

Przekonania studentów kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

Monika Parchomiuk

Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Parchomiuk M. Przekonania studentów kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(2): 123–129.

Streszczenie

Wprowadzenie: Postawy specjalistów wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną są istotnym elementem środowisk edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Wyrażają się w postaci określonych zachowań i ich intencji, ocen i sposobów wartościowania. Decydują o jakości doświadczeń psychospołecznych niezbędnych w rozwoju seksualności, jej ujawniania się w sposób społecznie pożądany i korzystny dla jednostki.

Cel pracy: określenie przekonań studentów wybranych kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Materiał i metoda: w badaniach uczestniczyło 197 studentów pielęgniarstwa (63 osoby), zdrowia publicznego (75), położnictwa (37) oraz fizjoterapii (25), w większości kobiet. Zastosowano skalę typu Likerta „Istota seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną” oraz kwestionariusz ankiety.

Wyniki: najwyższe wyniki, informujące o najsilniejszym poziomie akceptacji, odnotowano w zakresie przekonań, które określono mianem normalizacji seksualności oraz dostrzegania wielości jej uwarunkowań. Najniższy poziom akceptacji badanych uzyskały te przekonania, w świetle których osoby z niepełnosprawnością nie mają potrzeb seksualnych, bądź też ich seksualność jest pozbawiona wartości. Zmienna *kierunek studiów* ma znaczenie istotnie różnicujące badanych. Studenci położnictwa ujawniają stosunkowo najsilniejsze przekonania we wszystkich rozważanych kategoriach. Zmienna *edukacja* nie ma znaczenia w zakresie różnicowania przekonań badanych.

Wnioski: przekonania badanych studentów cechuje niski stopień pewności, co przy uwzględnieniu słabego zróżnicowania między poszczególnymi ich kategoriami, pozwala sądzić o ambiwalencji. Jakkolwiek wyniki analizy nie wykazały znaczenia zmiennej edukacji, jej zakres i specyfika, a przy tym sposób realizacji, mogły nie sprzyjać ugruntowaniu przekonań.

Słowa kluczowe

seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną, przekonania, studenci kierunków medycznych

WPROWADZENIE

Seksualność człowieka jest zjawiskiem złożonym. „Obejmuje płeć (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” [1]. Wyrażenie *seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną* jest uproszczeniem, nie ma bowiem w rzeczywistości takiego zjawiska. Jest wyłącznie seksualność ludzka, która w odniesieniu do osób z ograniczeniami w stanie zdrowia i sprawności może przyjmować specyficzne, pod względem nasilenia, zakresu czy czasu występowania, przejawy, o czym w największym stopniu decydują uwarunkowania osobnicze i środowiskowe [2].

Podstawowymi kryteriami w diagnozowaniu niepełnosprawności intelektualnej są: istotne ograniczenia w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowań przystosowawczych, wyrażających się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych oraz kryterium wieku, które zakłada wystąpienie wymienionych objawów przed 18. rokiem życia [3]. Możliwości i ograniczenia w funkcjonowaniu jednostek

z tą niepełnosprawnością są zróżnicowane, o czym decydują czynniki kontekstualne, zarówno indywidualne (np. zdrowie), jak i społeczno-kulturowe. W zakresie tych ostatnich szczególne znaczenie mają społeczne postawy. Wyrażają one bowiem określone sposoby wartościowania samej niepełnosprawności, wnioski na temat możliwości i ograniczeń osób z tą niepełnosprawnością, w konsekwencji wyznaczania miejsc i sposobów ich życia, czy też specyfikacji działań służących ich wsparciu. Czynniki społeczno-kulturowe, obok osobniczych, w tym przede wszystkim natury fizycznej i fizjologicznej, mają istotne znaczenie dla rozwoju seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, decydują bowiem o nabywaniu specyficznych doświadczeń psychospołecznych [4]. W złożoności społecznych nastawień, wynikającej z osobistych i sytuacyjnych uwarunkowań, wyróżnić można ogólniejsze tendencje polegające na ignorowaniu seksualności, jej udaremnianiu, tolerowaniu i akceptowaniu [4], czy też – zgodnie z inną koncepcją – totalnym akceptowaniem, deseksualizacji i unikaniu oraz sublimacji [5]. Wymienione tendencje kumulują szereg przekonań, opinii, emocji i uczuć, zachowań oraz ich intencji, przyjmując z perspektywy jednostki z niepełnosprawnością znaczenie ograniczające bądź optymalizujące i kompensujące (wobec trudności natury fizycznej). Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są oceniane jako pozbawione potrzeb seksualnych (aseksualne); jako takie, których potrzeby są determinowane stopniem niepełnosprawności; pozbawione możliwości kontrolowania

Adres do korespondencji: Monika Parchomiuk, Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin
e-mail: mparchomiuk@o2.pl

