

KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH
INSTYTUT PSYCHOLOGII

Klaudia Czapla-Dziedzic
Nr albumu: 119520

**EDUKACJA PSYCHOSEKSUALNA A POCZUCIE PUNKTUALNOŚCI ZADAŃ
ROZWOJOWYCH U OSÓB Z WRODZONĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
RUCHOWĄ**

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. Wojciecha Otrębskiego, prof. KUL
na seminarium doktorskim z Psychologii rehabilitacji

Lublin, 2022

Niniejszą pracę dedykuję mojemu Mężowi

Użytkownikom niniejszej pracy udzielam licencji o postanowieniach tożsamyh z wzorcem licencji Creative Commons 3.0 CC-BY, NC, SA.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
ROZDZIAŁ I. ROLA SEKSUALNOŚCI W OSIĄGANIU DOJRZAŁOŚCI BIOPSYCHOSPOŁECZEJ.....	14
1. Uwarunkowania ludzkiej aktywności (w sferze intymnej).....	14
2. Dojrzałość przejawem realizacji zadań rozwojowych wczesnej dorosłości	17
2.1. Zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości	19
2.2. Poczucie punktualności realizacji zadań rozwojowych – charakterystyka i pomiar zjawiska	23
3. Dojrzałość psychoseksualna – wyznacznik wkraczania w dorosłość	27
3.1. Uwarunkowania dojrzałości psychoseksualnej	27
3.2. Wielowymiarowe ujęcie seksualności	29
4. Wrodzona niepełnosprawność ruchowa a osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej	38
4.1. Osiągnięcie dojrzałości przez osoby niepełnosprawne.....	38
4.2. Seksualność osób niepełnosprawnych	41

ROZDZIAŁ II. WYBRANE DETERMINANTY OSIĄGANIA DOJRZAŁOŚCI PSYCHOSEKSUALNEJ	44
1. Edukacja psychoseksualna	44
1.1. Zagadnienie edukacji w różnych dziedzinach nauki	46
1.2. Podstawowe obszary i założenia edukacji psychoseksualnej	48
1.3. Edukacja psychoseksualna osób niepełnosprawnych	55
2. Wiedza o seksualności.....	64
2.1. Zagadnienie wiedzy w różnych dziedzinach nauki	64
2.2. Wiedza o seksualności – definiowanie oraz zakres pojęcia	67
2.3. Sposoby empirycznej weryfikacji danych na temat seksualności	73
3. Koncepcja własnej seksualności.....	77
3.1. Koncepcja siebie – konceptualizacja samooceny i samowiedzy według Campbell.....	78
3.2. Koncepcja własnej seksualności – teoretyczne podstawy badań własnych	82
3.3. Sposoby badania koncepcji własnej seksualności	87
4. Poziom przystosowania człowieka do życia	90
4.1. Adaptacja – definiowanie pojęcia.....	90
4.2. Uwarunkowania i rola zachowań adaptacyjnych w życiu człowieka.....	93
4.3. Sposoby empirycznej weryfikacji zjawiska adaptacji	95
ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....	98
1. Teoretyczny model badań, problematyka, hipotezy	98
2. Charakterystyka badanej grupy.....	108
3. Narzędzia badawcze.....	112
3.1. Ankieta danych socjodemograficznych	113
3.2. Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych (PPZZ-WD) .	113
3.3. Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej – KoEPs	114
3.4. Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności – WOS	117
3.5. Kwestionariusz Koncepcji Własnej Seksualności (MSSCQ-pl) – wersja polska	118
3.6. System Oceny Zachowań Adaptacyjnych, wydanie 3 ABAS – 3	122

4. Procedura badań własnych.....	123
5. Statystyczne procedury analizy wyników	124
ROZDZIAŁ IV. ANALIZA STANU BADANYCH ZMIENNYCH ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIA	126
1. Wskaźnik poczucia punktualności zadań rozwojowych w wyróżnionych grupach ze względu sprawność ruchową	126
2. Otrzymana edukacja psychoseksualna w badanych grupach.....	130
2.1. Źródła edukacji psychoseksualnej – stan i poziom zróżnicowania	130
2.2. Zadowolenie ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej	133
2.3. Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej	136
2.4. Podejmowane w ramach edukacji psychoseksualnej treści dotyczące seksualności	139
3. Wiedza o seksualności – poziom poszczególnych wymiarów wiedzy o seksualności w badanych grupach.....	142
4. Koncepcja własnej seksualności w badanych grupach	146
5. Poziom przystosowania/funkcji adaptacyjnych badanych w grupach wyróżnionych ze względu na sprawność ruchową.....	148
6. Podsumowanie	154
ROZDZIAŁ V. WZAJEMNE ZWIĄZKI MIĘDZY BADANYMI ZMIENNYMI	162
1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach.....	162
1.1. Zależności między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.....	162
1.2. Zależności między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych.....	165
1.3. Podsumowanie	167
2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w badanych grupach.....	168
2.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.....	169

2.2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych	177
2.3. Podsumowanie	183
3. Związek wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach	186
3.1. Związek poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.....	186
3.2. Związki poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych.....	187
3.3. Podsumowanie	188
4. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w badanych grupach.....	190
4.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych.....	190
4.2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób sprawnych	196
4.3. Podsumowanie	200
5. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach	205
5.1. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.....	205
5.2. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych.....	206
5.3. Podsumowanie	208
6. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w badanych grupach.....	209
6.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w grupie osób niepełnosprawnych	209
6.2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w grupie osób sprawnych	214
6.3. Podsumowanie	218
7. Związek koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w badanych grupach.....	223

7.1. Związki koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.....	223
7.2. Związek koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób sprawnych	225
7.3. Podsumowanie	227
8. Podsumowanie.....	229
ROZDZIAŁ VI. MODELE ZWIĄZKU OBSZARÓW OTRZYMANEJ EDUKACJI PSYCHOSEKSUALNEJ Z POCZUCIEM PUNKTUALNOŚCI ZADAŃ ROZWOJOWYCH Z UDZIAŁEM MEDIATORÓW U BADANYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH.....	234
1. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.....	235
1.1. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści biologicznych z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.	235
1.2. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści biologicznych z aspektem rodzina i bliskie związku poczucia punktualności zadań rozwojowych wśród osób niepełnosprawnych	237
2. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.....	240
2.1. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści o charakterze biologicznym z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości.....	240
2.2. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści o charakterze biologicznym z aspektem rodzina i bliskie związku poczucia punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.....	242
3. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób niepełnosprawnych.....	246

3.1. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku edukacji psychoseksualnej o typie C z wiedzą o seksualności człowieka w grupie osób niepełnosprawnych	246
3.2. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku edukacji psychoseksualnej o typie C z wiedzą o seksualności osób niepełnosprawnych w grupie osób niepełnisprawnych	250
4. Podsumowanie	251
5. Dyskusja wyników	255
6. Wnioski dla praktyki	270
ZAKOŃCZENIE	272
BIBLIOGRAFIA	276
STRESZCZENIE	299
SUMMARY	301
ANEKS I. ZESTAWIENIE TABEL	302
ANEKS II. WYKORZYSTANE AUTORSKIE NARZĘDZIA POMIAROWE	327

WSTĘP

Człowiek rozwija się przez całe życie a procesy rozwoju podlegają regulacji przez szereg różnorodnych czynników (Oleś, 2009). Wkraczanie w dorosłe życie obok okresu dojrzewania stanowi jeden z najtrudniejszych wręcz przełomowych momentów ludzkiego życia. Młody człowiek podejmuje wówczas próbę osiągnięcia pełnej niezależności oraz odpowiedzialności za własne życie oraz podejmowane wybory (Brzezińska, 2000; Palus, 2010). Dotyczą one zarówno sfery zawodowo-ekonomicznej, jak również przede wszystkim społeczno-emocjonalnej (Palus, 2010). Tym samym osiągnięcie dojrzałości biopsychospołecznej, która stanowi jedno z podstawowych zadań rozwojowych tego okresu życia jawi się jako wyzwanie niekiedy wykraczające poza możliwości młodego człowieka (Brzezińska, 2001). Z tej perspektywy aktywność seksualna stanowi istotną sferę życia jednostki w tym czasie. Wiąże się ona z budowaniem intymnej relacji z drugim człowiekiem, założeniem rodziny oraz wychowywaniem dzieci. Zatem osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej to wymiar niezbędny do realizacji wymienionych zadań rozwojowych przypisanych do okresu wczesnej dorosłości (Szlendak, 2008; Mynarska, Matysiak, Rybińska, 2014; Mynarska, Styrc, 2014).

Samodzielność i niezależność niezbędna w dorosłym życiu może stanowić barierę nie do pokonania dla grupy młodych osób niepełnoprawnych ruchowo od urodzenia. Ograniczenia ruchowe niejednokrotnie skutecznie uniemożliwiają lub znaczenie ograniczają pełne zaangażowanie w pełnienie ról i realizację zadań specyficznych dorosłym ludziom. Co więcej stopień wydajności organizmu, zwłaszcza sprawności fizycznej często może znacznie utrudnić podejmowanie satysfakcjonującej aktywności seksualnej, która dotyczy wszystkich – bez względu na wiarę, rasę czy właśnie poziom sprawności organizmu (Czapla, Otrębski, 2018).

Seksualność choć zagadnienie aktualne i wielokrotnie realizowane w dyskursie naukowym i społecznym, również w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami nadal ujawnia pewne luki. Dotyczą one zwłaszcza edukacji psychoseksualnej osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej. Co prawda, temat ten coraz szerzej i częściej podejmowany, dzięki szerokim inicjatywom społeczno-medialnym nadal uwidacznia braki w zakresie pewnych uniwersalnych rozwiązań wspomagających osiągnięcie pełnej dojrzałości psychoseksualnej przez młodych z mózgowym porażeniem dziecięcym czy przepukliną oponowo-rdzeniową. Niewątpliwie ma to związek z doświadczanymi przez osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową licznymi trudnościami natury społeczno-emocjonalnej oraz obecnością wciąż żywych stereotypów utrudniających budowanie intymnych relacji interpersonalnych, podejmowanie aktywności seksualnej oraz założenie rodziny (Pilecka, 2004; Król, 2010; Kurpiel, 2011; Wiegierink, Roebroek, Bender, Stam, Cohen-Kettenis, 2011; Czapla, Otrębski, 2014, 2015; Amos, McCabe, 2017).

Punktualna realizacja zadań rozwojowych charakterystycznych dla dorosłego człowieka, jak wspomniano wyżej podyktowana jest wieloma czynnikami. Jedne z nich mają charakter wewnętrzny tkwiący w człowieku, inne warunkuje środowisko, w którym jednostka dorasta. W kontekście realizacji zadań związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny jako istotne jawią się zarówno jedno i drugie.

Otrzymana edukacja psychoseksualna oraz płynąca z niej wiedza na temat poszczególnych aspektów seksualności, jak wiadomo odgrywa kluczową rolę w podejmowaniu aktywności seksualnej przez młodych ludzi (Czusz, 2012; Czusz,

Otrębski, 2014; Malina, 2014). Ponadto poziom przystosowania związany ze sferą poznawczą, praktyczną i społeczną może być istotny z perspektywy budowania relacji intymnych z innymi. Na szczególną uwagę przy tej okazji zasługują jednostki pozbawione pełnej sprawności organizmu od urodzenia, które jak ukazują liczne badania doświadczają izolacji oraz trudności interpersonalnych na etapie edukacji szkolnej oraz w późniejszym okresie wkraczania w dorosłość (Król, 2010; Kurpiel, 2011). To postrzeganie siebie jako istoty seksualnej istotnie prowadzi do podejmowania aktywności i ról związanych z seksualnością bądź skutkuje wycofaniem i biernością w tym zakresie. Tym bardziej ma to znaczenie z perspektywy zaburzonego poziomu sprawności organizmu, skutkującego niską samooceną i przekonaniem o braku atrakcyjności oraz umiejętności w roli partnera seksualnego widoczne niejednokrotnie u młodych osób niepełnosprawnych od urodzenia (Czapla, Otrębski, 2014). Podjęto zatem przypuszczenie, że przywołane zmienne psychologiczne mogą istotnie korelować z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości wśród badanych z niepełnosprawnością (pozostających w normie intelektualnej).

Realizując projekt badań własnych postanowiono przeanalizować relację między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości. Ponadto analizom poddano następujące zmienne pośredniczące: poziom wiedzy o seksualności, poziom przystosowania oraz koncepcję własnej seksualności. Analizy prowadzono w dwóch grupach osób w okresie wczesnej dorosłości, z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz ich sprawnych rówieśników (grupa porównawcza). W związku z powyższym cel badań obejmował opis relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych oraz wskazanie w jakim zakresie wiedza o seksualności i poziom przystosowania pełnią funkcje mediatorów tego związku, wśród młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Co więcej przeanalizowano mediacyjną rolę koncepcji własnej seksualności w związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności.

Realizując cel przeprowadzono badania na grupie łącznie 160 osób, gdzie 83 to osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości w

normie intelektualnej a pozostałe 77 to ich sprawni rówieśnicy. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia pomiaru: *Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych w okresie wczesnej dorosłości* (Brzezińska, Kaczan, 2010), *Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej* (Czapla, Otrębski, 2019); *Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności* (Czapla, Otrębski, 2019); *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – ABAS-3* (Otrębski, Domagała-Zyśk, Czus, 2019); *Kwestionariusz Koncepcji Własnej Seksualności* (MSSCQ-pl, w polskim tłumaczeniu i adaptacji, Czapla, Otrębski, 2019) oraz ankietę danych socjodemograficznych. Zebrane dane poddano analizom statystycznym.

Na podstawie uzyskanych wyników badań wykazano, jak zakładano różnicowanie między osobami niepełnosprawnymi a sprawnymi młodymi dorosłymi podkreślając tym samym specyfikę funkcjonowania osób z niepełnosprawnością na tle sprawnych rówieśników. Osoby z grupy klinicznej uzyskiwały statystycznie niższe wyniki w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych w porównaniu z osobami sprawnymi. Analizowe na kolejnym etapie związku między poszczególnymi zmiennymi poza wyjątkami, wykazały ich więcej w grupie klinicznej niż w grupie osób sprawnych.

Na koniec analizy mediacyjne prowadzone w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej wykazały pośredniczenie umiejętności kierowania sobą oraz poziomu wiedzy o seksualności w zakresie wiedzy stereotypowej w relacji między obecnością treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i odebraniem edukacji psychoseksualnej w modelu całościowym (typ C) a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w aspekcie zakładania rodziny i budowania bliskich związków. Podobnie negatywna samoocena seksualna oraz nadmierne zaabsorbowanie seksem (wymiar biologiczny koncepcji własnej seksualności) pośredniczą w relacji między tymi samymi kategoriami otrzymanej edukacji psychoseksualnej (udziałem treści biologicznych oraz edukacją w typie C) a ogólnym poziomem wiedzy o seksualności oraz poziomem wiedzy stereotypowej.

Strukturę niniejszej pracy stanowi wstęp, sześć rozdziałów, zakończenie, bibliografia, streszczenie oraz dwa Aneksy. Rozdział I podejmuje tematykę rozwoju

człowieka w okresie wczesnej dorosłości, osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej, analizę zjawiska poczucia punktualności zadań rozwojowych oraz funkcjonowanie młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w kontekście ich życia seksualnego. Rozdział II, także teoretyczny zawiera analizę wybranych psychologicznych uwarunkowań poczucia punktualności zadań rozwojowych takich jak: otrzymana edukacja psychoseksualna, poziom wiedzy o seksualności, poziom przystosowania oraz koncepcja własnej seksualności. Kolejne cztery rozdziały to metodologia badań własnych w rozdziale III oraz zróżnicowanie między badanymi grupami w zakresie analizowanych zmiennych (rozdział IV), korelacje między nimi (rozdział V) oraz analiza i dyskusja modeli mediacji związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej z udziałem wyróżnionych zmiennych pośredniczących (rozdział VI). W ostatnim rozdziale przedstawiono również wnioski z przeprowadzonych badań istotne dla praktyki psychoedukacji, poradnictwa i terapii osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w intymnej sferze życia. Całość pracy zamyka zakończenie, w którym wykazano implikacje prowadzonych analiz dla kolejnych inicjatyw badawczych.

ROZDZIAŁ I. ROLA SEKSUALNOŚCI W OSIĄGANIU DOJRZAŁOŚCI BIOPSYCHOSPOŁECZEJ

1. Uwarunkowania ludzkiej aktywności (w sferze intymnej)

Człowiek realizuje określone zadania, determinowane biegiem rozwoju życia, których końcowy efekt zależy od wielu czynników. Niektóre z nich to sposób postrzegania i ocena siebie, posiadana wiedza czy otrzymana edukacja i poziom przystosowania. Przyczyny ludzkiego zachowania znajdują się w kręgu zainteresowań nauk społecznych, w szczególności psychologii, stąd obecność licznych nurtów teoretycznych opisujących omawiane zjawisko (Oleś, 2017).

Wyjaśniając prawidłowości funkcjonowania młodego człowieka, który w momencie narodzin stracił pełną sprawność organizmu konieczne jest spojrzenie na zjawisko z szerszej perspektywy. Jako szczególnie istotna jawi się sfera psychoseksualna, która zajmuje obok osiągnięcia niezależności materialnej i samorealizacji kluczowy obszar rozwoju w okresie wczesnej dorosłości (Brzezińska, Kaczan, 2010). Zarówno wybór sposobu realizacji aktywności seksualnej, jak postrzeganie siebie oraz własnej seksualności jest wiodące z perspektywy osób z niepełnosprawnością doświadczających licznych trudności w intymnej sferze życia (Czapla, Otrębski, 2014; 2015; 2018). Chęć wyjaśnienia sposobów realizacji zadań rozwojowych przez młodego człowieka z niepełnosprawnością doprowadziła autorkę projektu do wyróżnienia determinantów związanych z ludzką seksualnością: wiedzy o seksualności, edukacji psychoseksualnej i koncepcji własnej seksualności. Ponadto uwzględniono możliwości przystosowania się do wymagań społeczeństwa i życia

codziennego, czyli poziom umiejętności adaptacyjnych. Następnie podjęto próbę teoretycznego uzasadnienia dokonanego wyboru z perspektywy koncepcji psychologicznych wyjaśniających ludzkie działanie.

W podstawowych koncepcjach teoretycznych w psychologii przybliżano liczne sposoby wyjaśniania uwarunkowań zachowania człowieka (Oleś, 2009). Prekursorem jest Freud (2010) i jego teoria psychoanalizy zgodnie z którą człowiekiem steruje nieświadomość pozbawiona kontroli. Popędy, inaczej instynkty warunkują działanie jednostki. „Thanatos” jest siłą skierowaną do wewnątrz prowadzącą do samounicestwienia się człowieka przez walkę, agresję, destrukcję oraz zachowania sadystyczne i masochistyczne z kolei libido - popęd życia (seksualny) kieruje człowieka ku życiu i prokreacji. Psychoanaliza sprowadza ludzkie życie do walki pomiędzy chęcią życia a śmiercią. Freud skupiając się wokół funkcjonowania seksualnego w swojej teorii stworzył własną konceptualizację rozwoju psychoseksualnego opartą o nieświadomość, składającą się z następujących faz: oralna, analna, falliczna, latencji i genitalna (Freud, 2010). Koncentruje się ona przede wszystkim wokół sfery popędowej nie uwzględniając potrzeb i uczuć wyższych człowieka (Oleś, 2017).

Behawioryzm podobnie jak Freud (2010) dostrzega istnienie pewnej siły jako przyczyny ludzkiej aktywności, ale inaczej niż w psychoanalizie traktuje ją w sposób obiektywny. Popęd, o którym mowa to „...siła oddziaływania czynnika negatywnego przed którym osoba chce się uchronić bądź wielkość deficytu jakiegoś ważnego dla człowieka czynnika pozytywnego do którego dąży” (Łukaszewski, 2017, s. 169). Według behawiorystów pojawienie się popędu nie doprowadzi do podjęcia przez osobę działania, jeśli nieobecny jest obiekt, który może zmniejszyć jego [popędu] wielkość oraz wzmocnienie o charakterze pozytywnym (nagroda) lub negatywnym (kara), podtrzymujące aktywność (Łukaszewski, 2017). Najbardziej radykalni behawioryści twierdzą, że predyktory ludzkiego działania tkwią całkowicie poza człowiekiem, jest ono warunkowane wyłącznie przez bodźce zewnętrzne, co uniemożliwia mu podejmowanie świadomych decyzji (bez działania czynników środowiskowych). Człowiek jest pozbawiony samodzielności i sprawczości we własnym działaniu, postrzeganiu siebie oraz świata (Pervin, 2002).

Pewnej analogii do behawioryzmu można dopatrywać się w socjobiologii opartej na wytworach ewolucji. Nurt ten głosi, że motywy działania człowieka nie są jego indywidualnym osiągnięciem, a tylko efektem istniejącego i sterującego losami ludzi doboru naturalnego w toku transformacji (Buss, 2001). Ludzką aktywność sprowadza się do umiejętności adaptacyjnych i przetrwania w zaistniałych i dynamicznie zmieniających się warunkach. Człowiek postrzega siebie w kategoriach użyteczności i efektywności posiadanych cech. Przetrwanie możliwe jest dzięki ukształtowaniu odpowiednich umiejętności przystosowawczych. Miarą podejmowania aktywności życiowej i realizacji zadań rozwojowych jest poziom przystosowania jednostki (Oleś, 2009).

Całkowite przeciwieństwo w postrzeganiu człowieka i jego aktywności prezentuje nurt psychologii humanistycznej. Zgodnie z jej twórcami każdy realizuje osobiste plany oraz cele. Dostrzega się rolę systemu wartości, indywidualnych pragnień, czy dążenie do samorozwoju warunkowane zaspokajaniem odpowiednio zhierarchizowanych potrzeb psychicznych (Oleś, 2017). W kontraście do behawioryzmu i socjobiologii podkreśla tu się znaczenie psychiki dzięki, której ludzie są całkowicie wewnątrzsterowni. Warto zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu obecny jest nurt seksuologii humanistycznej, która dostrzega znaczenie systemu wartości jednostki w podejmowaniu decyzji o sposobie realizacji życia seksualnego oraz potrzebie wyrażenia siebie przez odpowiednie zachowania jako osoby płciowej (Izdebski, 2012).

Wyjaśniając uwarunkowania funkcjonowania człowieka należy przedstawić także stanowisko psychologii poznawczej. Podobnie jak psychologia humanistyczna ujawnia ona znaczenie wewnętrznych cech jednostki, ale zaznacza rolę procesów poznawczych, między innymi: posiadanej wiedzy oraz mechanizmów przetwarzania informacji (Oleś, 2009; Łukaszewski, 2017). Człowiek podejmuje świadome decyzje i działania kontrolowane dzięki posiadanej przez niego wiedzy. Według Campbell (2002) na sposób postrzegania własnej osoby (konceptję siebie) składają się samowiedza (komponent poznawczy) oraz samoocena (komponent ewaluatywny, emocjonalny).

Spoleczne teorie uczenia się jako połączenie behawioryzmu oraz koncepcji poznawczych odchodzą od skrajnych poglądów tych pierwszych na rzecz ujawnienia

kontekstu społecznego i sytuacyjnego w procesach zdobywania wiedzy. Osobiste przekonania o sobie i własnej aktywności oraz chęć działania są całkowicie świadome, a człowiek uczy się przez modelowanie, obserwując znaczące osoby w najbliższym otoczeniu (Oleś, 2017). Podkreślana jest rola uczenia się, czyli edukacji, która powinna być prowadzona w sposób angażujący procesy koncentracji uwagi oraz pamięć. W teorii społecznego uczenia się zauważa się znaczenie poczucia własnej skuteczności będącego swoistym wzmocnieniem. Jednostka zauważając, że podejmowane przez nią działania przynoszą oczekiwany i pożądaną efekt oraz dostarczają aprobaty społecznej będzie dążyła do jego kontynuowania i podtrzymania (Wojciszke, Cieślak, 2014; Wojciszke, 2019).

W literaturze przedmiotu wiadoczną jest różnorodność w postrzeganiu przyczynowości ludzkiej aktywności. Tym samym dostrzeżono rolę edukacji psychoseksualnej, wiedzy o seksualności, koncepcji własnej seksualności i poziomu przystosowania w drodze do osiągnięcia pełnej dojrzałości biopsychospołecznej.

2. Dojrzałość przejawem realizacji zadań rozwojowych wczesnej dorosłości

We współczesnych nurtach nauk społecznych obecne są dwa przeciwstawne podejścia do procesów rozwoju człowieka w biegu życia: mechanistyczne oraz organizmiczne. Z perspektywy niniejszej rozprawy bardziej trafne jest drugie podejście zaproponowane przez Brzezińską (2000) zakładające zmiany w strukturach organizmu, zarówno psychicznych, jak i biologicznych, dające początek nowym zachowaniom człowieka. W ramach ujęcia organizmicznego wyróżniono koncepcję naturalistyczną i kontekstualną, gdzie druga z nich jest znacząca z perspektywy prowadzonych przez autorkę niniejszej rozprawy badań. Zakłada ona, że źródłem zmian podmiotu, czyli rozwoju jest jego aktywność podejmowana w efekcie interakcji między stymulacją środowiska (czynniki egzogenne) a poziomem dojrzałości jednostki (czynniki endogenne) (Szczurek-Boruta, 2007). Nie można zatem obserwować zmian rozwojowych, a jedynie wnioskować o nich na podstawie zachowania jednostki (Brzezińska, 2000). W konsekwencji przyjętego sposobu ujmowania zjawiska

posłużono się definicją zadań rozwojowych zaproponowaną przez Havighursta (1948) rozumianych jako zdarzenia pojawiające się w określonych etapach życia człowieka, których realizacja pozwala na zdrowy i satysfakcjonujący wzrost w danym społeczeństwie (za: Becelewska, 2006, s. 201). Co ważne na każdym etapie życia jednostka poddaje się działaniu zegara biologicznego prowadzącego do odczuwania ze strony zmieniającego się ciała presji biologicznej oraz zegara społecznego, skutkującego obecnością oczekiwań społecznych względem jednostki. Nie bez znaczenia pozostaje również życie psychiczne i oczekiwania, pragnienia oraz plany, które człowiek sam na siebie nakłada (Brzezińska, 2000). Okresem, w którym następuje kumulacja wymagań na każdym poziomie, związana z zadaniem osiągnięcia pełnej niezależności, jest okres wkraczania w dorosłe życie i wczesna dorosłość.

Dorosłością określa się fazę życia, w którą człowiek wkracza po gwałtownych zmianach rozwojowych prowadzących do osiągnięcia dojrzałości biologicznej, a w dalszej perspektywie niezależności i odpowiedzialności w życiu społeczno-zawodowym. Budowanie relacji interpersonalnych w tym czasie, przede wszystkim relacji intymnej prowadzi do decyzji o podjęciu aktywności seksualnej, a w efekcie rozwoju sfery psychoseksualnej oraz osiąganiu dojrzałości psychoseksualnej. Wyraża się ona w zdolności do prokreacji oraz odpowiedzialnego podejmowania ról społecznych związanych z zakładaniem rodziny oraz rodzicielstwem (Gurba, 2000; Lubrańska, 2018). Kluczowe dla pełnego samostanowienia są także dojrzałość biologiczna i społeczna, wyrażane rozpoczęciem i rozwijaniem aktywności zawodowej, autonomicznym kierowaniem własnym życiem oraz samodzielnością w planowaniu wolnego czasu i wyborze zainteresowań. Dojrzewanie do dorosłości wymaga zatem wysiłku w dążeniu do odpowiedzialności i niezależności od innych, które zapoczątkowane jest budowaniem przez młodych ludzi poczucia tożsamości, czyli zrozumienia istoty własnej podmiotowości (Witkowski, 2009; Palus, 2010).

2.1. Zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości

Okres wczesnej dorosłości to osiągnięcie biopsychospołecznej dojrzałości przez człowieka. Niektóre z jej wymiarów osiąga się już na etapie adolescencji. Szczególnie dotyczy to dojrzałości na poziomie biologicznym, w zakresie pierwszo- i drugorzędowych cech płciowych, ale również dojrzałości poznawczej (Czapla, Otrębski, 2018). Piaget (2006 s. 70) podkreśla zachodzący wówczas proces rozumienia i prawidłowego interpretowania oraz wyrażania pojęć abstrakcyjnych: miłość, intymność, zaufanie. Dojrzałość poznawcza zapewnia młodemu człowiekowi wkraczającemu w dorosłość umiejętność inicjowania i podtrzymywania relacji interpersonalnych, w tym relacji intymnej (Malina, 2014).

Obecnie dostrzega się trudności w wyznaczeniu dokładnych ram czasowych wczesnej dorosłości. Wspólne naukowcom zajmującym się psychologią rozwoju człowieka jest to, że przypada ona przede wszystkim na trzecią dekadę życia, natomiast jej początek trudno jednoznacznie określić (Levinson, 1985; Brzezińska, 2000; 2017; Erikson, 2004; Lubrańska, 2018). Harwas-Napierała oraz Trempała (2000, s. 15) upatrują przyczyn niemożności jednoznacznego zamknięcia w sztywne ramy czasowe poszczególnych okresów dorosłości w mnogości kierunków oraz plastyczności realizacji poszczególnych zadań przez osoby dorosłe.

Ponadto w pracach niektórych naukowców, w odpowiedzi na opisane trudności wyodrębniono dodatkowy okres rozwojowy między adolescencją a wczesną dorosłością zwany dorosłością wylaniającą się. Przypada on na okres między 18 a 22 rokiem życia, obejmując pierwszych kilka lat po zakończeniu obowiązkowej edukacji szkolnej, uwzględniając czas studiów (Arnett, 2006). Wówczas jedne zadania rozwojowe dorosłości są podejmowane częściej – aktywność seksualna, nawiązywanie bliskich relacji intymnych, rozwój pasji oraz sposobów spędzania wolnego czasu, a inne rzadziej lub są całkowicie nieobecne – zakładanie rodziny, posiadanie potomstwa, rozpoczynanie aktywności zawodowej (Wysocka, 2013).

W konsekwencji pełne wkroczenie w dorosłe życie przesuwają się a realizacja typowych dla tego okresu zadań rozwojowych następuje najwcześniej po 20-22 roku

życia (Malina, 2014). Zdaniem specjalistów opisany okres życia jest wyjątkowo zindywidualizowany i niejednorodny ze względu na wysoką zależność od postaw, wartości, preferencji oraz świadomości jednostki (Sińczucha, 2001). Jest to najbardziej aktywny czas w życiu dorosłego człowieka skutkujący podejmowaniem najważniejszych życiowych decyzji oraz ustalaniem swojego miejsca w społeczeństwie (Cynowska, 2010).

Erikson (2004), Havighurst (1948, za: Brzezińska, 2000, s. 189) czy Levinson (1985; za: Wojciechowska, 2005, s. 469), zgodnie zauważają istotność pierwszej fazy dorosłości dla całego późniejszego życia człowieka, ze względu na kluczowe zadania realizowane w tym okresie. Zadania rozwojowe, które człowiek podejmuje to zdarzenia pojawiające się w danym okresie życia, których realizacja skutkuje poczuciem szczęścia oraz podnosi prawdopodobieństwo powodzenia w wydarzeniach następujących w późniejszych okresach życia. Brak ich realizacji prowadzi do poczucia nieszczęścia, wzbudza dezaprobatę społeczną oraz uniemożliwia dalszy rozwój jednostki (Havighurst, 1948; za: Rubacha, 2001, s. 21).

Erikson (2004, s. 56) jednoznacznie wskazuje konieczność rozwiązania przez młodego człowieka w szóstym stadium rozwoju konfliktu intymność/izolacja, gdzie podstawowym zadaniem egzystencjalnym jest stworzenie intymnej relacji. Wchodząc w związek jednostka staje się odpowiedzialna za partnera, dąży go zaufaniem mimo lęku przed odrzuceniem oraz zatraceniem własnej odrębności i tożsamości. Jest to możliwe dzięki zaangażowaniu, trosce oraz akceptacji (Erikson 2004).

Zdaniem Havighursta (1948 za: Brzezińska, Trempała, 2000 s. 89 - 112; Becelewska, 2006, s. 221) wypełnianie zadań rozwojowych stawianych przed człowiekiem przez wymagania społeczne skutkujące podejmowaniem nowych ról społecznych stanowi zasadniczą treść okresów rozwojowych w życiu człowieka. We wczesnej dorosłości zadania te koncentrują się przede wszystkim wokół:

1. budowania trwałego związku i nauki współżycia z partnerem
2. założenia rodziny, posiadania i wychowywania potomstwa
3. podjęcia satysfakcjonującej pracy zawodowej; niezależności i stabilizacji finansowej

4. znalezienia pokrewnej grupy społecznej, przyjmowania postawy odpowiedzialności obywatelskiej.

W porównaniu do Eriskona (2004) patrzy on na młodego człowieka z szerszej perspektywy dostrzegając znaczenie nie tylko relacji interpersonalnych, ale szerokie ujęcie jego aktywności w społeczeństwie.

Z kolei Levinson (1985) zwraca uwagę na obecność trzech następujących po sobie etapów wczesnej dorosłości przebiegających począwszy od wchodzenia w nowe dla jednostki role społeczne, przez poszukiwanie własnego specyficznego sposobu ich pełnienia na stabilizacji w zakresie własnego miejsca w społeczeństwie kończąc (za: Wojciechowka, 2005, s. 469). Podobnie jak Havighurst (1948 za: Brzezińska, Trempała, 2000, s. 93) wyłonił on zadania rozwojowe charakterystyczne dla tego okresu warunkowane wpływem szeregu czynników o charakterze biopsychospołecznym na życie jednostki. Wśród nich obecne są te, na które zwrócił uwagę Havighurst (1948 za: Brzezińska, Trempała, 2000, s. 93) związane z poszukiwaniem partnera życiowego oraz realizacją życia zawodowego. Poza tym Levinson (1985) zwraca uwagę na kluczową rolę zaangażowania jednostki w życie społeczne, dzięki potrzebie ustalenia własnego miejsca w jego strukturze, poszukiwaniem wzorca osobowego w świecie osób dorosłych oraz wyznaczanie dla siebie zasadniczego celu życiowego (za: Cynowska, 2010, s. 153).

Natomiast Sińczuch (2001) podkreśla, że w procesie stawania się osobą dorosłą biorą udział procesy o dwojakim charakterze: stopniowa realizacja aktywności zewnętrznych oraz poszerzanie kompetencji psychicznych przez młodego człowieka. Wyróżnia on, podobnie jak poprzednicy sfery rozwoju człowieka w tym okresie: pracę zawodową, związki, małżeństwo, rodzinę oraz życie codzienne, w tym sfera materialna. Ponadto koncentruje się on wokół postaw prezentowanych najczęściej przez młodych ludzi. Wśród nich najbardziej adekwatna jest postawa pełnej stabilizacji, gdzie typowy reprezentant posiada własną rodzinę, miejsce zamieszkania i stałą pracę umożliwiającą utrzymanie (Cynowska, 2010). Postawa “w pół kroku do dorosłości”, kiedy młody człowiek wyprowadza się do samodzielnego wynajmowanego mieszkania, co najczęściej wiąże się z kontynuowaniem nauki oraz preferuje rozrywkowy styl życia

podkreślając znaczenie wolności we własnym życiu, z kolei przedstawiciel modelu “raczej jeszcze poczekam” nadal mieszka z rodzicami, a jeśli pracuje pieniądze przeznacza na własne wydatki i potrzeby, czy młody człowiek w modelu “na bocznym torze”, który jest całkowicie uzależniony od pomocy rodziców i zdominowany niekorzystnym wpływem warunków zewnętrznych (Sińczuch, 2001, s.237 - 240). Każdy z wymienionych modeli ukazuje sposób funkcjonowania osób wkraczających w dorosłe życie, gdzie ostatni najbardziej przystaje do osób z wrodzoną niepełnosprawnością, którzy mierzą się z szeregiem czynników utrudniających swobodne wejście w dorosłe życie.

Przywołani naukowcy wskazują na intymność i prokreację jako istotne obszary życia człowieka w okresie wczesnej dorosłości. Ponadto osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej objawiającej się świadomym, odpowiedzialnym i w pełni dobrowolnym podjęciem decyzji o wyborze drogi realizacji własnej seksualności pozwala na realizację zadań rozwojowych następujących później, odpowiednio w okresie średniej i późnej dorosłości (Lew-Starowicz, 2001; Marcinek i inni, 2011). Faza wczesnej dorosłości jest zatem pierwszą z trzech przypisanych do dorosłego okresu życia człowieka a jej koniec przypada według różnych autorów na 35–40 r. ż. wiążąc się z posiadaniem potomstwa czy stabilizacją w sferze zawodowej (Erikson, 2004; Szlendak, 2008; Witkowski, 2009).

Konkludując wczesna dorosłość w aspekcie psychospołecznym jest zwieńczeniem obecnego w okresie dorosłości wyłaniającej się poszukiwania i zaangażowania młodej osoby w relację intymną. Stanowi dojrzałą kontynuację lokowania własnych uczuć, wysiłków i zainteresowań partnerem kosztem relacji z rodzicami i rówieśnikami. To etap podejmowania pierwszych ważnych decyzji życiowych, usamodzielnienia się emocjonalnego i finansowego względem rodziców oraz stabilizacji tożsamości „ego” czy humanizacja wartości (Szlendak, 2008; Mynarska, Matysiak, Rybińska, 2014; Mynarska, Styrc, 2014; Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2015). Seksualność odgrywa tu ważną rolę, ale dopiero zaangażowanie w określone zachowania oraz gotowość na ich pojawienie się pozwala na podejmowanie kolejnych szczebli rozwoju. Poczucie punktualności zadań rozwojowych o którym

mowa to subiektywne poczucie pełnego przygotowania do zdarzeń życiowych adekwatnych do wieku rozwojowego jednostki. Zatem młodzi rozpoczynający dorosłe życie to grupa osób o wyraźnym potencjale rozwojowym, którzy pomimo sposobności sprostanawymaganiom stawianym przez społeczeństwo napotykają trudności w zakresie poruszania się w nowej dla nich rzeczywistości z powodu braku wspomnianej gotowości (Cynowska, 2010).

2.2. Poczucie punktualności realizacji zadań rozwojowych – charakterystyka i pomiar zjawiska

Subiektywna ocena wymagań stawianych młodemu człowiekowi przez społeczeństwo jako przekraczających jego aktualne możliwości psychofizyczne jest zjawiskiem powszechnie obserwowanym. Co ważne nie jest to rezultat zwiększenia wymagań wobec osób wkraczających w dorosłość, a odwrotnie, efekt zmniejszenia możliwości i odporności psychicznej młodego człowieka. Obecnie młodzi ludzie wykazują brak zaangażowania w role charakterystyczne dla osób dorosłych, niemożność osiągnięcia autonomii finansowej i emocjonalnej, co silnie wiąże się ze wspomnianym opóźniającym się znacznie wypracowywaniem autonomicznego sposobu realizowania ról oraz osiągania życiowej stabilizacji przez osoby u progu dorosłości (Wojciechowska, 2004; Brzezińska, 2017). Obserwowane wydłużanie się czasu wkraczania w dorosłość oraz w kontraście konieczność realizacji przez młodego człowieka odpowiedzialnych zobowiązań czy debiutowania w ważnych życiowo rolach (małżonka, rodzica, pracownika), stanowią często podmiot aktualnie realizowanych badań naukowych (Brzezińska, Kaczan, 2010; Malina, 2014, 2015). Z punktu widzenia psychologii rozwojowej zobowiązania te ściśle odpowiadają umiejętności dostrzegania i podejmowania zdarzeń życiowych, których normatywność określa zegar biologiczny i społeczny (Brzezińska, Syska, 2016). Osiągnięcia rozwojowe odpowiednie dla danego okresu życia człowieka wyznaczają czynniki takie jak biologia, psychika czy społeczeństwo i wymagania stawiane przez nie jednostce (Brzezińska, 2005). Pojawienie się zdarzenia w określonym punkcie życia człowieka warunkuje wiedza o

tym, kiedy zdarza się ono zdecydowanej większości ludzi (np. między 12 a 18 miesiącem życia większość dzieci zaczyna samodzielnie się przemieszczać). W ten sposób wyznacza się zakres czasu w obrębie którego należy osiągnąć daną umiejętność (Brzezińska, Kaczan, 2010).

Zdaniem naukowców związanych z badaniem rozwoju człowieka w biegu życia określenie zadań charakterystycznych dla danego okresu warunkują czynniki takie jak zmiany hormonalne, proces starzenia się, choroby związane z wiekiem, ale również normy i obyczaje społeczne czy indywidualne potrzeby i predyspozycje jednostki. Zatem postrzeganie konkretnych wydarzeń jako oczekiwanych, właściwych z perspektywy jednostki bądź jako niechcianych, odbywających się w nieodpowiednim czasie zależy od powyższych czynników (Oleś, 2009; Brzezińska, 2017). Życie w dynamicznie zmieniającym się świecie generującym szereg oczekiwań oraz globalizacja i postęp technologiczny mogą znacząco utrudniać podjęcie aktywności zawodowej i usamodzielnienie się, a w dalszej perspektywie realizację innych zadań rozwojowych wczesnej dorosłości. Zróżnicowanie w zakresie podejmowania określonych ról i ścieżek życiowych przy konieczności rezygnacji z rozwijania wielu sfer jednocześnie prowadzi do procesu zindywidualizowania biegu życia (Buhl, Lanz, 2007; Lanz, Tagliabue, 2007; Macek, Bejcek, Vaničková, 2007).

Zanim przeprowadzona zostanie szczegółowa charakterystyka poczucia punktualności warto zwrócić uwagę na istotne rozróżnienie między zdarzeniami i zadaniami rozwojowymi. Te pierwsze odnoszą się do wyselekcjonowanych sytuacji bądź ciągów sytuacji życiowych, wymagających od osoby konkretnego zachowania, adekwatnego do wydarzenia. Wybór sposobu odpowiedzi na sytuację ściśle związany z posiadanymi przez jednostkę zasobami prowadzi do nabycia nowych kompetencji, jeśli stanowi wyzwanie bądź skorzystania z zasobów otoczenia, kiedy te osobiste są niewystarczające. Tylko w pierwszym z przedstawionych rozwiązań mamy do czynienia z zadaniem rozwojowym, czyli sytuacją sprzyjającą nabywaniu nowych kompetencji przez jednostkę (Brzezińska, Kaczan, 2011). Zatem podniesienie wieku realizacji niektórych ról społecznych – zawodowych/rodzicielskich oraz wydłużający się okres edukacji w znacznej mierze wpływają na ocenę pojawiających się zdarzeń

życiowych (pełniących rolę zadań rozwojowych) przez jednostkę jako punktualnych/niepunktualnych (Bee, 2004).

Zdarzenia (zadania rozwojowe) punktualne to te, którym towarzyszy wewnętrzne przekonanie doświadczającej ich jednostki o pojawieniu się ich w odpowiednim dla niej czasie (Brzezińska, Kaczan, 2010). Oceny każdy dokonuje porównując swoje życie i doświadczenia z przebiegiem życia innych w tym samym wieku (Krings i in., 2008). Wydarzenia czasowo tożsame z terminem pojawienia się ich w życiu rówieśników uznaje się najczęściej za punktualne, natomiast te rozbieżne za dziejące się w nieodpowiednim dla nas momencie (Brzezińska, Kaczan, 2010).

Kluczowe znaczenie w ocenie wydarzeń jako punktualne/niepunktualne ma przede wszystkim subiektywna ocena jednostki, specyficzna każdemu człowiekowi niezależnie od sytuacji. Zadania niepunktualne ocenia się w oparciu o ich temporalny charakter - pojawienie się zdarzenia znacząco wcześniej lub później w porównaniu do przedstawicieli grupy odniesienia (grupy rówieśniczej) (Brzezińska, Kaczan, 2010).

Przedstawione zjawisko poczucia punktualności zadań rozwojowych podkreśla znaczenie prawidłowego rozwoju człowieka w jego subiektywnym wymiarze, wewnętrznym przekonaniu jednostki o gotowości na dane wydarzenie życiowe. Analiza literatury przedmiotu jednoznacznie wskazuje, iż omawiany koncept jest zjawiskiem, któremu nie poświęcono dostatecznie dużo miejsca w literaturze. Zdecydowanie częściej w kontekście czasu i jego oceny odnoszono się do pojęcia orientacji, perspektywy temporalnej czy orientacji temporalnej (Lombranz, Shmotkin, Vardi, 1991; Sejits, 1998; Bajcar, 2002). Dopiero Brzezińska i Kaczan (2010) stworzyli metodę służącą badaniu poczucia punktualności zdarzeń życiowych/zadań rozwojowych dorosłości odpowiadających trzem fazom tego okresu. Próbę stworzenia kwestionariusza realizacji zadań rozwojowych podjęła w ostatnim czasie również Zadworna-Cieślak (2017), jednak skoncentrowała swoje zainteresowania wokół osób w okresie późnej dorosłości. Na temat zjawiska doświadczania zdarzeń życiowych oraz subiektywnej ich oceny odnoszono się w literaturze również w badaniach Maliny (2014, 2015), która powołuje się na konstrukt zwany satysfakcją z osiągnięcia zadań rozwojowych przez młodego człowieka. Autorka stworzyła metodę opartą na zadaniach

rozwojowych okresu wczesnej dorosłości wyróżnionych przez Havighursta (1948, za: Becelewska, 2006, s. 221) rozumianych jako trudność, z którą mierzy się każdy człowiek w danym okresie życia. Pozytywne rozwiązanie powoduje szczęście i zadowolenie, natomiast niepowodzenia w realizacji zadań rozwojowych czynią człowieka nieszczęśliwym i tworzą deficyty w radzeniu sobie z innymi wymaganiami. W okresie wczesnej dorosłości należą do nich: wybór partnera życiowego/współmałżonka oraz nauka wspólnego życia z nim, założenie rodziny oraz posiadanie i wychowywanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczęcie pracy zawodowej, podjęcie obowiązków obywatelskich i znalezienie pokrewnej grupy społecznej (Gurba, 2005). Badanie satysfakcji prowadzono przez zadanie badanemu pytania wprost o jego zadowolenie z realizacji poszczególnych zadań. Zadaniem odbiorców było określenie osobistej satysfakcji z realizacji zadań okresu wczesnej dorosłości na pięciostopniowej skali (Malina, 2015). Taki sposób oceny pozwalał na diagnozę poziomu satysfakcji, co w pewnym stopniu odpowiadało sposobowi pomiaru poczucia punktualności zdarzeń życiowych, choć badani częściej odnosili swoje życie do innych a nie jedynie do własnej oceny doświadczanych zdarzeń.

Jak można zauważyć poczucie punktualności jest konstruktem, które nie posiada jeszcze długiej historii badawczej, jednak okres dorosłości zwłaszcza wczesnej i późnej ze względu na dynamiczne przemiany społeczno-kulturowe budzi zainteresowanie naukowców. Ta pierwsza grupa pozostaje w przedmiocie zainteresowań autorki rozprawy ze względu na dynamiczny proces osiągania dojrzałości psychoseksualnej przez jednostkę w tym czasie.

3. Dojrzałość psychoseksualna – wyznacznik wkraczania w dorosłość

Osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej jako jeden z wymiarów dojrzałości biopsychospołecznej określa się jako zadanie okresu wczesnej dorosłości. Co znamienne przemiany społeczno-kulturowe oraz opóźniający się wiek wkraczania w dorosłość doprowadziły do stworzenia diagnostycznej kategorii zaburzenia „niedojrzałości psychoseksualnej” rozumianej jako niezdolność do prawidłowego pełnienia roli seksualnej przez dorosłego człowieka (Marcinek, Brzeska, Kopała, Peda, Szumski, 2011). W celu uniknięcia wystąpienia opisanego zjawiska, zwłaszcza u osób z wrodzoną niepełnosprawnością u których dostęp możliwości swobodnego wkraczania w dorosłe życie może być utrudniony, należy rozważyć istotność opisanych poniżej warunków ukształtowania dojrzałości psychoseksualnej przez młodego człowieka.

3.1. Uwarunkowania dojrzałości psychoseksualnej

Osiągnięcie dojrzałości zależy zarówno od czynników psychologicznych, jak biologicznych. Fizjologia stanowi podstawę prawidłowego rozwoju psychicznego oraz społecznego. Obok cech biologicznych decydujących o przynależności do płci biologicznej, przede wszystkim możliwości funkcjonalne człowieka wyznaczają aktywność seksualną jaką podejmuje jednostka w dorosłym życiu. Zarówno sposobność nawiązania intymnych relacji seksualnych, jak zaistnienie aktu fizycznego są determinowane poziomem sprawności organizmu (Czapla, Otrębski, 2015; 2018).

Dojrzałe funkcjonowanie w sferze seksualnej warunkują także prawidłowo przebiegające procesy neurofizjologiczne. Współdziałanie układu nerwowego i hormonalnego oddziałuje na funkcjonowanie całego organizmu, także w sferze seksualnej (Imieliński, 1984). Kora mózgowa sprawuje kontrolę nad powstawaniem oraz przetwarzaniem i hamowaniem reakcji seksualnych powstających w rezultacie działających na człowieka bodźców (Imieliński, 1984). Natomiast obszary podkorowe w tym układ limbiczny regulują te procesy w fazie snu oraz czuwania. W przypadku osób u których kora mózgowa nie jest dostatecznie rozwinięta seksualnością kierują

mechanizmy podkorowe powodując, iż w zachowaniu człowieka przeważają reakcje popędowe a niewiele jest zachowań przemyślanych i opartych o poprawne rozumowanie (Vetulani, Mazurek, 2018).

Czynnikiem psychologicznym wpływającym na życie seksualne jest ukształtowane poczucie tożsamości płciowej, determinujące definiowanie siebie jako kobieta/mężczyzna. Daje ono początek zaangażowania się w relacje seksualne oraz podejmowania określonych zachowań seksualnych (Nowak, Gawęda, Janas-Kozik, 2010). Także dojrzałość emocjonalna w znaczący sposób reguluje dojrzałość psychoseksualną. Osoba dojrzała emocjonalnie kieruje się w życiu uczuciami wyższymi zwróconymi na drugiego człowieka takimi jak miłość, zrozumienie, zaangażowanie, co umożliwia nawiązywanie bliskich relacji z drugim człowiekiem opartych na szacunku i miłości. Ponadto potrafi kontrolować negatywne emocje, świadomie je wyrażać niezależnie od wpływów i nacisków otoczenia oraz dążyć do rozwoju osobowości, umiejętności racjonalnej oceny rzeczywistości czy przystosowania się do życia w społeczeństwie (Machaj i inni, 2010).

Na rozwój dojrzałości psychoseksualnej wpływa rozumienie i prawidłowe zaspokajanie potrzeb seksualnych, ukierunkowujących człowieka na podjęcie aktywności seksualnej. Te podlegają trzem następującym po sobie procesom – konkretyzacji, mentalizacji oraz socjalizacji. Uświadamianie potrzeb seksualnych przebiega w adolescencji i umożliwia prawidłowe funkcjonowanie psychoseksualne w dorosłym życiu (Czapla, Otrębski, 2014, 2018). Konkretyzacja potrzeby seksualnej polega na uczeniu się form zaspokajania jej w sposób satysfakcjonujący przy rezygnacji z zachowań nieefektywnych. Na podwalinie konkretyzacji rozwija się mentalizacja umożliwiająca rozpoznawanie i interpretację odczuwanego napięcia jako seksualne, identyfikację jego źródła i przyczyny oraz umiejętność jego skutecznej redukcji. Socjalizacja potrzeby seksualnej ściśle koresponduje z zasadami, wartościami i normami społecznymi skutkując podporządkowaniem sposobu realizacji życia seksualnego obowiązującym normom (Lew-Starowicz, 2001; Beisert, 2007). Wreszcie o dojrzałości psychoseksualnej świadczy wybór podejmowanych zachowań seksualnych. Podstawowa klasyfikacja jaką tworzą badacze dotyczy zachowań autoerotycznych i

zachowań seksualnych w kontakcie z drugim człowiekiem przy czym wstępują zachowania jednostronne, kiedy jednostka dąży do osiągnięcia własnej satysfakcji oraz interakcyjne (wzajemne) – kiedy ukierunkowuje się na doświadczenie przyjemności przez obu partnerów. To zachowania seksualne ukierunkowane na drugiego człowieka charakteryzujące się wzajemnością świadczą o najwyższym poziomie dojrzałości psychoseksualnej (Gapik, 2006).

Niewątpliwie na rozwój dojrzałości psychoseksualnej zasadniczy wpływ ma środowisko dorastania. Rodzice na zasadzie modelowania przekazują dzieciom postawy wobec seksualności i system wartości z nią związany. Kształtują nabywanie umiejętności wyrażania uczuć, nieodzowne w trakcie budowania bliskiej relacji z drugim człowiekiem oraz realizacji życia seksualnego (Długołęcka, Lew-Starowicz, 2006). Środowisko szkolne czyli rówieśnicy i otrzymana w tematyce seksualności edukacja także oddziałują na młodego człowieka w kontekście realizacji zadań rozwojowych w dorosłym życiu, w tym związanych z życiem seksualnym.

Podsumowując seksualność jak już wspomniano stanowi ważny aspekt życia człowieka, zwłaszcza w pierwszym etapie jego dorosłego życia. Jako zjawisko wieloaspektowe rozwija się dzięki wpływom szeregu czynników biopsychospołecznych.

3.2. Wielowymiarowe ujęcie seksualności

Analiza literatury przedmiotu ukazuje, iż rozumienie seksualności w nauce nadal bywa rozproszone, a w kontekście wybranych grup społecznych niedostatecznie naukowo eksplorowane. Na początek warto poznać kluczowe z perspektywy omawianego zagadnienia rozróżnienia definicyjne wskazujące jednoznacznie na wielowymiarowość ludzkiej seksualności. Seksualność oraz edukacja (psycho-) seksualna będąca w kręgu zainteresowań naukowców nastrocza licznych trudności w kontekście poszukiwania korzeni historycznych wskazujących na genezę zainteresowania naukowego tematyką seksualności (Weeks, 2012). Seksuologia, dziedzina nauki, zajmująca się tym obszarem życia na przestrzeni lat utworzyła szereg

teorii dotyczących różnych sposobów ujmowania zjawiska, a wśród nich teorię strategii seksualności, esencjalizm i tolerancję niepewności czy teorię skryptów seksualnych (Bancroft, 2011). Pedagodzy koncentrują swoje działania wokół edukacji (psycho-) seksualnej, socjologowie zajmują się wpływami społecznymi i obrazem seksualności w społeczeństwie w obliczu przemian, natomiast lekarze skupiają się na dysfunkcjach narządów i funkcji seksualnych (Lew-Starowicz, Skrzypulec-Plinta, 2020). Również psychologia zajmująca się człowiekiem i jego zachowaniem na gruncie różnych nurtów teoretycznych odnajduje szereg prawidłowości wyjaśniających ludzką seksualność (Carroll, 2015).

Badacze koncentrując się na różnych wymiarach intymności dotrzymują elementy bardziej podstawowe, czyli fizjologiczne bądź skupiają się na strukturach wyższych – społecznych i psychicznych. W związku z tym pojawia się dylemat o zróżnicowanie seksualności „psychicznej i społecznej” od biologicznej traktowanej na gruncie medycyny i seksuologii. Wyjaśnień dostarczają obecne w literaturze próby zróżnicowania definicyjnego seksualności na seksualizm, erotyzm czy płciowość (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Obuchowska, Jaczewski, 2002; Lew-Starowicz 2003).

Obecne niekiedy przekonanie, że seksualność odnosi się do podejmowanej przez człowieka aktywności seksualnej warunkowanej ludzką popędością oraz działaniem substancji chemicznych, czyli hormonów sprowadza ją do seksualizmu (Bancroft, 2011). A ten Imieliński (1973; za: Kirenko, Lew-Starowicz, 2001, s. 17) traktuje jedynie jako składową większej całości jaką stanowi erotyzm obejmujący przeżycia seksualne rozgrywające się we wszystkich obszarach biopsychospolecznego życia jednostki. Ogranicza tym samym myślenie o seksualności do kontekstu medycznego dopatrując się nieprawidłowości w budowie oraz działaniu narządów płciowych wprowadzając tym samym przekonanie, iż ludzka seksualność jest pojęciem dużo szerszym o budowie hierarchicznej (Lew-Starowicz, 2001). Co ważne najbardziej podstawowym obszarem ludzkiego funkcjonowania jest fizjologia. Stąd przesłanki, że biologiczny model wyjaśniania seksualności jest bardziej trafny niż model społeczno-poznawczy (Bancroft, 2011).

Seksualność w biegu życia człowieka podlega szeregowi procesów rozwojowych pozwalających osiągnąć pełną dojrzałość w tej sferze. Rozwój seksualny, zwany też płciowym jest dodatkowo zróżnicowany przez płć, stanowiącą podstawowe ogniwo determinujące funkcjonowanie istoty cielesnej jaką jest człowiek (Dulko, Stankiewicz, 2009). W ujęciu biologicznym występuje płć biologiczna, która różnicuje ludzi na kobiety/mężczyzn i łączy się z procesem rozmnażania się. Określana jest na podstawie kryteriów: układów chromosomów płciowych, wewnętrznych cech rozrodczych, budowy zewnętrznych narządów płciowych, wyglądu zewnętrznego człowieka, czyli drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych, proporcji hormonów płciowych odmiennych dla przedstawicieli każdej z płci czy zróżnicowania budowy mózgowia (Dec-Piotrowska, Paprzycka, 2016a). Bycie kobietą/mężczyzną w wymiarze biologicznym poza rzadkimi wyjątkami jest jednoznaczne od momentu urodzenia się człowieka i każda osoba podlega rozwojowi płciowemu prowadzącemu do osiągnięcia dojrzałości płciowej, umożliwiającej posiadanie potomstwa (Gapik, 2006).

Zgodnie z przedstawionym modelem seksualności człowiek może się rozmnażać, a jego ciało ukształtowane jest tak, żeby dawało możliwość poczęcia i urodzenia potomstwa. W konsekwencji równie duży nacisk jak na prawidłowości rozwoju płciowego człowieka kładzie się na inny warunek rozmnażania, czyli popęd płciowy zwany potrzebą seksualną (Bordini, Rosenfield, Yu, 2013). Potrzeba seksualna często kojarzona z wyższymi, psychicznymi funkcjami człowieka w teoriach niektórych badaczy znajduje miejsce pośród najbardziej podstawowych i pierwotnych potrzeb fizjologicznych (Ostrowska, 2007). Rozumiana wówczas jako „...uwarunkowane biologicznie właściwości organizmu, które ujawniają się w dążeniu do osiągnięcia satysfakcji seksualnej drogą podjęcia odpowiednich czynności seksualnych w celu rozładowania okresowo pojawiającego się napięcia psychofizycznego” (Czapla, 2014; Czapla, Otrębski 2014). Efektem podjętych przez człowieka działań jest możliwość doznania przyjemności zmysłowych (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Woynarowska, 2008; 2010; Gapik, 2009; Oleś, 2009). Popęd seksualny według autorów zaliczających tę siłę do potrzeb fizjologicznych traktowany jest jako niezbędny do życia (Maslow, 1970; za: Oleś, 2018, s. 310) bądź jako niekonieczny dla ludzkiego istnienia

(Obuchowski, 2000). Punkt wspólny teorii wskazuje na ograniczenie potrzeby seksualnej do uzyskania przyjemności zmysłowych oraz spełnienia funkcji prokreacyjnej. Zapomina się o zapleczu psychicznym i społecznym omawianego konstruktów znajdującym odzwierciedlenie w postawach wobec własnego ciała, poczuciu atrakcyjności fizycznej oraz psychicznej, wchodzeniu w rolę zgodną z płcią, fascynacji płcią przeciwną czy systemie wartości odnoszących się do życia seksualnego (Lew-Starowicz, 2007).

W przeszłości podobne poglądy na temat seksualności obowiązywały w purytyzmie, gdzie aktywność seksualną ograniczano do poczęcia i narodzenia dziecka. W tych kręgach przyjemność seksualna była zakazana i uznawana za źródło zła, człowiek miał być oziębły i oschły wobec swojego partnera a w życiu obowiązywało zachowywanie wstrzemięźliwości oraz surowych zasad postępowania. Inną skrajnością były nurty eugeniczne nakazujące rodzenie zdrowych dzieci o pożądanym cechach oraz uniemożliwiający poczęcie potomstwa przez osoby niepełnosprawne, chore, niezamożne (Bartoszek, 2009). Tak surowe normy postępowania doprowadziły do powstania trendu utożsamiania ludzkiej seksualności z popędem płciowym i dążeniem do przyjemności seksualnej jako jedynej wartości z niej płynącej. Jego obecność dostrzega się w różnych dziedzinach nauki oraz aktualnej definicji autora jednego z podręczników o seksualności, w której nacisk kładzie się na aktywność seksualną będącą efektem pożądania ukierunkowaną na osiągnięcie orgazmu lub przynajmniej podniecenia, mającego dawać przyjemność fizyczną (zmysłową) (Bancroft, 2011, s. 19).

W aktywności każdego człowieka oprócz fizjologii znaczenie mają procesy psychiczne pozostające we wzajemnym związku z otoczeniem społecznym. Jako istotne jawi się to w obliczu seksualności, której realizacja wymaga nawiązywania relacji z drugim człowiekiem. Zanim jednostka wykształci umiejętność podejmowania i podtrzymywania bliskich relacji z ludźmi kluczowa jest umiejętność oceny siebie w kontekście własnej seksualności. Zjawisko umożliwiające postrzeganie siebie jako istotę seksualną to tożsamość płciowa, inaczej płeć psychiczna (Dulko, Stankiewicz, 2009). Termin oznaczający poczucie własnej płci w wymiarze społeczno-kulturowym

(Morrow, Messinger, 2006), pozwala na postrzeganie i odczuwanie własnej osoby jako kobietę/mężczyznę, a w konsekwencji poznawanie i wypełnianie ról społecznych przypisanych płci. Tożsamość płciowa jest pomocna w zidentyfikowaniu własnej orientacji seksualnej oraz różnic płciowych o charakterze poznawczym zawierających charakterystyczne dla danej płci zdolności poznawcze (Lew-Starowicz, 2019).

Z tej perspektywy uwagę przykuwa repertuar emocji i uczuć umożliwiających wiązanie się z drugim człowiekiem. W kontekście definicyjnym wymiar społeczny seksualności możemy porównać do erotyzmu. Obuchowska i Jaczewski (2002) oraz Lew-Starowicz (2020) traktują erotyzm jako pojęcie szersze od seksualizmu ograniczonego do fizjologicznych struktur i reakcji organizmu. Zdaniem naukowców zawiera w sobie sferę psychicznych przeżyć człowieka, które ściśle współgrają z jego życiem w określonej społeczności. Inaczej niż w wymiarze biologicznym wymiar relacyjny koncentruje uwagę na nawiązaniu relacji z drugim człowiekiem, obdarowaniu go uczuciami, w tym najważniejszym – miłością, która może prowadzić do stworzenia trwałego związku intymnego.

Młody człowiek przechodząc przez kolejne stadia rozwoju psychoseksualnego obejmujące w swojej istocie przejawy zachowań seksualnych początkowo skupia się na własnych przeżyciach angażując się w zachowania autoerotyczne po to, aby stopniowo wchodzić w relacje z drugim człowiekiem i czerpać satysfakcję oraz radość z aktywności seksualnej w interakcji z drugim człowiekiem (Czapla, Otrębski, 2015; 2018). Potrzeby seksualne w swojej ostatecznej fazie rozwoju przechodzą proces socjalizacji, czyli podporządkowania sposobów zaspokajania ich panującym w społeczeństwie zasadom, normom i wartościom. Obejmuje to powstrzymanie się od podejmowania zakazanych prawem form aktywności seksualnej (gwałt, molestowanie seksualne), czyli czynów przynoszących szkodę drugiemu człowiekowi (Gapik, 1984, za: Czapla, Otrębski, 2014). Uwidacznia to rolę społeczeństwa i kultury, w której żyje człowiek. Co ważne relacje człowieka ze społeczeństwem mają charakter obustronny. Można mówić o poczuciu sprawczości jednostki lub jego braku w kwestiach seksualnych, co pośrednio nawiązuje do społecznych teorii uczenia się i zasady

modelowania Bandury (1985) podkreślających rolę uczenia się, czyli procesu edukacji w kształtowaniu własnej aktywności celowej (za: Wojciszke, 2014, s. 85).

Relacyjny/społeczny obszar seksualności skupia się wokół uczuć skierowanych na drugiego człowieka a wywodzących się z popędu seksualnego, uwarunkowanego biologicznie, który dzięki procesom rozwojowym ma wymiar społeczny. Teorie rozwoju psychoseksualnego wskazują jednoznacznie, iż młodzi ludzie w początkowej fazie adolescencji, doświadczając pierwszych fascynacji drugim człowiekiem oraz zakochania skupiają się na własnych przeżyciach po to, żeby po osiągnięciu dojrzałości psychoseksualnej skierować swoje działania ku dobru innych. Ujawnia się to na najwyższym poziomie potrzeb seksualnych – III, kiedy człowiek przez realizację życia seksualnego pragnie uszczęśliwić partnera oraz zaspokoić potrzebę afirmacji i uwiecznienia miłości łączącej partnerów (Lew-Starowicz, 1999; 2003).

Dążenie jednostki do stworzenia relacji JA-TY uwidacznia się w pragnieniu zjednoczenia się z bliską osobą przez silną więź oraz jedność przy jednoczesnym podążaniu do osiągnięcia przyjemności fizycznej w tej relacji. Nawiązanie bliskiej, intymnej relacji z drugim człowiekiem umożliwia podejmowanie innych ról społecznych związanych z małżeństwem/rodziną. Tym sposobem jednostka buduje wokół siebie sieć społeczną i rodzinną prowadzącą do nawiązania relacji MY-WY (Bartoszek, 2009; Bancroft, 2011).

Spojrzenie na człowieka i jego seksualność z perspektywy społeczno-emocjonalnej (relacyjnej) ma służyć konstrukcji całościowego obrazu ludzkiej seksualności, gdzie obok fizyczności istotne są więzi z innymi. Każdy otacza się ludźmi, którzy wpływają na jego działanie i postrzeganie rzeczywistości, podobnie jak on sam oddziałuje na nich budując w ten sposób poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym. Rozwój społeczny na pewnym etapie dorastania adolescenta zwraca go ku drugiemu człowiekowi i sprawia, że koncentruje on swoje działania wokół innych (Ray, 2004). Warto jednak zastanowić się czy taki schemat wedle, którego znaczenie ma tylko to co ludzkie i akceptowane społecznie jest pełny i wyczerpujący? Czy liczy się tylko popęd płciowy oraz umiejętność nawiązywania więzi z innymi? Odpowiedź na przedstawione pytania zwraca uwagę na kluczowy aspekt, czyli przestrzeń dla

duchowości człowieka, jego unikatowości, która przejawia się w indywidualnym dla każdego systemie wartości oraz umiejętności brania odpowiedzialności za własne zachowanie. Mowa o wymiarze osobowym/duchowym będącym rozszerzeniem i dopełnieniem wymiarów biologicznego oraz relacyjnego.

Na najwyższym i najbardziej rozległym poziomie seksualności obejmującym aspekty biologiczny i psychospołeczny (relacyjny) jest wymiar osobowy/duchowy. Punktem wyjścia jest człowiek jako osoba, zwrócenie się ku jego duchowości. Filozofowie podkreślali dwoistość natury ludzkiej, należącej jednocześnie do świata zwierząt, dzięki popędowości tym samym wznosząc się ponad nim za sprawą rozumu, poczucia własnej świadomości, pamięci i zdolności do brania odpowiedzialności za własne działanie. Jest zatem bytem cielesno-duchowym łączącym w sobie oba te światy jednocześnie (Norkowski, 2013). Poza wymienionymi przymiotami ludzkiej podmiotowości kluczowe znaczenie w ujęciu osobowym przypisuje się roli godności ludzkiej. Każdy prawidłowo rozwijający się człowiek potrafi poznawać siebie i panować nad sobą oraz działać w sposób dobrowolny tworząc wspólnotę z innymi w oparciu o własną i innych godność osobistą (Kompedium Nauki Społecznej Kościoła, 2005).

Osobowy wymiar seksualności ściśle łączy się z terminem płciowości. Płciowość człowieka oznacza, że bycie kobietą/mężczyzną jest sposobem istnienia wyznaczonym każdemu człowiekowi odgórnie. Wymiar płciowy jawi się jako nadrzędny i wywiera wpływ zarówno na wymiar społeczny, psychiczny, jak również biologiczny (Miras, Banares, 2009). W tym ujęciu popęd seksualny (wymiar biologiczny), chęć i potrzeba nawiązywania relacji oraz budowania trwałych więzi (wymiar psychospołeczny, relacyjny) są uwarunkowane ludzką podmiotowością oraz świadomością (wymiar osobowy/duchowy) (Bancroft, 2011). Skłonność człowieka do wchodzenia w relacje czerpana z sił biologicznych i dojrzałości płciowej na poziomie fizjologicznym, dzięki kontroli ze strony umysłu nie jest przymusowa i instynktowna. Jest warunkowana ludzką wolnością, która zapewnia dobrowolność i pełną świadomość w podejmowaniu działań oraz kierowaniu własnym życiem (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2005; Bartoszek, 2009; Kluz 2019). Człowiek jest w stanie przyjąć lub

odrzuć przyciąganie do drugiego człowieka powodowane siłami biologicznymi i społecznymi.

Ujęcie osobowe człowieka pozwala dostrzec w nim pewną całość, która jest wielowymiarowa. Dopiero takie spojrzenie ukazuje zintegrowany całokształt zawierający w sobie osobowość ludzką wraz z uczuciami, emocjami i popędością. Właśnie integracja wymiarów seksualności pokazuje hierarchię zgodnie z którą dążenie do rozkoszy seksualnej w obszarze biologicznym oraz chęć nawiązywania relacji, jak również okazywania uczuć drugiemu człowiekowi w wymiarze psychospołecznym/relacyjnym stanowią podstawę i uszczegółowienie wymiaru osobowego, w którym dzięki samoświadomości człowiek sprawuje kontrolę i wpływa na pozostałe (Lew-Starowicz, 2019).

Potrzeba ujęcia seksualności w empirycznie wyryfikowalne kategorie sprawiła, że w pracy zaproponowano podział zgodnie z którym wymiar biologiczny wyraża się w zaabsorbowaniu seksem dającym przyjemność zmysłową, wymiar relacyjny poczuciem sprawczości wobec ludzi wynikającym z potrzeby budowania więzi, a wymiar osobowy/duchowy dzięki samoświadomości jaką daje rozum znajdzie odzwierciedlenie w odpowiedzialności za własne decyzje i postępowanie w sferze seksualnej.

Podejście osobowe jako niewykluczające pozostałych, ale nadrzędne wobec nich pozwala odnieść życie seksualne do świata wartości. Najbardziej widać to w motywach kierujących działaniem człowieka na każdym z poziomów. W wymiarze biologicznym motywem aktywności seksualnej jest chęć doznania przyjemności zmysłowych oraz dbania o własne zdrowie seksualne, na poziomie relacyjnym/psychospołecznym osobiste pragnienie przebywania, kontaktu z drugim człowiekiem, natomiast wymiar osobowy ujmuje, chęć bycia dla kogoś (Drozdowicz, 2019). Wydaje się, że dwa ostatnie twierdzenia są jednoznacznie ukierunkowane na drugiego człowieka, niemniej jednak w aspekcie psychospołecznym widać egoistyczne nastawienie do innych. Dopiero w twierdzeniu „chcę być dla ciebie” dostrzega się wyraźnie wartość drugiego człowieka, który wychodzi na pierwszy plan. Założeniem wielowymiarowości w ujmowaniu seksualności jest odcięcie się od poszukiwania własnej przyjemności na rzecz dobra i

szczęścia osoby, z którą tworzy się związek, traktując relację jako wyłączną, jedyną i niezastępowalną (Drozdowicz, 2019).

Wielowymiarowa koncepcja seksualności pozwala na kompletne zrozumienie procesu dojrzewania psychoseksualnego prowadzące do osiągnięcia przez człowieka dojrzałości psychoseksualnej (Lew-Starowicz, 2004). Pełna dojrzałość w sferze intymnej zawiera fizyczność i podejmowane zachowania seksualne oraz intelekt, uczucia, poznanie specyfiki odmienności płci i uformowanie siebie jako kobiety/mężczyzny, wypełnianie role społeczne czy system wartości osoby (Lew-Starowicz, 2019).

Omówione zróżnicowanie w rozumieniu seksualizmu, erotyzmu i płciowości może przysparzać problemów w definiowaniu samej seksualności, która we współczesnej literaturze przedmiotu traktowana jest jako pojęcie bardzo szerokie. Nadal w niektórych kręgach przeważa przekonanie, że seksualność ogranicza się do zaistnienia aktu seksualnego, ale równie często w ramach seksualności mówi się o zdrowiu seksualnym, intymnych relacjach interpersonalnych oraz podejmowanych rolach płciowych czy o seksie i miłości. Z pomocą przychodzi pochodząca z 2005 roku, ale nadal aktualna definicja „Światowej Organizacji Zdrowia” określająca seksualność „kluczowym aspektem istnienia człowieka w trakcie jego życia dotyczym płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji” (Lew-Starowicz, Skrzypulec-Plinta 2020, s. 15). Sposób jej realizacji nie ogranicza się do podejmowanych zachowań seksualnych, ale jest obecny także w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach oraz pełnionych rolach i relacjach interpersonalnych. Co ważne nie wszystkie opisane aspekty muszą być doświadczane i wyrażane, bo od indywidualnej decyzji każdego zależy sposób i zakres realizacji własnego życia seksualnego. Istotny dla rozwoju seksualności obok fizjologii jest wpływ czynników psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, etycznych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych oraz zachodzące między nimi interakcje (WHO, 2010, s. 17).

Konkludując, ludzka seksualność to koncept wielowymiarowy, nieograniczony do żadnego z jej wymiarów – biologicznego, relacyjnego czy osobowego. Nierozzerwalność

i integralność jej elementów składowych pozwala dostrzec, iż fizyczna sprawność organizmu, czyli wymiar biologiczny nie jest jedynym determinantem podjęcia bądź zaniechania aktywności seksualnej. Co ważne na poziomie psychospołecznym (relacyjnym) oraz osobowym brak sprawności może stanowić czynnik istotny dla budowania w pełni szczęśliwego i satysfakcjonującego życia seksualnego.

4. Wrodzona niepełnosprawność ruchowa a osiągnięcie dojrzałości psychoseksualnej

W obliczu ożywionej dyskusji na temat edukacji (psycho-)seksualnej oraz seksualności człowieka nadal w myśleniu osób postronnych, ale również rodziców, rówieśników czy niekiedy specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi obecne są mity o aseksualności tych osób (Chance, 2002, Pilecka, 2005). W związku z tym analizie poddano stan wiedzy na temat psychospołecznego funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową wkraczających w dorosłość, następnie koncentrując się na ich seksualności.

4.1. Osiągnięcie dojrzałości przez osoby niepełnosprawne

Wkraczanie w dorosłość osób niepełnosprawnych od urodzenia może nastęrczać pewnych trudności w mniejszym stopniu obecnych w grupie ich sprawnych rówieśników. W celu zrozumienia przyczyn doświadczanych przez młode osoby trudności warto przybliżyć definicję zjawiska. Zgodnie z definicją Hulka (1969, za: Larkowa, 1987, s. 6) osobę niepełnosprawną określa się jako „...taką jednostkę, w której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym (w porównaniu z osobami sprawnymi w danym kręgu kulturowym) pobieranie nauki w ogólnodostępnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym oraz zajęciach w czasie wolnym od pracy”. W kontekście współczesnej biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności rozumienie jest nieco

odmienne i wyróżnia się trzy sposoby konceptualizacji zjawiska niepełnosprawności (Kowalik, 2018):

- *niesprawność (impariment)* - każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- *niepełnosprawność (disability)* - każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;
- *ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (handicap)* - ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

W świetle wymienionych definicji niepełnosprawności dostrzega się, odmiennosć rodzajów i rozmiarów ograniczeń oraz znaczne zróżnicowanie w zakresie specyfiki funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Wśród nich stosunkowo liczną grupę stanowią osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu od urodzenia z powodu mózgowego porażenia dziecięcego czy przepukliny oponowo-rdzeniowej (Stevenson, Pharoah, Stevenson, 1997; Donkevoort, Roebroek, Wiegierink, Heijden-Messen, Stam, 2007).

Mózgowe porażenie dziecięce to „...zespół objawów powstały w wyniku uszkodzenia ośrodka ruchowego w mózgu, które nastąpiło w trakcie ciąży, porodu albo w okresie okołoporodowym. Ma ono charakter stały i niezmienny (nie postępuje), jednak z powodu zaistnienia w okresie rozwoju mózgu powoduje szereg zaburzeń czynności ruchowych” (Kurpiel, 2011, s. 15). Natomiast przepuklina oponowo-rdzeniowa to „...zaburzenie rozwojowe kręgosłupa i ośrodkowego układu nerwowego, gdzie w wyniku wadliwie zbudowanego rdzenia jego opony uwypuklają się na zewnątrz w postaci worka przez ubytki kostne łuków kręgowych” (Desarda, 2006). Obecność powyższych zaburzeń prowadzących do ograniczeń ruchowych od urodzenia czy wczesnego dzieciństwa przysparza w życiu codziennym jednostki licznych trudności.

Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną pozostające w normie intelektualnej realizują stadia rozwojowe występujące u ich sprawnych rówieśników, ale niekiedy rozwój ten przebiega nieharmonijnie (Kurpiel, 2011). Widoczne jest to u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym w zakresie rozwoju drugorzędowych cech płciowych w porównaniu do sprawnych rówieśników (Worley, Houlihan, Herman-Giddens, O-Donnel, Conaway, Stallings, 2002).

Jednostki o których mowa często w dorosłym życiu bywają labilne emocjonalnie, lękliwe czy drażliwe. Wykazują trudności w dążeniu do wyznaczonych sobie celów oraz prezentują obniżoną motywację osiągnąć czy brak cierpliwości (Kwaśniewska, 2005; Loska, 2008; Król, 2010; Kurpiel, 2011). Brak pełnej sprawności organizmu oraz nadmierna opiekuńczość rodziców może prowadzić do rozwoju mechanizmu wyuczonej bezradności oraz utrudniać i obniżać motywację nawiązywania rówieśniczych relacji interpersonalnych (Kurpiel, 2011). Badania potwierdzają, że osoby niepełnosprawne od urodzenia niejednokrotnie cierpią na deficyty w kontaktach z rówieśnikami, co w dorosłym życiu przyczynia się do izolacji i znacznie utrudnia znalezienie potencjalnego partnera (Stevenson, Pharoah, Stevenson, 1997). W dobie cyfryzacji częściej mają one możliwość nawiązywania kontaktów z innymi, niestety również często ograniczają je do cyberprzestrzeni. Ponadto osoby niepełnosprawne od urodzenia posiadają obniżony poziom samooceny oraz aspiracji, który wynika, zwłaszcza u młodych osób z ciągłego porównywania się do sprawnych rówieśników oraz dostrzegania mniejszych szans na osiągnięcie tego co oni (Jankowski, 1975; za: Kurpiel, 2011 s. 45). Wreszcie z powodu częstych wyjazdów do klinik oraz ośrodków rehabilitacyjnych są „wrywane” ze swojego naturalnego środowiska i doświadczają w związku z tym deficytów w zaspokojeniu niektórych potrzeb, takich jak: poczucie przynależności, miłości i bezpieczeństwa (Król, 2010). Opisane trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z nieustannej „obecności” niepełnosprawności niewątpliwie znajdują odzwierciedlenie w funkcjonowaniu oraz trudnościach w sferze seksualnej.

4.2. Seksualność osób niepełnosprawnych

Seksualność jest nieodłącznym elementem życia zarówno osób sprawnych, jak tych pozbawionych pełnej sprawności, choć istnieją dowody potwierdzające doświadczane trudności w sferze seksualnej przez osoby niepełnosprawne ruchowo od urodzenia (Ślosarz, 2004; Gapik, 2006, Izdebski, 2012; Czapla, Otrębski, 2015; Shah, 2017). Marginalizacja w sprawach seksualności grupy osób z różnego rodzaju dysfunkcjami organizmu, pomimo podejmowania rosnącej liczby inicjatyw badawczych zajmujących się aktywnością seksualną czy też dostępem do edukacji psychoseksualnej różnych grup osób niepełnosprawnych, nadal skutkuje niewystarczającym zasobem wiedzy (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Czus, 2012; Kelly, Kapperman, 2012; Długołęcka, 2012a; 2012b; Długołęcka, Kowalczyk 2012; Długołęcka, Fornalik, 2013; Długołęcka, Rekowski, Zglińska-Guz, 2013; Czus, Otrębski, 2014; Czapla, Otrębski, 2014, 2015, 2018; Kijak, 2014; Henault, 2015; Fornalik, 2017; Jurczyk, 2018; Czapla, Krzysztofik, 2019).

Analizy dostępnych wyników badań ukazują obecność potrzeb seksualnych u osób niepełnosprawnych oraz ich realizację przez przejawianie licznych zachowań seksualnych przy czym inicjacja seksualna następuje u nich stosunkowo później niż u sprawnych rówieśników (Wiegierink, Roebroek, Bender, Stam, Cohen-Kettenis, 2011; Czapla, Otrębski, 2014, 2015; Amos, McCabe, 2017). Badania międzynarodowe jednoznacznie ukazują, że młodzież niepełnosprawna z powodu mózgowego porażenia dziecięcego stosunkowo później niż sprawni rówieśnicy zaczyna uczęszczać na randki oraz podejmować aktywność seksualną, niemniej intymny aspekt funkcjonowania jest obecny w życiu tych młodych ludzi, pomimo braku pełnej sprawności (Wiegierink, Roebroek, Donkevoort, Cohen-Kettins, 2008; Wiegierink, Stam, Ketelaar, Cohen-Kettenis, Roebroek, 2012). Młodzi niepełnosprawni od urodzenia wykazują niski poziom samooceny seksualnej, co może przyczyniać się do zaniechania inicjowania relacji intymnych (Czapla, Otrębski, 2014). Co więcej ostatnie doniesienia dotyczące koncepcji własnej seksualności wyraźnie wskazują, że u osób z niepełnosprawnością ruchową z przyczyn neurologicznych koncepcja własnej seksualności zależy od takich

czynników jak satysfakcja z otrzymanej edukacji psychoseksualnej czy wpływ niepełnosprawności na życie jednostki (Kriofske Mainella, Smedema, 2021). Podejmowanie zachowań seksualnych z opóźnieniem może wynikać również z braku dostępu do edukacji psychoseksualnej tych osób. Kluczowym dowodem na istniejący i utrzymujący się stan rzeczy są wskazania naukowców, iż niepełnosprawna młodzież posiada wiedzę niższą niż sprawni rówieśnicy na tematy związane z seksem. (Erikson, Erikson. 1992; McCabe, 1999; Chance, 2002; Kelly, Kapperman, 2012; Holland-Hall, Quint, 2017). Natomiast poczucie niekompetencji w przekazywaniu wiedzy o seksualności obecne wśród rodziców osób niepełnosprawnych ruchowo od urodzenia może prowadzić do utrzymywania się takiego stanu rzeczy na przestrzeni lat (Clatos, Asare, 2016). Co ważne badania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością dowodzą posiadania przez nich potrzeb seksualnych oraz wskazują na dostrzeganie istotnej roli otrzymanej edukacji psychoseksualnej w realizacji własnego życia seksualnego (Vehoef, Barf, i in., 2005; Borawska-Charko, Rohleder, Finlay, 2017; McCann, Marsh, Brown, 2019).

Konsekwencje braku edukacji psychoseksualnej prowadzą do ograniczenia możliwości budowania romantycznych relacji oraz inicjowania życia seksualnego przez młode dziewczęta przy jednoczesnym nadawaniu przez nie dużego znaczenia intymnej sferze życia połączonego z zainteresowaniem metodami antykoncepcji czy chęcią posiadania dziecka (zajścia w ciążę) (Shandra, Chowdhury, 2012).

Zachowania autoerotyczne, podobnie jak u sprawnych, stanowią jeden z elementów życia seksualnego, który podobnie jak aktywność seksualna w relacji nie są utrudnione z powodu braku pełnej sprawności organizmu (Shuttleworth, 2000). Niemniej jednak, podobnie jak w populacji sprawnych osób obserwuje się tendencję, gdzie mężczyźni częściej niż kobiety podejmują tego typu zachowania (Czapla, Otrębski, 2015; 2018).

Podsumowując dostrzega się wzrastające zainteresowanie tematyką seksualności osób niepełnosprawnych od urodzenia, jednak nadal widoczne są pewne luki dotyczące dostępu do programów edukacji psychoseksualnej uwzględniających specyficzne trudności i problemy tychże osób. Co prawda niepełnosprawni często korzystają z

pomocy specjalistów *Fundacji Aktywnej Rehabilitacji* podczas organizowanych przez nich turnusów, jednak w dalszym ciągu nie jest to zjawisko powszechne. W związku z powyższym warto zastanowić nad przyczynami zaistniałego stanu rzeczy i planem na poprawę aktualnej sytuacji. W tym celu w kolejnym rozdziale przedstawiono studium literatury przedmiotu na temat wybranych podmiotowych i środowiskowych uwarunkowań osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej.

ROZDZIAŁ II. WYBRANE DETERMINANTY OSIĄGANIA DOJRZAŁOŚCI PSYCHOSEKSUALNEJ

Osiąganie dojrzałości psychoseksualnej, jak wspomniano w poprzednim rozdziale, jest warunkiem podejmowania zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości. Realizacja życia seksualnego jako wartościowego i satysfakcjonującego prowadzącego do założenia rodziny i wychowywania potomstwa uwarunkowana jest szeregiem czynników, niejednokrotnie niezależnych od człowieka (Cyzio, 2017). Jednym z nich jest brak pełnej sprawności organizmu generujący deficyty w zakresie dostępu do edukacji psychoseksualnej a w efekcie możliwości zdobywania wiedzy o seksualności. Jak powszechnie wiadomo okres wczesnej dorosłości to obok adolescencji najtrudniejszy z perspektywy rozwoju jednostki czas, wymagający zaangażowania wielu sił oraz potencjału jednostki. W związku z licznymi trudnościami i opóźniającym się w czasie osiągnięciem pełnej niezależności i odpowiedzialności za własne życie, szczególnie ważne jest zdefiniowanie czynników determinujących ten stan, zwłaszcza u osób dotkniętych ograniczeniami w zakresie sprawności organizmu.

1. Edukacja psychoseksualna

Tematyka seksualności jest coraz częściej obecna w dyskursie naukowym i popularnonaukowym prowadząc do znacznie zwiększonego i uproszczonego dostępu do literatury podejmującej omawiane zagadnienie w odniesieniu do osób w każdym wieku

(Beisert, 2007; Bancroft, 2012; Jaczewski, 2014; Kobylecka, Jaczewski, 2015; Dębowska, Szulc, Gałęcki, 2019; Depko, 2019; Szezyńska, 2020; Kochanowski, 2021). Wśród licznych pozycji można znaleźć naukowe opracowania zagadnienia seksualności zawierające kompleksowy teoretyczny opis zjawiska (Beisert, 2007; Bancroft, 2012; Kościańska, 2012; Cierpialkowska, Turbaczewska-Brakoniecka, Groth, 2018). Obecne są także poradniki, których celem jest wspomaganie budowania relacji intymnych i zwiększanie satysfakcji z życia seksualnego z partnerem oraz pozycje ujmujące seksualność w perspektywie religijności oraz duchowości człowieka (Rolheiser, 2013; Król, Gajos, 2014; Kazimierczak, 2016; Ojciec Louis, 2018; Zielińska, 2019). Swoje miejsce w świecie i literaturze o seksualności znajdują osoby starsze powodując niejako odtajnienie intymnej sfery oraz dając społeczne przyzwolenie oraz akceptację tego, że osoby w podeszłym wieku mogą w pełni cieszyć się swoją seksualnością (Beisert, 2007; Warzywniak, 2011; Długołęcka, 2014; Długołęcka, Lew-Starowicz, 2014).

