



Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје

Филозофски факултет

Институт за Дефектологија



**ПРОГРАМА ЗА СЕКСУАЛНА ЕДУКАЦИЈА:
ВЛИЈАНИЕ ВРЗ ЗНАЕЊАТА И СТАВОВИТЕ НА
ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ ЗА
СЕКСУАЛНОСТА**

-магистерска теза-

Ментор:

Проф. д-р Владимир Трајковски

Кандидат:

Бисера Младеновска

Скопје, Март 2014

Содржина

Кратенки.....	3
Предговор.....	4
Резиме.....	5
Absrtact.....	7
I. Теоретска обработка на проблемот.....	9
1. Вовед	9
2. Сексуалноста како биолошки двигател.....	10
3. Сексуалноста во законските рамки.....	13
4. Сексуален развој.....	16
5. Сексуална ориентација.....	24
6. Сексуално однесување.....	26
7. Сексуална злоупотреба на лица со попреченост.....	32
8. Сексуална едукација.....	38
II. Методологија на истражувањето.....	48
1. Предмет на истражување.....	48
2. Цел и карактер на истражувањето.....	48
3. Задачи на истражувањето.....	49
4. Хипотези.....	49
5. Варијабли.....	50
6. Примерок и карактеристики.....	50
7. Статистички методи и техники на истражувањето.....	56
7.1. Инструменти на истражувањето.....	57
8. Етички осврт кон проблематиката на истражувањето.....	61
9. Анализа на резултатите.....	62
9.1. Прашалникот за испитување на општото знаење за сексуалноста.....	62
9.2. Интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста.....	79
10. Дискусија.....	91
11. Слабости и придобивки на истражувањето.....	100
12. Заклучоци.....	102

13. Предлози.....	104
14. Литература.....	106
15. Прилози.....	116

Кратенки

АСН-Аутистичен спектар на нарушувања

ЛП-Лица со попреченост

ЦП-Церебрална парализа

СПБ-Сексуално преносливи болести

СИДА-Синдром на стекната имунодефициенција (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

САД-Соединетите Американски Држави

ХИВ-Вирусот причинител на имунитетски недостаток (Human Immunodeficiency Virus)

Х.Е.Р.А-Асоцијација за здравствена едукација и истражување

МТСП-Министерство за труд и социјална политика

ИП-Интелектуална попреченост

ЛБГ-Лица хомосексуалци (лезбејки, бисексуалци и геј популација)

Sex-Кен-ID-Прашалник за процена на сексуалното знаење, искуство и потреби за лица со интелектуална попреченост

РМ-Република Македонија

Предговор

На сите оние драги и исклучителни луѓе кои на свој начин овозможиле ова истражување непречено да се спроведе.

Најпрво би сакала да се заблагодарам на мојот супервизор проф.д-р. Владимир Трајковски за неговата поддршка и менторство низ текот на целокупниот истражувачки процес. Исклучителна благодарност должам на Х.Е.Р.А (Асоцијација за здравствена едукација и истражување), на одличната взаемна соработка и на нејзините вработени кои неуморно покрај мене работеле на остварување на втората фаза од проектот: Сексуална едукација на лица со попреченост во Р. Македонија, која всушност беше и научно придружувана преку оваа студија. Искрена благодарност до дневните центри во Волково и Неготино, како и до Здружението СОЛЕМ кои широко ни ги отворија своите врати и на оние 31 храбри, добри и инспирирачки индивидуи и семејства кои доброволно се вклучиле во оваа едукација и сакаа да ги споделат своите интимни приказни со нас. Ми беше навистина чест и задоволство што се запознавме и дружевме во изминатиот период. Нашата комуникација и понатака продолжува.

Среќна сум што моите најблиски пријатели беа покрај мене во текот на целото истражување и несебично и од срце ми ја даваа нивната поддршка и ме охрабруваа во оние критични моменти.

*На крај особена благодарност до моето семејство кое безусловно ме мотивираше во мојата работа, особено до мојот татко **Јане Младенов** и мојата мајка **Маре Младенова** кои искрено веруваа во мене и несебично (често скратувајќи си од сопствените потреби и комфорт) ми овозможуваа услови за мој личен развој. Многу ми значи вашата помош и без Вас немаше да стигнам до ова што сум сега. Вие ми ги поддржувате сонитата.*

Ви благодарам,

Со почит и љубов

Бисера Младеновска

Резиме

Бисера Младеновска. Програма за сексуална едукација: влијание врз знаењата и ставовите на лицата со попреченост за сексуалноста. Магистерски труд, Филозофски факултет: Скопје, 2014, 1-129.

Вовед: Сексуалноста кај лицата со попреченост многу често се негира првенствено од најблиското опкружување (родителите, семејството и терапевтите), па потоа и од пошироката социјална средина, а токму во овој сегмент овие лица се соочуваат со најголема дискриминација и маргинализација. Една од превентивните мерки која би била ефективна за надминување на овој проблем е вклучувањето на лицата со попреченост во соодветно дизајнирани сексуално-едукативни програми. Во македонски контекст ова претставува проблем бидејќи овие лица многу малку имаат прилика и можност да бидат вклучени во програма за сексуална едукација.

Цел: Целта на истражувањето е да испита какви промени настануваат во знаењата и ставовите кај лицата со попреченост по активното учество во програма за сексуална едукација спроведена од Х.Е.Р.А.

Методи: Во студијата се користат неколку методи и техники за прибирање на податоци од испитаниците пред учеството и по завршувањето на програмата за сексуална едукација: интервју (преку апликација на Прашалник за испитување на општото знаење за сексуалноста; Интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста и Профил на испитаникот) и опсервација. Во анализата на резултатите се користеа t-test за прикажување на промените во иницијалното и финалното мерење и коефициент на корелација за да видиме какво е влијанието меѓу одделните варијабли. Како статистички значајни беа земени разликите на ниво од $p < 0.05$.

Резултати: Анализата покажува дека знаењата за сексуалноста кај испитаниците кои учествувале во едукативната програма, значително се подобриле меѓу првото и

второто мерење. Најголеми промени беа забележани во сегментите на контрацепција и бременост, социо-сексуално прифатливо однесување во приватен и јавен простор, интимна хигиена и сексуално преносливи болести.

Второто интервју открива повеќе позитивни ставови и мислења на испитаниците за партнерските и интимните врски, како и за склопување на нови пријателства.

Заклучок: Истражувањето посочува на позитивни ефекти од програмата за сексуална едукација врз знаења и мислењата на лицата со попреченост за сексуалноста. Соодветно креирани програми кои одговараат на развојните потреби на личноста допринесуваат кон подобрување на квалитетот на живот на лицата со попреченост.

Клучни зборови: *Сексуалност, лица со попреченост, знаења за сексуалноста, ставови за сексуалноста, сексуална едукација*

Abstract

Bisera Mladenovska. Program for sexual education: influence upon the knowledge and attitudes of persons with disabilities for sexuality. Thesis. Faculty of Philosophy: Skopje, 2014, 1-122.

Background: Sexuality as fundamental human right for persons with disabilities is often neglected by the closest surrounding (parents, family and therapists) and society. As sexual beings, these persons are frequently suffering discrimination and marginalization. Including people with disabilities into comprehensive and fitting socio-sexual education programs, is very effective measure for overcoming this problem of sexual isolation. In the Macedonian context this might be problem due to the insufficient opportunities of persons with disabilities to get involved in sexual education programs.

Aim of the research: The purpose of the study was to examine the changes in knowledge and attitudes of persons with disabilities, after participating in sexual education program administered by H.E.R.A.

Methods: This research used several methods and technics for data collection before and after completing the program: interview (General sexual knowledge questionnaire, Attitudes and opinions interview and Profile for the participants) and observation. In the results analysis we used paired t-test (significant at the level $p < 0.05$) to look at the changes in knowledge and coefficient of correlation to look closely at the influence between the independent and dependent variables.

Results: The results showed that participant's knowledge significantly improved between the initial and final testing. This suggest that the people with disabilities that were participating in the sexual education program improve their knowledge and attitudes especially in the area of contraception, pregnancy, appropriate sexual behavior in public and private place, hygiene and sexually transmitted diseases. The second interview reveals

that participants have rather positive attitudes and opinions towards dating and intimate relationships, as well as making new friendships.

Conclusion: This study outlines the benefits and positive effects of the program for sexual education on knowledge and attitudes of persons with disabilities for sexuality. Thorough and adjusted programs to the developmental needs and desires of the person could increase the quality of life and empower these people.

Keywords: sexuality, persons with disabilities, sexual knowledge, sexual attitudes, sexual education

I. Теоретска обработка на проблемот

1. Вовед

Луѓето со попреченост се сексуални и социјални битија како сите нас, кои заслужуваат да имаат еднакви сексуални права и социо-сексуални можности. Сексуалноста е основна потреба и еден нераскинлив аспект од човековиот идентитет (1). Но, гледајќи низ историските записи, правата на луѓето со попреченост биле постојано негирани и депривирани. Нивниот персонален интегритет систематично бил повредуван низ годините. Ова ограничувачко движење водело кон понатамошно угнетување на овие луѓе, па така тие се сметале за асексуални, односно лица кои се неспособни за воспоставување и одржување на сексуални односи и преземање на сексуални улоги (2). Сè до денес, во ова наше модерно општество, лицата со попреченост не ги уживаат овие права и немаат обезбедени услови и прилики за соодветна едукација и информирање за сексуалноста и стекнување социјални вештини. Целта на овој труд е да се актуелизира прашањето за сексуалноста и потребата од сексуална едукација за лицата со попреченост како задолжителен дел од националниот курикулум во македонски контекст. Оваа тема во нашата држава често се одбегнува да се дискутира можеби поради стравот кај другите луѓе (семејствата и професионалците) да не ги разбудат сексуалните импулси и да им дадат "непотребни" идеи на овие лица, така што на ова прашањето полно со предрасуди сè уште се гледа со скептицизам и несигурност. Постојење на сексуално-едукативни програми е императив за создавање здрава популација која ќе знае како да го заштити сопственото психо-физичко здравје. Ова претставува еден чекор понапред во решавањето на многу важни здравствено-социјални проблеми. Во продолжение на трудот ќе се разгледуваат аспектите на сексуалноста поединечно.

2. Сексуалност како биолошки двигател

Сексуалноста и сексуалната експресија се нераскинливи аспекти од битието на човекот, природни и витални делови од концептот за себе си и емоционалноста на единката (3). Сите човечки суштества имаат потреба да се грижат за некого и обратно-некој да се грижи за нив. Комуникацијата со други луѓе е есенцијална за нашето физичко и психолошко здравје. Сексуалноста подразбира многу повеќе отколку само физичките аспекти на сексуалната експресија, напротив сексуалноста се дефинира како интергрален концепт на физичката, емоционалната, интелектуалната и социјалната сфера на личноста која може да изразува женскост и машкост. Луѓето не ја искажуваат својата машкост/женственост само во спалната соба, туки пошироко, сексуалноста е дел од сите активности на човекот во кои тој се ангажира. Со помош на сексуалноста ние се дефинираме и декларираме како мажи и жени. Овде го потцртуваме зборот декларираме затоа што биолошки дадените полови-репродуктивни органи кои го определуваат полот (машки/женски) не се секогаш детерминанти за сексуалноста односно не секогаш значат дека личноста се чувствува удобно и природно во сопствениот пол. Сексуалноста е експресија на персоналитетот и е евидентна во сите наши секојдневни акции. Сексуалноста има значително влијание врз интерперсоналните односи на луѓето. Таа е најинтимниот начин преку кој се поврзуваме со другите, преку која даваме и примаеме емоции (4).

Сексуалноста кај лицата со попреченост често се негира и запоставува, најпрво од родителите (како примарни згрижувачи и лица од кои добиваме емоционална потпора и сигурност) и од стручните лица кои работат низ текот на процесот на рехабилитација и образование. Појавата на сексуалноста кај популацијата на лицата со попреченост се гледа повеќе како проблем отколку како позитивен човечки атрибут (5). Гледајќи низ историјата на човековиот развој, во делот на сексуалноста, подолго време се избегнуваа отворени дискусии на ова прашање со цел да не се наведат лицата со одреден инвалидитет на погрешни мисли или непотребно да не се разбуди некое непосакувано и дивјачко однесување.

Во овој контекст, во светски рамки може да се издвојат неколку митови за сексуалноста кај лицата со попреченост кои подолго време перзистирале во јавноста:

- Лицата со попреченост се асексуални, поради тоа не им е потребно сексуално образование;
- Нивното ниво на функционирање се идентификувало со она кај децата и се сметало дека лицата со попреченост нема да созреат и да достигнат ниво на возрасен човек;
- Тие се неспособни да ги разберат сопствените сексуални желби и потреби;
- Овие лица неможат да ги контролираат сексуалните импулси;
- Лицата со попреченост се потенцијални сексуални "девијанти" (6).

Ваквото етикетирање и неразбирање на сексуалноста кај лицата со попреченост, придонело до појава на разни нехумани и неетички движења кои што дополнително вршеле сегрегација и имале за цел да ја превенираат репродукцијата на потомци со одредени видови на интелектуално, физичко или социо-емоционално нарушување. Негативните ставови кои деморализираат и ја игнорираат сексуалноста и сексуалната едукација кај лицата со попреченост (тука посебен акцент се става на лицата со интелектуална попреченост или лица со ментална ретардација-поим кој во тоа време бил широко раширен) продолжуваат да опстојуваат и уште повеќе да се интензивираат. Во оваа прилика би дале кратко фактичко поткрепување на горенаведената констатација. Во периодот од 1880-те па се до 1940-те години забележана е широка распространетост на *еугенетското движење* кое забранувало сексуална репродукција на луѓето со ментална ретардација. Според истражувачите, како одговор на општествените проблеми оваа идеја требала да ја "подобри" човечката раса преку селективна репродукција или еугенетика. Селективната репродукција и мас-стерелизацијата биле прифатени како соодветни методи поради мислењето дека ЛП се имуни на физичка и емоционална болка и страдања (7). Како директна последица на ова движење, стотици илјади кастрации, хистеректомии и овариектомии биле неволно извршени т.е против волја и знаење на лицата со попреченост. Трендот на масовна стерелизација продолжува, особено присутна е во

Соединетите Американски Држави дури и како дел од државните законски рамки и практики, кои пак денес се сметаат за дискриминаторски и злоупотребувачки.

Стерилизацијата на лицата со попреченост често била аплицирана без разлика на нивните капацитети за расудување и донесување одлуки, способностите за грижа и чување деца, нивните чувства и интереси. Околу 60.000 луѓе со попреченост без согласност и принудно биле стерилизирани во периодот до 1907 до 1957 година. Најчесто одлуката за стерилизација е донесена поради погрешните верувања дека со оваа метода може да се намали појавата и пренесувањето на сексуално преносливите болести, можноста за сексуална експлоатација и ќе ја превенира "абнормалната и девијантна" сексуалната експресија кај луѓето со пречки (8).

3. Сексуалноста во законските рамки

И покрај тоа што во научната јавност и низ литературата се наведува дека лицата со попреченост се сексуални битија со сексуални желби и потреби исто како и останатите луѓе, сепак е реткост тие да бидат прифатени и признаени како такви. Според Светската Здравствена Организација (СЗО) (1975) здравиот сексуален живот претставува критериум за психо-физичка благосостојба. Сексуалноста опфаќа две компоненти: 1. Способност за уживање и контрола на сексуално-репродуктивните облици на однесување во рамки на прифатените социјални и лични параметри и 2. Слобода од страв, срам и други психолошки фактори кои можат да ја инхибираат сексуалната експресија (3).

Да направиме краток хронолошки пресек на законско-правните акти кои застануваат во одбрана и остварување на основните човечки права на лицата со попреченост. Секција 504 од актот за рехабилитација од 1973 година во Соединетите Американски Држави, забранува дискриминација од секаков вид и го препознава правото на еднакви можности за лицата со попреченост според пол и сексуалност (9). Иако, вообичаено најмногу внимание во јавноста привлекувале прашањата за образованието и вработувањето на лицата со попреченост, сепак во 1993 година Генералното Собрание на Обединетите Нации ги донесе Стандардните Правила за изедначување на можностите за лицата со попреченост, каде што беше покренато прашањето за сексуалноста на лицата со попреченост (Правило бр. 9 зборува за правото на семејство и личен интегритет) (10).

Во 2006-та, препознавајќи ја вулнерабилноста на лицата со попреченост, Обединетите Нации (ОН) ја усвојуваат Конвенцијата за правата на лицата со попреченост која произлегува од подршката на илјадници групи лица со попреченост, организации кои ги застапуваат нивните права, невладин сектор и други групи од интерес. Накратко, Конвенцијата се состои од преамбула и 50 членови. Член 1 и 2 обезбедуваат дефиниција за лицата со попреченост, односно дава рамка за тоа кои лица влегуваат во оваа категорија и ја наведуваат целта на конвенцијата (11).

Членовите од 3 до 9 ги даваат општите односно генералните права, додека од член 10 до член 30 се именуваат посебните права, односно правата кои се примарно релевантни за лицата со попреченост. Членовите 31 до 40 даваат напатствија и шеми за национална имплементација на конвенцијата и нејзино мониторирање, како и за обврските на државите кон комитетот за правата на лицата со попреченост, додека членовите 41 до 50 ги обезбедуваат правилата за водење на оперативноста на конвенцијата (2). Членот 23 експлицитно го наведува правото на лицата со попреченост за формирање семејство и дом. Имено, со овој член се елиминира дискриминација поврзана со брак, семејство и персонални односи. Лицата со попреченост треба да имаат право на еднакви можности во однос на прашањата за бракот, семејство, родителство и интерперсоналните односи, односно се признава и почитува:

- Правото на сите лицата со попреченост кои се на соодветна возраст да стапат во брак и да формираат сопствено семејство на база на слободна волја и согласност на сопружниците кои влегуваат во брак;
- Правата на лицата со попреченост слободно и одговорно да одлучуваат за сопствените деца и правото на информации за семејно планирање и репродукција соодветни на возраста. Според Законот за семејство во Р.Македонија, лицата кои не се во состојба да го сфатат значењето на бракот и обврските кои произлегуваат од него и не се способни да расудуваат неможат да склучат брак. Во оваа категорија на граѓани спаѓаат лицата со манифестна форма на душевно заболување со присуство на психотични симптоми или резидуални знаци од болеста како и лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост (12);
- Лицата со попреченост, вклучувајќи ги и децата, имаат еднакво право како и останатите на фертилност (11).

Правото на сексуалност за лицата со попреченост е тесно поврзано и со членовите 19 кој истакнува дека лицата со попреченост имаат право да изберат со **кого** и **каде** би живееле, додека пак членот 22 го заштитува правото на приватност (3).

Конвенцијата за правата на лицата со попреченост претставува моќна алатка која низ годините успева да го привлече поширокото општествено внимание кон луѓето кои имаат одреден вид попреченост или нарушување.

Поранешниот секретар на ОН, Кофи Анан, го опишал прифаќањето на конвенцијата како "*зазорување во новата ера*"-ера во која овие лица нема да се судруваат со дискриминаторски практики, лица кон кои ќе се гледа како на активни субјекти со човечки права и достоинство. Земјите потписнички на конвенцијата се должни да пристапат кон реформи на постоечките правни прописи, односно кон осовременување на законските регулативи во прилог на лицата со попреченост (13).

Во контекст на темата на излагање, владите на државите кои официјално ја прифатиле конвенцијата како дел од внатрешната правна рамка, сите концепти на сексуалноста треба да ги прифатат на државно ниво и да станат интегриран дел од националната легислатива. Со цел реализација на овие права, државата треба да превземе акции и да превенира активности на сегрегација, запуштање и напуштање на лицата со посебни потреби од страна на своите семејства, освен во случаи кога најблиското семејство не е во состојба да се грижи за детето. Иако Република Македонија ја ратификуваше Конвенцијата на 29 декември 2011 година, сепак прашањето за сексуалното и репродуктивно здравје на лицата со попреченост сè уште не е приоритетно, што значи не се преземаат соодветни мери и активности на национално ниво. Прекршувањето и непочитувањето на правата на лицата со попреченост се забележува на глобално ниво. Во едно истражување, спроведено во 18 земји во кое учествувале 51 лице со интелектуална попреченост, како едни од најчесто прекршуваните права и слободи биле наведени сексуалната злоупотреба и насилство како и дискриминативно однесување кон правото на овие лица за брак и формирање на семејство (14).

4. Сексуален развој

Лицата со попреченост поминуваат низ истите развојни фази и ги искусуваат истите промени во организмот: биолошки, емоционални и социјални, како кај лицата кои имаат "нормален" или типичен развој (5). Развојот на сексуалноста започнува од оној момент кога родителите го знаат полот на своето новородено дете и го означуваат како машко или женско. Оттука почнува еден од најприродните животни процеси кој не треба да предизвикува дискомфорт кај родителите кога се обидуваат да пренесат информации до нивното дете и да им објаснуваат сексуални прашања. Развојот на сексуалноста оди паралелно со емоционалниот и физички развој на личноста (15). Сексуалноста е процес кој се проткајува низ целиот живот. Таа манифестира различни емоционални предизвици низ секоја фаза од развојот (16). Сексуалниот развој е комплексен и мултидимензионален процес кој што ја опфаќа и истражува сексуалноста во однос на самите себеси и кон другите. Сексуалноста опфаќа ставови, верувања, знаења, вредности и однесувања и се однесува на анатомијата, психологијата и биохемијата на биолошкиот систем. Таа е тесно поврзана со основните човечки потреби да се биде сакан и прифатен, искажување и добивање на емоции и блискост, чувството да се биде привлечен и почитуван. Сексуалниот развој ги инкорпорира мислите, чувствата, однесувањата, врските, улогите, идентитетот и персоналитетот на личноста (17). Тој треба да се разгледува пошироко од гениталниот секс и да ги земе во предвид социјализација на половите улоги, физичка матурација и слика за телото, социјалните односи и идните социјални аспирации (18). Комплексноста на човековиот развој многу психолози и теоретичари се обиделе да го објаснат и предвидат. Следбениците на оваа парадигма го подржуваат мислењето дека луѓето продолжуваат да растат и да се менуваат низ текот на целиот живот како што се соочуваат со новите задачи, предизвици и можности (19). Ерик Ериксон е еден од најцитираните lifespan теоретичари кој што својата теорија ја базирал врз психо-социолошките фази на развојот. Според него, физичкиот развој и когнитивната матурација која го следи развојот, влегуваат во интеракција со надворешните барања и предизвици поставени од општеството кои понатаму влијаат врз психосоцијалниот развој на индивидуата. Тој ги истакнува

периодите на транзиција од една во друга развојна фаза. Секоја транзитна точка е одбележана преку промената на вредностите, целите и социјалните активности.

Да се потрудиме да илустрираме преку пример: адолесценцијата се карактеризира со физички промени кои се поврзани со пубертетот и со формирањето на интерперсоналните врски и социјалните вредности кои се независни од оние на родителите. Кај раната зрелост (20-40 години) имаме смена на вредности и активности насочени кон формирање на следна генерација на семејство и превземање и владеење со улогите на родители и сопружници/партнери (20). Во продолжение, да ги прикажеме поодделно психосоцијалните фази на развој на Ериксон:

1. Рана инфантилност/Доенечки период (од раѓање до 1 година)

Сексуалноста се појавува уште во периодот веднаш по раѓањето и прогредира низ целиот живот сè до смртта. Така способноста за сексуален одговор (и кај обата пола) е откриена дека се појавува многу рано т.е во периодот од 24 часа по раѓањето (17). Во овој стадиум се преплетуваат довербата наспроти недовербата. Кризата која произлегува од "борбата" за доминација на една од двете состојби, се надминува примарно преку мајчината грижа. Доколку бебето ја добие потребната грижа, внимание и топлина и ги задоволи своите потреби, тогаш тоа развива доверба (21).

