określona na podstawie średnich wśród osób pracujących w środowiskach edukacyjnych jest zbieżna z uzyskaną w całej grupie pedagogów specjalnych. U pedagogów zatrudnionych w środowiskach rehabilitacji i opieki stałej, po dominującej kategorii wartości moralnych, występują wartości prawdy, a dopiero za nimi święte.

Nie stwierdzono różnicującego znaczenia stopnia niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych badanych pedagogów specjalnych w zakresie ich preferencji wartości (aneks, tabela 35).

W wyniku porównania hierarchii typowych, tj. ustalonych w obu badanych grupach, z hierarchią wzorcową [P. Brzozowski, 1995, s. 44] uzyskano wysoki współczynnik korelacji, jednak nieistotny statystycznie (r -Pearsona = 0,69 dla obu grup; p : n.i.). Otrzymany wynik odbiega pod względem istotności od uzyskanego przez autora narzędzia, jednak określa również wysoką korelację. Dokonane przez P. Brzozowskiego zestawienie hierarchii wzorcowej oraz typowej, jak wcześniej nadmieniono, reprezentatywnej dla współczesnego społeczeństwa polskiego, pozwoliło wykazać wysoką (0,77) i istotną korelację. Zdaniem autora świadczy to o znacznym ich podobieństwie, ale

nie identyczności. W innych badaniach, przeprowadzonych z udziałem osób mieszkających w Lublinie, autor określił występowanie wskaźnika podobieństwa obu hierarchii, opierając się na zróżnicowanych wartościach współczynników (od 0,01 do 0,98), nie zawsze istotnych [P. Brzozowski, 1995, s. 52]. Biorąc pod uwagę, iż stwierdzony tutaj współczynnik był wysoki, można przyjąć istnienie zależności między obiema hierarchiami w badanych grupach osób.

Dla dalszych analiz niezbędne jest określenie zbieżności indywidualnych hierarchii wartości z hierarchią wzorcową. Opierając się na sugestii P. Brzozowskiego [1995, s. 51], mówiącej o tym, że każdy współczynnik korelacji o wartości większej od zera świadczy o występowaniu podobieństwa między indywidualną i wzorcową hierarchią wartości, można stwierdzić występowanie takiego u 86,52% pedagogów specjalnych oraz 89,33% pedagogów ogólnych. Wskaźniki te są wyższe od uzyskanych przez P. Brzozowskiego [1995, s. 52] w badaniach z udziałem dorosłych mieszkańców Lublina. Współczynniki dodatnie (od 0,81 do 0,94) spełniające kryteria istotności statystycznej otrzymano u 19,10% osób z grupy podstawowej. Zakres dodatnich istotnych statystycznie współczynników uzyskanych u 18,97% pedagogów ogólnych obejmował wartości od 0,81 do 0,97.

Korzystając z norm stenowych podobieństwa indywidualnych hierarchii wartości do hierarchii wzorcowej, opracowanych przez autora narzędzia [P. Brzozowski, 1995, s. 74], dokonano przeliczenia uzyskanych współczynników korelacji. Rozkład wyników przeliczonych w obu grupach jest podobny. Nieco ponad 40% pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych uzyskała wyniki wysokie, około jedna czwarta niskie (aneks, tabela 36).

Analiza poszczególnych podgrup osób, osiągających wyniki niskie, przeciętne i wysokie, uwzględniająca dane związane z sytuacją zawodową, wykazała, że staż pracy nie ma tutaj znaczenia istotnie różnicującego (aneks, tabela 37), można jednak wskazać na specyficzny rozkład tej zmiennej, w zakresie którego obserwuje się tożsamy wskaźnik osób z najdłuższym stażem otrzymujących wyniki przeciętne i wysokie. Staż pracy nie różni istotnie badanych z grupy porównawczej w zakresie podobieństwa ich hierarchii wartości do wzorcowej (aneks, tabela 38). Wyniki wysokie w stosunkowo dużym odsetku osiągają zarówno badani ze średniego przedziału, jak i ostatniego – mający najdłuższy staż pracy.

Nie stwierdzono różnicującego znaczenia zmiennej środowisko zatrudnienia pedagogów specjalnych, chociaż obserwuje się tutaj większą reprezentację osób pracujących w środowiskach edukacyjnych w kategorii wyników wysokich oraz wyższy wskaźnik osób ze środowisk rehabilitacji i wsparcia

w przedziale wyników przeciętnych (aneks, tabela 37). Różnicy istotnej statystycznie nie odnotowano również w zakresie zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych. Pedagodzy pracujący z osobami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębokim stosunkowo najczęściej osiągnęli wyniki wysokie w zakresie zbieżności analizowanych hierarchii (aneks, tabela 37). Pracujący z osobami z niepełnosprawnością w stopniu głębszym oraz z jednostkami o różnym poziomie deficytu, mają zbliżone reprezentacje w zakresie wyników przeciętnych oraz wysokich.

* * *

W tej części opracowania określono system wartości badanych. Nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie, wynikających z przynależności do obu grup. Zarówno pedagodzy specjaliści, jak i pedagodzy ogólni cenią sobie najbardziej wartości wyższe. U większości osób stwierdzono zbieżność hierarchii indywidualnych z wzorcową, ale w przypadku niewielkiego odsetka badanych było to poparte istotnością statystyczną.

3. Wartościowanie seksualności człowieka

Złożoność zjawiska, którym jest seksualność człowieka, utrudnia jego empiryczną analizę. Nie jest możliwe jednoczesne uwzględnienie wszystkich jej aspektów, składa się ona bowiem z anatomicznych, fizjologicznych i biochemicznych systemów seksualnych reakcji; ról, tożsamości i osobowości; myśli, uczuć, zachowań i związków. Podlega przy tym działaniu etycznych, duchowych, moralnych kwestii, zróżnicowaniu wedle grup i kultur [R. D. Brown, 1997, s. 5]. W badaniach własnych dążono do uwzględnienia takich aspektów seksualności, które wchodziły w zakres jej sfery fizycznej oraz psychospołecznej. Termin „aspekty seksualności” wymaga pewnego wyjaśnienia. Obejmuje ono bowiem zarówno jej przejawy, jak i sposoby regulowania. W tym ostatnim przypadku uwzględniono sterylizację, kierując się faktem, iż była ona i jest stosowana jako sposób sterowania płodnością osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź rozważana jako taka.

Przyjęto dwie perspektywy wartościowania – opartą na kryterium zdrowia i jakości życia człowieka oraz na kryterium moralnym. Odpowiadają one dwóm wymiarom istnienia seksualności ludzkiej – indywidualnemu oraz społeczno-kulturowemu. Genezy obu kryteriów można szukać w różnych źródłach, najczęściej w normach obyczajowych, partnerskich i religijnych, rzadziej – medycznych [Z. Lew-Starowicz, 2006c, s. 132–133].

Oczekuje się, że wartościowanie przez badanych poszczególnych aspektów seksualności człowieka będzie zróżnicowane w swoim charakterze, zwłaszcza w kontekście zdrowia. W tym zakresie bowiem duże znaczenie mogą mieć osobiste ich doświadczenia związane z życiem seksualnym. Charakter aspektów poddanych ocenie badanych wymusza ze względów logicznych zróżnicowanie szczegółowych kryteriów oceny. Niektóre ze zjawisk poddane zostały ocenie wedle ich ważności dla zdrowia i jakości życia człowieka (np. prokreacja, miłość), inne z uwzględnieniem pozytywnych – negatywnych konsekwencji dla zdrowia i jakości życia oraz dopuszczalności (np. antykoncepcja).

Sposób wartościowania wybranych aspektów seksualności będzie prawdopodobnie bardziej spójny w zakresie moralnym. Można sądzić, na podstawie przeanalizowanego systemu wartości badanych, iż dominującymi kryteriami ocen będą zasady wynikające z nauki Kościoła oraz wartości moralne, takie jak: dobro drugiego człowieka, poszanowanie jego godności i autonomii.

Przewidywanie, iż zmienne określające cechy zawodowego funkcjonowania badanych, poddane wcześniej analizie, będą miały znaczenie dla kształtowania charakteru wartościowania seksualności człowieka w obu jego perspektywach, nie jest uzasadnione. Wprowadzenie ich jednak do analizy w tym kontekście jest istotne dla zrozumienia całości rozważań podjętych w tej pracy. Możliwość stwierdzenia, jaki jest charakter wartościowania realizowanego przez osoby posiadające określony staż pracy, wykonujące dany zawód, będzie prawdopodobnie użyteczna dla zrozumienia ich postaw wobec seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną. Przyjęty jako dominujący korelacyjny model analizy zmiennych wiąże się z poszukiwaniem wyjaśnień w związkach zachodzących między zmiennymi zależnymi, niezależnymi oraz tzw. towarzyszącymi.

W analizie wyników dotyczących oceny seksualności w jej obu perspektywach zrezygnowano z norm stenowych. Uzasadniono to przede wszystkim trudnościami natury interpretacyjnej, ponadto względami formalnymi, tj. złożonością kryteriów szczegółowych zastosowanych w pierwszej perspektywie wartościowania.

Tabela 41. Wartościowanie seksualności w wymiarze zdrowia i jakości życia (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Aspekty seksualności	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Kryterium ważności dla zdrowia i jakości życia						
Potrzeby seksualne	1,43	1,47	0,93	0,93	-0,593	0,554
Prokreacja	1,69	1,81	1,00	1,01	-1,453	0,147
Współżycie płciowe	1,53	1,63	0,86	0,84	-1,471	0,142
Miłość w relacjach intymnych	2,24	2,28	0,95	0,94	-0,550	0,583
Przyjaźń w relacjach intymnych	2,06	2,17	1,10	1,06	-1,137	0,256
Edukacja seksualna	1,79	1,77	0,98	1,09	0,219	0,827
Kryterium konsekwencji dla zdrowia i jakości życia						
Masturbacja	-0,16	-0,78	1,43	1,54	4,92	0,000*
Antykoncepcja chemiczna	0,30	-0,04	1,82	1,97	2,10	0,036*
Antykoncepcja mechaniczna	0,32	-0,23	1,74	1,86	3,63	0,000*
Antykoncepcja naturalna ^a	1,56	1,51	1,49	1,57	0,31	0,754
Sterylizacja	-1,13	-1,42	1,60	1,53	2,17	0,031*
Kryterium dopuszczalności						
Masturbacja	0,19	-0,50	1,50	1,74	4,76	0,000*
Antykoncepcja chemiczna	0,57	0,16	1,71	2,02	2,52	0,012*
Antykoncepcja mechaniczna	0,48	-0,08	1,73	1,98	3,39	0,001*
Antykoncepcja naturalna	1,63	1,80	1,41	1,54	-1,32	0,189
Sterylizacja	-0,90	-1,32	1,71	1,60	2,84	0,005*

* istotne statystycznie

^a Naturalne metody planowania rodziny.

Badani z obu grup nie różnią się istotnie w sposobie wartościowania wybranych aspektów seksualności w tym przypadku, kiedy kryterium dotyczy oceny ich ważności dla zdrowia i życia człowieka (tabela 41). Jakkolwiek nieuznane za najważniejsze, jednak stosunkowo najwyżej wartościowane pozostają miłość i przyjaźń realizowane w relacjach intymnych. Za mniej istotną dla zdrowia i jakości życia pedagogzy specjaliści postrzegają edukację seksualną, natomiast pedagogzy ogólni – prokreację. Porządek wartościowania wymienionych aspektów jest odwrócony w obu grupach. Mniej istotne, ale oceniane jako ważne w życiu człowieka, jest współżycie płciowe. Na ostatnim miejscu, najmniej znaczącym, jednak pozwalającym uznać je za istotne w tym kontekście wartościowania, pozostają potrzeby seksualne. Uogólniając, można zatem powiedzieć, że dla badanych z obu grup najważniejsze w rozważanej tu

perspektywie ocen są aspekty psychospołeczne seksualności, mniej istotne, ale uznawane za część życia człowieka, są biologiczne.

Istotne różnice między pedagogami odnotowano w zakresie sposobu wartościowania określonych aspektów seksualności, odwołującego się do kryterium konsekwencji dla zdrowia człowieka i jakości jego życia. We wszystkich przypadkach, w których stwierdzono różnice przebiegające na poziomie istotności statystycznej, niższa ocena była wyrażana przez pedagogów ogólnych. Aspektem najniżej ocenionym, postrzeganym jako zjawisko negatywne dla zdrowia człowieka, pozostaje w obu grupach sterylizacja. Negatywna ocena nie jest jednak na tyle silna, aby można było mówić o jej traktowaniu jako zjawiska niepożądanego, co potwierdza ocena dokonana w aspekcie dopuszczalności. To pedagodzy ogólni istotnie częściej postrzegają ją jako zabieg negatywny oraz niepożądany.

Zaskakująca jest znacząca różnica między badanymi grupami, przebiegająca w zakresie ustosunkowania do antykoncepcji mechanicznej. Negatywną jej ocenę, chociaż niezbyt silną w tym wymiarze, formułują pedagodzy ogólni. Pedagodzy specjaliści oceniają ten sposób zapobiegania płodności jako pozytywny, jednak ich ocena ma niski stopień zdecydowania. Podobny przebieg zróżnicowania ocen obserwuje się w zakresie antykoncepcji chemicznej, jednak różnica jest tutaj mniejsza, a negatywna ocena pedagogów ogólnych ma bardzo niski poziom pewności. Nie stwierdzono istotnych różnic w wartościowaniu antykoncepcji naturalnej. Badani z obu grup formułują zbliżone pod względem nasilenia oceny pozytywne. Ta forma antykoncepcji jest również stosunkowo najbardziej akceptowana jako dozwolona w stosowaniu, chociaż oceny pozytywne nie są silnie wyrażone. Pedagodzy specjaliści istotnie częściej uznają antykoncepcję mechaniczną i chemiczną za dopuszczalne, co jest związane z wyrażaną przez nich korzystniejszą oceną ich konsekwencji dla zdrowia człowieka.

Negatywnie wartościowana pod względem skutków dla zdrowia i jakości życia w obu grupach jest masturbacja, chociaż pewność oceny jest większa w przypadku pedagogów ogólnych. Istotnie częściej postrzegają oni ten aspekt seksualności jako szkodliwy dla zdrowia człowieka i jego dobrostanu. Skłaniają się w kierunku działań mających na celu jej eliminowanie. Pedagodzy specjaliści, formułujący słabszą ocenę negatywną, skłonni są, jakkolwiek z małym przekonaniem, uznawać ją za dopuszczalną.

Moralne wartościowanie wybranych aspektów seksualności człowieka przebiega w zróżnicowany sposób w obu badanych grupach (tabela 42).

Najwyżej została oceniona edukacja seksualna, postrzegana jako zjawisko moralne, zwłaszcza przez pedagogów specjalnych. Moralna jest antykoncepcja naturalna, w zakresie której nie otrzymano istotnej różnicy między grupami. Pozostałe formy antykoncepcji uzyskały oceny, których nasilenie może świadczyć o niezdecydowaniu, chociaż należy zwrócić uwagę na to, że ocena antykoncepcji mechanicznej dokonana przez pedagogów ogólnych usytuowana jest w wymiarze negatywnym. W zakresie zarówno antykoncepcji chemicznej, jak i mechanicznej otrzymano istotne różnice.

Tabela 42. Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Aspekty seksualności	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Antykoncepcja chemiczna	0,48	0,05	1,94	2,08	2,53	0,012*
Antykoncepcja naturalna ^a	1,96	1,84	1,37	1,52	0,95	0,340
Antykoncepcja mechaniczna	0,40	-0,02	1,89	2,02	2,54	0,011*
Współżycie przedmałżeńskie	0,68	0,34	1,71	1,89	2,21	0,027*
Edukacja seksualna	2,29	1,97	1,13	1,19	3,24	0,001*
Homoseksualizm	-0,48	-1,02	1,85	1,88	3,37	0,001*
Masturbacja	0,06	-0,69	1,65	1,86	5,06	0,000*
Sterylizacja	-1,24	-1,37	2,38	1,65	0,73	0,466

* istotne statystycznie

^a Naturalne metody planowania rodziny.

Za moralne uznano współżycie przedmałżeńskie, jednak ta pozytywna ocena jest istotnie silniejsza w przypadku pedagogów specjalnych. Zważywszy na usytuowanie średniej na skali ocen, można mówić jedynie o słabym moralnym przyzwoleniu.

W obu grupach, jednak istotnie częściej u pedagogów ogólnych, za niemoralny został uznany homoseksualizm.

Niemoralna jest również sterylizacja, w podobnym stopniu wartościowana przez respondentów. Należy również podkreślić, że jej oceny w tym względzie nie są zdecydowane.

Wydaje się, że wartościowanie seksualności w obu perspektywach, ale zwłaszcza moralnej, sprawia badanym trudność. Świadczy o tym charakter sformułowanych przez nich ocen, których wartości średnie sytuują się w pobliżu przedziału środkowego, wyrażającego ocenę neutralną.

Tabela 43. Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Rodzaj źródła	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Osobisty system norm i wartości moralnych	2,59	2,48	0,60	0,77	1,73	0,085~
Nauki Kościoła	1,88	2,00	0,80	0,86	-1,71	0,089~
Dobro drugiego człowieka	2,72	2,76	0,48	0,48	-0,77	0,443
System prawa	2,02	1,85	0,72	0,86	2,52	0,012*
Normy społeczne	2,32	2,12	0,66	0,77	3,29	0,001*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Zdaniem badanych z obu grup podstawą regulacji zachowań w sferze seksualnej, a jednocześnie najważniejszą normą moralną, pozostaje dobro drugiego człowieka (tabela 43). W kolejności wymieniono osobisty system norm i wartości moralnych, będących istotą funkcjonowania jednostki. Jest on nieco ważniejszy w ocenie pedagogów specjalnych. Istotniejsze są dla nich również inne regulacje, takie jak normy społeczne czy prawne. Mniej znacząca w ich ocenie pozostaje natomiast nauka Kościoła.

Stwierdzono, że staż pracy różnicuje istotnie badanych pedagogów specjalnych w zakresie wartościowania wybranych aspektów seksualności pod względem ich znaczenia dla zdrowia i jakości życia człowieka, ponadto w obszarze oceny dokonywanej wedle kryterium dopuszczalności (aneks, tabela 39). Ustalone różnice przebiegają w różnym kierunku, nie pozwalając na określenie specyficznej tendencji. Osoby z najdłuższym stażem pracy postrzegają współżycie płciowe jako istotniejszy aspekt seksualności w kontekście jakości życia człowieka, ponadto ich ocena masturbacji w kategoriach zjawiska dopuszczalnego jest najwyższa. W pierwszym aspekcie różnią się od pedagogów specjalnych posiadających przeciętny staż pracy, w drugim – od osób pracujących najkrócej. Stwierdzono ponadto, iż pedagodzy specjaliści z przeciętnym stażem różnią się istotnie od osób zatrudnionych najkrócej w zakresie oceny przyjaźni jako zjawiska ważnego w życiu człowieka. Ocena moralna edukacji seksualnej różnicuje badanych ze wszystkich kategorii stażu pracy. Osoby pracujące najdłużej udzielają najwyższej oceny i różnią się istotnie w tym względzie od obu pozostałych grup. Badani posiadający największy staż pracy w sposób najbardziej zdecydowany, w porównaniu z innymi kategoriami, postrzegają osobisty system norm i wartości jako regulator zachowań seksualnych.

Staż pracy różnicuje badanych pedagogów ogólnych w poszczególnych kategoriach jedynie w aspekcie prokreacji (aneks, tabela 40). Jej ocena jako zjawiska ważnego w życiu człowieka, z punktu widzenia jego jakości, jest najwyższa u osób pracujących najdłużej. Pedagodzy ci istotnie różnią się od posiadających przeciętny staż pracy. Nie stwierdzono zróżnicowania ocen w aspekcie konsekwencji określonych zjawisk w sferze seksualnej dla zdrowia człowieka i jakości jego życia, ponadto w przypadku udzielania zgody na ich występowanie czy stosowanie.

Staż pracy nie różnicuje istotnie badanych pod względem oceny moralnej seksualności. Hierarchizacja czynników normujących zachowania seksualne człowieka jest podobna we wszystkich grupach wyznaczonych długością stażu pracy.

Zmienna charakter zatrudnienia ma znaczenie różnicujące w zakresie wartościowania miłości oraz edukacji seksualnej jako zjawisk istotnych dla zdrowia i jakości życia człowieka (aneks, tabela 41). Oba aspekty zostały ocenione najwyższej przez nauczycieli. W zakresie miłości różnią się oni istotnie od terapeutów i opiekunów w DPS i ŚDS, w przypadku edukacji seksualnej od pozostałych grup specjalistów. Ocena miłości jako zjawiska ważnego w życiu człowieka różnicuje również opiekunów pracujących w internatach oraz terapeutów i opiekunów zatrudnionych w placówkach wsparcia dziennego i stałego, którzy w tym aspekcie uzyskali najniższe wyniki. Nauczyciele różnią się istotnie od terapeutów w przypadku oceny antykoncepcji chemicznej. Ich zdaniem jest ona zjawiskiem korzystnym dla zdrowia człowieka. W opinii terapeutów, jako jedynych, ten sposób antykoncepcji należy traktować jako zjawisko negatywne. Znacznie więcej różnic uzyskano w przypadku oceny aspektów seksualności opierającej się na kryterium dopuszczalności stosowania. Określono, że zjawisko masturbacji jest wartościowane najwyższej jako dopuszczalne przez opiekunów pracujących w internacie. Różnią się oni w tej kwestii od terapeutów, oceniających je jako niedopuszczalne. Ustalono ponadto, iż najwyższą ocenę antykoncepcji chemicznej oraz mechanicznej, jako dopuszczalnych form regulacji płodności, formułują nauczyciele. Istotnie różnią się w tych aspektach od terapeutów, których ocena obu sposobów antykoncepcji jest negatywna. Różnice odnotowano też między terapeutami a opiekunami w internatach.

W przypadku nauczycieli obserwuje się pewną spójność w zakresie sposobów wartościowania antykoncepcji. Obie jej formy, tj. chemiczna i mechaniczna, oprócz tego, że są postrzegane przez nich jako korzystne i dopuszczalne, są również oceniane jako najbardziej moralne. Nauczyciele różnią się

w zakresie oceny moralnej od pozostałych grup. Najbardziej krytyczną ocenę, tj. wskazującą na niemoralność wskazanych form antykoncepcji formułują terapeuci. Nauczyciele również są najmniej krytyczni w ocenie moralnej sterylizacji. Różnią się istotnie od pozostałych grup. Podobnie, jak poprzednio sterylizacja, pozostaje działaniem w największym stopniu niemoralnym dla terapeutów.

Dla nauczycieli istotnie bardziej znaczące niż dla opiekunów pracujących w internacie są normy społeczne, uznawane za regulator zachowań seksualnych.

Stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych badanych pedagogów specjalnych różnicuje charakter wartościowania miłości w relacjach intymnych (aneks, tabela 42). Najwyższą ocenę wedle kryterium znaczenia dla zdrowia i jakości życia formułują osoby pracujące wyłącznie z niepełnosprawnymi w stopniu lekkim. Różnią się istotnie od pozostałych grup.

Pedagodzy pracujący z osobami upośledzonymi o różnym poziomie deficytu intelektualnego wyrażają najniższą ocenę antykoncepcji mechanicznej, różniąc się istotnie w tym względzie od innych grup wyznaczanych stopniem niepełnosprawności. Stosunkowo najniższa, chociaż pozytywna, jest ich ocena metod naturalnego planowania rodziny. W tym przypadku istotne różnice odnotowano między osobami pracującymi z niepełnosprawnymi w stopniu głębokim oraz lekkim. Spójne z tym pozostaje wartościowanie naturalnych metod w aspekcie ich dopuszczalności. Pedagodzy pracujący z osobami z różnym poziomem deficytu intelektualnego wartościują antykoncepcję naturalną stosunkowo najniżej, podobnie jak antykoncepcję mechaniczną i chemiczną, jakkolwiek należy zaznaczyć, że forma naturalna jest przez nich bardziej ceniona. W zakresie formułowanych ocen pedagogzy ci różnią się od osób realizujących działalność zawodową z niepełnosprawnymi w stopniu lekkim i głębokim. Specjaliści pracujący z jednostkami z różnym stopniem upośledzenia różnią się w zakresie oceny moralnej w dwóch aspektach – antykoncepcji mechanicznej oraz współżycia przedmałżeńskiego. Antykoncepcję najniżej wartościują w tym względzie osoby pracujące z niepełnosprawnymi z różnym stopniem niepełnosprawności, podobnie jak poprzednio różniący się od specjalistów pracujących z osobami z lekkim i głębokim upośledzeniem. Moralna ocena współżycia w kategoriach zjawiska akceptowanego jest najwyższa u osób realizujących działalność zawodową z udziałem niepełnosprawnych w stopniu głębokim. Różnią się oni istotnie od pracujących z jednostkami z głębszym upośledzeniem.

Istotne zróżnicowanie stwierdzono w przypadku postulowanych regulatorów zachowań seksualnych. Pedagodzy, których działalność zawodowa dotyczy niepełnosprawnych w stopniu głębokim, znacząco rzadziej uznają za istotny w tym względzie osobisty system norm oraz katalog norm społecznych.

* * *

W tej części pracy określono sposób wartościowania przez badanych seksualności człowieka, opierając go na kilku kryteriach. Stwierdzono, że pedagodzy specjaliści oraz pedagodzy ogólni różnią się istotnie w tym przypadku, kiedy kryterium oceny jest znaczenie pewnych aspektów seksualności, w tym form jej kontroli, dla zdrowia i jakości życia oraz dopuszczalności stosowania, ponadto kwestie moralne. Pedagodzy ogólni, odwołując się do tych kryteriów, częściej wyrażają ocenę niższą.

4. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością

Przedmiotem przeprowadzonych tu analiz są postawy pedagogów specjalnych oraz pedagogów ogólnych wobec osób z niepełnosprawnością rozumiane jako ogólna ocena wartościująca, będąca wynikiem cząstkowych ocen odnoszonych do różnych kontekstów ich funkcjonowania (kształcenia, pracy zawodowej, kontaktów towarzyskich i innych) [A. E. Sękowski, 1994, s. 76]. Zgodnie z założeniami A. E. Sękowskiego [1994, s. 75], którego skalą posłużono się w diagnozowaniu postaw, tendencje ustosunkowań wobec osób z różnym rodzajem niepełnosprawności są zbieżne, co upoważnia do ich badania z pominięciem konkretyzowania podmiotu odniesienia (rodzaju niepełnosprawności). Jakkolwiek w literaturze spotykamy opracowania oparte na zmodyfikowanej wersji zastosowanej tu Skali Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych, polegające na konkretyzowaniu podmiotu ustosunkowania (w postaci określonego rodzaju niepełnosprawności czy choroby [B. Witkowska, 2005; Z. Kazanowski, 2011]), dla koncepcji badań własnych istotne jest traktowanie analizowanych tu postaw w kategoriach ogólnych tendencji oceniających zjawisko niepełnej sprawności. Szczegółowe odniesienie w postaci rozumienia istoty niepełnosprawności intelektualnej zdiagnozowano za pośrednictwem innego narzędzia.

Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych, jak zaznacza A. E. Sękowski [1994, s. 75], jest narzędziem jednowymiarowym, tj. z jej pomocą otrzymuje się jeden wynik informujący o postawie pozytywnej bądź negatywnej oraz ich nasileniu. W badaniach własnych, analizując wyniki uzyskane za pomocą Skali Postaw, wprowadzono konstrukt ambiwalencji, podobnie jak to uczynił w swoim opracowaniu Z. Kazanowski [2011]. Postawy ambiwalentne zawierają zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy oceny wyrażonej w drodze przekonań bądź emocji. Najczęściej uznaje się, że siła ambiwalencji jest funkcją zbieżności nasilenia ocen pozytywnych i negatywnych oraz równoczesnej ich ekstremalności [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 124; J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 123; I. R. Newby-Clark i in., 2008, s. 200]. Wprowadzenie konstruktowi ambiwalencji uzasadnione jest dotychczasowymi ustaleniami świadczącymi o jej znaczeniu. Pozwalają one sądzić, że zmniejsza ona stabilność postaw, co może być ważne dla ich kształtowania, ponadto implikuje większe zaangażowanie w proces przetwarzania informacji o obiekcie [za Z. Kazanowski, 2011, s. 118–119]. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych pojęcie ambiwalencji jako specyficznej kategorii postaw stosowała na gruncie polskim H. Larkowa [1970, s. 97]. Autorka stwierdziła, że istotą ambiwalencji jest odmiennosc walencji poszczególnych komponentów ustosunkowań, a jej konsekwencje ze społecznego punktu widzenia mogą być nie tylko negatywne.

Wskaźnik ambiwalencji w analizach własnych obliczono na podstawie wzoru D. W. Griffina. Wzór ten wykorzystywał w badaniach m.in. A. Grabowski [2007, s. 26] oraz Z. Kazanowski [2011].

Możliwość czynienia hipotetycznych założeń w stosunku do charakteru wyników i przewidywania różnic między badanymi tu grupami jest ograniczona. Większość eksploracji realizowanych z udziałem pedagogów specjalnych czy pedagogów ogólnych w swoich podstawach koncepcyjnych ograniczała się do wybranych aspektów postaw (np. wiedzy), uwzględniała określone grupy osób z niepełnosprawnością bądź konkretne zagadnienia (np. inkluzję edukacyjną) (por. rozdział II.1.). Stosowana tutaj skala, jak pisze A. E. Sękowski [1994, s. 75], obejmuje różne aspekty składające się na postawy, jednak ze względu na swoją jednowymiarowość nie daje możliwości ich szczegółowego przeanalizowania.

Ustalono, że badane grupy różnią się istotnie w zakresie ogólnego nastawienia wobec osób niepełnosprawnych (tabela 44). Istotnie wyższy wynik świadczący o korzystniejszym ustosunkowaniu uzyskali pedagodzy specjalni. Porównując otrzymane w obu grupach wyniki z wynikiem maksymalnym, jaki można osiągnąć w Skali Postaw (180), należy jednak zauważyć, że są one

znacznie niższe. Niemal tożsama liczba pedagogów specjalnych, a przy tym stosunkowo najliczniejsza, uzyskała wyniki przeciętne i wysokie. W przypadku pedagogów ogólnych prawie połowa badanych otrzymała wyniki niskie, przy najmniejszej liczbie tych, którzy uzyskali wysokie (aneks, tabela 43).

Tabela 44. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Wynik ogólny ^a	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
	106,17	99,49	13,18	15,11		

* istotne statystycznie

^a W obliczeniach wyniku ogólnego wykorzystano procedurę opracowaną przez A. E. Sękowskiego [1994, s. 76].

Dla określenia nasilenia ambiwalencji, jako rezultatu działań przeprowadzonych na wynikach otrzymanych w twierdzeniach pozytywnych i negatywnych, może być przydatna szczegółowa analiza tych twierdzeń.

Analiza twierdzeń o pozytywnym charakterze wykazała szereg istotnych różnic między grupami. Różnice te przebiegają najczęściej na korzyść pedagogów specjalnych (tabela 45). Osoby z tej grupy w sposób bardziej zdecydowany wyrażają uznanie dla osiągnięć sportowych niepełnosprawnych oraz podkreślają potrzebę podejmowania problematyki niepełnej sprawności w mediach. Z większym zdecydowaniem potwierdzają podobieństwo doświadczeń pozytywnych u niepełnosprawnych i pełnosprawnych. Nieco częściej wyrażają opinię o potrzebie pogłębiania kontaktów społecznych między osobami niepełno- i pełnosprawnymi, jednak wartość średniej w zakresie tego pytania świadczy o słabej pewności opinii w obu grupach. Wyrażna różnica dotyczy deklarowanego potwierdzenia, czy też – w przypadku pedagogów ogólnych – zamiaru pracy z osobami z niepełnosprawnością. Pedagodzy specjaliści uzyskali niższy wynik w zakresie twierdzenia mówiącego o wyrozumiałości w stosunku do dzieci niepełnosprawnych. Wydaje się, że sposób rozumienia pojęcia „wyrozumiałość” z perspektywy edukacyjnej nie jest jednoznaczny i może budzić skojarzenia w postaci zaniżania wymagań. Asocjacja obu pojęć, a więc niepełnosprawności i wyrozumiałości, może mieć charakter negatywny. Niepełnosprawność jest wyrażana w tym związku jako mniejsze możliwości, trudne dla nauczyciela sytuacje, względem których należy dysponować dużym poziomem cierpliwości. Możliwość zaistnienia takich skojarzeń zadecydowała tutaj przypuszczalnie zarówno o przebiegu różnicy, jak i wartościach średnich.

Tabela 45. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością – twierdzenia pozytywne (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia pozytywne	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Osoby niepełnosprawne mogą zakładać normalne rodziny.	0,74	0,73	1,68	1,71	0,11	0,914
Zaakceptowałbym osobę niepełnosprawną jako mojego przyjaciela.	2,06	2,03	1,04	1,04	0,34	0,736
Chciałbym pracować z ludźmi niepełnosprawnymi ^a	2,41	0,65	1,07	1,68	14,93	0,000*
Osoby niepełnosprawne są dobrymi pracownikami.	1,27	1,26	1,27	1,11	0,04	0,971
Ludzi niepełnosprawnych należy oceniać tą samą miarą, co ludzi zdrowych.	-0,24	-0,52	1,71	1,76	1,88	0,061~
Ludzie niepełnosprawni mogą mieć duże osiągnięcia sportowe.	2,24	1,84	0,93	1,21	4,44	0,000*
Osoby niepełnosprawne potrafią zarobić na swoje utrzymanie.	0,79	0,98	1,54	1,46	-1,46	0,146
Kontakt z osobą niepełnosprawną pozwala lepiej zrozumieć sens życia.	1,65	1,57	1,50	1,38	0,63	0,527
Osoba niepełnosprawna może pomóc osobie zdrowej.	1,67	1,52	1,22	1,13	1,50	0,133
Należy dążyć do bliskich kontaktów z osobami niepełnosprawnymi.	1,48	1,21	1,24	1,20	2,63	0,009*
Powinno być więcej audycji telewizyjnych na temat osób niepełnosprawnych.	2,14	1,73	1,09	1,16	4,24	0,000*
Dzieci niepełnosprawne powinny być traktowane z dużą wyrozumiałością.	0,70	1,20	1,57	1,44	-3,92	0,000*
Nie ma żadnych różnic w zachowaniu osób niepełnosprawnych i ludzi zdrowych.	-1,25	-1,19	1,41	1,45	-0,54	0,588
Chętnie poszedłbym na zawody sportowe, w których biorą udział osoby niepełnosprawne.	2,15	1,14	1,16	1,58	8,73	0,000*
Osoby niepełnosprawne potrafią cieszyć się życiem tak samo jak wszyscy inni ludzie.	2,40	2,15	1,00	1,00	2,97	0,003*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

^a W przypadku oligofrenopedagogów twierdzenie brzmiało: Chciałbym nadal pracować z ludźmi niepełnosprawnymi.

Badani z obu grup, choć istotnie częściej pedagodzy ogólni, mają wątpliwości co do twierdzenia głoszącego tożsamość kryteriów oceniania osób niepełno- i pełnosprawnych. Przy wcześniej analizowanym twierdzeniu dotyczącym dzieci, interpretacja tego przekonania budzi wątpliwości, jakkolwiek

w zamiarze autora narzędzia pozostawała potrzeba oszacowania opinii o równym traktowaniu.

W wielu analizowanych tu zakresach, opisujących możliwości życiowe osób z niepełnosprawnością, nie stwierdzono różnic między grupami. Interpretacja wartości średnich pozwala jednak zauważyć, że formułowane oceny, chociaż pozytywne, mają niski stopień pewności. Badani z obu grup nie są zdecydowani, czy osoby niepełnosprawne mogą zakładać „normalne” rodziny, pozostawać „dobrymi” pracownikami, czy zarobić na swoje utrzymanie. Zarówno pedagodzy specjaliści, jak i pedagodzy ogólni zaprzeczają twierdzeniu głoszącemu, iż osoby niepełno- i pełnosprawne nie różnią się w aspekcie zachowania.

W zakresie twierdzeń negatywnych, podobnie jak w przypadku pozytywnych, odnotowano wiele istotnych różnic między grupami (tabela 46). Interpretacja tych różnic, w większości przypadków przebiegających na korzyść pedagogów specjalnych, musi uwzględniać specyfikę odpowiedzi, a zatem fakt, iż uzyskane tu wyniki ujemne należy uznać za pożądane, zgodnie bowiem z kluczem dostępnym badanym w narzędziu, stanowią wyraz dezaprobaty negatywnych (niekorzystnych) twierdzeń.

W postawach pedagogów specjalnych zarysowuje się silniejsza tendencja w kierunku negowania obrazu niepełnosprawnych jako obdarzonych niekorzystnymi cechami utrudniającymi nawiązywanie społecznych kontaktów, niepokodzonych ze swoimi ograniczeniami (zazdroszczących osobom sprawnym zdrowia) czy nieszczęśliwych. Kontakty z osobami niepełnosprawnymi są dla respondentów z tej grupy istotnie rzadziej źródłem negatywnych uczuć i emocji. Należy jednak zaznaczyć, że chociaż pewne różnice przebiegają na korzyść pedagogów specjalnych, wartości średnich w wielu tych przypadkach wskazują jedynie na słabe wyrażanie dezaprobaty. Jest to wyraźnie widoczne w przypadku oceny osób niepełnosprawnych jako nadmiernie wrażliwych, czy też mających problemy w życiu towarzyskim. Charakter ocen badanych, szczególnie pedagogów ogólnych, cechuje znaczny stopień niezdecydowania, co świadczy o trudnościach w stwierdzeniu, czy cechy takie rzeczywiście są udziałem niepełnosprawnych.

Interesujące jest, iż respondenci z grupy podstawowej silniej potwierdzają potrzebę edukacji dzieci z niepełnosprawnością w warunkach szkolnictwa specjalnego, jakkolwiek wyrażane w tym względzie oceny są w znacznym stopniu niezdecydowane. Różnice między grupami należy łączyć ze specyfiką zatrudnienia i środowiska, w którym badani realizują swoje zadania. Trzeba jednak podkreślić, że pedagodzy specjaliści w sposób zdecydowany nie

opowiadają się za segregacyjnymi warunkami edukacji, chociaż w większości w takich funkcjonują zawodowo.

Tabela 46. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością – twierdzenia negatywne (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia negatywne	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Większość osób niepełnosprawnych to ludzie dziwni i trudno z nimi nawiązać kontakt.	-1,63	-1,22	1,31	1,50	-3,49	0,001*
Dzieci niepełnosprawne powinny uczyć się tylko w szkołach specjalnych.	-0,17	-0,97	2,03	1,81	4,92	0,000*
Osoby niepełnosprawne są bardziej nieszczerzy niż inni ludzie.	-1,30	-0,88	1,60	1,62	-3,03	0,003*
Większość inwalidów to ludzie niesamodzielni i oczekujący pomocy.	-0,15	-0,37	1,64	1,68	1,60	0,111
Osoby niepełnosprawne są mało cierpliwe.	-0,47	-0,54	1,57	1,60	0,51	0,609
Razi mnie wygląd zewnętrzny osób niepełnosprawnych.	-2,08	-1,71	1,22	1,84	-2,86	0,004*
Dzieci niepełnosprawne są agresywne.	-1,26	-1,22	1,43	1,24	-0,33	0,740
Nie czuję się swobodnie w towarzystwie osób niepełnosprawnych.	-2,13	-1,12	1,35	1,51	-8,35	0,000*
Osoby niepełnosprawne zazdroszczą innym zdrowia.	-1,15	-0,80	1,59	1,54	-2,61	0,009*
Osoby niepełnosprawne są często zbyt naiwne i dziecinne.	0,35	0,33	1,73	1,60	0,13	0,898
Widok osób niepełnosprawnych wywołuje u mnie lęk i obawy.	-2,20	-1,32	1,23	1,44	-7,81	0,000*
Zachowanie osób niepełnosprawnych często jest denerwujące.	-0,84	-0,73	1,50	1,50	-0,91	0,361
Osoby niepełnosprawne mają często kłopoty w sytuacjach towarzyskich.	1,09	0,81	1,51	1,51	2,22	0,027*
Dobre stosunki osób niepełnosprawnych z ludźmi zdrowymi są spowodowane litością.	-1,05	-0,85	1,57	1,52	-1,52	0,128
Osobę niepełnosprawną jest łatwiej urazić niż osobę pełnosprawną.	0,08	0,49	1,80	1,70	-2,72	0,007*

* istotne statystycznie

Badane grupy wykazują podobieństwa pod względem oceny charakterystyk przypisywanych niepełnosprawnym. Zarówno pedagodzy specjaliści, jak i ogólni wyrażają jedynie bardzo słabą dezaprobatę w stosunku do twierdzeń przypisujących osobom z niepełnosprawnością takie cechy i postawy, jak: niesamodzielność i roszczeniowość, brak cierpliwości, czy też ujawnianie

zachowań zakłócających społeczne relacje. W obu grupach widoczna jest słabo zdecydowana pozytywna ocena twierdzenia określającego niepełnosprawnych jako naiwnych i dziecinnych.

Analizy postaw wobec osób niepełnosprawnych uwzględniające zmienne z zakresu zawodowego funkcjonowania wykazały, iż staż pracy ma istotne znaczenie różnicujące jedynie pedagogów specjalnych (aneks, tabela 44). Najwyższe wyniki uzyskali ci badani, których staż pracy jest najkrótszy, najmniej korzystne (najniższe wyniki) – osoby pracujące najdłużej. Wskazane różnice przebiegały na istotnym poziomie.

Zmienna charakter zatrudnienia nie różnicuje istotnie pedagogów specjalnych, co oznacza, że osoby zatrudnione jako nauczyciele, opiekunowie w internatach oraz terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS nie różnią się istotnie pod względem ogólnego ustosunkowania do niepełnosprawnych (aneks, tabela 46). Zbliżone wyniki w zakresie nasilenia postaw ujawniono również u osób pracujących z uczniami/wychowankami/podopiecznymi mającymi różny stopień niepełnosprawności intelektualnej (aneks, tabela 47).

Tabela 47. Ambiwalencja w postawach wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Wskaźnik ambiwalencji	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
	-30,07	-24,80	18,58	19,93		

* istotne statystycznie

Interpretacja uzyskanych wyników, ściśle nawiązująca do sposobu obliczania ambiwalencji [A. Grabowski, 2007, s. 26], pozwala stwierdzić, że istotnie wyższy jej poziom stwierdzono w postawach pedagogów ogólnych (tabela 47). Niepełnosprawność w większym stopniu jest dla nich źródłem zróżnicowanych pod względem walencji emocji i uczuć, czy też rozbieżnych w swym kierunku tendencji wyrażających określone zachowania bądź ich zamiary czy motywacje.

Wyniki przeliczone w zakresie ambiwalencji potwierdzają jej wyższy poziom u pedagogów ogólnych (aneks, tabela 43). Około 40% z nich uzyskało wyniki wysokie, co przy mniejszej reprezentacji w obszarze niskich, pozwala mówić o charakterystycznej dla nich tendencji. U pedagogów specjalnych obserwuje się stosunkowo najliczniejszą reprezentację osób osiągających wyniki przeciętne oraz mniej liczną, ale większą od wysokich, niskie.

Najwyższy wskaźnik ambiwalencji postaw wobec osób niepełnosprawnych ustalono w przypadku pedagogów specjalnych pracujących najdłużej

(powyżej 20 lat) (aneks, tabela 44), najniższy u osób z najkrótszym stażem pracy (do 10 lat) (różnica istotna statystycznie). Podobną tendencję, jednak nieistotną, odnotowano w grupie porównawczej pedagogów (aneks, tabela 45). Pozostałe zmienne, tj. charakter zatrudnienia (aneks, tabela 44) oraz poziom niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych nie różnicują istotnie oligofrenopedagogów w zakresie ambiwalencji (aneks, tabela 47).

* * *

Określone tu postawy badanych wobec osób niepełnosprawnych można ocenić jako korzystniejsze u pedagogów specjalnych. Respondenci z grupy podstawowej silniej uznają słuszność twierdzeń, które pozytywnie opisują osoby z niepełnosprawnością, silniej także zaprzeczają tym założeniom, które mają znaczenie negatywne. Stwierdzono również, że postawy pedagogów ogólnych cechuje większa ambiwalencja.

5. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej

Przedmiotem analiz dokonanych w tym rozdziale pozostaje sposób rozumienia przez badanych zjawiska niepełnosprawności intelektualnej. Konceptyjnie osadzono go w problematyce modeli niepełnosprawności, tradycyjnie wyróżnianych – indywidualnym i społecznym. Ta perspektywa analiz pozwoli określić sposoby rozumienia niepełnosprawności intelektualnej w szerszym zakresie, a zatem z włączeniem jej istoty definicyjnej, podstaw etiologicznych i konsekwencji oraz sugerowanych działań profesjonalnych. Zakłada się, że modelu nie można oceniać w kategoriach prawdy czy fałszu. Zasadne jest jednak sądzenie o jego użyteczności i adekwatności [S. Gabel, S. Peters, 2004, s. 588], zwłaszcza z perspektywy jakości działań wspierających osoby z niepełnosprawnością, opisywanych w modelu, czy też form i sposobów ich życia, które proponuje.

Jak pisano w części teoretycznej, z niepełnosprawnością intelektualną silniej współwystępuje model indywidualny (medyczny). Powiązanie to wyraża się w charakterze procedur diagnozowania upośledzenia, wnioskowania na temat możliwości i ograniczeń, sposobów i form życia oraz w charakterze wsparcia. Dyskurs medyczny niepełnosprawności intelektualnej odbiega

w swoim charakterze od dyskursu na temat innych rodzajów niepełnosprawności. Kategorią zasadniczą nie jest w nim poczucie osobistej tragedii spowodowanej uszkodzeniem czy kwestie przystosowania jednostki do życia z niepełnosprawnością, ale zagadnienie obciążenia innych – rodziców, opiekunów, społeczeństwa. Nie można zaprzeczyć, że siła i zasięg tego dyskursu ulega zmniejszeniu, jednak charakter spotykanych współcześnie rozwiązań dotyczących niepełnosprawnych intelektualnie (np. aborcji, eutanazji, umieszczania w zamkniętych zakładach opieki czy szpitalach psychiatrycznych, pozbawianie prawa do edukacji) wskazuje na to, że jest on wciąż obecny.

Poznanie sposobu rozumienia niepełnosprawności intelektualnej, będącego udziałem badanych osób, jest istotne z perspektywy ich ustosunkowania do seksualności jednostek z upośledzeniem, ale także ze względu na to, iż specjaliści ci w swojej działalności zawodowej realizują założenia zbieżne z określonym modelem, co ma znaczenie dla jakości wsparcia podmiotów, z którymi pracują. Poglądy na temat istoty tej niepełnosprawności silnie osadzone w modelu indywidualnym mogą łączyć się z paternalistycznym podejściem oraz zaniedbaniem działań służących budowaniu u upośledzonych zdolności do kreowania swojego życia zgodnie z osobistymi wyborami [L. Walker-Hirsh, 2007b, s. 39]. Silniejsza preferencja modelu indywidualnego może mieć również znaczenie ograniczające w promowaniu działań pozwalających na normalizację życia osób z niepełnosprawnością intelektualną, która obejmuje nie tylko określone jego formy, ale przede wszystkim sposoby [por. A. Krause, 2010, s. 197]. W ich zakresie mieści się możliwość realizacji różnych ról życiowych.

Analiza sposobów rozumienia niepełnosprawności intelektualnej została przeprowadzona z uwzględnieniem jej stopnia lekkiego oraz głębszego. Zasadność takiego rozróżnienia udowodniano w założeniach koncepcyjnych badań własnych (rozdział IV).

Tabela 48. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Modele	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Indywidualny	10,91	12,53	4,20	4,01	-4,43	0,000*
Spółeczny	24,71	22,38	4,16	1,26	6,65	0,000*

* istotne statystycznie

Tabela 49. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A i B): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Modele	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Indywidualny	16,31	16,45	4,13	4,11	-0,37	0,711
Społeczny	22,36	20,47	3,88	4,00	5,38	0,000*

* istotne statystycznie

Zgodnie z opinią J. Kirenki [2007, s. 82] oba wymiary (modele) należy traktować jako komplementarne, a nie konfrontacyjne. Analiza wyników pozwoli zatem stwierdzić określony poziom nasilenia modeli, z wykazaniem na tej podstawie ewentualnych silniejszych preferencji jednego z nich.

W zakresie postrzegania istoty niepełnosprawności intelektualnej wyrażonej w stopniu lekkim stwierdzono istotne różnice między badanymi grupami. Zarówno pedagodzy specjaliści, jak i pedagodzy ogólni postrzegają tę niepełnosprawność przede wszystkim w kategoriach znaczeniowych określonych w modelu społecznym, jednak w grupie porównawczej ustalono silniejsze preferencje modelu indywidualnego oraz istotnie słabsze – społecznego. Należy zauważyć rozbieżność, jaka zachodzi na poziomie wyników surowych i przeliczonych u pedagogów ogólnych. Widoczna różnica w preferencji na korzyść modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, określona na poziomie wyników surowych, nie znajduje potwierdzenia w rozkładzie wartości przeliczonych na normy stenowe (aneks, tabela 48). Nasilenie preferencji indywidualnego modelu niepełnosprawności wyrażonej w stopniu lekkim można określić w tej grupie jako przeciętne i wysokie. W zakresie modelu społecznego nie obserwuje się wyraźnej przewagi w określonej kategorii wyników, chociaż stosunkowo najmniej liczna grupa osób osiągnęła wyniki wysokie. Wyraźna przewaga kategorii wyników wysokich w obszarze modelu społecznego zauważalna jest natomiast w grupie podstawowej, co przy obniżonym wskaźniku procentowym badanych osiągających wartości niskie, pozwala mówić o charakterystycznej dla tych badanych tendencji (aneks, tabela 48). Trudno sprecyzować u pedagogów specjalnych określoną tendencję w przypadku indywidualnego modelu, przy stosunkowo najliczniejszej reprezentacji osób w kategorii wyników przeciętnych, obserwuje się bowiem zbliżone wskaźniki respondentów, którzy uzyskali niskie i wysokie.

Rozumienie niepełnosprawności intelektualnej wyrażonej w stopniu głębszym w największym stopniu charakteryzowane jest w obu grupach przez

twierdzenia specyficzne dla społecznego modelu niepełnosprawności (tabela 51). Podobnie jak w przypadku lekkiego stopnia upośledzenia, preferencja tego modelu jest istotnie silniejsza u pedagogów specjalnych. Nie stwierdzono natomiast różnic w obszarze nasilenia preferencji modelu indywidualnego, a ustalone tu wartości średnie są niemal tożsame. W mniejszym stopniu można mówić o niespójności wartości surowych oraz przeliczonych, przede wszystkim ze względu na słabo zróżnicowane pod względem wskaźników procentowych poszczególne kategorie wyników obserwowane w modelu indywidualnym (aneks, tabela 48). Trudno również wnioskować o wyraźnej tendencji w zakresie modelu społecznego tej niepełnosprawności, ponieważ wyniki niskie i wysokie, przy stosunkowo najliczniejszej reprezentacji przeciętnych, są słabo zróżnicowane. Opisana w grupie porównawczej trudność w ustaleniu nasilenia preferencji modelu indywidualnego dotyczy również w znaczącym stopniu grupy pedagogów specjalnych, w której liczebności w poszczególnych kategoriach wyników są bardzo zbliżone do siebie (aneks, tabela 48). Nasilenie preferencji społecznego modelu głębszej niepełnosprawności intelektualnej ma tutaj charakter przeciętny oraz wysoki.