Nadesłano: 26 czerwca 2012; zaakceptowano do druku: 7 stycznia 2013

własnej seksualności nadmiernie rozwiniętej; niezdolne do integracji psychoseksualnej [6]. Taki sposób wartościowania seksualności prowadzi do zaniedbania działań socjalizujących, unikania problemów z nią związanych, tolerowania jej przejawów (nierzadko z narażeniem jednostki na zagrożenia o charakterze seksualnym), ich represjonowania i tłumienia, także w postaci działań pseudosublimacyjnych¹, wreszcie traktowania jej w kategoriach kompensacyjnych wobec samej niepełnosprawności intelektualnej (seksualność sprowadzona do sfery fizycznej postrzegana jest jako jedyny i pożądany wyraz „normalności” jednostki) [4]. Niezwykle trudno opisać wszelkie konsekwencje tego typu nastawień, zaznaczają się one bowiem nie tylko na poziomie indywidualnym (jednostki z niepełnosprawnością), ale również społecznym (jej otoczenia), w tym przypadku jako skutki określonych zachowań osoby z niepełnosprawnością. Pozbawienie jednostek z niepełnosprawnością elementarnych kompetencji (wiedzy i umiejętności) z zakresu szeroko rozumianej sfery seksualnej, naraża je nie tylko na zagrożenia natury seksualnej, ale również ujawnianie swojej seksualności w formach sprzecznych z normami społecznymi (np. masturbacja w miejscach publicznych) [9, 10, 11, 12, 13]. Negatywne doświadczenia psychospołeczne, w tym przede wszystkim pozbawienie realizacji istotnych potrzeb (miłości, afirmacji, kontaktów społecznych), prowadzi do zakłóceń w kształtowaniu własnej tożsamości płciowej oraz integrowaniu fizycznej strony seksualności ze sferą psychiczną [14, 15]. Zakłócenia w realizacji potrzeb psychoseksualnych (np. potrzeby miłości intymnej) oraz społecznoseksualnych (np. wchodzenia w związki partnerskie) mogą łączyć się z uruchomieniem mechanizmów kompensacyjnych, np. wycofania się (ograniczenie aktywności) czy regresji w rozwoju [16].

Rozważając konsekwencje społecznych postaw wobec jednostek z niepełnosprawnością należy mieć na uwadze przede wszystkim osoby znaczące, do grona których zaliczyć można nie tylko rodziców i opiekunów, ale również specjalistów. Złożoność trudności, ograniczeń i możliwości towarzyszących niepełnosprawności intelektualnej wiąże się z potrzebą korzystania z wielostronnego wsparcia, realizowanego w różnych formach, przez osoby dysponujące wieloma kompetencjami. Zakres dostępnych badań, których celem było ustalenie charakteru postaw specjalistów wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną czy też wobec ich seksualności, jest obszerny, zwłaszcza na gruncie literatury zagranicznej. W znaczących zasobach literaturowych odnaleźć można badania z udziałem pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, funkcjonujących zawodowo w ramach różnych instytucji edukacji i rehabilitacji [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. Pewien zakres eksploracji obejmował osoby reprezentujące zawody medyczne (lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów) bądź kształcące się w ich kierunku. Specyfika zawodowego przygotowania tych profesjonalistów, ale również charakter zadań zawodowych i sposobów ich realizacji, wyznaczanych w znacznej mierze przez uwarunkowania formalne, nadaje ich postawom wobec niepełnosprawności specyficzne cechy. Ujawniono, że dominuje w nich podejście biologizujące, charakterystyczne dla medycznego (indywidualnego) modelu niepełnosprawności,

takie, które eksponuje w jej istocie fizyczne ograniczenia, kładzie nacisk na deficyty i trudności, zmniejszając rolę zasobów jednostki [24, 25, 26, 27]. Behawioralny przejaw tych przekonań obejmować może praktyki depersonalizujące, formalizujące jakość kontaktów oraz eksponujące rolę specjalisty z pominięciem potrzeb jednostki z niepełnosprawnością. Tendencje tego typu w ogólnym nastawieniu do niepełnej sprawności mogą mieć swoje odzwierciedlenie w specyficznym podejściu do seksualności. Prowadzone w tym zakresie badania nie dostarczają jednoznacznych wniosków. Przykładowo u studentów położnictwa wykazano zróżnicowane postawy (tj. u zbliżonej liczby osób pozytywne i negatywne) wobec małżeństwa czy stosunków seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną, ale wyraźny brak akceptacji dla ich rodzicielstwa, co przy negacji sterylizacji nie daje możliwości określonego uogólniania charakteru postaw, zwłaszcza w przewidywanym kierunku biologizującym [28]. Z uwagi na to, że badania postaw praktyków obejmowały zróżnicowane kwestie szczegółowe, takie jak np. postulowany zakres edukacji seksualnej niepełnosprawnych intelektualnie [29], ogólne nastawienia do potrzeb seksualnych tych jednostek i form ich realizacji [30], czy też przewidywane zachowania i reakcje wobec hipotetycznych sytuacji ujawniających seksualne potrzeby podopiecznych [19], nie jest możliwe ani też uzasadnione dokonywanie w tym zakresie uogólnień. W badaniach własnych o charakterze porównawczym nie ujawniono u fizjoterapeutów i pielęgniarek specyficznych tendencji w wartościowaniu aspektów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, różniących je od grupy pedagogów specjalnych czy pracowników socjalnych, a uzyskany we wszystkich grupach obraz tej seksualności świadczy o eksponowaniu jej strony fizycznej [31]. W kwestii praktycznej istotne mogą być te analizy, które dowodzą różnicującego działania zmiennych, takich jak rodzaj niepełnosprawności (fizyczna i intelektualna); kontakt z osobami z niepełnosprawnością czy też wiedza na ich temat w zakresie postaw wobec niepełnosprawności bądź też seksualności tych jednostek [24, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35]. Dostarczają one bowiem podstaw do planowania działań modyfikujących ich charakter. Wydaje się, że w kontekście tego celu najbardziej optymalny jest okres zawodowego przygotowania, który można uznać za czas nie tylko nabywania wiedzy i umiejętności, ale również krystalizowania określonych przekonań wartościujących pewne zjawiska.