Доенчињата имаат капацитети за експресија на сексуални однесувања. Во овој период цицањето и нишкањето во колевката имаат огромно значење за сексуалниот развој на детето. Доколку доенчето има некое развојно отстапување или друга конгенитална деформација, овие рани искуства можат да бидат одложени и ограничени. Без разлика на стимулацијата и емотивното поврзување со родителите, доенчињата со развојни отстапувања демонстрираат задоцнување во осознавањето и разликувањето на деловите од телото, во идентификација и дискриминација на физичките чувства и сензации од другите чувства, како и задоцнување во можноста да се ангажира во генитално-сексуална игра (21).

2. Рано детство (1-3 години)

Период на љубопитност, каде што детето веќе почнува да ја истражува околината преку првите форми на моторна активност: лазење и одење. Се јавуваат првите

облици на само-контрола над нештата. Децата наоѓаат задоволство во своите телесни сензации, вклучувајќи ја и фасцинацијата со сопствените гениталии.

Ова е периодот кога родителите треба да започнат со подучување на своите деца за "интимни" и "јавни" делови од телото, како и почетоците на учењето "приватен" и "јавен простор" (22). Ритмичката манипулација со гениталиите слична на мастурбацијата кај возрасните започнува на возраст околу 2,5 до 3 години. Ова е форма на нормална сексуална експресија. Во првите три години од животот детето исто така се поврзува со родителот. Оваа врска се воспоставува преку физички контакт (17).

3. Предучилишен период (4-5 години)

Децата покажуваат иницијативност преку способноста за независно движење. Се забележува интерес кон половите и децата играат се повеќе игри кои се полово условени. Се развива свесноста за тоа да се "биде момче/девојче" иако децата неможат да објаснат што е момче или девојче. Децата со развојни пречки можат да доцнат во поглед на овој критичен период од развојот. Попреченоста може да го забавува стекнувањето на способноста за игра и истражување на светот околу себе, кое пак од своја страна може да го забавува развивањето на имагинативноста како еден од важните составни делови од комплексот сексуалност.

Половиот идентитет односно машкоста и женственоста, нормално се формира од 3-5 година. Стабилен полов идентитет овозможува воспоставување на интимни и задоволувачки врски и односи во адултниот период (17). Половиот идентитет се однесува на капацитетите и способностите на детето да се гледа себе си како момче односно девојче и да ги забележува и разликува другите како момче/девојче или маж/жена. Се издвојуваат неколку теории кои од свој аспект се трудат да дадат објаснување за развојот на полот. Меѓусебно се разликуваат во неколку важни димензии. **Првата димензија** става акцент на биолошките, психолошките и социо-структурните детерминанти, па така биолошките теории заземаат став дека различните биолошки улоги кои ги имаат мажите и жените при репродукцијата влијаат на половиот развој и идентитет. Психолошки ориентираните теории велат дека во основата на половиот развој лежат интрапсихички процеси.

Социоструктурните теории пак се фокусираат на социјалните детерминанти кои ја моделираат и развиваат половата идентификација и функционирање.

Втората димензија ја истакнува природата на пренесувањето на моделите. Да појасниме: психолошките теории типично се поддржувачи на когнитивната структура на полот и стиловите на однесување во рамките на семејно преносливиот модел. Овој модел е попознат поради откритијата на Фројд за прифаќање на половите улоги од семејството преку процесот на идентификација. Бихејвиоралните теории даваат примарно значење на родителите во формирањето и воспоставувањето на полово поврзаните начини на однесување. Биолошките теории од овој аспект на гледање, ги посочуваат гените како главни детерминанти на полова идентификација и улоги кои се наследуваат низ генерациите. Социјално ориентираните теории ја земаат во предвид пошироката средина како најзаслужна во развивањето на половиот идентитет. Покрај семејството како примарен двигател, ги зема во предвид и другите социјални влијанија од општествените системи и институции од секојдневието на единката. **Третата димензија** се занимава со делокругот на теоретската анализа. Па така повеќето психолошки теории го третираат половиот развој примарно како феномен на раното детство отколку концепт кој се развива во текот на животот. Од друга страна социоструктурните теории го разгледуваат полот низ текот на целиот живот затоа што веруваат дека половиот идентитет се развива и моделира низ годините и е под влијание на многу социо-културни фактори (23). За децата со развојни нарушувања, половиот идентитет се развива најчесто во синхронизација со другите отстапувања во развојот, особено со задоцнувањата во говорот, комуникацијата и социјалната интеракција, што од своја страна пак влијае врз капацитетите на детето ментално да го претстави својот полов идентитет низ слики или зборови. Половиот идентитет може да биде повеќе ригиден кај лицата со аутистичен спектар на нарушување. Моментално не постои светска литература која нуди подлабоки научни сознанија за развојот на половиот идентитет кај лицата со АСН (24). Децата може да манифестираат мастурбација и да се ангажираат во сексуални игри кои што кореспондираат со развојот на очекуваните социјални норми во контекст на човечката љубопитност кон самите себе и околината. Во раното детство, истражувањето на половите органи е природна активност. На возраст помеѓу 3 и 7 години децата ги истражуваат сопствените делови од телото, ги

препознаваат како машки и женски, се интересираат за гениталиите на нивните врстници, кое следствено води до сексуална игра (25).

Машките гениталии се лесно видливи и достапни, поради што момчињата порано ги откриваат своите сексуални органи, додека женските полови органи се скриени и тешко достапни за малите девојчиња (26). Ерекцијата (како дел од сексуалниот живот) се случува за прв пат за време на детството, иако некогаш може да се забележи и во инфантилниот период. Може да се случи како резултат и на надворешни стимули (посебно од патолошка природа), како што се некои инфламаторни процеси на penisот, полнење на мочното кесе со урина итн. Иако овие ерекции не се предизвикани од сексуални процеси, сепак се од големо значење за сексуалниот живот. Овие сензации на гениталиите го привлекуваат вниманието на машките деца кои се концентрираат на оваа регија и подоцна почнуваат да манипулираат (чешање, допирање) со своите сексуални органи. Преку овие движења, детето полаку преминува кон мастурбација. Тука е вредно да се напомене дека овие предмастурбаторни движења не секогаш се изведуваат со рацете, туку детето може да се чеша/допира од некој друг предмет или со нозете кога е во седечка положба. Кога кај детето настанува ерекција (која не треба секогаш истата да ја поврзуваме со надворешен стимул), понекогаш може да биде предизвикана и од внатрешни стимули поврзани со равојот на гениталиите, посебно со тестисите (27).

4. Училишна возраст (6-11 години)

Училиштето е доминантното место од каде детето стекнува знаења и вештини потребни за функционирање во средината. Децата учат за социјализација преку контактите со своите врстници и се под влијание на тие социјални интеракции. Ова е подготвителен период за пубертетот. Се препорачуваат подготвителни, неформални разговори околу менструален циклус и хигиена кај девојчињата за време на месечниот период, како и за семената секреција кај момчињата (21).

5. Рана адолесценција/пубертет (11-13 години)

Секрецијата на семената течност може да се појави на различна возраст. Најраната возраст кога за прв пат се исфрла семена течност или ејакулат кај момчињата се наведува 12/13 години, иако како што напоменавме во литературата се наведува возрастна рамка од 13 до 18 години за појава на првиот ејакулат (27). Пубертетот е

најкритичниот и најзагрижувачки период од развојот кој ги опфаќа промените кои започнуваат најрано на 9 години или најдоцна од 14 години (28).

Со влегувањето во пубертет, сексуалниот развој достигнува експанзија. Пубертетот, кој што е воден од хормоните, се дефинира како време кога момчињата и девојчињата стануваат способни за репродукција. Растењето на телото, промените во скелетниот систем, зголемување на мускулното и масното ткиво, растењето на градите, развојот на половите органи и појавата на влакнавоста на аксиларната и пубичната регија се главните развојни карактеристики на пубертетот (17). Во едно лонгитудинално истражување спроведено во периодот од 1987-1999 година, имало за цел да ги истражи секундарните полови карактеристики и патот на сексуалната матурација кај адолесцентите со церебрална парализа, добиени се резултати кои индицираат дека сексуалното зреење кај децата со ЦП се разликува од она кај адолесцентите од генералната популација. Пубертетот започнува порано, но завршува подоцна кај децата со ЦП, додека девојчињата со ЦП добиваат менструацијата подоцна од контролната група на девојчиња со нормален развој (29).

Во раната возраст кога децата за прв пат демонстрираат независност и љубопитност за самите себеси и своите тела, децата со попреченост можат да доживеат одредени промени во поглед на приликите за само-истражување и приватност. Овие деца можат да се постојано под надзор на своите родители и терапевти кои се повеќе заштитнички поставени и поради тоа да имаат помалку можности и ситуации да бидат спонтани и интимни со своите тела, споредбено со невротипичните деца. Овој недостаток на приватност може сериозно да влијае врз перцепцијата на детето врз сопственото тело, неговата функција и телесните граници (30). Различните аспекти на машкоста и женскоста се пренесуваат на половите улоги во зрелата доба. Секоја улога се дефинирала и моделирала токму во периодот на пубертетот и адолесценцијата. Некои деца со посебни потреби можат да се соочат со физички потешкотии при посегнувањето и допирањето на гениталиите во овој период, што води до драстично намалување на можностите да ја доживеат и почувствуваат сензацијата на половите органи. Овие деца нема да можат директно да го спознаат целото тело, посебно онаму каде што постои сензорен дефицит и губење на чувствата за некои делови од телото. Спонтаниот, љубопитен и невин начин преку кој децата учат и ги запознаваат телата преку допир е значително помалку

превалентен кај децата со посебни потреби отколку кај децата со нормален развој (26).

Чувството за доживување на "себе си", кај децата со развојни отстапувања може да биде одложено поради пролонгираниот период на зависност од своите родители околу личната грижа и хигиена. Тоа често води до неможност да разликување на сексуалните од несексуалните делови од телото. Како резултат на ова детето може нецелосно да го доживее и разбере сопственото тело и телесните граници (31). Овој неостаток на искуство за својата телесност може да предизвика забуни кај децата со пречки во развојот за сексуалниот идентитет и сексуалните улоги. Меѓутоа во понатамошните развојни фази, овие деца имаат можности за развивање на само-идентификација и детерминирање на сексуални улоги како маж или жена.

6. Адолесценција (14-18/19 години)

Адолесценцијата како развојна фаза во животот на секоја индивидуа, се карактеризира со многубројни промени од физичка, психолошка, духовна и социјална природа. Во овој период адолесцентите треба да добиваат информации за сексуалното здравје во поглед на само-преглед на тестисите кај момчињата и градите кај девојчињата. Присутен е конфликт на идентитетот и конфузија на личноста. Често младите си го поставуваат прашањето "Кoj/a сум јас"? Тие развиваат систем на морал, вредности и верувања. Темите за кои најчесто се интересираат адолесцентите се поврзани за сексуалните односи, врски, контрацепција, бременост, сексуално преносливи болести. Адолесценцијата е дефинирана како периодот од почетокот па сè до завршувањето на физиолошката матурација. Овде се забележува зголемена хормонална варијабилност и развој на сексуалните црти (32). Во адолесценцијата е период во кој се учи и вежба сексуалноста (33). Родителите и терапевтите наведуваат зголемена импулсивност, анксиозност и друго дезруптивно однесување кај адолесцентите со АСН, кое што се должи на хормоналниот дисбаланс и биолошките промени на организмот. Неразбирањето на овие биолошки промени на телото како и социјалните очекувања, често претставуваат тригер за агресивните епизоди (34). Основањето на романтични врски и одењето на љубовни состаноци со други лица е интегрален дел од социо-сексуалниот развој кај младите луѓе. Адолесцентите со попреченост ги имаат истите проблеми и потешкотии во љубовните врски како и сите останати млади лица (35).

Пубертетот и адолесценцијата заедно со интензивниот раст и промени во физичкиот изглед и зголемениот сексуален нагон често креираат страв и анксиозност кај адолесцентите со попреченост. Некои адолесценти изјавуваат дека чувствувале непријатна сензација на пецкање и чешкање во пределот на половите органи, кои што ги наведувале дури и на употреба на физичка сила (удирање, плескање) за да го прекинат таквото чувство. Развојот може да предизвика промени во нервниот и ендокриниот систем кај младите со пречки. Посебно е нагласена појавата на епилепсија кај адолесцентите со аутизам, кои во тој случај мораат да примаат медикаменти кои ќе влијаат врз контролата на сексуалниот импулс (36). Во едно истражување спроведено во Полска објавено во март 2013 година, кое опфатило 133 испитаници со интелектуална попреченост на возраст од 18 до 25 години, го испитувало сексуалниот развој кај оваа категорија лица со попреченост. Од анализата на податоците, истражувачите заклучиле дека сексуалниот развој кај лицата со интелектуална попреченост доцни во просек 3 години од нормалната популација. Како илустрација: првите влажни соништа кај момчињата се појавиле на возраст од 14.5 години, додека девојчињата прв пат добиле менструација околу 14-та година (37).

7. Зрела доба и длабока старост

Достигнувањето на сексуална зрелост, продолжува и во адултниот период, кога се јавува и способноста за донесување неформални одлуки за изборот на својот партнер, репродукција и посериозни долгорочни интимни љубовни врски (38, 39).

Како што старееме како сексуални индивидуи, ние продолжуваме да функционираме во улогите на маж или жена, кои што се формирале уште во периодот на адолесценцијата. Во зрелата доба ние доживуваме нормални промени на телото предизвикани од процесот на стареење. Овие промени влијаат на флексибилноста на телото и можат да се одразат во секој аспект на секојдневното живеење. Ваквите искуства можат посериозно да влијаат врз самодовербата на човекот и на неговата машкост односно женственост. Транзицијата од здрав адулт до некој кој доживува некоја хронична болест или нарушување може да претставува дополнителен проблем кај луѓето со попреченост (26).

5. Сексуална ориентација

Сексуалната ориентација се однесува на воспоставениот, усвоен начин на кој индивидуата е привлечена односно ја привлекува друга личност, вклучувајќи емоционална, романтична и сексуална привлечност кон другиот без оглед дали исходот од таа привлечност резултира со некој вид сексуално однесување. Сексуалната ориентација (според истражувањата во последните неколку декади се издвојуваат неколку типови: од комплетна хетеросексуалност, бисексуалност, хомосексуалност па сè до асексуалност) се развива во адолесценцијата, но започнува да се развива од пубертетот со промените на телото во согласност со социјалните очекувања за изборот на партнер. Кај повеќето адолесценти со попреченост, формирањето на сексуалната ориентација се случува покасно од колку кај нивните нормални врстници со бројни податоци кои наведуваат на висок процент на асексуалност или несоодветна сексуалност кај овие лица. Неколку студии наведуваат дека лицата со попреченост заземаат повеќе конзервативни ставови и гледишта во поглед на сопствената сексуална ориентација кое се поврзува со негативните ставови на родителите, старателите и терапевтите кон одредени сексуални однесувања како што е хомосексуалноста (40). Трагајќи низ литературата на светско ниво, речиси и не се споменува никаква дискусија за хомосексуалност и бисексуалност кај лицата со попреченост. Во една студија спроведена во Белгија (2007) во која биле опфатени 20 лица со АСН и 19 лица со интелектуална попреченост (гранично и лесно оштетување) на возраст од 15.0 до 21.11 години, 70% од испитаниците имале дефинирана сексуална ориентација: 12 хетеросексуалци, еден бисексуалец и една хомосексуалност. Бисексуалната ориентација била примарно насочена кон девојчиња и момчиња на предпубертетска возраст. Во групата испитаници со интелектуална попреченост 18 се издвоиле како лица со дефинитивна сексуална ориентација од кои 17 биле хетеросексуалци, додека еден се изјаснил како хомосексуалец. Резултатите покажале дека лицата со АСН многу помалку имаат дефинирана сексуална ориентација (41). Менаџмент на идентитетот кај ЛБГ лицата со попреченост е во константна борба за афирмација (42). Да се биде личност со попреченост, а воедно и хомосексуалец ги става овие луѓе на работ на маргините во

општеството. Сè она што отстапува од "нормалната" т.е од хетеросексуалната ориентација, претставува дополнителна причина за дискриминација.

Edgerton (1993) во својата студија наведува семејно отфрлање на маж-хомосексуалец, додека Shoultz (1995) го опишува како идентитетот на Lucy Rider лезбејка со интелектуална попреченост бил контролиран и модифициран од страна на нејзината фамилија, црквата, медицинскиот персонал и терапевтите (42). Истражувачите Gilmour, Schalomon и Smith (2012) разгледувале група од 82 лица со високо-функционален аутизам каде што впрочем добиле повисока стапка на хомосексуалност кај жените со АСН (43). Сексуалната ориентација е одредена преку комбинацијата на чувствата, фантазиите и аспирациите на личноста. Таа се воспоставува во адолесцентниот период, иако може да се менува во текот на животот. Хомосексуалноста и бисексуалноста отсекогаш биле ставени на посебен ризик во општеството, придружени со слика и мислење кое наведува на формирање на погрешното и осудувачко гледиште за поимите (44). Адолесцентите со попреченост треба да добиваат многу поактивна помош и поддршка од семејствата, училиштата и институциите со цел да развијат соодветен сексуален идентитет. Секој човек има право да постигне само-афирмација со соодветно понудена поддршка. Оваа не е прашање кое може да се игнорира со очекувања дека ќе помине само од себе, напротив треба да се работи навремено и напорно и да се овозможи луѓето со попреченост да израснат во сексуално здрави индивидуи (45).

6. Сексуално однесување

Американската Асоцијација за окупациона терапија (ААОТ, 1986) ја категоризирала сексуалната експресија како *"ангажирање и вклучување на индивидуата во посакувани и интимни активности-сексуалната експресија е активност на секојдневното живеење"*. Ова подразбира дека сексуалната експресија припаѓа во истата категорија со облекувањето, исхраната и тоалетните потреби како дел од основните физиолошки потреби на кои треба да се обрне големо внимание во процесот на рехабилитацијата на лицата со попреченост (46). Луѓето имаат потреба од интимност и врски. Сите лица со попреченост имаат право да доживеат целосно позитивно искуство во врските, вклучувајќи ги пријателството, општествените односи како и во интимните врски (47). Само-идентификацијата на овие потреби може да се случи подоцна и да биде изразена поразлично во зависност од знаењата, верувањата и вредностите за сексуалноста на индивидуата. Способноста на секој човек и секој интимен пар да доживее исполнет и сигурен сексуален живот е јадрото на сексуалното здравје. Креирањето на стимулативни средини во кои ќе се обрне внимание на безбедно сексуално здравје е витално за милениумските развојни цели за постигнување сексуална еднаквост, мајчино здравје и превенција од ХИВ/СИДА (48). Разбирањето на имплицитните правила за љубовни состаноци и хиерархијата на сексуалната интимност, може да претставува потенцијална бариера за луѓето со попреченост во глобала, а особено кај младите и возрасните со АСН (49). Интимноста подразбира меѓусебна размена и споделување на емотивна, когнитивна и физичка компонента на единката со друга личност. Сензитивноста кон физички контакт, ригидноста и неможноста за генерализација на знаења и вештини може да влијае на спонтаноста, воспоставувањето и одржувањето на интерперсоналните односи. Како дополнителна причина која ги отежнува интимните врски кај лицата со попреченост е стилот на живеење. Најголемиот дел од лицата со попреченост во Р.Македонија живеат во рамките на своите семејства. Родителите и недостатокот на приватност може да бидат понекогаш и главен фактор кој влијае на квалитетот на љубовните врски (17). Истражувањата сугерираат дека пријателствата и интерперсоналните односи имаат позитивни ефекти врз интелектуалниот, социјално-когнитивниот, лингвистичкиот, сексуалниот и моралниот развој врз луѓето (50).

Од друга страна, способноста да лицата со попреченост да се вклучат во сексуална активност може посериозно да биде афектирана од моторни (ограничено движење на екстремитетите) и сензорни (хипо и хиперсензитивност на допир, компромитирана температурна регулација) дефицити. Но за среќа, одредени биолошки бариери можат да се надминат со помошни сексуални справи и алатки кои ќе го оптимизираат сексуалниот живот особено кај лицата со моторни и сензорни нарушувања (32). Несоодветно сексуално однесување се движи во поширок ранг почнувајќи од допирање на интимните органи во јавност, допирање на други лица во јавност, соблекување и мастурбирање во јавност, несоодветно користење на предмети на половите органи во јавност итн. Ruble и Dalrymple (1993) во своето тригодишно истражување откриле дека луѓето со АСН манифестираат широк спектар на сексуални однесувања: 65% ги допирале интимните органи во јавност, 28% остраниле дел од облеката во јавност, 23% мастурбирале пред други лица, 18% несоодветно допреле друго лице од спротивен пол и 18% од нив зборувале непригодно и вулгарно за одредени предмети, сиркале под фустани и несоодветно ги допирале своите родители. Околу 14% од лицата со АСН мастурбирале користејќи несоодветни предмети (како чорапи) и 4% покажувале еротски слики во јавност (51). Овие однесувања не се разликуваат многу од однесувањата кои ги презентираат и децата/младите со типичен развој. Единственото појаснување се обидуваме да го пронајдеме во процесот на социјализација кај децата без пречки во развојот кои учат социјални правила да бидат дискретни и селективни при изборот на однесување уште од мала возраст. Како прилог на ова ја прикажуваме табелата на сексуален развој во детството со цел родителите да се запознаат и да ги разберат сексуалните однесувања и експресијата на своите деца (52).

Табела 1. Психо-сексуален развој

Возраст	Однесување
Доенечки период (од раѓање до 1 година)	<ul style="list-style-type: none"> • Откривање на телесните делови кои пружаат задоволство; • Чешање на гениталиите за задоволство, само-стимулирање; • Физичка блискост со родителите (држење, скокоткање, чешкање, милување, играње, облекување); • Прилагодување на само-стимулацијата кон реакцијата на родителите; • Реакција кон другите преку допирање, гушкање и бакнување.
Рано детство (2-5 години)	<ul style="list-style-type: none"> • Интерес кон телото и неговото функционирање; • Зголемена љубопитност за разликите помеѓу момчиња/девојчиња; маж/жена; • Именување на делови од телото и нивните функции, чувства; • Интензивен интерес кон физичката сензација и гениталната само-стимулација; • Телесен егзибиционизам; • Прашања за тоа како се прават и доаѓаат бебињата; • Шеги за половите органи, телото и нивните функции; • Фасцинации од "безобразни" зборови; • Моделирање на однесување според интракциите на родителите при искажување љубов, одговор кон другите преку гушкање, бакнување и галење; • Можна љубомора кон интимноста на родителите; • Почетоци кон сексуално истражување на врсниците вклучувајќи и полово истражување; • Можности за родител-дете комуникација околу сексуалниот развој.
Средно и доцно детство (6-12 години)	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжување на себе-стимулацијата во приватен простор; • Продолжување на сексуалната игра и експлорација помеѓу врсниците од ист-спротивен пол (тајно и скришум од родителите); • Разговори помеѓу врсниците за сексуално однесување; • Интензивен интерес кон спротивниот пол, воспоставување на "дечко" и "девојка"; • Интензивна потреба од лична приватност; • Почеток на пубертет, преминување кон адолесцентниот сексуален развој; • Пригода за разговори помеѓу родителот и детето

околу сексуалноста.