W obszarze zainteresowań naukowców zajmujących się seksualnością coraz częściej znajdują się również osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnością w kontekście podejmowanych przez nie zachowań seksualnych, ale również otrzymywanej edukacji psychoseksualnej (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Parchomiuk, 2009; Czapla, Otrębski, 2014, 2015, 2018; Czus, Otrębski, 2014). Nadal jednak obecne są pewne luki w zakresie posiadanych informacji na ten temat wskazujące na potrzebę podejmowania kolejnych inicjatyw badawczych.

Obszar edukacji w zakresie funkcjonowania psychoseksualnego, do której dostęp tej grupy osób z różnych powodów bywa utrudniony jest kluczowym zagadnieniem, posiadającym nadal pewne luki, zwłaszcza w odniesieniu do wybranych grup osób niepełnosprawnych. Na istotę zjawiska wpływa fakt, że brak odpowiednich działań płynących z zewnątrz może narażać młodych ludzi na liczne problemy, zagrożenia i wykorzystanie ze strony innych (Kurzępa, 2012; Chirban, 2014; Stein, 2018; Beisert, 2019; Kotoro, Sokoluk, 2019). Zwrócenie uwagi na to ważne zagadnienie jest tym istotniejsze, że głównym założeniem edukacji w sprawach seksualności ma być być ochrona zdrowia i bezpieczeństwa oraz poprawa jakości życia seksualnego i relacji intymnych z drugim człowiekiem (BzGiA, 2010). Co ważne można zauważyć pewne

zróznicowanie w zakresie treści oraz warsztatu prowadzenia zajęć i przekazywania informacji obejmujących tematykę funkcjonowania seksualnego człowieka, co może skutecznie wpływać na poziom posiadanej przez młodych ludzi wiedzy, która bezpośrednio skutkuje podejmowaniem odpowiednich zachowań seksualnych (Izdebski, 2012; Dora, 2013).

1.1. Zagadnienie edukacji w różnych dziedzinach nauki

Edukację do końca lat sześćdziesiątych XX wieku wiązano przede wszystkim z procesem nauczania, czyli przekazywania wiedzy w sposób niewymagający aktywności ucznia (outside learners). Następnie zaczęto kłaść nacisk na uczenie się kojarzone z aktywnym procesem zdobywania wiedzy przez osobę uczącą się. Utożsamiając edukację z tą aktywnością dostrzega się koniec wyodrębniania jej jako obszar życia człowieka oraz traktowanie jej jako jego integralną część (Malewski, 2010; Sequerla, 2017).

Według Okonia (2001, s. 87) edukacja to „ogół procesów i oddziaływań, których celem jest zmienianie ludzi, przede wszystkim dzieci i młodzieży - stosownie do panujących w danym społeczeństwie ideałów i celów wychowawczych”. Z kolei Malewski (2010, s. 46) definiuje ten termin jako „...ogół zabiegów kształcących i odpowiadających im czynności poznawczych zorientowanych na osiągnięcie intencjonalnie przyjętych celów rozwojowych formułowanych w odniesieniu do jednostek, grup społecznych oraz całych społeczności. Zatem edukację tworzą czynności nauczania i czynności uczenia się”. Najbardziej istotnym elementem tego konstruktu powinien być intencjonalny charakter procesu. Zdobywamy wiedzę, jeśli mamy odpowiednią motywację - wewnętrzną bądź zewnętrzną (Malewski, 2010). Edukacja przez kształtowanie odpowiednich postaw prowadzi do zmiany zachowania jednostki jej poddawanej. W nowoczesnym modelu nauczyciel nie tylko uczy ucznia, ale także czerpie od niego - aby mógł zajść proces uczenia się konieczna jest interakcja. Co więcej w procesie zdobywania wiedzy według Illerisa (2006) obok relacji

nauczyciel-uczeń, czyli wymiaru społecznego niezwykle istotne są dwa kolejne: emocjonalny oraz poznawczy.

W wymiarze poznawczym główną rolę odgrywają procesy percepcji oraz mechanizmy nimi rządzące związane z poszczególnymi modalnościami sensorycznymi: percepcją wzrokową, słuchową, węchową, smakową, dotykową i zmysłu przedsionkowego. Jako istotne jawią się też procesy poznawcze: pamięć, czyli zdolność do rejestrowania, przechowywania oraz odtwarzania danych, która wymaga systematycznego utrwalania przez powtarzanie oraz uwaga dowolna, czyli umiejętność selekcjonowania informacji oraz zapobiegania obciążeniom poznawczym. Bez udziału procesów i struktur poznawczych efektywny proces uczenia się jest niemożliwy (Gawlik-Kobylińska, 2016; Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2019). W procesie edukacji kładzie się duży nacisk na nauczanie polisensoryczne, pozwalające na wykorzystanie jak największej liczby modalności zmysłowych celem efektywniejszego przyswajania wiedzy i umiejętności (Bogdanowicz, 2000; Odowska-Szlachcic, Mierzejewska, 2013).

Wymiar emocjonalny ukazuje, iż procesy prowadzące do zdobycia nowej wiedzy, czyli uczenia się zawsze są nacechowane ładunkiem afektywnym (Illeris, 2006; Gawlik-Kobylińska, 2016). Zaangażowanie emocjonalne wynikające między innymi z subiektywnego poczucia atrakcyjności danego przedmiotu, tematyki kursu albo związane z poziomem przeżywanego stresu mogą mieć pozytywny bądź negatywny wpływ na proces przyswajania i utrwalenia wiedzy przez mózg (Cyzio, 2017; Spitzer, 2019a; 2019b). Teoria Krashena (1987, s. 98) zawierająca hipotezę filtra afektywnego (stworzona do nauczania języków obcych) związana z kumulacją negatywnych emocji względem przyswajanego materiału, niekiedy w związku z poziomem trudności może wpływać na procesy uwagi i pamięci, a w konsekwencji obniżać efekty końcowe, czyli liczbę przyswojonego materiału. Prawdopodobnie ten sam proces odnosi się do innych opanowywanych treści, także o tematyce seksualnej. Zatem występowanie filtra afektywnego może w określonych przypadkach obniżać przyswajanie wiedzy o seksualności.

Wymiar społeczny jak wspomniano jako podstawę zdobywania wiedzy traktuje zachodzące interakcje społeczne, najczęściej w formie nauczyciel-uczeń, rodzic-

dziecko, uczeń-uczeń. Człowiek uczy się od najmłodszych lat z otaczającego go świata i ludzi. Relacje społeczne przebiegają zgodnie z zasadą transmisji obejmującą sposoby uczenia się: przez doświadczenie, imitację, aktywność, partycypację (Illeris, 2006). Na koniec wymiar psychomotoryczny, który pozwala na nabywanie odpowiednich umiejętności oraz możliwość wdrażania ich oraz powtarzania (Illeris, 2006, Sequerla, 2017).

Proces uczenia się przebiega przez całe życie (longlife learning) i odbywa się w sposób zinstytucjonalizowany, systematyczny i administrowany zgodny z ogólnie ustalonym programem kształcenia bądź też świadomy, zorganizowany, dobrowolny, ale poza ustawowym kształceniem formalnym czy wreszcie chaotyczny, niezorganizowany i niezamierzony. W biegu życia każdy człowiek doświadcza wszystkich wymienionych form edukacji, co przekłada się na różny poziom i zakres wiedzy rzetelnej bądź pozbawionej istotnych informacji. Ten drugi powoduje pojawienie się błędnych interpretacji oraz podejmowanie ryzykownych decyzji.

1.2. Podstawowe obszary i założenia edukacji psychoseksualnej

Początki edukacji seksualnej na świecie zarejestrowano w latach 50tych XX wieku, a prekursorem zajęć była Szwecja (BZgA, 2010). W Polsce jeden z najbardziej znanych twórców nauk pedagogicznych - Wincenty Okoń (2001, s. 152) wychowanie seksualne definiuje jako „ogół działań i wpływów zmierzających do ukształtowania u dzieci i młodzieży postaw szacunku i zrozumienia wobec przedstawicieli płci odmiennej oraz uczuć wzajemnych, które są warunkiem wytwarzania się prawidłowych relacji między dziewczętami i chłopcami”. Zatem edukacja seksualna czy precyzyjniej edukacja psychoseksualna, zawiera treściowo zakres dużo szerszy niż nauczanie o podejmowanej aktywności seksualnej. Obejmuje informacje na temat wchodzenia w związki interpersonalne, budowania wspólnoty z drugim człowiekiem, zakładania rodziny oraz poczęcia i wychowywania dzieci. Kształcąc w obszarze seksualności jednoznacznie podkreśla się rolę odpowiedzialności za siebie i drugiego człowieka w życiu seksualnym. Także dbałość o szacunek oraz otwartość i tolerancję względem

drugiego człowieka oraz jego seksualności podkreśla się jako istotne cechy i zadania edukacji psychoseksualnej (WHO, 2002). W tym miejscu warto odnieść się do zagadnienia etyki seksualnej, która w dużej mierze kładzie nacisk na godność drugiego człowieka, jako zasady pierwszorzędnej w kontekście podejmowania aktywności seksualnej oraz stanowiącej wyraz najwyższej dojrzałości człowieka (BZgA, 2010; Ibang, 2012). Oczywiście także potrzeby seksualne oraz różnorodność zachowań seksualnych stanowią kluczowe elementy edukacji psychoseksualnej (WHO, 2012).

Edukacja psychoseksualna zgodna ze standardami *Światowej Organizacji Zdrowia* (2001, s. 7) opiera się o definicję zdrowia seksualnego traktowanego jako „integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji oraz miłości. Zakłada ona pozytywne oraz odpowiedzialne podejście do seksualności i relacji seksualnych, które tworzą nieodłączny fragment ludzkiej osobowości”. Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego (psychosomatycznych, depresyjnych, nerwicowych i innych), poczucia niskiej wartości, konfliktów i napięć w relacjach intymnych, drażliwości w kontaktach międzyludzkich (WHO, 2002; Lew-Starowicz, 2010). W konsekwencji edukacja psychoseksualna jest kluczowa w rozwoju człowieka ze względu na możliwość kształtowania osób w pełni zdrowych psychicznie o adekwatnym poziomie samooceny, nie tylko seksualnej oraz tworzących satysfakcjonujące i bezpieczne, prawidłowe relacje z drugim człowiekiem, wolne od przemocy i pozbawione kompleksów (Flatow, 2011).

W Polsce edukacja psychoseksualna podobnie, jak edukacja w zakresie pozostałych dziedzin, jest prawnie zagwarantowana każdemu człowiekowi (MEN, 2015). Także ogłoszona w 1994 roku w Kairze podczas Światowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju i rok później w Pekinie podczas IV Światowej Konferencji na Rzecz Kobiet, „*Deklaracja Praw Seksualnych*” (11 praw) definiuje prawo każdego do opartej na badaniach naukowych informacji i wyczerpującej edukacji seksualnej (WHO, 2002). Pomimo doniesień ze świata o licznych rozbieżnościach w poglądach na temat prowadzenia w szkołach edukacji o seksualności, badania polskie pokazują, że w społeczeństwie występuje aprobatę dla przekazywania młodzieży wiedzy na temat

seksualności (Izdebski, 2005; 2012; Canseco, 2011; MEN, 2015). Istotą edukacji psychoseksualnej powinna stanowić jednak chęć przekazania młodemu człowiekowi wiedzy wszechstronnej dotyczącej wszystkich wymiarów seksualności – obejmując wartość oraz hierarchiczność każdego z nich – zaczynając od biologicznych przez psychospołeczne na osobowych kończąc (WHO, 2002; BZgA, 2010). Tym samym podkreśla się znaczenie swobody w komunikowaniu się na temat seksualności, ale również na temat uczuć, emocji, wartości oraz przeżywanych problemów. Dopiero rozmowy o tym nacechowane rzetelnymi informacjami pozwalają nabywać umiejętności prowadzące do kształtowania bardziej świadomego i odpowiedzialnego życia seksualnego (WHO, 2010).

Okres dzieciństwa i dorastania to czas stopniowego i wzmożonego zdobywania wiedzy oraz rozwijania wyobraźni, umiejętności, postaw wobec ciała czy wartości i związków intymnych ściśle związanych z seksualnością, dlatego warto w tym czasie umożliwić młodym ludziom uzyskanie rzetelnych informacji na ten temat (BZgA, 2010; Gorajska, Kulik, Laube, Liszewska, Madej, 2018). Należy jednocześnie pamiętać, że innych treści potrzebują młodsze dzieci, u których ważna jest dbałość o ich bezpieczeństwo a na innych aspektach skupia się edukacja psychoseksualna młodzieży (Waszyńska, Groth, Kowalczyk, 2013; Kucharska, 2016). Co ważne przekazywanie wiedzy o seksualności musi opierać się o zasady równości, godności oraz szacunku do drugiego człowieka, bo umożliwia to kształtowanie postaw i zachowań dojrzałych opartych o zasady etyki seksualnej oraz odpowiedzialność i akceptację drugiego człowieka (BZgA, 2010; Dora, 2013).

Proces edukacji psychoseksualnej odbywa się dwutorowo z wykorzystaniem różnych źródeł: w postaci edukacji formalnej oraz nieformalnej. Szereg trudności i dyskusji o tym, która z nich powinna być wiodąca, a w konsekwencji kto powinien być odpowiedzialny za jej prowadzenie nie umniejsza znaczenia jej obecności dla rozwoju człowieka (Bieńko, Izdebski, Wąż, 2016). Badania pokazują pewną zgodność w deklaracjach odnośnie tego, że na początkowym etapie rozwoju wiedzę o seksualności powinni przekazywać rodzice, jako pierwsze źródło informacji o życiu dla każdego dziecka. Młodzież szkolna, natomiast przedstawia model zgodnie, z którym wiedzę na

temat seksualności chce zdobywać w szkole a następnie od rodziców, traktując pierwsze źródło jako bardziej rzetelne oraz dostępne (Rolston, Schubotz, Simpson, 2005).

W wielu przypadkach w ramach edukacji psychoseksualnej prowadzonej dwutorowo dostrzega się brak harmonii i zgodności między podmiotami odpowiedzialnymi za przekazywanie wiedzy o seksualności (Ryś, 1999; Izdebski, 2012; WHO, 2012). Najważniejszy, niezależnie od źródła wiedzy, jest poziom jej rzetelności oraz aktualności, to znaczy informacje powinny pochodzić z najnowszych danych, ze sprawdzonych źródeł oraz być dostosowane do poziomu rozwoju odbiorców (WHO, 2012). Szczególnie ważne jest to, aby wiedza wyprzedzała doświadczenia, a nie odwrotnie (WHO, 2012).

Brak wiedzy bądź treści wzajemnie wykluczające się prowadzą do aktywnego poszukiwania jej przez młodych ludzi za pomocą środków masowego przekazu i książek, które nie zawsze przekazują informacje w sposób prawidłowy oraz rzetelny. Dzieje się tak dlatego, że specjaliści, zwłaszcza na wczesnym etapie rozwoju jednostki działają wspomagająco jedynie w sytuacjach wystąpienia problemów związanych z seksualnością wymagających specjalistycznej (medycznej, psychologicznej) interwencji (Izdebski, 2012). Przyczynia się to do postrzegania sfery intymnej przez specjalistów jako obecnej jedynie w sytuacjach problemowych, którym należy zaradzić. Bywa, że również rodzice włączają do repertuaru komunikacji ze swoim dzieckiem temat seksualności jedynie wtedy, gdy wystąpią problemy, najczęściej w postaci przedwczesnej i nieplanowanej ciąży (Izdebski, 2005, 2012). Znajduje to odzwierciedlenie w prowadzonych badaniach, gdzie amerykańscy uczniowie zgodnie deklarują, że źródłem ich wiedzy o seksualności są przede wszystkim koledzy/koleżanki. Co istotne częściej niż polscy uczniowie dostrzegają oni rolę rodziców w aktywnym edukowaniu o życiu seksualnym, co może być spowodowane „odtajnieniem” tematu seksualności w niektórych współczesnych kręgach społeczno-kulturowych (Guttmacher Institute, 2012). W konsekwencji więcej uwagi poświęca się sprostaniu potrzebom młodych ludzi uznając, że koncentracja na ryzyku oraz problemach seksualnych jest nieodpowiednim kierunkiem. Dla nastolatków jako istotne jawi się spełnienie ich zainteresowań oraz potrzeb w sferze intymnej, co ukierunkowuje

działania i podejście specjalistów na pozytywne, a dzięki temu bardziej realistyczne i skuteczne postrzeganie roli edukacji psychoseksualnej (BZgA, 2010). Potrzebę udziału rodziców oraz specjalistów w edukacji psychoseksualnej podkreślają także doniesienia z badań wskazujące, iż rzetelnie prowadzona holistyczna edukacja psychoseksualna skutkuje powstawaniem pozytywnych postaw młodzieży wobec seksualności (Komorowska-Pudło, 2013; 2015). Szczególnie istotne jest to w przypadku osób dotkniętych różnego rodzaju niepełnosprawnościami (Czapła, Otrębski, 2015).

Ważnych danych dostarczają polskie badania nad zadowoleniem z edukacji seksualnej i roli poszczególnych form i źródeł wiedzy w oczach jej odbiorców (Izdebski, 2005, 2012; Czarnik, 2012, 2019; MEN, 2015). Poza ogólną aprobatą dla zajęć przygotowujących do życia seksualnego i życia w rodzinie zauważalne są w nich rozbieżności w zakresie zapotrzebowania na poszczególne treści (Izdebski, 2012). Preferencje rodziców wskazują na zagadnienia związane z profilaktyką HIV/STI, antykoncepcją, szacunkiem wobec płci przeciwnej, rozwiązywaniem konfliktów w związku, rozwojem, stosunkiem seksualnym, a rzadziej czerpaniem przyjemności z aktywności seksualnej. Uwidacznia to koncentrację otoczenia wokół rozwiązywania ewentualnych problemów traktując tym samym sferę intymną życia jako źródło kłopotów. Nauczyciele za najbardziej istotne treści uważają szacunek do drugiego człowieka, o którym wspominają też rodzice oraz nabywanie umiejętności rozwiązywania konfliktów, nie dostrzegając tematów związanych bezpośrednio z aktywnością seksualną. Prezentowane wyniki znajdują się w opozycji do postulatów uczniów, dla których tematyka współżycia seksualnego okazuje się ważna (Izdebski, 2005; 2012). Istotnym rezultatem badań są korelacje preferowanych przez nauczycieli treści zajęć wychowania do życia w rodzinie z poglądami religijnymi oraz ich brak w przypadku poglądów politycznych (Izdebski, 2005). Wynik ten potwierdza przekonanie, iż spostrzeganie ludzkiej seksualności bezsprzecznie wiąże się z posiadaniem przez każdego człowieka indywidualnym systemem wartości.

Z badań wynika też, że deklaracje uczniów odbiegają od oczekiwanego stanu, opisują oni, że najczęściej wiedzę o seksualności otrzymują od rówieśników, a dopiero potem z zajęć szkolnych czy od rodziców (Izdebski, 2005, 2012; Czarnik 2012, 2014;

MEN 2015). Co więcej młodzież częściej niż ze szkoły i od rodziców informacje związane ze swoją płciowością czerpie z mediów oraz za pośrednictwem internetu (Izdebski 2005; Ponton 2009, 2011; Czarnik 2012, 2019). Pozostaje to w sprzeczności z opiniami rodziców, że to oni stanowią główne źródło wiedzy dla swoich dzieci w tej dziedzinie (MEN, 2015)

Poza określeniem źródeł i poziomu zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej jako kluczowy jawi się sposób oraz zakres przekazywanych informacji. Prawidłowo dobrane treści oraz adekwatny sposób ich dostarczenia przyczyniają się do pozytywnego postrzegania własnej seksualności. Korzystanie z rzetelnych źródeł informacji naukowej w zakresie seksualności pozwala na sprostowanie błędnych informacji docierających do młodzieży. Pozytywnym skutkiem tak realizowanego kształcenia w zakresie edukacji psychoseksualnej jest podniesienie jakości życia jednostki (Kasperek-Golimowska, 2012).

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła trzy modele prowadzenia edukacji psychoseksualnej, które obowiązują na całym świecie: model restrykcyjny (typ A), permissywny (typ B) oraz edukacja seksualna „złotego środka” (typ C) (Dora, 2013). Edukacja seksualna typu A (abstinence only education/chastity education) to model, gdzie abstynencja jest największym dobrem. Wstrzemięźliwość seksualna i niedostatek wiedzy na tematy związane z podejmowaną aktywnością seksualną to jej podstawowe cechy (BZgA, 2010). Brak w niej edukacji na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz HIV/AIDS, na temat metod i środków zapobiegania ciąży. Przeciwnieństwem modelu restrykcyjnego jest typ B (biological education), czyli permissywny model edukacji psychoseksualnej, który największy nacisk kładzie na wiedzę biologiczną dotyczącą reprodukcji i aktywności seksualnej pomijając inne ważne wymiary seksualności. Ogranicza się do przekazania młodzieży podstaw fizjologii życia seksualnego (BZgA, 2010). Model ten, wiodący w krajach zachodnioeuropejskich może prowadzić do przedwczesnej inicjacji seksualnej oraz problemów wynikających z braku odpowiedzialności za własne życie seksualne oraz życie drugiego człowieka. Zwolennicy, zapominają o brakach w wiedzy na temat roli drugiego człowieka oraz ludzkiej psychiki w nawiązywaniu relacji intymnych, które

poza sferą biologiczną dotyczącą ludzkiej seksualności (Dora, 2013; Olejniczak, Skonieczna, 2016).

Ostatni rodzaj edukacji psychoseksualnej - typ C (comprehensive sexual education), czyli kompleksowa edukacja psychoseksualna oparta na dostarczaniu młodemu człowiekowi wiedzy o seksualności zarówno w aspekcie fizjologicznym, psychospołecznym i etycznym. Przekazuje wiadomości o ryzyku związanym z chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz profilaktyce HIV/AIDS (BZgA, 2010). Edukuje na temat zapłodnienia i ciąży oraz dostępności środków antykoncepcyjnych – sposobie ich działania, warunkach stosowania, możliwych skutkach działania. Informuje jednostkę o jej prawach i zagrożeniach w zakresie aktywności seksualnej, w tym o ryzykownych zachowaniach seksualnych czy przemocy seksualnej. Niewątpliwie jest to model edukacji psychoseksualnej adekwatny i rzetelny zajmujący się tematyką seksualności wielowymiarowo (BZgA, 2010). Młody człowiek uzyskuje prawo do podejmowania aktywności seksualnej przy świadomości wszystkich konsekwencji z nią związanych, nie tylko w odniesieniu do siebie, ale również w stosunku do drugiego człowieka (WHO, 2002; Dora, 2013; Czarnik, 2019).

Weryfikacja efektywności wykorzystania wiedzy przekazywanej podczas zajęć dotyczących seksualności wskazuje, że edukacja typu C (złotego środka, kompleksowa) zmniejsza liczbę ryzykownych zachowań seksualnych oraz wczesną inicjację seksualną młodzieży w USA (Bruckner, Bearman, 2005; Santelli, Ott, Lyon, Rogers, Summers, Schleifer, 2006; Trenholm, Devaney, Fortson, Clark, Bridgespan, Wheeler, 2008; Dexter, 2012). Ponadto zastosowanie w szkołach w USA całościowej edukacji psychoseksualnej (typu C) oraz jednoczesne zaangażowanie w edukowanie w dziedzinie seksualności rodziców spowodowało spadek liczby nastolatków podejmujących aktywność seksualną (Grossman, 2014).

W Polsce za formalną edukację psychoseksualną odpowiada szkoła w ramach zajęć lekcyjnych z przedmiotu *Wychowanie do Życia w Rodzinie (WdZR)* (Skonieczna, 2014). Został on wprowadzony do polskiego systemu szkolnictwa wraz z reformą w 1999 roku i stanowi nieobowiązkowe zajęcia dodatkowe, pozalekcyjne, w których udział nie podlega ocenie przez nauczyciela (Izdebski, 2005). Prowadzącymi przedmiot

są najczęściej biolodzy, katecheci, pedagodzy i psychologowie szkolni posiadający wykształcenie podyplomowe w tym zakresie (Izdebski, 2005, 2012; Grzelak 2007; Urban, 2009; Król, 2009, 2014). Zajęcia odbywają się na dwóch etapach edukacji szkolnej. Pierwszy w klasach IV-VIII szkoły podstawowej (5 lat) a drugi w szkole ponadpodstawowej (3 lata), zawsze w wymiarze po 14 jednostek lekcyjnych rocznie, w tym 9 lekcji koedukacyjnych oraz po 5 osobno dla dziewcząt i chłopców (łącznie 112 godzin) (Izdebski, 2012; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 30.06.2018). Porządek ten obowiązuje w szkołach publicznych ogólnodostępnych, niepublicznych o prawach szkół publicznych oraz w szkolnictwie specjalnym, za wyjątkiem uczniów ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, dla których w ramowym programie nauczania wyodrębniono zajęcia dotyczące życia i rozwoju psychoseksualnego (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 30.06.2018).

Konkludując edukacja psychoseksualna przybiera różne formy oraz obejmuje często odmienny zakres treściowy w zależności od obecnych źródeł oraz wykorzystywanych sposobów przekazu. Prawdopodobnie znajduje to odzwiedlenie w zróżnicowanym poziomie wiedzy o seksualności wśród młodych osób. W tym miejscu na szczególną uwagę zasługują osoby niepełnosprawne od urodzenia, u których z różnych powodów dostępność edukacji i wiedzy w tym zakresie może być znacznie ograniczona.

1.3. Edukacja psychoseksualna osób niepełnosprawnych

W edukacji osób z niepełnosprawnością od lat mówiło się o specjalnych potrzebach w tym zakresie. Aktualnie termin ten zostaje zastępowany określeniem dodatkowe potrzeby edukacyjne, ale na początek przybliżona zostanie definicja pierwszego terminu, gdyż ich znaczenie jest podobne. Warto wspomnieć, że również edukowanie w sferze seksualności powinno być oparte o specyficzne zapotrzebowanie odbiorców nieco odmiennie niż sprawnych rówieśników, jednocześnie wykluczające postrzeganie seksualności osób niepełnosprawnych jako upośledzonej przez przyzmat

specjalnych/dodatkowych potrzeb jednostek pozbawionych pełnej sprawności. Niemniej jednak zaburzona sprawność organizmu może generować szczególne sytuacje, w których wsparcie w zakresie edukacji i umiejętności przystosowania się jest niekiedy niezbędne (Kelly, Kappermann, 2012; Pedbani, Johnoson, 2014; Czapla, Otrębski, 2018).

Określenie specjalne potrzeby edukacyjne zostało wprowadzone przez Warnock w 1978 roku jako przejście od medycznego traktowania deficytów występujących u dzieci niepełnosprawnych do społecznego rozumienia i zaspokajania ich specyficznych potrzeb (Gardian-Miałkowska, Weremczuk, Przybysz-Zaremska, 2020). Miało to ścisły związek z zaprzestaniem postrzegania osób niepełnosprawnych jedynie przez pryzmat posiadanych przez nie dysfunkcji (Wiszejko-Wierzbička, 2012). W kontekście biopsychospołecznego modelu rehabilitacji osób niepełnosprawnych i dostrzegania możliwości podejmowania ról społecznych przez osoby niepełnosprawne, zarówno w dzieciństwie i dorosłym życiu Zespół Ekspertów ds. Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych powołany przez *Ministra Edukacji Narodowej* w 2008 stworzył dokładne definicje specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych (Zaremba, 2014, str. 15) podkreślając tym samym, że „(...)dzieci i młodzież ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi to te, u których stwierdza się spektrum objawów utrudniających lub uniemożliwiających funkcjonowanie: ruchowe, sensoryczne, poznawcze, w zakresie komunikacji, emocjonalno-społeczne i/lub psychiczne, wpływających na jakość życia i pełnienie ról społecznych teraz i/lub w przyszłości.” Do grupy tej zalicza się również dzieci, ze stwierdzonym zagrożeniem niepełnosprawnością, wszelkie dysfunkcje, dysharmonie lub niesprawności mogące mieć negatywny wpływ na dalszy rozwój” (Zaremba, 2014 s.15). Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 30 kwietnia 2013 roku pomoc psychologiczno-pedagogiczna w placówce przedszkolnej i szkolnej udzielana jest dzieciom i młodzieży w celu rozpoznania indywidualnych możliwości psychicznych i fizycznych. Kolejną grupą adresatów są uczniowie o specjalnych potrzebach edukacyjnych wynikających między innymi z niepełnosprawności ucznia (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 30.04.2013).

Jak wspomniano aktualnie termin specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne zastępuje się terminem dodatkowe potrzeby rozwojowe i edukacyjne, w skutek dążenia do inkluzji osób niepełnosprawnych z ich sprawnymi rówieśnikami w procesie angażowania ich w edukację włączającą (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 20.02.2019).

Warto zaznaczyć, że obecność tych potrzeb pomijana jest w edukacji w kontekście rozwoju psychoseksualnego młodzieży niepełnosprawnej. Poszukując informacji na temat seksualności osób niepełnosprawnych trudno o dane dotyczące niepełnosprawnych uczniów w normie intelektualnej. Dostępne są doniesienia na temat edukacji psychoseksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną czy rehabilitacji seksualnej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Długołęcka, 2012a; 2012b; Długołęcka, Kowalczyk, 2012; Czus, Otrębski, 2013; Kirenko, 2014; Brown, McCann, Truesdale, Linden, Marsh, 2020).

Grupą osób niepełnosprawnych stosunkowo dobrze wyeksplorowaną są jednostki z para- i tetraplegią (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Radomski, 2004, 2005, 2007, 2010). Jednoznacznie od dawna dostrzega się trudności w zakresie reaktywności seksualnej oraz ograniczonych możliwości podejmowania aktywności seksualnej przez jednostki, u których ciągłość rdzenia została przerwana (White, Rintala, Hart, Fuhrer, 1993; Whipple, Komisaruk, 1997; Howland, Rintala, 2001; Tepper, Whipple, Richard, Komisaruk, 2001; Hough, DeGirolamo, 2007). Coraz częściej upatruje się znaczenia trudności w funkcjonowaniu seksualnym po urazie w powstawaniu przewlekłego stresu u tychże osób (McAlonan, Sally, 1996; Hough, DiGirolamo, 2007; Byra, 2012). Nie bez znaczenia zostaje fakt, że uszkodzenie rdzenia kręgowego najczęściej następuje w okresie, kiedy jednostka zainicjowała już swoje życie seksualne, więc po urazie odczuwa silną potrzebę powrotu do aktywności seksualnej (Buzelli, Di Francesco, 1997; Czapla, Otrębski, 2015). Rehabilitacja seksualna osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego często koncentruje się wokół wymiaru biologicznego, czyli powrotu do sprawności seksualnej przez znajdowanie alternatywnych sposobów osiągania satysfakcji czy stosowanie sensorycznej lub elektronicznej stymulacji (Coutois,

Mathieu, Belanger, 2001; Borisoff, Elliott, Hocaloski, Birch, 2010; Kohut, Seftler, Ducharme, Fogel, Bodner, 2015).

Ważnym aspektem seksualności osób niepełnosprawnych jest subiektywne poczucie braku atrakcyjności dostrzegane zwłaszcza przez kobiety dyskryminujące się w roli partnerek (Nosek, 1997; Nosek, Howland, Rintala, 1997; Pendergrass, Nosek, Holcomb, 2001). Co ciekawe dostrzega się dysproporcje w zakresie dostarczanej edukacji psychoseksualnej przedstawicielom każdej z płci wśród jednostek z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Mianowicie to mężczyźni częściej niż kobiety zaopatrywani są w wiedzę oraz rehabilitację seksualną (Tepper, 1992; McAlonan, 1993; Westgren, Lewi, 1999), pomimo tego, że kobiety deklarują zapotrzebowanie w tym zakresie (Leibowitz, Stanton, 2007). Warto podkreślić, że pojawiają się głosy, iż rehabilitacja seksualna osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oprócz działań medycznych powinna obejmować dostęp do psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym, która dostarczyłaby umiejętności zaakceptowania siebie oraz seksualności ograniczonej brakiem pełnej sprawności organizmu (Courtois, Mathieu, Belanger, 2001).

Kolejną grupą osób, której poświęca się coraz więcej miejsca w zakresie analizy edukacji psychoseksualnej oraz aktywności seksualnej w ostatnim czasie są osoby z niepełnosprawnością intelektualną i autystycznym spektrum zaburzeń (Kościelska, 2004; Abells, Kirkham, Ornstein, 2016; Lewko, 2017; Fornalik, 2017, 2020; Winarni, Hardian, Suharta, Ediaty, 2018; Czapla, Krzysztofik, 2019). Dorobek naukowy oraz doświadczenie praktyczne dostarczają wielu dowodów na ciągłą potrzebę eksploracji zagadnienia oraz obecność trudności zgłaszanych przez rodziny i terapeutów pracujących z osobami z opisanymi rodzajami zaburzeń. Anna Craft (1987), pionierka edukacji seksualnej dla osób niepełnosprawnych umysłowo w Wielkiej Brytanii podkreślała, iż każdy człowiek jest jednocześnie istotą seksualną (za: Mejnartowicz, 2002, s. 11). Najwięcej badań odnośnie seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie dotyczy jej odbioru przez terapeutów, rodziców i najbliższe otoczenie (Granada, Estrella, 2008; Isler, Beytut, Tas, Conk, 2009; Franco, Cardoso, Neto, 2012; Parchomiuk, 2012, 2013; Aderemi, 2013; Baines, Emerson, Robertson, Hatton, 2018).

Bardzo często koncentracja analiz w tej grupie dotyczy zjawiska przemocy seksualnej analizowanej z perspektywy osoby niepełnosprawnej w roli ofiary lub sprawcy (Phasha, 2009; Skarbek, Hahn, Parrish, 2009; Liou, 2013; Lund, Hammond, 2014; Martinello, 2014). Również w polskiej literaturze dostrzega się tendencję zwiększania obecności materiałów dotyczących seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie za sprawą takich specjalistów jak Kościelska (2004), Fornalik (2017, 2020), Kijak (2010, 2014) czy Czus i Otrębski (2013). W zakresie funkcjonowania i rozwoju biologicznego seksualności w tej grupie nie dostrzega się szczególnych różnic w porównaniu do populacji sprawnych rówieśników, jednak na poziomie psychologicznym, społecznym i osobowym obecna jest niekiedy nieharmonijność (Mejnartowicz, 2002; Kijak, 2009, 2010, 2011, 2014). Wybiórczość w zakresie poziomu wiedzy o seksualności u przedstawicieli omawianej grupy jest szczególnie niepokojąca w obliczu towarzyszącej im chęci podejmowania aktywności seksualnej, często wynikającej z niezrozumienia tej sfery życia oraz potrzeby bycia akceptowanym i kochanym (Kościelska, 2004; Kijak, 2010, 2011, 2013, 2018). Obraz tych zachowań autoerotycznych czy w interakcji z drugim człowiekiem powoduje niepokój wśród rodziców oraz terapeutów wzmagając potrzebę zwiększenia edukacji psychoseksualnej. Dotyka to również osób autystycznych, które niejednokrotnie stają się sprawcami przemocy seksualnej a ich zachowania autoerotyczne przybierają formę kompulsywnych zagrażających ich zdrowiu a niekiedy życiu (Henault, 2015; Fornalik, 2017)

Przedstawiona analiza literatury dowodzi istnienia braków danych o edukacji psychoseksualnej uczniów w normie intelektualnej. Co ważne uczniowie niepełnosprawni ruchowo podobnie jak osoby niepełnosprawne intelektualnie posiadają dodatkowe potrzeby edukacyjne, obejmujące także edukację w zakresie seksualnego funkcjonowania. Potrzeby te powodowane są brakiem pełnej sprawności psychofizycznej organizmu oraz niedostatkiem wiedzy o seksualności. Na świecie obecny jest trend prowadzący do powstawania programów edukacji psychoseksualnej dla osób z niepełnosprawnością, jednak z powodu marginalizowania potrzeb seksualnych niepełnosprawnej młodzieży przez ich rodziców i terapeutów występują

liczne braki w tym zakresie, zarówno po stronie badawczej i aplikacyjnej (Reynolds, 2019).

Dowodów na konieczność tworzenia wspomnianych programów edukacji dostarczają wyniki badań jednoznacznie potwierdzające posiadanie potrzeb seksualnych oraz podejmowanie aktywności seksualnej przez osoby dotknięte ruchową niepełnosprawnością wrodzoną, której towarzyszy niechęć stanowiąca rezultat lęku przed sprostaniem zadaniu (Wiegierink, Stam, Katelaar, Cohen-Kettenis, Roebroech, 2012; Czapła, Otrębski, 2014, 2015). Obywatele krajów rozwiniętych zgodnie zauważają, iż edukacja psychoseksualna dla młodych z niepełnosprawnością fizyczną jest niezbędna w celu redukcji seksualnych i związanych z reprodukcją problemów zdrowotnych. Odpowiedni poziom wiedzy pozwala podnosić zdolność do budowania wartościowych intymnych związków i relacji z drugim człowiekiem oraz dążyć do osiągnięcia zdrowia i dobrostanu (Guttmacher Institute, 2012). Nadal pomimo wzrostu świadomości potrzeb osób niepełnosprawnych, dostrzega się liczne bariery w podejmowaniu edukacji psychoseksualnej dostosowanej do grupy niepełnosprawnych ruchowo wynikające z przeszkód fizycznych, negatywnego nastawienia oraz niedoborów finansowych (*Public Health Agency of Canada*, 2013; WHO, 2018). Grey i współpracownicy (2017) wykazali, że młode kobiety niepełnosprawne ruchowo z powodu mózgowego porażenia dziecięcego rzadziej niż ich sprawne rówieśniczki otrzymują informacje na temat seksualności od swoich rodziców przed osiągnięciem przez nie pełnoletności (18 roku życia). Co więcej dowiedziono, że młodzi ludzie niesprawni ruchowo mają mniejszy dostęp do podstawowych informacji związanych z życiem seksualnym (Jacobs, Korn, Howernstine, Aalsma, Williams, 2015). Znaczenie niepełnosprawności dziecka w wyniku mózgowego porażenia dziecięcego dla seksualności jego rodziców, której jakoś obniża się z powodu przewlekłego stresu oraz lęku o dziecko doświadczanego każdego dnia oraz doświadczenia praktyków wskazujące na trudności w tym zakresie mogą przekładać się na doświadczenia seksualne niepełnosprawnych osób (Donnelly, 1993; Kurtuncu, Akhan, Yilidiz, Demirbag, 2015).

Brak edukacji psychoseksualnej jak już wspomimono wynikać może ze stereotypów o aseksualności osób niepełnosprawnych co jest niepokojące, gdyż bywają one obecne w przekonaniach osób bezpośrednio pracujących z niepełnosprawnymi (Cuskelly, Bryde, 2004; Pedbani, Johnson, 2015). W tym miejscu konieczne jest podkreślenie, że w świadomości wielu specjalistów pracujących na co dzień z osobami niepełnosprawnymi przekazywanie podopiecznym wiedzy o seksualności wynika z chęci uniknięcia sytuacji problemowych związanych z aktywnością seksualną osób z niepełnosprawnością intelektualną takich jak narażenie na wykorzystanie seksualne czy agresywne zachowania seksualne tychże osób wobec innych, a nie z potrzeby pomocy podopiecznym w zainicjowaniu i stworzeniu satysfakcjonującego i świadomego życia seksualnego (Koller, 2000; Parchomiuk, 2009; Sevlever, Roth, Gillis, 2013). Stanowi to uwydatnienie trudności w podejściu do edukacji psychoseksualnej obserwowanych w stosunku do sprawnej młodzieży o czym wspomiano w poprzednim punkcie. Niestety doświadczenia badawcze i praktyczne uwypuklają problemy w zaakceptowaniu seksualności osób niepełnosprawnych przez niektórych terapeutów oraz zgłaszany przez nich brak kompetencji w podejmowaniu tej tematyki w kontakcie z podopiecznymi, co ujawnia się również w przekonaniach rodziców osób niepełnosprawnych (Pedbani, Johnson, 2015; Clatos, Asare, 2016). Wobec zastanej rzeczywistości młody niepełnosprawny człowiek znajduje się w potrzasku, gdy rodzice ani szkoła nie potrafią sprostać jego oczekiwaniom. Zmusza to osoby niepełnosprawne do samodzielnego docierania do wiadomości, najczęściej w oparciu o źródła, które są nierzetelne i przekazują fałszywe informacje narażając jej odbiorców na szereg trudności i poważnych problemów.

Badania światowe i polskie wskazują na brak przygotowania specjalistów pracujących z niepełnosprawnymi do podejmowania tematów seksualnego funkcjonowania tychże osób zarówno w kontekście samego funkcjonowania czy proponowanych form pomocy oraz wsparcia psychospołecznego (Waszyńska, Groth, Kowalczyk, 2013). Prowadzi to do poczucia braku kompetencji a w konsekwencji unikania tematów związanych z seksualnością i traktowania tej sfery jako niebyłej. Niechęć jaką budzi rozmowa z drugim człowiekiem na temat jego seksualności może

też jak wskazują badania wynikać z braku komfortu specjalistów w kontekście własnej seksualności postrzegających tę sferę życia jako temat tabu. Co znamienne, osoby odczuwające komfort w związku z własną seksualnością chętniej poruszają ten temat w rozmowie z drugim człowiekiem i nie odczuwają w związku z tym negatywnych emocji (Pedbani, Johnson, 2015).

Warto też wspomnieć o problemie, który niejednokrotnie pojawia się również w odniesieniu do edukacji psychoseksualnej wśród młodzieży sprawnej. Zauważa się przerzucanie odpowiedzialności za przekazywanie wiedzy przez kolejne osoby z otoczenia niepełnosprawnych na siebie wzajemnie. Prawdopodobnie wynika to z poczucia wstydu i niechęci związanych z tematem seksualności oraz obawami przed rozbudzeniem nadziei niepełnosprawnych na możliwość stworzenia relacji intymnej z drugim człowiekiem (Higgins, Skarek, Nolan, Sheenin, Flangan, Slaicuinaite, MC Donelt, Walsh, 2012; Waszyńska, Groth, Kowalczyk, 2013; Pedbani, Johnson, 2015; Tellier, Calleja, 2017).

Zatem luki w wiedzy o seksualności wśród niepełnosprawnej młodzieży uczęszczającej do ogólnodostępnych placówek szkolnych są konsekwencją niedostosowania programów nauczania do ich dodatkowych potrzeb odnoszących się do ograniczeń w sferze seksualnej wynikających z zaburzeń pozbawionego pełnej sprawności organizmu (*Public Health Agency of Canada*, 2013). Skutki tych błędów prowadzą do konieczności samodzielnego rozwiązywania problemów sfery intymnej przez młodych niepełnosprawnych ludzi a specyfika tematyki oraz związane z nią wzmożone poczucie wstydu mogą prowadzić do zaniechania zdobywania wiedzy ze źródeł najbardziej rzetelnych (specjaliści, szkoła) poprzestając na braku informacji – wynikającym z niemożności zdobycia ich, bądź samodzielnego poszukiwania wiedzy ze źródeł zawierających treści nierzetelne (internet, media, rówieśnicy). W tym miejscu trudności narastają z powodu ograniczenia kontaktów w szkolnictwie ogólnodostępnym przede wszystkim do sprawnych rówieśników, którzy nie mając doświadczeń i trudności tożsamyh z tymi u osób niepełnosprawnych nie są w stanie przekazać rzetelnej wiedzy (Ponton, 2012).

Co znamienne doniesienia z badań wskazujące jednoznacznie na niedostatki w zakresie edukacji psychoseksualnej dostosowanej do potrzeb osób z wrodzoną niepełnosprawnością jednocześnie podkreślają skalę narażenia osób niepełnosprawnych na choroby przenoszone drogą płciową, przemoc czy nieplanowaną ciążę spowodowaną niedostatkami wiedzy (Simpson, Andrews, Isaac, 2010; Travers, Tincani, 2010; Sevlever, Roth, Gillis, 2013; Abells, Kirkham, Ornstein, 2016; Lhan, Mackin, 2016; Lane, Cambridge, Murphy, 2019; Michielsen, Brockschmidt, 2021).

W obliczu przedstawionych braków w literaturze oraz nieobecności programów edukacji psychoseksualnej dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową w Polsce warto zastanowić się nad ograniczeniami w kontekście funkcjonowania seksualnego osób niepełnosprawnych i stworzeniem odpowiednich programów umożliwiającym zaspokojenie potrzeb w zakresie wiedzy o seksualności a w konsekwencji możliwość podejmowania ról i zadań odpowiednich dla młodego, ale odpowiedzialnie wkraczającego w dorosłość człowieka. Jest to znamienne z perspektywy świadomości, że odpowiednia, dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych od urodzenia edukacja psychoseksualna umożliwiłaby tym osobom nie tylko budowanie romantycznych relacji intymnych, ale także czerpanie przyjemności i dobra ze świadomie podejmowanej aktywności seksualnej (Campbell, Lofgren-Martenson, Martino, 2020).

Studium literatury na temat edukacji psychoseksualnej przynosi konkluzję, iż zagadnienie choć obecne w literaturze nadal zawiera wiele luk zwłaszcza opisie seksualności osób z określonymi rodzajami niepełnosprawności, co w oparciu o obserwowane problemy i potrzeby tych osób w kontekście seksualności oraz zgodnie z obecnym w psychologii zdrowia trendem w praktyce/leczeniu/nauczaniu opartym na dowodach ma szczególne znaczenie (evidence-based practice) (Berg, 2019). Analizując rolę edukacji psychoseksualnej w życiu młodego człowieka, niezależnie od poziomu sprawności jego organizmu należy pamiętać o prawidłowości zaprzeczającej równości pomiędzy otrzymaną edukacją a posiadaną wiedzą na dany temat (Skonieczna, Olejniczak, Kielan, 2017). Brak informacji oraz programów edukacji psychoseksualnej specyficznych dla osób z niepełnosprawnością ruchową pogłębia luki w wiedzy na

temat intymnej sfery funkcjonowania wśród tych osób, co prowadzi do unikania aktywności seksualnej bądź naraża na ryzyko i poczucie porażki w tym aspekcie życia. W tym miejscu na uwagę zasługuje zainicjowany w 2019 roku projekt fundacji *Avalon* o nazwie *Sekson*, którego celem jest przełamanie tabu dotyczącego seksualności i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością narządu ruchu (<https://www.fundacjaavalon.pl/programy/sekson.html>). Przedstawiona inicjatywa potwierdza, że istnieją praktycy zajmujący się tym zagadnieniem niemniej jednak problem ten nie jest rozpowszechniony i znany w literaturze. Konkludując w celu poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnością oraz kierując się dbałością o zdrowie i bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością warto realizować potrzebę upowszechniania programów edukacji psychoseksualnej dla tej grupy osób.

2. Wiedza o seksualności

Wiedza obecna w życiu człowieka ma znaczący wpływ na podejmowanie decyzji a w konsekwencji także określonego zachowania. Jej odpowiedniej poziom może warunkować podejmowanie przez osobę określonych działań związanych z seksualnością.

2.1. Zagadnienie wiedzy w różnych dziedzinach nauki

„Wiedza” rzadko jest przedmiotem badań, gdyż centrum rozważań stanowi jej treść konieczna do rozwoju i zdobycia wykształcenia przez młodego człowieka a nie sposób jej definiowania, geneza czy znaczenie w życiu jednostki. Niezaprzeczalnie stanowi ona nieodłączny, niematerialny element ludzkiej rzeczywistości – dzięki niej człowiek żyje rozsądnie i stabilnie, jest w stanie uchronić się przed niebezpieczeństwami. Istnienie socjologii wiedzy jako odrębnej subdyscypliny naukowej, której przedmiot zainteresowań stanowi poszukiwanie związków między uwarunkowaniami powstawania wiedzy a jej treścią podkreśla wagę istoty zjawiska dla funkcjonowania człowieka (Niźnik, 1989).

Termin „wiedza” w starożytności budził zainteresowanie swą naturą. Łukasiewicz (1987) wskazuje, iż filozofowie od początku próbowali zgłębić oraz zdefiniować zagadnienie. Zdaniem Sokratesa, który jako jeden z wielu podjął się tego zadania wiedza to przekonanie, które jest poparte określonym uzasadnieniem. Platon uważał, że każda opinia może zostać uznana za wiedzę, jeśli jest zgodna z prawdą, można ją uzasadnić oraz jej zaufać (mieć przekonanie o jej prawdziwości) (za: Stefanowicz, 2013; s. 45, 57).

Arystoteles wprowadził znany podział na wiedzę teoretyczną i empiryczną, a możliwość doświadczenia świata pozwoliła dodatkowo na wyróżnienie:

- wiedzy a priori odnoszącej się do prawd absolutnych, między innymi praw logiki;

- wiedzy a posteriori, będącej wiedzą nabytą drogą doświadczenia, dzięki funkcjonowaniu zmysłów i szeroko pojętych procesów poznawczych, którą można zweryfikować za pomocą obserwacji świata (Arystoteles, 1983, s. 14).

Polski filozof Bocheński (1992) podkreślił znaczenie wiedzy jako bytu psychicznego – mianując ją cechą ludzkiego umysłu będącą efektem pewnego procesu psychicznego. Także inni uczeni próbowali eksplorować zjawisko szukając jej struktury oraz sposobu uchwycenia (za: Stefanowicz, 2013, s. 45). Powszechnie znana definicja między innymi z wydań *Nowej Encyklopedii Powszechnej PWN* wskazuje, że „ (...)w najogólniejszym sensie [wiedza] to rezultat wszelkich możliwych aktów poznania; w węższym znaczeniu — ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnością ich wykorzystywania(...)” (1996, tom 6, s. 733).

Współcześnie z powodu cyfryzacji społeczeństwo informacyjne znajduje coraz częściej nieco odmienne sposoby interpretacji pojęcia wiedzy. Dzięki temu, że współcześni specjaliści koncentrują się głównie wokół zjawiska skutecznego zarządzania wiedzą zauważono, że obejmuje ona więcej niż same informacje, gdyż nie zawiera jedynie ich skupiska, ale pozwala na skuteczne rozwiązywanie problemów oraz inteligentne zachowania, co jest możliwe dzięki odpowiednim zbiorom reguł i zasad (Zawilski, 2000). Coraz częściej znaczenie przypisuje się obserwowalnym efektom i zakresom użyteczności wiedzy: zdolności podejmowania decyzji, rozwiązywania

problemów, dostosowania zachowania do zmian w otoczeniu, wykorzystywania posiadanych informacji oraz interpretowania ich (Baborski, Bonner, 2003; Brdulak, 2005; Kałuszyńska, 2005).

W psychologii, wiedzą zajmuje się przede wszystkim psychologia procesów poznawczych traktując ją jako zawartość pamięci długotrwałej. Wyróżnia ona wyraźnie wiedzę deklaratywną, czyli wiedzę typu „co?” oraz wiedzę proceduralną, czyli wiedzę typu „jak?”. Rozumienie jej koncentruje się wokół „ (...)ogółu treści utwalonych w umyśle ludzkim w postaci reprezentacji poznawczych w wyniku kumulowania doświadczenia oraz uczenia się(...) lub osobistego stanu poznania człowieka w wyniku oddziaływania na niego obiektywnej rzeczywistości” (Pondel, 2003, s. 372; Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2019, s. 125).

W świetle obecnych konceptualizacji i definicji naukowych omawianego konstrukt obserwuje się pewne trudności w ostatecznym określeniu co wykracza poza jego obręb. Dlatego istotne okazują się sposoby interpretacji a nie samo wyjaśnienie i zdefiniowanie pojęcia wiedzy. Zgodnie z podejściem metaforycznym wiedza służy do opisanego czegoś innego niż ona sama na przykład potencjału przedsiębiorstwa, natomiast zwolennicy interpretacji w ujęciu procesowym podkreślać będą znaczenie wiedzy jako niekwestionowanego, ale wartościowego i koniecznego w obliczu szybkiego rozwoju technologii/świata zasobu, który należy sprawnie wykorzystywać w codziennym życiu. Tymczasem podejście przedsiębiorcze traktuje wiedzę jako zbiór skryptów i wskazówek będących drogowskazem w prowadzeniu przedsiębiorstwa, a ujęcie informacyjne (technologiczne), skupia się na bazach danych, które przechowują złożone informacje (Panasiewicz, 2004).

Najbliższym autorce rozprawy sposobem interpretacji zjawiska jest model uniwersalistyczny, wyraźnie wskazujący na konieczność połączenia informacji oraz doświadczenia specjalisty w danej dziedzinie w celu całkowitego zrozumienia danego zagadnienia, które nie może odbyć się bez udziału kontekstu sytuacyjnego, okoliczności, tła czy też powiązania rozpatrywanego obiektu z innymi elementami otoczenia (Stefanowicz, 2013). Pozwala to określić w jaki sposób powstaje wiedza o seksualności, która jest przedmiotem zainteresowań w niniejszej rozprawie i której rolę

w podejmowaniu zadań rozwojowych wczesnej dorosłości związanych z budowaniem intymnych związków próbuje znaleźć autorka.

Fakt, że wiedza znalazła się w przedmiocie zainteresowań wielu dyscyplin naukowych daje dowody, że sprawuje bardzo ważne funkcje w życiu człowieka. Przede wszystkim daje obraz rzeczywistości, gdyż dzięki zdolności poznania umożliwia z przekonaniem określić właściwości przedmiotów, podmiotów i sytuacji. Stanowi drogę do poznania prawdy, czyli daje dowody o prawdziwości/fałszywości otaczającej jednostkę rzeczywistości. Nie zawsze ustrzeże ją przed błędami, ale pozwala na ich szybką weryfikację oraz naprawę (Stefanowicz, 2013). Coraz częściej podkreśla się, że wiedza stanowi energię napędową ludzkiego umysłu i bez niej człowiek nie mógłby skutecznie funkcjonować, a w skrajnych przypadkach nawet przeżyć. Informacje na temat sposobów radzenia sobie w świecie, które przechowuje się w pamięci umożliwiają życie i przetrwanie (Augustyniak, 2008). Wreszcie wiedza pełni także dwie bardzo ważne role, szczególnie istotne w kontekście wiedzy o seksualności. Stanowi ona podstawy do rozwoju człowieka oraz jego osobowości jednocześnie będąc źródłem szeroko rozumianego dobrostanu (Stefanowicz, 2013). Zdobywanie i posiadanie wiedzy pozwala na satysfakcjonujące podejmowanie aktywności oraz rozwój osobisty. W życiu intymnym ułatwia budowanie dojrzałych i trwałych związków z drugim człowiekiem oraz ciągły samorozwój, dzięki kontaktom z drugim człowiekiem oraz kierowaniu życiem swoim i innych z zachowaniem zasad higieny i bezpieczeństwa.

2.2. Wiedza o seksualności – definiowanie oraz zakres pojęcia

Wiedza o seksualności jest ważnym źródłem informacji o możliwościach realizacji życia seksualnego przez człowieka. Dzięki prawidłowej interpretacji danych o sposobie rozwiązywania problemów i podejmowaniu odpowiednich działań dostarcza wielu ważnych treści w kontekście życia i aktywności seksualnej. Zorganizowana w 1994 roku w Kairze konferencja ustanowiła prawo każdego człowieka do znajdującej się na najwyższym poziomie rzetelnej informacji na temat życia i zdrowia seksualnego (Soltani, Azizi, Sourinegad, Shayan, Mohammadi, Khodakarami, 2017).

Błędem jest ograniczanie treści dotyczących seksualności do znajomości procesu rozwoju dojrzałości płciowej, wobec tego wiedza o seksualności to wiedza deklaracyjna oraz proceduralna zdobyta w wyniku otrzymanej edukacji psychoseksualnej zawierająca informacje z zakresu wszystkich wymiarów ludzkiej seksualności – biologicznego, psychologicznego, społecznego, etycznego i prawnego, obejmujących swoim zakresem wiadomości, wiedzę stereotypową oraz informacje z zakresu prawa¹.

Uściślenie sposobu rozumienia i wyjaśniania wiedzy o seksualności w niniejszej pracy pozwala przyjrzeć się zakresom jakie obejmują jej poszczególne elementy składowe, czyli wiedza z zakresu wiadomości, wiedza stereotypowa oraz wiedza z zakresu prawa.

Wiadomości na określony temat to pełny zakres treści nabytych przez człowieka w toku edukacji oraz doświadczenia związanego z funkcjonowaniem człowieka. Zatem informacje o seksualności wypełniające ten aspekt wiedzy to szereg danych o rozwoju płciowym, wchodzeniu w relacje interpersonalne, aspektach medycznych ludzkiej seksualności, a więc normie i patologii w tym zakresie. Można powiedzieć, że wiedza o seksualności to „zbiór informacji odnoszących się do zasobu danych oraz świadomości człowieka na temat seksu oraz seksualności traktowanej jako konstrukt wielowymiarowy” (Soltani, Azizi, Sourinegad, Shayan, Mohammadi, Khodakarami, 2017 s. 18). Powinna zawierać treści o prokreacji, płodności, ciąży, zachowaniach autoerotycznych, aborcji, metodach antykoncepcji i chorobach przenoszonych drogą płciową, jak również pierwszo- drugo- i trzeciorzędowych cechach różnicujących kobiety i mężczyzn (Joshi, 2010; Yip, Zhang, Lam, Lam, Lee, Chan, 2013). Ponadto powinna obejmować nie tylko wiedzę, ale również nastawienie wobec seksualności, zależne od systemu wartości jednostki ściśle związane ze sposobem pojmowania oraz realizowania aktywności seksualnej przez człowieka, odnoszące się do wymiaru

¹Definicja jest pomysłem autorki na określenie pojęcia wiedzy o seksualności, która posłużyła stworzeniu „Kwestionariusza wiedzy o seksualności”

osobowego ludzkiej seksualności (Siddharat, Manjula, 2019). Podsumowując wiadomości na temat seksualności to wszystkie dane, które odnoszą się do każdego z aspektów ludzkiej seksualności – nie mogą ograniczać się jedynie do wiedzy biologiczno-medycznej, a muszą obejmować aspekty psychospołeczne czy etyczno-moralne, które będą odznaczały się swoją prawdziwością bądź fałszywością.

Innym rodzajem wiedzy o seksualności obok wiadomości jest wiedza stereotypowa. Charakterystyką stereotypów zajmują się przedstawiciele takich dziedzin nauki jak filozofia, socjologia, politologia czy psychologia, każda w nieco innym kontekście. Socjologów zajmuje aspekt socjokulturowy stereotypów, lingwiści poszukują ich związków z językiem, filozofowie odnoszą do świata wartości, natomiast psychologowie analizują ich wpływ na relacje między ludźmi (Białopiotrowicz, Kojkoł, 2010).

Słowo stereotyp ma swoje korzenie w języku greckim i oznacza twarde wzorzec, stężyły odcisk (Chlewiński, Kurcz, 1992 s. 9; Aronson, Wilson, Alert, 1997, s. 543). We współczesnym znaczeniu Wojciszke (1991, s. 180) definiuje się je jako „(...) nadmiernie uogólniony oraz uproszczony obraz określonej grupy społecznej, wyodrębnionej na podstawie łatwo dostrzeganej cechy na przykład płci, rasy, klasy społecznej i innych, zwykle podzielany przez większą zbiorowość ludzi(...)”. Stereotyp posiada cechy takie jak: brak zróżnicowanych emocji względem obiektu czy nadmierne uogólnienie sądów skutkujące pomijaniem różnic między ludźmi w grupie oraz traktowaniem wszystkich przedstawicieli jako identycznej jedności, odpornej na zmiany, czy dziedziczenie (Hamer, 2005).

Literatura psychologiczna ujawnia stereotypy jako schematy poznawcze będące zorganizowaną informacją o atrybutach osób należących do danej zbiorowości, która ma charakter zbyt ogólny, wręcz pozorny. Najczęściej trwają one pomimo braku zgodności z otaczającą rzeczywistością, a w konsekwencji bez związku z bieżącymi wydarzeniami i zmianami wpływającymi na ludzi ich cechy, czas i miejsce. W wyjaśnieniu tym brakuje, aspektu afektywnego, dotyczącego bezpośrednio omawianego przedmiotu, co skutkuje postrzeganiem stereotypów w kategorii skrótów w procesie myślowym zapewniającym oszczędność poznawczą do której zmierza mózg

(Doroszewicz, 2004). Podsumowując stereotypy to uogólnione schematy myślowe o określonym fragmencie otaczającej rzeczywistości, które w sposób zbyt ogólny i nadmiernie uproszczony najczęściej sprowadzają rzeczywistość do potocznie zdefiniowanego schematu o zabarwieniu afektywnym.

Proces powstawania stereotypów jest złożony i zależny od mechanizmów o charakterze poznawczym, afektywnym (emocjonalnym) i społeczno-kulturowo-motywacyjnym. Poznawcza ocena stereotypu zależy od kategoryzacji danego zjawiska przez struktury poznawcze jednostki oraz od błędu korespondencji w powstawaniu reprezentacji poznawczych na temat grupy czy wreszcie warunkowana jest przez pozorny związek z różnicującym spostrzeganiem grup (Mackie, Hamilton, Susskind, Rosselli, 1999). Reakcja emocjonalna zawsze pozostaje silnie związana ze strukturami poznawczymi, które kształtują postrzeganie rzeczywistości przez grupę ludzi. Stanowi osobistą reakcję emocjonalną obserwatora na spostrzegane zdarzenie i jest wynikiem mechanizmów, takich jak behawiorystyczne warunkowanie klasyczne emocji stereotypowych czy zjawisko ekspozycji w związku z stereotypowymi emocjami (Mackie, Hamilton, Susskind, Rosselli, 1999). Ważne w budowaniu stereotypów jest społeczeństwo oraz motywacja do ich tworzenia. Aspekt społeczno-kulturowo-motywacyjny, który można odnieść do wymiaru relacyjnego ludzkiej seksualności dostarcza dowodów na zależność seksualności od społeczeństwa. Społeczność ta oraz panujące wzorce kulturowe warunkują tworzenie norm i zasad współżycia społecznego i seksualnego, jak również stereotypy obejmujące wszelkie dziedziny życia, w tym także ludzką intymność. W życiu społecznym zazwyczaj dążymy do oceny naszej grupy – MY jako lepszej od grupy ONI, czyli grupy której członkami nie jesteśmy. W związku z tym w celu wzmocnienia poczucia własnej wartości upatrujemy przyczyn naszych sukcesów w sobie a porażek w czynnikach zewnętrznych. Natomiast w odniesieniu do grupy, której członkami nie jesteśmy chcąc zdeprecjonować jej wartość i poprawić własne samopoczucie przewidujemy stosunek zupełnie odwrotny, mianowicie przyczyny porażek grupy „obcej” leżą po ich stronie z kolei sukcesy są wynikiem przypadku, losu i szczęścia, a nie osobistych predyspozycji jej członków. Jest to zasada zwana krańcowym błędem atrybucji sformułowana przez Thomasa Piettigrew (1979 za:

Wojciszke, 2012, s. 488.). Usprawiedliwienie siebie i poprawa własnej samooceny w ramach tworzonej przez siebie grupy kosztem obniżania wartości „grupy obcej” ma być sposobem na zachowanie *statusu quo*, a jedyną drogą osiągnięcia zamierzonego efektu wydaje się kreowanie stereotypów.

Rolę czynnika społeczno-kulturowego warto podkreślić również dlatego, że stereotypy nabywa się drogą społecznego uczenia się, w procesie socjalizacji. Zatem wiedza jaką zdobywa się dzięki kontekstowi społeczno-kulturowemu w którym się żyje często stanowi wiedzę mało rzetelną i powierzchowną kreowaną przez szereg stereotypów (Aronson, Wilson, Alert, 1997). Co więcej najczęściej stereotypy poznaje i utrwała się w okresie dorastania, kiedy poziom dojrzałości i świadomości młodego człowieka nie pozwala sprzeciwić się i uznać za fałszywe przekonanie na dany temat. Niejednokrotnie stanowią też wyraz konformizmu wobec społeczeństwa, dlatego tak trudno z nimi walczyć (Hamer, 2005).

Wiedza stereotypowa jak wspomniano dotyczy wszystkich aspektów ludzkiego istnienia, w tym seksualności. Odnoszą się one do pełnionych ról płciowych w zakresie cech osobowości, podejmowanych działań i przejawianych zachowań czy wręcz wykonywanych zawodów. Stereotypy te bezpośrednio wpływają na życie seksualne, w którym oczekuje się konkretnych zachowań, predyspozycji czasem odmiennych dla kobiet i mężczyzn bądź ludzi będących przedstawicielami różnych ras (Farvid, Braun, Rowney, 2017; Siegel, Meunier, 2019). Grupą społeczną jak wspomniano, wobec której odnosi się wiele spośród fałszywych sądów na temat seksualności, gdzie głównym z nich jest aseksualność, są osoby niepełnosprawne (Pilecka, 2004; Nario-Redmond, 2010). Dotyczą one niezmiennie społecznego pozbawiania praw do zakładania rodziny i pełnienia roli rodziców przez osoby zwłaszcza dotknięte niektórymi rodzajami niepełnosprawności (Nario-Redmond, 2010).

Znajomość prawa odgrywa ważną rolę w sferze związanej z podejmowaniem aktywności seksualnej. Seksuologia kliniczna zawiera szeroko zakrojony dział seksuologii sądowej dotyczący przestępstw na tle seksualnym (Lew-Starowicz, 2013). Czyny i zachowania seksualne niedozwolone z prawnego punktu widzenia zostały spisane w rozdziale XXV kodeksu karnego w 1997 roku i mają na celu ochronę praw

jednostki przed ich naruszeniem ze strony osób trzecich (KpK, Dz.U.2020.1444). Opisuując wiedzę z zakresu prawa w obrębie seksualności należy ponownie odnieść się do osobowego wymiaru człowieka podkreślającego kluczową rolę godności ludzkiej w opisywaniu i traktowaniu jego seksualności. Zasady humanitaryzmu ukazują, iż każdy ma prawo do wolności wyznaczanej przez nietykalność osobistą i seksualną, ochronę danych osobowych oraz obronę przed dyskryminacją (KpK, Dz.U., 2020). Przesłpstwa na tle seksualnym dotyczą zarówno osób dorosłych i dzieci. Jednym z nich, szczególnie okrutnym, gdyż przejawianym wobec osób nieletnich jest przespstwo pedofilii (KPD, 2003; WHO, 2012; Zamelski, 2015). Ważne zatem, aby każdego młodego człowieka wyposażyć w informacje na temat warunków w jakich dochodzi do tego procederu oraz ochrony przed nim. Podobnie w przypadku innych przespstw na tle seksualnym: gwałtów czy mobbingu których z powodu braku rzetelnej wiedzy dostarczanej podczas edukacji psychoseksualnej ofiary nie są świadome, bagatelizując tym samym symptomy lub ukrywając fakt ich zaistnienia z powodu lęku przed negatywną oceną społeczeństwa.

Obok przespstw na tle seksualnym należy wspomnieć o roli i aspektach prawnych pornografii, w jakich warunkach jest ona dozwolona i zgodna z prawem, a kiedy następuje przekroczenie norm prawnych. Młody człowiek powinien otrzymać wiedzę traktującą na ten temat nie tylko w kontekście uzależnienia behawioralnego do jakiego może doprowadzić, ale również w odniesieniu do treści pornograficznych oraz zakresu korzystania czy posiadania i przechowywania ich na warunkach zgodnych z prawem (Pudo, 2005).

Podsumowując wiedza o seksualności jest wieloaspektowa, zatem całościowa edukacja psychoseksualna powinna uwzględniać to, aby młody człowiek podejmował odpowiedzialne i bezpieczne dla siebie oraz najbliższego otoczenia decyzje związane z angażowaniem się w aktywność seksualną. Pewność, że wykonywane działania odbywają się w oparciu o zgodne ze współżyciem i normami społecznymi, motywami w trakcie edukowania i wychowywania psychoseksualnego umożliwia zawarcie zaleceń *Światowej Organizacji Zdrowia* w tym zakresie oraz zasad etyki seksualnej, których powinno przestrzegać się niezależnie od posiadanych poglądów czy systemu wartości.

Doprowadzi to do działań zgodnych z zasadą zdefiniowaną przez prekursora edukacji w zakresie seksualności Jean-Jacques'a Rousseau'a, który w 1762 r. mówił: „jeśli nie chce się, by dziecko było ignorantem w sprawach seksualnych w wieku 16 lat, trzeba go wyedukować w tych kwestiach zanim skończy lat 10..” (Lew-Starowicz, 2010, s. 28). Sposobem na weryfikację poziomu wiedzy oraz dostępności edukacji psychoseksualnej wśród obywateli jest stworzenie rzetelnego i poprawnego metodologicznie warsztatu badawczego opartego o dotychczasowe osiągnięcia nauki.

2.3. Sposoby empirycznej weryfikacji danych na temat seksualności

Seksuologia to dziedzina nauki kojarzona przede wszystkim z medycyną, co skutkuje koncentracją jej empirycznych rozważań głównie wokół diagnozy zaburzeń o podłożu fizjologicznym oraz niekiedy psychologicznym (Lew-Starowicz, 2019). W konsekwencji dostępne narzędzia diagnostyczne w literaturze zagranicznej i krajowej dotyczą tych zagadnień. Warto wspomnieć, że diagnozę w seksuologii dzielimy na przedmiotową, podmiotową oraz badania dodatkowe (Janus, Szulc, 2015).

Badanie przedmiotowe to badanie fizykalne przeprowadzone przez lekarza, którego celem jest ocena stanu zdrowia jednostki (Janus, Szulc, 2015). Badanie podmiotowe przywołujące na myśl takie dyscypliny nauki jak psychologia, pedagogika czy socjologia opiera się o wywiad seksuologiczny umożliwiający nawiązanie relacji terapeutycznej z pacjentem, pomocnej w trakcie diagnozowania problemów i zaburzeń w sferze seksualnej (Lew-Starowicz, 1985). Oprócz wywiadu stosuje się także różne skale i kwestionariusze o charakterze samoopisu służące do pogłębienia wiedzy na temat specyfiki przeżywanych trudności. Najpopularniejsze z nich to:

- *Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet/Mężczyzn* – narzędzie diagnozy wieloaspektowej samooceny funkcjonowania seksualnego w okresie ostatnich czterech tygodni. Pozwala różnicować dysfunkcje seksualne w obszarze pożądania, erekcji (u mężczyzn), podniecenia, osiągania orgazmu, a także odczuwania satysfakcji seksualnej (Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, Mishra, 1997; Rosen, Braun, Heiman, 2000).

- *Kwestionariusz Pobudliwości Seksualnej SAI-PL* – pozwala zbadać czynniki wpływające bezpośrednio na pobudliwość seksualną. Jest skierowana zarówno do kobiet i mężczyzn (Gola, Kowalewska, Wierzba, Wordecha, Marchewka, 2015)
- *Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych - Mell-Krat* – dla mężczyzn i kobiet –ma służyć ocenie potrzeb seksualnych; kwestionariusz niekiedy wykorzystywany jest w badaniach jakości życia seksualnego (Robacha, 2010). Skala posłużyła do stworzenia *Kwestionariusza Potrzeb Seksualnych Osób z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym* (Czapla, Otrębski, 2014).
- *The Female Sexual Distress Scale (FSDS)* – kwestionariusz badający poziom cierpienia wywołany dysfunkcjami seksualnymi u kobiet (DeRogatis, Rosen, Leiblum, Burnett, Heiman, 2002)
- *Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej (KSS)*- mierzy poziom satysfakcji seksualnej w zakresie trzech komponentów: seksu, bliskości oraz pieczyoty (Plota, 2017)
- *Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)* - skala służy określeniu nasilenia popędu płciowego, podniecenia, erekcji prącia/lubrykacji pochwy, zdolności osiągnięcia orgazmu oraz satysfakcję związaną z przeżyciem orgazmu (McGahuey, Gelenberg, Laukes i in., 2000)
- *Sexual Dysfunction Questionnaire (SDQ)* pozwala określić występowanie i nasilenie zaburzeń seksualnych u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (Infrasca, 2011).

Przedstawione dostępne metody badania podmiotowego w seksuologii miały posłużyć zwróceniu uwagi na koncentrację analiz intymnej sfery życia wokół wymiaru biologicznego ludzkiej seksualności. Opisane narzędzia badawcze najczęściej pozwalają na ocenę fizjologicznych komponentów oraz dysfunkcji w zakresie przebiegu aktu seksualnego podejmowanego przez człowieka marginalizując sferę psychiczną i osobową tak istotną w seksualności.

Cały szereg badań nad aktywnością seksualną, potrzebami seksualnymi czy samooceną seksualną najczęściej opiera się o kwestionariusze i ankiety tworzone na potrzeby poszczególnych badań. Takie metody znajdziemy do badania potrzeb

seksualnych, samooceny seksualnej czy przejawów zachowań seksualnych (Czapła, Otrębski, 2014, 2015, 2018). Również w kontekście badań nad zadowoleniem z edukacji psychoseksualnej dostępne są kwestionariusze wywiadu, które jednak w dużej mierze ograniczają się do zdobywania danych jakościowych i mają ograniczone możliwości ilościowych analiz (Grzelak, 2006; Czarnik, 2012, 2019). Podobnie sytuacja wygląda z badaniami dotyczącymi aktywności seksualnej, gdzie autorzy najczęściej korzystają z samodzielnie tworzonych ankiet (Radomski, 2005; Czapła, Otrębski, 2018). Próby badania poziomu wiedzy w określonych obszarach życia prowadzą do wniosków, iż autorzy z powodu braku dostępności gotowych uniwersalnych metod tworzą własne, oparte o aktualne zapotrzebowanie i najnowsze koncepcje naukowe, dlatego trudno znaleźć kwestionariusz służący analizie poziomu wiedzy o seksualności (Kulik, Otrębski, 2012).

Stosunkowo sporą liczbą kwestionariuszy badających różne aspekty seksualności dostarcza Snell i jego współpracownicy (1991/1998), jednak dostępne są najczęściej jedynie w języku angielskim i dostarczają wyników cząstkowych w poszczególnych skalach nie pozwalając na formułowanie bardziej uogólnionych wniosków. Są to narzędzia:

- *Sexual Awareness Scale* - do badania świadomości seksualnej rozumianej jako świadome i uważne rozumienie i podejmowanie decyzji związanych z podejmowaniem aktywności seksualnej (Snell, Fisher, Miller, 1991);
- *Sexuality Scale* umożliwiające ocenę własnej seksualności w wymiarach samooceny seksualnej, depresji seksualnej oraz zaangażowanie własnym życiem seksualnym (Snell, Papini, 1989);
- *Sexual Self-Disclosure Scale* – analizujący seksualną komunikację (Snell, Belk, Papini, Clark, 1989);
- *Test Związków Seksualnych* w polskiej adaptacji Jandy (2003) mierzące orientację wymienną/wspólnotową w relacji seksualnej (Hughes, Snell, 1990);
- *Multidimensional Sexual Self-Concept Scale*, służące analizie dwudziestu psychospołecznych obszarów związanych z koncepcją własnej seksualności

rozumianej jako ocena i postrzeganie własnego życia seksualnego przez jednostkę (posłużył on do stworzenia kwestionariusza wykorzystanego na potrzebnym omawianego projektu badawczego (Snell, 1993);

Co ważne w ostatnich kilku latach obserwuje się wzmożone prace nad polską adaptacją narzędzi badawczych dotyczących poszczególnych wymiarów ludzkiej seksualności takich jak jedne z najnowszych:

- *Skala AMORE* w polskiej adaptacji Kocur (2019 s. 80) służące pomiarowi motywacji seksualnej rozumianej jako ogólna motywacja do podejmowania aktywności seksualnej;
- *Kwestionariusz Nadseksualizacji* w adaptacji Szymczak i Janickiej (2021) mierzący seksualizowany język oraz seksualizowany wygląd jak również uwodzenie.

Warto podkreślić, że na przestrzeni lat badania nad ludzką seksualnością najczęściej dotyczyły zagadnień takich jak stosunki seksualne przed- i w trakcie trwania małżeństwa, choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV, wierność małżeńska, motywacja do podejmowania aktywności seksualnej. W zakresie aktywności seksualnej niejednokrotnie podejmowano tematykę inicjacji, masturbacji oraz innych zachowań seksualnych, jak również satysfakcji seksualnej i powiązanej z nią satysfakcji i jakości życia seksualnego. Początek XXI wieku to czas zainteresowania edukacją seksualną, a w związku z tym również ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, postawami wobec seksualności analizowanym zwłaszcza wśród młodzieży oraz wzmożone eksploracje badawcze różnych form przemocy seksualnej (za: Izdebski, 2012, s. 126 – 130). Co więcej ujawniono, jak już wspomniano, wzrost inicjatyw badawczych obejmujących seksualność osób z dodatkowymi potrzebami, jednak w dalszym ciągu temat jest niedostatecznie zgłębniony (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001; Czarnik, 2012,2014; Czapla, Otrębski, 2014, 2015, 2018; MEN, 2015; Czapla, Krzysztofik, 2019).

Ostatnie kilka lat jak już przytoczono w Polsce koncentruje się na poszerzaniu wiedzy o nowych, niepoddanych analizom wcześniej wymiarach seksualności

skutkujących inicjatywami naukowymi i adaptacją kolejnych narzędzi, których w dalszym ciągu brakuje.

Podsumowując rozważania na temat wymiarów ludzkiej seksualności wyraźnie dostrzega się brak odpowiednich wystandaryzowanych dostępnych w Polsce narzędzi badawczych, przy jednoczesnej świadomości dużych potrzeb w tym zakresie. Dotyczy to zwłaszcza narzędzi skierowanych do osób z niepełnosprawnością. Przyczyniło się to bezpośrednio do podjęcia się przez autorkę projektu próby stworzenia narzędzi badawczych, dających możliwości analiz jakościowych, a także ilościowych umożliwiających weryfikację zmiennych edukacja psychoseksualna, wiedza o seksualności oraz koncepcja własnej seksualności.

3. Koncepcja własnej seksualności

Koncepcja własnej seksualności to termin psychologiczny często rozumiany jako fragment większej całości jaką jest koncepcja siebie - konstrukt dostatecznie i często weryfikowany empirycznie, co być może przyczyniło się do braku eksploracji zjawiska w kontekście tak wybiórczym i szczegółowym. Prawdopodobną przyczyną tego jest niska świadomość w zakresie ujmowania koncepcji własnej seksualności w kontekście psychologicznych wymiarów ludzkiej seksualności oraz brak odpowiedniego narzędzia badawczego w naszym kraju. Chęć sprostania oczekiwaniom oraz zaspokojenia ciekawości poznawczej doprowadziły do podjęcia próby naukowej analizy zjawiska koncepcji własnej seksualności na poziomie teoretycznym oraz empirycznym. Efekty analiz literatury przedmiotu posłużyły stworzeniu podstaw teoretycznych narzędzia diagnostycznego umożliwiające zebranie jakościowych i ilościowych danych empirycznych oraz weryfikację przyjętych założeń.

3.1. Koncepcja siebie – konceptualizacja samooceny i samowiedzy według Campbell

Koncepcja siebie w różnych dyscyplinach nauki, zwłaszcza w psychologii doczekała się licznych opracowań wielu badaczy. Stąd spora różnorodność w zakresie teorii i sposobów konceptualizacji zjawiska (zob. Campbell, Assanand, Di Paula, 2003; Oleś, 2009). Większość naukowców dostrzega pewne cechy wspólne charakterystyczne dla koncepcji siebie: złożoność (Linville 1985, 1987), zróżnicowanie (Donahue i in., 1993), przedziałowość (Showers, 1992; Showers, Kling, 1996), klarowność (Campbell, 1990; Campbell i in., 1996), znaczenie (Pelham, Swann, 1989) czy rozbieżności pomiędzy poszczególnymi jej aspektami (Higgins, 1987; Bąk, 2002; Szcześniak, Bielecka, Madej, Pieńkowska, Rodzeń, 2020).

Sposób ujmowania teoretycznego omawianego konstruktów różnił się znacząco w poszczególnych rejonach świata. Psychologia amerykańska i zachodnioeuropejska sedno postrzegania siebie dostrzegała w indywidualizmie, odmienności oraz wyjątkowości każdego człowieka propagując nurt „psychologii ja”, z kolei na wschodzie badacze zgodnie twierdzili, że jednostka mimo bycia indywiduum zależy w pełni od środowiska (kontekstu społecznego), w którym żyje tworząc „psychologię my” (Oleś, 2009; Krakowiak, Łukaszewska, 2016).

Wśród psychologów zajmujących się zjawiskiem w XIX wieku prekurem był William James, który zwrócił uwagę na rolę koncepcji siebie w regulacji zachowania ludzkiego. Co więcej podkreślił on istnienie „Ja poznającego”, czyli jednostkę, która posiada wiedzę. Zatem koncepcja siebie składa się przede wszystkim z wiedzy o sobie oraz otaczającym świecie (Roy, 2004). Zdaniem autora obejmuje ona:

- *samoświadomość* rozumianą jako poczucie odrębności oraz tożsamości zarówno osobistej i społecznej;
- *samowiedzę*, czyli umiejętności tworzenia, budowania oraz zmiany- przekształceń w zakresie koncepcji siebie;
- *samoocenę* ujawnianą w postaci poczucia własnej wartości oraz pozytywnej/negatywnej oceny siebie;

- *samoregulację* jako umiejętność planowania, monitorowania oraz regulacji i modyfikacji własnego zachowania (Roy, 2004, s. 136).

Adler (1984, za: Oleś, 2009, s. 589) uważał, że człowiek postępuje zgodnie z przekonaniem na własny temat, ale jednocześnie dąży do przebywania we wspólnocie, bo największe szczęście zapewnia mu kontakt z innymi. Carl Rogers, przedstawiciel psychologii humanistycznej zaznaczał rolę dojrzewania (dorastania) jako znamiennej dla prawidłowego kształtowania struktury „Ja” przez integrowanie doświadczeń jako własnych oraz znaczących w zakresie wiedzy i oceny siebie (Krakowiak, Łukaszewska, 2016).

Pomimo szeregu teorii ujmujących strukturę Ja i błędnie znanych pod postacią licznych pojęć takich jak samoocena, obraz siebie, poczucie własnej wartości czy koncepcja siebie warto przytoczyć definicję, dowodzącą, iż koncepcja siebie to złożona, zmieniająca się całość. Obejmuje przekonania o samym sobie i łączące się z nimi uczucia, pozwala rozumieć własne funkcjonowanie oraz stosunek do siebie i innych ludzi, co pomaga utrzymać poczucie kontroli nad zachowaniem i otoczeniem. (por. Oleś, 2009). Jednym z twórców zajmujących się tym zagadnieniem była Jennifer Campbell, która wyróżniła dwa podstawowe komponenty budujące schemat Ja – samoocenę oraz samowiedzę (Tesser, Campbell, Smith, 1984; Paula, Campbell, 2002).

Autorka w swoich pracach (Tesser, Campbell, Smith, 1984; Campbell, 1990; Di Paula, Campbell, 2002) wielokrotnie podkreślała, że sposób funkcjonowania jednostki zależy od oceny siebie, jednak nie tylko ewaluacja ma znaczenie. Istotnym czynnikiem są także przekonania o sobie uwarunkowane informacjami zwrotnymi uzyskiwanymi od innych na podstawie własnego działania. Ten element, kluczowy dla koncepcji siebie nazwała samowiedzą (Campbell, 1990).

Samowiedza to komponent o charakterze poznawczym, który stanowi informację o sobie. Campbell podkreśla, że każdy odpowiada sobie na pytanie „kim jestem?” i dopiero na tej podstawie ocenia „jak czuje się z tym kim/jaki jest?”. Dlatego samoocena nie może istnieć bez wiedzy i samoświadomości własnego wyglądu, postępowania, posiadanych cech (Campbell, 1990). Dostrzega się tu podobieństwo do koncepcji prekursora konceptualizacji zjawiska struktury „Ja” – Williama Jamesa, który

podkreślał rolę szeregu procesów znaczących dla koncepcji siebie, wskazujących na istotność posiadanych informacji na własny temat (Oleś, 2009). Aspekt ten zdaniem Campbell (2002) uwidacznia znaczenie wierzeń i przekonań na temat własnych cech, zdolności i umiejętności w ocenie siebie, a w konsekwencji podejmowanie odpowiednich decyzji i wynikających z nich działań. Samowiedza prawdopodobnie ma strukturę werbalną i dzięki temu podlega prawom przetwarzania oraz zapamiętywania informacji. Żeby mogła istnieć niezbędny jest udział i prawidłowe funkcjonowanie procesów poznawczych takich jak: pamięć, uwaga, myślenie (Greenwald, 1992). Niejednokrotnie mówi się, że samowiedza jest ważnym aspektem poczucia tożsamości odnoszącym się treściowo do własnej osoby ujmowanej holistycznie bądź jakiegoś aspektu self. Dotyczy przewidywań oraz oczekiwań wobec siebie organizując w postaci autoschematów wiedzę ogólną i szczegółową na własny temat (Kozielecki, 1981; Kofta, Doliński, 2000; Tesser, Felson, Suls, 2004). Również Reykowski (1970) w swej koncepcji regulacyjnej podkreślił rolę struktury Ja w kształtowaniu prawidłowej, czyli adekwatnej samooceny. Uznał, że bez informacji na własny temat niemożliwa jest właściwa ocena samego siebie. Samowiedza zapewnia człowiekowi przejrzystość w dokonywaniu regulacji samopoczucia i obrazu siebie. Bez poznawczych schematów zapewniających odpowiedni poziom wiedzy o sobie człowiek nie może określić emocjonalnego kontekstu obrazu siebie (Di Paula, Campbell, 2002). Zdaniem Campbell *samoocena* to ewaluatywny, oceniający obszar koncepcji siebie. Jak już wspomniano daje on odpowiedź na pytanie jak czuję się z tym, że jestem taki a nie inny (Di Paula, Campbell, 2002, s. 13).

Autorka jednoznacznie udowodniła w swoich badaniach, że ludzkie doświadczenia oraz wynikające z nich przekonania mają znaczenie dla samooceny. Ludzie z pozytywną samooceną częściej skupiają się na własnych sukcesach dostrzegając ich znaczenie i marginalizując porażki, z kolei Ci, z niską samoocenę czerpią zarówno z sukcesów jak i porażek, ale prawdopodobnie tym drugim nadają silniejsze znaczenie, co przekłada się na negatywną ocenę siebie (Campbell, Fairey, 1985; Campbell, Lavalley, 1993). Istotą tej teorii jest klarowność samowiedzy, czyli przekonanie o prawdziwości sądów na własny temat. Udowodniono, że osoby których

samowiedza jest nieklarowna są podatne na wpływy i opinie z zewnątrz, co znacząco może obniżać ich samoocenę (Campbell, Lavallee, 1993).

Według Strelau'a (2000, s. 573) samoocena to „ewaluacja pojęcia Ja, czyli uogólniona, względnie trwała ocena siebie jako osoby”. Zawiera w sobie takie treści jak poczucie fizycznej atrakcyjności, umiejętności interpersonalne, poczucie humoru i wiele innych. Nieco inną choć zbliżoną charakterystyką jest określenie, że samoocena to sposób (...) wartościowania siebie pociągający za sobą wzbudzanie emocji pozytywnych (przy wysokiej samoocenie) oraz negatywnych (przy niskiej)” (Porębiak, 2005, s. 93). Można zatem wnioskować, że stanowi ona afektywną odpowiedź człowieka na siebie przez ewaluatywną rolę, którą sprawuje w postrzeganiu siebie (Campbell, 2002; Wojciszke, 2004). Konkludując jedynie adekwatna i realna ocena własnych możliwości chroni człowieka przed niepowodzeniami i cierpieniem, a zarówno zbyt wyidealizowana, jak i nadmiernie negatywna samoocena przyczyniają się do doświadczania trudności i podejmowania nie zawsze korzystnych dla człowieka decyzji (Ross, Broh, 2000; Porębiak, 2005). Możliwość kształtowania właściwej oceny przez człowieka jest w dużej mierze zależna od posiadanej wiedzy.