CEL PRACY

Celem badań własnych jest określenie przekonań studentów wybranych kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przekonania są jednym ze sposobów manifestowania postaw wobec określonego przedmiotu, a zgodnie z trójkomponentowym ich ujęciem, przejawem komponentu poznawczego. Bazują jednak nie tylko na procesach poznawczych, zawierają w sobie bowiem wartościowanie. Kształtują się zatem na podstawie posiadanych doświadczeń (informacji), ale również osobistych standardów, norm i uznawanych wartości. Są to „sądy i opinie nałożone określonej 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” [36]. Ocenie badanych

1. Pojęcie to dotyczy tych poczynań wychowawczych, które wynikają z przekonania, iż popęd seksualny można „rozładować” w formach zastępczych pozaseksualnych, np. poprzez aktywność sportową [7]. Zdaniem seksuologów [8] potrzeba seksualna nie może być zrealizowana w sposób pozaseksualny.

poddano określone przekonania, zgrupowane w zastosowanej skali (na podstawie analizy czynnikowej²) w kategorii, takie jak: deseksualizacja i negacja wartości seksualności (przekonania pozbawiające niepełnosprawnych intelektualnie potrzeb seksualnych, traktujące te osoby w kategoriach „wiecznych dzieci”, określające ich niezdolność do formalnych związków partnerskich, zachowania w nich wierności, mówiące o dziedziczeniu upośledzenia, negujące potrzebę edukacji seksualnej tych jednostek, ale również przypisujące im skłonności do popełniania przestępstw na tle seksualnym), normalizacja seksualności i uznanie złożoności jej uwarunkowań (przekonania mówiące o potrzebie socjalizacji seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, podobieństwie czynników determinujących tę seksualność do tych, które są istotne u osób pełnosprawnych, w tym o charakterze psychospołecznym, zakładające potrzebę indywidualizacji działań wspierających w tej sferze) oraz biologizacja seksualności (przekonania mówiące o specyfice seksualności niepełnosprawnych intelektualnie, np. powszechności masturbacji, zwiększeniu bądź zmniejszeniu siły popędu w stosunku do normy; niemożności kontrolowania popędu na skutek niepełnosprawności). Wymienione przekonania oddają istotę poglądów społecznych na seksualność niepełnosprawnych intelektualnie (w tym stereotypów).

Wybór studentów jako podmiotów badań opierał się na zasygnalizowanym wcześniej wniosku stwierdzającym znaczenie etapu kształcenia zawodowego dla budowania wartościująco-normatywnych podstaw realizowania zadań w przyszłej profesji. Warunkiem planowania działań modyfikujących (bazujących między innymi na bezpośrednim kontakcie z podmiotem postawy) jest poznanie uznawanych przekonań i ewentualnych ich źródeł, które mogą wynikać z toku kształcenia. Absolwenci kierunków medycznych, uwzględnionych w badaniach własnych, takich jak pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, położnictwo oraz fizjoterapia, mogą podejmować zatrudnienie w różnych formach opieki zdrowotnej, powszechnie dostępnych dla osób z niepełnosprawnością; ponadto, w przypadku pielęgniarek, absolwentów kierunku zdrowie publiczne oraz fizjoterapeutów, w placówkach z zakresu pomocy społecznej (m. in. środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej), instytucjach edukacyjnych (m.in. przedszkolach, szkołach specjalnych, integracyjnych oraz ogólnodostępnych, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych) [37]. Instytucje te realizują zadania z zakresu edukacji i rehabilitacji oraz wsparcia w codziennej egzystencji osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnym wieku.

Cel badań skonkretyzowano w postaci następujących problemów badawczych:

1. Jak studenci kierunków medycznych ustosunkowują się do poszczególnych przekonań zgrupowanych w kategorii deseksualizacji i negacji wartości seksualności, normalizacji seksualności i uznania złożoności jej uwarunkowań oraz biologizacji seksualności?
2. Czy studiowany kierunek ma różnicujące znaczenie dla charakteru ustosunkowania?
3. Czy różnicujące znaczenie w zakresie charakteru ustosunkowania ma realizacja treści przedmiotowych³ poświęconych problematyce niepełnosprawności intelektualnej?

2. Szczegółowo o budowie skali w dalszej części opracowania.

3. Wyjaśnienie sposobu weryfikacji tej zmiennej znajduje się w opisie kwestionariusza ankiety.

Nie odnaleziono badań, których problematyka byłaby zbieżna z badaniami własnymi. Zrezygnowano ze stawiania hipotetycznych rozwiązań założeń tutaj problemów, traktując je jako diagnostyczne.