За да се разбере сексуалноста кај лицата со попреченост неопходно е да го разгледаме прашањето на попреченоста од поширока перспектива. Такво разгледување и пристап до проблемот може да биде понудено од традиционалниот биолошки модел и социјалниот модел на попреченоста. Парадигмата и верувањата што ја нуди секој модел поединечно открива како попреченоста е концептуализирана, вклучувајќи ги нејзините манифестации и резултати (53). Традиционалниот медицински модел има тенденција негативно да се одразува врз сексуалноста на индивидуата со попреченост. Овој модел се фокусира на личноста со попреченост, поточно на нејзините биолошки недостатоци и ограничувања кои произлегуваат од тоа. Недостатоците на структурата и функционалноста на телото доведуваат до неможност личноста да ги задоволи сопствените и сексуалните потреби на другиот (54). Од другата страна, го имаме социјалниот модел кој влијае преку својата структурна поставеност. Имено, макро и микросредината во која владеат напишани, но цврсто одредени социјални вредности и норми кои се културолошки одредени, наметнуваат свои прифатливи облици на однесување кои ќе бидат широко прифатени како "нормални и соодветни" или во спротивно ќе бидат осудувани и маргинализирани. Според ова гледиште, социјалната средина ја наметнува попреченоста. Меѓутоа во општество во кое се вреднува човековото постоење, каде секој има еднаква можност, примарно се фокусираме на потенцијалите наместо на недостатоците, општество кое нуди пристап до услуги на сите луѓе подеднакво, ќе влијае позитивно и стимулирачки врз сите луѓе да успеат да ги достигнат своите максимални потенцијали и да се само реализираат.

Покрај потешкотиите во воспоставување и одржување на интимност, лицата со пореченост имаат проблеми да одредат **каде** и **како** сексуално однесување е дозволено. Соодветно сексуално однесување е најчесто детерминирано од срединските трендови и ставови на општеството (55). Со ограничените капацитети да ги разберат социјалните правила, овие лица често имаат проблеми во разликувањето помеѓу прифатливо и соодветно *јавно* однесување и прифатливо *интимно* т.е *приватно* однесување (56). Да ја поткрепиме изјавата со научна смисла: во студијата од 2005 година која опфатила 23 млади лица со развојни нарушувања, утврдено е дека адолесцентите не барале приватен простор за пресоблекување или за други сексуални активности.

Тие исто така не се запознаени доволно со социјалните правила како што се задолжително чување пред влегување во затворена врата и недозволено допирање на приватните делови од телото пред други луѓе во јавност (33). Во трудот подготвен од Одделот за јавно здравје и политика во Лондон, издвоени се неколку фактори кои можат да влијаат врз оформувањето на сексуалното однесување кај младите луѓе. Овде се наведува дека сексуалните партнери и интимната поврзаност имаат влијателна улога врз однесувањето генерално, а уште повеќе тоа било забележано во сексуалното однесување. Половите стереотипии се исто така критични во детермирањето на социјалните очекувања и однесувањето: всушност хронолошки гледано сексуалното однесување кај мажите било почесто јавно дискутирано и разгледувано, додека сексуалното однесување кај жените останало поскриено и јавното мислење било порестриктивно и постигматичко кон жените (57, 58).

Внимателниот преглед на светската литература и истражувања нè наведува на сознанието дека најголем проблем е несоодветното автоеротско однесување кое е најчестото сексуално однесување забележано кај лицата со попреченост (особено кај машкиот пол) (59). Додека некои научници реферираат на мастурбацијата како нормално сексуално однесување преку кое младите луѓе со пречки го спознаваат своето тело и своето сексуално функционирање, сепак поголема загриженост на глобални рамки предизвикува мастурбацијата во јавност (60). Националното здружение за аутизам од Велика Британија ги сумира проблематичните социо-сексуални аспекти на мастурбацијата во три точки: **1.)** мастурбација во јавност; **2.)** мастурбацијата е екцесивна и повредувачка, ја суши и надразнува гениталната регија и **3.)** неможност да се мастурбира до постигнување оргазам/ејакулат (лицето не е способно да постигне соодветна моторна координација или пак не може да го прифати интензитетот на чувството пред оргазам) што доведува до акутна фрустрација и/или резултира со преокупација со актот (61). Мастурбацијата е почесто забележана во јавноста при состојба на анксиозност (17). Се сугерира исто така дека ова неадекватното допирање на половите органи во јавност може да се зголеми и во ситуации кога лицата со попреченост немаат свој приватен и сигурен простор (61).

Данска студија која вклучила 81 респодент со АСН (57 мажи и 24 жени) на возраст од 16 до 40 години, дава податоци дека 68% од лицата мастурбираат и 60% доживеале оргазам (74% мажи мастурбирале и од нив 64% доживеале задоволство, додека 54% од жените покажале вакво однесување). Понатака, додека 25% од лицата кои мастурбираат го прават тоа секојдневно, додека 49% еднаш неделно. Пронајдена е корелација помеѓу фреквенцијата на мастурбирање со говорно-јазичните вештини: дури 45% испитаници кои немаат развиен експресивен говор мастурбираат секој ден. Во поглед на средината каде респодентите практикуваат мастурбирање, 53% го прават тоа на јавно место (надвор или во дневна соба). Дури 74% од лицата демонстрирале дефинитивни знаци на сексуално однесување: мастурбација или сексуално однесување кон друго лице (90% од овие испитаници избрале луѓе кои не се заинтересирани да одговорат на нивните сексуални драјвери: родители, терапевти, мали деца или непознати лица). Седумдесет и три проценти (73%) од жените покажале недефинитивни сексуални знаци: држење за рака, гушкање и бакнување (36). Во студијата од 2013 година од Полска, високи 76% од лицата со интелектуална попреченост мастурбирале (мажите 89% двапати почесто од жените 48%). Само 13% од испитаниците со ИП имале сексуални односи. Оваа анализа дава резултати дека лицата со ИП за прв пат се ангажирале во сексуален однос подоцна (од временски интервал од 3 години) отколку контролната група на испитаници со нормален развој: средната возраст кај мажите со ИП е 17.5 години, додека 19 години кај жените со ИП. Како причини за ангажманот во сексуален однос, се наведени љубопитноста во 39%, потреба од емоционална поврзност - да се биде поблиску до одредена личност во 35% и поттик од друго лице за ваква активност 17%. Интересен е податокот дека во сите случаи, сексуалниот партнер бил исто така лице со интелектуална попреченост (62).

7. Сексуална злоупотреба на лицата со попреченост

Сексуалната злоупотреба може да се состои од физичка, визуелна или вербална агресија која се смета за несакана сексуална активност. Сексуалната злоупотреба или навреда е напад врз целата личност, не само едноставен "сексуален акт". Резултира со притисок и напад на човековиот интегритет и може да го наруши психолошкото, физичкото и социјалното функционирање на личноста (62). Сексуалната злоупотреба е криминален чин. Насилството кон луѓето со попреченост (вклучувајќи физичко и сексуално) е идентификувано како јавен здравствен проблем со зголемена преваленца кој има дополнително опасни реперкусии врз здравјето на луѓето: повреди, физички и ментални здравствени проблеми, злоупотреба на супстанции па дури и смрт (63, 64). Спроведената мета-анализа на 25 студии (1984-2001) кои ги испитувале токму психолошките трауми поврзани со сексуалниот напад, покажуваат појава на агресивно и несоодветно сексуално однесување, повлекување, ниска самодоверба, лутина и бес, халуцинации, автоагресија, депресија, 63% пријавиле некатегоризиран емоционален дистрес, мултипно нарушување на личноста, шизофренија, проблеми со спиењето, неконтролирано плачење, дисоцијативни симптоми, прекумерна употреба на опојни супстанции и алкохол и др. видови на психо-социјални трауми (65). Лицата со попреченост се со зголемен ризик за сексуална злоупотреба и сексуален напад (66). Според некои податоци луѓето со попреченост се три пати почести жртви на физички и сексуален напад или силување отколку луѓето од општата популација. Како највулнерабилна група се издвојуваат лицата со интелектуална попреченост, иако литературата споменува дека и лицата со физички нарушувања и визуелни оштетувања се категорија на луѓе кои сè почесто се жртви на насилство од причина што овие лица имаат потреба од секојдневна асистенција во животните активности и се физички зависни од помошта на други луѓе. Причините поради кои луѓето со попреченост се соочуваат со зголемен ризик од интерперсонално насилство се бараат во исклученост, недостапност или несоодветни едукативни и социјално-здравствени сервиси, проблеми во комуникацијата, потреба од лична поддршка при дневните активности, физичка, емотивна и материјална зависност од други лица, социјална стигма и дискриминација (67).

Сексуалниот напад и злоупотреба може да се појавува во повеќе форми. Контактната злоупотреба (тактилна) се однесува на несоодветно сексуално допирање и сексуален однос против волјата на лицето (34). При овој вид сексуален напад се остварува директен телесен контакт со жртвата преку допирање на градите, половите органи, колковите или силување (пенетрирачки вагинален, орален и анален контакт или непенетрирачки преку облека). Пенетрацијата може да биде со дело од телото или некој предмет. Кај неконтактната т.е. нетактилната сексуална злоупотреба не постои допирање туку напаѓачот се обидува да ги покаже своите гениталии на жртвата или пак вербално искажува зборови кои се поврзани со интимноста, еротиката и сексуалниот акт (64).

Иако сите жени се потенцијални жртви на злоупотреба, во последно време на глобални рамки се спроведуваат истражувања кои се насочени да откријат дали постои одредена група на жени кои имаат зголемен ризик од виктимизација. Идентификацијата на овие ризик-групи ќе им овозможи на терапевтите и сите стручни профили кои работат на превенција на злоупотребата и други интервенции, подобро да ги таргетираат своите ресурси и компетенции кон жените со најголема потреба (63).

Сексуалната злоупотреба е первазивен проблем со алармантни стапки на прваленција во светот. Истражувањата покажале дека жените со попреченост се со значително повисок ризик да бидат жртви на сексуална злоупотреба или насилство во споредба со жените кои немаат попреченост (68). Ако еднаш се случил сексуален напад кај жена со попреченост, постојат реални шанси тие напади да продолжат да се случуваат па дури и да ескалираат (69). Но и покрај зголемениот број на научни истражувања направени да се квантифицира насилството врз луѓето со попреченост, научните методи и дефиниции за попреченоста и насилството кои се употребуваат при истите се варираат премногу поради што и не е направена никаква квантитативна синтеза на податоците (70). Како дел од светскиот глобален извештај за попреченоста, направен е систематски преглед и мета-анализа на студиите за насилство кон луѓето со попреченост спроведени во периодот од 1 јануари 1990 до 17 август 2010 година.

Како инклузивни критериуми се земени: студијата треба да биде крос-секторијална или кохортна (вклучувајќи лонгитудинални); да ја мери злоупотребата кон возрасни лица со попреченост; да известува за специфични видови на нарушувања, потреби, ограничувања на активностите; вклучува дефиници и мерки за насилство; известува за преваленцијата или за стапките за можна појавност; известува за присуство на насилство или злоупотреба во рамките на 12 месеци пред да е спроведена студијата. Од 10.663 апстракти, само 26 студии ги исполниле бараните критериуми. Лицата со ментална попреченост имаат највисок ризик да бидат жртви на насилство токму поради нивните лимитирани социјални и комуникативни капацитети и ограничување на можноста за правилно расудување, додека најмала преваленција е утврдена кај лицата со неспецифични нарушувања. Стапката на појавност се движи од 2-4 на 1000 лица со попреченост споредбено со 0.9 на 1000 лица без попреченост, со највисок процент на жртви лица со интелектуално попречување (71). Околу 83% од жените со попреченост е проценето дека ќе бидат жртви на сексуално насилство (58). Едвај 3% од случаите на сексуална злоупотреба кај лица со попреченост биле некогаш пријавени, додека 50% од девојките со слушно оштетување биле сексуално нападнати наспроти 25% девојки од општата популација (70). Националниот центар за злоупотреба и запоставување на деца во САД, објави резултати дека децата со пречки во развојот се 2.2% почесто жртви на сексуална злоупотреба од невротипичните деца. Околу 39-83% од децата и адолесцентите со пречки во развојот се претпоставува дека ќе бидат жртви на некој вид сексуален напад до својата 18-та година (72). Лицата кои биле жртви на сексуална злоупотреба имаат повисоки шанси кога ќе пораснат тие самите да бидат сексуални злоупотребувачи, доколку не се вклучат во адекватни социо-сексуални едукативни програми (73). Lindsay et al. донела заклучок анализирајќи ги случаите на сексуална злоупотреба дека 62% од злоставувачите биле самите жртви на сексуален напад некогаш во животот (74). Carmody (1990) одлично ги сумира индикаторите за сексуален напад кај лицата со ИП. Таа појаснува дека се издвојуваат четири главни индикатори врз чија база можеме да донесеме заклучок дека индивидуата со ИП била жртва на некој вид сексуален напад:

- Ако индивидуата со ИП каже некому дека била жртва на сексуална злоупотреба;
- Некоје трето лице биде сведок на чинот на сексуален напад;

- Се забележува драстична промена во целокупното однесување на лицето со ИП;
- Лицето со ИП ќе се пожали или друго лице ќе забележи видливи физички симптоми и промени на телото (повреди на градите, долниот дел од стомакот, задникот, глутеусите; модринки или крварење од гениталната област; појава на сексуално преносливи инфекции; бременост; дамки од семена течност на облеката; абдоминална болка или инфламаторни инфекции на уринарниот систем) (73).

Најголемиот дел од лицата ако извршуваат полов напад врз лицата со попреченост се луѓе кои пружаат сервисни услуги на овие лица и се во секојдневна интеракција со луѓето со попреченост. Во извештајот на McCormack и колегите по завршената 15-годишна анализа на студии за сексуална злоупотреба на лица со развојни нарушувања, напишале дека во 68% злоставувачите извршиле насилно допирање и мастурбација, додека 31% се обиделе или извршиле пенетрација (75).

Постојат многу малку податоци за сексуална злоупотреба и сексуален напад врз луѓе со попреченост на Балканот. Во истражувањето од Хрватска од 2008 година каде биле интервјуирани 59 лица со интелектуално нарушување (34 мажи и 25 жени). 50.8% изјавиле дека некогаш во животот биле повредени. Истражувањето покажало дека извршителите на насилството биле блиски со жртвите: пријатели (59%), родители (16%), познаници (10%) и лица од институциите (3%) (76). Во истражувањето за сексуален напад врз деца со интелектуална попреченост во Р.Македонија спроведено од 12.10 до 30.11. 2006 каде респодентите се групирани во две групи во однос на возраста: 1. група: вкупно 42 деца со лесна интелектуална попреченост на возраст од 10-14 години (21 машки и 21 женски) и 2. група: 31 лице (29 мажи и 2 жени) со лесна интелектуална попреченост на возраст над 15 години, 22.6% од испитаниците над 15 години изјавиле дека биле некогаш принудувани насилно да си ги соблечат алиштата. Не ретко овие деца и млади се нашле во ситуација да гледаат некој сексуален чин против својата волја (1.група-26.2% и 2.група-38.7%). Во првата група 16.7% од респодентите изјавиле дека биле насилно допирани во половите органи и присилувани да се вклучат во некој друг вид на сексуална активност, додека 19.4% од втората група се изјасиле позитивно на оваа прашање (77).

Да го разгледаме прашањето: кои се тригер факторите кои придонесуваат личноста да изврши сексуален напад? Како можни етиолошки фактори кај злоставувачите се понудени неколку научни појаснувања:

➤ Несоодветно сексуално однесување

Раните модели на сексуална злоупотреба се базираат врз аномалиите т.е настраности во сексуалните преференци и малформации во сексуалниот нагон при присуство на несоодветни стимули. Неадекватната сексуалност опфаќа сексуална привлечност кон деца, насилен сексуален чин (силување), воајерство и демнење, јавно покажување на гениталиите.

Една од причините која се споменува релативно често како етиолошки фактор за појава на однесување кое резултира со сексуален напад кај лицата со попреченост е дека тие имаат многу сиромашно сексуално знаење, ограничени можности за воспоставување и одржување на сексуални врски, сексуална наивност и многу лимитирани социјални и хетеросексуални искуства и компетенции.

➤ Личноста

Harris et al. забележуваат дека проценката на нивоата на антисоцијалност и психопатија се многу високи предвидувачки фактори за сексуалниот рецидивизам и насилно однесување. Дел од истражувањата одат во правец на издвојување на импулсивноста како значајна варијабла при овој сексуален криминален акт (74). Меѓутоа авторите наведуваат дека различните категории на сексуални злоупотребувачи можат меѓусебно да се разликуваат во нивото на импулсивност. Напаѓачите врз возрасни лица најчесто реагираат во моментот, додека напаѓачите врз деца повеќе го планираат самиот чин. Лицата со интелектуална попреченост се склони кон извршување на сексуален напад и навреда. Во публикацијата на три студии од кацеларијата за истражување и статистика во Англија и Велс, 34% од лицата со ИП извршиле сексуален напад (78). Кај лицата со ИП кои се сексуални напаѓачи пројавиле значително пониска импулсивност и анксиозност, отколку контролната група на напаѓачи без пречки (74).

➤ Психолошки развојни фактори

Оваа група фактори опфаќаат многу широк дијапазон на ризик фактори за сексуална злоупотреба. Нема сомневање дека е направено многу во глобални рамки да се испитаат раните развојни искуства кои се одразуваат врз генезата на сексуалната злоупотреба.

Континуирани негативни искуства и намалените можности за развој на нормални социјани вештини, искуства и однесувања играат клучна улога во формирањето и развојот на себе-перцепцијата. Да се биде жртва на сексуален напад од детството е цитирана во околу 50% случаи кај сексуалните злоставувачи. Sequeira и Hollins забележале дека во неколкуте студии на сексуални злоставувачи со попреченост, истражувачите истакнале дека бихејвиоралните проблеми како што е сексуалната дезинхибиција се резултат на сексуална злоупотреба во детството (79).

8. Сексуална едукација

Една од есенцијалните задачи во развојот на децата е тие да научат како да остварат и одржуваат интеракција со другите и да се ангажираат во социјално прифатливи однесувања. Ова се социјални вештини со кои ние не се раѓаме, напротив ги учиме и интернализираме низ текот на целиот живот. Сексуалната едукација е важна компонента во животот на секој човек за да може да добие соодветно знаење и вештини кои ќе го потпомогнат развојот на личноста во здрав адулт со позитивен сексуален идентитет и интерперсонални односи. Недостатокот на социјални вештини кај лицата со попреченост особено е видлива на полето на сексуалноста и интимните односи. Разбирањето на сексуалноста и развивањето на заеднички врски засновани на позитивни емоции, исполнети со обострано задоволство може да биде проблематично кај овие лица без соодветна програма за поддршка (78). Целите на сексуалната едукација треба да се насочени кон формирање и развивање на одредени ставови и обезбедување на потребните информации за сексуално-репродуктивното здравје (80).

Програмите за сексуална едукација треба да ја заштитат индивидуата од сексуална експлоатација, да поттикнуваат учење на здрави сексуални навики и да ја зголемува само-довербата на личноста преку систематизиран и индивидуализиран пристап на содржините. Сексуалната едукацијата треба да биде конзистентна, континуирана и разбирлива. Прегледувајќи ја литературата за сексуална едукација на луѓето со попреченост, иако присутни се релативно малку примери од праксата, сепак постојат евидентни докази дека овие луѓе можат да научат и бенифитираат од тие инструкции (81). Но што всушност подразбира сексуалната едукација за децата и младите? Каков вид на информации треба да бидат обезбедени и зошто? Овие прашања нека бидат доволен поттик за размислување заради креирање на една сèопфатна програма која би се фокусирала не само на основните проблеми на животот, репродукцијата и сексуалните односи, туку би опфатила и прашања за биолошката, социо-културната, психолошката и духовната димензија на сексуалноста (82).

Според државниот совет за сексуална едукација и информации на САД програмата за сексуална едукација треба да овозможи:

- Информации, податоци и факти (сите луѓе имаат право на точни информации и знаења за човековиот раст и развој, репродукцијата, анатомија и физиологија на човечкиот организам, семејство, родителство, детство, контрацепција, мастурбација, сексуален одговор, ХИВ/СИДА и други СПБ, абортус, сексуална ориентација и сексуална злоупотреба);
- Развива вредности, чувства и ставови (сексуалната едукација им дава на луѓето можност да истражуваат и поставуваат прашања, да ги преиспитуваат и проценуваат ставовите, вредностите на човечката сексуалност. Целта на овие програми е да има помогнат на младите луѓе да ги раберат религиозните и културните вредности, да изградат сопствени вредности, да ја зголемат самодовербата и да ги разберат одговорностите кон себеси и кон другите);
- Развиваат интерперсонални вештини за ефективна комуникација и донесување разумни одлуки (програмите за сексуална едукација ги стимулираат способностите кај лицата за создаваат врски врз база на доверба, сигурност и задоволство, како да се спротивстават на отпорот предвремено да се вклучат во сексуален однос, како правилно да го заштитат своето ментално и сексуално здравје) (81).

Родителите се круцијални сексуални едукатори. Родителите индиректно ги подучуваат доенчињата и малите деца за сексуалноста уште од моментот на раѓањето преку интеракција која се остварува на повеќе нивоа: преку гушкање и нишкање, галење, зборување и игра. Родителите испраќаат пораки за сексуалноста до своите деца вербално и невербално, преку наградувањето и казнувањето и преку секојдневните интеракции и очекувања што ги имаат од своите деца (80). Како што децата растат и формираат интерперсонални врски со членовите од семејството и врсниците, тие продолжуваат да учат за сексуалноста. Можеби ние не гледаме на овие работи како важни за сексуалноста, но сите овие достигнувања и искуства од раното детство се фундаментални како нашата сексуалност понатака ќе се развива кога ќе станеме тинејџери и возрасни лица (83). Терапевтите и другите стручни лица исто така имаат огромно влијание во животот на лицата со попреченост (82).