Tabela 50. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): istotność różnic

Badana grupa	t dla danych zależnych	p
Indywidualny: lekkie–głębsze	-17,98	0,000*
Spółeczny: lekkie–głębsze	12,58	0,000*

* istotne statystycznie

Tabela 51. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): istotność różnic

Badana grupa	t dla danych zależnych	p
Indywidualny: lekkie–głębsze	-16,90	0,000*
Spółeczny: lekkie–głębsze	11,68	0,000*

* istotne statystycznie

Porównanie sposobów rozumienia analizowanych stopni niepełnosprawności intelektualnej w grupie podstawowej wykazało, że są one istotnie różne (tabela 50). Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami należy stwierdzić, że upośledzenie w stopniu głębszym istotnie częściej jest interpretowane

w kategoriach założeń indywidualnego modelu niepełnosprawności, z kolei wyrażone w stopniu lekkim – istotnie częściej w sposób charakterystyczny dla modelu społecznego. Trzeba jednak zaznaczyć, o czym wcześniej pisa-
no, że mimo tych różnic w nasileniu preferencji modeli, obie kategorie upo-
śledzenia umysłowego rozumiane są zgodnie z założeniami formułowanymi
w społecznej koncepcji niepełnosprawności. Podobnie przedstawia się sy-
tuacja w grupie porównawczej, w której stwierdzono zróżnicowanie prefe-
rencji w odniesieniu do stopni upośledzenia umysłowego, przy jednoczesnej
dominacji modelu społecznego zarówno w przypadku lekkiej, jak i głębszej
niepełnosprawności (tabela 51).

Interpretacja sposobu rozumienia niepełnosprawności intelektualnej,
z uwzględnieniem różnic między badanymi grupami oraz różnic wynikają-
cych ze stopnia niepełnosprawności intelektualnej, wymaga odwołania się do
poszczególnych twierdzeń budujących model indywidualny oraz społeczny.

We wszystkich twierdzeniach charakteryzujących niepełnosprawność in-
tektualną w stopniu lekkim, w kategoriach założeń modelu indywidualnego,
uzyskano istotne różnice między grupami, przebiegające w większości na ko-
rzyść (wyższe wartości średnich) pedagogów ogólnych (tabela 52).

Tabela 52. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej
w stopniu lekkim – analiza twierdzeń (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawno-
ści Intelektualnej) (grupa A i B): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia dla modelu indywidualnego stopień lekki	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Niepełnosprawność intelektualna jest skut- kiem uszkodzeń CUN.	3,26	2,95	1,22	1,15	2,94	0,003*
Osoba niepełnosprawna intelektualnie po- winna funkcjonować w środowisku zamknię- tym (instytucjonalnym).	0,58	0,83	0,94	0,90	-2,93	0,004*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są skazane na uzależnienie od pomocy innych.	1,72	2,23	1,20	1,23	-4,70	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie decydować o działaniach związa- nych z ich rehabilitacją.	2,00	2,35	1,24	1,20	-3,24	0,001*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do podejmowania praw i obowiąz- ków obywatelskich.	1,72	1,93	1,34	1,10	-1,92	0,055~
Niepełnosprawność intelektualna w najwięk- szym zakresie wymaga interwencji medycznej.	1,63	2,24	1,25	1,22	-5,53	0,000*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Zwraca uwagę ustosunkowanie badanych z obu grup do twierdzenia mówiącego o tym, że niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem mechanizmów biologicznych. W tym jedynym przypadku, spośród analizowanych, pedagodzy specjaliści uzyskali wyższy wynik, świadczący o silniejszej akceptacji tego twierdzenia, czy też większej pewności co do jego słuszności. Badani z tej grupy częściej zaprzeczają założeniu mówiącemu o niemożności współudziału niepełnosprawnych w stopniu lekkim w procesie rehabilitacji bądź też o zawężaniu wspierających te osoby działań do sfery medycznej. Respondenci z obu grup nie zgadzają się, chociaż pedagodzy ogólni z istotnie mniejszą pewnością, z założeniem mówiącym o izolacji niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim. Zaprzeczają także twierdzeniu głoszącemu niedostępność dla nich życia obywatelskiego. Z większą pewnością czynią to pedagodzy specjaliści. Sprzeciw badanych z obu grup wzbudza twierdzenie o konieczności korzystania przez lekko upośledzonych z pomocy innych. W tym przypadku jest on również silniejszy u pedagogów specjalnych.

Tabela 53. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia dla modelu społecznego stopień lekki	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem złożonych czynników, o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym.	4,02	3,69	1,10	1,18	3,21	0,001*
Osobie niepełnosprawnej intelektualnie powinno się stworzyć warunki do życia w naturalnym otwartym środowisku.	4,42	4,02	0,85	0,92	5,09	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie, przy adekwatnym przygotowaniu i wsparciu, są w stanie funkcjonować bardziej autonomicznie.	4,10	3,71	0,99	1,09	4,23	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie powinny być włączane w podejmowanie decyzji o działaniach je wspierających.	3,83	3,25	1,05	1,24	5,67	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są obywatelami jak inni i w miarę swoich możliwości powinny korzystać z praw i obowiązków obywatelskich.	4,34	3,77	0,87	1,06	6,63	0,000*
Wsparcie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie wymaga współpracy wielu specjalistów.	4,02	3,94	1,05	1,09	0,76	0,450

* istotne statystycznie

Badani z obu grup różnią się w zakresie twierdzeń charakteryzujących społeczny model niepełnosprawności intelektualnej wyrażonej w stopniu lekkim (tabela 53). Ogólnie ujmując, można powiedzieć, że zarówno pedagodzy specjaliści, jak i ogólni przyznają słuszość zawartym tu twierdzeniom. W przypadku respondentów z grupy porównawczej stopień akceptacji jest jednak słabszy. Analizując uzyskane wyniki, należy stwierdzić, że lekka niepełnosprawność intelektualna postrzegana jest jako zjawisko wielowymiarowe w swojej etiologii, pozwalające na autonomię i życie w środowisku otwartym, przy korzystaniu ze wsparcia, którego specyfiką jest kompleksowość. Grupie tej przysługują prawa i obowiązki powszechnie dostępne oraz pewna możliwość współdecydowania o wyborze formy i rodzaju wsparcia.

Tabela 54. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia dla modelu indywidualnego stopień głębszy	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem uszkodzeń CUN.	3,66	3,10	1,11	1,14	5,64	0,000*
Osoba niepełnosprawna intelektualnie powinna funkcjonować w środowisku zamkniętym (instytucjonalnym).	1,20	1,53	1,31	1,10	-3,08	0,002*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są skazane na uzależnienie od pomocy innych.	3,39	3,28	1,12	1,23	1,11	0,267
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie decydować o działaniach związanych z ich rehabilitacją.	3,32	3,15	1,18	1,19	1,58	0,115
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do podejmowania praw i obowiązków obywatelskich.	2,63	2,77	1,31	1,18	-1,32	0,188
Niepełnosprawność intelektualna w największym zakresie wymaga interwencji medycznej.	2,11	2,60	1,33	1,28	-4,18	0,000*

* istotne statystycznie

Badani z obu grup, z większym przekonaniem pedagodzy specjaliści, skłonni są postrzegać niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębszym jako skutek czynników biologicznych (tabela 54). Niepełnosprawność ta, zdaniem respondentów, powoduje ograniczenia wymuszające konieczność stałego korzystania z pomocy. Respondenci przyznają słuszość, chociaż w sposób niezdecydowany, założeniu mówiącemu o niemożności współdecydowania głębiej upośledzonych o działaniach związanych z ich rehabilitacją. Jeszcze słabiej

uznają przekonanie, w świetle którego ta grupa niepełnosprawnych nie jest zdolna do realizacji życia obywatelskiego. Pedagodzy specjaliści zaprzeczają, jakoby działania rehabilitacyjne miały tutaj wyłącznie charakter medyczny, pedagodzy ogólni skłonni są przyznać im prymat, jednak ich opinia nie jest zdecydowana. Badani z obu grup nie zgadzają się z założeniem mówiącym o tym, że miejscem życia tych niepełnosprawnych powinno być środowisko instytucjonalne, zamknięte. Większą pewność w wyrażaniu takiej opinii obserwuje się u pedagogów specjalnych.

Tabela 55. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic

Twierdzenia dla modelu społecznego stopień głębszy	M		SD		t	p
	A	B	A	B		
Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem złożonych czynników, o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym.	3,98	3,71	1,13	1,18	2,71	0,007*
Osobie niepełnosprawnej intelektualnie powinno się stworzyć warunki do życia w naturalnym otwartym środowisku.	3,93	3,49	1,21	1,11	4,36	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie, przy adekwatnym przygotowaniu i wsparciu, są w stanie funkcjonować bardziej autonomicznie.	3,06	2,90	1,15	1,11	1,54	0,123
Osoby niepełnosprawne intelektualnie powinny być włączane w podejmowanie decyzji o działaniach je wspierających.	3,05	2,70	1,17	1,18	3,36	0,001*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są obywatelami jak inni i w miarę swoich możliwości powinny korzystać z praw i obowiązków obywatelskich.	3,88	3,38	1,22	1,12	4,82	0,000*
Wsparcie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie wymaga współpracy wielu specjalistów.	4,47	4,26	0,84	0,96	2,66	0,008*

* istotne statystycznie

Pedagodzy, istotnie częściej specjaliści, sądzą, że osoby z niepełnosprawnością w stopniu głębszym wymagają kompleksowego wsparcia, które pozwoli na optymalizację ich rozwoju (tabela 55). Badani z grupy podstawowej częściej postrzegają tę niepełnosprawność w kategoriach zjawiska o złożonej etiologii oraz wyrażają opinię o potrzebie udostępnienia jednostkom z upośledzeniem otwartych i naturalnych warunków życia. Co się z tym wiąże, przyznają

tym osobom status obywateli, posiadających prawa i obowiązki przysługujące innym. Opinie badanych, szczególnie pedagogów ogólnych, są znacznie mniej zdecydowane w kwestii możliwości współdziałania niepełnosprawnych w stopniu głębszym w procesie rehabilitacji, czy też zdolności do autonomicznego funkcjonowania.

Biorąc pod uwagę oba modele i ich specyfikację związaną z niepełnosprawnością w stopniu głębszym, można stwierdzić, że istnieje pewnego rodzaju ambiwalencja w poglądach badanych specjalistów. Dotyczy ona przede wszystkim istoty etiologicznej tej niepełnosprawności, a w przypadku pedagogów specjalnych także możliwości zyskania autonomii oraz współdziałania w procesie rehabilitacji. Wyraźnie akcentowane jest natomiast przekonanie o potrzebie życia w naturalnym otwartym środowisku oraz kompleksowości działań wspierających. Co ciekawe, badani z obu grup w sposób zdecydowany głoszą równość praw i obowiązków osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym.

Tabela 56. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): wynik testu istotności różnic

Twierdzenia dla modelu indywidualnego lekki-głębszy stopień niep. intelekt.	t dla danych zależnych		p	
	A	B	A	B
Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem uszkodzeń CUN.	-9,81	-13,27	0,000*	0,000*
Osoba niepełnosprawna intelektualnie powinna funkcjonować w środowisku zamkniętym (instytucjonalnym).	-19,22	-13,25	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są skazane na uzależnienie od pomocy innych.	-6,55	-4,04	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie decydować o działaniach związanych z ich rehabilitacją.	-14,54	-10,87	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do podejmowania praw i obowiązków obywatelskich.	-9,64	-11,16	0,000*	0,000*
Niepełnosprawność intelektualna w największym zakresie wymaga interwencji medycznej.	-7,95	-7,31	0,000*	0,000*

* istotne statystycznie

Różnice w sposobie rozumienia obu stopni niepełnosprawności na poziomie modelu indywidualnego należy rozważyć, uwzględniając charakter udzielanych odpowiedzi. Ich cechą specyficzną jest niski stopień pewności, zarówno w potwierdzaniu, jak i zaprzeczaniu określonym twierdzeniom

(„raczej się zgadzam” do „raczej się nie zgadzam”) (tabela 56). Jedyne sposoby ustosunkowania pedagogów specjalnych względem twierdzenia mówiącego o etiologii upośledzenia pozostaje w zakresie kategorii „raczej się zgadzam” (lekki stopień) oraz „zgadzam się” (w przypadku stopnia głębszego). Należy też zwrócić uwagę na charakter odpowiedzi dotyczących segregacyjnych warunków życia osób niepełnosprawnych. Respondenci z grupy podstawowej wyrażają wobec takich sprzecz (głębszy stopień) bądź zdecydowany sprzecz (lekki stopień).

Podobny jest charakter ustosunkowania pedagogów ogólnych. Różnice między oboma stopniami upośledzenia kształtowane są przez odpowiedzi wyrażające niezdecydowaną aprobatę oraz negację danego twierdzenia. Podobnie jak u pedagogów specjalnych, ich ustosunkowanie wobec oferowania niepełnosprawnym intelektualnie segregacyjnych warunków życia jest negatywne. Niższy jest jednak stopień pewności w sugerowaniu biologicznego podłoża obu stopni upośledzenia.

Tabela 57. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): wynik testu istotności różnic

Twierdzenia dla modelu społecznego lekkiego-głębszy stopień niepełnosprawności intelektualnej.	t dla danych zależnych		p	
	A	B	A	B
Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem złożonych czynników, o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym.	0,92	-0,31	0,357	0,759
Osobie niepełnosprawnej intelektualnie powinno się stworzyć warunki do życia w naturalnym otwartym środowisku.	8,30	6,57	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie, przy adekwatnym przygotowaniu i wsparciu, są w stanie funkcjonować bardziej autonomicznie.	8,04	10,41	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie powinny być włączane w podejmowanie decyzji o działaniach je wspierających.	10,33	7,55	0,000*	0,000*
Osoby niepełnosprawne intelektualnie są obywatelami jak inni i w miarę swoich możliwości powinny korzystać z praw i obowiązków obywatelskich.	12,52	12,48	0,000*	0,000*
Wsparcie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie wymaga współpracy wielu specjalistów.	-7,84	-8,08	0,000*	0,000*

* istotne statystycznie

Pedagodzy specjalni ustosunkowują się pozytywnie do wszystkich twierdzeń opisujących sposób rozumienia lekkiej oraz głębszej niepełnosprawności, różnice przebiegają jedynie na poziomie pewności udzielanej aprobaty. Jest on wyższy w przypadku upośledzenia w stopniu lekkim. Można zatem stwierdzić, że przekonania charakterystyczne dla społecznego modelu niepełnosprawności są w tym przypadku wyrażane z większą pewnością w porównaniu z takimi, dotyczącymi głębszego upośledzenia. Zwraca jedynie uwagę silniejszy stopień aprobaty wobec twierdzenia mówiącego o kompleksowości wsparcia głębiej upośledzonych umysłowo. Podobną tendencję obserwuje się w grupie porównawczej. W istocie, ze względu na większy wskaźnik dodatkowych zaburzeń w populacji głębiej niepełnosprawnych, niezbędne jest wsparcie kompleksowe. Interesujące jest to, że w badanych grupach nie stwierdzono zróżnicowania w obszarze postrzegania lekkiej i głębszej niepełnosprawności w kategoriach zjawisk podlegających wielu uwarunkowaniom.

Analiza preferencji modeli, uwzględniająca zmienne z zakresu zawodowego funkcjonowania badanych, pozwoliła określić nieliczne różnice. W grupie pedagogów specjalnych stwierdzono różnicujące znaczenie stażu pracy, ale jedynie w przypadku indywidualnego modelu niepełnosprawności intelektualnej wyrażonej w stopniu głębszym (aneks, tabela 49). Najsilniejszą preferencję tego modelu ustalono w grupie osób mających najdłuższy staż pracy. Odnotowano istotne różnice między tą kategorią a pozostałymi dwiema.

Staż pracy nie miał znaczenia dla preferencji modeli w grupie porównawczej (aneks, tabela 50).

Różnicę w zakresie modelu indywidualnego ustalono w przypadku charakteru zawodu wykonywanego przez pedagogów specjalnych (aneks, tabela 51). Model ten w największym stopniu preferowany jest przez nauczycieli. Różnią się oni istotnie od terapeutów i opiekunów pracujących w DPS i ŚDS.

Różnicujące znaczenie zmiennej stopień upośledzenia uczniów/wychowanków/podopiecznych ustalono jedynie w zakresie indywidualnego modelu niepełnosprawności wyrażonej w stopniu lekkim (aneks, tabela 52). Model ten w najmniejszym stopniu preferowany jest przez osoby pracujące z niepełnosprawnymi w stopniu głębokim. Różnią się one w sposób istotny oraz zbliżony do istotnego od pedagogów pracujących z głębiej niepełnosprawnymi oraz z niepełnosprawnymi, których deficyt intelektualny pozostaje obniżony w różnym stopniu. Najsilniejszą preferencję modelu stwierdzono w grupie osób realizujących działalność zawodową z głębiej upośledzonymi. Pedagodzy ci różnią się na poziomie zbliżonym do istotnego od osób pracujących z niepełnosprawnymi w stopniu lekkim.

* * *

W tym podrozdziale wykazano, że zarówno pedagodzy specjaliści, jak i ogólni preferują model społeczny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim oraz głębszym. Ustalone istotne różnice między grupami należy interpretować w kategoriach silniejszych i słabszych preferencji obu modeli, podobnie jak różnice przebiegające w zakresie stopnia niepełnosprawności intelektualnej.

VII

Struktura korelacyjna postaw badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz kompetencji osobowych

W tym rozdziale zostaną przeprowadzone analizy zmierzające do ustalenia struktury korelatów postaw pedagogów wobec seksualności osób z lekką oraz z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, co stanowi o realizacji założonego celu badawczego. Zdefiniowane w rozdziale czwartym korelaty obejmują kompetencje osobowe, takie jak: empatia, system wartości (z uwzględnieniem zbieżności hierarchii indywidualnych z wzorcową¹), wartościowanie seksualności człowieka², postawy wobec osób z niepełnosprawnością oraz postrzeganie niepełnosprawności intelektualnej w kontekście indywidualnego i społecznego modelu niepełnosprawności. Jak nadmieniono, definicja kompetencji osobowych pozwala objąć ich zakresem również same postawy, zatem wyłonienie ich w analizach, jako odrębnych, ma jedynie charakter umowny.

¹ Zgodnie z sugestią P. Brzozowskiego [2007, s. 214] dokonano przeliczenia współczynników korelacji na współczynniki r , korzystając z tablicy zamieszczonej w książce G. A. Ferguson, Y. Takane [2003, s. 583].

² Ze względu na stwierdzoną zbieżność ocen, pod względem konsekwencji dla zdrowia oraz dopuszczalności (wysokie istotne współczynniki korelacji), dokonano obliczenia średnich ocen, typując do analizy korelacyjnej uzyskane średnie (dla tych aspektów, które były oceniane wedle dwóch kryteriów).

1. Korelacje postaw badanych wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną z kompetencjami osobowymi

Struktura znaczących korelacji jest bogata w obu grupach, chociaż różni się w zależności od zmiennej określającej rodzaj kompetencji (tabela 58). Liczba współczynników istotnych statystycznie oraz zbliżonych do istotnych jest większa w grupie porównawczej (grupa A: 251 współczynników o wartościach istotnych, co stanowi 26,15% ogółu wszystkich korelacji oraz 76 zbliżonych do istotnych – 7,17% ogółu korelacji; grupa B: 300 istotnych, tj. 31,25% ogółu powiązań oraz 76 zbliżonych do istotnych, tj. 7,92% ogółu powiązań).

Najwięcej współczynników o wartości istotnej statystycznie bądź zbliżonej do istotnej odnotowano w zakresie poszczególnych wymiarów postaw wobec seksualności upośledzonych umysłowo a indywidualnym oraz społecznym modelem tej niepełnosprawności, jednak tylko u pedagogów specjalnych. Takie zależności należały do nielicznych u pedagogów ogólnych. Wiele istotnych powiązań w obu grupach uzyskano w zakresie postaw wobec seksualności osób z upośledzeniem oraz ogólnych nastawień względem jednostek z niepełnosprawnością, ponadto w przypadku ambiwalencji postaw. Charakter zależności, zwykle zbieżny z oczekiwanym, pozostaje najczęściej tożsamy w obu grupach. Dotyczy to zwłaszcza korelacji postaw z takimi zmiennymi, określającymi kompetencje osobowe, jak: postawy wobec osób z niepełnosprawnością, ambiwalencja postaw, preferencja modeli niepełnosprawności intelektualnej, empatia w jej wymiarach szczegółowych i globalnym (z nielicznymi wyjątkami), wartościowanie seksualności człowieka w kontekście znaczenia poszczególnych jej aspektów, konsekwencji i dopuszczalności określonych działań regulujących tę sferę funkcjonowania. W mniejszym zakresie o zbieżności charakteru powiązań można mówić w przypadku takich kompetencji osobowych, jak: preferencja wartości oraz moralna ocena określonych aspektów seksualności człowieka. Zbieżność w charakterze korelacji zaobserwowano w przypadku nielicznych współczynników ustalonych dla zmiennej podobieństwo hierarchii indywidualnych do wzorcowej.

Ocena specyfiki powiązań rozpatrywanych w obszarze poszczególnych wymiarów postaw pozwala stwierdzić określone tendencje. W zakresie emocjonalno-oceniającego nastawienia do seksualności osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, od uzyskanego schematu korelacji (określonego na podstawie jej kierunku) odbiega sterylizacja, tworząca odmienne pod względem kierunku zależności z wybranymi kompetencjami osobowymi. W obszarze

komponentu poznawczego postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim podobieństwo charakteru powiązania (jego kierunku) stwierdza się w zakresie przekonań opisujących tę seksualność w kategoriach negatywnych. W ich świetle jest ona zjawiskiem wyrażającym się w sposób przesadny, ponadto niemającym wartości. Niektóre z tych przekonań traktują upośledzonych w stopniu lekkim jako pozbawionych płciowości. Od ustalonego schematu korelacji odbiega charakter współzależności ustalonych w obszarze przekonań pozytywnych, budujących kategorię seksualności racjonalizowanej. Należy jednak zaznaczyć, że tak określony schemat zależności nie zawsze jest zachowany, odnotowano bowiem przypadki, zwłaszcza w grupie porównawczej, w których kierunek korelacji nie jest związany z charakterem przekonań.

Przebieg zależności, które tworzy aspekt behawioralny postaw wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością, jest najczęściej tożsamy z tym, jaki obserwuje się w zakresie większości aspektów budujących komponent emocjonalno-oceniający oraz przekonań tworzących kategorię seksualności racjonalizowanej i normalizowanej.

Możliwość uzyskania pełnego obrazu powiązań rozpatrywanych tu postaw oraz pozostałych kompetencji osobowych wymaga zastosowania analiz wielowymiarowych, pozwalających ustalić całość złożonych relacji. Słuszność takiego rozwiązania jest uzasadniona zarówno złożonością postaw, jak i innych elementów osobowych, w tym szczególnie empatii, preferencji wartości czy sposobu wartościowania seksualności człowieka. Zastosowana analiza kanoniczna pozwala odnieść się nie tyle do pojedynczych zmiennych oraz powiązań między nimi, co uczyniono w ramach prostej analizy korelacyjnej, ile ująć poszczególne wymiary korelowanych zmiennych [por. Cz. Nosal, 1987, s. 169] czy inaczej ich zbiory. Ustalone dzięki niej zmienne kanoniczne (pierwiastki kanoniczne), oddające powiązanie między umownie określonymi kryteriami i predyktorami, odzwierciedlają strukturę złożonych relacji. W niniejszej pracy mianem kryteriów określa się zmienne postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, w tym obejmujące ich komponent emocjonalno-oceniający, poznawczy i behawioralny. Predyktory to, włączane kolejno w analizy, kompetencje osobowe w postaci: empatii, systemu wartości oraz zbieżności hierarchii indywidualnych z wzorcową, wartościowania seksualności człowieka wedle kryterium znaczenia dla zdrowia i jakości życia oraz kryterium moralnego, postaw wobec osób z niepełnosprawnością wraz z ich ambiwalencją oraz preferencji modeli niepełnosprawności intelektualnej.

Tabela 59. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wymiarami empatii badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. LEKKIM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	0,39	0,03
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	-0,01	0,13
	Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,40	0,08
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,31	0,09
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	0,53	-0,14
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,32	-0,01
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,30	0,02
	Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim	-0,13	-0,22
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	0,45	0,04
	Miłość osób z NI w stopniu lekkim	0,23	0,09
	Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,35	0,10
	Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	0,34	0,26
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,31	0,23
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,20	0,11
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,45	0,28
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	0,15	-0,01
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,25	0,23
	Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	-0,09	-0,26
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	0,33	0,26
	Seksualność dewaluowana	-0,34	0,05
	Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,44	0,15
	Seksualność nadmierna	0,02	0,22
	Deseksualizacja	-0,05	0,16
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	0,10	0,36	
Rc		0,563	0,681
p		0,008	0,002
EMPATIA	Empatia syndrom I	0,27	0,17
	Empatia syndrom II	0,69	0,95
	Empatia syndrom III	0,36	0,25
	Empatia syndrom IV	-0,29	0,43
	Empatia syndrom V	0,30	0,40
	Empatia globalna	0,40	0,10

Analizy korelacyjne przeprowadzone w zakresie poszczególnych komponentów postaw wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz empatii wykazały, iż stosunkowo największy udział w budowaniu istotnych powiązań posiada w grupie podstawowej syndrom II empatii, określany mianem współodczuwania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (tabela 58). Tworzone w jego obszarze zależności z pozytywnymi komponentami emocjonalno-oceniającego oraz poznawczego ustosunkowania, ponadto motywacją do działań wspierających, miały charakter dodatni. W grupie porównawczej istotniejsze znaczenie w kształtowaniu powiązań z poszczególnymi komponentami postaw przyjmował syndrom I, tj. sympatyzowanie z innymi doświadczeń emocjonalnych i uczuciowych. Ustalono jego dodatnie związki z pozytywnymi elementami emocjonalno-oceniającymi, poznawczymi oraz motywacją do działań, ponadto ujemne z poznawczymi elementami o znaczeniu negatywnym.

Przeprowadzona analiza kanoniczna nie w pełni potwierdza wagę tych syndromów w budowaniu struktury powiązań z postawami, w ich ujęciu wielowymiarowym (tabela 59). Zarówno u pedagogów specjalnych, jak i ogólnych ustalono po jednej istotnej parze zmiennych kanonicznych, które ujawniają umiarkowanie silne powiązanie obu grup zmiennych. Na podstawie empatii można wyjaśnić u pedagogów specjalnych 5,3% zmienności w zbiorze postaw wobec seksualności. Natomiast na bazie zmiennych postaw jedynie 3% zmienności w zbiorze empatii. W przypadku pedagogów ogólnych siła powiązania zmiennych kanonicznych (RcI B) jest wyższa. Znaczenie empatii w wyjaśnianiu zmienności postaw jest tutaj większe niż w grupie podstawowej i wynosi 10%. Rola postaw w wyjaśnianiu zmienności w zbiorze empatii jest mała – 1,4%.

Niskie współczynniki redundancji pozwalają sądzić o słabym całkowitym związku pomiędzy postawami wobec seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim a empatią w obu badanych grupach. Można jednocześnie wskazać, co jest zbieżne z oczekiwaniami, iż empatia jest zmienną w większym stopniu wyjaśniającą zmienność wyników w zakresie postaw, niż odwrotnie. Stwierdzenie to, ze względu na niskie współczynniki redundancji, należy przyjąć z ostrożnością, podobnie jak analizy informujące o charakterze powiązania obu zmiennych. Zostaną one przeprowadzone na podstawie kanonicznych ładunków czynnikowych [A. Stanisławski, 2007, s. 32].

Ustalona w grupie podstawowej zmienna kanoniczna (RcI A) ma charakter dwubiegunowy. Uwzględniając tę specyfikę w interpretacji, można stwierdzić, że pedagodzy specjaliści posiadający silnie rozwiniętą empatię w jej wymiarze

emocjonalnym, ujawniającą się w zdolności współprzeżywania emocji i uczuć innych, a jednocześnie dysponujący słabszymi kompetencjami empatycznymi o charakterze poznawczym czy motywacyjnym (zwłaszcza gotowością do poświęcania się dla innych), wyrażają pozytywne emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do psychospołecznych i fizycznych aspektów seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Ich przekonania na temat istoty tej seksualności, jej przejawów i uwarunkowań, pozwalają widzieć ją w pozytywnym świetle, jako zbliżającą osoby z niepełnosprawnością do normy, co z tym związane – doceniać jej istnienie i wartość.

Interpretacja zmiennej kanonicznej uzyskanej w grupie porównawczej (RcI B) w znacznej części może być zbieżna z tą dokonaną u pedagogów specjalnych. Można zatem stwierdzić, że pedagodzy ogólni z bardzo silnie rozwiniętą zdolnością współodczuwania emocji oraz uczuć pozytywnych i negatywnych, przy znacznie słabszej gotowości do poświęcania się dla innych, czy też słabiej rozwiniętych zdolnościach komunikacyjnych empatii oraz jeszcze słabszych jej zdolnościach poznawczych, wykazują motywację do wsparcia niepełnosprawnych w stopniu lekkim w realizacji ich seksualności, oceniając jednocześnie pozytywnie większość jej aspektów, zwłaszcza współżycie seksualne, ale tylko w związku heterogenicznym pod względem sprawności intelektualnej partnerów, edukację seksualną, przyjaźń i potrzeby seksualne. Jednocześnie jednak ich emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do masturbacji czy sterylizacji tych jednostek jest negatywne. Pedagogów tych w większym stopniu charakteryzują przekonania obrazujące tę seksualność jako nadmierne wyrażoną niż zbliżoną do normy pod względem przejawów i uwarunkowań. Można sądzić, że o charakterze tych przekonań w dużej mierze decyduje ich emocjonalno-oceniające ustosunkowanie do masturbacji.

W strukturze korelacji poszczególnych komponentów postaw z wartościami istotne okazały się w grupie podstawowej wartości moralne, w których zakresie odnotowano stosunkowo najwięcej zależności znaczących statystycznie (tabela 58). Charakter tych związków pozwala stwierdzić, że preferencji wartości moralnych towarzyszą pozytywne emocjonalno-oceniające ustosunkowania wobec wybranych aspektów seksualności osób z lekką niepełnosprawnością oraz negatywna ocena ich sterylizacji. Podobnie z silniejszą preferencją tych wartości współwystępują pozytywne przekonania na temat seksualności, a ujemne z nią związki tworzą przekonania negatywne.

W grupie porównawczej istotne bądź zbliżone do istotnych korelacje tworzyły przede wszystkim wartości hedonistyczne oraz estetyczne. Charakter zależności pozwala stwierdzić, że silniejszej ich preferencji towarzyszy

negatywne ustosunkowanie do niektórych aspektów seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim, a przy tym pozytywna ocena masturbacji oraz potwierdzanie słuszności przekonań negatywnych.

Tabela 60. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wartościami preferowanymi przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE		
		grupa A		grupa B
		RcI	RcII	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. LEKKIM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	0,34	0,14	0,26
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	0,05	0,04	-0,07
	Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,36	0,13	-0,04
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,34	0,21	-0,06
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	0,30	0,15	0,14
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,23	0,19	-0,14
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,09	0,27	-0,21
	Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	0,15	0,01	0,03
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	0,20	0,04	0,12
	Miłość osób z NI w stopniu lekkim	-0,03	0,21	-0,14
	Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,19	0,16	-0,20
	Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	0,11	0,27	-0,29
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,13	0,45	-0,18
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,14	0,27	-0,12
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,20	0,36	-0,12
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	0,12	0,30	0,15
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	-0,08	0,34	-0,06
	Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	-0,52	0,26	0,09
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	0,10	0,10	-0,10
	Seksualność dewaluowana	-0,24	-0,32	-0,30
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,28	0,28	-0,18	
Seksualność nadmierna	-0,12	0,05	-0,42	
Deseksualizacja	-0,16	-0,28	-0,38	
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	0,07	0,53	0,25	
Rc		0,679	0,577	0,710
p		0,000	0,007	0,046

WARTOŚCI	Hedonistyczne	-0,57	-0,02	-0,44
	Witalne	-0,37	-0,42	-0,57
	Estetyczne	-0,30	0,00	-0,41
	Prawdy	-0,28	0,37	-0,65
	Moralne	-0,02	0,45	-0,68
	Święte	0,42	0,22	-0,44
	Sprawność i siła fizyczna	-0,55	-0,23	-0,34
	Wytrzyłość	-0,07	-0,52	-0,63
	Świętości świeckie	0,31	0,26	-0,44
	Świętości religijne	0,39	0,07	-0,27
	Zbieżność hierarchii indywidualnych z hierarchią wzorcową	-0,29	0,33	-0,02

U pedagogów specjalnych uzyskano dwie zmienne kanoniczne spełniające kryteria istotności statystycznej, o umiarkowanie wysokich wartościach współczynników korelacji kanonicznej (tabela 60). W grupie porównawczej otrzymano tylko jedną zmienną o wysokim współczynniku korelacji, ale dość niskiej istotności statystycznej.

W grupie pedagogów specjalnych wartości pozwalają wyjaśnić jedynie 6% zmienności w zbiorze postaw, z kolei na podstawie zbioru postaw można przewidzieć tylko 2,3% zmienności w zbiorze wartości. Kierunek redundancji zostaje zachowany w drugiej zmiennej kanonicznej (RcII A), gdzie 3,3% zmienności w zbiorze postaw wyjaśnianych jest przez wartości, a w kierunku przeciwnym, tj. od postaw do wartości – 2,2%. Ustalone współczynniki potwierdzają kierunek zależności, w którym to na podstawie wartości w większym stopniu można sądzić o postawach. Prawomocność tego wnioskowania pomniejsza jednak fakt, iż są one bardzo niskie. W grupie porównawczej, bazując na zmiennych postaw, można wyjaśnić 1,9% zmienności w zbiorze wartości, a w kierunku przeciwnym, tj. na podstawie wartości – 11,7% zróżnicowania w zbiorze postaw, wobec seksualności. Wyniki te potwierdzają zatem większe znaczenie wartości dla wyjaśniania postaw. Zarówno jeden, jak i drugi wskaźnik jest jednak bardzo niski, co przy słabej istotności współczynnika korelacji kanonicznej nakazuje ostrożność przy interpretacji powiązań obu zbiorów zmiennych.

Interpretacja pierwszej pary zmiennych kanonicznych (RcI A), o charakterze dwubiegunowym, pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjaliści, uznający znaczenie wartości świętych, w tym zarówno takich, które mają charakter świecki, jak i religijny, a jednocześnie obniżający wagę wartości wyrażających przyjemność życia i doświadczenia estetyczne, czy też wartości zdrowia i sprawności, w mniejszym stopniu tych wartości, które uznają wiedzę

Tabela 61. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wartościowaniem seksualności człowieka przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

	ZMIENNE KANONICZNE									
	grupa A					grupa B				
	RcI	RcII	RcIII	RcIV	RcI	RcII	RcIII	RcIV	RcV	RcVI
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	0,08	0,27	-0,16	0,19	-0,40	0,07	0,08	0,04	0,29	
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	0,36	0,30	0,07	-0,03	-0,18	-0,05	0,34	-0,24	0,25	
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,07	0,16	0,08	-0,07	-0,18	-0,09	0,30	-0,31	0,22	
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,06	0,21	-0,03	-0,03	-0,10	0,14	0,34	-0,38	0,18	
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	0,03	0,07	-0,20	-0,19	-0,36	-0,03	-0,02	-0,30	0,02	
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,02	0,05	0,06	0,06	-0,28	0,02	0,21	-0,25	0,16	
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,08	0,03	-0,04	-0,14	-0,21	0,05	0,10	-0,47	0,16	
Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	0,01	-0,26	0,44	0,16	0,38	0,01	-0,10	0,30	0,11	
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	0,16	0,11	-0,06	0,11	-0,33	0,04	-0,07	-0,37	0,24	
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	0,03	0,20	0,12	0,06	-0,11	0,14	0,21	-0,59	0,07	
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,14	0,20	-0,05	-0,06	-0,08	0,20	0,27	-0,49	0,15	
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	-0,06	0,18	0,01	0,38	0,06	0,09	0,11	-0,38	0,33	
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,02	0,06	0,04	0,33	0,09	0,15	0,11	-0,27	0,20	
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,22	0,20	0,12	-0,35	-0,18	-0,15	0,18	-0,38	0,29	
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,22	0,04	0,06	-0,27	-0,27	0,01	0,34	-0,35	0,21	
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	0,17	-0,24	-0,29	0,34	0,50	-0,33	-0,20	0,27	0,04	
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,13	0,28	0,07	0,04	-0,14	-0,29	0,15	-0,50	0,08	
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	0,77	0,04	0,15	-0,05	0,05	-0,77	0,11	-0,05	0,27	
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	-0,09	-0,01	-0,17	0,33	0,47	-0,20	0,05	-0,37	0,41	
Seksualność dewaluowana	-0,16	-0,26	0,45	0,05	0,25	0,14	-0,16	0,16	-0,00	
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,15	0,55	-0,01	-0,01	0,18	-0,19	0,31	-0,44	0,09	
Seksualność nadmierna	-0,04	0,19	0,29	-0,01	0,20	0,14	-0,12	0,11	-0,13	

WARTOŚCIOWANIE SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA												
Deseksualizacja	-0,38	-0,19	0,53	-0,02	0,30	0,41	0,14	0,24	-0,06			
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	0,32	0,31	0,24	0,37	-0,22	-0,40	0,26	-0,29	0,15			
Rc	0,813	0,719	0,679	0,627	0,855	0,818	0,772	0,718	0,673			
P	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,046			
Potrzeby seksualne	-0,03	-0,06	0,09	-0,39	0,25	-0,00	-0,37	-0,30	-0,21			
Prokreacja	-0,15	-0,01	-0,02	0,04	0,17	0,09	-0,04	-0,35	0,15			
Współzycie płciowe	0,07	0,14	0,19	-0,50	0,16	0,15	-0,01	-0,14	-0,30			
Miłość w relacjach intymnych	-0,10	0,20	0,12	-0,35	0,14	-0,10	0,05	-0,45	-0,05			
Przyjaźń w relacjach intymnych	-0,04	0,04	0,01	-0,10	0,34	-0,33	0,01	-0,26	-0,29			
Edukacja seksualna	0,08	0,11	0,11	0,20	0,51	-0,16	0,51	-0,19	-0,46			
Masturbacja	0,85	-0,11	0,05	-0,10	0,04	-0,80	0,04	0,28	-0,10			
Antykoncepcja chemiczna	0,51	-0,42	-0,10	0,16	0,60	-0,52	0,14	0,19	0,18			
Antykoncepcja mechaniczna	0,28	-0,62	-0,09	-0,07	0,65	-0,37	0,08	0,31	-0,01			
Antykoncepcja naturalna	0,01	0,21	0,05	0,42	0,05	-0,21	-0,43	-0,19	-0,24			
Sterylizacja	0,20	-0,48	0,61	0,17	0,53	-0,14	0,04	0,14	0,14			
Antykoncepcja chemiczna, ocena moralna	0,37	-0,27	-0,09	0,18	0,63	-0,42	0,05	0,22	0,05			
Antykoncepcja naturalna, oc. mor.	0,11	-0,04	-0,04	0,29	0,46	-0,24	-0,28	0,13	-0,14			
Antykoncepcja mechaniczna, oc. mor.	0,20	-0,52	-0,36	0,03	0,63	-0,32	0,09	0,38	-0,02			
Współzycie przedmatężskie, oc. mor.	0,37	-0,18	-0,17	0,09	0,53	-0,34	-0,10	0,52	0,15			
Edukacja seksualna, oc. mor.	0,12	0,44	-0,07	0,36	0,51	-0,37	0,19	-0,34	-0,10			
Homoseksualizm, oc. mor.	0,23	-0,11	0,11	0,14	0,33	-0,44	0,39	0,11	0,13			
Masturbacja, oc. mor.	0,83	-0,02	-0,07	0,00	0,31	-0,60	0,17	0,13	-0,12			
Sterylizacja, oc. mor.	0,22	-0,42	0,35	0,28	0,69	-0,04	0,11	0,17	0,22			

i zdolności intelektualne, wyrażają pozytywne emocje będące bezpośrednim wyrazem procesów oceniania wielu aspektów psychofizycznych seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Badani ci równocześnie ujawniają negatywną ocenę masturbacji. Pedagodzy specjaliści o opisanej strukturze preferencji wartości, ujawniający ponadto rozbieżność hierarchii indywidualnej w stosunku do wzorcowej, uznają za słuszne te przekonania, w których świetle seksualność lekko niepełnosprawnych jest racjonalna w swoim wyrazie i zbliżona do normy, jednocześnie za niesłuszne traktują obniżające jej wartość.

Drużyna ze zmiennych kanonicznych (RcII A), także dwubiegunowa, opisuje pedagogów specjalnych, preferujących wartości moralne oraz wartości prawdy, w mniejszym stopniu – święte, ale jedynie o charakterze świeckim, obniżających znaczenie wartości witalnych, zwłaszcza wytrzymałości oraz posiadających hierarchię zbieżną z wzorcową. Osoby takie ujawniają wyraźną motywację do działań wspierających seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim, wartościują ją pozytywnie, zwłaszcza jej aspekty o charakterze psychospołecznym (przyjaźń, narzeczeństwo, małżeństwo), ale, co warto podkreślić, określane w konfiguracji heterogenicznej, ponadto negują słuszność przekonań dewaluujących tę seksualność bądź zaprzeczających jej istnieniu, a potwierdzają zasadność twierdzeń opisujących ją w pozytywnym świetle.

Interpretacja jednej pary zmiennych kanonicznych w grupie porównawczej (RcI B) stwarza trudności. Charakter ładunków czynnikowych poszczególnych wartości jest ujemny, podobnie jak uzyskanych w zakresie postaw. Można zatem mówić jedynie o silniejszym bądź słabszym obniżaniu znaczenia wartości i towarzyszącemu temu określone ustosunkowaniu do seksualności. Nie można jednak ustalić preferencji wartości oraz zbieżności hierarchii z wzorcową. Opierając się na tych założeniach, trzeba powiedzieć, że pedagogzy ogólni silniej obniżają wagę wartości wyższych – moralnych i prawdy, w mniejszym stopniu niższych – witalnych, hedonistycznych i estetycznych, a jeszcze mniejszym – świętych, należących również do wartości wyższych, zaprzeczają przekonaniom, w których świetle seksualność niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim jest nadmierna czy dewaluowana, ale także twierdzeniom dokonującym deseksualizacji tych jednostek. Pedagodzy ci równocześnie ujawniają negatywne emocje wobec niektórych aspektów seksualności upośredzonych, zwłaszcza pozostających w jej wymiarze psychospołecznym oraz pozytywne względem innych, z wymiaru fizycznego. Obniżaniu wagi wartościom towarzyszy pozytywna motywacja do działań związanych z szeroko rozumianym wspieraniem seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Można jednak wnioskować, zważywszy na charakter ładunków

czynnikowych (o niskiej wartości) uzyskanych w zakresie sfery cielesnej, antykoncepcji i rodzicielstwa, że podstawowym źródłem motywacji jest dążenie do regulacji płciowości lekko upośledzonych umysłowo.

Struktura zależności postaw wobec płciowości niepełnosprawnych w stopniu lekkim oraz wartościowania seksualności człowieka jest rozbudowana, co uwidacznia się zarówno w prostych powiązaniach, ustalonych na podstawie analizy korelacyjnej (tabela 58), jak i złożonych, uzyskanych w toku analizy kanonicznej (tabela 61). Należy jednak zauważyć, że stwierdzenie to w większym stopniu odnosi się do grupy porównawczej. W jej przypadku ustalono więcej istotnych zależności w zakresie poszczególnych komponentów postaw oraz wartościowania takich elementów, jak antykoncepcja chemiczna i mechaniczna w obu wymiarach ocen, czy też współżycie seksualne w wymiarze moralnym. Rozważenie charakteru związków należy tutaj przeprowadzić nie tyle z uwzględnieniem znaczenia komponentu postawy, tj. określonego wartościowania w nim seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, co z uwzględnieniem konkretnych aspektów seksualności. Najwięcej istotnych korelacji o dodatnim charakterze odnotowano w obu grupach w przypadku emocjonalno-oceniającego ustosunkowania do antykoncepcji upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim oraz wartościowania poszczególnych form antykoncepcji, współżycia seksualnego, edukacji seksualnej, sterylizacji i masturbacji. Wartościowanie seksualności człowieka w obu jego wymiarach, a zatem z perspektywy zdrowia i jakości życia oraz moralnej, tworzy specyficzne wzorce powiązań (dodatkowo, w przeciwieństwie do pozostałych) w obrębie wybranych zmiennych postaw. Dotyczy to antykoncepcji, sterylizacji, masturbacji, edukacji seksualnej, ponadto przekonań negatywnych, mówiących o dewaluacji płciowości niepełnosprawnych oraz jej zwiększonym nasileniu, czy też twierdzeń o charakterze deseksualizującym.

Wniosek o większej złożoności struktury wzajemnych zależności opisanych tu zmiennych w grupie porównawczej potwierdza analiza kanoniczna, w wyniku której u pedagogów ogólnych ustalono pięć istotnych pierwiastków kanonicznych o bardzo wysokich i istotnych współczynnikach korelacji kanonicznej, natomiast w grupie podstawowej cztery o wysokiej istotności współczynników, w dwóch przypadkach również wysokiej ich wartości.

Na podstawie zmiennych kryterialnych postaw w pierwszej parze zmiennych kanonicznych uzyskanych u pedagogów specjalnych (RcI A) można wyjaśnić jedynie 3,4% zróżnicowania w zbiorze wartościowania seksualności człowieka, w kierunku przeciwnym – 79% zmienności. Bardzo niskie współczynniki redundancji, także całkowitej, informujące o jedynie 17% oraz 28%, pomimo

wysokiego wskaźnika powiązania zmiennych kanonicznych w pierwszej parze, nie pozwalają na wnioskowanie o silnej zależności postaw badanych pedagogów specjalnych wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim oraz określonego sposobu wartościowania przez nich seksualności człowieka. Podobne wnioski można odnieść do pozostałych zmiennych kanonicznych, w których współczynniki redundancji są jeszcze niższe, zwłaszcza jeśli uwzględni się coraz słabszą siłę powiązania ustaloną na podstawie współczynników korelacji kanonicznej.

Interpretacja pierwszego pierwiastka kanonicznego (RcI A) pod względem jego zawartości treściowej pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjaliści bardzo wysoko oceniający masturbację jako zjawisko ważne dla zdrowia i jakości życia człowieka, a jednocześnie moralne, nieco niżej wartościujący w tych kontekstach antykoncepcję chemiczną, a jeszcze niżej mechaniczną, postrzegający jako zjawiska moralne homoseksualizm i sterylizację, niedostrzegający w tej ostatniej negatywnych znaczeń dla zdrowia człowieka i jakości jego życia, wykazują silną pozytywną ocenę masturbacji jako sposobu realizacji potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Ujawniają także motywację do działań na rzecz wspierania ich seksualności, zaprzeczając, iż jednostki te są jej pozbawione. Pozytywnie wartościują popęd u tych osób oraz ich współżycie seksualne, jakkolwiek ocena tego ostatniego, jako sposobu realizacji potrzeb seksualnych, jest znacznie niższa niż masturbacji.

W drugiej parze zmiennych kanonicznych (RcII A) postawy pozwalają wyjaśnić 2,5% zmienności w zbiorze wartościowania seksualności człowieka, a predyktory 4,6% zróżnicowania w zbiorze postaw.

Dwubiegunowy układ drugiej zmiennej kanonicznej upoważnia do stwierdzenia, że pedagodzy specjaliści przekonani o szkodliwości antykoncepcji, zwłaszcza mechanicznej, podobnie sterylizacji, jak również postrzegający je jako niemoralne, jednocześnie pozytywnie wartościujący edukację seksualną, zwłaszcza w wymiarze moralnym, ponadto miłoścy oraz preferujący naturalne metody antykoncepcji, wyrażają przekonania na temat seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, które mają znaczenie racjonalne i normalizujące. Są to także osoby zmotywowane do działań na rzecz wspierania tej seksualności, w różnych jej wymiarach, tj. indywidualnym i społecznym, oceniające psychospołeczne i fizyczne jej przejawy w kategoriach pozytywnych. Ci pedagodzy specjaliści nie akceptują jednak sterylizacji i antykoncepcji u niepełnosprawnych w stopniu lekkim, ponadto zaprzeczają negatywnym przekonaniom na jej temat.

Trzecia zmienna kanoniczna w grupie podstawowej (RcIII A) ma słabszy współczynnik korelacji i bardzo niskie współczynniki redundancji, informujące o 2,1% wyjaśniania zmienności w zbiorze wartościowania seksualności człowieka przy zmiennych postaw oraz w kierunku przeciwnym – 1,9%. W tym przypadku mamy zatem do czynienia z odwróceniem kierunku redundancji, gdzie w nieco większym stopniu o wartościowaniu seksualności człowieka informują nas zmienne postaw. Dwubiegunowość zmiennej, zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów, przy uwzględnieniu kierunku redundancji, pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjalni przyznający słuszość przekonaniom zakładającym obniżenie siły potrzeb seksualnych u niepełnosprawnych w stopniu lekkim, w mniejszym stopniu pozbawiającym tę seksualność wartości, w jeszcze mniejszym opisującym ją jako nadmiernie wyrażaną, posiadający motywację do działań na rzecz tej seksualności i opowiadający się za sterylizacją jednostek upośledzonych, równocześnie negatywnie oceniający niektóre z aspektów seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim, w tym antykoncepcję czy rodzicielstwo, ujawniają silne pozytywne wartościowanie sterylizacji, zwłaszcza w kontekście zdrowia człowieka, w mniejszym stopniu w kontekście moralnym. Osoby te również negatywnie wartościują pod względem moralnym antykoncepcję mechaniczną. Z opisanej charakterystyki wyłania się pewna niespójność. Logiczne wydaje się bowiem założenie, że skoro osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim są pozbawione potrzeb seksualnych, czy też są one u nich stłumione, nie wymagają podejmowania działań korygujących bądź kontrolujących, do których odnosi się motywacja, czy też takich, które wyraźnie zawiera sterylizacja. Można jednak sugerować, że deseksualizacja w ocenie badanych ma być swoistym wynikiem sterylizacji i innych działań tłumiących, „rezultatem przekształcania” seksualności nadmiernie wyrażonej i bezwartościowej, która się tutaj również pojawia w ich ocenach. Postrzeganie sterylizacji jako najbardziej skutecznej w tym kontekście, zwłaszcza przy odrzuceniu antykoncepcji u niepełnosprawnych w stopniu lekkim (prawdopodobnie uznawanej za nieskuteczną), ma znaczenie dla jej akceptacji jako metody nieszkodliwej i moralnej.