MATERIAŁ I METODA

Przekonania badanych studentów określono za pomocą skali typu Likerta (własnej konstrukcji) „Istota seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną” (zakres odpowiedzi: od 5 – *całkowicie się zgadzam* do 0 – *zupełnie się nie zgadzam* oraz odpowiedź x – *nie potrafię odpowiedzieć*). Moc dyskryminacyjna pytań skali dla badanej grupy studentów mieści się w przedziale od 0,20 do 0,64. Skala złożona z 25 twierdzeń posiada trzy czynniki (podskale, wyłonione w drodze analizy czynnikowej) opisujące wcześniej wymienione zespoły przekonań na temat seksualności niepełnosprawnych intelektualnie: czynnik 1 – deseksualizacji i negacji wartości seksualności, czynnik 2 – normalizacji seksualności i uznania złożoności jej uwarunkowań oraz czynnik 3 – biologizacji seksualności. Współczynniki Alfa Cronbacha dla czynników (czynnik 1: 0,77; czynnik 2: 0,81; czynnik 3: 0,82) oraz całej skali (0,83) w niniejszych badaniach są zadowalające.

Dane socjodemograficzne oraz informacje na temat doświadczeń edukacyjnych badanych zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety (własnej konstrukcji). W zakresie doświadczeń edukacyjnych określono, czy w trakcie studiów realizowane były treści przedmiotowe poświęcone problematyce niepełnosprawności intelektualnej i w jakiej formie (np. w postaci odrębnego przedmiotu). Na podstawie tych informacji wyłoniono osoby, które realizowały takie treści oraz te, w przypadku których nie były one podejmowane.

Materiał uzyskano od 197 osób. Średnia wieku badanych wynosi 22,81. Byli to studenci: pielęgniarstwa (63 osoby), zdrowia publicznego (75), położnictwa (37) oraz fizjoterapii (25). Badane osoby to w większości kobiety (82% osób). Odsetki osób zamieszkujących na stałe w mieście (wojewódzkim lub powiatowym) i na wsi (w tym małych miejscowościach) są zbliżone (odpowiednio: 41% oraz 46,5%; brak danych: 12,5%). Wszystkie osoby studiuje w trybie dziennym, na studiach I i II stopnia. Badania przeprowadzono w formie audytorijnej. Wskaźnik zwrotów wynosił 100%, jednak należało odrzucić trzy zestawy narzędzi, w których były braki danych.

WYNIKI

Analiza danych wykazała, iż badani stosunkowo najsilniej akceptują te przekonania, które normalizują seksualność niepełnosprawnych intelektualnie oraz uznają wielość jej uwarunkowań (Ryc. 1). Analizując odpowiedzi (wartości średnie) udzielane w zakresie poszczególnych twierdzeń wchodzących w zakres tej grupy przekonań, można powiedzieć, że w opinii badanych osoby niepełnosprawne intelektualnie posiadają potrzeby seksualne, w tym potrzebę nawiązywania relacji intymnych oraz prokreacji ($M=3,24$)⁴. Studenci uznają konieczność socjalizacji potrzeb seksualnych ($M=2,82$), a zatem nadawania im w warstwie realizacyjnej, w toku oddziaływań wychowawczych, społecznie pożąda-

4. Interpretacja wartości średnich dokonana z uwzględnieniem treści itemu oraz skali odpowiedzi podanej wcześniej.

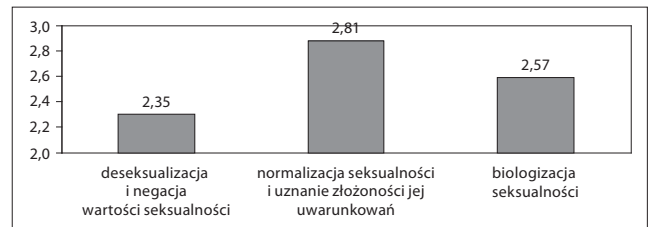
nego kształtu (zgodnego z akceptowanymi normami). Zgadają się także z twierdzeniami mówiącymi o złożoności uwarunkowań zachowań seksualnych, np. masturbacji, która może mieć podłoże emocjonalne, np. lęk ($M=2,83$). Studenci przyznają słuszność przekonaniu, iż zaniedbania w procesie socjalizacji mogą prowadzić do realizacji pewnych zachowań w sposób społecznie nieakceptowany, na przykład uznają, że masturbacja w miejscach publicznych może wynikać z niedostatecznych czy niewłaściwych działań wychowawczych ($M=2,62$). Przyznają też, iż stosowanie antykoncepcji w przypadku niepełnosprawnych intelektualnie powinno być uwarunkowane indywidualnymi potrzebami ($M=2,42$). Badani studenci słabiej akceptują te przekonania, które mówią o podobieństwie czynników warunkujących kształt i jakość życia seksualnego ($M=2,32$) oraz związków małżeńskich niepełnosprawnych intelektualnie i pełnosprawnych ($M=2,36$). Należy zauważyć, że uzyskane wartości średnie informują często o bardzo niskim i niskim stopniu akceptacji opisanych przekonań.