W ten sposób zbudowana koncepcja siebie zawiera elementy niezbędne, czyli samowiedzę i samoocenę, które wzajemnie od siebie zależą jednocześnie, będąc rozdzielnymi, ale nadal w pewnej relacji do siebie (Oleś, 2017). Konceptualizacja Campbell (2002) wydaje się być szczególnie przydatna w kontekście analizy zjawiska koncepcji własnej seksualności, w której ocena własnej atrakcyjności podyktowana wiedzą i świadomością własnych cech może mieć znaczenie w podejmowaniu satysfakcjonującego życia seksualnego oraz w pełni odpowiedzialnych decyzji z nim związanych, co wiąże się z rozwojem dojrzałości psychoseksualnej. Z tej perspektywy koncepcja własnej seksualności rozumiana niekiedy jako szczegółowy aspekt koncepcji siebie jawi się jako istotna i kluczowa w kontekście pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i realizacji zadań rozwiązanych związanych z okresem wkraczania w dorosłość przez młodego człowieka.

3.2. Koncepcja własnej seksualności – teoretyczne podstawy badań własnych

Wybiórcze rozpatrywanie seksualności z perspektywy seksuologicznej koncentrującej się głównie na dysfunkcjach oraz podejmowanych zachowaniach seksualnych, często ograniczonych do wymiaru biologicznego z pominięciem psychospołecznego prowadzi do luki w wiedzy na temat omawianego konstruktów na gruncie polskim.

Aktualny sposób rozumienia koncepcji własnej seksualności umieszcza ją w roli jednego z najistotniejszych komponentów szeroko pojętego zdrowia seksualnego odzwierciedlając tym samym wyłaniający się nurt stanowiący zwrot ku utożsamianiu seksualności z wartościami powiązanych z osobowością człowieka, jego potrzebami, obrazem siebie czy rolami społecznymi (Aubrey, 2007; Kucharski, Rzepa, 2017). Ponadto stanowi ona istotny predyktor podejmowanych zachowań seksualnych, a w konsekwencji może wpływać na utrzymywanie zdrowia psychicznego człowieka (Ramezani, Ghaemmaghami, Talakar, Saadat, Zamani, Shams, 2013; Saadat, Ramezani, Ahmadi, 2015). Co więcej niektórzy autorzy ukazują rozwój koncepcji własnej seksualności jako jedno z normatywnych zadań okresu adolescencji umożliwiające jednostce organizację przyszłego życia seksualnego opartego na motywacji oraz poczuciu sensu (O'Sullivan, Meyer-Bahlburg, McKeague, 2006; Rostosky, Dekhtyar, Cupp, Anderman, 2008; Hensel, Fortenberry, O'Sullivan, Orr, 2011).

Prekursorzy konceptualizacji koncepcji własnej seksualności opisują ją jako seksualne autoprezentacje (sexual self-schemata), czyli poznawcze reprezentacje swej seksualności na podstawie dotychczasowych doświadczeń i planowanych w przyszłości działań (Andersen, 1993, 1999; Andersen, Cyranowski, 1994, 1995, 1998, 2000; Andersen, Woods, Cyranowski, 1994; Andersen Woods, Copeland, 1997; Andersen, Cyranowski, Espindle, 1999). Innym przedstawianym sposobem konceptualizacji jest seksualna podmiotowość, skupiająca się wokół przyjemności zmysłowej i fizycznej atrakcyjności człowieka (Horne, Zimmer-Gembeck, 2006; Deutsch, Wilcox, 2014). Buzwell i Rosenthal (1996 s. 7) z kolei rozumieją koncepcję własnej seksualności jako

postrzeganie siebie w roli partnera seksualnego, które determinowane jest przez sześć rozdzielnych czynników:

- *samoocenę seksualną* (sexual self-esteem) czyli poczucie własnej wartości oraz dumy ze sfery seksualnej, przekonanie o własnej atrakcyjności;
- *poczucie własnej skuteczności w sferze seksualnej* (sexual self-efficacy) jako kompetencje w kierowaniu własnym życiem seksualnym w sposób bezpieczny i satysfakcjonujący,
- *pobudzenie* (arousal) – świadomość posiadanej seksualnej energii oraz wynikającej z niej frustracji, gotowość do podejmowania aktywności seksualnej w odpowiedzi na odczuwane pobudzenie;
- *poszukiwanie* (exploration), czyli otwartość na eksperymentowanie oraz angażowanie się w różne zachowania seksualne;
- *niechęć* (anxiety) rozumianą jako negatywne uczucia, myśli oraz nastawienie do własnej seksualności;
- *zaangażowanie* (commitment), czyli gotowość do pełnego zaangażowania się w relację seksualną z partnerem oraz dochowanie mu wierności (Smith, Rossentall, 1998, s.10).

W późniejszym czasie różni autorzy podejmowali próby stworzenia narzędzi badawczych do proponowanego przez Buzwella i Rosenthala (1996) modelu teoretycznego, jednak okazało się to trudne. Udało się stworzyć kwestionariusze weryfikujące poszczególne komponenty utrudniając w ten sposób stworzenie całościowego obrazu zjawiska (Breakwell, Millward, 1997, Garcia, 1999; O'Sullivan, Meyer-Bahlburg, McKeague, 2006; Aubrey, 2007; Deutsch, Wilcox, 2014). Dokładne procedury i próby badania koncepcji własnej seksualności opisane zostały w kolejnej części poświęconej sposobom empirycznej weryfikacji tego konstruktu.

Próby usystematyzowania zjawiska podjął również Snell (1997) konstruując wielowymiarowy i złożony model teoretyczny składający się z dwudziestu zmiennych psychologicznych. Jego zdaniem koncepcja własnej seksualności to postrzeganie własnej seksualności i wgląd w swoje zachowania seksualne. Dokonanie przez

jednostkę wspomnianego wglądu umożliwi analiza następujących części składowych (Snell, 1997/1998 s. 13):

- *poczucie własnej skuteczności seksualnej* (sexual self-efficacy) przekonanie o posiadaniu zdolności efektywnego radzenia sobie z własną seksualnością;
- *świadomość seksualna* (sexual consciousness) – tendencja do autorefleksji nad „naturą” własnej seksualności;
- *motywacja do unikania ryzykownych zachowań seksualnych* (motivation to avoid risky sex) dążenie do unikania ryzykownych zachowań seksualnych (np. niezabezpieczony stosunek seksualny);
- *przypadkowa (losowa) kontrola seksualna* (chance/lack sexual control) – przekonanie (wiara) w to, że własna seksualność jest warunkowana przypadkowymi zdarzeniami;
- *obsesja seksualna* (sexual preoccupation) czyli tendencja do obsesyjnego myślenia na temat seksu;
- *asertywność seksualna* (sexual assertiveness) – bycie zdecydowanym w podejmowaniu decyzji i działań w życiu seksualnym;
- *optymizm seksualny* (sexual optimism) rozumiany jako oczekiwanie, że własna seksualność będzie pozytywna i satysfakcjonująca;
- *obwinianie się za problemy seksualne* (sexual problem self-blame) – poczucie winy wynikające z przekonania, że własne życie seksualne jest niezdrowe, negatywne oraz niezgodne z naturą;
- *czujność na obserwowanie mojej seksualności przez otoczenie* (sexual monitoring) – obserwowanie reakcji otoczenia na własną seksualność;
- *motywacja seksualna* (sexual motivation) rozumiana jako chęć podejmowania aktywności seksualnej;
- *radzenie sobie z problemami seksualnymi* (sexual problem management) - przekonanie osoby, że jest w stanie poradzić sobie sama z doświadczanymi problemami natury seksualnej;

- *pozytywna ocena własnej seksualności* (sexual esteem) czyli tendencja do pozytywnego myślenia na temat odczuwanej przyjemności z podejmowania zdrowej aktywności seksualnej;
- *satysfakcja seksualna* (sexual satisfaction) jako tendencja do odczuwania wysokiej satysfakcji z własnego życia seksualnego
- *zewnątrzne poczucie kontroli seksualnej* (power-other sexual control) – przekonanie, że własne życie seksualne zależy od innych, silniejszych i bardziej wpływowych osób;
- *seksualne autoschematy poznawcze* (sexual self-schemata), czyli struktury organizujące procesy oraz informacje związane z seksualnym aspektem życia jednostki;
- *strach przed seksem* (fear of sex), czyli odczuwany lęk (strach) przed zaangażowaniem się w kontakty seksualne z innymi (przed podjęciem aktywności seksualnej);
- *zapobieganie problemom seksualnym* (sexual problem prevention) - przekonanie osoby, że jest w stanie zapobiegać doświadczanym problemom oraz zaburzeniom seksualnym;
- *depresja seksualna* (sexual depression) manifestowana przez odczuwanie przygnębienia w odniesieniu do własnego życia seksualnego;
- *wewnętrzne poczucie kontroli seksualnej* (internal sexual control), czyli przekonanie osoby o tym, że posiada kontrolę nad własną aktywnością seksualną;
- *niepokój seksualny* (sexual anxiety) rozumiany jako odczuwanie przez osobę napięcia, dyskomfortu i niepokoju w refleksji nad własną seksualnością.

Przybliżenie modelu Snell'a pozwala dostrzec, jego złożoność oraz obecność elementów wyróżnionych przez innych naukowców. Nadal jednak istnieją pewne rozbieżności w zakresie ujmowania zjawiska. Co ważne naukowiec jako jedyny przedstawił kompleksowy kwestionariusz do badania opisanego przez siebie konstrukt i posłużył on jako inspiracja do zbudowania narzędzia na potrzeby niniejszego projektu (Snell, 1998; Fisher, Davis, Yarber, Davis, 2010).

Wśród dostępnych danych najczęściej obecne są dwa kierunki badań nad koncepcją własnej seksualności (KWS): pierwszy dotyczy prób doprecyzowania samego konceptu i konstrukcji narzędzi badawczych, drugi poszukuje związków KWS z innymi zmiennymi takimi jak: antykoncepcja (Winter, 1998; Snell, 1998), podejmowane zachowania seksualne (Breakwell, Millward, 1997; Steinke, Wright, Chung, Moser, 2008; Hensel, Fortenberry, O'Sullivan, Orr, 2011; Ferrer-Urbina, Sepulveda-Paez, Henriquez, 2019), poczucie własnej skuteczności w zakresie seksualności (Rostosky, Dekhtyar, Cupp, Anderman, 2008), proces dojrzewania i adolescencja (Impett, Tollman, 2006; Biney, 2016) oraz seksualna socjalizacja (Aubrey, 2007), czy wreszcie emocjonalność oraz zaangażowanie w role związane z płcią (Garcia, 1999). W dotychczasowych badaniach opisuje się negatywny wpływ depresji, schizofrenii czy chorób przenoszonych drogą płciową na koncepcję własnej seksualności (Newton, McCabe, 2008; Vucic-Peitl, Peitl, Pavlovic, 2011). W jednym z przeglądów badań podjęto próbę wykazania biopsychospołecznych uwarunkowań koncepcji własnej seksualności zwracając uwagę na takie aspekty biologiczne jak: wiek, płeć, stan cywilny, rasa czy wreszcie niepełnosprawność. Czynniki psychologiczne wyróżnione jako istotne dla koncepcji własnej seksualności to obraz ciała, doświadczenie przemocy seksualnej oraz zdrowie psychiczne. Z kolei w ramach czynników społecznych dostrzeżono rolę mediów oraz rodziców i rówieśników (Potki, Ziaei, Faramarzi, Moosazadeh, Shahhosseini, 2017). Nie bez znaczenia pozostają także doniesienia o tym, że pozytywna koncepcja własnej seksualności prowadzi nastolatków do poprawy komunikacji z rodzicami na tematy związane z seksualnością (Salazar i in., 2005; Lou, Cheng, Li, You, 2010).

Dokonując konceptualizacji zjawiska koncepcji własnej seksualności na potrzeby omawianego projektu badawczego posłużono się omówioną wcześniej koncepcją samowiedzy i samooceny Campbell (2002). Każdy z komponentów odniesiono do seksualnej sfery ludzkiego życia wyodrębniając w ten sposób następujące komponenty koncepcji własnej seksualności: samoocenę seksualną rozumianą jako pozytywna bądź negatywna ocena własnej seksualności, co bezpośrednio odnosi się do definicji autorów dotyczącej koncepcji własnej seksualności (Snell, 1998) oraz

samowiedzę seksualną, jako element zawierający wiedzę o własnej seksualności. Drugi z komponentów odniesiono się do wielowymiarowego modelu seksualności, co pozwoliło wyróżnić trzy elementy składowe:

1. *wymiar biologiczny* jako najbardziej podstawowy i wspólny wszystkim ludziom zredukowanego do popędu i instynktu seksualnego rozumianego jako nadmierne zaabsorbowanie seksem vs. brak zainteresowania seksem,
2. *wymiar psychospołeczny/relacyjny* obejmujący seksualność w relacji z innymi, przeżywane emocje i uczucia oraz doświadczenia seksualne, potrzeby psychiczne, w tym poczucie więzi z drugim człowiekiem, definiowany jako poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym w sferze seksualnej lub jego brak;
3. *wymiar osobowy* najbardziej indywidualny i zależny od systemu wartości, zasad i norm, a także przekonań i poglądów, którymi kieruje się w życiu człowiek, rozumiany jako poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne lub jego brak.

Opisana w ten sposób konceptualizacja konstruktów koncepcja własnej seksualności pozwala na szczegółowe oraz całościowe ujęcie zjawiska, które ukształtowane w prawidłowy sposób odgrywa znaczącą rolę w realizacji życia seksualnego. Zanim jednak opisane zostaną procedury oraz narzędzia badawcze wykorzystane w niniejszym projekcie warto przyjrzeć się dotychczas dostępnym narzędziom i sposobom badania koncepcji własnej seksualności.

3.3. Sposoby badania koncepcji własnej seksualności

Koncepcja własnej seksualności jak już wspomniano przez niektórych badaczy utożsamiana jest z jednym z komponentów koncepcji siebie odnoszącym się bezpośrednio do życia seksualnego, dlatego rozważania na temat metodologii badań koncepcji własnej seksualności powinno rozpocząć się od analizy sposobów analizy tego nadrzędnego konstruktów (Vickerbg, Deaux, 2005).

Wśród dostępnych metod badania koncepcji siebie, samooceny czy obrazu siebie (terminy bywają używane zamiennie i choć nie jest to w pełni poprawne można

dostrzec pewne podobieństwo wyjaśniające owe błędy w myśleniu) znaleźć można Listę Przymiotników ACL autorstwa Gough i Helibrun w polskiej adaptacji Martowskiej, *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI* O'Brien i Epsteina w polskiej adaptacji Fecenec, czy *Skalę samooceny Rosenberga SES*, w adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek oraz Łaguny (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007, Fecenec, 2008; Martowska, 2012). Każda z metod choć bada podobne zjawiska i ma formę samoopisu to skonstruowana jest odmiennie.

Niewątpliwym plusem wymienionych metod są rozległe możliwości ich zastosowania. Adresatami mogą być przedstawiciele obu płci w każdym wieku, za wyjątkiem małych dzieci, które ze względu na poziom rozwoju nie są w stanie dokonać wglądu w siebie koniecznego do stosowania metod samoopisowych czy osób z pewnymi rodzajami niepełnosprawności. Niestety wśród aktualnie dostępnych metod badania koncepcji własnej seksualności dostrzega się sporą wybiórczość w zakresie potencjalnych adresatów badania.

Wśród dostępnych można znaleźć *Kwestionariusz do badania koncepcji własnej seksualności*, ale skierowany jedynie do osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, pozwalający na identyfikację tego problemu (Spiegel, 2008). Inną skalą do badania koncepcji własnej seksualności jest metoda autorstwa Garcia i Carrigan'a z 1998, która opiera się na analizie: doświadczeń seksualnych (sexual experience), dewiacji seksualnych (sexual deviance), nastawienia do seksualności (sexual attitudes), poczucia seksualnej atrakcyjności (sexual attractiveness), gotowości seksualnej (sexual responsiveness) czy wreszcie romantyzmu (romanticism) (Garcia, 1999). Kwestionariusz posiada dobre wartości psychometryczne, lecz jest niedostępny. Pozostałe trzy dostępne metody skierowane są jedynie do przedstawicielek płci żeńskiej. Pierwsza z nich to *Women's Sexual Self Concept Scale* składająca się z 39 pozycji testowych, w której procedura polega na wyborze emocji, zachowań przymiotników oraz spostrzeżeń charakterystycznych dla ich seksualności (Vickberg, Deaux, 2005). Ponadto daje wyniki w trzech podskalach: ostrożne podejście (reserved approach), agresywna seksualność (agentic sexuality) oraz negatywne skojarzenia (negative associations) (Vickberg, Deaux, 2005). Inną metodą również skierowaną

jedynie do przedstawicieli płci żeńskiej jest metoda *The Sexual Self-Schemata Scale* (Andersen, Cyranowski, 1994) analizująca postrzeganie siebie w roli istoty seksualnej. Kwestionariusz zawiera listę pięćdziesięciu przymiotników dotyczących ludzkiej seksualności ocenianych na skali gdzie 0 oznaczało „nie opisuje mnie w ogóle” a 6 „całkowicie mnie opisuje”. Kwestionariusz ten od 2018 roku dostępny jest w wersji polskiej, dzięki walidacji dokonanej przez Nowosielskiego i współpracowników (2018), którzy potwierdzili dobre właściwości psychometryczne skali. Co istotne prace nad kwestionariuszem odbywały się w tym samym czasie co prace autorki rozprawy nad adaptacją innego narzędzia, dlatego nie miała ona możliwości skorzystania z gotowego narzędzia, tym bardziej, że ma ono odbiorców ograniczonych płcią.

Kolejna z metod ma jeszcze bardziej okrojoną grupę odbiorców, gdyż skierowana jest jedynie do nastoletnich dziewcząt. *Sexual Self-Concept Inventory* bada obraz własnego ciała (8 itemów) oraz społeczne porównanie swojej seksualności do reszty społeczeństwa (6 itemów). Ostatnia *Sexual Self-Esteem Inventory for Woman* także skierowana jest jak nazwa wskazuje do kobiet. Buduje ją 81 pozycji testowych dających wyniki w pięciu podskalach umiejętności i doświadczenia (skills and experiences), atrakcyjność (attractiveness), kontrola (control), osąd moralny (moral judgement) i umiejętność adaptacji (adaptiveness) (Zeneah, Schwarz, 1996).

Ostatnią metodą, którą wybrano jako inspirację do stworzenia własnego kwestionariusza jest metoda Snell'a (1998) *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire* z 1996 roku. W czasie podobnym do prac autorki nad metodą ukazała się dokonana w Iranie adaptacja kwestionariusza, która tym bardziej skłoniła autorkę do podjęcia prac (Ziaei, Khoei, Salehi, Farajzadegan, 2013). Wersja oryginalna powstała na bazie dwóch innych kwestionariuszy autora i składa się z dwudziestu psychologicznych aspektów odnoszących się do ludzkiej seksualności. Każdy z nich reprezentuje po pięć pozycji testowych, co sumuje się w narzędzie składające się ze stu itemów ocenianych każdorazowo na pięciostopniowej skali Likerta. Metoda jest jedyną dostępną w języku angielskim oraz jedną z nielicznych skierowanych do przedstawicieli obu płci w każdym wieku. Były to niewątpliwie argumenty, które skłoniły autorkę do wykorzystania jej do celów badań własnych. Dokładny opis struktury metody został

opisany w części poświęconej konceptualizacji koncepcji własnej seksualności, natomiast ostateczna polska wersja narzędzia autorstwa Czapli i Otrębskiego (2019) zostanie opisana w kolejnej części rozprawy.

Niniejsza część rozprawy pozwoliła przyjrzeć się tematyce koncepcji własnej seksualności oraz uzasadnić wybór tej zmiennej do analiz oraz drogę do stworzenia koncepcji teoretycznej badań własnych czy operacjonalizacji zmiennej w celu jej empirycznej weryfikacji na grupie osób niepełnosprawnych.

4. Poziom przystosowania człowieka do życia

Poziom przystosowania jednostki do otaczających ją warunków i wymagań świata zewnętrznego okazuje się kluczowy nie tylko z perspektywy funkcjonowania psychospołecznego, ale przede wszystkim nauk biologicznych i przyrodniczych. Coraz więcej mówi się o odporności psychicznej człowieka, która w kontekście obecnych zmian społecznych oraz przy wysokim poziomie stresu życiowego jest cechą osobowości szczególnie oczekiwaną i pomocną dla zachowania zdrowia psychicznego, uznawaną za adaptacyjną. W diagnozie psychologicznej, natomiast wiedzę na temat zdolności adaptacyjnych człowieka wykorzystuje się w odniesieniu do oceny sprawności intelektualnej jednostki (Luckasson, 1992; Falewicz, 2016).

4.1. Adaptacja – definiowanie pojęcia

Według słownika języka polskiego adaptacja to przede wszystkim przystosowanie się do warunków otaczającego środowiska, dotyczy ona zatem zarówno świata zwierząt, jak i świata ludzkiego (Słownik Języka Polskiego, 2020). Wspominając o procesach adaptacji należy odnieść je do ewolucji i procesów z nią związanych, które najsilniej, poprzez zjawisko doboru naturalnego w przyrodzie zmuszają organizmy do przystosowania się w myśl zasady, iż “przetrwają jedynie najsilniejsi” (Buss, 2003). Adaptacja czy zachowania adaptacyjne to mechanizm powstający w toku rozwoju człowieka, który stanowi odpowiedź jednostki, pewne przygotowanie się do stawianych

przed nią wymagań (Tasse, 2013).

W psychologii rehabilitacji badacze często powołują się na umiejętności adaptacyjne w odniesieniu do diagnozy różnych zaburzeń neurorozwojowych określając je jako ogół praktycznych, społecznych oraz poznawczych zdolności, które człowiek w ciągu życia nabywa wraz z rozwojem oraz dzięki którym przygotowuje się do zmiennych i nieprzewidywalnych warunków życia (Schalock i in., 2010, s. 15). Już w XX wieku umiejętności adaptacyjne bardzo silnie wiązano z występowaniem i rozwojem inteligencji. Niestety okazuje się, że empiryczna weryfikacja ilorazu inteligencji dostarcza jedynie informacji o poznawczym funkcjonowaniu człowieka nie ujmując umiejętności skutecznej odpowiedzi człowieka na stawiane przez świat oraz życie wymagania. Skutkuje to brakiem wiedzy o zakresie w jakim jednostka jest w stanie w pełni prawidłowo w oparciu o wymagania i obowiązujące normy oraz zasady funkcjonować w społecznościach, do których przynależy. Informacja o sposobie przystosowania się do świata oraz panujących w nim warunków pozwala ponadto określić poziom samodzielności oraz zakres zapotrzebowania na pomoc i wsparcie z zewnątrz.

Zakres oraz częstotliwość zapotrzebowania na pomoc z zewnątrz w różnych aspektach i dziedzinach funkcjonowania człowieka jawią się jako szczególnie istotne w kontekście jednostek, których funkcje organizmu pozostają w znacznym stopniu ograniczone w wyniku braku pełnej sprawności. Do tej grupy niewątpliwie zaliczamy ludzi z wrodzoną niepełnosprawnością narządu ruchu, których funkcje motoryczne w wyniku mózgowego porażenia dziecięcego czy przepukliny oponowo-rdzeniowej pozostają zredukowane, a niekiedy całkowicie zablokowane co wpływa na funkcjonowanie oraz zahamowanie aktywnego udziału w życiu społeczeństwa od samego początku (Kurpiel, 2011).

Z tej perspektywy umiejętności adaptacyjne jawią się jako istotne w procesie socjalizacji, prowadzącej do uspołecznienia jednostki umożliwiające stworzenie związku intymnego z drugim człowiekiem oraz realizację życia seksualnego (Oleś, 2009). Stąd nawiązanie do pojęcia kompetencji społecznych Dolla (1936 za: Oleś, 2009, s. 340), nabywanych drogą uczenia się, a następnie wykorzystywanych w biegu

życia. Dzięki nim udaje się rozumieć, wyjaśniać czy wręcz przewidywać działanie człowieka (Tasse i in, 2019).

Funkcjonowanie adaptacyjne jest konstruktem wielowymiarowym. Odnosi się ono ściśle do wszystkich obszarów aktywności celowych człowieka. Zachowania adaptacyjne określają zakres zdolności człowieka w dążeniu do prowadzenia życia niezależnego i odpowiedzialnego w trzech głównych sferach: praktycznej, społecznej oraz poznawczej (Thompson i in, 1999; Luckasson i in., 2002; Schalock i in., 2010).

Umiejętności poznawcze, inaczej koncepcyjne obejmują zdolności w zakresie wykonywania czynności szkolnych, takich jak: czytanie, pisanie oraz liczenie. Określają umiejętność kierowania sobą oraz podejmowanie decyzji i poziom komunikacji werbalnej (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). W kontekście edukacji psychoseksualnej mają one zasadnicze znaczenie w zakresie możliwości przyswajania dostępnej wiedzy oraz aktywnego poszukiwania jej z różnych źródeł.

Umiejętności społeczne to umiejętności w zakresie inicjowania oraz podtrzymywania relacji interpersonalnych, znajomości oraz przestrzegania zasad i norm społecznych czy wreszcie ocena własnej osoby oraz odpowiedzialność za własne zachowanie (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). W sferze psychoseksualnej opisywane zdolności są szczególnie istotne w wymiarze relacyjnym, jak również osobowym seksualności.

Z kolei umiejętności praktyczne, to przede wszystkim zdolność do samodzielnego i niezależnego życia w zakresie samoobsługi, życia domowego, planowania wydatków, dbania o zdrowie i bezpieczeństwo czy też radzenia sobie w pracy (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). W sferze seksualności najtrudniej poszukiwać odzwierciedlenia wymienionych umiejętności, niemniej jednak edukacja psychoseksualna nie pozostaje obojętna dla sfery dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo, zatem zdolności w tym obszarze prawdopodobnie wpływają na unikanie ryzykownych zachowań seksualnych oraz ochronę przed zakażeniami chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Przedstawione powyżej informacje dotyczą genezy pojęcia adaptacji w literaturze oraz definiowania go i znajomości zakresów jakie obejmuje warto przyjrzeć

się także jej znaczeniu w życiu człowieka.

4.2. Uwarunkowania i rola zachowań adaptacyjnych w życiu człowieka

Jak wspomniano umiejętności adaptacyjne pozwalają na interpretację oraz przewidywanie ludzkiego działania w różnych dziedzinach życia. Z perspektywy jednostki jej aktywność w dużej mierze uwarunkowana jest szybko i dynamicznie zmieniającym się światem oraz wymaganiami społecznymi (Schalock, 2010). Różnorodność zmian społeczno-kulturowych, nastawienie na ustawiczną edukację i specjalizację oraz efektywność w pracy czy przymus osiągania sukcesu powoduje, że wymagania niekiedy przewyższają umiejętności adaptacyjne młodego człowieka, zwłaszcza jeśli dodatkowo jest on obciążony deficytami ze strony organizmu. Jak wspomniano wcześniej brak zasobów osobistych prowadzi do niepodejmowania konkretnych zdarzeń życiowych, a w dalszej perspektywie prowadzi do braku możliwości nabywania nowych kompetencji osobistych, co ściśle wiąże się z poczuciem punktualności zadań rozwojowych (Brzezińska, Kaczan, 2011).

Przystosowanie w sferze poznawczej uwarunkowane jest zdolnościami poznawczymi jednostki, w tym przede wszystkim poziomem inteligencji oraz sprawności pozostałych funkcji takich jak: uwaga, procesy pamięciowe, myślowe, czy wreszcie funkcje językowe i wykonawcze. Szczegółowo o rozwoju tych funkcji mówi popularna konceptualizacja rozwoju poznawczego Piageta (2006) określająca jednoznacznie jakoby moment wkroczenia człowieka w dorosłość łączył się z najwyższym poziomem rzeczonych umiejętności umożliwiającym na tym etapie jedynie zmiany w zakresie tempa i precyzji poszczególnych umiejętności bez ich jakościowego przeobrażenia (Kielin, Klimek-Markowicz, 2013, s. 10). U osób z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia nie zawsze rozwój poznawczy przebiega prawidłowo przyczyniając się do ujawnienia deficytów w zakresie percepcji czy poziomu komunikacji (Kurpiel, 2011). Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym niejednokrotnie ich doświadczają co powoduje, iż process adaptacji w sferze poznawczej, czyli zdobywanie wiedzy w tym także w zakresie ludzkiej seksualności

może być utrudniony (Czapła, Otrębski, 2014, 2018).

Umiejętności w zakresie adaptacji społecznej obejmują zdolności budowania relacji z innymi oraz podporządkowania się panującym w społeczności zasadom i normom. Jest ona nierozłączna z terminem uspołecznienia oraz procesem socjalizacji, który jest warunkiem koniecznym przystosowania się do życia w społeczeństwie (Śliwak, Reizer, Partyka, 2015). Przystosowanie społeczne jest najczęściej badanym wymiarem adaptacji określanym w różnych warunkach i sytuacjach życiowych człowieka. Proces socjalizacji zakładający wpływ środowiska na jednostkę oraz kształtowanie u niej cech społecznie pożądanych ma za zadanie prowadzić do efektywnego pełnienia ról społecznych przez jednostkę – prezentowanej przez nią płci, wykształcenia itd. (Śliwak, Reizer, Partyka, 2015). Również w tym przypadku brak pełnej sprawności organizmu może znacząco utrudniać funkcjonowanie w społeczeństwie oraz przystosowanie. Częste hospitalizacje, rehabilitacja, trudności w komunikacji oraz zaburzony obraz własnej osoby niejednokrotnie przyczyniają się do trudności w przystosowaniu społecznym młodzieży niepełnosprawnej ruchowo od urodzenia utrudniając i tak już trudne budowanie relacji interpersonalnych oraz pełną i satysfakcjonującą realizację życia seksualnego w kontakcie z drugim człowiekiem (Kurpiel, 2011; Czapła, Otrębski, 2015). Wielokrotna absencja w szkole spowodowana stanem zdrowia może przyczyniać się nie tylko do efektywności procesu edukacji i jakości relacji rówieśniczych, ale również braków w zakresie edukacji psychoseksualnej oraz dostępu do rzetelnych źródeł wiedzy na temat seksualności (Czapła, Otrębski, 2018).

Na koniec adaptacja w zakresie praktycznym pozwala na w pełni samodzielne oraz niezależne życie we wszystkich aspektach z nim związanych. Umiejętności w tym zakresie pozwalają zatem na podjęcie pracy zarobkowej a w konsekwencji usamodzielnienie się od opiekunów. Na bardziej podstawowym poziomie dostarczają, natomiast umiejętności w zakresie samoobsługi czy dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). Wszystko co z perspektywy człowieka sprawnego wydaje się w pełni dostępne i osiągalne w przypadku osoby niepełnosprawnej ruchowo od urodzenia okazuje się dużym wyzwaniem I

niejednokrotnie jest niemożliwe do osiągnięcia (Kurpiel, 2011). Prowadzi więc często do obniżonego poczucia własnej wartości, zaniechania prób budowania relacji z drugim człowiekiem oraz realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości, ściśle związanych z życiem seksualnym jednostki. Wpływ na taki obraz rzeczywistości niewątpliwie obok wymagań społecznych mają również stereotypy podkreślające brak możliwości sprostania wymaganiom stawianym młodym ludziom, które dokładnie opisano we wcześniejszych punktach pracy.

Jak wspomniano process adaptacji decyduje o umiejętności prowadzenia samodzielnego, niezależnego oraz odpowiedzialnego dorosłego życia. Niewątpliwie pozwala on też na zdobywanie wiedzy oraz korzystanie z edukacji dostarczanej człowiekowi, bowiem brak umiejętności sprostania wymaganiom społecznym utrudnia bądź wręcz uniemożliwia aktywne życie w społeczeństwie oraz zdobywanie wiedzy i umiejętności towarzyszących uspołecznieniu. Osoby doświadczające braku pełnej sprawności organizmu od urodzenia niewątpliwie stają przed licznymi przeszkodami natury intra- oraz interpersonalnej wpływającymi na proces socjalizacji oraz w efekcie realizację zadań rozwojowych charakterystycznych dla każdego okresu. Seksualność jest sferą, która jako szczególnie istotna jawi się w okresie wczesnej dorosłości i traktowana jest jako jedno z najważniejszych zadań tego okresu. Przedstawiona rola adaptacji w życiu człowieka pozwala na postawienie pytania natury metodologicznej o sposób empirycznej weryfikacji zjawiska w psychologii, dzięki czemu określa się zakres i częstotliwość zapotrzebowania na wsparcie różnych osób celem prowadzenia satysfakcjonującego życia, w sferze intymnej również.

4.3. Sposoby empirycznej weryfikacji zjawiska adaptacji

Zachowania adaptacyjne diagnozuje się najczęściej nie tylko w kontekście ich stanu aktualnego, ale również biorąc pod uwagę działania prognostyczne oraz ewaluację prowadzonych działań. Dzieje się tak, ponieważ zaburzenia w zakresie adaptacji najczęściej wiążą się z licznymi i rozległymi trudnościami jednostki w zakresie biopsychospołecznego funkcjonowania (Otrębski, Wiącek, Mariańczyk, 2017).

Pierwsze próby empirycznej weryfikacji przystosowania wiążą się ze *Skalą dojrzałości społecznej* Dolla pozwalającą na pomiar takich czynników jak: zaradność ogólna oraz w zakresie takich umiejętności jak ubieranie się, jedzenie, lokomocja, zabawa i praca, porozumiewanie się, uspołecznienie czy wreszcie komunikacja (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019).

Kolejne narzędzia to *Skala zachowania przystosowawczego* Nihiry skierowana do dzieci, młodzieży i osób dorosłych obejmująca swoim zakresem osobistą niezależności jednostki oraz zaburzenia zachowania czy wreszcie Kwestionariusze *PAS* i *PAC* Gunzburga w polskiej adaptacji Witkowskiego (1988) określających poziom posiadanych umiejętności oraz umiejętności zastosowania ich w określonych sytuacjach społecznych (Witkowski, 1997). Ostatnia wymieniona metoda kierowana jest przede wszystkim do osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi.

W konsekwencji pojawiły się także narzędzia określające poziom przystosowania się jednostki do określonych sytuacji życiowych – w tym przypadku sytuacji pracy. Powstała metoda kierowana do osób z niepełnosprawnością intelektualną i pozwalająca określić zachowania przystosowawcze w zakresie sytuacji zawodowej oraz czynności zawodowych podejmowanych przez osoby z określonym rodzajem niepełnosprawności – podkreślając po raz kolejny, że umiejętności adaptacyjne mają szczególne znaczenie z perspektywy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną (Otrębski, Wiącek, Domagała-Zyśk, Sidor-Piekarska, 2012).

W Polsce pojawiło się również pełnowymiarowe i pełnowartościowe narzędzie pozwalające określać umiejętności adaptacyjne jednostki we wszystkich omawianych wcześniej wymiarach. Narzędziem tym jest *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – ABAS-3* powstały na podstawie *ABAS – II* wydanym w 2016 roku i wykorzystywanym poza granicami naszego kraju. Polska adaptacja *ABAS-3* wydana w 2019 roku pozwala na diagnozę osób w różnym wieku, doświadczających dysfunkcji i trudności w różnych sferach. Dostarcza informacji o poziomie adaptacji w obszarze poznawczym, praktycznym oraz społecznym (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). Metodę wykorzystano do weryfikacji hipotez w niniejszej pracy, dlatego jej budowa

szczegółowo opisana zostanie w rozdziale metodologicznym.

Część teoretyczna pracy została poświęcona rozważaniom na temat roli seksualności w życiu młodego człowieka. Ważnymi z perspektywy modelu teoretycznego uwarunkowaniami realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości ściśle związanymi z osiągnięciem dojrzałości, głównie w sferze psychoseksualnej są otrzymana edukacja psychoseksualna, wiedza o seksualności, poziom zachowań adaptacyjnych, koncepcja własnej seksualności oraz poczucie punktualności zadań rozwojowych. Szczegółowa analiza wymienionych zjawisk psychologicznych tworzących model teoretyczny w tej części rozprawy miała na celu przybliżenie sposobu rozumienia rzeczywistości oraz jest bazą dla przedstawionych w kolejnych częściach pracy sposobów empirycznej weryfikacji modelu przez autorkę rozprawy.

ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

1. Teoretyczny model badań, problematyka, hipotezy

Okres wczesnej dorosłości to przede wszystkim budowanie niezależności finansowej i emocjonalnej, co skutkuje zdobyciem pracy i założeniem rodziny. Ten drugi czynnik ściśle wiąże się z dążeniem do osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej. Przytoczone w poprzednich rozdziałach efekty studium nad literaturą przedmiotu obejmującą zjawisko seksualności w literaturze światowej wskazują na istnienie licznych komplikacji w zakresie poszukiwania prawidłowości i uwarunkowań rozwijania dojrzałości psychoseksualnej przez młodego człowieka wkraczającego w dorosłe życie. Szczególnie trudne wydaje się to z perspektywy wyjątkowej sytuacji osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, często wywołaną uszkodzeniami neurologicznymi, które skutkują szeregiem ograniczeń związanych z funkcjami organizmu oraz problemów natury psychologicznej (Kurpiel, 2011; Kriofske Mainella, Smedema, 2021).

Przeszkody związane z koniecznością ciągłej, ciężkiej pracy nad poprawą sprawności ruchowej oraz samodzielnością w codziennym życiu, a niejednokrotnie także konieczność rezygnacji z aktywnego uczestnictwa młodego człowieka w edukacji ogólnodostępnej oraz obecność licznych stereotypów dotyczących seksualności tej

grupy osób przyczyniają się do zaniechania wkraczania w relacje z drugim człowiekiem, także intymne, wzmacniane dodatkowo niskim poziomem wiedzy w wyniku braku dostępności rzetelnej edukacji psychoseksualnej (Pedbani, Johnson, 2015; Holland-Hall, Quint, 2017). Deformacje ciała związane ze schorzeniami, takimi jak: mózgowo porażenie dziecięce czy przepuklina oponowo-rdzeniowa mogą prowadzić do obniżonego poczucia atrakcyjności oraz zaniżonej samooceny seksualnej, co skutkuje nieadekwatną i nieprawidłową koncepcją własnej seksualności, w której przewagę stanowi całkowita ucieczka od seksualności lub nadmierne zaabsorbowanie aktywnością seksualną (Czapla, Otrębski, 2018). Wiąże się to często z brakiem motywacji do poszukiwania rzetelnych źródeł wiedzy o seksualności przez niepełnosprawnych i stereotypowym przekonaniem, że pozytywne postrzeganie siebie w życiu seksualnym prowadzi do poszukiwania wiedzy o seksualności, co może mieć wpływ na wzrost jej poziomu (Salazar, 2005; Jiunn-Horng, 2010).

W konsekwencji, kluczowe dla osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej wymiary koncepcji własnej seksualności, pośrednio dzięki warunkowaniu potrzeby sięgania po edukację psychoseksualną i motywację do zwiększania poziomu wiedzy o seksualności, mogą prowadzić do podejmowania prób realizacji zadań rozwojowych typowych dla okresu wczesnej dorosłości, czyli budowanie relacji intymnej oraz założenia rodziny (Brzezińska, Kaczan, 2010). Co więcej badacze dowiedli, że pozytywna koncepcja własnej seksualności współwystępuje z aprobatą ze strony rodziców i rówieśników dla podejmowanych przez młodego człowieka wyborów i zachowań seksualnych oraz sprzyja komunikacji z rodzicami na ten temat (Pai, Lee, Yen, 2012).

Osoby z niepełnosprawnością od urodzenia poza konsekwencjami w sferze społecznej, związanymi bezpośrednio z nawiązywaniem relacji interpersonalnych i skutecznym procesem socjalizacji, doświadczają trudności w zakresie umiejętności koncepcyjnych, takich jak: komunikacja umożliwiająca skuteczny proces poszukiwania i zdobywania oraz przyswajania wiedzy czy kierowanie podejmowanymi przez siebie działaniami. Również umiejętności praktyczne związane między innymi z dbałością o własne zdrowie i bezpieczeństwo czy życie w społeczeństwie jawią się jako istotne z perspektywy podejmowanej przez młodego człowieka aktywności seksualnej

(Skonieczna, Olejniczak, Kielan, 2017; Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019; Tasse, Balboni, 2019).

W związku z powyższym celem naukowym przedstawionego projektu badawczego jest analiza relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych oraz wskazanie w jakim zakresie wiedza o seksualności i poziom przystosowania pełnią funkcje mediatorów tego związku, wśród młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Dodatkowo analizie poddano mediacyjną rolę koncepcji własnej seksualności w relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności (Rysunek1).

Zmienną wyjaśnianą w przedstawionym modelu teoretycznym jest **poczucie punktualności realizacji zadań rozwojowych/zdarzeń życiowych u osób w okresie wczesnej dorosłości** rozumiane jako postrzeganie rozwoju dziejącego się w tym samym czasie co u rówieśników. Zmienną określa się poprzez zliczenie liczby zachowań ocenianych jako punktualne w kontraście do niepunktualnych (pojawiających się zbyt wcześnie lub zbyt późno w porównaniu do rówieśników), ponadto metoda pozwala na wyróżnienie trzech obszarów, ale na potrzeby pracy związanej z analizą intymnej sfery życia uwzględniono jedynie obszar *rodzina i bliskie związki* rezygnując z pozostałych: praca i niezależność materialna, pasje i czas wolny (Brzezinska, Kaczan, 2010, s. 98).

Zmienną wyjaśniającą jest **edukacja psychoseksualna** jaką otrzymuje młody człowiek w toku życia, rozumiana jako wyodrębniony dział interdyscyplinarnej edukacji dotyczącej seksualności człowieka, nie tylko w aspekcie biologicznym i zdrowotnym, ale przede wszystkim w aspekcie kulturowym, społecznym, filozoficznym, historycznym, a nawet prawnym i politycznym (WHO, 2010). Konstruktor prezentowany jest przez następujące obszary: źródła edukacji psychoseksualnej i zadowolenie z nich; typy/modele otrzymanej edukacji psychoseksualnej; obecne/podejmowane treści o seksualności.

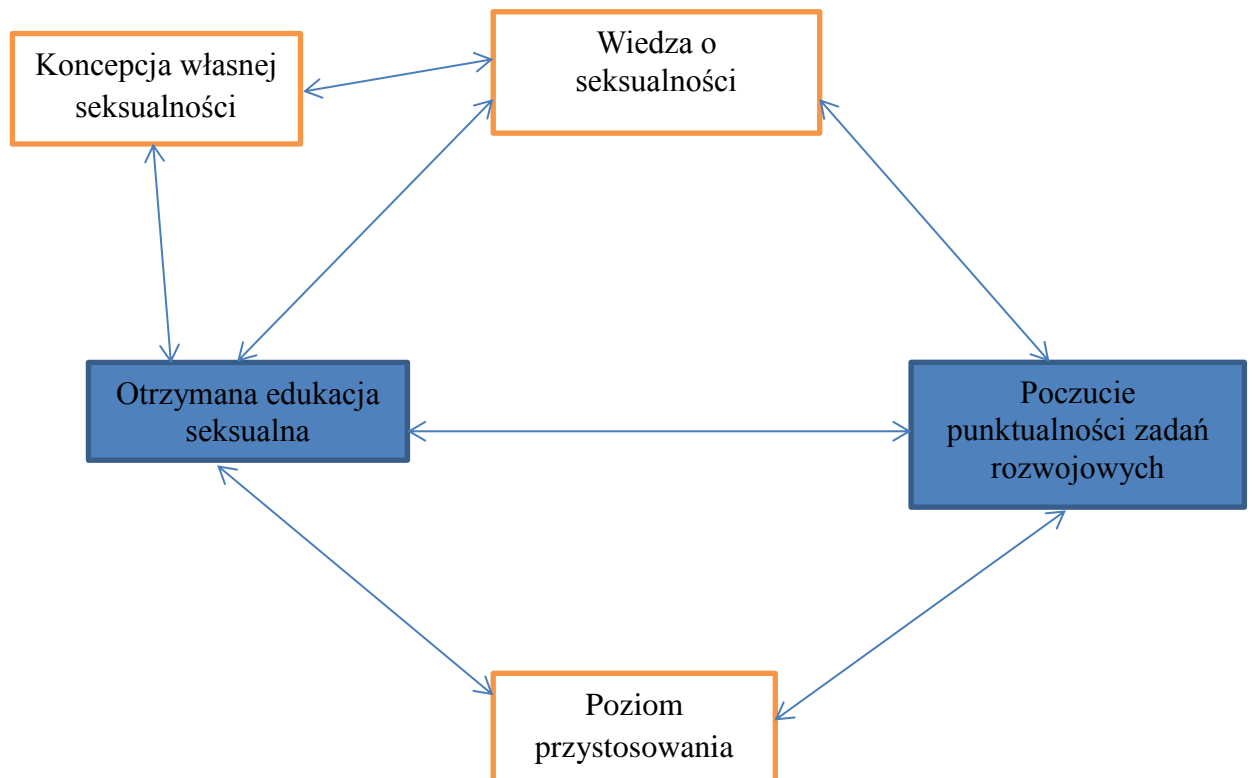
Zmiennymi pośredniczącymi, które wyodrębniono w modelu teoretycznym, pełniącymi rolę mediatorów dla związku głównego są:

- **wiedza o seksualności** zarówno w wymiarze ogólnym jak szczegółowym w zakresie specyficznych problemów i zagadnień dotyczących

seksualności osób niepełnosprawnych ruchowo od urodzenia. Analizie poddano następujące wymiary poziomu wiedzy o seksualności: wiadomości, wiedza stereotypowa oraz informacje z obszaru prawa. Każdy wymiar badany jest w dwóch zakresach – wiedzy o seksualności człowieka i specyficznie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych. Wiedza, mierzona u badanych rozumiana jest jako „(...) ogół treści utrwalonych w umyśle ludzkim w wyniku kumulowania doświadczenia oraz uczenia się (...), a w węższym znaczeniu stanowiąca osobisty stan poznania człowieka w wyniku oddziaływania na niego obiektywnej rzeczywistości”(Pondel, 2003, s. 372);

- **poziom przystosowania** rozumiany jako szereg umiejętności poznawczych, praktycznych i społecznych nabywanych przez człowieka drogą rozwoju, niezbędnych do prowadzenia samodzielnego i niezależnego życia, który jest konstytuowany przez trzy główne sfery: koncepcyjną (tworzą ją funkcje adaptacyjne: komunikacja, umiejętności funkcjonalne kierowanie sobą), społeczną (a w niej wypoczynek i uspołecznienie) i praktyczną (reprezentowaną przez funkcje adaptacyjnych: życie w społeczeństwie, życie domowe, zdrowie i bezpieczeństwo, samoobsługa i praca). Dane uzyskane w opisanych funkcjach i sferach adaptacyjnych pozwalają wnioskować o ogólnym wskaźniku przystosowania (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019).

- **koncepcja własnej seksualności** (w charakterze zmiennej pobocznej) definiowana jako postrzeganie własnej seksualności, wgląd we własne zachowania seksualne (Snell, 1995). Konstruktor teoretyczny dotychczas w niewielkim stopniu eksplorowany przez badaczy na świecie i w Polsce, do którego stworzono autorskie narzędzie badawcze. Zmienna reprezentowana jest przez pięć wymiarów trzy z nich odnoszące się do opisu siebie: nadmierne zaabsorbowanie seksem (wymiar biologiczny), poczucie sprawczości w życiu seksualnym (wymiar relacyjny), poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne (wymiar osobowy) oraz dwa wskazujące na umiejętność oceny w kategoriach: pozytywna lub negatywna samoocena seksualna.



Rysunek1. Model teoretyczny badań własnych

Problem główny: Jak wiedza o seksualności oraz poziom przystosowania mediują relację otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych oraz jak koncepcja własnej seksualności mediuje związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie badanej i grupie porównawczej?

Sformułowano także odpowiadające problemowi głównemu pytania szczegółowe:

1. Jaki jest stan opisywanych zmiennych: otrzymanej edukacji psychoseksualnej, poczucia punktualności zadań rozwojowych, wiedzy o seksualności, koncepcji własnej seksualności, poziomu zachowań adaptacyjnych w badanych grupach?

2. Jaki jest związek między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach?
3. Jaki jest związek między otrzymaną edukacją psychoseksualną a wiedzą o seksualności w badanych grupach?
4. Jaki jest związek między wiedzą o seksualności a poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych w badanych grupach?
5. Jaki jest związek między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poziomem przystosowania w badanych grupach?
6. Jaki jest związek między poziomem przystosowania a poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych w badanych grupach?
7. Jaki jest związek między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poszczególnymi wymiarami koncepcji własnej seksualności w badanych grupach?
8. Jaki jest związek między poszczególnymi wymiarami koncepcji własnej seksualności a wiedzą o seksualności w badanych grupach?
9. Jak wiedza o seksualności i poziom przystosowania mediuje związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych w badanych grupach?
10. Jak koncepcja własnej seksualności mediuje związek edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w badanych grupach?

W odniesieniu do postawionych pytań Badawczych podjęto próbę zaprezentowania hipotez badawczych, niemniej jednak ich uzasadnienie bywało utrudnione ze względu nie zawsze dostępne doniesienia potwierdzające ich prawdziwość.

Hipoteza główna: *Wiedza o seksualności oraz poziom przystosowania częściowo mediuje związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych, natomiast koncepcja własnej seksualności częściowo mediuje związek edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności.*

Osoby o wyższym poziomie wiedzy o seksualności oraz wysokim poziomie przystosowania podejmowały więcej zadań rozwojowych niż osoby o niższym

poziomie wiedzy o seksualności (Salazar, 2005; Jiunn-Horng, 2010; Lew-Starowicz, 2010). Wiedza jaką posiadamy o sobie i o świecie zewnętrznym zależy od postrzegania własnych możliwości warunkuje podejmowane przez każdego decyzje i działania (Oleś, 2009). Sama edukacja nie gwarantuje człowiekowi posiadania i utrwalenia konkretnej wiedzy, ze względu na kluczowe znaczenia sposobu jej przekazania (Skonieczna, Olejniczak, Kielan, 2017). Zatem edukacja psychoseksualna w poszczególnych typach określa zakres, rodzaj i sposób przekazywania treści o seksualności, a różne źródła te formalne i nieformalne skutkują przekazywaniem wiedzy o różnym poziomie rzetelności i prawdziwości (Dora, 2013).

Hipotezy szczegółowe:

H1a. Osoby sprawne mają większy dostęp do edukacji psychoseksualnej z różnych źródeł a zakres omawianych treści jest większy niż w grupie klinicznej; przewagę stanowi edukacja psychoseksualna o typie A w każdej z grup.

Osoby pełnosprawne mają większy dostęp do edukacji psychoseksualnej ze względu na brak ograniczeń ze strony organizmu oraz częstsze kontakty z rówieśnikami umożliwiającymi nawiązanie intymnych kontaktów (Kelly, Kapperman, 2012). W polskich szkołach edukacja psychoseksualna realizowana jest w formie zajęć z przedmiotu Wychowania do Życia w Rodzinie (WdZR), który przekazuje treści w modelu restrykcyjnych – typ A (Dora, 2013, Czarnik, 2019).

H1b. Osoby sprawne wskazują więcej zadań punktualnych niż osoby niepełnosprawne.

Pomimo opóźniającego się momentu wkraczania młodego człowieka w dorosłość ze względu na wyższy poziom umiejętności psychofizycznych oraz brak izolacji społecznej, z którym często borykają się niepełnosprawni, młode osoby sprawne wykazują wyższy wskaźnik punktualności zadań rozwojowych niż przedstawiciele grupy klinicznej (Kurpiel, 2011; Czapla, Otrębski, 2018).

H1c. Poziom wiedzy o seksualności człowieka jest wyższy w grupie osób sprawnych

Osoby sprawne mają większe możliwości docierania do treści związanych z seksualnością, ponadto częściej niż ich niepełnosprawni rówieśnicy otrzymują edukację psychoseksualną w szkołach (Izdebski, 2012; Czarnik, 2019). Ponadto badacze dowodzą, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną wykazują niższy poziom wiedzy o seksualności niż przedstawicielce grupy porównawczej (Kelly, Kapperman, 2012).

H1d. Poziom przystosowania jest wyższy w grupie osób sprawnych niż w grupie klinicznej

Osoby niepełnosprawne ze względu na obecność licznych ograniczeń funkcji organizmu mają mniejsze szanse niż osoby sprawne na osiągnięcie pełnej niezależności i samodzielności w życiu codziennym (Król, 2010; Kurpiel, 2011). Dowodzą temu doniesienie o nieharmonijnym rozwoju osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, u których funkcje poznawcze nie zawsze rozwijają się prawidłowo (Kurpiel, 2011).

H1e. Osoby sprawne mają bardziej pozytywną koncepcję własnej seksualności niż osoby niepełnosprawne

Osoby niepełnosprawne wykazują niskie wyniki w zakresie samooceny seksualnej oraz poziomu potrzeb seksualnych, co prawdopodobnie wynika także z negatywnej nie tylko oceny ale i opisu własnej seksualności (Czapla, Otrębski, 2014).

H2. Występuje dodatni związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi ocenianymi jako punktualne

Świadomość siebie oraz własnych możliwości, jak również dostępność edukacji warunkuje motywację do podejmowania poszczególnych działań i aktywności życiowych prowadzących do osiągnięcia kolejnych szczebli rozwoju (Erikson, 2004; Oleś, 2017).

H3. *Sposób przekazywania wiedzy czyli edukacja wykazuje istotny statystycznie związek z jej (wiedzy) poziomem*

Wiedza o seksualności zdobyta podczas kompleksowej edukacji seksualnej (typ C) prowadzi do podniesienia wieku inicjacji seksualnej oraz zmniejszenia liczby ryzykownych zachowań seksualnych, czyli zwiększa wiedzę o seksualności (Bruckner, Bearman 2005; Santelli i in. 2006, Trenholm i in. 2007, Dexter, 2012; Kosińska, 2013).

H4: *Wysoki poziom wiedzy o seksualności istotnie statystycznie koreluje dodatnio z poczuciem punktualności zadań rozwojowych. W grupie klinicznej silniejszy związek dostrzega się w zakresie wiedzy z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych*

Poziom posiadanej wiedzy sprzyja umiejętności oraz częstotliwości korzystania z niej, co może skutkować podejmowaniem zadań związanych z budowaniem bliskich związków interpersonalnych i zakładaniem rodziny (Salazar, 2005; Jiunn-Horng, 2010).

H5: *Istnieje dodatni istotny statystycznie związek pomiędzy otrzymaną edukacją psychoseksualną a poziomem przystosowania.*

Osoby o wyższych umiejętnościach poznawczych i praktycznych, czy też społecznych mają większe możliwości korzystania z edukacji psychoseksualnej oraz docierania do źródeł wiedzy o seksualności, choć nie zawsze jest to wiedza rzetelna (Czusz, Otrębski, 2012; Czapla, Otrębski, 2014; 2015).

H6: *Istnieje dodatni istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem przystosowania a poczuciem punktualności zadań rozwojowych*

Wysokie umiejętności społeczne sprzyjają pełnemu uczestnictwu w życiu społecznym oraz przekonaniu o posiadaniu zdolności do pełnienia określonych ról społecznych podobnych jak rówieśnicy (Krings, Bangerter, Gomez, Grob, 2008; Tasse, Balboni, 2019).

H7: Występuje dodatni istotny statystycznie związek między edukacją psychoseksualną w typie C a koncepcją własnej seksualności

Doniesienia z zagranicznych badań wskazują, iż pozytywna koncepcja (obraz) własnej seksualności wykazuje silny dodatni związek z komunikacją o seksualności między nastolatkami a rodzicami w populacji osób sprawnych. Osoby, które dobrze czują się z własną seksualnością chętniej poszerzają swoją wiedzę na ten temat w kontakcie z rodzicami (Salazar, 2005; Jiunn-Hong, 2010). Co więcej terapeuci, którzy niekomfortowo czują się z własną seksualnością mają problem z przekazywaniem wiedzy o seksualności swoim pacjentom (Pedbani, Johnson, 2015). Ponadto badania ukazują, że koncepcja własnej seksualności jest bardziej pozytywna u tych młodych osób, którzy wierzą, że ich relacja seksualna jest aprobowana przez rodziców i rówieśników (co może mieć związek z edukacją psychoseksualną) (Pai, Lee, Yen, 2012).

H8. Występuje dodatni istotny statystycznie związek między wymiarami koncepcji własnej seksualności i wiedzy o seksualności.

Wyższe poczucie pewności i sprawczości w sferze seksualnej oraz pozytywna samoocena powodują zwiększoną chęć komunikowania się o seksualności i zdobywania wiedzy o seksualności (Salazar, 2005; Jiunn-Hong, 2010).

H9.1 Efekt mediacji związku edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych przez wiedzę o seksualności wykazuje większy współczynnik związku niż efekt całkowity.

Otrzymanie edukacji psychoseksualnej nie jest równoznaczne z posiadaniem wiedzy o seksualności, a dopiero jej odpowiedni poziom może przyczyniać się do podejmowania zadań zgodnych z wymaganiami rozwojowymi (Salazar, 2005; Brzezińska, Kaczan, 2010)

H9.2 Efekt mediacji związku edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych przez poziom przystosowania wykazuje większy współczynnik związku niż efekt całkowity.

Wysokie umiejętności społeczne sprzyjają możliwości korzystania z edukacji psychoseksualnej, co podnosi prawdopodobieństwo pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz przekonanie o posiadaniu zdolności do pełnienia określonych ról społecznych podobnych jak rówieśnicy (Krings, Bangerter, Gomez, Grob, 2008; Czus, Otrębski, 2012; Tasse, Balboni, 2019).

H10. Efekt mediacji związku edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności przez koncepcję własnej seksualności wykazuje większy współczynnik związku niż efekt całkowity.

Realne postrzeganie i ocena siebie w kontekście własnej seksualności sprzyja korzystaniu z otrzymanej edukacji psychoseksualnej skutkującej wzrostem poziomu wiedzy na temat seksualności (Salazar, 2005; Jiunn-Hong, 2010; Pedbani, Johnson, 2015).

2. Charakterystyka badanej grupy

Badania prowadzono w okresie między marcem a grudniem 2020. Sytuacja w Polsce i na świecie spowodowała, że czas prowadzenia badań uległ wydłużeniu. Uzyskano kompletnie wypełnione kwestionariusze od 160 osób w okresie wczesnej dorosłości, z czego 77 to osoby pełnosprawne a kolejne 83 posiada diagnozę wrodzonej niepełnosprawności ruchowej. Badanie w większości przeprowadzane były indywidualnie.

Średnia wieku osób z niepełnosprawnością jest nieznacznie wyższa (26,80) niż osób sprawnych, co odzwierciedla doniesienia wskazujące na opóźnienie wieku inicjacji seksualnej wśród osób niepełnosprawnych względem sprawnych rówieśników (Tabela 1). Ma to swoje uzasadnienie z perspektywy analiz i chęci porównania badanych w

każdej z grup w kontekście zmiennych ściśle związanych z intymnym obszarem ludzkiego funkcjonowania (Izdebski, 2012).

Tabela 1. *Podsuwanie analiz, wieku badanych w badanych grupach badanych*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>ON</i>	26,80	4,54
<i>OS</i>	25,36	3,59

Adnotacja: M-średnia; SD-odchylenie standardowe; ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne

Wśród badanych w zależności od grupy występują różnice w zakresie odsetka osób w poszczególnych przedziałach wiekowych. W każdej z badanych grup najliczniejszą grupę stanowią osoby powyżej 21 r. ż., bo prawie cztery razy liczniejszą niż grupa osób młodszych. A wchodząc w bardziej szczegółowe analizy w tej kategorii wiekowej wśród sprawnych 39 % badanych a wśród osób z niepełnosprawnością prawie 60% to osoby najstarsze, powyżej 25 roku życia (Tabela 2). Powodem takiego doboru były doniesienia z literatury wskazujące, iż osoby z niepełnosprawnością inicjują aktywność seksualną stosunkowo później niż sprawni rówieśnicy (po 20 roku życia). Możliwość uchwycenia sfery intymnej w funkcjonowaniu młodych dorosłych oraz poziomu zróżnicowania między grupą niepełnosprawnych a sprawnych dzięki temu okazuje się pełniejsza (osób z ostatniego przedziału wiekowego w grupie niepełnosprawnych jest więcej niż wśród sprawnych). Jak wspomniano w części teoretycznej wiek wkraczania w dorosłość opóźnia się i niektórzy sugerują jako jego rozpoczęcie nawet 22 rok życia, jednak ma to silny związek z potrzebą rozwoju i inwestycją w edukację młodych osób, co sugeruje opóźnienie realizacji zadań rozwojowych zwłaszcza związanych z założeniem rodziny. Natomiast w kontekście osób z niepełnosprawnością, które rzadziej decydują się na kontynuowanie nauki wzięto pod uwagę również osoby młodsze (poniżej 21 roku życia) (Malina, 2014).

Tabela 2. Podsumowanie rozkładu poszczególnych przedziałów wiekowych w wyróżnionych grupach osób badanych

	OS		ON	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
>21 lat	16	20,80	11	13,30
< 21 lat	61	76,60	72	86,70
w tym: 25-29 lat	30	39,00	49	59,00

Adnotacja: *f*-liczebność; *P*-procent; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne

Wśród badanych w wyróżnionych grupach przedstawiciele obu płci stanowili porównywalną liczbą (w przybliżeniu po 50 %) (Tabela 3). W każdej z grup badanych kobiet było nieco więcej niż mężczyzn. Być może przyczyną takiego stanu rzeczy jest to, że kobiety są bardziej otwarte na rozmowy związane z tematyką doświadczania seksualności, stąd być może w tej grupie liczba zwróconych kwestionariuszy była większa.

Tabela 3. Podsumowanie rozkładów płci w wyróżnionych grupach osób badanych

	OS		ON	
	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>Kobiety</i>	43	55,80	42	50,60
<i>Mężczyźni</i>	34	44,20	41	49,40

Adnotacja: *f*-liczebność; *P*-procent; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne

Grupa osób niepełnosprawnych jest zróżnicowana ze względu na przyczynę niepełnosprawności ruchowej. Zdecydowana większość badanych (aż $\frac{3}{4}$) to osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, co stanowi odzwierciedlenie rzeczywistości, ponieważ schorzenie to jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności ruchowej u

nowo narodzonych i małych dzieci. Kolejną drugą co do liczebności grupą to osoby z przepukliną oponowo-rdzeniową (15,70%). Najmniej jest osób z zanikiem mięśni (3,60%) oraz z wczesnie nabytym urazem kręgosłupa (w okresie wczesnego dzieciństwa) (4,80%). Ostatnia grupa stanowi wyjątek, gdyż nie są to osoby z wrodzoną niepełnosprawnością, ale fakt utraty sprawności we wczesnym dzieciństwie powoduje, iż rozwijały się one od wczesnych lat jako osoby z niepełnosprawnością, więc istnieje przypuszczenie, że ich funkcjonowanie można porównać z rozwojem i doświadczeniami osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (Tabela 4).

Tabela 4. Podsumowanie rozkładu przyczyn niepełnosprawności wśród badanych z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

Przyczyna niepełnosprawności	<i>f</i>	<i>P</i>
MPD	62	74,70
przepuklina oponowo-rdzeniowa	13	15,70
neurologiczna – uraz kręgosłupa we wczesnym dzieciństwie	4	4,80
zanik mięśni	3	3,60
brak danych	1	1,20

Adnotacje: *f*-liczebność; *P*-procent;

Wśród osób sprawnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe, natomiast w grupie osób z niepełnosprawnością liczba ta zrównuje się z osobami posiadającymi wykształcenie średnie, gdzie każda z nich stanowi po 1/3 badanych (Tabela 5). Najprawdopodobniej może być to efekt barier utrudniających zdobycie wyższego wykształcenia osobom z niepełnosprawnością.

Tabela 5. Podsumowanie udziału poziomu wykształcenia wśród badanych w wyróżnionych grupach

	OS		ON	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>Podstawowe</i>	8	10,40	21	25,40
<i>Gimnazjalne</i>	13	16,90	7	8,40
<i>Średnie</i>	13	16,90	29	34,90
<i>Wyższe</i>	43	55,80	26	31,30

Adnotacja: *f*-liczebność; *P*-procent; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne

Ostatnim brany pod uwagę aspektem demograficznym było miejsce zamieszkania osób badanych. Zdecydowana większość ankietowanych to mieszkańcy miast – małych i dużych. W każdej z grup aż 80% osób deklaruje zamieszkanie w mieście – dużym lub małym (Tabela 6).

Tabela 6. Podsumowanie udziału miejsca zamieszkania wśród badanych w wyróżnionych grupach

	OS		ON	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>Wieś</i>	13	16,90	20	24,10
<i>małe miasto (<50 tys.)</i>	30	39,00	36	43,40
<i>duże miasto (>50 tys.)</i>	34	44,10	27	32,50

Adnotacja: *f*-liczebność; *P*-procent; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne

3. Narzędzia badawcze

Metody badawcze służące do pomiaru poszczególnych aspektów seksualności: wiedza o seksualności, otrzymana edukacja psychoseksualna oraz koncepcja własnej seksualności zostały stworzone na potrzeby badań przez autorkę rozprawy. Natomiast metody diagnozujące poziom przystosowania osób badanych – *System Oceny*

Zachowań Adaptacyjnych (ABAS-3) oraz poczucie punktualności zadań rozwojowych - kwestionariusz *Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych* (PPZŻ) były gotowymi narzędziami, z których skorzystano. Ponadto zastosowano krótką ankietę danych socjodemograficznych.

3.1. Ankieta danych socjodemograficznych

Na potrzeby badań stworzono *Ankietę danych socjodemograficznych*, w celu zebrania podstawowych informacji o osobach badanych. Składa się ona z pytań o wiek (adresatami badań były osoby w okresie wczesnej dorosłości, które nie miały więcej niż 30 lat – dobór celowy), płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, poziom sprawności organizmu (adresatami badań były osoby sprawne oraz z diagnozą niepełnosprawności ruchowej od urodzenia – dobór celowy), przyczyna niepełnosprawności ruchowej (dotyczące poziomu sprawności badanych z diagnozą niepełnosprawności ruchowej).

3.2. Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych (PPZŻ-WD)

Kwestionariusz Brzezińskiej i Kaczana (2010) służy do badania subiektywnej oceny gotowości pojawiających się zdarzeń życiowych stanowiących realizację poszczególnych zadań rozwojowych charakterystycznych dla wczesnej, średniej oraz późnej dorosłości (metoda składa się z trzech równoległych wersji zróżnicowanych treściowo).

Wersja, wykorzystana do badań jest skierowana do osób w okresie wczesnej dorosłości i składa się z 16 pozycji testowych odnoszących się do podstawowych zadań rozwojowych tego okresu życia charakteryzujących następujące obszary (Brzezińska, Kaczan, 2010; s. 20): *rodzina i bliskie związki* (6 pozycji testowych) jako nawiązanie i utrzymanie bliskich relacji intymnych, w tym o charakterze erotycznym oraz założenie rodziny; *praca i niezależność materialna* (5 pozycji testowych) jako podjęcie pracy i osiągnięcie niezależności materialnej (instrumentalnej) od rodziny pochodzenia; *pasje i czas wolny* (5 pozycji testowych) czyli wykorzystanie czasu wolnego, inwestycja w

siebie oraz pomaganie rodzinie. W miarę doskonalenia narzędzia autorzy zrezygnowali jednak z wykorzystywania podziału wyników na poszczególne obszary (Brzezińska, Kaczan, 2011).

Kwestionariusz ma charakter samopisu, badani udzielają odpowiedzi przez wybór przy każdym z 16 zadań rozwojowych odpowiedzi na 5 stopniowej skali w dwóch aspektach. Wskaźnik pierwszy pojawienie się/obecność danego zadania a drugi to subiektywna ocena czy miało ono miejsce w tym samym czasie co u rówieśników (2), wcześniej niż u nich (0 lub 1) czy też później (3 lub 4). Następnie poprzez proste zliczanie odpowiedzi uzyskuje się wyniki w zakresie *liczby zadań rozwojowych (zdarzeń życiowych)*, które zostały zrealizowane; *liczby zadań punktualnych*; *liczby zadań niepunktualnych* (pojawiły się wcześniej lub później niż u rówieśników) (w każdym wskaźniku można osiągnąć wynik w przedziale 0-16).

Na potrzeby projektu badawczego skoncentrowanego na realizacji zadań rozwojowych związanych z obszarem *rodzina i bliskie związki*, dlatego wyróżniono te wskaźnik rezygnując z pozostałych opisanych wcześniej (Brzezińska, Kaczan, 2010). Wskaźnik alfa-Cronbacha dla tej wersji metody w poszczególnych obszarach waha się między 0,69 a 0,89 co sugeruje wysoką ocenę psychometryczną kwestionariusza.

3.3. Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej – KoEPs

Narzędzie do badania edukacji psychoseksualnej (Czapla, Otrębski, 2019) skonstruowano w oparciu o analizę stanu wiedzy i badań na temat dostępności oraz form realizacji edukacji psychoseksualnej w Polsce i na świecie. W ramach metody wyróżniono kluczowe obszary analiz: *źródła edukacji psychoseksualnej* oraz *poziom zadowolenia z niej, typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej* oraz *treści podejmowane w ramach edukacji psychoseksualnej*

Tabela 7. Obszary, kategorie i wskaźniki wyróżnione w KOEPs (Czapla, Otrębski, 2019)

OBSZAR	KATEGORIA	WSKAŹNIK
Źródła edukacji psychoseksualnej	Rodzina	Rodzice/opiekunowie prawni
		Rodzeństwo
		Pozostali członkowie rodziny
	Szkoła	Koledzy/koleżanki
		Podczas zajęć WDzR
		Od nauczycieli pozostałych przedmiotów
	Mass media	Poleconych/wskazanych (przez kogoś)
		Samodzielnie/intencjonalnie znalezionych
Przypadkowo zasłyszanych/zauważonych		
Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej	Typ A	Stosunek seksualny
		Metody regulacji urodzeń
		Inne zachowania seksualne
	Typ B	Stosunek seksualny
		Metody regulacji urodzeń
		Inne zachowania seksualne
	Typ C	Stosunek seksualny
		Metody regulacji urodzeń
		Inne zachowania seksualne
Obecne/podejmowane treści seksualności	treści biologiczne	5 twierdzeń
	treści społeczno-emocjonalne	5 twierdzeń
	treści prawne	5 twierdzeń
	treści etyczno-moralne	5 twierdzeń

Źródło: Izdebski, 2012; Król, 2012; Dora, 2013

Kategorie zawarte w pierwszym obszarze *Źródła edukacji psychoseksualnej* zostały zakwalifikowane na podstawie analizy literatury wskazującej *rodzinę, szkołę* oraz *mass media* jako najczęstsze źródła poszukiwania informacji o seksualności przez młodych ludzi (Guttmacher Institute, 2012; Izdebski, 2012; Czarnik, 2012, 2014; MEN, 2015). Każda z nich reprezentowana jest przez trzy wskaźniki. Zabieg ten zastosowano w celu zwiększenia rzetelności narzędzia oraz uszczegółowienia danych na badany temat (Tabela 7). Badany ma możliwość wskazania każdego spośród trzech wskaźników danej kategorii jako zaistniały, a badacz uzyskuje dane o liczbie obecnych źródeł (max 9) oraz udziału poszczególnych kategorii i wskaźników w uzyskiwaniu informacji o seksualności. W kolejnym kroku, badany, który uzyskał wiedzę z danego źródła (zaznaczając TAK) określa na 4-stopniowej skali (1-całkowicie niezadowolony;

2-raczej niezadowolony; 3-raczej zadowolony; 4-całkowicie zadowolony) stopień zadowolenia z otrzymanej tamże edukacji psychoseksualnej. Zatem kwestionariusz pozwala na uzyskanie dodatkowych danych w zakresie poziomu zadowolenia z edukacji otrzymanej z poszczególnych źródeł, obliczając średnią i odchylenie standardowe dla wyników osób, które zaznaczyły dane źródło jako obecne. Wyniki odnoszące się do zadowolenia wahają się pomiędzy 1 a 4.

W drugim obszarze *Typy edukacji psychoseksualnej* treści zaczerpnięto z dokumentów wydanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2010; Król, 2012; Dora, 2013;). Badany ma możliwość wyboru jednego spośród trzech typów edukacji seksualnej, odpowiednio:

- 1) *Typ A* – abstynencyjny model edukacji psychoseksualnej
- 2) *Typ B* – biologiczny model edukacji psychoseksualnej
- 3) *Typ C* – kompleksowy model edukacji psychoseksualnej (Dora, 2013)

Ten obszar różni się od poprzedniego, tym, że badany może wybrać tylko jeden typ edukacji psychoseksualnej każdorazowo zaznaczając spośród odpowiedzi (a, b lub c) grupujących treści w zakresie rozumienia *stosunku seksualnego, innych zachowań seksualnych oraz metod regulacji urodzeń* specyficzne dla każdego z typów edukacji seksualnej (WHO, 2010). Narzędzie dostarcza informacji na temat obecności oraz udziału poszczególnego typu edukacji psychoseksualnej, dzięki możliwości uzyskania punktów 0-3 w przypadku każdego z nich.

W ostatnim obszarze narzędzia badany określa subiektywne przekonanie o obecności informacji z poszczególnych treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie: *biologicznych, społeczno-emocjonalnych, etyczno-moralnych czy prawnych* (Dulko, Stankiewicz, 2009; Drozdowicz, 2017). Każda z grup treści reprezentowana jest przez pięć twierdzeń ocenianych na 10-stopniowej skali, obejmujących treściowo jeden z wymienionych dział informacji o seksualności. (1-brak otrzymanej informacji (nic); im wyższa cyfra tym zasób informacji większy aż do wyczerpującej informacji na dany temat (10-wysoki (wyczerpujący) (KoEPs, Aneks I II). Trzeci obszar pozwala uzyskać dane o poruszanych tematach w ramach edukacji psychoseksualnej oraz zakresu ich treściowego wyczerpania.

Podsumowując, tak skonstruowane narzędzie do badania otrzymanej edukacji psychoseksualnej pozwala uzyskanie ilościowych danych na temat następujących obszarów:

- I. źródeł edukacji psychoseksualnej oraz poziomu zadowolenia z nich,
- II. typów edukacji psychoseksualnej (A, B, C) – dzięki możliwości przyznania każdemu z typów wyników w przedziale 0-3, a następnie dzięki wyliczeniu średniej i odchylenia standardowego ocenie, który z typów był obecny najczęściej,
- III. informacji o podejmowaniu treści o tematyce psychoseksualnej z uwzględnieniem biologicznego; społeczno-emocjonalnego; prawnego oraz etyczno-moralnego wskaźnika danych o seksualności.

Wskaźniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha wahają się od 0,69 do 0,82, co wskazuje na zadowalające parametry psychometryczne metody.

3.4. Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności – WOS

Kwestionariusz do badania poziomu wiedzy o seksualności (WOS) (Czapla, Otrębski, 2019) powstał w oparciu o schemat pomiaru zmiennej „wiedza o niepełnosprawności”, z podziałem na wiedzę ogólną i szczegółową a następnie na "wiedzę w zakresie wiadomości, stereotypów oraz informacji z zakresu prawa (Kulik, Otrębski, 2011). Schemat wykorzystany w metodzie do badania wiedzy o seksualności został nieco zmodyfikowany względem oryginału.

Opracowane narzędzie pozwala wyróżnić dwa rodzaje wyników ogólnych: pierwszy dotyczy poziomu *wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)* (składa się z 30 twierdzeń,) natomiast drugi poziomu wiedzy specyficznej *o seksualności osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (WOSN-WO)* (15 pozycji testowych). Ponadto otrzymuje się po trzy wyniki szczegółowe w sferach *wiedzy stereotypowej (WOS-S* oraz *WOSN-S)*, *poziomu posiadanych wiadomości (WOS-W* i *WOSN-W)* oraz *wiedzy z zakresu prawa (WOS-P* oraz *WOSN-P)* dla każdego z dwóch wyników głównych. Treść poszczególnych pozycji testowych w całym kwestionariuszu stanowią poprawne oraz błędne informacje na temat ludzkiej seksualności. Wynik końcowy powstaje dzięki zsumowaniu poprawnych odpowiedzi badanego dokonanych przez wybór spośród dwóch odpowiedzi: TAK, gdy twierdzenie uznaje za prawdziwe; NIE,

gdy uznaje za błędne. W przypadku wiedzy ogólnej o seksualności człowieka poszczególne wymiary są reprezentowane przez 10 pozycji testowych każdy, natomiast w przypadku wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych przez 5 twierdzeń każdy.

Uzyskany w ten sposób kwestionariusz składa się łącznie z 45 pozycji testowych na temat ludzkiej seksualności w różnych jej wymiarach, których prawdziwość oceniają badani – wybierając odpowiedź TAK/NIE.

Wskaźniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha wahają się od 0,71 do 0,85, co wskazuje na zadowalające parametry psychometryczne metody.

3.5. Kwestionariusz Koncepcji Własnej Seksualności (MSSCQ-pl) – wersja polska

Kwestionariusz *Koncepcji Własnej Seksualności (MSSCQ-pl)* autorstwa Czaplą i Otrębskiego (2019) jest metodą pomiaru wyodrębnionych w trakcie analiz statystycznych wymiarów koncepcji własnej seksualności u osób dorosłych.

Koncepcja własnej seksualności w kwestionariuszu pozwala na ocenę pięciu wymiarów. Dwa z nich odnoszą się do oceny własnej seksualności: *pozytywna samoocena seksualna* oraz *negatywna samoocena seksualna*, natomiast kolejne trzy odnoszą się do obrazu własnej seksualności (samowiedzy seksualnej) w trzech wymiarach: *nadmierne zaabsorbowanie seksem* (wymiar biologiczny); *poczucie sprawczości w sferze seksualnej* (wymiar relacyjny/psychospołeczny); *poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne* (wymiar osobowy). Kwestionariusz składa się łącznie z 37 pozycji testowych o zadowalających wskaźnikach zgodności wewnętrznej α Cronbacha od 0,75 do 0,90 (Tabela 8).

Metoda, która posłużyła jako inspiracja do stworzonego kwestionariusza *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ)*, dostępna w języku angielskim składa się ze 100 pozycji testowych reprezentujących 20 zmiennych psychologicznych odnoszących się do ludzkiej seksualności (Snell, 1998). Powstała ona na bazie dwóch innych metod autora – *Sexuality Scale* do badania trzech komponentów seksualności oraz *Sexual Awareness Scale* (Snell, 1998). Badani oceniają poszczególne twierdzenia przy użyciu 5-stopniowej skali typu Likerta, gdzie 1 - *w ogóle mnie nie dotyczy* a 5 - *całkowicie/w pełni mnie dotyczy*. Ten schemat odpowiedzi został zachowany w polskiej wersji kwestionariusza, która powstała po szeregu analiz

statystycznych. W oryginale uzyskuje się 20 osobnych wyników tworzących komponenty koncepcji własnej seksualności (konstrukt wielowymiarowy).

W pierwszym etapie tworzenia narzędzia *MSSCQ-pl* przetłumaczono na język polski pozycje testowe zaczerpnięte z oryginału. Następnie oceny dokonało ośmiu sędziów kompetentnych - specjalistów z zakresu psychologii i seksuologii. Pozwoliło to uzyskać jedną wersję tłumaczenia z najwyższym poziomem zgodności sędziów (85%). Następnym krokiem było przeprowadzenie badań kwestionariuszowych uzyskaną wersją metody w języku polskim, na próbie 500 osób z populacji ogólnej w okresie wczesnej dorosłości. Na tym etapie rozpoczęto próby odtworzenia struktury czynnikowej kwestionariusza. Co prawda okazał się on rzetelny – α Cronbacha poza trzema skalami uzyskano wyniki pomiędzy 0,653 a 0,903, ale zarówno w eksploracyjnej, jak również w konfirmacyjnej analizie czynnikowej nie udało się odtworzyć modelu zakładającego 20 czynników wyróżnionych pierwotnie przez autora metody. Konieczne było zatem stworzenie nowych podstaw teoretycznych, które pozwoliłyby na uzyskanie spójnej treściowo i rzetelnej metody diagnostycznej.

Na drugim etapie skorzystano z koncepcji teoretycznej Campbell (2002) wyróżniającej w koncepcji siebie samowiedzę – aspekt opisujący oraz samoocenę - aspekt ewaluacyjny (dokładniej opisano koncepcję w II rozdziale). Wybrano ten model teoretyczny ze względu na doniesienia z literatury, że koncepcja własnej seksualności jest szczegółowym fragmentem koncepcji siebie odnoszącej się bezpośrednio do seksualności (Vickberg, Deaux 2005). Ponadto analiza stanu wiedzy dotyczącej koncepcji własnej seksualności pozwalała dostrzec pewną prawidłowość. Naukowcy analizujący konstrukt odnosili się do koncepcji własnej seksualności w dwojaki sposób, jako oceny własnej seksualności (Buzwell, Rossentall, 1996; Smith, Rossentall, 1998), bądź jako schemat/obraz/poznawcze reprezentacje dotyczące własnej seksualności (sexual self-schemata) (Andersen, 1993; Andersen, Woods, Cyranowski, 1994; Andersen, Cyranowski, 1994, 1995; Andersen Woods, Copeland, 1997; Cyranowski, Andersen, 1998, 2000; Andersen, 1999; Andersen, Cyranowski, Espindle, 1999). Na tej podstawie postanowiono spośród 100 pozycji testowych wyłonić te, które treściowo dotyczą samowiedzy seksualnej oraz odnoszące się do samooceny seksualnej. W tym celu wykorzystano ocenę dziesięciu sędziów kompetentnych specjalistów z dziedziny psychologii oraz seksuologii. Dokonano jej na dwóch poziomach – przyporządkowując

całą skalę do *samowiedzy* lub *samooceny seksualnej*, a następnie przyporządkowując każdą pozycję testową z osobna do *samowiedzy seksualnej* bądź *samooceny seksualnej*. Rezultaty uzyskane dzięki pracy na drugim, bardziej szczegółowym etapie opracowania metody zostały wykorzystane w dalszych analizach. Na podstawie zgodności ocen sędziów na osiemdziesięcioprocentowym poziomie udało się wyodrębnić 35 pozycji testowych opisujących *samowiedzę seksualną* oraz 15 pozycji testowych odnoszących się do *samooceny seksualnej*.

Kolejnym etapem było określenie struktury każdego z komponentów głównych (*samowiedzy* i *samooceny*). Wykorzystując analizę literatury przedmiotu zdecydowano o jednoczynnikowym modelu *samooceny seksualnej* jako pozytywnej/negatywnej ocenie własnej seksualności oraz *samowiedzy seksualnej* jako konstruktowi wielowymiarowego składającego się z:

- *wymiaru biologicznego* – odpowiedzialnego za redukcję popędu i instynktu seksualnego rozumianego tu jako **nadmierne zaabsorbowanie seksem vs. brak zainteresowania seksem**,
- *wymiaru relacyjnego* (psychospołecznego) obejmującego seksualność w relacji z innymi, przeżywane emocje i uczucia oraz doświadczenia seksualne, potrzeby psychiczne, w tym poczucie więzi z drugim człowiekiem. Wymiar ten nazwano **poczuciem sprawczości we własnym życiu seksualnym w sferze seksualnej lub jego brak**;
- *wymiaru osobowego* zależnego od systemu wartości, zasad i norm, a także przekonań i poglądów człowieka rozumianego jako **poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne lub jego brak**.

Na podstawie przyjętej teorii podzielono pozycje testowe jako te charakteryzujące *samowiedzę seksualną* na te odnoszące się do wymiaru *biologicznego*, *psychospołecznego/relacyjnego* oraz *osobowego* seksualności, tworząc w ten sposób konstrukcję trzyczynnikową *samowiedzy seksualnej* oraz te określające *samoocenę seksualną* jako konstrukt jednoczynnikowy. Tak skonstruowane ostatecznie modele teoretyczne poddano testowaniu przy pomocy confirmacyjnej analizy czynnikowej. Potwierdzono zatem trójczynnikową strukturę *samowiedzy*, natomiast testując dopasowanie modelu *samooceny* bardziej trafne okazało się rozwiązanie

dwuczynnikowe (wyróżniając pozytywną oraz negatywną samoocenę seksualną), w którym uzyskano akceptowalne parametry dopasowania modelu (Tabela 8).

W ostatnim etapie opracowania struktury czynnikowej metody sprawdzano za pomocą kanonicznej analizy czynnikowej hierarchiczność modelu *samowiedzy seksualnej* zgodnie, z którym oprócz trzech czynników opisanych wyżej wyróżnić można czynnik nadrzędny *samowiedza seksualna* będący wynikiem ogólnym. Analogiczne procedury przeprowadzono w odniesieniu do *samooceny seksualnej*, gdzie ponad dwoma wyróżnionymi czynnikami oczekiwano nadrzędnego (*samoocena seksualna*), który miał stanowić wynik ogólny dla tego konstruktów. Dodatkowo sprawdzono rzetelność metodą zgodności wewnętrznej dla wszystkich otrzymanych wskaźników. Rezultaty przeprowadzonych analiz, które szczegółowo opisano zostały przedstawione w Tabeli 8. Jak widać model hierarchiczny zarówno w przypadku samowiedzy jak i samooceny seksualnej nie jest dostatecznie dobrze dopasowany, co powoduje brak możliwości wyłonienia dwóch wyników ogólnych – *samowiedzy* i *samooceny seksualnej*, które zostają wskaźnikami umownymi, a pozostawia jedynie możliwość obliczanie pięciu wyników cząstkowych.

Tabela 8. Podsumowanie wyników analizy czynnikowej dla wymiarów kwestionariusza MSSCQ-pl

Nazwa otrzymanej skali	Wskaźniki dopasowania modelu	Liczba pozycji testowych	α
SAMOWIEDZA SEKSUALNA			
Nadmierne zaabsorbowanie seksem (wymiar biologiczny)	Chi ² /df = 2,860 CFI= 0,902 RMSEA= 0,061 AIC= 679,706 SRMR=0,0710	5	0,900
b) Poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym (wymiar psychospołeczny/relacyjny)		5	0,748
Poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne (wymiar osobowy)		12	0,779
SAMOOCENA SEKSUALNA			
Pozytywna samoocena seksualna	Chi ² /df = 3,586 CFI = 0,945 RMSEA = 0,072 AIC = 376,425 SRMR = 0,0544	8	0,903
Negatywna samoocena seksualna		7	0,859

--	--	--	--

Adnotacja: α – zgodność wewnętrzna alfa-Cronbacha; Chi^2/df – liczba stopni swobody $RMSEA$ – wskaźnik dopasowania modelu; CFI – wskaźnik dopasowania modelu AIC - ryterium informacyjne Akaikego, $SRMR$ - analiza ścieżek

3.6. System Oceny Zachowań Adaptacyjnych, wydanie 3 ABAS – 3

Narzędzie, z którego skorzystano służy do badania ogólnego wskaźnika przystosowania (ABAS-OWA) (funkcji adaptacyjnych); w trzech sferach: poznawczej, społecznej i praktycznej oraz 9/10 funkcjach adaptacyjnych. Stanowi kompleksowe narzędzie służące ocenie zachowań adaptacyjnych niezbędnych do prowadzenia niezależnego i odpowiedzialnego życia w zakresie dbania o siebie, budowania relacji z innymi, czy spełniania oczekiwań otoczenia domowego, szkolnego oraz zawodowego (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019). System składa się z ośmiu różnych wersji zeszytów testowych dostosowanych do grupy ocenianych (od urodzenia do dorosłości) lub oceniających (środowisko domowe; środowisko instytucjonalne; samoocena). Poza elementami przeznaczonymi do oceny w skład Systemu wchodzi *Program treningowy*. Na potrzeby projektu skorzystano z kwestionariusza samooceny wypełnianego przez dorosłych badanych, gdzie poza trzema sferami kwestionariusz pozwala na ocenę poszczególnych funkcji adaptacyjnych (wyniki szczegółowe): komunikacja; umiejętności funkcjonalne; zdrowie i bezpieczeństwo; życie w społeczności; życie domowe; wypoczynek; samoobsługa; kierowanie sobą; uspołecznienie, praca (opcjonalnie tylko dla osób pracujących aktualnie lub w przeszłości). Uzyskuje się wyniki na trzech poziomach (dzięki sumowaniu odpowiedzi): w zakresie funkcji adaptacyjnych, sfer adaptacyjnych (poznawcza, praktyczna, społeczna) oraz ogólny wskaźnik przystosowania (OWA). Badani każdą umiejętność oceniają w kategorii zdolności (potrafi/nie potrafi) oraz częstotliwość jej wykorzystywania/występowania w zachowaniu udzielając odpowiedzi jednej spośród następujących:

1. nigdy lub prawie nigdy, gdy potrzeba
2. czasami, gdy potrzeba
3. zawsze lub prawie zawsze, gdy potrzeba

Metoda posiada normy, dostosowane do osób w wieku 16-20 lat, zatem nie można było z nich skorzystać w prowadzonych badaniach (najstarsza badana osoba miała 29 lat) i pozostawiono je na poziomie wyników surowych. Wskaźniki zgodności

wewnętrznej α Cronbacha dla zastosowanej wersji pozostają na wysokim poziomie między 0,91 a 0,96 dla poszczególnych sfer adaptacyjnych, co niewątpliwie stanowi atut metody (Otrębski, Domagała-Zysk, Sudół, 2019).