Прашањето за родителите и стручните лица не се однесува на тоа дали треба да се обезбеди сексуална едукација за лицата со попреченост, туку како таа ќе биде структурирана и пренесена (84). За да може некоја личност да биде сексуален едукатор, мора најпрво да ја разбере сопствената сексуалност, односно најпрво треба да го испита и осознае сопствениот живот, чувства, ставови и ограничувања. Добар сексуален советник покрај знаењето, дополнително треба да биде свесен за своите предрасуди за да не се најде во ситуација истите тие да го попречуваат сексуалниот развој на субјектите кои добиваат интервенцијата (85). Стручниот кадар кој работи со лицата со попреченост, честопати има ограничени искуства и знаења за сексуалното прашање кај оваа популација, додека пак родителите најчесто имаат потешкотии при дискутирањето и развивањето на социо-сексуалните способности и навики. Ако на ова ги додадеме бариерите кои произлегуваат од негативните ставови за сексуалните права и дискриминаторните движења во општеството, недоволните компетенции на кадарот, несоодветната координација и соработка помеѓу засегнатите установи и државни тела, немањето на финансиска помош и соодветни социјални и здравствени услуги, физички бариери и немањето соодветни материјали за работа, дополнително го отежнуваат креирањето и пристапоста до сексуално-репродуктивните сервиси за луѓето со попреченост (86). Во овој контекст, понудена е помошна рамка врз основа на која би се креирала компатибилна и ефективна програма за сексуална едукација на лица со попреченост:

1. Сексуалната програма треба да биде дел од една сеопфатна и опширна програма за зачувување и унапредување на јавното здравје;
2. Добро едуцирани и оспособени тренери и едукатори: сексуална едукација треба да извршуваат само стручни лица кои се едуцирани за човечкиот сексуален развој и кои посетувале курсеви за сексуална едукација во текот на нивното академско и професионално усовршување;
3. Вклученост на средината: општеството мора да биде вклучено во планирањето и имплементацијата на сексуалните програми, училишните услуги и сервиси треба да се така креирани за да ги почитуваат различните вредности и ставови на општествената средина. Родителите, наставниците, политичарите и други важни креатори на социјални услуги треба да се вклучени во создавањето на програмите;

4. Фокус на младите и употреба на мноштво разновидни материјали и ресурси за едукација: сексуалната едукација е најефективна кога младите лица не примаат само информации туку имаат можност да ги истражуваат сопствените вредности и ставови, како и тие на пошироката средина и да ги равиваат или зајакнуваат социјалните вештини. Користењето на наставни методи и активности може да го поттикне учењето: интерактивни дискусии, играње улоги, социјални приказни, демонстрации, индивидуални и групни задачи, домашни работи... (87).
5. Повторувај, повторувај, повторувај!!! Повторувај го концептот од различни агли со цел зголемување на потенцијалот за разбирање на содржината. Секој следен час, нека започнува со репетиција на претходната тема;
6. Биди конкретен со примерите: Многу лица со пречки не ги разбираат апстрактните поими како љубов, интимност итн. Користи примери кои се опишливи, конкретни и достапни. Користењето на слики и видеа е секогаш добар избор;
7. Не давај премногу информации: Оди полека со содржините, за да имаат учениците доволно време да ги процесиираат понудените информациите. Поставувај прашања и поттикнувај на дискусија за да можат да размислуваат за темата;
8. Почни од почеток: почни со проучување на базичните концепти и понатака надградувај го знаењето;
9. Почитувај дека учениците со пречки во развојот се сексуални суштества и дека можат да ја изразат својата сексуалност на различни начини;
10. Учи ги своите ученици да одбијат и кажат НЕ! Учениците со попреченост честопати можат да бидат подведени и жртви на сексуален напад;
11. Запомни дека контекстот значи многу: како информацијата се вклопува во нивниот реален живот (88).

Кај типичните програми за сексуална едукација, може да недостасува делот за социјалните вештини кои би ги задовиле социјалните потреби на лицата со попреченост (89). Wolfe и Tarnai го предлагаат методот на социјални приказни во сексуалната едукација.

Социјалната приказна всушност претставува кратка приказна со специфични карактеристики кои опишуваат социјална ситуација, концепт или социјална вештина која е претставена во формат прилагоден и разбирлив за лицата со аутизам. Овие приказни се пишуваат во прво лице еднина и содржат бихејвиорални одговори изразени на позитивен начин: *"Сега ќе го намалам тонот на мојот глас"* и други дескриптивни, афирмативни, кооперативни искази кои често се придружувани со слики и илустрации кои ќе го олеснат учењето на социјалните вештини. Многу е важно овие социјални приказни да бидат строго индивидуализирани за секој поеднаец во текот на едукативниот процес, фокусирани експлицитно на интерперсоналниот аспект на однесувањето и ќе промовираат социјална прифатливост (90).

Во една студија на Nosek и колегите интервјуирале 31 жена со попреченост кои се потрудиле да идентификуваат проблеми во сексуално-репродуктивното здравје, добиле податоци дека овие жени имаат многу мало или воопшто немаат познавање за репродуктивното здравје, најголем дел како причина го навеле лимитираниот пристап до информации од ваков тип за време на адолесценцијата, особено видлив на прашањата за бременост, менопауза, контрацепција и СПБ (89). Сексуалната едукација има повеќекратно значење не само за лицата со попреченост туку и за средината која ги опкружува. Како последица од нејзиното неспроведување, забележана е појава на следниве облици на однесување:

- Нереални очекување и искривена/нарушена слика за сопствената сексуалност;
- Манифестација на социјално неприфатливи облици на социо-сексуално однесување;
- Подложеност на сексуално искористување и злоупотреба;
- Изложеност на ризици од сексуалното однесување како што е појава на СПБ и несакана бременост.

Свеста за сексуалноста се препознава во способноста за разбирање и воочување на сопствената сексуалност, во ставот кој го заемаме кон ова прашање и во односот кон сексуалноста генерално.

Поради недостатокот на овие примарни воспитно-образовни влијанија, лицата со попреченост неретко уште од пубертетот, развиваат чувство на нелагодност, срам, страв па дури и чувство на вина кон своите телесни и сексуални обележја, сексуални реакции и чувства кои всушност се дел од нормалното созревање. Доживувањето на својата телесност приткаена со овие непријатни чувства, предизвикува потиснување на сексуалните потреби и нагони, изолација и избегнување на сексуални теми и прашања или пак амбивалентност кон сопствената сексуалност (91).

Децата со развојни нарушувања можат да формираат сексуално прифатливи однесувања преку репетитивно учење и моделирање. Сексуалната едукација може да биде неформална (недефинирана и непланирана, се спроведува спонтано, во природни услови, спрема потребите) и формална (која е структурирана, дефинирана со однапред поставени цели и задачи, насочена кон стекнување знаења и развивање на вештини за сексуалноста и обликување на однесувањето). Haffner опишува четири главни цели на сексуалната едукација:

- ① Давање информации за сексуалниот развој, анатомија и физиологија, репродукција, сексуална експресија, бременост, семејство, брачни и родителски улоги, абортус, сексуална злоупотреба и СПБ на лицата вклучени во програмата;
- ② Потткнувања на лицата да ги изразуваат сопствените ставови и вредности кон сексуалноста, помош во разбирањето и осознавањето на семејните, културните и религиските вредности, подигнување на самопочитувањето, развивање на сопствени вредности;
- ③ Стимулирање на луѓето опфатени со програмата за сексуалната едукација за развивање на способности за интерперсонална комуникација, воспоставување на задоволувачки социо-сексуални односи, донесување одлуки и одбивање на несаканите барања;
- ④ Развивање на лична одговорност и пренесување на одговорноста во сексуалното однесување, воспоставување контрола врз сексуалното однесување, правилна употреба на средства против СПБ и несакана бременост (91).

Сексуалната едукација во пубертетот и адолесценцијата треба да биде организирано во неколку фундаментални концепти фокусирајќи се на следниве аспекти:

1) Развој на човекот

- Промени на телото (најважна тема за разговор и учење е развивање на концептот за "себе си", процесот на растење кој носи физички и психолошки промени на организмот, идентификација на делови од телото и нивната функционалност, разбирање на разликите помеѓу маж и жена, сетила) (92).

2) Интерперсонални односи

- Родители и семејство (како прв и најважен социјален систем кои му даваат на детето љубов и чувство на сигурност)
- Пријателство (интеракција со врсниците дава можност за усвојување знаења и формирање вештини низ забава и игра)
- Љубов и приврзаност (во позитивна атмосфера во која владее љубов и приврзаност децата се чувствуваат посигурни, имаат самодоверба и реагираат позитивно на насочувањата и подучувањата од возрасните, важни за развојот се раните искуства како што се гушкање, галење, бакнување, бањање, хранење итн., едукација за концептот на интимните односи во корелација со теоријата на умот, соодветно иницирање на врски и почитување на правила во партнерските односи, почитување на физичките граници, развивање на способности за слушање) (77).

3) Лични способности

- Експресија на емоции (именување на емотивната состојба на личноста и споделување на емоциите со другите помагаат во формирањето на интерперсоналните односи со другите, контрола на емоциите).
- Комуникација (прифатливи начини на комуникација во зависност од ситуацијата, вештини за иницирање комуникација и одржување на истата, поставување прашање и слушање на другиот, толкување на невербалните знаци на телото) (93).
- Донесување одлуки (можност и право на избор во одредена ситуација, способности за донесување правилни одлуки и одговорност која го следи направениот избор).
- Решавање проблемски ситуации (изноаѓање начин за решавање на проблем, барање и пружање помош) (92).

4) Мастурбација и самозадоволување

- Мастурбација (развивање и усвојување на супортивни стратегии за превенирање на непристојно допирање себе си во јавност со невообичаени објекти) (94, 21).
- Сексуална љубопитност (развивање љубопитност кон телото и ангажирање во социјално прифатливи облици на сексуално однесување, справување со однесувања како што се несоодветно допирање на лица од спротивниот пол, соблекување во јавност, употребување на разни предмети со цел самозадоволување).

5) Здравје

- Лична и интимна хигиена (зошто е важно да одржување лична хигиена; како тоа правилно да го изведуваме; промовирање на едноставни, прецизни хигиенски рутини кои овозможуваат здравје, развивање на самовербата и чувство на доживување на телесноста. Одржувањето на хигиена на телото, овозможува создавање чувство на независност) (95).
- Превенција од болести (начин на спречување појава и трансмисија на СПБ, распознавање на симптомите на одредени заболувања заради полесно препознавање и нивно соодветно лекување).
- Менструација и влажни соништа (хигиена во месечните циклуси и утринските ејакулации) (85).
- Превенција од сексуална злоупотреба (како да се спротивстават и одбијат некое лице со кое не сакаат да бидат интимни, кому да се обратат за помош при некое несакано сексуално искуство, како да препознаат некој потенцијален сексуален напаѓач).

6) Социјална средина и култура

- Полови улоги (одговорностите на маж/жена, запознавање со сексуалните карактеристики на половите, развивање на половиот идентитет, развивање на почит меѓу половите и залагање за полова еднаквост) (92).
- Приватен и јавен простор.

Во истражувањето на Natton и Tector се обиделе да дојдат до сознанија за искуствата на лицата со аутизам во сексуалноста, добиле податоци кои индицираат неколку проблемски области кои треба да се земат во предвид при креирањето на овие програми: недоволното познавање на "себе си" и нарушено доживување на телесноста, конфузност во релацијата со другите и како функционираат интерперсоналните врски и интимни односи како клучни подрачја за едукација (96). Друга студија спроведена во Хрватска 2000 година имала за цел да ги евалуира промените од примената на структурираната програма за сексуална едукација кај лица со умерена и тешка интелектуална попреченост, биле опфатени 16 лица со ИП (8 мажи и 8 жени) на возраст од 21-51 година. Направена е компарација пред и по апликацијата на програмата со две мерења, каде што резултатите покажуваат статистички значајна разлика во знаењата на испитаниците во почетното и крајното мерење, особено во делот на разбирањето на интерперсоналните односи и усвојување на прифатливи облици на сексуално однесување, како и во препознавањето на опасност од сексуална злоупотреба (97).

Во македонски контекст не постои национална стратегија за сексуално образование. Сексуалната едукација во нашата земја не е дел од редовниот воспитно-образовен курикулум во училиштата, ниту пак во програмите за работа во установите кои пружаат медицинска и социо-психолошка помош и поддршка. Х.Е.Р.А (асоцијација за здравствена едукација и истражување) е пионерот во оваа проблематика, која прва започна со спроведување на програма за сексуална едукација на лицата со попреченост кои подеднакво имаат право на градење односи и задоволување на сексуалните потреби. Тие во 2010 година отпочнаа програма "Сексуалност и лица со интелектуална попреченост", која што во следните години ја прошири својата целна група и ќе опфати лица со други видови попреченост.

Во рамките на оваа програма до 2011 година Х.Е.Р.А ги реализираше следните активности: изготви и усвои "Политика за сексуалност и лица со попреченост" заедно со работна група; прва јавна дебата на тема сексуалност и лица со попреченост во соработка со Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика и Здружение на граѓани "Порака"; обуки на тема сексуалност, сексуално и репродуктивно здравје и права, каде беа опфатени 48 професионалци од државни институции и дневни центри за лица со попреченост; одржана прва конференција на тема "Искуства и предизвици во работата со лица со попреченост и

сексуалност" во партнерство со Филозофски факултет; одржани 8 трибини со родители и згрижувачи на лица со попреченост во Штип, Скопје, Дебар, Велес, Струга, Гостивар, Радовиш и Куманово; реализирани 11 акциони планови за работа на темата во соработка со МТСП, Здружение на граѓани "Порака", Здружение на граѓани "Порака наша" во Скопје, Штип, Охрид, Дебар, Демир Капија, Гостивар, Радовиш, Кавадарци и Куманово; студиска посета во Северна Ирска. Како дел од проектот беше изработен и Прирачник наменет за стручни лица (дефектолози, психолози, социјални работници, медицински работници) и за родители/старатели на лице попреченост. Програмата се однесува пред се на правата и основите на сексуално-репродуктивното здравје. Се предвидува спроведување на вежби и работилници погодни за лицата со попреченост, при што се почитува индивидуалниот пристап и истите се соодветно прилагодени на лицата кои ќе учествуваат во програмата. Во продолжение ќе ги претставиме темите кои ќе се обработуваат во програмата:

1. **Делови на тело** (формирање претстава за сопственото тело, развивање на свесност за телото).
2. **Јавен и приватен простор** (концепт за јавни и приватни места, видови социјално прифатливи сексуални однесувања во приватен и во јавен простор).
3. **Процес на раст и развој на телото** (промени на телото и одржување лична хигиена)
4. **Менструација и влажни соништа** (формирање на концепт, интимна хигиена, поттикнување на вештини за независност).
5. **Мастурбација** (сексуално однесување).
6. **Пријатни и непријатни допири** (правење разлика што ти се допаѓа/што не).
7. **Истражување на границите кај различни видови врски.**
8. **Давање дозвола и согласност** (подигање на степенот на самоверба и вежбање на ефикасна употреба на зборот "НЕ").
9. **Сексуални врски** (чин на сексуален однос, видови сексуални врски, контрацепција, бременост, емоции).
10. **Самопреглед на дојки.**
11. **Животни фази** (пубертет, брак, родителство, зрела доба) (98).

II. Методологија на истражување

1. Предмет на истражување

Предметот на истражувањето ја опфаќа сексуалноста кај лицата со попреченост која е основна биолошка потреба и основно човеково право. Лицата со попреченост неретко се стигматизирани во однос на ова прашање, принудени се да ги потиснуваат овие внатрешни импулси и многу тешко ги остваруваат своите сексуални права (сексуално-репродуктивно здравје, врски и сексуални односи, формирање сопствена фамилија, љубов итн.).

Како пречка на патот кон остварување на правото на сексуалноста, се наметнува и проблемот од недоволниот проток на информации, знаења и сервиси достапни за лицата со попреченост во рамките на сексуалноста. Непостоењето на програма за сексуална едукација регулирана со законски и правни норми, која ќе биде стандардизирана и задолжително ќе се спроведува во дневните центри и центрите за рехабилитација, во училиштата и другите установи од сместувачки карактер, дополнително ја влошува ситуацијата и го прави ова прашање поголем социјален проблем.

2. Цел и карактер на истражувањето

Целта на истражувањето е да се проценат ефектите од програмата за сексуална едукација која ја спроведува Х.Е.Р.А (асоцијација за здравствена едукација и истражување), односно да се утврди каква е промената во дистрибуцијата на знаењето и ставовите на лица со попреченост во однос на сексуалноста.

Истражувањето по својот карактер е квантитативно-квалитативно, применето и акциско истражување.

3. Задачи истражувањето

Надоврзувајќи се на целта на истражувањето, произлегуваат и задачите:

- Да се утврди дали учеството во програмата за сексуална едукација влијае врз знаењето и учењето на лицата со посебни потреби за сексуалноста.
- Доколку постои, да констатираме какво е тоа влијание врз знаењата на учесниците во програмата.
- Да се истражат и запознаат ставовите и мислењата на лицата со попреченост за сексуалноста пред отпочнувањето на едукативната програма.
- Да се испитаат какви се ставовите и мислењата на лицата со попреченост по спроведената едукација, односно да се видат ефектите после завршената програма.
- Да утврдиме дали постојат одредени даватели на услуги односно извори (индивидуалци, институции) кои овозможуваат достапност до информации за сексуалноста и/или пак овозможуваат помош и поддршка за лицата со попреченост кон ова прашање.
- Да откриеме и прикажеме дали и како лицата со попреченост го остваруваат правото на сексуалност.

4. Хипотези

Врз основа на наведени задачи, во продолжение се поставени хипотезите:

X0: Претпоставуваме дека ќе постојат промени во знаењата, ставовите и согледувањата на лицата со попреченост после спроведената програма за сексуална едукација.

X1: Лицата со попреченост имаат лимитиран пристап до информации за сексуалноста.

X2: Лицата со попреченост наидуваат на отпор и стигматизација од околината при формирањето на љубовни и семејни врски и односи.

X3: Жените со попреченост не се информирани за достапните здравствени услуги (гинеколошки прегледи, репродуктивно здравје, советувања итн.).

5. Варијабли

Зависна Варијабла:

- Знаење за сексуалноста кај лицата со попреченост;
- Вид и степен на попреченост.

Независна Варијабла:

- Социо-сексуална едукација;
- Пол на испитаници;
- Возраст на испитаници.

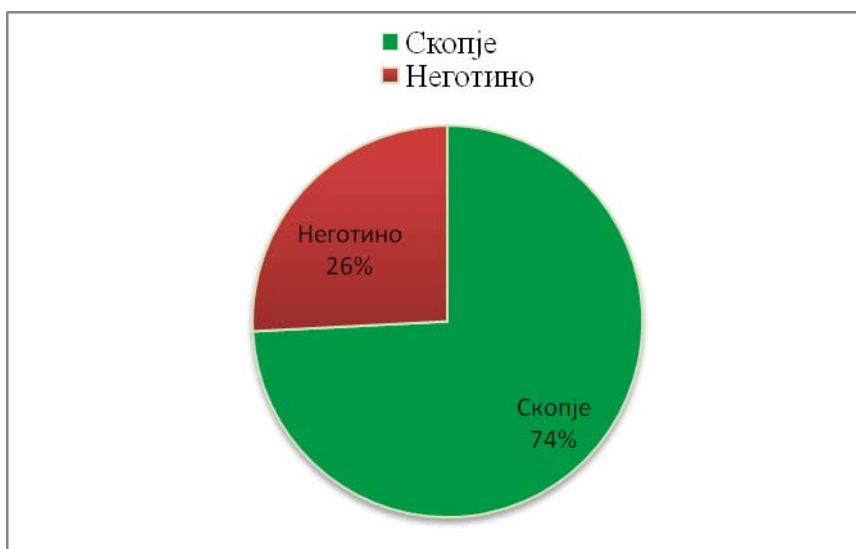
6. Примерок и карактеристики

Во иницијалната фаза на истражувањето беше аплициран демографски прашалник кој ни даде генерални информации за карактеристиките и профилот на испитаниците. Вкупно беа опфатени 31 индивидуи од кои 14 мажи (45%) и 17 (55%) се жени. Во сликата подолу е прикажана процентуалната застапеност на испитаниците според пол.



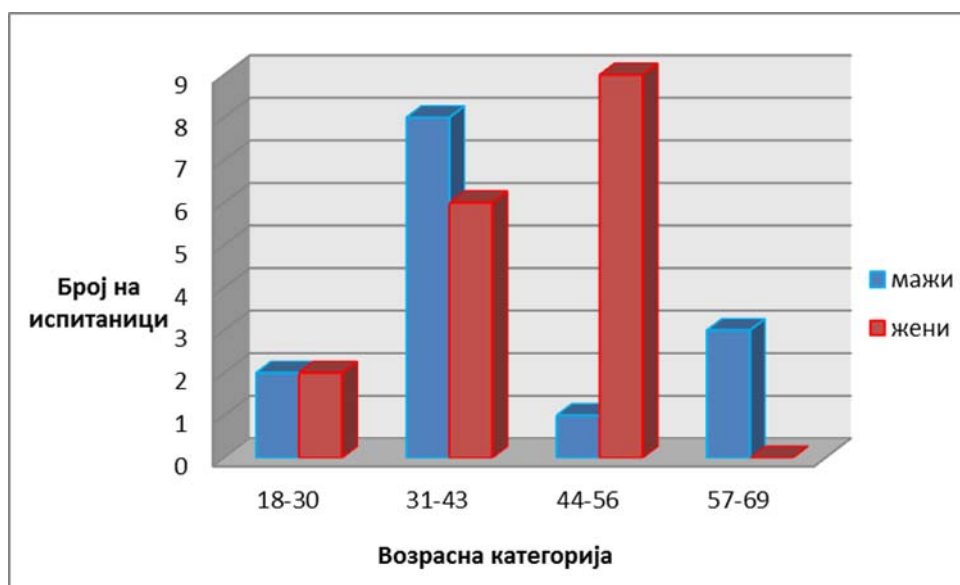
Слика .1 Графички приказ на застапеност на испитаниците според полот

Учесниците во оваа фаза од програмата за сексуална едукација беа корисници на услуги од Здружение СОЛЕМ (вкупно 14 лица), Дневен Центар-Волково (7 испитаници), Дневен Центар-Порака, Неготино (8 испитаници) и 2 испитаници кои живеат со своите семејства.



Слика 2. Распореденост на испитаниците според местото на живеење

Рангот на возрастната граница на испитаниците, кои доброволно учествуваа во истражувањето, се движи од 18 до 64 години (средна вредност 39 години). Во следниот графички приказ можеме да ја забележиме дистрибуцијата на испитаниците според возраст.



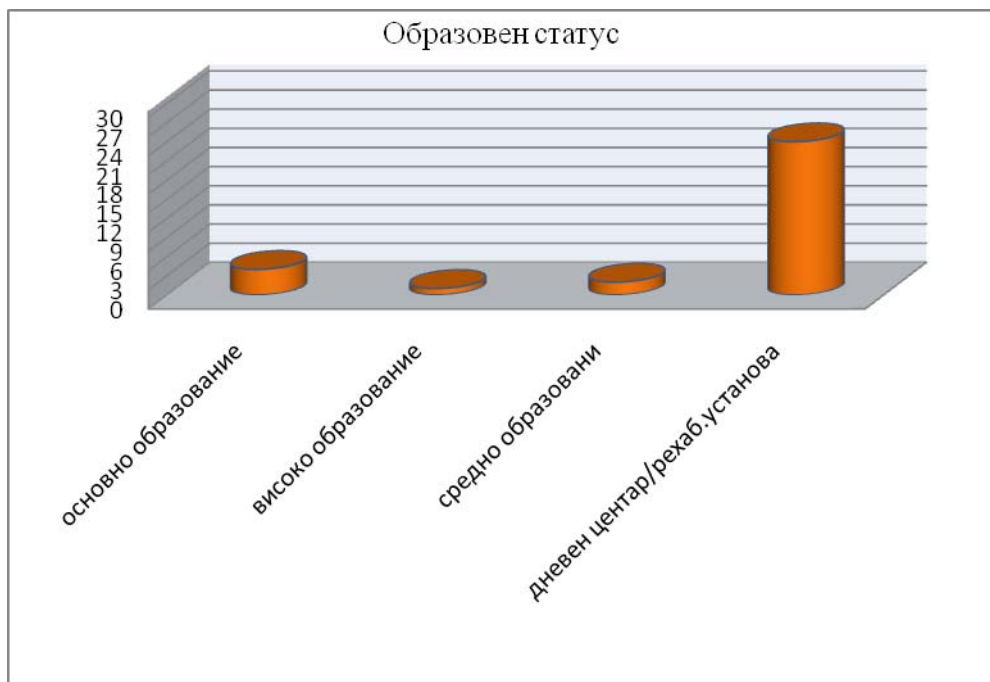
Слика 3. Графички приказ на возрастната структура на испитаниците групирани според пол

Во однос на видот и степенот на попреченост, 16 (52%) испитаници имаат лесен степен на интелектуално попречување, 6 (19%) испитаници имаат умерена интелектуална попреченост, додека 9 (29%) испитаници имаат комбинирани пречки кои опфаќаат аутистичен спектар на нарушување и физичко оштетување. Во прилог на природата на попречувањето, во продолжение прикажуваме визуелизација на структурата.