Wartość średniej ustalonej w zakresie kategorii przekonań o charakterze biologizującym pozwala stwierdzić, że studenci akceptują te przekonania, jednak słabiej niż przekonania normalizujące. W zakresie kategorii przekonań określonych mianem biologizacji seksualności niepełnosprawnych intelektualnie znajdują się przede wszystkim te, które odnoszą się do popędu płciowego. Studenci sądzą, że niepełnosprawność intelektualna nie ma znaczenia determinującego w zakresie potrzeb seksualnych ($M=2,54$), ale w mało zdecydowany sposób negują założenie mówiące o tym, że potrzeby seksualne u osób z niepełnosprawnych są silniejsze w porównaniu do pełnosprawnych intelektualnie ($M=2,12$) czy też o tym, że siła potrzeb seksualnych jest mniejsza u jednostek z niepełnosprawnością intelektualną ($M=1,79$). Badani sądzą, że osoby te mogą mieć problemy z kontrolowaniem własnej seksualności ($M=2,42$), w związku z czym może ona stanowić zagrożenie dla otoczenia ($M=3,13$). Studenci z małym przekonaniem odrzucają twierdzenie mówiące o powszechności zjawiska masturbacji w populacji niepełnosprawnych intelektualnie ($M=2,09$).

Wynik średniej uzyskanej w kategorii przekonań mieszczących się w kategorii deseksualizacji i negacji wartości seksualności pozwala mówić o ich uznaniu przez studentów, jednak stopień udzielanej im akceptacji jest słabszy niż w przypadku omówionych kategorii normalizacji seksualności oraz jej biologizacji.

Deseksualizacja niepełnosprawnych intelektualnie wyraża się przede wszystkim w uznaniu słuszności przekonania opisującego te jednostki jako stereotypowe „wieczne dzieci”, wymagające stałej kontroli otoczenia ($M=3,24$). Dla tej kategorii przekonań specyficzne jest również twierdzenie, bardzo słabo akceptowane przez badanych, mówiące o zbędności edukacji seksualnej, czy raczej jej szkodliwości powodowanej „obudzeniem uspiętych potrzeb seksualnych” ($M=2,36$). Studenci uznają, że osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do zawierania związków małżeńskich ($M=2,93$), ale znacznie słabiej akceptują przekonanie mówiące o powszechności patologicznych form wyrażania potrzeb seksualnych ($M=2,31$). Akceptują, jednak również z małym stopniem pewności, założenie o dziedziczności upośledzenia umysłowego ($M=2,33$), ale raczej odrzucają potrzebę sterylizacji jednostek z tą niepełnosprawnością, uzasadnianą tutaj koniecznością ich ochrony przed seksualnym wykorzystaniem ($M=2,14$). Studenci nie zgadzają się z założeniem mówiącym

o tym, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie mogą doświadczać szczęścia w związkach partnerskich z innymi upośledzonymi ($M=2,01$). Nie zgadzają się także z tymi twierdzeniami, które pozbawiają osoby z niepełnosprawnością intelektualną zdolności odczuwania miłości ($M=1,98$).



Rycina 1. Ustosunkowanie studentów wobec poszczególnych kategorii przekonań na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną (wyniki średnie)⁵

W kolejności przeanalizowano znaczenie kierunku studiów.

Tabela 1. Przekonania badanych studentów na temat seksualności: zmienna *kierunek studiów* (ANOVA)

Podskale /kierunek studiów	M				F ⁰ =3,18		Lsd	
	Piel.	Zdr.	Poł.	Fizj.	F	p	Grupy	p
deseksualizacja i negacja wartości seksualności	2,18	2,29	2,77	2,12	2,92	0,035	piel-poł zdr-poł poł-fizj	0,007 0,022 0,025
normalizacja seksualności i uznanie złożoności jej uwarunkowań	2,29	2,74	3,60	3,02	7,92	0,000	piel-poł piel-fizj zdr-poł	0,000 0,030 0,001
biologizacja seksualności	2,31	2,40	3,28	2,65	5,62	0,001	piel-poł zdr-poł	0,000 0,000

M: średnia; F: test Fishera-Snedecora; p: poziom istotności; test Lsd (test NIR): porównania *post-hoc*

Kierunek studiów różnicuje badanych studentów w zakresie ujawnianych przekonań (Tab. 1). Istotne różnice w obszarze wszystkich ich kategorii stwierdzono między studentami pielęgniarstwa i położnictwa oraz zdrowia publicznego i położnictwa. Z uwagi na to, że uzyskane różnice przebiegają w tych przypadkach na korzyść studentów położnictwa (w zakresie wszystkich kategorii przekonań uzyskali wyższe średnie) trudno jest ocenić charakter wyników w perspektywie jakości przekonań. Analizując wartości średnie można powiedzieć, że studenci położnictwa stosunkowo najsilniej akceptują przekonania opisujące seksualność niepełnosprawnych intelektualnie w sposób pozytywny (normalizujący i wskazujący na wielość uwarunkowań) oraz negatywny (deseksualizacja i negacja wartości seksualności oraz jej biologizacja). Ujawniona w grupie studentów położnictwa najsilniejsza pewność przekonań może wynikać z faktu, że grupa ta w największym zakresie, w porównaniu do innych kierunków, realizowała treści z zakresu problematyki niepełnosprawności intelektualnej, w tym dotyczące kwestii seksualności. Z problematyką tą w trakcie studiów zapoznało się przeszło 91% studentów położnictwa, w tym ponad 35% z nich realizowało zagadnienia dotyczące seksualności osób