Postawy pozwalają wyjaśnić 1,6% zróżnicowania w zbiorze wartościowania seksualności człowieka w czwartej zmiennej kanonicznej (RcIV A), podczas gdy w kierunku przeciwnym – 2,4%. Interpretacja zmiennej kanonicznej pozwala przyjąć, że pedagodzy specjalni oceniający współżycie płciowe jako mało ważne w kontekście zdrowia człowieka, przy tym nisko wartościujący w tej płaszczyźnie potrzeby seksualne, ale również miłość, jako podstawę intymnego związku, przypisujący pozytywne znaczenie antykoncepcji naturalnej,

jako metodzie bezpiecznej dla zdrowia człowieka, wyrażający uznanie dla edukacji seksualnej, przede wszystkim w aspekcie moralnym, ale, co może być tutaj nieoczekiwane, oceniający sterylizację jako moralną, ujawniają motywację do działań wspierających niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim w realizacji ich seksualności. Osoby te cenią przyjaźń tych jednostek, ale już nie współżycie płciowe, pozytywnie wartościują ich antykoncepcję. W kontekście tych nastawień, mających silny wymiar zapobiegawczy i kontrolujący, pojawia się również pozytywna ocena edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością.

Wyższe wartości współczynników korelacji kanonicznej, a przy tym współczynników redundancji, ustalone dla zmiennych kanonicznych w grupie porównawczej, pozwalają sądzić na temat silniejszego w niej powiązania postaw wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz wartościowania seksualności człowieka.

W pierwszej parze zmiennych kanonicznych (RcI B) na podstawie postaw można wyjaśnić 5,2% zmienności w zbiorze wartościowania seksualności, w przeciwnym zaś kierunku 16,9% zmienności postaw wyznaczonej przez zbiór ocen poszczególnych aspektów seksualności człowieka. Zmienne mają charakter dwubiegunowy, ale jedynie po stronie kryteriów. Interpretacja wyników pozwala stwierdzić, że pedagodzy ogólni ujawniający aprobatę wobec różnych aspektów seksualności człowieka, zwłaszcza mających wymiar regulujący (wszelkie formy antykoncepcji oraz sterylizacja, ponadto edukacja seksualna), przyznający im wartość zarówno moralną, jak i w kontekście zdrowia oraz jakości życia człowieka, pozytywnie oceniają aspekty seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, wyrażające sposoby jej kontroli, uznając tę seksualność za nadmierną i pozbawioną wartości. Stwierdzone u tych pedagogów pozytywne ustosunkowanie do przekonań zakładających deseksualizację omawianej grupy niepełnosprawnych może być interpretowane podobnie jak w trzeciej parze zmiennych kanonicznych u pedagogów specjalnych – deseksualizacja ma być wynikiem działań regulująco-kontrolujących. Można jednak sądzić, że takie działania nie są postrzegane jako leżące w gestii badanych, o czym świadczy brak motywacji do wsparcia seksualności. Wartościowanie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, w jej aspektach fizycznych i psychospołecznych, ma charakter negatywny.

W zakresie drugiej pary zmiennych kanonicznych (RcII B) dotychczas obserwowany charakter redundancji zostaje zachowany, na podstawie zmiennych wartościowania można bowiem wyjaśnić 6% zróżnicowania postaw,

a w przeciwnym kierunku – 3,6%. Zarówno kryteria, jak i predyktory mają charakter dwubiegunowy. Wyraźnie krytyczna ocena masturbacji, dokonana w aspekcie zdrowia i jakości życia oraz w wymiarze moralnym, przy znacznie słabszym negatywnym wartościowaniu wszelkich form antykoncepcji, moralnej negacji homoseksualizmu, współżycia przedmałżeńskiego, a nawet edukacji seksualnej, łączy się tutaj z silną negatywną oceną masturbacji u niepełnosprawnych w stopniu lekkim, zaprzeczaniem ich seksualności oraz brakiem motywacji do działań na rzecz jej wspierania. Wydaje się, że w tym przypadku potwierdzanie słuszności przekonań zakładających deseksualizację lekko upośledzonych wynika z postrzegania ich jako pozbawionych potrzeb seksualnych, czy też odczuwających je w mniejszym nasileniu (ich ocena jest również negatywna), stąd niska ocena edukacji seksualnej, czy też antykoncepcji, które w tym przypadku postrzegane są jako bezzasadne. Deseksualizacja może jednak w mniejszym zakresie dotyczyć potrzeb psychospołecznych i zdolności ich odczuwania przez osoby z tą niepełnosprawnością.

W trzeciej parze zmiennych kanonicznych (RcIII B) na podstawie wartościowania seksualności człowieka można wyjaśnić 3,1% zmienności w zbiorze postaw, a wychodząc od niego – 2,8% zmienności w zbiorze wartościowania seksualności. Tak niskie współczynniki redundancji, nawet przy wysokim współczynniku korelacji kanonicznej, budzą wątpliwości co do powiązania obu zbiorów zmiennych. Interpretując zawartość zmiennej kanonicznej, w jej ujęciu dwubiegunowym, można stwierdzić, że pedagogzy ogólni, uznający edukację seksualną, zwłaszcza w kontekście jej znaczenia dla zdrowia człowieka i jakości jego życia, ale również obniżający wartość antykoncepcji naturalnej w tym aspekcie oraz w aspekcie moralnym, przy tym niedostrzegający pozytywnego znaczenia potrzeb seksualnych, pozytywnie ustosunkowują się do seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Wyraża się to zarówno w komponencie emocjonalno-oceniającym, poznawczym, jak i motywacyjnym postaw. Pozytywna ocena fizycznych i psychospołecznych aspektów seksualności tych jednostek, przy negatywnej ocenie antykoncepcji, towarzyszy potwierdzaniu słuszności przekonań opisujących ich seksualność w sposób racjonalny i zbliżający ją do normy oraz motywacji do działań, które zmierzają do jej wsparcia.

W czwartej parze zmiennych (RcIV B) obserwuje się odwrócenie kierunku redundancji – na podstawie zbioru postaw można wyjaśnić 6% zmienności w zbiorze wartościowania seksualności człowieka, natomiast wychodząc ze zbioru wartościowania – 3,9% zmienności w zbiorze postaw. Wyższej ocenie, szczególnie moralnej, różnych form sztucznej regulacji seksualności człowieka,

przy silnej aprobacie moralnej współżycia małżeńskiego, uznaniu wartości masturbacji, towarzyszy silniejsza negacja miłości intymnej, przyjaźni, ale również prokreacji człowieka czy jego potrzeb seksualnych. Przy uwzględnieniu moralnej negacji edukacji seksualnej daje to obraz osób instrumentalnie nastawionych do płciowości człowieka. Pedagodzy tacy ujawniają najsilniejsze spośród wszystkich ustalonych konfiguracji niekorzystne ustosunkowanie do seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Przejawia się ono w negatywnym emocjonalno-oceniającym odniesieniu do aspektów fizycznych i psychospołecznych seksualności tych jednostek, akceptowaniu ich sterylizacji, w mniejszym stopniu antykoncepcji, zaprzeczaniu słuszności przekonań pozytywnie opisujących tę seksualność oraz w braku motywacji do działań służących jej wspieraniu. Określone tutaj uznanie dla słuszności przekonań mówiących o deseksualizacji ma takie podłoże, jak w opisanym w pierwszej zmiennej kanonicznej. Patrząc na kierunek redundancji, można wnioskować, iż w tym przypadku o instrumentalnym podejściu do seksualności człowieka zadecydował posiadany obraz wartościowania seksualności niepełnosprawnych. Należałoby jednak przyjąć, że pedagodzy tak charakteryzowani mają określone doświadczenia z nią związane, znaczące z perspektywy ustalonych korelacji.

Piąta para zmiennych kanonicznych (RcV B) ma bardzo słabą moc wyjaśniającą powiązanie zbiorów zmiennych. Świadczy o tym zarówno niski poziom istotności statystycznej współczynnika korelacji kanonicznej, jak i bardzo niskie wskaźniki redundancji. Na podstawie zbioru wartościowania seksualności człowieka można wyjaśnić 1,7% zmienności w zbiorze postaw, w kierunku przeciwnym – 1,5%. Obserwuje się tu zatem nie tylko niskie wartości, ale również bardzo zbliżone, co utrudnia jednoznaczne wnioskowanie na temat kierunku redundancji. Biorąc to pod uwagę, formułowana interpretacja treści również musi być przyjmowana z ostrożnością. Wartościowanie seksualności człowieka przebiega tutaj w sposób zróżnicowany, jednak, podobnie jak poprzednio, choć nie tak wyraźnie, ma charakter instrumentalny. Znacząca jest niska ocena edukacji seksualnej, zaprzeczanie wartości fizycznych i psychicznych aspektów seksualności człowieka w kontekście jego zdrowia i jakości życia. Pedagodzy ogólni, prezentujący taki sposób oceny seksualności, ujawniają pozytywne nastawienie do płciowości niepełnosprawnych w stopniu lekkim, co wyraża się zwłaszcza w jej komponencie emocjonalno-oceniającym. Szczególnie pozytywnie oceniają edukację seksualną tych osób. Analizując taki charakter treści, można sugerować, iż mamy tutaj do czynienia z negatywnym powiązaniem sposobów wartościowania ogólnie seksualności jednostki ludzkiej

i szczegółowo seksualności osoby niepełnosprawnej w stopniu lekkim. Wyrażenie jest to widoczne w przypadku edukacji seksualnej. Wniosek ten należy jednak potraktować wyłącznie w kategoriach przypuszczenia, a nie stwierdzenia, ze względu na charakter istotnych dla analizy współczynników.

Struktura korelacji postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz nastawień względem seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim jest bardzo bogata w obu grupach, a ustalone powiązania mają spójny charakter (tabela 58). Pozytywne ogólne nastawienie wobec niepełnosprawnych, interpretowane na podstawie wyższych wyników, pozostaje w dodatkowej zależności z pozytywnym emocjonalno-oceniającym, poznawczym oraz behawioralnym ustosunkowaniem do seksualności lekko upośledzonych umysłowo. Postawy takie korelują ujemnie ze sterylizacją (w grupie podstawowej) oraz z przekonaniem opisującym seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim w sposób negatywny. Interpretacja wyników uzyskanych w zakresie ambiwalencji postaw wobec osób z niepełnosprawnością prowadzi do stwierdzenia, iż jej nasilenie współwystępuje z negatywnym ustosunkowaniem do seksualności lekko niepełnosprawnych, we wszystkich jego komponentach oraz uznawaniem słuszności przekonań, które ją opisują w niekorzystnym świetle.

Charakter tych prostych zależności między poszczególnymi zmiennymi został oddany w specyfice treści zmiennych kanonicznych (tabela 62). Ustalono po jednej istotnej dla każdej z grup. Obie zmienne nie mają wysokich współczynników korelacji kanonicznej, ale są one wysoce istotne. Na podstawie postaw wobec niepełnosprawnych w pierwszej i jedynej parze zmiennych kanonicznych w grupie pedagogów specjalnych (RcI A) można wyjaśnić stosunkowo duży procent zróżnicowania w zbiorze zmiennych opisujących postawy wobec seksualności lekko niepełnosprawnych (32%), w kierunku przeciwnym – 5,5%. W przypadku tej pary zmiennych kanonicznych zarówno kryteria, jak i predyktory są dwubiegunowe. Interpretując wyniki, można powiedzieć, że mamy tutaj do czynienia z pedagogami specjalnymi, u których bardzo silnej ambiwalencji w postawach wobec osób z niepełnosprawnością towarzyszy negatywne wartościowanie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim. Wyraża się ono zarówno na poziomie emocjonalnego ustosunkowania, jak i przekonań czy motywacji. Osoby takie wykazują negatywne oceny względem fizycznych i psychospołecznych aspektów seksualności, traktując ją w kategoriach patologicznych, w tym przede wszystkim jako pozbawioną wartości oraz nadmierną w swoim wyrazie. Przyznawanie przez nich słuszności przekonaniom mówiącym o deseksualizacji jednostek

Tabela 62. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a postawami badanych wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. LEKKIM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	-0,30	-0,47
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	-0,18	-0,61
	Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	-0,43	-0,69
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	-0,45	-0,76
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	-0,39	-0,66
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	-0,25	-0,68
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	-0,41	-0,68
	Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim	0,20	0,25
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	-0,22	-0,70
	Miłość osób z NI w stopniu lekkim	-0,16	-0,78
	Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	-0,42	-0,69
	Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	-0,19	-0,47
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	-0,43	-0,53
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	-0,43	-0,71
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	-0,57	-0,75
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	-0,34	0,07
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	-0,35	-0,53
	Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	-0,03	-0,19
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	-0,41	-0,30
	Seksualność dewaluowana	0,65	0,53
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	-0,30	-0,47	
Seksualność nadmierna	0,51	0,23	
Deseksualizacja	0,48	0,51	
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	-0,43	-0,48	
Rc		0,616	0,664
p		0,000	0,000
Postawy	Wskaźnik ogólny postaw wobec osób z niepełnosprawnością	-0,84	-0,72
	Ambiwalencja postaw	0,99	0,99

upośledzonych, przy aprobacie sterylizacji, może być przejawem dążeń do całkowitego kontrolowania i tłumienia płciowości. Seksualność taka nie potrzebuje wsparcia, stąd brak motywacji do działań w tym kierunku.

W dokonywanej tu charakterystyce dwubiegunowość, zwłaszcza w zbiorze predyktorów, wymaga odrębnego ujęcia ambiwalencji w postawach i ich ogólnego wskaźnika (w tym przypadku negatywnego). Ambiwalencja, jako wyraz niespójności ocen pozytywnych i negatywnych, staje się szczególnym rodzajem walencji postawy, nie może zatem współwystępować z samym silnym nastawieniem negatywnym, co zresztą zostało potwierdzone w zmiennej kanonicznej. Idąc opisanym tokiem myślenia, należy podać charakterystykę pedagogów specjalnych ujawniających silne negatywne nastawienie do osób z niepełnosprawnością. Ich stosunek do seksualności upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, podobnie jak przy postawie ambiwalentnej, jest niekorzystny we wszystkich komponentach.

W pierwszej i jedynej parze zmiennych kanonicznych (RcI B) w grupie porównawczej na podstawie postaw wobec osób z niepełnosprawnością można wyjaśnić 33,4% zmienności w zbiorze ustosunkowań do seksualności lekko upośledzonych umysłowo, w kierunku przeciwnym – 14,3%. Ustalone tu wskaźniki redundancji oraz nieco wyższa wartość współczynnika korelacji kanonicznej w tej grupie pozwalają sądzić o silniejszym powiązaniu obu zbiorów zmiennych. Zawartość treściowa zmiennych, informująca o charakterystyce pedagogów ogólnych, jest tożsama z określoną w grupie podstawowej. Zbieżność dotyczy tutaj zarówno ambiwalencji, jak i negatywnego nastawienia do osób z niepełnosprawnością, które współwystępują (każde oddzielnie) z negatywnym nastawieniem do seksualności lekko upośledzonych umysłowo. Różnice między grupami, które mogą znaleźć odzwierciedlenie w specyfikacji siły określonego wartościowania seksualności, dotyczą czynnikowych ładunków kanonicznych.

Preferencja modelu niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim wchodzi w zależności z postawami wobec seksualności tych jednostek prawie wyłącznie w grupie podstawowej (tabela 58). Podobnie jak w poprzednim przypadku (postaw wobec niepełnosprawnych) obserwuje się zbieżność w charakterze uzyskanych korelacji. Model indywidualny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim wchodzi w zależności z negatywnym wartościowaniem seksualności tych osób, ujawniającym się na poziomie emocji, przekonań i motywacji. W dodatnim związku z preferencją tego modelu pozostaje pozytywna ocena sterylizacji oraz potwierdzenie słuszności przekonań opisujących seksualność lekko niepełnosprawnych w kategoriach zjawiska patologicznego,

Tabela 63. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a preferencją badanych modelu niepełnosprawności intelektualnej (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	brak
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. LEKKIM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	0,28	
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	0,36	
	Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,46	
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,41	
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	0,38	
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	0,25	
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,44	
	Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	-0,35	
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	0,33	
	Miłość osób z NI w stopniu lekkim	0,33	
	Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,51	
	Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	0,17	
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,22	
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,41	
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	0,43	
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	-0,02	
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	0,26	
	Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	0,20	
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	0,18	
	Seksualność dewaluowana	-0,77	
	Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,54	
	Seksualność nadmierna	-0,44	
	Deseksualizacja	-0,57	
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	0,39		
Rc		0,693	0,473
p		0,000	0,669
Model	Model indywidualny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim	-0,85	
	Model społeczny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim	0,80	

bezwartościowego lub niedostatecznie, czy też w ogóle niewyrażanego. Preferencja modelu społecznego tej niepełnosprawności współwystępuje z pozytywnym emocjonalnym ustosunkowaniem wobec większości aspektów seksualności, oprócz sterylizacji, która tutaj daje zależność ujemną. W tej konfiguracji mamy ponadto do czynienia z potwierdzeniem słuszności przekonań opisujących pozytywnie seksualność lekko niepełnosprawnych oraz z motywacją do działań ją wspierających. Model społeczny tworzy także ujemne zależności z przekonaniami opisującymi seksualność osób z lekkim upośledzeniem w kategoriach negatywnych.

Ta specyfika związków znajduje potwierdzenie na poziomie zmiennej kanonicznej, ustalonej w grupie podstawowej (tabela 63). U pedagogów ogólnych nie stwierdzono istotnego powiązania zbiorów zmiennych. Współczynnik korelacji kanonicznej u pedagogów specjalnych nie jest wysoki, ale jego wartość osiąga znaczący poziom istotności. Tożsamy, jak w większości rozpatrywanych zależności, kierunek redundancji pozwala sądzić o większym znaczeniu preferencji modelu dla kształtowania zmienności w zbiorze postaw wobec seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim (32,8%) niż o wadze postaw dla kształtowania zmienności preferencji modelu tej niepełnosprawności (7,4%). Dwubiegunowość kryteriów i predyktorów pozwala na dokonanie swoistej interpretacji. Należy się jednak zastanowić, czy jej charakter ma być podobny do tego, jaki opisano w przypadku postaw wobec niepełnosprawnych, czy też zbieżny ze sposobem interpretowania treści pozostałych zmiennych kanonicznych. Zgodnie z założeniem o komplementarności obu modeli niepełnosprawności, przyjętym w pracy i realizowanym wcześniej, można mówić o silnym uznaniu modelu społecznego oraz równie silnej negacji indywidualnego. Kierując się tym wnioskiem, trzeba powiedzieć, że pedagodzy specjaliści, rozumiejący istotę niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim w kategoriach specyficznych dla społecznego modelu niepełnosprawności, a zdecydowanie odrzucający założenia, których istota zawarta jest w modelu indywidualnym, ujawniają pozytywne postawy wobec seksualności tych jednostek. Wyraża się to przede wszystkim w komponentie poznawczym ustosunkowań. Badani potwierdzają słuszność przekonań opisujących tę seksualność w kategoriach pozytywnych i zbliżających jej obraz do normy. W nieco mniejszym stopniu obserwuje się to w emocjonalno-oceniającym ustosunkowaniu (w przypadku psychospołecznych aspektów), jeszcze słabiej behawioralnym, a zatem w motywacji do działań wspierających seksualność osób z upośledzeniem. Badani ci, akceptując seksualność lekko niepełnosprawnych intelektualnie, doceniając jej znaczenie, zaprzeczają

przekonaniom o braku jej wartości, patologiczności i aseksualności tej grupy osób. Wartość seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim, która tutaj wydaje się być szczególnie akcentowana, nie pozwala badanym na akceptację sterylizacji.

* * *

Ustalone pary zmiennych kanonicznych informują o złożonych powiązaniach postaw pedagogów wobec seksualności osób lekko niepełnosprawnych intelektualnie z kompetencjami osobowymi. Powiązania te cechuje zróżnicowana siła, w zależności od charakteru kompetencji. Wydaje się, że można mówić, opierając się na wskaźnikach liczbowych, o szczególnym znaczeniu postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz w grupie pedagogów specjalnych – preferencji modeli niepełnosprawności intelektualnej.

2. Korelacje postaw badanych wobec seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną z kompetencjami osobowymi

Struktura korelacyjna postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie z innymi kompetencjami osobowymi jest zbliżona do ustalonej w przypadku lekkiego stopnia upośledzenia (tabela 64). Stwierdzenie to dotyczy obu grup i odnosi się zarówno do liczby istotnych powiązań, jak i ich charakteru. U pedagogów specjalnych uzyskano 242 współczynniki o wartościach istotnych statystycznie (co stanowi 24,2% ogółu w tej strukturze zależności) oraz 76 zbliżonych do istotnych (tj. 7,6% ogółu). U pedagogów ogólnych otrzymano więcej istotnych i nieco mniej zbliżonych do istotnych zależności (odpowiednio: 311, tj. 31,1% ogółu zależności oraz 72, tj. 7,2% ogółu). Liczba powiązań jest zróżnicowana dla poszczególnych kompetencji osobowych. W grupie podstawowej najwięcej zależności z postawami odnotowano w obszarze zmiennej postaw wobec osób z niepełnosprawnością oraz ich ambiwalencji, ponadto w przypadku modelu niepełnosprawności intelektualnej. U pedagogów ogólnych postawy mają znaczenie podobne, jeśli chodzi o liczbę tworzonych związków, natomiast nie stwierdza się znaczącej

roli modeli niepełnosprawności intelektualnej. Większą rolę w kwestii powiązania z postawami wobec seksualności osób z głębszym upośledzeniem ma w przypadku pedagogów ogólnych wartościowanie seksualności, dokonywane wedle kryterium zdrowia i jakości życia człowieka oraz kryterium moralnego. Należy tutaj wskazać zwłaszcza na metody antykoncepcji oraz sterylizację, których wielostronne oceny wchodzą często w związki zależnościowe z komponentami postaw.

Charakter powiązań różni się w zależności od aspektu seksualności podawanego ocenie. Stwierdza się w tym zakresie pewne podobieństwa ze strukturą określoną dla lekkiej niepełnosprawności intelektualnej. W obszarze komponentu emocjonalno-oceniającego postaw wobec seksualności osób z głębszym upośledzeniem, od specyficznego schematu powiązań, określonego na podstawie kierunku zależności, odbiega sterylizacja. W zakresie składnika poznawczego można wymienić zespół przekonań określonych mianem racjonalizacji i normalizacji seksualności. Z mniejszą konsekwencją, niż w przypadku sterylizacji, odbiega on w charakterze tworzonych związków od przekonań opisujących seksualność głębiej upośledzonych jako nadmiernie wyrażoną i wymagającą kontroli, determinowaną przez niepełnosprawność intelektualną, pozbawioną wartości, czy też twierdzeń deseksualizujących tę grupę osób.

W strukturze korelacyjnej poszczególnych komponentów postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie oraz syndromów empatii, najwięcej istotnych i zbliżonych do istotnych zależności odnotowano w obu grupach w obszarze syndromu 1 i 2, a w grupie porównawczej – 4 (tabela 64). Charakter tych związków pozwala sądzić na temat pozytywnego znaczenia zdolności empatycznych o charakterze emocjonalnym i poznawczym oraz motywacyjnym (w grupie porównawczej) w kształtowaniu pozytywnych nastawień wobec seksualności głębiej upośledzonych. Dodatkowo powiązania widoczne są zarówno w zakresie emocjonalno-oceniającego, poznawczego, jak i motywacyjnego wymiaru postaw. Stwierdzono ponadto, iż wyższa empatia o charakterze emocjonalnym (syndrom I) współwystępuje z negatywnym wartościowaniem przekonań opisujących seksualność głębiej niepełnosprawnych intelektualnie jako nadmierną w swoim wyrazie i pozbawioną wartości, czy też tych przekonań, które traktują te jednostki jako asekualne.

Tabela 64. Współczynniki korelacji postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym oraz kompetencji osobowych (grupa A i B)

Kompetencje osobowe	Ciało	Popęd	Matęństwo 1	Matęństwo 2	Rodzicielstwo	Narzęcenstwo 1	Narzęcenstwo 2	Sterylizacja	Atrakcyjność	Miłość 1	Miłość 2	Przyjaźń 1	Przyjaźń 2	Współzycie 1	Współzycie 2	Antykoncepcja	Potrzeby	Masturbacja	Edukacja	Seks. nadmierna i wymag. kontroli	Racjonalizacja	Determinowana przez niep. int.	Deseksualizacja	Dewaluacja	Motywacja
Komponenty postaw wobec seksualności osób z głębszą niep. int.																									
Empatia, syndrom 1	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*						(+)*		(+)*				(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(-)*	(+)*		(-)*		(+)*
Empatia, syndrom 2	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*				(+)*	(+)*	(+)*	(+)*					(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*				(+)*
Empatia, syndrom 3								(-)*									(+)*	(+)*	(+)*						(+)*
Empatia, syndrom 4	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*				(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*				(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*		(-)*		(+)*
Empatia, syndrom 5	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*					(+)*		(+)*													(+)*
Empatia globalna	(+)*			(+)*					(+)*	(+)*	(+)*	(+)*	(+)*			(+)*			(+)*						
Hedonistyczne				(-)*								(-)*	(-)*				(+)*	(+)*		(+)*	(+)*	(+)*			
Witalne	(-)*					(-)*						(-)*	(-)*			(-)*				(+)*	(+)*	(+)*	(+)*		

Tabela 65. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wymiarami empatii badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. GŁĘBSZYM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	0,39	0,15
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	0,21	0,28
	Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,16	0,35
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,34	0,44
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	0,40	0,29
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,19	0,35
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,33	0,40
	Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	-0,22	-0,18
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	0,13	0,10
	Miłość osób z NI w stopniu głębszym	-0,00	0,61
	Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,27	0,48
	Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	0,31	0,32
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,01	0,37
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	0,17	0,44
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,16	0,45
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	-0,09	-0,19
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	0,10	0,53
	Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	-0,04	-0,04
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	0,15	0,35
	Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	-0,16	0,17
	Seksualność racjonalizowana i normalizowana	-0,19	0,58
	Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	-0,06	-0,13
	Deseksualizacja	-0,05	-0,04
	Seksualność dewaluowana	0,02	-0,22
	Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	0,34	0,55
	Rc	0,554	0,685
p	0,028	0,003	

EMPATIA	Empatia syndrom I	0,36	0,39
	Empatia syndrom II	0,46	0,90
	Empatia syndrom III	-0,08	0,37
	Empatia syndrom IV	0,11	0,57
	Empatia syndrom V	0,76	0,29
	Empatia globalna	0,35	0,19

W obu grupach otrzymano po jednej parze zmiennych kanonicznych (tabela 65). Kierunek redundancji obserwowany w przypadku pierwszej z nich ustalonej dla lekkiej niepełnosprawności intelektualnej w grupie pedagogów specjalnych (RcI A) został zachowany, ale, podobnie jak poprzednio, współczynniki redundancji są bardzo niskie. Na podstawie empatii można wyjaśnić jedynie 5,4% zmienności w zbiorze postaw, w kierunku przeciwnym – 1,4%. Interpretacja tej pary zmiennych kanonicznych pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjaliści z silnie rozwiniętym komunikacyjnym wymiarem empatii, nieco słabszym emocjonalno-poznawczym jej komponentem oraz najslabszym motywacyjnym, ujawniają motywację do działań wspierających seksualność głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, czemu towarzyszy pozytywne jej wartościowanie wyrażone na poziomie emocjonalnym. Osoby takie równocześnie negatywnie wartościują sterylizację jako metodę kontroli seksualności tych jednostek. Należy jednak podkreślić, że wskazana charakterystyka wartościowania opiera się na niskich kanonicznych ładunkach czynnikowych.

Ustalona w grupie porównawczej para zmiennych kanonicznych (RcI B) ma nieco wyższy i wysokoistotny współczynnik korelacji kanonicznej. Przy znacznie wyższych wartościach wskaźników redundancji można sądzić o silniejszym w grupie pedagogów ogólnych powiązaniu obu zbiorów zmiennych, co zaobserwowano również w przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej. W oparciu o empatię można wyjaśnić 12% zmienności w zbiorze postaw, natomiast na podstawie postaw 6,1% zmienności w zbiorze empatii. Przy silnie rozwiniętych zdolnościach empatycznych, zwłaszcza zdolności współodczuwania z innymi emocji i uczuć, przy nieco słabszej gotowości do działań na rzecz innych, stanowiącej istotę motywacyjnego wymiaru empatii oraz słabszej empatii poznawczej, czy też jej aspektu komunikacyjnego, obserwuje się u pedagogów ogólnych pozytywne nastawienie do seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, ujawniane w jego komponentach motywacyjnym, emocjonalnym oraz poznawczym. W zakresie tego ostatniego komponentu postaw, pozytywne ustosunkowanie wyraża się przede wszystkim w przy-

znawaniu słuszności przekonaniom opisującym tę seksualność w kategoriach pozytywnych oraz zaprzeczaniu jej niskiej wartości.

Tabela 66. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wartościami preferowanymi przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE			
		grupa A			grupa B
		RcI	RcII	RcIII	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. GŁĘBSZYM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	0,31	0,07	0,13	-0,06
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	0,08	-0,11	0,19	0,19
	Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	-0,02	0,07	-0,11	0,23
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,21	0,09	-0,26	0,34
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	0,20	-0,04	-0,22	0,22
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,18	0,04	-0,22	0,21
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,06	0,05	-0,10	0,34
	Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	-0,22	-0,18	0,15	0,03
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	0,27	0,25	0,00	-0,04
	Miłość osób z NI w stopniu głębszym	0,16	0,14	0,10	0,36
	Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,05	0,20	-0,10	0,36
	Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	0,17	0,18	0,11	-0,14
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,30	0,16	0,04	-0,02
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	-0,10	0,10	-0,34	0,25
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,18	0,23	-0,37	0,38
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	-0,01	0,20	-0,20	-0,01
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	-0,05	0,24	-0,06	0,24
	Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	-0,27	-0,21	-0,07	0,07
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	0,01	0,29	0,08	0,21
	Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	0,09	-0,02	0,31	0,57
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,02	0,47	0,16	0,43	
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	-0,06	-0,00	-0,20	0,11	
Deseksualizacja	-0,15	-0,17	-0,08	0,30	
Seksualność dewaluowana	0,02	-0,36	0,06	0,27	
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	0,12	0,32	-0,14	0,23	

Rc		0,670	0,579	0,562	0,708
p		0,000	0,001	0,019	0,007
WARTOŚCI	Hedonistyczne	-0,45	-0,48	-0,01	0,43
	Witalne	-0,27	-0,59	0,07	0,40
	Estetyczne	-0,18	-0,40	0,10	0,29
	Prawdy	-0,11	-0,24	0,30	0,68
	Moralne	-0,13	0,13	0,12	0,75
	Święte	0,24	0,08	0,38	0,27
	Sprawność i siła fizyczna	-0,30	-0,53	0,17	0,09
	Wytrzymłość	-0,15	-0,53	-0,08	0,59
	Świętości świeckie	0,05	0,21	0,07	0,44
	Świętości religijne	0,36	-0,13	0,62	-0,07
	Zbieżność hierarchii indywidualnych z hierarchią wzorcową	0,15	0,47	0,28	-0,07

Najliczniejsze korelacje o znaczących współczynnikach odnotowano w zakresie wartości prawdy oraz moralnych, a w grupie podstawowej również świętych (tabela 64). Charakter powiązań jest zróżnicowany w zależności od aspektu poddanego ocenie w ramach komponentu emocjonalno-oceniającego oraz poznawczego, nie odnotowano bowiem istotnych zależności z motywacją. Preferencje wartości prawdy oraz moralnych towarzyszy pozytywne ustosunkowanie do wybranych aspektów seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie oraz negowanie korzyści sterylizacji. Niespójne w swoim charakterze pozostają zależności odnotowane w obrębie komponentu poznawczego, w zakresie którego obserwuje się między innymi pozytywne zależności wymienionych kategorii wartości z przekonaniami o znaczeniu pozytywnym i negatywnym. Zróżnicowane są również powiązania emocjonalno-oceniającego i poznawczego aspektu postaw oraz wartości świętych, obserwowane zarówno na poziomie poszczególnych aspektów poddawanych ocenie, jak i badanych grup.

W wyniku analizy otrzymano trzy pary zmiennych kanonicznych w grupie podstawowej oraz jedną w grupie porównawczej (tabela 66).

Współczynniki korelacji kanonicznej par zmiennych określonych u pedagogów specjalnych nie są wysokie, ale dwa z nich uzyskały bardzo wysoki poziom istotności statystycznej. Moc wyjaśniająca modeli w kwestii powiązania zbiorów zmiennych obniżają bardzo słabe współczynniki redundancji. W pierwszej parze zmiennych kanonicznych (Rc1 A) na podstawie wartości można przewidzieć jedynie 2,7% zmienności w zbiorze postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, w kierunku przeciwnym

– tylko 1,1% zmienności. W drugiej parze zmiennych kanonicznych (RcII A) uzyskanych w tej grupie na podstawie zbioru predyktorów – 5,1%, a na podstawie kryteriów – 1,4%. Trzecia para zmiennych (RcIII A), jakkolwiek istotna w swym powiązaniu, ma najsłabsze współczynniki redundancji – na podstawie zbioru wartości można wyjaśnić jedynie 2,2% zmienności w zbiorze postaw, w kierunku przeciwnym – 1% zmienności. Tak niskie współczynniki, informujące o jednolitym kierunku redundancji, nakazują zachować ostrożność w uogólnianiu wniosków.

Interpretacja pierwszej pary zmiennych kanonicznych w grupie podstawowej, w której zarówno kryteria, jak i predyktory są dwubiegunowe, prowadzi do stwierdzenia, iż pedagodzy specjaliści obniżający wagę wartości hedonistycznych, witalnych (wraz z ich podczynnikiem w postaci sprawności i siły), a jednocześnie przypisujący duże znaczenie wartościom świętym, w tym zwłaszcza religijnym, ustosunkowują się pozytywnie do seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Przejawem takiego ustosunkowania jest przede wszystkim akceptacja niektórych fizycznych i psychospołecznych komponentów ich seksualności. Należy jednak odnotować, co przypuszczalnie w największym zakresie łączy się z preferencją świętości religijnych, iż osoby te nie akceptują sterylizacji i masturbacji u osób z głębszym upośledzeniem.

Interpretacja drugiej pary zmiennych kanonicznych (RcII A) pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjaliści, których uporządkowanie wartości wykazuje zbieżność z hierarchią wzorcową, preferujący świętości świeckie, silnie obniżający wagę wartości niższych, nieco słabiej wartości prawdy, ujawniają pozytywne przekonania na temat seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, zaprzeczając słuszności twierdzeniom dewaluującym ją. Badani ci są zmotywowani do działań wspierających tę seksualność, z czym wiąże się ich akceptacja edukacji seksualnej. Ustalona tu charakterystyka odbiega nieco od dokonanej w pierwszej parze zmiennych kanonicznych. Preferencja świętości świeckich również łączy się z negacją masturbacji, ale także z akceptacją współżycia płciowego, antykoncepcji, miłości w relacji heterogenicznej czy potrzeb seksualnych głębiej niepełnosprawnych.

W trzeciej parze zmiennych kanonicznych (RcIII A) silna preferencja wartości religijnych, której towarzyszy potwierdzanie znaczenia wartości prawdy, pozostaje w związku ze zróżnicowanym ocenianiem seksualności głębiej upośledzonych. Seksualność ta jest postrzegana jako nadmierna i wymagająca kontroli. Przypuszczalnie specyfika przekonań decyduje o negowaniu aspektów seksualności o charakterze psychospołecznym (jak współżycie płciowe, rodzicielstwo czy niektóre formy relacji partnerskich).

Jedna zmienna kanoniczna w grupie porównawczej (RcI B) posiada stosunkowo wysoki współczynnik korelacji kanonicznej oraz wyższe wskaźniki redundancji. Na podstawie zbioru wartości można wyjaśnić 9,5% zmienności postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, a wychodząc od postaw – 3,5% zmienności w zbiorze wartości. Jakkolwiek struktura złożonych zależności obu zbiorów zmiennych jest w tej grupie uboższa, można sądzić o silniejszym ich powiązaniu. Interpretacja pary zmiennych kanonicznych u pedagogów ogólnych jest bardzo trudna. Stosunkowo najsilniejsza preferencja wartości wyższych – prawdy, moralnych oraz świętości świeckich – współwystępuje tutaj ze słabszym uznaniem wartości niższych – hedonistycznych, witalnych (zwłaszcza wytrzymałości) i estetycznych – tworząc konfigurację z pozytywnym emocjonalno-oceniającym ustosunkowaniem do niektórych aspektów seksualności głębiej niepełnosprawnych, motywacją do jej wspierania, ale też określeniem jej w kategoriach nadmiernie wyrażonej i wymagającej kontroli. Współwystępują tutaj jednak i inne przekonania opisujące tę seksualność w kategoriach pozytywnych oraz, słabiej wyrażone, zakładające aseksualność głębiej upośledzonych czy pozbawiające ich płciowość wartości. Trudność interpretacyjna wyraża się przede wszystkim w kwestii pogodzenia wielorakich przekonań, jednak fakt, że ich siła jest zróżnicowana, sprawia, że pod względem logicznym może to być zaakceptowane. Jak wnioskowano we wcześniejszych analizach, nie można wykluczyć współwystępowania pozytywnych emocjonalnych odniesień do poszczególnych aspektów seksualności, zwłaszcza, jeśli towarzyszy im motywacja do działań wspierających oraz przekonań, które wprawdzie bazują również na procesach wartościowania, ale mają większe umocowanie w sferze poznawczej.

W strukturze korelacji poszczególnych komponentów postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie (tabela 64) oraz wartościowania seksualności człowieka obserwuje się, szczególnie w grupie porównawczej pedagogów, istotne znaczenie tych aspektów, które dotyczą regulacji seksualności. Ocena antykoncepcji chemicznej, mechanicznej, dokonywana w kontekście zdrowia człowieka, jakości jego życia oraz moralnym, pozostaje w dodatnich związkach zależnościowych z wartościowaniem wybranych aspektów seksualności głębiej upośledzonych, w tym z antykoncepcją, sterylizacją, masturbacją, edukacją seksualną oraz przekonaniem opisującym tę seksualność w kategoriach nadmiernie wyrażonej, wymagającej kontroli oraz negatywnie determinowanej przez niepełnosprawność. Wartościowanie form kontroli seksualności człowieka pozostaje w ujemnej zależności

z emocjonalno-oceniającym nastawieniem do pozostałych aspektów płciowości głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych. Warto zwrócić uwagę na odmienny charakter powiązań masturbacji ocenianej w aspekcie moralnym z afektywnym i poznawczym komponentem postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych, w obu grupach. Interpretacja tych zależności prowadzi do wniosku zakładającego pozytywne znaczenie tego aspektu seksualności człowieka dla wartościowania seksualności niepełnosprawnych w przypadku pedagogów specjalnych oraz negatywne – w przypadku pedagogów ogólnych. Taki typ asocjacji wartościowań może wskazywać na akceptację masturbacji u głębiej upośledzonych w przypadku osób z grupy podstawowej, co zresztą potwierdzono wcześniej.

Analiza kanoniczna ujawniła aż pięć par zmiennych kanonicznych w grupie podstawowej oraz cztery w porównawczej (tabela 67). Zmienne kanoniczne pedagogów specjalnych mają nieco niższe współczynniki korelacji kanonicznej i niższe współczynniki redundancji, co może świadczyć o słabszym powiązaniu obu zbiorów zmiennych. Podobnie jak w przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej, spotyka się tutaj odwrócony kierunek redundancji – w jednej parze zmiennych kanonicznych w grupie podstawowej oraz dwóch – w porównawczej, różnice współczynników obliczonych dla obu zbiorów zmiennych są jednak minimalne. Zjawisko takie występuje w pierwszej parze zmiennych kanonicznych u pedagogów specjalnych (RcI A), gdzie na podstawie zbioru postaw można wyjaśnić 3,4% zmienności w zbiorze wartościowania seksualności człowieka (w kierunku przeciwnym – 3%), w trzeciej parze zmiennych kanonicznych w grupie porównawczej pedagogów (RcIII B), gdzie zmienne kryterialne pozwalają wyjaśnić 5% zmienności sposobów wartościowania seksualności człowieka (w kierunku przeciwnym – 4,7%) oraz w czwartej parze w tej grupie (RcIV B), gdzie można mówić odpowiednio o wskaźnikach: 3,1% oraz 3,4%.

Wszystkie pierwiastki kanoniczne ustalone dla pedagogów specjalnych mają bardzo niskie współczynniki redundancji. Na podstawie zbioru wartościowania seksualności człowieka można wyjaśnić kolejno: 3% (RcII A); 4,9% (RcIII A); 3,6% (RcIV A) oraz 1,7% (RcV A) zmienności w zbiorze postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych, a na mocy zbioru kryteriów: 2,8% (RcII A); 3,3% (RcIII A); 2,2% (RcIV A) oraz 1,3% (RcV A) zmienności w sposobach wartościowania seksualności człowieka.

Odwrócony kierunek redundancji w przypadku pierwszej pary zmiennych kanonicznych (RcI A) pozwala sądzić, z założeniem o stosunkowo niskiej prawomocności wysuwanych wniosków, o tym, iż pedagodzy specjaliści pozytywnie wartościujący elementy fizyczne i psychospołeczne seksualności głębiej niepełnosprawnych, ale negujący ich małżeństwo, jednocześnie zaprzeczający jakoby osoby te pozbawione były potrzeb płciowych, pozytywnie oceniają tożsame aspekty seksualności, mając na uwadze ich znaczenie ogólne dla zdrowia i jakości życia człowieka, czy też rozpatrując ich wymiar moralny. Dotyczy to zwłaszcza masturbacji oraz edukacji seksualnej. Odmienny wzorzec obserwuje się jednak w przypadku przyjaźni, która, będąc pozytywnie wartościowanym aspektem seksualności upośledzonych w stopniu głębszym, jest negowana w relacji do seksualności jednostki ludzkiej. Obserwowaną tu motywację do działań wspierających seksualność, słabą w swoim nasileniu, można łączyć bardziej z akceptacją zarówno edukacji, jak i antykoncepcji u głębiej niepełnosprawnych, mniej z wartościowaniem pozostałych aspektów płciowości tych osób.

W wartościowaniu seksualności człowieka, w konfiguracji zmiennych utworzonych w drugiej parze zmiennych kanonicznych (Rc II A), szczególnie miejsce zajmuje sterylizacja. Jej dodatnia ocena współwystępuje z pozytywnym wartościowaniem edukacji seksualnej, a z negatywnym – masturbacji, czy – nieoczekiwanie – antykoncepcji mechanicznej. Osoby, które dokonują tego typu wartościowania seksualności człowieka, w obrazie płciowości głębiej niepełnosprawnych intelektualnie akceptują jedynie przyjaźń w relacji heterogenicznej, uznając jednocześnie znaczenie sterylizacji. U źródeł ich motywacji do działań wspierających tę seksualność pozostaje przypuszczalnie silna potrzeba jej kontroli, zwłaszcza że seksualność ta w sposób dominujący postrzegana jest jako nadmierna.

Interpretacja trzeciej pary zmiennych kanonicznych (RcIII A) pozwala stwierdzić, że pedagodzy specjaliści, którzy ujemnie wartościują seksualność człowieka w większości jej zakresów, w obu wymiarach, ujawniają negatywne emocjonalne odniesienie do wszystkich aspektów płciowości głębiej upośledzonych, zaprzeczając jednakże, że podlega ona niekorzystnemu działaniu samej niepełnosprawności intelektualnej, ale równocześnie uznając słuszność przekonań deseksualizujących. Wyrażane przez nich przekonania o możliwej aseksualności tych jednostek łączą się z brakiem motywacji do działań, które miałyby na celu jej wsparcie.

Tabela 67. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wartościowaniem seksualności człowieka przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY	ZMIENNE KANONICZNE												
	grupa A						grupa B						
	RcI	RcII	RcIII	RcIV	RcV	RcVI	RcI	RcII	RcIII	RcIV	RcV	RcVI	
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	0,50	-0,11	-0,16	-0,21	-0,08	-0,53	-0,07	0,09	0,15				
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	0,38	-0,15	-0,46	-0,38	0,02	-0,29	-0,32	-0,34	0,16				
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	-0,27	-0,32	-0,27	-0,15	0,29	-0,13	-0,29	-0,27	0,15				
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,11	-0,16	-0,21	0,00	0,11	-0,14	-0,11	-0,36	0,33				
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	-0,11	-0,30	-0,26	-0,16	0,16	-0,22	-0,18	-0,30	0,20				
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,00	-0,18	-0,20	-0,13	0,18	-0,08	-0,19	-0,31	0,32				
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,09	-0,15	-0,12	0,10	0,03	-0,13	-0,12	-0,42	0,38				
Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	-0,14	0,39	-0,10	0,61	0,04	0,38	0,01	0,12	-0,17				
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	0,25	-0,01	-0,31	-0,15	0,17	-0,50	-0,02	0,15	0,12				
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	0,11	0,01	-0,42	-0,19	0,01	-0,21	-0,38	-0,44	0,13				
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,14	-0,15	-0,31	0,19	-0,00	-0,05	-0,27	-0,44	0,28				
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	0,16	0,17	-0,24	-0,18	-0,18	-0,26	-0,32	-0,21	0,08				
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,24	0,20	-0,07	-0,17	-0,15	-0,47	-0,36	-0,16	0,08				
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	-0,05	-0,37	-0,39	-0,04	0,20	-0,19	-0,34	-0,28	0,38				
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,16	-0,23	-0,39	0,17	-0,01	-0,05	-0,14	-0,38	0,39				
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	0,18	-0,02	-0,34	0,30	0,18	0,38	-0,09	0,46	-0,06				
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	0,33	-0,15	-0,37	-0,22	0,07	-0,04	-0,49	-0,22	0,42				
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	0,53	-0,28	-0,36	-0,03	0,43	0,30	-0,58	0,32	0,16				
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	0,43	0,13	-0,23	-0,26	-0,05	0,15	-0,37	0,02	0,27				
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	-0,00	0,41	-0,15	0,14	-0,01	0,54	-0,04	-0,15	-0,25				

POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU GŁĘBSZYM

Analiza zawartości treściowej czwartej pary zmiennych kanonicznych (RcIV A) prowadzi do interesujących wniosków: pedagogzy specjalni ujawniający wyraźnie instrumentalne podejście do seksualności człowieka, widoczne przede wszystkim w pozytywnej ocenie sterylizacji, w podobny sposób odnoszą się do seksualności głębiej niepełnosprawnych. Wyraża się to przede wszystkim w silnej akceptacji sterylizacji, znacznie słabszej – antykoncepcji oraz negacji aspektów fizycznych seksualności tych jednostek. Ich seksualność jest opisywana jako pozbawiona wartości, specyficzna pod względem uwarunkowań i przejawów, ale jednocześnie niepodlegająca determinującemu działaniu samej niepełnosprawności intelektualnej. Akceptacja sterylizacji i antykoncepcji, przy odrzuceniu edukacji, nie wzbudza tutaj motywacji do działań na rzecz wspierania seksualności tych osób.

Najsłabsza pod względem możliwości przewidywania zależności obu zbiorów zmiennych, piąta para zmiennych kanonicznych (RcV A), posiada interesującą zawartość treściową. Charakter ustosunkowania do seksualności człowieka można również określić jako instrumentalny, jednak w tym przypadku wyraża się on w silniejszym pozytywnym wartościowaniu masturbacji, słabszym – sterylizacji oraz silnej negacji antykoncepcji naturalnej. Takiemu wartościowaniu seksualności człowieka towarzyszy pozytywne ustosunkowanie do seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, wyrażane na poziomie emocjonalnym (niektórych komponentów z zakresu sfery fizycznej oraz psychospołecznej), poznawczym oraz motywacyjnym. W pozytywnie ocenianym obrazie seksualności głębiej upośledzonych dominuje masturbacja, jako forma realizacji potrzeb płciowych, znacznie słabsza jest ocena współżycia w relacji homogenicznej pod względem sprawności intelektualnej partnerów, czy też ich małżeństwa.

Współczynniki redundancji w parach zmiennych kanonicznych ustalonych dla pedagogów ogólnych są wyższe. W tych z nich, w których kierunek redundancji został zachowany, trzeba stwierdzić, że na podstawie zbioru zmiennych wartościujących seksualność człowieka wyjaśnić można kolejno: 13,5% (RcI B) oraz 6,6% (RcII B) zmienności postaw, a wychodząc od zbioru postaw: 5% (RcI B) i 6,2% (RcII B) zmienności w sposobach wartościowania seksualności człowieka.

Interpretacja dwubiegunowej po stronie kryteriów i predyktorów pierwszej pary zmiennych kanonicznych w grupie porównawczej (RcI B) pozwala sądzić, że ci pedagogzy, którzy wyrażają bardzo silnie pozytywne wartościowanie sterylizacji oraz innych form antykoncepcji sztucznej (mechanicznej i chemicznej), a jednocześnie edukacji seksualnej, zarówno jako istotnych

w życiu człowieka, jak i moralnych, ustosunkowują się negatywnie do seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Wyrazem tego ustosunkowania jest potwierdzenie słuszności przekonań opisujących ją jako nadmierną w swoim wyrazie i wymagającą kontroli. Podstawowym elementem takiej kontroli ma być sterylizacja tych jednostek oraz stosowanie przez nie antykoncepcji.

Zawartość treściowa drugiej pary zmiennych kanonicznych (RcII B) dostarcza interesującej charakterystyki pedagogów ogólnych. Negacji poszczególnych aspektów seksualności człowieka, w wymiarze ich znaczenia dla zdrowia i jakości życia oraz moralnym, obejmujących zarówno jej przejawy (poza współżyciem seksualnym), jak i wszelkie formy kontroli, towarzyszy negatywne ustosunkowanie do seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, widoczne w obrębie każdego z komponentów. Mamy tutaj do czynienia z niekorzystnymi postawami emocjonalno-oceniającymi oraz zaprzeczaniem pozytywnym przekonaniom o charakterze racjonalnym i normalizującym. Specyficzną cechą pozostaje brak motywacji do wsparcia seksualności jednostek postrzeganych jako aseksualne.