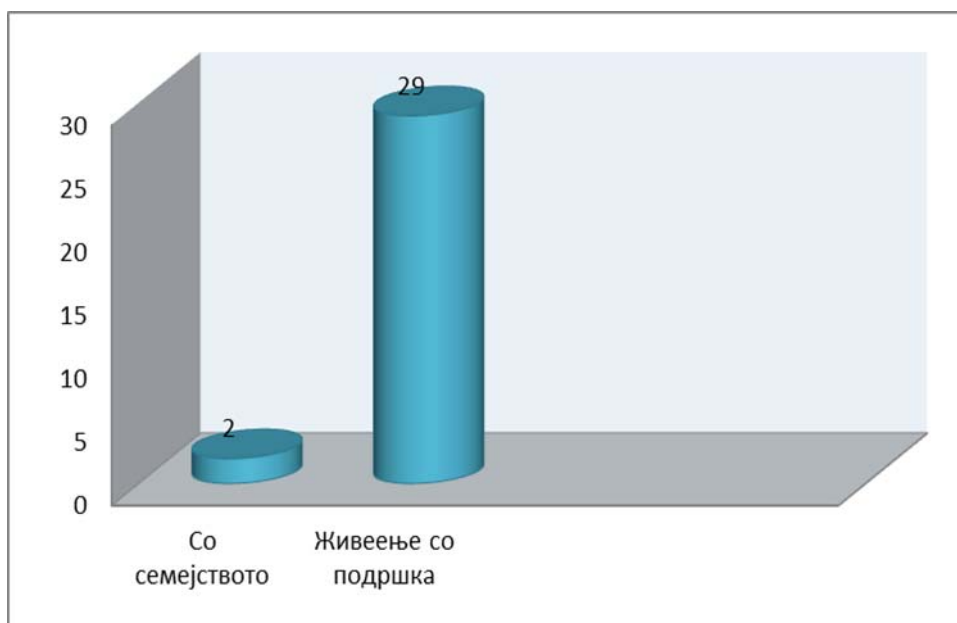
Слика 4. Приказ на распореденост на испитаниците според типот и степеност на попреченост

Според степенот на образование и едукација која испитаниците ја имаат стекнато, 4 учесници (13%) имаат завршено основно образование, двајца (6.4%) имаат среден степен на образование, додека еден испитаник (3.2%) во моментот стекнува факултетско образование, а останатите 24 испитаници (77.4%) добивале едукација во рамките на рехабилитациониот процес во институциите и дневните центри. Образовниот статус на учесниците во програмата е прикажан во следниот графикон.



Слика 5. Образовен статус на учесниците во програмата за сексуална едукација

Покрај горенаведените податоци, демографскиот прашалник ни даде информации и за начинот на кој живеат учесниците во студијата. Имено, 29 испитаници (93.5%) живеат во домови за поддржано живеење, додека само двајца испитаници (6.5%) живеат со своите родители и семејството. Да ја погледнеме следната слика која дава графички приказ на условите на живеење.



Слика 6. Тип на живеење

Пред почетокот на едукацијата сакавме да добиеме увид колку испитаници веќе имале некој вид сексуално искуство. По спроведената анализа, беа идентификувани 10 лица (4 мажи и 6 жени) кои имале партнерска врска и/или сексуален контакт. Податоците од практиката и од научно-стручната литература укажуваат дека жените порано стекнуваат сексуално искуство кое за жал најчесто е непријатно и против своја волја. Со други зборови кажано, тие биле жртва или објект на сексуално задоволување при извршување на некое дело од групата на казнени дела против половата слобода и половиот морал (99). Споменатите дела претставуваат повреда или напад на достоинството на личноста, човековата сигурност, телесниот и психичкиот интегритет (100).

Непосредно пред истражувањето, наша задача беше да стекнеме информации дали и колку испитаници претходно имале некаков вид (формална или неформална) сексуална едукација. Прегледувајќи низ профилот на испитаниците најдовме дека само 8 испитаници претходно имале некој облик на неформална и неструктурирана сексуална едукација: четворица испитаници добиле информации за сексуалноста од своите координатори во дневните центри или во единиците за поддржано живеење, тројца испитаници стекнале знаења преку едукативни емисии на телевизија, додека само еден испитаник се информирал преку разни книги, списанија и брошури со достапни информации за сексуалноста. Најголемиот дел од испитаниците 23 (74.2%) не добивале никакви знаења за сексуалноста преку било каков канал за информирање. Во сликата подолу, графички се претставени изворите на знаења достапни за лицата со попреченост.



Слика 7. Ресурси за сексуална едукација

Целокупното истражување се спроведе во период од 7.5 месеци од 09.04.2013-21.11.2013, со времетраење на програмата за сексуална едукација од речиси 1,5 месец (сеансите се одржуваа еднаш неделно по 1,5 час). Истражувачкиот процес се состои од изврши иницијално мерење на знаењата и ставовите на учесниците за сексуалноста пред отпочнувањето на програмата за сексуална едукација, а по завршетокот на програмата ќе се изврши и финалното мерење на појавата.

7. Статистички методи, техники и инструменти на истражувањето

Во истражувањето се користи квалитативно-квантитативен методолошки пристап. Самиот концепт и карактер на истражувањето наметнуваат потреба од користење на комбинирани методи, бидејќи тенденцијата не беше само да се испитаат промените во социо-сексуалните ставови и познавања, туку истовремено да се навлезе подабоко во интерперсоналните врски и релации на лицата, како и да се разбере подобро сексуалноста кај лицата со попреченост. Во статистичката обработка на податоците беа користени неколку техники за анализа на резултатите. Имено, прикажани се мерките на централна тенденција и мерките на варијабилност. Во табелите се анализирани резултатите односно бодовите добиени од првото и второто тестирање, кои дескриптивно одделно се дистрибуирани за секој испитаник, додека фреквенциите, аритметичка средина и стандардна девијација беа пресметани како глобален приказ на знаењето распределено според областите во прашалникот. За тестирање на истражувачките хипотези користени се тестови кои ги испитуваат разликите помеѓу двете мерења и кои беа најсоодветни според видот на податоци со кои располага ова истражување, како и во однос на карактеристиките на дистрибуциите на варијаблите. Беше користена техниката на t-test за да ја прикажеме промената во знаењата а за да покажеме каква е зависноста на варијаблите го користевме коефициент на корелација. Податоците беа анализирани и складирани во EXCEL за Windows 2010 и во статистички програм SPSS 20.0. Како статистички значајни беа земени разликите на ниво $p < 0.05$ (101, 102)

7.1. Инструменти

Во оваа студија ќе се користат вкупно четири инструменти за собирање на податоците. Најпрво се употребува Профил на испитаникот преку кој добиваме социо-демографски информации. Да напоменеме дека овој прашалник ни служи само како помошна алатка да се запознаеме со испитаниците.

➤ *Прашалник за испитување на општото знаење за сексуалноста*

Стандардизиран тест кој е креиран со цел да се испитаат социо-сексуалните знаења на партиципантите, односно да се процени "учењето" пред и по-спроведувањето на програма за сексуална едукација. Овој прашалник се преведе и адаптираше на нашиот социјален контекст. Се состои од 6 теми кои опфаќаат вкупно 49 отворени прашања кои ги испитуваат познавањата за човековиот организам (анатомија и физиологија на телото), сексуални односи, бременост, контрацепција, сексуално преносливи инфекции и сексуалност. Кратка верзија на прашалникот била претходно креирана од страна на Bender, Aitman, Biggs & Naug во 1983 година кој бил наменет за проценка на знаењата помеѓу групи на сексуално злоупотребувани и сексуално не-зупотребувани лица со интелектуална попреченост и контролна група на лица без пречки во развојот. Ревидираната верзија која всушност и ние ја користевме во нашето истражување се состои од 110 поени и може да се аплицира кај различни групи на испитаници. Психометриската сигурност е докажана и потврдена од Talbot и Langdon 2006 година.

- Познавање на телото (2+13 отворени прашања). Првата секција содржи две прашања (16 поени) кои се однесуваат на анатомијата на човековото тело при што се бара од испитаникот да ги покажува деловите од телото на понудени слики. Втората секција се однесува на физиолошката компонента на организмот и опфаќа 13 прашања (18 поени) за промените на телото во периодот на интензивен раст и развој, создавање на семена течност кај мажите, создавање на јајце-клетки и месечен период кај жените);
- Сексуално однесување (11 прашања кои носат 10 бода). Овде се проценуваат познавања од областа на сексуалните односи, но и друга терминологија како што е проституција, инцест, ејакулација и ерекција, мастурбација);

- Бременост. Издвоени се 8 прашања со вкупно 18 бода, кои се однесуваат на начинот на забременување, ризични периоди за забременување, препознавање на симптомите на бременост;
- Контрацепција (5 прашања со максимални 20 поени). Во оваа секција се проценуваат познавањата на испитаниците за начините на заштита од СПБ и несакана бременост;
- Сексуално преносливи болести (9 прашања со можни 25 поени). Оваа област од сексуалноста е посебно важна бидејќи се фокусира на знаењата на лицата како да го заштитат своето сексуално-репродуктивно здравје, начините на пренесување на половите инфекции и препознавање на симптомите заради соодветна и навремена реакција. Овде се издвојуваат посебно прашањата за ХИВ/СИДА како посебна тема.;
- Сексуалност. Содржани се 3 прашања кои носат вкупно 3 поени за познавањето на видовите сексуална ориентација (103).

Прашалникот за испитување на општото знаење за сексуалноста беше преведен и адаптиран за нашите услови на истражување. Имено, во областа која ги проценува знаењата за анатомија и физиологија на човечкото тело беа направени следниве прилагодувања: во вториот дел кој во оригиналната верзија се однесува примарно на човечката физиологија поточно на промените на телото во време на пубертетот и адолесценцијата, извршивме остранивање на прашањата за семена течност и јајце-клетките бидејќи не соодветствуваа со програмата на Х.Е.Р.А каде не се обработуваа овие теми и аналогно на тоа не би ни дале вистинска слика за промените во знаењата. Наместо тоа, ставивме акцент на интимната хигиена и приватен и јавен простор бидејќи оваа тематика не беше опфатена во овој прашалник, а од друга страна програмата за сексуална едукација која ја спроведува Х.Е.Р.А посветува големо внимание на правилно одржување на лична хигиена и прифатливите облици на сексуално однесување во јавност и во приватен и интимен простор. Максимални 18 поени (10 прашања носат по 1 поен, едно прашање во кое се бара дополнително појаснување носи 2 поени, додека 2 прашања носат по 3 бода во кои се бара мултипен одговор со набројување).

Во втората секција на темата сексуални односи, прашањата за проституција, инцест, импотенција беа заменети со прашања за согласност на партнерите при ангажирање во сексуален однос, бидејќи прашалникот не го проценува знаењето на

испитаниците за превенција од сексуална злоупотреба и доброволност при стапување во сексуален контакт. Овој дел се состои од 10 прашања кои носат вкупно 10 поени. Кај третата секција која се однесува на бременоста, начини за забременување и препознавање на бременоста, не беше направена адаптација бидејќи овие содржини беа исто така опфатени во сексуално едукативната програма.

Содржи 8 прашања (вкупно 18 поени): 6 од нив носат по 1 поен, само едно прашање се вреднува со 2 поени поради проширениот одговор, додека во едно прашање потребно е набројување на повеќе ајтеми кои поединечно носат по 1 бод.

Четвртата област ја разработува контрацепцијата и начините на заштита од СПБ и несакана бременост. Составена од 5 прашања (вкупно: 20 бода: 2 со набројување и 3 од отворен тип). Секој поединечен одговор носи по еден поен. Во 36-то прашање понудени се 13 опции за набројување од кои 3 претходно се именувани во 33-то, поради тоа овде се 10 максимални поени. Петата секција е најразновидна во однос на природата на прашањата за проценување на познавањето на сексуално преносливите болести. Тука се издвојуваат 4 прашања од ХИВ/СИДА како посебно подрачје. Во овој контекст да ја забележиме разликата во бодувањето помеѓу 38-то и 39-то прашање. Иако и двете прашања имаат ист број на ајтеми (по 10), во првиот случај можни се вкупно 5 поени (секој одговор се бодува по 0.5 бода), додека 39-то прашање носи 10 поени (секој одговор по 1 поен). Оваа секција носи вкупно 25 бода.

Шестото подрачје ја покрива сексуалноста од аспект на сексуална ориентација. Опфатени се 3 прашања за чии точни одговори максимално се достигнуваат 3 поени.

➤ *Интервју*

Индивидуално конструирано интервју кое го дадовме истовремено со стандардизираниот тест со цел да добиеме податоци за очекувањата и придобивките на учесниците од програмата за сексуална едукација, како и да се испитаат ставовите, мислењата и личното гледиште на испитаниците за социо-сексуалноста. Интервјуата беа аплицирани индивидуално. Составено од 5 отворени прашања, интервјуто остава простор и слобода испитаниците да одговорат како сакаат и да откријат колку сакаат без наметнување на коментари или пак мислења од страна на испитувачот. Во одредени случаи прашањата беа рефразирани и повторувани бидејќи испитаниците имаа проблеми во разбирањето на барањето.

Во случаите каде испитаникот има подлабоки тешкотии во говорот и комуникацијата се користеа слики и илустрации како помошен материјал преку кој лицето би можело да го даде својот одговор.

➤ *Опсервација*

За време на интервенцијата, односно едукацијата, се обсервираше групата и индивидуалците односно беа собирани податоци за однесувањата, реакциите на учесниците и дискусиите на зададените теми.

За време на сесиите, овие индикатори беа и дескриптивно забележувани. Во овие забелешки исто така беа вклучени и информации за местото, времето и датата на спроведуваната едукација, присутните и отсутните испитаници, темата на тековната сесија и опис на текот и содржината на работилницата. Забележаните коментари, реакции и однесувања се користеа при квалитативното опишување на истражуваната појава.

8. Етички осврт кон проблематиката на истражувањето

Пред да започне истражувањето, најпрво беа контактирани одговорните лица и координаторите на здружението, дневните центри и родителите на оние лица кои живеат со своите семејства кои требаше да дадат одобрување за спроведување на истражувањето. Наредниот чекор беше селекцијата на учесниците. Учеството беше комплетно доброволно. Лицата кои што пројавија интерес и желба да научат повеќе за сексуалноста учествуваа во истражувањето. На почетокот, истражувачот ги информираше учесниците за целта на истражувањето кои можеа и во понатамошниот тек да поставуваат прашања околу истото индивидуално или во групата. Интервјуата и разговорите со испитаниците се анонимни, ниту еден одговор не беше јавно истакат (овој дел со анонимноста беше особено важен за самите испитаници бидејќи многу од нив потенцираа во текот на интервјуата дека не сакаат нивните одговори јавно да се изведат). Собраните податоци од испитаниците во понатамошното елаборирање беа шифрирани со нумеричка вредност, не под име. Да напоменеме на испитаниците им беше предочено дека немора да изнесуваат лично искуство од својот приватен живот доколку самите не сакаат, бидејќи тие едноставно ќе треба само да кажат што сè што знаат и како размислуваат околу одредена тема. Доколку одредено прашање предизвикува неудобност и непријатност кај испитаниците, тие немораа да одговорат на истото и можеа да преминат на следното прашање.

9. Анализа на резултатите од истражувањето

Во продолжение следи анализа и интерпретација на резултатите од спроведените инструменти кои беа аплицирани индивидуално на секој испитаник, пред и по завршувањето на програмата за сексуална едукација.

9.1. Прашалникот за испитување на општото знаење за сексуалноста

Заради подобар преглед на резултатите, прашалникот ќе го обработиме и анализираме по одделните субкатегории кои што се издвојуваат во прашалникот според тематските подрачја (Прилог 2.).

1.a. Физиологија (Познавање на човечкото телото и неговите делови): Од испитаниците се бараше да ги обележат/посочат деловите на телото на понудените слики на гол/а маж/жена (глава, гради, стомак, папок, пенис, тестиси, нозе, стапала, вагина и јајници). За сите точни одговори во оваа делница предвидени се вкупно 16 поени. Во следната табела се прикажани постигнатите скорови од одговорите на секој испитаник одделно добиени при првото мерење односно во пред-тестот и потоа во пост-тестот повторно се измерени знаењата кои учесниците ги стекнале по завршувањето на сексуалната едукација.

Табела 2. Приказ на знаењата на испитаниците во однос на познавањето на човековото тело

Испитаник	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	15	16	29	11.6175	<0.001	0.6797
2.	13	16				
3.	13	16				
4.	13	16				
5.	15	16				
6.	13	16				
7.	12	16				
8.	15	16				
9.	11	16				
10.	15	16				
11.	10	16				
12.	13	16				
13.	11	16				
14.	11	16				
15.	15	16				
16.	13	16				
17.	14	16				
18.	13	16				
19.	10	14				
20.	10	15				
21.	9	13				
22.	10	15				
23.	7	11				
24.	10	13				
25.	11	16				
26.	10	16				
27.	11	16				
28.	15	16				
29.	13	16				
30.	11	16				
31.	10	14				
Вкупно:	372(75%)	479(96.6%)				
M	12	15.45				
SD	2.11	1.21				

Добиените резултати покажуваат постоење на разлика помеѓу знаењата од првото и второто мерење на ниво $p < 0.05$. Во прилог на ова доаѓа и силната позитивната корелација $r = 0.6797$ помеѓу стекнатите знаењата и спроведената едукација. Во првото мерење добивме резултати $M = 12$ и СД 2.11, што укажува на просечниот скор кај испитаниците, додека во второто мерење, просечното достигнување $M = 15.45$ и СД 1.21 покажува на значително зголемување на нивоата на знаења за познавањето на телесноста. Во оваа категорија кај прашања кои се однесуваа на познавање на деловите од машкото и женското тело интересен податок добивме во обидите на испитаниците да направат разлика помеѓу стапалата и нозете. Евидентно е недоволното познавање на овие одделни делови, кои многу често беа синоними еден на друг, што нè наведува да го преиспитаеме квалитетот на одредени програмски содржини од едукацијата и рехабилитацијата на овие лица во училишните установи и социјалните услуги.

1.б. Интимна и лична хигиена со приватност: оваа субкатегорија има 13 отворени прашања, на кои испитаниците треба да дадат одговор. Клучниот концепт на кој обрнавме внимание и беше многу важен дел во текот на едукацијата - приватен и јавен простор - претставуваше основа за развивање на социјално прифатливи форми на сексуално однесување. Најголемиот дела од испитаниците немаа јасна претстава за терминологијата и нејзиното значење. Како некои од одговорите кои се издвојуваа низ интервјуата на прашањата "Што е тоа приватен простор?" и "Што можеш да правиш во приватниот простор?" се следниве: "Тоа е куќата и таму кај што седиме"; "Дека тоа не е на државата"; "Приватен живот како тоа". Оваа субкатегорија носи вкупно 18 поени, а во продолжение да ги погледнеме резултатите добиени од двете мерења.

Табела 3. Знаењата на испитаниците за интимна хигиена и приватност

Испитаник	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	9	18	29	21.4886	<0.001	0.638
2.	7	18				
3.	8	17				
4.	3	15				
5.	5	15				
6.	3	15				
7.	2	15				
8.	5	15				
9.	8	11				
10.	6	12				
11.	3	17				
12.	4	17				
13.	5	17				
14.	5	18				
15.	5	15				
16.	5	18				
17.	3	14				
18.	3	15				
19.	2	10				
20.	2	12				
21.	6	14				
22.	4	12				
23.	2	8				
24.	2	8				
25.	8	18				
26.	6	18				
27.	5	15				
28.	8	17				
29.	5	17				
30.	4	16				
31.	2	14				
Вкупно:	145(26%)	461(82.6%)				
M	4.77	14.87				
SD	2.08	2.87				

Резултатите од спроведеното тестирање покажуваат силна статистички значајна разлика во оваа субкатегија $p < 0.001$, односно можеме да заклучиме дека програмата за сексуална едукација направила значителна промена во знаењата и познавањето на испитаниците со позитивна корелација $r = 0.638$ за сексуалноста со посебен акцент во растот и развојот на човечкото тело, правилно одржување на хигиена на половите органи и прифатливи облици на однесување во јавниот и приватен простор. При иницијалното мерење, вкупното измерено знаење на лицата со попреченост било 26% додека веќе во финалното мерење тоа е речиси три пати зголемено со квантитативен индикатор од 82.6% на целиот примерок. Како прилог на огромното позитивно влијание на едукацијата врз знаењата на лицата со попреченост за сексуалноста, доаѓаат и од просечните резултати од тестирањето $M(1) = 4.77$ и СД (1) 2.08, во спротивност со $M(2) = 14.87$ СД(2) 2.87, што уште еднаш само ја потврдува позитивната зависност на знаењата од прилагодената сексуална едукација.

2. Сексуално однесување е следната категорија која опфаќа 10 отворени прашања со вкупно 10 поени, која е тематски поделена на две субкатегирии за кои на крајот добиваме еден завршен скор:

- **2.а. Сексуални односи и интимност** (8 прашања)
- **2.б. Мастурбација** (2 прашања)

Во оваа категорија едукаторите посебен осврт дадоа на согласноста на партнерите при вклучување во сексуален контакт, затоа што е многу важно и двајцата партнери да сакаат обострано да бидат интимни, бидејќи во спротивно секој несакан сексуален контакт поздразбира злоставување и сексуална злоупотреба кое претставува казнив чин. Како дополнување на ова прашање следи и важноста од навремено пријавување на секаков вид на несакан и насилен сексуален контакт до релевантни лица од опкружувањето. Прегледувајќи ги одговорите на испитаниците од првото тестирање, можеме да забележиме дека 20 (64.52%) од испитаниците сметаат дека не е потребно и двата партнери да се согласни за сексуален контакт, туку доволно е само едниот од нив да покаже волја и заинтересираност. Ова наметнува понатамошна прашања и полемики околу зголемената сексуална злоупотреба кај лицата со попреченост.

Исто така, загрижувачка е бројката 17 (54.84%) од испитаници кои мислат дека не треба никому да кажат доколку им се случи било какво непосакувано сексуално искуство. Во четвртата табела ќе видиме каква е дистрибуцијата и корелацијата на знаењата на испитаниците со едукацијата при иницијалното и финалното мерење.