5. Wynik ogólny podzielono przez liczbę itemów w podskali (czynnika), zyskując możliwość porównania wyników między nimi (deseksualizacja i negacja wartości seksualności: 11 twierdzeń, normalizacja seksualności i uznanie złożoności jej uwarunkowań: 7, biologizacja seksualności: 7).

z niepełnosprawnością umysłową. Znacznie mniejsze były odsetki badanych w pozostałych grupach (studenci pielęgniarstwa: 74,6%, w tym tylko 5 osób wskazało na zagadnienia z zakresu seksualności; studenci zdrowia publicznego: 21,33%, nikt nie wskazał na realizację takich zagadnień; w grupie studentów fizjoterapii nikt nie realizował zagadnień z zakresu problematyki niepełnosprawności intelektualnej).

Wniosek zakładający możliwe znaczenie zmiennej edukacji w kształtowaniu przekonań o większej sile pewności nie znajduje jednak potwierdzenia przy uwzględnieniu pozostałych wyników. W zakresie kategorii przekonań deseksualizujących oraz biologizujących ustalono różnice między fizjoterapią a położnictwem, na korzyść drugiej z grup oraz między fizjoterapią a pielęgniarstwem, na korzyść pierwszej z podanych grup. Studenci fizjoterapii, którzy nie realizowali zagadnień poświęconych niepełnosprawności intelektualnej najsłabsze przekonania ujawniają jedynie w zakresie kategorii deseksualizacji niepełnosprawnych oraz dewaluacji wartości ich seksualności. W pozostałych dwóch kategoriach ich wyniki średnie kształtują się na drugim miejscu po wynikach studentów położnictwa.

Przewidywane znaczenie zmiennej *edukacja w zakresie problematyki niepełnosprawności intelektualnej* nie potwierdziło się. Nie stwierdzono, aby zmienna ta w sposób istotny różnicowała przekonania badanych na temat seksualności niepełnosprawnych intelektualnie (Tab. 2).

Tabela 2. Przekonania badanych studentów na temat seksualności: zmienna *edukacja*

Podskale/ edukacja	M		t	p
	Realizacja zagadnień z zakresu problematyki niep. int.	Brak realizacji zagadnień z zakresu problematyki niep. int.		
deseksualizacja i negacja wartości seksualności	2,19	2,37	0,67	0,504
normalizacja seksualności i uznanie złożoności jej uwarunkowań	2,75	2,76	0,02	0,984
biologizacja seksualności	2,13	2,52	1,11	0,270

M: średnia; t: wartość testu t-Studenta; p: poziom istotności

DYSKUSJA

Charakter posiadanych przez badanych przekonań na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną uporządkowany został w określone kategorie, różniące się pod względem jakościowym. Specyfika tych kategorii, najogólniej mówiąc, wyraża się w stopniu uznania seksualności niepełnosprawnych intelektualnie oraz jej określonego wartościowania. Wyniki badań dowodzą, że studenci w najmniejszym stopniu skłonni są postrzegać niepełnosprawnych intelektualnie jako istoty aseksualne, pozbawione na skutek niepełnosprawności potrzeb seksualnych. Uznanie osób z niepełnosprawnością jako obdarzonych atrybutem seksualności wiąże się z różnorodnością przekonań, które ją charakteryzują. Wśród nich przeważają te, które można określić mianem pozytywnych, normalizujących w aspekcie przyczyn i przejawów. Nie można jednak stwierdzić, że tego typu przekonania są dominujące, zwłaszcza w odniesieniu do kategorii określonej mianem biologizujących. Charakter uzyskanych wyników pozwala sądzić na temat niskiej i bar-

dzo niskiej siły przekonań w każdym z obszarów. Biorąc pod uwagę, iż specyfika ta ujawnia się zarówno w zakresie przekonań pozytywnych, jak i negatywnych, można wnioskować na temat ambiwalencji w tym zakresie [36, 38]. Ambiwalencja może mieć swoje podstawy w braku osobistych doświadczeń i racjonalnej wiedzy. Wobec pozostałych wyników przeprowadzonych analiz pojawia się pytanie o jakość doświadczeń edukacyjnych badanych studentów. Pewność przekonań jest bowiem stosunkowo najwyższa u przyszłych położnych, które w największym zakresie realizowały treści z zakresu problematyki niepełnosprawności intelektualnej oraz seksualności tych jednostek. Zważywszy jednak na to, że tendencja istotnie różnicująca dotyczy zarówno przekonań pozytywnych, jak i negatywnych, ponadto odrębna analiza nie wykazała różnicującego działania zmiennej edukacji, w poszukiwaniu przyczyn ambiwalencji oraz źródeł przekonań badanych studentów należałoby odwołać się do innych czynników (np. kontaktów z osobami niepełnosprawnymi [27]).