4. Procedura badań własnych

Badania miały charakter dwuetapowy. W pierwszym etapie trwającym 2 lata (2016-2018) autorzy w składzie K. Czapla i W. Otrębski opracowali narzędzia badawcze służące pomiarowi otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KoEPs) i wiedzy o seksualności (WOS) oraz dokonano opracowania teoretycznego i polskiej adaptacji metody do badania koncepcji własnej seksualności – MSSCQ-pl realizując badania pilotażowego na 500 osobach w wieku 18-29 lat, gdzie po odrzuceniu danych z brakami zakwalifikowano wyniki 436 osób. Na tej próbie dokonano szeregu analiz statystycznych prowadzących i umożliwiających stworzenie kompletnego, rzetelnego narzędzia badawczego.

W kolejnym etapie przeprowadzono badania całą baterią testów (pięć kwestionariuszy oraz ankieta danych socjodemograficznych) na grupie 160 osób w skład których wchodzi 83 osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz 77 osób sprawnych o zbliżonych cechach socjodemograficznych, gdzie kluczowym było kryterium znajdowania się w okresie wczesnej dorosłości.

Badania prowadzono przy współpracy z różnymi ośrodkami terapeutycznymi i opiekuńczymi oraz edukacyjnymi na terenie całego kraju, w których przebywają osoby z niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej oraz poza instytucjami.

Badani na wstępie byli informowani o tematyce prowadzonych badań, ich celu naukowym oraz zapewnieni o pełnej dyskrecji oraz anonimowości w trakcie badania. Dostali także informację, iż mogą wycofać się na każdym etapie wypełniania baterii testów. Po uzupełnieniu wszystkich kwestionariuszy każda osoba badana miała możliwość uzyskania krótkiej informacji zwrotnej dotyczącej analizy i psychologicznej interpretacji uzyskanych wyników w preferowanej dla siebie formie – pisemnej lub ustnej.

5. Statystyczne procedury analizy wyników

Do analiz statystycznych wykorzystano pakiet IBM SPSS Statistic w wersji 25 wraz z rozszerzeniem PROCESS A. F. Hayes'a (Hayes, 2018).

Dla scharakteryzowania grupy osób badanych w wyróżnionych grupach osób sprawnych i niepełnosprawnych wykorzystano następujące statystyki: liczebności (f), procenty (P), wartości średnie (M) oraz odchylenie standardowe (SD).

W części empirycznej zastosowano analizy, które pozwoliły wyodrębnić specyfikę funkcjonowania młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia na tle sprawnych rówieśników. W tym celu dokonano szeregu wieloetapowych działań statystycznych rozpoczętych analizami opisowymi wraz ze zróżnicowaniem między 83 osobami niepełnosprawnymi a 77 sprawnym w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych. Do opisu stanu zmiennych uzyskanych przez osoby badane w zakresie poczucia punktualności zadań rozwojowych, otrzymanej edukacji psychoseksualnej, poziomu wiedzy o seksualności, poziomu przystosowania (funkcji adaptacyjnych) oraz wymiarów koncepcji własnej seksualności wykorzystano wyniki średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD).

Określano istotność różnic pomiędzy osobami sprawnymi oraz niepełnosprawnymi wykorzystując testy nieparametryczne ze względu na brak uzyskania rozkładu normalnego, w przypadku porównywania wyników w każdej z analizowanych zmiennych wykorzystano test U Manna Whitney'a.

Podczas ustalania istotności związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi w zakresie relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych z udziałem zmiennych pośredniczących (wiedzy o seksualności i poziomu przystosowania oraz zmiennej pobocznej – koncepcji własnej seksualności) wykorzystano każdorazowo współczynnik korelacji rho Spearmana.

W celu określenia relacji z udziałem trzech zmiennych każdorazowo – zmiennej wyjaśnianej (poczucie punktualności zadań rozwojowych) oraz wyjaśniającej (otrzymana edukacja psychoseksualna) odpowiednio z każdym spośród mediatorów związku głównego – poziom wiedzy o seksualności oraz poziom przystosowania/funkcji adaptacyjnych, jak również otrzymanej edukacji psychoseksualnej w relacji z poziomem wiedzy o seksualności z udziałem koncepcji własnej seksualności (zmienna pośrednicząca) wykorzystano równania regresji. Wagę

udziału każdej zmiennej w równaniu określa się wykorzystując współczynnik β . Procent wyjaśnionej zmienności za pomocą danego równania daje ocena współczynnika R^2 . Uzyskane dane zostały poddane procedurze bootstrappingu.

ROZDZIAŁ IV. ANALIZA STANU BADANYCH ZMIENNYCH ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIA

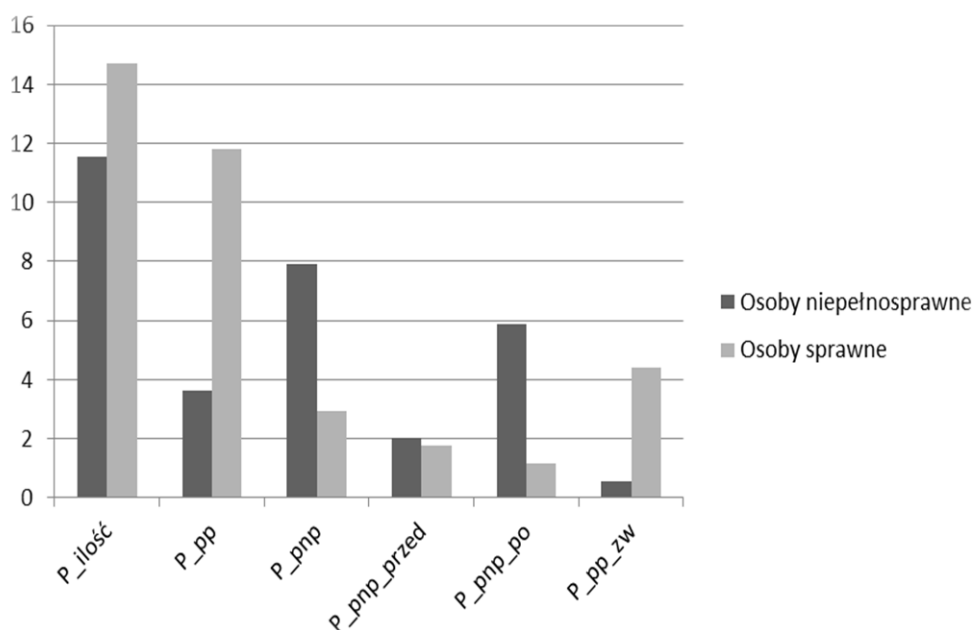
Poniżej przedstawiono analizy poczucia punktualności zadań rozwojowych, informacje na temat źródeł, typów oraz treści podejmowanych w ramach otrzymywanej edukacji psychoseksualnej, jak również dane o poziomie wiedzy o seksualności, poziomie przystosowania w poszczególnych obszarach funkcjonowania oraz poszczególnych wymiarach koncepcji własnej seksualności osób badanych. Wszystkie analizy prowadzono na grupie 160 badanych w okresie wczesnej dorosłości w grupach wyróżnionych ze względu na diagnozę wrodzonej niepełnosprawności ruchowej lub jej brak, gdzie osoby sprawne stanowiły 77 osób a niepełnosprawne 83 osoby. Analizom poddano także zakres zróżnicowania w zakresie wymienionych zmiennych między grupami osób sprawnych oraz z diagnozą niepełnosprawności ruchowej. W ten sposób podjęto próbę wykazania specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością na tle ich sprawnych rówieśników.

1. Wskaźnik poczucia punktualności zadań rozwojowych w wyróżnionych grupach ze względu na sprawność ruchową

Poczucie punktualności zadań rozwojowych określa ocenę poszczególnych zdarzeń życiowych okresu wczesnej dorosłości przez badanych jako występujące w podobnym czasie jak u rówieśników bądź dostrzeganie ich niepunktualności.

Wyniki średnie i odchylenia standardowe poczucia punktualności zadań rozwojowych analizowano w zakresie liczby podjętych zadań (P-liczba), a wśród nich

uznawanych za punktualne (P-pp), niepunktualne (P-pnp) a w ich zakresie zadania opóźnione (P-pnp-po) oraz przyspieszone względem rówieśników (P-pnp-przed). Ponadto wyodrębniono jeden z szczegółowych obszarów funkcjonowania: rodzina i relacje z bliskimi (P-pp-zw) (obszar wyróżniany w pierwszych badaniach autorów metody) odzwierciedlający rolę dojrzałości psychoseksualnej w życiu młodego człowieka.



Wykres 1. Podsumowanie częstości występowania zadań rozwojowych w badanych grupach

Analiza wyników osiągniętych przez osoby badane w zakresie **poczucia punktualności zadań rozwojowych** jednoznacznie wskazuje, iż osoby niepełnosprawne doświadczyły mniej zdarzeń życiowych i zdecydowanie częściej są one niepunktualne w porównaniu do ich sprawnych rówieśników (Wykres 1). U osób sprawnych obecne były prawie wszystkie zdarzenia przewidziane dla okresu wczesnej dorosłości, natomiast osoby niepełnosprawne doświadczyły około $\frac{3}{4}$ z nich (Wykres 1). Co więcej osoby z grupy klinicznej wskazały, że 75% spośród doświadczonych zdarzeń życiowych nastąpiło niepunktualnie, później niż u rówieśników, przy czym stosunek ten w grupie porównawczej jest odwrotny, gdzie ponad 80% stanowiły zdarzenia punktualne (Wykres 1). Również zdarzenia życiowe/zadania rozwojowe związane

bezpośrednio z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny zdecydowanie rzadziej jako punktualne występują u osób niepełnosprawnych niż w grupie porównawczej, gdzie ich obecność jest znacząca (Wykres 1). Osoby niepełnosprawne, jeśli realizują określone zadania rozwojowe to dotyczą one zaangażowania w aktywność zawodową, czy też rozwój pasji i zainteresowań.

Chcąc dokonać bardziej szczegółowej analizy poziomu poczucia punktualności zdarzeń życiowych (zadań rozwojowych) osób niepełnosprawnych oraz ich sprawnych rówieśników posłużono się średnimi empirycznym oraz $\frac{1}{2}$ odchylen standardowych do konstrukcji przedziałów wyników niskich, średnich i wysokich osobno dla każdej z grup. Co istotne średnie empiryczne w każdym z wyników poza poczuciem niepunktualności (P-pnp; P-pnp-przed; P-pnp-po) wśród niepełnosprawnych osiągają zdecydowanie niższe wyniki niż u badanych w grupie porównawczej (Wykres 1).

Rozpoczynając analizy od **liczby obecnych zdarzeń będących zadaniami rozwojowymi** (P-liczba) można zauważyć, że w grupie osób niepełnosprawnych stosunkowo najwięcej osób osiąga wyniki wysokie (34%), zaś najmniej wyniki średnie (28,91%) (Tabela 9). Z kolei wśród osób sprawnych najczęściej występują wyniki średnie (61,04%), natomiast najrzadziej wyniki niskie (7,79%) (Tabela 9).

Przyglądając się wynikom w zakresie **poczucia punktualności zadań rozwojowych/zdarzeń życiowych** (P-pp) dostrzega się, że w grupie klinicznej odwrotnie niż poprzednio najwięcej osób osiąga wyniki średnie (37,34%), zaś najmniej wyniki wysokie (27,71%). W grupie sprawnych podobnie jak w wyniku liczby obecnych zdarzeń (P-liczba) najwięcej osób osiąga wyniki średnie (57,14%), zaś najmniej niskie i wysokie (odpowiednio 20,78% i 22,08%) (Tabela 9).

W zakresie **poczucia niepunktualności** (P-pnp) najwięcej osób spośród niepełnosprawnych uzyskało wyniki wysokie (44,58%), natomiast najmniej wyniki niskie (24,09%), z kolei sprawni podobnie jak poprzednio najczęściej otrzymywali wyniki średnie (50,97%) lub odpowiednio niskie (23,38%) bądź wysokie (25,97%). Wchodząc w analizy poczucia niepunktualności głębiej można zaobserwować, że w zakresie *zdarzeń/zadań rozwojowych następujących przed rówieśnikami* (P-pnp-przed) niepełnosprawni najczęściej podobnie jak ich sprawni rówieśnicy osiągają wyniki niskie (odpowiednio 60,24% oraz 51,94%), najrzadziej zaś osoby niepełnosprawne osiągają wyniki wysokie (2,41%) a sprawni średnie (22,08%). Z kolei biorąc pod uwagę

zdarzenia/zadania rozwojowe występujące później niż u rówieśników (P-pnp-po) w grupie osób niepełnosprawnych inaczej niż poprzednio najwięcej osób osiąga wyniki średnie (53,02%), a najmniej wyniki niskie (6,02%). U sprawnych zaś najwięcej jest wyników niskich (37,66%) a najmniej wysokich (29,87%) (Tabela 9).

Na koniec przeanalizowano wyniki w zakresie **poczucia punktualności zdarzeń/zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny** (P-pp-zw) i obserwowano, że w każdej z grup najwięcej osób osiągało wyniki niskie – odpowiednio osoby niepełnosprawne (71,09%) a sprawne (64,93%). Natomiast najrzadziej w grupie klinicznej występowały wyniki średnie (13,25%) oraz wysokie (15,66%), a w grupie porównawczej wysokie (2,60%) (Tabela 9).

Tabela 9. Podsumowanie rozkładu poczucia punktualności zdarzeń/zadań rozwojowych badanych osób

	ON			OS		
		<i>f</i>	<i>P</i>		<i>f</i>	<i>P</i>
<i>P-liczba</i>	N (0-10,33)	28	33,75	N (0-13,76)	6	7,79
	Ś (10,34-12,73)	24	28,91	Ś (13,77-15,47)	47	61,04
	W (12,74-16,00)	31	37,34	W (15,48-16,00)	24	31,17
<i>P-pp</i>	N (0-2,67)	29	34,95	N (0-10,53)	16	20,78
	Ś (2,68-4,58)	31	37,34	Ś (10,54-13,04)	44	57,14
	W (4,59-8)	23	27,71	W (13,05-16,00)	17	22,08
<i>P-pnp</i>	N (0 – 6,44)	20	24,09	N (0-1,93)	18	23,38
	Ś (6,45-9,35)	26	31,33	Ś (1,94-3,92)	39	50,65
	W (9,36-14,00)	37	44,58	W (3,93-10,00)	20	25,97
<i>P-pnp-przed</i>	N (0-1,34)	50	60,24	N (0-1,02)	40	51,94
	Ś (1,35-2,68)	31	37,35	Ś (1,03-2,53)	17	22,08
	W (2,69-3,00)	2	2,41	W (2,54-7,00)	20	25,98
<i>P-pnp-po</i>	N (0-4,76)	5	6,02	N (0-0,27)	29	37,66
	Ś (4,77-6,99)	44	53,02	Ś (0,28-2,02)	25	32,47
	W (7,00-9,00)	34	40,96	W (2,03-3,00)	23	29,87
<i>P-pp-zw</i>	N (0-0,035)	59	71,09	N (0-3,63)	50	64,93
	Ś (0,036-1,045)	11	13,25	Ś (3,64-5,17)	25	32,47
	W (1,046-4,00)	13	15,66	W (5,18-6,00)	2	2,60

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; N-wyniki niskie; Ś-wyniki średnie, W-wyniki wysokie; *P-liczba* – liczba obecnych zadań rozwojowych; *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pnp-przed*-zadania podejmowane przed rówieśnikami; *P-pnp-po* – zadania podejmowane później niż rówieśnicy; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;

W zakresie wszystkich analizowanych wskaźników poczucia punktualności wykazano istotne statystycznie różnice na korzyść osób sprawnych ($\leq 0,001$), a siła

efektu pozostawała na wysokim poziomie poza rezultatami w zakresie zadań *P-pnp-po* oraz *P-pnp-przed* ($\leq 0,05$) (Tabela 10).

Podsumowując osoby niepełnosprawne zdecydowanie rzadziej niż sprawni rówieśnicy mają możliwość realizacji zadań rozwojowych pozwalających im na pełne wkroczenie w dorosłe, niezależne i odpowiedzialne życie. Zwłaszcza dotyczy to zadań związanych z budowaniem bliskich związków, które umożliwiają osiągnięcie pełnej dojrzałości psychoseksualnej oraz założenie rodziny.

Tabela 10. Podsumowanie zróżnicowania poczucia punktualności zadań rozwojowych między grupami

		<i>P-liczba</i>	<i>P-pp</i>	<i>P-pnp</i>	<i>P-pnp-przed</i>	<i>P-pnp-po</i>	<i>P-pp-zw</i>
<i>ON</i>	<i>M</i>	11,54	3,63	7,90	2,02	5,88	0,54
	<i>SD</i>	2,422	1,89	2,91	1,33	2,21	1,01
<i>OS</i>	<i>M</i>	14,72	11,79	2,93	1,78	1,15	4,41
	<i>SD</i>	1,50	2,51	1,98	1,49	1,73	1,54
<i>U</i>		810,00	108,00	475,00	103,00	101,00	236,50
<i>p</i>		$\leq 0,001$	$\leq 0,001$	$\leq 0,001$	$\leq 0,05$	$\leq 0,05$	$\leq 0,001$
<i>rg</i>		-0,65	-0,84	-0,74	-0,14	-0,11	-0,84

Adnotacje: *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne; *P-liczba* –liczba obecnych zadań rozwojowych; *P-pp*-zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pnp-przed*-zadania podejmowane przed rówieśnikami; *P-pnp-po* – zadania podejmowane później niż rówieśnicy; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności; *U*- wynik testu różnic U Manna Whitney'a; *rg* - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

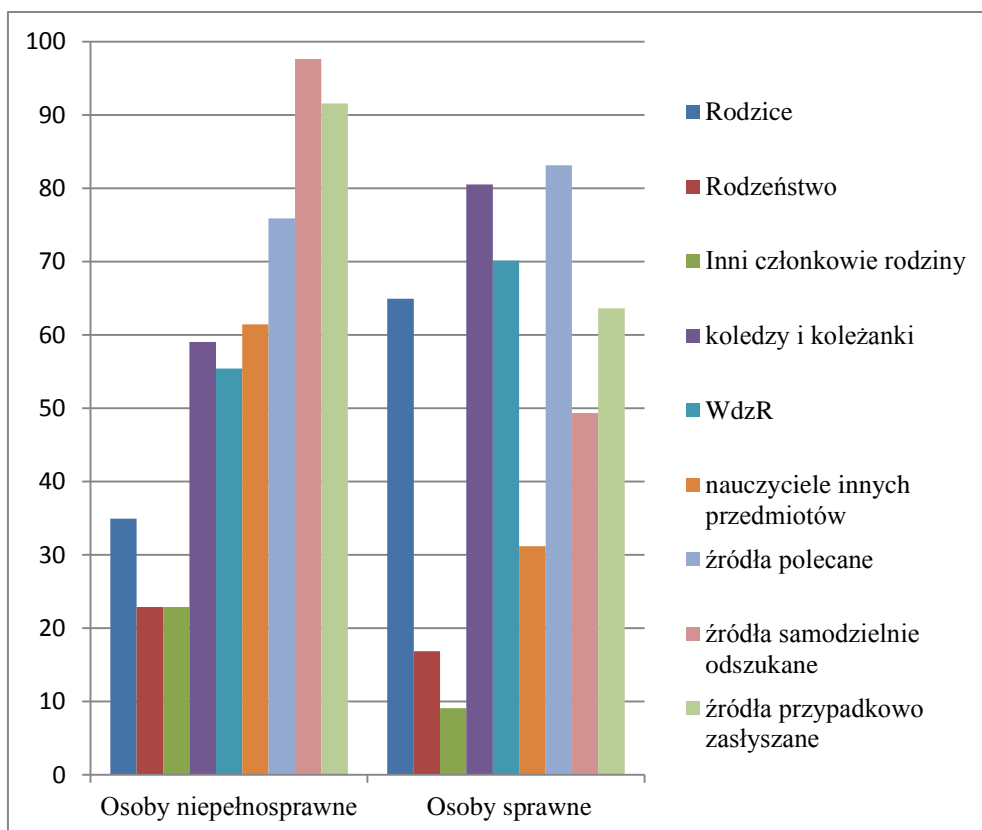
2. Otrzymana edukacja psychoseksualna w badanych grupach

Edukacja psychoseksualna stanowi wielowymiarową zmienną w związku z tym uzyskane dane analizowano na podstawie kilku obszarów: źródła edukacji psychoseksualnej, typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz zakresu tematycznego treści o seksualności uzyskanych w toku edukacji psychoseksualnej.

2.1. Źródła edukacji psychoseksualnej – stan i poziom zróżnicowania

Dane na temat źródeł edukacji psychoseksualnej analizowano pod względem dwóch elementów– *liczby źródeł edukacji psychoseksualnej* (Tabela 11; Tabela 1, 2,

3, Aneks I I) oraz *zadowolenia z informacji uzyskanych z poszczególnych źródeł* (Tabela 13) (osoba ten wskaźnik uzyskiwała tylko wówczas, gdy potwierdziła udział wiedzy z danego źródła w otrzymanej edukacji psychoseksualnej).



Wykres 2. Procenty udziału poszczególnych źródeł w badanych grupach

Szczegółowe analizy pozwalają dostrzec, że badani w każdej z wyróżnionych grup najczęściej otrzymywali informacje z **mass mediów**, ale to osoby niepełnosprawne wykazują wyższy udział źródeł z tej kategorii: w granicach 97,60% dla wskaźnika treści *samodzielnie odszukane*, przez 91,56% dla informacji *przypadkowo zasłyszanych* po 75,90% dla *źródeł poleconych* przez kogoś. Badani w grupie klinicznej w najmniejszym stopniu otrzymywali treści od **rodziny**, gdzie najczęstszym źródłem informacji o seksualności w tej grupie byli *rodzice* (34,94%), a najrzadziej obecnymi zarówno *rodzeństwo*, jak również *inni członkowie rodziny* (odpowiednio po 22,89%) (Wykres 2; Tabela 3, Aneks I I). Wśród sprawnych

rówieśników największy udział mają źródła z kategorii **mass media** w zakresie wskaźnika *źródła polecone* (83,11%) oraz w kategorii **szkoła**, a tu *koleżanki i koledzy* (80,51%) oraz *nauczyciele przedmiotu Wychowanie do życia w Rodzinie* (WDzR; 70,12%). Badani w tej grupie najrzadziej otrzymywali informacje płynące od *innych członków rodziny* (9,09%) oraz *rodzeństwa* (16,88%, oba wskaźniki w kategorii **rodzina**) oraz *nauczycieli innych przedmiotów* (kategoria **szkoła**, 31,16%) (Wykres 2; Tabela 3, Aneks I I).

Wyniki w zakresie liczby obecnych źródeł w edukacji psychoseksualnej osób w każdej z grup oscylują wokół średniej teoretycznej dla narzędzia. Oznacza to, że badani korzystają z umiarkowanej liczby źródeł (prawie 2/3 osób w każdej z grup), odpowiednio 71,08% osób niepełnosprawnych oraz 72,72% osób sprawnych (Tabela 1, 2, Aneks I). Ponadto dostrzega się, że osoby niepełnosprawne korzystają z nieznacznie większej liczby źródeł niż osoby z grupy porównawczej (Tabela 11).

Bardziej szczegółowe analizy ujawniają, iż w grupie osób niepełnosprawnych najmniej skorzystało zarówno z małej (14,46%) jak i dużej liczby źródeł (14,46%), ponadto jedna osoba (1,20%) zgłosiła, że nie otrzymała treści o seksualności z jakiegokolwiek źródła informacji (Tabela 1, Aneks I). Z kolei wśród osób sprawnych najmniej skorzystało z dużej liczby źródeł (11,70%), ponadto wszystkie osoby miały dostęp do co najmniej jednego źródła (Tabela 2, Aneks I).

Uchwycono różnice istotne statystycznie między osobami niepełnosprawnymi i ich sprawnymi rówieśnikami pod względem liczby źródeł edukacji psychoseksualnej, z których korzystali, ale siła efektu pozostaje na niskim poziomie ($p \leq 0,05$; Tabela 11).

Tabela 11. Podsumowanie zróżnicowania liczby obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej między grupami

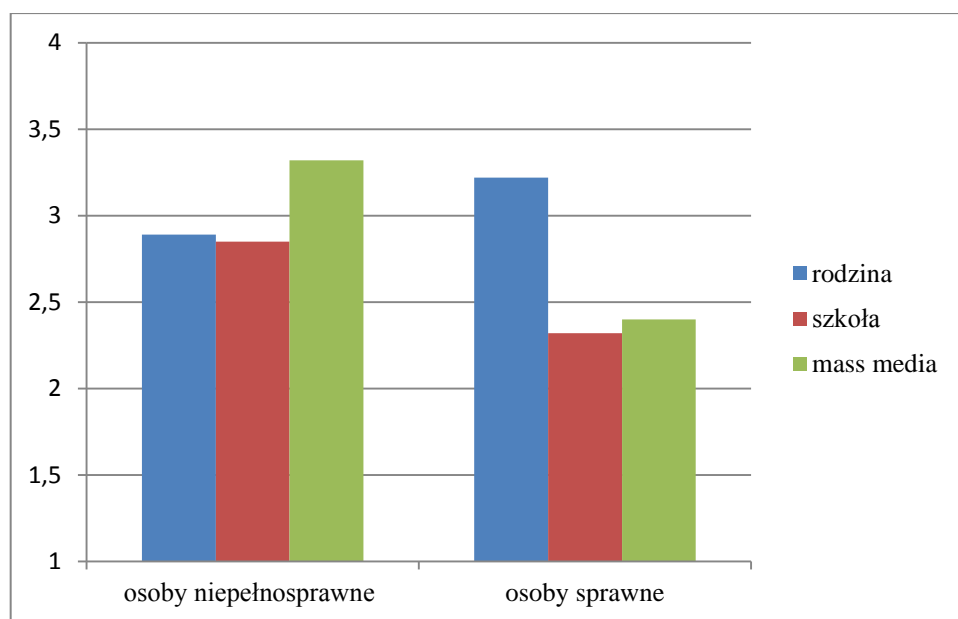
		<i>KOEPs-LICZBA</i>
<i>ON</i>	<i>M</i>	5,13
	<i>SD</i>	1,59
<i>OS</i>	<i>M</i>	4,77
	<i>SD</i>	1,42
<i>U</i>		2560,50

p	$\leq 0,05$
rg	$-0,18$

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; M- średnia; SD – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; U- wynik testu różnic U Manna Whitney’a rg - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

2.2. Zadowolenie ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej

Dostępność informacji o seksualności wiąże się z subiektywnym poczuciem zadowolenia z nich, dlatego włączono ten element do analiz omawianego obszaru otrzymanej edukacji psychoseksualnej. Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane w zakresie zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej badanych w wyróżnionych grupach osób z niepełnosprawnością ruchową oraz sprawnych rówieśników.



Wykres 3. Poziom zadowolenia z poszczególnych kategorii źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej w wyróżnionych grupach

Rezultaty analiz poziomu zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej jednoznacznie wskazują, iż największe zadowolenie wśród niepełnosprawnych osiągnano z informacji uzyskiwanych w kategorii **mass media** ($M=3,32$) we wszystkich wskaźnikach odpowiednio *źródła polecone*, *samodzielnie odszukane* ($M=3,46$ dla każdego z nich) oraz *przypadkowo zasłyszane* ($M=3,05$) (Wykres 3, Tabela 12, 13).

Natomiast w grupie sprawnych najwyższym zadowoleniem cieszą się informacje uzyskiwane z kategorii **rodzina** (M=3,22) a w szczególności od wskaźników *rodzeństwo* (M=3,77) i *inni członkowie rodziny* (M=3,00) (Wykres 3, Tabela 12, 13).

Szczegółowe analizy grupy klinicznej pozwalają dostrzec przewagę osób zadowolonych z informacji uzyskiwanych od **mass mediów** (65,43%), przy obecności niezadowolenia u stosunkowo najmniejszej liczby osób z tej kategorii źródeł (1,23%) (Tabela 12). Z kolei u sprawnych rówieśników przewagę osób zadowolonych uzyskano w kategorii **rodzina** (60,78%), przy najniższej częstości osób ambiwalentnych (11,77%) (Tabela 12).

Wśród niepełnosprawnych zadowolenie ze źródeł dostępnych w **szkole** (M=2,85) oraz **rodzinie** (M=2,89) oscyluje w granicach ambiwalencji i to osoby ambiwalentne stanowią część niewiele mniejszą niż osoby zadowolone odpowiednio 34,09% przy zadowoleniu z **rodziny** i 40,98% przy zadowoleniu ze **szkoły** (Wykres 3; Tabela 12). Co istotne niepełnosprawni najwyższe zadowolenie w ramach kategorii **rodzina** uzyskują z informacji otrzymanych od *rodzeństwa* (M=3,21), natomiast w **szkole** najbardziej zadowoleni są z treści przekazanych przez *nauczycieli innych przedmiotów niż Wychowanie do życia w rodzinie* (M=3,49) (Tabela 13). W grupie klinicznej dostrzega się, iż najniższy poziom zadowolenia ze źródeł edukacji psychoseksualnej dotyczy wskaźników *Wychowanie do życia w Rodzinie (WdZR)* (M=2,28; kategoria **szkoła**), *koledzy i koleżanki* (M=2,78; kategoria **szkoła**), jak również *rodzice* (M=2,66, kategoria **rodzina**) i *inni członkowie rodziny* (M=2,79, kategoria **rodzina**), ale znajdują się one na poziomie ambiwalencji (Tabela 13). Biorąc pod uwagę wyniki sprawnych badanych otrzymujemy stosunkowo dużą liczbę osób niezadowolonych ze źródeł uzyskanych w **szkole** (41,09%), gdzie w ramach wszystkich wskaźników uzyskujemy wyniki ambiwalentne odpowiednio *koledzy i koleżanki* (M=2,10); *nauczyciele innych niż Wychowanie do życia w Rodzinie przedmiotów* (M=2,29) oraz *Wychowanie do życia w Rodzinie* (M=2,56) (Tabela 12, 13). Podobne rezultaty w grupie porównawczej udaje się uzyskać dla kategorii **mass media** (53,03% osób znalazło się wśród niezadowolonych i to stanowi najliczniejszą część grupy), gdzie uzyskuje się ambiwalencję w zakresie zadowolenia ze wszystkich wskaźników odpowiednio *źródła polecane* (M=2,23), *przypadkowo zasłyszane* (M=2,29) oraz *samodzielnie odszukane* (M=2,68) (Tabela 12, 13). Przyczyną ambiwalencji w poziomie

zadowolenia jest fakt występowania w grupie osób sprawnych dosyć licznej (niemal porównywalnej do liczby niezadowolonych) grupy osób zadowolonych z informacji uzyskanych z **mass mediów** i **szkoły** liczących odpowiednio 34,25% dla **szkoły** oraz 42,42 % dla **mass mediów** (Tabela 12).

Tabela 12. Podsumowanie rozkładów poziomu zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej w wyróżnionych grupach

		ON			OS		
		ZAD	AMB	NZAD	ZAD	AMB	NZAD
Rodzina	<i>f</i>	20	15	9	31	6	14
	<i>P</i>	45,45	34,09	20,46	60,78	11,77	27,45
	<i>M</i>	2,89			3,22		
	<i>SD</i>	0,90			0,56		
Szkoła	<i>f</i>	31	25	5	25	18	30
	<i>P</i>	50,82	40,98	8,20	34,25	24,66	41,09
	<i>M</i>	2,85			2,32		
	<i>SD</i>	0,98			1,13		
Mass media	<i>f</i>	53	27	1	28	3	35
	<i>P</i>	65,43	33,34	1,23	42,42	4,55	53,03
	<i>M</i>	3,32			2,40		
	<i>SD</i>	1,05			0,89		

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; ZAD-zadowoleni; AMB-ambiwalentni; NZAD-niezadowoleni; *f*-liczebność; *P*-procent; *M*-średnia; *SD*-odchylenie standardowe

Informacje o seksualności uzyskane ze źródeł w kategorii **mass media** oraz **szkoła** uzyskały wyższy poziom zadowolenia w grupie niepełnosprawnych, natomiast w kategorii **rodzina** większym zadowoleniem charakteryzują się osoby sprawne (Wykres 3; Tabela 13). Różnice istotne statystycznie między grupami uchwycono w zakresie wszystkich wskaźników kategorii **mass media**: *źródła polecane* ($p \leq 0,001$), *źródła samodzielnie odszukane*, *źródła przypadkowo zasłyszane* ($p \leq 0,001$, dla każdego) oraz dwóch spośród trzech wskaźników kategorii **szkoła**: *koledzy i koleżanki* ($p \leq 0,001$), *nauczyciele innych niż Wychowanie do życia w rodzinie przedmiotów* ($p \leq 0,01$). Osoby niepełnosprawne istotnie wyżej oceniają zadowolenie z otrzymanych z tych źródeł informacji w porównaniu z osobami sprawnymi, a więc mają bardziej pozytywny stosunek do treści dostępnych zarówno w szkole, jak tych obecnych w mediach (Tabela 13).

Kolejną istotną statystycznie różnicą między grupą kliniczną i porównawczą jest zadowolenie z informacji uzyskanych od *rodzeństwa* ($p \leq 0,05$; kategoria **rodzina**) tym

razem na korzyść tej drugiej. Osoby sprawne są istotnie statystycznie bardziej zadowolone z treści otrzymanych od rodzeństwa, ale siła efektu znajduje się na niskim poziomie (Tabela 13).

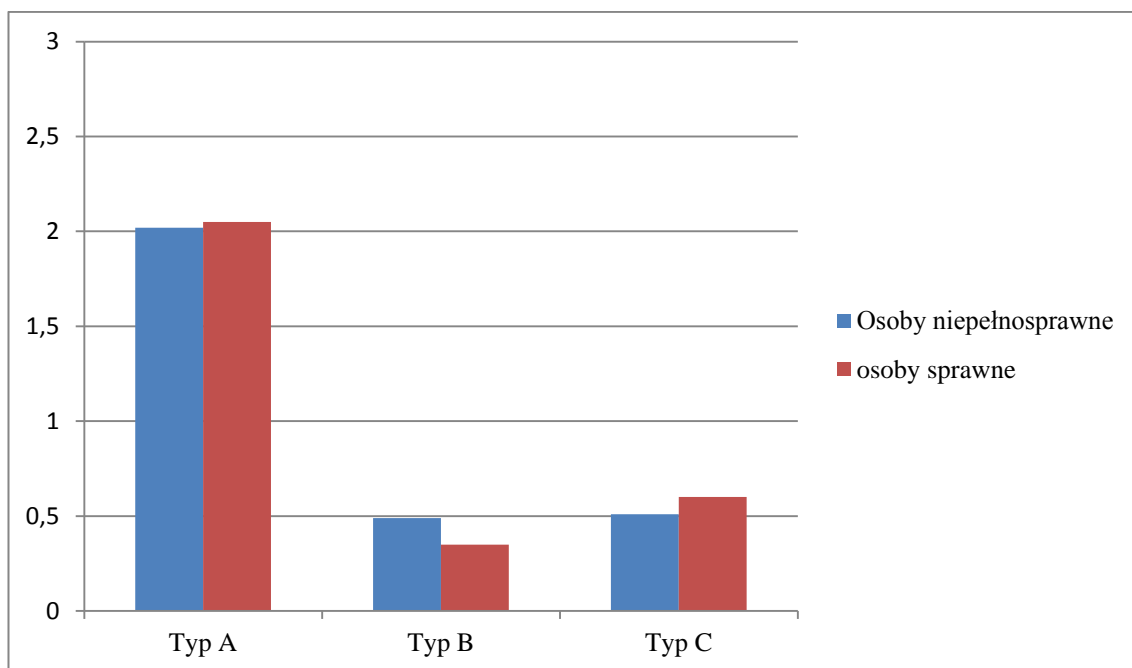
Tabela 13. Podsumowanie zróżnicowania poziomu zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poszczególnych źródeł w wyróżnionych grupach

		Rodzina				Szkoła			Mass media		
		Rodzice	Rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżdy i koleżanki	WDzR	nauczyciele innych przedmiotów	źródła polecane	źródła samodzielnie odzyskane	źródła przypadkowo zasłyszane	
ON	M	2,66	3,21	2,79	2,78	2,28	3,49	3,46	3,46	3,05	
	SD	1,10	0,63	0,97	0,96	0,93	1,06	0,93	1,21	1,00	
OS	M	2,90	3,77	3,00	2,10	2,56	2,29	2,23	2,68	2,29	
	SD	1,09	0,59	0,00	1,11	0,88	1,39	0,88	0,84	0,95	
U		789,00	184,50	70,00	970,50	1432,50	344,00	718,50	949,00	1145,00	
p		0,500	≤0,05	0,866	≤0,001	0,164	≤0,01	≤0,001	≤0,001	≤0,001	
rg		-0,06	-0,21	-0,02	-0,27	-0,11	-0,25	-0,51	-0,28	-0,30	

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; M- średnia; SD – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; U- wynik testu różnic U Manna Whitney’a; rg - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

2.3. Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej

Poniżej przedstawiono efekty analiz kolejnego obszaru otrzymanej edukacji psychoseksualnej: jej typu. Podobnie jak poprzednio wyniki prezentowane są w dwóch wariantach: grupy osób niepełnosprawnych ruchowo i osób sprawnych wraz ze zróżnicowaniem między nimi.



Wykres 4. *Otrzymana edukacja psychoseksualna treściowo zgodna z poszczególnym typem*

W celu dokonania bardziej szczegółowych analiz charakteryzujących w sposób całościowy otrzymaną edukację psychoseksualną podobnie jak poprzednio posłużono się rozkładami empirycznymi, które pozwoliły dostrzec pewne różnice międzygrupowe. Wśród osób z niepełnosprawnością najliczniejsi otrzymali edukację psychoseksualną w pełni odpowiadającą modelowi A (A-jednoznaczny, 60,24%), natomiast żadna z osób nie otrzymała edukacji w modelu nieokreślonym (zawierającym treści w każdym z wymienionych modeli). Z kolei wśród osób reprezentujących grupę porównawczą najczęściej otrzymywali oni treści o charakterze jednoznacznie restrykcyjnym (A-jednoznaczny; 41,56%) lub z przewagą tych treści (A-ukierunkowany; 36,36%). Co ważne żadna osoba w tej grupie nie deklarowała otrzymania edukacji psychoseksualnej w modelu jednoznacznie biologicznym (B-jednoznaczny) (Tabela 14, Wykres 4).

Jednocześnie w każdej z grup zdecydowaną przewagę stanowi edukacja psychoseksualna o typie A, która w każdej z nich stanowi 2/3 wszystkich przekazanych treści (Tabela 4, Aneks I). Również edukacja o typie B i C osiągają porównywalne wyniki u osób niepełnosprawnych i z grupy porównawczej, jednak są one znacznie niższe stanowiąc zaledwie po 17,00% wszystkich przekazanych treści (Tabela 4, Aneks

I), przy czym, jak wspomnieliśmy osoby sprawne nie uzyskały treści w modelu jednoznacznie biologicznym (Tabela 14). Ponadto w grupie porównawczej większa liczba osób zgłaszała brak udziału edukacji w modelu C w każdym spośród analizowanych wskaźników: stosunku seksualnego, metod regulacji urodzeń oraz innych zachowań seksualnych (Tabela 4; Aneks I).

Tabela 14. Porównanie częstości występowania poszczególnych typów edukacji psychoseksualnej w nauczaniu osób badanych

	ON		OS	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>A-jednoznaczny</i>	50	60,24	32	41,56
<i>B-jednoznaczny</i>	9	10,84	0	0,00
<i>C-jednoznaczny</i>	4	4,82	5	6,49
<i>A-ukierunkowany</i>	2	2,41	28	36,36
<i>B-ukierunkowany</i>	2	2,41	4	5,19
<i>C-ukierunkowany</i>	13	15,66	5	6,49
<i>nieokreślony</i>	0	0,00	3	3,90

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *f*-liczebność; *P*-rozkłady procentowe; *A-jednoznaczny*- jednoznaczny model edukacji psychoseksualnej o typie A; *B-jednoznaczny*- jednoznaczny model edukacji psychoseksualnej o typie B; *C-jednoznaczny*- jednoznaczny model edukacji psychoseksualnej o typie C; *A-ukierunkowany*- model edukacji psychoseksualnej z przewagą treści o typie A; *B-ukierunkowany*- model edukacji psychoseksualnej z przewagą treści o typie A; *C-ukierunkowany*- model edukacji psychoseksualnej z przewagą treści o typie C; *nieokreślony*- model edukacji psychoseksualnej bez przewagi treści z żadnego z typów

Pomimo największego udziału edukacji o typie restrykcyjnym (typ A) w każdej z podgrup nie wykazano istotnych statystycznie różnic w tym zakresie, podobnie jak w przypadku edukacji w modelu biologicznym/permisywnym (typ B) oraz kompleksowym (typ C) (Tabela 15). Co ważne wskaźnik siły efektu jest wysoki jedynie w odniesieniu do zróżnicowania w zakresie dostępu do kompleksowej edukacji psychoseksualnej (typ C) (Tabela 15).

Tabela 15. Podsumowanie zróżnicowania udziału typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej między grupami

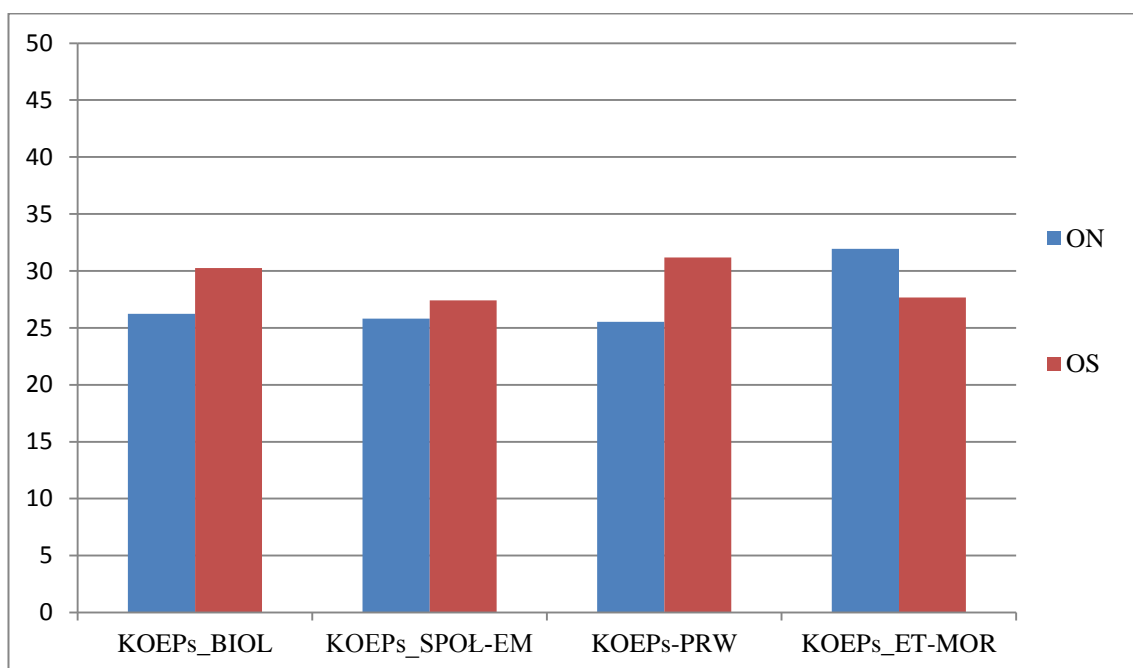
		<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>
<i>ON</i>	<i>M</i>	2,02	0,49	0,51

	<i>SD</i>	1,28	0,99	0,92
<i>OS</i>	<i>M</i>	2,05	0,35	0,60
	<i>SD</i>	1,03	0,55	0,92
<i>U</i>		2972,50	3294,00	3488,50
<i>p</i>		0,409	0,667	0,222
<i>rg</i>		-0,07	-0,03	-0,10

ON-osoby niepełnosprawne, *OS*-osoby sprawne; *M*- średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności; *U*-wynik testu różnic U Manna Whitney'a *rg* - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

2.4. Podejmowane w ramach edukacji psychoseksualnej treści dotyczące seksualności

Ostatni analizowany obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej to podejmowane w ramach edukacji tematy związane z seksualnością człowieka spośród: treści biologicznych; prawnych; społeczno-emocjonalnych oraz etyczno-moralnych.



Wykres 5. Podsumowanie wyników średnich w zakresie wskaźnika podejmowanych treści z zakresu seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej

Całościowy obraz wskaźnika podejmowanych w ramach otrzymanej przez osoby badane w każdej z grup edukacji psychoseksualnej pozwala zauważyć pewne podobieństwa. Badani w obu grupach deklarują, że nie podejmowano wszystkich

istotnych z perspektywy ludzkiej seksualności treści. Osoby badane wskazywały na odebranie nieco ponad połowy treści dotyczących *biologicznych (KOEPs-BIOL)*, *społeczno-emocjonalnych (KOEPs-SPOŁ-EM)*, *prawnych (KOEPs-PRW)* oraz *etyczno-moralnych (KOEPs-ET-MOR)* aspektów seksualności (Wykres 5; M od 25,53 do 31,17; Wykres 5). Jedynie w zakresie wskaźnika *treści etyczno-moralnych (KOEPs-ET-MOR)* wyższe wyniki uzyskały osoby z niepełnosprawnością (Wykres 5), jednak w tym zakresie nie wykazano różnic istotnych statystycznie (Tabela 17). Zaobserwowano także najmniejszy udział *treści o charakterze prawnym (KOEPs-PRW)* w tej grupie (Wykres 5). Z kolei wśród osób sprawnych najrzadziej podejmowano *treści społeczno-emocjonalne (KOEPs-SPOŁ-EM)* i *etyczno-moralne (KOEPs-ET-MOR)* seksualności (Wykres 5).

Rozpoczynając analizę bardziej szczegółową od wskaźnika *treści biologicznych (KOEPs-BIOL)* można zauważyć, że w grupie osób niepełnosprawnych najczęściej osiąga wyniki niskie oraz średnie (odpowiednio 39,76% oraz 36,14%), podczas gdy wśród sprawnych zdecydowaną przewagę stanowią badani o wynikach niskich (44,16%; Tabela 16). Najmniej w każdej z grup stanowią te z wynikami wysokimi odpowiednio 24,10% niepełnosprawnych oraz 27,27% sprawnych, przy czym u tych drugich porównywalną grupę stanowią osoby z wynikami średnimi (28,57%) (Tabela 16).

Przyglądając się wynikom w zakresie wskaźnika *treści społeczno-emocjonalne (KOEPs-SPOŁ-EM)*, dostrzeżono, że podobnie jak poprzednio wśród badanych niepełnosprawnych najczęściej osiągało wyniki niskie i średnie (odpowiednio 34,94% oraz 37,35%), a u sprawnych wyniki niskie oraz wysokie (38,96% oraz 37,66%). Z kolei najmniej było wyników wysokich u niepełnosprawnych (27,71%) oraz średnich u sprawnych (23,38%) (Tabela 16).

W zakresie wskaźnika *treści prawne (KOEPs-PRW)* w grupie klinicznej połowę stanowią wyniki średnie (54,21%) przy czym najmniej jest wyników wysokich (14,46%). Natomiast przedstawiciele grupy porównawczej przeważają w wynikach niskich (38,96%), a najmniej jest wyników średnich (27,27%). (Tabela 16).

We wskaźniku *treści etyczno-moralne (KOEPs-ET-MOR)* ponownie wśród niepełnosprawnych najczęściej jest wyników niskich i średnich (34,94% oraz 37,35%), podczas gdy u sprawnych przeważają wyniki wysokie (42,86%) (Tabela 16). Co ważne

jedynie w tym wskaźniku niepełnosprawni osiągnęli średnią wyników (M) wyższą niż osoby sprawne (Tabela 17).

Tabela 16. Podsumowanie analiz rozkładów treści podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej treści w wyróżnionych grupach

	ON			OS		
		<i>f</i>	<i>P</i>		<i>f</i>	<i>P</i>
<i>KOEPs-BIOL</i>	N (15-21,51)	33	39,76	N (11-26,42)	34	44,16
	Ś (21,52-30,93)	30	36,14	Ś (26,43-34,07)	22	28,57
	W 30,94-44,00)	20	24,10	W (34,08-50,00)	21	27,27
<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	N (1-20,91)	29	34,94	N (1-21,11)	30	38,96
	Ś (20,92-30,72)	31	37,35	S(21,12-33,72)	18	23,38
	W(30,73-46,00)	23	27,71	W(33,73-50,00)	29	37,66
<i>KOEPs-PRW</i>	N (9-20,93)	26	31,33	N(1,00-27,45)	30	38,96
	Ś (20,94-30,12)	45	54,21	Ś(27,46-34,88)	21	27,27
	W (30,13-49)	12	14,46	W(34,89-50)	26	33,77
<i>KOEPs-ET-MOR</i>	N (9-27,91)	29	34,94	N(1,00-21,63)	25	32,47
	Ś (27,92-35,94)	31	37,35	Ś(21,64-33,68)	19	24,68
	W (35,95-50)	23	27,71	W(34,89-50,00)	33	42,86

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *f*-liczebność; *P*-procent; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *N*-wyniki niskie; *Ś*-wyniki średnie, *W*-wyniki wysokie;

Analizy w zakresie istotności różnic wykazują je we wskaźniku treści biologiczne (*KOEPs-BIOL*) ($p \leq 0,001$) oraz treści prawne (*KOEPs-PRW*) ($p \leq 0,001$) każdorazowo na korzyść osób sprawnych (Tabela 17). Co ważne wartości siły efektu zróżnicowania tych wskaźników otrzymanej edukacji psychoseksualnej jedynie w zakresie *KOEPs-PRW* oscylują na średnim poziomie (Tabela 17).

Tabela 17. Podsumowanie wyników zróżnicowania w zakresie podejmowanych treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej między badanymi grupami

		<i>KOEPs-BIOL</i>	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KOEPs-ET-MOR</i>
<i>ON</i>	<i>M</i>	26,23	25,82	25,53	31,93
	<i>SD</i>	9,42	9,79	9,17	8,02
<i>OS</i>	<i>M</i>	30,25	27,42	31,17	27,66
	<i>SD</i>	7,63	12,59	7,42	12,04
<i>U</i>		4185,50	3415,50	4575,50	2629,00
<i>p</i>		<0,001	0,452	<0,001	0,053
<i>rg</i>		-0,27	-0,06	-0,37	-0,15

Adnotacja: *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne *M*- średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności; *U*- wynik testu różnic U Manna Whitney’ a; *rg* - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

3. Wiedza o seksualności – poziom poszczególnych wymiarów wiedzy o seksualności w badanych grupach

Poziom wiedzy o seksualności o charakterze zmiennej pośredniczącej w modelu teoretycznym analizowano w dwóch głównych wymiarach: **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** oraz **wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)**.

Poziom wiedzy o seksualności we wszystkich analizowanych wymiarach jest niższy u niepełnosprawnych badanych (Tabela 18, 19). Szczegółowe analizy z wykorzystaniem rozkładów empirycznych pozwoliły zauważyć, że w grupie osób niepełnosprawnych w zakresie **wyniku ogólnego poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** najwięcej jest tych z rezultatami średnimi (42,17%), gdzie osoby z wynikami niskimi i wysokimi stanowią po około 1/3 wszystkich badanych w tej grupie (odpowiednio 30,12% oraz 27,71%). Z kolei u osób sprawnych widać rezultaty odwrotne, połowa osób to te z wynikami wysokimi (49,35%) a najmniej, zaledwie 14,29% z wynikami niskimi (Tabela 18).

W zakresie **wyniku ogólnego poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** w każdej z grup najwięcej osób osiągnęło wyniki

średnie – odpowiednio 43,73% osób niepełnosprawnych i 46,78% osób sprawnych. Natomiast najmniej porównywalnie otrzymywało wyniki niskie i wysokie u przedstawicieli obu grup (Tabela 18).

W wymiarze *poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* wśród niepełnosprawnych najczęściej osiąga wyniki wysokie (54,21%), a najmniej wyniki niskie (19,28%). Natomiast w grupie sprawnych odwrotnie - najczęściej jest wyników niskich (72,73%) a najmniej wysokich (10,39%). Co istotne jak wspomniano przedziały wyników średnich wyższe są w grupie osób sprawnych (Tabela 18, 19).

Poziom wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S), daje wyniki podobne jak poprzednio. Osoby niepełnosprawne najczęściej osiągały wyniki wysokie (72,29%), a sprawne niskie (75,32%). Tym razem osoby z niepełnosprawnością najrzadziej osiągały wyniki niskie (9,64%), a przedstawiciele grupy porównawczej wyniki średnie (6,49%) (Tabela 18). Ponownie jak wcześniej przedziały wyników średnich wyższe są w grupie osób sprawnych (Tabela 18, 19).

Przyglądając się *poziomowi wiedzy prawnej o seksualności człowieka (WOS-P)* przeważająca część osób niepełnosprawnych otrzymała wyniki średnie (39,76%), a najczęściej osób sprawnych wyniki wysokie (44,15%). Tymczasem osoby z grupy klinicznej najrzadziej osiągały wyniki niskie (25,30%), a sprawni średnie (23,38%) (Tabela 19).

W wymiarze *wiedzy prawnej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* podobne rezultaty uzyskano w każdej z grup, gdzie najczęściej badanych uzyskało wyniki niskie – 59,04% niepełnosprawnych oraz 38,96% sprawnych, a najmniej wyniki wysokie – 14,45% niepełnosprawnych i 28,57% sprawnych (Tabela 18).

Porównując wyniki we wskaźniku *wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)* niepełnosprawni najczęściej osiągały wyniki wysokie (54,21%), a sprawni niskie (49,35%). Tym samym najmniej wyników niskich otrzymali przedstawiciele grupy klinicznej (19,28%), a wysokich sprawni (10,39%), przy czym ponownie wyniki średnie wyższe były w grupie porównawczej (Tabela 18, 19).

Na koniec analizy *wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* wykazały przewagę osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (55,42%) oraz osób sprawnych ze średnimi (50,65%). Natomiast podobnie w każdej z grup najmniej było tych z wynikami niskimi – 21,69% niepełnosprawnych oraz 12,99% sprawnych.

Wyniki średnie w tym wskaźniku były wyższe w grupie osób sprawnych (Tabela 18,19).

Tabela 18. Podsumowanie analiz rozkładów poziomu wiedzy o seksualności w wyróżnionych grupach

	ON			OS		
		<i>f</i>	<i>P</i>		<i>f</i>	<i>P</i>
WOS-WO	N (6,00-12,89)	25	30,12	N (6,00-19,26)	11	14,29
	Ś (12,90-18,01)	35	42,17	Ś (19,27-24,93)	28	36,36
	W (18,02-27,00)	23	27,71	W (24,94-30,00)	38	49,35
WOS-S	N (0,00-1,13)	16	19,28	N (0,00-2,77)	56	72,73
	Ś (1,14-3,28)	22	26,51	S(2,78-5,36)	13	16,88
	W (3,29-8,00)	45	54,21	W (5,37-8,00)	8	10,39
WOS-P	N (2,00-3,75)	21	25,30	N (2,00-6,07)	25	32,47
	Ś (3,76-5,80)	33	39,76	Ś (6,08-7,94)	18	23,38
	W (5,81-10,00)	29	34,94	W (7,95-10,00)	34	44,15
WOS-W	N (0,00-3,97)	20	24,09	N (2,00-6,01)	20	25,97
	Ś (3,98-6,34)	37	44,58	Ś (6,02-8,52)	18	23,38
	W (6,35-10,00)	26	31,33	W (8,53-10,00)	39	50,65
WOSN-WO	N (4,00-6,88)	25	30,12	N (4,00-10,13)	20	25,97
	Ś(6,89-9,73)	36	43,37	Ś (10,14-13,08)	36	46,75
	W(9,74-15,00)	22	26,51	W (13,09-15,00)	21	27,28
WOSN-S	N (0,00-0,25)	8	9,64	N (0,00-1,48)	58	75,32
	Ś(0,26-1,46)	15	18,07	Ś (1,49-2,41)	5	6,49
	W(1,47-4,00)	60	72,29	W (2,42-4,00)	14	18,19
WOSN-P	N(0,00-2,33)	49	59,04	N (0,00-3,42)	30	38,96
	Ś(2,34-3,11)	22	26,51	Ś (3,43-4,47)	25	32,47
	W(3,12-5,00)	12	14,45	W (4,48-5,00)	22	28,57
WOSN-W	N(1,00-1,59)	18	21,69	N (2,00-2,78)	10	12,99
	Ś(1,60-2,90)	19	22,89	Ś (2,79-4,25)	39	50,65

	W(2,91-5,00)	46	55,42	W (4,26-5,00)	28	36,36
--	--------------	----	-------	---------------	----	-------

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *f*-liczebność, *P*-procent; WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; *N*-wyniki niskie; *Ś*-wyniki średnie, *W*-wyniki wysokie

Analizy w wyodrębnionych grupach wykazują istotne statystycznie różnice w zakresie wszystkich omawianych wymiarów poziomu wiedzy o seksualności ($p \leq 0,001$) przy czym siła efektu znajduje się na poziomie zadowalającym dla każdego z analizowanych wymiarów zróżnicowania (Tabela 19). Osoby niepełnosprawne wykazują istotnie niższy poziom wiedzy o seksualności w zakresie wszystkich analizowanych wymiarów niż osoby sprawne (Tabela 19). Oznacza to, że osoby sprawne poza tym, że posiadają ogólnie wyższy poziom wiedzy o seksualności również częściej posługują się wiedzą stereotypową (WOS-S i WOSN-S) niż osoby z niepełnosprawnością (Tabela 19).

Tabela 19. Podsumowanie wyników zróżnicowania w zakresie poziomu wiedzy o seksualności między badanymi grupami

		WOS-WO	WOS-S	WOS-P	WOS-W	WOSN-WO	WOSN-S	WOSN-P	WOSN-W
ON	<i>M</i>	15,90	2,21	4,78	5,16	8,31	0,86	3,04	2,25
	<i>SD</i>	6,01	2,13	2,04	2,36	2,84	1,20	1,41	1,29
OS	<i>M</i>	22,10	4,07	7,01	7,27	11,61	1,95	3,95	3,52
	<i>SD</i>	5,66	2,57	1,86	2,50	2,93	0,97	1,03	1,45
<i>U</i>		4964,00	1847,50	5026,50	4682,50	5051,00	4832,50	1595,00	4782,00
<i>p</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>rg</i>		-0,48	-0,37	-0,50	-0,41	-0,50	-0,45	-0,44	-0,32

Adnotacje: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; ON- osoby niepełnosprawne; OS- osoby sprawne; *M*- średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności; *U*- wynik testu różnic U Manna Whitney'ego; *rg* - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

4. Koncepcja własnej seksualności w badanych grupach

Poniżej przedstawiono analizy wyników poszczególnych wymiarów koncepcji własnej seksualności (KWS) odpowiednio z podziałem na wyniki w grupie osób z niepełnosprawnością oraz osób sprawnych.

Szczegółowe analizy rezultatów wykorzystujące rozkłady empiryczne pozwoliły zauważyć, że w zakresie *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* wśród niepełnosprawnych najwięcej jest osób o niskich wynikach (45,78%), natomiast wśród sprawnych naliczniejsza część osiąga wyniki średnie (41,56%). Z kolei w grupie porównawczej uzyskano najmniej wyników średnich (19,28%), a w porównawczej zarówno niskich jak i wysokich (odpowiednio 29,87% i 28,57%) (Tabela 20). Co jednak istotne średnie wyniki w zakresie omawianego wskaźnika znajdują się na wyższym poziomie u osób niepełnosprawnych niż sprawnych (Tabela 21).

Biorąc pod uwagę wyniki w zakresie *poczucia sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* dostrzega się, iż osoby niepełnosprawne podobnie jak sprawne najczęściej uzyskują wysokie wyniki (45,78% niepełnosprawnych i 42,86% sprawnych), a najrzadziej wyniki średnie (16,87% niepełnosprawnych i 16,88% sprawnych), co znaczyłoby, że są przekonane o własnym wpływie i kontoli życia seksualnego (Tabela 20). Warto jednak podkreślić, iż średnia osiągniętych w tym wskaźniku wyników jest ogółem wyższa w grupie sprawnych w porównaniu do niepełnosprawnych (Tabela 21).

W wymiarze *poczucia odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* ponownie badani z grupy klinicznej najczęściej osiągają rezultaty wysokie (45,78%), a sprawni średnie (46,75%). Natomiast najmniej jest wyników średnich u niepełnosprawnych (13,25%) oraz niskich u sprawnych (22,08%) (Tabela 20). Co więcej znowu sprawni osiągają średnie wyniki wyższe niż osoby niepełnosprawne (Tabela 21). Oznacza to, że badani w każdej z grup czują odpowiedzialność za własne życie seksualne, ale jednocześnie to u osób sprawnych ten wskaźnik jest wyższy.

W zakresie wsymiaru *pozytywnej samooceny seksualnej (KWS-POZ)* osoby niepełnosprawne najczęściej osiągały wyniki wysokie (45,78%), podobnie jak sprawni (37,66%), ale w tej grupie równoliczną część stanowiły osoby z wynikami niskimi (37,66%) (Tabela 20). Najmniej niepełnosprawnych oraz sprawnych wykazało średni

poziom *pozytywnej samooceny seksualnej (KWS-POZ)* – odpowiednio 15,66% oraz 24,68% (Tabela 20).

W odniesieniu do *negatywnej samooceny seksualnej (KWS-NEG)* osoby niepełnosprawne najczęściej osiągały wyniki niskie (51,81%), a sprawne odwrotnie wyniki wysokie (92,21%). Natomiast w grupie klinicznej najmniej było wyników wysokich (7,23%) a w porównawczej średnich (2,60%) (Tabela 20).

Tabela 20. Podsumowanie analiz rozkładów wymiarów koncepcji własnej seksualności (KWS) w wyróżnionych grupach

	ON			OS		
		<i>f</i>	<i>P</i>		<i>f</i>	<i>P</i>
<i>KWS-SEX</i>	N (8,00-11,79)	38	45,78	N (5,00-8,58)	23	29,87
	Ś (11,80-16,32)	16	19,28	Ś (8,59-11,67)	32	41,56
	W (16,33-26,00)	29	34,94	W (11,68-22,00)	22	28,57
<i>KWS-SPW</i>	N (6,00-13,24)	31	37,35	N (16,00-21,06)	31	40,26
	Ś (13,25-18,65)	14	16,87	Ś (21,07-21,27)	13	16,88
	W (18,66-23,00)	38	45,78	W (21,28-26,00)	33	42,86
<i>KWS-ODP</i>	N (21,00-34,51)	34	40,97	N (23,00-39,90)	17	22,08
	Ś (34,52-46,55)	11	13,25	Ś (39,91-47,67)	36	46,75
	W (46,55-59,00)	38	45,78	W (47,68-59,00)	24	31,17
<i>KWS-POZ</i>	N (11,00-20,79)	32	38,56	N (16,00-24,39)	29	37,66
	Ś (20,80-29,94)	13	15,66	Ś (24,40-30,54)	19	24,68
	W (29,95-42,00)	38	45,78	W (30,55-38,00)	29	37,66
<i>KWS-NEG</i>	N (12,00-25,38)	43	51,81	N (11,00-20,79)	4	5,19
	Ś (25,39-33,23)	34	40,96	Ś (20,80-24,98)	2	2,60
	W (33,24-42,00)	6	7,23	W (24,99-35,00)	71	92,21

Adnotacje: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *f*-liczebność, *P*-procent; *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; N-wyniki niskie; Ś-wyniki średnie, W-wyniki wysokie

Wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie *poczucia sprawczości (KWS-SPW)* i *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* oraz *negatywnej samooceny*

seksualnej (*KWS-NEG*), jednocześnie wskaźniki siły efektu dla tych aspektów zróżnicowania pozostają na zadowalającym poziomie (Tabela 21).

Analizy w grupach ukazują, że osoby z niepełnosprawnością częściej wskazują na *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)*, natomiast osoby sprawne osiągają wyższe wyniki w zakresie wszystkich wymiarów koncepcji własnej seksualności z wyjątkiem wymiaru *KWS-SEX* oraz *KWS-NEG* (Tabela 21).

Tabela 21. Podsumowanie zróżnicowania wymiarów koncepcji własnej seksualności w każdej z grup

		Samowiedza seksualna			Samoocena seksualna	
		<i>KWS-SPW</i>	<i>KWS-SEX</i>	<i>KWS-ODP</i>	<i>KWS-POZ</i>	<i>KWS-NEG</i>
<i>ON</i>	<i>M</i>	15,95	14,31	40,53	25,37	29,31
	<i>SD</i>	5,39	5,01	12,01	9,13	7,83
<i>OS</i>	<i>M</i>	21,17	10,13	43,79	27,47	22,89
	<i>SD</i>	2,20	3,08	7,76	6,14	4,18
<i>U</i>		4968,50	1681,50	3406,00	3590,50	4709,00
<i>p</i>		<0,001	<0,001	0,472	0,117	<0,001
<i>rg</i>		-0,48	-0,41	-0,01	-0,10	-0,41

Adnotacja: *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne; *M*- średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom istotności; *U*- wynik testu różnic U Manna Whitney’ a; *rg* - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa

5. Poziom przystosowania/funkcji adaptacyjnych badanych w grupach wyróżnionych ze względu na sprawność ruchową

Poziom przystosowania/umiejętności adaptacyjne to druga spośród zmiennych pośredniczących związku podstawowego. Analizy przedstawiono z podziałem na podgrupy niepełnosprawnych ruchowo od urodzenia oraz osób sprawnych. Dodatkowo uwzględniono zróżnicowanie między nimi.

Chcąc dokonać szczegółowych prównań między grupami ponownie posłużono się rozkładami empirycznymi. W zakresie każdej analizowanej funkcji adaptacyjnej, sfery i w zakresie osóglnego wskaźnika przystosowania osoby sprawne otrzymywały średnie wyników wyższe niż osoby z niepełnosprawnością (Tabela 23).

Biorąc pod uwagę **ogólny wskaźnik przystosowania (ABAS-OWAbezpracy**, gdyż wiele spośród osób badanych było nieaktywnych zawodowo) w grupie klinicznej najwięcej było osób osiągających wyniki średnie (59,04%) a najmniej wyniki niskie (16,87%). Z kolei w grupie porównawczej najwięcej osób otrzymywało wyniki wysokie (45,45%) a najmniej podobnie jak w grupie klinicznej niskie (23,38%) (Tabela 22).

W zakresie **sfery poznawczej przystosowania (ABAS-SPOZN)** wśród niepełnosprawnych najczęściej obecne były rezultaty średnie (40,96%), gdzie w zakresie poszczególnych funkcji osoby w tej grupie osiągały najczęściej wyniki wysokie w umiejętności *komunikacja (ABAS-kom)* (39,76%), niskie w zakresie *umiejętności funkcjonalnych (ABAS-UmF)* (42,17%) oraz średnie w zakresie *umiejętności kierowania sobą (ABAS-KierS)* (37,35%) (Tabela 22). Tymczasem najrzadziej w tej sferze niepełnosprawni otrzymywali wyniki wysokie (27,71%), natomiast w zakresie *komunikacji (ABAS-kom)* i *umiejętności funkcjonalnych (ABAS-UmF)* wyniki średnie (odpowiednio po 25,30%) oraz ponownie niskie w zakresie *umiejętności kierowania sobą (KierS)* (30,12%). Porównując wyniki z osobami sprawnymi obserwuje się, że Ci w **sferze poznawczej poziomu przystosowania (ABAS-SPOZN)** podobnie jak niepełnosprawni najczęściej osiągają wyniki średnie (55,84%), tak samo jak w zakresie *komunikacji (ABAS-kom)* oraz *umiejętności funkcjonalnych (ABAS-UmF)* (odpowiednio 89,60% i 98,70%), zaś w przypadku *kierowania sobą (ABAS-KierS)* wyniki wysokie (40,26%) (Tabela 22). W kontraście najrzadziej wśród sprawnych występowały wyniki wysokie w **sferze poznawczej przystosowania (ABAS-SPOZN)** (12,99%), *komunikacji (ABAS-kom)* i *umiejętnościach funkcjonalnych (ABAS-UmF)* (odpowiednio 1,30% oraz 0,00%), a niskie w zakresie *kierowania sobą (ABAS-KierS)* (25,97%) (Tabela 22).

W sferze **praktycznej poziomu przystosowania (ABAS-SPRAK)** w grupie klinicznej najczęściej obserwowano wyniki średnie (38,55%): w zakresie *życia w społeczeństwie (ABAS-ŻwS)* oraz *samoobsługi (ABAS-Sobs)* (odpowiednio 63,86% oraz 49,40%), jak również wysokie w umiejętnościach *życie domowe (ABAS-ŻD)* (37,35%) oraz niskie w zakresie *dbania o zdrowie i bezpieczeństwo (ABAS-ZiB)* (42,17%), czy w *pracy (ABAS-Pr)* (42,17%) (Tabela 22). Natomiast najmniej osób osiąga wyniki wysokie w sferze **praktycznej (ABAS-SPRAK)**, zwłaszcza w zakresie *życia w*

społeczeństwie (ABAS-ŻwS) oraz *pracy (ABAS-Pr)* (odpowiednio 16,86% i 26,51%), średnie w obrębie *zdrowia i bezpieczeństwa (ABAS-ZiB)* (25,30%) a także niskie w zakresie *życia domowego (ABAS-ŻD)* oraz *samoobsługi (ABAS-Sobs)* (odpowiednio 28,91% oraz 24,09%) (Tabela 22). Podobnie w grupie sprawnych najczęściej spotyka się osoby z wynikami średnimi w zakresie przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** (55,84%), w *życiu w społeczeństwie (ABAS-ŻwS)* (70,13%); *zdrowiu i bezpieczeństwie (ABAS-ZiB)* (97,40%), *samoobsłudze (ABAS-Sobs)* (49,35%) i *pracy (ABAS-Pr)* (46,75%). Natomiast w zakresie *życia domowego (ABAS-ŻD)* osoby z grupy porównawczej osiągają wyniki wysokie (40,26%) (Tabela 23). Najmniej w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** osoby sprawne otrzymywały wyników wysokich (16,88%), także w zakresie *życia w społeczeństwie (ABAS-ŻwS)*, *zdrowia i bezpieczeństwa (ABAS-ZiB)* (odpowiednio 12,99% oraz 0,00%). Zaś najmniej wyników niskich w grupie porównawczej osiągnięto w umiejętnościach *życia domowego (ABAS-ŻD)*- 23,38%; *samoobsługi (ABAS-Sobs)* – 12,99% oraz *pracy (ABAS-Pr)* – 22,08% (Tabela 23).

Na koniec porównaniu poddano **sferę społeczną** poziomu przystosowania (**ABAS-SSPOŁ**), gdzie aż 49,50% osób z niepełnosprawnością osiągnęło wyniki niskie, zwłaszcza w umiejętności organizacji *wypoczynku (ABAS-Wyp)* (62,65%) , a w zakresie *uspołecznienia (ABAS-Uspoł)* równie często badani osiągnęli wyniki niskie oraz wysokie (po 37,35%). Najrzadziej w tej grupie obserwowano z kolei wyniki średnie w zakresie poziomu przystosowania w **sferze społecznej (ABAS-SSPOŁ)** i umiejętności *uspołecznienia (ABAS-Uspoł)* (odpowiednio 27,71% oraz 25,30%), jak również wysokie w umiejętności *wypoczynku (ABAS-Wyp)* – zaledwie 2,41% badanych znalazło się w najwyższym przedziale wyników (Tabela 22). W grupie porównawczej najwięcej osób w zakresie przystosowania w **sferze społecznej (ABAS-SSPOŁ)** osiąga wyniki wysokie (51,95%), a w zakresie poszczególnych umiejętności wyniki średnie odpowiednio 98,70% dla *wypoczynku (ABAS-Wyp)* oraz 62,34% dla *uspołecznienia (ABAS-Uspoł)* (Tabela 22).

Tabela 22. Podsumowanie analiz rokładów poziomu przystosowania w wyróżnionych grupach

	ON			OS		
		<i>f</i>	<i>P</i>		<i>f</i>	<i>P</i>
ABAS-OWA (bezpracy)	N (452,00-563,05)	14	16,87	N (611,00-630,13)	18	23,38
	Ś (563,06-586,15)	49	59,04	Ś (630,14-637,26)	24	31,17
	W (586,16-633,00)	20	24,09	W (637,27-644,00)	35	45,45
ABAS-SPOZN	N (158,00-180,96)	26	31,33	N (206,00-207,75)	24	31,17
	Ś (180,07-193,07)	34	40,96	Ś (207,76-209,62)	43	55,84
	W (193,08-210,00)	23	27,71	W (209,63-210,00)	10	12,99
<i>ABAS-kom</i>	N (54,00-63,11)	29	34,94	N (58,00-71,57)	7	9,09
	Ś (63,12-68,32)	21	25,30	Ś (71,58-75,66)	69	89,61
	W(68,33-72,00)	33	39,76	W (75,67-77,00)	1	1,30
<i>ABAS-UmF</i>	N (45,00-60,26)	35	42,17	N (66,00-71,52)	1	1,30
	Ś (60,27-66,23)	21	25,30	Ś (71,53-72,31)	76	98,70
	W (66,24-71,00)	27	32,53	W (72,32- 73,00)	0	0,00
<i>ABAS-KierS</i>	N (56,00-63,27)	25	30,12	N (63,00-67,50)	20	25,97
	Ś (63,28-67,62)	31	37,35	Ś (67,5-71,89)	26	33,77
	W (67,63-75,00)	27	32,53	W (71,90-79,00)	31	40,26
ABAS-PRAK	N (161,00-253,88)	27	32,53	N (262,00-281,10)	21	27,27
	Ś (253,89-263,07)	32	38,55	Ś (281,11-288,63)	43	55,84
	W (263,07-272,00)	24	28,91	W (288,64-293,00)	13	16,88
<i>ABAS-ŻwS</i>	N (45,00-61,96)	16	19,28	N (68,00-71,93)	13	16,88
	Ś (61,97-67,89)	53	63,86	Ś (71,57-72,31)	54	70,13
	W (67,90-72,00)	14	16,86	W (72,32-74,00)	10	12,99
<i>ABAS-ŻD</i>	N (54,00-61,40)	24	28,91	N (60,00-68,35)	18	23,38
	Ś (61,41-66,71)	28	33,74	Ś (68,36-70,88)	28	36,36
	W (66,72-71,00)	31	37,35	W(70,89-72,00)	31	40,26
<i>ABAS-ZiB</i>	N (50,00-55,28)	35	42,17	N (55,00-59,64)	2	2,60
	Ś (55,29-58,13)	21	25,30	Ś (59,65-60,23)	75	97,40
	W (58,14-60,00)	27	32,53	W (60,23-60,23)	0	0,00

<i>ABAS-Sobs</i>	N (43,00-62,95)	20	24,09	N (70,00-76,03)	10	12,99
	Ś (62,96-69,38)	41	49,40	Ś (76,03-77,61)	38	49,35
	W (69,39-78,00)	22	26,51	W (77,62-78,00)	29	37,66
<i>ABAS-Pr</i>	N (54,64,62)	35	42,17	N (65,00-70,09)	17	22,08
	Ś (64,63-68,91)	26	31,32	Ś (70,10-72,14)	36	46,75
	W (68,92-72,00)	22	26,51	W (72,15-72,00)	24	31,17
ABAS-SSPOŁ	N (115,00-124,84)	41	49,40	N (128,00-139,39)	11	14,28
	Ś (124,85-133,37)	23	27,71	Ś (139,40-140,88)	26	33,77
	W (133,38-139,00)	19	22,89	W (140,89 –141,00)	40	51,95
<i>ABAS-Wyp</i>	N (6,00-53,61)	52	62,65	N (65,00-65,57)	1	1,30
	Ś (53,62-62,84)	29	34,94	Ś (65,58-66,25)	76	98,70
	W (62,85-64,00)	2	2,41	W (66,26-66,00)	0	0,00
<i>ABAS-Uspoł</i>	N (60,00-69,40)	31	37,35	N (68,00-73,53)	5	6,49
	Ś (69,41-72,35)	21	25,30	Ś (73,54-74,90)	48	62,34
	W (72,36-75,00)	31	37,35	W (74,91-75,00)	24	31,17

Adnotacje: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; f-liczebność; P-rozkłady procentowe; ABAS-OWA(bezpracy) – ogólny wskaźnik przystosowania; ABAS-SPOZN- poziom przystosowania w sferze poznawczej; ABAS-kom- komunikacja; ABAS-UmF- umiejętności funkcjonalne; ABAS-KierS-kierowanie sobą; ABAS-SPrak-sfera praktyczna; ABAS-ŻwS-życie w społeczeństwie; ABAS-ZiB – zdrowie i bezpieczeństwo; ABAS-Pr – praca; ABAS-ZD-życie domowe; ABAS-Sobs-samoobsługa; ABAS-SSPOŁ-sfera społeczna; ABAS-Wyp-wypoczynek; ABAS-Uspoł-uspolecznienie; N-wyniki niskie; Ś-wyniki średnie, W-wyniki wysokie

Analizy wykazały istotne statystycznie różnice w zakresie **ogólnego wskaźnika przystosowania** oraz we **wszystkich badanych umiejętnościach i wyróżnionych sferach adaptacyjnych** między osobami niepełnosprawnymi i ich sprawnymi rówieśnikami, przy czym wielkość efektu w każdym analizowanym aspekcie zróżnicowania pozostaje na wysokim poziomie (od 0,42 do 0,85; $p \leq 0,001$; Tabela 23). Osoby niepełnosprawne ruchowo osiągały niższe wyniki w zakresie wszystkich umiejętności adaptacyjnych oraz tworzących je sfer (u osób sprawnych wyniki często zbliżone były do maksymalnych) (Tabela 23). Pomimo tego wyniki pozostawały na stosunkowo wysokim poziomie, gdzie najniższe, osoby niepełnosprawne uzyskały w zakresie *samoobsługi* (ABAS-Sobs) ($M=66,17$; Tabela 23) oraz *umiejętności komunikacyjnych* (ABAS-kom) ($M=65,72$; Tabela 23). Najlepsze i najbardziej zbliżone do wyników osób sprawnych młodzi niepełnosprawni uzyskali w zakresie

uspołecznienia (ABAS-Upoł) (M=70,88; Tabela 23) oraz dbania o zdrowie i bezpieczeństwo (ABAS-ZiB) (M=56,71; Tabela 23).

Tabela 23. Podsumowanie zróżnicowania poziomu przystosowania między grupami

		ON	OS	U	p	rg
ABAS-kom	M	65,72	73,62	439,00	≤0,001	-0,76
	SD	5,20	4,08			
ABAS-ŻwS	M	64,93	71,94	152,50	≤0,001	-0,87
	SD	4,59	0,74			
ABAS-UmF	M	63,25	71,92	155,00	≤0,001	-0,87
	SD	5,96	0,77			
ABAS-ŻD	M	64,06	69,62	1050,50	≤0,001	-0,59
	SD	5,30	2,51			
ABAS-ZiB	M	56,71	59,94	858,50	≤0,001	-0,69
	SD	2,84	0,57			
ABAS-Wyp	M	58,23	65,92	877,50	≤0,001	-0,69
	SD	9,21	0,68			
ABAS-Sobs	M	66,17	76,82	239,00	≤0,001	-0,81
	SD	6,42	1,58			
ABAS-KierS	M	65,45	69,70	1633,50	≤0,001	-0,42
	SD	4,33	4,38			
ABAS-Uspoł	M	70,88	74,22	1037,00	≤0,001	-0,60
	SD	2,93	1,35			
ABAS-Pr	M	66,77	71,12	712,50	≤0,001	-0,69
	SD	4,28	2,03			
ABAS-SPRAK	M	258,48	284,87	77,50	≤0,001	-0,85
	SD	9,18	6,75			
ABAS-SSPOŁ	M	129,11	140,14	457,00	≤0,001	-0,75
	SD	9,05	1,47			
ABAS-SPOZN	M	187,02	208,69	119,50	≤0,001	-0,83
	SD	12,10	1,86			
ABAS-OWA (bezPR)	M	574,61	633,70	6354,50	≤0,001	-0,85
	SD	23,10	7,11			

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; M- średnia; SD – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; U- wynik testu różnic U Manna Whitney'a; rg - współczynnik korelacji dwuseryjnej Glassa f-liczebność; P-rozkłady procentowe; ABAS-OWA(bezpracy) – ogólny wskaźnik przystosowania; ABAS-SPOZN- poziom przystosowania w sferze poznawczej; ABAS-kom- komunikacja; ABAS-UmF- umiejętności funkcjonalne; ABAS-KierS- kierowanie sobą; ABAS-SPrak- sfera praktyczna; ABAS-ŻwS- życie w społeczeństwie; ABAS-ZiB – zdrowie i bezpieczeństwo; ABAS-Pr – praca; ABAS-ZD- życie domowe; ABAS-Sobs- samoobsługa; ABAS-SSPOŁ- sfera społeczna; ABAS-Wyp- wypoczynek; ABAS-Uspoł- uspołecznienie;

6. Podsumowanie

Analizy zróżnicowania wyników między wyróżnionymi na potrzeby badań grupach osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, w normie intelektualnej oraz osób sprawnych wykazały istotne statystycznie różnice międzygrupowe w każdej spośród badanych zmiennych, przy czym siła efektu w większości analizowanych zmiennych pozostawała na zadowalającym umiarkowanym lub wysokim poziomie. Dostarczone wyniki są złożone i wielowymiarowe z powodu niejednolitego charakteru każdej spośród badanych zmiennych psychologicznych: otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs), wiedzy o seksualności człowieka (WOS i WOSN), poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp) oraz koncepcji własnej seksualności (KWS) czy poziomu przystosowania badanych osób (ABAS). Nie wszystkie z analizowanych wymiarów/obszarów/wskaźników prezentowanych zmiennych wykazują zróżnicowanie, ale każda zmienna w pewnym fragmencie uwidacznia różnice międzygrupowe, co więcej w zakresie niektórych zmiennych uzyskano wyniki odmienne od oczekiwanych.

W kontekście **poczucia punktualności zadań rozwojowych** młode osoby z niepełnosprawnością ruchu ujawniają się jako wykazujące trudności w zakresie punktualnej realizacji zadań życiowych – doświadczając ich mniej oraz częściej zdecydowanie później niż sprawni rówieśnicy. Dotyczy to przede wszystkim zachowań związanych z życiem intymnym i osiąganiem dojrzałości psychoseksualnej, które wśród badanych są praktycznie nieobecne. W zakresie poziomu poczucia punktualności zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości osoby niepełnosprawne uzyskały istotnie statystycznie niższe wyniki we wszystkich badanych aspektach w porównaniu do osób sprawnych, które deklarują doświadczenie większości zadań rozwojowych i oceniają je inaczej niż badani z grupy klinicznej jako punktualne – dziejące się w tym samym czasie co u rówieśników.

Szczegółowy obraz osób niepełnosprawnych ujawnia obecność wysokiej i niskiej liczby zadań rozwojowych przy przewadze zadań niepunktualnych, gdzie najmniej występowało wcześniej niż u rówieśników, a umiarkowana liczba później, przy czym najmniej zadań punktualnych dotyczyło obszaru budowania bliskich związków (Tabela 24). Z kolei osoby sprawne najczęściej osiągały niskie wyniki w zakresie liczby zrealizowanych zadań rozwojowych, gdzie średnie rezultaty badani

otrzymywali zarówno w zakresie poczucia punktualności oraz niepunktualności. Ponadto sprawni wskazywali na niskie wyniki w zakresie zadań realizowanych przed i po rówieśnikami oraz podejmowanych w tym samym czasie co rówieśnicy, w obszarze budowania bliskich związków (Tabela 24).

Tabela 24. Podsumowanie obrazu jakościowego poczucia punktualności w obu grupach

	<i>ON</i>	<i>OS</i>
<i>P-liczba</i>	↑↓	↓
<i>P-pp</i>	↔↓	↔
<i>P-pnp</i>	↑	↔
<i>P-pnp-przed</i>	↓	↓
<i>P-pnp-po</i>	↔	↓
<i>P-pp-zw</i>	↓	↓

Adnotacja: *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne; *P-liczba* – liczba obecnych zadań rozwojowych; *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pnp-przed*-zadania podejmowane przed rówieśnikami; *P-pnp-po* – zadania podejmowane później niż rówieśnicy; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

W obrębie **otrzymanej edukacji psychoseksualnej** deklarowana liczba źródeł informacji o seksualności jest nieznacznie wyższa u osób z niepełnosprawnością, jednak i dostrzega się pewne istotne statystycznie różnice w porównaniu z grupą osób sprawnych. Zadowolenie z niektórych spośród dostępnych źródeł edukacji psychoseksualnej (**mass media**, *koledzy/koleżanki*, *nauczyciele*) jest istotnie statystycznie wyższe wśród osób z niepełnosprawnością niż w grupie kontrolnej. Adekwatnie do założeń wszyscy badani deklarowali przewagę udziału treści o *typie A* w otrzymanej edukacji psychoseksualnej i nie wykazano w tej kategorii istotnych statystycznie różnic. Ostatni obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej, czyli podejmowane podczas edukacji psychoseksualnej przez osoby edukujące treści o seksualności wykazał istotne statystycznie różnice w dwóch spośród czterech wskaźników. Okazało się, że osoby sprawne uzyskały więcej informacji na temat treści *biologicznych*, *społeczno-emocjonalnych*) oraz *prawnych*, natomiast treści *moralno-etyczne* dotyczące seksualności częściej były obecne w edukacji psychoseksualnej osób z niepełnosprawnością, ale nie wykazano w tym zakresie różnic istotnych statystycznie.

Jedynie w obszarze treści *biologicznych* i *prawnych* różnice są obecne, jak wspomniano na korzyść osób sprawnych. Co ciekawe spośród wszystkich badanych tylko jedna osoba deklarowała całkowity brak otrzymania edukacji psychoseksualnej spośród dostępnych źródeł i należy ona do grupy osób z niepełnosprawnością ruchową. Zatem można wnioskować, że dostęp do źródeł edukacji psychoseksualnej jest zapewniony, a kluczowa jest jakość przekazywanych treści a nie sama obecność informacji o seksualności w toku edukacji psychoseksualnej.