Interpretacja trzeciej pary zmiennych kanonicznych (RcIII B), przy uwzględnieniu odwróconego kierunku redundancji, prowadzi do stwierdzenia, iż pedagogowie ogólni ujawniający instrumentalne podejście do seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, wyrażające się przede wszystkim w silniejszej akceptacji masturbacji i antykoncepcji, przy jednoczesnym zaprzeczaniu słuszności przekonań o charakterze deseksualizującym, ale również normalizującym ją w jej uwarunkowaniach i przejawach, ujawniają instrumentalne nastawienie do seksualności człowieka. Specyficzne jest tutaj silne pozytywne wartościowanie masturbacji oraz również pozytywne, jakkolwiek znacznie słabsze, niektórych form kontroli seksualności, zarówno sztucznych, jak naturalnych. O ile jednak charakter ocen masturbacji czy antykoncepcji jest spójny w obu układach zmiennych, niespójny pozostaje charakter wartościowania współżycia. Brak akceptacji dla jego realizacji w przypadku głębiej niepełnosprawnych, stanowiący jeden z elementów odrzucenia wszelkich form relacji partnerskich oraz ich konsekwencji w postaci rodzicielstwa, współwystępuje w analizowanym modelu z uznaniem wartości moralnej współżycia w obrazie seksualności każdego człowieka. Należy sądzić, że brak akceptacji współżycia u niepełnosprawnych intelektualnie nie ma uzasadnienia w sferze moralnej, a raczej praktycznej (związanej z prokreacją i jej konsekwencjami).

Analiza zawartości treściowej czwartej pary zmiennych kanonicznych (RcIV B) prowadzi do uzyskania interesującej charakterystyki pedagogów

ogólnych. Przy odwróconym kierunku redundancji, jakkolwiek również bardzo słabym zróżnicowaniu jej współczynników, mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby pozytywnie nastawione do seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie oraz niezgadzące się z przekonaniem opisującymi ją w niekorzystnym świetle, ujawniają specyficzne podejście do seksualności człowieka. Wydaje się, że jest ono osadzone w normach religijnych (traktowanych tutaj jako źródło moralności), odrzuca bowiem wszelkie formy sztucznej kontroli seksualności, akceptując tylko naturalne sposoby, neguje przy tym masturbację. Negatywna ocena tej ostatniej, winna być postrzegana w kontekście ocen formułowanych względem relacji przyjaźni. Wydaje się, że podejście to, przeciwne instrumentalnemu, nosi znamiona sublimacyjnego.

Struktura zależności postaw wobec osób z niepełnosprawnością oraz postaw wobec seksualności głębiej upośledzonych umysłowo jest bardzo podobna do tej, którą w obu grupach określono w przypadku niepełnosprawności w stopniu lekkim (tabela 64). Zmienne postaw tworzą najliczniejsze, istotne bądź zbliżone do istotnych, korelacje z poszczególnymi komponentami ustosunkowania do seksualności, zwłaszcza w grupie podstawowej. Charakter tych korelacji informuje o dodatnim powiązaniu ogólnego wskaźnika postaw wobec niepełnosprawnych z emocjonalno-oceniającym, poznawczym oraz motywacyjnym ustosunkowaniem do seksualności głębiej upośledzonych oraz ujemnym w obszarze ambiwalencji. Pozytywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością współwystępują z przekonaniem opisującym seksualność głębiej niepełnosprawnych intelektualnie w sposób pozytywny oraz negacją obrazujących ją w sposób niekorzystny, jako zjawisko o patologicznych przejawach. Ambiwalencja w ogólnych postawach wobec osób z niepełnosprawnością współwystępuje z tego typu przekonaniem, ponadto akceptacją sterylizacji, jest natomiast negatywnie skorelowana z przekonaniem o znaczeniu pozytywnym. Tendencje te zostają utrzymane w swoim ogólnym charakterze w zawartości treściowej par zmiennych kanonicznych (tabela 68).

W obu grupach określono po jednym pierwiastku kanonicznym, którego współczynnik korelacji kanonicznej, informujący o powiązaniu zbiorów zmiennych, jest istotny statystycznie. Znaczącej istotności nie towarzyszy duża wartość współczynnika korelacji kanonicznej, jakkolwiek wskaźniki redundancji są dość wysokie, zwłaszcza te, które informują o zmienności w zbiorze kryteriów. W pierwszej i jedynej parze zmiennych kanonicznych (RcI A), określonej w grupie podstawowej na podstawie zbioru postaw wobec osób z niepełnosprawnością, można wyjaśnić 36% zmienności postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, w kierunku przeciwnym – 8%.

Tabela 68. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a postawami badanych wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	RcI
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. GŁĘBSZYM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	-0,48	-0,39
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	-0,50	-0,50
	Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	-0,61	-0,58
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,56	-0,55
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	-0,59	-0,49
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	-0,52	-0,46
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,49	-0,50
	Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	0,41	0,17
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	-0,45	-0,24
	Miłość osób z NI w stopniu głębszym	-0,45	-0,57
	Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,47	-0,38
	Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	-0,18	-0,43
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,36	-0,64
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	-0,56	-0,42
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	-0,46	-0,27
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	-0,27	0,13
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	-0,49	-0,56
	Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	-0,20	-0,08
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	-0,45	-0,12
	Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	0,59	0,22
	Seksualność racjonalizowana i normalizowana	-0,25	-0,38
	Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	0,51	0,11
	Deseksualizacja	0,37	0,02
Seksualność dewaluowana	0,41	0,55	
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	-0,45	-0,40	
Rc		0,620	0,668
p		0,000	0,000
Postawy	Wskaźnik ogólny postaw wobec osób z niepełnosprawnością	-0,97	-0,88
	Ambiwalencja postaw	0,96	0,99

Tabela 69. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a preferencją modelu niepełnosprawności intelektualnej badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej

KRYTERIA/PREDYKTORY		ZMIENNE KANONICZNE	
		grupa A	grupa B
		RcI	brak
POSTAWY WOBEC SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEP. INT. W ST. GŁĘBSZYM	Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	0,35	
	Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	0,39	
	Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,64	
	Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,35	
	Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	0,44	
	Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	0,62	
	Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,40	
	Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	-0,27	
	Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	0,21	
	Miłość osób z NI w stopniu głębszym	0,31	
	Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,31	
	Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	0,07	
	Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,09	
	Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	0,56	
	Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	0,25	
	Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	0,20	
	Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	0,47	
	Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	0,19	
	Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	0,37	
	Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	-0,55	
	Seksualność racjonalizowana i normalizowana	0,53	
	Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	-0,55	
	Deseksualizacja	-0,33	
Seksualność dewaluowana	-0,53		
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	0,34		
	Rc	0,655	0,427
	p	0,000	0,831

Model	Model indywidualny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym	-0,86	
	Model społeczny niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym	0,65	

W parze zmiennych kanonicznych w grupie porównawczej (RcI B) na podstawie zbioru predyktorów można wyjaśnić 39% zmienności w zbiorze kryteriów, a w kierunku przeciwnym – 7,4%.

Interpretacja zmiennej kanonicznej u pedagogów specjalnych (RcI A), podobnie jak w przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej, ma charakter dwubiegunowy, ale z założeniem o rozdzielności ogólnego nastawienia negatywnego od ambiwalentnego. Pedagodzy specjaliści, którzy wykazują silne negatywne nastawienie do osób z niepełnosprawnością, ujawniają niekorzystną postawę wobec seksualności głębiej upośledzonych umysłowo. Przejawia się ona w negatywnym emocjonalno-oceniającym ustosunkowaniu do jej aspektów fizycznych i psychospołecznych, uznaniu słuszności przekonań opisujących ją w kategoriach nadmiernej i wymagającej kontroli, poddanej niekorzystnemu działaniu niepełnosprawności, pozbawionej wartości w wymiarze psychospołecznym, ponadto w braku motywacji do jej wsparcia. Osoby takie przypisują również słuszność przekonaniom deseksualizującym, co przy silniejszej akceptacji sterylizacji może być interpretowane w kategoriach oczekiwanego efektu działań kontrolujących.

Opisane nastawienia wobec seksualności głębiej upośledzonych umysłowo można również przypisać pedagogom specjalnym wykazującym silną ambiwalencję w postawach wobec osób z niepełnosprawnością.

Zbliżona charakterystyka może być sformułowana na podstawie zmiennej kanonicznej ujawnionej w grupie porównawczej (RcI B). Silnemu negatywnemu nastawieniu do osób z niepełnosprawnością, ale również silnej ambiwalencji w tych postawach, towarzyszy negatywne wartościowanie seksualności głębiej niepełnosprawnych. Obserwuje się tutaj uznanie słuszności przekonań mających charakter dewaluujący, przy jednoczesnym zaprzeczaniu słuszności przekonań racjonalizujących i normalizujących. Podobnie jak w poprzedniej grupie, zaznacza się tutaj brak motywacji do działań wspierających, który należy łączyć przede wszystkim z postrzeganiem seksualności głębiej upośledzonych jako pozbawionej wartości, zwłaszcza w jej wymiarze psychoseksualnym.

Preferencja modeli głębszej niepełnosprawności intelektualnej koreluje istotnie z postawami wobec seksualności niemal wyłącznie w grupie

podstawowej, podobnie jak to miało miejsce w przypadku osób z lekkim upośledzeniem (tabela 64). Unzanie społecznego modelu tej niepełnosprawności współwystępuje z korzystnymi nastawieniami wobec seksualności, wyrażającymi się w pozytywnym emocjonalno-oceniającym do niej ustosunkowaniu, potwierdzaniu słuszności przekonań opisujących ją w kategoriach wartościowej i pożądanej, zaprzeczeniu słuszności przekonań o znaczeniu negatywnym, ponadto z motywacją do działań wspierających tę seksualność. Preferencja modelu indywidualnego głębszej niepełnosprawności intelektualnej współwystępuje z negatywnymi postawami wobec seksualności tych jednostek, ujawniającymi się w komponencie emocjonalno-oceniającym i poznawczym. Stwierdzone tu tendencje znajdują potwierdzenie w charakterze zmienionych kanonicznych (tabela 69). Podobnie jak w przypadku lekkiego stopnia upośledzenia, zmienną kanoniczną spełniającą kryteria istotności statystycznej na poziomie powiązania obu zbiorów uzyskano tylko w grupie podstawowej. Współczynnik korelacji kanonicznej jest umiarkowany, ale wysokoistotny statystycznie. Przy zachowanym kierunku redundancji pozwala stwierdzić, że na podstawie zbioru predyktorów można wyjaśnić 24,8% zmienności w zbiorze kryteriów, a wychodząc ze zbioru kryteriów 7% zmienności w zakresie preferencji modeli niepełnosprawności.

Interpretacja pary zmiennych kanonicznych w grupie podstawowej (RcI A) daje charakterystykę zbieżną z określoną w przypadku lekkiego stopnia upośledzenia. Można zatem stwierdzić, że pedagodzy specjaliści wyjaśniający istotę niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym poprzez nadawanie jej znaczeń specyficznych dla społecznego modelu niepełnosprawności oraz odrzucający ten sposób jej interpretacji, który pozostaje na poziomie modelu indywidualnego, ustosunkowują się pozytywnie do seksualności tych jednostek. Wyraża się to w pozytywnym emocjonalno-oceniającym odniesieniu do poszczególnych jej aspektów, zwłaszcza o charakterze psychospołecznym, potwierdzaniu słuszności przekonań opisujących ją w kategoriach zjawiska zbliżonego do normy pod względem przejawów i uwarunkowań, a jednocześnie motywacji do działań wspierających tę seksualność. Osoby takie nie akceptują sterylizacji w obrazie seksualności głębiej upośledzonych, zaprzeczają również słuszności tych przekonań, w których świetle ich seksualność jest nadmierna w swoim wyrazie, negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną, czy też pozbawiona wartości. Odrzucają również stwierdzenia informujące o zmniejszeniu siły potrzeb seksualnych u tych jednostek, czy też ich braku.

* * *

Uzyskane tu pierwiastki kanoniczne informują o różnym stopniu powiązania między postawami wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie oraz kompetencjami osobowymi badanych. Podobnie jak w przypadku postaw wobec seksualności osób z lekkim upośledzeniem, można sądzić na temat znaczącego udziału zmiennej postaw wobec niepełnosprawnych. Tutaj jednak nie obserwuje się tak wyraźnej roli preferencji modeli niepełnosprawności intelektualnej w grupie podstawowej. Nie są one znaczące dla postaw wobec seksualności głębiej upośledzonych, wyrażanych przez pedagogów ogólnych (w ujęciu globalnym, które zapewnia analiza kanoniczna).

Podsumowanie i dyskusja

Zawarte tu analizy mają charakter podsumowujący problematykę badań własnych. Ich celem jest udzielenie odpowiedzi na sformułowane problemy oraz ustosunkowanie się do założonych hipotez. Kolejność zreferowanych zagadnień odpowiada strukturze postawionych problemów oraz ich hipotetycznych rozwiązań.

1. Postawy badanych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

W badaniach własnych stwierdzono, że wartościowanie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, zarówno w grupie pedagogów specjalnych, jak i pedagogów ogólnych, ma zróżnicowany charakter w zależności od jej szczegółowego aspektu oraz stopnia niepełnosprawności. Porównanie badanych grup w zakresie emocjonalno-oceniającego ustosunkowania do seksualności osób z upośledzeniem nie dostarczyło jednolitych wniosków na temat różnic i podobieństw. Wykazano bowiem, że pedagodzy specjaliści częściej ujawniają zbliżony poziom wartościowania w odniesieniu do określonych aspektów seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim niż głębszym, a w przypadku głębszego stopnia upośledzenia, kierunek istotnych różnic nie jest jednolity, ocena niektórych aspektów jest bowiem wyższa w grupie porównawczej, innych – w grupie podstawowej. Dotyczy to wyłącznie pozytywnych komponentów seksualności, w zakresie których odnotowano istotne różnice.

W sferze płciowej niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim najsilniej akceptowane są relacje partnerskie oparte na przyjaźni oraz miłości,

ponadto edukacja seksualna. W bliskim ich sąsiedztwie pozostają również aspekty fizyczne, takie jak atrakcyjność, cielesność oraz potrzeby seksualne. Uporządkowanie to, jak pisano, może stanowić wyraz integralnego postrzegania seksualności jednostek z upośledzeniem. Należy jednak podkreślić, iż w mniejszym stopniu jej wartość w przypadku lekko niepełnosprawnych intelektualnie wyraża się poprzez związki formalne, tj. narzeczeństwo czy małżeństwo, w jeszcze mniejszym – rodzicielstwo. Podobnie jak współżycie, należy ono do kategorii niżej cenionych przez badanych.

Uzyskany tu obraz seksualności, jako rezultat procesów wartościowania jej poszczególnych aspektów, w przypadku niepełnosprawnych w stopniu lekkim wydaje się w pewnym stopniu spójny w swoim charakterze oraz zbieżny w ogólnym zarysie z ustalonym w innych badaniach [M. Parchomiuk, 2007; 2012b; 2012c]. Wartość tej seksualności wyrażać się ma przede wszystkim w aspektach, niewiążących się z istotnymi skutkami natury społecznej, a swoją realizację posiadających w sferze osobistej niepełnosprawnych. Można sądzić, że dla tego sposobu ustosunkowania istotne jest odniesienie do doświadczeń, niekoniecznie osobistych (jak w przypadku pedagogów ogólnych), ale także pośrednich (np. opinii innych osób ze środowiska czy literatury przedmiotu). Wizerunek społeczny małżeństw i rodzicielstwa upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim nie jest korzystny. Cięży na nim wiele negatywnych ocen i opinii, nie zawsze rzetelnych [por. M. Parchomiuk, 2012a, s. 53–59]. Być może w tym kontekście – małżeństwa, współżycia i prokreacji – należy rozpatrywać ocenę sterylizacji. Jest ona najniższa w porównaniu z innymi elementami seksualności, ale stosunkowo wysoka w aspekcie wyników przeliczonych, szczególnie u pedagogów z grupy porównawczej.

Afektywny komponent postaw wobec płciowości niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębszym prezentuje się w obu grupach odmiennie od tego, który ustalono w przypadku seksualności lekko upośledzonych. Wszystkie aspekty seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie są wartościowane istotnie niżej. Wyjątek stanowi sterylizacja, której ocena jest tutaj wyższa. Można zatem wnioskować, że jest ona w większym stopniu akceptowana u tej grupy niepełnosprawnych.

W całościowym obrazie seksualności osób upośledzonych w stopniu głębszym najwyżej ceniona pozostaje przyjaźń (zarówno osób z niepełnosprawnością, jak i osoby niepełno- i pełnosprawnej) oraz edukacja seksualna. Usytuowanie w kolejności przede wszystkim fizycznych aspektów seksualności, wyznaczane poziomem udzielanej im akceptacji, pozwala jednak mówić o pewnych tendencjach biologizujących. Sfera doznań fizycznych zostaje połączona

jedynie z miłością w relacji osób upośledzonych w stopniu głębszym, ale towarzyszy jej działanie kontrolne w postaci antykoncepcji, a w przypadku sposobów wartościowania ujawnionych przez pedagogów specjalnych, również sterylizacji.

Najsilniejszą akceptację związków przyjacielskich, jako formy relacji partnerskich niekoniecznie opartych na więziach natury intymnej (zwłaszcza w przypadku głębiej niepełnosprawnych), można interpretować dwójako. Z jednej strony relacje tego typu mogą być oceniane przez badanych jako „najbezpieczniejsze” w kontekście przewidywanych ich konsekwencji, z drugiej strony jako najbardziej dostępne w realizacji osobom z deficytami w sferze intelektualnej. Jednak w związku z tym, iż w przypadku niepełnosprawnych w stopniu lekkim ocena przyjaźni pozostaje w bliskiej relacji z miłością; u głębiej upośledzonych jest nieco od niej oddalona, trafniejszy wydaje się pierwszy z kierunków interpretacji. Warto tutaj odwołać się do wyników dostępnych badań, które informowały o stopniu akceptacji różnych form relacji partnerskich osób z niepełnosprawnością intelektualną. Potwierdzają one określoną tu tendencję, wskazującą na preferencję związków natury przyjacielskiej [P. Wolfe, 1997, s. 76–78; D. S. Evans i in., 2009].

Analizując uzyskane wyniki dotyczące obrazu seksualności głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, można sugerować, iż brakuje w nim integracji psychoseksualnej i społecznoseksualnej. Sfera fizyczna, przede wszystkim potrzeba seksualna, zostaje oddzielona od relacji partnerskich. Charakter ocen masturbacji, ale tylko w przypadku pedagogów specjalnych, pozwala sądzić, że jest ona najbardziej akceptowaną formą realizacji tej potrzeby. Opisana tendencja może się kształtować w wyniku doświadczeń zawodowych badanych, którzy stosunkowo często obserwują masturbację u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Akceptacja tej formy spełniania potrzeby seksualnej przypuszczalnie ma charakter „wyboru mniejszego zła”. Masturbacja, chociaż nie zawsze realizowana w sposób zgodny z normami społecznymi, może być oceniana jako mniej szkodliwa w perspektywie skutków niż współżycie. O słuszności tego kierunku wnioskowania świadczy usytuowanie współżycia oraz rodzicielstwa w całościowym obrazie seksualności głębiej niepełnosprawnych. W literaturze przedmiotu można znaleźć dowody potwierdzające taki sposób oceniania masturbacji [P. Wolfe, 1997, s. 76–78; L. Yool i in., 2003, s. 142; D. M. Griffiths, Y. Lunskey, za A. Dupprass, P. Russeau, 2007, s. 104]. Szczegółowa analiza pojęć, składających się na obraz seksualności osób z upośledzeniem umysłowym, pozostający w świadomości nauczycieli i wychowawców, przeprowadzona przez A. Prokopiak [2012, s. 180] wykazała jednak, że

masturbacja może być wartościowana niżej jako forma realizacji seksualności w porównaniu z relacjami partnerskimi, traktowana jako „zubożająca życie seksualne”. Akceptację masturbacji (o której świadczą wyniki przeliczone) wyrażaną przez badanych tutaj pedagogów specjalnych można uznać za zjawisko korzystne, jednak jest istotne, jakie znajdzie ona odzwierciedlenie w zawodowym funkcjonowaniu respondentów. Jeśli jej źródłem jest pozytywne wartościowanie zjawiska z perspektywy jego znaczenia dla realizacji seksualności niepełnosprawnych, a przy tym towarzyszy jej wiedza na temat możliwych podstaw etiologicznych masturbacji, można oczekiwać racjonalnych działań socjalizujących. Jeśli uznanie jej ma charakter wyboru negatywnego, któremu nie towarzyszy potwierdzenie wartości zjawiska, konsekwencją może być unikanie działań wspierających (postawa taka ma charakter „tolerowania” [por. K. Nowak-Lipińska, 1996a]).

Badani z obu grup dostrzegają znaczenie edukacji seksualnej, o czym może świadczyć jej usytuowanie na tle innych aspektów (nie w pełni potwierdza go jednak charakter wyników przeliczonych). Wnioskując o roli tej edukacji, należy brać pod uwagę inne komponenty. Jej lokalizacja w bliskości przyjaźni, a w przypadku lekkiej niepełnosprawności również miłości, może świadczyć o sublimacyjnej jej specyfice i nie tyle regulującym, co prewencyjnym (w aspekcie realizacji współżycia płciowego) znaczeniu. W zakresie takiej edukacji może brakować miejsca na działania korygujące zachowania seksualne, między innymi masturbację. Przypuszczenia te wymagają jednak potwierdzenia na poziomie empirycznym. Pewnych informacji dostarczą w tym względzie wyniki uzyskane w pozostałych aspektach postaw.

O tendencjach kontrolujących seksualność niepełnosprawnych intelektualnie, ujawnianych przez badanych, może świadczyć pozycja sterylizacji, oceniana zwłaszcza na podstawie wyników przeliczonych. O takich tendencjach można sądzić szczególnie w przypadku pedagogów ogólnych. Dotychczas realizowane badania, poświęcone tej formie kontroli seksualności niepełnosprawnych, dostarczyły wniosków świadczących o zróżnicowaniu ocen i poglądów, co wiązało się z różnorodnością przyjmowanych kryteriów ustosunkowań [P. Wolfe, 1997, s. 79–80; L. A. Christian i in., 2001, s. 287; M. Parchomiuk, 2007, s. 96–97; 2012b, s. 412–415].

Oprócz globalnych nastawień emocjonalno-oceniających wobec poszczególnych aspektów seksualności poddano weryfikacji ustosunkowania częściowe, dążąc przede wszystkim do oszacowania ich charakteru pod względem spójności. Analizy te wykazały, że postawy badanych z obu grup wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych cechuje większa niespójność wyrażająca

się na poziomie ocen cząstkowych w zakresie wybranych komponentów seksualności. Sugeruje się, że może ona stanowić wyraz ambiwalencji afektywnego komponentu postaw [por. M. Marody, 1976, s. 150–151]. Ambiwalencja zaznacza się szczególnie w grupie porównawczej. Kategorią pojęciową, z którą związana jest największa niespójność ocen, pozostaje w przypadku pedagogów specjalnych i ogólnych, w zakresie obu stopni niepełnosprawności, masturbacja. Zachowanie to, jak pisano, jest dostępną formą realizacji potrzeb seksualnych i jako takie może być oceniane pozytywnie, ale sposoby jej ujawniania, sprzeczne z normami obyczajowymi, mogą wzbudzać silne (i naturalne) emocje negatywne.

Charakter przekonań badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością został uporządkowany w określone kategorie, różniące się pod względem jakościowym. Specyfika tych kategorii, najogólniej mówiąc, wyraża się w uznaniu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie oraz w jej określonym wartościowaniu bądź pozbawianiu jednostek niepełnosprawnych tego atrybutu.

Uznaniu osób z upośledzeniem umysłowym za istoty seksualne towarzyszy zróżnicowanie przekonań na temat ich płciowości. Może być ona postrzegana jako zjawisko zbliżone do normy, w swoich przejawach i uwarunkowaniach, bądź też odbiegające od niej w różnym stopniu i zakresie; bywa oceniana jako normalna, pożądana i wartościowa, szczególnie z punktu widzenia samych niepełnosprawnych, lub nadmiernie wyrażona i niekontrolowana, stanowiąca zagrożenie dla otoczenia, wreszcie trudna do zrealizowania na skutek deficytów intelektualnych i związanych z nimi problemów emocjonalnych.

Przekonania badanych z obu grup na temat seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim różnią się istotnie w obszarze wszystkich ich kategorii. Zaistniałe różnice wyrażają jednak nie tyle uznanie przekonań o odmiennym znaczeniu, co rozbieżności w stopniu pewności przekonań ukazujących seksualność w pozytywnym i negatywnym świetle. Większe podobieństwo przekonań, a w zasadzie siły ich pewności, odnotowano w przypadku seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym. Istotne różnice ustalono jedynie w zakresie kategorii przekonań mówiących o seksualności podlegającej negatywnemu działaniu niepełnosprawności oraz o deseksualizacji. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z większym stopniem uznania wyrażonego przez pedagogów specjalnych, w drugim – ze słabszym zaprzeczaniem ze strony pedagogów ogólnych.

Seksualność niepełnosprawnych w stopniu lekkim jest oceniana w sposób najbardziej zdecydowany przez pedagogów specjalnych w kategoriach

zjawiska pozytywnego i normalnego w swoich przejawach i skutkach. Taki sposób jej wartościowania został uznany również przez pedagogów z grupy porównawczej, jednak z mniejszym stopniem pewności. Warto tutaj dodać, że w tym pozytywnym obrazie „normalizującym” seksualność, stosunkowo najtrudniej uznać badanych z obu grup podobieństwo determinantów seksualności upośledzonych umysłowo, w jej wymiarze fizycznym i psychospołecznym, do ważnych dla seksualności osób pełnosprawnych. W przypadku pedagogów ogólnych obserwuje się silniejszą tendencję, określoną na poziomie wyników przeliczonych, polegającą na uznaniu przekonań deseksualizujących. Jeśli uwzględni się wcześniej opisane emocjonalno-oceniające ustosunkowanie tych badanych do sterylizacji, nasuwa się przypuszczenie, że deseksualizacja jest postrzegana bardziej w kategoriach pożądanego rezultatu działań regulujących niż jako opisująca specyficzne cechy funkcjonowania tych jednostek. Taki wniosek nie znajduje jednak potwierdzenia na poziomie przekonań dotyczących bezpośrednio sterylizacji. Pedagodzy ogólni, jakkolwiek w sposób niezdecydowany, zaprzeczają, jakoby sterylizacja miała być sposobem na zredukowanie seksualnego popędu u jednostek z niepełnosprawnością w stopniu lekkim.

Badani z obu grup nie zgadzają się z przekonaniem, w świetle których osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym nie są zdolne do pomyślnego doświadczania seksualności, zwłaszcza w jej wymiarze psychospołecznym. Uznanie wartości zdolności prokreacyjnych oraz kompetencji niezbędnych do realizacji związków małżeńskich nie ma jednak wyraźnego stopnia pewności. Brakuje również zdecydowania w negującym podejściu do przekonań mówiących o patologizacji sfery seksualnej i związanych z nią skłonnościach przestępczych. Być może należy to wiązać z faktem, iż pedagodzy nie posiadają zdecydowanych przekonań w kwestii traktowania płciowości tej grupy niepełnosprawnych jako zjawiska nadmiernego w swoim wyrazie i wymagającego kontroli, jakkolwiek najczęściej wyrażają w tym względzie sprzeciw.

Analiza przekonań na temat seksualności osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębszym nie pozwala na określenie dominujących kategorii. Stosunkowo najpewniejsze przekonania pedagogów specjalnych pozwalają mówić o seksualności negatywnie determinowanej przez deficyt intelektualny, w mniejszym stopniu racjonalizowanej i normalizowanej. W przypadku pedagogów ogólnych trudno wskazać specyficzne tendencje, zwłaszcza jeśli uwzględni się wyniki przeliczone. Opierając się na średnich wyników surowych, można mówić o dominacji przekonań, które wskazano w grupie podstawowej. Negatywne znaczenie deficytu intelektualnego i przypuszczalnie

wiązanych z nim ograniczeń w innych sferach funkcjonowania jednostek z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, pedagodzy ogólni odnoszą przede wszystkim do związków formalnych o typie małżeńskim, jakkolwiek należy podkreślić, iż badani nie traktują w sposób pewny i bezwarunkowy wymienionych trudności jako przeszkód dla pomyślnej realizacji związków. Co ciekawe, pedagodzy specjaliści nie zgadzają się z przekonaniem wykluczającym zdolności tej grupy niepełnosprawnych do tworzenia takich relacji partnerskich. W ich przypadku specyficzne pozostają przekonania na temat masturbacji, w tym uznanie jej powszechności i etiologii natury psychologicznej. Przy uwzględnieniu postulowanej u głębiej upośledzonych niemożności kontrolowania popędu płciowego, w pewnym stopniu pozwala to wyjaśnić wcześniej stwierdzone emocjonalno-oceniające ustosunkowanie pedagogów specjalnych do masturbacji.

Przekonania, traktujące seksualność jako zjawisko wielowymiarowe i zbliżone do normy pod względem determinantów, pozostają słabiej wyrażone. Analizując nastawienia afektywne, wnioskowano na temat jej biologizacji w postawach badanych. Wniosek ten nie znajduje tutaj pełnego potwierdzenia, ponieważ respondenci, zwłaszcza pedagodzy specjaliści, dostrzegają psychofizyczne podłoże relacji partnerskich o charakterze intymnym. Należy jednak podkreślić, że wymienione przekonania, podobnie jak i inne przypisane kategorii normalizacyjnych i racjonalizujących, są słabe w swoim nasileniu i świadczą o trudnościach w ustosunkowaniu.

Badani zaprzeczają, że seksualność niepełnosprawnych w stopniu głębszym jest nadmierna w swoim wyrazie, jednak w zakresie niektórych przekonań, zgrupowanych w tej kategorii, nie potrafią wyrazić zdecydowanego zdania. Biorąc pod uwagę, iż treść tych przekonań ma charakter stereotypowy, należy uznać to za zjawisko wyjątkowo niekorzystne. Niezdolność jednoznaczego odrzucenia przekonań, zakładających zwiększenie siły popędu płciowego, czy też zagrożenie otoczenia na skutek zakłócenia mechanizmów kontroli, może wiązać się z opisywanymi wcześniej tendencjami regulującymi, ale o znaczeniu trwałym i niekorzystnym dla jednostki (w postaci sterylizacji). Na poziomie szczegółowych przekonań można jednak mówić o negacji sterylizacji jako o metodzie kontroli.

Tendencje dewaluuujące, w tym przypadku obserwowane przede wszystkim w sferze związków i prokreacji, nie są wyraźnie określone. Badani mają trudności z ustosunkowaniem się do przekonań wyrażających prawo do prokreacji czy też jej wartościowanie. Trudność sprawia im między innymi ustosunkowanie do kwestii dziedziczności upośledzenia. Kwestia ta stanowi

podstawowy argument w społecznych dyskusjach na temat prawa do prokreacji niepełnosprawnych intelektualnie [por. K. R. Held, 1992, s. 240; M. Parchomiuk, 2012a, s. 53–54]. W kontekście tych wyników należy rozważać niskie ustosunkowanie o charakterze oceniającym do rodzicielstwa głębiej niepełnosprawnych. Zagadnienie prokreacji i rodzicielstwa jest trudne i niejednoznaczne w ocenie, budzi emocje negatywne. Nieco inaczej kształtuje się nastawienie do małżeństw, zwłaszcza w przypadku pedagogów specjalnych. Uwzględniając aspekt emocjonalno-oceniający, ponadto wcześniej wskazane przekonania wyrażające przyzwolenie na realizację takich związków oraz zawarte w omawianej tu kategorii przekonania potwierdzające pozytywne znaczenie relacji małżeńskich dla zaspokojenia potrzeb psychicznych głębiej niepełnosprawnych, można mówić o postawach pozytywnych. Wydaje się jednak, że stwierdzenie to dotyczy wyłącznie związków o typie homogenicznym pod względem sprawności intelektualnej partnerów.

Najbardziej charakterystyczną cechą przekonań posiadanych przez badanych w analizowanej kwestii jest ich słaba siła. Ujawnia się ona szczególnie w przypadku kategorii negatywnych, tj. traktujących seksualność niepełnosprawnych intelektualnie jako zjawisko odbiegające od normy i pozbawione wartości. Niski stopień pewności, jakkolwiek nie tak wyraźny, widoczny jest również w obszarze przekonań pozytywnych, opisujących seksualność niepełnosprawnych jako zjawisko normalne i pożądane. Można wnioskować za M. Marody [1976, s. 148], że taka specyfika przekonań, ujawniająca się zwłaszcza w stosunku do płciowości upośledzonych w stopniu głębszym oraz obserwowana częściej u pedagogów ogólnych, jest wskaźnikiem ambiwalencji. Jej występowanie, jako bardziej charakterystyczne dla badanych z grupy porównawczej, stwierdzono także w zakresie emocjonalno-oceniającego aspektu postaw. Ambiwalencja może mieć swoje podstawy w braku osobistych doświadczeń i racjonalnej wiedzy. W takim przypadku źródłem ustosunkowań badanych są przypuszczalnie stereotypy i uprzedzenia. Nie można jednak wykluczyć jako przyczyny ambiwalencji negatywnych doświadczeń, a zatem takich, w których spotykano się z przejawami seksualności, naruszającymi obowiązujące normy społeczne. Ten tok wnioskowania miałby zastosowanie przede wszystkim do pedagogów specjalnych. Potwierdzeniem znaczącej roli doświadczeń dotyczących seksualności jednostek z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębszym, w przypadku których ambiwalencja poznawczego komponentu postaw pozostaje większa, jest zaobserwowana istotna rola zmiennych z zakresu zawodowego funkcjonowania, w tym stażu pracy, stop-

nia niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych czy charakteru zatrudnienia.

Należy jednak zapytać, czy uzasadnione jest mówienie o ambiwalencji w odniesieniu do tych przypadków, w których badani nie mają sprecyzowanych przekonań (nie potrafią ich określić)? Ambiwalencja jest miarą niespójności przekonań [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 124], musi zatem uwzględniać przekonania pozytywne i negatywne formułowane w danej kwestii, co miało miejsce tutaj, ale w pełni uprawnione wnioskowanie na jej temat wymaga również ich skrajności na poziomie stopnia pewności (ekstremalność ocen), czego nie odnotowano. Podobne zastrzeżenie związane z siłą ocen można sformułować w stosunku do aspektu emocjonalno-oceniającego.

Należałoby się zastanowić, dlaczego przekonania badanych mają tak niski stopień pewności? Interpretacja ich charakteru musi uwzględniać wcześniej analizowany komponent emocjonalno-oceniający, tym bardziej, iż przekonania, o czym pisano, również zawierają element oceniający i w takich kategoriach zostały tutaj zinterpretowane. Uzyskane w zakresie emocjonalno-oceniającego komponentu wyniki, najczęściej przeciętne, przy uwzględnieniu wartości średnich surowych oscylujących w granicach wyniku środkowego (neutralnego), częściowo przynajmniej mogą uzasadniać brak zdecydowania w zakresie przekonań. O ile jednak badanym łatwiej określić bezpośrednio swoje emocje i oceny, bez konieczności odwoływania się do wiedzy, trudniej jest im być może ustosunkować się do twierdzeń, które jej wymagają na dość szczególnie wysokim poziomie. Stąd przypuszczalnie mniejsza siła przekonań.

Znaczna część twierdzeń zawartych w zastosowanej skali nawiązuje do stereotypowego obrazu seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Interpretując uzyskane wyniki, można wnioskować, że stereotypy te mają też znaczenie dla budowania osobistych przekonań badanych. Jakkolwiek skłonni są oni odrzucać słuszność wielu z nich, nie czynią tego w sposób zdecydowany, co może świadczyć o niepewności co do ich zasadności. Analizując dostępne badania, poświęcone postawom specjalistów wobec seksualności osób z upośledzeniem, stwierdzono, że ich obraz współtworzą elementy uogólnionych przekonań, takich jak założenie o aseksualności, nadmiernym popędy, wyrażanym w formach patologicznych, czy też konsekwencjach niepełnosprawności w sferze seksualnej [D. Richards i in., 2008, s. 205; M. G. Brodwin, P. C. Frederick, 2010, s. 37]. Podobne zjawisko można zaobserwować tutaj. Charakteryzowanie seksualności niepełnosprawnych, z zastosowaniem gotowych uproszczonych form opisowych, może służyć zrozumieniu i przewidywaniu „trudnych” zachowań osób z upośledzeniem umysłowym [por. T. D. Nelson, 2003,

s. 52 i n.], zwłaszcza wówczas, kiedy brakuje kompetencji pozwalających podejmować działania prewencyjne czy zaradcze. Pozorna skuteczność stereotypów, polegająca na dostarczaniu wyjaśnień uzasadniających zjawiska czy własne postępowanie, decyduje o ich łatwym przyswajaniu i utrwalaniu.

Jako kolejny element postaw badanych została przeanalizowana motywacja do działań wspierających niepełnosprawnych intelektualnie w pomyślnej realizacji seksualności. Wykazano, że jest ona istotnie wyższa u pedagogów specjalnych, zarówno w przypadku osób z upośledzeniem w stopniu lekkim, jak i głębszym. Ustosunkowując się do uzyskanych różnic, należy mieć na względzie specyfikę zadań zawodowych, zakres przygotowania do ich realizacji oraz, co najważniejsze, zasób i charakter doświadczeń związanych z kontaktami z jednostkami niepełnosprawnymi intelektualnie. Wykazano, że doświadczenia te są odmienne dla obu grup. Większość pedagogów specjalnych uczestniczyła w sytuacjach, przede wszystkim zawodowych (można je tak określić ze względu na miejsce występowania), w których zetknęła się z przejawami seksualności osób z upośledzeniem (zwykle masturbacją). Pomimo deklaracji o braku zaangażowania emocjonalnego, sytuacje te wymuszały podejmowanie określonych działań, również o charakterze pedagogicznym. Wydaje się, że kontekst doświadczeń dostarcza uzasadnień dla różnic międzygrupowych. Trafność takiego wnioskowania potwierdza specyfika motywacji. W przypadku pedagogów specjalnych w sposób najbardziej wyraźny dotyczy ona działań indywidualnych, ukierunkowanych na konkretne jednostki oraz ich potrzeby związane ze sferą seksualną, ponadto na podwyższanie własnych kompetencji w zakresie niezbędnym do wspierania niepełnosprawnych. Źródła istotnie niższej motywacji pedagogów ogólnych, którzy w większości nie posiadają doświadczeń związanych z niepełnosprawnością intelektualną, są bardziej ogólne, jakkolwiek w pierwszej kolejności, podobnie jak u pedagogów specjalnych, dotyczą wsparcia udzielanego bezpośrednio uczniom/wychowankom.

Motywacja jako element postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie może być powiązana z pozostałymi komponentami, a zatem: emocjonalno-oceniającym oraz poznawczym. W jej interpretacji niezbędne jest odwołanie się do ich charakteru z uwzględnieniem określonych różnic między badanymi grupami. Definiowana tu motywacja wymaga uznania płciowości osób z upośledzeniem umysłowym za wartościowy ich atrybut oraz dostrzeżenia, że jej ostateczny kształt jest wynikiem działań socjalizacyjnych. W postawach pedagogów ogólnych dotyczących seksualności niepełnosprawnych w stopniu lekkim i głębszym stwierdzono tendencje deseksualizujące, traktując

je w kategoriach pożądanego przez badanych efektu działań regulujących i kontrolujących. Ustosunkowania takie pozostają w sprzeczności z potrzebą wsparcia seksualności. W postawach pedagogów specjalnych silniej zaznacza się tendencja normalizująca i racjonalizująca seksualność lekko niepełnosprawnych, w oczekiwaniu najbardziej korzystna. W przypadku głębiej upośledzonych obserwuje się silniejsze uznanie seksualności za nadmiernie wyrażaną i wymagającą kontroli. W całościowym jej obrazie dominują aspekty fizyczne, zwłaszcza masturbacja, której jakość realizacji jest związana z działaniami socjalizacyjnymi. Tego typu ustosunkowanie do seksualności może pozostawać w zbieżności z motywacją do działań wspierających.

Przeprowadzone analizy wykazały, że istotnie silniejsza motywacja w obu grupach dotyczy działań wspierających niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Ten wynik należy interpretować z uwzględnieniem wcześniej opisanych komponentów postaw, w których zakresie odnotowano niższe wartościowanie wielu aspektów seksualności głębiej niepełnosprawnych oraz mniej zdecydowane przekonania na jej temat.

Dla wyjaśnienia uzyskanych wyników dotyczących postaw badanych, znaczący jest zróżnicowany udział zmiennych opisujących sytuację zawodową. Z jednej strony uzyskane w tym zakresie wyniki dostarczają dodatkowych informacji wyjaśniających, pozwalających sądzić na temat istotnej roli innych czynników, tutaj nieanalizowanych (np. wypalenia zawodowego), z drugiej zaś potwierdzają wniosek mówiący o powiązaniu poszczególnych aspektów postaw. Stosunkowo najmniej korzystne ustosunkowania wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie ujawniają osoby pracujące najdłużej, co wyraża się na poziomie sformułowanych ocen (zwłaszcza najsilniejszej akceptacji sterylizacji), wyrażanych przekonań oraz motywacji (najniższej). Tendencję taką zaobserwowano w obu badanych grupach. Jeśli uwzględni się przy tym fakt, iż relatywnie najkorzystniejsze postawy wyrażały osoby pracujące najkrócej, to nasuwa się przypuszczenie o znaczącej roli wieku, który jest związany ze stażem. W tym kontekście można postawić wniosek, wymagający dalszych badań, na temat przemian zachodzących na przestrzeni czasu w społecznych ustosunkowaniach do kwestii seksualności niepełnosprawnych, przypuszczalnie powiązanej ze zmianami w ogólnych postawach wobec niepełnosprawności [por. L. Yool i in., 2003, s. 138; D. Richards i in., 2006, s. 146; 2008, s. 199; K. L. Kazukauskas, C. S. Lam, 2009, s. 16]. Mniej spójne w charakterze są wnioski wynikające z analizy pozostałych zmiennych z zakresu zawodowego funkcjonowania pedagogów specjalnych. Zaznaczając, iż wymaga to potwierdzenia, z uwagi na nieliczne różnice o istotnej wartości, można

zasugerować, że w postawach osób zatrudnionych w warsztatach terapii zajęciowej, domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy ujawniają się stosunkowo najmniej korzystne tendencje. Dotyczy to aspektu emocjonalno-oceniającego oraz poznawczego, ale nie motywacyjnego. Placówki te wspomagają przede wszystkim osoby dorosłe, których seksualność może być źródłem problemów, zwłaszcza jeśli nie była wcześniej poddana działaniom wspierającym i socjalizującym.

Udział zmiennej stopnia niepełnosprawności intelektualnej pozwala potwierdzić wnioskowane znaczenie doświadczeń zawodowych w kontekście kształtowania postaw pedagogów specjalnych. Praca z osobami z głębszym upośledzeniem umysłowym łączy się bowiem z wyjaśnianiem istoty ich seksualności w kategoriach pozytywnych, normalizujących i racjonalizujących, ponadto motywacją do jej wsparcia. Nie ustalono jednak podobnego powiązania w przypadku lekkiej niepełnosprawności.

Spójność komponentów postaw jest widoczna również w analizie różnic wynikających ze stopnia upośledzenia. W każdym z komponentów obserwuje się istotne różnice przebiegające na korzyść podmiotów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Szczegółowo dotyczy to emocjonalno-oceniającego ustosunkowania, przekonań oraz motywacji. Tendencja ta jest zbieżna z oczekiwaną i potwierdza ogólne wnioski uzyskane w badaniach innych autorów [P. Wolfe, 1997, s. 74 i n.]. Należy jednak zaznaczyć, że czynienie tego typu odniesień do literatury przedmiotu, ze względu na zróżnicowanie koncepcyjne badań, może dotyczyć jedynie ogólnych tendencji.

Wcześniej formułowane wnioski zakładające powiązanie komponentów postaw znajdują częściowe potwierdzenie na poziomie analiz globalnych. Ustalono, że poszczególne elementy postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie mogą tworzyć struktury, jednak rzadko mają one charakter pełny. Zgodnie z hipotetycznym założeniem znaczącą reprezentację (nie tylko pod względem zakresu, ale przede wszystkim siły ładunków) mają w tych strukturach komponenty emocjonalno-oceniające.

W przypadku ustosunkowań wobec seksualności osób z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego ustalono po cztery czynniki w grupie podstawowej oraz porównawczej. W zależności od zawartości treściowej oraz siły ładunków można je określić mianem: afektywnego (reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym), poznawczo-afektywnego (negacji negatywnych przekonań na temat seksualności), afektywno-motywacyjnego (z dominacją kategorii przyjaźni oraz antykoncepcji) oraz afektywno-poznawczego (racjonalizacyjno-normalizacyjny) (grupa A), afektywno-motywacyjnego

(reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym), afektywnego (z dominacją kategorii przyjaźni), afektywno-poznawczego (racjonalizacyjno-normalizacyjny, z dominacją aspektów fizycznych) oraz poznawczego (negacji negatywnych przekonań na temat seksualności) (grupa B). Nie wszystkie z uzyskanych czynników obejmują różne komponenty postaw. W tych jednak, które mają charakter złożony, zawsze występuje element emocjonalno-oceniający.

Ustalone w obu grupach czynniki wykazują zbieżność uporządkowania ładunków o charakterze wprost proporcjonalnym, jednak rzadko można mówić o podobieństwie natury jakościowej i ilościowej, zwłaszcza w przypadku ładunków kryterialnych, a jeszcze rzadziej uwzględniając kolejność czynnika.

Jedynie nieliczne czynniki wyłonione w badanych grupach odzwierciedlają w jakimś stopniu strukturyzację komponentów postaw wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych. W przypadku pedagogów specjalnych ustalono: dwa czynniki afektywne (afektywny, z dominacją wymiaru fizycznego seksualności oraz afektywny z dominacją jej wymiaru psychospołecznego), poznawczy (z dominacją przekonań na temat seksualności nadmiernie wyrażonej), afektywno-poznawczo-motywacyjny (z dominacją antykoncepcji) oraz afektywno-poznawczy (racjonalizacyjno-normalizacyjny). W grupie porównawczej pedagogów: trzy afektywne (reprezentujący seksualność w wymiarze psychospołecznym i fizycznym; z dominacją kategorii przyjaźni; z dominacją masturbacji), poznawczy (negacji negatywnych przekonań na temat seksualności) oraz poznawczo-motywacyjny (racjonalizacyjno-normalizacyjny z motywacją do wsparcia seksualności). Tylko jeden z czynników, spośród wszystkich tu ustalonych, odzwierciedla trójkomponentową strukturę postaw. Podobnie jak poprzednio, struktury, które mają charakter złożony, niemal w każdym przypadku obejmują komponent emocjonalno-oceniający. Wyjątkiem jest otrzymana w grupie porównawczej konstrukcja zbudowana z komponentu poznawczego i motywacyjnego, która, jakkolwiek odwołuje się przede wszystkim do przekonań, przypuszczalnie nie ma czysto racjonalnego charakteru z uwagi na nasycenie przekonań ładunkiem emocjonalnym [por. M. Marody, 1976, s. 151].

W zakresie czynników ustalonych u pedagogów specjalnych i ogólnych, w przypadku niepełnosprawności w stopniu głębszym, stwierdzono zarówno wprost proporcjonalną, jak i odwrotnie proporcjonalną zbieżność hierarchicznego uporządkowania ładunków. W małym stopniu można jednak mówić o zbieżności czynników, uwzględniając zarówno ich treści, siłę ładunków, jak i kolejność.

Struktura czynników ustalonych w zakresie postaw wobec seksualności lekko i głębiej niepełnosprawnych intelektualnie wykazuje pewne podobieństwa i różnice, nie jest jednak tożsama. Stwierdzono tu istotne dodatnie i ujemne korelacje informujące o wprost proporcjonalnej i odwrotnie proporcjonalnej zbieżności hierarchicznego uporządkowania ładunków. Przy pewnym zróżnicowaniu treści czynników, można jednak zaobserwować znaczną zbieżność siły tożsamych ładunków kryterialnych. W znacznym uogólnieniu trzeba stwierdzić, że postawy wobec seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną są bardziej złożone, ale pozbawione charakteru trójelementowego. Postawy wobec seksualności głębiej niepełnosprawnych zwykle ujawniają się w emocjonalno-oceniającym komponencie i znacznie rzadziej obejmują inne elementy. Biorąc pod uwagę kolejność, będącą wskaźnikiem znaczenia (siły) danego czynnika, można zauważyć, że w obrazie ustosunkowań pedagogów specjalnych wobec seksualności głębiej upośledzonych pierwszoplanowe znaczenie mają komponenty afektywne (taka postawa dominuje również w zakresie lekkiej niepełnosprawności). W przypadku pedagogów ogólnych można sądzić o znaczącej roli czynnika afektywnego oraz poznawczego (bądź afektywno-motywacyjnego w sytuacji lekkiego stopnia).

Tendencje określone tutaj znajdują uzasadnienie w literaturze przedmiotu. Zakłada się bowiem, że komponenty postaw mogą być wyrażone (bądź ukształtowane) w różnym stopniu [S. Nowak, 1973, s. 29; P. Zimbardo, M. Leippe, 1991, s. 244; G. Böhner, M. Wanke, 2004, s. 17], co jest związane między innymi z ich genezą. Źródłem postaw emocjonalno-oceniających mogą być doświadczenia jednostki z obiektem postawy (bądź obiektami skojarzonymi), a podstawowym procesem – warunkowanie ewaluatywne, polegające na wytwarzaniu ukrytych pozytywnych lub negatywnych wartościowań [G. Böhner, M. Wanke, 2004, s. 95]. Można sądzić, że źródłem nastawień emocjonalno-oceniających u pedagogów specjalnych są doświadczenia w pracy z niepełnosprawnymi intelektualnie (niekoniecznie obejmujące ich sferę seksualną), prowadzące do budowania ich określonych ocen w różnych zakresach funkcjonowania. Prawomocność tego wniosku ulega obniżeniu, jeśli uwzględni się postulowane znaczenie bezpośredniego kontaktu. A. H. Eagly i S. Chaiken [1993, s. 16] piszą, że kontakt bezpośredni zwiększa prawdopodobieństwo udziału wszystkich procesów w kształtowaniu ustosunkowań, należałoby więc oczekiwać ich większej złożoności. Z drugiej jednak strony fakt ten nie wyklucza możliwości ujawniania postawy w określony sposób – reakcja oceniająca może obejmować jedynie wybrany element [A. H. Eagly, S. Chaiken, 1993, s. 16], tym bardziej że stopień jego ukształtowania może być różny, nawet przy założeniu,

że każda postawa obejmuje wszystkie trzy składniki [E. Aronson i współ., 2006, s. 180]. Należy postawić pytanie, co jest źródłem postaw pedagogów ogólnych, biorąc pod uwagę, że czynniki afektywne mają tutaj również ważne znaczenie? Nie można wykluczyć udziału osobistych doświadczeń. Pewną rolę, podobnie zresztą jak u pedagogów specjalnych, mogą odgrywać nastawienia innych osób ze środowiska zawodowego i pozazawodowego (w przypadku grupy podstawowej poddane konfrontacji w konkretnych sytuacjach), wiedza zdobyta w trakcie edukacji i samokształcenia czy informacje pochodzące z różnych źródeł (np. mediów). Przedmiot analizowanych tu postaw pozwala też sądzić, iż w ich genezie istotne są wartości oraz normy religijne i obyczajowe, zwłaszcza te, które dotyczą seksualności człowieka. Postawy mające u podstaw wartości służą ich wyrażaniu i poświadczaniu ich znaczenia [E. Aronson i in., 2006, s. 180].