Trudno odnieść uzyskane tu wyniki do innych badań, przede wszystkim ze względu na zróżnicowane podłoże koncepcyjne. Można jednak wysunąć pewne wnioski dotyczące konsekwencji ujawnianych przekonań. Pozostając nieugruntowanymi, mogą kształtować się w różnym kierunku na skutek podejmowanych doświadczeń zawodowych. W badaniach prowadzonych w tym zakresie wykazano, że istnieją różnice w postawach związane z etapem profesjonalnego przygotowania. Niekorzystne zmiany zachodzą z czasem, na skutek konfrontacji z organizacją środowiska zatrudnienia (jej formalnymi i nieformalnymi zasadami i normami) [39]. Brak kompetencji w postaci wiedzy, umiejętności, ale również uporządkowania osobistego odniesienia do pewnych zjawisk jest źródłem trudności w funkcjonowaniu zawodowym, w relacji profesjonalista – osoba z niepełnosprawnością, przejawiających się poczuciem bezradności i dyskomfortu [39, 40].

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że przekonania studentów kierunków medycznych na temat seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną mają charakter normalizujący oraz uwzględniający złożoność jej uwarunkowań, a w najmniejszym stopniu deseksualizujący oraz dewaluujący seksualność tych jednostek. Specyficzną ich cechą jest niski stopień pewności. Zmienna *kierunek studiów* ma znaczenie istotnie różnicujące badanych. Najbardziej znaczący w tej kwestii okazał się kierunek położnictwo, którego studenci ujawniają stosunkowo najsilniejsze przekonania we wszystkich rozważanych kategoriach. Zmienna *edukacja* nie ma znaczenia w zakresie różnicowania przekonań badanych.

Całokształt uzyskanych wniosków, ponadto informacji dodatkowych dotyczących zakresu realizacji treści specjalistycznych w obszarze problematyki niepełnosprawności intelektualnej, przy uwzględnieniu wyników dotychczas realizowanych badań, pozwala zwrócić uwagę na potrzeby praktyczne w zakresie kształcenia. Problematyka niepełnosprawności intelektualnej musi być realizowana w wielostronnym zakresie, tj. z uwzględnieniem zarówno ograniczeń, jak i możliwości niepełnosprawnych, zapoznawaniem ze współczesnymi tendencjami w zakresie organizacji ich rehabilitacji i wsparcia w codziennej egzystencji (normalizacją,

self-adwokaturą, zasadą empowermentu, zasadą równości praw i szans). Seksualność jest istotną sferą funkcjonowania ściśle powiązaną z innymi, powinna być zatem realizowana, o ile jest to możliwe, w kontekście innych zagadnień. Przekaz treści powinien uwzględniać różne formy, z preferencją takich, które umożliwiają bezpośredni i aktywny kontakt z osobami niepełnosprawnymi [por. 27, 33]. Wynikiem działań edukacyjnych powinno być ukształtowanie kompetencji obejmujących wiedzę, umiejętności, normy i wartości oraz związane z nimi postawy.