Szczegółowe analizy rozkładów empirycznych osobne dla każdej z grup ujawniają specyficzny obraz osób niepełnosprawnych korzystających z umiarkowanej liczby źródeł edukacji psychoseksualnej, przy jednoczesnym umiarkowanym/ambiwalentnym zadowoleniu z rodziny i szkoły oraz zadowoleniu z mass mediów. Niepełnosprawni najczęściej uzyskiwali edukację psychoseksualną w modelu/typie jednoznacznie restrykcyjnym (A), a najczęściej podejmowanymi treściami o seksualności były społeczno-emocjonalne i prawne (Tabela 25). Natomiast osoby sprawne także korzystały z umiarkowanej liczby źródeł przy ambiwalentnym stosunku do informacji uzyskanych z mass mediów oraz ze szkoły, a wysokim zadowoleniu z tych uzyskanych od rodziny. Przeważający model/typ edukacji to również restrykcyjny, przy takim samym udziale restrykcyjnego ukierunkowanego, gdzie najczęściej podejmowanymi treściami były społeczno-emocjonalne oraz etyczno-moralne (Tabela 25).

Tabela 25. Podsumowanie obrazu jakościowego otrzymanej edukacji psychoseksualnej w obu grupach

	ON	OS
<i>Źródła</i>		
<i>KOEPs-LICZBA</i>	↔	↔
<i>KOEPs-ZAD</i>	Rodzina ↔ Szkoła↔ Mass media ↑	Rodzina↑ Szkoła ↔ Mass media↔
<i>Typ</i>		
<i>KOEPs-typ</i>	A-jednoznaczny ↑	A-jednoznaczny↑ A-ukierunkowany ↑
<i>Podejmowane treści</i>		

<i>KOEPs-BIOL</i>	↓↔	↓
<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	↔	↓↑
<i>KOEPs-PRW</i>	↔	↓
<i>KOEPs-ET-MOR</i>	↓↔	↑

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

Wiedza o seksualności to kolejny badany konstrukt teoretyczny, który ukazał specyfikę grup osób niepełnosprawnych oraz sprawnych w zakresie jej poziomu. Okazuje się, że we wszystkich spośród analizowanych wymiarów wiedzy o seksualności człowieka i seksualności osób niepełnosprawnych: wiadomości, stereotypy oraz informacji z zakresu prawa występują istotne statystycznie różnice na korzyść osób sprawnych. Także wiedzą stereotypową osoby sprawne częściej niż niepełnosprawne się posługują, co jest usprawiedliwione brakiem wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową u ich sprawnych rówieśników.

Szczegółowe analizy rozkładów procentowych osobne dla każdej z grup dają obraz osób niepełnosprawnych z umiarkowanym poziomem wiedzy o seksualności człowieka oraz wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych w zakresie wyników ogólnych oraz wiedzy prawnej i wiadomości o seksualności człowieka. Ponadto wyniki wysokich w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka i osób niepełnosprawnych oraz wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych. Jednocześnie wykazując wyniki niskie dotyczące prawnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych (Tabela 26).

Tymczasem osoby sprawne najczęściej posiadają wysokie wyniki w zakresie ogólnego poziomu wiedzy o seksualności człowieka oraz wiedzy z zakresu prawa oraz wiadomości o seksualności człowieka. Wyniki średnie w zakresie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w zakresie wiadomości oraz niskie w odniesieniu do wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka i osób niepełnosprawnych, a także praw dotyczących seksualności osób niepełnosprawnych (Tabela 26).

Tabela 26. Podsumowanie obrazu jakościowego poziomu wiedzy o seksualności w obu grupach

	<i>ON</i>	<i>OS</i>
WOS-WO	↔	↑
<i>WOS-S</i>	↑	↓
<i>WOS-P</i>	↔	↑
<i>WOS-W</i>	↔	↑
WOSN-WO	↔	↔
<i>WOSN-S</i>	↑	↓
<i>WOSN-P</i>	↓	↓
<i>WOSN-W</i>	↑	↔

Adnotacja: *ON*-osoby niepełnosprawne; *OS*-osoby sprawne; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

Kolejna zmienna, **koncepcja własnej seksualności (KWS)**, czyli wgląd i ocena własnej osoby jako osoby seksualnej ujawniła niższe wyniki u osób niepełnosprawnych w wymiarach *poczucia sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* oraz *poczucia odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)*, natomiast zdecydowanie wyższe w przypadku *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)*. W zakresie *pozytywnej samooceny seksualnej (KWS-POZ)* sprawni uzyskali wyniki wyższe niż niepełnosprawni. Odwrotnie sytuacja wygląda w odniesieniu do *negatywnej samooceny seksualnej (KWS-NEG)* - wyniki pozostają istotnie statystycznie.

Szczegółowe analizy rokładów empirycznych, osobne dla każdej z grup ujawniają obraz niepełnosprawnych nadmiernie zaabsorbowanych seksem, o wysokim poczuciu sprawczości i odpowiedzialności za własne życie seksualne. Jednocześnie charakteryzujących się wysoką pozytywną oceną własnego życia seksualnego (Tabela 27). Natomiast osoby sprawne charakteryzują się umiarkowanym (średnim) zaabsorbowaniem seksem oraz tym samym poziomem poczucia sprawczości i odpowiedzialności za własne życie seksualne, tym samym wykazując wysokie tendencje do negatywnej oceny własnego życia seksualnego (Tabela 27).

Tabela 27. Podsumowanie obrazu jakościowego koncepcji własnej seksualności w obu grupach

	ON	OS
<i>KWS-SEX</i>	↑	↔
<i>KWS-SPW</i>	↑	↔
<i>KWS-ODP</i>	↑	↔
<i>KWS-POZ</i>	↑	↑↓
<i>KWS-NEG</i>	↓	↑

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

Ostatnim analizowanym konstruktem był **poziom przystosowania do wymagań** stawianych przez życie i społeczeństwo istotny z perspektywy możliwości realizowania zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości przez człowieka.

Szczegółowe analizy rokładów empirycznych, oddzielne dla grup pokazują, że niepełnosprawni najczęściej osiągają średnie wyniki w zakresie **poziomu przystosowania**, zwłaszcza w **sferze poznawczej** i *umiejętności kierowania sobą*, a jedynie w zakresie *komunikacji* wyniki są wysokie, zaś *umiejętności funkcjonalnych* niskie (Tabela 28). Ponadto badani z grupy klinicznej w **sferze praktycznej** również osiągają wyniki średnie, podobnie jak w *życiu w społeczeństwie* oraz *samoobsłudze*, zaś w *życiu domowym* wyniki wysokie a w pracy niskie (Tabela 28). Na koniec **sfera społeczna** daje obraz osób o przewadze wyników niskich, zwłaszcza w zakresie *wypoczynku* oraz równowadze wyników wysokich i niskich w **uspołecznieniu** (Tabela 28).

Tymczasem osoby sprawne osiągają wyniki średnie w zakresie **ogólnego poziomu przystosowania**, **sferę poznawczą** i wszystkich jej umiejętności oraz w **sferze praktycznej** czy w zakresie *wypoczynku i uspołecznienia* (Tabela 28). Jedynie zdolności w *życiu domowym* oraz w **sferze społecznej** w tej grupie najczęściej dawały wyniki wysokie (Tabela 28).

Tabela 28. Podsumowanie obrazu jakościowego poziomu przystosowania w grupach

	<i>ON</i>	<i>OS</i>
ABAS-OWA(bezpr)	↔	↔
ABAS-SPOZN	↔	↔
<i>ABAS-kom</i>	↑	↔
<i>ABAS-Umf</i>	↓	↔
<i>ABAS-KierS</i>	↔	↑
ABAS-SPRAK	↔	↔
<i>ABAS-ŻwS</i>	↔	↔
<i>ABAS-ŻD</i>	↑	↑
<i>ABAS-ZiB</i>	↓	↔
<i>ABAS-Sobs</i>	↔	↔
<i>ABAS-Pr</i>	↓	↔
ABAS-SSPOŁ	↓	↑
<i>ABAS-Wyp</i>	↓	↔
<i>ABAS-Uspoł</i>	↓↑	↔

Adnotacja: *ON*- osoby niepełnosprawne, *OS*-osoby sprawne; *ABAS-OWA(bezpracy)* – ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPRAK*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSPOŁ*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspoł*-uspołecznienie; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

We wszystkich badanych funkcjach, sferach oraz w obrębie ogólnego poziomu przystosowania osoby niepełnosprawne uzyskały istotnie statystycznie niższe od osób sprawnych wyniki. Świadczy to o tym, że badani sprawni posiadają więcej umiejętności pozwalających na skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami dnia codziennego niż osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, co może mieć znaczenie z perspektywy realizacji zadań rozwojowych przez człowieka w okresie wczesnej dorosłości. Warto zwrócić szczególną uwagę na wysokie wyniki osób z niepełnosprawnością w zakresie *uspołecznienia (ABAS-Uspoł)* oraz dbałości o *zdrowie i bezpieczeństwo (ABAS-ZiB)*. Wyniki te rokują pozytywnie w kontekście realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości zwłaszcza w zakresie zakładania rodziny oraz budowania bliskich relacji intymnych. Co więcej na otrzymane rezultaty mogły mieć wpływ różne czynniki,

wysokie wyniki w zakresie dbałości o zdrowie mogła spowodować sytuacja epidemiologiczna na świecie skutkująca wzmożoną koncentracją społeczeństwa na tym aspekcie życia, z kolei wyniki w zakresie uspołecznienia wskazują na wysoki poziom socjalizacji na co wpływ ma obecny w świadomości społecznej oraz edukacji proces integracji osób niepełnosprawnych z osobami sprawnymi oraz próby przeciwdziałania negatywnym stereotypom poprzez poszerzanie wiedzy na temat niepełnosprawności.

Podsumowując postawiona hipoteza dotycząca zróżnicowania i istotnie niższego poziomu funkcjonowania w zakresie analizowanych zmiennych w grupie osób z niepełnosprawnością potwierdziła się całkowicie w odniesieniu do poziomu przystosowania; poziomu wiedzy o seksualności czy poczucia punktualności oraz częściowo w zakresie pozostałych badanych zmiennych: otrzymana edukacja psychoseksualna oraz koncepcja własnej seksualności, gdzie jedynie nieliczne elementy wykazały odwrotną tendencję. Wskazuje to jednoznacznie na specyfikę funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej na tle sprawnych rówieśników i daje przesłanki do poszukiwania specyficznych uwarunkowań realizacji zadań rozwojowych związanych przede wszystkim z osiągnięciem dojrzałości psychoseksualnej przez młodego człowieka z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. W tym celu w kolejnym rozdziale empirycznym autorka przedstawiła zakres związków (zależności) między poszczególnymi zmiennymi psychologicznymi zawartymi w modelu stanowiącym podstawę teoretyczną prezentowanych badań.

ROZDZIAŁ V. WZAJEMNE ZWIĄZKI MIĘDZY BADANYMI ZMIENNYMI

W rozdziale przeanalizowano związki między wszystkimi zmiennymi, gdzie dwie z nich stanowią zmienne związku podstawowego: otrzymana edukacja psychoseksualna i poczucie punktualności zadań rozwojowych, a pozostałe to zmienne pośredniczące związku głównego: wiedza o seksualności i poziom przystosowania oraz zmienna pośrednicząca związku pobocznego: koncepcja własnej seksualności. Zależności analizowano w wyróżnionych ze względu na sprawność organizmu grupach: osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz osób sprawnych.

1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach

1.1. Zależności między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

Dokonane analizy statystyczne nie wykazały znaczących korelacji pomiędzy liczbą dostępnych źródeł edukacji psychoseksualnej (**KOEPs-LICZBA**) a wyiarami **poczucia punktualności zadań rozwojowych**: *poczuciem punktualności (P-pp)*, *poczuciem niepunktualności (P-pnp)* oraz *poczuciem punktualności w sferze budowania relacji intymnych (P-pp-zw)* wśród badanych z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (Tabela 29).

Tabela 29. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi określanymi jako punktualne oraz niepunktualne w grupie osób niepełnosprawnych ruchowo

	KOEPs-LICZBA
<i>P-pp</i>	- 0,07
<i>P-pnp</i>	0,00
<i>P-pp-zw</i>	-0,19

Adnotacja: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; *KOEPs-LICZBA* – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej
 ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Podobnie analizy korelacji **zadowolenia** z treści dotyczących seksualności otrzymanych z poszczególnych źródeł edukacji psychoseksualnej z wymiarami **poczucia punktualności zadań rozwojowych** w grupie klinicznej wykazały jeden dodatni związek o umiarkowanej sile. Mianowicie wraz ze wzrostem zadowolenia z informacji otrzymanych od *rodzeństwa* rośnie *poczucie niepunktualności (P-pnp)* (liczba zadań określanych jako niepunktualne), co ważne pozostaje on nieistotny statystycznie (Tabela 30).

Tabela 30. Korelacje poziomu zadowolenia z poszczególnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi w grupie klinicznej

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	rodzice	rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżanki i koledzy	WDzR	nauczyciele innych przedm	źródła polecane	źródła samodzielnie odszukane	źródła przypadkowo zasfiszane
<i>P-pp</i>	- 0,11	- 0,24	0,03	- 0,07	- 0,13	- 0,09	- 0,17	- 0,17	- 0,12
<i>P-pnp</i>	0,06	0,36	0,11	0,01	0,13	0,02	0,13	0,11	- 0,02
<i>P-pp-zw</i>	0,06	-0,13	0,02	0,07	0,00	-0,10	-0,07	-0,06	-0,05

Adnotacja: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny
 ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Analizy związków **typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej** z wymiarami **poczucia punktualności** w grupie klinicznej wykazały nieliczne istotne statystycznie korelacje. Dodatkowo o niskiej sile zaobserwowano między *kompleksową edukacją psychoseksualną (typ C)* a *punktualnością zadań rozwojowych* (zadaniami określanymi

jako punktualne; $P-pp$, $p \leq 0,05$). Co więcej całościowa edukacja psychoseksualna (typ C) na umiarkowanym poziomie koreluje dodatnio z poczuciem punktualności w obszarze budowania bliskich związków ($P-pp-zw$; $p \leq 0,01$) (Tabela 31).

Tabela 31. Korelacje typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi określonymi jako punktualne oraz niepunktualne w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową

	Typ A	Typ B	Typ C
$P-pp$	- 0,03	- 0,12	0,22*
$P-pnp$	- 0,08	0,16	- 0,10
$P-pp-zw$	-0,21	-0,04	0,42**

Adnotacja: $P-pp$ - zadania punktualne; $P-pnp$ -zadania niepunktualne; $P-pp-zw$ -zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; Typ C- otrzymana edukacja psychoseksualna o typie C; Typ A- otrzymana edukacja psychoseksualna o Typie A; Typ B- otrzymana edukacja psychoseksualna o typie B;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Podobne efekty zaobserwowano analizując relacje między **podejmowaniem określonych treści w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej** a wymiarami **poczucia punktualności** wśród badanych z niepełnosprawnością. Wykazano dwa dodatnie związki pomiędzy treściami z zakresu *fizjologii/biologii seksualności (KOEPs-BIOL)* a *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp)* (związek o niskiej sile) oraz *poczuciem punktualności w zakresie budowania bliskich, intymnych związków (P-pp-zw)* (związek o umiarkowanej sile; $p \leq 0,01$) (Tabela 32).

Tabela 32. Korelacje obecności treści o seksualności otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi określonymi jako punktualne oraz niepunktualne w grupie klinicznej

	KOEPs-BIOL	KOEPs-SPOŁ-EM	KOEPs-PRW	KOEPs-ET-MOR
$P-pp$	0,26*	0,01	0,17	- 0,03
$P-pnp$	- 0,17	0,00	- 0,06	0,13
$P-pp-zw$	0,33**	0,09	0,21	0,03

Adnotacja: $P-pp$ - zadania punktualne; $P-pnp$ -zadania niepunktualne; $P-pp-zw$ -zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

1.2. Zależności między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych

Podobnie jak w grupie klinicznej analizy wyników nie wykazały związków między liczbą obecnych źródeł oraz poziomem zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wymiarami poczucia punktualności zadań rozwojowych (*P-pp*; *P-pnp*; *P-pp-zw*) w grupie osób sprawnych (Tabela 33, 34).

Tabela 33. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z zadaniami rozwojowymi określanymi jako punktualne oraz niepunktualne w grupie osób sprawnych

	KOEPs- LICZBA
<i>P-pp</i>	0,12
<i>P-pnp</i>	- 0,02
<i>P-pp-zw</i>	0,13

Adnotacja: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; KOEPs-LICZBA – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 34. Korelacje poziomu zadowolenia z poszczególnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z punktualnością zadań rozwojowych w grupie porównawczej

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	Rodzice	Rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżanki i koleżdy	WdZR	nauczyciele innych przedmiotów	źródła polecane	źródła samodzielnie odszukane	źródła przypadkowo zasłyszane
<i>P-pp</i>	- 0,10	- 0,18	--	- 0,06	- 0,06	- 0,09	0,00	0,04	0,16
<i>P-pnp</i>	0,18	0,08	--	0,06	- 0,08	0,03	- 0,01	0,11	- 0,03
<i>P-pp-zw</i>	-0,23	-0,23	--	0,06	-0,16	0,18	0,07	0,03	0,06

Adnotacje: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Podobnie prezentują się wyniki w zakresie związków treści podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań

rozwojowych – siła związków jest niska, a ponadto pozostają one nieistotne statystycznie (Tabela 36).

Obszary otrzymanej edukacji psychoseksualnej, które okazały się znaczące z perspektywy poczucia punktualności w grupie osób sprawnych to typy/modele. W tym przypadku, choć siła związku znajduje się na granicy niskiej to obecne są tendencje zgodnie z którymi edukacja w *typie A*, czyli restrykcyjna negatywnie koreluje z *zadaniami ocenianymi jako punktualne* ($P\text{-}pp$; $p \leq 0,05$) inaczej niż *edukacja całościowa* (*typ C*), gdzie dostrzega się dodatni związek ($p \leq 0,01$) (Tabela 35). Brak jednak związków w zakresie poczucia punktualności zadań rozwojowych dotyczących budowania bliskich związków ($P\text{-}pp\text{-}zw$) w grupie osób sprawnych (Tabela 35).

Tabela 35. Korelacje typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej a punktualnością zadań rozwojowych w grupie porównawczej

	<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>
<i>P-pp</i>	- 0,27*	0,16	0,33**
<i>P-pnp</i>	0,16	- 0,14	- 0,25*
<i>P-pp-zw</i>	-0,01	0,06	0,09

Adnotacja: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; *Typ C*- otrzymana edukacja psychoseksualna o *typie C*; *Typ A*-otrzymana edukacja psychoseksualna o *Typie A*; *Typ B*- otrzymana edukacja psychoseksualna o *typie B*;
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 36. Korelacje treści o seksualności obecnych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z punktualnością zadań rozwojowych w grupie porównawczej

	<i>KOEPs-BIOL</i>	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KOEPs-ET-MOR</i>
<i>P-pp</i>	0,11	- 0,03	0,05	0,08
<i>P-pnp</i>	- 0,08	0,01	0,05	- 0,07
<i>P-pp-zw</i>	-0,01	-0,02	-0,05	-0,05

Adnotacja: *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

1.3. Podsumowanie

Podsumowując dokonane analizy związków w każdej z badanych grup potwierdzono, że wybrane obszary otrzymanej edukacji psychoseksualnej korelują z poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp), choć w nieco innym zakresie.

W żadnej z grup nie wykazano związków istotnych statystycznie między liczbą i zadowoleniem ze źródeł edukacji psychoseksualnej a wymiarami poczucia punktualności (Tabela 37).

Z kolei typy otrzymanej edukacji psychoseksualnej wykazują korelacje w obu badanych grupach i w każdej z nich dotyczą one przede wszystkim całościowej edukacji psychoseksualnej (typ C). Co ciekawe edukacja kompleksowa (typ C) w grupie klinicznej wykazuje dodatni związek z poczuciem punktualności w zakresie budowania bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw) a w grupie porównawczej ten sam związek ma ujemny znak. Również siła związku jest wyższa w grupie osób niepełnosprawnych. Tymczasem w wymiarze poczucia punktualności zadań rozwojowych nieograniczonego do jednego wymiaru, czyli P-pp ta sama relacja choć w obu grupach ma ten sam znak – dodatni, to w grupie osób sprawnych osiąga wyższe nasilenie (Tabela 37).

Ponadto jedynie w grupie porównawczej uzyskano jedną ujemną korelację między typem A otrzymanej edukacji psychoseksualnej a poczuciem punktualności zadań rozwojowych. W grupie osób niepełnosprawnych podobne i inne związki z tym typem edukacji psychoseksualnej nie były obecne. Natomiast edukacja biologiczna (Typ B) nie ujawniła związków z poczuciem punktualności zadań rozwojowych (w żadnej z grup) (Tabela 37).

Tymczasem w kategorii obecności poszczególnych treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej dowiedziono nieliczne związki w grupie osób niepełnosprawnych, obejmujące obecność treści biologicznych oraz poczucia punktualności w dwóch analizowanych wymiarach: P-pp, P-pp-zw (Tabela 37).

Zatem można zauważyć, że w grupie osób niepełnosprawnych wyjaśnia się więcej korelacji między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych.

Tabela 37. Porównanie związków między otrzymaną edukacją psychoseksualną i poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach

	ON	OS
<i>KOEPs-LICZBA vs. P</i>	Brak	Brak
<i>KOEPs-ZAD vs. P</i>	Rodzeństwo - <i>P-pnp</i> + ↔ (n.i.)	Brak
<i>KOEPs-TYP vs. P</i>	<i>Typ C - P-pp</i> +↓ (≤0,05) <i>TYP C - P-pp-zw</i> + ↔ (≤0,01)	<i>Typ A - P-pp</i> - ↓ (≤0,05) <i>Typ C-P-pp</i> + ↔ (≤0,01) <i>Typ C- P-pp-zw</i> - ↓ (≤0,05)
<i>KOEPs-treści vs. P</i>	<i>KOEPs-BIOL - P-pp</i> + ↓ (≤0,05) <i>KOEPs-BIOL - P-pp-zw</i> + ↔ (≤0,01)	brak

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *KOEPs-LICZBA* – liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ZAD*- zadowolenie ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *P-pnp* – poczucie niepunktualności zadań rozwojowych; *P-pp* – poczucie punktualności zadań rozwojowych; *P-pp-zw*-poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny; *Typ C*- otrzymana edukacja psychoseksualna o typie C; *Typ A*- otrzymana edukacja psychoseksualna o Typie A; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; - związek ujemny; + związek dodatni; ↓-niska siła związku; ↔ umiarkowana siła związku;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w badanych grupach

W tym punkcie rozdziału przedstawiono analizy dotyczące związków między zmienną wyjaśniającą (otrzymana edukacja psychoseksualna) o zmienną stanowiącą pierwszą spośród dwóch zmiennych pośredniczących – wiedza o seksualności. Wyniki jak poprzednio przedstawiano z podziałem na grupy – osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz osób sprawnych.

2.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

Analizy wyników wykazały, że **liczba obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** koreluje z połową prezentowanych wymiarów wiedzy o seksualności wśród badanych w grupie klinicznej. Najwyższy wskaźnik dotyczy korelacji ujemnej o średnim nasileniu między **liczbą źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** a poziomem *wiedzy stereotypowej z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* ($p \leq 0,01$). Oznacza to, że im więcej obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej tym poziom wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych jest niższy wśród badanych osób niepełnosprawnych. Podobne rezultaty choć o niskiej sile związku obserwuje się w relacji **liczby obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** z **wynikiem ogólnym poziomem wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)**, $p \leq 0,05$) (Tabela 38).

Liczba źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA) koreluje ujemnie także z poziomem *wiedzy z zakresu prawnych aspektów seksualności człowieka (WOS-P)* (niska siła związku) w grupie osób niepełnosprawnych (Tabela 38). Jedyna dodatnia korelacja o umiarkowanej sile dotyczy związku **liczby źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)*; $p \leq 0,05$) (Tabela 38). Oznacza to, że im więcej źródeł edukacji psychoseksualnej dostępnych młodemu człowiekowi z niepełnosprawnością tym posiada on niższy poziom wiedzy z zakresu seksualności. Wyjątek stanowi wiedza stereotypowa, gdzie wielość źródeł sprzyja wzrostowi jej poziomu.

Tabela 38. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie niepełnosprawnych

	KOEPs-LICZBA
WOS-WO	- 0,03
<i>WOS-S</i>	0,34**
<i>WOS-P</i>	-0,25*
<i>WOS-W</i>	0,01
WOSN-WO	-0,25*
<i>WOSN-S</i>	-0,45**
<i>WOSN-P</i>	-0,10

WOSN-W	0,21
--------	------

Adnotacja: WOS-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P- wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P- wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Analizy **poziomu zadowolenia z poszczególnych źródeł edukacji psychoseksualnej** w relacji z poziomem **wiedzy o seksualności** wśród osób niepełnosprawnych wykazały istotne statystycznie związki o różnym nasileniu (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Zadowolenie z informacji uzyskiwanych od **rodziny** koreluje na umiarkowanym poziomie z poszczególnymi rodzajami analizowanej wiedzy o seksualności, ale tylko niektóre związki są istotne statystycznie.

Zadowolenie z informacji otrzymanych od *rodzeństwa* ujawnia związki z czego ujemny związek na umiarkowanym poziomie ($p \leq 0,05$) występuje z **wynikiem ogólnym w zakresie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** oraz ujemny o wysokiej sile ($p \leq 0,01$) z poziomem *wiedzy stereotypowej w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Oznacza to, że im większe zadowolenie z wiedzy od *rodzeństwa* tym niższy poziom wiedzy ogólnej i stereotypowej w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych. Zadowolenie z informacji od *pozostałych członków rodziny* ponownie ujemnie koreluje z wynikiem ogólnym poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** (wysoka siła związku; $p \leq 0,01$) oraz z poziomem *wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)* (wysoka siła związku; $p \leq 0,01$; Tabela 39; Tabela 5, Aneks I).

Analizy związków zadowolenia z informacji uzyskanych w **szkole** z poziomem **wiedzy o seksualności** wykazały niewiele związków. Zadowolenie z informacji od *koleżanek i kolegów* nie wykazuje żadnych związków, natomiast zadowolenie z informacji uzyskanych *od nauczycieli WdZR* wskazuje na jeden ujemny związek o umiarkowanej sile ($p \leq 0,05$) z poziomem *wiedzy w zakresie prawnych aspektów seksualności (WOS-P)* u badanych w grupie klinicznej, jest on istotny statystycznie (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Oznacza to, że im wyższy poziom zadowolenia z informacji o seksualności od nauczycieli WdZR tym niższy poziom wiedzy prawnej w tym zakresie. Tymczasem analizy zadowolenia z informacji uzyskanych *od nauczycieli*

pozostałych przedmiotów u osób z niepełnosprawnością wykazały dwie wysokie dodatnie korelacje z poziomem wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S) i seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S) oraz jedną umiarkowaną ujemną (każda $p \leq 0,01$) korelację z wiadomościami na temat seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W) (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Każdy związek jest istotny statystycznie.

Z kolei dostęp do informacji z **mass mediów** i zadowolenie z nich wykazuje kilka związków z poziomem **wiedzy o seksualności** w grupie osób niepełnosprawnych. Zadowolenie ze *źródeł poleconych* ujemnie wysoko koreluje z poziomem wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W) ($p \leq 0,01$) oraz także ujemnie umiarkowanie z wynikiem ogólnym poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** ($p \leq 0,05$) i ujemnie na niskim poziomie z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** ($p \leq 0,05$) (Tabela 39; Tabela 5; Aneks I). Zadowolenie ze *źródeł samodzielnie odszukanych* wykazuje tylko jeden dodatni związek na niskim poziomie ($p \leq 0,05$) z *wiedzą z zakresu prawnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Natomiast zadowolenie z informacji *przypadkowo zasłyszanych* ujemnie koreluje na umiarkowanym poziomie z **wynikiem ogólnym wiedzy o seksualności (WOS-WO)** oraz *poziomem wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)* ($p \leq 0,05$) (Tabela 39). Jedyny dodatni związek o słabym nasileniu ($p \leq 0,05$) jaki zaobserwowano między zadowoleniem z informacji *przypadkowo zasłyszanych* a poziomem wiedzy dotyczy *wiedzy stereotypowej z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* (Tabela 39; Tabela 5, Aneks I). Wszystkie związki pozostają istotne statystycznie. Oznacza to, że w znakomitej większości zadowolenie z informacji z mass mediów współwystępuje z obniżaniem się poziomu różnych wymiarów wiedzy o seksualności.

Tabela 39. Korelacje zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności u osób niepełnosprawnych

WOS	KOEPs-ZAD	Kierunek związku	Siła związku
<i>Rodzina</i>			
WOS-WO	<i>Inni członkowie rodziny</i>	Ujemny	wysoka
WOS-W			
WOSN-S			

WOSN-WO			umiarkowana
<i>Szkoła</i>			
WOS-S	Nauczyciele innych przedmiotów	Dodatni	wysoka
WOSN-S			
WOS-P	Nauczyciele WdZR	Ujemny	umiarkowana
WOSN-W	Nauczyciele innych przedmiotów		
<i>Mass media</i>			
WOSN-W	Źródła polecane	Ujemny	wysoka
WOS-WO			Źródła przypadkowo zasłyszane
WOS-W			
WOSN-WO	Źródła polecane	Dodatni	niska
WOSN-S	Źródła przypadkowo zasłyszane		
WOSN-P	Źródła samodzielnie odzyskane		

Adnotacja: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Edukacja psychoseksualna o typie C w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową dodatnio koreluje z **wynikami ogólnymi poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** oraz **seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** (wysoka siła związków; $p \leq 0,01$). Również kategoria *typ C* otrzymanej edukacji psychoseksualnej współwystępuje z poziomem wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności człowieka (*WOS-W*; $p \leq 0,01$) siła związku jest umiarkowana oraz wiadomości z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych (*WOSN-W*; $p \leq 0,01$) – związek o wysokim nasileniu (Tabela 40; Tabela 6, Aneks I). Każdy związek pozostaje istotny statystycznie. Oznacza to, że całościowa edukacja psychoseksualna (*typ C*) sprzyja wzrostowi ogólnego poziomu wiedzy oraz wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych.

Biorąc pod uwagę **wiedzę prawną** wykazano silny dodatni związek ($p \leq 0,01$) w zakresie *prawnych aspektów seksualności człowieka (WOS-P)* oraz umiarkowany ujemny ($p \leq 0,01$) między edukacją kompleksową (*typ C*) a *prawnymi treściami wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* (Tabela 40; Tabela 6, Aneks I).

Edukacja psychoseksualna o *typie C* wykazuje ujemne korelacje z poziomem wiedzy stereotypowej o seksualności wśród badanych w grupie klinicznej. Szczegółowe

analizy ukazują korelacje o umiarkowanej sile z *wiedzą stereotypową o seksualności człowieka (WOS-S)*, natomiast o słabym nasileniu z *wiedzą stereotypową o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* (odpowiednio $p \leq 0,01$ oraz $p \leq 0,05$). Oznacza to, że całościowa edukacja psychoseksualna wiąże się z obniżeniem poziomu wiedzy stereotypowej. Wszystkie przedstawione korelacje pozostają istotne statystycznie (Tabela 40; Tabela 6, Aneks I).

Restrykcyjna edukacja psychoseksualna (*typ A*) wśród osób z niepełnosprawnością ruchową dodatnio koreluje z *wiedzą stereotypową o seksualności człowieka (WOS-S)* ($p \leq 0,05$) oraz ujemnie z *wiedzą z zakresu prawa (WOS-P)* ($p \leq 0,05$), oba związki są o umiarkowanym nasileniu (Tabela 40; Tabela 6; Aneks I). Oznacza to, że udział edukacji o typie A wiąże się z obniżeniem poziomu wiedzy prawnej oraz wzrostem poziomu wiedzy stereotypowej z zakresu seksualności człowieka w grupie klinicznej. Z kolei edukacja permissywna (*typ B*) w grupie osób niepełnosprawnych wykazuje tylko jeden istotny statystycznie ujemny związek o niskim nasileniu z wynikiem ogólnym poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** ($p \leq 0,05$) (Tabela 40; Tabela 6, Aneks I).

Tabela 40. *Korelacje typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności w grupie niepełnosprawnych*

<i>WOS</i>	<i>KOEPs-TYP</i>	<i>Kierunek związku</i>	<i>Siła związku</i>
<i>WOS-S</i>	<i>Typ A</i>	Dodatni	umiarkowana
<i>WOS-P</i>		Ujemny	
WOS-WO	<i>Typ B</i>		niska
WOS-WO	<i>Typ C</i>	Dodatni	wysoka
<i>WOS-P</i>			
WOSN-WO			
<i>WOSN-W</i>			
<i>WOS-W</i>		Ujemny	umiarkowana
<i>WOS-S</i>			
<i>WOSN-P</i>			
<i>WOSN-S</i>			

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Dostęp w ramach edukacji psychoseksualnej do informacji z zakresu *biologii/fizjologii seksualności (KOEPs-BIOL)* wykazał korelacje istotne statystycznie ze wszystkimi wymiarami poziomu **wiedzy o seksualności** u osób niepełnosprawnych (Tabela 41, Tabela 7; Aneks I). *Obecność treści biologicznych o seksualności (KOEPs-BIOL)* wykazuje dodatnią korelację o wysokiej sile z wynikiem ogólnym poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO $p \leq 0,01$)** oraz umiarkowaną z poziomem **wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO $p \leq 0,01$)** (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Również *poziom wiedzy w zakresie wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)* oraz *wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* wykazały umiarkowane dodatnie związki ($p \leq 0,01$), a *poziom wiedzy prawnej* waha się od dodatniego związku o wysokiej sile dla *wiedzy prawnej o seksualności człowieka (WOS-P, $p \leq 0,01$)* oraz umiarkowanej sile dla *wiedzy prawnej z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P; $p \leq 0,05$)* w korelacji z tą samą kategorią otrzymanej edukacji psychoseksualnej (*KOEPs-BIOL*). (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Jedyne ujemne związki *obecności fizjologicznych treści dotyczących seksualności (KOEPs-BIOL)* o niskiej sile wykazano z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S; $p \leq 0,05$)* oraz umiarkowanej *wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S; $p \leq 0,01$)* (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Oznacza to, że przekazywanie treści z zakresu fizjologii seksualności młodym osobom z niepełnosprawnością wiąże się z obniżeniem wiedzy stereotypowej o seksualności.

Treści prawne o seksualności (KOEPs-PRW) w grupie klinicznej wykazują liczne dodatnie związki z poziomem analizowanych wymiarów **wiedzy o seksualności** za wyjątkiem *wiedzy stereotypowej*, gdzie *poziom wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* wykazuje istotny statystycznie ujemny związek o niskiej sile ($p \leq 0,05$), natomiast jej poziom z *zakresu seksualności człowieka (WOS-S)* nie wykazuje go w ogóle (Tabela 41, Tabela 7; Aneks I). Korelacje o wysokiej sile obserwuje się w zakresie **wyniku ogólnego poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** oraz pozostałych (za wyjątkiem wiedzy stereotypowej) wymiarów poziomu *wiedzy o seksualności człowieka (WOS-W oraz WOS-P $p \leq 0,01$)* (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Związki te pozostają istotne statystycznie. Podobnie *obecność treści z zakresu prawa (KOEPs-PRW)* koreluje dodatnio na umiarkowanym poziomie

($p \leq 0,05$) z poziomem **wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)**, jak również wiedzą w wymiarze *wiadomości (WOSN-W;)* oraz na niskim poziomie z *wiedzą z zakresu prawa o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P, $p \leq 0,05$)* (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Oznacza to, że w ocenie osób niepełnosprawnych obecność treści z zakresu prawa w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej może wiązać się ze wzrostem poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS) oraz seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN).

Obecność treści związanych z budowaniem relacji, odpowiedzialnością za drugiego człowieka i bliskość oraz intymność (*KOEPs-SPOŁ-EM*) wykazała związki o niższej sile niż treści biologiczne (*KOEPs-BIOL*) i prawne (*KOEPs-PRW*) z poziomem **wiedzy o seksualności** w grupie klinicznej (Tabela 41). Zaobserwowano, że obecność treści o *charakterze społeczno-emocjonalnym (KOEPs-SPOŁ-EM)* ujemnie koreluje z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* oraz *osób niepełnosprawnych (WOSN-S)*, ale są to związki nieistotne statystycznie o bardzo niskiej sile ($p \leq 0,05$). Przeprowadzone analizy ponadto wykazały dodatnie korelacje o umiarkowanej sile w zakresie **wyników ogólnych wiedzy o seksualności (WOS-WO** oraz **WOSN-WO** $p \leq 0,05$) oraz *wiedzy z zakresu prawnych aspektów seksualności (WOS-P; $p \leq 0,01$ oraz WOSN-P; $p \leq 0,05$)* (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Są to związki istotne statystycznie. Oznacza to, że wraz ze zwiększaniem obecności treści o charakterze społeczno-emocjonalnym w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej wzrasta zarówno ogólny poziom wiedzy młodych osób z niepełnosprawnością ruchową na temat seksualności, jak również wiedza na temat prawa w tym zakresie. Podobne wyniki uzyskano w związku *obecności treści społeczno-emocjonalnych na temat seksualności (KOEPs-SPOŁ-EM)* z poziomem *wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności (WOS-W* oraz *WOSN-W; $p \leq 0,05$)* jednak siła związków pozostaje niska (związki dodatnie, istotne statystycznie) (Tabela 7, Aneks I).

Stosunkowo najmniej związków wykazano między *obecnością treści o charakterze etyczno-moralnym (KOEPs-ET-MOR)* a poziomem **wiedzy o seksualności** w grupie klinicznej (Tabela 41; Tabela 7, Aneks I). Okazuje się, że jedyne istotne statystycznie dodatnie związki dotyczą ogólnego **poziomu wiedzy o seksualności (WOS-WO** oraz **WOSN-WO** $p \leq 0,05$) oraz *poziomu wiedzy z zakresu prawa (WOS-P* i *WOSN-P* $p \leq 0,05$) czy *wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności osób*

niepełnosprawnych (WOSN-W; $p \leq 0,05$), ale siła związków pozostaje niska (Tabela 41, Tabela 7, Aneks I). Najwyższy wynik wśród osób niepełnosprawnych (na pograniczu umiarkowanej siły związku; $p \leq 0,05$) uzyskano między *obecnością treści o charakterze etyczno-moralnym (KOEPs-ET-MOR)* a **ogólnym poziomem wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO; Tabela 41)**. Oznacza to, że obecność treści o takim charakterze wiąże się w większym stopniu ze wzrostem poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych niż wiedzy o seksualności człowieka w ogóle ($p \leq 0,05$) (Tabela 7, Aneks I).

Tabela 41. Podsumowanie korelacji obecności różnej tematyki w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności w grupie niepełnosprawnych

WOS	KOEPs-TREŚCI	Kierunek związku	Siła związku
WOS-WO	KOEPs-BIOL	Dodatni	wysoka
WOS-P			umiarkowana
WOS-W			
WOSN-WO			
WOSN-W		Ujemny	
WOSN-P			
WOSN-S			
WOS-S			
WOS-WO	KOEPs-SPOL-EM	Dodatni	umiarkowana
WOS-P			
WOSN-WO			
WOSN-P		niska	
WOS-W			
WOSN-W			
WOS-WO	KOEPs-PRW	Dodatni	wysoka
WOS-W			umiarkowana
WOS-P			
WOSN-WO			
WOSN-W		niska	
WOSN-P			
WOSN-S			
WOS-WO	KOEPs-ET-MOR	Dodatni	niska
WOS-P			
WOSN-WO			
WOSN-W			
WOSN-P			

Adnotacja: WOS-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P- wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P- wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; KOEPs-BIOL – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-SPOŁ-EM- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-PRW- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-ET-MOR- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;
 ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

2.2 . Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych

Rezultaty przeprowadzonych analiz wskazują na występowanie kilku ujemnych związków między liczbą obecnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej (**KOEPs-LICZBA**) a poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób sprawnych (Tabela 42). Okazuje się, że im więcej źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej tym niższy poziom ogólnej wiedzy o seksualności (WOS-WO; umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) oraz poziom wiedzy z zakresu prawnych aspektów seksualności (WOS-P, wysoka siła związku, $p \leq 0,01$) wśród sprawnych. Podobne rezultaty zaobserwowano w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO; WOSN-W, WOSN-P; $p \leq 0,05$) za wyjątkiem wiedzy stereotypowej (WOSN-S), gdzie związek pozostaje nieistotny statystycznie. W tym przypadku związki są istotne statystycznie, ale o niskim nasileniu.

Tabela 42. Podsumowanie korelacji liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych

	KOEPs-LICZBA
WOS-WO	- 0,44**
WOS-W	- 0,19
WOS-P	- 0,61**
WOS-S	0,06
WOSN-WO	-0,24*
WOSN-W	-0,23*
WOSN-P	-0,28*

WOSN-S	0,11
--------	------

Adnotacja: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 43. Podsumowanie korelacji zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności u osób sprawnych

Poziom wiedzy o seksualności	KOEPs-ZAD	Kierunek związku	Siła związku
<i>Rodzina</i>			
WOS-S	rodzeństwo	Dodatni	wysoka
WOSN-WO			
WOSN-P			
WOSN-W	rodzice		
WOS-S	inni członkowie rodziny	Ujemny	
WOS-W	rodzice	Dodatni	umiarkowana
<i>Szkoła</i>			
WOS-P	WdZR	Dodatni	wysoka
WOS-WO	nauczyciele innych przedmiotów	Ujemny	
WOSN-WO			
WOSN-W			
WOSN-P			
WOS-W	koleżanki i koledzy	Ujemny	umiarkowana
WOSN-W			
WOSN-S			
WOS-W	nauczyciele innych przedmiotów		
WOS-P	przedmiotów		
WOS-S	WdZR		
WOSN-WO	koleżanki i koledzy	Ujemny	niska
WOSN-S	nauczyciele innych przedmiotów		
<i>Mass media</i>			
WOS-S	źródła przypadkowo zasłyszane	Dodatni	umiarkowana
WOSN-W	źródła polecane	Ujemny	

Adnotacja: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Rezultaty analiz statystycznych wskazują na występowanie istotnych statystycznie korelacji **zadowolenia z informacji zaczerpniętych z poszczególnych źródeł edukacji psychoseksualnej** z poziomem **wiedzy o seksualności** w grupie sprawnych młodych dorosłych (Tabela 43). Wykazano, że zadowolenie z informacji od rodziny często koreluje z różnymi aspektami poziomu wiedzy o seksualności. Zaobserwowano wysokie dodatnie związki zadowolenia z informacji od *rodzeństwa* z poziomem **wiedzy ogólnej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO, $p \leq 0,01$)** oraz *wiedzy prawnej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P $p \leq 0,01$)* jak również *wiedzy stereotypowej dotyczącej seksualności człowieka (WOS-S $p \leq 0,01$)* (Tabela 43; Tabela 8, Aneks I). Oznacza to, że wraz ze wzrostem zadowolenia z treści od rodzeństwa wzrasta poziom wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (*WOSN-WO i WOSN-P*) oraz poziome wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka. Także zadowolenie z informacji od *rodziców* dodatnio koreluje z poziomem *wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W, umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$)* oraz *wiadomości z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W, wysoka siła związku $p \leq 0,01$)* (Tabela 43; Tabela 8, Aneks I). Jedynie wraz ze wzrostem zadowolenia z informacji uzyskanych od *pozostałych członków rodziny* obniża się poziom wiedzy *stereotypowej w zakresie seksualności (WOS-S; ujemny związek o wysokiej sile; $p \leq 0,01$)*. Oznacza to, że zadowolenie z informacji *od innych członków rodziny* wiąże się z obniżeniem poziomu wiedzy stereotypowej u badanych z grupy porównawczej. Wszystkie związki pozostają istotne statystycznie (Tabela 8, Aneks I).

Analizując zadowolenie z informacji uzyskiwanych przez młode sprawne osoby w **szkole** udaje się zaobserwować najwięcej związków o wysokiej i umiarkowanej sile (Tabela 43).

Zadowolenie z wiedzy otrzymywanej od *nauczycieli Wychowania do życia w Rodzinie (WdZR)* dodatnio koreluje jedynie z poziomem *prawnych aspektów seksualności człowieka (WOS-P; wysoka siła związku $p \leq 0,01$)*, jednocześnie wykazując ujemną relację z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S; umiarkowana siła związku, $p \leq 0,05$)*. Pozostałe związki między zadowoleniem z informacji ze szkoły, tym razem *od nauczycieli innych przedmiotów niż WdZR* a poziomem wiedzy są ujemne, co wskazuje na odwrotną tendencję. Mianowicie wraz ze wzrostem zadowolenia z wiedzy z wymienionego źródła obniża się poziom **wiedzy**

ogólnej na temat seksualności (WOS-WO, WOSN-WO, związki o wysokiej sile; $p \leq 0,01$), poziom wiedzy w zakresie wiadomości dotyczących seksualności człowieka WOS-W, umiarkowana siła związku $p \leq 0,01$ oraz osób niepełnosprawnych (WOSN-W – związek o wysokiej sile; $p \leq 0,01$), jak również prawnych aspektów seksualności (WOS-P-umiarkowana siła związku; $p \leq 0,05$; WOSN-P-wysoka siła związku; $p \leq 0,01$) czy wiedzy stereotypowej na temat seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S; niska siła, $p \leq 0,05$) (Tabela 8, Aneks I). Na koniec zadowolenie z treści na temat seksualności otrzymanych od kolegów/koleżanek wiąże się z niskim poziomem wiedzy w zakresie czterech spośród ośmiu badanych wymiarów wiedzy (korelacje ujemne). Z czego związki o umiarkowanej sile obserwuje się w zakresie wiadomości na temat seksualności człowieka (WOS-W; $p \leq 0,01$) i osób niepełnosprawnych (WOSN-W, $p \leq 0,05$) oraz poziomu wiedzy stereotypowej na temat seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S, $p \leq 0,05$). Wykazano również jeden ujemny słaby związek między zadowoleniem z informacji od kolegów/koleżanek a poziomem **ogólnej wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO, $p \leq 0,05$) (Tabela 8, Aneks I).**

Najmniej związków w grupie osób sprawnych wykazano między **zadowoleniem** z informacji uzyskanych z **mass mediów** a poziomem **wiedzy o seksualności**. Jedynie zadowolenie ze źródeł polecanych koreluje dodatnio z poziomem wiedzy stereotypowej (WOS-S; umiarkowana siła, $p \leq 0,05$) oraz ujemnie z poziomem wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W, związek słaby, $p \leq 0,05$), czy wreszcie zadowolenie z informacji przypadkowo zasłyszanych wykazuje dodatnią zależność z poziomem wiedzy stereotypowej (WOS-S, umiarkowana siła związku; $p \leq 0,05$). Tymczasem zadowolenie z informacji samodzielnie odszukanych ujemnie koresponduje na poziomie umiarkowanych z poziomem wiedzy z zakresu prawa o seksualności człowieka (WOS-P, $p \leq 0,05$) (Tabela 43; Tabela 8, Aneks I). Wszystkie związki pozostają istotne statystycznie.

Tabela 44. Podsumowanie korelacji między typami otrzymanej edukacji psychoseksualnej wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych

	Typ A	Typ B	Typ C
WOS-WO	- 0,34**	0,22*	0,28*
<i>WOS-W</i>	-0,35**	0,16	0,30**
<i>WOS-S</i>	0,03	-0,31**	-0,45**

<i>WOS-P</i>	-0,07	0,12	0,07
WOSN-WO	-0,27**	0,18	0,25*
<i>WOSN-W</i>	-0,23*	-0,41**	0,07
<i>WOSN-S</i>	0,07	0,11	-0,37**
<i>WOSN-P</i>	-0,29*	0,05	0,34**

Adnotacje: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; *Typ A*- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; *Typ B* – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; *Typ C*-kompleksowa edukacja psychoseksualna
 ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Wnioski z analiz dotyczących korelacji **typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej** z poziomem **wiedzy o seksualności** u osób sprawnych wykazały pewne zależności. Obserwuje się ujemne korelacje między edukacją psychoseksualną w *typie A* a poszczególnymi wymiarami **wiedzy o seksualności - WOS-WO, WOS-W, WOSN-WO, WOSN-W** oraz *WOSN-P*, z czego najwyższe dotyczą wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (umiarkowana siła związku).

Tymczasem edukacja psychoseksualna o *typie B* w grupie osób sprawnych współwystępuje na poziomie umiarkowanym z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S, korelacja ujemna, $p \leq 0,05$)* oraz wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (*WOSN-W, korelacja ujemna, $p \leq 0,01$*). Z kolei dostrzega się niską korelację *edukacji psychoseksualnej o typie B* z poziomem **wiedzy o seksualności człowieka w zakresie wyniku ogólnego (WOS-WO, korelacja dodatnia, $p \leq 0,05$)** (Tabela 44).

Liczne dodatnie korelacje ujawniono między *edukacją psychoseksualną o typie C* a **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności człowieka i osób niepełnosprawnych (WOS-WO, WOSN-WO, związki o niskiej sile, $p \leq 0,05$)**, poziomem *wiedzy w zakresie wiadomości o seksualności (WOS-W, związek o umiarkowanym nasileniu $p \leq 0,01$)* oraz poziomu *wiedzy prawnej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P; umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$)* oraz korelacje ujemne z poziomem *wiedzy stereotypowej człowieka (WOS-S, umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$)* i *wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$)* (Tabela 44). Można sądzić zatem, że kompleksowa edukacja psychoseksualna (typ C) sprzyja podnoszeniu się poziomu

wiedzy seksualności w grupie osób sprawnych.

Tabela 45. Podsumowanie korelacji podejmowanych aspektów treści o seksualności otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych

	KOEPs-BIOL	KOEPs-SPOŁ-EM	KOEPs-PRW	KOEPs-ET-MOR
WOS-WO	0,02	- 0,16	- 0,17	- 0,07
<i>WOS-W</i>	0,09	- 0,26*	0,02	- 0,18
<i>WOS-S</i>	-0,40**	-0,27**	-0,64**	-0,30**
<i>WOS-P</i>	-0,07	-0,08	-0,27*	-0,01
WOS-WO	0,18	-0,15	-0,05	-0,05
<i>WOSN-W</i>	0,02	-0,22	-0,19	-0,14
<i>WOSN-S</i>	-0,38**	-0,08	-0,33**	-0,17
<i>WOSN-P</i>	0,15	-0,08	0,01	-0,05

Adnotacja: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych; KOEPs-BIOL – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-SPOŁ-EM- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-PRW- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-ET-MOR- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Ostatnim obszarem **otrzymanej edukacji psychoseksualnej jest podejmowana tematyka**. W grupie osób sprawnych ujawniono ujemne korelacje *obecności treści z zakresu prawa (KOEPs-PRW, związek o wysokiej sile; $p \leq 0,01$) treści biologicznych o seksualności (KOEPs-BIOL, związek o umiarkowanej sile, $p \leq 0,01$); kategorii obecności treści etyczno-moralnych seksualności (KOEPs-ET-MOR, związek o niskim nasileniu, $p \leq 0,05$) oraz społeczno-emocjonalnych (KOEPs-SPOŁ-EM, umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$) z poziomem wiedzy stereotypowej o seksualności (WOS-S) (Tabela 45). Pojedyncze ujemne korelacje ujawniono również między *obecnością treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL, $p \leq 0,01$) oraz prawnych (KOEPs-PRW, $p \leq 0,01$) a wymiarem wiedzy stereotypowej w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S) (umiarkowana siła związków) (Tabela 45). Związki pozostają istotne statystycznie. Oznacza to, że udział edukacji**

psychoseksualnej w większości podejmowanych tematów sprzyja spadkowi poziomu wiedzy stereotypowej. Natomiast obszar obecności treści społeczno-emocjonalnych o seksualności (*KOEPs-SPOL-EM*) wykazuje niskie ujemne relacje ($p \leq 0,05$) z poziomem wiedzy z zakresu *wiadomości na temat seksualności człowieka (WOS-W)*. Związki pozostają istotne statystycznie (Tabela 45).

2.3. Podsumowanie

Liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej podobnie jak poziom zadowolenia z niej wykazuje korelacje z poziomem większości analizowanych wymiarów wiedzy o seksualności w każdej z badanych grup. Liczba źródeł edukacji psychoseksualnej współwystępują z poziomem wiedzy stereotypowej u osób niepełnosprawnych, przy czym brak podobnych zależności w grupie porównawczej (Tabela 46).

W kategorii źródła rodzina, częściej korelacje między poziomem zadowolenia a poziomem wiedzy o seksualności występują w grupie osób sprawnych (Tabela 46). Podobnie zadowolenie ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej ze szkoły częściej ujawnia zależności w grupie porównawczej niż w grupie osób niepełnosprawnych. Co ciekawe zadowolenie z zajęć wychowania do Życia w rodzinie w żadnej z grup nie koreluje z poziomem wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (Tabela 46).

Na koniec dostrzega się nieco odwrotne rezultaty w zakresie zadowolenia z informacji o seksualności płynących z mass mediów – więcej korelacji uwidacznia się wśród niepełnosprawnych niż sprawnych rówieśników, ale nadal jest ich stosunkowo niewiele (Tabela 46).

Tymczasem w grupie osób niepełnosprawnych jedynie kompleksowa edukacja psychoseksualna (C) wiąże się z poziomem wiedzy o seksualności we wszystkich analizowanych wymiarach (wiedzy), przy czym korelacje z edukacją o typie A i B są jedynie pojedyncze (Tabela 46). Z kolei w przypadku osób sprawnych typ C koreluje w mniejszym stopniu, ale dostrzega się więcej korelacji również z typami B i A.

Biorąc pod uwagę ostatni obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej - obecność poszczególnych treści o seksualności zdecydowanie częściej zależności z

poziomem wiedzy o seksualności dostrzega się w grupie osób niepełnosprawnych niż w grupie porównawczej (Tabela 46).

Konkludując trudno jednoznacznie określić, w której z grup analizowane zmienne wykazują więcej korelacji między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poziomem wiedzy o seksualności. Niewątpliwie jednak dostrzega się różnice w tym zakresie wskazujące na specyfikę funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchu na tle sprawnych rówieśników.

Tabela 46. Porównanie związków otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności w badanych grupach osób niepełnosprawnych i sprawnych

			ON	OS
KOEPS- LICZBA a WOS			WOS-S + ↔ ** WOS-P - ↓ * WOSN-WO - ↓ * WOSN-S - ↔ **	WOS-WO - ↔ ** WOS-P - ↑ ** WOSN-WO - ↓ * WOSN-W - ↓ * WOSN-P - ↓ *
		KOEPS-ZAD a WOS		
Szkola	Rodzina	Rodzice	BRAK	WOS-W + ↑ WOS-W - ↔
		Rodzeństwo	WOSN-S - ↑ WOSN-WO - ↔	WOS-S + ↑ WOSN-WO + ↑ WOSN-P + ↑
		Inni członkowie rodziny	WOS-W - ↑ WOS-WO - ↑	WOS-S - ↑
	Szkola	Koleżanki koledy	BRAK	WOS-W - ↔ ** WOSN-WO - ↓ * WOSN-W - ↔ ** WOSN-S - ↔ **
		WdZR	WOS-P - ↔ **	WOS-P + ↔ ** WOS-S - ↔ **
		Nauczyciele innych przedmiotów	WOS-S + ↑ ** WOSN-S + ↑ ** WOSN-W - ↔ *	Wszystkie wymiary WOS N korelują ujemnie Wszystkie wymiary WOSN poza WOSN-S wykazują korelacje i są one ujemne

	Mass media	Źródła polecane	WOS-WO - \leftrightarrow ** WOSN-WO - \leftrightarrow ** WOSN-W - \uparrow **	WOS-S + \leftrightarrow ** WOSN-W - \leftrightarrow **
		Źródła samodzielnie odszukane	WOSN-P + \downarrow *	BRAK
		Źródła przypadkowo zaszywane	WOS-WO - \leftrightarrow ** WOS-W - \leftrightarrow ** WOSN-S + \leftrightarrow **	WOS-S + \leftrightarrow **
	KOEPs-TYP a WOS	Typ A	WOS-S + \leftrightarrow ** WOS-P - \leftrightarrow **	WOS-WO - \leftrightarrow ** WOS-W - \leftrightarrow ** WOSN-WO - \downarrow ** WOSN-W - \downarrow * WOSN-P - \downarrow *
Typ B		WOS-WO - \downarrow *	WOS-WO + \downarrow * WOS-S - \leftrightarrow ** WOSN-W - \leftrightarrow **	
Typ C		WOS-WO + \uparrow ** WOS-P + \uparrow ** WOS-W + \leftrightarrow ** WOS-S - \leftrightarrow ** WOSN-WO + \uparrow ** WOSN-P - \leftrightarrow ** WOSN-W + \uparrow ** WOSN-S - \downarrow **	WOS-WO + \downarrow * WOS-W + \leftrightarrow ** WOS-S - \leftrightarrow ** WOSN-WO + \downarrow * WOSN-P + \leftrightarrow ** WOSN-S - \leftrightarrow **	
KOEPs-TREŚCI a WOS	KOEPs-BIOL	Wszystkie + wymiary WOS \uparrow i WOSN \leftrightarrow Tylko WOS-S i WOSN-S -	WOS-S - \leftrightarrow ** WOSN-S - \leftrightarrow **	
	KOEPs-SPOL-EM	Tylko WOS-S i WOSN-S nie korelują; Reszta + \leftrightarrow lub \downarrow **	WOS-W - \downarrow * WOS-S - \downarrow **	
	KOEPs-PRW	Tylko WOS-S/WOSN-S brak związków Dla WOS \uparrow + ** Dla WOSN \leftrightarrow + **	WOS-P - \downarrow * WOS-S - \uparrow ** WOSN-S - \leftrightarrow **	
	KOEPs-ET-MOR	WOS-WO + \downarrow * WOS-P + \downarrow * WOSN-WO + \downarrow ** WOSN-W + \downarrow * WOSN-P + \downarrow *	WOS-S - \leftrightarrow **	

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o

seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych-- korelacja dodatnia; - korelacja ujemna; *KOEPS-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPS-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPS-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPS-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

3. Związek wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach

Wyniki analiz zależności poziomu wiedzy o seksualności a poczuciem punktualności zadań rozwojowych przedstawiono z podziałem na grupy osób niepełnosprawnych oraz ich sprawnych rówieśników.

3.1. Związek poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

Wyniki analiz w tej grupie wskazują na występowanie związków między analizowanymi zmiennymi, jednak ich siła pozostaje zazwyczaj niska. Wykazano dodatnie korelacje **poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp)** z **wynikiem ogólnym wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** na pograniczu umiarkowanej sile ($p \leq 0,01$) oraz w zakresie *wymiarów wiedzy o seksualności człowieka (WOS-W* $p \leq 0,05$; *WOS-P* $p \leq 0,05$, niska siła związków) (Tabela 47). Podobnie poczucie punktualności współwystępuje z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO, $p \leq 0,01$)**, jak również poziomem *wiedzy w zakresie wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych WOSN-W; $p \leq 0,05$* ; niska siła związków). Ujemna korelacja o niskiej sile występuje z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności (WOS-S, $p \leq 0,05$)*. Oznacza to, że wśród osób niepełnosprawnych wraz ze wzrostem wiedzy o seksualności zwiększa się poczucie punktualności zadań rozwojowych (Tabela 47).

Co ważne, wynik szczegółowy - *poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny (P-pp-zw)* w grupie osób niepełnosprawnych dodatnio koreluje z poziomem wiedzy o seksualności w większości analizowanych wymiarów. Są to związki o umiarkowanej sile dla wyników ogólnych (**WOS-WO; WOSN-WO, $p \leq 0,01$**), *wiedzy o seksualności z zakresu prawa*

(WOS-P, WOSN-P $p \leq 0,01$) oraz niskiej sile dla wiadomości o seksualności (WOS-W i WOSN-W; $p \leq 0,05$) (Tabela 47). Jedynie wiedza stereotypowa z zakresu seksualności człowieka (WOS-S) nie pozostaje w związku istotnym statystycznie, a wiedza w zakresie stereotypów o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S) ujawnia związek ujemny na pograniczu umiarkowanego nasilenia ($p \leq 0,01$, Tabela 47).

Tabela 47. Podsumowanie korelacji wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie niepełnosprawnych

	<i>P-pp</i>	<i>P-pnp</i>	<i>P-pp-zw</i>
WOS-WO	0,30**	-0,20	0,34**
WOS-W	0,24*	-0,18	0,26*
WOS-S	-0,23*	-0,20	-0,21
WOS-P	0,23*	0,006	0,33**
WOSN-WO	0,23*	-0,16	0,39**
WOSN-W	0,28**	-0,18	0,27*
WOSN-S	-0,16	-0,04	-0,30**
WOSN-P	0,12	0,09	0,32**

Adnotacja: WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;+ - korelacja dodatnia; - korelacja ujemna;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

3.2. Związki poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych

Analizy związków poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych wykazały niewiele zależności. Poziom wiedzy o seksualności wykazuje dwa słabe dodatnie związki z poczuciem punktualności zadań rozwojowych (*P-pp*)– w zakresie **wyniku ogólnego poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO, $p \leq 0,05$)** oraz *wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W, $p \leq 0,05$)*. Są to związki istotne statystycznie, pozostałe są niestotne. Oznacza to, że wysoki poziom wiedzy może wiązać się z postrzeganiem zadań rozwojowych jako punktualne. W grupie osób sprawnych nie wykazano

związków poziomu wiedzy o seksualności z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych opartych o budowanie bliskich związków i założenie rodziny (P-pp-zw)* (Tabela 48).

Wykazano natomiast ujemne związki wyniku ogólnego poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO; $p \leq 0,05$** ; związek o niskiej sile) oraz wymiaru *wiedzy o seksualności człowieka w zakresie prawa (WOS-P; $p \leq 0,01$* ; związek umiarkowany) z **zadaniami rozwojowymi określanymi jako niepunktualne (z poczuciem braku punktualności, P-pnp)** (Tabela 48). Co znaczy, że im wyższa wiedza tym mniej zachowań niepunktualnych (Tabela 48).

Tabela 48. Podsumowanie korelacji poziomu wiedzy o seksualności z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych*

	<i>P-pp</i>	<i>P-pnp</i>	<i>P-pp-zw</i>
WOS-WO	0,25*	-0,27*	0,01
<i>WOS-W</i>	0,25*	-0,17	0,00
<i>WOS-S</i>	-0,17	0,18	-0,01
<i>WOS-P</i>	0,20	-0,34**	0,03
WOSN-WO	0,20	-0,15	0,04
<i>WOSN-W</i>	0,09	-0,06	0,07
<i>WOSN-S</i>	-0,14	0,10	-0,01
<i>WOSN-P</i>	0,21	-0,15	-0,08

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;+ - korelacja dodatnia; - korelacja ujemna;
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

3.3.Podsumowanie

Również w analizie związków poziomu wiedzy o seksualności z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych* zdecydowanie więcej istotnych statystycznie związków wykazano w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza w wymiarze budowaniu bliskich relacji i zakładania rodziny. Osoby z

niepełnosprawnością częściej wykazują związki między wynikami ogólnymi poziomu wiedzy o seksualności człowieka i osób niepełnosprawnych a poczuciem punktualności zadań rozwojowych niż ich sprawni rówieśnicy. Ponadto tylko w grupie klinicznej osiągnano związki w zakresie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych z poczuciem punktualności zadań rozwojowych i jedynie tu wiedza stereotypowa ujawnia takie związki (Tabela 49).

Co istotne nie wykazano zależności między poziomem wiedzy o seksualności a poczuciem niepunktualności zadań rozwojowych wśród niepełnosprawnych, a związki takie są obecne w grupie osób sprawnych – w wymiarach wiedzy o seksualności człowieka (WOS – wynik ogólny i wiedza prawna o seksualności człowieka (Tabela 49).

Tymczasem związki poziomu wiedzy z poczuciem punktualności zadań rozwojowych związanych z obszarem budowania bliskich związków i zakładaniem rodziny nie występują w grupie osób sprawnych, a są obecne w grupie klinicznej w przypadku wszystkich analizowanych wymiarów wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN) oraz dwóch spośród czterech wymiarów wiedzy o seksualności człowieka (WOS), w tym w zakresie wyniku ogólnego i wiedzy z zakresu prawa (Tabela 49). Związki poza treściami stereotypowymi są dodatnie.

Konkludując u osób niepełnosprawnych częściej występują związki między poziomem wiedzy o seksualności, zwłaszcza osób niepełnosprawnych niż u ich sprawnych rówieśników.

Tabela 49. Porównanie związków poziomu wiedzy o seksualności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach osób niepełnosprawnych i sprawnych

	<i>ON</i>	<i>OS</i>
<i>WOS a P-pp</i>	WOS-WO + ↔ ** <i>WOS-W + ↓ *</i> <i>WOS-S - ↓</i> WOSN-WO + ↓ * <i>WOSN-W + ↓ **</i>	WOS-WO + ↓ * <i>WOS-W + ↓ *</i>
<i>WOS a P-pnp</i>		WOS-WO - ↓ *

	Brak	WOS-P - ↔ **
WOS a P-pp-zw	WOS-WO + ↔ ** WOS-P + ↔ ** WOSN-WO + ↔ ** WOSN-W + ↓ * WOSN-S - ↔ ** WOSN-P + ↔ **	brak

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych P-pp- zadania punktualne; P-pnp-zadania niepunktualne; P-pp-zw-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;+ - korelacja dodatnia; - korelacja ujemna;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

4. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w badanych grupach

Poniżej przedstawiono analizy wyników zależności aspektów otrzymanej edukacji psychoseksualnej (zmienna wyjaśniająca) z poziomem przystosowania (drugi mediator) w badanych grupach osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej oraz sprawnych rówieśników.

4.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową **liczba obecnych w otrzymanej edukacji psychoseksualnej źródeł informacji (KOEPs-LICZBA)** koreluje z **poziomem przystosowania (ABAS)**. Wykazano ujemne związki **liczby źródeł edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** z **ogólnym wskaźnikiem przystosowania (ABAS-OWA(bezpracy))**; $p \leq 0,05$; niska siła związku), z poziomem przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)**; $p \leq 0,05$; niska siła związku) oraz **umiejętnością odpoczynku i rekreacji (ABAS-Wyp)**; $p \leq 0,05$ niska siła związku). Natomiast jedyny dodatni związek występuje z przystosowaniem w zakresie **umiejętności funkcjonalnych (ABAS-UmF)**; $p \leq 0,05$; niska siła związku). (Tabela 50).

Tabela 50. Korelacje poziomu przystosowania z liczbą źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej w grupie osób niepełnosprawnych

	KOEPs- LICZBA
ABAS-OWA(bezpracy)	-0,24*
ABAS-SPOZN	-0,10
<i>ABAS-kom</i>	- 0,18
<i>ABAS-UmF</i>	0,21*
<i>ABAS-KierS</i>	- 0,13
ABAS-SPRAK	- 0,26*
<i>ABAS-ŻwS</i>	-0,19
<i>ABAS-ŻD</i>	- 0,15
<i>ABAS-ZiB</i>	- 0, 17
<i>ABAS-Sobs</i>	- 0,10
<i>ABAS-Pr</i>	0,09
ABAS-SSPOŁ	- 0,18
<i>ABAS-Wyp</i>	- 0,25*
<i>ABAS-Uspoł</i>	- 0,02

Adnotacja: ABAS-OWA**bezpracy**– ogólny wskaźnik przystosowania; ABAS-SPOZN- poziom przystosowania w sferze poznawczej; ABAS-kom- komunikacja; ABAS-UmF- umiejętności funkcjonalne; ABAS-KierS-kierowanie sobą; ABAS-SPrak-sfera praktyczna; ABAS-ŻwS-życie w społeczeństwie; ABAS-ZiB – zdrowie i bezpieczeństwo; ABAS-Pr – praca; ABAS-ZD-życie domowe; ABAS-Sobs-samoobsługa; ABAS-SSpoł-sfera społeczna; ABAS-Wyp-wypoczynek; ABAS-Uspoł-uspołecznienie; KOEPs-LICZBA- liczba obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Poziom **zadowolenia z poszczególnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej** nie wykazuje związków z **ogólnym wskaźnikiem przystosowania (ABAS-OWA(bezpracy))**. Tymczasem zadowolenie z edukacji psychoseksualnej otrzymanej od **rodziny: pozostałych członków rodziny** wykazuje ujemną wysoką korelację z poziomem przystosowania w **sferze poznawczej (ABAS-SPOZN, $p \leq 0,05$)**. Podobnie zadowolenie z informacji od *innych członków rodziny* współwystępuje na umiarkowanym poziomie z umiejętnościami *samoobsługi (ABAS-Sobs)* oraz *wypoczynku (ABAS-Wyp)* ($p \leq 0,01$ w każdej z relacji, Tabela 51). Obie korelacje są ujemne i pozostają istotne statystycznie (Tabela 51). Odwrotnie prezentuje się zadowolenie z otrzymanej edukacji psychoseksualnej od innych członków rodziny, które dodatkowo wiąże się z przystosowaniem w zakresie *uspołecznienia (ABAS-Uspoł, $p \leq 0,05$)* korelacja o wysokiej sile) (Tabela 51).

Analizy **zadowolenia** z informacji płynących ze **szkoły** w grupie osób niepełnosprawnych tworzą dwa związki o umiarkowanym nasileniu (Tabela 51). Każdy z nich wiąże się z zadowoleniem z informacji otrzymanych *od nauczycieli innych niż przedmiotu WdZR*, z czego związek z umiejętnością *wypoczywania/spędzania wolnego czasu (ABAS-Wyp)* jest ujemny ($p \leq 0,05$), natomiast związek z *uspoleczeniem (ABAS-Uspol)* w tej grupie badanych jest dodatni ($p \leq 0,05$) (Tabela 51).

Ostatnia dostrzegana zależność dotyczy **zadowolenia** z informacji na temat seksualności płynących z **mass mediów**. Jest to dodatnia korelacja o niskiej sile wskazująca, iż zadowolenie ze *źródeł samodzielnie odszukanych* współwystępuje poziomem *przystosowania w zakresie umiejętności komunikacyjnych (ABAS-kom)* (Tabela 51). Jest to związek istotny statystycznie ($p \leq 0,05$).

Tabela 51. Korelacje poziomu przystosowania i poziomu zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej w grupie niepełnosprawnych

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	rodzice	Rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżanki i koleżdy	WdZR	nauczyciele innych przedmiotów	źródła polecane	źródła samodzielnie odszukane	źródła przypadkowo zaszywane
ABAS-OWA bezpracy	-0,03	0,06	-0,21	-0,03	-0,04	-0,03	-0,11	0,06	0,11
ABAS-SPOZN	-0,06	0,10	-0,53*	-0,05	0,13	0,03	-0,10	0,17	-0,02
<i>ABAS-kom</i>	-0,28	-0,11	-0,27	-0,25	0,24	0,13	0,02	0,27*	-0,04
<i>ABAS-UmF</i>	0,09	0,28	-0,01	0,13	-0,08	0,09	0,01	-0,01	-0,07
<i>ABAS-KierS</i>	0,21	-0,18	-0,35	0,00	-0,08	-0,19	-0,13	-0,20	0,02
ABAS-SPRAK	-0,06	-0,10	-0,42	-0,03	-0,08	-0,15	-0,08	-0,08	0,21
<i>ABAS-ŻwS</i>	0,22	-0,06	0,13	0,08	-0,16	0,06	-0,07	-0,03	0,02
<i>ABAS-ŻD</i>	0,16	0,21	0,12	0,02	0,04	0,06	-0,02	0,17	0,08
<i>ABAS-ZiB</i>	-0,03	0,24	-0,01	0,08	0,03	-0,06	-0,14	-0,14	0,18
<i>ABAS-Sobs</i>	-0,09	-0,31	-0,49*	-0,11	0,09	-0,15	0,02	-0,03	0,10
<i>ABAS-Pr</i>	0,11	-0,10	-0,21	-0,06	0,16	-0,26	-0,20	-0,11	-0,17
ABAS-SSPOL	0,03	-0,05	-0,26	-0,07	-0,07	-0,24	-0,16	-0,05	0,09
<i>ABAS-Wyp</i>	0,13	-0,18	-0,49**	-0,01	-0,03	-0,37**	-0,22	-0,10	0,15

ABAS-Uspol	0,09	0,36	0,55*	0,07	- 0,03	0,32*	0,14	0,20	0,02
------------	------	------	--------------	------	--------	--------------	------	------	------

Adnotacja: ABAS-OWAbezpracy– ogólny wskaźnik przystosowania; ABAS-SPOZN- poziom przystosowania w sferze poznawczej; ABAS-kom- komunikacja; ABAS-UmF- umiejętności funkcjonalne; ABAS-KierS-kierowanie sobą; ABAS-SPrak-sfera praktyczna; ABAS-ŻwS-życie w społeczeństwie; ABAS-ZiB – zdrowie i bezpieczeństwo; ABAS-Pr – praca; ABAS-ZD-życie domowe; ABAS-Sobs-samoobsługa; ABAS-SSpol-sfera społeczna; ABAS-Wyp-wypoczynek; ABAS-Uspol-uspołecznienie;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Wśród badanych niepełnosprawnych otrzymywanie kompleksowej *edukacji psychoseksualnej (Typ C)* dodatnio koreluje **ogólnym wskaźnikiem przystosowania (ABAS-WObezpracy)** (umiarkowana siła; $p \leq 0,01$) podobnie jak z przystosowaniem w **sferze społecznej (ABAS-SSPOL)** (umiarkowana siła; $p \leq 0,05$) i **praktycznej (ABAS-SPRAK)** (niska siła) w grupie klinicznej (Tabela 52).

Dodatknie związki o umiarkowanej sile wykazano także między *edukacją typu C* a umiejętnościami *planowania wolnego czasu (ABAS-Wyp)*, zawierającymi się w **sferze społecznej** poziomu przystosowania ($p \leq 0,01$). Następnie ujawniono jedną ujemną i jedną dodatnią korelację o niskim nasileniu między edukacją w *typie C* a umiejętnościami wchodzącymi w skład **sfery poznawczej**: *umiejętnościami funkcjonalnymi (ABAS-UmF, $p \leq 0,05$)* oraz *kierowaniem sobą (ABAS-KierS, $p \leq 0,05$)*. Na koniec *edukacja psychoseksualna o typie C* ujawnia dwa dodatnie związki o niskim nasileniu z umiejętnościami przynależącymi do **sfery praktycznej** poziomu przystosowania: *życie w społeczeństwie (ABAS-ŻwS, $p \leq 0,05$)* oraz *dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo (ABAS-ZiB, $p \leq 0,05$)*. Związki pozostają istotne statystycznie (Tabela 52). Oznacza to, że wysoki poziom umiejętności adaptacyjnych za wyjątkiem umiejętności funkcjonalnych, gdzie tendencja jest odwrotna, współwystępuje z dostępem/odebraniem kompleksowej edukacji psychoseksualnej. Pozostałe typy edukacji psychoseksualnej nie wykazują korelacji istotnych statystycznie z poziomem przystosowania u osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej.

Tabela 52. Korelacje poziomu przystosowania z typami otrzymanej edukacji psychoseksualnej w grupie niepełnosprawnych

	Typ A	Typ B	Typ C
ABAS-OWAbezpracy	0,02	-0,10	0,30**
ABAS-SPOZN	-0,10	- 0,10	0,11
ABAS-kom	0,03	- 0,16	0,09

<i>ABAS-UmF</i>	0,12	0,08	- 0,22*
<i>ABAS-KierS</i>	- 0,01	- 0,19	0,21*
ABAS-SPRAK	- 0,11	- 0,08	0,25*
<i>ABAS-ŻwS</i>	- 0,21	0,13	0,24*
<i>ABAS-ŻD</i>	- 0,12	0,00	0,21
<i>ABAS-ZiB</i>	- 0,16	- 0,05	0,27*
<i>ABAS-Sobs</i>	0,02	- 0,11	0,04
<i>ABAS-Pr</i>	0,03	- 0,01	- 0,04
ABAS-SSPOŁ	- 0,18	- 0,08	0,38**
<i>ABAS-Wyp</i>	- 0,21	- 0,11	0,44**
<i>ABAS-Uspol</i>	0,12	0,11	0,09

Adnotacja: *ABAS-OWAbezpepracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpol*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspol*-uspołecznienie;; *Typ A*- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; *Typ B* – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; *Typ C*-kompleksowa edukacja psychoseksualna

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością obszar tematyki **podejmowanej w ramach edukacji psychoseksualnej** najwięcej korelacji ujawnia między *obecnością treści z zakresu biologii/fizjologii seksualności (KOEPs-BIOL)* a poziomem przystosowania (Tabela 53).

Dodatknie związki dostrzega się w zakresie **ogólnego wskaźnika przystosowania (ABAS-WObezpracy)**, choć na niskim poziomie, $p \leq 0,05$) oraz w **sferze społecznej (ABAS-SSPOŁ)** (korelacja umiarkowana, $p \leq 0,01$). Poziom przystosowania w **sferze społecznej (ABAS-SSPOŁ)** wykazuje dodatnie związki również z wymiarami treści o charakterze *społeczno-emocjonalnym (KOEPs-SPOŁ-EM)* (niska siła związku, $p \leq 0,01$) i *prawnym (KOEPs-PRW)* (umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$) otrzymanej edukacji psychoseksualnej. W zakresie poszczególnych funkcji adaptacyjnych zaobserwowano dodatnie związki o umiarkowanym nasileniu między obecnością treści o *charakterze biologicznym (KOEPs-BIOL, $p \leq 0,01$)*, *społeczno-emocjonalnym (KOEPs-SPOŁ-EM, $p \leq 0,05$)* i *prawnym (KOEPs-PRW, $p \leq 0,01$)* a *umiejętnością organizowania wolnego czasu (ABAS-wypoczynek)*. Co więcej wykryto związki o niskim nasileniu między tymi samymi kategoriami obszaru obecności treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej a *umiejętnością kierowania sobą (ABAS-KierS) ($p \leq 0,05$)* (Tabela 53)..

Na koniec kategorii otrzymanej edukacji psychoseksualnej: obecność treści o charakterze *biologicznym (KOEPs-BIOL)* (korelacja dodatnia; $p \leq 0,01$) i *społeczno-emocjonalnym (KOEPs-SPOŁ-EM)* (korelacja ujemna, $p \leq 0,01$) ujawniają korelacje o niskim nasileniu z przystosowaniem w zakresie funkcji adaptacyjnych: *umiejętności funkcjonalne (ABAS-UmF)*. Podobnie obecność *treści biologicznych (KOEPs-BIOL)* dodatnio koreluje także z umiejętnościami *dbania o zdrowie i bezpieczeństwo (ABAS-ZiB; $p \leq 0,01$)* – związek o umiarkowanym nasileniu oraz *życia w społeczeństwie (ABAS-ŻwS, $p \leq 0,01$)* - związek słaby, wchodzącymi w skład **sfery praktycznej** przystosowania (Tabela 53).

Tabela 53. Korelacje treści podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych

	KOEPs-BIOL	KOEPs-SPOŁ-EM	KOEPs-PRW	KOEPs-ET-MOR
ABAS-OWA bezpracy	0,22*	0,13	0,21	0,05
ABAS-SPOZN	0,05	0,09	0,09	0,11
ABAS-kom	0,03	0,19	0,08	0,17
ABAS-UmF	0,29**	- 0,24*	- 0,10	- 0,19
ABAS-KierS	0,30**	0,21*	0,23*	0,16
ABAS-SPRAK	0,16	0,01	0,13	- 0,07
ABAS-ŻwS	0,28**	0,19	0,14	0,08
ABAS-ŻD	0,16	0,18	0,04	0,14
ABAS-ŻiB	0,30**	0,13	0,15	- 0,01
ABAS-Sobs	- 0,09	- 0,16	0,06	- 0,20
ABAS-Pr	0,01	- 0,19	0,01	- 0,19
ABAS-SSPOŁ	0,39**	0,28**	0,34**	0,10
ABAS-Wyp	0,41**	0,31**	0,38**	0,15
ABAS-Uspoł	0,06	0,08	0,01	0,01

Adnotacja: *ABAS-OWA bezpracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpoł*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspoł*-uspołecznienie;; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczne-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

4.2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób sprawnych

W grupie osób sprawnych obszar **liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** koreluje dodatnio jedynie z przystosowaniem w zakresie funkcji *życie domowe (ABAS-ŻD)* wchodzącej w skład **sfery praktycznej** (korelacja o niskiej sile; $p \leq 0,01$; Tabela 54). Pozostałe sfery, funkcje oraz ogólny wskaźnik przystosowania w grupie osób sprawnych pozostaje bez związku, prawdopodobnie ze względu na wysokie wyniki we wszystkich badanych aspektach przystosowania osiągnięte przez badane osoby sprawne.

Tabela 54. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób sprawnych

	KOEPs-LICZBA
ABAS-OWA(bezpracy)	0,02
ABAS-SPOZN	0,05
<i>ABAS-kom</i>	0,05
<i>ABAS-Umf</i>	- 0,09
<i>ABAS-KierS</i>	- 0,04
ABAS-SPRAK	- 0,06
<i>ABAS-ŻwS</i>	0,09
<i>ABAS-ŻD</i>	0,29**
<i>ABAS-ZiB</i>	0,08
<i>ABAS-Sobs</i>	- 0,05
<i>ABAS-Pr</i>	0,07
ABAS-SSPOŁ	- 0,03
<i>ABAS-Wyp</i>	- 0,11
<i>ABAS-Uspoł</i>	0,01

Adnotacja: ABAS-OWA**bezpracy**– ogólny wskaźnik przystosowania; ABAS-SPOZN- poziom przystosowania w sferze poznawczej; ABAS-kom- komunikacja; ABAS-Umf- umiejętności funkcjonalne; ABAS-KierS-kierowanie sobą; ABAS-SPrak-sfera praktyczna; ABAS-ŻwS-życie w społeczeństwie; ABAS-ZiB – zdrowie i bezpieczeństwo; ABAS-Pr – praca; ABAS-ZD-życie domowe; ABAS-Sobs-samoobsługa; ABAS-SSpol-sfera społeczna; ABAS-Wyp-wypoczynek; ABAS-Uspoł-uspołecznienie; KOEPs-LICZBA – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

W grupie porównawczej poziom *zadowolenia* z otrzymania edukacji psychoseksualnej z poszczególnych źródeł nie koreluje z **ogólnym wskaźnikiem przystosowania (ABAS-OWA**bezpracy**)** ani ze sferą społeczną przystosowania

(**ABAS-SSPOŁ**). W kategorii **szkoła** zadowolenie z edukacji otrzymanej od *kolegów i koleżanek* dostrzega się dodatnią słabą korelację z poziomem przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** ($p \leq 0,05$). Tymczasem zadowolenie ze źródeł *przypadkowo zasłyszanych i samodzielnie odszukanych (mass media)* ujawniają ujemne umiarkowane zależności ze **sferą poznawczą przystosowania (ABAS-SPOZN)** ($p \leq 0,05$) (Tabela 55).

Ujemne umiarkowane korelacje zaobserwowano także między poziomem zadowolenia z informacji o seksualności od *nauczycieli WdZR (szkoła)*, jak również *samodzielnie odszukanych i przypadkowo zasłyszanych (mass media)* a poziomem przystosowania w zakresie funkcji adaptacyjnej *życie domowe (ABAS-ŻD)* ($p \leq 0,01$) (Tabela 55).

Co więcej umiejętności funkcjonalne wysoko dodatnio korelują z zadowoleniem z edukacji psychoseksualnej otrzymanej od rodzeństwa, jak również choć na niższym poziomie z informacji od nauczycieli WdZR (szkoła; umiarkowana siła $p \leq 0,01$) (Tabela 55). Wreszcie umiejętności komunikacyjne na poziomie umiarkowanym korelują dodatnio z zadowoleniem z samodzielnie odszukanych informacji na temat seksualności (mass media) w grupie osób sprawnych.

Tabela 55. Korelacje zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób sprawnych

ABAS	Rodzina				Szkoła			Mass media		
	<i>rodzice</i>	<i>Rodzeństwo</i>	<i>inni członkowie rodziny</i>	<i>koleżanki i koledzy</i>	<i>WdZR</i>	<i>nauczyciele innych przedm</i>	<i>źródła polecane</i>	<i>źródła samodzielnie odszukane</i>	<i>źródła przypadkowo zasłyszane</i>	
ABAS-OWA (bezpracy)	-0,22	-0,17	----- -----	0,02	0,03	0,03	-0,06	-0,31	-0,27	
ABAS-SPOZN	- 0,14	0,01	-----	- 0,06	-0,08	- 0,12	- 0,18	- 0,37*	- 0,35*	
<i>ABAS-kom</i>	- 0,08	0,09	-----	0,21	0,01	0,32	0,21	0,33*	0,19	
<i>ABAS-Umf</i>	0,06	0,61*	-----	0,11	0,34*	- 0,19	0,12	0,14	0,14	
<i>ABAS-KierS</i>	0,03	- 0,47	-----	- 0,11	- 0,02	- 0,30	- 0,21	- 0,14	- 0,20	

ABAS-SPRAK	- 0,09	- 0,38	-----	0,25*	0,21	0,18	0,22	0,28	0,24
<i>ABAS-ŻwS</i>	- 0,07	- 0,12	-----	0,11	0,24	0,19	0,12	0,14	0,14
<i>ABAS-ŻD</i>	- 0,25	0,33	-----	- 0,06	-0,34**	0,14	- 0,12	- 0,47**	- 0,31**
<i>ABAS-ZiB</i>	0,13	-----	-----	- 0,19	-----	-----	- 0,21	-----	-----
<i>ABAS-Sobs</i>	- 0,05	- 0,33	-----	0,23	0,13	0,07	0,18	0,26	0,21
<i>ABAS-Pr</i>	- 0,11	- 0,23	-----	0,05	- 0,16	0,15	- 0,09	0,00	- 0,03
ABAS-SSPOŁ	- 0,09	0,12	-----	- 0,09	0,19	0,08	0,00	0,05	- 0,20
<i>ABAS-Wyp</i>	- 0,23	- 0,12	-----	0,14	0,10	0,19	0,17	-----	-----

*Adnotacja: ABAS-OWA*bezpracy– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpol*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspol*-uspołecznienie;;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Wśród **typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej** w grupie osób sprawnych żaden z nich nie koreluje z **ogólnym poziomem przystosowania (ABAS-OWAbezpracy)** oraz poziomem przystosowania w sferze społecznej (**ABAS-SSPOŁ**). Natomiast obecne są dodatnie korelacje między edukacją psychoseksualną o *typie C* i ujemne między edukacją o *typie A* a poziomem przystosowania w sferze **praktycznej (ABAS-SPRAK)** – oba związki o umiarkowanej sile ($p \leq 0,01$) Umiejętności *samoobsługowe (ABAS-Sobs*, wchodzące w skład **sfer praktycznej**) również dodatnio korelują z edukacją psychoseksualną o *typie C* (średnie nasilenie związku $p \leq 0,01$) a negatywnie z edukacją o *typie A* (siła umiarkowana, $p \leq 0,01$). Co więcej edukacja psychoseksualna o *typie A* wykazuje dodatni związek o niskim nasileniu z poziomem przystosowania w zakresie funkcji adaptacyjnej *życie domowe (ABAS-ŻD*, $p \leq 0,05$). (Tabela 56).