Analizując charakter ustosunkowań w ich ujęciu globalnym, warto się odnieść do wcześniej sygnalizowanych tendencji. Wydaje się, że ustalone tu wyniki potwierdzają wniosek mówiący o biologizacji seksualności niepełnosprawnych w stopniu głębszym, obserwowany w przypadku pedagogów specjalnych. W wartościowaniu seksualności następuje oddzielenie jej sfery fizycznej od psychospołecznej, a antykoncepcja oceniana wysoko łączy się z motywacją. Co ciekawe, opisany u pedagogów ogólnych obraz seksualności niepełnosprawnych, zarówno w przypadku stopnia lekkiego, jak i głębszego, ma charakter całościowy, tj. łączy komponenty fizyczne i psychospołeczne. Specyficzny jest obraz masturbacji głębiej upośledzonych w tej grupie. Zjawisko to zostaje oddzielone od pozostałych przejawów seksualności oraz połączone z działaniami regulująco-kontrolującymi o restrykcyjnym charakterze.

2. Kompetencje osobowe badanych osób

Charakter uzyskanych wyników dotyczących empatii, rozumianej jako globalna dyspozycja emocjonalno-poznawcza i motywacyjna, upoważnia do stwierdzenia, że pedagogzy specjaliści oraz ogólni nie różnią się istotnie w jej ogólnym wymiarze. Ustalone znaczące różnice w dwóch spośród pięciu syndromów nie pozwalają na określenie jednolitego kierunku tendencji. W przypadku współodczuwania przeżyć, w największym zakresie odpowiadającemu afektywnemu wymiarowi empatii, wyższe wyniki uzyskały osoby z grupy

podstawowej. W zakresie wrażliwości na przeżycia innych, odzwierciedlającym poznawczy aspekt empatii, zaobserwowano silniejszą tendencję w grupie porównawczej. Dotychczas realizowane badania nie dostarczyły w tej kwestii jednolitych wniosków [M. Kliś, J. Kossewska, 1996, s. 4; 1998, s. 134; 2000, s. 8; J. Kossewska, 2000, s. 217]. Trudno zatem dokonywać odniesień, tym bardziej że konceptualizacja empatii na poziomie empirycznym była inna od przyjętej tutaj.

Wykazano, że zmienne związane z zawodowym funkcjonowaniem badanych mogą mieć znaczenie różnicujące w obszarze kompetencji empatycznych. Tendencje poparte istotnością statystyczną wystąpiły jednak w nielicznych przypadkach. Ustalono je w odniesieniu do stażu pracy, charakteru zatrudnienia oraz stopnia niepełnosprawności intelektualnej. Interpretując uzyskane w tym zakresie wyniki, można zasugerować pewne wnioski. Poziom empatii u pedagogów specjalnych może się zwiększać w toku pracy zawodowej. Podobną tendencję opisały M. Kliś i J. Kossewska [1996, s. 4; 2000, s. 8], na podstawie badań nauczycieli ze szkół specjalnych i ogólnodostępnych. Dla jej potwierdzenia niezbędne są jednak badania podłużne. Praca w instytucjach rehabilitacji społeczno-zawodowej oraz realizacja opieki w formach wsparcia dziennego i stałego, zwłaszcza z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, może wiązać się z niższym poziomem empatii w określonych jej aspektach. Wnioskowanie na temat możliwych przyczyn tego stanu rzeczy wymaga jednak analiz złożonych, uwzględniających jednocześnie wskazane zmienne. W takim przypadku możliwe będzie zweryfikowanie kwestii ewentualnego wypalenia zawodowego, związanego z niższą empatią.

Badane grupy wykazują zbieżne preferencje w zakresie wartości. Ustalone hierarchie mają ten sam porządek, wyznaczany siłą preferencji. Najwyżej cenione są wartości moralne, nieco niżej od nich – święte, w których obszarze badani wyżej cenią związane z religią niż świeckie, wyrażające istotę postawy patriotycznej. Zbliżone pod względem siły preferencji są wartości prawdy. Niżej w hierarchii sytuują się hedonistyczne i witalne, z większą preferencją siły i sprawności fizycznej oraz estetyczne. Uogólniając i posługując się wprowadzonymi przez filozofów [J. Tischner, za P. Brzozowski, 2005, s. 263] określeniami, można powiedzieć, że badani pedagodzy specjaliści oraz pedagodzy ogólni cenią w większym stopniu wartości wyższe niż niższe. Tendencję taką potwierdziła w badaniach z udziałem nauczycieli U. Dudziak [2009, s. 658] (skala M. Schelera). Autorka ustaliła identyczną do opisaną tutaj hierarchię w zakresie wartości podstawowych oraz podskal czynnikowych.

Podział na wartości wyższe i niższe, przeprowadzony przez J. Tischnera [za P. Brzozowski, 2005, s. 263], opiera się na stopniu ich trwałości oraz

gotowości do wcielania w życie. Wartości duchowe, do których można tutaj zaliczyć moralne, nadają sens życiu człowieka, jednak ich realizacja wymaga uzasadnienia, którego dostarczać mogą wartości święte, dla badanych osób przede wszystkim religijne. Można zatem uznać, iż wartości święte są wyższe od duchowych i najwyższe spośród czterech naczelnym wymienionych przez J. Tischnera [za P. Brzozowski, 2005, s. 263]. Wartości hedonistyczne, należące do kategorii niższych, ze względu na swoją małą trwałość, „powierzchnowość” doświadczania oraz gotowość do poświęcenia na rzecz innych wartości, w hierarchii tej zajmują najniższą pozycję. Wyżej od nich znajdują się natomiast wartości witalne, przynoszące trwalsze zadowolenie i pełniejsze zaangażowanie człowieka. J. Tischner [za P. Brzozowski, 2005, s. 263] w grupie witalnych rozważa życie i zdrowie człowieka, co przy sformułowanym przez niego stwierdzeniu, że życie jest warunkiem realizacji wszystkich innych wartości, uzasadnia ich wyższą od hedonistycznych pozycję. Nawiązując do tego, można sądzić, że wyższe miejsce wartości hedonistycznych, zajmowane w hierarchii wzorcowej oraz hierarchiach indywidualnych badanych tu osób, wynika z odmiennej ich konceptualizacji. Miejsce hedonistycznych uzasadnia wartość radości życia zaliczana do tej kategorii, mająca wiele źródeł, różny stopień trwałości, charakter i siłę przeżyć.

Zarówno w hierarchii J. Tischnera, jak i M. Schelera wartości święte zajmują naczelne miejsce, po duchowych, do których, w koncepcji M. Schelera, zalicza się moralne, estetyczne oraz prawdę [za P. Brzozowski, 1995, s. 8]. Porządek ten w ogólnym układzie wartości świętych, jako wyższych, oraz moralnych, jako niższych, przy uzasadnionym teoretycznie i sprawdzonym empirycznie przez P. Brzozowskiego [1995, s. 9] usytuowaniu wartości estetycznych i prawdy, zostaje zachowany w hierarchii wzorcowej. Wydaje się zatem, w relacji do uzyskanych wyników, że niespójność tej hierarchii i hierarchii indywidualnych, stwierdzona u niektórych badanych z obu grup, czy też niższy poziom podobieństwa, wynikają z wyższego usytuowania wartości moralnych niż świętych. Dlaczego badani bardziej cenią wartości moralne niż święte? Moralne wyrażają się w sposób bezpośredni w ustosunkowaniach między ludźmi, znajdują spełnienie w postaci określonych norm i wzorców zachowań. Zarówno sposoby ich realizacji, jak i ich skutki, czy też rezultaty zaniedbań w tym zakresie są w sposób bezpośredni odczuwalne w życiu badanych. W uporządkowaniu teoretycznym wartości te mogą mieć swoje uzasadnienie w wartościach wyższych – świętych – jednak w empirycznym wymiarze, indywidualnym, porządek może być odwrócony.

Poszukując uzasadnienia dla stwierdzonego podobieństwa między oboma grupami w obszarze preferencji wartości, należy odwołać się do wyników w zakresie zbieżności hierarchii indywidualnych z wzorcową. Wysoki poziom ich podobieństwa w obu grupach może świadczyć o tym, że hierarchie indywidualne w większym stopniu podlegają działaniu czynników z zakresu wcześniejszych doświadczeń, socjalizacyjnych niż kształtujących środowisko zawodowego funkcjonowania. Pewnym potwierdzeniem tego wniosku jest brak istotnych różnic w zakresie zmiennych opisujących specyfikę tego funkcjonowania (np. staż pracy) w kontekście zbieżności hierarchii indywidualnych i wzorcowej. Hierarchie indywidualne badanych osób nie są odzwierciedleniem rzeczywistości (a jeśli są, to w małym stopniu), nie wyrażają (bądź w małym stopniu wyrażają) pewnych wzorców adaptacyjnych, opartych na potrzebie dostosowania się do otoczenia, „mody” i obejmujących „powszechność uznania” określonych sposobów życia czy relacji między ludźmi. Można sądzić, że wyrażają pewnego rodzaju ideały, „powinności uznania”, mające znaczenie ponadczasowe i decydujące dla społecznego ładu oraz indywidualnego dobrostanu. Wydaje się, że zasadności tego wnioskowania nie zakłóca wspomniana niespójność hierarchicznego uporządkowania wartości moralnych i świętych, obie kategorie pozostają bowiem w sferze wartości wyższych.

Ocena wybranych aspektów seksualności człowieka, dokonana na podstawie kryterium ich znaczenia dla zdrowia oraz jakości życia, nie różni istotnie badanych pedagogów specjalnych i ogólnych. Charakterystyczne dla nich pozostaje nadawanie większej wagi aspektom mającym charakter psychoseksualny i społecznoseksualny oraz mniejszej – aspektom fizycznym. Pozostałe oceny, oparte na kryteriach przewidywanych konsekwencji dla zdrowia oraz jakości życia oraz postulowanej dopuszczalności, różnią istotnie pedagogów specjalnych i ogólnych. Charakter tych różnic pozwala stwierdzić, że pedagodzy ogólni ujawniają bardziej tradycyjną, żeby nie powiedzieć konserwatywną, postawę wobec seksualności. Świadczy o tym istotnie niższa ocena antykoncepcji, zarówno mechanicznej, jak i chemicznej. Jednocześnie jednak należałoby przy tym oczekiwać silniejszej akceptacji naturalnych metod planowania rodziny, ale w tym zakresie nie stwierdzono istotnej różnicy. W obu grupach metody naturalne są najsilniej akceptowane jako korzystne i dopuszczalne. Istotnym uzasadnieniem dla określenia postaw pedagogów ogólnych jako bardziej tradycyjnych jest natomiast fakt, iż silniej negują oni w aspekcie moralnym zarówno antykoncepcję chemiczną i mechaniczną, jak i zjawisko nietypowe – homoseksualizm. Krytyczniej odnoszą się do współżycia przedmałżeńskiego. Być może wyraźniej zaznaczony w ich postawach tradycjonalizm

(konserwatyzm) wynika z nieco większego przywiązania do zasad zawartych w nauce Kościoła.

Osobnego omówienia wymaga kwestia masturbacji. Jej ocena formułowana przez pedagogów ogólnych jest negatywna we wszystkich aspektach. Nie jest to zjawisko akceptowane pod względem moralnym i przypuszczalnie niepostrzegane jako rozwojowe. Należy jednak zaznaczyć, że, poddając je ocenie badanych, nie dokonano sprecyzowania okoliczności i przyczyn jego występowania. Ustosunkowanie pedagogów specjalnych do masturbacji, jako elementu seksualności człowieka, nie jest jednoznaczne. Można mówić tutaj o niezdecydowaniu w ocenie moralnej i zdrowotnej.

Warto zwrócić również uwagę na wartościowanie sterylizacji. W obu grupach ma ono charakter negatywny w każdym z aspektów, jednak to pedagodzy ogólni częściej postrzegają ją jako mniej korzystną dla zdrowia, niedopuszczalną oraz niemoralną. Interesujący jest sposób oceniania ujawniany przez pedagogów specjalnych – negatywnej ocenie w aspekcie zdrowia oraz w kontekście moralnym towarzyszy słabsze przekonanie o niedopuszczalności jej stosowania. W tym ostatnim przypadku można właściwie mówić o niezdecydowaniu tych badanych.

Całokształt uzyskanych tu wyników może świadczyć nie tylko o charakterze postaw badanych wobec seksualności człowieka, ich ustosunkowaniu do norm i wartości, ale również o potencjalnej genezie. Można zasugerować, iż konfrontacja z problemami seksualności osób niepełnosprawnych, silniej wyrażanymi jej aspektami, ma znaczenie dla budowania osobistych postaw względem pewnych zjawisk. Wydaje się, że wyraźnym poparciem tej tezy są wyniki w zakresie sterylizacji i masturbacji. Ich charakter może wskazywać na to, że sterylizacja w opinii badanych nie jest zjawiskiem ani pozytywnym, ani moralnym, istnieją jednak pewne okoliczności przemawiające za potrzebą jej stosowania. Można sądzić, że obejmują one „trudne przypadki” przejawów seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Masturbacja jest najczęstszą formą realizacji potrzeb płciowych przez upośledzonych umysłowo w stopniu głębszym i głębokim, niekiedy z różnych względów wyłącznie dla nich dostępną. Wydaje się, że jej obserwowanie u własnych uczniów/wychowanków czy podopiecznych, przy świadomości złożoności jej przyczyn i problemów radzenia sobie z nią, a jednocześnie przekonaniu o wartości realizacji potrzeb seksualnych, może kształtować określone jej oceny, niespójne w swoim charakterze.

Analizy uwzględniające zmienne z zakresu zawodowego funkcjonowania badanych dostarczyły zróżnicowanych wyników, utrudniających określenie

tendencji. W znacznym uogólnieniu można stwierdzić, że osoby z najdłuższym stażem pracy wyżej cenią pewne aspekty seksualności w kontekście zdrowia i jakości życia człowieka, wydaje się również, że ujawniają mniej tradycyjne nastawienie do określonych kwestii. Być może wynika to z ich silniejszej akceptacji osobistego systemu norm i wartości jako podstawy regulacji zachowań seksualnych. Wydaje się również, że najmniej tradycyjne jest nastawienie pedagogów specjalnych wykonujących zawód nauczyciela, najbardziej zaś osób pracujących w charakterze terapeutów oraz opiekunów w DPS i ŚDS. Zgodnie z wcześniejszymi wnioskami można sądzić, że nastawienie oceniające tych ostatnich wobec takich zjawisk, jak masturbacja czy sterylizacja może być wynikiem doświadczeń zawodowych. Słaba akceptacja masturbacji odnotowana w przypadku pracowników warsztatów, DPS i ŚDS, może być związana z obserwacją zjawiska u dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, u których pozostaje ono utrwalone w formach społecznie nieakceptowanych. Wzorce powiązań w obszarze zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej są bardzo zróżnicowane. Warto tutaj zwrócić uwagę na wyższe wartościowanie miłości przez osoby pracujące z upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim.

Jeśli uwzględnimy wcześniejsze ustalenia związane ze zmiennymi opisującymi specyfikę zawodowego funkcjonowania badanych, można wskazać na pewną spójność tendencji oceniających seksualność niepełnosprawnych intelektualnie oraz wartościujących aspekty seksualności człowieka wedle różnych kryteriów. Dotyczy to jednak tylko charakteru zatrudnienia.

Zasugerowana geneza postaw badanych pedagogów specjalnych wobec seksualności wymaga weryfikacji. Takiej dostarczyły dalsze analizy. Ich korelacyjny charakter ma podkreślać, że w złożonych procesach wartościowania, stanowiących istotę postaw względem zjawisk ludzkiej seksualności, trudno wskazywać na przyczyny i skutki.

Przeprowadzone analizy pozwoliły stwierdzić, że pedagodzy specjaliści i ogólni różnią się istotnie w zakresie postaw wobec osób z niepełnosprawnością. Wyższe wyniki, wskazujące na korzystniejszą tendencję, uzyskano w grupie podstawowej. Potwierdza ją również rozkład wyników przeliczonych, w którym ustalono tendencję w kierunku niskiego ustosunkowania u pedagogów ogólnych oraz wysokiego u pedagogów specjalnych. Stwierdzono ponadto istotne różnice, potwierdzone na poziomie wyników przeliczonych, w zakresie ambiwalencji. Jest ona wyższa w postawach pedagogów ogólnych. W świetle analizy twierdzeń skali można wnioskować, iż ambiwalencja dotyczy przede wszystkim emocjonalno-oceniającego komponentu, ściśle powią-

zanego z wiedzą na temat jednostek z niepełnosprawnością oraz intencjami zachowań.

Szczegółowa analiza twierdzeń dostarczyła informacji na temat istotnych różnic między grupami w przypadku wybranych aspektów funkcjonowania osób z upośledzeniem, ich cech osobowościowych oraz osobistych doświadczeń respondentów w kontaktach z niepełnosprawnymi. Różnice takie ustalono zarówno w obszarze twierdzeń pozytywnych, jak i negatywnych. Wykazano, że pedagodzy specjaliści silniej potwierdzają, w porównaniu do pedagogów ogólnych, pozytywne aspekty, wyrażające korzystne cechy i sposoby funkcjonowania niepełnosprawnych oraz ujawniają większą dezaprobatę negatywnych. Stwierdzone różnice o opisanym charakterze nie dają jednak możliwości oceniania postaw badanych z grupy podstawowej jako korzystnych. Wyrażane przez nich oceny mają niski poziom zdecydowania, świadczący o trudnościach w jednoznacznym uznaniu możliwości niepełnosprawnych oraz zaprzeczaniu czy pomniejszaniu wagi ich ograniczeń. Szczególny problem sprawia badanym pedagogom ocena możliwości zawodowego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, samodzielnego zarobkowania czy nawet realizowania życia rodzinnego. Zwraca uwagę fakt, że pedagodzy specjaliści korzystniej określają swoje odczucia związane z kontaktami z niepełnosprawnymi, istotnie rzadziej są one dla nich źródłem lęku czy dyskomfortu. Należy podkreślić, że w tym zakresie ich pozytywne oceny mają najwyższy stopień pewności. Niski i bardzo niski obserwuje się w kwestiach dotyczących cech charakteryzujących osoby niepełnosprawne. Badani z obu grup nie są przekonani co do tego, iż niepełnosprawności towarzyszą specyficzne właściwości – przypisywane stereotypowo – między innymi większa wrażliwość, niesamodzielnosc i roszczeniowość, niecierpliwosc, naiwnosc oraz infantylnosc.

Uzyskany obraz postaw wobec niepełnosprawnych jawi się jako specyficzny. U pedagogów ogólnych można go określić mianem niekorzystnego i niezdecydowanego, u pedagogów specjalnych – ambiwalentnego. Należy jednak zaznaczyć, że ambiwalencja w tym przypadku dotyczy różnych aspektów funkcjonowania niepełnosprawnych, wyrażających ich możliwości i ograniczenia w rozmaitych sferach i zakresach. Nie jest to zatem w pełni zbieżne z ambiwalencją ocenianą na podstawie ustosunkowania do twierdzeń pozytywnych i negatywnych. W przypadku grupy podstawowej decydujące znaczenie dla charakteru postaw może mieć praca z osobami niepełnosprawnymi. Zakłada się, że stały kontakt jest zmienną w sposób istotny modyfikującą ustosunkowania [K. Brady, L. Woolfson, 2008, s. 540; J. A. Brandes, H. M. Crowson, 2009, s. 279]. Ważny jest jednak przebieg tego kontaktu oraz jakość doświadczeń,

które pozwala uzyskać. W przypadku pedagogów specjalnych kontakt ma charakter specyficzny, zachodzi w relacji: specjalista – podmiot oddziaływań. Po drugie podmiotami są osoby z niepełnosprawnością intelektualną, których charakter funkcjonowania decyduje o przebiegu (pomyślności) kontaktu. Kontakty te mają określone cele, ważne przede wszystkim z perspektywy specjalistów oraz realizowanych przez nich zadań zawodowych, a zatem wszelkie zakłócenia w ich spełnianiu mogą decydować o wyniesieniu niepomyślnych doświadczeń. Trudności w osiągnięciu zamierzonych efektów mogą być czynnikiem negatywnie rzutującym na obraz możliwości i ograniczeń osób z niepełnosprawnością (bez względu na jej rodzaj).

Wydaje się, że badani dysponują stosunkowo małą wiedzą na temat możliwości życiowych osób z niepełnosprawnością. Przepuszczalnie w przypadku pedagogów specjalnych podstawą wnioskowania o tych możliwościach było odniesienie do osób z upośledzeniem umysłowym. Można sądzić, że wiedza tych specjalistów ogranicza się do określonego środowiska, w którym realizują swoje zadania zawodowe (najczęściej edukacyjne), zatem ocena możliwości w takich zakresach, jak podejmowanie zatrudnienia, zakładanie rodziny, może się opierać na stereotypowym obrazie.

Ustalono, że najkorzystniejsze postawy prezentują pedagodzy specjaliści z najkrótszym stażem pracy, najmniej korzystne – osoby ze stażem najdłuższym. Tendencja ta potwierdza wcześniej formułowany wniosek dotyczący zmian pokoleniowych w postawach wobec niepełnej sprawności. Uwzględniając fakt, iż osoby pracujące najdłużej ujawniają również najwyższy poziom ambiwalencji postaw, nie można wykluczyć działania określonych czynników związanych z zatrudnieniem, między innymi wspomnianego wypalenia zawodowego. Znamienne może być przy tym, iż staż pracy ma znaczenie różnicujące jedynie w grupie pedagogów specjalnych. Wyniki badań dowodzą znaczącego wskaźnika wypalenia w tej grupie profesjonalistów. Autorka opracowań poświęconych tej kwestii (M. Sekułowicz [2002, s. 142]) sugeruje, że praca z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, zwłaszcza w stopniach głębszych, rzadziej może być źródłem bezpośredniej satysfakcji, czerpanej w związku z osiągnięciami edukacyjnymi i rozwojowymi wychowanków, uczniów czy podopiecznych, a częściej – sytuacji trudnych. Deficyty w zakresie zdolności zaradczych, przy obniżonej gratyfikacji wzmacniającej zasoby osobiste, mogą skutkować zwiększeniem poziomu lęku, obniżeniem poczucia kompetencji i osiągnięć osobistych. W tym kontekście należy osadzić próby interpretacji wskazanej tendencji, która, podobnie jak silniejsze nastawienie negatywne do osób niepełnosprawnych, może być wynikiem wypalenia

zawodowego, rezultatem swoistego zderzenia się wiedzy teoretycznej na temat niepełnosprawnych z realnymi wynikami jej zastosowania.

Sposób rozumienia przez badanych niepełnosprawności intelektualnej różni się w zależności od grupy oraz stopnia upośledzenia umysłowego. Dominującym sposobem objaśniania istoty tej niepełnosprawności pozostaje u badanych model społeczny, jednak w przypadku stopnia lekkiego jest on silniej akcentowany przez pedagogów specjalnych. Równocześnie ci respondenci istotnie rzadziej są skłonni wyjaśniać tę niepełnosprawność z zastosowaniem kategorii opisowych modelu indywidualnego. Pedagodzy specjaliści częściej akcentują założenia modelu społecznego wobec głębszego upośledzenia, w podobnym do pedagogów ogólnych stopniu, uznając za adekwatne do niego założenia modelu indywidualnego.

Istotne różnice w obu grupach odnotowano w zakresie zmiennej stopień niepełnosprawności intelektualnej. Dotyczą one silniejszej preferencji modelu społecznego w przypadku upośledzenia lekkiego oraz modelu indywidualnego w zakresie upośledzenia głębszego. Pomimo tych różnic istota obu kategorii niepełnosprawności jest wyjaśniana najczęściej przez badanych na poziomie modelu społecznego. Wniosek ten jest jednak w pełni prawomocny jedynie w grupie podstawowej, potwierdzają go zarówno wyniki surowe, jak i przeliczone. Obserwowana w przypadku pedagogów ogólnych niezgodność wyników surowych oraz przeliczonych utrudnia jednoznaczne wnioskowanie w tym zakresie.

Na podstawie analizy twierdzeń, budujących oba modele, stwierdzono pewne niespójności w sposobie rozumienia niektórych aspektów głębszej niepełnosprawności intelektualnej. Dotyczy ona przede wszystkim jej natury etiologicznej, a w przypadku pedagogów specjalnych możliwości zyskania autonomii przez osoby upośledzone umysłowo w stopniu głębszym oraz ich współudziału w procesie rehabilitacji. Można tutaj hipotetycznie wnioskować, podobnie jak w przypadku postaw wobec niepełnosprawnych, na temat znaczenia osobistych doświadczeń zawodowych oraz profesjonalnego przygotowania. Wyniki analizy zmiennych z zakresu sytuacji zawodowej, które mogłyby, podobnie jak poprzednio, dostarczyć informacji uzasadniających, wykazały nieliczne różnice. W zbieżności z wcześniej opisanymi rezultatami pozostaje silniejsza preferencja indywidualnego modelu niepełnosprawności odnotowana w przypadku stopnia głębszego u osób mających najdłuższy staż pracy.

Oceniając uzyskane wyniki określające sposób rozumienia obu kategorii niepełnosprawności intelektualnej, należy stwierdzić, że wyrażają one znaczny optymizm badanych co do możliwości życiowych osób z głębszym

upośledzeniem. Ich opinie, potwierdzające zasadność twierdzeń specyficznych dla modelu społecznego, przy realnej ocenie sytuacji tej grupy niepełnosprawnych w Polsce, mają charakter postulatyczny.

Charakter stwierdzonych tutaj tendencji polegających na silniejszej preferencji społecznego modelu niepełnosprawności intelektualnej, zwłaszcza u pedagogów specjalnych, można ocenić pozytywnie. Trudniej jest dokonać oceny w przypadku pedagogów ogólnych, jakkolwiek ustalone wyniki odbiegają od charakteru uzyskanych przez innych autorów. Dostępne badania realizowane z udziałem pedagogów wykazały, że koncepcja niepełnosprawności intelektualnej, którą preferują, ma charakter tradycyjny i biologiczny, z dominującą koncentracją na deficytach i zaburzeniach, a nie na potencjale oraz wielości jego uwarunkowań [H. Żuraw, 1998, s. 347–350; Cz. Kosakowski, 2003, s. 172 i n.]. Badani tutaj pedagodzy ogólni postrzegają niepełnosprawność intelektualną, szczególnie w stopniu lekkim, w mniejszym stopniu głębszym, jako zjawisko wielowymiarowe w swoich przyczynach oraz konsekwencjach, a zatem wymagające wielostronnego wsparcia. Osobom z tą niepełnosprawnością przyznają prawo do życia obywatelskiego realizowanego w warunkach otwartych. Wątpliwości badanych budzi jednak kwestia uzyskania przez te jednostki autonomii, nawet przy udzieleniu niezbędnego wsparcia.

Poszukując uzasadnienia dla charakteru wyników uzyskanych w grupie podstawowej, zwłaszcza określonej silniejszej preferencji modelu społecznego lekkiej i głębszej niepełnosprawności intelektualnej, można odnieść się do wyników badań, w których porównywano postawy specjalistów pracujących w instytucjach wspierających jednostki z upośledzeniem umysłowym oraz ustosunkowania osób z populacji ogólnej. Wykazano, iż specjaliści ujawniają korzystniejsze nastawienia, wyrażające się m.in. silniejszymi postawami prointegracyjnymi, mniejszym dystansem, większą aprobatą praw osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz uznaniem ich niezależności w życiu [M. Yazbeck i in., 2004, s. 102 i n.].

3. Powiązanie postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z kompetencjami osobowymi badanych

Przeprowadzone analizy kanoniczne pozwoliły opisać złożone powiązania postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie,

z uwzględnieniem ich komponentów, oraz zmiennych z zakresu kompetencji osobowych badanych.

Ustosunkowując się do założonego problemu oraz jego hipotetycznego rozwiązania, można powiedzieć, że postawy wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim oraz głębszym tworzą struktury korelacyjne z kompetencjami osobowymi, wyrażającymi ustosunkowanie do rzeczywistości zawodowej i pozazawodowej, w tym do podmiotów, które tę rzeczywistość współtworzą. Charakter (siła) powiązań zmiennych osobowych jest różny w obszarze poszczególnych komponentów postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie.

Ustalone złożone zależności nie są silne, jednak spełniają warunki istotności statystycznej. Siła powiązań, określona na mocy zarówno współczynników korelacji kanonicznej, jak i współczynników redundancji, pozwala stwierdzić, iż największe znaczenie w zakresie predykcji postaw wobec seksualności jednostek z upośledzeniem w stopniu lekkim oraz głębszym mają ogólne ustosunkowania wobec osób z niepełnosprawnością. O znacznej mocy predykcyjnej można również mówić w przypadku preferencji modelu niepełnosprawności intelektualnej, ale wyłącznie w grupie pedagogów specjalnych. W większości ustalonych pierwiastków kanonicznych kierunek redundancji wskazuje na większe znaczenie predykcyjne kompetencji osobowych, ale w zakresie wartościowania seksualności człowieka bywa on u pedagogów specjalnych i ogólnych, w przypadku obu stopni upośledzenia umysłowego, odwrócony, co oznacza, że to na podstawie postaw wobec seksualności jednostek z niepełnosprawnością intelektualną można sądzić o sposobie wartościowania seksualności człowieka. Ustalenia te są potwierdzeniem wysuwanych wniosków dotyczących genezy sposobów wartościowania przez badanych seksualności człowieka w różnych jego wymiarach.

Wskazując na ogólne tendencje wynikające z przeprowadzonych analiz, można stwierdzić, że pozytywne postawy wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym, ujawniające się w emocjonalno-oceniającym pozytywnym nastawieniu do wybranych aspektów tej seksualności, potwierdzaniu słuszności przekonań przedstawiających ją w sposób racjonalny i zbliżony do normy, a zaprzeczaniu opisującym ją w kategoriach zjawiska pozbawionego wartości i odbiegającego od normy (wyrażonego nadmiernie bądź nieujawnionego) oraz motywacji do działań służących jej wspieraniu, współwystępują, u pedagogów specjalnych i ogólnych, z wyższą empatią, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, a w przypadku głębszej niepełnosprawności – o charakterze komunikacyjnym. Stwierdzono

również ich powiązanie w obu grupach z preferencją wartości wyższych, a obniżaniem znaczenia wartości niższych, w przypadku pedagogów specjalnych uznaniem społecznej koncepcji niepełnosprawności intelektualnej i odrzucaniem koncepcji indywidualnej (medycznej). W pozytywnym obrazie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie brakuje miejsca na sterylizację, która, jako element ustosunkowań negatywnych do seksualności, tworzy odmienne powiązania z kompetencjami osobowymi. Negatywne postawy wobec płciowości upośledzonych umysłowo współwystępują z tendencją do niekorzystnego nastawienia względem ogółu niepełnosprawnych, a przy tym z wysoką ambiwalencją w tym zakresie.

Możliwość włączenia w tak ogólną charakterystykę wartościowania seksualności człowieka jest ograniczona z racji niezwykle złożonego powiązania tej zmiennej z postawami wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Charakter ustalonych zmiennych kanonicznych pozwala mówić zwykle o zbieżności ocen w aspekcie zdrowia i jakości życia człowieka oraz moralnym, opartym na uznawanych normach i standardach (między innymi wywiedzionych z przekonań religijnych) i ustosunkowania do seksualności upośledzonych umysłowo. To zatem, co jest postrzegane jako wartościowe i moralne w wymiarze ogólnym, jest najczęściej akceptowane u niepełnosprawnych intelektualnie. Podobną zbieżność nastawień obserwuje się w przypadku ocen negatywnych. Działanie analizowanej tu zmiennej w kontekście jej znaczenia dla postaw wobec seksualności osób z upośledzeniem ma charakter specyficzny, jedynie bowiem w tym przypadku pojawia się odwrócony kierunek predykcji. Wyjaśnienie tego zjawiska, polegającego na wyznaczaniu charakteru wartościowania seksualności człowieka na podstawie ustosunkowania do płciowości niepełnosprawnych intelektualnie, wymaga założenia o posiadaniu pewnych doświadczeń związanych z przejawami seksualności tej grupy. Doświadczenia takie, pośrednie czy bezpośrednie, o charakterze emocjonalnym i poznawczym, stają się podstawą do dokonywania ocen pewnych aspektów seksualności z perspektywy ich znaczenia dla każdej jednostki ludzkiej. Sugeruje się również, że określone wartościowanie seksualności człowieka może służyć świadomemu czy nieświadomemu uzasadnianiu osobistych ustosunkowań do pewnych aspektów płciowości niepełnosprawnych, zwłaszcza dotyczących sposobów jej regulacji i kontroli (sterylizacji, antykoncepcji). Akceptacji tych aspektów u niepełnosprawnych intelektualnie, związanej z przekonaniem o ich deseksualizacji, czy też dewaluacji ich seksualności, towarzyszy pozytywne wartościowanie w wymiarze zdrowia, jakości życia człowieka oraz moralnym.

Specyfika uzyskanych zależności pozwala wskazać na ogólniejsze tendencje, takie jak, otrzymane w kilku układach zmiennych kanonicznych, nastawienie instrumentalne, dla którego charakterystyczna jest wyższa ocena fizycznych aspektów seksualności oraz sztucznych form jej kontroli, przy obecnej (choć nie zawsze) negacji aspektów psychospołecznych. Nastawienie o takim charakterze, zwłaszcza jeśli towarzyszy mu obniżanie znaczenia miłości, przyjaźni, prokreacji człowieka czy edukacji seksualnej, współwystępuje z negatywnym ustosunkowaniem do płciowości osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Opisana charakterystyka, informująca o tendencjach najbardziej specyficznych, jest znacznie uogólniona. Opiera się przede wszystkim na interpretacji znaków ładunków kanonicznych, a pomija ich wartości, które są zróżnicowane (brano je pod uwagę w szczegółowych analizach). Należy zatem mieć na uwadze, że w ramach określonych powiązań mamy do czynienia z mniejszym bądź większym nasileniem występowania zmiennych kompetencji osobowych czy postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, tworzących zmienne kanoniczne. W tym fakcie, a rzadziej w kierunku wynikającym ze znaku ładunku czynnikowego, zawiera się istota różnic między obiema grupami, czy też różnic wynikających ze stopnia upośledzenia umysłowego.

Interpretując ustaloną charakterystykę, można stwierdzić, że pozostaje ona w ogólnym zarysie zbieżna z oczekiwaniami. Dodatnie powiązania postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z empatią w różnych jej wymiarach mają swoje uzasadnienie w założeniach teoretycznych i badaniach empirycznych. Informują one o związkach empatii, zwłaszcza emocjonalnej, z rozumieniem potrzeb innych, sympatią oraz postawami prosojnymi [M. Kliś, J. Kossewska, 2000, s. 39; M. Davies, za E. Wilczek-Rużyczka, 2002, s. 24], ponadto zmniejszeniem tendencji w kierunku stereotypizacji niepełnosprawnych intelektualnie [M. Chodkowska, B. Szabała, 2012, s. 188]. W badaniach własnych szczególne znaczenie może mieć związek empatii z rozumieniem potrzeb o charakterze fizycznym i psychospołecznym osób z upośledzeniem umysłowym, stanowiących nie tylko istotę ich seksualności, ale również innych zakresów funkcjonowania. Ustosunkowanie do tej seksualności (podobnie jak i seksualności osób pełnosprawnych) i zrozumienie jej specyfiki wymaga bowiem odniesienia do całości funkcjonowania jednostki z niepełnosprawnością, warunków jej życia oraz doświadczeń, przeszłych i obecnych. Istotna jest w tym zakresie nie tylko zdolność wczuwania się, ale również uruchomienia mechanizmów poznawczych, pozwalających te doświadczenia zrozumieć i racjonalnie przeanalizować z perspektywy osoby upośledzonej

[por. M. Kalliopuska, 1992, s. 2–3]. Mając na uwadze uzyskane wyniki, można sądzić, że w procesie działania empatii brakuje komponentu motywacyjnego, stwierdzono bowiem, że gotowość poświęcenia się dla innych tworzy wyjątkowo biegun ujemny w relacji do postaw wobec seksualności lekko niepełnosprawnych w grupie podstawowej. Taka tendencja nie wystąpiła jednak w przypadku głębszego upośledzenia, ponadto motywacyjny wymiar empatii pozostaje wyrażony w słabym stopniu. Zważywszy na niski ładunek czynnikowy motywacji do działań wspierających seksualność lekko niepełnosprawnych w tej konfiguracji, ale wyższe ustosunkowanie o charakterze emocjonalno-oceniającym, można sądzić o pozytywnym nastawieniu deklaracyjnym, popartym emocjonalną wrażliwością i zdolnością empatycznego komunikowania, ale o znacznie słabszej warstwie realizacyjnej.

Interesujące tendencje odnotowano w zakresie preferencji wartości. Uogólniający charakter analiz pozwala stwierdzić, że o ich znaczeniu, pozytywnym bądź negatywnym w relacji do postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, można mówić, mając na uwadze wyłącznie określone konfiguracje wartości. Istotne jest bowiem nie tylko uznanie pewnych wartości (silniejsza bądź słabsza ich preferencja), ale także równoczesna negacja znaczenia innych. Podobnie, a zatem w kontekście wartości preferowanych i odrzucanych, należy rozważać rolę zmiennej, która opisuje zbieżność hierarchii indywidualnych z wzorcową, tym bardziej że ma ona stanowić odzwierciedlenie uporządkowania wszystkich wartości. Charakter powiązania tej zmiennej z postawami jest różny, w zależności od towarzyszącej preferencji wartości.

Interpretując jej powiązania z ustosunkowaniami wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, można się odwołać do różnych funkcji, jakie pełnią zarówno jedne, jak i drugie. Postawy służą realizacji wartości, potwierdzaniu ich znaczenia w funkcjonowaniu osobistym i zawodowym jednostki [por. J. M. Olson, M. P. Zanna, 1993, s. 125]. W tym przypadku określona postawa wobec seksualności upośledzonych umysłowo może stanowić potwierdzenie znaczenia wartości witalnych i estetycznych, czy też hedonistycznych, z przynależną im miłością erotyczną.

Wartości mają swoją konkretyzację w postaci norm i zasad regulujących życie społeczne i jako takie mogą kształtować indywidualne sposoby oceniania rzeczywistości oraz stanowić, w pewnym tylko stopniu, standardy regulacji zachowania podmiotu [por. B. Wojciszke, 1990, s. 78; L. Dakowicz, 2005, s. 255–256; S. Gawlik, 2005, s. 31]. W tym kontekście można rozważać znaczenie wartości moralnych i świętych, które są źródłem norm postępowania moralnego

człowieka i jako takie łączą się z akceptacją bądź negacją zjawisk związanych z seksualnością osoby, nie tylko niepełnosprawnej. Nie można wykluczyć, że pewne ustalone tutaj powiązania wskazują na konflikty zachodzące w zakresie preferencji wartości badanych oraz ich ustosunkowania do seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, którego charakter jest wynikiem osobistych doświadczeń, pozytywnych i negatywnych. Być może wyrazem takiego konfliktu pozostaje obserwowany u pedagogów specjalnych związek silnej preferencji wartości religijnych i potwierdzania znaczenia prawdy z jednoczesnym uznaniem słuszności przekonań pozytywnych i negatywnych na temat seksualności głębiej upośledzonych umysłowo oraz negatywną oceną wielu jej aspektów. O konflikcie można również mówić, mając na uwadze jednoczesne uznanie (choć z różną siłą) wartości należących do różnych poziomów, tj. wartości religijnych oraz witalnych. A. Sękowski [1991, s. 117] w swoich badaniach wykazał, że osoby, które cenią wartości z zakresu różnych kategorii (niższych i wyższych), ujawniają negatywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością. Wydaje się, że w stwierdzonym przez niego przypadku, określonym mianem „przesadnej apoteozy wartości”, pojawia się konflikt na poziomie realizacyjnym, a jego następstwa o niekorzystnym znaczeniu psychospołecznym dla jednostki (np. w zakresie obrazu siebie) łączą się z negatywnym ustosunkowaniem do niepełnosprawnych. Jakkolwiek sama postawa wobec seksualności osób z upośledzeniem nie jest zbieżna z ustosunkowaniem wobec osób z niepełnosprawnością (w badaniach cytowanego autora rozumianej w sposób ogólny), ze względu na stwierdzone w eksploracjach własnych powiązania obu zmiennych, ponadto takie ujawnione w przypadku postaw wobec seksualności upośledzonych umysłowo oraz sposobu rozumienia istoty tej niepełnosprawności, nawiązanie to staje się zasadne, podobnie jak odwołanie się do innych badań, w których stwierdzono zależności między preferencją wartości a postawami wobec niepełnosprawnych. Wyniki analiz realizowanych przez B. Witkowską [2005, s. 153–156] dowodzą, podobnie jak eksploracje A. Sękowskiego, iż te same wartości, występujące w odmiennych konfiguracjach odzwierciedlających hierarchie, mogą mieć różne znaczenie dla ustosunkowań wobec osób z niepełnosprawnością czy chorobą. Potwierdza to zatem zasadność analiz wielowymiarowych, które tutaj przeprowadzono, oraz charakter uzyskanych wyników własnych, o którym pisało.

Zarówno nastawienia wobec osób niepełnosprawnych, jak i preferencja modelu niepełnosprawności intelektualnej są zmiennymi w istotnym stopniu i zakresie wyjaśniającymi postawy pedagogów specjalnych wobec seksualności upośledzonych umysłowo. Charakter dokonanych analiz nie wyklucza

jednak faktu, iż wartościowanie płciowości tych jednostek, oparte na różnych źródłach, ma znaczenie dla kształtowania ogólniejszych względem nich nastawień, czy też formułowania szczegółowych oczekiwań i postulatów, dotyczących ich możliwości i ograniczeń życiowych. Seksualność niepełnosprawnych intelektualnie, jak pisano w tej pracy, jest zjawiskiem społecznym. Dotyczy to nie tylko jej społeczno-kulturowych uwarunkowań, ale przede wszystkim konsekwencji jej realizacji. Sposoby oceny tej seksualności i jej skutków mieszczą się w szerszej koncepcji określającej sposoby i formy życia upośledzonych umysłowo, jak również ich wsparcia, co tworzy zawartość pojęciową modeli niepełnosprawności. Postrzeganie istoty niepełnosprawności intelektualnej w kategoriach specyficznych dla społecznego modelu, a zatem w sposób całościowy, zarówno ze względu na sfery funkcjonowania, jak i dostrzeganie możliwości i ograniczeń czy, nade wszystko, akcentowanie w tym obrazie podobieństw, a nie różnic między niepełno- i pełnosprawnymi (wyrażające się zwłaszcza w podkreślaniu statusu obywatelskiego upośledzonych i przyznawaniu im prawa do życia w środowisku otwartym), łączy się nie tylko z procesami pozytywnego wartościowania ich seksualności, przypisywaniem jej statusu zjawiska „normalnego” pod względem przejawów i uwarunkowań, dostrzeganiem jej znaczenia, ale również z motywacją do działań. Motywacja ta, w spójnym obrazie z pozostałymi komponentami postaw oraz preferencją założeń modelu społecznego, może wynikać nie z potrzeby działania w takim kierunku, jak to miało miejsce w niektórych konfiguracjach zależności, żeby tłumić, kontrolować i regulować tę seksualność, lecz wspierać jej realizację, tak aby była wartościowa dla jednostki i jej otoczenia. Autentyczne przekonanie o pozytywnym znaczeniu płciowości w życiu jednostek z niepełnosprawnością, dostrzeganie jej jako immanentnego elementu funkcjonowania tych osób są warunkami podejmowania edukacji seksualnej, jako jednego z elementów procesu wsparcia upośledzonych umysłowo [A. Swango-Wilson, 2010, s. 162].

Uzyskane tu wyniki znajdują potwierdzenie w rezultatach innych badań własnych, w których odnotowano tożsame wzorce powiązań w zakresie emocjonalno-oceniającego oraz poznawczego komponentu postaw wobec seksualności upośledzonych umysłowo a preferencją modelu tej niepełnosprawności [M. Parchomiuk, 2012c, s. 132] oraz komponentem afektywnym a postawami wobec osób z niepełnosprawnością [M. Parchomiuk, 2007, s. 99–100]. Pozytywnej weryfikacji ustalonych tu tendencji dostarczają rezultaty analiz przeprowadzonych przez M. Chodkowską i B. Szabałę [2012, s. 162], w których wykazano negatywne zależności między stereotypizacją upośledzonych umysłowo

a postawami wobec osób z niepełnosprawnością. Wyższemu globalnemu nastawieniu informującemu o korzystniejszych postawach towarzyszyło między innymi słabsze nasilenie stereotypizacji w wymiarze opisującym seksualność jednostek z upośledzeniem, w tym jej realizację w rolach małżeńskich i rodzicielskich.

Zakończenie

Problematyka tego opracowania zasadniczo skoncentrowana na realizacji celu, którym było określenie postaw pedagogów specjalnych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich korelatów z zakresu wybranych kompetencji osobowych, została zaprezentowana w szerokim wymiarze uwzględniającym współczesne paradygmaty w pedagogice specjalnej. W założeniach koncepcyjnych przyjęto bowiem, iż zagadnienie seksualności stanowi jedynie element, jakkolwiek istotny, w całościowym obrazie osoby z niepełnosprawnością oraz koncepcji jej formalnego i nieformalnego wsparcia. Zastosowanie schematu badań porównawczych pozwoliło zweryfikować postawy grupy zasadniczej pedagogów specjalnych oraz kontekst ich ustosunkowań, obejmujący kompetencje emocjonalno-wartościujące, poprzez zestawienie ich z takimi ujawnianymi przez pedagogów nieposiadających wykształcenia w kierunku pedagogiki specjalnej oraz funkcjonujących w odmiennych środowiskach zawodowych. Przewidywano bowiem, że zarówno etap przygotowania zawodowego, jak i, w największym stopniu, jakość profesjonalnych doświadczeń są czynnikami różnicującymi charakter badanych kompetencji (do których trzeba zaliczyć również postawy wobec seksualności). Założenie to można uznać za częściowo potwierdzone. Wyniki przeprowadzonych analiz pozwoliły stwierdzić, że postawy respondentów z obu grup wykazują większe podobieństwo w przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej, co ujawnia się jednak jedynie na poziomie emocjonalno-oceniającego komponentu postaw. W przypadku składnika poznawczego silniejszą zbieżność charakteru ustosunkowań zaobserwowano w zakresie niepełnosprawności wyrażonej w stopniu głębszym. Należy jednak podkreślić, że podobieństwa bądź różnice tutaj stwierdzone wyrażają się nie tyle w określonym sposobie wartościowania seksualności, ile w sile przekonań. Istotnie silniejsza motywacja pedagogów specjalnych do działań wspierających seksualność

podmiotów niepełnosprawnych, bez względu na stopień ograniczeń intelektualnych, musi być interpretowana z uwzględnieniem specyfiki zawodowego przygotowania i funkcjonowania.

Obraz seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, określony na podstawie wartościujących ustosunkowań, jest korzystniejszy niż ustalony w przypadku głębszej niepełnosprawności. Precyzując, chodzi tutaj o wyższe wartościowanie poszczególnych aspektów seksualności jednostek z lekką niepełnosprawnością oraz silniejsze potwierdzanie słuszności tych przekonań, w których świetle jest ona opisywana jako zbliżona do normy pod względem przejawów, uwarunkowań i skutków, a jednocześnie niższą ocenę sterylizacji, jako radykalnej formy kontroli tej seksualności oraz silniejszą negację przekonań charakteryzujących ją w kategoriach zjawiska patologicznego pod różnym względem, czy też pozbawiającego niepełnosprawnych atrybutu seksualności. Wyniki analizy pozwoliły stwierdzić u pedagogów specjalnych specyficzną tendencję polegającą na biologizacji seksualności głębiej upośledzonych, co, jak sugerowano, może mieć związek z osobistymi doświadczeniami badanych, a konkretnie – z powszechnością zjawiska masturbacji, ujawnianej przez osoby niepełnosprawne w środowiskach instytucji, w których zawodowo funkcjonują respondenci. Różnice w sposobie wartościowania seksualności związane ze stopniem niepełnosprawności znajdują swoje konsekwencje w zróżnicowaniu motywacji do działań wspierających, która jest wyższa w przypadku lekkiego stopnia.

Specyficzną własnością postaw badanych, silniej zarysowaną w zakresie głębszej niepełnosprawności intelektualnej oraz częściej spotykaną w grupie pedagogów ogólnych, jest niespójność emocjonalno-oceniających ustosunkowań oraz słaba siła przekonań.

Postawy wobec seksualności osób z upośledzeniem tworzą struktury zróżnicowane pod względem nasycenia treściowego, co wiąże się z przewidywaną wielością ich uwarunkowań w obu grupach. Sugerowany kontekst doświadczeń zawodowych, jako istotny dla kształtowania analizowanych postaw, przy uwzględnieniu charakteru różnic i podobieństw między pedagogami, musi być jednak poszerzony o inne czynniki. Istotne znaczenie może mieć tutaj zakres i jakość osobistych norm oraz wartości dotyczących seksualności człowieka. Jak ustalono, w pewnych kwestiach różnicuje on badanych z obu grup. Analiza pozostałych kompetencji osobowych dostarczyła informacji wskazujących na podobieństwo respondentów w zakresie preferencji wartości, ale zróżnicowanie charakteru i sposobów wartościowania niepełnosprawności, ogólnie korzystniejsze u pedagogów specjalnych. Specyficzne tendencje odnotowano

w zakresie empatii, której wynik globalny był zbieżny w obu grupach, a różnice w obszarze syndromów przebiegały w niejednolitym kierunku.

W toku analiz uogólniających ustalono konfiguracje powiązań postaw wobec seksualności z kompetencjami osobowymi. Poszczególne zmienne z ich zakresu tworzą modele odmienne pod względem siły i charakteru, a niekiedy również kierunku predykcji. Kierunek ten, informujący najczęściej o wyznaczeniu charakteru postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie przez zmienne kompetencji osobowych, zostaje odwrócony jedynie w przypadku wartościowania seksualności człowieka.