Табела 4. Табеларен приказ на знаењата за сексуално однесување кај испитаниците во двете мерења

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	7	9	30	13.6281	p<0.001	0.6111
2.	8	10				
3.	6	9				
4.	4	10				
5.	4	10				
6.	3	7				
7.	2	10				
8.	7	10				
9.	4	8				
10.	8	10				
11.	2	8				
12.	7	10				
13.	3	8				
14.	8	9				
15.	6	10				
16.	6	10				
17.	7	10				
18.	4	10				
19.	4	9				
20.	2	9				
21.	7	9				
22.	4	9				
23.	0	5				
24.	4	8				
25.	6	10				
26.	7	10				
27.	4	9				
28.	7	10				
29.	6	9				
30.	3	9				
31.	2	9				
Вкупно:	152(49%)	283(91.3%)				
M	4.90	9.13				
SD	2.17	1.12				

И во овој случај постои силна статистички значајна разлика во знаењата на испитаниците пред отпочнувањето и по завршувањето на програмата за сексуална едукација односно $p < 0.001$, што цврсто покажува колку е силна и позитивна поврзаноста на зависната варијабла од независната $r = 0.6111$. Знаењето на испитаниците изразено преку нумерички показатели, изнесува вкупно 49% во првото мерење со просечен скор од 4.90 поени по индивидуа и СД 2.17, додека по завршената едукација, знаењето изнесува 91.3% со средна вредност од 9.13 поени по лице и СД 1.12, што укажува на двоструко зголемување на знаењата на испитаниците за сексуалните односи и интимноста.

3. Бременост: ова подрачје опфаќа осум прашања со вкупно 18 бодови. Истото се однесува на проверка на стекнатите знаења за прашања поврзани околу бременоста поточно што всушност значи дека некоја жена е бремена и како тие забременуваат, по што можеме да забележиме дека некоја жена е бремена, колку време трае бременоста додека жената се породила и сл. Оваа тема беше посебно интересна за жените вклучени во истражувањето бидејќи некои од нив изјавија дека сакаат во иднина да добијат дете и да бидат мајки (дел од изјавите на испитаничките дадени при спроведување на интервјутото за ставовите и мислењата за сексуалноста-пред-тест се однесуваат токму на стекнување на знаења за бременоста). Во тој контекст да го погледнеме табеларниот приказ на добиените резултати од двете мерења.

Табела 5. Промена во знаењата кај испитаниците за бременоста

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	5	13	29	14.5211	<0.001	0.664
2.	7	14				
3.	6	16				
4.	4	9				
5.	7	15				
6.	2	10				
7.	2	7				
8.	5	6				
9.	4	12				
10.	3	14				
11.	3	12				
12.	3	10				
13.	4	11				
14.	4	10				
15.	6	16				
16.	3	12				
17.	5	12				
18.	4	12				
19.	4	9				
20.	2	10				
21.	4	9				
22.	3	6				
23.	0	3				
24.	3	5				
25.	5	16				
26.	5	14				
27.	4	11				
28.	6	16				
29.	4	14				
30.	3	15				
31.	2	11				
Вкупно:	122(21.9%)	340(62.7%)				
M	3.93	10.96				
SD	1.57	3.45				

Резултатите покажуваат силна позитивна корелација меѓу варијаблите $r=0.664$ и силна статистички значајна разлика на ниво од $p<0.05$ и $t\text{-test } 14.5211$ во поглед на знаењата за бременоста пред и по завршувањето на програмата за сексуална едукација на лица со попреченост. Оваа категорија информации за бременоста покажува речиси тројно зголемување на знаењата 21.9% во иницијално мерење ($M=3.93$ и $СД 1.57$) и 62.7% во финалното мерење ($M=10.96$ и $СД 3.45$).

4. Контрацепција составена од 5 прашања кои носат максимум 20 поени, каде што бараниот одговор е во вид на набројување. Во програмата за сексуална едукација која ја спроведува Х.Е.Р.А големо внимание се посветува на сексуално-репродуктивното здравје на лицата со попреченост, особено во делот на безбедни сексуални односи и правилна заштита од сексуално преносливи болести и несакана бременост. Оваа тема опфати едукативни сеанси на кои лицата со попреченост учеа за повеќе видови контрацепција, како тие дејствуваат, од каде може да се набават и практично се оспособуваа како правилно да наместат кондоми на вештачки машки полови органи. Анализата на податоците, во оваа секција забележа најголема промена во знаењата и информираноста на лицата со попреченост по завршувањето на едукацијата. Следната табела говори за знаењата на испитаниците за контрацепција при првото и второто мерење.

Табела 6. Графички приказ на промената во знаењата на испитаниците за бременоста

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	3	12	29	17.0255	<0.001	0.635
2.	8	13				
3.	0	13				
4.	1	14				
5.	8	15				
6.	0	9				
7.	0	11				
8.	5	10				
9.	4	9				
10.	4	10				
11.	0	9				
12.	2	10				
13.	0	11				
14.	1	7				
15.	5	14				
16.	2	11				
17.	4	12				
18.	1	9				
19.	0	6				
20.	0	9				
21.	0	8				
22.	0	4				
23.	0	3				
24.	0	4				
25.	5	15				
26.	5	11				
27.	2	10				
28.	7	14				
29.	4	14				
30.	3	12				
31.	0	10				
Вкупно:	74(11.9%)	319(51.5%)				
M	2.38	10.29				
SD	2.56	3.16				

Анализата на резултатите од табелата 6. покажува на драстично зголемување на знаењата кај испитаниците од пред-тестот 11.9% (M=2.38 и СД 2.56) и во пост-тестот 51.5% (M=10.29 и СД 3.16). Имено, t-test скорот изнесува високи 17.0255 што укажува постоење на силна статистички значајна разлика помеѓу знаењата на ниво од $p < 0.05$ и присуство на силна позитивна корелација меѓу зависната и независната варијабла $r = 0.635$. Програмата за сексуална едукација на Х.Е.Р.А предизвикала огромни промени во информираноста на лицата со попреченост во полето на бременоста.

5. Сексуално преносливи болести: подрачје составено од 5 прашања од комбинирани тип (отворен одговор и одговор со набројување) кои се однесуваат глобално на најчестите СПБ и нивна превенција, како и дел предвиден за ХИВ/СИДА со 4 прашања исто така од комбиниран тип кои се однесуваат на разликите меѓу ХИВ вирусот и СИДА-та како болест, начините на трансмисија и можностите за заштита. Оваа секција носи максимални 25 поени. Во продолжение, да го видиме поединечно успехот на секое лице во иницијалното и финалното мерење на знаењата.

Табела 7. Знаења на испитаниците за сексуално преносливите болести (пред и пост-тест)

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1	9	19	29	12.4758	<0.001	0.644
2.	10	25				
3.	6	19				
4.	2	15				
5.	5	20				
6.	2	12				
7.	3	10				
8.	1	9				
9.	4	13				
10.	5	17				
11.	0	13				
12.	0	17				
13.	0	20				
14.	0	12				
15.	1	24				
16.	0	14				
17.	4	19				
18.	0	12				
19.	0	5				
20.	0	7				
21.	0	10				
22.	0	2				
23.	0	2				
24.	0	3				
25.	7	23				
26.	6	14				
27.	1	11				
28.	7	19				
29.	4	16				
30.	3	11				
31.	1	11				
Вкупно:	81(10.45%)	424(54.8%)				
M	2.61	13.67				
SD	2.98	6.13				

Од табеларниот приказ можеме да заклучиме постоење на силна статистички значајна разлика во знаењата на учесниците во истражувањето на ниво од $p < 0.001$, евидентна е и силна позитивна корелација помеѓу знаењето и едукацијата $r = 0.644$, што всушност ни ја оправдува поставената хипотеза во која се наведува дека се очекува програмата за сексуална едукација да предизвика промени во нивоата на знаења кај испитаниците за сексуалноста. Разликата во знаењата при двете проценки е голема, тврдење кое го поткрепуваат добиените резултати: вкупно 81 бода освоени во иницијалното мерење со просечен успех од 2.61 поени кај испитаниците и СД 2.98, додека во завршното мерење постигнати се вкупно 424 поени и средна вредност од 13.67 поени кај учесниците и СД 6.13.

6. Сексуалност: оваа е најмалото тематско подрачје од прашалникот кој всушност се однесува на проверка на знаењата за видовите сексуална ориентација. Иако носи вкупно 3 бода, сепак од теренското искуство и спроведената анализа на резултатите, во оваа тема имаме најниска стапка на познавање, која се забележува не само при иницијалното мерење туку и по завршувањето на програмата за едукација. Обсервациите и разговорите со испитаниците за време на сесиите, даваат податоци дека оваа тематика која вклучува хомосексуалност, хетеросексуалност и бисексуалност е апстрактна за лицата со попреченост и овие концепти не се сосема разбирливи за нив. Како недостаток и слаба страна во целокупниот процес на едукација за оваа конкретна проблематика а воедно и евалуација на знаењата, би ја напоменала недоволна и несоодветна застапеност на темата во програмата за сексуална едукација. Имено, овие прашања речиси воопшто не беа дискутирани на едукативните сесии. Предлагам да ја прегледаме следната табела.

Табела .8. Приказ на резултатите од двете мерења за сексуалноста (сексуална ориентација)

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	1	1	29	7.0775	<0.001	0.285
2.	0	2				
3.	0	3				
4.	0	1				
5.	1	2				
6.	0	1				
7.	1	1				
8.	0	2				
9.	1	1				
10.	1	3				
11.	0	1				
12.	0	2				
13.	0	1				
14.	0	1				
15.	0	3				
16.	0	2				
17.	1	3				
18.	0	1				
19.	0	1				
20.	0	1				
21.	0	0				
22.	0	0				
23.	0	0				
24.	0	0				
25.	0	3				
26.	0	1				
27.	0	1				
28.	1	3				
29.	0	3				
30.	0	1				
31.	0	1				
Вкупно:	7(7.5%)	45(48.4%)				
M	0.22	1.48				
SD	0.42	0.99				

Забележана е тенденција на промена во знаењата во двете тестирањето: t -test 7.0775 и вкупно постигнати поени 7.5% и $M(1)=0.22$ и СД 0.42 при првото мерење, додека во второто добиевме резултати од 48.4% стекнати знаења за сексуалната ориентација и $M(2)=1.48$ и СД 0.99. Во оваа категорија на знаења за сексуалноста и сексуалната ориентираност, присутна е слаба позитивна корелација помеѓу двете варијабли $r=0.285$.

Во досегашното излагање ги изнесовме резултатите од прашалникот за испитување на општото знаење за сексуалноста распоредени по одделните тематски подрачја, добиени при евалуација на знаењата на лицата со попреченост спроведена во два наврати, односно пред започнување и по завршување на програмата за сексуална едукација која ја спроведува Х.Е.Р.А, во продолжение ќе следи завршен преглед на знаењата при двете мерења односно ќе ја претставиме сумата на знаењата на испитаниците преку крајните измерени скорови. Максималното ниво на достигнување на крајот од прашалникот е 110 бодови. Да ја погледнеме табелата 9.

Табела 9. Завршен приказ на знаењата за сексуалноста

Испитаници	Пред-тест	Пост-тест	df	t-test	p	r
1.	51	91	29	23.4925	<0.001	0,8107
2.	56	103				
3.	39	79				
4.	27	82				
5.	45	99				
6.	23	70				
7.	22	72				
8.	38	74				
9.	36	79				
10.	45	90				
11.	29	78				
12.	29	88				
13.	23	86				
14.	29	74				
15.	38	105				
16.	29	85				
17.	38	92				
18.	25	77				
19.	20	54				
20.	16	63				
21.	26	65				
22.	21	48				
23.	9	32				
24.	19	41				
25.	44	106				
26.	39	86				
27.	27	75				
28.	53	97				
29.	39	88				
30.	27	80				
31.	17	70				
Вкупно:	978	2429				
M	32.55	78.35				
SD	11.53	17.71				

Вкупните скорови добиени при проценката на знаењата покажуваат силна статистички значајна разлика на ниво $p < 0.05$ и висок t-test коефициент 23.4925. Во првото тестирање испитаниците вкупно освоиле 978 поени со индивидуален просечен резултат од 32.55 и СД 11.53. Втората евалуација дава двојно зголемување на знаењата за сексуалноста со постигнати 2429 поени и просечен скор од 78.35 и СД 17.71. Присутна е многу силна позитивна корелираност помеѓу знаењето и едукацијата $r = 0.8107$.

9.2. Интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста (пред и после спроведување на програмата за сексуална едукација)

Ова интервју содржи пет отворени прашања на кои испитаниците слободно можеа да зборуваат.

Првото прашање гласи: **"Што сакате да научите од оваа програма"? Кои се Вашите очекувања?"**. Добиените одговори посочуваат теми од сексуалноста за кои испитаниците сакаат да научат и истите можат да се категоризираат околу неколку концепти кои се издвојуваат при анализирањето на податоците.

Табела 10. Очекувањата на испитаниците од програмата (пред спроведување на едукацијата)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Контрацепција и сексуална заштита</u>	"Сакам да знам како да се заштитам кога имам секс"; "Како да наместам кондом и да бидам заштитен во сексуалниот однос"; "Па за кондом нешто да ни кажете може?"; "Како да се заштитиме од СИДА и други разни болести"; "Сакам да научам како да нема болести и да не се пренесуваат од човек на човек"; "За женски нешто да не факаш бактерија"; "Како да се заштитам од заразни болести".	7 (22.6%)
<u>Бременост</u>	"Како се раѓаат бебињата"; "Тие тестовите за бременост што се? Каде да ги најдеме и како да ги користам?"; "Како може бебето да се направи"; "Како да направаме бебе со секс".	4 (12.9%)
<u>Раст и развој на телото</u>	"Како ќе биде телото на детето од кога ќе се роди па кога ќе стане голем"; "Како се развиваме"?	3 (9.7%)
<u>Лична и интимна хигиена</u>	"Сакам чисто да ми биде доле и кога имам добиено.., како да одржавам хигиена тогаш"; "Сакам улошката убаво да стои, да не тече.. тоа ќе покажете?"; "Како да бидеме чисти за секс".	3 (9.7%)
<u>Запознавање на други луѓе и остварување на интимна, љубовна врска</u>	"Сакам љубов со некого, да запознаам дечко и да се сакаме.. како тоа?"; "Сакам да го бацам Т.С ¹ , како можеме да бидеме дечко и девојка"; "Да имам другари и да се сретувам со други сакам"; "Да си најдам жена и да си имам дете".	4 (12.9%)
<u>Без очекувања</u>	"Незнам.."; "Не сакам ништо"; "Па не ме интересира ништо".	10 (32.2%)

¹ Иницијалите не се вистински. Со цел да се заштити идентитетот на испитаниците, сосема случајно избравме иницијали кои би го претставувале испитаникот.

При интерпретација на одговорите од првото прашање во пост-интервјутото "Што научивте од оваа програма?"; "Имавте ли прашања од претходно на кои добивте одговор?", се откриваат подрачјата од сексуалноста кои биле од интерес за учесниците и сакале повеќе да научат за истите. Тука може да забележиме дека најголем дел од овие теми се поклопуваат со одговорите добиени во пред-интервјутото како што се: контрацепција и заштита од СПБ, одржување на лична хигиена и остварување на романтични врски.

Табела 11. Нови сознанија за сексуалноста (по завршувањето на програмата за сексуална едукација)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Контрацепција и бременост</u>	"Да научив како правилно да се заштитам да не фатам инфекција"; "Научив ново за спиралите"; "Како правилно да го наместам кондомот и кај да си купам такви работи"; "Од каде ќе се роди бебето"; "Научив каде се прави јајце-клетката и спермазомот (мислејќи на сперматозоид)"; "Како да се заштитам од СИДА"; "А да тоа како ќе се направи бебето во матката".	9 (29%)
<u>Приватен и јавен простор</u>	"Што е приватност научив"; "Каде можам да си бидам со дечкото"; "Да не се бакнуваме пред други луѓе, тоа треба да биде на само"; "Кога се облекуваме или сме во купатило тоа е за да бидеме сами а не сите да не гледаат".	11 (35.5%)
<u>Репродуктивни органи и одржување на лична хигиена</u>	"Да за јајници и тестисите"; "Дека треба да бидеме чисти доле, за да не фатиме болести"; "Како растат маишките и женските"; "Како да си ја наместам убаво улошката"; "Дека треба да се миеме и гардеробата да ја мењаме секој ден".	5 (16.1%)
<u>Остварување на партнерски врски</u>	"Не треба на сила да правиме нешто"; "Како треба да правиме со девојката да не се караме, туку да се почитуваме и сакаме"; "Да му кажам на некој дека не сакам секс"; "Да познаам по лицето дека е некој лут или среќен".	6 (19.4%)

Во горната табела 11 можеме да видиме дел од изјавите на лицата-учесници во истражувањето кои посочиле дека се стекнале со знаења за анатомијата на човечкото тело, со посебен осврт на *сексуално-репродуктивните органи* (што се тоа јајници, каде се наоѓаат и која е нивната функција); како настанува *оплодување* и *создавање на бебето*; *одржување на сексуално-репродуктивното здравје* (доколку имаат болки кај половите органи или се појави некој проблем во интимната регија каде можат да се обратат за помош и лекување). Испитаниците научија како да кажат НЕ! на лицето кое ќе се обиде насилно да ги допира по интимните органи, бакнува или да има сексуален однос. При спроведување на иницијалниот прашалник за испитување на општите знаења за сексуалноста, некои испитаници (повеќето припаднички на женскиот пол) дадоа одговор дека не треба и двата партнери да бидат согласни за сексуален однос и доколку некој против нивната желба се обиде тоа да го стори нема ништо да преземат за да го спречат тој насилен чин. Посебно е важно што испитаниците стекнаа знаења како да се однесуваат во случаите на обиди за сексуална злоупотреба, што воедно една од целите на програмата за сексуална едукација е токму превенција и спречување на сексуалната злоупотреба на лица со попреченост. Покрај социјалната компонента на сексуалноста, учесниците добија информации и за емоционалната страна, поточно научија како да ги изразуваат своите емоции и чувства на соодветен начин и спротивно, како да ги проценат и протолкуваат емоциите и фацијалната експресија кај другите луѓе, како би им помогнало во остварување на меѓусебна интеракција и романтични врски.

Второто прашање од интервјуто пред спроведувањето на програмата за сексуална едукација "**Кои се Вашите мислења за љубовните врски и сексуални односи**"? всушност ја содржи емоционалната компонента на сексуалноста. Испитаниците изразуваа негативни или позитивни чувства, искуства и мислења на ова прашање.

Табела 12. Ставови на учесниците за љубовните врски и сексуалните односи (пред едукацијата)

Концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Позитивни</u> <u>емоции</u>	"Љубовта е слобода"; "Сакам кога се бацувам со дечкото"; "Убаво е да се сакаме со жената"; "Да се заљубам во некоја жена, а и она во мене"; "Многу ми е убаво кога имам дечко"; "Премногу сум заљубен во девојката и убаво ни е..."; "Треба да имаш секс кога сакаш и ти и таа, на сила ништо не бидува"; "Да си се бакнуваме, да спиеме голи и после да имаме секс"; "Сакам да имам женска, да се муваме"; "Треба да имаме сексуални односи и да се гушкаме и ние сме луѓе"; "Ааа сакам да се бацувам [се смешка]"; "Убав е сексот и да се бацуваш..тоа јас многу сакам"; "Треба да има љубов кај дечкото и девојката"; "Убаво е тоа, треба да се сакаме"; "Па да...сакам дечко, да си бидеме заедно"; "Треба да се сакаме"; "Убаво ми е кога се гушкам со дечкото и се бацувам"; "Добро е кога имаш некој".	18(58.06%)
<u>Негативни</u> <u>емоции</u>	"Ме нервира тоа, неznam..."; "Не е убаво сексот, ме болеше"; "Дечковци и секс не ме интересираат"; "Ау не не, ќе оди девојката и со други...ќе ја оставам..."; "Прво ќе го прашам дали има друга, па тогаш ќе видам ако ме цени ќе го ценам и јас..."; "Секс не е убаво, ќе фатиш СИДА"; "Не ме интересира мене тоа, не ме прашувај"; "Не знам јас тоа..не сакам"; "Не не тоа, само пријатели треба да имаме"; "Нее, срамота е тоа"; "Не сакам да го правам тоа, не ми е пријатно"; "Не е убаво ич тоа"; "Не треба да мислиме на таква работа".	13(41.94%)

Споредувајќи ги одговорите на испитаниците пред и по завршувањето на програмата за сексуална едукација, откриваме дека во првото интервју кај 41.94% од испитаниците постоеле негативни емоции (несигурност, неудобност да се разговара за тоа, страв) кон сексуалноста поточно кон сексуалните односи и романтичните

врски кои делумно постоеле поради *неинформираност* и *недоволни сознанија* што всушност значи да се биде во романтична врска со одредена личност и како таа врска да се одржува здрава која ќе биде заснована на доверба и стабилност, а од друга страна делумно и поради непријатните сексуални искуства од минатото кои најчесто биле без нивна согласност и желба. Во продолжение ја прикажуваме табела 13 во која се дадени одговорите на испитаниците по завршувањето на програмата за сексуална едукација.

Табела 13. Ставови за партнерските, љубовни врски (по завршувањето на едукацијата)

Концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Позитивни емоции</u>	"Да сакам да си имам некој со мене"; "Убаво е да имаш дечко и да си се сакате"; "Сакам да имам секс со дечкото, тоа е нормално..." "Да си најдам жена и работа"; "Треба да се има личност што ќе ја сакаш"; "Убава е љубовта"; "Сакам да си најдам дечко и да се омажам со него и да имаме деца"; "Па треба сигурно да се сакаш со некого, зашто да не"; ""	26 (83.87%)
<u>Негативни емоции</u>	"Не не несакам"; "Аа некам да мислам на тоа ти кажав"; "Не ми треба дечко да ми досаѓа"; "Не е убаво тоа ич, само да те нервира"; "Зашто такви работи, да си најдам работа ја".	5 (16.13%)

При анализата на одговорите од второто интервју, може да се забележи дека негативните ставови и емоции значително се намалени-само 5 (16.13%) испитаници изјавиле дека не сакаат да имаат сексуални односи, ниту пак да бидат во љубовна врска со некое лице со кое би биле интимни. Преостанатите 26 (83.87%) учесници изјавиле позитивни емоции и ставови ("Сакам да имам секс со дечкото, тоа е нормално..."; "Треба да се има личност што ќе ја сакаш"; "Сакам да си најдам дечко и да се омажам со него и да имаме деца").

Прашањето број 3: **"Што подразбирате под поимот "интимност"/"блискост"?** опфаќа два концепти: *интимност* кој повеќе се однесува на физичка и емоционална привлечност помеѓу две личности и на сексуална врска, додека *блискоста* од друг аспект е термин кој има повеќе генерално значење и не се однесува само на интимните партнери, туку опфаќа и интеракции со родителите, семејството и пријателите. Блискоста не секогаш подразбира интимност односно сексуални односи. Интерпретирањето на податоците од првото интервју покажува дека дури 12 испитаници (38.71%) не ги разбираат овие два термини. Исто така повеќе збунувачки беше терминот интимност при што голем дел од испитаниците не го знаеја неговото значење. Во табела 14 се прикажани транскрибираните искази.