PIŚMIENICTWO

- Loeber O, Reuter S, Apter D, van der Doef S, Lazdane G, Pinter B. Aspects of sexuality education in Europe – definitions, difference and developments. *Eur J Contracep Repr.* 2010; 15 (3): 169–176.
- Smith K, Wheeler B, Pilecki P, Parker T. The role of the pediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *J Pediatr Health Care.* 1995; 9(2): 59–66.
- Smith DD. *Pedagogika specjalna. T. II. Wyd. 1. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2008.*
- Kościelska M. Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wyd 1. Warszawa: Wyd. Czarna Owca; 2004.
- Nowak-Lipińska K. O ignorancji sfery erotycznej osób głębiej upośledzonych umysłowo. W: Kawula S, Machel H, (red.). *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne.* Wyd 1. Toruń: Wyd. Adam Marszałek; 1996: 101–106.
- Molicka M. Rozwój psychoseksualny upośledzonych umysłowo w świetle literatury i rozważań własnych. *Szkoła Specjalna.* 1994; 3: 147–153.
- Lausch, K. *Teoretyczne podstawy katechizacji osób głębiej upośledzonych umysłowo.* Wyd 1. Warszawa: Wyd. ATK; 1987.
- Mieliński K. *Miłość i seks.* Wyd. 3. Warszawa: IWZZ; 1987.
- Kaerer F. Developing a philosophy of masturbation training for persons with severe or profound mental retardation. *Sex Disabil.* 1996; 14(4): 295–308.
- Kempton W, Stiggal L. Sex education for persons who are mentally handicapped. *Theory Pract.* 2001; 28(3): 203–210.
- Cambridge P. In safe hands. Protecting people with learning disabilities from abuse. W: Carnaby S, (red.). *Learning disability today. A Handbook for Everyone Committed to Improving the Lives of People with Learning Disabilities.* 2nd ed. Brighton: Pavilion; 2007. p. 37–50.
- Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mex.* 2008; 50 (Suppl. 2): 255–259.
- McCarthy M. 'I have the jab so I can't be blamed for getting pregnant': contraception and women with learning disabilities. *Womens Stud Int Forum.* 2009; 32(3): 198–208.
- Kościelska M. Być kobietą, być mężczyzną – co to znaczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Nowiny Psychol.* 2000; 2: 5–16.
- Fornalik I. Droga do dorosłości młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – problemy i możliwości ich rozwiązywania. W: Kruk-Lasocka J, Sekułowicz M. (red.). *Wczesna diagnoza i terapia dzieci z utrudnieniami w rozwoju. Interdyscyplinarne problemy.* Wyd 1. Wrocław: Wyd. DSW; 2004: 392–400.
- Kościelska M. *Oblicza upośledzenia.* Wyd 2. Warszawa: Wyd. PWN; 2000.
- Giryński A. Edukacja seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie w świetle opinii rodziców i nauczycieli. W: Głodkowska J, Giryński A. (red.). *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną.* Wyd 1. Warszawa: Wyd. APS; 2005: 61–69.
- Christian L, Stinson J, Dotson L. Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. *Sex Disabil.* 2001; 19(4): 283–291.
- McConkey R, Ryan D. Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *J Intell Disabil Res.* 2001; 45(1): 83–87.
- Cuskelly M, Bryde R. Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *J Intell Dev Disabil.* 2004; 29(3): 255–264.
- Abbott D, Howarth J. Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships? *J Appl Res Intellect Disabil.* 2007; 20(2): 116–126.
- Lockhart K, Guerin S, Shanahan S, Coyle K. Defining "sexualized challenging behavior" in adults with intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities.* 2009; 6(4): 293–301.
- Prokopiak A. *Postawy osób znaczących wobec seksualności młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym.* Wyd. 1. Lublin: Wyd. Akapit; 2012.
- Johnston C, Dixon R. Nursing students' attitudes towards people with disabilities: can they be changed? www.aare.edu.au/98pap/joh98196.htm (dostęp: 2012.06.02).
- Scullion P A. Models of disability: their influence in nursing and potential role in challenging discrimination. *J Adv Nurs.* 2010; 66(3): 697–707.
- Scullion P. Conceptualizing disability in nursing: some evidence from students and their teachers. *J Adv Nurs.* 1999; 29(3): 648–657.
- Sahin H, Akyol A D. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *J Clin Nurs.* 2010; 19: 2271–2279.
- Jones L, Binger T, McKenzie C, Ramcharan P, Nankervis K. Sexuality, pregnancy and midwifery care for women with intellectual disabilities: a pilot study on attitudes of university students. *Contemp Nurse.* 2010; 35(1): 47–57.
- Swango-Wilson A. Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: a four cohort study. *Sex Disabil.* 2009; 27(4): 223–228.
- Yool L, Langdon P, Garner K. The attitudes of medium – secure unit staff towards the sexuality of adults with learning disabilities. *Sex Disabil.* 2009; 21(2): 137–150.
- Parchomiuk M. Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sex Disabil.* 2012; 30(4): 407–419.
- Tracy J, Graves P. Medical students and people with disabilities: a teaching unit for medical students exploring the impact of disability on the individual and the family. *Med Teach.* 1996; 18(2): 119–124.
- Tracy J, Iacono T. People with developmental disabilities teaching medical students – does it make a difference? *J Intell Dev Disabil.* 2008; 33(4): 345–348.
- Klooster PM, Dannenberg JW, Taal E, Burger G, Rasker JJ. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: nursing students and non-nursing peers. *J Adv Nurs.* 2009; 65(12): 2562–2573.
- Lewis S, Stenfort-Kroese B. An Investigation of Nursing Staff Attitudes and Emotional Reactions towards Patients with Intellectual Disability in a General Hospital Setting. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2010; 23(4): 355–365.
- Marody M. *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy.* Wyd 1. Warszawa: Wyd. PWN; 1976.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. z dnia 13 września 2007 r.).
- Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes.* 1nd ed. Orlando: Harcourt Brace Jovanovic; 1993.
- Tervo RC, Palmer G, Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil.* 2004; 18: 980–915.
- Aulagnier M, Verger P, Ravaud JF, Souville M, Lussault PY, Ganier JP i wsp. General practitioners' attitudes towards patients with disabilities: the need for training and support. *Disabil Rehabil.* 2005; 27(22): 1343–1352.

Beliefs of medical students about sexuality of people with intellectual disability

Abstract

Introduction: Specialists' attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability are an essential element in the environments of education, rehabilitation and support. Expressed in the form of specific behaviours and their intentions, opinions, and ways of evaluating, they decide about the quality of psychosocial experiences essential for developing sexuality, and for how it manifests itself in ways which are socially acceptable and beneficial for the individual.

Objective: Determining medical students' beliefs about sexuality of people with intellectual disability. Materials and methods: 197 students participated in the study: nursing (63 persons), public health (75), midwifery (37) and physiotherapy (25), most of the respondents were women. In the study a Likert-type scale 'The essence of sexuality in persons with intellectual disability' were used, as well as a questionnaire.

Results: The predominant categories of beliefs are those that can be defined as the normalisation of sexuality, and perception of the plurality of its determinants. Beliefs which were rarely accepted are the ones which deprive persons with disability of their sexual needs or deprecate them. Significant differences are observed according to the variable 'study speciality'. Students of the speciality of midwifery revealed reluctantly the strongest belief in all categories analysed. Differences in respondents beliefs, according to the 'variable education', are insignificant.

Conclusions: Students display a low degree of certainty in their beliefs which, taking into account the weak differentiation between categories of beliefs, suggests ambivalence. Although the results did not show the significance of variable *education*, its range and specificity, together with the way of realization, might not have facilitated the consolidation of the students' beliefs.

Key words

sexuality of persons with intellectual disability; beliefs; medical students