Interpretacja globalnego obrazu wyników prowadzi do stwierdzenia, iż postawy wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie są rezultatem określonego ustosunkowania do podmiotów i zjawisk występujących w rzeczywistości zawodowej i pozazawodowej, w perspektywie bieżących i uprzednich doświadczeń (również zyskanych w toku procesu socjalizacji), których istotą pozostaje ich wartościowanie, nawiązujące do uznanych norm wywiezionych z różnych źródeł. Rozważane kompetencje osobowe, w tym postawy wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, ściśle oparte na wartościowaniu, angażującym procesy poznawcze, emocjonalne, motywacyjne, odwołujące się do doświadczeń własnych oraz norm społeczno-moralnych, mają złożony charakter, który trudno oddać na wyższym poziomie uogólnienia. Zamiarem nie było jednak upraszczanie, ale wyjaśnianie i opisywanie w sposób możliwie pełny i wieloaspektowy.

Z przeprowadzonych badań można wyprowadzić wnioski o niedostatku kompetencji specjalistów w zakresie problematyki seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także w szerszym obszarze niepełnosprawności. Jego wskaźnikiem może być przede wszystkim niski poziom pewności przekonań, ich niespójność czy ambiwalencja manifestowana w określonym nasileniu przekonań pozytywnych i negatywnych. O subiektywnym niedostatku takich kompetencji mogą również świadczyć wyniki motywacji do działań wspierających. Stosunkowo najsilniejsza ujawniła się w obszarze związanym z doskonaleniem własnej wiedzy w kwestii problematyki seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Rozważając zagadnienie kompetencyjnego przygotowania, które w opisanych kwestiach dotyczy przede wszystkim wiedzy, w mniejszym stopniu umiejętności, należy mieć na uwadze obie grupy specjalistów. Regulacje prawne dotyczące przygotowania zawodowego pozwalają obecnie na stosunkowo łatwą zmianę kwalifikacji (np. w toku studiów podyplomowych) i jakkolwiek nie zawsze formalnie gwarantują możliwość zmiany miejsca zatrudnienia, dają sposobność podejmowania

pracy z podmiotami o zróżnicowanych potrzebach edukacyjnych czy rehabilitacyjnych. Tendencje integracyjne, ściśle wpisane w normalizację życia osób z niepełnosprawnością, stopniowo zwiększają udział takich podmiotów w obszarze szkolnictwa ogólnodostępnego, które stanowi zasadniczą płaszczyznę funkcjonowania pedagogów ogólnych. Można przewidywać, że wraz z przesuwaniem się granicy podziału, która obecnie w największym zakresie objęła szkolnictwem masowym uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną, będą się zacierać formalne kwalifikacje i praktyczne kompetencje specjalistów. O ile jednak, z definicji tutaj przyjętej, środowisko działania pedagogów ogólnych będzie dość jednolite, a charakter przypisanych im funkcji będzie mieścić się w szeroko rozumianej działalności edukacyjnej, o tyle funkcjonowanie zawodowe pedagogów specjalnych obejmuje niezwykle zróżnicowane środowiska, o czym pisano w tej pracy. Podmiotami działań pedagogów specjalnych i ogólnych będą osoby posiadające wielorakie potrzeby, specyficzne ograniczenia i możliwości, jednak w przypadku pierwszej grupy specjalistów działalność profesjonalna zawiera nie tylko edukację, ale ściśle z nią związaną rehabilitację, przede wszystkim społeczną i zawodową. Wobec takiej różnorodności pojawia się pytanie o uniwersalny zestaw kompetencji istotnych w procesie przygotowania pedagogów. Niewątpliwie trudno taki ustalić, zwłaszcza dla wiedzy i umiejętności, a wszelkie próby czynione w tym kierunku, pozostające na wysokim poziomie ogólności, mogą prowadzić do uproszczenia i pomijania istotnych kwestii oraz schematyzmu, ponadto do zaprzepaszczenia idei indywidualizacji, o czym wspomniano w rozważaniach teoretycznych w rozdziale trzecim. Wydaje się, że kanon takich kompetencji – wiedzy, umiejętności i cech osobowości – mieści się we współczesnych paradygmatach opisujących istotę niepełnosprawności oraz wyznaczających ogólne zasady ich wspierania. Analiza ich ważnych założeń pozwala wysunąć ogólne wskazania dotyczące przygotowania specjalistów do pracy edukacyjnej i rehabilitacyjnej:

- Wiedza specjalistów wymaga stałego pogłębiania, opartego na rzetelnych źródłach prezentujących ją w wielu aspektach, w kontekście różnych sposobów wartościowania. Pogłębianie wiedzy powinno stać się potrzebą specjalistów w zawodowej działalności. Wiedza przed jej zastosowaniem każdorazowo musi być poddana weryfikacji w kontekście konkretnego przypadku. Wiedza nie może ograniczać, zawsze bowiem istnieje możliwość jej negatywnego zweryfikowania; w kanonie umiejętności specjalistów musi się znaleźć diagnozowanie sytuacji danej osoby, z uwzględnieniem jej wewnętrznych możliwości i deficytów oraz ich środowiskowych uwarunkowań. Diagnoza taka

winna mieć charakter pozytywny, a zatem centralnym jej punktem muszą być zasoby indywidualne i zewnętrzne.

▪ Podstawą realizacji wiedzy i umiejętności jest zdolność wartościowania określonych zjawisk, przede wszystkim w perspektywie ich znaczenia dla podmiotów z niepełnosprawnością oraz krytycznego osądu podejmowanych przez siebie działań profesjonalnych.

Szczegółowy wykaz kompetencji osobowościowych, postulowanych przez różnych autorów, został zaprezentowany w tej pracy w rozdziale trzecim. Odnosząc się do sformułowanych tutaj wskazań dotyczących przygotowania specjalistów, warto podkreślić kompetencje osobowościowe, które mają znaczenie w ich realizacji. Akcentuje się wagę zdolności empatycznych pozwalających wniknąć w istotę doświadczeń jednostki pozostającej podmiotem oddziaływań; odpowiedzialności, której skutki dotyczą nie tylko działań podjętych, ale również zaniechanych; optymizmu niezbędnego w diagnozowaniu pozytywnym; otwartości i ciekawości intelektualnej, jako warunków stałego wzbogacania własnej wiedzy; świadomości normatywnej, jako podstawy wartościowana zjawisk i tolerancji w tym zakresie, pozwalającej wykraczać poza uznane standardy moralno-wartościujące w poszukiwaniu tego, co optymalne dla danej jednostki.

Wydaje się, że kluczowe znaczenie w procesie przygotowania specjalistów, w kontekście budowania ich kompetencji zawodowych, mają doświadczenia, zarówno te pośrednie, jak i bezpośrednie. Bogatym źródłem tych pierwszych są studia literatury przedmiotu, w której określone zagadnienia przedstawiane są z perspektywy samych niepełnosprawnych. Warunkiem pozytywnego znaczenia wszelkich doświadczeń pozostaje ich ścisła integracja z wiedzą pozwalającą wyjaśnić i uporządkować pewne kwestie, ponadto ich różnorodność i wielokontekstowość.

W każdym z paradygmatów, jak pisano w rozdziale czwartym, jest miejsce na kwestie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. To wielowymiarowe w swoich uwarunkowaniach, przejawach i skutkach zjawisko pozostaje w zależności z innymi sferami życia jednostki. W takim też kontekście należy o nim myśleć, mając na względzie przygotowanie specjalistów. W części teoretycznej tej pracy dowodzone, że kształt seksualności człowieka, bez względu na poziom jego sprawności, zależy od złożonych uwarunkowań natury psychospołecznej, pojawiających się na etapie wczesnego wychowania w rodzinie (bądź w środowisku instytucjonalnym) oraz od doświadczeń uzyskanych w toku zorganizowanych i spontanicznych sytuacji życiowych. Rola specjalistów, w zależności od środowiska ich zawodowego funkcjonowania

oraz posiadanych kompetencji, będzie definiowana w zakresie następujących obszarów:

- wspomagania rodziny dziecka z niepełnosprawnością w tworzeniu korzystnego środowiska, sprzyjającego nabywaniu pozytywnych doświadczeń emocjonalno-społecznych jako podstawy rozwoju seksualności;
- realizowania edukacji seksualnej jako elementu szerszego przygotowania do życia, przy współpracy z rodzicami (opiekunami) oraz innymi specjalistami;
- tworzenia (współtworzenia) środowisk życia pozwalających na normalizację potrzeb adekwatnych do wieku oraz optymalną realizację w sferze psycho- i społecznoseksualnej.

Szczegółowe wymagania kompetencyjne niezbędne do wsparcia seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, zwłaszcza w kontekście edukacji seksualnej, rozumianej jako proces wieloaspektowy i długoterminowy, zostały określone w rozdziale trzecim tej pracy. Nawiązując do dokonanych rozważań oraz uzyskanych rezultatów badań, można stwierdzić, że istotne w tej kwestii jest postrzeganie seksualności każdego człowieka, bez względu na poziom jego zdrowia i sprawności, jako wartościowej i integralnej części życia; dostrzeganie wielości jej uwarunkowań przy zaakcentowaniu czynników socjalizacyjnych oraz wczesnych doświadczeń emocjonalnych. Ważna jest motywacja do wspierania tej seksualności nie tyle w sposób zmierzający do jej redukcji i tłumienia, co dążenia do jej realizacji przyczyniającej się do podwyższenia poziomu jakości życia jednostki, poczucia jej dobrostanu, a jednocześnie zgodnej z powszechnie uznanymi normami obyczajowymi czy prawnymi. Kwestia norm wymaga jednak sprecyzowania. Chodzić może wyłącznie o te normy, które chronią wartość jednostki ludzkiej – jej zdrowie, życie i godność. Niezbędnym warunkiem działania specjalistów, na który zwracano wielokrotnie uwagę w tej pracy, pozostaje uświadomienie i uporządkowanie uznawanych norm i wartości, zwłaszcza w kontekście ich znaczenia dla osobistego i zawodowego funkcjonowania.

Wsparcie seksualności niepełnosprawnych intelektualnie wymaga pozytywnego odniesienia do samej niepełnosprawności, co oznacza przede wszystkim zrozumienie ograniczeń i dostrzeganie możliwości. W ich kontekście bowiem może się dokonywać realizacja seksualności w jej wymiarze psychoseksualnym i społecznoseksualnym. Redukcja tych wymiarów, związana z negatywnymi przekonaniami na temat samej niepełnosprawności, grozi biologizacją i instrumentalnością w działaniach wspierających. Przygotowanie zawodowe specjalistów musi uwzględniać kształtowanie ich postaw wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, wyrażających określone zmiany

ideologiczne, wpisane we współczesne paradygmaty. Chodzi tutaj o wspomniane w rozdziale trzecim przekształcenie stosunku protekcyjnego, paternalistycznego, zaniedbującego podmiotowość w relacji wsparcia, akcentującego przewagę specjalisty w kwestii decydowania i odpowiedzialność za ostateczny kształt procesu edukacji, rehabilitacji i wsparcia, w takim kierunku, aby osoba z niepełnosprawnością, na miarę możliwości i ograniczeń (których jakość zależy zresztą od charakteru tej relacji), była podmiotem współuczestniczącym i sprawczym, mogącym ujawniać swoje potrzeby i decydować, w pewnym przynajmniej zakresie, o drogach i sposobach ich realizacji. Łączy się to z odrzuceniem perspektywy negatywnej tej niepełnosprawności, w której z góry zakłada się trudności i ograniczenia, łącząc je z deficytami w sferze poznawczej czy psychospołecznej. Należy zawsze mieć na względzie, że poziom tych deficytów oraz możliwość ograniczania ich negatywnych skutków może być rezultatem działań kompensacyjnych.

Działania zawodowe specjalistów są jednak ściśle zależne od warunków prawno-organizacyjnych. Możliwość realizacji uznawanych przez nich idei i nastawień wymaga sprzyjającego kontekstu, który musi dostarczać spójnych i jasnych wskazówek, a jednocześnie odpowiadających współczesnym zasadom edukacji i rehabilitacji jednostek z niepełnosprawnością.

Podsumowując dokonane tu rozważania odnoszące się do praktyki, można wskazać następujące obszary realizacji działań:

1. Obszar zawodowego przygotowania specjalistów, w tym zwłaszcza pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych. W obszarze tym winny znaleźć zastosowanie działania zmierzające do rozwijania sugerowanych kompetencji osobowych, ale również wiedzy i umiejętności z zakresu wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Mając na względzie optymalizację tego procesu, o charakterze kompleksowym, należy rozważyć kwestie przygotowania tych specjalistów, którzy w ramach kompetencji zawodowych będą wspierać pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych. Chodzi tutaj przede wszystkim o psychologów, specjalistów z zakresu medycyny oraz pracowników socjalnych. Ich kształcenie zawodowe powinno obejmować specyfikację treści ogólnych, uwzględniającą specjalne potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną, przy jednoczesnym rozwijaniu świadomości takich potrzeb oraz umiejętności ich diagnozowania.

2. Obszar profesjonalnego funkcjonowania pedagogów specjalnych i pedagogów ogólnych. Jak nadmieniono, praktyka zawodowa, będąca udziałem zwłaszcza pierwszej z wymienionych grup specjalistów, dostarcza sytuacji zadaniowych, które nie zawsze mogą być zrealizowane przy zastosowaniu

kompetencji wyuczonych w toku przygotowania. Sfera zadań zawodowych wymaga zarówno stałego doskonalenia, jak i możliwości korzystania z adekwatnego wsparcia, tak ze strony innych specjalistów, jak i decydentów. W gestii tych ostatnich pozostaje przygotowanie spójnych podstaw prawno-organizacyjnych, o których wspomiano.

3. Obszar ustaleń formalno-prawnych. W tym obszarze działań niezbędne jest zarówno określenie racjonalnych (w sensie praktycznej przydatności) założeń przygotowania specjalistów, jak i podstaw ich zawodowego funkcjonowania, które na danym poziomie (instytucjonalnym) będą określać zakres celów, podejmowanych zadań i sposobów ich realizacji oraz ewaluacji, ponadto wymaganych kompetencji.

4. Obszar działań ogólnospołecznych. Realizacja przez specjalistów zadań związanych ze wsparciem osób z niepełnosprawnością intelektualną dokonuje się nie tylko w warunkach instytucji, w której zawodowo funkcjonują, ale także w szerszym kontekście społecznym. Z jednej strony poprzez swoje działania specjaliści mogą kształtować określone elementy środowiska (np. postawy rodziców, opiekunów oraz innych), z drugiej jednak podlegają jego oddziaływaniom, zwłaszcza normatywno-wartościującym. Kompetencje osobowe, które analizowano w tej pracy, są rezultatem nie tylko doświadczeń zyskiwanych w toku zawodowego przygotowania, ale w znacznym stopniu są wynikiem socjalizacji.

W tym najogólniejszym obszarze należy rozważyć przede wszystkim całościowość działań zmierzających do budowania społecznej świadomości w zakresie problematyki niepełnosprawności i niepełnosprawności intelektualnej, zwłaszcza w tych jej kwestiach, które dotyczą ograniczeń i możliwości życiowych wspomnianych jednostek, ich potrzeb, praw i przywilejów. Istotne jest przy tym zrównoważenie w charakterze przekazu, dające sposobność budowania obrazu zarówno rzetelnego, jak i racjonalnego. Wydaje się, że w zakresie proponowanych tu działań szczególną rolę do odegrania mają osoby z niepełnosprawnością. W tym kontekście najpełniej może znaleźć zastosowanie koncepcja *self-advokatury* i *empowermentu*.

Wartość pracy w wymiarze aplikacyjnym ściśle łączy się z jej znaczeniem poznawczym. Ogólnie zawarte jest ono w wielowymiarowości problematyki oraz sposobie jej prezentacji, w którym analizy empiryczne stanowią dopełnienie dyskusji poświęconej dotychczasowym zasobom problematyki. Całość analiz mieści się w kontekście współczesnych paradygmatów pedagogiki specjalnej. Wartość poznawcza rozprawy szczegółowo zawierać się może w następujących kwestiach:

1. Uzyskaniu pełnego obrazu postaw badanych specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Z perspektywy przedmiotowej (przedmiotu postaw) i podmiotowej (osób ujawniających postawy) wydaje się, że diagnoza ustosunkowań odwołująca się wyłącznie do komponentu emocjonalno-oceniającego, uznawanego za podstawowy globalny wskaźnik, nie jest wystarczająca. Istotne jest bowiem poznanie zasobu wiedzy badanych w złożonej kwestii przedmiotowej oraz sposobów ujawniania postaw w praktyce pedagogicznej (w tym przypadku weryfikowanych na podstawie motywacji do działań wspierających oraz doświadczeń pedagogów). Zakłada się, że wiedza, mająca różną genezę, jest tutaj elementem kluczowym dla kształtu nastawień emocjonalno-oceniających oraz motywacji.

Zastosowane w analizach ujęcie strukturalne pozwoliło stwierdzić, że postawy nie zawsze mają charakter pełny, mogą obejmować wybrane komponenty.

Obraz seksualności, który poddano ocenie badanych, był wieloaspektowy, zarówno w kwestii sposobów jej realizacji, jak i uwarunkowań. W większości dotychczas realizowanych analiz obejmował on wybrane aspekty. Postawy wobec seksualności oceniano w ich zróżnicowanym odniesieniu podmiotowym – mając na względzie seksualność osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim oraz w stopniu głębszym. W większości dostępnych badań nie dokonywano w tej kwestii różnicowania.

2. Uzyskaniu szczegółowego obrazu kompetencji osobowych, istotnych w praktyce zawodowej badanych specjalistów oraz ich złożonych powiązań z postawami wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie. Wykazano między innymi przydatność kategorii postawy ambiwalentnej wobec osób niepełnosprawnych, która dotychczas rzadko była uwzględniana w badaniach.

3. Potwierdzeniu, iż model społeczny jest podstawową kategorią służącą wyjaśnianiu istoty niepełnosprawności intelektualnej.

4. Stwierdzeniu, że postawy specjalistów wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie są uwikłane w szeroki kontekst wartości, norm, osobistych wyobrażeń i oczekiwań, będących skutkiem doświadczeń socjalizacyjnych oraz zawodowych, co winno mieć swoje implikacje zarówno w kwestii zmiany tych postaw w kierunku pożądanym, przede wszystkim z perspektywy osób z niepełnosprawnością, jak i ich realizacji w działalności zawodowej.

Przeprowadzone analizy nie wyczerpują problematyki. Z perspektywy rozważań teoretycznych oraz ustaleń empirycznych, dokonanych w tej pracy, można wskazać następujące kwestie, które wymagają szczegółowych dociekań:

1. Analiza postaw pedagogów specjalnych wobec edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną, z uwzględnieniem aspektu

emocjonalno-oceniającego, poznawczego (np. opinii na temat znaczenia tej edukacji, jej zakresu i sposobów realizacji) oraz behawioralnego (podejmowanych w jej zakresie działań), z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności oraz środowiska zawodowego funkcjonowania.

2. Analiza porównawcza postaw pedagogów specjalnych oraz rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną, zmierzająca do oceny poziomu i zakresów spójności środowiska rodzinnego i edukacyjnego/rehabilitacyjnego.

3. Analiza kompetencji (wiedzy i umiejętności) pedagogów specjalnych i ogólnych w zakresie realizacji wsparcia seksualności niepełnosprawnych intelektualnie z uwzględnieniem perspektywy subiektywnej i obiektywnej oraz ich znaczenia w radzeniu sobie w konkretnych sytuacjach edukacyjnych i rehabilitacyjnych.

Można mieć nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie przyczynkiem dla dalszych eksploracji pogłębiających problematykę, ale nade wszystko do refleksji, których skutki pozwolą optymalizować proces wspierania niepełnosprawnych w doświadczaniu własnej seksualności.

Literatura

- Abbott D., Howarth J. (2007). Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 20 (2), 116–126.
- Aiken L. R. (2002). Attitudes and related psychosocial constructs. Theories, assessment, and research. Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Anastasiou D., Kauffman J. (2011). A social constructionist approach to disability: implications for special education. *Council Journal for Exceptional Child*, Vol. 77 (3), 367–384.
- Anderson P., Kitchin R. (2000). Disability, space and sexuality: access to family planning services. *Social Science and Medicine*, Vol. 51 (8), 1163–1173.
- Antonak R., Livneh H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 22 (5), 211–224.
- Areshoug J. (2005). Parenthood and intellectual disability: discourses on birth control and parents with intellectual disabilities 1967–2003. *Scandinavian Journal of Disability Research*, Vol. 7 (3–4), 155–175.
- Aronson E. (2009). Człowiek istota społeczna. Warszawa.
- Aronson E., Wilson T., Akert R. (2006). Psychologia społeczna. Poznań.
- Augustyn J. (2003). Wszystko, co w nas naprawdę ludzkie. Stanowisko Kościoła Katolickiego w Zakresie Wychowania Dzieci i Młodzieży. W: J. Rzepka (red.) Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej. Materiały z seminarium naukowego. Katowice, 25 maja 2002 roku. Mysłowice, 37–47.
- Augustyn J. (2004). Integracja seksualna. Kraków.
- Aunos M., Feldman M. A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 15 (4), 285–296.
- Barnes C., Mercer G. (2008). Niepełnosprawność. Warszawa.
- Bartoszek A. (2009). Seksualność osób niepełnosprawnych. Studium teologicznomoralne. Katowice.
- Bazzo G., Nota L., Soresi S., Minnes P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, Vol. 20 (2), 110–115.

- Beart S., Hardy G., Buchan L. (2005). How people with intellectual disabilities view their social identity: a review of the literature. "Sexuality and Disability", Vol. 18 (1), 47–56.
- Bedard C., Zhang Lan H., Zucker K. (2010). Gender identity and sexual orientation in people with developmental disabilities. "Sexuality and Disability", Vol. 28 (3), 165–175.
- Beisert M. (1991). Seks twojego dziecka. Poznań.
- Berger D., Bernard S., Khzami S-E., Selmaoui S., de Carvalho G. (2008). Sex education: teachers' and future teachers' conceptions and social representations: what relevance for teachers; training? XIII. IOSTE Symposium, The Use of Science and Technology Education for Peace and Sustainable Development. September 21–26, 2008, Kuşadası, Turkey. <http://www.ioste.org> (dostęp 29.11.2011).
- Bernert D. (2011). Sexuality and disability in the lives of women with intellectual disabilities. "Sexuality and Disability", Vol. 29 (2), 129–141.
- Bigby C., Clement T., Mansell J., Beadle-Brown J. (2009). 'It's pretty hard with our ones, they can't talk, the more able bodied can participate': staff attitudes about the applicability of disability policies to people with severe and profound intellectual disability. "Journal of Intellectual Disability Research", Vol. 53 (4), 363–376.
- Block P. (2000). Sexuality, fertility and danger: twentieth-century images of women with cognitive disabilities. "Sexuality and Disability", Vol. 18 (4), 239–407.
- Bobkowicz-Lewartowska L. (2009). Rola empatii i inteligencji emocjonalnej w pracy z osobami niepełnosprawnymi. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik (red.) *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością*. Toruń, 47–52.
- Böhner G., Wanke M (2004). *Postawy i zmiana postaw*. Gdańsk.
- Bołoz W. (2003). *Etyka seksualna. Podstawy antropologiczne*. Warszawa.
- Boxall K. (2002). Individual and social models of disability and the experiences of people with learning difficulties. In D. Race (ed.) *Learning disability – a social approach*. New York, 209–226.
- Brady K., Woolfson L. (2008). What teacher factors influence their attributions for children's difficulties in learning? "British Journal of Educational Psychology", Vol. 78, 527–544.
- Brandes J. A., Crowson H. M. (2009). Predicting dispositions toward inclusion of students with disabilities: the role of conservative ideology and discomfort with disabilities. "Social Psychology of Education", Vol. 12 (2), 271–289.
- Brewer M. B. (1999). The Psychology of Prejudice: Ingroup Love and Outgroup Hate? "Journal of Social Issues", Vol. 55 (3), 429–444.
- Brodwin M. G., Frederick P. C. (2010). Sexuality and societal beliefs regarding persons living with disabilities. "Journal of Rehabilitation", Vol. 76 (4), 37–41.
- Brown R. (1997). The individual with intellectual disabilities and sex education: perspectives of involved adults. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for the Study of Human Subjectivity. Columbia, October 1997. ERIC.
- Brown R. D., Pirtle T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: examining beliefs using a Q-methodology approach. "Sex Education", Vol. 8 (1), 59–75.
- Brzozowski P. (1995). *Skala Wartości Schelerowskich – SWS: Podręcznik*. Warszawa.

- Brzozowski P. (2005). Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja? „Przegląd Psychologiczny”, t. 48 (3), 261–276.
- Brzozowski P. (2007). Wzorcowa hierarchia wartości. Polska, europejska czy uniwersalna. Psychologiczne badania empiryczne. Lublin.
- Cambridge P., Carnaby S., McCarthy M. (2003). Responding to masturbation in supporting sexuality and challenging behaviour in services for people with learning disabilities. “Journal of Learning Disabilities”, Vol. 7 (3), 251–266.
- Carnaby S. (2007). The bigger picture. Understanding approaches to learning disability. In S. Carnaby (ed.) Learning disability today. Brighton, 7–16.
- Carney T., Tait D. (1999). Sterilization. Tribunal experiments in popular justice? “International Journal of Law and Psychiatry”, Vol. 22 (2), 177–197.
- Carroll A., Forlin C., Jobling A. (2003). The impact of teacher training in special education on the attitudes of Australian preservice general educators towards people with disabilities. “Teacher Education Quarterly”, Vol. 30 (3), 65–79.
- Carter E. W., Hughes C. (2006). Including high school students with severe disabilities in general education classes: perspectives of general and special Educators, paraprofessionals, and administrators. “Research and Practice for Persons with Severe Disabilities”, Vol. 31 (2), 174–185.
- Chapireau F. (2005). The environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health. “Journal of Applied Research in Intellectual Disability”, Vol. 18 (4), 305–311.
- Chappel A. L., Goodley D., Lawthom R. (2001). Making connections: the relevance of the social model of disability for people with learning difficulties. “British Journal of Learning Disability”, Vol. 29, 45–50.
- Cheng M.M., Udry R.J. (2005). Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities in the U.S. “Journal of Developmental and Physical Disabilities”, Vol. 17 (2), 155–172.
- Chivers J., Mathieson S. (2000). Training in sexuality and relationships: an Australian model. “Sexuality and Disability”, Vol. 18 (1), 73–80.
- Chlewiński Z. (1987). Postawy a cechy osobowości. Lublin.
- Chodkowska M., Kazanowski Z. (2007). Socjopedagogiczne konteksty postaw nauczycieli wobec edukacji integracyjnej. Lublin.
- Chodkowska M., Szabała B. (2012). Osoby z upośledzeniem umysłowym w stereotypowym postrzeganiu społecznym. Lublin.
- Chomczyńska-Miliszkievicz M. (2002). Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne. Lublin.
- Christian L. A., Stinson J., Dotson L. A. (2001). Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. “Sexuality and Disability”, Vol. 19 (4), 283–291.
- Cichoń W. (1996). Wartości. Człowiek. Wychowanie. Zarys problematyki aksjologiczno-wychowawczej. Kraków.
- Conceptualizing attitudes. (2008). In R. H. Fazio, R. E. Petty (eds.) Attitudes. Their structure, function, and consequences. New York, 1–5.
- Cooper B. (2004). Empathy, interaction and caring: teacher’s roles in a constrained environment. „Pastoral Care”, Vol. 22 (3), 12–21.

- Crane L. (2001). *Mental retardation. A community integration approach*. Belmont, California.
- Criswell D. (1993). Attitudes of school personnel toward special education as a function of position, years of experience, and contact with students with disabilities. Paper presented at the Annual Meeting of the Mid-South Educational Research Association (New Orleans, November 10–12, 1993), ERIC.
- Cuskelly M., Bryde R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, Vol. 29 (3), 255–264.
- Czachorowski M. (1997). *Nowy imperializm. Czyli o tzw. edukacji seksualnej*. Warszawa.
- Czerniawska M. (2002). Empatia a system wartości. *„Przegląd Psychologiczny”*, t. 45 (1), 7–18.
- Dakowicz L. (2000). Świat wartości nauczycieli. W: A. A. Kotusiewicz (red.) *Mysł pedeutologiczna i działanie nauczyciela*. Białystok, 249–257.
- Davis M. (2001). *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk
- DeFur S., Taymans J. M. (1995). Competencies needed by transition specialists in vocational rehabilitation, vocational education, and special education. *“Exceptional Children”*, Vol. 62 (1), 38–52.
- DiGulio G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: a review of key issues. *“The Canadian Journal of Human Sexuality”*, Vol. 12 (1), 53–68.
- Dingle M., Falvey M. A., Givner C. C., Haager D. (2004). Essential special and general education teacher competencies for preparing teachers for inclusive settings. *“Issues in Teacher Education”*, Vol. 13 (1), 35–50.
- Divišova-Brettova J., Štěrbova D. (2009). Sexual attitudes of personnel who work with individuals with intellectual disability. *“Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnica”*, Vol. 39 (2), 53–58.
- Długołęcka A. (2006a). Orientacja seksualna. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) *Edukacja seksualna*. Warszawa, 93–111.
- Długołęcka A. (2006b). Wychowanie i edukacja seksualna. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) *Edukacja seksualna*. Warszawa, 234–264.
- Długołęcka A. (2006c). Wyznaczniki rozwoju psychoseksualnego człowieka. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) *Edukacja seksualna*. Warszawa, 24–30.
- Długołęcka A. (2009). Współczesna diagnostyka orientacji seksualnych. W: Z. Lew-Starowicz (red.) *Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym*. Warszawa, 17–34.
- Dovidio J. F., Brigham J. C., Johnson B. T., Gaertner S. L. (1999). Stereotypizacja, uprzedzenia i dyskryminacja: spojrzenie z innej perspektywy. W: C. N. Mcrae, Ch. Strangor, M. Hewstone (red.) *Stereotypy i uprzedzenia*. Gdańsk, 225–260.
- Dowse L. (2009). ‘Some people are never going to be able to do that’. Challenges for people with intellectual disability in the 21st century. *“Disability and Society”*, Vol. 24 (5), 571–584.
- Drummond E. (2006). Attitudes towards sexuality: a pilot study in Ireland. *“Learning Disability Practice”*, Vol. 9 (4), 28–34.

- Dudek S., Jeschke K., Lehmkuhl U. (2006). Institutionalized Queers: Homosexuality in Residential Facilities for People with Cognitive Disabilities. „Disability Studies Quarterly”, Vol. 26 (2), Online (dostęp 29.11.2011).
- Dudziak U. (2009). Postawy wobec wychowania seksualnego a hierarchia wartości nauczycieli. Lublin.
- Dupras A., Rousseau P. (2007). La formation-action des professionnels en education a la sexualite. „Sexologies”, Vol. 16 (2), 102–111.
- Dykcik W. (1996). Warunki i możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych umysłowo. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań, 207–234.
- Eagly A. H., Chaiken S. (1993). The psychology of attitudes. Orlando.
- Eastgate G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. „Salud Publica de Mexico”, Vol. 50 (Suppl. 2), 255–259.
- Eliasz H. (1980). O sposobach rozumienia pojęcia „empatia”. „Przegląd Psychologiczny”, t. XXIII (3), 469–483.
- Elliot R., Bohart A. C., Watson J. C., Greenberg L. S. (2011). Empathy. „Psychotherapy”, Vol. 48 (1), 43–49.
- Erenc J. (2008). Bycie innym. Problem wykluczenia i izolacji ludzi niepełnosprawnych. Gdańsk.
- Evans D. S., McGuire B., Healy E., Carley S. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family career perspectives. „Journal of Intellectual Disability Research”, Vol. 53 (11), 913–921.
- Everett B. (2007). Ethically managing sexual activity in long-term care. „Sexuality and Disability”, Vol. 25 (1), 21–27.
- Fay J, Gordon S. (1989). Moral sexuality education and democratic values. „Theory into Practice”, Vol. 28 (3), 211–216.
- Fegan L., Rauch A., McCarthy W. (1993). Sexuality and people with intellectual disability. Baltimore, London, Toronto, Sydney.
- Ferguson G., Takane Y. (2003). Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa.
- Finnis J. (2001). Prawo naturalne i uprawnianie naturalne. Warszawa.
- Fornalik I. (2003). Młodzież z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w drodze ku dorosłości. W: K. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej. Kraków, 52–54.
- Fornalik I. (2004). Droga do dorosłości młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – problemy i możliwości ich rozwiązywania. W: J. Kruk-Lasocka, M. Sekułowicz (red.) Wczesna diagnoza i terapia dzieci z utrudnieniami w rozwoju. Interdyscyplinarne problemy. Wrocław, 392–400.
- Fornalik I. (2010). Seksualność osób niepełnosprawnych – obszary zaniedbane. W: A. I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.) Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa, 163–179.
- Francuz P., Mackiewicz R. (2007). Liczby nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce nie tylko dla psychologów. Lublin.

- Gabel S., Peters S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *"Disability and Society"*, Vol. 19 (6), 586–600.
- Gajdzica Z. (2004). Status rodzinny i zawodowy osób z lekkim upośledzeniem umysłowym na tle zmiany społecznej. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.) *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. T. II. Kraków, 37–48.
- Gallacher I. (2011). Thinking like nonlawyers: why empathy is a core lawyering skill and why legal education should change to reflect its importance. *"Legal Communication & Rhetoric"*, Vol. 8, 109–152.
- Gapik L. (1984). Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna*. Warszawa, 270–312.
- Gapik L. (1990). Wychowawcze wyznaczniki funkcjonowania seksualnego. Warszawa.
- Gawlik S. (2005). Kompetencje zawodowe nauczyciela w świetle reformy systemu edukacji. W: R. Gmoch, A. Krasnodębska (red.) *Kompetencje zawodowe nauczycieli a jakość kształcenia w dobie przemian edukacyjnych*. Opole, 27–33.
- Geer J., Robertson G. (2005). Implicit attitudes in sexuality: gender differences. *"Archives of Sexual Behavior"*, Vol. 34 (6), 671–677.
- Gerowitz A. (2007). Social support systems for quality service delivery. In L. Walker-Hirsch (ed.) *The facts of life... and more. Sexuality and intimacy for people with intellectual disabilities*. New York, New Mexico, 97–123.
- Giddens A. (2007). *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. Warszawa.
- Gilmore L., Campbell J., Cuskelly M. (2003). Developmental expectations, personality stereotypes, and attitudes towards inclusive education: community and teacher views of Down syndrome. *"International Journal of Disability, Development and Education"*, Vol. 50 (1), 65–77.
- Gilmore L., Chambers B. (2010). Intellectual disability and sexuality: attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *"Journal of Intellectual and Developmental Disability"*, Vol. 35 (1), 22–28.
- Giryński A. (2005). Edukacja seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie w świetle opinii rodziców i nauczycieli. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.) *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, 61–69.
- Giryński A., Przybylski S. (1993). Integracja społeczna osób upośledzonych w świetle ujawnionych do nich nastawień społecznych. Warszawa.
- Głóskowska-Sołdatow M. (2000). Teleologiczne i aksjologiczne podstawy pracy wychowawczej nauczyciela nauczania początkowego. W: A. A. Kotusiewicz (red.) *Myśl pedeutologiczna i działanie nauczyciela*. Białystok, 190–197.
- Głowacz E. (1997). Specyfika seksualności osób upośledzonych umysłowo. *"Wsparcie Społeczne"*, nr 2, 173–174.
- Goldman J. D., Bradley G. L. (2001). Sexuality education across the lifecycle in the New Millennium. *"Sex Education"*, Vol. 1 (3), 197–217.
- Gonzalez-Acquaro K. (2009). Teacher training, sexuality, and intellectual disabilities: an online workshop. *"Current Issues in Education"*, Vol. 11 (9), Online (dostęp 29.11.2011).

- Goodley D. (1998). Supporting people with learning difficulties in self-advocacy groups and models of disability. *"Health and Social Care in the Community"*, Vol. 6 (6), 438–446.
- Góralski W., Dzierżon G. (2001). *Niezdolność konsensualna do zawarcia małżeństwa kanonicznego*. Warszawa.
- Grabowski A. (2007). *Ambiwalencja postaw interpersonalnych w sytuacji stałego kontaktu i po jego zakończeniu*. Kraków.
- Granat W. (1985). *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*. Poznań.
- Grieve A., McLaren S., Lindsay W., Culling E. (2008). Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *"British Journal of Learning Disabilities"*, Vol. 37 (1), 76–84.
- Grigg E. (1997). Guidelines for teaching about sexuality. *"Nurse Education Today"*, Vol. 17 (1), 62–66.
- Grodzki A. (1994). *erotyzm młodych kobiet a przemiany obyczajowe*. W: A. Jaczewski, A. Grodzki, Z. Izdebski (red.) *Przemiany obyczajowości seksualnej młodzieży. Studia z pedagogiki seksualnej*. Warszawa, 77–131.
- Grütz M. (2011). *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice – dotychczasowe doniesienia badawcze*. W: B. Cytowska (red.) *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*. Poznań, 175–203.
- Gursimsek I. (2010). Sexual education and teacher candidates' attitudes towards sexuality. *"Australian Journal of Guidance and Counseling"*, Vol. 20 (1), 81–90.
- Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (1997). *Wprowadzenie: społeczny kontekst upośledzenia*. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.) *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa, 9–31.
- Held K. R. (1992). Ethical aspects of sexuality of persons with mental retardation. *"Sexuality and Disability"*, Vol. 10 (4), 237–243.
- Hellemans H., Royers H., Lepae W., Dewaele T., Deboutte D. (2010). Sexual behavior in male adolescent and young adults with autism spectrum disorder and borderline/mild mental retardation. *"Sexuality and Disability"*, Vol. 28 (2), 93–104.
- Henning M. B., Mitchell L. C. (2002). Preparing for inclusion. *"Child Study Journal"*, Vol. 32 (1), 19–29.
- Heyman B., Huckle S. (1995). Sexuality as a perceived hazard in the lives of adults with learning difficulties. *"Disability and Society"*, Vol. 10 (2), 139–155.
- Ho H-K. (1990). *A study on characteristics and competencies needed by teachers of the mentally retarded*. ERIC.
- Hogg J., Campbell M., Cullen C., Hudson W. (2001). Evaluation of the effect of an open learning course on staff knowledge and attitudes towards the sexual abuse of adults with learning disabilities. *"Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities"*, Vol. 14 (1), 12–29.
- Holm U. (2002). Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *"International Journal of Social Welfare"*, Vol. 11 (1), 66–75.
- Howard-Barr E., Rienzo B., Pigg M., James D. (2005). Teacher beliefs, professional preparation, and practices regarding exceptional students and sexuality education. *"Journal of School Health"*, Vol. 75 (3), 99–104.

- Hreinsdóttir E.E., Stefansdóttir G., Lewthwaite A., Ledger S., Shufflebotham L. (2006). Is my story so different from yours? Comparing life stories, experiences of institutionalization and self-advocacy in England and Iceland. *British Journal of Learning Disabilities*, Vol. 34, 157–166.
- Imieliński K. (1984a). Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna*. Warszawa, 11–72.
- Imieliński K. (1984b). Psychofizjologiczne problemy seksuologii. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna*. Warszawa, 120–218.
- Imieliński K. (1987). *Miłość i seks*. Warszawa.
- Imieliński K. (1989). *Seksuologia. Mitologia. Historia. Kultura*. Warszawa.
- Imieliński K. (1990a). *Seksiatria. Patologia seksualna*. T. II. Warszawa.
- Imieliński K. (1990b). *Seksiatria. Psychofizjologia seksualna*. T. I. Warszawa.
- Isler A., Tas F., Beytut D., Conk Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, Vol. 27 (1), 27–34.
- Izdebski Z. (1997) *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*. Warszawa.
- Jaczewski A. (1978). Problemy seksualne upośledzonych umysłowo. W: I. Wald (red.) *O integrację społeczną młodocianych i dorosłych upośledzonych umysłowo*. Warszawa, 84–87.
- Jaczewski A. (2003). Edukacja seksuologiczna realizowana przez szkołę. W: J. Rzepka (red.) *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej. Materiały z seminarium naukowego*. Katowice 25 maja 2002 roku. Mysłowice, 31–35.
- Jaczewski A., Radomski J. (1986). *Wychowanie seksualne i problemy seksuologiczne wieku rozwojowego*. Warszawa.
- Jarząbek-Bielecka G. (2009). *Seksuologia a etyka seksualna i problem przemocy seksualnej wobec dzieci*. Poznań.
- Jarząbek-Bielecka G., Warchoł-Biedermann K. (2011). O rozwoju psychoseksualnym – aspekty medyczne, psychologiczne i etyczne. W: G. Jarząbek-Bielecka (red.) *Seksuologia. Aspekty humanistyczne*. Poznań, 217–236.
- Jeffreys S. (2008). Disability and the male sex right. *Women's Studies International Forum*, Vol. 31 (5), 327–335.
- Jones J. P. (2009). *Implicit and explicit attitudes of educators toward the emotional disturbance label. A dissertation submitted to the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy*. Ball State University, Indiana. <http://cardinalscholar.bsu.edu/handle/123456789/193429>, (dostęp 2.02.2012).
- Jones J., Quелlette-Kuntz H., Vilela T., Brown H. (2008). Attitudes of community developmental services agency staff toward issues of inclusion for individuals with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, Vol. 5 (4), 219–226.
- Juergens M., Miller Smedema S., Berven N. (2009). Willingness of graduate students in rehabilitation counseling to discuss sexuality with clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 53 (1), 34–43.

- Kaeser F. (1996a). A survey of the perceptions of twenty-three service providing agencies on the sexual behaviors of persons with severe or profound mental retardation. "Sexuality and Disability", Vol. 14 (4), 309–320.
- Kaeser F. (1996b). Developing a philosophy of masturbation training for persons with severe or profound mental retardation. "Sexuality and Disability", Vol. 14 (4), 295–308.
- Kakavoulis A., Forrest J. (1999). Attitudes and values in sexual behavior and sex education: a cross-cultural study among university students in Greece and Scotland. "International Review of Education", Vol. 45 (2), 137–151.
- Kalliopuska M. (1992). Holistic empathy education among preschool and school children. Paper presented at the International Scientific Conference on Comenius Heritage and the Education of Man (Prague, Czechoslovakia, March 23–27, 1992). ERIC.
- Kamapalan L., Li J-Y. (2009). Staff attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability. In The 19th Asian Federation on Intellectual Disabilities Conference, (dostęp 29.11.2011).
- Kania A. (2005). Postawy studentów APS i uczestników konferencji wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.) Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń. Warszawa, 49–58.
- Karłyk-Ćwik A. (2009). Kompetencje zawodowe pedagogów w pracy z nieletnimi agresorami. Toruń.
- Katz D. (2008). The functional approach to the study of attitudes. In R. H. Fazio, R. E. Petty (eds.) Attitudes. Their structure, function, and consequences. New York, 221–230.
- Kazanowski Z. (2009). Poziom empatii studentów pedagogiki a postawy wobec osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. Komunikat z badań. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XXVIII, 55–66.
- Kazanowski Z. (2011). Przemiany pokoleniowe postaw wobec osób upośledzonych umysłowo. Lublin.
- Kazukauskas K., Lam C. S. (2010). Disability and sexuality: knowledge, attitudes, and level of comfort among certified rehabilitation counselors. "Rehabilitation Counseling Bulletin", Vol. 54 (1), 15–25.
- Kaźmierczak M. (2006). Empathy as a multidimensional concept: a review of research. „Polish Journal of Social Science”, Vol. I (1), 149–158.
- Kehily M. J. (2002). Sexing the subject: teachers, pedagogies and sex education. "Sex Education", Vol. 2 (3), 215–231.
- Kelly G., Crowley H., Hamilton C. (2009). Rights, sexuality and relationships in Ireland: 'It'd be nice to be kind of trusted'. "British Journal of Learning Disabilities", Vol. 37 (4), 308–315.
- Kempton W., Stiggal L. (2001). Sex education for persons who are mentally handicapped. "Theory into Practice", Vol. 28 (3), 203–210.
- Kennedy C. H. (2003). Legal and psychological implications in the assessment of sexual consent in the cognitively impaired population. "Assessment", Vol. 10 (4), 352–358.
- Kępiński A. (2003). Z psychopatologii życia seksualnego. Kraków.
- Kielar-Turska M. (2006). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia. W: J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. T. I. Gdańsk, 285–332.

- Kijak R. (2007). Postawy nauczycieli szkół masowych i specjalnych wobec różnych obszarów życia osób niepełnosprawnych intelektualnie ze szczególnym uwzględnieniem sfery seksualnej. „Szkola Specjalna”, nr 5, 354–363.
- Kijak R. (2009). Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kraków.
- Kirenko J. (1998). Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Lublin.
- Kirenko J. (2002). Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Ryki.
- Kirenko J. (2007). Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Lublin.
- Kirenko J., Parchomiuk M. (2008). Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym. Lublin.
- Kirenko J., Korczyński M. (2008). Wobec niepełnosprawności. Lublin.
- Kirenko J., Lew-Starowicz Z. (2001). Seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Ryki.
- Kittelsaa A. M. (2003). Żyjąc w Norwegii z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Gustavsson, J. Tøssebro, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niepełnosprawność intelektualna a style życia. Perspektywy podmiotowe, wybory życiowe, systemy usług w Szwecji, Norwegii i w Polsce. Warszawa, 57–88.
- Kliś M. (1998). Pojęcie empatii we wcześniejszych oraz współczesnych koncepcjach psychologicznych. „Psychologia Wychowawcza”, nr 1, 17–27.
- Kliś M. J. (1997). The relation of empathy to some dimensions of teachers personality across their professional life. “Polish Psychological Bulletin”, Vol. 28 (1), 71–82.
- Kliś M., Kossewska J. (1996). Empathy in the structure of personality of special educators. ERIC.
- Kliś M., Kossewska J. (1998). Cechy osobowości nauczycieli a syndrom wypalenia zawodowego. „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, 125–140.
- Kliś M., Kossewska J. (2000). Studies on empathy. Kraków.
- Klooster P. M., Dannenberg J-W., Taal E., Burger G., Rasker J. J. (2009). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. “Journal of Advanced Nursing”, Vol. 65 (12), 2562–2573.
- Konarzewski K. (2000). Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna. Warszawa.
- Kornas-Biela D. (1996). Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Lublin.
- Korzon A. (2008). Kompetencje nauczyciela w świetle potrzeb ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych w szkole masowej. W: Z. Palak (red.) Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 50–56.
- Korzon A. (2008). Motywy wyboru zawodu pedagoga specjalnego. W: P. Majewicz, A. Mikrut (red.) Kompetencje pedagoga w kontekście teorii i praktyki edukacji specjalnej, Kraków, 31–39.
- Kosakowski Cz. (1996). Pedagog specjalny – kim być powinien? W: J. Wyczesany, H. Kosętka (red.) System kształcenia pedagogów specjalnych. Ciągłość i możliwość zmian. Kraków, 27–43.
- Kosakowski Cz. (2002). Pedagog specjalny – między tradycją a dniem dzisiejszym. W: J. Michalski (red.) Nauczyciel szkoły specjalnej – szanse i bariery działalności zawodowej. Warszawa, 27–36.

- Kosakowski Cz. (2003). Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Toruń.
- Kosakowski Cz. (2005). Oblicza normalizacji warunków życia osób niepełnosprawnych – wielość spojrzeń, wielość problemów. W: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.) *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*. Olsztyn, 38–45.
- Kossewska J. (2000). Uwarunkowania postaw. Nauczyciele i inne grupy zawodowe wobec integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych. Kraków.
- Kostanjsek N. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. "BMC Public Health", Vol. 11 (suppl. 4), 1–6.
- Kostkiewicz J. (2008). Wartości jako rzeczywistość porządkująca i integrująca przebieg studiów pedagogicznych. W: J. Kostkiewicz (red.) *Aksjologia w kształceniu pedagogów*. Kraków, 73–89.
- Kościelska M. (1984). Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny. Warszawa.
- Kościelska M. (1995). Oblicza upośledzenia. Warszawa.
- Kościelska M. (1998). Trudne macierzyństwo. Warszawa.
- Kościelska M. (2000a). Być kobietą, być mężczyzną – co to znaczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, 5–16.
- Kościelska M. (2000b). Oblicza upośledzenia. Warszawa.
- Kościelska M. (2004). Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie. Warszawa.
- Kowalik S. (2007). Psychologia rehabilitacji. Warszawa.
- Kozakiewicz M. (1985). Młodzież wobec seksu, małżeństwa i rodziny. Perspektywa europejska. Warszawa.
- Kozakiewicz M. (1987). Różne odmiany wychowania seksualnego. W: M. Kozakiewicz, Z. Lew-Starowicz (red.) *Przysposobienie do życia w rodzinie*. Warszawa, 90–108.
- Krause A. (2004). Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych. Kraków.
- Krause A. (2005). Normalizacja jako paradygmat myślenia i działania w pedagogice specjalnej. W: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.) *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*. Olsztyn, 46–52.
- Krause A. (2010). Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Kraków.
- Krause A., Żyta A., Nosarzewska S. (2010). Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną. Toruń.
- Krosnik J. A., Petty R. E. (1995). Attitude strength: an overview. W: R. E. Petty, J. A. Krosnik (red.) *Attitude strength. Antecedents and consequences*. New Jersey, 1–24.
- Krzemińska D. (2009). O byciu parą osób z niepełnosprawnością intelektualną. „Niepełnosprawność – półrocznik naukowy”. *Życie z niepełnosprawnością. Trud dorastania i społecznej egzystencji*, nr 2, 93–105.
- Krzywicka D. (1994). Metodyka wychowania seksualnego. Kraków.
- Kumaniecka-Wiśniewska A. (2006). Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo. Warszawa.
- Larkowa H. (1970). Postawy otoczenia wobec inwalidów. Warszawa.
- Lausch K. (1987). Teoretyczne podstawy katechizacji osób głębiej upośledzonych umysłowo. Warszawa.
- Lausch-Żuk J. (1996a). Aspekt praktycznego przygotowania do pełnienia ról pedagoga specjalnego w kształceniu uniwersyteckim. W: J. Wyczesany, H. Kosętko

- (red.) System kształcenia pedagogów specjalnych. Ciągłość i możliwość zmian. Kraków, 137–144.
- Lausch-Żuk J. (1996b). Autonomia młodzieży z upośledzeniem umysłowym w odczuciu rodziców. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań, 235–242.
- Leutar Z., Mihoković M., (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. "Sexuality and Disability", Vol. 25 (3), 93–109.
- Lewicka A. (2006). Rozwijanie empatii u studentów pedagogiki specjalnej. Lublin.
- Lew-Starowicz Z. (1987). Nietypowe problemy seksualne młodzieży w szczególnych sytuacjach życiowych. W: M. Kozakiewicz, Z. Lew-Starowicz (red.) Przystosowanie do życia w rodzinie. Warszawa, 134–146.
- Lew-Starowicz Z. (1988). Seks nietypowy. Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (1990). Słownik seksuologiczny. Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (2006a). Kluczowe pojęcia: seks i erotyzm, miłość i związek. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) Edukacja seksualna. Warszawa, 11–23.
- Lew-Starowicz Z. (2006b) Zaburzenia seksualne. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) Edukacja seksualna. Warszawa, 167–186.
- Lew-Starowicz Z. (2006c). Zdrowie seksualne. W: Z. Lew-Starowicz, A. Długołęcka (red.) Edukacja seksualna. Warszawa, 130–135
- Lew-Starowicz Z. (2009a). Pytania do seksuologa: analiza porównawcza z lat 1967–2009. W: Z. Izdebski (red.) O człowieku i jego rozwoju nie tylko seksualnym. Prace dyktowane Profesorowi Andrzejowi Jaczewskiemu. Zielona Góra, 338–344.
- Lew-Starowicz Z. (2009b). Wyzwania seksuologii. W: Z. Lew-Starowicz (red.) Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym. Warszawa, 9–16.
- Ling C. Y. M., Mak W. W. S., Cheng J. N. C. (2010). Attribution model of stigma towards children with autism in Hong Kong. "Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities", Vol. 23 (3), 237–249.
- Lockhart K., Guerin S., Shanahan S., Coyle K. (2009). Defining "sexualized challenging behavior" in adults with intellectual disability. "Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities", Vol. 6 (4), 293–301.
- Loeber O., Reuter S, Apter D., van der Doef S., Lazdane G., Pinter B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe – definitions, difference and developments. „The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care“, Vol. 15 (3), 169–176.
- Lumley V., Scotti J. (2001). Supporting the sexuality of adults with mental retardation: current status and future directions. "Journal of Positive Behavior Interventions", Vol. 3 (2), 109–119.
- Luna G., Medina C. (2001). Rural special education teachers as caregivers: voices of students and teachers. In Growing partnerships for rural special education. Conference proceedings, San Diego, March 29–31, 2001, ERIC.
- Łaś H. (1996). Problemy przygotowania pedagogów dla kształcenia specjalnego. W: J. Wyczesany, H. Kosętko (red.) System kształcenia pedagogów specjalnych. Ciągłość i możliwość zmian. Kraków, 83–90.