Табела 14. Ставови на учесниците за концептите интимност и блискост (пред-интервју)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Интимност</u>	<p>"Се шетаме со дечкото, се гушкаме и бацуваме";</p> <p>"Кога сакаат да се сами брачните сопругници и си прават работи...";</p> <p>"Кога маишкото и женското се почитуваат, се сакаат и сè заедно прават..се бакнуваат и имаат секс, после тоа гледаме ТВ, слушаеме радио и јадеме";</p> <p>"Интимен сум со девојката, се сакаме, не се караме и се гушкаме";</p> <p>"Се бацувам со дечкото на само и си збориме".</p>	5 (16.13%)
<u>Блискост</u>	<p>"Блиска сум со другарките, сè заедно правиме";</p> <p>"Кога се сакаме со луѓето";</p> <p>"Меѓу пријателите, сè си кажуваме";</p> <p>"Со сестрата, со пријателите, со родителите, роднините и со комшиите можеме да си зборуваме";</p> <p>"Себичност е тоа, кога само за себе се гледа, не ги ферма другите";</p> <p>"Со пријателите и другарите сум близок, муабети си праиме";</p> <p>"Си разговараме за секакви теми и си праиме муабет со другарките";</p> <p>"Па со пријателите сме блиски кога си збориме";</p> <p>"Со некој што се дружиш, живееш со нив, пиеме кафе, си одиме на гости";</p> <p>"Се дружиме, шетаме надвор со другарите";</p> <p>"Кога зборам на телефон со родителите и им кажувам како ми е тука";</p> <p>"Имам пријатели, па си пиеме кафе и си муабетиме за разни работи";</p> <p>"Кога одам кај роднините на гости, па пиеме сок и збориме убаво";</p> <p>"Па кога сум заедно со пријателите и си помагаме да ни е убаво, па си разговараме".</p>	14 (45.16%)
<u>Незнам/Не сум сигурен</u>	<p>"Не знам што е тоа";</p> <p>"Не сум сигурен, не сум чула"</p>	12 (38.71%)

При анализа на изјавите од второто интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста, забележана е позитивна тенденција за зголемување на знаењата со појава на позитивни мисли за поимите интимност и блискост.

Табела 15. Ставови на учесниците за концептите интимност и блискост (пост-интервју)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Интимност</u>	"Кога двајца се сакаат како маж и жена"; "Маишкото и женското се гушкаат и допираат во приватен простор"; "Дечко и девојка се интимни"; "Како дечко и девојка си водат љубов"; "Интимност е љубов меѓу партнерите"; "Интимноста е љубов"; "Тоа е кога дечкото и девојката си се гушкаат и бакнуваат на само"; "Партнерите си даваат љубов во приватен простор не пред другите"; "Кога дечкото и девојката си кажуваат убави работи еден на друг".	12 (38.7%)
<u>Блискост</u>	"Па блиски сме со дечкото кога можам да му кажам некои работи што не можам на другите"; "Кога сме со партнерите и тогаш сме блиски"; "Со другарките и дечкото кога си пиеме кафе и си раскажуваме нешто"; "Па кога можеш со жената да разговараш за сѐ"; "Тоа можеш со твојот партнер да бидеш во приватност и да се бакнувате и зборувате".	15 (48.4%)
<u>Незнам</u>	"Не знам тоа".	4 (12.9%)

Во тој контекст, испитаниците веќе прават разлика во значењето на термините: **интимност**-кого го поврзуваат со **љубовта** и **блискост** чие знаење се прошири, односно не се фокусираат само на пријателството, како што беше случај во првото интервју. По завршувањето на интервенцијата испитаниците ја поврзуваат блискоста не само со пријателите и семејството, туку и со партнерите (дечкото и девојката) со кои се блиски, си разговараат за многу работи, се гушкаат и сакаат. Во второто интервју, кај четворица испитаници (12.9%) нема никаква промена во знаењата и ставовите, односно се изјазниле дека не знаат што значат овие термини.

Прашањето под број 4 гласи: **"Што подразбирате под терминот "хигиена" на интимните делови од телото"**? Интересни податоци добивме при транскрипцијата на податоците од пред-интервјето, каде може да се види дека најголемиот дел од испитаниците сметаат дека хигиената на интимната поздравна миене заби, лице и бањање.

Оваа слика до некаде е и очекувана со оглед на поврзаноста со претходното прашање, каде постоеше недоволно познавање на терминот интимност. Пет испитаници (16.13%) одговориле дека не знаат што подразбира хигиена на интимните делови од телото. Да ги видиме изјавите на испитаниците во табела 16.

Табела 16. Табеларен приказ на мислењата на испитаниците за интимната хигиена (пред започнување на програмата за сексуална едукација)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Лична и општа хигиена</u>	"Тоа е чистота, да миеш заби и да се бањаш"; "Да си мијам лице и да се бањам"; "Да се биде чист, дотеран и избанат"; "Да се мијам лице и раце"; "Кога миеш заби и се бањаш"; "Да бидеш педантен и чист"; "Да чистиш по дома со доместос"; "Да бидеш чист и да не мирисаш кога ќе влезеш во автобус"; "Да си го триеш грбот"; "Да спиеме, да се бањаме, миеме заби"; "Под мишка да се замиваме и да се бањаме"; "Кога косата ти е мрсна да се миеш"; "Да биде треба чисто дома и во WC"; "Да се миеме со сапун и рацете и лицето"; "Кога се бањаме и понекогаш сечам нокти"; "Секоја недела да се бањам и мијам"; "Да носиме чиста облека, да се бањаме".	17 (54,84%)
<u>Хигиена на полови органи</u>	"Кога имам секс да се мијам доле и да ставам кондом"; "Да мењам понекогаш гаќи"; "Да се миеш доле"; "Пред да имаш секс да се измиеш доле и да си облечеш чист веш"; "Да се подмиваш доле кога си со дечко или маж"; "Пенисот треба да го средуваш и миеш пред и после секс"; "Гаќи да мењаш постојано и доле да се миеш и подмиваш"; "Дундата си ја мијам кога имам добиено повеќе"; "Со жената да бидеш чист доле кога се гушката и бацувате".	9 (29,03%)
<u>Без одговор/Незнам</u>	"Незнам"; "Не сум сигурна".	5 (16.13%)

Во второто интервју, значително се зголемени точните одговори, а изјавите на испитаниците експлицитно наведуваат дека интимната хигиена всушност се однесува на половите органи. Еден испитаник и по завршувањето на едукативната програма одговорил дека не знае што е хигиена на интимните органи, додека кај 4 испитаници нема измена во одговорите, односно програмата за сексуална едукација не предизвикала промена во знаењата. Во дадената табела 17 даден е приказ на цитирани извадоци од изјавите на испитаниците после завршената едукативна програма.

Табела 17. Ставови за интимна хигиена (пост-интервју)

Тема/концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Хигиена на полови органи</u>	"Да се грижам нон-стоп доле да биде чисто"; "Да се мијам доле и да мењам гаќи"; "Редовно да ги мијам половите органи и да се проверувам"; "Да се миеш доле и да ставаш улошки"; "Секој ден да се миеме на интимните органи, да мењаме гаќи и да ставаме улошки"; "Да бидеме на органите чисти и здрави"; "Кога секој ден си мењаме гаќи и си ја миеме вагината и кога имам добиено"; "Па мораш тоа доле да се замиваш, како тоа инаку ќе фатиш бактерии".	26 (83.9%)
<u>Лична и општа хигиена</u>	"Да се бањаш редовно и миеш лице"; "Да переш и чистиш за да нема бактерии"; "Да миеме раце и заби и да чистиме"; "Па кога се бањаме и миеме лице, коса, раце...".	4 (12.9%)
<u>Без одговор/Незнам</u>	"Не знам што е тоа".	1(3.2%)

Последното 5-то прашање гласи: "Што мислите за дружењето со други луѓе, воспоставување пријателства"? И во двете интервјуа присутни се *позитивни емоции* кои се преплетуваат со значењето на пријателството кај сите испитаници и нема речиси никаква промена во ставовите и мислењата пред и по завршувањето на програмата. Еве некои од изјавите претставени во табела 18.

Табела 18. Ставови на испитаниците за пријателството (пред-интервју)

Концепт	Цитати	Број на испитаници
<u>Позитивни емоции</u>	<p>"Треба да се дружиме со други луѓе";</p> <p>"Со пријателите се шетам во град";</p> <p>"Јас ги ценам пријателите, со нив ми е поубаво";</p> <p>"Треба убаво да си живееме со луѓето, да не се караме";</p> <p>"Убаво ми е со другарките кога си правим муабет";</p> <p>"Другарството не се заборава. Имам поверење во другарот";</p> <p>"Секој сака да има пријатели";</p> <p>"Не е убаво да си сам, ти треба некој да биде со тебе, да се дружите и пиете кафе";</p> <p>"Со некого да си муабетиме, со нив неможеш да имаш секс";</p> <p>"Другарите ќе ти дадат апче за глава кога си болен";</p> <p>"Треба со другарите добар да бидеш, за да ти се врати добро";</p> <p>"Ако се сложувааш со некој тогаш тој ти е пријател";</p> <p>"На другарот треба да му ги сакаш и добрите и лошите страни";</p> <p>"Сакам да имам пријатели".</p>	31 (100%)

При интерпретација на одговорите од второто интервју, забележана е зголема тенденција на испитаниците да запознаваат **нови луѓе** и да бидат дел од поголема група ("Треба да воспоставуваме нови пријателства, да се дружиме и да бидеме сакани"; "Сакам нови луѓе и да искачаме заедно"; "Сакам многу да се дружам, да не бидам осамена"; "Сакам да имам многу другари и да запознавам нови луѓе"; "Убаво е да се спријателувааш со нови луѓе"; "Мислам дека е важно да се прават нови пријателства, да се шетаме заедно и да гледаме ТВ"). Како што можеме да забележиме од одговорите од првото и второто интервју, испитаниците пројавуваат желба и интерес заедно со своите пријатели да бидат дел од заеднички групни социјални активности како што се шетање, пиење кафе и разговарање, гледање ТВ итн.

10. Дискусија

Спроведената студија беше дизајнирана со цел да открие дали има промени во знаењата, ставовите и мислењата на лицата со попреченост за сексуалноста како резултат на нивното вклучување во програмата за сексуална едукација која ја спроведуваше Х.Е.Р.А. Добиените податоци демонстрираат дека лицата со попреченост можат да имаат значаен бенифит и да се стекнат со знаења и информации за сексуалноста преку активно учество во социо-сексуално едукативни програми и преку соодветен пристап до информации, сервис и услуги кои ќе го зачуваат и унапредат сексуално-репродуктивното здравје на лицата со попреченост. Кај испитаниците се покажа значајно зголемување на знаењата во одредени области од сексуалноста. Прегледувајќи ги крајните, глобални скорови: во пред-тестот т.е. пред да започне едукативната програма, испитаниците постигнале вкупно **978** поени, додека во финалното мерење **2429** поени се добиени по завршувањето на 1.5 месечната програма за сексуална едукација, поточно M пред-тест (инициј. мерење)=32.55, додека M (финално мерење)=78.35 во пост-тестот, што всушност укажува на евидентно зголемување на знаењата во поглед на сексуалноста. Преку овие нумерички показатели всушност ние успеавме да ја докажеме и нултата-хипотезата која претпоставуваше појава на промени во знаењата, ставовите и согледувањата на лицата со попреченост за сексуалноста по извршената едукација. Во периодот на подготовка на теренот за истражување и запознавање со испитаниците, добивме податоци кои индицираат дека лицата со попреченост имаат многу ограничен пристап до информации за сексуалноста. Бидејќи не постои структурирана програма како дел од образовните и рехабилитационите центри низ државата, овие лица самоиницијативно добивале информации преку други канали за неформална едукација како што се медиумите (пишани и електронски) или низ разговори со пријателите и познаниците. Најголемиот дел 74.2% од луѓето со попреченост немале пристап до информации од ваков вид. Оваа констатација научно ни ја потврдува и првата хипотеза која вели дека лицата со попреченост имаат лимитиран пристап до информации и знаења за сексуалноста.

Меѓутоа, програмата за сексуална едукација кај лицата со попреченост можеби најголема импликабилност има во пооделните сектори од сексуалноста.

Garwood и McCabe ги користеле Co-Care програмата и The Family Planning Victoria (FPV) програмата за сексуална едукација кај деца и возрасни со интелектуална попреченост кои опфатиле повеќе области на сексуалноста: телесна свесност и (не)интимни делови од телото; емоции; контрацепција; бременост и раѓање; парнерски врски; менструација, СИДА; само-заштитничко однесување. Подоцна знаењата на учесниците во едукацијата биле евалуирани со скалата за проценка на сексуалното знаење, искуства, чувства и потреби кај лица со интелектуална попреченост (Sex Ken-ID). Резултатите откриле забележителен пораст во знаењата за сексуалноста кај овие лица, што впрочем се во согласност со пронајдоците од други студии кои ја истакнуваат ефективност на социо-сексуалните едукативни програми кај луѓето со интелектуална попреченост и первазивни развојни растројства (104).

Испитаниците покажале сигнификантна разлика во знаењата помеѓу двете мерења во подрачјата на раст и развој на човечкото тело, јавен и приватен простор (како и социо-сексуално прифатливо однесување), хигиена на половите органи, правилна употреба на кондоми и заштита од сексуално преносливи инфекции и бременост. Овие пронајдоци се конзистентни со истражувањето на Nancy Miodrag, каде се добиени податоци за значително зголемување на знаењето кај лицата со попреченост по завршувањето на едукативната програма во сферите на хигиената на половите органи, СПБ, пубертет, бременост. Но, сепак студијата отвара прашања за понатамошна дискусија по поглед на подрачјата кои и покрај социо-сексуално едукативните програми, остануваат апстрактни за лицата со попреченост. Низ текот на едукативните сеанси, врз база на опсервациите, е забележано дека учесниците во програмата имаа тешкотии при разбирањето и усвојувањето на темите поврзани со оплодување, ХИВ/СИДА, начини на дејствување на други видови контрацепција и влажни соништа. Garwood и McCabe во својата студија добиле слични податоци кои наведуваат дека по завршувањето на 6-неделната програма за сексуална едукација, видливи зголемувања во знаењата се јавиле во областите на сексуалните односи, контрацепција и социо-прифатливи форми на однесување.

Првата област која беше евалуирана во Прашалникот е Физиологијата на телото, поточно анатомски поставеност и функција на половите органи кај мажите и жените.

Во овој сегмент постои иако зголемување на знаењата кај испитаниците, сепак ова тенденција не се разликува драстично помеѓу извршените мерења $M(1)=12$ и

$M(2)=15.45$. Испитаниците очекувано ги познаваа деловите од телото: глава, гради, стомак, раце и нозе. Половите органи (вагина, пенис и тестиси) најчесто не ги препознаваа како такви термини, но доколку употребевме некој "народен" и "неофицијален" синоним добивавме позитивни одговори. Една од задачите на едукативната програмата, беше испитаниците да научат да ги именуваат половите органи со "стандардни" називи-вагина и пенис. Едно од објаснувањата за оваа појава е присутноста на телесната целовитост (доживување на телото, правилно и самостојно одржување на личната хигиена) како задолжителен сегмент од рехабилитационите третмани во кои биле вклучени лицата со попреченост уште од најрана возраст. Во прилог на нашите пронајдоци за биолошко-анатомските сегменти на сексуалноста, доаѓа студијата на Weller која опфатила 26 испитаници на возраст помеѓу 21 и 57 години ($M=38$) истражувајќи како лицата со интелектуална попреченост се перцепираат себеси базирајќи се на основните биолошки разлики меѓу мажите и жените и изгледот на телото. Четиринаесет испитаници одговориле дека себе си се доживуваат како момче/девојче или дете. Некои научници оваа појава ја објаснуваат преку намалените когнитивни капацитети кои доведуваат до неможност овие лица токму тие развојни транзиции и промени на телото да не ги забележат или свесно доживеат, како и преку ограничените ресурси за стекнување знаења и лимитираните начини на информираност кои би помогнале овие лица себе си да се спознаат физички и социјално (105).

Сегментот на сексуалноста кој се однесува на *приватноста* (социјално прифатливи видови на сексуално однесување во приватен и јавен простор), *физиологија на човечкиот организам* кои ги опфаќа промените кои го следат телото во одделните развојни периоди: од рано детство, пубертетот па се до зрела доба (разлика меѓу машко и женско тело), *интимна хигиена* (за време на менструален циклус и маструбација) покажува видливи зголемувања на знаењата кај испитаниците на ниво од $p < 0.05$ помеѓу двете мерења ($t\text{-score } 21.4886$ $p < 0.001$ $M1=4.77$ $M2=14.87$). Овој сегмент беше особено значаен поради тоа што, испитаниците претходно имаа многу мали познавања за јавниот и приватен простор и за тоа што е дозволено и соодветно сексуално однесување во истите, како и за физиолошките промени на телото низ животниот циклус.

Постои умерена корелација помеѓу двете варијабли со вредност од $r=0.638$ што укажува на позитивна поврзаност помеѓу знаењата на испитанците со соодветна програма за сексуална едукација.

Во текот на едукативните сесии неколку наставни стратегии беа користени. Најпрво фасилитаторот се трудеше да креира една релаксирачка работна атмосфера во која испитанците ќе се чувствуваат комотно и удобно да зборуваат за своите емоции, преку brainstorming и поттикнување на активна дискусија. Информациите за сексуалноста беа пренесувани групно (фронтално) и индивидуално (каде што имаше потреба од ваков пристап). Исто така, беа користени списанија, слики и илустрации од фацијални експресији за идентификација на емоциите, видови приватен и јавен простор и разни активности кои се изведуваат во истите, прикази на човечкото тело низ развојот, вештачки полови органи, примероци од повеќе видови контрацепција итн. На крајот од секоја едукативна сесија беше одвоено време за игри поврзани со конкретната тема на обработка (во случајов изработка на постери приватен простор и дозволени однесувања; јавен простор и социјално прифатливи однесувања). Овие наставни методи и техники се покажаа како ефективни, со оглед на ограничените когнитивни способности на испитаниците, кои помогнаа во доближувањето и усвојувањето на некои апстрактни содржини.

При анализа на инцијалните и финалните резултати од третиот сегмент на прашалникот кој се однесува на *сексуални односи и интимност*, добиваме резултати на сигнификантно подобрување на знаењата во второто тестирање (t -score 13.6281 $p < 0.001$ $M_1 = 4.90$ $M_2 = 9.13$). Коефициентот на корелација е 0.6111 што укажува на средна позитивна линеарна поврзаност на варијаблите. Во текот на едукацијата, се разговараше на мастурбацијата (каде е дозволено и прифатливо вакво однесување, хигиена), видовите врски (пријателска, семејна и партнерска врска) и што всушност тоа поздравува поглед на блискоста и интимноста помеѓу две лица во зависност од врската. Тука повеќе внимание посветивме на разликувањето на пријатните и непријатните допири (искажување и идентификација на сопствените и туѓите емоции, фацијална експресија и говорот на телото). За време на обсервациите од сесиите, забележано е дека испитаниците имаа многу лимитирани познавања како да одбијат некое лице и кажат "НЕ" кога не сакаат да бидат ангажирани во некој тип сексуален акт и како да забележат кога на некој му е (не)пријатно во тие ситуации.

Едукацијата по ова прашање е многу важна со цел лицата со попреченост да стекнат знаења сигурно да застанат зад себе си, како би се превенирала сексуалната злоупотреба.

Во третата тема *бременост* беа обработувани содржини за оплодувањето, развојот на бебето и породувањето. Анализите на резултатите покажуваат дека постои силна статистички значајна разлика на $p < 0.05$ (t -score 14.5211 $M1=3.93$ и $M2=11.29$) и силна позитивна поврзаност на знаењето на испитаниците со едукацијата $r=0.7$. Овие податоци кореспондираат со резултатите на Bratković и Teodorović, кои прикажуваат највисока промена во знаењата ($r=0.9307$) како правилно да се реагира во случај на иницирање на непосакуван и непримерен сексуален контакт од друго лице (97).

Испитаниците покажуваат значајни промени во знаењата за *контрацепција*. Иако во иницијалното тестирање, најчесто кондомот беше споменуван како контрацептивно средство, во финалните резултати веќе се наведуваат и други видови средства за спречување на бременост и пренесување на СПБ. Токму ова подрачје беше едно од најпосакуваните за дискусија за кое испитаниците сакаа да научат нешто повеќе за "да се заштитат од болести и бактерии". Резултатите покажуваат силна статистички значајна разлика $p < 0.001$ (t -score 17.0255 $M1=2.38$ и $M2=10.29$) и стабилна позитивна корелација на варијаблите 0.635.

Во сферата на *сексуално преносливи болести* и нивни симптоми, начините на пренесување и заштита, врз основа на обсервациите во текот на едукативните сеанси, беа забележани потешкотии во усвојувањето на знаењата. Се чини дека овие содржини за едукаторите беа малку покомплицирани за објаснување, бидејќи самата природа на темата вклучува апстрактни информации и термини. Меѓутоа, анализата покажува постоење на сигнификантна статистичка разлика во знаењата на партиципантите t -score 12.475 $M1=2.61$ и $M2=13.67$. Коефициентот на корелација изнесува 0.644 што исто така укажува на силна позитивна поврзаност на знаењето со едукацијата. Во текот на едукативните сеанси, едукаторите и учесниците разговараа за сервисните здравствени услуги кои во нашата земја се достапни особено за жените со попреченост за зачувување на сексуално-репродуктивното здравје.

Во таа конотација се разговараше за надлежните институции и установи кои обезбедуваат здравствена помош, лекување и советување при постоење на гинеколошки, уролошки и венеролошки проблеми, како и за одговорните лица кои би ја пружиле потребната помош. Бевме изненадени од непознавањето на сопствените здравствени права кои лицата со попреченост можат да ги уживаат, што само ни ја потврди четвртата хипотеза дека лицата со попреченост а посебно жените не се информирани за достапните здравствени услуги. Како научна поткрепа на нашите пронајдоци доаѓаат и резултатите од истражувањето на Galea и соработниците кое опфатило испитаници 96 испитаници со интелектуална попреченост на возраст помеѓу 18 и 57 години. Резултатите од оваа студија посочуваат дека лицата покажале најслаби резултати во делот сексуално-репродуктивно здравје поточно за достапноста на здравствените услуги и права и сексуално преносливи инфекции. Студијата покажува тестови кои се карактеризираат со голема варијабилност помеѓу скоровите кои испитаниците индивидуално ги постигнале по спроведената едукација (106).

Последното евалуирано подрачје ја опфати *сексуалноста* поточно кажано сексуалната ориентација. Овде мора да напоменеме дека иако постои промена на знаењата меѓу пред и пост-тестот (t -score 7.077 $M1=0.22$ и $M2=1.48$), сепак таа разлика е мала и корелацијата помеѓу варијаблите е многу слаба $r=0.284$. Оваа појава можеме да ја објасниме со податокот дека, оваа тема воопшто не беше опфатена во програмата за сексуална едукација и немаше дискусија околу истата. Сепак одделни индивидуи кои пројавија интерес за значењето на термините хомосексуалност, бисексуалност и хетеросексуалност, добија соодветни информации за истите.