Tabela 56. *Korelacje typu otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem przystosowania w grupie osób sprawnych*

	<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>
ABAS-OWA(bezpracy)	-0,05	-0,17	0,19
ABAS-SPOZN	- 0,01	- 0,15	0,25*
<i>ABAS-kom</i>	0,00	- 0,21	0,19
<i>ABAS-UmF</i>	- 0,17	- 0,07	0,21

<i>ABAS-KierS</i>	- 0,22	0,15	0,17
ABAS-SPRAK	- 0,32**	0,05	0,32**
<i>ABAS-ŻwS</i>	- 0,11	- 0,10	0,13
<i>ABAS-ŻD</i>	0,28*	- 0,22	- 0,15
<i>ABAS-ZiD</i>	0,04	0,07	- 0,11
<i>ABAS-Sobs</i>	- 0,30**	0,06	0,30**
<i>ABAS-Pr</i>	0,12	0,08	- 0,19
ABAS-SSPOŁ	0,14	- 0,09	- 0,14
<i>ABAS-Wyp</i>	0,04	- 0,16	0,08
<i>ABAS-Uspol</i>	0,13	- 0,05	- 0,17

Adnotacja: ABAS-OWAbzpracy– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpoł*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspol*-uspołecznienie; *Typ A*- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; *Typ B* – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; *Typ C*-kompleksowa edukacja psychoseksualna

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Ostatni analizowany obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej - **podejmowane treści o seksualności** w grupie osób sprawnych w niewielkim stopniu koreluje z poziomem przystosowania.

Kategoria obecność *treści społeczno-emocjonalnych* o seksualności (*KOEPs-SPOŁ-EM*) koreluje dodatnio z poziomem przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** (umiarkowana korelacja, $p \leq 0,01$) oraz umiejętnościami *samoobsługowymi* (*ABAS-Sobs*, korelacja niska; $p \leq 0,05$). Ponadto uwidacznia się ujemny słaby związek między omawianą kategorią otrzymanej edukacji psychoseksualnej (*KOEPs_SPOŁ_EM*) a funkcją adaptacyjną *życie domowe* (*ABAS-ŻD*) w grupie porównawczej ($p \leq 0,05$). (Tabela 57).

Biorąc pod uwagę *obecność treści prawnych o seksualności* (*KOEPs-PRW*) dostrzega się ponownie korelacje z poziomem przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** oraz w zakresie funkcji *samoobsługa* (*ABAS-Sobs*). Korelacje są dodatnie i charakteryzują się słabym nasileniem ($p \leq 0,05$) (Tabela 57).

Kategoria obecność treści *etyczno-moralnych o seksualności* (*KOEPs-ET-MOR*) ponownie wykazuje te same związki co treści prawne, jednak w przypadku korelacji z poziomem przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** związek osiąga siłę umiarkowaną, natomiast zależność z funkcją adaptacyjną *samoobsługa* (*ABAS-Sobs*)

utrzymuje słabe nasilenie w tej grupie badanych ($p \leq 0,05$) (Tabela 57).

Tabela 57. Korelacje podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej treści seksualności z poziomem przystosowania a w grupie osób sprawnych

	KOEPs-BIOL	KOEPs-SPOŁ-EM	KOEPs-PRW	KOEPs-ET-MOR
ABAS-OWAbezpracy	0,20	0,18	0,14	0,18
ABAS-SPOZN	0,14	0,06	0,06	0,09
<i>ABAS-kom</i>	0,05	0,07	- 0,02	0,01
<i>ABAS-UmF</i>	0,15	0,11	0,13	0,15
<i>ABAS-KierS</i>	0,14	0,09	0,11	0,12
ABAS-SPRAK	0,19	0,30**	0,24*	0,30**
<i>ABAS-ŻwS</i>	0,03	0,06	0,05	0,08
<i>ABAS-ŻD</i>	- 0,16	- 0,25*	- 0,12	- 0,21
<i>ABAS-ZiB</i>	0,15	- 0,04	0,01	- 0,09
<i>ABAS-Sobs</i>	0,18	0,28*	0,25*	0,28*
<i>ABAS-Pr</i>	- 0,18	- 0,15	- 0,10	- 0,19
ABAS-SSPOŁ	0,13	0,10	0,09	0,12
<i>ABAS-Wyp</i>	- 0,02	0,12	- 0,02	0,13
<i>ABAS-Uspoł</i>	0,14	0,07	0,09	0,08

Adnotacja: *ABAS-OWAbezpracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ŻD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpoł*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspoł*-uspołecznienie; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczne-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

4.3. Podsumowanie

Ponownie jak poprzednio liczba źródeł oraz poziom zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej wykazały nieliczne związki z poziomem przystosowania w różnych sferach w każdej z grup, choć więcej było ich w grupie osób niepełnosprawnych ruchowo. W grupie osób sprawnych liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej wykazuje związek jedynie z umiejętnościami życia domowego, tymczasem u osób sprawnych związki ujawniają się na poziomie ogólnego wskaźnika przystosowania, przystosowania w sferze praktycznej – niestety są one

ujemne. Dodatkowo natomiast obserwuje się w zakresie funkcji: umiejętności funkcjonalne oraz wypoczynek, przy czym nie ma związku z funkcją życie domowe (Tabela 58).

Zadowolenie z informacji o seksualności otrzymanych w rodzinie w każdej z grup wykazało niewiele zależności. Jednak w grupie klinicznej jest ich więcej w zakresie wskaźnika zadowolenie z informacji od innych członków rodziny w związku z poziomem przystosowania w sferze poznawczej, samoobsługi, wypoczynku i uspołecznienia, gdzie tylko te ostatnie są dodatnie ($p \leq 0,05$). Tymczasem jedyna korelacja w kategorii rodzina w grupie sprawnych dotyczy zadowolenia z informacji od rodzeństwa w powiązaniu ze wzrostem poziomu umiejętności funkcjonalnych (Tabela 58).

Zadowolenie z informacji uzyskanych w szkole: od kolegów i koleżanek oraz nauczycieli WdZR wykazuje pojedyncze związki z poziomem przystosowania (sfera praktyczna, umiejętności funkcjonalne, życie domowe) w grupie osób sprawnych, W grupie klinicznej związki w zakresie wymienionych wskaźników otrzymanej edukacji psychoseksualnej nie występują, ale ujawnia się dwie korelacje zadowolenia z edukacji otrzymanej od nauczycieli innych przedmiotów z pojedynczymi funkcjami adaptacyjnymi tworzącymi sferę społeczną przystosowania (wypoczynkiem – korelacja ujemna oraz uspołecznieniem – korelacja dodatnia) (Tabela 58).

Kategoria zadowolenie a informacji uzyskanych z mass mediów nie wykazała żadnych związków z poziomem przystosowania we wskaźniku źródeł poleconych w żadnej z badanych grup (Tabela 58). Tymczasem ujawniono jeden związek jeden związek źródeł samodzielnie odszukanych z poziomem przystosowania w funkcji komunikacja, oraz trzy związki w grupie porównawczej (sfera poznawcza; komunikacja oraz samoobsługa) (Tabela 58). Jak dotąd współwystępowanie zadowolenia ze źródeł samodzielnie odszukanych i poziomu przystosowania w zakresie funkcji adaptacyjnej komunikacja jest jedynym powielającym się w obu grupach rezultatach, przy czym siła związku w grupie porównawczej jest wyższa (Tabela 58).

Na koniec źródła przypadkowo zasłyszane korelują z poziomem przystosowania jedynie w grupie niepełnosprawnych w zakresie przystosowania w sferze poznawczej i funkcji umiejętności funkcjonalne (Tabela 58).

Również typ edukacji psychoseksualnej zdecydowanie częściej koreluje z poziomem przystosowania w poszczególnych sferach w grupie osób niepełnosprawnych – gdzie obecne są jedynie korelacje dodatnie z całościową edukacją psychoseksualną (Typ C), ale dotyczą one zarówno ogólnego wskaźnika przystosowania, przystosowania w sferze praktycznej i społecznej oraz przystosowania w czterech funkcjach adaptacyjnych. Z kolei w grupie sprawnych występują jedynie trzy powiązania między edukacją o Typie C a poziomem przystosowania w sferze poznawczej (brak takiej relacji w grupie klinicznej), sferze praktycznej (ponownie siła związku w grupie porównawczej jest wyższa niż w grupie klinicznej) oraz w zakresie funkcji samoobsługa. Dostrzega się również pojedyncze korelacje między typem A a przystosowaniem w sferze praktycznej, a tu również w funkcjach życie domowe i samoobsługa, gdzie brak podobnych korelacji w grupie klinicznej (Tabela 58).

Obszar podejmowane/obecne treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej ilościowo wykazuje więcej związków w grupie osób niepełnosprawnych (Tabela 58). Co ciekawe sfera praktyczna częściej koreluje z obecnością poszczególnych treści o seksualności w grupie osób sprawnych a sfera społeczna w grupie osób z niepełnosprawnością. Ponadto obecność treści biologicznych zdecydowanie częściej ujawnia związki z poziomem przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych podobnie jak treści etyczno-moralne, które wykazują pojedyncze związki w grupie porównawczej oraz brak związków z grupie klinicznej (Tabela 58). Interesujący rezultat stanowią dodatnie zależności obecności wszystkich poza biologicznymi treści o seksualności z poziomem przystosowania w funkcji samoobsługa, gdzie podobne relacje w grupie klinicznej nie występują (Tabela 58).

Konkludując otrzymana edukacja psychoseksualna koreluje z poziomem przystosowania w każdej z grup na różnym poziomie i w różnym zakresie, co uzasadnia podejrzenie zróżnicowania między grupami oraz przyjrzeniu się osobom niepełnosprawnym bliżej,

Tabela 58. Podsumowanie związków otrzymanej edukacji psychoseksualnej i poziomu przystosowania między grupami osób niepełnosprawnych i sprawnych

	ON	OS
--	----	----

		<i>KOEPS-LICZBA a ABAS</i>			ABAS-OWAbezpracy - ↓ * ABAS-SPRAK - ↓ * <i>ABAS-UmF</i> + ↓ * <i>ABAS-Wyp</i> - ↓ *	<i>ABAS-ŻD</i> + ↓ **
				<i>KOEPS-ZAD a ABAS</i>		
<i>Mass media</i> <i>Źródła poleconae</i>	<i>Rodzina</i>			<i>Rodzice</i>	BRAK	BRAK
				<i>Rodzeństwo</i>	BRAK	<i>ABAS-UmF</i> + ↑ **
				<i>Inni członkowie rodziny</i>	ABAS-SPOZN - ↑ * <i>ABAS-Sobs</i> - ↔ * <i>ABAS-Wyp</i> - ↔ * <i>ABAS-Uspol</i> + ↑ *	BRAK
	<i>Szkola</i>			<i>Koleżanki i koleżdy</i>	BRAK	ABAS-SPRAK + ↓ *
				<i>WdZR</i>	BRAK	<i>ABAS-UmF</i> + ↔ * <i>ABAS-ŻD</i> - ↔ **
				<i>Nauczyciele innych przedmiotów</i>	<i>ABAS-Wyp</i> - ↔ * <i>ABAS-Uspol</i> + ↔ *	BRAK
					BRAK	BRAK

		Źródła samodzielnie odszukane	ABAS-kom + ↓ *	ABAS-SPOZN - ↔ * ABAS-kom + ↔ * ABAS-ŹD - ↔ **
		Źródła przypadkowo zasłyszane	BRAK	ABAS-SPOZN - ↔ * ABAS-ŹD - ↔ **
KOEPS-typy a ABAS	Typ A	BRAK	ABAS-SPRAK - ↔ ** ABAS-ŹD + ↓ * ABAS-Sobs - ↔ **	
	Typ B	BRAK	BRAK	
	Typ C	ABAS-OWAbezpracy + ↔ ** ABAS-SPRAK + ↓ * ABAS-SSPOL + ↔ ** ABAS-UmF - ↓ * ABAS-KierS + ↓ * ABAS-ŹwS + ↓ * ABAS-ZiB + ↓ * ABAS-Wyp + ↔ **	ABAS-SPOZN + ↓ * ABAS-SPRAK + ↔ ** ABAS-Sobs + ↔ **	
KOEPS-TREŚCI a ABAS	KOEPS-BIOL	ABAS-OWAbezpracy + ↔ ** ABAS-SPRAK + ↓ * ABAS-SSPOL + ↔ ** ABAS-UmF - ↓ * ABAS-KierS + ↓ * ABAS-ŹwS + ↓ * ABAS-ZiB + ↓ * ABAS-Wyp + ↔ **	BRAK	
	KOEPS-SPOL-EM	ABAS-SSPOL + ↔ ** ABAS-KierS + ↓ * ABAS-UmF - ↓ * ABAS-Wyp + ↔ **	ABAS-SPRAK + ↔ ** ABAS-ŹD - ↓ * ABAS-Sobs + ↓ *	
	KOEPS-PRW	ABAS-SSPOL + ↔ ** ABAS-KierS + ↓ * ABAS-Wyp + ↔ **	ABAS-SPRAK + ↓ * ABAS-Sobs + ↓ *	

	KOEPs-ET-MOR	BRAK	A BAS-SPRAK + ↔ ** <i>ABAS-Sobs</i> + ↓ *
--	--------------	------	---

Adnotacja: *ABAS-OWAbezpracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpol*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspol*-uspołecznienie; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOL-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etycznie-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *Typ A*- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; *Typ B* – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; *Typ C*-kompleksowa edukacja psychoseksualna; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

5. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach

5.1. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

Rezultaty analiz statystycznych wykazały obecność słabego dodatniego związku **ogólnego poziomu przystosowania (ABAS-OWAbezpracy)** z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych w zakresie budowania bliskich relacji (P-pp-zw)* wśród badanych niepełnosprawnych ($p \leq 0,05$; Tabela 59).

Także **sfera społeczna (ABAS-SSPOL)** dodatnio koreluje z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp)* (związek o niskiej sile; $p \leq 0,05$), podobnie jak *umiejętności komunikacyjne (ABAS-kom)*, które również wykazują słaby dodatni związek z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp, $p \leq 0,01$)* (Tabela 59).

Ponadto **sfera poznawcza (ABAS-SPOZN, $p \leq 0,05$)**, czyli *umiejętności pozwalające na zdobywanie wiedzy o świecie oraz decydowanie o sobie*, a w szczególności także *umiejętności komunikacyjne (ABAS-kom, $p \leq 0,05$)* i *zdolność kierowania sobą (ABAS-KieS $p \leq 0,01$)*, współwystępują dodatnio na niskim poziomie z *poczuciem punktualności budowania bliskich związków (P-pp-zw)* (Tabela 59).

Tabela 59. Korelacje poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

	<i>P-pp</i>	<i>P-pnp</i>	<i>P-pp-zw</i>
ABAS-OWA(bezpracy)	0,18	-0,09	0,21*
ABAS-SPOZN	0,19	- 0,11	0,23*
<i>ABAS-kom</i>	0,29**	- 0,11	0,22*
<i>ABAS-UmF</i>	- 0,09	- 0,01	-0,16
<i>ABAS-KierS</i>	0,09	- 0,07	0,28**
ABAS-SPRAK	0,11	0,07	0,14
<i>ABAS-ŻwS</i>	- 0,01	0,02	0,06
<i>ABAS-ŻD</i>	0,17	- 0,02	0,11
<i>ABAS-ZiB</i>	0,03	- 0,01	0,18
<i>ABAS-Sobs</i>	0,15	0,05	0,08
<i>ABAS-Pr</i>	0,20	- 0,18	-0,05
ABAS-SSPOŁ	0,21*	- 0,05	0,09
<i>ABAS-Wyp</i>	0,20	- 0,06	0,12
<i>ABAS-Uspoł</i>	0,14	- 0,08	0,06

Adnotacja: *ABAS-OWAbezpracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpoł*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspoł*-uspołecznienie; *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*–zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

5.2. Związek poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych

Wyniki dotyczące związków między sferami i funkcjami adaptacyjnymi w zakresie poziomu przystosowania a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych wskazują na występowanie nielicznych związków. Nie dostrzega się związków istotnych statystycznie **ogólnego wskaźnika przystosowania (ABAS-OWAbezpracy)** oraz przystosowania w **sferze praktycznej (ABAS-SPRAK)** i **poznawczej (ABAS-SPOZN)** z poczuciem punktualności (*P-pp*) i niepunktualności (*P-pnp*) zadań rozwojowych przez badanych sprawnych. Jedynie poziom przystosowania w **sferze społecznej (ABAS-SSPOŁ)** wykazuje dodatni związek o niskim nasileniu z

poczuciem punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków (*P-pp-zw*, $p \leq 0,05$) (Tabela 60).

Jedynie kilka funkcji adaptacyjnych wykazało związki z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp)* w grupie osób sprawnych.

Umiejętności wykorzystywane w *pracy (ABAS-Pr)* dodatkowo na umiarkowanym poziomie korelują z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp)*, $p \leq 0,01$ jednocześnie wykazując słaby ujemny związek z *poczuciem niepunktualności (P-pnp)*, $p \leq 0,05$) (Tabela 60).

W grupie porównawczej zaobserwowano także dodatnią zależność o niskim nasileniu między poziomem przystosowania w zakresie *umiejętności samoobsługowych (ABAS-Sobs)* a *poczuciem punktualności zadań rozwojowych (P-pp)*, $p \leq 0,05$) (Tabela 60).

Tabela 60. Korelacje poziomu przystosowania z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób sprawnych*

	<i>P-pp</i>	<i>P-pnp</i>	<i>P-pp-zw</i>
ABAS-OWA(bezpracy)	0,02	-0,01	0,00
ABAS-SPOZN	0,17	-0,12	0,08
<i>ABAS-kom</i>	-0,03	-0,01	-0,16
<i>ABAS-UmF</i>	0,02	-0,08	-0,15
<i>ABAS-Kiers</i>	0,19	-0,08	0,16
ABAS-SPRAK	0,20	-0,12	0,13
<i>ABAS-ŻwS</i>	-0,08	-0,02	-0,07
<i>ABAS-ŻD</i>	-0,05	0,00	-0,13
<i>ABAS-ZiB</i>	0,10	-0,12	-0,03
<i>ABAS-Sobs</i>	0,24*	-0,10	0,14
<i>ABAS-Pr</i>	0,33**	-0,22*	-0,20
ABAS-SSPOŁ	-0,03	-0,10	0,23*
<i>ABAS-Wyp</i>	0,15	-0,16	0,13
<i>ABAS-Uspoł</i>	-0,07	-0,05	0,19

Adnotacja: *ABAS-OWA(bezpracy)*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpoł*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspoł*-uspołecznienie; *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

5.3. Podsumowanie

W grupie osób niepełnosprawnych poziom przystosowania, w tym ogólny wskaźnik przystosowania częściej koreluje z poczuciem punktualności zadań rozwojowych niż w grupie osób sprawnych. Szczególnie wyraźne jest to w kontekście związków z poczuciem punktualności w zakresie budowania bliskich związków i zakładania rodziny. Może stanowić to efekt niższych wyników w zakresie wszystkich obszarów poziomu przystosowania osiągniętych przez osoby z niepełnosprawnością niż w przez ich sprawnych rówieśników.

Osoby niepełnosprawne wykazują związki między sferą społeczną poziomu przystosowania a poczuciem punktualności zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości, przy czym w grupie sprawnych związki te dotyczą jedynie samoobsługi i umiejętności wykorzystywanych w pracy, zatem w mniejszym stopniu odnoszą się do budowania relacji interpersonalnych (Tabela 61). Ponadto wśród w grupie klinicznej także umiejętności komunikacyjne okazują się istotne w tym zakresie, prawdopodobnie w wyniku trudności w tej sferze doświadczanych niejednokrotnie przez osoby z grupy badanych, zwłaszcza mózgowym porażeniem dziecięcym.

Co więcej nie dostrzega się związków między poczuciem niepunktualności a poziomem przystosowania w grupie klinicznej, co obecne było już w poprzednich porównaniach, a jeden taki związek występuje w grupie osób sprawnych – podobnie jak w przypadku poczucia punktualności z funkcją adaptacyjną – praca (Tabela 61).

Na koniec poczucie punktualności związane z zakładaniem rodziny i budowaniem bliskich związków wykazało więcej związków w grupie osób niepełnosprawnych w porównaniu do wyników sprawnych rówieśników. U tych związek występuje jedynie z poziomem przystosowania w sferze społecznej, co jest rezultatem spodziewanym. Tymczasem u osób niepełnosprawnych związki dotyczą zarówno ogólnego wskaźnika przystosowania jak i sfery poznawczej a w jej zakresie funkcji adaptacyjnych takich jak kierowanie sobą i komunikacja, z zupełnym pominięciem zarówno sfery społecznej, jak i funkcji adaptacyjnych wchodzących w jej skład (Tabela 61).

Tabela 61. Porównanie związków poziomu przystosowania z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanych grupach osób niepełnosprawnych i sprawnych

	ON	OS
ABAS a P-pp	ABAS-SSPOŁ + ↓ * <i>ABAS-kom</i> + ↓ **	<i>ABAS-Sobs</i> + ↓ ** <i>ABAS-Pr</i> + ↔ **
ABAS a P-pnp	Brak	<i>ABAS-Pr</i> - ↓ **
ABAS a P-pp-zw	ABAS-OWAbezpracy + ↓ * ABAS-SPOZN + ↓ * <i>ABAS-kom</i> + ↓ * <i>ABAS-KierS</i> + ↓ *	ABAS-SSPOŁ + ↓ *

Adnotacja: *ABAS-OWAbezpracy*– ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-UmF*- umiejętności funkcjonalne; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SPrak*-sfera praktyczna; *ABAS-ŻwS*-życie w społeczeństwie; *ABAS-ZiB* – zdrowie i bezpieczeństwo; *ABAS-Pr* – praca; *ABAS-ZD*-życie domowe; *ABAS-Sobs*-samoobsługa; *ABAS-SSpol*-sfera społeczna; *ABAS-Wyp*-wypoczynek; *ABAS-Uspol*-uspołecznienie; *P-pp*- zadania punktualne; *P-pnp*-zadania niepunktualne; *P-pp-zw*-zadania punktualne związane z budowaniem intymnych relacji i zakładaniem rodziny;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

6. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w badanych grupach

W kolejnym punkcie przeprowadzono analizę korelacji obszarów otrzymanej edukacji psychoseksualnej (zmienna wyjaśniająca) z wymiarami koncepcji własnej seksualności (mediator związku pobocznego). Wyniki przedstawiono dla dwóch grup: osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz ich sprawnych rówieśników.

6.1. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w grupie osób niepełnosprawnych

Analizując związki między wymiarami koncepcji własnej seksualności dotyczącymi samooceny należy zaznaczyć, że oba – zarówno pozytywna jak i negatywna są wymiarami jednokierunkowymi. Wynik 0 oznacza zarówno w przypadku pozytywnej jak i negatywnej samooceny neutralne nastawienie, z kolei wyniki wysokie odpowiednio pozytywną lub negatywną. Jest to ważne z perspektywy rozumienia sposobu interpretacji wyników.

Obszar **liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** w grupie klinicznej koresponduje jedynie z wymiarami *poczucia odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* oraz *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* **koncepcji własnej seksualności** - korelacje ujemne na umiarkowanym i niskim poziomie ($p \leq 0,01$) (Tabela 62).

Tabela 62. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie niepełnosprawnych

Wymiary koncepcji własnej seksualności		KOEPs-LICZBA
Samowiedza seksualna	KWS-SPW	- 0,11
	KWS-SEX	- 0,37**
	KWS-ODP	- 0,28**
Samooocena seksualna	KWS-POZ	0,01
	KWS-NEG	- 0,05

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna; KOEPs-LICZBA – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Ponadto w grupie osób niepełnosprawnych **zadowolenie z poszczególnych źródeł edukacji psychoseksualnej** najczęściej koresponduje z wymiarem koncepcji własnej seksualności *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)*. Im wyższe zadowolenie z informacji otrzymywanych od **rodziny: rodziców** oraz *innych członków rodziny* (dodatnie korelacje o wysokiej sile; odpowiednio $p \leq 0,01$) tym *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* wyższe (Tabela 63).

Biorąc pod uwagę poziom zadowolenia z informacji o seksualności dostarczanych w **szkole** w grupie osób niepełnosprawnych dostrzega się korelacje z wymiarami koncepcji własnej seksualności jedynie w zakresie jednego wskaźnika. Zadowolenie z treści otrzymanych *od nauczycieli WdZR* ujemnie koreluje z *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* (wysoka siła związku) *poczuciem sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* oraz *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* (związki o umiarkowanym nasileniu; $p \leq 0,01$, Tabela 63). Co więcej zaobserwowano jedną ujemną zależność między zadowoleniem z informacji otrzymanych *od nauczycieli Wychowania do Życia w Rodzinie (WdŻR)* a wymiarem koncepcji własnej seksualności - *pozytywna samoocena seksualna (KWS-POZ)* (umiarkowana siła związku, $p \leq 0,01$; Tabela 63).

Osoby niepełnosprawne w kategorii poziomu zadowolenia z treści otrzymywanych ze wszystkich źródeł **mass mediów** wykazują dodatnie korelacje z

wymiarem *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)*. Szczegółowe analizy wskaźników poziomu zadowolenia dostarczają danych, iż źródła *samodzielnie odzyskane* wykazują wysokie dodatnie korelacje ($p \leq 0,01$), z kolei źródła *polecane* i *przypadkowo zasłyszane* korelacje umiarkowane, także dodatnie ($p \leq 0,01$) z wymiarem koncepcji własnej seksualności - *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)*. (Tabela 63). Co więcej inne wymiary koncepcji własnej seksualności korespondują z poziomem zadowolenia z informacji otrzymywanych z **mass mediów**. Wymiar *poczucia sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* wykazuje korelacje o niskim nasileniu, gdzie zadowolenie z źródeł *samodzielnie odzyskanych* wiąże się ze wzrostem *poczucia sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* (związek dodatni, $p \leq 0,05$), natomiast zadowolenie ze źródeł *polecanych* koresponduje ze spadkiem *poczucia sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)*, związek ujemny; $p \leq 0,01$) (Tabela 63). Zadowolenie ze źródeł *samodzielnie odzyskanych* koreluje dodatnio z *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) oraz *samooceną pozytywną w zakresie życia seksualnego (KWS-POZ)*; umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) (Tabela 63). Na koniec zaobserwowano, że zadowolenie ze źródeł *polecanych* ujemnie koreluje z *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* (korelacja o umiarkowanym nasileniu, $p \leq 0,01$) (Tabela 63).

Tabela 63. *Korelacje poziomu zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie niepełnosprawnych*

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	Rodzice	Rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżanki i koledzy	WdZR	nauczyciele innych przedmiotó	źródła polecane	źródła samodzielnie odzyskane	źródła przypadkow o zasłyszane
<i>KWS-SPW</i>	0,35	- 0,22	0,36	0,01	-0,45**	- 0,03	- 0,25**	0,25*	0,06
<i>KWS-SEX</i>	0,69**	0,02	0,60**	0,27	-0,67**	0,04	0,50**	0,55**	0,46**
<i>KWS-ODP</i>	0,35	0,38	0,37	0,13	-0,39**	- 0,13	- 0,01	0,30**	0,20
<i>KWS-POZ</i>	0,22	0,01	0,31	-0,10	-0,44**	0,11	- 0,03	0,36**	- 0,01
<i>KWS-NEG</i>	0,44	0,11	0,07	0,12	-0,27	- 0,08	- 0,42**	0,16	0,05

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna;

*** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;*

Dokonane analizy wykazały liczne związki **między typami otrzymanej edukacji psychoseksualnej** a wymiarami **koncepcji własnej seksualności** w grupie osób niepełnosprawnych. Obecność *restrykcyjnego modelu edukacji psychoseksualnej (typ A)* ujemnie koreluje na umiarkowanym poziomie z *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX; $p \leq 0,05$)* oraz *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP) ($p \leq 0,01$)*. Co więcej dostrzega się wysokie ujemne korelacje między *otrzymaniem edukacji psychoseksualnej w typie A* a *poczuciem sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW; $p \leq 0,01$)* (Tabela 64). Tym samym treści te (w typie A) korespondują z samooceną seksualną w zakresie dodatniej relacji z jej negatywnym wymiarem (*KWS-NEG*) (wysoka siła związku; $p \leq 0,01$) oraz ujemnej z pozytywnym (*KWS-POZ*) (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) (Tabela 64).

Edukacja psychoseksualna zwana biologiczną (*typ B*) podobnie jak restrykcyjna wykazuje korelacje ze wszystkimi wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób niepełnosprawnych. Obecność treści o charakterze permissywnym (*typ B*) dodatkowo koreluje z *poczuciem sprawczości (KWS-SPW)* i *poczuciem odpowiedzialności (KWS-ODP)* za własne życie seksualne – niska siła związku ($p \leq 0,05$) oraz *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* - umiarkowana siła związku ($p \leq 0,01$). Powieliły się również wyniki dotyczące relacji z wymiarami samooceny seksualnej koncepcji własnej seksualności. Edukacja o *typie B* ujawnia współzmienność z *pozytywną samooceną seksualną (KWS-POZ)*- korelacja ujemna oraz z *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)*- korelacja dodatnia (oba związki o umiarkowanej sile, $p \leq 0,01$) (Tabela 64).

Tymczasem całościowa edukacja psychoseksualna (*typ C*) w grupie klinicznej dodatkowo koreluje z wymiarami *poczucia sprawczości (KWS-SPW)* i *odpowiedzialności (KWS-ODP)* za własne życie seksualne (umiarkowana siła związków; $p \leq 0,01$) oraz *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* (niska siła związku; $p \leq 0,05$). Ponadto dostrzeżono umiarkowany dodatni związek między obecnością treści o seksualności o *typie C* a *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG; $p \leq 0,01$)* (Tabela 64).

Tabela 64. Korelacje typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie niepełnosprawnych

		Typ A	Typ B	Typ C
Samowiedza seksualna	KWS-SPW	- 0,52**	0,25*	0,35**
	KWS-SEX	- 0,40*	0,42**	0,25*
	KWS-ODP	- 0,45**	0,27*	0,39**
Samocena seksualna	KWS-POZ	- 0,43**	-0,43**	0,15
	KWS-NEG	0,58**	0,42**	0,38**

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna; Typ A- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; Typ B – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; Typ C-kompleksowa edukacja psychoseksualna
 ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej **obecność treści o seksualności** wykazała korelacje z wymiarami **koncepcji własnej seksualności** u osób niepełnosprawnych (Tabela 65). Najwięcej dodatnich związków zauważono między obecnością *treści o charakterze społeczno-emocjonalnym (KOEPs-SPOŁ-EM)* z *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)*, *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* (umiarkowana siła związków, $p \leq 0,01$) oraz *poczuciem sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* (wysoka siła związku $p \leq 0,01$) (Tabela 65).

Obecność treści społeczno-emocjonalnych aspektów seksualności (KOEPs-SPOŁ-EM) wykazuje podobny dodatni związek o umiarkowanym nasileniu z *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* ($p \leq 0,01$). Widoczna jest też zależność odwrotna – ujemna o średnim nasileniu z *pozytywną samooceną seksualną (KWS-POZ)*; $p \leq 0,01$) (Tabela 65).

Treści dotyczące *prawnych informacji o seksualności (KOEPs-PRW)* dodatnio korelują *poczuciem sprawczości (KWS-SPW)* oraz *poczuciem odpowiedzialności (KWS-ODP)* za *własne życie seksualne* (Tabela 65, niska siła związku; $p \leq 0,01$). Ponadto ujawniają umiarkowaną dodatnią zależność z *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* ($p \leq 0,01$).

Co ciekawe w grupie klinicznej *obecność treści o charakterze etyczno-moralnym (KOEPs-ET-MOR)* koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z

wymiarami *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* i *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* (niska siła związków; $p \leq 0,01$).

Treści dotyczące fizjologii seksualności (*KOEPs-BIOL*) nie wykazały żadnych istotnych statystycznie związków z wymiarami **koncepcji własnej seksualności** w grupie osób niepełnosprawnych.

Tabela 65. *Korelacje tematów podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie niepełnosprawnych*

		<i>KOEPs-BIOL</i>	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KOEPs-ET-MOR</i>
Samowiedza seksualna	<i>KWS-SPW</i>	0,10	0,51**	0,28**	0,19
	<i>KWS-SEX</i>	0,08	0,38**	- 0,04	0,23*
	<i>KWS-ODP</i>	0,07	0,45**	0,29**	0,23*
Samooocena seksualna	<i>KWS-POZ</i>	-0,09	-0,34**	0,13	- 0,05
	<i>KWS-NEG</i>	0,09	0,38**	0,38**	0,06

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna; KOEPs-BIOL – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-SPOŁ-EM- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-PRW- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; KOEPs-ET-MOR- treści etycznie-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

*** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;*

6.2. Związek otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w grupie osób sprawnych

Wśród osób sprawnych obszar **liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-LICZBA)** ujemnie koreluje z wymiarami koncepcji własnej seksualności, przede wszystkim z *poczuciem sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* (wysoka siła związku, $p \leq 0,01$) i *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) (Tabela 66). Natomiast w zakresie samooceny jedynie pozytywna koreluje ujemnie z liczbą obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej (związek na niskim poziomie). Związki pozostają istotne statystycznie. Oznacza to, że im więcej obecnych źródeł seksualności tym poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym w sferze seksualnej oraz poczucie odpowiedzialności za nie niższe, podobnie jak samoocena. Im więcej źródeł

edukacji psychoseksualnej tym samoocena pozytywna bliższa zeru czyli postrzeganiu seksualności w kategoriach neutralnej sfery życia (Tabela 66).

Tabela 66. Korelacje liczby źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie porównawczej

		KOEPs- LICZBA
Samowiedza seksualna	KWS-SPW	- 0,50**
	KWS-SEX	0,22
	KWS-ODP	- 0,30**
Samoocena seksualna	KWS-POZ	- 0,30**
	KWS-NEG	- 0,02

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna; KOEPs-LICZBA – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej
** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Najwięcej korelacji w zakresie **zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej** dostrzega się w zakresie *negatywnej samooceny seksualnej (KWS-NEG)*, które dotyczą dodatnich związków z zadowoleniem z edukacji od **rodziny: rodziców** (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) i **rodzeństwa** (wysoka siła związku; $p \leq 0,05$) im większe zadowolenie z edukacji tym samoocena seksualna w grupie osób sprawnych bardziej negatywna (Tabela 67).

Natomiast ujemne związki dotyczą poziomu zadowolenia ze wszystkich źródeł obecnych w **szkole** z czego najsilniejszy związek (bardzo wysoka siła $p \leq 0,01$) odnosi się do zadowolenia z *edukacji ze strony nauczycieli innych przedmiotów, z negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* (pozostałe pozostają na poziomie umiarkowanym; Tabela 67).

Poziom **zadowolenia** ze źródeł edukacji psychoseksualnej dość często koreluje z wymiarem koncepcji własnej seksualności: *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)*. Dodatkowo związki dotyczą zadowolenia z *informacji od nauczycieli innych niż przedmiotów (szkoła; związek bardzo silny; $p \leq 0,01$)*, jak również zadowolenia *informacji od kolegów i koleżanek (szkoła; związek silny, $p \leq 0,01$)* czy ze *źródeł poleconych (mass media; związek silny, $p \leq 0,01$)* i *samodzielnie odszukanych (mass media, związek umiarkowany; $p \leq 0,05$)*. Co ciekawe w grupie sprawnych

zaobserwowano ujemnie korelacje poziomu zadowolenia z edukacji otrzymanej od rodziców (**rodzina**; poziom wysoki, $p \leq 0,01$) z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (*KWS-SEX*) (Tabela 67).

Co więcej zadowolenie z edukacji psychoseksualnej otrzymanej od *rodzeństwa* (**rodzina**, związek silny; $p \leq 0,01$) oraz *źródeł poleconych* (**mass media**; związek umiarkowany; $p \leq 0,05$) oraz *nauczycieli innych przedmiotów* (**szkoła**, związek umiarkowany; $p \leq 0,05$) tworzy dodatnie związki z *poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne* (*KWS-ODP*) (Tabela 67). Jedynie zadowolenie z informacji otrzymanych od rodziców (**rodzina**, związek umiarkowany, $p \leq 0,05$) ujemnie koreluje z omawianym wymiarem koncepcji własnej seksualności (*KWS-ODP*) (Tabela 67).

Wskaźnik zadowolenia z informacji uzyskanych od *nauczycieli WdZR* jak i *nauczycieli innych przedmiotów* (**szkoła**; związki silne; $p \leq 0,01$ dla każdego wskaźnika zadowolenia) negatywnie koreluje z *pozytywną samooceną seksualną* (*KWS-POZ*) wśród osób sprawnych. Podobne związki o słabym nasileniu dostrzega się między poziomem zadowolenia ze *źródeł poleconych* (**mass media**; $p \leq 0,05$) a omawianym wymiarem koncepcji własnej seksualności (*KWS-POZ*) (Tabela 67).

Na koniec dostrzega się ujemne zależności poziomu zadowolenia z edukacji otrzymanej od rodziców (**rodzina**) oraz ze *źródeł samodzielnie odszukanych* (*mass media*) z *poczuciem sprawczości w życiu seksualnym* (*KWS-SPW*; związki umiarkowane; $p \leq 0,01$) (Tabela 67).

Tabela 67. Korelacje poziomu zadowolenia ze źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób sprawnych

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	Rodzice	Rodzeństwo	inni członkowie rodziny	koleżanki i koledzy	WDzR	nauczyciele innych przedmiotów	źródła polecone	źródła samodzielnie odszukane	źródła przypadkowo zasłyszane
<i>KWS-SPW</i>	-0,37**	0,54	----	0,16	0,20	0,35	0,22	- 0,45**	0,12
<i>KWS-SEX</i>	-0,50**	-0,54	---	0,55 **	0,19	0,91 **	0,55**	0,38*	0,15
<i>KWS-ODP</i>	-0,35*	0,63*	----	0,20	0,32*	0,38	0,40**	- 0,11	- 0,02
<i>KWS-POZ</i>	0,01	0,31	----	-0,23	-0,50**	- 0,50*	- 0,25**	- 0,09	0,24

<i>KWS-NEG</i>	0,41**	0,56*	----	- 0,32*	-0,33*	- 0,99**	- 0,41**	- 0,23	- 0,19
----------------	--------	-------	------	---------	--------	----------	----------	--------	--------

Adnotacja: *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *KOEPs-LICZBA* – liczba źródeł edukacji psychoseksualnej

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$;

Obszar **typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej** w grupie osób sprawnych wykazuje zależności jedynie między obecnością treści o *typie B* a *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* – korelacja negatywna (poziom umiarkowany, $p \leq 0,01$) oraz *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* - korelacja dodatnia (poziom umiarkowany, $p \leq 0,01$). Stanowi to ciekawy wynik, gdyż ukazuje, że edukacja permissywna sprowadzająca seksualność do fizyczności i aktywności seksualnej nie łączy się z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem u młodych sprawnych osób (Tabela 68).

Tabela 68. *Korelacje typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób sprawnych*

		<i>Typ A</i>	<i>Typ B</i>	<i>Typ C</i>
Samowiedza seksualna	<i>KWS-SPW</i>	0,03	- 0,02	0,00
	<i>KWS-SEX</i>	0,10	- 0,41**	0,10
	<i>KWS-ODP</i>	0,20	- 0,16	- 0,09
Samoocena seksualna	<i>KWS-POZ</i>	0,05	0,21	- 0,17
	<i>KWS-NEG</i>	0,01	0,30**	- 0,13

Adnotacja: *Typ A*- restrykcyjna edukacja psychoseksualna; *Typ B* – permissywna/biologiczne edukacja psychoseksualna; *Typ C*-kompleksowa edukacja psychoseksualna; *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Ostatni analizowany obszar otrzymanej edukacji psychoseksualnej – tematyka **dotycząca seksualności podejmowana w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej** wśród sprawnych badanych wykazuje negatywne związki przede wszystkim z *pozytywną samooceną seksualną (KWS-POZ)*, gdzie wysoką siłę mają związki z *etyczno-moralnymi (KOEPs-ET-MOR)* oraz *społeczno-emocjonalnymi (KOEPs-SPOŁ-EM)* treściami o seksualności a nieco niższe – umiarkowane związki z kategoriami treści *prawne (KOEPs-PRW)* i *biologiczne (KOEPs-BIOL)* ($p \leq 0,01$, Tabela 69). Daje to dowód, iż przekazywana młodym ludziom wiedza nie sprzyja pozytywnej

ocenie własnej seksualności i może wynikać z bardziej ogólnej oceny własnej atrakcyjności.

Kategoria *podejmowania treści biologicznych* w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (*KOEPs-BIOL*) w grupie osób sprawnych nie wykazuje korelacji z *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem* (*KWS-SEX*), co jest zaskakującym rezultatem (Tabela 69). Tymczasem występują silne dodatnie związki między *treściami społeczno-emocjonalnymi* (*KOEPs-SPOŁ-EM*) i *obecnością treści etyczno-moralnych* (*KOEPs-ET-MOR*) oraz umiarkowany między *obecnością treści prawnych* (*KOEPs-PRW*) a omawianym wymiarem koncepcji własnej seksualności (*KWS-SEX*) ($p \leq 0,01$) (Tabela 69).

Na koniec *kategorie obecności treści biologicznych* (*KOEPs-BIOL*) oraz *prawnych* (*KOEPs-PRW*) w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej wykazują ujemne umiarkowane zależności z *poczuciem sprawczości w sferze seksualnej* (*KWS-SPW*) ($p \leq 0,01$) (Tabela 69).

Tabela 69. Korelacje treści podejmowanych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób z sprawnych

		<i>KOEPs-BIOL</i>	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KOEPs-ET-MOR</i>
Samowiedza seksualna	<i>KWS-SPW</i>	- 0,40**	- 0,17	- 0,48**	- 0,20
	<i>KWS-SEX</i>	0,18	0,60**	0,36**	0,50**
	<i>KWS-ODP</i>	- 0,24*	0,13	- 0,38**	- 0,14
Samoocena seksualna	<i>KWS-POZ</i>	-0,38**	- 0,55**	- 0,35**	- 0,61**
	<i>KWS-NEG</i>	0,01	- 0,20	- 0,15	- 0,28*

Adnotacja: *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOŁ-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej;

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

6.3. Podsumowanie

Przedstawione analizy wykazały, że liczba obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej wykazuje związki z wymiarami koncepcji własnej seksualności w każdej z grup. Obszar liczba źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej w każdej z grup tworzy ujemną korelację z poczuciem odpowiedzialności za własne życie

seksualne, ale w grupie osób sprawnych siła związku jest wyższa (Tabela 70). Oprócz tego w grupie osób niepełnosprawnych wykazano związki obszaru KOEPs-LICZBA jedynie z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem, a w grupie porównawczej z poczuciem sprawczości w życiu seksualnym i pozytywną samooceną seksualną. Związki są ujemne (Tabela 70).

Natomiast poziom zadowolenia częściej koreluje z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób sprawnych i to u nich więcej korelacji ma kierunek ujemny.

Zadowolenie z informacji w kategorii rodzina częściej koreluje z wymiarami koncepcji własnej seksualności wśród sprawnych, przede wszystkim w zakresie wskaźnika rodzice. W grupie niepełnosprawnych jedyne korelacje o kierunku dodatnim ze wskaźnikami kategorii rodzina odnoszą się do nadmiernego zaabsorbowania seksem – w zakresie treści otrzymanych od rodziców i innych członków rodziny (Tabela 70).

Zadowolenie z edukacji psychoseksualnej otrzymanej w szkole w grupie osób niepełnosprawnych koresponduje w koncepcją własnej seksualności jedynie w zakresie wskaźnika Wychowanie do życia w rodzinie (WdZR). Dla porównania w grupie sprawnych ujawniają się korelacje między wszystkimi wskaźnikami kategorii szkoła a większością wymiarów koncepcji własnej seksualności – co ciekawe najczęściej korelacje dotyczą wymiaru koncepcji własnej seksualności – nadmierne zaabsorbowanie seksem i samooceny seksualnej (pozytywnej lub negatywnej). Interesującym wynikiem jest korelacja zadowolenia z informacji otrzymanych od nauczycieli i na lekcjach WdZR z poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne, która u niepełnosprawnych przybiera znak ujemny, a u sprawnych dodatni (Tabela 70).

Biorąc pod uwagę kategorię mass media i zadowolenia z informacji stamtąd otrzymanych dostrzega się, że w grupie klinicznej korelacje z wymiarami koncepcji własnej seksualności współwystępują z zadowoleniem ze wszystkich wskaźników: źródeł poleconych, samodzielnie odszukanych i przypadkowo zasłyszanych. Najwięcej z nich dotyczy zadowolenia ze źródeł samodzielnie odszukanych z którymi dodatnie korelacje ujawniono w zakresie wszystkich wymiarów koncepcji własnej seksualności poza samooceną negatywną (która nie wchodzi w żaden związek). Również i tym razem jeden związek przyjmuje przeciwne wartości w każdej z grup. Korelacja zadowolenia

ze źródeł samodzielnie odszukanych z poczuciem sprawczości w życiu seksualnym u niepełnosprawnych jest negatywna a u sprawnych pozytywna. Co więcej ponownie najczęściej korelującym wymiarem koncepcji własnej seksualności z poziomem zadowolenia z informacji uzyskanych z mass mediów jest nadmierne zaabsorbowanie seksem, które w każdej z grup przyjmuje dodatnie znaki. Wyjątek stanowi związek zadowolenia ze źródeł przypadkowo zasłyszanych, który u sprawnych nie wykazuje żadnych korelacji z koncepcją własnej seksualności (Tabela 70).

Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej ma zdecydowanie większe znaczenie dla osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową niż dla osób w grupie porównawczej, gdzie wykazano zdecydowanie mniej związków. W grupie klinicznej obecne są korelacje każdego typu edukacji psychoseksualnej (A, B i C) z wszystkimi wymiarami koncepcji własnej seksualności, za wyjątkiem korelacji edukacji psychoseksualnej o typie C z pozytywną samooceną seksualną. Tymczasem w grupie porównawczej występują jedynie dwie zależności edukacji o typie B z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem oraz negatywną samooceną seksualną (Tabela 70).

Na koniec w grupie osób niepełnosprawnych obecność treści o charakterze społeczno-emocjonalnym (wszystkie wymiary koncepcji własnej seksualności wykazują korelacje) a w grupie osób sprawnych o charakterze prawnym wykazują najwięcej zależności z poszczególnymi wymiarami koncepcji własnej seksualności (Tabela 70). Obecność treści biologicznych nie wykazuje żadnych korelacji z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób niepełnosprawnych, natomiast w grupie sprawnych korelacje zachodzą z poczuciem sprawczości w życiu seksualnym (dodatnia), poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne i pozytywną samooceną seksualną (ujemne) (Tabela 70). Ciekawym wynikiem jest związek obecności treści prawnych o seksualności, który u niepełnosprawnych przyjmuje wartość dodatnią a u sprawnych ujemną (Tabela 70). Ponadto obecność treści etyczno-moralnych w każdej z grup wykazują dodatnie związki z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem, a jedynie w grupie klinicznej obecny jest również pozytywny związek z poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne (Tabela 70).

Konkludując dostrzega się różnice w zakresie związków poszczególnych obszarów otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami koncepcji własnej

seksualności między grupami osób sprawnych i niepełnosprawnych. Jedynie nieliczne korelacje przebiegają podobnie.

Tabela 70. Porównanie związków otrzymanej edukacji psychoseksualnej z koncepcją własnej seksualności w badanych grupach osób niepełnosprawnych i sprawnych

		ON	OS		
<i>KOEPs-LICZBA a KWS</i>		<i>KWS-SEX - ↔ **</i> <i>KWS-ODP - ↓ **</i>	<i>KWS-SPW - ↑ **</i> <i>KWS-ODP - ↔ **</i> <i>KWS-POZ - ↔ **</i>		
<i>KOEPs-ZAD a KWS</i>		<i>Rodzina</i>			
		<i>Rodzice</i>	<i>KWS-SEX + ↑ **</i>	<i>KWS-SPW - ↔ **</i> <i>KWS-SEX - ↑ **</i> <i>KWS-ODP - ↔ *</i> <i>KWS-NEG + ↔ **</i>	
		<i>Rodzeństwo</i>	BRAK	<i>KWS-ODP + ↑ *</i> <i>KWS-NEG + ↑ *</i>	
		<i>Inni członkowie rodziny</i>	<i>KWS-SEX + ↑ **</i>	BRAK	
		<i>Szkola</i>			
		<i>Koleżanki i koledzy</i>	BRAK	<i>KWS-SEX + ↑ **</i> <i>KWS-NEG - ↔ *</i>	
		<i>WdZR</i>	<i>KWS-SPW - ↔ **</i> <i>KWS-SEX - ↑ **</i> <i>KWS-ODP - ↔ **</i> <i>KWS-POZ - ↔ **</i>	<i>KWS-ODP + ↔ **</i> <i>KWS-POZ - ↑ **</i> <i>KWS-NEG - ↔ **</i>	
		<i>Nauczyciele innych przedmiotów</i>	BRAK	<i>KWS-SEX + ↑ **</i> <i>KWS-POZ - ↑ *</i>	

	<i>Mass media</i>	<i>Źródła polecane</i>	<i>KWS-SPW</i> - ↓ ** <i>KWS-SEX</i> + ↔ ** <i>KWS-NEG</i> - ↔ **	<i>KWS-SEX</i> + ↑ ** <i>KWS-ODP</i> + ↔ ** <i>KWS-POZ</i> - ↓ ** <i>KWS-NEG</i> - ↔ **
		<i>Źródła samodzielnie odszukane</i>	<i>KWS-SPW</i> + ↓ * <i>KWS-SEX</i> + ↑ ** <i>KWS-ODP</i> + ↔ ** <i>KWS-POZ</i> + ↔ **	<i>KWS-SPW</i> - ↔ ** <i>KWS-SEX</i> + ↔ **
		<i>Źródła przypadkowo zaszywane</i>	<i>KWS-SEX</i> + ↔ **	BRAK
<i>KOEPs-typy a KWS</i>	<i>Typ A</i>	<i>KWS-SPW</i> - ↑ ** <i>KWS-SEX</i> - ↔ * <i>KWS-ODP</i> - ↔ ** <i>KWS-POZ</i> - ↔ ** <i>KWS-NEG</i> + ↑ **	BRAK	
	<i>Typ B</i>	<i>KWS-SPW</i> + ↓ * <i>KWS-SEX</i> + ↓ * <i>KWS-ODP</i> + ↔ ** <i>KWS-POZ</i> - ↔ ** <i>KWS-NEG</i> + ↔ **	<i>KWS-SEX</i> - ↔ ** <i>KWS-NEG</i> + ↔ **	
	<i>Typ C</i>	<i>KWS-SPW</i> + ↔ * <i>KWS-SEX</i> + ↓ * <i>KWS-ODP</i> + ↔ ** <i>KWS-NEG</i> + ↔ **	BRAK	
<i>KOEPs-TREŚCI a KWS</i>	<i>KOEPs-BIOL</i>	BRAK	<i>KWS-SPW</i> + ↑ ** <i>KWS-ODP</i> - ↓ * <i>KWS-POZ</i> - ↔ **	
	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KWS-SPW</i> + ↑ ** <i>KWS-SEX</i> + ↔ ** <i>KWS-ODP</i> + ↔ ** <i>KWS-POZ</i> - ↔ ** <i>KWS-NEG</i> + ↔ **	<i>KWS-SEX</i> + ↑ ** <i>KWS-POZ</i> - ↑ **	

<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KWS-SPW</i> + ↓ ** <i>KWS-ODP</i> + ↓ ** <i>KWS-NEG</i> + ↔ **	<i>KWS-SPW</i> - ↔ ** <i>KWS-SEX</i> + ↔ ** <i>KWS-ODP</i> - ↔ ** <i>KWS-POZ</i> - ↔ **
<i>KOEPs-ET-MOR</i>	<i>KWS-SEX</i> + ↓ * <i>KWS-ODP</i> + ↓ *	<i>KWS-SEX</i> + ↑ ** <i>KWS-POZ</i> - ↑ ** <i>KWS-NEG</i> - ↓ *

Adnotacja: ON- osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *KOEPs-BIOL* – treści biologiczne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-SPOL-EM*- treści społeczno-emocjonalne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-PRW*- treści prawne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *KOEPs-ET-MOR*- treści etyczno-moralne omawiane w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; ↑-wysokie; ↓-niskie; ↔ - średnie

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

7. Związek koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w badanych grupach

Ostatni punkt części dotyczącej analizy zależności między zmiennymi budującymi model teoretyczny obejmuje korelacje między **koncepcją własnej seksualności (KWS)** (mediator poboczny) a poziomem **wiedzy o seksualności (WOS i WOSN)** (pierwszy mediator związku głównego). Wyniki jak poprzednio zostały przedstawione dla dwóch grup osób badanych: osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej oraz osób sprawnych.

7.1. Związki koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

Efekty prowadzonych analiz wskazują na dodatnie korelacje między **wszystkimi wymiarami koncepcji własnej seksualności** a poziomem *wiedzy z zakresu prawa o seksualności człowieka (WOS-P)* w grupie osób niepełnosprawnych (związki umiarkowane; $p \leq 0,01$), przy czym poziom wiedzy prawnej o seksualności osób niepełnosprawnych (*WOSN-P*) nie wykazuje żadnych związków (Tabela 71).

Również wymiary *poczucia sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* oraz *poczucia odpowiedzialności za nie (KWS-ODP)* (niska siła związków; $p \leq 0,05$), jak również *negatywna samoocena seksualna (KWS-NEG)* (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) wykazują dodatnie związki z **wynikiem ogólnym poziomym wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** (Tabela 71). Nie wykazano natomiast związków między wymiarami koncepcji własnej seksualności a wynikiem ogólnym **wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** (Tabela 71).

Ponadto *negatywna samoocena seksualna (KWS-NEG)* wykazuje dodatnie zwałyki o niskim nasileniu z poziomem wiedzy z zakresu *wiadomości na temat seksualności człowieka (WOS-W, $p \leq 0,05$)*, a *poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym w życiu seksualnym (KWS-SPW)* koreluje dodatnio z poziomem wiedzy w wymiarze *wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* (związek o niskiej sile, $p \leq 0,05$; Tabela 71).

Na koniec dowiedziono, iż *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* w grupie osób niepełnosprawnych dodatnio o umiarkowanym nasileniu koreluje z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* ($p \leq 0,01$), przy czym ten sam wymiar wiedzy wykazuje zależności ujemne o słabej sile z *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* ($p \leq 0,05$) (Tabela 71).

Podsumowując żaden inny wymiar wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN) poza *wiedzą w zakresie wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* nie koreluje z wymiarami koncepcji własnej seksualności wśród osób niepełnosprawnych, co stanowi niespodziewany efekt badań (Tabela 71).

Tabela 71. *Korelacje wymiarów koncepcji własnej seksualności z wiedzą o seksualności w grupie klinicznej*

	Samowiedza seksualna			Samoocena seksualna	
	KWS-SPW	KWS-SEX	KWS-ODP	KWS-POZ	KWS-NEG
WOS-WO	0,27*	- 0,10	0,25*	0,20	0,33**
<i>WOS-W</i>	0,18	-0,15	0,19	0,17	0,28*
<i>WOS-S</i>	-0,14	0,30**	-0,14	-0,04	-0,23*

<i>WOS-P</i>	0,49**	0,35**	0,44**	0,41**	0,39**
WOSN-WO	0,13	0,03	0,14	0,01	0,10
<i>WOSN-W</i>	0,24*	0,05	0,15	0,14	0,17
<i>WOSN-S</i>	-0,03	0,05	-0,07	0,07	-0,05
<i>WOSN-P</i>	0,05	0,05	0,19	-0,04	0,07

Adnotacja: *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

7.2. Związek koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób sprawnych

W grupie osób sprawnych *poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* oraz *poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* wykazują umiarkowane dodatnie korelacje z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** ($p \leq 0,01$), natomiast *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* wykazuje związki ujemne o słabym nasileniu z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** ($p \leq 0,05$) (Tabela 72). Związki pozostają istotne statystycznie. Okazuje się zatem, że wysoki poziom wiedzy o seksualności człowieka koresponuje ze wzrostem odpowiedzialności za własne życie seksualne (wymiar osobowy) oraz zwiększeniem poczucia sprawczości w sferze seksualnej (wymiar relacyjny), jednocześnie minimalizując zaabsorbowanie seksem (wymiar biologiczny) wśród młodych dorosłych.

Wymiar koncepcji własnej seksualności *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* negatywnie koreluje z poziomem wiedzy w zakresie *wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)* w grupie osób sprawnych (umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$; Tabela 72). Tymczasem *poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* wykazuje ujemny związek z poziomem *wiedzy stereotypowej dotyczącej seksualności człowieka (WOS-S)* (niska siła związku; $p \leq 0,05$). Również *pozytywna*

samoocena seksualna (KWS-POZ) ujawnia dodatni słaby związek z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* ($p \leq 0,05$) (Tabela 72).

Ponownie *poczucie odpowiedzialności za własne życie seksualne (KWS-ODP)* oraz *poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* wykazują dodatnie wysokie związki z poziomem *wiedzy o prawnych informacjach związanych z seksualnością człowieka (WOS-P)*; $p \leq 0,01$) (Tabela 72).

W zakresie **wiedzy o seksualności osób z niepełnosprawnością (WOSN)**, choć ta z perspektywy człowieka sprawnego wydaje się mniej istotna dla podejmowania aktywności seksualnej, również wskazuje się na obecność pewnych zależności. Ponownie dostrzeżono ujemną wysoką korelację *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** ($p \leq 0,01$). Natomiast *negatywna samoocena seksualna (KWS-NEG)* ujawnia dodatni związek o średnim nasileniu z **wynikiem ogólnym poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)** ($p \leq 0,01$) (Tabela 72).

Poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW) wykazuje w grupie osób sprawnych niskie dodatnie korelacje z poziomem wiedzy w zakresie *wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* ($p \leq 0,01$). Podobnie *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* ujawnia słabą dodatnią korelację z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* ($p \leq 0,05$; Tabela 72).

Również *negatywna samoocena seksualna (KWS-NEG)* współwystępuje z poziomem wiedzy z zakresu *prawnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* (kierunek dodatni, umiarkowana siła związku; $p \leq 0,01$) podobnie jak *pozytywna samoocena seksualna (KWS-POZ)*, ale tym razem związek jest słaby ($p \leq 0,05$) (pamiętajmy o jednokierunkowym charakterze zmiennych związanych z samooceną seksualną). Na koniec także *nadmierne zaabsorbowanie seksem (KWS-SEX)* wykazuje ujemną wysoką korelację z poziomem *wiedzy prawnej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* w grupie porównawczej ($p \leq 0,01$; Tabela 72). Stanowią rezultat zaskakujący, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że związków jest więcej niż w grupie osób niepełnosprawnych.

Tabela 72. Korelacje wymiarów koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób sprawnych

	Samowiedza seksualna			Samoocena seksualna	
	KWS-SPW	KWS-SEX	KWS-ODP	KWS-POZ	KWS-NEG
WOS-WO	0,42**	- 0,28*	0,48**	- 0,04	- 0,11
<i>WOS-W</i>	0,12	-0,40**	-0,05	0,13	0,03
<i>WOS-S</i>	-0,18	0,24	-0,22*	0,24*	0,00
<i>WOS-P</i>	0,58**	- 0,19	0,60**	-0,12	-0,16
WOSN-WO	0,266	-0,52**	-0,04	0,13	0,30**
<i>WOSN-W</i>	0,22*	-0,22	0,19	-0,03	0,05
<i>WOSN-S</i>	-0,09	0,24*	0,14	0,21	-0,11
<i>WOSN-P</i>	0,14	-0,64**	-0,13	0,29*	0,46**

Adnotacja: KWS-SEX- nadmierne zaabsorbowanie seksem; KWS-SPW-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; KWS-ODP-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; KWS-POZ-pozytywna samoocena seksualna; KWS-NEG-negatywna samoocena seksualna; WOS-WO-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; WOS-S- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; WOS-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; WOS-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; WOSN-WO- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-S-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-P-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; WOSN-W- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

7.3. Podsumowanie

Na końcu przedstawiono wyniki dotyczące związków wymiarów koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności. W każdej z grup udało uzyskać się związki, ale najciekawszym zaobserwowanym wynikiem są korelacje w zakresie koncepcji własnej seksualności z wiedzą o seksualności osób niepełnosprawnych w grupie osób sprawnych, których brakuje u osób z niepełnosprawnością. W grupie osób niepełnosprawnych najbardziej znacząca okazała się wiedza o prawnych aspektach seksualności człowieka (najwięcej związków), co prawdopodobnie może wynikać z chęci budowania relacji z osobami sprawnymi przez niepełnosprawnych i roli takiego związku dla budowania adekwatnego i pozytywnego obrazu własnej seksualności.

Wymiarem koncepcji własnej seksualności, który wykazywał najwięcej relacji z poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób niepełnosprawnych była negatywna samoocena seksualna, ale występowały również korelacje poczucia odpowiedzialności,

sprawczości w życiu seksualnym oraz nadmiernego zaabsorbowania seksem. Co ważne negatywna samoocena seksualna podobnie jak inne wymiary koncepcji własnej seksualności ujawniała zależności z wiedzą o seksualności człowieka, natomiast w zakresie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych ujawniono jedną niską korelację między poczuciem sprawności a wiadomościami o seksualności osób niepełnosprawnych w tej grupie (Tabela 73).

Tymczasem u sprawnych inaczej niż w grupie klinicznej nie ujawniono korelacji negatywnej samooceny seksualnej z poziomem wiedzy o seksualności człowieka, ale takie związki zauważono w zakresie wyniku ogólnego poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych, w tym w zakresie wiedzy prawnej o seksualności (Tabela 73). Podobnie jak już wspomniano w grupie tej ujawniono zdecydowanie więcej związków wymiarów koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych, co jest wynikiem zaskakującym wartym poddaniu dalszym analizom w weryfikacji w kolejnych inicjatywach badawczych w przyszłości.

Tabela 73. Porównanie związków wymiarów koncepcji własnej seksualności z poziomem wiedzy o seksualności w grupach osób niepełnosprawnych i sprawnych

	<i>ON</i>	<i>OS</i>
<i>KWS a WOS</i>	<i>KWS-SPW – WOS-WO + ↓ *</i> <i>KWS-ODP – WOS-WO + ↓ *</i> <i>KWS-NEG – WOS-WO + ↔ **</i> <i>KWS-SPW – WOS-P + ↔ **</i> <i>KWS-SEX – WOS-S + ↔ **</i> <i>KWS-SEX – WOS-P + ↔ **</i> <i>KWS-ODP – WOS-P + ↔ **</i> <i>KWS-POZ – WOS-P + ↔ **</i> <i>KWS-NEG – WOS-W + ↓ *</i> <i>KWS-NEG – WOS-S - ↓ *</i> <i>KWS-NEG – WOS-P + ↔ **</i>	<i>KWS-SPW – WOS-WO + ↔ **</i> <i>KWS-SEX – WOS-WO - ↓ *</i> <i>KWS-ODP – WOS-WO + ↔ **</i> <i>KWS-SPW – WOS-P + ↑ **</i> <i>KWS-SEX – WOS-W - ↓ **</i> <i>KWS-ODP – WOS-S - ↓ *</i> <i>KWS-ODP – WOS-P + ↑ **</i> <i>KWS-POZ – WOS-S + ↓ *</i>
<i>KWS a WOSN</i>	<i>KWS-SPW – WOSN-W + ↓ *</i>	<i>KWS-SPW – WOSN-W + ↓ *</i> <i>KWS-SEX – WOSN-WO - ↑ **</i>

		<i>KWS-SEX</i> – <i>WOSN-S</i> + ↓ * <i>KWS-SEX</i> – <i>WOSN-P</i> - ↑ ** <i>KWS-POZ</i> – <i>WOSN-P</i> + ↓ * <i>KWS-NEG</i> – <i>WOSN-WO</i> + ↔ ** <i>KWS-NEG</i> – <i>WOSN-P</i> + ↔ **
--	--	--

Adnotacja: ON-osoby niepełnosprawne; OS-osoby sprawne; *KWS-SEX*- nadmierne zaabsorbowanie seksem; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-ODP*-poczucie odpowiedzialności za życie seksualne; *KWS-POZ*-pozytywna samoocena seksualna; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

8. Podsumowanie

W rozdziale tym podjęto próbę opisu związków między wszystkimi badanymi zmiennymi z modelu teoretycznego stworzonego na potrzeby badań. Korelacje przedstawiano dla każdej z grup z osobna, gdyż autorce zależało na wykazaniu ich specyfiki u osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej, na tle sprawnych rówieśników. Okazuje się, że podobnie jak w zakresie zróżnicowania również korelacje dają dowód na występowanie odmienności w każdej z grup, co szczegółowo opisano powyżej.

Analizy przedstawione w syntetycznych podsumowaniach po każdym punkcie rozdziału pozwalają na częściowe potwierdzenie postawionych w rozdziale trzecim hipotez odnoszących się do obecności związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi (hipotezy od drugiej do ósmej, zakładające dodatnie związki w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych).

Jak wykazano związki pomiędzy wszystkimi analizowanymi zmiennymi występują w każdej z badanych grup, ale udaje się zauważyć pewną ich specyfikę w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową na tle sprawnych rówieśników. Co prawda, niektóre z wyników są zaskakujące, ale pozwalają dowiedzieć, iż zmienne takie jak otrzymana edukacja psychoseksualna, koncepcja własnej seksualności, wiedza o seksualności oraz poziom przystosowania w pewnym zakresie mają znaczenie dla

możliwości punktualnej realizacji zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny przez osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości.

W tym miejscu zostanie przybliżona charakterystyka osób badanych z wrodzoną niepełnosprawnością ruchu sporządzona na podstawie otrzymanych powyżej związków w tej grupie.

Wykazano, że wśród osób niepełnosprawnych otrzymanie edukacji psychoseksualnej o typie C wiąże się z wysokim poziomem poczucia punktualności zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości. Ponadto wraz ze wzrostem udziału całościowej edukacji psychoseksualnej zadania rozwojowe zwłaszcza te związane z budowaniem relacji intymnych realizowane są w ocenie osób niepełnosprawnych punktualnie. Ponadto w odniesieniu do obszarów otrzymanej edukacji psychoseksualnej nie bez znaczenia pozostają podejmowane wówczas treści. Okazuje się, że obecność treści dotyczących biologicznych informacji o seksualności koreluje dodatnio z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych. Co więcej tendencja zwiększa się w odniesieniu do zadań związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny. Oznacza to, że postrzeganiu przez osoby niepełnosprawne zdarzeń życiowych jako punktualne w badanej grupie sprzyja obecność treści na temat fizjologii seksualności, przebiegu okresu dojrzewania i ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową a ponadto również całościowa edukacja psychoseksualna, której celem jest przekazywanie kompleksowych informacji o seksualności oraz budowanie odpowiedzialności za własne życie seksualne i partnera.

Co ważne nie wykazano żadnych związków z obecnością różnych źródeł edukacji psychoseksualnej i zadowolenia z nich, co stanowi zaskakujący rezultat.

Kolejny związek dotyczył otrzymanej edukacji psychoseksualnej i poziomu wiedzy o seksualności w grupie osób niepełnosprawnych. Ujawniono, że im więcej obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej, tym więcej stereotypów o seksualności człowieka oraz tym mniej stereotypów o seksualności osób niepełnosprawnych. Ponadto w grupie klinicznej wykazano korelacje większości wskaźników zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wymiarami poziomu wiedzy o seksualności. Jedynie źródła takie jak rodzice oraz koledzy i koleżanki nie wykazywali żadnych związków. Co ciekawe związki częściej odnosiły się do różnych wymiarów wiedzy o

seksualności człowieka niż wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych, co stanowi niespodziewany wynik. Trudno jednoznacznie określić czym taka tendencja może być spowodowana.

Całościowa edukacja psychoseksualna (Typ C) wykazuje w grupie tej korelacje ze wszystkimi wymiarami poziomu wiedzy o seksualności – najczęściej o kierunku dodatnim, a jedynie w zakresie stereotypów i wiedzy prawej o seksualności osób niepełnosprawnych korelacje są ujemne.

Obecność treści o seksualności w różnym stopniu współwystępuje z poziomem wiedzy o seksualności wśród niepełnosprawnych. Najwięcej korelacji występuje w zakresie treści biologicznych (wszystkie wymiary poziomu wiedzy o seksualności), następnie treści prawnych i społeczno-emocjonalnych (tylko wiedza stereotypowa nie koreluje). W tym przypadku ponownie za wyjątkiem wiedzy stereotypowej związki są dodatnie. Zatem można wnioskować, że im większe wysycenie edukacji psychoseksualnej konkretnymi treściami o seksualności tym zasoby wiedzy o seksualności wśród badanych z grupy klinicznej wyższe i zmniejsza się udział wiedzy stereotypowej.

Poziom wiedzy o seksualności podobnie, jak wybrane obszary otrzymanej edukacji psychoseksualnej wykazuje zależności z poczuciem punktualności zadań rozwojowych wśród niepełnosprawnych. Co ważne liczba związków zwiększa się w odniesieniu do poczucia punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny. Wówczas wszystkie wymiary poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych wykazują związki (ponownie poza wiedzą stereotypową mają one kierunek dodatni).

Ponownie kategorie całościowa edukacja psychoseksualna oraz obecność treści biologicznych o seksualności najczęściej korelują z poziomem przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych. Związek zarówno ogólnego wskaźnika przystosowania jak i przystosowania w sferach praktycznej i społecznej – każdorazowo korelacje są dodatnie. Ponadto również funkcje adaptacyjne – kierowanie sobą, życie w społeczeństwie, dbanie o zdrowie i bezpieczeństwo oraz wypoczynek dodatnio wiążą się z wymienionymi kategoriami otrzymanej edukacji psychoseksualnej, a umiejętności funkcjonalne wykazują związki ujemne. Oznacza to, że im wyższy poziom przystosowania tym prawdopodobieństwo korzystania z edukacji psychoseksualnej oraz

zawartych w niej treści w grupie osób niepełnosprawnych wyższe. Pozostałe obszary i kategorie otrzymanej edukacji psychoseksualnej – liczba i zadowolenie ze źródeł wykazują niewiele korelacji z poziomem przystosowania w grupie klinicznej.

Poziom przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych wykazuje nieliczne dodatnie związki z poczuciem punktualności zadań rozwojowych, ponownie liczba związków zwiększa się w odniesieniu do poczucia punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny. Jedynie korelacje umiejętności komunikacyjnych współwystępują z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w ogóle i w analizowanym obszarze. Tymczasem ogólny wskaźnik przystosowania ujawnia dodatni związek jedynie z poczuciem punktualności w obszarze budowania bliskich związków i zakładania rodziny. Przystosowanie w sferze społecznej co ciekawe wykazuje związki z poczuciem punktualności, ale brak ich zakresie relacji z oceną zdarzeń związanych z wchodzeniem w bliskie związki jako punktualne. W tym specyficznym obszarze natomiast zależności dotyczą sfery poznawczej a szczególnie umiejętności kierowania sobą. Oznacza to, że ponownie wysoki poziom przystosowania w niektórych sferach sprzyja ocenie zdarzeń życiowych/zadań rozwojowych jako punktualne, czyli dziejące się w tym samym czasie co u rówieśników.

W zakresie kategorii i wskaźników otrzymanej edukacji psychoseksualnej jedynie obecność treści biologicznych i prawnych o seksualności oraz poziom zadowolenia z informacji otrzymanych od rodzeństwa, kolegów i koleżanek, nauczycieli innych przedmiotów nie wykazują związków z nadmiernym zaabsorbowaniem seksem w grupie osób niepełnosprawnych. Co więcej poza liczbą źródeł edukacji psychoseksualnej oraz poziomem zadowolenia z informacji uzyskanych od nauczycieli WdZR korelacje w omawianym wymiarze koncepcji własnej seksualności są dodatnie. Oznacza to, że różne obszary edukacji psychoseksualnej mogą sprzyjać zainteresowaniu własną seksualnością wśród osób niepełnosprawnych. Niewiele mniej związków zaobserwowano między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem odpowiedzialności za własne życie seksualne. Ponownie związki te najczęściej są dodatnie, co znaczy, że różne obszary otrzymanej edukacji psychoseksualnej mogą prowadzić do wzrostu odpowiedzialności za własne życie seksualne u osób z niepełnosprawnością od urodzenia. Na koniec zauważono również

liczne korelacje obszarów otrzymanej edukacji psychoseksualnej z samooceną seksualną – negatywną i pozytywną w grupie osób niepełnosprawnych. Rezultaty dostarczają wnioski, że samo otrzymanie edukacji psychoseksualnej przez osoby niepełnosprawne nie sprzyja poprawie oceny siebie w roli partnera seksualnego.

Na koniec przeanalizowano współwystępowanie wymiarów koncepcji własnej seksualności i poziomu wiedzy o seksualności w grupie niepełnosprawnych. Ciekawym wynikiem jest zdecydowana przewaga związków z wymiarami poziomu wiedzy o seksualności człowieka i brak takich w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych. W tym przypadku obecna jest jedynie jedna korelacja dodatnia między poczuciem sprawczości w sferze seksualnej a poziomem wiedzy z zakresu wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych. Co ważne związki te poza poziomem wiedzy stereotypowej są dodatnie. Pozwala to wysunąć wniosek, iż świadomość poczucia sprawczości i odpowiedzialności za własne życie seksualne oraz nadmierne zaabsorbowanie seksem wiąże się ze wzrostem poziomu wiedzy o seksualności za wyjątkiem poziomu wiedzy stereotypowej (korelacja ujemna) w grupie niepełnosprawnych. Co ciekawe także negatywna ocena własnej seksualności współwystępuje z poziomem wiedzy o seksualności wśród badanych w grupie klinicznej (związki dodatnie).

Konkludując każda z analizowanych zmiennych okazuje się znacząca z perspektywy funkcjonowania młodych osób z niepełnosprawnością i realizacji przez nie zadań rozwojowych charakterystycznych dla pierwszego etapu dorosłego życia.

Jak wspomiano każdy z dwóch przedstawionych do tej pory rozdziałów empirycznych posłużył do wyodrębnienia mediatorów związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Wyniki analiz mediacyjnych oraz powstałe zweryfikowane empirycznie modele zostały przedstawione i szczegółowo opisane w kolejnym rozdziale.

ROZDZIAŁ VI. MODELE ZWIĄZKU OBSZARÓW OTRZYMANEJ EDUKACJI PSYCHOSEKSUALNEJ Z POCZUCIEM PUNKTUALNOŚCI ZADAŃ ROZWOJOWYCH Z UDZIAŁEM MEDIATORÓW U BADANYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH

W rozdziale opisano jak poczucie punktualności zadań rozwojowych (zwłaszcza w zakresie budowania związków i zakładania rodziny) jest determinowane przez istotne obszary, kategorie i wskaźniki otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs) oraz wybrane wymiary poziomu wiedzy o seksualności (WOS i WOSN) w grupie młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Następnie przedstawiono jak te same wymiary poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp) są determinowane przez wybrane sfery i funkcje adaptacyjne (ABAS) oraz wybrane obszary, kategorie i wskaźniki otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs) w tej samej grupie osób.

W ostatniej części rozdziału skoncentrowano się na przedstawieniu jak poziom wiedzy o seksualności u młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową jest determinowany przez wymiary koncepcji własnej seksualności (KWS) oraz istotne obszary, kategorie, wskaźniki otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs).

1. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

1.1. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści biologicznych z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych.

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową *kompleksowa edukacja psychoseksualna (typ C) i obecność treści biologicznych (KOEPs-BIOL)* oraz poziom wiedzy o seksualności człowieka: wynik ogólny (WOS-WO), w zakresie wiadomości (WOS-W) stereotypów (WOS-S) i prawa (WOS-P) oraz o seksualności osób niepełnosprawnych: **wynik ogólny (WOSN-WO)** oraz w zakresie wiadomości (WOSN-W) wspólnie nie determinują **poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp)** (Tabela 73). Jedynie edukacja psychoseksualna (*typ C i KOEPs-BIOL*) pojedynczo wyjaśnia większą część zmienności **poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp)** niż wspólnie z **wynikiem ogólnym poziomem wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)**. Jest to wynik zaskakujący biorąc pod uwagę zależności między zmiennymi, ale może stanowić efekt trudności w różnicowaniu wiedzy i edukacji psychoseksualnej jako tematów ściśle ze sobą powiązanych treściowo, choć szczegółowo dających się rozróżnić na poziomie teoretycznym (co uczyniła i uzasadniła autorka badań). Wskaźniki determinacji we wszystkich analizowanych zmiennych pozostają na niskim nieistotnym statystycznie poziomie. Warto dodać, że *całościowa edukacja psychoseksualna (typ C)* wykazuje nieco wyższy wskaźnik determinacji niż kategoria *podejmowanie treści o charakterze biologicznym o seksualności (KOEPs-BIOL)*, ale wyniki nadal pozostają nieistotne statystycznie. Co ważne obie kategorie otrzymanej edukacji psychoseksualnej pozostają w związku z poszczególnymi analizowanymi wymiarami poziomu wiedzy o seksualności (Tabela 46).

Tabela 73. Podsumowanie równań regresji wyników P-pp jako zmiennej zależnej oraz Typ C jako zmiennej niezależnej i wymiarów poziomu WOS i WOSN jako mediatorów w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

P-pp jako zmienna zależna		
KOEPs β i p	WOS i WOSN β i p	R ²
Typ C	WOS-WO	0,06

$\beta=0,12$ $p=0,070$	$\beta=0,06$ $p=0,070$	
Typ C	<i>WOS-W</i>	0,04
$\beta=0,26$ $p=0,284$	$\beta=0,08$ $p=0,361$	
Typ C	<i>WOS-S</i>	0,05
$\beta=0,20$ $p=0,092$	$\beta=-0,13$ $p=0,092$	
Typ C	<i>WOS-P</i>	0,05
$\beta=0,15$ $p=0,578$	$\beta=0,16$ $p=0,183$	
Typ C	WOSN-WO	0,03
$\beta=0,18$ $p=0,142$	$\beta=0,10$ $p=0,142$	
Typ C	<i>WOSN-W</i>	0,03
$\beta=0,30$ $p=0,228$	$\beta=0,10$ $p=0,534$	

Adnotacje: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-S*- wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

Tabela 74. Podsumowanierównań regresji wyników Poczucia punktualności zadań rozwojowych jako zmiennej zależnej oraz obecności treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i wymiarów poziomu wiedzy o seksualności jako mediatorów w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową

P-pp jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i>	<i>WOS i WOSN</i>	R^2
β i p	β i p	
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,080$	WOS-WO $\beta=0,06$ $p=0,080$	0,06
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,309$	<i>WOS-W</i> $\beta=0,09$ $p=0,360$	0,04
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,687$	<i>WOS-P</i> $\beta=0,17$ $p=0,186$	0,05
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,146$	WOSN-WO $\beta=0,10$ $p=0,146$	0,03
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,246$	<i>WOSN-W</i> $\beta=0,10$ $p=0,530$	0,03

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

1.2. Wiedza o seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści biologicznych z aspektem rodzina i bliskie związku poczucia punktualności zadań rozwojowych wśród osób niepełnosprawnych

W grupie badanych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową kategorii otrzymanej edukacji psychoseksualnej związane z otrzymaniem *kompleksowej edukacji (typ C)* oraz *obecnością treści o charakterze biologicznym (KOEPs-BIOL)* podobnie jak wymiary poziomu wiedzy o seksualności: **wynik ogólny (WOS-WO)**, w zakresie *wiadomości (WOS-W)* i *prawa (WOS-P)* oraz wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych: **wynik ogólny (WOSN-WO)** i w zakresie *wiadomości (WOSN-W)* *stereotypów (WOSN-S)* i *prawa (WOSN-P)* nie determinują *poczucia punktualności zadań rozwojowych w obszarze zakładania rodziny i budowania bliskich związków (P-pp-zw)* (Tabela 75). Wyjątek stanowi edukacja psychoseksualna o *typie C*, która wspólnie z wiedzą z zakresu **wiadomości o seksualności człowieka (WOS-W)**, *wiadomości o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-W)* oraz wiedzy z zakresu *prawnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-P)* w pojedynkę wyjaśnia większą część zmienności *poczucia punktualności zadań rozwojowych w zakresie budowania bliskich związków (P-pp-zw)* niż wspólnie (Tabela 75). Co ważne poziom wiedzy w poszczególnych wymiarach pozostaje w związku z *otrzymaniem kompleksowej edukacji psychoseksualnej (typ C)* oraz *obecnością treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* (Tabela 46).

Tabela 75. Podsumowanie równań regresji wyników Poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze rodzina i bliskie związki jako zmiennej zależnej oraz uzyskania całościowej edukacji psychoseksualnej i wymiarów poziomu wiedzy o seksualności jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych

P-pp-zw jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i <i>p</i>	<i>WOS i WOSN</i> β i <i>p</i>	R^2
<i>Typ C</i> $\beta=0,27$ $p=0,053$	WOS-WO $\beta=0,01$ $p=0,529$	0,09

<i>Typ C</i> $\beta=0,32$ $p=0,014$	<i>WOS-W</i> $\beta=0,001$ $p=0,976$	0,05
<i>Typ C</i> $\beta=0,24$ $p=0,093$	<i>WOS-P</i> $\beta=0,09$ $p=0,173$	0,10
<i>Typ C</i> $\beta=0,20$ $p=0,165$	WOSN-WO $\beta=0,06$ $p=0,145$	0,11
<i>Typ C</i> $\beta=0,26$ $p=0,040$	<i>WOSN-W</i> $\beta=0,08$ $p=0,297$	0,10
<i>Typ C</i> $\beta=0,23$ $p=0,067$	<i>WOSN-S</i> $\beta= -0,23$ $p=0,056$	0,13
<i>Typ C</i> $\beta=0,29$ $p=0,041$	<i>WOSN-P</i> $\beta=0,04$ $p=0,0642$	0,09

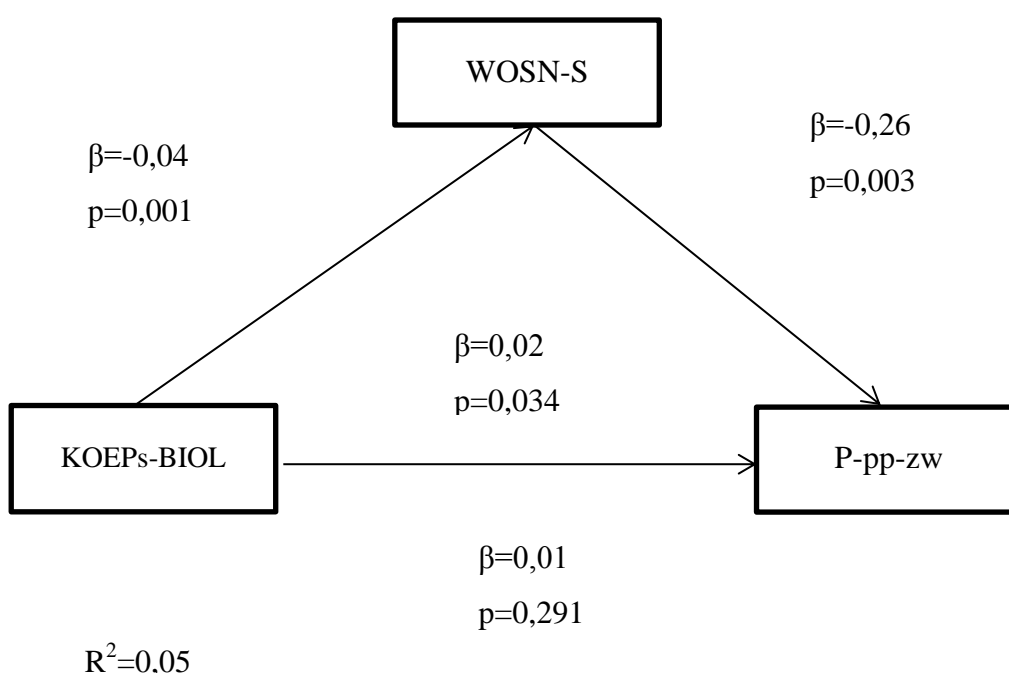
Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *Typ C* – edukacja psychoseksualna o typie C; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-S*-wynik w zakresie poziomu wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

Tabela 76. Podsumowanie równań regresji wyników poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze rodzina i bliskie związki jako zmiennej zależnej oraz obecności treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i wymiarów poziomu wiedzy o seksualności jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych

P-pp-zw jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i p	<i>WOS i WOSN</i> β i p	R^2
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,258$	WOS-WO $\beta=0,02$ $p=0,309$	0,06
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,082$	<i>WOS-W</i> $\beta=0,01$ $p=0,764$	0,05
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,434$	<i>WOS-P</i> $\beta=0,09$ $p=0,173$	0,07
KOEPs-BIOL $\beta=0,001$ $p=0,551$	WOSN-WO $\beta=0,09$ $p=0,056$	0-09
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,183$	<i>WOSN-W</i> $\beta=0,11$ $p=0,188$	0,07
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,189$	<i>WOSN-P</i> $\beta=0,09$ $p=0,353$	0,06

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

Poziom wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S) jako jedyny determinuje *poczucie punktualności zadań rozwojowych w zakresie budowania bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw)*. Przeanalizowano zatem model związku *obecności treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych w zakresie budowania bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw)* mediowanego przez *poziom wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)*. Model ten przedstawiono na poniższym rysunku (Rysunek2).



Rysunek 2. Model mediacyjny dla *Poczucia punktualności w sferze rodziny i bliskich związków jako zmiennej zależnej, obecności treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej jako zmiennej niezależnej i wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych jako mediatora*

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości *poczucie punktualności zadań rozwojowych w obszarze budowania bliskich relacji i zakładania rodziny (P-pp-zw)* jest dodatnio determinowane *obecnością treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-*

BIOL) oraz ujemnie determinowane przez *poziom wiedzy stereotypowej dotyczącej seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-S)* (Rysunek2). Co ważne wskaźnik determinacji w przypadku wiedzy jest stosunkowo wyższy niż w przypadku kategorii związanych z samą edukacją psychoseksualną. Ponadto obecność treści biologicznych ujemnie koreluje (choć na niskim poziomie) z poziomem wiedzy stereotypowej na temat seksualności osób niepełnosprawnych (Rysunek 2).

Celem określenia roli poziomu wiedzy stereotypowej u osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w związku między *obecnością biologicznych treści o seksualności w edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* a *poczuciem punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny (P-pp-zw)* wyłączono ten czynnik z udziału w analizach. Uzyskane wyniki wskazują na brak istotności związku między wybraną kategorią otrzymanej edukacji psychoseksualnej a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w analizowanym aspekcie. Takie prawidłowości pozwalają wnioskować, iż ten element wiedzy o seksualności wykazuje istotność i nieznacznie wzmacnia siłę związku udziału biologicznych treści o seksualności w edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w sferze budowania bliskich związków stanowiąc całkowity mediator dla tego związku.

2. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

2.1. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści o charakterze biologicznym z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości

Wyniki przedstawione poniżej wykazują, że poziom przystosowania w zakresie: ogólnego wskaźnika przystosowania, przystosowania w sferze społecznej oraz umiejętności komunikacyjnych podobnie jak typ C otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz obecność treści o biologicznych aspektach wspólnie nie determinują poczucia punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych lepiej niż osobno (Tabela 77, 78). Z kolei *całościowa edukacja*

psychoseksualna (typ C) oraz **poczucie przystosowania w sferze poznawczej (ABAS-SPOZN)** wspólnie wyjaśniają większą część zmienności wyników *poczucia punktualności zadań rozwojowych (P-pp)* u młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, gdzie wskaźniki determinacji (β) uzyskane w zakresie otrzymanej edukacji psychoseksualnej są wyższe niż w zakresie przystosowania w sferze poznawczej (Tabela 77, 78). Co ważne *edukacja psychoseksualna o typie C* nie wykazuje związków z poziomem **przystosowania w sferze poznawczej (ABAS-SPOZN)** (Tabela 58). Tym samym **ogólny wskaźnik przystosowania (ABAS-OWAbezpracy)** wykazuje związki z *otrzymaną edukacją psychoseksualną o typie C* oraz *obecnością treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)*.