- Łaś H. (1999). Ocena funkcji pełnionych przez początkujących w zawodzie pedagogów specjalnych. W: J. Pańczyk, W. Dykcik (red.) *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*. Poznań, 150–160.
- Łaś H. (2002). Postawy młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim oraz z normą intelektualną wobec małżeństwa i rodziny. W: W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.) *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*. Olsztyn, Poznań, Warszawa, 365–371.
- Łaś H. (2004). Jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną – implikacje do systemu wsparcia społecznego i edukacyjnego. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.) *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Tom II. Kraków, 13–26.
- Łukaszewski W. (2006). Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańsk, 427–468.
- Mackie D. M., Hamilton D. L., Susskind J., Rosselli F. (1999). Społeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów. W: C. N. Macrae, Ch. Stangor, M. Hewstone (red.) *Stereotypy i uprzedzenia*. Gdańsk, 40–41.
- Mactavish J., Mahon M. J. (2005). Leisure education and later-life planning: a conceptual framework. "Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities", Vol. 2 (1), 29–37.
- Maiwald S., Mischler G. (2003). *Seksualność w cieniu swastyki*. Warszawa.
- Majewicz P. (2008). Pedagog specjalny – osobowość i możliwości jej formowania. W: P. Majewicz, A. Mikrut (red.) *Kompetencje pedagoga w kontekście teorii i praktyki edukacji specjalnej*. Kraków, 17–29.
- Majewski T. (2008). Normalizacja życia młodzieży niepełnosprawnej wyzwaniem dla pedagogów. W: Z. Palak (red.) *Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji*. Lublin, 15–20.
- Majewski T. (2011). Problem zatrudnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska (red.) *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*. Poznań, 89–105.
- Maliszewski N. (2005). *Regulacyjna rola utajonej postawy*. Warszawa.
- Manterys A. (2003). Pogranicze normalności: analiza wywiadów z prawie normalną osobą z zespołem Downa. W: A. Gustavsson, J. Tøssebro, E. Zakrzewska-Manterys (red.) *Niepełnosprawność intelektualna a style życia. Perspektywy podmiotowe, wybory życiowe, systemy usług w Szwecji, Norwegii i w Polsce*. Warszawa, 179–202.
- Marcol A. (1995). *Etyka życia seksualnego*. Opole.
- Marks S. (2011). Special education: More about social justice, less about caring. "Phi Delta Kappan", Vol. 93 (1), 80.
- Marody M. (1976). *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. Warszawa.
- Materny K. (2003). Wizja rodziny i koncepcje małżeństwa młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. W: K. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.) *Dorobłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków, 50–51.

- May D., Kundert D. K. (1996). Are special educators prepared to meet the sex education needs of their students? A progress report. "The Journal of Special Education", Vol. 29 (4), 433–441.
- May D., Simpson M. (2003). The parent trap: marriage, parenthood and adulthood for people with intellectual disabilities. "Critical Social Policy", Vol. 23 (1), 25–41.
- Mądrzycki T. (1970). Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw. Warszawa.
- Mądrzycki T. (1973). Warunki i metody zmiany postaw. W: S. Nowak (red.) Teorie postaw. Warszawa, 317–343.
- Mądrzycki T. (1974). Wpływ postaw na rozumowanie. Warszawa.
- McCarthy M. (1999). Sex and women with learning disability. London.
- McCarthy M. (2007). Intimate lives. Sexuality and people with learning disabilities. W: S. Carnaby (red.) Learning disability today. Brighton, 183–191.
- McCarthy M. (2009). 'I have the jab so I can't be blamed for getting pregnant': contraception and women with learning disabilities. "Women's Studies International Forum", Vol. 32 (3), 198–208.
- McConkey R., Ryan D. (2001). Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. "Journal of Intellectual Disability Research", Vol. 45 (1), 83–87.
- McConkey R., Truesdale M. (2000). Reactions of nurses and therapists in mainstream health services to contact with people who have learning disabilities. "Journal of Advanced Nursing", Vol. 32 (1), 158–163.
- Mika S. (1987). Psychologia społeczna. Warszawa.
- Minczakiewicz E. (1996). Postawy nauczycieli i uczniów szkół powszechnych wobec dzieci niepełnosprawnych umysłowo. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań, 131–144.
- Minczakiewicz E. (2008). Aksjologiczny i społeczny wymiar służby nauczycielskiej w autopercepcji pedagogów specjalnych zatrudnionych w tradycyjnym i integracyjnym systemie kształcenia. W: Z. Palak (red.) Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 199–208.
- Molicka M. (1994). Rozwój psychoseksualny upośledzonych umysłowo w świetle literatury i rozważań własnych. „Szkoła Specjalna”, nr 3, 147–153.
- Morales G. E., Ramirez Lopez E., Mullet E. (2011). Acceptability of sexual relationships among people with learning disabilities: family and professional caregivers' views in Mexico. "Sexuality and Disability", Vol. 29 (2), 165–174.
- Murray J. L., MacDonald R., Minnes P. M. (1995). Staff attitudes towards individuals with learning disabilities and AIDS: the role of attitudes towards client sexuality and the issue of mandatory testing for HIV infection. "Mental Handicap Research", Vol. 8 (4), 321–332.
- Murray J. L., Minnes P. M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. "Journal of Intellectual & Developmental Disability", Vol. 19 (1), 45–52.
- Nazar J. (1990). Empatia i jej związek z cechami osobowości nauczyciela. Gdańsk.
- Nelson T. D. (2003). Psychologia uprzedzeń. Gdańsk.

- Newby-Clark I. R., McGregor I., Zanna M. P. (2008). Thinking and caring about cognitive inconsistency: when and for whom does attitudinal ambivalence feel uncomfortable? In R. H. Fazio, R. E. Petty (eds.) *Attitudes. Their structure, function, and consequences*. New York, 199–213.
- Nogaś A., Wyczesany J. (1995). Empatia a syndrom „wypalenia się” sił wśród nauczycieli placówek specjalnych dla osób upośledzonych w stopniu umiarkowanym i znacznym. W: J. Wyczesany (red.) *Pomoc psychopedagogiczna dzieciom niepełnosprawnym*. Częstochowa, 209–226.
- Nosal Cz. (1987). Interpretacja zależności między zbiorami zmiennych w ramach modelu analizy kanonicznej. W: J. Brzeziński (red.) *Wielozmiennowe modele statystyczne w badaniach psychologicznych*. Warszawa–Poznań, 152–170.
- Nowak S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: S. Nowak (red.) *Teorie postaw*. Warszawa, 17–88.
- Nowak-Lipińska K. (1996a). Masturbacja osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. W: W. Loebel (red.) *Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Gdańsk, 27–49.
- Nowak-Lipińska K. (1996b). O ignorancji sfery erotycznej osób głębiej upośledzonych umysłowo. W: S. Kawula, H. Machel (red.) *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*. Gdańsk–Toruń, 101–106.
- Nowak-Lipińska (1996c). Pytania o miejsce edukacji seksualnej osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. W: W. Dykcik (red.) *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań, 193–204.
- Nowak-Lipińska K. (2002). Na antypodach płciowości – wielowymiarowość zachowań homoseksualnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.) *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*. Olsztyn, Poznań, Warszawa, 483–498.
- Nowak-Lipińska K. (2003). Psychospołeczne aspekty małżeństwa osób niepełnosprawnych intelektualnie z pełnosprawnymi. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków, 20–23.
- Nunes P., Williams S., Bidyadhar S. K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *“International Journal of Medical Education”*, Vol. 2 (2), 12–17.
- Obuchowska I. (1996). O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży. W: W. Dykcik (red.) *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań, 15–24.
- Obuchowska I., Jaczewski A. (2002). *Rozwój erotyczny*. Warszawa.
- Obuchowski K. (1984). Psychologiczne problemy seksuologii. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna*. Warszawa, 219–269.
- Obuchowski K. (1995). *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań.
- Oleńska-Pawlak T. (1996). Kompetencje pedagoga specjalnego w nowoczesnej koncepcji kształcenia. W: J. Wyczesany, H. Kosętka (red.) *System kształcenia pedagogów specjalnych. Ciągłość i możliwość zmian*. Kraków, 59–62.

- Olson J. M., Zanna M. P. (1993). Attitudes and attitude change. "Annual Review of Psychology", Vol. 44, 117–154.
- Olszak A. (2001). Psychopedagogiczne kompetencje nauczycieli szkół specjalnych. Lublin.
- Olszak A. (2008). Poziom empatii i hierarchia wartości studentów pedagogiki specjalnej. W: Z. Palak (red.) Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 230–238.
- Olszak A. (2010). System wartości i poziom rozumienia empatycznego pracowników domów pomocy społecznej. W: Z. Palak, A. Bujnowska, A. Pawlak (red.) Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia. Lublin, 244–249.
- Olszewski L. (1998). Umiejętności pedagogiczne nauczyciela. W: A. Siemak-Tylikowska, H. Kwiatkowska, S. M. Kwiatkowski (red.) Edukacja nauczycielska w perspektywie wymagań zmieniającego się świata, 360–338.
- Ouimet J., DeMan A. F. (1998). Correlates of attitudes toward the application of eugenics to the treatment of people with intellectual disabilities. "Social Behavior and Personality", Vol. 26 (1), 69–74.
- Panek P., Smith J. (2005). Assessment of terms to describe mental retardation. "Research in Developmental Disabilities", Vol. 26 (6), 565–576.
- Pańczyk J. (red.) (1991). Pedagogika specjalna. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne. Warszawa.
- Parchomiuk M. (2007). Postawy studentów pedagogiki wobec życia erotycznego niepełnosprawnych. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, t. 1 (5), 93–105.
- Parchomiuk M. (2008). Pedagodzy specjalni i studenci pedagogiki o życiu intymnym osób z upośledzeniem umysłowym. „Auxilium Sociale Novum”, nr 1–2, 178–188.
- Parchomiuk M. (2009). Seksualność osób z upośledzeniem umysłowym w opinii rodziców i studentów pedagogiki. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XVIII, 39–54.
- Parchomiuk M. (2010). Stygmatyzacja osób z niepełnosprawnością i chorobą – mechanizmy działania i konsekwencje. W: M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, M. Parchomiuk, B. Szabała, Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją. Lublin, 73–96.
- Parchomiuk M. (2012a). Rodzice z niepełnosprawnością intelektualną. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1, 51–65.
- Parchomiuk M. (2012b). Specialists and sexuality of individuals with disability. "Sexuality and Disability", Vol. 30 (40), 407–419.
- Parchomiuk M. (2012c) Model of intellectual disability and the relationship of attitudes towards the sexuality of persons with an intellectual disability. "Sexuality and Disability", Vol. 31 (2), 125–139.
- Parchomiuk M. (w druku). Przekonania studentów kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. „Medycyna Ogólna”.
- Parello N. (2007). In their own words. In L. Walker-Hirsch (ed.) The facts of life... and mode. Sexuality and intimacy for people with intellectual disabilities. New York, New Mexico, 125–143.

- Parys K. (2007). Refleksje nad przygotowaniem pedagogów specjalnych do pracy zawodowej W: Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.) *Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego*. Olsztyn, 182–188.
- Patel D., Greydanus D., Calles J. (2010). Developmental disabilities across the lifespan. "Disease-a-Month", Vol. 56 (6), 305–397.
- Paulsen J. E. (2011). Ethics of caring and professional roles. "Nursing Ethics", Vol. 18 (2), 201–208.
- Pfeiffer D. (1994). Eugenics and disability discrimination "Disability and Society", Vol. 9 (4), 481–499.
- Phasha N. (2009). Responses to situations of sexual abuse involving teenagers with intellectual disability. "Sexuality and Disability", Vol. 27 (4), 187–203.
- Pilecka W., Pilecki J. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.) *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań, 31–48.
- Pisula E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa.
- Plutecka K. (2006). *Kompetencje zawodowe surdopedagoga z wadą słuchu*. Kraków.
- Poznaniak W. (1994). Stygmaty i dylematy etyczne w warunkach zmiany społecznej. W: J. Brzeziński, L. Witkowski (red.) *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Toruń, 304–324.
- Prężyna W. (1981). *Funkcje postawy religijnej w osobowości człowieka*. Lublin.
- Priestley M. (1998). Constructions and creations: idealism, materialism and disability theory. "Disability and Society", Vol. 13 (1), 75–94.
- Prokopiak A. (2005). Postawy nauczycieli wobec seksualności osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym. W: J. Głodkowska, A. Giryński (red.) *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, 77–82.
- Prokopiak A. (2012). Postawy osób znaczących wobec seksualności młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym. Lublin.
- Pugh M. A., Vetere A. (2009). Lost in translation: an interpretative phenomenological analysis of mental health professionals' experiences of empathy in clinical work with an interpreter. "Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice", Vol. 82 (3), 305–321.
- Race D. (2002). The 'normalisation' debate – time to move on. In D. Race (ed.) *Learning disability – a social approach*. New York, 191–208.
- Ramiro L., Gaspar de Matos M. (2008). Perceptions of Portuguese teachers about sex education. "Review Saúde Pública", Vol. 42 (4), b.s.
- Reis de Almeida M. H., Vilar D. G. (2006). Validity of a scale to measure teachers' attitudes towards sex education. "Sex Education", Vol. 6 (2), 185–192.
- Rembowski J. (1989). *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa.
- Reykowski J. (1973). Postawa jako dyspozycja do ustosunkowania się wobec przedmiotu. W: S. Nowak (red.) *Teorie postaw*. Warszawa, 89–121.
- Reykowski J. (1977). *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa.
- Reynolds W., Scott P. A., Austin W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. "Journal of Advanced Nursing", Vol. 32 (1), 235–242.

- Richards D., Miodrag N., Watson S. L. (2006). Sexuality and developmental disability: obstacles to healthy sexuality throughout the lifespan. "Developmental Disabilities Bulletin", Vol. 1 (2), 137–155.
- Richards D., Miodrag N., Watson S. L., Feldman M., Aunos M., Cox-Lindenbaum D., Griffiths D. (2008). Sexuality and human rights of persons with intellectual disabilities. In F. Owen, D. Griffiths (eds.) *Challenges to the human rights of people with intellectual disabilities*. London, 184–215.
- Riches V., Parmenter T. R., Llewellyn G., Hindmarsh G., Chan J. (2009). I-CAN: A New Instrument to Classify Support Needs for People with Disability: Part I. "Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities", Vol. 22, 326–339.
- Ryś E. (2008). Rozwój emocjonalny jako zagubiona kategoria edukacji aksjologicznej szkoły wyższej. W: J. Kostkiewicz (red.) *Aksjologia w kształceniu pedagogów*. Kraków, 165–179.
- Rzedzicka K. (2003). Społeczne koncepcje dorosłości a niepełnosprawność. W: K. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.) *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. Kraków, 45–51.
- Sadowska S. (2005). Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych. Toruń.
- Schalock R. L., Luckasson R. A., Shogren K. A., Borthwick-Duffy S., Bradley S. V, Buntinx W. H., Coulter D. L., Craig E. M., Gomez S. C., Lachapelle Y., Reeve A., Snell M. E., Spreat S., Tassé M. J., Thompson J. R., Verdugo M. A., Wehmeyer M. L., Yeager M. H. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. "Intellectual and Developmental Disabilities", Vol. 45 (2), 116–124.
- Sekułowicz M. (2002). Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczyny – symptomy – zapobieganie – przezwyciężanie. Wrocław.
- Sekułowicz M. (2005). Nauczyciele szkolnictwa specjalnego wobec zagrożenia wypaleniem zawodowym. Analiza przypadków. Wrocław.
- Sekułowicz M. (2008). Wypalenie zawodowe nauczycieli-pedagogów specjalnych a ich zawodowe kompetencje i pełnione role. W: Z. Palak (red.) *Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji*. Lublin, 83–100.
- Servais L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. "Mental Retardation and Developmental Disabilities", Vol. 46 (2), 48–56.
- Sękowski A. (1991). Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec ludzi niepełnosprawnych. Lublin.
- Sękowski A. E. (1994). Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów. Lublin.
- Shakespeare T. (1999). The sexual politics of disabled masculinity. "Sexuality and Disability", Vol. 17 (1), 53–64.
- Shakespeare T. (2000). Disabled sexuality: toward rights and recognition. "Sexuality and Disability", Vol. 18 (3), 159–166.
- Sheerin F., Sines D. (1999). Marginalization and its effects on the sexuality – related potentials of the learning disabled person, "Journal of Intellectual Disabilities", Vol. 3 (2), 39–49.

- Sheppard L. (2006). Growing pains: a personal development program for students with intellectual and developmental disabilities in a specialist school. *Journal of Intellectual Disabilities*, Vol. 10 (2), 121–142.
- Shildrick M. (2007). Contested pleasures: the sociopolitical economy of disability and sexuality. *Sexuality Research and Social Policy*, Vol. 4 (1), 53–66.
- Siek S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa.
- Siminski P. (2003). Patterns of disability and norm of participation through the life course: empirical support for a social model of disability. *Disability and Society*, Vol. 18 (6), 707–718.
- Skrzydlewski W. B. (1994). *Chrześcijańska wizja miłości, małżeństwa i rodziny*. Wrocław.
- Skrzydlewski W. B. (1999). *Etyka seksualna. Przemiany i perspektywy*. Kraków.
- Smith D. D. (2002). *Pedagogika specjalna*. T. II. Warszawa.
- Smith K., Wheeler B., Pilecki P., Parker T. (1995). The role of the pediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *Journal of Pediatric Health Care*, Vol. 9 (2), 59–66.
- Soborski W. (1987). *Postawy, ich badanie i kształtowanie*. Kraków.
- Soulis S. G. (2009). Effective special teachers characteristics: perceptions of preschool special educators in Greece. *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 24 (1), 91–101.
- Speck O. (2005). *Niepełnosprawni w społeczeństwie*. Gdańsk.
- Spiecker B. (1992). Sexual education and morality. *Journal of Moral Education*, Vol. 21 (1), 67–76.
- Spiecker B., Stutel J. (2002). Sex between people with mental retardation: an ethical evaluation. *Journal of Mental Education*, Vol. 31 (2), 155–169.
- Stangor C., Schaller M. (1999). Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe. W: C. N. Macrae, Ch. Stangor, M. Hewstone (red.) *Stereotypy i uprzedzenia*. Gdańsk, 13–36.
- Stanisz R. (2007). *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA.PL na przykładach z medycyny*. Kraków.
- Staub E. (1990). Wartości indywidualne i społeczne (grupowe) z perspektywy motywacji i ich rola w pomaganiu i krzywdzeniu innych. W: J. Reykowski, N. Eisenberg, E. Staub (red.) *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*. Wrocław–Warszawa, 59–76.
- Swango-Wilson A. (2008). Caregiver perception of sexual behaviors of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, Vol. 26 (2), 75–81.
- Swango-Wilson A. (2009). Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: a four cohort study. *Sexuality and Disability*, Vol. 27 (4), 223–228.
- Swango-Wilson A. (2010). Systems theory and the development of sexual identity for individuals with intellectual/developmental disability. *Sexuality and Disability*, Vol. 28 (3), 157–164.
- Szczupał B. (2008). Nauczyciel wobec wyzwań przyszłości – dylematy i nadzieje kształcenia i wychowania młodzieży niepełnosprawnej. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.) *Kompetencje pedagoga specjalnego*. Lublin, 113–122.

- Szempruch J. (2001). Nauczyciel w zmieniającej się szkole. Funkcjonowanie i rozwój zawodowy. Rzeszów.
- Szmukier T. (1989). Z rozważań nad regulacyjną rolą empatii. „Przegląd Psychologiczny”, t. XXXII, nr 4, 861–877.
- Szychowiak B. (1996). Autonomia młodzieży z upośledzeniem umysłowym w jej odczuciu. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań, 243–250.
- Szyszkowska M. (2008). Seksualność człowieka. W: M. Szyszkowska (red.) Seksualność człowieka i obyczaje a polityka. Warszawa, 7–19.
- Szyszkowska M. (2010). Etyka. Białystok.
- The beliefs, values, and principles of self-advocacy (1996). Cambridge.
- Thomas D., Woods H. (2003). Working with people with learning disabilities. Philadelphia.
- Trawińska M. (1984). Socjologia seksu. Społeczno-normatywne uwarunkowanie zachowań. W: K. Imieliński (red.) Seksuologia społeczna. Warszawa, 313–371.
- Trawińska M. (1987). Społeczne uwarunkowania zachowań seksualnych. W: M. Kozakiewicz, Z. Lew-Starowicz (red.) Przystosowanie do życia w rodzinie. Warszawa, 55–89.
- Trudel G., Desjardins G. (1992). Staff reactions toward the sexual behaviors of people living in institutional settings. “Sexuality and Disability”, Vol. 10 (3), 173–187.
- Twardowski A. (1996). Oddziaływania rodziców blokujące rozwój autonomii u dzieci upośledzonych umysłowo. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań, 145–154.
- Uchnast Z. (1996). Empatia jako postawa egzystencjalna. „Roczniki Filozoficzne”, t. XLIV, z. 4, 37–51.
- Vanier J. (1987). Mężczyznę i niewiastę stworzył ich do życia w prawdziwej miłości. Kraków.
- Vanier J. (2010). Mężczyznę i kobietę stworzył ich. Poznań.
- Verdonschot M. M, de Witte L. P, Reichrath E, Buntinx W. H, Curfs L.M. (2009). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. “Journal of Intellectual Disability Research”, Vol. 53 (1), 54–64.
- Verhoef M., Barf H. A., Vroege J. A., Post M. W., van Asbeck F. W., Gooskens R. H., Prevvo A. J. (2005). Sex education, relationships, and sexuality in young adults with spina bifida. “Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, Vol. 86, 979–987.
- Waga W. (1997). Losy absolwentów Zasadniczej Szkoły Zawodowej Specjalnej. „Szkoła Specjalna”, nr 5, 267–270.
- Walcott D. (1997). Family life education for persons with developmental disabilities. “Sexuality and Disability”, Vol. 15 (2), 91–98.
- Walker-Hirsch L. (2007a). Sexuality education and intellectual disability. Across the lifespan. In L. Walker-Hirsch (ed.) The facts of life... and more. Sexuality and intimacy for people with intellectual disabilities. New York, New Mexico, 3–28.
- Walker-Hirsch L. (2007b). Six key components of a meaningful, comprehensive sexuality education. In L. Walker-Hirsch (ed.) The facts of life... and more. Sexuality and intimacy for people with intellectual disabilities. New York, New Mexico, 29–52.

- Wasilewski B. (1987). Prawidłowy rozwój psychoseksualny i emocjonalny jednostki. W: M. Kozakiewicz, Z. Lew-Starowicz (red.) *Przysposobienie do życia w rodzinie*. Warszawa, 43–54.
- Wegener S. T. (1996). The rehabilitation ethic and ethics. *“Rehabilitation Psychology”*, Vol. 41 (1), 5–17.
- Weigl B. (2008). Stereotypy i uprzedzenia. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk, 205–223.
- Węgliński A. (2010). Zrewidowana wersja Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego innych ludzi – KRE-II. W: A. Wojnarska (red.) *Diagnostyka resocjalizacyjna*. Lublin, 67–90.
- Wikarek B. (2003). Edukacja seksualna a poglądy i postawy młodzieży policealnych szkół medycznych na temat przedmałżeńskiej aktywności seksualnej. W: J. Rzepka (red.) *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej. Materiały z seminarium naukowego*. Katowice 25 maja 2002 roku. Mysłowice, 49–66.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002). Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Kraków.
- Williams J., Keating F., Nadirshaw Z. (2007). All different, all equal. Anti-oppressive practice and learning disability services. In S. Carnaby (ed.) *Learning disability today*. Brighton 29–36.
- Winseman J., Malik A., Morison J. (2009). Students’ views on factors affecting empathy in medical education. *“Academic Psychiatry”*, Vol. 33 (6), 484–491.
- Witkowska B. (2005). Osobowościowe uwarunkowania postaw pracowników domów pomocy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Lublin.
- Witkowski L. (1994). Ambivalencja jako kategoria dla socjologii edukacji. W: J. Brzeziński, L. Witkowski (red.) *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Poznań–Toruń, 189–199.
- Wojciszke B. (1990). System wartości osobistych a zachowanie. W: J. Reykowski, N. Eisenberg, E. Staub (red.) *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*. Wrocław–Warszawa, 77–97.
- Wojciszke B. (2002). Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa.
- Wojciszke B. (2008). Postawy i ich zmiana. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk, 79–106.
- Wojtczak-Grzesińska I., Malinowska A. (2002). Wieczne dzieci czy dorośli. W: A. Suchcicki (red.) *Wieczne dzieci czy dorośli. Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, 29–26.
- Wojtyła K. (2001). Miłość i odpowiedzialność. Lublin.
- Wolfe P. (1997). The influence of personal values on issues of sexuality and disability. *“Sexuality and Disability”*, Vol. 15 (2), 69–90.
- Wolfe P., Blanchett W. (1997). Infusion of sex education curricula and transition planning: obstacles and solutions. *“Journal of Vocational Rehabilitation”*, Vol. 8, 143–153.
- Woynarowska A. (2010). Niepełnosprawność intelektualna w publicznym i prywatnym dyskursie. Kraków.
- Wróblewska W., Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian a potrzeba edukacji. Materiał przygotowany dla Krajowego Centrum ds. AIDS do wykorzystania w ramach kampanii skierowanej do rodzin pod hasłem „Rodzina razem przeciw AIDS.” <http://www.pis.lodz.pl>, (dostęp 10.01.2012).

- Wyczesany J. (1996). Koncepcja edukacji antropozoficznej jako jedna z form działalności pedagoga specjalnego. W: J. Wyczesany, H. Kosętko (red.) System kształcenia pedagogów specjalnych. Ciągłość i możliwość zmian. Kraków, 44–52.
- Wyczesany J. (2008). Pedagog specjalny jako terapeuta w ujęciu klasyków oraz w ujęciu współczesnym. W: Z. Palak (red.) Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 28–33.
- Wysocka E. (2005). Źródła i mechanizmy kształtowania się postaw wobec osób niepełnosprawnych – analiza teoretyczna i empiryczne egzemplifikacje. W: J. Rottermund, A. Klinik, S. Wrona (red.) Wybrane uwarunkowania rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Kraków, 195–214.
- Yazbeck M., McVilly K., Parmenter T. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities. An Australian perspective. "Journal of Disability Policy Studies", Vol. 15 (2), 97–111.
- Yool L., Langdon P., Garner K. (2003). The attitudes of medium – secure unit staff towards the sexuality of adults with learning disabilities. "Sexuality and Disability", Vol. 21 (2), 137–150.
- Zamkowska A. (2008). Kompetencje nauczyciela wymagane w pracy z uczniem z upośledzeniem umysłowym w procesie edukacji inkluzyjnej. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.) Kompetencje pedagoga specjalnego. Aktualne wyzwania teorii i praktyki. Lublin, 79–88.
- Zanna M. P., Rempel J. K. (2008). Attitudes: a new look at an old concept. In R. H. Fazio, R. E. Petty (eds.) Attitudes. Their structure, function, and consequences. New York, 7–15.
- Zawiślak A. (2003a). Sytuacja materialna i mieszkaniowa absolwentów zasadniczych szkół zawodowych specjalnych (dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim). W: E. Minczakiewicz (red.) Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie. Kraków, 115–124.
- Zawiślak A. (2003b). Zawieranie związków małżeńskich przez osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.) Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. T. I. Kraków, 165–171.
- Zimbardo P., Leippe M. (1991). Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego. Poznań.
- Zwoliński A. (2006). Seksualność w relacjach społecznych. Kraków.
- Żółkowska T. (2003). Poczucie sensu życia u dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: E. Górniewicz, A. Krause (red.) Dyskursy pedagogiki specjalnej. Konteksty teoretyczne, Olsztyn, 119–125.
- Żółkowska T. (2005). Asystencja osobista drogą do niezależnego życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.) Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych. Olsztyn, 77–83.
- Żółkowska T. (2007). Niepełnosprawność intelektualna z perspektywy koncepcji tożsamości społecznej. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.) Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego. Olsztyn, 78–84.

Żuraw H. (1998). Obraz osób upośledzonych umysłowo w opiniach ludzi pełnosprawnych. „Psychologia Wychowawcza”, nr 4, 346–352.

Deklaracja Praw Osób z Upośledzeniem Umysłowym, www.psouu.pl

IDRM (International Disability Rights Monitor): Regional report of Europe. Russian Federation, 2007, http://www.ideanet.org/cir/uploads/File/IDRM_Europe_2007.pdf

Report of the ad hoc expert group on the transition from institutional to community – based care. European Commission, 2009, ec.europa.eu/social

The Council for Exceptional Children: Common Core Knowledge and Skills Essential for All Beginning Special Education Teachers, <http://deafed.net/activities/ixb3.htm>

The specific risks of discrimination against persons in situation of major dependence or with complex needs. Report of a European study. Volume 3: Country reports and stakeholder interview, b.r., www.inclusion-europe.org

Vermont Department of Education: “Clustered” Competencies for Intensive Special Education Teachers, <http://education.vermont.gov>

Klasyfikacja zawodów i specjalności – opisy grup elementarnych zawodów/specjalności, 2010, www.psz.praca.gov.pl

Kodeks prawa kanonicznego. 1983.

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Dz. U. 1964, nr 16, poz. 93.

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz. U. 1964, nr 9, poz. 59.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Dz. U. 1993, nr 17, poz. 78 z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776 z późn. zm.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 kwietnia 1998 r. w sprawie wprowadzenia do nauczania szkolnego przedmiotu „Wiedza o życiu seksualnym człowieka” oraz zakresu jego treści programowych. Dz. U. 1998, nr 58, poz. 369.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Dz. U. 1999, nr 67, poz. 756.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej. Dz. U. 2002, nr 223, poz. 1869, z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 marca 2013 r. w sprawie organizacji kształcenia oraz warunków i form realizowania specjalnych działań opiekuń-

- czo-wychowawczych w przedszkolach i szkołach specjalnych zorganizowanych w podmiotach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej. Dz. U. 2013, poz. 380.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci. Dz. U. 2009, nr 23, poz. 123.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli. Dz. U. 2009, nr 54, poz. 400.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych. Dz. U. 2010, nr 228, poz. 1490, z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych. Dz. U. 2013, poz. 199.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach. Dz. U. 2011, nr 109, poz. 631.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Dz. U. 2012, nr 165, poz. 977.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej. Dz. U. 2004, nr 63, poz. 587.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy. Dz. U. 2010, nr 238, poz. 1586.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych. Dz. U. 2012, poz. 305.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej. Dz. U. 2012, poz. 850.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz. U. 2012, poz. 964.

bazy.ngo.pl;
www.aamr.org
www.cie.men.gov.pl
www.ko.rzeszow.pl
www.kuratorium.lublin.pl
www.psouu.org.pl
www.wps.lublin.uw.gov.pl

Spis schematów, wykresów i tabel

Tabela 1. Cztery podejścia do teorii niepełnosprawności	19
Tabela 2. Postawy specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością	93
Tabela 3. Zestawienie badań dotyczących postaw specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną	100
Tabela 4. Zadania zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, wynikające z obowiązujących przepisów	124
Tabela 5. Ogólny zarys treści edukacji seksualnej	137
Tabela 6. Kompetencje osobiste pedagoga specjalnego	152
Tabela 7. Sytuacja rodzinna i zawodowa osób badanych (grupa A i B) (liczebności i procenty)	192
Tabela 8. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	199
Tabela 9. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): wyniki testu rangowania	202
Tabela 10. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): analiza walencji cząstkowych	205
Tabela 11. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1): analiza walencji cząstkowych	206
Tabela 12. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	207
Tabela 13. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): wyniki testu rangowania	211
Tabela 14. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2): analiza walencji cząstkowych	212

Tabela 15. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSO-NI – 2): analiza walencji cząstkowych.....	213
Tabela 16. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych (grupa A i B) do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym (WSONI – 1; WSONI – 2): wyniki testu istotności różnic	215
Tabela 17. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	221
Tabela 18. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	225
Tabela 19. Przekonania badanych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym (grupa A i B) (Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną): wynik testu istotności różnic	229
Tabela 20. Motywacja badanych do działań na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	235
Tabela 21. Motywacja badanych do działań na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B) (Skala Motywacji) – porównanie wg stopnia niepełnosprawności intelektualnej: istotność różnic	236
Tabela 22. Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim – analiza sytuacji (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	237
Tabela 23. Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym – analiza sytuacji (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	238
Tabela 24. Motywacja do działań – porównanie sytuacji wg stopnia niepełnosprawności intelektualnej (grupa A i B) (Skala Motywacji): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	239
Tabela 25. Miejsca występowania zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)	241
Tabela 26. Charakter obserwowanych zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)	242
Tabela 27. Stopień niepełnosprawności intelektualnej uczestników obserwowanych sytuacji (grupa A i B).....	243
Tabela 28. Reakcje badanych wobec zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną (grupa A i B)	243
Tabela 29. Zachowania badanych w analizowanych sytuacjach (grupa A i B)	244
Tabela 30. Znane małżeństwa osób z niepełnosprawnością intelektualną – stopień niepełnosprawności intelektualnej małżonków (grupa A i B)	245

Tabela 31. Znane małżeństwa „mieszane” – stopień niepełnosprawności intelektualnej małżonków (grupa A i B).....	245
Tabela 32. Zmienne koncepcyjne postaw wobec seksualności niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (grupa A i B).....	247
Tabela 33. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – czynniki grupy A i B.....	250
Tabela 34. Zmienne koncepcyjne postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (grupa A i B).....	252
Tabela 35. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym – czynniki grupy A i B.....	254
Tabela 36. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym – czynniki grupy A.....	256
Tabela 37. Macierz współczynników korelacji r-Spearmana dla postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i głębszym – czynniki grupy B.....	257
Tabela 38. Empatia badanych (grupa A i B) (KRE): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	260
Tabela 39. Wartości (skale podstawowe) badanych (grupa A i B) (SWS): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	266
Tabela 40. Wartości (podskale czynnikowe) badanych (grupa A i B) (SWS): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	266
Tabela 41. Wartościowanie seksualności w wymiarze zdrowia i jakości życia (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	274
Tabela 42. Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	276
Tabela 43. Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (grupa A i B) (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	277
Tabela 44. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	282
Tabela 45. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością – twierdzenia pozytywne (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	283
Tabela 46. Postawy wobec osób z niepełnosprawnością – twierdzenia negatywne (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	285
Tabela 47. Ambiwalencja w postawach wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) (PWON): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	286
Tabela 48. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	288

Tabela 49. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A i B): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic.....	289
Tabela 50. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): istotność różnic.....	290
Tabela 51. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): istotność różnic.....	290
Tabela 52. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim – analiza twierdzeń (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A i B): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	291
Tabela 53. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	292
Tabela 54. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	293
Tabela 55. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym – analiza twierdzeń (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): średnie, odchylenia standardowe, istotność różnic	294
Tabela 56. Preferencje modelu indywidualnego niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): wynik testu istotności różnic	295
Tabela 57. Preferencje modelu społecznego niepełnosprawności intelektualnej – porównanie wg stopnia niepełnosprawności (grupa A i B) (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej): wynik testu istotności różnic.....	296
Tabela 58. Współczynniki korelacji postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz kompetencji osobowych (grupa A i B)	302
Tabela 59. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wymiarami empatii badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	305
Tabela 60. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wartościami preferowanymi przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej ..	308
Tabela 61. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a wartościowa-	

niem seksualności człowieka przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej	310
Tabela 62. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a postawami badanych wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej	320
Tabela 63. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a preferencją badanych modelu niepełnosprawności intelektualnej (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	322
Tabela 64. Współczynniki korelacji postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym oraz kompetencji osobowych (grupa A i B)	326
Tabela 65. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wymiarami empatii badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	330
Tabela 66. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wartościami preferowanymi przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	332
Tabela 67. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a wartościowaniem seksualności człowieka przez badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	338
Tabela 68. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a postawami badanych wobec osób z niepełnosprawnością (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	343
Tabela 69. Współzależność między komponentami postaw wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym a preferencją modelu niepełnosprawności intelektualnej badanych (grupa A i B) – wyniki analizy kanonicznej.....	344
Wykres. 1. Interakcje między komponentami klasyfikacji ICF.....	34
Schemat 1. Postawa jako zmienna pośrednicząca między obiektem a odpowiedziami oceniającymi	80
Schemat 2. Soczewkowy model wyznaczników i konsekwencji postaw	81
Schemat 3. Hierarchia organizacji edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością ..	146
Schemat 4. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście paradygmatów opisujących istotę niepełnosprawności oraz wsparcia.....	167
Schemat 5. Plan badań własnych.....	174

Aneks

Tabela 1. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Pojęcia	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	25,44	30,42	42,51	39,17	32,06	30,42
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	20,56	34,18	41,81	40,51	37,63	25,32
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	30,07	30,80	35,31	35,86	34,62	33,33
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	27,53	30,51	39,02	40,25	33,45	29,24
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	24,31	29,54	42,71	40,17	32,99	30,54
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	27,34	32,07	40,83	38,82	31,83	29,11
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	27,87	33,19	36,93	32,35	35,19	34,45
Steryliczacja osób z NI w stopniu lekkim	32,18	23,83	35,64	38,72	32,18	37,45
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	27,33	34,18	36,68	38,82	35,99	27,00
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	26,30	32,35	45,33	30,67	28,37	36,97
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	26,13	32,20	42,86	32,63	31,01	35,17
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	31,01	30,08	36,24	40,68	32,75	29,24
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	29,97	29,24	38,68	38,98	31,36	31,78
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	23,00	28,94	43,21	39,57	33,80	31,49
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	27,97	29,79	37,76	41,28	34,27	28,94
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	27,40	32,76	39,86	37,07	32,74	30,17
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	24,56	34,63	42,81	35,06	32,63	30,30
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	22,86	40,17	35,36	38,86	41,79	20,96
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	26,57	32,62	42,31	35,19	31,12	32,19

Tabela 2. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Pojęcia	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	24,56	37,44	41,99	33,92	33,45	28,63
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	19,50	37,33	43,26	36,00	37,23	26,67
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	29,18	30,53	38,43	33,19	32,38	36,28
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	31,21	29,02	35,82	32,59	32,98	38,39
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	32,27	27,60	39,72	37,56	28,01	34,84
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	25,89	32,58	29,08	26,24	45,04	41,18
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	31,67	29,36	35,59	31,65	32,74	38,99
Sterylicacja osób z NI w stopniu głębszym	32,73	28,77	28,06	37,90	39,21	33,33
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	28,72	28,51	41,49	31,67	29,79	39,82
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	23,59	34,39	40,49	36,65	35,92	28,96
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	30,28	27,60	41,20	37,10	28,52	35,29
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	28,77	30,00	36,14	42,73	35,09	27,27
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	28,11	29,09	37,37	38,64	34,52	32,27
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	29,45	31,36	28,36	26,36	42,18	42,27
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,70	25,69	36,96	39,45	29,35	34,86
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	29,30	24,09	70,70	41,36	29,30	34,55
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	21,28	31,96	43,97	39,27	34,75	28,77
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	20,28	39,27	35,94	42,01	43,77	18,72
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	29,43	32,27	39,72	35,91	30,85	31,82

Tabela 3. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Pojęcie	M			F ⁰ =2,40	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	50,91	49,89	51,67	0,64	0,527	–	–

Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	48,68	46,28	50,50	3,98	0,020*	2-3 1-2	0,006* 0,085~
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	48,00	45,98	48,68	1,24	0,292	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	47,04	46,64	49,82	1,63	0,197	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	45,60	44,80	45,53	0,11	0,893	-	-
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	50,86	47,65	50,91	2,21	0,112	-	-
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	48,55	46,78	49,02	0,76	0,469	-	-
Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	29,63	31,75	32,48	1,21	0,300	-	-
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	53,54	49,87	52,58	2,46	0,088~	1-2	0,032*
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	57,64	52,09	56,80	6,49	0,002*	1-2 2-3	0,001* 0,009*
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	51,46	49,80	53,91	2,12	0,123	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	61,90	57,48	59,26	3,75	0,025*	1-2	0,008*
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	60,99	56,32	58,97	4,29	0,015*	1-2	0,004*
Współzycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	47,60	45,60	49,50	1,82	0,164	-	-
Współzycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	44,02	43,44	48,47	3,05	0,049*	1-3 2-3	0,040* 0,023*
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	48,25	49,88	50,95	0,99	0,372	-	-
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	52,37	49,40	51,35	1,53	0,218	-	-
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	44,96	42,35	44,79	1,35	0,261	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	55,64	53,61	53,56	0,90	0,409	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 4. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Pojęcia	M			F ⁰ =2,20	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	49,71	48,80	50,88	0,74	0,478	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	47,62	44,29	46,57	2,04	0,133	-	-
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	49,02	46,17	48,74	1,37	0,256	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	50,14	48,11	49,26	0,48	0,617	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	46,46	43,76	46,46	1,10	0,335	-	-
Narzędzieństwo osób z NI w stopniu lekkim	50,42	47,65	49,43	0,96	0,383	-	-
Narzędzieństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	49,83	46,76	49,89	1,52	0,220	-	-
Sterylicacja osób z NI w stopniu lekkim	28,26	32,77	33,32	4,09	0,018*	1-2 1-3	0,018* 0,010*
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	50,78	48,28	50,77	1,05	0,352	-	-
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	56,28	52,63	54,35	1,54	0,218	-	-
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	52,15	50,36	52,95	0,75	0,472	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	61,71	58,71	60,65	1,68	0,190	-	-
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	59,88	59,88	59,38	0,05	0,952	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	48,42	44,20	47,85	2,63	0,074~	1-2 2-3	0,038* 0,072~
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	46,89	43,43	45,85	1,35	0,262	-	-
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	48,23	48,36	48,02	0,01	0,990	-	-
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	50,46	45,32	51,34	5,19	0,006*	1-2 2-3	0,013* 0,004*
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	39,75	36,96	38,37	1,02	0,364	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	54,14	52,44	54,38	0,56	0,571	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 5. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – I) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Pojęcia	M			F ⁰ =2,25	p	Lsd	
	Nauczy- ciele	Opiekuno- wie w in- ternacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i SDS			Grupy	p
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	50,73	51,58	49,57	0,49	0,611	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	47,94	50,42	46,49	2,39	0,094~	2-3 1-2	0,043* 0,080~
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	47,48	49,12	45,59	1,13	0,323	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	47,83	49,05	46,84	0,45	0,641	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	45,88	46,05	43,38	0,71	0,493	-	-
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu lekkim	50,14	51,75	46,32	2,63	0,074~	2-3 1-3	0,024* 0,069~
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	48,75	49,49	45,65	1,24	0,292	-	-
Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	32,98	26,53	32,92	6,24	0,002*	1-2 2-3	0,001* 0,013*
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	52,25	54,19	50,03	1,58	0,208	-	-
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	55,50	57,02	52,08	2,31	0,102	-	-
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	52,05	52,51	48,62	1,35	0,262	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	60,14	59,59	58,27	0,43	0,649	-	-
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	59,63	59,47	55,51	2,22	0,111	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	47,52	49,46	44,84	1,56	0,212	-	-
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	45,84	47,31	40,19	3,44	0,034*	1-3 2-3	0,023* 0,012*
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	50,81	48,64	47,92	1,24	0,291	-	-

Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	43,36	44,75	42,62	0,45	0,638	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	54,46	56,66	51,43	2,44	0,089~	2-3	0,028*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 6. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (WSONI – 1) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Pojęcia	M				F ⁰ =3,26	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu lekkim	50,21	49,87	53,00	51,00	0,68	0,565	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu lekkim	46,64	47,64	50,48	49,02	1,21	0,305	-	-
Małżeństwo osób z NI w stopniu lekkim	46,00	48,03	49,24	47,41	0,48	0,693	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	47,05	47,56	50,19	47,72	0,37	0,772	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu lekkim	43,67	45,87	47,90	45,45	0,63	0,595	-	-
Narzędzielnictwo osób z NI w stopniu lekkim	47,52	50,79	50,38	49,90	0,77	0,513	-	-
Narzędzielnictwo osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	46,26	48,84	48,62	48,47	0,45	0,715	-	-
Sterylizacja osób z NI w stopniu lekkim	31,57	31,04	31,86	30,74	0,08	0,970	-	-
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu lekkim	51,81	52,48	54,86	51,29	0,63	0,597	-	-
Miłość osób z NI w stopniu lekkim	54,79	56,05	55,00	55,28	0,15	0,932	-	-
Miłość osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	50,98	51,70	53,38	51,50	0,19	0,905	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu lekkim	56,57	61,51	59,38	59,47	1,87	0,136	-	-
Przyjaźń osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	56,88	59,71	58,33	58,88	0,63	0,596	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu lekkim	45,45	49,13	48,14	47,08	0,89	0,446	-	-
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu lekkim i osoby pełnosprawnej	45,14	45,82	45,38	44,68	0,11	0,953	-	-
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu lekkim	52,14	50,78	48,43	48,34	1,41	0,241	-	-
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu lekkim	49,12	50,95	49,00	52,18	1,04	0,376	-	-
Masturbacja osoby z NI w stopniu lekkim	43,90	42,48	44,14	44,48	0,47	0,702	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu lekkim	55,36	55,73	54,24	53,47	0,71	0,547	-	-

Tabela 7. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Pojęcia	M			F ⁰ =2,36	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	P
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	45,83	46,33	45,71	0,08	0,926	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	43,31	42,57	42,37	0,24	0,791	-	-
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	35,85	34,95	32,77	1,83	0,163	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,19	34,70	31,52	1,52	0,221	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	31,46	33,29	30,06	1,81	0,167	-	-
Narzędzieństwo osób z NI w stopniu głębszym	37,98	39,61	37,29	0,83	0,437	-	-
Narzędzieństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,28	35,23	31,38	2,34	0,099~	2-3	0,032*
Sterylicacja osób z NI w stopniu głębszym	33,43	34,98	35,29	0,61	0,545	-	-
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	42,27	42,10	41,43	0,13	0,876	-	-
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	47,94	44,50	42,77	4,52	0,012*	1-2	0,041*
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	36,58	38,08	35,22	1,24	0,290	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	55,02	51,07	51,94	2,67	0,071~	1-2	0,028*
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	53,83	51,60	51,05	1,44	0,240	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	34,65	37,30	36,31	1,58	0,208	-	-
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	29,82	32,33	30,63	1,22	0,296	-	-
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	44,89	43,87	46,72	1,14	0,322	-	-
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	43,96	43,35	42,00	0,82	0,443	-	-
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	41,84	41,61	42,86	0,32	0,725	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	49,55	48,44	48,60	0,22	0,799	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 8. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI- 2) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Pojęcia	M			F ⁰ =2,19	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	45,26	42,44	45,49	1,60	0,204	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	42,12	36,94	40,37	3,92	0,021*	1-2 2-3	0,006* 0,080~
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	38,89	34,75	35,36	2,05	0,132	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	39,53	34,23	35,54	2,81	0,063~	1-2	0,023*
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	38,00	31,01	34,47	5,21	0,006*	1-2	0,001*
Narzędzeństwo osób z NI w stopniu głębszym	41,02	34,92	35,54	4,90	0,008*	1-2 1-3	0,004* 0,014*
Narzędzeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	39,09	34,34	35,20	2,43	0,090~	1-2	0,037*
Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	32,53	35,70	36,76	2,77	0,065~	1-3 1-2	0,027* 0,081~
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	43,64	41,48	43,56	1,02	0,364	-	-
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	45,29	38,70	42,78	4,48	0,013*	1-2	0,003*
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	43,36	36,86	38,51	4,65	0,011*	1-2 1-3	0,003* 0,036*
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	54,00	51,13	51,59	1,26	0,285	-	-
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	53,64	51,20	52,07	0,94	0,393	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	39,29	34,00	37,14	3,44	0,034*	1-2	0,010*
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	37,62	32,34	34,39	2,96	0,054~	1-2	0,016*
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	44,77	46,48	46,14	0,34	0,713	-	-
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	43,65	38,54	40,69	4,36	0,014*	1-2	0,004*
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	36,82	34,44	34,03	1,30	0,276	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	50,27	47,94	48,14	0,80	0,449	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 9. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Pojęcia	M			F ⁰ =2,24	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i SDS			Grupy	P
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	46,41	45,15	45,14	0,41	0,667	-	-
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	43,07	41,80	43,43	0,49	0,614	-	-
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	34,98	34,38	34,09	0,16	0,854	-	-
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,59	31,62	33,34	0,70	0,497	-	-
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	31,62	30,95	32,66	0,30	0,739	-	-
Narzędzielnictwo osób z NI w stopniu głębszym	39,05	36,03	37,97	1,52	0,221	-	-
Narzędzielnictwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	33,56	31,58	34,29	0,97	0,381	-	-
Sterylizacja osób z NI w stopniu głębszym	35,79	30,23	36,86	5,97	0,003*	1-2 2-3	0,001* 0,007*
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	42,25	40,20	41,34	0,84	0,433	-	-
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	46,51	42,57	43,20	3,35	0,037*	1-2	0,020*
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	36,70	35,38	37,86	0,60	0,548	-	-
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	54,17	50,07	51,37	2,78	0,064~	1-2	0,026*
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	53,46	50,93	50,43	1,78	0,170	-	-
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	36,61	35,53	32,94	2,06	0,129	-	-
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	31,36	29,28	30,80	0,80	0,451	-	-
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	46,31	42,67	42,80	2,85	0,060~	1-2	0,039*
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	43,44	42,21	42,09	0,52	0,596	-	-

Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	41,79	41,08	42,40	0,21	0,814	-	-
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	48,90	48,70	48,91	0,01	0,993	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 10. Emocjonalno-oceniające nastawienie badanych do seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (WSONI – 2) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Pojęcia	M				F ⁰ =3,25	p	Lsd		
	lekkie		głębokie				różne	Grupy	p
	głębokie	różne	głębokie	różne					
Ciało osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w stopniu głębszym	47,80	44,97	45,10	46,63	0,94	0,423	-	-	
Popęd płciowy osoby z NI w stopniu głębszym	41,82	43,46	41,86	43,14	0,44	0,724	-	-	
Małżeństwo osób z NI w stopniu głębszym	34,69	34,50	33,48	35,84	0,43	0,733	-	-	
Małżeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	34,16	31,84	36,67	34,26	1,55	0,202	-	-	
Rodzicielstwo osoby z NI w stopniu głębszym	30,76	31,65	31,33	33,18	0,59	0,619	-	-	
Narzeczeństwo osób z NI w stopniu głębszym	38,13	39,71	36,14	38,33	0,59	0,620	-	-	
Narzeczeństwo osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	32,80	34,34	34,86	33,14	0,35	0,788	-	-	
Sterylicyzacja osób z NI w stopniu głębszym	33,36	35,09	38,52	33,86	1,20	0,311	-	-	
Atrakcyjność fizyczna osoby z NI w stopniu głębszym	41,82	42,38	41,00	42,01	0,10	0,958	-	-	
Miłość osób z NI w stopniu głębszym	44,91	45,75	43,43	45,48	0,26	0,853	-	-	
Miłość osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	37,53	37,05	38,67	36,12	0,41	0,747	-	-	
Przyjaźń osób z NI w stopniu głębszym	51,09	53,07	51,62	53,30	0,44	0,725	-	-	
Przyjaźń osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	50,53	52,93	54,90	51,82	0,87	0,456	-	-	
Współżycie seksualne osób z NI w stopniu głębszym	36,71	36,83	32,95	35,86	0,95	0,418	-	-	
Współżycie seksualne osoby z NI w stopniu głębszym i osoby pełnosprawnej	31,42	31,38	30,71	30,84	0,06	0,981	-	-	
Antykoncepcja u osób z NI w stopniu głębszym	45,67	44,47	43,52	45,41	0,27	0,848	-	-	
Potrzeby seksualne osób z NI w stopniu głębszym	41,53	43,41	43,19	43,99	0,70	0,551	-	-	
Masturbacja osoby z NI w stopniu głębszym	41,34	41,93	41,10	42,69	0,30	0,824	-	-	
Edukacja seksualna osób z NI w stopniu głębszym	47,56	48,37	48,86	49,97	0,57	0,633	-	-	

Tabela 11. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Podskale	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Seksualność dewaluowana	36,24	19,31	35,54	39,77	28,22	40,93
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	19,52	40,93	38,70	35,14	41,78	23,94
Seksualność nadmierna	33,78	17,76	29,43	47,10	36,79	35,14
Deseksualizacja	31,88	11,54	34,23	37,31	33,89	51,15

Tabela 12. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Podskale	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	33,22	25,68	30,07	35,02	36,71	39,30
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	28,47	24,32	32,99	38,22	35,07	37,45
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	24,14	38,22	40,00	36,68	35,86	25,10
Deseksualizacja	28,13	13,95	38,19	35,27	33,68	50,78
Seksualność dewaluowana	26,67	25,87	38,60	37,07	34,74	37,07

Tabela 13. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,26	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Seksualność dewaluowana	1,88	1,85	1,86	0,02	0,980	–	–
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	4,09	3,94	4,20	2,07	0,128	–	–
Seksualność nadmierna	2,98	2,82	3,04	0,72	0,488	–	–
Deseksualizacja	1,45	1,39	1,54	0,44	0,642	–	–

Tabela 14. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,24	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Seksualność dewaluowana	2,02	2,20	2,34	3,47	0,033*	1–3	0,009*
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,82	3,46	3,64	4,64	0,011*	1–2	0,003*
Seksualność nadmierna	2,99	3,13	3,33	2,52	0,082~	1–3	0,026*
Deseksualizacja	1,77	1,96	1,99	1,35	0,262	–	–

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 15. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,26	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
Seksualność dewaluowana	1,86	1,81	2,04	0,68	0,510	–	–
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	4,04	4,16	3,91	1,02	0,362	–	–
Seksualność nadmierna	3,00	3,12	2,66	1,93	0,147	–	–
Deseksualizacja	1,44	1,44	1,53	0,13	0,874	–	–

Tabela 16. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Podskale	M				F ⁰ =3,27	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Seksualność dewaluowana	1,78	1,86	1,90	1,89	0,11	0,955	–	–
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	4,06	4,14	4,05	4,01	0,39	0,761	–	–
Seksualność nadmierna	3,03	2,83	2,92	3,02	0,48	0,694	–	–
Deseksualizacja	1,30	1,60	1,29	1,46	3,02	0,384	–	–

Tabela 17. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,25	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	2,46	2,41	2,54	0,26	0,768	–	–
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,31	3,30	3,54	1,61	0,202	–	–
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	3,65	3,64	4,01	3,13	0,045*	1–3 2–3	0,028* 0,026*
Deseksualizacja	1,50	1,44	1,42	0,15	0,860	–	–
Seksualność dewaluowana	2,46	2,28	2,25	0,73	0,485	–	–

* istotne statystycznie

Tabela 18. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,24	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	2,46	2,49	2,84	4,48	0,012*	1–3 2–3	0,009* 0,012*
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,53	3,11	3,35	6,19	0,002*	1–2 2–3	0,001* 0,049*
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	3,30	3,51	3,61	2,56	0,080~	1–3	0,027*
Deseksualizacja	1,71	1,96	1,89	1,48	0,231	–	–
Seksualność dewaluowana	2,02	2,33	2,52	5,07	0,007*	1–3 1–2	0,002* 0,051~

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 19. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ =2,26	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	2,48	2,60	2,38	0,43	0,652	-	-
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,43	3,33	3,17	1,34	0,265	-	-
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	3,86	3,77	3,37	3,79	0,024*	1-3 2-3	0,006* 0,058~
Deseksualizacja	1,40	1,61	1,74	2,34	0,098~	1-3	0,052~
Seksualność dewaluowana	2,31	2,38	2,66	1,18	0,308	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 20. Przekonania badanych pedagogów na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym (Skala Istota Seksualności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Podskale	M				F ⁰ =3,26	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Seksualność nadmierna i wymagająca kontroli	2,57	2,28	2,68	2,49	1,03	0,381	-	-
Seksualność racjonalizowana i normalizowana	3,36	3,62	2,90	3,32	4,13	0,007*	2-4 2-3	0,018* 0,001*
Seksualność negatywnie determinowana przez niepełnosprawność intelektualną	3,57	3,71	3,97	3,77	0,80	0,496	-	-
Deseksualizacja	1,43	1,51	1,57	1,46	0,14	0,933	-	-
Seksualność dewaluowana	2,20	2,41	2,75	2,33	0,89	0,444	-	-

* istotne statystycznie

Tabela 21. Motywacja badanych osób (Skala Motywacji) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Podskale	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	12,54	47,95	38,64	26,23	48,81	25,82
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	14,24	50,00	37,63	27,87	48,14	22,13

Tabela 22. Motywacja badanych osób (Skala Motywacji) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			$F^0_{\text{lekkie}}=2,27$ $F^0_{\text{głębsze}}=2,27$	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	15,28	13,01	14,82	8,02	0,000*	1–2 2–3	0,000* 0,006*
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	13,63	12,64	13,83	1,72	0,181	–	–

* istotne statystycznie

Tabela 23. Motywacja badanych osób (Skala Motywacji) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			$F^0_{\text{lekkie}}=2,23$ $F^0_{\text{głębsze}}=2,23$	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	12,18	9,27	9,82	5,30	0,006*	1–2 1–3	0,002* 0,013*
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	10,85	7,80	7,67	7,94	0,000*	1–2 1–3	0,000* 0,000*

* istotne statystycznie

Tabela 24. Motywacja badanych osób (Skala Motywacji) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Podskale	M			F ⁰ _{lekkie} = 2,27 F ⁰ _{głębsze} = 2,27	P	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	P
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	13,86	14,97	15,19	2,72	0,068~	1-2 1-3	0,071~ 0,065~
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	13,30	12,92	13,49	0,23	0,797	-	-

~ zbliżone do istotnego

Tabela 25. Motywacja badanych osób (Skala Motywacji) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Podskale	M				F ⁰ _{lekkie} = 3,28 F ⁰ _{głębsze} = 3,28	P	Lsd	
	lekkie	głębsze	głę- bokie	różne			Grupy	P
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu lekkim	14,21	13,68	14,35	14,92	1,53	0,208	-	-
Motywacja do działań na rzecz niepełnosprawnych w stopniu głębszym	11,77	13,81	13,65	13,51	2,27	0,081~	1-2 1-3	0,014* 0,025*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 26. Empatia badanych osób (KRE) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Zakres empatii	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Empatia ogólna	31,97	28,42	37,41	37,41	30,61	34,55
Syndrom I	26,53	30,47	41,50	39,07	31,97	30,47
Syndrom II	14,29	21,15	46,60	51,61	39,12	27,24
Syndrom III	34,35	26,88	28,23	24,37	37,41	48,75
Syndrom IV	26,19	22,22	39,12	39,78	34,69	37,99
Syndrom V	18,71	25,54	50,34	41,01	30,95	33,45

Tabela 27. Empatia badanych osób z grupy podstawowej (KRE) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Zakres empatii	M			F ⁰ =2,27	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Empatia ogólna	65,77	67,49	70,44	4,57	0,011*	1–3	0,002*
Syndrom I	2,18	2,27	2,38	4,62	0,011*	1–3	0,003*
Syndrom II	2,11	2,19	2,19	1,10	0,335	–	–
Syndrom III	1,87	1,91	2,05	3,60	0,029*	1–3	0,009*
Syndrom IV	1,85	1,86	1,96	1,19	0,305	–	–
Syndrom V	1,85	1,90	1,99	1,50	0,226	–	–

* istotne statystycznie

Tabela 28. Empatia badanych osób z grupy podstawowej (KRE) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Zakres empatii	M			F ⁰ =2,26	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow.10–19	20 i więcej			Grupy	p
Empatia ogólna	67,92	65,81	69,29	2,22	0,110	–	–
Syndrom I	2,32	2,20	2,29	2,09	0,126	–	–
Syndrom II	2,05	1,95	2,06	1,45	0,236	–	–
Syndrom III	2,04	1,98	2,05	0,53	0,592	–	–
Syndrom IV	1,91	1,86	1,99	2,12	0,122	–	–
Syndrom V	1,78	1,86	2,03	4,02	0,019*	1–3	0,006*

* istotne statystycznie

Tabela 29. Empatia badanych osób z grupy podstawowej (KRE) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Zakres empatii	M			F ⁰ =2,27	p	Lsd	
	Nauczy- ciele	Opiekuno- wie w in- ternacie	Terapeu- ci i opie- kunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
Empatia ogólna	68,50	68,35	64,21	3,02	0,051~	1–3 2–3	0,017* 0,044*
Syndrom I	2,31	2,27	2,09	4,33	0,014*	1–3 2–3	0,004* 0,036*
Syndrom II	2,19	2,13	2,11	0,84	0,434	–	–
Syndrom III	1,97	1,96	1,83	1,75	0,176	–	–
Syndrom IV	1,88	1,96	1,78	1,83	0,162	–	–
Syndrom V	1,94	1,98	1,83	1,04	0,356	–	–

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 30. Empatia badanych osób z grupy podstawowej (KRE) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Zakres empatii	M				F ⁰ =3,28	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Empatia ogólna	66,76	67,94	64,52	68,21	0,96	0,411	–	–
Syndrom I	2,26	2,23	2,26	2,28	0,26	0,854	–	–
Syndrom II	2,10	2,20	2,17	2,17	0,52	0,667	–	–
Syndrom III	1,94	1,96	1,70	1,95	2,27	0,080~	1–3 2–3 3–4	0,032* 0,014* 0,014*
Syndrom IV	1,80	1,89	1,71	1,93	1,99	0,116	–	–
Syndrom V	1,93	1,99	1,83	1,87	1,16	0,324	–	–

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 31. Wartości badanych osób (SWS) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Wartości podstawowe	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Hedonistyczne	28,36	33,33	46,55	35,69	25,09	30,98
Witalne	25,45	22,75	47,27	50,59	27,72	26,67
Estetyczne	45,39	43,92	38,38	37,25	16,24	18,82
Prawdy	29,41	31,50	49,63	43,70	20,96	24,80
Moralne	26,67	30,04	40,00	39,92	33,33	30,04
Święte	27,41	26,27	43,33	44,31	30,00	29,41
Podskale czynnikowe						
Sprawność i siła fizyczna	29,04	27,84	49,26	48,62	21,69	23,53
Wytrzymałość	22,14	20,78	53,14	49,41	24,72	29,80
Świętości świeckie	31,99	36,08	42,28	36,08	25,74	27,84
Świętości religijne	20,00	18,82	43,70	40,39	36,30	40,78

Tabela 32. Wartości badanych osób z grupy podstawowej (SWS) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Wartości podstawowe i podskale czynnikowe	M			F ⁰ =2,46	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
Hedonistyczne	60,65	54,72	56,15	2,87	0,058~	1–2	0,022*
Witalne	51,53	47,87	49,91	0,78	0,461	–	–
Estetyczne	47,02	43,72	46,86	0,84	0,434	–	–
Prawdy	72,29	70,76	72,09	0,28	0,759	–	–
Moralne	80,95	82,17	81,19	0,22	0,802	–	–
Święte	72,33	73,70	71,00	0,39	0,676	–	–

Sprawność i siła fizyczna	54,08	50,84	51,89	0,45	0,637	-	-
Wytrzymałość	48,77	54,08	50,84	0,79	0,454	-	-
Świętości świeckie	64,53	69,10	67,38	1,10	0,336	-	-
Świętości religijne	84,03	80,60	76,42	1,69	0,187	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 33. Wartości badanych osób z grupy porównawczej (SWS) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Wartości podstawowe i podskale czynnikowe	M			F ⁰ =2,23		Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej	p	Grupy	p	
Hedonistyczne	61,95	55,83	56,26	2,81	0,062~	1–2 1–3	0,034* 0,046*
Witalne	50,00	48,35	52,35	0,83	0,436	-	-
Estetyczne	46,61	46,37	50,17	1,05	0,353*	-	-
Prawdy	72,03	70,06	73,08	0,82	0,444	-	-
Moralne	81,53	77,05	82,70	3,78	0,024*	1–2 2–3	0,045* 0,009*
Święte	71,01	69,22	76,88	3,67	0,027*	1–3 2–3	0,053~ 0,010*
Sprawność i siła fizyczna	51,42	50,86	54,01	0,46	0,629	-	-
Wytrzymałość	48,47	44,96	50,38	1,08	0,341	-	-
Świętości świeckie	61,58	64,01	71,57	4,19	0,016*	1–3 2–3	0,006* 0,036*
Świętości religijne	85,00	77,19	84,83	2,88	0,058~	1–2 2–3	0,040* 0,038*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 34. Wartości badanych osób z grupy podstawowej (SWS) (grupa A): zmienna miejsce (charakter) zatrudnienia (średnie)

Wartości podstawowe i podskale czynnikowe	M	
	Środowiska edukacji (nauczyciele, opiekunowie w internacie)	Środowiska rehabilitacji i opieki stałej (terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS)
Hedonistyczne	57,69	57,85
Witalne	49,23	56,10
Estetyczne	46,35	46,48
Prawdy	72,38	71,60
Moralne	81,79	81,73
Święte	73,19	70,95

Sprawność i siła fizyczna	51,48	58,65
Wytrzymałość	46,83	53,58
Świętości świeckie	67,66	65,50
Świętości religijne	81,50	79,00

Tabela 35. Wartości badanych osób z grupy podstawowej (SWS) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej uczniów/wychowanków/podopiecznych (ANOVA)

Wartości podstawowe i podskale czynnikowe	M				F ⁰ =3,25	p	Lsd	
	Lekkie	Głębsze	Głębokie	Różne			Grupy	p
Hedonistyczne	56,09	57,33	53,41	58,26	0,56	0,644	–	–
Witalne	48,42	50,96	47,13	49,58	0,28	0,838	–	–
Estetyczne	47,58	44,53	46,57	45,44	0,26	0,852	–	–
Prawdy	73,47	71,18	67,48	72,33	0,86	0,461	–	–
Moralne	82,77	81,10	80,13	81,23	0,23	0,877	–	–
Święte	73,12	72,42	67,91	73,53	0,57	0,633	–	–
Sprawność i siła fizyczna	51,02	52,31	49,74	52,47	0,11	0,953	–	–
Wytrzymałość	45,67	49,61	44,78	46,40	0,53	0,662	–	–
Świętości świeckie	69,53	66,35	63,70	67,53	0,43	0,730	–	–
Świętości religijne	78,47	81,38	74,30	82,62	0,80	0,495	–	–

Tabela 36. Podobieństwo indywidualnych hierarchii wartości do hierarchii wzorcowej (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Podobieństwo indywidualnych hierarchii wartości do hierarchii wzorcowej	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
	25,47	22,13	32,96	32,41	41,57	45,45

Tabela 37. Podobieństwo indywidualnych hierarchii wartości do hierarchii wzorcowej (grupa A): charakterystyka z uwzględnieniem danych osobowych (dane w procentach)¹

Zmienne	Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie
Staż pracy pon. 10 lat	25,26	34,74	40
Staż pracy od 10 do 19	28,09	26,97	44,94
Staż pracy od 20	23,81	38,10	38,10
Środowiska edukacji (nauczyciele, opiekunowie w internacie)	24,64	30,33	45,02

¹ Odsetki liczone z ogółu osób reprezentujących daną kategorię: staż pracy, zatrudnienie itd.,

Środowiska rehabilitacji i opieki stałej (terapiści i opiekunowie w DPS i ŚDS)	30,77	41,03	28,21
Niepełnosprawność intelektualna w st. lekkim	18,6	27,91	53,49
Niepełnosprawność intelektualna w st. głębszym	29,87	33,77	36,36
Niepełnosprawność intelektualna w st. głębokim	30,43	21,74	47,83
Niepełnosprawność intelektualna: różne powyższe kategorie	23,89	36,28	39,82

Tabela 38. Podobieństwo indywidualnych hierarchii wartości do hierarchii wzorcowej (grupa B): charakterystyka z uwzględnieniem stażu pracy (dane w procentach)²

Zmienne	Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie
Staż pracy pon. 10 lat	27,03	35,14	37,84
Staż pracy od 10 do 19	24,05	27,85	48,10
Staż pracy od 20	15,48	33,33	51,19

Tabela 39. Wartościowanie seksualności (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Aspekty seksualności	M			F	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10–19	20 i więcej			Grupy	p
<i>Kryterium ważności dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,27)</i>							
Potrzeby seksualne	1,48	1,35	1,57	1,33	0,266	–	–
Prokreacja	1,70	1,75	1,69	0,09	0,914	–	–
Współżycie płciowe	1,56	1,42	1,70	2,35	0,098~	2–3	0,032*
Miłość w relacjach intymnych	2,19	2,27	2,46	1,90	0,152	–	–
Przyjaźń w relacjach intymnych	1,92	2,26	1,97	2,86	0,059~	1–2	0,025*
Edukacja seksualna	1,82	1,78	1,80	0,04	0,964	–	–
<i>Kryterium konsekwencji dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,26)</i>							
Masturbacja	-0,23	-0,11	0,06	0,82	0,440	–	–
Antykoncepcja chemiczna	0,02	0,45	0,44	1,67	0,190	–	–
Antykoncepcja mechaniczna	0,22	0,30	0,46	0,43	0,650	–	–
Antykoncepcja naturalna	1,36	1,64	1,76	1,69	0,190	–	–
Steryliczacja	-1,06	-1,36	-0,89	1,87	0,160	–	–

stąd suma wskaźników procentowych odnosząca się do danej kategorii wyników przeliczonych jest różna od 100% (100% daje suma wskaźników we wszystkich kategoriach wyników przeliczonych).

² Odsetki liczone z ogółu osób reprezentujących daną kategorię: staż pracy, zatrudnienie itd., stąd suma wskaźników procentowych odnosząca się do danej kategorii wyników przeliczonych jest różna od 100% (100% daje suma wskaźników we wszystkich kategoriach wyników przeliczonych).

<i>Kryterium dopuszczalności (F⁰=2,24)</i>							
Masturbacja	-0,07	0,23	0,63	4,28	0,015*	1-3	0,004*
Antykoncepcja chemiczna	0,40	0,60	0,65	0,47	0,626	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	0,40	0,28	0,70	1,10	0,335	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,48	1,75	1,70	0,91	0,403	-	-
Sterylizacja	0,74	-1,17	-0,76	1,73	0,179	-	-
<i>Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (F⁰=2,26)</i>							
Antykoncepcja chemiczna	0,30	0,49	0,73	1,01	0,365	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,79	2,03	2,13	1,42	0,243	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	0,33	0,30	0,59	0,53	0,590	-	-
Współżycie przedmażeńskie	0,72	0,64	0,89	0,43	0,650	-	-
Edukacja seksualna	2,17	2,20	2,59	3,23	0,041*	1-3 2-3	0,020* 0,032*
Homoseksualizm	-0,45	-0,46	-0,47	0,00	0,996	-	-
Masturbacja	-0,07	0,13	0,39	1,67	0,191	-	-
Sterylizacja	-1,33	-1,30	-1,04	0,32	0,728	-	-
<i>Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (F⁰=2,26)</i>							
Osobisty system norm i wartości moralnych	2,55	2,61	2,76	3,16	0,044*	1-3 2-3	0,014* 0,070~
Nauki Kościoła	1,89	1,93	1,76	0,84	0,431	-	-
Dobro drugiego człowieka	2,73	2,74	2,76	0,14	0,872	-	-
System prawa	2,03	2,01	2,13	0,65	0,524	-	-
Normy społeczne	2,31	2,35	2,38	0,34	0,711	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 40. Wartościowanie seksualności (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Aspekty seksualności	M			F	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
<i>Kryterium ważności dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,43)</i>							
Potrzeby seksualne	1,28	1,52	1,56	2,03	0,133	-	-
Prokreacja	1,81	1,67	2,02	2,79	0,064~	2-3	0,020*
Współżycie płciowe	1,61	1,76	1,53	1,74	0,178	-	-
Miłość w relacjach intymnych	2,32	2,21	2,25	0,28	0,758	-	-
Przyjaźń w relacjach intymnych	2,15	2,24	2,00	1,06	0,348	-	-
Edukacja seksualna	1,84	1,65	1,79	0,67	0,514	-	-
<i>Kryterium konsekwencji dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,23)</i>							
Masturbacja	-0,47	-0,90	-0,88	1,97	0,142	-	-
Antykoncepcja chemiczna	0,03	0,12	-0,29	0,93	0,396	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	0,19	-0,06	-0,34	0,44	0,647	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,51	1,30	1,66	1,03	0,357	-	-

Sterylizacja	-1,23	-1,43	-1,48	0,54	0,582	-	-
<i>Kryterium dopuszczalności (F⁰=2,19)</i>							
Masturbacja	-0,24	-0,73	-0,83	2,14	0,120	-	-
Antykoncepcja chemiczna	0,36	0,21	-0,08	0,74	0,483	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	-0,10	0,06	-0,27	0,46	0,632	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,92	1,78	1,90	0,18	0,838	-	-
Sterylizacja	-1,29	-1,58	-1,17	1,19	0,305	-	-
<i>Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (F⁰=2,23)</i>							
Antykoncepcja chemiczna	-0,08	0,47	-0,04	1,74	0,178	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,73	1,95	1,81	0,45	0,635	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	-0,19	0,40	-0,05	1,84	0,161	-	-
Współżycie przedmażeńskie	0,51	0,54	0,29	0,45	0,641	-	-
Edukacja seksualna	2,00	1,90	2,02	0,24	0,789	-	-
Homoseksualizm	-1,04	-0,81	-1,11	0,52	0,595	-	-
Masturbacja	-0,58	-0,68	-0,64	0,06	0,942	-	-
Sterylizacja	-1,27	-1,40	-1,23	0,21	0,808	-	-
<i>Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (F⁰=2,24)</i>							
Osobisty system norm i wartości moralnych	2,53	2,47	2,44	0,30	0,740	-	-
Nauki Kościoła	1,95	1,98	2,08	0,57	0,566	-	-
Dobro drugiego człowieka	2,81	2,67	2,76	1,64	0,195	-	-
System prawa	1,83	1,96	1,86	0,57	0,567	-	-
Normy społeczne	2,09	2,22	2,06	0,95	0,389	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 41. Wartościowanie seksualności (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Aspekty seksualności	M			F	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
<i>Kryterium ważności dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,27)</i>							
Potrzeby seksualne	1,50	1,45	1,26	1,24	0,290	-	-
Prokreacja	1,72	1,69	1,62	0,19	0,825	-	-
Współżycie płciowe	1,58	1,64	1,31	2,28	0,104	-	-
Miłość w relacjach intymnych	2,37	2,30	1,95	3,79	0,024*	1-3 2-3	0,006* 0,047*
Przyjaźń w relacjach intymnych	2,20	2,03	1,90	1,70	0,185	-	-
Edukacja seksualna	1,98	1,61	1,52	6,28	0,002*	1-2 1-3	0,007* 0,005*

<i>Kryterium konsekwencji dla zdrowia i jakości życia (F⁰=2,27)</i>							
Masturbacja	-0,11	-0,18	-0,29	0,28	0,753	-	-
Antykoncepcja chemiczna	0,58	0,15	-0,32	4,60	0,012*	1-3	0,004*
Antykoncepcja mechaniczna	0,51	0,17	0,05	1,71	0,184	-	-
Antykoncepcja naturalna	1,62	1,54	1,41	0,33	0,721	-	-
Sterylizacja	-1,08	-1,25	-1,10	0,26	0,771	-	-
<i>Kryterium dopuszczalności (F⁰=2,25)</i>							
Masturbacja	0,16	0,48	-0,21	2,45	0,089~	2-3	0,029*
Antykoncepcja chemiczna	0,73	0,59	-0,05	3,29	0,039*	1-3 2-3	0,011* 0,065~
Antykoncepcja mechaniczna	0,58	0,57	-0,10	2,54	0,081~	1-3 2-3	0,029* 0,058~
Antykoncepcja naturalna	1,68	1,66	1,64	0,01	0,985	-	-
Sterylizacja	-0,91	-0,97	-0,72	0,27	0,766	-	-
<i>Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (F⁰=2,27)</i>							
Antykoncepcja chemiczna	0,76	0,20	-0,10	4,43	0,013*	1-2 1-3	0,046* 0,009*
Antykoncepcja naturalna	2,13	1,78	1,83	2,04	0,132	-	-
Antykoncepcja mechaniczna	0,76	0,13	-0,24	6,32	0,002*	1-2 1-3	0,019* 0,002*
Współżycie przedmażeńskie	0,91	0,64	0,38	1,95	0,144	-	-
Edukacja seksualna	2,38	2,23	2,10	1,26	0,285	-	-
Homoseksualizm	-0,40	-0,80	-0,45	1,09	0,339	-	-
Masturbacja	0,16	0,03	-0,29	1,26	0,286	-	-
Sterylizacja	-0,96	-1,58	-1,88	3,15	0,044*	1-3 1-2	0,030* 0,087~
<i>Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (F⁰=2,27)</i>							
Osobisty system norm i wartości moralnych	2,63	2,59	2,57	0,19	0,824	-	-
Nauki Kościoła	1,90	1,84	1,83	0,17	0,843	-	-
Dobro drugiego człowieka	2,75	2,73	2,60	1,71	0,183	-	-
System prawa	2,08	1,91	2,07	1,35	0,261	-	-
Normy społeczne	2,41	2,28	2,14	3,08	0,048*	1-2	0,020*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 42. Wartościowanie seksualności (Skala Znaczenie Seksualności Człowieka) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Aspekty seksualności	M				F	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
<i>Kryterium ważności dla zdrowia i jakości życia (F⁰=3,28)</i>								
Potrzeby seksualne	1,40	1,39	1,48	1,49	0,28	0,837	-	-

Prokreacja	1,84	1,54	1,91	1,68	1,30	0,274	–	–
Współżycie płciowe	1,65	1,49	1,61	1,52	0,44	0,722	–	–
Miłość w relacjach intymnych	2,65	2,09	2,13	2,27	3,78	0,011*	1–4 1–2 1–3	0,017* 0,001* 0,028*
Przyjaźń w relacjach intymnych	2,30	1,84	2,17	2,11	2,00	0,114	–	–
Edukacja seksualna	1,88	1,78	1,91	1,76	0,31	0,816	–	–
<i>Kryterium konsekwencji dla zdrowia i jakości życia (F⁰=3,28)</i>								
Masturbacja	-0,36	-0,14	0,00	-0,11	0,41	0,747	–	–
Antykoncepcja chemiczna	0,60	0,39	0,74	0,05	1,70	0,167	–	–
Antykoncepcja mechaniczna	0,64	0,48	0,83	0,02	2,77	0,042*	1–4 3–4 2–4	0,040* 0,038* 0,056~
Antykoncepcja naturalna	1,95	1,55	2,09	1,38	2,71	0,046*	1–4 3–4	0,027* 0,032*
Sterylizacja	-1,33	-1,14	-0,83	-1,11	0,514	0,673	–	–
<i>Kryterium dopuszczalności (F⁰=3,26)</i>								
Masturbacja	0,31	0,13	0,18	0,17	0,12	0,947	–	–
Antykoncepcja chemiczna	1,05	0,51	1,00	0,33	2,41	0,068~	1–4 3–4	0,020* 0,085~
Antykoncepcja mechaniczna	0,95	0,54	1,00	0,13	3,37	0,019*	1–4 3–4	0,010* 0,029*
Antykoncepcja naturalna	2,03	1,58	2,18	1,44	2,97	0,033*	1–4 3–4	0,024* 0,024*
Sterylizacja	-1,08	-0,96	-0,59	-0,86	0,43	0,726	–	–
<i>Wartościowanie seksualności w wymiarze moralnym (F⁰=3,27)</i>								
Antykoncepcja chemiczna	0,79	0,38	1,14	0,36	1,42	0,237	–	–
Antykoncepcja naturalna	2,24	1,81	2,27	1,92	1,28	0,283	–	–
Antykoncepcja mechaniczna	0,95	0,41	0,95	0,15	2,63	0,050~	1–4 3–4	0,016* 0,063~
Współżycie przedmażeńskie	1,00	0,42	1,32	0,73	2,23	0,085~	2–3 1–2	0,025* 0,068~
Edukacja seksualna	2,36	2,21	2,45	2,33	0,36	0,780	–	–
Homoseksualizm	-0,43	-0,74	-0,32	-0,38	0,72	0,540	–	–
Masturbacja	0,14	-0,09	0,41	0,08	0,58	0,630	–	–
Sterylizacja	-1,69	-1,27	-0,64	-1,20	0,95	0,419	–	–
<i>Źródła normatywnej regulacji seksualności człowieka (F⁰=3,27)</i>								
Osobisty system norm i wartości moralnych	2,76	2,63	2,30	2,61	3,38	0,019*	1–3 2–3 3–4	0,002* 0,015* 0,017*
Nauki Kościoła	1,90	1,87	1,70	1,91	0,47	0,700	–	–

Dobro drugiego człowieka	2,81	2,66	2,61	2,76	1,63	0,183	-	-
System prawa	2,10	2,02	1,74	2,08	1,55	0,201	-	-
Normy społeczne	2,45	2,66	2,00	2,39	3,15	0,025*	1-3 3-4	0,008* 0,008*

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 43. Postawy wobec osób niepełnosprawnych (PWON) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Wskaźniki	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Wynik ogólny	21,55	43,18	39,39	35,98	39,06	24,24
Nasilenie ambiwalencji	34,68	25,67	41,08	34,48	24,24	39,85

Tabela 44. Postawy wobec osób niepełnosprawnych (PWON) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Wskaźniki	M			F ($F^0=2,27$)	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
Wynik ogólny	109,70	106,42	102,12	7,77	0,001*	1-3 2-3 1-2	0,001* 0,028* 0,066~
Ambiwalencja postaw	-34,61	-30,02	-24,81	6,12	0,003*	1-3 1-2 2-3	0,001* 0,078~ 0,068~

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 45. Postawy wobec osób niepełnosprawnych (PWON) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Wskaźniki	M			F	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
Wynik ogólny	101,82	98,30	97,88	1,65 ($F^0=2,24$)	0,195	-	-
Ambiwalencja postaw	-27,4145	-22,9639	-22,6747	1,41 ($F^0=2,24$)	0,274	-	-

Tabela 46. Postawy wobec osób niepełnosprawnych (PWON) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Wskaźniki	M			F	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
Wynik ogólny	105,42	106,95	105,57	0,33 ($F^0=2,28$)	0,719	-	-
Ambiwalencja postaw	-29,6715	-30,5615	-28,4405	0,17 ($F^0=2,28$)	0,846	-	-

Tabela 47. Postawy wobec osób niepełnosprawnych (PWON) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Wskaźniki	M				F	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Wynik ogólny	104,66	106,77	108,61	105,97	0,54 ($F^0=3,28$)	0,658	-	-
Ambiwalencja postaw	-28,10	-29,84	-32,54	-30,57	0,34 ($F^0=3,28$)	0,793	-	-

Tabela 48. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A i B): rozkład wyników przeliczonych na normy stenowe (w procentach)

Podskale	Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	A	B	A	B	A	B
Model indywidualny stopień lekki	34,88	19,03	41,86	40,49	23,26	40,49
Model społeczny stopień lekki	17,12	34,27	36,19	39,92	46,69	21,77
Model indywidualny stopień głębszy	31,40	27,46	32,56	35,66	36,05	36,89
Model społeczny stopień głębszy	17,19	32,11	41,80	44,72	41,02	23,17

Tabela 49. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			$F^0_{\text{lekkie}}=2,24$ $F^0_{\text{głębsze}}=2,23$	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
Model indywidualny stopień lekki	10,90	10,75	10,93	0,04	0,961	-	-

Model społeczny stopień lekki	24,36	24,98	25,07	0,90	0,409	-	-
Model indywidualny stopień głębszy	16,02	15,58	17,80	5,55	0,004*	1-3 2-3	0,009* 0,002*
Model społeczny stopień głębszy	22,18	22,58	22,69	0,39	0,679	-	-

* istotne statystycznie

Tabela 50. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa B): zmienna staż pracy (ANOVA)

Podskale	M			$F^0_{\text{lekkie}}=2,23$ $F^0_{\text{głębsze}}=2,22$	p	Lsd	
	Pon. 10	Pow. 10-19	20 i więcej			Grupy	p
Model indywidualny stopień lekki	12,81	12,89	11,95	1,32	0,269	-	-
Model społeczny stopień lekki	22,32	22,33	22,38	0,008	0,992	-	-
Model indywidualny stopień głębszy	15,85	17,04	16,57	1,53	0,219	-	-
Model społeczny stopień głębszy	20,51	20,13	20,55	0,26	0,770	-	-

Tabela 51. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A): zmienna charakter zatrudnienia (ANOVA)

Podskale	M			$F^0_{\text{lekkie}}=2,24$ $F^0_{\text{głębsze}}=2,24$	p	Lsd	
	Nauczyciele	Opiekunowie w internacie	Terapeuci i opiekunowie w DPS i ŚDS			Grupy	p
Model indywidualny stopień lekki	11,33	10,28	10,65	1,48	0,229	-	-
Model społeczny stopień lekki	24,42	24,51	25,54	1,39	0,252	-	-
Model indywidualny stopień głębszy	16,87	16,43	15,00	2,28	0,058~	1-3	0,018*
Model społeczny stopień głębszy	22,15	22,21	23,03	0,74	0,479	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

Tabela 52. Preferencje modeli niepełnosprawności intelektualnej (Skala Preferencji Modeli Niepełnosprawności Intelektualnej) (grupa A): zmienna stopień niepełnosprawności intelektualnej (ANOVA)

Podskale	M				F ⁰ _{lekkie} = 3,24 F ⁰ _{głębsze} = 3,24	p	Lsd	
	lekkie	głębsze	głębokie	różne			Grupy	p
Model indywidualny stopień lekki	10,14	11,81	9,00	10,81	2,95	0,034*	2-3 1-2 3-4	0,009* 0,051~ 0,078~
Model społeczny stopień lekki	23,86	24,45	25,20	25,16	1,39	0,247	-	-
Model indywidualny stopień głębszy	16,53	16,21	16,30	16,29	0,05	0,986	-	-
Model społeczny stopień głębszy	21,03	22,47	22,50	22,84	2,02	0,111	-	-

* istotne statystycznie; ~ zbliżone do istotnego

CIAŁO OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU LEKKIM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

POPĘD PŁCIOWY OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU LEKKIM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

MAŁŻEŃSTWO OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU LEKKIM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

MAŁŻEŃSTWO OSOBY UPOŚLEDZONEJ UMYSŁOWO
W STOPNIU LEKKIM Z OSOBĄ PEŁNOSPRAWNĄ

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

DYFERENCJAŁ SEMANTYCZNY 2 (fragment)

CIAŁO OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU GŁĘBSZYM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

POPĘD PŁCIOWY OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM
UMYSŁOWYM W STOPNIU GŁĘBSZYM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiały	_____	nierozumiały
bliski	_____	daleki

 MAŁŻEŃSTWO OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU GŁĘBSZYM

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiała	_____	nierozumiała
bliski	_____	daleki

 MAŁŻEŃSTWO OSOBY Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM
 W STOPNIU GŁĘBSZYM Z OSOBĄ PEŁNOSPRAWNĄ

dobry	_____	zły
bezwartościowy	_____	cenny
czysty	_____	brudny
dostępny	_____	niedostępny
przyjemny	_____	przykry
istotny	_____	nieważny
bierny	_____	aktywny
słaby	_____	mocny
rozumiała	_____	nierozumiała
bliski	_____	daleki

ISTOTA SEKSUALNOŚCI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ (fragment)

Proszę o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń, z uwzględnieniem ich odniesienia do niepełnosprawności intelektualnej w stopniu **lekkim** oraz w stopniu **głębszym (umiarkowanym i znacznym)**

Klucz odpowiedzi:

5 – całkowicie się zgadzam

4 – zgadzam się

3 – raczej się zgadzam

2 – raczej się nie zgadzam

1 – nie zgadzam się

0 – zupełnie się nie zgadzam

X – nie potrafię odpowiedzieć, nie mam dostatecznej wiedzy w tym zakresie

Twierdzenia	Osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim	Osoby z niepełnosprawnością w stopniu głębszym
1. Niepełnosprawność intelektualna wyklucza potrzeby seksualne.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
2. Siła potrzeb seksualnych u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zwykle większa niż u osób pełnosprawnych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
3. Siła potrzeb seksualnych u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zwykle mniejsza niż u osób pełnosprawnych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
4. Niepełnosprawność intelektualna uniemożliwia kontrolowanie popędu płciowego.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
5. Wśród osób upośledzonych umysłowo powszechne jest uprawianie masturbacji.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
6. Osoby niepełnosprawne intelektualnie to zwykle „wieczne dzieci”, wymagające stałej ochrony.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
7. Potrzeby seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie mogą podlegać socjalizacji, podobnie jak potrzeby osób pełnosprawnych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
8. Masturbacja przejawiana przez osoby niepełnosprawne intelektualnie może mieć podłoże emocjonalne.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X

9. Osoby niepełnosprawne intelektualnie zwykle nie są zdolne do zawierania związków małżeńskich.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
10. Niekontrolowana seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie stanowi poważne zagrożenie dla otoczenia.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
11. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, dążąc do relacji z osobami płci przeciwnej, poszukują zwykle zarówno zaspokojenia potrzeb psychicznych, jak i fizycznych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
12. Osoby upośledzone umysłowo zwykle wyrażają swoje potrzeby seksualne w formie patologicznej.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
13. Niepełnosprawność intelektualna nie wyklucza pojawienia się potrzeb związanych z dorosłością, takich jak potrzeba prokreacji, nawiązywania relacji intymnych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
14. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, ze względu na deficyty w sferze poznawczej i emocjonalnej, zwykle nie są zdolne do zachowania wierności w związku partnerskim.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
15. Niepełnosprawność intelektualna jest zawsze dziedziczna, dlatego osoby te nie powinny mieć dzieci.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
16. Miłość w relacji partnerskiej osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zwykle tylko przejawem naśladowania otoczenia, a nie rzeczywistym uczuciem.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
17. Jakość seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie jest często wynikiem działania tych samych czynników, co u osób pełnosprawnych.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X
18. Sterylizacja pozwoliłaby chronić osoby niepełnosprawne intelektualnie przed seksualnym wykorzystaniem.	5 4 3 2 1 0 X	5 4 3 2 1 0 X

Skala Motywacji do Podejmowania Działań (wersja dla pedagogów ogólnych) (fragment)

Poniżej określono pewne sytuacje, które mogą być związane z Pana (Pani) działalnością zawodową. Proszę określić poziom motywacji do podejmowania w nich określonych działań.

Pojęcie głębsza niepełnosprawność intelektualna obejmuje umiarkowany i znaczny stopień.

1. W instytucji, w której Pan(i) pracuje, pojawiła się oferta udziału w całkowicie bezpłatnych zajęciach z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Jak określiliby Pan(i) poziom swojej motywacji do uczestnictwa w nich?	
z zakresu seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną	z zakresu seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną
0 – brak motywacji	0 – brak motywacji
1 – niska motywacja	1 – niska motywacja
2 – przeciętna	2 – przeciętna
3 – wysoka	3 – wysoka
4 – bardzo wysoka	4 – bardzo wysoka
2. Dyrekcja w instytucji, w której Pan(i) pracuje, poszukuje chętnego nauczyciela, który po bezpłatnym przeszkoleniu mógłby prowadzić zajęcia dodatkowe z zakresu elementarnej edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie, skierowane do innych nauczycieli. Jak określiliby Pan(i) poziom swojej motywacji do ich realizacji?	
zajęcia dotyczące seksualności osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną	zajęcia dotyczące seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną
0 – brak motywacji	0 – brak motywacji
1 – niska motywacja	1 – niska motywacja
2 – przeciętna	2 – przeciętna
3 – wysoka	3 – wysoka
4 – bardzo wysoka	4 – bardzo wysoka
3. Do klasy (grupy), z którą Pan(i) pracuje, zostaje przyjęty uczeń z niepełnosprawnością intelektualną, ze strony którego pojawia się potrzeba uzyskania wsparcia (informacyjnego) w zakresie sfery seksualnej (np. w zakresie antykoncepcji). Jaka byłaby Pana (Pani) motywacja do jego udzielenia, przy założeniu, że wiązałoby się to z koniecznością poszerzenia własnej wiedzy? ⁴	
uczeń z lekką niepełnosprawnością intelektualną	uczeń z głębszą niepełnosprawnością intelektualną
0 – brak motywacji	0 – brak motywacji

⁴ W wersji dla oligofrenopedagogów sytuacja została określona następująco: Ze strony Pana (Pani) uczniów/wychowanków/podopiecznych pojawia się potrzeba uzyskania wsparcia (informacyjnego) w zakresie sfery seksualnej (np. w zakresie antykoncepcji). Jaka byłaby Pana (Pani) motywacja do jego udzielenia, przy założeniu, że wiązałoby się to z koniecznością poszerzenia własnej wiedzy.

1 – niska motywacja 2 – przeciętna 3 – wysoka 4 – bardzo wysoka	1 – niska motywacja 2 – przeciętna 3 – wysoka 4 – bardzo wysoka
4. Otrzymuje Pan(i) propozycję współdziałania w tworzeniu stowarzyszenia na rzecz wspierania funkcjonowania małżeństw osób z upośledzeniem umysłowym. Jaka byłaby Pana(i) motywacja w tym zakresie?	
wsparcie osób z lekką niepełnością intelektualną 0 – brak motywacji 1 – niska motywacja 2 – przeciętna 3 – wysoka 4 – bardzo wysoka	wsparcie osób z głębszą niepełnością intelektualną 0 – brak motywacji 1 – niska motywacja 2 – przeciętna 3 – wysoka 4 – bardzo wysoka

ZNACZENIE SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA

Seksualność rozumiana tutaj w sposób szeroki, a zatem z uwzględnieniem zarówno sfery fizycznej, jak i zjawisk o charakterze psychoseksualnym i społecznoseksualnym, ma odmienne znaczenie dla każdego człowieka. Każdy dokonuje jej osobistego, mniej czy bardziej uświadamianego, wartościowania. Proszę wyrazić swoje zdanie w tej kwestii, opierając się na podanych kryteriach wartościowania.

Jakie znaczenie mają wymienione aspekty seksualności dla zdrowia i jakości życia człowieka?	
Potrzeby seksualne	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Prokreacja	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Współżycie płciowe	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Miłość w relacjach intymnych	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Przyjaźń w relacjach intymnych	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Edukacja seksualna	-3 -2 -1 0 1 2 3 nieważne dla jakości funkcjonowania człowieka najważniejsze w życiu człowieka
Masturbacja	-3 -2 -1 0 1 2 3 zjawisko zdecydowanie negatywne zjawisko zdecydowanie pozytywne
	-3 -2 -1 0 1 2 3 zdecydowanie niedopuszczalne zdecydowanie dopuszczalne
Antykoncepcja chemiczna	-3 -2 -1 0 1 2 3 zjawisko zdecydowanie negatywne zjawisko zdecydowanie pozytywne
	-3 -2 -1 0 1 2 3 zdecydowanie niedopuszczalne zdecydowanie dopuszczalne

Antykoncepcja mechaniczna	zjawisko zdecydowanie negatywne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zjawisko zdecydowanie pozytywne
	zdecydowanie niedopuszczalne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zdecydowanie dopuszczalne
Antykoncepcja naturalna	zjawisko zdecydowanie negatywne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zjawisko zdecydowanie pozytywne
	zdecydowanie niedopuszczalne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zdecydowanie dopuszczalne
Sterylizacja	zjawisko zdecydowanie negatywne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zjawisko zdecydowanie pozytywne
	zdecydowanie niedopuszczalne	-3 -2 -1 0 1 2 3	zdecydowanie dopuszczalne

Co Pana (Pani) zdaniem powinno stanowić podstawowy regulator zachowań związanych z seksualnością człowieka?		
Osobisty system norm i wartości moralnych	3 – zdecydowanie tak 2 – raczej tak 1 – raczej nie 0 – zdecydowanie nie	
Nauki Kościoła	3 – zdecydowanie tak 2 – raczej tak 1 – raczej nie 0 – zdecydowanie nie	
Dobro drugiego człowieka	3 – zdecydowanie tak 2 – raczej tak 1 – raczej nie 0 – zdecydowanie nie	
System prawa	3 – zdecydowanie tak 2 – raczej tak 1 – raczej nie 0 – zdecydowanie nie	
Normy społeczne	3 – zdecydowanie tak 2 – raczej tak 1 – raczej nie 0 – zdecydowanie nie	
Jak ocenia Pan (Pani) poniższe zjawiska z moralnego punktu widzenia?		
Antykoncepcja chemiczna	niemoralne -3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Antykoncepcja naturalna	niemoralne -3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Antykoncepcja mechaniczna	niemoralne -3 -2 -1 0 1 2 3	moralne

Współżycie przedmałżeńskie	niemoralne	-3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Edukacja seksualna dzieci i młodzieży	niemoralne	-3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Homoseksualizm	niemoralne	-3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Masturbacja	niemoralne	-3 -2 -1 0 1 2 3	moralne
Sterylizacja	niemoralne	-3 -2 -1 0 1 2 3	moralne

PERSPEKTYWA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

Poniższe stwierdzenia opisują pewne przekonania odnoszące się do specyfiki niepełnosprawności intelektualnej. Bardzo proszę o wyrażenie względem nich osobistego ustosunkowania, mając na uwadze jednostki z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym (umiarkowanym i znacznym).

Klucz odpowiedzi:

5 – całkowicie się zgadzam

4 – zgadzam się

3 – raczej się zgadzam

2 – raczej się nie zgadzam

1 – nie zgadzam się

0 – zupełnie się nie zgadzam

osoby z upośledzeniem w stopniu lekkim	osoby z upośledzeniem w stopniu głębszym
1. Osoba niepełnosprawna intelektualnie powinna funkcjonować w środowisku zamkniętym (instytucjonalnym)	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
2. Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem złożonych czynników, o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
3. Osoby niepełnosprawne intelektualnie są skazane na uzależnienie od pomocy innych	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
4. Wsparcie rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie wymaga współpracy wielu specjalistów	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
5. Osobie niepełnosprawnej intelektualnie powinno się stworzyć warunki do życia w naturalnym otwartym środowisku	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
6. Niepełnosprawność intelektualna jest skutkiem uszkodzeń CUN	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
7. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są w stanie decydować o działaniach związanych z ich rehabilitacją	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
8. Osoby niepełnosprawne intelektualnie powinny być włączane w podejmowanie decyzji o działaniach je wspierających	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
9. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do podejmowania praw i obowiązków obywatelskich	

5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
10. Osoby niepełnosprawne intelektualnie, przy adekwatnym przygotowaniu i wsparciu, są w stanie funkcjonować bardziej autonomicznie	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
11. Niepełnosprawność intelektualna w największym zakresie wymaga interwencji medycznej	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
12. Osoby niepełnosprawne intelektualnie są obywatelami jak inni i w miarę swoich możliwości powinny korzystać z praw i obowiązków obywatelskich	
5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0

W książce poddano analizie postawy pedagogów specjalnych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz głębszym. Uwzględniono wymiar emocjonalno-wartościujący, poznawczy, behawioralny oraz kontekst tych postaw w postaci kompetencji osobowych. (...) Wydaje się, że poznawcza wartość pracy wyraża się w wielorakości ujęcia poruszanej problematyki.

Analiza badań własnych stanowiła kontynuację rozważań podjętych w części teoretycznej, w której starano się wykazać istotę i złożoność zagadnień niepełnosprawności i seksualności, zwłaszcza w jej wymiarze normatywnym i definicyjnym. Stanowiła również dopełnienie studiów poświęconych roli pedagoga specjalnego, a prowadzonych w kontekście współczesnych paradygmatów pedagogiki. Dokonane analizy, tak literaturowe, jak i empiryczne, implikują kwestie praktyczne, zwłaszcza z zakresu przygotowania i funkcjonowania zawodowego oligofrenopedagogów. Można mieć nadzieję, że opracowanie stanie się przyczynkiem do dalszych eksploracji pogłębiających problematykę, ale nade wszystko do refleksji, których skutki pozwolą optymalizować proces wspierania niepełnosprawnych w doświadczaniu własnej seksualności.