Tabela 77. Podsumowanie równań regresji wyników *Poczucia punktualności zadań rozwojowych* jako zmiennej zależnej oraz *edukacji całościowej (typ C)* w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i aspektów poziomu przystosowania jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych

P-pp jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i <i>p</i>	<i>ABAS</i> β i <i>p</i>	R^2
Typ C $\beta=0,25$ $p=0,264$	ABAS-OWAbezpracy $\beta=0,01$ $p=0,090$	0,06
Typ C $\beta=0,31$ $p=0,192$	ABAS-SSPOŁ $\beta=0,01$ $p=0,192$	0,04
Typ C $\beta=0,31$ $p=0,0152$	ABAS-SPOZN $\beta=0,05$ $p=0,012$	0,10
Typ C $\beta=0,34$ $p=0,119$	<i>ABAS-kom</i> $\beta=0,07$ $p=0,058$	0,07

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; *p* – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *Typ C* – edukacja psychoseksualna o typie C; *ABAS-OWA(bezpracy)* – ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja; *ABAS-SSPOŁ*-sfera społeczna;

Tabela 78. Podsumowanierównań regresji wyników *Poczucia punktualności zadań rozwojowych jako zmiennej zależnej oraz obecności treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i aspektów poziomu przystosowania jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych*

P-pp jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i p	<i>ABAS</i> β i p	R^2
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,292$	ABAS-WObezpracy $\beta=0,01$ $p=0,091$	0,06
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,213$	ABAS-SSPOŁ $\beta=0,01$ $p=0,213$	0,04
KOEPs-BIOL $\beta=0,03$ $p=0,194$	<i>ABAS-KierS</i> $\beta=0,03$ $p=0,468$	0,03

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *ABAS-OWAbezpracy* – ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-KierS*-kierowanie sobą; *ABAS-SSPOŁ*-sfera społeczna;

2.2. Poziom przystosowania jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej w zakresie edukacji typu C oraz obecności treści o charakterze biologicznym z aspektem rodzina i bliskie związku poczucia punktualności zadań rozwojowych w grupie osób niepełnosprawnych

Podpunkt zawiera wyniki dotyczące wskaźników determinacji poczucia *punktualności zadań rozwojowych w zakresie zakładania rodziny i bliskich związków (P-pp-zw)* przez wybrane kategorie otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz wskaźniki poziomu przystosowania wspólnie. Okazuje się, że jedynie poziom przystosowania w **sferze poznawczej (ABAS-SPOZN)** wspólnie z *całościową edukacją psychoseksualną (typ C)* oraz *obecnością treści o biologicznych aspektach seksualności w ramach edukacji psychoseksualnej(KOEPs-BIOL)* wspólnie wyjaśniają większą część zmienności *poczucia punktualności zadań rozwojowych w zakresie budowania bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw)* przez młode osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (Tabela 79). Natomiast otrzymana edukacja psychoseksualna o typie C osobno wyjaśnia większą część zmienności analizowanej zmiennej niż wspólnie z ogólnym poziomem przystosowania oraz przystosowaniem w zakresie umiejętności komunikacyjnych (Tabela 79). Wreszcie *obecność treści biologicznych (KOEPs-BIOL)* dotyczących seksualności osobno wyjaśnia większą zmienność *poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw)* niż wspólnie z wysokim przystosowaniem w zakresie umiejętności komunikacyjnych (*ABAS-kom*) (Tabela 80). Jednocześnie jedynie ogólny

wskaźnik przystosowania wykazuje związki z *otrzymaną edukacją psychoseksualną o typie C* oraz *obecnością treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* (Tabela 71).

Tabela 79. Podsumowanie równań regresji wyników *Poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze rodzina i bliskie związki jako zmiennej zależnej oraz edukacji całościowej (typ C) w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i aspektów poziomu przystosowania jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych*

<i>P-pp-zw jako zmienna zależna</i>		
<i>KOEPs</i> β i <i>p</i>	<i>ABAS</i> β i <i>p</i>	R^2
Typ C $\beta=0,27$ $p=0,025$	ABAS-WObezpracy $\beta=0,00$ $p=0,110$	0,11
Typ C $\beta=0,30$ $p=0,009$	ABAS-SPOZN $\beta=0,02$ $p=0,048$	0,13
Typ C $\beta=0,32$ $p=0,007$	<i>ABAS-kom</i> $\beta=0,02$ $p=0,332$	0,10

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *Typ C* – edukacja psychoseksualna o typie C; *ABAS-OWAbezpracy* – ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja;

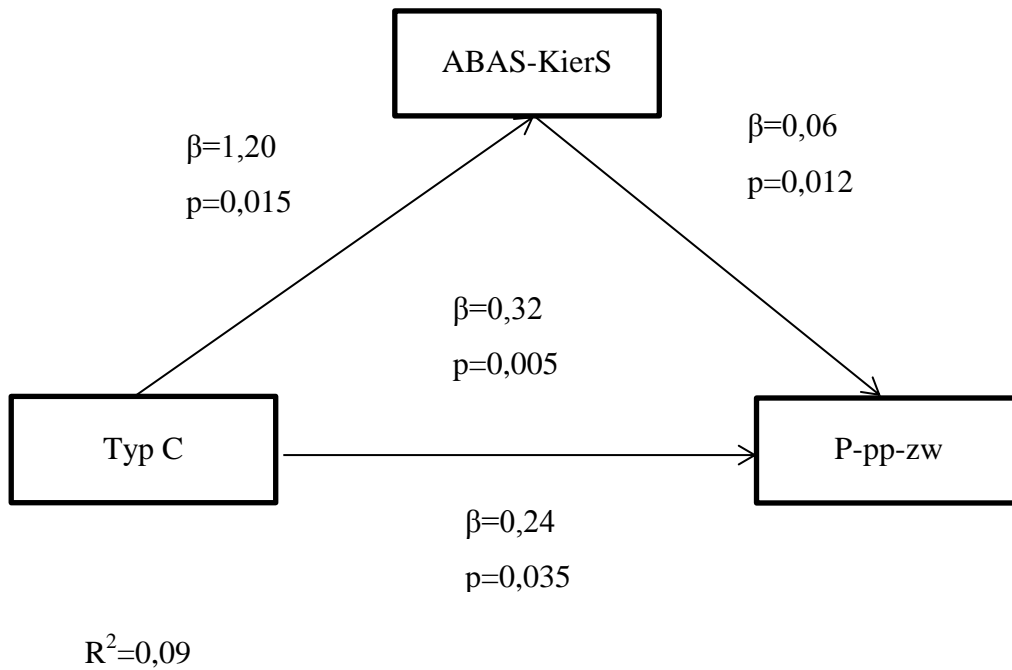
Tabela 80. Podsumowanierównań regresji wyników *Poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze rodzina i bliskie związki jako zmiennej zależnej oraz obecności treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i aspektów poziomu przystosowania jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych*

<i>P-pp-zw jako zmienna zależna</i>		
<i>KOEPs</i> β i <i>p</i>	<i>ABAS</i> β i <i>p</i>	R^2
KOEPs-BIOL $\beta=0,01$ $p=0,123$	ABAS-WObezpracy $\beta=0,00$ $p=0,083$	0,08
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,049$	ABAS-SPOZN $\beta=0,02$ $p=0,043$	0,10
KOEPs-BIOL $\beta=0,02$ $p=0,036$	<i>ABAS-kom</i> $\beta=0,02$ $p=0,292$	0,06

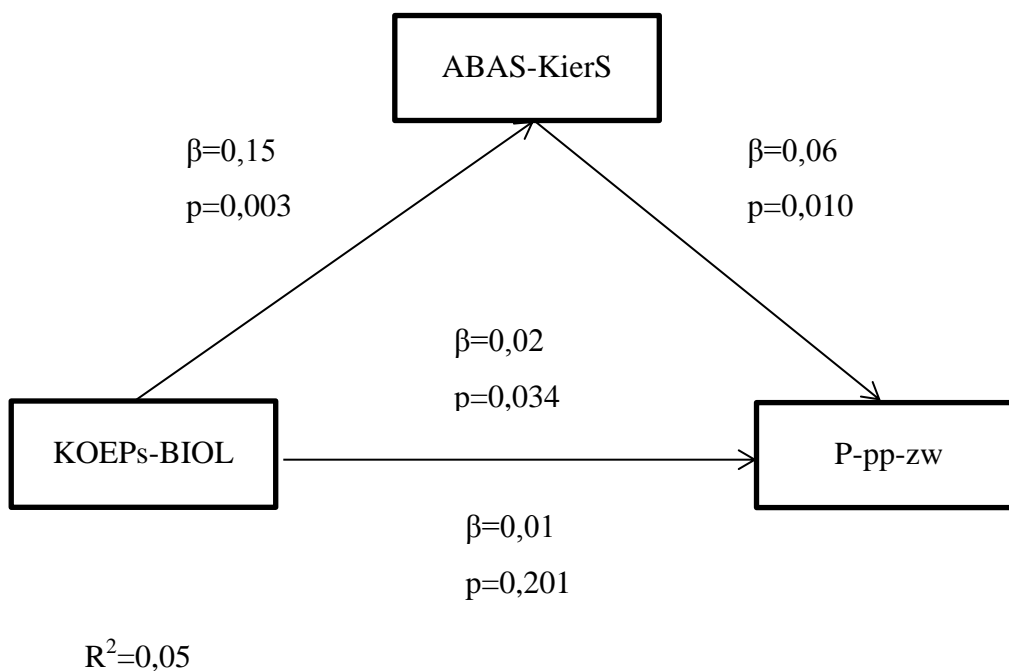
Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *ABAS-OWAbezpracy* – ogólny wskaźnik przystosowania; *ABAS-SPOZN*- poziom przystosowania w sferze poznawczej; *ABAS-kom*- komunikacja;

Poziom przystosowania w zakresie *kierowania sobą (ABAS-KierS)* w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową jako jedyny spośród sfer poziomu

przystosowania determinuje wspólnie z analizowanymi kategoriami otrzymanej edukacji psychoseksualnej poczucie przystosowania w aspekcie *zakładania rodziny i budowania bliskich związków (P-pp-zw)*, dlatego przeanalizowano poniżej dwa modele ukazujące rolę mediacyjną omawianego konstrukt (Rysunek 3, Rysunek 4).



Rysunek 3. Model mediacyjny dla Poczucia punktualności w sferze rodziny i bliskich związków jako zmiennej zależnej, edukacji psychoseksualnej o typie C jako zmiennej niezależnej i umiejętności kierowania sobą jako mediator



Rysunek 4. Model mediacyjny dla Poczucia punktualności zadań rozwojowych w sferze rodziny i bliskich związków jako zmiennej zależnej, obecności treści biologicznych o seksualności jako zmiennej niezależnej i umiejętności kierowania sobą jako mediatora

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową poczucie punktualności zadań rozwojowych w aspekcie budowania *bliskich związków i zakładania rodziny (P-pp-zw)* jest dodatnio determinowane zarówno przez *kompleksową edukację psychoseksualną (typ C)* jak i wysokie umiejętności w zakresie *kierowania sobą (ABAS-KierS)* (Rysunek 3). Co ważne wskaźniki dotyczące edukacji psychoseksualnej mają wyższe wskaźniki. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku obecności *treści biologicznych o seksualności w ramach edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)*, gdzie zarówno omawiany kategoria edukacji psychoseksualnej jak również umiejętność *kierowania sobą (ABAS-KierS)* dodatnio determinują *poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków (P-pp-zw)* (Rysunek 4).

Celem określenia roli *umiejętności kierowania sobą (ABAS-KierS)* w związkach *obecności treści biologicznych seksualności (KOEPs-BIOL)* oraz *otrzymania*

całościowej edukacji psychoseksualnej (Typ C) z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w badanym obszarze wyłączono ten element poziomu przystosowania z udziału w związku. Związek z *udziałem całościowej edukacji psychoseksualnej (Typ C)* pozostał istotny, ale jego współczynnik determinacji okazał się niższy ($\beta=0,24$) niż przed wyłączeniem funkcji adaptacyjnej *kierowanie sobą (ABAS-KierS)* ($\beta=0,32$). Takie prawidłowości pozwalają wnioskować, iż ten element poziomu przystosowania wzmacnia siłę związku *kompleksowej edukacji psychoseksualnej (Typ C)* z *poczuciem punktualności zadań związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny (P-pp-zw)* stanowiąc częściowy mediator dla tego związku (Rysunek 3). Inaczej sytuacja wygląda w przypadku obecności *biologicznych treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* (Rysunek 4). Po wyłączeniu analizowanego wymiaru poziomu przystosowania współczynnik determinacji okazał się niższy a sam związek nieistotny statystycznie (Rysunek4). Ukazuje to rolę kierowania sobą jako całkowitego mediatora związku *otrzymania biologicznych treści o seksualności w ramach edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* z *poczuciem punktualności zadań rozwojowych w sferze relacji intymnych (P-pp-zw)* (Rysunek4). Wskaźniki choć pozostają na niskim poziomie pozwalają sugerować, że taki obraz rzeczywistości jest obecny, ale należy zweryfikować go kolejnymi badaniami.

3. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie osób niepełnosprawnych

3.1. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku edukacji psychoseksualnej o typie C z wiedzą o seksualności człowieka w grupie osób niepełnosprawnych

W grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową edukacja psychoseksualna o typie C oraz wymiar *poczucia sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* wspólnie wyjaśniają większą część zmienności **poziomu wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** niż osobno (Tabela 81). W tym przypadku wyższe wskaźniki determinacji uzyskała edukacja o typie C niż wymiar *poczucia sprawczości we własnym życiu seksualnym (KWS-SPW)* (Tabela 27, Aneks I). Inaczej sytuacja wygląda w przypadku *edukacji o typie C* oraz *negatywnej samooceny*

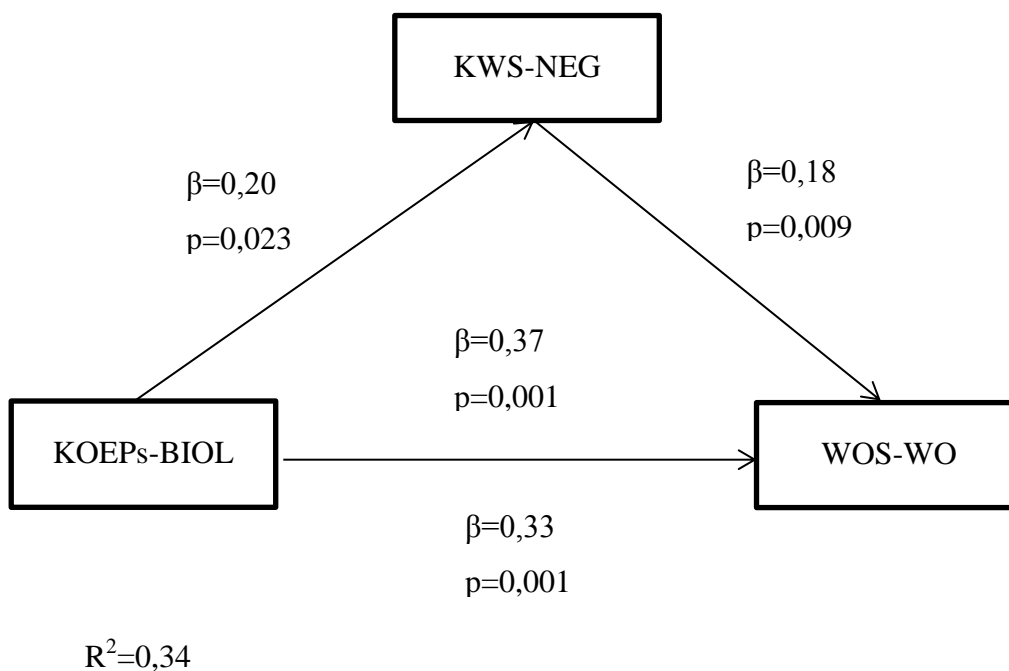
seksualnej (*KWS-NEG*) gdzie zmienne osobno wyjaśniają większą część zmienności wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (*WOSN-S*) niż wspólnie (Tabela 70). Negatywna samoocena seksualna (*KWS-NEG*) nie determinuje poziomu **wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)**. Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku zmienna dotycząca otrzymanej edukacji psychoseksualnej uzyskuje wyższe wskaźniki determinacji niż wymiary koncepcji własnej seksualności (Tabela 69). Co ważne w każdym z analizowanych modeli *otrzymana edukacja psychoseksualna o typie C* wykazuje istotny statystycznie związek z *poczuciem sprawczości w życiu seksualnym (KWS-SPW)* oraz *negatywną samooceną seksualną (KWS-NEG)* – wymiarami koncepcji własnej seksualności (Tabela 70).

Tabela 81. Podsumowanie wyników regresji wyników poziomu wybranych aspektów wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz edukacji całościowej (typ C) w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i wymiarów koncepcji własnej seksualności jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych

WOS-WO jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i p	<i>KWS</i> β i p	R^2
Typ C $\beta=3,34$ $p=0,001$	<i>KWS-SPW</i> $\beta=0,17$ $p=0,017$	0,34
WOS-S jako zmienna zależna		
Typ C $\beta=1,19$ $p=0,001$	<i>KWS-NEG</i> $\beta= - 0,02$ $p=0,534$	0,21

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 – wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *Typ C* – edukacja psychoseksualna o typie C; *KWS-SPW* – poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-NEG* – negatywna samoocena seksualna;

*Obecność treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL) oraz negatywna samoocena seksualna (KWS-NEG) jako jedyne wspólnie determinują poziom wyniku **ogólnego wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)**, dlatego przeanalizowano model związku omawianej kategorii otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności człowieka mediowanego przez negatywną samoocenę seksualną, wymiar koncepcji własnej seksualności (Rysunek 5).*



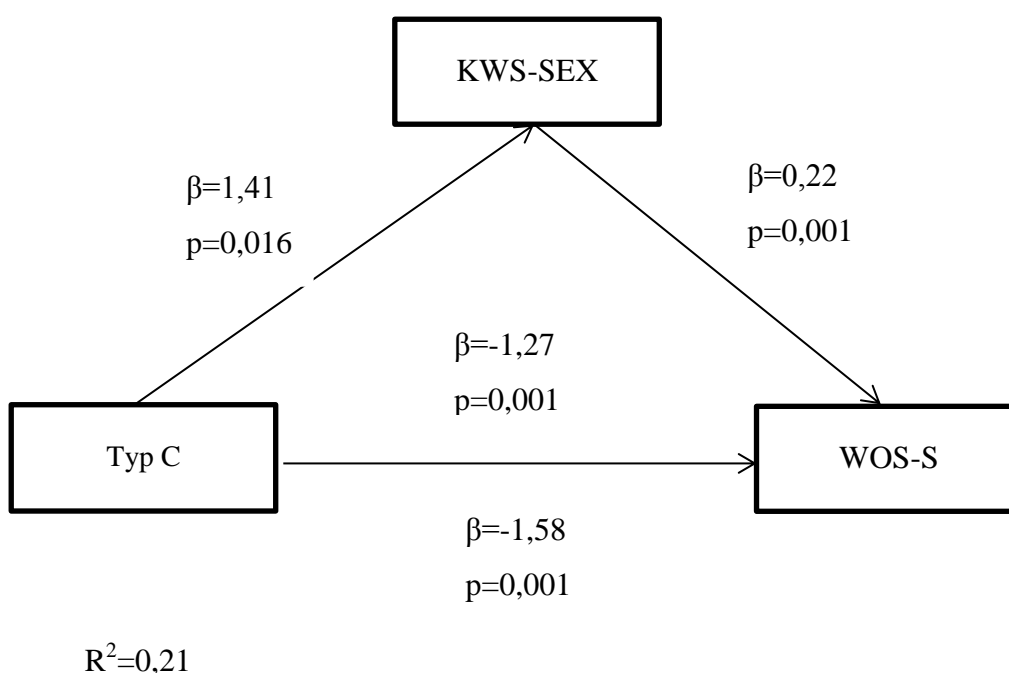
Rysunek 5. Model mediacyjny dla Wiedzy o seksualności człowieka jako zmiennej zależnej, obecności treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej jako zmiennej niezależnej i negatywnej samooceny seksualnej koncepcji własnej seksualności jako mediatora

W grupie badanych dorosłych z niepełnosprawnością **poziom wiedzy o seksualności człowieka (WOS-WO)** jest dodatnio determinowany zarówno przez *obecność biologicznych treści seksualności w edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* jak i *negatywną samoocenę seksualną (KWS-NEG)*. Wskaźniki dotyczące edukacji znajdują się na wyższym poziomie (rys 5). Oznacza to, że obecność treści biologicznych wiąże się ze wzrostem wiedzy o seksualności przy jednoczesnej negatywnej ocenie tej sfery własnego życia.

Celem określenia roli negatywnej samooceny seksualnej w omawianym modelu wyłączono ten konstrukt z analiz statystycznych. Związek pozostał nadal istotny statystycznie, jednak wskaźnik determinacji uległ obniżeniu ($\beta=0,33$) w porównaniu do jego wysokości w obecności mediatora ($\beta=0,37$). Wskazuje to na udział *negatywnej samooceny seksualnej (KWS-NEG)* jako częściowego mediatora związku *obecności biologicznych treści o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej (KOEPs-BIOL)* z wynikiem ogólnym poziomu **wiedzy o seksualności człowieka**

(WOS-WO) (Rysunek 5).

W przypadku analiz mediacji związku pobocznego udało się wyróżnić jeszcze jeden model, tym razem całkowitej mediacji. Tym razem to *całościowa edukacja psychoseksualna (Typ C)* wspólnie z *nadmiernym zaabsorbowaniem seksem (KWS-SEX)* determinują wspólnie *poziom wiedzy stereotypowej dotyczącej seksualności człowieka (WOS-S)* (Rysunek 6).



Rysunek 6. Model supresyjny dla Wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka jako zmiennej zależnej, edukacji psychoseksualnej o typie C jako zmiennej niezależnej i nadmiernego zaabsorbowania seksem koncepcji własnej seksualności jako mediatora

Uzyskanie kompleksowej edukacji psychoseksualnej (typ C) ujemnie determinuje poziom wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S), natomiast nadmierne zaabsorbowanie seksem, wymiar koncepcji własnej seksualności (KWS-SEX) wykazuje dodatni współczynnik determinacji poziomu wiedzy stereotypowej (WOS-S) (Rysunek6). Co ważne wskaźnik determinacji związku wiedzy z analizowaną kategorią otrzymanej

edukacji psychoseksualnej jest wyższy ($\beta=-1,58$) niż wymiaru nadmierne zaabsorbowanie seksem koncepcji własnej seksualności ($\beta=0,22$).

Celem analizy roli wymiaru *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* dla związku *kompleksowej edukacji psychoseksualnej (Typ C)* z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* wyłączono ten wymiar koncepcji własnej seksualności z analiz. Związek pozostał istotny, a jego współczynnik determinacji okazał się wyższy ($\beta=-1,58$) niż przed wyłączeniem *nadmiernego zaabsorbowania seksem (KWS-SEX)* ($\beta=-1,27$). Wymiar koncepcji własnej seksualności wytłumia zatem ujemną siłę związku *całościowej edukacji psychoseksualnej (Typ C)* z poziomem *wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka (WOS-S)* i stanowi częściowy supresor tego związku (Rysunek6).

3.2. Koncepcja własnej seksualności jako mediator związku edukacji psychoseksualnej o typie C z wiedzą o seksualności osób niepełnosprawnych w grupie osób niepełnosprawnych

W grupie osób z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia *obecność treści biologicznych o seksualności (KOEPs-BIOL)* oraz edukacja psychoseksualna o *typie C* determinują poziom **wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (WOSN-WO)**, z kolei ani aspekt relacyjny koncepcji własnej seksualności ani negatywna samoocena seksualna nie wykazują takich właściwości (Tabela 82). Co ważne *otrzymana edukacja psychoseksualna o typie C* pozostaje w związku z *poczuciem sprawczości w sferze seksualnej – KWS-SPW* (Tabela 26, Aneks I). Ciekawym wynikiem jest to, iż w zakresie **wiedzy o seksualności człowieka niepełnosprawnego (WOSN)** nie zaobserwowano żadnych modeli mediacyjnych z udziałem obszarów otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz wymiarów koncepcji własnej seksualności.

Tabela 82. Podsumowanie równań regresji wyników poziomu wybranych aspektów wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz edukacji całościowej (typ C) i obecności treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej i wymiarów koncepcji własnej seksualności jako mediatorów w grupie osób niepełnosprawnych

WOSN-WO jako zmienna zależna		
<i>KOEPs</i> β i p	<i>KWS</i> β i p	R^2
<i>KOEPs-BIOL</i> $\beta=0,17$ $p=0,001$	<i>KWS-SPW</i> $\beta=0,01$ $p=0,721$	0,35
<i>KOEPs-BIOL</i> $\beta=3,26$ $p=0,001$	<i>KWS-NEG</i> $\beta=0,12$ $p=0,113$	0,34
<i>Typ C</i> $\beta=1,90$ $p=0,001$	<i>KWS-SPW</i> $\beta= - 0,03$ $p=0,456$	0,36

Adnotacja: β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R^2 -wskaźnik wyjaśnianej zmienności; *KOEPs-BIOL* – obecność treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej; *Typ C* – edukacja psychoseksualna o typie C; *KWS-SPW*-poczucie sprawczości w życiu seksualnym; *KWS-NEG*-negatywna samoocena seksualna;

4. Podsumowanie

Jak wspomniano już w poprzednim rozdziale ostatni rozdział empirycznej części pracy miał posłużyć weryfikacji modelu teoretycznego, zakładającego udział zmiennych pośredniczących związku podstawowego otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, pozostających w normie intelektualnej. Celem podjętych analiz była weryfikacja postawionych hipotez zakładających udział wiedzy o seksualności, poziomu przystosowania w roli mediatorów związku głównego (hipotezy 8 i 9) oraz koncepcji własnej seksualności w roli mediatora związku pobocznego otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności (hipoteza 10).

Przeprowadzone analizy pozwoliły wykazać udział każdej ze zmiennych pośredniczących w związku podstawowym, ale wskaźniki pozostały na niskim poziomie o czym szczegółowo napisano poniżej.

Zauważono, że spośród analizowanych aspektów poczucia punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową udział w modelach mediacyjnych biorą jedynie aspekty związane z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny, co ma znaczenie z perspektywy ich istotności w

drodze do osiągnięcia dojrzałości psychoseksualnej. Ogólne poczucie punktualności zadań rozwojowych nie wykazuje takich właściwości prawdopodobnie ze względu na obecność innych ważnych aspektów osiągnięcia dojrzałości w okresie wczesnej dorosłości obok dojrzałości psychoseksualnej (ale pozostają one poza obszarem zainteresowań podjętego projektu badawczego).

Także otrzymana edukacja psychoseksualna (zmienna wyjaśniająca) bierze udział w analizach mediacyjnych jedynie w zakresie dwóch spośród kilkunastu badanych kategorii. Już w poprzednim rozdziale zauważono, że zarówno źródła otrzymanej edukacji psychoseksualnej, jak i zadowolenie z nich nie wykazują związków z poczuciem punktualności zadań rozwojowych, więc zmienne te nie mogą brać udziału w analizach mediacyjnych. Jedynie typ edukacji psychoseksualnej oraz wybrane treści obecne w ramach edukacji psychoseksualnej wykazały związki pozwalające zakwalifikować je do analiz mediacyjnych. W ramach typu edukacji psychoseksualnej jedynie całościowa (typ C), a w ramach obecnych/podejmowanych treści tylko biologiczne biorą udział we wszystkich modelach mediacyjnych.

Poziom wiedzy o seksualności - pierwszy z dwóch mediatorów związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych tworzy jeden model mediacyjny, choć wskaźniki pozostają na niskim poziomie (rys.2), co stanowi powód do powtórzenia badań celem weryfikacji uzyskanych rezultatów. Poziom wiedzy stereotypowej o seksualności osób niepełnosprawnych bierze udział w związku pomiędzy obecnością treści z zakresu fizjologicznych/biologicznych informacji o seksualności a poczuciem punktualności w zakresie zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich relacji i zakładaniem rodziny. Konkludując obecność treści dotyczących fizjologii seksualności zwiększa poczucie punktualności zdarzeń życiowych związanych z życiem intymnym, ale jeżeli treści te są wysyczone licznymi stereotypami na temat seksualności poczucie punktualności zadań rozwojowych w sferze intymnej obniża się (Rysunek2). Co ciekawe pozostałe wymiary poziomu wiedzy o seksualności człowieka (wynik ogólny, wiadomości, prawo) oraz seksualności osób z niepełnosprawnością nie odgrywają znaczącej roli. Przyczyn niespodziewanego obrazu rzeczywistości można szukać w obecnych stereotypach na temat seksualności osób niepełnosprawnych skutkujących negatywnym stosunkiem do intymnej sfery życia tych osób prowadzącym do braku możliwości lub zaniechania

podejmowania prób budowania relacji intymnych z drugim człowiekiem (zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości).

Drugim analizowanym mediatorem związku głównego był poziom przystosowania do wymagań świata zewnętrznego i codziennego życia istotny z perspektywy obecności niepełnosprawności narządu ruchu od urodzenia, towarzyszącej osobom badanym. Pomimo rozległego materiału badawczego oraz wielu analiz wykazano jedynie jeden czynnik mediujący: funkcję adaptacyjną kierowanie sobą. Zauważono, że wysokie umiejętności kierowania sobą wspólnie z otrzymaniem całościowej edukacji psychoseksualnej (typ C) oraz obecnością treści związanych z fizjologią seksualności determinują poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z nawiązywaniem relacji intymnych (Rysunek3 i Rysunek4). Zatem sama edukacja psychoseksualna i obecność poszczególnych treści nie wystarcza w realizacji dojrzałych zadań rozwojowych jeśli nie towarzyszy im zdolność kierowania własnym życiem oraz dokonywanymi wyborami. Co ciekawe żaden inny wymiar poziomu przystosowania ani ogólny wskaźnik nie biorą istotnego udziału w relacji między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem zadań związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny. Brak znaczącego zróżnicowania w zakresie przystosowania w badanej grupie spowodowany osiągnięciem stosunkowo wysokich wyników mógł przyczynić się do uzyskanych rezultatów.

Co ważne podjęto decyzję o wyróżnieniu mediatora związku pobocznego. Podyktowane to było chęcią szczególnego zwrócenia uwagi autorki na aspekty ściśle związane z ludzką seksualnością w osiągnięciu pełnej dojrzałości psychofizycznej, w tym przede wszystkim dojrzałości psychoseksualnej. Dlatego zdecydowano o potraktowaniu wymiarów koncepcji własnej seksualności jako mediatorów związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności we wszystkich badanych wymiarach. Uzyskane wyniki tylko częściowo potwierdziły założenia, gdyż jedynie dwa spośród pięciu wymiarów koncepcji własnej seksualności (na poziomie istotnym statystycznie) pośredniczą między obszarami i kategoriami otrzymanej edukacji psychoseksualnej (w zakresie całościowej edukacji psychoseksualnej- typ C oraz obecności treści o charakterze biologicznym dotyczących ludzkiej seksualności) a poziomem wiedzy o seksualności w grupie osób z wrodzoną

niepełnosprawnością ruchową. Co ważne żadna z tych kategorii nie determinowała na poziomie istotnym statystycznie wszystkich wymiarów badanej wiedzy a jedynie poziom wiedzy ogólnej o seksualności człowieka oraz stereotypowej z zakresu seksualności człowieka. Co ciekawe poziom wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych (w żadnym z badanych wymiarów) nie jest determinowany na poziomie istotnym statystycznie przez poddawane analizom zmienne. Zatem całościowa edukacja psychoseksualna, choć obniża poziom wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka to przy udziale nadmiernego zaabsorbowania seksem wywołuje skutek odwrotny (Rysunek6). Co więcej jak wspomniano poziom ogólnej wiedzy o seksualności człowieka jest determinowany przez obecność treści biologicznych w ramach edukacji psychoseksualnej, ale nie bez znaczenia zostaje tu negatywna samoocena seksualna, wymiar koncepcji własnej seksualności, który łączy się dodatnio z poziomem wiedzy o seksualności (Rysunek5).

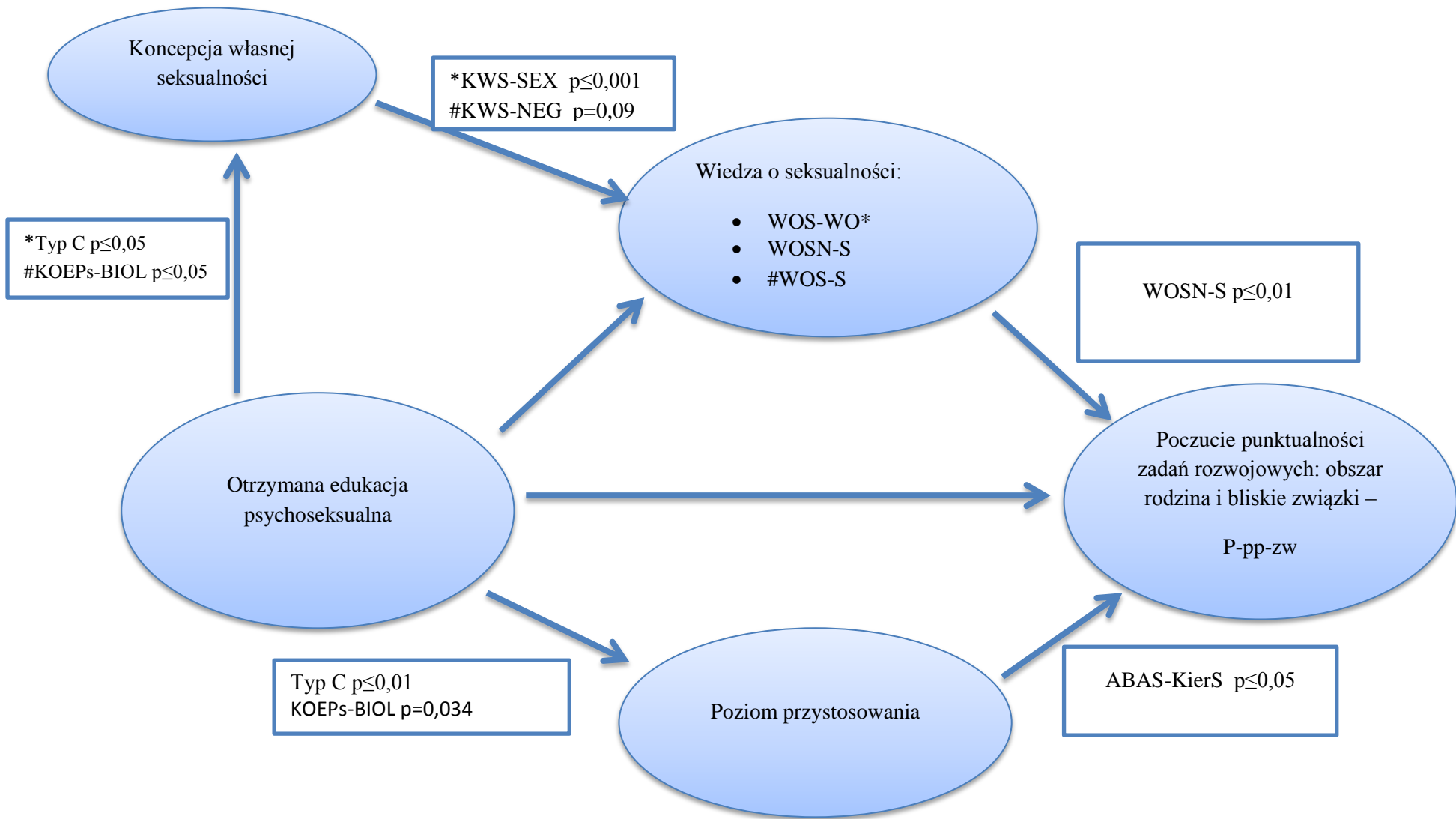
Zatem wysoki poziom wiedzy o seksualności jest silniej determinowany przez udział treści biologicznych o seksualności przy udziale negatywnej samooceny seksualnej. Być może wiedza o seksualności wzmaga w niepełnosprawnych poczucie braku skuteczności podyktowane deficytami pełnej sprawności organizmu przekładającym się najpewniej na niskie poczucie atrakcyjności. Bądź negatywna ocena własnej seksualności prowadzi do zwiększonej wrażliwości na wiedzę na ten temat bądź poszukiwanie jej oraz skuteczniejsze przyswajanie. Tym bardziej ciekawym rezultatem jest brak istotnych modeli w zakresie poziomu wiedzy z obszaru seksualności osób z niepełnosprawnością. Warto zastanowić się nad brakiem przeciwnej zależności z pozytywną samooceną seksualną, ale znaczące jest, że zdecydowana większość osób badanych, zwłaszcza w grupie z niepełnosprawnością deklarowała negatywną ocenę własnej seksualności.

Konkludując, częściowo potwierdzono hipotezy dotyczące mediacji uzyskując w każdym z analizowanych przypadków modele istotne statystycznie. Wykazano zarówno modele częściowej i całkowitej mediacji, jak również supresję, co dowodzi, że każdy z analizowanych aspektów psychologicznej rzeczywistości determinuje w określonym zakresie poczucie punktualności zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości. Co ważne dotyczy to wymiaru nawiązywania bliskich relacji i zakładania rodziny a nie ma przełożenia na ogólne poczucie punktualności zadań rozwojowych i wynika najpewniej

z wielości zadań rozwojowych tego okresu życia niezwiązanych bezpośrednio z seksualnością i osiągnięciem dojrzałości psychoseksualnej. Warto podkreślić trudność wynikającą z wielości analiz spowodowaną jak już wspomniano złożonością zmiennych psychologicznych tworzących model teoretyczny.

5. Dyskusja wyników

Obserwacja otaczającej rzeczywistości oraz doświadczenie praktyczne autorki w niesieniu pomocy psychologicznej osobom niepełnosprawnym ukazało, iż młody człowiek z niepełnosprawnością pomimo życia w społeczeństwie nastawionym na integrację nadal doświadcza licznych problemów w zakresie budowania związków intymnych z drugim człowiekiem. Doprowadziło to do chęci podjęcia przedstawionej w pracy inicjatywy badawczej skutkującej ukazaniem rezultatów analiz modeli regresji wybranych zmiennych psychologicznych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.



Rysunek 7. Zweryfikowany empirycznie model teoretyczny związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych mediowany przez poziom wiedzy o seksualności oraz poziom przystosowania w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową oraz udział koncepcji własnej seksualności jako mediatora związku pobocznego

Stan otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz poczucie punktualności zadań rozwojowych w okresie wczesnej dorosłości u osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w powiązaniu z poziomem wiedzy o seksualności, poziomem przystosowania oraz koncepcją własnej seksualności stanowiły główny problem prowadzonych badań. Punktem wyjścia był rozbudowany model teoretyczny zakładający udział poziomu wiedzy o różnych aspektach seksualności, umiejętności adaptacyjnych oraz koncepcji własnej seksualności w związku między poszczególnymi obszarami, kategoriami i wskaźnikami otrzymanej edukacji psychoseksualnej a poczuciem punktualności zadań rozwojowych, ze szczególnym uwzględnieniem zadań związanych z wchodzeniem w bliskie związki i zakładaniem rodziny. Istotne z perspektywy celu było uchwycenie specyfiki funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową w okresie wczesnej dorosłości na tle sprawnych rówieśników, stąd w badaniach udział wzięli przedstawiciele populacji ogólnej. Pierwsze dwa etapy wnioskowania dotyczyły każdej z nich, natomiast ostatni przedstawiający efekty analiz mediacyjnych charakteryzował modele jedynie w grupie osób niepełnosprawnych. Tak prowadzone analizy i ich psychologiczna interpretacja pozwoliły częściowo potwierdzić zakładane hipotezy i uzyskać zweryfikowany model teoretyczny.

Chcąc ujawnić specyfikę funkcjonowania osób z niepełnosprawnością narządu ruchu od urodzenia na tle sprawnych rówieśników podjęto próbę wykazania różnic w zakresie poziomu analizowanych zmiennych. Zweryfikowano założenia o zróżnicowaniu między grupami, ale jedynie w pewnym zakresie. Ujawniono rezultaty zaskakujące, wykazujące wyższy poziom poszczególnych zmiennych u badanych w grupie klinicznej, czyli odwrotne niż założono. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową najliczniejszą jej część stanowiły osoby z diagnozą mózgowego porażenia dziecięcego oraz przepukliną oponowo-rdzeniową, co stanowi odzwierciedlenie danych epidemiologicznych częstości występowania przyczyn wrodzonej niepełnosprawności ruchowej w populacji (Kurpiel, 2011).

Zgodnie z przewidywaniami osoby z niepełnosprawnością wykazały mniej punktualnych zdarzeń/zadań rozwojowych, także w zakresie aktywności związanych z osiąganiem dojrzałości psychoseksualnej, czyli wchodzeniem w związki intymne oraz zakładaniem rodziny. Odzwierciedla to dotychczasowe doniesienia z badań o poziomie niezależności w różnych sferach życia wśród osób niepełnosprawnych. Dane polskie i

światowe podkreślają znaczenie braku pełnej sprawności organizmu w większej izolacji i trudnościach związanych z nawiązywaniem relacji interpersonalnych, a tym samym nabywaniu niezależności w tym wymiarze życia (Kurpiel 2011; Wiegierink, Roebroek, Bender, Stam, Cohen-Kettenis, 2011).

Również rezultaty analiz otrzymanej edukacji psychoseksualnej dostarczają ciekawych wyników. Stworzenie autorskiego kwestionariusza w oparciu o studium literatury przedmiotu oraz ocenę sędziów kompetentnych pozwoliło na kompleksową analizę zjawiska, którą trudno znaleźć w dotychczasowych dostępnych doniesieniach badawczych na ten temat. W obszarze obecności i zadowolenia z poszczególnych źródeł edukacji psychoseksualnej nie wykazano żadnych istotnych statystycznie związków pozwalających zakwalifikować te dane do zaawansowanych analiz, niemniej jednak udało się uzyskać interesujące rezultaty wskazujące na chęć poszukiwania wiedzy o seksualności wśród osób z niepełnosprawnością. Prawdopodobnie obniżone poczucie własnej wartości i atrakcyjności u młodych osób z niepełnosprawnością, silna potrzeba dorównania rówieśnikom oraz spostrzeganie edukacji psychoseksualnej jako odpowiadającej na własne potrzeby seksualne motywuje do poszukiwania wiedzy na ten temat osoby badane (Verhoef i in., 2005; Czapla, Otrębski, 2014; Borawska-Charko, Rohleder, Finlay, 2017; McCann, Marsh, Brown, 2019). Co ważne wykazano przewagę obecności edukacji psychoseksualnej o typie A wśród młodych dorosłych w obu grupach, jednak to całościowa edukacja psychoseksualna (typ C) miała kluczowe znaczenie z perspektywy analizowanych związków stanowiąc istotny czynnik determinujący poczucie punktualności zadań rozwojowych. Wzmacnia to dane dostępne w literaturze zgodnie z którymi kompleksowa edukacja psychoseksualna dostarcza młodym ludziom rzetelną wiedzę i pełny zakres informacji dotyczących wszystkich aspektów seksualności (Chance, 2002, Dora, 2013). Porównując wyniki własnych analiz do danych uzyskanych w ciągu ostatnich lat w Polsce, ale na populacji ogólnej gimnazjalistów i licealistów nie wykazano istotnych różnic. Okazuje się, że pomimo powszechnych opinii młodzi ludzie nie wykazują rażącego niezadowolenia z wiedzy otrzymywanej w ramach edukacji psychoseksualnej (Czarnik, 2012; 2019; Instytut Badań Edukacyjnych, 2015). Co znamienne w badaniach własnych autorki projektu zadowolenie z otrzymanej edukacji psychoseksualnej w ramach zajęć z Wychowania do życia w rodzinie jest niższe niż w prezentowanych badaniach, co może stanowić efekt

szerszego spojrzenia na edukację psychoseksualną, jako zjawisko dostępne nie tylko w sytuacji szkolnej, przez co rozpatrywane w kontraście do innych dostępnych młodemu człowiekowi źródeł (Czarnik, 2012; 2019; Izdebski, 2012; Instytut Badań Edukacyjnych, 2015).

Interesującym rezultatem odnoszącym się do tematyki otrzymanej edukacji psychoseksualnej jest znaczenie obecności treści biologicznych (dotyczących fizjologii seksu) z zakresu seksualności związanej z zajściem w ciążę, stosunkiem seksualnym, antykoncepcją i zapobieganiem chorobom przenoszonym drogą płciową dla osób z niepełnosprawnością. Stanowi to rezultat porównywalny do wyników osób sprawnych, ale zakładano większy udział treści społeczno-emocjonalnych niż biologicznych w budowaniu poczucia punktualności zadań rozwojowych oraz poziomu wiedzy o seksualności. Prawdopodobnie wynika to z obecności potrzeb seksualnych oraz chęci realizacji życia seksualnego przez młode osoby z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia oraz silnej motywacji posiadania potomstwa przez młode dziewczęta z niepełnosprawnością (Shandra, Chowdhury, 2012; Czapła, Otrębski, 2014, 2018; Gray, Wyllie, Bloom, Byrne, Glader, 2017).

Poziom wiedzy o seksualności – pierwszego mediatora związku podstawowego, jak zakładano był wyższy w grupie osób sprawnych niż w grupie klinicznej. Pozwoliło to na potwierdzenie postawionej w tym zakresie hipotezy (*H9.1 Efekt mediacji związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zada rozwojowych przez wiedzę o seksualności wskazuje większy współczynnik związku niż efekt całkowity*). Wiedza o seksualności osób niepełnosprawnych w tej grupie znajdowała się na wyższym poziomie, co może wynikać z licznych kampanii społecznych oraz polityki integracji osób sprawnych z niepełnosprawnymi (Jaczewski, 2014). Warto zwrócić jednak uwagę na fakt, że osoby sprawne równie często co wiedzą rzetelną posługują się stereotypami, co może prowadzić do zaniechania wchodzenia w relacje intymne z osobami niepełnosprawnymi obniżając w ten sposób ich [osób niepełnosprawnych] szanse na podejmowanie ról rodzicielskich (Pilecka, 2004). Niższy poziom wiedzy na temat seksualności osób niepełnosprawnych wśród samych niepełnosprawnych z kolei najprawdopodobniej wynika z ograniczonych możliwości dostępu do wiedzy skutkującym sięganiem po nierzetelne informacje. Jest to związane z poczuciem braku kompetencji w zakresie pracy nad seksualnością osób niepełnosprawnych wśród

specjalistów realizujących edukację i rehabilitację tychże osób (Pedbani, Johnson, 2015; Clatos, Asare, 2016).

Także wyniki w zakresie poziomu przystosowania, drugiej zmiennej mediującej potwierdziły całkowicie postawioną hipotezę (*H 9.2 Efekt mediacji związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych przez poziom przystosowania wykazuje większy współczynnik związku niż efekt całkowity*). Osoby sprawne zarówno w zakresie ogólnego wskaźnika przystosowania jak i poszczególnych sfer i funkcji adaptacyjnych osiągały wyniki istotnie statystycznie wyższe niż osoby w grupie niepełnosprawnych, gdzie wyniki oscylowały w granicach średniej. Co ważne osoby niepełnosprawne nie uzyskiwały niskich wyników przystosowania, co prawdopodobnie przyczyniło się do wyróżnienia tylko jednej umiejętności jako zmiennej pośredniczącej związku podstawowego. Wynik ten w dużej mierze spowodowany jest doborem celowym osób niepełnosprawnych, który wykluczał osoby z poziomem intelektualnym niższym niż norma. Stosunkowo wysokie wyniki osiągnęte przez osoby z grupy klinicznej w zakresie poziomu adaptacji/przystosowania do wymagań, mogą wynikać z pozostawiania tych osób w normie intelektualnej. Zgodnie z dostępnymi danymi największych deficytów w zakresie radzenia sobie w sferze poznawczej, praktycznej i społecznej doświadczają osoby z niepełnosprawnością intelektualną, dlatego stanowi to jedno z kryteriów diagnostycznych tego rodzaju dysfunkcji (Byra, 2012; Domagała-Zyśk, Otrębski, Czus, 2019).

Analizy rezultatów w obrębie koncepcji własnej seksualności, mediatora związku pobocznego ściśle związanej z tematyką seksualności częściowo potwierdziły hipotezę dotyczącą zróżnicowania. Osoby z niepełnosprawnością wykazują wyższe zaangażowanie seksem w mniejszym stopniu koncentrując się na poczuciu sprawczości oraz odpowiedzialności za własne życie seksualne. Jednocześnie oceniają one swoją seksualność bardziej negatywnie niż osoby sprawne. Ograniczony dostęp do edukacji psychoseksualnej, a w konsekwencji niższy poziom wiedzy o seksualności czyni intymną sferę życia mniej przystępną powodując zwiększone zapotrzebowanie na doświadczanie doznań zmysłowych płynących z aktywności seksualnej w grupie osób z niepełnosprawnością (Akre, Light, Sherman, Polvinen, Rich, 2015). Co więcej doniesienia z dotychczasowych badań wskazują związki między poczuciem atrakcyjności i obrazem własnego ciała a koncepcją własnej seksualności. Obecność

trudności w zakresie pozytywnej oceny własnego ciała u niepełnosprawnych prawdopodobnie ma swoje odzwierciedlenie również w negatywnej ocenie własnej seksualności i siebie w roli partnera seksualnego (Donaghue, 2009; Kurpiel, 2011). Również opóźniony wiek inicjacji seksualnej oraz obecne dysharmonie w zakresie rozwoju psychoseksualnego mogły przyczynić się do zwiększonego zainteresowania tą tematyką w grupie osób z niepełnosprawnością (Amos, McCabe, 2017). Tym bardziej, że raportowane tu badania własne autorki projektu dowodzą, że osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym pomimo niskiej samooceny i poziomu potrzeb seksualnych angażują się w szereg zachowań seksualnych (Czapła, Otrębski, 2014, 2018). Ponadto badacze wykazali, że koncepcja własnej seksualności może być negatywna u osób niepełnosprawnych ze względu na deficyty uczestnictwa w aktywnościach społecznych, na które młodzi niepełnosprawni od urodzenia są często narażeni (Potki, Ziaei, Faramarzi, Moosazadeh, Shahhosseini, 2017).

Jak opisano w rozdziale dotyczącym zróżnicowania oraz przytoczono powyżej hipoteza pierwsza potwierdziła się w przeważającej liczbie analizowanych zmiennych.

Kolejny rozdział poświęcono analizie korelacji pomiędzy poszczególnymi zmiennymi, którym poświęcono hipotezy od 2 do 8. Hipotezy te podobnie jak poprzednia częściowo się potwierdziły.

Dowiedziano, iż w zakresie związku podstawowego liczba i zadowolenie ze źródeł edukacji psychoseksualnej pozostają bez znaczenia dla poczucia punktualności zadań rozwojowych, również w sferze bliskich związków i zakładania rodziny. Brak dostępności i ukierunkowania młodego człowieka na źródła wiedzy rzetelnej na temat seksualności z dużym prawdopodobieństwem warunkuje uzyskane rezultaty (Dora, 2013; Michielsen, Brockschmidt, 2021). Dane z literatury na temat edukacji psychoseksualnej często obejmują tematykę ideologiczną i koncentrują się na krytyce obecnych modeli zamiast przekazywać wiedzę rzetelną o seksualności (Higgins, Skarek, Nolan, Sheenin, Flangan, Slaicuinaite, MC Donelt, Walsh, 2012; Waszyńska, Groth, Kowalczyk, 2013; Pedbani, Johnson, 2015; Tellier, Calleja, 2017).

Całościowa edukacja psychoseksualna wykazuje związki z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie osób z niepełnosprawnością ruchową, gdzie siła związku rośnie w przypadku zadań rozwojowych bezpośrednio związanych z osiąganiem dojrzałości psychoseksualnej (Rozdział IV). Inaczej związki te wyglądają w

grupie osób sprawnych, gdzie zdarzenia życiowe związane z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny nie wykazują żadnych zależności z typami edukacji psychoseksualnej. Wskazuje to jednoznacznie, iż rzetelna wiedza jaką otrzymują osoby z niepełnosprawnością o seksualności wpływa na ich sposób funkcjonowania w zakresie budowania bliskich relacji z drugim człowiekiem, co może mieć silny związek z obrazem siebie i poczuciem atrakcyjności, pozostając jednocześnie bez znaczenia dla osób sprawnych, które nie odczuwają powodów do powątpiewania we własne zdolności seksualne w takim stopniu jak osoby niepełnosprawne od urodzenia (Kurpiel, 2011; Czapła, Otrębski, 2014, 2015, 2018; Michielsen, Brockschmidt, 2021).

Kolejne analizowane związki odnosiły się do udziału zmiennych pośredniczących związku głównego: wiedzy o seksualności człowieka oraz poziomu przystosowania osób badanych. Hipoteza trzecia dotyczyła relacji *między otrzymaną edukacją psychoseksualną a wiedzą o seksualności człowieka* i została częściowo potwierdzona w każdej z analizowanych grup, jednak uzyskane wyniki były zróżnicowane i jednoznacznie wskazywały na specyfikę funkcjonowania grupy klinicznej, która stanowi centralny punkt zainteresowań naukowych i empirycznych autorki rozprawy.

Wszystkie analizowane obszary i kategorie otrzymanej edukacji psychoseksualnej w pewnym zakresie korelują z poziomem wiedzy o seksualności, jednak w grupie osób niepełnosprawnych związków jest zdecydowanie więcej. Może być to rezultatem ułatwionego nabywania wiedzy o seksualności przez osoby sprawne, które zdobywają ją w sposób incydentalny bez udziału celowych działań, a w kontraście zwiększonej potrzeby dostarczania jej osobom z niepełnosprawnością (Okoń, 1992; de Carvalho, da Silva, 2018). Na szczególną uwagę zasługują dwa związki –całościowa edukacja psychoseksualna (typ C) choć na różnym poziomie w grupie osób niepełnosprawnych wykazuje korelacje ze wszystkimi wymiarami wiedzy, podobnie jak obecność treści o seksualności z zakresu fizjologii (biologii). Można wnioskować jak wspomniano wcześniej, że z perspektywy braku pełnej sprawności organizmu treści biologiczne jawią się jako najistotniejsze i co ciekawe mogą powodować wątpliwości w radzeniu sobie w sferze seksualnej, natomiast całościowa edukacja psychoseksualna prowadzi do zaprzeczenia obecnym na temat seksualności stereotypom (Dora, 2013; Gorajska, Kulik, Laube, Liszewska, Madej, 2018). Wreszcie wiedza o seksualności

ponownie w grupie osób niepełnosprawnych wykazuje więcej związków z poczuciem punktualności zadań rozwojowych niż ma to miejsce u osób sprawnych. Oba ogólne wskaźniki poziomu wiedzy o seksualności człowieka i seksualności osób niepełnosprawnych wykazują dodatnie istotne statystycznie związki z poczuciem punktualności zadań rozwojowych, ale co ważne siła tych związków wzrasta w odniesieniu do zadań rozwojowych związanych budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny. Podobnych relacji nie dostrzega się w wynikach sprawnych rówieśników. Zatem poziom wiedzy może skutkować wzrastającą motywacją do podejmowania aktywności seksualnej oraz zawierania związków przez młodych niepełnosprawnych. Prowadzi to do wnioskowania, iż wiedza o seksualności odgrywa w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną kluczową rolę w kontekście osiągnięcia niezależności emocjonalnej i możliwości zakładania rodziny (Shah, 2017; Czapla, Otrębski, 2018). Również hipoteza czwarta została potwierdzona (*H4. Wysoki poziom wiedzy o seksualności koreluje dodatnio z poczuciem punktualności zadań rozwojowych*).

Kolejna wyróżniona zmienna pośrednicząca, poziom przystosowania wykazuje nieliczne związki zarówno z otrzymaną edukacją psychoseksualną jak i poczuciem punktualności zadań rozwojowych. Zatem hipotezy piątą i szóstą (*H5. Istnieje dodatni istotny statystycznie związek między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poziomem przystosowania; H.6. Istnieje dodatni istotny statystycznie związek między poziomem przystosowania a poczuciem punktualności zadań rozwojowych*) potwierdzono jedynie w niewielkim stopniu i co ważne osoby z grupy klinicznej wykazały więcej istotnych statystycznie związków niż osoby sprawne. Podobnie jak dotychczas najwięcej związków istotnych statystycznie w zakresie otrzymanej edukacji psychoseksualnej w grupie osób niepełnosprawnych z poziomem przystosowania wykazały dwie kategorie: całościowa edukacja psychoseksualna oraz udział treści biologicznych z zakresu seksualności. Zarówno ogólny wskaźnik przystosowania jak sfera społeczna czy umiejętności organizowania wolnego czasu, kierowania sobą oraz życie w społeczeństwie i umiejętność dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo wiążą się z otrzymaniem całościowej edukacji psychoseksualnej oraz obecnością treści dotyczących fizjologii seksualności. Najprawdopodobniej jest to efektem dostrzegania istotnych kwestii oraz wysokim poziomem umiejętności adaptacyjnych w

wymienionych sferach, ułatwiającym poszukiwanie i zdobywanie odpowiedniej, rzetelnej i ważnej z perspektywy osób niepełnosprawnych wiedzy (Król, 2010; Schalock, 2010; Kurpiel, 2011; Śliwak, Reizer, Partyka, 2015). Co prawda trudności w zakresie umiejętności adaptacyjnych odnosi się najczęściej do osób z niepełnosprawnością intelektualną, jednak można doszukiwać się pewnej analogii w znaczeniu tych procesów dla umiejętności życia w społeczeństwie i spełniania wymagań codziennego życia przez osoby, które choć pozostają w normie intelektualnej z powodu deficytów funkcjonalnych i organicznych narządu ruchu niejednokrotnie doświadczają trudności w przystosowaniu się do wymagań otoczenia (Eldevik, Jahr, Eikeseth, Hastings, Hughes, 2010). Co ważne także związki między poziomem przystosowania a poczuciem punktualności częściej ujawniano w grupie klinicznej niż porównawczej.

Na końcu przeanalizowano rolę koncepcji własnej seksualności jako zmiennej pośredniczącej w związku pobocznym między otrzymaną edukacją psychoseksualną a wiedzą o seksualności (Rysunek 7). W pierwszym etapie, zanim zastosowano analizy regresyjne przedstawiono związki koncepcji własnej seksualności z otrzymaną edukacją psychoseksualną oraz poziomem wiedzy o seksualności do których odnosiły się hipotez siedem i osiem. Liczba obecnych źródeł edukacji psychoseksualnej wykazuje związki z wymiarami koncepcji własnej seksualności w każdej z grup, choć jeden związek więcej obserwuje się w grupie osób sprawnych. Poziom zadowolenia częściej koreluje z wymiarami koncepcji własnej seksualności w grupie osób sprawnych i w tej grupie więcej zależności ma kierunek ujemny. Stanowi to najpewniej efekt większej świadomości osób sprawnych fałszywości niektórych z otrzymywanych treści, ale może też wynikać z braku przygotowania specjalistów rehabilitacji i edukacji osób niepełnosprawnych w dziedzinie pracy z seksualności swoich podopiecznych oraz deficytów w zakresie dostępu do programów edukacji psychoseksualnej dla osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w Polsce (Izdebski, 2012; MEN, 2015; Johnson, Pedbani, 2015; Bahner, 2018; Czarnik, 2019). Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej częściej koreluje z koncepcją własnej seksualności wśród badanych z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia, co ponownie potwierdza tezę, że zwłaszcza całościowa edukacja psychoseksualna jest niezbędna osobom niepełnosprawnym, bo sprzyja podnoszeniu się poziomu wiedzy, ale z pozytywnym postrzeganiem/obrazem

własnej seksualności tych osób oraz co ciekawe z negatywną oceną tej sfery życia (Kirenko, Lew-Starowicz 2001; Dora, 2013; Czapla, Otrębski, 2014). Tymczasem w grupie osób niepełnosprawnych obecność treści o charakterze społeczno-emocjonalnym a w grupie osób sprawnych o charakterze biologicznym mają znaczenie dla poszczególnych wymiarów koncepcji własnej seksualności. Taki obraz rzeczywistości może wynikać z tego, że dla oceny i postrzegania własnej seksualności większe znaczenie mają treści o charakterze relacyjnym związane z możliwością nawiązania bliskiej relacji z drugim człowiekiem niż sama zdolność podejmowania aktywności seksualnej (treści biologiczne). Ma to najpewniej związek z obniżonym poczuciem atrakcyjności, niską samooceną seksualną oraz niskim poziomem potrzeb seksualnych u osób niepełnosprawnych, co wykazano w dotychczasowych badaniach autorki (Czapla, Otrębski, 2014; 2018) oraz obserwuje się w dostępnych badaniach światowych (Donkevoort, Roebroek, Wiegierink, Heijden-Messen, Stam, 2007; Kelly, Kapperman, 2012). Podsumowując, jedynie częściowo dowiedziono prawdziwości hipotezy siódmej. Ostatnia hipoteza dotycząca rezultatów analiz korelacyjnych, nie potwierdziła się, a efekty badań pozwalają na zaskakujące wnioski. W grupie osób sprawnych wykazano więcej związków między koncepcją własnej seksualności a poziomem wiedzy o seksualności także w zakresie wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych, przy czym zależności w tym wymiarze wiedzy o seksualności (WOSN) nie wystąpiły w grupie osób niepełnosprawnych. Jedyne w grupie klinicznej korelacje o niskim nasileniu dostrzega się między wymiarem koncepcji własnej seksualności - poczucie sprawczości we własnym życiu seksualnym a poziomem wiedzy z zakresu prawnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych. Związek ten (podobnie jak z poziomem wiedzy prawnej o seksualności człowieka, który koresponduje ze wszystkimi wymiarami koncepcji własnej seksualności) wśród niepełnosprawnych może stanowić efekt nadopiekuńczości rodziców wobec niepełnosprawnych dzieci oraz obecnego w społeczeństwie przekonania (stereotypu), że pewne obwarowania prawne ograniczające swobodę seksualną mają chronić osoby słabsze, bezbronne przed nadużyciami seksualnymi. Odnoszą się one głównie do osób z niepełnosprawnością intelektualną czy spektrum autyzmu, ale bywają uogólniane na osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności (Kramers-Olen, 2016). Dalekosiężnym skutkiem takich postaw i działań jest często powstawanie lęku przed podjęciem aktywności seksualnej u osób

niepełnosprawnych wkraczających w dorosłość (Czapla, Otrębski, 2018). Bezpośrednim powodem zaniechania pewnych działań niejednokrotnie jest brak wiedzy na tematy związane z prawnymi aspektami seksualności takimi jak nadużycia seksualne czy elementy wiedzy prawnej dotyczącej bezpośrednio osób niepełnosprawnych takich jak ubezwłasnowolnienie czy zawieranie małżeństwa. Prowadzi to do nieprawidłowości w zakresie percepcji własnego poczucia sprawczości w relacji seksualnej, czyli relacyjnym wymiarze koncepcji własnej seksualności oraz narażenia na nadużycia seksualne ze strony innych (Abells, Kirkham, Ornstein, 2016; Holland-All, Quint, 2017; Potki, Ziaei, Faramarzi, Moosazadeh, Shahhosseini, 2017).

Podsumowując, rezultaty przeprowadzonych analiz wykazują, iż każda z postawionych hipotez odnoszących się do stanu wiedzy zróżnicowania i korelacji między zmiennymi została częściowo potwierdzona. Doprowadziło to do ukazania i potwierdzenia specyfiki funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową na tle sprawnych rówieśników. Analizy miały na celu przeprowadzenie wnioskowania uwzględniającego zmienne pośredniczące w tworzeniu związku między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w grupie klinicznej. Pozwoliło to na uzyskanie częściowo zmodyfikowanego modelu teoretycznego przedstawionego na początku punktu.

Zakładano, że wiedza o seksualności stanowi pierwszy spośród dwóch mediatorów związku podstawowego. Wykazano, że wiedza stereotypowa o seksualności osób z niepełnosprawnością jako jedyna spośród wszystkich analizowanych wymiarów tego konstruktów pośredniczy (stanowiąc mediator całkowity) między otrzymaną edukacją psychoseksualną (tylko w zakresie obecności treści biologicznych) a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w aspekcie budowania bliskich związków (rozdział VI, Rysunek2). Ten wymiar wiedzy o seksualności ujemnie determinuje poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z osiągnięciem dojrzałości psychoseksualnej odwrotnie niż kategoria otrzymanej edukacji psychoseksualnej, gdzie dostrzega się niski poziom dodatniej determinacji. Osoby, które otrzymały informacje na temat biologicznych aspektów seksualności w ramach edukacji psychoseksualnej, ale jednocześnie posiadają wysoki poziom wiedzy stereotypowej na temat seksualności osób niepełnosprawnych będą wykazywały niższe poczucie punktualności zadań rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków niż

osoby nie posługujące się stereotypami na temat seksualności osób niepełnosprawnych (Rysunek 7). Ma to odzwierciedlenie w wynikach badań, gdzie stereotypy dotyczące seksualności negatywnie wpływają na wchodzenie w związki z drugim człowiekiem, a brak informacji o seksualności zwłaszcza w aspekcie biologicznym (z perspektywy młodego człowieka niepełnosprawnego kluczowego w percepcji podejmowania aktywności seksualnej) potęguje zaniechanie realizacji zadań rozwojowych związanych z wchodzeniem w związki (Pilecka, 2004; Esmail, Darry, Walter, Knupp, 2010). Uzyskane wyniki jedynie w niewielkim zakresie potwierdzają hipotezę dziewiątą dotyczącą pierwszej mediacji, co może być wskazaniem do powtórzenia bądź poszerzenia zakresu badań.

Druga część tej samej – hipotezy dziewiątej dotyczyła pośredniczenia poziomu przystosowania w grupie osób niepełnosprawnych związku podstawowego między otrzymaną edukacją psychoseksualną a poczuciem punktualności zadań rozwojowych. Ponownie potwierdzono tę hipotezę jedynie w niewielkim zakresie. Poziom przystosowania okazał się istotny w roli mediatora jedynie w funkcji kierowania sobą (Rysunek 7). Jak wykazano powyżej także inne obszary umiejętności wchodziły w istotne statystycznie zależności z analizowanymi zmiennymi, ale żaden z nich nie wykazał istotnego statystycznie modelu mediacji. Umiejętność kierowania własnym działaniem determinuje poczucie punktualności zadań rozwojowych w aspekcie wchodzenia w bliskie związki w dwóch modelach: wspólnie z otrzymaniem kompleksowej edukacji psychoseksualnej (typ C) (mediacja częściowa) oraz obecnością treści biologicznych dotyczących seksualności w ramach edukacji psychoseksualnej (mediacja całkowita) (rozdział VI, Rysunek 3 i 4). Umiejętność kierowania sobą, podejmowania decyzji i brania odpowiedzialności za własne życie stanowi istotny aspekt wychowania i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Często przywołuje się też znaczenie tej umiejętności w psychologii biznesu i zarządzania z perspektywy podejmowania wyzwań życia codziennego, stąd też jej rola w sferze życia intymnego (Jaszczuk, Ziątek, 2006). Otrzymanie kompleksowej edukacji psychoseksualnej (typ C) wspólnie z wysokim poziomem kierowania sobą pozwala na podejmowanie zadań rozwojowych dorosłego życia, dostarczając doświadczenia ściśle związane z życiem seksualnym, często niedostępne osobom niepełnosprawnym. Podobne obserwacje dotyczą dostępu do informacji związanych z aktywnością

seksualną i konsekwencjami z niej płynącymi. Same informacje nie będą skuteczne, gdy młody człowiek nie jest w stanie podejmować świadomych i odpowiedzialnych decyzji w tym zakresie.

Podsumowując, oprócz dostarczenia wiedzy o seksualności przede wszystkim warto zadbać o rozwój umiejętności związanych z poczuciem własnej skuteczności, odpowiedzialnością i świadomością własnej wartości i poziomu kontroli nad własnym życiem, nie tylko seksualnym. Uzyskane wyniki podkreślają jednoznacznie zakres i cel całościowej edukacji psychoseksualnej, zaznaczając potrzebę dostarczania rzetelnej wiedzy o seksualności, także o jej biologicznych aspektach przy uwzględnieniu wymiarów, w zakresie których nadal są obecne obawy zwłaszcza rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych związane z kompetencjami do samodzielnego i niezależnego decydowania o sobie (Esmail, Darry, Walter, Knupp, 2010; Johnson, Pedbani, 2014).

Koncepcja własnej seksualności w opracowanym modelu objęła rolę mediatora związku pobocznego – otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności w grupie klinicznej. Jak poprzednio analizy mediacyjne, celem podkreślenia specyfiki funkcjonowania grupy, przedstawiono dla osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pomijając grupę osób sprawnych. Ponownie uzyskano częściowe potwierdzenie ostatniej dziesiątej hipotezy.

Wyniki badań własnych wykazały pośredniczenie koncepcji własnej seksualności w dwóch modelach. Negatywna samoocena seksualna (mediacja częściowa) wspólnie z obecnością treści biologicznych o seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej determinuje poziom wiedzy o seksualności (rozdział VI, Rysunek 5). Uzyskany wynik jest zaskakujący i może wynikać z faktu, iż treści biologiczne oraz świadomość braku możliwości podejmowania aktywności seksualnej z powodu niepełnosprawności i poczucia braku atrakcyjności prowadzi do pogłębiania wiedzy o seksualności oraz zwiększania się jej poziomu. Pozwala to ukazać przydatność negatywnej oceny siebie dla pogłębiania motywacji do zmiany przekonania o perspektywach na podejmowanie satysfakcjonującej aktywności seksualnej, poprzez zdobywanie wiedzy, niemniej jednak fakt, iż większość badanych wykazała negatywną samoocenę seksualną jest niepokojący. Co prawda, znajduje to potwierdzenie w innych prowadzonych dotychczas badaniach, ale ukazuje, iż przez lata prawidłowość utrzymuje się i warto podjąć działania, w celu przeciwdziałania (Kirenko, Lew-Starowicz, 2001;

Czapla, Otrębski, 2014, 2018; Salehi, Tavacol, Shabani, Ziaei, 2015). Drugi z uzyskanych modeli dotyczy supresji nadmiernego zaabsorbowania seksem (wymiar koncepcji własnej seksualności) związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej o typie C z poziomem wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka w grupie osób niepełnosprawnych (rozdział VI, Rysunek6). Taki rezultat prowadzi do wnioskowania, że edukacja kompleksowa, co prawda obniża poziom wiedzy stereotypowej o seksualności, ale jednocześnie posługiwanie się stereotypami na temat seksualności wzrasta wówczas, gdy postrzeganiu własnego życia seksualnego towarzyszy nadmierne zaabsorbowanie seksem. Jest to wynik zaskakujący, ale może wynikać z faktu, że obecność rzetelnej wiedzy o seksualności powoduje ukierunkowanie osób niepełnosprawnych na treści biologiczne, co powoduje nadmierne przywiązanie się do aktywności seksualnej, która z perspektywy ich niskiego poczucia atrakcyjności może okazać się najistotniejsza, jednocześnie dowodząc możliwości seksualnych i podnosząc poziom stereotypów związanych z seksualnością człowieka. Taki wynik powielony w pozostałych modelach można tłumaczyć wysokim zapotrzebowaniem osób niepełnosprawnych na wiedzę z zakresu fizjologii seksualności przy jednoczesnym ukazywaniu pozytywnych i negatywnych konsekwencji aktywności seksualnej. Nadmierne zwrócenie się młodych dorosłych z niepełnosprawnością ku czerpaniu wiedzy z zakresu fizjologii seksualności może wynikać z wysycenia i ograniczenia edukacji o seksualności osób niepełnosprawnych do aspektów darzenia szacunkiem osób z dysfunkcjami organizmu. Skutkiem jest wybiórczy odbiór treści, te często pomijane w edukacji przez odbiorców subiektywnie oceniane są jako atrakcyjne. Oczywiście jest to wiedza niezwykle istotna i niezbędna do prawidłowego rozwoju dojrzałości psychoseksualnej, ale nie powinna być ona uważana za jedyną (Erikson, Erikson. 1992; Pilecka, 2004; Shandra, Chowdhury, 2012; Dora, 2013).

Podsumowując rezultaty analiz uzyskanych danych empirycznych w grupie osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozwoliły na częściowe potwierdzenie wszystkich postawionych hipotez oraz przedstawienie zweryfikowanego modelu teoretycznego. Autorka jest świadoma mankamentów swojej pracy w postaci wielości przeprowadzonych analiz spowodowanych wieloaspektowością analizowanych konstruktów teoretycznych, których ograniczenie do wyników ogólnych zniekształciłoby w znacznym stopniu obraz rzeczywistości. Także niewielka liczebność

grupy klinicznej nie pozwoliła na zastosowanie analiz równań strukturalnych. Co prawda, wiele z branych pod uwagę zależności nie potwierdziło się, niemniej jednak uzyskane rezultaty pozwalają na wyciągnięcie pewnych wniosków dla praktyki.

6. Wnioski dla praktyki

Przedstawione wyniki wskazują na współzmiennność na poziomie istotnym statystycznie wszystkich analizowanych zmiennych pośredniczących dla związku podstawowego. Co ważne każda ze zmiennych pośredniczących bierze udział w mediacji związku podstawowego jedynie w pewnym zakresie. Mimo to uzyskane efekty dostarczają także implikacji dla praktycznej działalności edukacyjno-terapeutycznej wobec osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową od urodzenia.

Po pierwsze warto zadbać o rzetelne i kompleksowe programy edukacji psychoseksualnej dla młodzieży z niepełnosprawnością od urodzenia. Co prawda, nie uzyskano istotnych statystycznie modeli z udziałem wielu aspektów wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych w roli mediatora poza wiedzą stereotypową, niemniej jednak dostęp do licznych źródeł edukacji psychoseksualnej z których większość stanowi źródła nierzetelne i nieformalne, a te formalne nie zawsze łączą się z wysokim poziomem wiedzy o seksualności prowadzi do konkluzji, że warto przyjrzeć się temu szczególnie treściom dostępnym w ramach aktualnie realizowanej edukacji psychoseksualnej.

Znamienne, a z perspektywy autorki badań konieczne jest wprowadzenie w ramach formalnej edukacji psychoseksualnej nie tylko dla osób z niepełnosprawnością, ale także dla sprawnych rówieśników kompleksowej wiedzy o seksualności. Badania własne potwierdziły bowiem doniesienia z wcześniejszych badań, że ani restrykcyjna ani permissywna edukacja psychoseksualna nie daje tak pozytywnych efektów dla młodego człowieka i jego życia jak otrzymanie wiedzy całościowej. Ponadto warto szczególnie zwrócić uwagę na wiedzę o aspektach biologicznych/fizjologicznych seksualności, które z perspektywy osób niepełnosprawnych ruchowo jawią się jako niezwykle istotne, nie tylko dla samego podejmowania zadań rozwojowych, ale także postrzegania siebie w sferze seksualnej.

Wreszcie o czym już wspomniano specjaliści i nauczyciele pracujący z osobami

niepełnosprawnymi obok odpowiedniej edukacji psychoseksualnej powinni przywiązywać dużą uwagę do kształtowania umiejętności samodzielnego dokonywania wyborów i brania odpowiedzialności za własne decyzje, bo jak pokazują uzyskane wyniki odgrywa to znaczną rolę również w życiu seksualnym. Warto zaprojektować warsztaty poczucia własnej skuteczności i odpowiedzialności w kontekście m. in. budowania relacji z drugim człowiekiem.

Na koniec warto zwrócić uwagę na potrzebę nieustannego niwelowania negatywnych stereotypów na temat seksualności osób niepełnosprawnych, które często powodują negatywne postrzeganie siebie przez te osoby. Nawet przy udziale całościowej edukacji psychoseksualnej podkreślanie fałszywości omawianych przekonań może mieć kluczowe znaczenie dla funkcjonowania młodego człowieka. Warto zatem zmieniać obecne trendy przez dostarczanie wiedzy na temat różnych aspektów seksualności nie tylko samym osobom niepełnosprawnym, ale również poszerzając programy uczelni wyższych kształcących specjalistów edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w zakresie pracy z seksualnością tychże osób przeciwdziałając w ten sposób ewentualnym problemom. Niewątpliwie ma szanse przyczynić się to do zmiany postrzegania własnej seksualności przez osoby niepełnosprawne i budowania bardziej adekwatnej i jednocześnie pozytywnej koncepcji własnej seksualności.

Ogólna konkluzja wyłaniająca się z przeprowadzonych analiz to potrzeba głębszego przyjrzenia się sytuacji osób niepełnosprawnych z perspektywy możliwości pełnego wkraczania w dorosłe życie z odpowiednim zapleczem w zakresie wiedzy, umiejętności, postaw i doświadczeń. Projekt posiada też mankamenty zarówno na poziomie analiz jak i implikacji praktycznych oraz dalsze perspektywy badań, które szczegółowo przedstawione zostaną w kolejnej części pracy.

ZAKOŃCZENIE

Seksualność stanowi przedmiot badań i zainteresowań społecznych i naukowych od wielu lat. Również analizy aktywności oraz edukacji psychoseksualnej osób z różnego rodzaju niepełnosprawnością stają się coraz częściej przedmiotem zainteresowań badaczy różnych dyscyplin nauki: medycyny, socjologii, pedagogiki czy psychologii. Mimo to aktualny stan wiedzy na ten temat nadal ujawnia braki płynące zarówno z praktyki pracy z osobami niepełnosprawnymi, jak również naukowego dyskursu. Postęp technologiczny świata zapewniający coraz to nowe możliwości radzenia sobie przez osoby z zaburzonymi funkcjami organizmu w dalszym ciągu nie rozwiązuje pewnych trudności w zakresie nadmiernej izolacji, problemów natury interpersonalnej czy możliwości realizacji poczucia bliskości, miłości w relacjach intymnych z drugim człowiekiem przez osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Prowadzi to jak przedstawiono do trudności w zakresie osiągnięcia dojrzałości biopsychospołecznej przez osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową i może skutkować opóźnieniem bądź zaniechaniem realizacji zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości przez osoby reprezentujące omawianą grupę.

Aktualne inicjatywy badawcze obejmują analizę zagadnień seksualności oraz edukacji psychoseksualnej osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Znakomita większość z nich eksploruje sytuację osób z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami ze spektrum autyzmu czy uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Czusz, 2012; Jaczewski, 2014; Czapla, Otrębski, 2014; 2015; 2018; Fornalik, 2017). Deficyty

w zakresie analiz programów edukacji psychoseksualnej osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej oraz dowody na brak przygotowania do radzenia sobie z intymną sferą życia niepełnosprawnych u specjalistów z nimi pracujących nakłoniły badaczkę do podjęcia omawianego projektu (Pedbani, Johnson, 2015).

Przedmiot zainteresowań w oparciu o analizę literatury przedmiotu oraz doświadczenia praktyczne sformułowano następująco: opis relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności realizacji zadań rozwojowych oraz wskazanie w jakim zakresie wiedza o seksualności i poziom przystosowania pełnią funkcje mediatorów tego związku, wśród młodych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Co więcej przeanalizowano mediacyjną rolę koncepcji własnej seksualności w związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poziomem wiedzy o seksualności. Cel aplikacyjny stanowiło sformułowanie wskazówek do pracy nad psychoedukacją i terapią osób z niepełnosprawnością od urodzenia w kontekście intymnej sfery życia.

Realizując powyższe cele badawcze przeprowadzono badania na grupie 160 osób w okresie wczesnej dorosłości, z podziałem na dwie grupy: osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową (83 osoby) oraz ich sprawnych rówieśników (77 osób). Wszyscy badani pozostawali w normie intelektualnej, co stanowiło ważny element doboru celowego grupy. Wykorzystano pięć kwestionariuszy psychologicznych, z czego trzy z nich stanowiły efekt pracy autorki rozprawy i dotyczyły one analizowanych aspektów seksualności: *Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej*; *Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności* oraz *Kwestionariusz Koncepcji Własnej Seksualności (MSSCQ-pl)*. Ponadto wykorzystano dwa dostępne już narzędzia, ale rzadko wykorzystywane w dotychczas realizowanych badaniach naukowych: *Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych w okresie wczesnej dorosłości* (Brzezińska, Kaczan, 2010), *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – ABAS-3* (Otrębski, Domagała-Zyśk, Sudoł, 2019).

Na podstawie przedstawionych wyników analiz zróżnicowania międzygrupowego wykazano specyfikę funkcjonowania osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową na tle sprawnych rówieśników. Ponadto ujawniono odmienne korelacje w każdej z grup, co udowadnia, iż w kontekście realizacji zadań

rozwojowych związanych z budowaniem bliskich związków i zakładaniem rodziny osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową mogą wykazywać pewne specyficzne trudności i płynące z nich dodatkowe potrzeby w tym zakresie.

W zakresie otrzymanej edukacji psychoseksualnej jako niezwykle istotne dla badanych jawią się kategorie obecności treści o fizjologii seksualności: podejmowanie aktywności seksualnej, antykoncepcja, ciąża, które prawdopodobnie są najmniejszym zakresie przekazywane niepełnosprawnej młodzieży, często pomijane, co może prowadzić do wzrostu ich subiektywnej wartości w kontekście braku pełnej sprawności organizmu.

Ponadto ustalono, że wiedza stereotypowa o seksualności, podobnie jak umiejętność kierowania sobą (funkcja adaptacyjna, zaliczana do sfery poznawczej poziomu przystosowania) najczęściej pośredniczą w wyróżnionych związkach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych w aspekcie bliskich związków i zakładania rodziny przez młode osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Daje to podstawy do podejmowania kolejnych inicjatyw badawczych i społecznych prowadzących do niwelowania obecnych stereotypów (najczęściej dotyczących przekonania o braku możliwości podejmowania aktywności seksualnej przez osoby pozbawione pełnej sprawności). Ponadto warto wprowadzać psychoedukację wzmacniającą niezależność i poczucie sprawczości oraz kontroli nad własnym życiem przez osoby z niepełnosprawnością od urodzenia, szczególnie narażonych na nadmierną opiekę i kontrolę z zewnątrz.

Wykazano również, że nadmierne zaabsorbowanie seksem współwystępuje z wysokim poziomem wiedzy stereotypowej o seksualności człowieka. Po raz kolejny dowodzi to powszechnej prawidłowości, że pomijanie pewnych informacji i brak wiedzy wywołuje negatywne skutki i może prowadzić do podejmowania przez młode osoby ryzykownych zachowań lub pogłębiać izolację społeczną.

Świadomość autorki projektu obecności pewnych ograniczeń prowadzonych badań odnosi się przede wszystkim do ograniczonej liczebności badanych grup. Specyfika doboru celowego narzucająca rygorystyczne kryteria niepełnosprawności ruchowej od urodzenia pozwoliła na badanie przede wszystkim osób z mózgowym porażeniem dziecięcym i przepukliną oponowo-rdzeniową, a kryterium normy intelektualnej znacznie ograniczyło dostępność potencjalnych badanych. Nie bez

znaczenia pozostała sytuacja epidemiologiczna w kraju, kiedy wybuch pandemii zbiegł się z czasem prowadzenia badań. Brak odpowiednio licznej grupy badanej uniemożliwił prowadzenie bardziej zaawansowanych analiz statystycznych

Wnioski z badań własnych nasuwają kolejne kierunki analiz dotyczących wzajemnych relacji otrzymanej edukacji psychoseksualnej, poziomu wiedzy o seksualności i umiejętności adaptacyjnych z perspektywy realizacji zadań rozwojowych w różnych okresach życia. Niewątpliwie warto powtórzyć badania na większej grupie osób, co umożliwiłoby przeprowadzenie bardziej złożonych analiz skutkujących licznymi wynikami oraz pozwoliło zweryfikować uzyskane rezultaty. Warto ponownie przyjrzeć się kategoriom źródeł edukacji psychoseksualnej, które w tych badaniach nie wykazały znaczącej roli. Niewątpliwie warto poszerzyć realizację zadań rozwojowych związanych z wkraczaniem w dorosłe życie przez osoby niepełnosprawne o poszukiwanie uwarunkowań osiągnięcia niezależności ekonomicznej i zawodowej. Wiele inicjatyw badawczych dotyka tej tematyki w kontekście różnych grup osób niepełnosprawnych, ale warto w dalszym ciągu podejmować próby poprawy jakości życia i osiągnięcia niezależności przez młodych niepełnosprawnych od urodzenia, pozostających w normie intelektualnej.

BIBLIOGRAFIA

Abells, D., Y., Kirkham, A. & Ornstein, M.P., (2016). Review of gynecologic and reproductive care for woman with developmental disabilities. *Current opinion in Obstetrics & Gynecology*, 28 (3), 350-358.

Akre, C., Light, A., Sherman, L., Polvinen, J. & Rich, M. (2015). What Young People with Spina Bifida Want to know about sex and are not being told. *Child: Care, Health and Development*, 41(6), 963-969.

Amos, N. & McCabe, M. (2017). The importance of feeling sexually attractive: can it predict an individual's experience of their sexuality and sexual relationships across gender and sexual orientation? *International Journal of Psychology* 52 (5), 354-363.

Amos, N. & McCabe, M. (2015). Self-perceptions of sexual attractiveness: satisfaction with physical appearance is not of primary importance across gender and sexual orientation. *The journal of Sex Research*, 53 (2), 1-14.

Arnett, J. J. (2006). Emerging Adulthood: Understanding the New Way of Coming of Age. W: J. J. Arnett i J. L. Tanner (red.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (3–19). American Psychological Association.

Arystoteles, (1983). *Metafizyka*. Warszawa: PWN.

Aubrey, J., S. (2007). The Impact of Sexually Objectifying Media Exposure on Negative Body Emotions and Sexual Self-Perceptions: Investigating the Mediating Role of Body Self-Consciousness. *Mass Communication and Society*, 10(1), 1-23.

Baborski A. J., Bonner R. F. (2003), *Zarządzanie wiedzą korporacyjną – dwa podejścia*. W: W. Abramowicz, A. Nowicki, M. Owoc (red.), *Zarządzanie wiedzą w*

systemach informacyjnych. Wrocław: Wydawnictwa Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.

Bahner, J. (2018). Crippling Sex Education: lessons learned from a programme aimed at young people with mobility impairments. *Sex Education, 18*(6), 640-645.

Baines, S., Emerson, E., Roberston, J. & Hatton, Ch. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health, 18*, 667-676.

Bajcer, B. (2002). Wskaźniki czasu psychologicznego: przegląd ważniejszych narzędzi pomiaru. *Przeгляд psychologiczny, 45, 4*, 411-429.

Bancroft, J. (2012). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.

Bartoszek, A. (2009). *Seksualność osób niepełnosprawnych. Studium teologicznomoralne*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.

Baumeister, R. F. (2004). Ego Depletion and the Self's Executive Function. W: A. Tesser, R. B. Felson, J. M. Suls (red.) *Psychological perspectives on Self and Identity* (s. 9-33). Washington: APA.

Bąk, W., (2002). E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja. *Przeгляд Psychologiczny, 45, 1*, 39-55.

Becelewska, D. (2006). *Repetitorium rozwoju człowieka*. Jelenia Góra: Kolegium Karkonoskie PWSZ.

Bee, H., (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Sk-a.

Beisert, M., (2007). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: PWN.

Beisert, M., (2019). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: PWN.

Berg, H., (2019). Evidence-based practice in psychology fails to be tripartite: a conceptual critique of the scientocentrism in evidence-based practice in psychology. *Frontiers in psychology, 10*, 1-4.

Białopiotrowicz, E. & Kojkoł, J. (2010). Stereotypy i uprzedzenia w środowisku studentów akademii marynarki wojennej. *Zeszyty Naukowe Marynarki Wojennej, 11, 4*, 183.

Bieńko, M., Izdebski, Z. & Wąż, K. (2016). *Kontrola realizacji prawa dzieci i młodzieży do edukacji seksualnej*. Warszawa: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Grupa Edukatorów Ponton.

Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA). (2010). *Standardy edukacji seksualnej w Europie*.

Bogdanowicz, M. (2000). *Integracja percepcyjno-motoryczna : teoria - diagnoza – terapia. Wydanie 3*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Bordini, B., Rosenfield R. L. & Yu. L., (2012). Normal pubertal development: part II: clinical aspects of puberty. *Pediatrics in review*, 32, s. 281-292. Illinois: American Academy of Pediatrics.

Borisoff, J., F., Elliott, S., L., Hocaloski, S. & Birch, G. E. (2010). The development of a sensory substitution system for the sexual rehabilitation of men with chronic spinal cord injury. *Journal of Sexual Medicine* 7(11), 3647 - 3658.

Brdulak, J., J. (2005). Zarządzanie wiedzą a zarządzanie łańcuchami wartości, W: H. Brdulak, & T. Gołębiowski (red.), *Wspólna Europa. Zrównoważony rozwój przedsiębiorstwa a relacje z interesariuszami*, (s. 49-57), Warszawa: Wydawnictwo SGH.

Breakwell, G., M. & Millward, L., J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. *Journal of Adolescence Health* 20, 29–41.

Brown, M., McCann, E., Truesdale, M., Linden, M. & Marsh, L. (2020). The design, content and delivery of relationship and sexuality education programmes of people with intellectual disabilities: a systematic review of the interational evidence. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 17(20): 7658.

Bruckner, H. & Bearman P. (2005). After the promise: The STD consequences of adolescent virginity pledges. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 271-280.

Brzezińska, A. I. (2005). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańska: GWP.

Brzezińska, A. I. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Brzezińska, A.I. (2017). *Tożsamość u progu dorosłości. Wizerunek uczniów szkół ponadgimnazjalnych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Brzezińska, A. I. Appelt, K. & Ziółkowska, B. (2015). Psychologia rozwoju człowieka. Gdańsk: GWP.

Brzezińska, A. I. & Kaczan, R. (2010). Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych (PPZŻ): konstrukcja i analiza właściwości psychometrycznych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15 (1), 85-110.

Brzezińska, A., I. & Kaczan, R., (2011). Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych – PPZŻ: podstawy teoretyczne. w: W. Zeidler (red.) *Kwestionariusze w psychologii. Postępy, zastosowania, problemy* (s. 475-504). Warszawa: Wydawnictwo VIZJA.

Brzezińska, A.I. & Syska, W. (2016). Ścieżki wkraczania w dorosłość Poznań: Wydawnictwo naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Brzezińska A. & Trempała J. (2000) Wprowadzenie do psychologii rozwoju, W: J.Strelau (red.). *Psychologia - podręcznik akademicki T.1.* (s. 229 - 283). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Buhl, H., M. & Lanz, M., (2007). Emerging adulthood in Europe: Common traits and variability across five European countries. *Journal of Adolescent Research*, 22(5), 439 – 443.

Buss, D. M (2001). Psychologia ewolucyjna. Gdańsk: GWP.

Buzwell, S. & Rosenthal, D. (1996). Constructing a sexual self: Adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, 6(4), 489–513.

Buzzeli, S. & Di Francesco, L., (1997). Psychological and medical aspects of sexuality following stroke. *Sexuality and Disability*, 15, 4, 261 - 270.

Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538–549.

Campbell, J., D., Assanand, S. & di Paula, A., (2003). The structure of the self-concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality*, 71(1), 115–140.

Campbell, J. D., & Fairey, P. (1985). Effects of self-esteem, hypothetical explanations, and verbalization of expectancies on future performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1097–1111.

Campbell, J. D. & Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (s. 3–20). Plenum Press.

Campbell, M., Lofgren-Martenson, Ch. & Martino, S., (2020). Crippling sex education. *Sex Education*, 20,4, 361 - 365.

Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141–156.

Carrol, J. (2015). *Sexuality Now: Embracing Diversity*. Boston: Cengage Learning.

Chirban, J., T., (2014). *Jak rozmawiać z dziećmi i młodzieżą o seksualności?* Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Chlewiński, Z. & Kurcz, I., (red.) (1992). *Stereotypy i uprzedzenia. Kolokwia Psychologiczne : pismo Komitetu Nauk Psychologicznych PAN ; t. 1*. Warszawa: Instytut Polskiej Akademii Nauk.

Cierpialkowska, L., Turbaczewska-Brakoniecka, I., & Groth, J. (2018). *Seksualność i problemy seksualne z perspektywy psychodynamicznej*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Courtois, F., J., Mathieu, C. & Belanger, M. (2001). Sexual Rehabilitation for men with spinal cord injury: preliminary report on behavioral strategy. *Sexuality and Disability*, 19, 149-157.

Clatos, K. & Asare, M. (2016). Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Disabilities: A Pilot Training Program. *American journal of health studies*, 31(3), 151–162.

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*, 29(3), 240-261.

Cyzio, D., (2017). Wyzwania edukacji (w Polsce) z perspektywy psychologicznej. *Hybris*, 36, 139-173.

Czapla K. (2014), Potrzeby seksualne i samoocena seksualna a przejawy zachowań seksualnych u młodych osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, [niepublikowana praca magisterska KUL].

Czapla K. & Krzysztofik K. (2019). Seksualność a przebieg procesów integracji sensorycznej u młodych osób z ASD - wzajemne relacje i implikacje praktyczne. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica XII*, 200-217.

Czapla K. & Otrębski W. (2014), Sexual self-esteem and sexual needs of young adults with cerebral palsy, *Health Psychology Report*, 2(4), 1–9.

Czapla, K. & Otrębski, W., (2018). Differences in Sexual Behavior of Teenagers and Young Adults with Cerebral Palsy: The Role of Sexual Needs and Sexual Esteem. *Sexuality And Disability*, 36, 33-46. <https://dx.doi.org/10.1007/s111955-017-9512-x>

Czapla, K. & Otrębski W. (2015). Zróżnicowanie przejawów zachowań seksualnych u młodych osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica V*, 91-118.

Czarnik, Sz., (2012). Uczniowie o wychowaniu do życia w rodzinie. *Wychowawca*, 9, 25-31.

Czarnik, Sz., (2019). Opinie uczniów o zajęciach z przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie. Wyniki badań. *Uniwersytet Jagielloński w Krakowie*. [dostęp online 04.06.2021].

Czusz A. (2012), Poziom wrażliwości moralnej jako czynnik różnicujący przejawy seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, [niepublikowana praca magisterska KUL]

Czusz A. & Otrębski W. (2014), Seksualność osób niepełnosprawnych umysłowo-wyzwanie dla metodologii badań i praktyki psychologicznej, W: E. Zasepa, & T. Gałkowski (red.), *Oblicza psychologii klinicznej* (s. 259-278) Sopot: GWP.

Dębowska, M., Szulc, A. & Gałęcki, P., (2019). *Seks a zdrowie psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

Dec-Piotrowska, J. & Paprzycka, E. (2016a). Społeczne konstruowanie cielesności i seksualności. Analiza wybranego kontekstu edukacji seksualnej. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 17, 325-339.

Dec-Piotrowska J., & Paprzycka E., (2016b). Wychowanie do życia w rodzinie – raport przedmiotowy W: I. Chmura-Rutkowska et al. (red.) *Gender w podręcznikach, Projekt badawczy, Raport, t. 3, Raporty przedmiotowe i rekomendacje*. (s. 127- 174). Warszawa: Sowa Druk.

Desarda, M., P. (2006). Physiological repair of inguinal hernia: a new technique. *Hernia*, 10(2), 143-146.

Di Paula, A., & Campbell, J. D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 711–724.

Długołęcka, A. & Lew-Starowicz, Z., (2006). *Edukacja seksualna*. Warszawa.

Długołęcka A. & Lew- Starowicz M. (2014) Seksualność osób w starszym wieku, *Geriatrics*, część 2, w: *Medycyna po Dyplomie*, 4(56), (s.128-140). Warszawa: Medical Tribune Polska.

Długołęcka A. (2014) Seksualność seniorów, w: A. Zych (red.) *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, Sosnowiec: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej "Pod Dębem".

Długołęcka A., Rekowski W. & Zglińska-Guz J. (2013). Poziom samodzielności funkcjonalnej osób z niepełnosprawnością, W: R. J. Kijak (red.), *Seksualność - niepełnosprawność - rzeczywistość : współczesne konteksty badawcze w problematyce seksualności człowieka z niepełnosprawnością*, (s. 201-223) Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.

Długołęcka A., & Fornalik I. (2013). Usługi seksualne w procesie rehabilitacji seksualnej osób z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną, W: R. Kowalczyk & M., Leśniak (red.) *Prostytucja : studium zjawiska*, (s.89-103). Kraków: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM.

Długołęcka A. (2012a). Rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową i intelektualną, w: Z. Lew-Starowicz; K. Waszyńska (red.) *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym : teoria i rzeczywistość*. (s. 231-249). Poznań: UAM.

Długołęcka A. (2012b). Seks kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w: K. Klukowski (red.) *Medycyna sportowa :część druga (s. 124-160)*. Warszawa: Medical Tribune Polska.

Długołęcka A. (2012c). Seksualność pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, W: K. Klukowski (red.) *Medycyna sportowa :część druga.(s. 206-223)*. Warszawa: Medical Tribune Polska.

Długołęcka A., Kowalczyk R. (2012) Seksualność młodzieży z niepełnosprawnością. *Klinika Pediatryczna*, 20 (5), 5155-5160.

Donaghue N., (2009). Body satisfaction, sexual self-schemas and subjective well-being in women. *Body Image*; 6 (1), 37 – 42. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.08.002.

Donnelly, D.A. (1993): Sexually inactive marriages. *Journal of Sex Research*. 30, 171–179.

Dora, M. (2013). Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce. *Przegląd Pedagogiczny*, 2, (s. 101-108), Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Dulko S., & Stankiewicz S. (2009). Płeć a seksualność. w : Lew-Starowicz Z. (red.) *Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym*. Warszawa: VIZJA PRESS&T.

Eldevik, S., Jahr, E., Eikeseth, S., Hastings, RP., & Hughes CJ., (2010). Cognitive and adaptive behavior outcomes of behavioral intervention for young children with intellectual disability. *Behavior Modification*, 34(1), 16-34.

Erikson, E. H., (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Ska.

Esmail, Sh., Darry, K., Walter A., & Knupp, H., (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148-1155.

Farvid, P., Braun, V., & Roney, C. (2017). ‘No girl wants to be called a slut!’: Women, heterosexual casual sex and the sexual double standard. *Journal of Gender Studies*, 26(5), 544–560.

Fecenec, D., (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Ferrer-Urbina, R., Sepulveda-Paez, G., L., & Henriquez, DT., (2019). Development and validity evidence of multidimensional scale of sexual self concept in Spanish-speaking context. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 32, 22, s. 13-28.

Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2010). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. New York: Routledge.

Flatow, E., (2011). *Zdrowie seksualne w postawach i zachowaniach studentów. Studium porównawcze na przykładzie Polski i Francji*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.

Fornalik, I., (2017). *Mam autyzm. Mam seksualność. I co dalej?*. Warszawa: Fundacja JIM.

Fornalik, I. (2020). Edukacja seksualna osób ze spektrum autyzmu i osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(2) 80-107.

Franco, D., G., Cardoso, J., & Neto I., (2012) Attitudes toward affectivity and sexuality of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 30, 261-287.

Freud, Z. (2009). *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Freud, Z. (2010). *Wstęp do psychoanalizy*. Kęty: Wydawnictwo Marek Derewiecki.

Gapik, L. (2006). Funkcjonowanie seksualne w normie i patologii. Podstawy diagnostyki i terapii. *Przegląd Terapeutyczny*, 1, 1-22.

Gapik, L., (2009). Funkcjonowanie seksualne w normie i patologii. W: Z. Izdebski (red.) *O człowieku i jego rozwoju nie tylko seksualnym: prace dedykowane profesorowi Andrzejowi Jaczewskiemu*, 227-270. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Garcia, L., T. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8 (4). 10-21.

Gardian-Miałkowska, R., Weremczuk, E., & Przybysz-Zaremba, M., (2020). *Specjalne potrzeby edukacyjne w praktyce pedagogicznej. Wybrane obszary i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Gawlik-Kobyłańska, M. (2016) Cztery wymiary uczenia się w projektowaniu scenariusza kursu e-learningowego. *Zeszyty Naukowe AON* 4, 105, 39-52.

Gola B. (2008). *Modele zachowań seksualnych w prasie młodzieżowej i poglądach nastolatków*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gorajska, M., Kulik, M., Laube, J., Liszewska, U., & Madej, O., (2018). Edukacja seksualna w Polsce w kontekście promocji zdrowia seksualnego vs. tabu seksualne. *Psychoseksualologia*, 4, 110 - 120.

Granada, M., A., & Estrella, J., M. (2008). Breaking the silence: uncovering sexuality in stem cell transplantation. *Postre Session II: Transplant Nursing* 14(2), 160-164.

Grzelak, S. (2006). Seksualizacja. *Świat problemów*, 6, 25-28.

Gurba E., (2005), Wczesna dorosłość. W: Harwas-Napierała B., & Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, (s. 202–233), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hamer, H. (2005). *Psychologia społeczna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Harwas-Napierała B., & Trempała J. (red). (2000). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN .

Hensel, D., J., Fortenberry, J., D., O’Sullivan, L., F., & Orr, D., P., (2011). The Developmental Association of Sexual Self-Concept with Sexual Behavior among Adolescent Women. *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 675–684.

Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., Mc Donnell, S., & Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for Staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2559 - 2569.

Holland-Hall, C., & Quint E. H., (2017). Sexuality and Disability in adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 64(2), 435-449.

Hughes, T.G., & Snell, W.E. (1990). Communal and exchange approaches to sexual relations. *Annals of Sex Research*, 3, 2, 149 - 163.

Illeris, K., (2006) *Trzy wymiary uczenia się. Poznawcze, emocjonalne i społeczne ramy współczesnej teorii uczenia się*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSWE TWP.

Imieliński, K. (1984): Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna* (s. 123-135). Warszawa: PWN.

Isler, A., Beytut, T., Tas, F., & Conk Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sexuality and disability*, 27, 229-237.

Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI w.* Kraków: Wydawnictwo UJ.

Jaczewski, A., (2014). *Seksualność dzieci i młodzieży. Pół wieku badań i refleksji*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Jaszczuk J., & Ziątek K. (2006), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo na drodze do niezależności*, Warszawa: Stowarzyszenie Spokojne Jutro.

Kasperek-Golimowska, E. (2012). Edukacja seksualna jako forma ochrony i promocji zdrowia seksualnego. W: K. Waszyńska & Z. Lew-Starowicz (red.) *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość* (s. 87-133). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Kelly, S., M., & Kapperman, G. (2012). Sexual activity in young adults who are visually impaired and the need for effective sex education. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 106 (9), 519-526.

Kielin, J., & Klimek-Markowicz, K., (2013). Krok po kroku. *Nauczanie i terapia dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kijak R. (2014), *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kijak, R., (2018). Edukacja seksualna i doświadczenia seksualne młodych dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną. *Seksuologia Polska*, 16,2, 51 – 60.

Kirenko, J., & Lew-Starowicz, Z. (2001). *Seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kobylecka, W., & Jaczewski, A., (2015). *O dziewczętach dla dziewcząt*. Warszawa: PZWL.

Kochanowski, J., (2021). *Socjologia seksualności, marginesy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kocur, D., (2019). Polska wersja Skali AMORE służącej do badania motywacji seksualnych. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, , 25, 1, 79 – 93.

Kofta, M. & Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau, (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki (561-600)*. Gdańsk: GWP.

Koller, R., (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, 18, 125-135.

Komorowska-Pudło, M., (2013). *Seksualność młodzieży przełomu XX i XXI wieku*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Komorowska-Pudło, M., (2015). Wychowanie seksualne w ujęciu holistycznym. *Roczniki Pedagogiczne*, 7, (43), 3, 67 - 91.

Kozielecki, J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Krakowiak, P., & Łukaszewska, P. (2015). Samoocena pracowników w instytucjach edukacyjnych i pomocowych a ich działalność zawodowa. *Paedagogia Christiana* 1/35, 273-293.

Kramers-Olen, A., (2016). Sexuality, intellectual disability and human rights legislation. *South African Journal of Psychology*, 4, 504-516.

Krings, F., Bangerter, A., Gomez, V., & Grob, A. (2008). Cohort differences in personal goals and life satisfaction in young adulthood: Evidence for historical shifts in developmental tasks. *Journal of Adult Development*, 15, 93 - 105.

Kriofske Mainella, A. M., & Smedema, S. M. (2021). Sexual Health Education and Life Satisfaction for People With Congenital Neurological Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. <https://doi.org/10.1177/00343552211031870>

Król, M. (2010). *Mózgowe porażenie dziecięce*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia

Król, T. (2012). *Wędrując ku dorosłości.. Wychowanie do życia w rodzinie. Program nauczania dla klas I-III szkół ponadgimnazjalnych*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.

Król, T., (2014). *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie. Program nauczania dla klas V-VI*. Kraków: Wydawnictwo i Hurtownia Rubikon.

Kwaśniewska, G., (2005). *Rodzina dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Kucharski, Sz., & Rzepa, T. (2017). Samoocena i jej komponenty a satysfakcja z życia seksualnego. *Psychoseksuologia*, 3, 61-67.

Kulik M., & Otrębski W. (2012). Sytuacja rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w wyniku choroby genetycznej. W: H. Liberska (red.). *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym. Możliwości i ograniczenia rozwoju* (s. 129-150). Warszawa: Difin,

Kultys, J. (2005). *Moralność seksualna młodzieży –ciągłość czy zmiana?* Słupsk: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej.

Kurpiel, D., (2011). *Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym w różnym zakresie niepełnosprawności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Lanz, M., & Tagliabue, S. (2007). Do i really need someone in order to become an adult? Romantic relationships during emerging adulthood in Italy. *Journal of Adolescent Research*, 22 (5), 531 - 549.

Leibowitz, R., & Stanton, A., (2007). Sexuality after spinal cord injury: A conceptual model based on women's narratives. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 44–55.

Lou, J. H., Chen, S. H., Li, R.H., & Yu, H., Y. (2011) Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model. *J Clin Nurs*, 20(11-12), 1696-1704.

Lewko, A., (2017). Edukacja seksualna jako element wspierania rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Forum Pedagogiczne*, 6(1), 327-337.

Lew-Starowicz, Z. (2007), *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*, W: J., Rzepka, (red.), *Zdrowie seksualne* (s.7 - 14),. Mysłówice, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłówicach.

Lew-Starowicz, Z. (2001). *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: Muza SA.

Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (red.) (2020). *Seksuologia*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3–13.

Loska, M., (2005). *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym – osiągnięcia edukacyjne*. Warszawa: WSiP.

Lombranz, J., Shmotkin, D., & Vardi, R. (1991). The equivocal meanings of time: Exploratory and structural analyses. *Current Psychology: Research & Reviews*, 10, 3 - 20.

Lubrańska, A. (2018). Dorosłość i jej różne przejawy. W: A. Lubrańska *Psychospołeczne aspekty życia i pracy w kontekście różnic międzypokoleniowych i polityki organizacyjnej* (s. 11-18). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Lucasson R., Borthwick-Duffy S., Buntix W. H. E., Coulter D. L., Craig E. M., & Reeve A. (2002), *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports (10th ed.)*. Washington: Wydawnictwo AAMR.

Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., & Dzwonkowska, I., (2007). *Samocena i jej pomiar. Skala samooceny SES M. Rosenberga*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Łukaszewski, W. (2017). Koncepcje sytuacji trudnych: krok naprzód czy krok wstecz? *Czasopismo Psychologiczne*, 35 - 44.

Maček, P., Bejcek, J., & Vaničková, J. (2007). Contemporary Czech emerging adults: generation growing up in the period of social changes. *Journal of Adolescent Research*, 22 (5), 444 - 475.

Machaj, A., Roszak, M., Stankowska, I. (2010). Rzyrkowne zachowania seksualne kobiet w okresie prokreacyjnym. *Nowiny Lekarskie*, 79 (1), 22-31.

Mackie, D. M., Hamilton, D. L., Susskind, J. & Rosselli, F. (1999). Społeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów. [w:] Macrae, C. N., Stangor, Ch. i Hewstone, M. (red.), *Stereotypy i uprzedzenia* (s. 39-65). Gdańsk: Wydawnictwo GWP.

Malewski M. (2010). *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.

Malina, A., (2014). *Satysfakcja i wartościowanie zadań rozwojowych przez młodych dorosłych*. Ogólnopolska Konferencja Psychologii Rozwojowej „Zmiany rozwojowe w biegu życia: konteksty i perspektywy” At: Lublin Volume: XXIII.

Malina, A. (2015). Osobowość młodych dorosłych a podejmowanie zadań rozwojowych związanych z rodziną. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(4), 559 - 572.

Malina, A., & Suwalska D., (2012). Przywiązanie i satysfakcja z realizacji zadań rozwojowych w bliskich związkach a zachowania agresywne między partnerami. *Psychologia rozwojowa*, 17(2), 71-86.

Marcinek, P., Brzeska, A., Kapała, A., Peda, A., & Szumski, F., (2011). Niedojrzałość psychoseksualna jako termin diagnostyczny. *Seksuologia Polska*, 9, (1), 38 - 42.

Martowska, K. (2012). *Lista Przymiotnikowa ACL. Harrison G. Gough, Alfred B. Heilbrun, Jr. Polska normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

McCabe, M., (2002). Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis. *The Journal of Sex Research*, 39(4), 302-309.

Michielsen, K., & Brockschmidt, L. (2021). Barriers to sexuality education for children and young people with disabilities in the WHO European region: a scoping review. *Sex Education-Sexuality society and Learning*, 21(6), 674 – 692. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1851181>

Ministerstwo Edukacji Narodowej (2015). *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (18-latków) oraz rodziców i dzieci w wieku 6-17 lat wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych

Ministerstwo Edukacji Narodowej. Podstawa programowa – wychowanie do życia w rodzinie szkoła podstawowa – klasy IV-VIII (2019).

Morrow, D., F., & Messinger, L. (red.) (2006). *Sexual orientationa nad gender expression i social work practice*. New York: Columbia University Press.

Mynarska, M., & Styrc, M. (2014). Preferencje i ograniczenia. Czynniki determinujące intencje posiadania pierwszego i drugiego dziecka. W: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia* (s. 54-76). Warszawa: Scholar.

Mynarska, M., Matysiak, A., & Rybińska, A. (2014). Którędy do bezdzietności? Analiza ścieżek życia kobiet, które nigdy nie zostały matkami. W: A. Matysiak (red.), *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia* (s. 105-131). Warszawa: Scholar.

Nario-Redmond, M., (2010). Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: Consensus for global category representations and diagnostic domains. *British Journal of Social Psychology* 49,(3), 471 - 488.

Nęcka, E., Orzechowski J., & Szymura, B., (2019). *Psychologia poznawcza*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Newton, DC., & McCabe, M. (2008). Effects of sexually transmitted infection status, relationship status, and disclosure status on sexual self-concept. *The Journal of Sex Research*, 45(2): 187 – 92. doi: 10.1080/00224490802012909.

Norkowski, J. (2013). Problem świadomości z punktu widzenia medycyny, psychologii i filozofii. W: J. Norkowski (red.) *Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej* (s. 11-12). Warszawa: Wydawnictwo Thaurus.

Nowak, M., Gawęda, A., & Janas-Kozik, A., (2010). Fizjologiczny rozwój psychoseksualny dzieci i młodzieży. *Seksuologia Polska*, 8(2), 64-70.

Nowosielski, K., Jankowski K., S., Kowalczyk, R., Kurpisz, J., Normantowicz-Zakrzewska, M., & Krasowska, A., (2018). Sexual Self-Schema Scale for Woman – validation and psychometric properties of the polish version. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 2, 131 - 142.

Obuchowska, I., & Jaczewski, A. (2002). *Rozwój erotyczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Żak.

Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Odowska-Szlachcic, B., & Mierzejewska, B., (2013). *Wzrok i słuch - zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

Olejniczak, D., & Skonieczna, J. (2016). Rola szkolnej edukacji psychoseksualnej w promocji zdrowia. *Problems of Civilization*, 10(1), 46 - 54.

Okoń, W., (2001). Nowy słownik pedagogiczny. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Oleszkowicz, A., & Misztela, A. (2017). Wybrane aspekty realizacji zadań rozwojowych a procesy tożsamościowe u kobiet we wczesnej dorosłości. *Psychologia rozwojowa*, 22(4), 75 - 88.

Oleś, P. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Wydanie nowe Warszawa: SCHOLAR.

Oleś, P. (2017). Poszanowanie prawdy i godności człowieka drogą do porozumienia Polaków i rozwoju Polski. W: J. Szomburg (red.), *Polacy i Polska wobec wyzwań dojrzałości. Po XI Kongresie Obywatelskim* (s. 111-114). Gdańsk: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.

Ostrowska, A. (2007). Seksualność osób niepełnosprawnych. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 11-24). Warszawa: GARMOND.

Ostrowska, K., & Ryś, M., (1999). Wychowanie do życia w rodzinie: książka dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: CMPPP MEN.

O'Sullivan, L., Meyer-Bahlburg, H., & McKeague, I., (2006). The Development of the Sexual Self-Concept Inventory for Early Adolescent Girls. *Psychology of Women Quarterly*, 30(2), 139 – 149. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00277.x>

Otrębski W., Domagała-Zyśk E., & Sudoł A. (2019). *ABAS-3 System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – wyd. trzecie. Polski podręcznik*. Warszawa: PTP-PTP.

Otrębski W., Wiącek G., Domagała-Zyśk E., & Sidor-Piekarska B. (2012). *Jestem dorosły – chcę pracować. Program wspierania młodzieży z niepełnosprawnością umysłową w procesie przejścia z edukacji na rynek pracy*. Lublin: Europerspektywa.

Otrębski W., Wiącek G., & Mariańczyk K. (2017). Diagnoza psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. W: W. J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie – wyzwania i konteksty* (s. 301-321). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Pai HC, Lee S, & Yen WJ., (2012), The effect of sexual self-concept on sexual health behavioural intentions: a test of moderating mechanisms in early adolescent girls. *J Adv Nurs*, 68(1), 47 – 55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05710.x.

Palus, K., (2010). Poszukiwania i wybór partnera życiowego jako ważne zadanie rozwojowe okresu wczesnej dorosłości. W: K. Palus *Wybrane psychologiczne uwarunkowania braku partnera życiowego w okresie wczesnej dorosłości* (s. 17 – 29). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Pebdani, R., & Johnson, K. (2015). Rehabilitation Counseling Students Report on Training and Sexuality. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(3), 173-175.

Pendergrass, S., Nosek, M., A., & Holcomb, J. D. (2001). Design and evaluation of an Internet site to educate woman with disabilities on reproductive health care. *Sexuality and Disability*, 19(1), 71-83.

Pervin, L. A. (2002). *Psychologia osobowości*. Sopot: GWP.

Piaget, J. (2006). *Studia z psychologii dziecka (wyd. 2)*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Pilecka, W. (2004). Wychowanie seksualne w systemowej rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego. W: B. Aouil, M. Kościelska (red.) *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca* (s. 112-114), Bydgoszcz: PWN.

Porębiak, M. I. (2005). Samocena jawna i utajona: model dwuskładnikowy. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 93 - 105.

Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electronic physician*, 9(9), 5172–5178. <https://doi.org/10.19082/5172>

Pudo, T. (2005). Pornografia w internecie – aspekty prawnokarne. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, IX, 2, 97 - 121.

Ramezani, M.A, Ghaemmaghami, A., Talakar, M., Saadat, SH., Zamani, E., & Shams, J. (2013). Reliability and Validity Assessment of Multi-Dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire in Iran. *Iranian Journal of Military Medicine*. 14(4): 249 – 254.

Reynolds, K., E. (2019). Relationships and sexuality education for children with special educational needs and disabilities. *Journal of Health Visiting*, 7(2), 4 - 15.

Rolston, B., Schubotz, D., & Simpson, A., (2005). Sex education in North Ireland schools: a critical evaluation. *Sex Education*, 5, 5, 2-17.

Rosenfield, R., Bordini, B., & Yu, Ch. (2013). Comparison of Detection of Normal Puberty in Girls by a Hormonal Sleep Test and a Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Test. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98, 4, 38 - 56.

Ross, C., E., & Broh, B. A. (2000). The roles of self-esteem and the sense of personal control in the akademik achievement proces. *Socjology of Education* 73(4), 270 - 284.

Rostosky S, Dekhtyar O, Cupp P, & Anderman E. (2008). Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health? *Journal of Sex Research*, 45(3), 277 – 286.

Ryś, M. (red.). (1999). *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla młodzieży*. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.

Saadat, S.H., Ramezani, A., & Ahmadi, K., (2015). Sexual Self-Concept and General Health in Rheumatoid Arthritis Patients. *Iran Red Crescent Med J.*, 17(10): e19005 doi: 10.5812/ircmj.19005.

Santelli, J., Ott, M., Lyon, M., Rogers, J., Summers, D., & Schleifer, R. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescence Health*, 38(1), 72 - 81.

Salazar, L., F, Crosby, R.,A, DiClemente, R., J., Wingood, G., M., Lescano C.,M., & Brown, L.,K., (2005). Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among African-American female adolescents: Implications for sexual risk reduction interventions. *Health Education & Behavior*, 32, 413 – 427.

Salehi, M., Tavakol, H., K., Shabani, M., & Ziaei, T., (2015). The relationship between self-esteem and sexual self-concept in people with physical-motor disabilities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), 1 - 17.

Schalock, R., L., Luckasson, R., & Tasse, M., J., (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)*. Washington: Wydawnictwo AAIDD.

Seijts, G. H. (1998). The importance of future time perspective in theories of work motivation. *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied*, 132, 154 - 168.

Sevlever, M., Roth, M.,E., & Gillis, J., M., (2013). Sexual abuse and offending in autism spectrum disorders. *Sexuality and Disability*, 31, 189 - 200.

Sequerla, A., H. (2017). *Introduction to concept of teaching and learning*. New York: Routledge.

Shah, S., (2017). Disabled people are sexual citizens too: supprotng sexual identity, well-being and safety for disabled young people. *Fronties in Education*, 2(46), 1-5.

Shandra, C.L., & Chowdhury, A.R. (2012). The first sexual experience among adolescent girls with and without disabilities. *Journal of Youth Adolescence*, 41(4), 515 – 532.

Shuttleworth, R., P. (2000). The search for intimacy for man with cerebral palsy. *Sexuality and Disability*, 18, 263 - 282.

Skonieczna, J., (2014). *Sprawdzian (z) WdŹ czyli jak wygląda edukacja seksualna w polskich szkołach*. Warszawa: Grupa Edukatorów Seksualnych Ponton.

Skonieczna, J., Olejniczak, D., & Kielan, A., (2017)., Comparison of the assessment of the level of sexual education in secondary schools by adolescents and parents. *Journal of Education, Health and Sport*, 7, 6, 155 - 172.

Snell, W. E., Belk, S. S., Papini, D. R., & Clark, S. (1989). Development and Validation of the Sexual Self-Disclosure Scale. *Annals of Sex Research*, 2(4), 307–334. <https://doi.org/10.1177/107906328900200403>

Snell, W. E., Fisher, T. D., & Miller, R. S. (1991). Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, Reliability, and Validity. *Annals of Sex Research*, 4(1), 65 – 92. <https://doi.org/10.1177/107906329100400104>

Snell, W. E., (1995). *Mutidimensional Sexuality Self-Concept Questionnaire*. New York: Routledge.

Snell, W. E. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. W: E. Davis, W. Yarber, P. Bauseman, W. Schreer & P. Davis (red.) *Handobook of sexuality-related measures* (s. 521-524). Newbury Park: Sage.

Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256 – 263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>

Spiegel, J. W. S. (2008). Sexual self-concept and sexually abused males: Early data on the development of a scale. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 147 – 161.

Spitzer, M., (2019a). *Learning: The Human Brain and the School of Life*. Londyn: Elsevier Science Publishing Company

Spitzer, M. (2019b). *Jak uczy się mózg?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spring, J. (2008) (red.) *The Universal Rights to Education. Justification, Definition and guidelines*. New York: Taylor & Francis e-Library.

Stalończyk, I. (2014). Edukacja formalna i pozaformalna w procesie kształtowania społeczeństwa wiedzy. *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, 37, 320 - 332.

Szcześniak, M., Bielecka, G., Madej, D., Pieńkowska E., & Rodzeń, W. (2020). The role of self-esteem in the relationship between loneliness and life satisfaction in late adulthood: evidence from Poland. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1201 - 1212.

Szczurek-Boruta, A. (2007). Zadania rozwojowe na tle koncepcji rozwoju psychicznego. W: A. Szczurek-Boruta *Zadania rozwojowe młodzieży i edukacyjne*

waruni ich wypełniania w środowiskach zróżnicowanych kulturowo i gospodarczo. *Studium pedagogiczne* (s. 21-54). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Szlendak, T., (2008). Interpretacje kryzysu rodziny w socjologii. Między rodzinnym fundamentalizmem a rewolucją stylów życia. *Studia Socjologiczne*, 4 (191), 5 - 41.

Szymczak, K., & Janicka, I., L., (2021) Kwestionariusz Nadseksualizacji – polska adaptacja metody. *Seksuologia Polska*, 19, 1 - 20 doi: 10.5603/SP.2021.000.

Śliwak, J., Reizer., U., & Partyka, J., (2015). Poczucie osamotnienia a przystosowanie społeczne. *Studia Sociala Cracoviensa*, 7, 1(2), 61-78.

Tasse, M., J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson R., Nygren, M., A., Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G., M., & Kogan, C., S., (2019). Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63,5, 386 - 407.

Tellier, S., A., & Calleja, N., G. (2017). Renegotiating sexuality following an acquired disability: best practices for counselors. *Adulthood Journal*, 16(1), 47 - 59.

Tesser, A., Campbell, J., & Smith, M. (1984). Friendship Choice and Performance: Self-Evaluation Maintenance in Children. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46, 561 - 574.

Tesser, A. Felson, R.B. & Suls, J.M. (2004). *Ja i tożsamość*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

Trenholm, Ch., Devaney, B., Fortson, K., Clark, M., Bridgespan, L., & Wheeler J., (2008). Impact of abstinence education on teen sexual activity, risk of pregnancy and risk of sexually transmitted diseases. *Journal of Policy Anal Manage*, 27(2), 255 - 276.

Waszyńska, K., Groth, J., & Kowalczyk, R. (2013). Kontrowersje wokół współczesnej edukacji seksualnej. Teoria i (nie)rzeczywistość. *Studia Edukacyjne*, 24, 165 - 179.

Weeks, J., (2012). *Sex, politics and society: the regulation of sexuality since 1800*. London: Routledge Taylor & Francis Group.

Wiegierink, D., Roebroek, M., Bender J., Stam, H., & Cohen-Kettenis, P., (2011). Sexuality of young adult with cerebral palsy: experienced limitation and needs. *Sexuality & Disability*, 29, 119 - 128.

Winarni, T. I., Hardian, H., Suharta, S., & Ediati, A. (2018). Attitudes towards sexuality in males and females with intellectual disabilities: indonesia setting. *Journal of Intellectual Disability*, 6(2), 43 - 48.

Witkowski, L., (2009). *Tożsamość i zmiana. Wstęp do epistemologicznej analizy kontekstów edukacyjnych*. Toruń: Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji TWP.

Wojciechowska, J. (2004). Wczesna dorosłość - zagrożenia rozwoju. *Remedium*, 3 (133), 4 - 5.

Wojciszke., B. (1991). *Procesy oceniania ludzi*. Poznań: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.

Wojciszke, B., & Cieślak, B. (2014). Orientacja sprawcza i wspólnotowa wybrane aspekty funkcjonowania zdrowotnego i społecznego. *Psychologia społeczna*, 3(40). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Wojciszke, B. (2019). *Psychologia społeczna, wyd 3*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Wojciszke, B. (2004). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe SCHOLAR.

World Health Organization, BZgA. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe*. Federal Centre for Health Education. BZgA. Colonge 20.

World Health Organization Team, (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Unesco,

Woynarowska B., (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe.

Woynarowska, B., (2010). *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Wysocka, E. (2013). Wschodząca dorosłość a tożsamość młodego pokolenia - współczesne zagrożenia dla kształtowania tożsamości: analiza teoretyczna i empiryczne egzemplifikacje. *Colloquium*, 1, 69-96.

Urbaniak, K. (2009). Edukacja seksualna ABC. *Wychowawca*, 4, 10-13.

Vetulani J., & Mazurek M. (2018). *Neuroerotyka. Rozmowy o seksie i nie tylko*. Warszawa: Wydawnictwo Znak Horyzont.

Vickberg, S. M. J., & Deaux, K. (2005). Measuring the dimensions of women's sexuality: The Women's Sexual Self-Concept Scale. *Sex Roles: A Journal of Research*, 53(5-6), 361–369.

Vucic-Peitzl, M., Peitzl V, & Pavlovic, E. (2011). Sexual self-perception in schizophrenic and depressive patients. *Nordic Journal of Psychiatry*; 65(5):306–10. doi: 10.3109/08039488.2010.545144.

Zadworna-Cieślak, M., (2017). Realizacja zadań rozwojowych w okresie późnej dorosłości – konstrukcja nowego narzędzia badawczego. *Gerontologia Polska*, 25, 156-162.

Zamelski, P., (2015). Wartości i normy społeczne. W: P. Zamelski, *Propedeutyka filozofii prawa* (s.103-146). Opole: Suma Teologiczna 1-2.

Zeanah, P. D., & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the Sexual Self-Esteem Inventory for Women. *Assessment*, 3(1), 1 – 15.

Ziaei, T., Khoei, E., M., Salehi, M., & Farajzadegan, Z., (2013). Psychometric properties of the Farsi version of modified Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire. *Iranian Journal of Nursing of Midwifery Research*, 18, 6, 439 - 445.

STRESZCZENIE

Osiąganie dojrzałości biopsychosepolecznej jest postawowym zadaniem okresu wczesnej dorosłości (Brzezińska, 2001). Jako istotna w tym okresie życia jawi się seksualność realizowana przez młodego człowieka przez inicjowanie życia seksualnego, budowanie pierwszych poważnych związków intymnych oraz zakładanie rodziny (Brzezińska, Kaczan, 2010). Prawidłową realizację zadań rozwojowych determinuje szereg czynników obecnych w życiu człowieka, w tym przede wszystkim sprawność jego organizmu, która niejednokrotnie ogranicza efektywne wkraczanie w dorosłość (Kurpiel, 2011; Czapla, Otrębski, 2018).

W związku z powyższym w przedstawionym projekcie badawczym podjęto się weryfikacji pośredniczenia zmiennych: poziom wiedzy o seksualności, poziom przystosowania oraz koncepcja własnej seksualności (mediator poboczny) w związku otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poczuciem punktualności zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości, przez młode osoby z wrodzoną niepełnosprawnością narządu ruchu.

Przebadano 160 osób w okresie wczesnej dorosłości, które podzielono na dwie grupy osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową pozostających w normie intelektualnej (83 osoby) i sprawnych rówieśników (77 osób). Wykorzystano pięć narzędzi badawczych: *Kwestionariusz Poczucia PunktualnościZdarzeń Życiowych w okresie wczesnej dorosłości* (Brzezińska, Kaczan, 2010), *Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej* (Czapla, Otrębski, 2019); *Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności* (Czapla, Otrębski, 2019); *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – ABAS-3* (Otrębski, Domagała-Zyśk, Czus, 2019); *Kwesionariusz Koncepcji Własnej*

Seksualności (MSSCQ-pl, w polskim tłumaczeniu i adaptacji, Czapla, Otrębski, 2019) oraz ankietę danych socjodemograficznych.

Wykazano zróżnicowanie w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych między grupami osób niepełnosprawnych i sprawnych. Osoby z grupy klinicznej uzyskiwały statystycznie niższe wyniki w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych w porównaniu z osobami sprawnymi. Ponadto poza wyjątkami wykazano jak zakładano więcej w grupie klinicznej niż w grupie osób sprawnych.

Co więcej ujawniono pośredniczenie umiejętności kierowania sobą oraz poziomu wiedzy o seksualności w zakresie wiedzy stereotypowej między obecnością treści biologicznych w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz edukacją w modelu całościowym (typ C) a poczuciem punktualności zadań rozwojowych w obszarze zakładania rodziny i budowania bliskich związków. Podobnie negatywna samoocena seksualna oraz nadmierne zaabsorbowanie seksem pośredniczą między wybranymi kategoriami otrzymanej edukacji psychoseksualnej a ogólnym poziomem wiedzy o seksualności oraz poziomem wiedzy stereotypowej. Wyniki pozwalają na sformułowanie wskazówek dotyczących tworzenia programów edukacji psychoseksualnej i udzielania wsparcia młodym niepełnosprawnym wkraczającym w dorosłe życie.

SUMMARY

Achieving biopsychosocial maturity is one of the main task of youht adulthood (Brzezińska, 2001). The major aspect of one's life is sexuality implemented by sexual akcitivity, sexual and romantic relationships and start one family. Determinanst of normal developmental activities include mulitimensional factors. Disability from birth may be one of the most important aspect hinderof becoming adult by adolescents.

The thesis presents theoretical bases of exploring issues: sense of punktuality in developmental tasks, psyxhosesual education, knowledge of sexuality, degree of adjustment and sexuality self concept. In reaserch partipate 83 young persons with congenital motor disability and 77 young adulst without disability. The measures used in study: *Kwestionariusz Poczucia Punktualności Zdarzeń Życiowych w okresie wczesnej dorosłości* (Brzezińska, Kaczan, 2010), *Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji Psychoseksualnej* (Czapla, Otrębski, 2019); *Kwestionariusz Wiedzy o Seksualności* (Czapla, Otrębski, 2019); *System Oceny Zachowań Adaptacyjnych – ABAS-3* (Otrębski, Domagała-Zyśk, Czus, 2019); *Kwesionariusz Koncepcji Własnej Seksualności* (MSSCQ-pl, modified by, Czapla, Otrębski, 2019).

The results showed that young adults with disability have lower level of examining variables. Moreover level of stereotypical knowledge about sexuality; self-managment mediate between biological information about sexuality and comprehensive sex education in young people with disability. Similarly, preoccupatin with sexual activity and negative sexual self-esteem mediate between aspects of sexual self-concept and level of sexual knowledge. The obtains results confirm that psychoeducation about sexuality for disabled young people is needed.

ANEKS I. ZESTAWIENIE TABEL

- Tabele częstości występowania poszczególnych wskaźników wbranych analizowanych zmiennych (Tabela 1-4)
- Tabele współczynników korelacji między aspektami otrzymanej edukacji psychoseksualnej a poziomem wiedzy o seksualności w badanych grupach (Tabela 5-8).
- Tabela całkowitych, bezpośrednich i pośrednich efektów dla wyników P-pp, P-rodzin a i bliskie związki-pp oraz WOSN-WO jako zmienne zależne oraz dla aspektów otrzymanej edukacji psychoseksualnej poziomu wiedzy, poziomu przystosowania i koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących (Tabela 9-27)

Tabela 1. Częstości rozkładu dla liczby źródeł edukacji psychoseksualnej w grupie osób niepełnosprawnych

<i>Udział poszczególnych źródeł</i>	<i>Suma udziału źródeł</i>	<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>Brak</i>	0	1	1,20	1	1,20
<i>niski/malý</i>	1	1	1,20	11	13,25
	2	6	7,20		
	3	4	4,80		
<i>średni/umiarkowany</i>	4	9	10,80	59	71,09
	5	22	26,50		
	6	28	33,70		
<i>wysoki/duży</i>	7	9	10,80	12	14,46
	8	3	3,60		
	9	0	0,00		

Adnotacja: f – liczebność; P – procent

Tabela 2. Częstości rozkładu dla liczby źródeł edukacji psychoseksualnej w grupie osób sprawnych

Udział poszczególnych źródeł		<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
Brak	0	0	0	0	0
Niski/mały	1	0	0	12	15,58
	2	8	10,40		
	3	4	5,20		
Średni/umiarkowane	4	22	28,60	56	72,72
	5	20	26,00		
	6	14	18,20		
Wysoki/duży	7	9	11,70	9	11,70
	8	0	0		
	9	0	0		

Adnotacja: *f* – liczebność; *P* – procent

Tabela 3. Częstości poziomu zadowolenia z otrzymanej edukacji psychoseksualnej z poszczególnych źródeł w wyróżnionych grupach

Kategorie i wskaźniki źródeł edukacji psychoseksualnej		Udział poszczególnych źródeł			
		<i>OS</i>		<i>ON</i>	
		<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
<i>Rodzina</i>	<i>Rodzice</i>	50	64,93	29	34,94
	<i>Rodzeństwo</i>	13	16,88	19	22,89
	<i>inni członkowie rodziny</i>	7	9,09	19	22,89
<i>Szkola</i>	<i>koleżanki i koledzy</i>	62	80,51	49	59,03
	<i>WDzR</i>	54	70,12	46	55,42
	<i>nauczyciele innych przedmiotów</i>	24	31,16	51	61,44
<i>mass</i>	<i>źródła polecane</i>	64	83,11	63	75,90
	<i>źródła samodzielnie odszukane</i>	38	49,35	81	97,60

źródła przypadowo zastyszane	49	63,63	76	91,56
---------------------------------	----	-------	----	-------

Adnotacje: *f*-liczebność *P*-procent; *OS*-osoby sprawne; *ON*-osoby niepełnosprawne

Tabela 4. Częstości udziału otrzymanej edukacji psychoseksualnej z typu A, B oraz C w wyróżnionych grupach

Typ otrzymanej edukacji psychoseksualnej		OS		ON	
		<i>f</i>	<i>P</i>	<i>f</i>	<i>P</i>
Typ A	0	11	14,30	19	22,90
	1	6	7,80	10	12,10
	2	28	36,40	4	4,80
	3	32	41,60	50	60,20
Typ B	0	53	68,80	63	75,90
	1	21	27,30	8	9,60
	2	3	3,90	3	3,60
	3	0	0	9	10,90
Typ C	0	48	62,30	62	74,70
	1	18	23,40	4	4,80
	2	5	6,50	13	15,80
	3	6	7,80	4	4,80

Adnotacja: *f*- liczebności; *P*-procent; *OS*-osoby sprawne; *ON*-osoby niepełnosprawne

Tabela 5. Korelacje poziomu zadowolenia z poszczególnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie klinicznej

	Rodzina			Szkoła			Mass media		
	Rodzice	Rodzeństw o	inni członkowie rodziny	koleżanki i koleżdy	WdZR	nauczyciel e innych przedm	źródła polecone	źródła samodzielni e odszukane	źródła przypadkow o zastyszane
WOS-WO	- 0,12	- 0,32	- 0,63**	- 0,14	0,17	- 0,07	- 0,34**	- 0,16	- 0,42**
WOS-W	0,15	-0,18	- 0,65**	- 0,06	0,25	0,01	- 0,18	- 0,16	- 0,35**
WOS-S	0,02	-0,48	-----	- 0,21	0,04	0,87**	-0,21	- 0,05	-0,19

<i>WOS-P</i>	-0,13	0,18	-0,14	- 0,03	-0,31*	0,04	- 0,11	- 0,02	-0,18
WOSN -WO	0,14	-0,48*	-0,30	0,21	-0,02	-0,06	-0,27*	0,10	-0,13
<i>WOSN-W</i>	0,19	-0,25	-0,11	-0,04	-0,16	-0,48**	-0,54**	-0,06	-0,08
<i>WOSN-S</i>	-0,14	-0,58*	----	-0,24	-0,18	0,67**	0,17	0,17	0,28*
<i>WOSN-P</i>	0,19	-0,40	-0,44	0,22	0,15	0,16	-0,22	0,24*	-0,09

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 6. Korelacje typów otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie klinicznej

	Typ A	Typ B	Typ C
WOS-WO	- 0,15	- 0,24*	0,54**
<i>WOS-W</i>	-0,09	- 0,25	0,43**
<i>WOS-S</i>	0,49**	-0,26	-0,49**
<i>WOS-P</i>	- 0,32**	0,01	0,54**
WOSN-WO	-0,15	-0,19	0,55**
<i>WOSN-W</i>	-0,20	-0,14	0,54**
<i>WOSN-S</i>	0,18	0,03	-0,24**
<i>WOSN-P</i>	-0,16	-0,07	-0,42**

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*- wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*- wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 7. Korelacje podejmowanych aspektów seksualności w ramach otrzymanej edukacji psychoseksualnej z wiedzą o seksualności w grupie klinicznej

	<i>KOEPs-BIOL</i>	<i>KOEPs-SPOŁ-EM</i>	<i>KOEPs-PRW</i>	<i>KOEPs-ET-MOR</i>
WOS-WO	0,55**	0,38**	0,69**	0,24*

<i>WOS-W</i>	0,45**	0,26*	0,60**	0,10
<i>WOS-S</i>	-0,24*	-0,16	0,01	-0,22
<i>WOS-P</i>	0,60**	0,50*	0,51**	0,27*
WOSN-WO	0,49**	0,30**	0,39**	0,29**
<i>WOSN-W</i>	0,43**	0,27*	0,40**	0,21*
<i>WOSN-S</i>	-0,45**	-0,15	-0,27*	-0,21
<i>WOSN-P</i>	0,38**	0,33**	0,25*	0,21*

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*-wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*-wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 8. *Korelacje poziomu zadowolenia z poszczególnych źródeł otrzymanej edukacji psychoseksualnej a wiedzą o seksualności w grupie osób sprawnych*

	<i>Rodzina</i>				<i>Szkoła</i>			<i>Mass media</i>		
	<i>Rodzice</i>	<i>Rodzeństwo</i>	<i>inni członkowie rodziny</i>	<i>koleżanki i koleżdy</i>	<i>WdZR</i>	<i>nauczyciele innych przedm</i>	<i>źródła polecane</i>	<i>źródła samodzielnie odszukane</i>	<i>źródła przypadkowo zasłyszane</i>	
WOS-WO	0,06	0,34	---	-0,17	0,22	-0,67**	0,10	-0,04	0,23	
<i>WOS-W</i>	0,39**	-0,02	--	-0,50**	0,08	-0,48**	-0,15	-0,04	0,18	
<i>WOS-P</i>	-0,06	-0,08	-	-0,15	0,55**	-0,47*	0,08	-0,36*	-0,08	
<i>WOS-S</i>	0,21	0,73**	-0,57*	0,24	-0,36*	0,24	0,44**	0,17	0,43**	
WOSN-WO	0,24	0,62*	-	-0,28*	0,03	-0,84**	-0,22	-0,25	-0,01	
<i>WOSN-W</i>	0,57**	0,13	-	-0,34**	-0,05	-0,90**	-0,39**	-0,20	-0,04	
<i>WOSN-S</i>	0,03	-0,01	-0,13	-0,35*	0,07	-0,14**	0,10	0,12	0,07	
<i>WOSN-P</i>	-0,08	0,77**	-	-0,14	-0,06	-0,75**	0,02	-0,22	0,16	

Adnotacja: *WOS-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności człowieka; *WOS-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności człowieka; *WOS-W*-wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności człowieka; *WOSN-WO*-wynik ogólny w zakresie poziomu wiedzy o seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-P*-wynik poziomu wiedzy z zakresu prawa dotyczącego seksualności osób niepełnosprawnych; *WOSN-W*-wynik w zakresie poziomu wiadomości w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$

Tabela 9. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna			
WOS-WO-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs-BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	- 0,07:0,81	- 0,01:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	2,64	2,60
	P	0,07	0,080
	R ²	0,06	0,06
	B	0,12	0,01
	BootSE	0,27	0,02
	95% CI	-0,33:0,72	- 0,03:0,05
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	2,64	2,60
	P	0,07	0,080
	R ²	0,06	0,06
	B	0,06	0,06
	BootSE	0,03	0,03
	95% CI	- 0,003:0,13	0,00:0,13
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	38,97	42,97
	P	0,001	0,001
	R ²	0,32	0,34
	B	3,68	0,37
	BootSE	0,49	0,05
	95% CI	2,67:4,63	0,26:0,47

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 10. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucie punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna o poziomie wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna			
WOSN-WO-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	- 0,07:0,81	- 0,01:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	1,99	1,96
	P	0,142	0,146
	R ²	0,04	0,04
	B	0,18	0,01
	BootSE	0,27	0,02
	95% CI	- 0,28:0,80	-0,03:-0,06
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	1,99	1,96
	P	0,142	0,146
	R ²	0,04	0,04
	B	0,10	0,10
	BootSE	0,07	0,07
	95% CI	- 0,05:0,24	- 0,03:0,26
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	45,57	45,17
	P	0,001	0,001
	R ²	0,36	0,35
	B	1,85	0,18
	BootSE	0,32	0,02
	95% CI	1,22:2,47	0,12:0,23

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 11. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucie punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna		
WOS-S-mediator		
Edukacja	Typ C	
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76
	P	0,100
	R ²	0,03
	B	0,37
	BootSE	0,22
	95% CI	- 0,07:0,81
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	2,44
	P	0,092
	R ²	0,05
	B	0,20
	BootSE	0,26
	95% CI	-0,26:0,75
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	2,44
	P	0,092
	R ²	0,05
	B	- 0,13
	BootSE	0,08
	95% CI	- 0,30:0,04
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	21,73
	P	0,001
	R ²	0,21
	B	- 1,27
	BootSE	0,18
	95% CI	-1,62:-0,90

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 12. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucie puntualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna			
WOSN-W-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	-0,07:0,81	0,00:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	1,56	1,51
	P	0,228	0,246
	R ²	0,03	0,03
	B	0,30	0,02
	BootSE	0,25	0,02
	95% CI	-0,14:0,85	-0,02:0,07
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	1,56	1,51
	P	0,534	0,530
	R ²	0,03	0,03
	B	0,10	0,10
	BootSE	0,14	0,15
	95% CI	-0,17:0,39	-0,19:0,42
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	19,40	20,26
	P	0,001	0,001
	R ²	0,19	0,20
	B	0,67	0,06
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,44:0,89	0,04:0,09

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 13. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucie punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna			
WOS-W-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	-0,07:0,81	0,00:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	1,80	1,74
	P	0,284	0,309
	R ²	0,04	0,04
	B	0,26	0,02
	BootSE	0,27	0,02
	95% CI	-0,22:0,83	-0,01:0,07
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	1,80	1,74
	P	0,361	0,360
	R ²	0,04	0,04
	B	0,08	0,09
	BootSE	0,09	0,09
	95% CI	-0,10:0,27	-0,09:0,27
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	20,14	21,46
	P	0,001	0,001
	R ²	0,19	0,20
	B	1,13	0,11
	BootSE	0,19	0,02
	95% CI	0,74:1,52	0,06:0,15

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 14. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zmienna zależna			
WOS-P-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs-BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	-0,07:0,81	0,00:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	2,29	2,22
	P	0,578	0,687
	R ²	0,05	0,05
	B	0,15	0,01
	BootSE	0,23	0,02
	95% CI	-0,25:0,67	-0,04:0,06
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	2,29	2,22
	P	0,183	0,186
	R ²	0,05	0,05
	B	0,16	0,17
	BootSE	0,09	0,12
	95% CI	-0,03:0,34	-0,07:0,43
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	43,32	56,14
	P	0,001	0,001
	R ²	0,34	0,40
	B	1,30	0,13
	BootSE	0,19	0,01
	95% CI	0,91:1,68	0,09:0,17

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji, p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 15. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności zw jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P- pp-zw - zmienna zależna			
WOS-WO-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	P	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	B	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	4,18	2,84
	P	0,053	0,258
	R ²	0,09	0,06
	B	0,27	0,01
	BootSE	0,14	0,01
	95% CI	-0,01:0,58	0,00:0,03
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	4,18	2,84
	P	0,529	0,309
	R ²	0,09	0,06
	B	0,01	0,02
	BootSE	0,01	0,01
	95% CI	-0,02:0,05	-0,01:0,06
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	38,97	42,97
	P	0,001	0,001
	R ²	0,32	0,34
	B	3,68	0,37
	BootSE	0,48	0,05
	95% CI	2,72:4,65	0,26:0,47

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 16. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna			
WOS-P-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	P	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	B	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,02
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	4,50	3,28
	P	0,093	0,434
	R ²	0,10	0,07
	B	0,24	0,01
	BootSE	0,14	0,01
	95% CI	-0,01:0,56	-0,01:0,04
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	4,50	3,28
	P	0,323	0,173
	R ²	0,10	0,07
	B	0,06	0,09
	BootSE	0,06	0,07
	95% CI	-0,07:0,19	-0,06:0,24
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	43,32	56,14
	P	0,001	0,001
	R ²	0,34	0,40
	B	1,30	0,13
	BootSE	0,19	0,01
	95% CI	0,92:1,66	0,10:0,17

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 17. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna			
WOS-W-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	p	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	β	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,02
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	3,96	2,34
	p	0,014	0,082
	R ²	0,09	0,05
	β	0,32	0,02
	BootSE	0,14	0,01
	95% CI	0,05:0,61	0,00:0,04
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	3,96	2,34
	p	0,976	0,754
	R ²	0,09	0,05
	β	0,00	0,01
	BootSE	0,05	0,04
	95% CI	-0,10:0,11	-0,08:0,11
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	20,14	21,45
	p	0,001	0,001
	R ²	0,19	0,20
	β	1,13	0,11
	BootSE	0,20	0,02
	95% CI	0,74:1,53	0,06:0,15

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających; β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 18. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna			
WOSN-WO-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs-BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	P	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	B	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	5,14	4,26
	P	0,165	0,551
	R ²	0,11	0,09
	B	0,20	0,00
	BootSE	0,14	0,01
	95% CI	-0,06:0,50	-0,01:0,03
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	5,14	4,26
	P	0,145	0,056
	R ²	0,11	0,09
	B	0,06	0,09
	BootSE	0,04	0,03
	95% CI	-0,02:0,14	0,01:0,16
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	45,57	45,17
	P	0,001	0,001
	R ²	0,36	0,35
	B	1,83	0,18
	BootSE	0,32	0,02
	95% CI	1,21:2,49	0,12:0,23

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 19. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna			
WOSN-W-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	p	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	β	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	4,56	3,22
	p	0,040	0,183
	R ²	0,10	0,07
	β	0,26	0,01
	BootSE	0,12	0,01
	95% CI	0,03:0,52	0,00:0,03
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	4,56	3,22
	p	0,297	0,188
	R ²	0,10	0,07
	β	0,08	0,11
	BootSE	0,07	0,08
	95% CI	-0,06:0,24	-0,04:0,28
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	19,40	20,26
	p	0,001	0,001
	R ²	0,19	0,20
	β	0,67	0,06
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,44:0,89	0,04:0,09

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 20. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna, oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna			
WOSN-P-mediator			
Edukacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02	4,63
	P	0,005	0,034
	R ²	0,09	0,05
	B	0,32	0,02
	BootSE	0,11	0,01
	95% CI	0,09:0,55	0,00:0,04
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	4,08	2,75
	P	0,041	0,189
	R ²	0,09	0,06
	B	0,29	0,01
	BootSE	0,16	0,01
	95% CI	0,00:0,64	0,00:0,04
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	4,08	2,75
	P	0,642	0,353
	R ²	0,09	0,06
	B	0,04	0,09
	BootSE	0,12	0,10
	95% CI	-0,20:0,26	-0,13:0,28
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	37,20	32,17
	P	0,001	0,001
	R ²	0,31	0,28
	B	0,78	0,07
	BootSE	0,13	0,01
	95% CI	0,53:1,05	0,04:0,09

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 21. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz poziomu wiedzy o seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-pp-zw-zmienna zależna		
WOSN-S-mediator		
Edukacja	Typ C	
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	8,02
	p	0,005
	R ²	0,09
	β	0,32
	BootSE	0,11
	95% CI	0,09:0,55
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	6,02
	p	0,067
	R ²	0,13
	β	0,23
	BootSE	0,12
	95% CI	-0,01:0,47
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	6,02
	p	0,056
	R ²	0,13
	β	-0,23
	BootSE	0,12
	95% CI	-0,49:0,00
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	15,80
	p	0,001
	R ²	0,16
	β	-0,42
	BootSE	0,15
	95% CI	-0,73:-0,15

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 22. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla poczucia punktualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna, poziomu przystosowania jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

P-PP-zmienna zależna			
ABAS-SSPOL-mediator			
Eduacja		Typ C	KOEPs- BIOL
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	2,76	2,64
	P	0,100	0,107
	R ²	0,03	0,03
	B	0,37	0,03
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	- 0,07:0,81	- 0,01:0,07
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	1,67	1,57
	P	0,192	0,213
	R ²	0,04	0,03
	B	0,31	0,02
	BootSE	0,22	0,02
	95% CI	- 0,09:0,78	- 0,01:0,07
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (1,81)	1,67	1,57
	P	0,192	0,213
	R ²	0,04	0,03
	B	0,01	0,01
	BootSE	0,02	0,02
	95% CI	- 0,01:0,08	- 0,02:0,09
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	9,03	12,48
	P	0,003	0,001
	R ²	0,10	0,13
	B	3,08	0,35
	BootSE	1,05	0,10
	95% CI	1,06:5,17	0,15:0,57

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 23. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników treści biologicznych otrzymanej edukacji psychoseksualnej oraz wymiaru koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

WOSN-WO-zmienna zależna		
KWS-SPW-mediator		
Edukacja	KOEPS-BIOL	
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	45,17
	p	0,001
	R ²	0,35
	β	0,18
	BootSE	0,02
	95% CI	0,12:0,23
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	22,41
	p	0,001
	R ²	0,35
	β	0,17
	BootSE	0,02
	95% CI	0,12:0,23
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	22,41
	p	0,721
	R ²	0,35
	β	0,01
	BootSE	0,04
	95% CI	- 0,07:0,10
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	2,75
	p	0,100
	R ²	0,03
	β	0,10
	BootSE	0,06
	95% CI	-0,02:0,22

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 24. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz wymiaru koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

WOS-S-zmienna zależna		
KWS-NEG-mediator		
Edukacja	Typ C	
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	21,73
	p	0,001
	R ²	0,21
	β	-1,27
	BootSE	0,27
	95% CI	-1,81:-0,72
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	10,96
	p	0,001
	R ²	0,21
	β	- 1,19
	BootSE	0,27
	95% CI	-1,73:-0,65
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	10,96
	p	0,546
	R ²	0,21
	β	- 0,02
	BootSE	0,04
	95% CI	- 0,10:0,06
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	17,04
	p	0,001
	R ²	0,17
	β	3,42
	BootSE	0,83
	95% CI	1,70:5,02

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 25. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz wymiaru koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

WOSN-WO-zmienna zależna		
KWS-SPW-mediator		
Edukacja		Typ C
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	45,57
	p	0,001
	R ²	0,36
	β	1,83
	BootSE	0,27
	95% CI	1,29:2,37
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	22,94
	p	0,001
	R ²	0,36
	β	1,90
	BootSE	0,31
	95% CI	1,28:2,54
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	22,94
	p	0,456
	R ²	0,36
	β	-0,03
	BootSE	0,04
	95% CI	-0,12:0,05
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	10,47
	p	0,001
	R ²	0,11
	β	1,96
	BootSE	0,57
	95% CI	0,84:3,09

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 26. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna oraz wymiaru koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

WOS-WO-zmienna zależna		
KWS-SPW-mediator		
Edukacja		Typ C
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	38,97
	p	0,001
	R ²	0,34
	β	3,68
	BootSE	0,59
	95% CI	2,51:4,86
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	21,29
	p	0,001
	R ²	0,34
	β	3,34
	BootSE	0,57
	95% CI	2,13:4,37
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	21,29
	p	0,100
	R ²	0,34
	β	0,17
	BootSE	0,10
	95% CI	-0,02:0,38
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	10,47
	p	0,001
	R ²	0,11
	β	1,96
	BootSE	0,56
	95% CI	0,85:3,11

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających; β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

Tabela 27. Całkowity, bezpośredni i pośredni efekt dla wiedzy o seksualności jako zmiennej zależnej oraz dla wyników otrzymana edukacja psychoseksualna wymiaru koncepcji własnej seksualności jako zmiennych pośredniczących w grupie klinicznej

WOS-WO-zmienna zależna		
KWS-NEG-mediator		
Edukacja		
Efekt całkowity (ścieżka c)	F (1,81)	38,97
	p	0,001
	R ²	0,32
	β	3,68
	BootSE	0,59
	95% CI	2,51:4,86
Efekt bezpośredni (ścieżka c')	F (2,80)	21,13
	p	0,001
	R ²	0,34
	β	3,26
	BootSE	0,60
	95% CI	2,00:4,38
Efekt pośredni (ścieżka b)	F (2,80)	21,13
	p	0,113
	R ²	0,34
	β	0,12
	BootSE	0,08
	95% CI	-0,04:0,29
Efekt pośredni (ścieżka a)	F (1,81)	17,04
	p	0,001
	R ²	0,17
	β	3,42
	BootSE	0,82
	95% CI	1,73:4,99

Adnotacja: F- łączny wpływ zmiennych wyjaśniających, β – wskaźnik determinacji; p – poziom istotności R²- wskaźnik wyjaśnianej zmienności; 95% CI – przedziały ufności

**ANEKS II. WYKORZYSTANE AUTORSKIE NARZĘDZIA
POMIAROWE**

Kwestionariusz Wiedzy o seksualności – wersja eksperymentalna (Czapla, Otrębski, 2019)

Poniżej znajduje się szereg (45) twierdzeń podzielonych na dwie części odnoszących się do ludzkiej seksualności. Pierwsza część dotyczy seksualności w ogóle, natomiast druga seksualności osób z niepełnosprawnością ruchową. Przeczytaj uważnie każde z nich (z każdej z części) i oceń czy zdanie jest prawdziwe (zaznaczając TAK) bądź fałszywe (zaznaczając NIE). Pamiętaj, żeby odnieść się do wszystkich twierdzeń.

Powodzenia!

CZĘŚĆ 1 : SEKSUALNOŚĆ

1	Edukacja psychoseksualna powoduje zwiększenie potrzeb seksualnych, nadmierne pobudzenie w sferze seksualnej i prowadzi do wcześniejszej inicjacji seksualnej.	TAK	NIE
2	Męski hormon płciowy to estrogen.	TAK	NIE
3	Wiek 18 lat stanowi granicę kiedy podjęcie jakichkolwiek czynności seksualnych z osobą poniżej tego wieku jest przestępstwem.	TAK	NIE
4	Wizyta u urologa nie jest konieczna jeśli młody mężczyzna jest zdrowy.	TAK	NIE
5	Podczas pierwszego stosunku nie można zajść w ciążę.	TAK	NIE
6	Stosunek oralny jest bezpieczny i nie grozi zarażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową (wenerycznymi).	TAK	NIE
7	Podszywanie się pod rówieśnika w internecie jest niezgodne z prawem i grozi za to kara.	TAK	NIE
8	Oglądanie filmów pornograficznych może doprowadzić do uzależnienia.	TAK	NIE
9	Mężczyzna ma czerpać przyjemność z seksu (kobieta nie musi).	TAK	NIE
10	Stosowanie prezerwatyw stanowi skuteczną (stuprocentową) ochronę przed zajściem w ciążę.	TAK	NIE
11	Mężczyzna komentujący stój kobiety nawiązując do sfery seksualnej może zostać posądzony przez nią o molestowanie.	TAK	NIE
12	Alkohol i papierosy w ciąży u kobiety są niebezpieczne i szkodliwe dla dziecka.	TAK	NIE

13	Pojawienie się pierwszej miesiączki jest sygnałem, że kobieta może zostać matką.	TAK	NIE
14	Prostytucja to zalegalizowany zawód w Polsce, który nie podlega karze.	TAK	NIE
15	Kiedy kobieta mówi, że czegoś nie chce to tak naprawdę myśli odwrotnie (myśli tak).	TAK	NIE
16	Szesnastoletni mężczyzna może zawrzeć z kobietą związek małżeński.	TAK	NIE
17	Masturbacja wywołuje bezpłodność lub inne choroby.	TAK	NIE
18	Obecność miesiączki zawsze świadczy o tym, że kobieta nie jest w ciąży.	TAK	NIE
19	Stosunek przerywany jest skutecznym sposobem zapobiegania ciąży.	TAK	NIE
20	Kobieta nie powinna mieć większych potrzeb seksualnych niż jej partner.	TAK	NIE
21	Zadaniem mężczyzny a nie kobiety jest inicjowanie seksu. Kobiety nie powinny tego robić.	TAK	NIE
22	Kontakty seksualne z osobą poniżej 15 roku życia są zabronione i nazywane pedofilią.	TAK	NIE
23	Dotykanie drugiego człowieka w sposób niepożądany o charakterze seksualnym, np. podwładnego jest molestowaniem seksualnym.	TAK	NIE
24	Mężczyźni myślą tylko o seksie.	TAK	NIE
25	Gwałt jest przestępstwem ściganym z urzędu – nie trzeba zgłaszać go na policję i wnioskować o ściganie sprawcy.	TAK	NIE
26	Pierwsza wizyta u ginekologa powinna nastąpić dopiero po zajściu w ciążę (jeśli wcześniej nie występują żadne choroby i problemy).	TAK	NIE
27	Kobieta ubiera się wyzywająco po to, żeby zachęcić mężczyznę do seksu.	TAK	NIE
28	Edukacja psychoseksualna powinna ograniczać się jedynie do przekazywania wiedzy na temat technik zapobiegania ciąży.	TAK	NIE
29	Posiadanie pornografii dziecięcej (materiałów o treści seksualnej z udziałem dzieci) jest karalne.	TAK	NIE
30	Kobieta po ukończeniu 16 roku życia może zawrzeć związek małżeński bez zgody sądu.	TAK	NIE

CZEŚĆ 2: SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO

1	Osoby niepełnosprawne ruchowo od urodzenia są bezpłodne, więc nie muszą się zabezpieczać.	TAK	NIE
2	Istnieje wiedza specjalistyczna obejmująca swoim zakresem	TAK	NIE

	zagadnienia dotyczące aktywności seksualnej osób z niepełnosprawnością w tym ruchową.		
3	Osobę można ubezwłasnowolnić tylko ze względu na fakt występowania niepełnosprawności ruchowej.	TAK	NIE
4	Osoba z niepełnosprawnością ruchową od urodzenia nie dojrzeva fizycznie (kobiety i mężczyźni nie nabywają cech fizycznych i psychicznych charakterystycznych dla dorosłych ludzi).	TAK	NIE
5	Osoba niepełnosprawna ruchowo może zawrzeć prawnie ważne małżeństwo.	TAK	NIE
6	Osoby z niepełnosprawnością ruchową nie posiadają potrzeb seksualnych (są aseksualne), gdyż z powodu ciągłej potrzeby opieki i często całkowitego uzależnienia od pomocy opiekunów funkcjonują na poziomie dzieci, a te nie mają potrzeb seksualnych.	TAK	NIE
7	Niepełnosprawna ruchowo kobieta ma zapewniony dostęp do asystenta podczas wizyty u ginekologa.	TAK	NIE
8	Osoba niepełnosprawna ruchowo nie jest zdolna do odczuwania satysfakcji seksualnej ze względu na zaburzenia swojego organizmu.	TAK	NIE
9	Osoby mające niesprawne kończyny dolne nie mają możliwości współżycia seksualnego (z powodu ograniczeń ruchowych).	TAK	NIE
10	Osoba niepełnosprawna ruchowo nie może zostać rodzicem adopcyjnym.	TAK	NIE
11	Jeśli osoby niepełnosprawne ruchowo będą miały własne dzieci to zawsze będą one niepełnosprawne	TAK	NIE
12	Osoba niepełnosprawna ruchowo będąca sprawcą gwałtu podlega łagodniejszym regułom postępowania karnego ze względu na swoją niepełnosprawność.	TAK	NIE
13	Osoby niepełnosprawne powinny korzystać z antykoncepcji lub całkowicie powstrzymywać się od aktywności seksualnej, gdyż nie powinny mieć własnych dzieci	TAK	NIE
14	Osoby niepełnosprawne ruchowo są hiperseksualne (z powodu braku odpowiedniej wiedzy oraz deficytów fizycznych ich potrzeby seksualne są nadmiernie wysokie).	TAK	NIE
15	Osoba niepełnosprawna ruchowo może korzystać z technik wspomagających przebieg aktu seksualnego.	TAK	NIE

Kwestionariusz Otrzymanej Edukacji PsychoSeksualnej (KOEPs) (Czapla, Otrębski, Lublin, 2019)

INSTRUKCJA: Kwestionariusz zawiera szereg pytań dotyczących otrzymanej przez Ciebie edukacji seksualnej. Składa się z trzech części: I – źródła edukacji seksualnej, II – typy edukacji seksualnej, III – aspekty otrzymanej edukacji seksualnej. W każdej części znajdują się punkty. Ustosunkuj się do pytań zawartych w trzech częściach. Należy zacząć od punktu 1. części I.

I. ŹRÓDŁA EDUKACJI PSYCHOSEKSUALNEJ

W części I dokonaj rozstrzygnięcia czy otrzymałeś/aś edukację seksualną (odnosząc się do umieszczonej poniżej definicji edukacji seksualnej) z wymienionych źródeł – **1. rodzina, 2. szkoła, 3. inne (mass media)** poprzez zakreślenie odpowiedzi TAK lub NIE przy każdym z podpunktów a), b) i c). Zawsze kiedy wybierzesz TAK, dokonaj następnie oceny swojego zadowolenia z otrzymanej z danego źródła edukacji wybierając odpowiednią cyfrę od 1-4, gdzie 1 oznacza całkowicie niezadowolony, 2 – raczej niezadowolony, 3 – raczej zadowolony, 4 – całkowicie zadowolony.

Edukacja psychoseksualna to interdyscyplinarny dział edukacji o wszystkich sferach życia seksualnego człowieka – tj. dojrzewaniu biologicznym i psychicznym, różnicach między kobietami i mężczyznami, podejmowaniu różnych zachowań seksualnych, metodach zapobiegania ciąży, wchodzeniu i podtrzymywaniu związków z drugim człowiekiem, przemocy na tle seksualnym oraz godności i szacunku do drugiego człowieka itd. (WHO, 2010)

1. Rodzina

Czy otrzymałeś(aś) edukację seksualną (patrz definicja) od:		W jakim stopniu jesteś zadowolony(a) z otrzymywanej dotychczas edukacji seksualnej od:			
		Całkowicie niezadowolony	Raczej niezadowolony	Raczej zadowolony	Całkowicie zadowolony
a) rodziców/opiekunów prawnych	TAK	1	2	3	4
	NIE				

b) Rodzeństwa	TAK	1	2	3	4
	NIE				
c) innych członków rodziny	TAK	1	2	3	4
	NIE				

2. Szkoła

<i>Czy otrzymałeś(aś) edukację seksualną (patrz definicja) od:</i>		<i>W jakim stopniu jesteś zadowolony(a) z otrzymywanej dotychczas edukacji seksualnej:</i>			
		<i>Całkowicie niezadowolony</i>	<i>Raczej niezadowolony</i>	<i>Raczej zadowolony</i>	<i>Całkowicie zadowolony</i>
a) od kolegów/koleżanek	TAK	1	2	3	4
	NIE				
a) podczas zajęć z „Wychowania do Życia w Rodzinie” (WDŻ)	TAK	1	2	3	4
	NIE				
b) od nauczycieli pozostałych przedmiotów	TAK	1	2	3	4
	NIE				

3. **Inne (Mass media** - urządzenia przekazujące określone treści, komunikaty poprzez kontakty pośrednie: do urządzeń tych zalicza się zwykle radio, film, telewizję i prasę; przekazują one różne treści posługując się obrazami, słowami, dźwiękami” (Okoń, 2017))

<i>Czy otrzymałeś(aś) edukację seksualną za pośrednictwem mediów (patrz definicja wyżej) ze źródeł:</i>		<i>W jakim stopniu jesteś zadowolony(a) z otrzymywanej dotychczas edukacji seksualnej:</i>			
		<i>Całkowicie niezadowolony</i>	<i>Raczej niezadowolony</i>	<i>Raczej zadowolony</i>	<i>Całkowicie zadowolony</i>
a) poleconych/wskazanych (przez kogoś)	TAK	1	2	3	4
	NIE				
c) samodzielnie odszukanych (intencjonalnie, celowo)	TAK	1	2	3	4
	NIE				
d) przypadkowo zasłyszanych/zauważonych	TAK	1	2	3	4
	NIE				

II. TYPY EDUKACJI PSYCHOSEKSUALNEJ

W części II określ, czy informacje, które otrzymałeś(aś) na temat **stosunku seksualnego, metod regulacji urodzeń oraz innych zachowań seksualnych** zostały przekazane Ci w sposób przedstawiony poniżej. Pamiętaj proszę, że odpowiedzi w podpunktach a) b) i c) się wykluczają i należy zaznaczyć jeden spośród nich w każdym z punktów w tej części 1-3.

<p>1. Czy informacje które docierały do Ciebie o stosunku seksualnym <u>najczęściej</u> dotyczyły tego, że to: <u>(wybierz jeden z opisów a b lub c):</u></p>
<p>a) nieodłączny element miłości, akceptowany wyłącznie w związkach małżeńskich, ma służyć przede wszystkim prokreacji (poczęciu potomstwa), stosunki przed- i pozamałżeńskie są potępiane. Dopuszczenie się zdrady małżeńskiej, czy zerwanie małżeństwa przez rozwód są krytykowane.</p> <p>a) bardzo ważny aspekt w życiu człowieka, którego celem jest wyłącznie zaspokojenie popędu seksualnego i doświadczenie przyjemności zmysłowej. Stosunki seksualne są akceptowane zawsze jeśli nie naruszają prawa – nie są efektem przymusu.</p> <p>b) bardzo ważna wartość w życiu człowieka, ale nierozzerwalnie związana z innymi wartościami. Ma służyć rozwijaniu takich „funkcji” jak: miłość, dojrzałość, odpowiedzialność, akceptacja, szacunek, więź (bliskość) z drugim człowiekiem. Stosunki seksualne są akceptowane jeżeli nie naruszają tych wartości oraz godności drugiego człowieka.</p>
<p>2. Czy informacje które docierały do Ciebie o metodach regulacji urodzeń <u>najczęściej</u> dotyczyły tego, że: <u>(wybierz jeden z opisów a b lub c):</u></p>
<p>a) dopuszczane i akceptowane są jedynie naturalne metody planowania rodziny, natomiast pozostałe sposoby regulacji urodzeń (środki antykoncepcyjne – tabletki, wkładki, plastry itd.) są nieakceptowane. Aborcja jest wyłączona z grupy metod regulacji urodzeń, zakazana i traktowana jak zbrodnia.</p> <p>b) wszystkie metody regulacji urodzeń, w tym aborcja traktowana jako jedna z nich, są w pełni dopuszczane i akceptowane.</p> <p>c) metody regulacji urodzeń t.j. środki antykoncepcyjne dla kobiet i mężczyzn (tabletki, plastry, wkładki itd.), naturalne metody planowania rodziny i inne są akceptowane, z wyjątkiem aborcji dopuszczanej tylko w określonych uzasadnionych przypadkach (traktowana jako zło konieczne)</p>

3. Czy informacje które docierały do Ciebie o innych zachowaniach seksualnych najczęściej dotyczyły tego, że: (wybierz jeden z opisów a b lub c):

- a) potępiane są wszystkie zachowania seksualne poza „tradycyjnym” stosunkiem seksualnym t.j. masturbacja, seks oralny, analny itp., prowadzącym do poczęcia potomstwa
- b) wszystkie zachowania seksualne są akceptowane – w kontakcie z drugim człowiekiem (petting, seks oralny itd.) oraz zachowania autoerotyczne (masturbacja) jeśli tylko dostarczają przyjemności zmysłowej (zaspokajają popęd seksualny)
- c) pełna akceptacja obowiązuje różne formy aktywności seksualnej (seks oralny, petting, seks analny, masturbacja itd.) jeżeli zaspokajają takie potrzeby jak bliskość (więź z drugim człowiekiem), miłość, akceptacja itd.

III. PODEJMOWANE/OBECNE TREŚCI OTRZYMANEJ EDUKACJI PSYCHOSEKSUALNEJ

W tej części proszę, abyś zaznaczył(a) na skali 10 stopniowej cyfrę określającą poziom otrzymanej przez Ciebie wiedzy o seksualności w poszczególnych aspektach, zakładając, że **1 oznacza brak otrzymanej informacji (nic) a 10 wysoki (bardzo dużo, wyczerpujący zasób informacji na dany temat), natomiast cyfry pomiędzy oznaczają, że im wyższa cyfra tym zasób informacji większy aż do wyczerpującej informacji na dany temat (10)** Pamiętaj proszę, żeby odnieść się do każdego twierdzenia.

W ramach edukacji seksualnej otrzymałem(am)j informacje z zakresu następujących zagadnień:

Rozwój płciowy człowieka.

Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)

Nabywanie umiejętności okazywania oraz wyrażania uczuć i emocji w relacjach interpersonalnych.
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Poszanowanie praw człowieka i jego godności jako warunek konieczny do podjęcia aktywności seksualnej.
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Współzycie osób dorosłych z dziećmi (nieletnimi) – przestępstwo pedofili
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Ciąża (zapłodnienie, przebieg itd.) oraz rozwój płodu.
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Przygotowanie do życia małżeńskiego i rodzicielskiego (pełnienie roli męża/ojca i żony/matki, odpowiedzialność za dziecko i jego wychowanie).
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Etyka i moralność w podejściu do metod regulacji urodzeń (metody antykoncepcji, aborcja itd.)
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Gwałt jako przestępstwo na tle seksualnym.
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)

Wiedza o różnych metodach antykoncepcji (tabletki, wkładki, prezerwatywy, stosunek przerywany itd.)
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Rozwój tożsamości płciowej (role płciowe, orientacja seksualna, różnice płciowe czy identyfikacja z płcią)
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Zasady moralne/etyczne ważne w podejmowaniu aktywności seksualnej (różnych zachowań seksualnych).
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Mobbing o charakterze seksualnym rozumiany jako przemoc.
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Aktywność seksualna: różne przejawy zachowań seksualnych (petting, pocałunki, stosunek seksualny, seks oralny, seks analny, masturbacja itd.)
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Rozwijanie poczucia bliskości i umiejętności budowania trwałych i satysfakcjonujących więzi z innymi (w tym relacji intymnej).
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Wiedza i edukacja seksualna w poszanowaniu dla małżeństwa/ rodziny oraz bliskich i głębokich relacji intymnych
Brak (nic) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)

Zawieranie małżeństwa – aspekty prawne.
Brak (nie) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Choroby przenoszone drogą płciową i HIV – zdrowie seksualne
Brak (nie) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Seksualność jako źródło zaspokojenia potrzeb psychicznych – miłości, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku, opieki, akceptacji itd.
Brak (nie) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Szacunek i akceptacja odmienności w kontekście seksualności (ludzi niepełnosprawnych, chorych, w podeszłym wieku itd.)
Brak (nie) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)
Prostytucja, stręczycielstwo (nakłanianie do prostytucji), kuplerstwo (ułatwianie komuś prostytucji) – czyny dozwolone czy zabronione w polskim prawie
Brak (nie) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 bardzo dużo (wyczerpująco)

MSSCQ-wersja polska

Kwestionariusz koncepcji własnej seksualności (Czapla, Otrębski, Lublin, 2019)

Poniżej znajdują się twierdzenia odnoszące się do ludzkiej seksualności. Przeczytaj każde z nich uważnie i zastanów się w jakim stopniu odnoszą się one do Ciebie i Twojego życia seksualnego. Oceń każdą z pozycji testowych na 5-stopniowej skali scharakteryzowanej poniżej:

- 1. W ogóle mnie nie dotyczy**
- 2. W niewielkim stopniu (nieznacznie) mnie dotyczy**
- 3. W umiarkowanym stopniu mnie dotyczy**
- 4. W dużym stopniu mnie dotyczy**
- 5. Całkowicie (w pełni) dotyczy**

Udzielając odpowiedzi pamiętaj, że możesz opisywać swoją:

- Byłą relację seksualną
- Aktualną relację seksualną
- Wyobrażoną (oczekiwaną) relację seksualną

Przejdź teraz do twierdzeń na następnej stronie i oceń każde z nich zaznaczając jedną spośród pięciu cyfr w kolumnach z prawej strony tabeli.

Opisane obok twierdzenie dotyczy mnie:	W ogóle (nie dotyczy)	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W dużym stopniu	Całkowicie
1. Ciągłe myślę o seksie	1	2	3	4	5
2. Seksualne aspekty mojego życia są warunkowane przez przypadkowe zdarzenia.	1	2	3	4	5
3. Będę w stanie uchronić się przed problemami seksualnymi, jeśli dobrze o sobie zadbam.	1	2	3	4	5
4. Mam pod kontrolą i jestem odpowiedzialny/-a za swoje życie seksualne.	1	2	3	4	5
5. Gdybym doświadczył/-a zaburzenia seksualnego, mój powrót do zdrowia zależałby od tego, jak sam sobie poradzę z problemem.	1	2	3	4	5
6. Moje życie seksualne jest uwarunkowane przez los (przeznaczenie).	1	2	3		5
7. Przez większość czasu myślę o seksie.	1		3	4	
8. Moje zachowania seksualne są warunkowane przez osoby, które mają na mnie wpływ oraz mają kontrolę nade mną.	1	2	3	4	5
9. Jestem w pełni świadomy/-a swoich seksualnych motywacji i pragnień.	1	2	3	4	5
10. Tym co najbardziej wpływa na moje życie seksualne jest moje postępowanie.	1	2	3	4	5
11. Jestem smutny/-a, gdy myślę o swoich doświadczeniach seksualnych.	1	2	3	4	5
12. W przyszłości nie spodziewam się żadnych problemów czy frustracji związanych z moją seksualnością.	1	2	3	4	5
13. Ciągłe myślę o uprawianiu seksu.	1	2	3	4	5
14. Moja życie seksualne w dużej mierze zależy od losu (dobrego lub złego).	1	2	3	4	5
15. Nie obawiam się podjęcia aktywności seksualnej.	1	2	3	4	5
16. Czuję się dobrze z tym w jaki sposób wyrażam swoje potrzeby i pragnienia seksualne.	1	2	3	4	5
17. Wierzę, że w przyszłości moja sfera seksualna będzie zdrowa i pozytywna.	1	2	3	4	5

18. Kiedy myślę o kwestiach seksualnych we własnym życiu, czuję zdenerwowanie.	1	2	3	4	5
19. Mam satysfakcjonujące życie seksualne.	1	2	3	4	5
20. Jeśli będę ostrożny/-a, będę mógł/-a uniknąć problemów seksualnych.	1	2	3	4	5
21. Czuję się zniechęcony/-a wobec swojego życia seksualnego.	1	2	3	4	5
22. Seksualne aspekty mojego życia są w dużej mierze determinowane przez moje własne zachowanie.	1	2	3	4	5
23. Dobrze się czuję ze swoim stosunkiem do własnych potrzeb i pragnień seksualnych.	1	2	3	4	5
24. W razie napotkania problemów seksualnych, od mojego zachowania będzie zależało czy sobie poradzę.	1	2	3	4	5
25. Jeśli tylko szczególnie będę uważać, będę w stanie ustrzec się przed jakimikolwiek problemami seksualnymi.	1	2	3	4	5
26. Nie odczuwam żadnych obaw związanych z seksem.	1	2	3	4	5
27. Jestem niezadowolony/-a ze swoich doświadczeń seksualnych.	1	2	3	4	5
28. Niepokoję się tym jak inni spostrzegają moją seksualność.	1	2	3	4	5
29. Jestem zadowolony/-a z tego jak radzę sobie ze swoimi pragnieniami i zachowaniami seksualnymi.	1	2	3	4	5
30. Zwykle jestem zaabsorbowany/-a seksem.	1	2	3	4	5
31. Moje zachowania seksualne są w dużej mierze determinowane przez innych, bardziej wpływowych ludzi.	1	2	3	4	5
32. Myślę o seksie częściej niż o czymś innym.	1	2	3	4	5
33. Jestem zadowolony/a ze sposobu, w jaki moje potrzeby seksualne są obecnie zaspokajane.	1	2	3	4	5
34. Przeraza mnie podejmowanie aktywności seksualnej.	1	2	3	4	5
35. Moja seksualność jest dla mnie źródłem satysfakcji.	1	2	3	4	5
36. Boję się wejścia w relacje o charakterze seksualnym.	1	2	3	4	5
37. Moja seksualność jest czymś, za co ja sam jestem odpowiedzialny/-a.	1	2	3	4	5