Во продолжение, да ги продискутираме ставовите и мислењата на партиципантите во истражувањето. На почетокот, пред да започнеме со едукативната интервенција, кај респодентите постоеја измешани емоции, меѓу кои поголем дел беа неутрални до негативни. Испитаниците многу ретко имале прилика да разговараат со своите блиски пријатели и со нивните координатори во заедниците на темата сексуалност, со што се доби впечаток дека токму ваквите избегнувања да се конфронтираме со природата на нештата доведуваат лицата со попреченост да се чувствуваат осамени, изолирани, вулнерабилни, усрамени да зборуваат за сексуалноста и да ја доживуваат како нешто што е "неправилно, лошо и срамота" да се зборува. Дури и стручните лица кои се вклучени во рехабилитациониот третман на овие лица беа скептични и

несигурни при обработката на некои теми опфатени со програмата. Ова беше забележано во сферата на *сексуалното однесување* (само-задоволување и влажни соништа), при што добивме реакции и коментари од професионалците дека можеби со тие информации би поттикнале такво однесување кај самите лица. Ваквите изјави ни ја потврдија и нашата втора поставена хипотеза која се фокусираше токму на отпорот и стигматизацијата од околината за сексуалноста на лицата со попреченост.

Во научна поткрепа на нашите пронајдоци доаѓа и студијата на Scheermeyer и соработниците, спроведена од август до октомври 2010 година, која опфатила 28 членови на потесните семејства на лица со попреченост. Тие ги искажувале своите ставови и мислења за сексуалноста и љубовните врски на луѓето со попреченост. Во приказот на резултатите се забележуваат изразено негативни ставови кон стапувањето на овие лица во партнерски, љубовни врски. Лицата со попреченост биле опишани како многу осамени луѓе со лимитирани социјални кругови, пријателства или љубовни врски (107). Дополнителна подршка доаѓа од студијата од Северна Ирска во 2011 година, во која учествувале 100 лица од најблиското опкружување на луѓето со попреченост (терапевти, родители и членови на семејството). Можностите на луѓето со интелектуална попреченост да бидат дел од љубовна врска се многу често под силно влијание на ставовите и перцепциите на семејствата и професионалците. Овие лица за да ја разберат сексуалноста и да се намалат општествените стереотипии и мис-концепции, треба најпрво самите да бидат дел од стручни усовршувања за сексуалноста кај лицата со попреченост (108).

По завршувањето на програмата, настанаа промени во емоциите и ставовите на репосдентите, впечатливи во неколку аспекти. Тие прикажале позитивни емоции и ставови за некои теми кои претходно беа елаборирани во програмата, за кои сега репосдентите пројавиле поголем интерес. Во пост-интервјуто партнерските врски кои вклучуваат интимност и блискост, генерално се следени со позитивни чувства во кои доминира љубопитност, удобност за разговор, желба да се пронајде личност покрај која ќе се чувствува сигурно, убаво и среќно. Оваа промена во ставовите и мислењата се случува благодарение на програмата за сексуална едукација која ја претставува сексуалноста како нормален и нераскинлив дел од човечноста во која сите ние треба да се чувствуваме убаво и заштитено. Во текот на едукативните сеанси, додека се обработуваа темите за мастурбација, сексуални односи и оплодување, правилно користење на кодоми и влошки/тампони за време на

менструален циклус (при што тие постапки беа демонстрирани на вештачки полови органи), многу од партиципантите со попреченост изразуваа негативни чувства на срамење, отпор за вклучување во игрите и несигурност за разговор. Оие испитаници кои имаа негативни ставови, најчесто имаа доживеано претходно некое негативно искуство: сексуална злоупотреба, разделба од саканата личност и абортус.

Според некои истражувачи, ваквите емоции можат да бидат резултат на ограничените можности за социјална стимулација овие лица за сексуалноста и вклучуваат во партнерски врски. Нашите резултати кореспондираат со истражувањето на во кој ги испитувал ефектите на програмата за сексуална едукација кај 12 лица со развојни нарушувања (средна возраст 38.7 години) која се состоела од вкупно 10 едукативни сесии со времетраење од 2-3 часа. Резултатите го истакнуваат позитивното влијание на програмата врз ставовите на лицата со развојни нарушувања за сексуалноста, кои сепак во одредени сегменти покажуваат несигурност и конфузност особено кај темите за само-преглед на тестисите кај мажите и градите кај жените (109).

Да резимираме, лицата со попреченост манифестираат различни ставови и емоции за сексуалноста воопшто, кои можат да се резултат на неадекватни информации за сексуалноста или пак на непријатни сексуални искуства. Иако програмата на Х.Е.Р.А за сексуална едукација предизвикала позитивни промени во ставовите и мислењата кај лицата со попреченост за сексуалноста, сепак ова истражување покажува дека испитаниците имаат мешани чувства околу различните обработени тематички односно некои покажуваа заинтересираност и љубопитност да го надоградат своето знаење, додека други беа амбиваленти или се срамеа да се искажат и да научат нешто повеќе па не им беше удобно да разговараат за сексуалноста.

Во светските научни рамки, се издвојуваат неколку клучни елементи кои се однесуваат на сексуалното образование:

- Истражувањата покажале дека не постои позитивна корелација помеѓу сексуалната едукација и интересот за сексуалноста. Учесството во програми за сексуална едукација и работилници не доведува до зголемување на нови облици на сексуално однесување. Љубопитноста и истражувањето на нови работи го карактеризираат периодот на адолесценцијата и сосема е нормална појавата на поголема сексуална активност во овој период;

- Игнорирањето доведува до страв. Колку повеќе информации и познавања лицата со попреченост имаат за сексуалноста, толку поголеми се шансите овие лица да развиваат критички ставови и ефективно да реагираат во овие ситуации;
- Помал е ризикот некое однесување да стане екцесивно доколку е прифатено и добро менаџирано, отколку истото да е забрането или игнорирано;
- Сексуалната желба не треба да се супресира;
- Сексуалната едукација треба да биде насочена кон развивање на социјалните вештини, разбирање на емоциите и подобрување на комуникацијата (110).

Сепак јасно е дека лицата со попреченост имаат право на сексуално образование без разлика на нивното интелектуално функционирање. Но без индивидуализирани и адаптирани инструкции, овие лица имаат многу ограничени шанси да бидат дел од некоја емотивна врска која ќе ги исполнува физички и емоционално, туку напротив повеќе се подложни кон социјална изолација (111).

11. Слабости и придобивки на истражувањето

Придобивките од истражувањето се повеќекратни. Пред сè, тргнувајќи од научно-истражувачки аспект, прегледувајќи ја светската литература, податоците и сознанијата за сексуалноста воопшто кај лицата со попреченост се ограничувачки, а уште повеќе осврнувајќи се на домашната платформа, речиси и да не постојат податоци за проблемот кој е предмет и цел на истражувањето. Постои недостаток на податоци и научни факти во врска со сексуалноста кај лицата со попреченост, врз чија основа би можеле критички да се осврнеме.

Вклученоста и активното учество на лицата со попреченост во програмата за сексуална едукација овозможува акумулирање на знаења и информации за сексуалното здравје. Програмата опфаќа различни теми од областа на сексуалноста кои ќе ги збогатат знаењата на лицата со попреченост за правата на сексуалност како едно од фундаменталните човекови права. Сексуалната едукација придонесува кон само-изградување и само-афирмација на личноста. Здобивајќи се со социо-сексуално знаење, лицата со попреченост стекнуваат поголема сигурност и самодоверба, можност самостојно и одговорно да донесуваат одлуки, можност за задоволство и збогатување на сопствениот живот. Нашата средина е прилично нестимулативна и маргинализирачка кон лицата со попреченост. Гледајќи од поширока перспектива, оваа студија може да ги поврзе и доближи лицата со попреченост до останатите лица кои најчесто поради недоволна информираност и погрешна перцепција придонесуваат до стигматизација на овие лица и уште повеќе до неостварување на правото на сексуалност.

Од друга страна, истражувањето може да послужи како помошна алатка за сите даватели на услуги и останати "актери" кои учествуваат во донесувањето на одлуки при креирањето, развивањето и имплементација на современи и сеопфатни сексуално-едукативни програми прилагодени на потребите на лицата со попреченост. Оваа студија е од значителна полза и за стручните лица. Претходно напоменавме за недостатокот од сексуално-едукативни програми во РМ а воедно и за ограниченото искуство и знаење на стручните профили кои се вклучени во процесот на рехабилитација на лицата со попреченост.

Проектот за сексуална едукација креиран од Х.Е.Р.А, би можело да претставува работна рамка преку која професионалците ќе ги користат знаењата, техниките и методите на работа кои што би ги надградиле и адаптирале на конкретната микро-социјална средина и контекст.

Иако истражувањето дава информации за понатамошно дејствување, сепак произлегуваат некои слабости од истото кои треба да се земат во предвид. Првата забелешка се однесува на времетраењето на сексуалната едукација. Испитаниците добиваа едукација околу месец и половина, што доколку програмата би траела подолго време, сигурно учесниците би имале поголеми бенифити и би настанала генерализација на знаењата. Второ, финалниото мерење на знаењата се случи веднаш по завршувањето на програмата за сексуална едукација. За да би добиле пообјективни податоци колку навистина овие знаења се генерализирани и трајно останале кај испитаниците, би требало втората евалуација да се случи најмалку 3 или 6 месеци по завршувањето на интервенцијата. Сепак да напоменеме дека оваа временска рамка беше дефинирана поради временската органиченост на академското истражување поради што трите групи на испитаници консекутивно беа вклучувани во програмата, како и поради различната локација на дневните центри низ државата.

Како трето, Прашалникот за испитување на генералното знаење на лицата со попреченост за сексуалноста, сè уште не обезбедува податоци за коефициентите на релијабилност и валидност на светско ниво, па затоа е потребна дополнителна статистичка анализа на податоците. Следно, примерокот на испитаници не е изедначен според пол (17 жени и 14 мажи) и според тип на попреченост (најголем дел од испитаниците имаа лесен тип на интелектуална попреченост, додека четворица беа со умерено интелектуално попречување и/или подлабоко нарушување на говорната комуникација), што ја отежна пренесувањето и елаборацијата на едукативните содржини и споредувањето на резултатите.

12. Заклучок

Ова истражување се обиде да даде посебен осврт кон важноста на сексуалната едукација со цел остварување на сексуалните права и унапредување на сексуалното и репродуктивно здравје кај лицата со попреченост. Во светски размери се добиваат податоци дека најмалку 50% од возрасните лица со попреченост се чувствуваат незадоволни и неисполенти од својот сексуален живот. Изворите за достапни ресурси и литература за сексуална едукација на овие лица е многу лимитирана и недоволна, што понатаму отвора и други прашања за дискусија како би можеле стручните лица да фацилитираат соодветна сексуална едукација за лицата со попреченост (112).

Тежиштето во ова наше истражување повеќе беше насочено кон евалуација на програмата за сексуална едукација која ја координира и имплементира Х.Е.Р.А и како всушност оваа програма влијае врз знаењата на лицата со попреченост. Добиените резултати од истражувањето, обезбедуваат доказ за оправданоста од користењето на едукативните програми и воедно силно сугерираат дека овие луѓе можат да постигнат значаен успех во учењето на клучните аспекти на социо-сексуалноста.

Програмата беше насочена кон зголемување на знаењата на лицата со попреченост околу повеќе подрачја на сексуалноста. Иницијално беше утврдено дека испитаниците имаа многу ограничени и недоволни познавања што особено беа впечатливи во делот на приватноста и социјално прифатливите форми на однесување во приватниот и јавниот простор, ниска свесност за (не)согласност на обата партнери за стапување во полов контакт и сексуалната злоупотреба и заштита на сексуалното здравје преку правилно користење на средства за контрацепција. По примената на програмата за сексуална едукација, беше констатиран сигнификантен напредок во знаењата кај испитаниците, што во основа ја потврди нашата примарна хипотеза. Иако, знаењата на испитаниците при првото мерење беа ограничени, неможеме да го занемариме фактот дека сепак дека овие луѓе иницијално располагале со некои информации и знаења за сексуалноста.

Објаснувањата за оваа појава се следниве: некои од испитаниците веќе имале некој вид неформална сексуална едукација (семејство, телевизија, разговори со пријателите, стручен кадар); пројавуваат интерес кон оваа тематика бидејќи поголем дел од овие лица веќе имале некој вид сексуално искуство или пак покажуваат желба за стапување во интимна партнерска врска.

Финалното мерење го истакна значењето на еден поструктуриран пристап во работата кој доведува до подобри резултати и подобра информираност на испитаниците за прашањето на сексуалноста. Позитивната оценка од евалуацијата е конзистентна со пронајдоците од повеќе истражувања на светско ниво кои беа погоре елаборирани. Најголем напредок кај партиципантите се забележа во сферата на приватноста, бременоста и контрацепцијата. Меѓутоа, пренесувањето на овие содржини кои се повеќе комплексни и апстрактни за лицата со попреченост, треба да бидат пренесени на конкретен и прилагоден начин: преку игра на улоги, социјални приказни со адаптирани, индивидуализирани содржини кои ќе се поврзат со секојдневниот живот на испитаниците. Моделот на сексуалната едукација која ќе успее да ги поврзе знаењата со практичното искуство и доживување, ќе биде ефикасен и успешен. Токму поради ова е важно, програмите за сексуална едукација да бидат составен дел од рехабилитациониот третман.

За крај, во иднина повеќе истражувања на полето на сексуалноста треба да се спроведуваат во нашата земја со цел континуирано преземање акции за унапредување на здравјето, зголемување на самодовербата и самопочитта, остварување на биолошките наливи и поттикнување на самостојноста кај лицата со попреченост.

13. Препораки

Нашето истражување ја истакнува важноста и корисноста на сексуалната едукација за лицата со попреченост. Несомнено, овие програми придонесуваат во зголемување на знаењата за сексуалноста. Програмата за сексуална едукација на лица со попреченост која ја спроведува Х.Е.Р.А може да послужи како многу корисна рамка според која понатака би се креирала програма за сексуална едукација која ќе влезе во националниот образовен курикулум и ќе биде задолжителна компонента од рехабилитациониот третман на овие лица. Повеќе истражувачи апелираат на индивидуална адаптација на овие програми согласно потребите и желбите на личноста, но во секој случај едукативните програми треба да бидат практични, креирани според развојните потреби, достапни и разбирливи за лицата за кого се наменети. Токму овие инструкции треба постојано да ги имаат во предвид семејствата, училиштата, професионалците и сите останати сервиси на социјални услуги при создавањето, имплементирањето и спроведувањето на едукативните програми, бидејќи учењето и сексуалноста се долготрајни, животни процеси.

Сексуалноста на лицата со попреченост претставуваат предизвик за многу родители и стручни лица. Родителите како примарни згрижувачи се сретнуваат со ова прашање уште од раѓањето и најчесто не знаат како да се справат со сексуалните биолошки импулси кои се јавуваат во различните развојни периоди. Од друга страна, тука се и стручните лица од воспитно-образовните и рехабилитационите установи кои работат со лицата со попреченост. Во студијата од Шкотска, каде биле опфатени 188 професионалци кои работат со лица со посебни потреби, само 34 репортирале дека се стручно квалификувани да работат со овие лица на полето на сексуалноста. Барањата за стручна едукација биле примарно насочени кон пружање поддршка во остварувањето и одржувањето на партнерски врски и развивање на позитивни, како и кон превенција од сексуална злоупотреба (113). Повеќе земји низ светот веќе е добро позната и мошне успешна практиката токму на овие "актери" да им биде обезбеден специјализиран тренинг и едукација за помош и поддршка на лицата со попреченост околку сексуалниот развој во глобални рамки.

Ваквите едукации за семејствата и професионалците треба да бидат насочени кон:

- Подигнување на свесноста кај луѓето од општата популација за постоењето на сексуалноста кај лицата со попреченост како нормален дел од биолошкиот раст и развој на човечкиот организам и како тие ставови всушност влијаат врз создавањето на предрасуди и стигми кон оваа категорија луѓе;
- Намалување на сексуална злоупотреба на лицата со попреченост;
- Начини на поддршка на овие лица во периодот на пубертет, остварување и одржување на партнерски врски и безбедни сексуални односи;
- Човековите права на луѓето со попреченост за основање на брак и семејство;
- Превенција од сексуално преносливи инфекции и несакана бременост (114).

Да се надворземе на постоечката академска програма за студентите од Институтот за дефектологија, во која сексуалниот развој кај лицата со попреченост речиси и да не е застапен во програмските содржини, што ги остава овие идни професионалци недоволно информирани и органичени во можностите за избор на поддршка и сервисни услуги во текот на понатамошното свое секојдневното работење. Во овој контекст, предлагаме да се изврши евалуација на предметните содржини и оваа тематика да се најде во нивните годишни силабуси.

Многу е важна и психолошката поддршка која ќе ја добиваат лицата со попреченост кои биле жртви на сексуално насилство или пак биле попречени во остварувањето на своите сексуални права (пристап до здравствени услуги, право на засновање на семејство итн.). Здравствено-социјалниот систем на Р.Македонија, за жал нема добро организирана мрежа на институции кои се занимаваат со обезбедување на услуги за подобрување на здравствената благосостојба на лицата со попреченост. Ова истражување илустрира позитивни примери како некои системски промени можат да го унапредат здравјето на овие лица. Со адаптација кон конкретната наша општествена платформа, можеме да направиме значајни чекори во подобрување на квалитетот на живот на лицата со попреченост во Р. Македонија. Поврзување со земјите кои веќе имаат подолготрајно искуство со оваа проблематика (преку различни видови соработка: проектни активности; стручни едукации и тренинзи; партнерски и cross-boarder активности) може да позитивно да допринесе во остварувањето на сексуалноста на лицата со попреченост

14. Литература

1. Griffiths D, Richards D, Federoff P, Watson SL. Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability. Nadd Press, New York, 2002; 19–20.
2. Harpur P, Bales R. The positive impact of the Convention on the rights of persons with disabilities: A case study on the South Pacific and lessons from the U.S experience. *Northern Kentucky Law Review* 2010, Vol. 37 No. 4:363–388.
3. Richards D, Watson SL, Monger S, Rogers C. Human rights in sexuality and relationships. St. Catharines, ON: The 3Rs Community University Research Alliance, 2011; 1–25.
4. Matich-Maroney J, Boyle SP, Crocker MM. The Psychosexual Assessment & Treatment Continuum: A Tool for Conceptualizing the Range of Sexuality-Related Issues and Support Needs of Individuals With Developmental Disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities* 2005, Vol. 8 No. 3:1–12.
5. Plaks M, Argaman R, Stawski M, Qwiat T, Polak D, Gothelf D. Social-Sexual Education in Adolescents with Behavioral Neurogenetic Syndromes. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 2010, Vol. 47 No. 2:118–124.
6. Teaching Sex Ed for Youth with Intellectual Disabilities [cited 2013 November 15] Available from <http://www.youtube.com/watch?v=iYyZxzoUnJE&list=PL6EADEAEEC7B93908>
7. Miodrag N. An Exploration of a Socio-Sexual Education Program for Individuals with Developmental Disabilities. Changes in knowledge and attitudes. Thesis. Concordia University, 2004.
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Sterilization of Minors with Developmental Disabilities. *Pediatrics* 1999, Vol. 104 No. 2:336–340.
9. Mayerson A. Disability Rights Law: Roots, present challenges and future collaboration. *Journal of poverty law and policy* 2007, Vol. 41 No. 5-6: 265–271.
10. Sexuality and disability in the Indian context: Working Paper. Tharasi, 2010; 36–38.
11. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [cited 2013 August 13] Available from <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
12. Закон за семејство. *Службен весник на РМ* бр. 80/92, 9/96.

13. Lewis O. The Expressive, educational and proactive roles of human rights: An analysis of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Mainstreaming disability in the development agenda*, prepared for the Commission's 46th Session. UN Commission for Social Development 2008, 97–128.
14. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, Pathare S, Lewis O, Gostin L, Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Global Mental Health 6 Series*, 2011.
15. Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México* 2008, Vol. 50 No. 2:239–254.
16. Siddiqi US, Van Dyke CD, Donohue P, McBrien MD. Premature sexual development in individuals with neurodevelopmental disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology* 1999. Vol. 41: 392–395.
17. Urbano RM, Hartmann K, Deutsch IS, Bondi Polychronopoulos MG, Dorbin V. Relationships, sexuality and Intimacy in Autism Spectrum Disorders. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders* 2013, Vol. I: 227–250.
18. Murphy AN, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics* 2006; Vol. 118 No. 1:398-403.
19. Erikson EH. Identity and the life cycle. *Psychological Issues* 1959, Vol. I.
20. LeBlanc AL, Riley RA, Goldsmith TR. Autism Spectrum Disorders: A Lifespan Perspective (chapter 3.). *Clinical Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorders*. Elsevier, Oxford, 2008; 68–87.
21. Sexuality education for people with disabilities: SIECUS Report Vol. 29 No.3. New York, 2001.
22. Braddock D. Community mental health and mental retardation services in the United States: A Comparative study of resource allocation. *American Journal of Psychiatry* 1992, Vol. 149: 17–83.
23. Bussey K, Bandura A. SocialCognitive Theory of gender development and differentiation. *Psychological Review* 1999, Vol. 106 No. 4: 676–713.

24. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010, Vol. 40 No.8:930–936.
25. DeLamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *Journal of Sex Research* 2002, Vol. 39 No. 1:10–40.
26. Cole SS, Cole MT. Sexuality, disability and reproductive issues through the lifespan. *Sexuality and Disability* 1993, Vol. 11 No. 3:189-205.
27. Moll A. The sexual life of the child. Norwood Press, U.S.A, 2009; 23–30.
28. Levitas SA, French Gilson S. Predictable crises in the lives of people with mental retardation. *Mental health aspects of developmental disabilities* 2001, Vol. 4 No. 3:89–100.
29. Worley G et al. Secondary sexual characteristics in children with cerebral palsy and moderate to severe motor impairment: A Cross-Sectional survey. *Pediatrics* 2002, Vol. 110 No. 5:897–902.
30. Cole TM, Cole SS. Rehabilitation of problems of sexuality in physical disability. *Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation*. W.B. Saunders, Philadelphia, 1990; 988–1008.
31. Craft M, Craft A. Sex and the mentally handicapped: A Guide for parents and carers. Routledge and Kegan Paul, London, 1982.
32. Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. Autism after adolescence: Population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disabilities* 2005, Vol. 35:351–360.
33. Stokes MA, Kaur A. High-functioning autism and sexuality. A parental perspective. *The National Autistic Society* 2005, Vol.9 No. 3:266–289.
34. Трајковски В. Аутизам и первазивни развојни нарушувања. Универзитет "Св. Кирил и Методиј", Филозофски Факултет, 2011; 282-285.
35. Fichten SC, Goodrick G, Amsel R. Reactions toward dating peers with visual impairments. *Rehabilitation Psychology* 1991, Vol. 36 No. 3:163–178.
36. Haracopos D, Pedersen L. Sexuality and autism Danish report [cited 2013 February 5] Available from http://www.autismuk.com/?page_id=1293

37. Kijak R. The Sexuality of adults with intellectual disability in Poland. *Sexuality and Disability Journal* 2013, Vol. 31 No. 2:109–123.
38. Bennett HE, Wood CL, Hare DJ. Providing care for adults with autistic spectrum disorders in learning disability services: Needs-based or diagnosis-driven? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2005, Vol. 18:57–64.
39. Gillberg C. Autistic children growing up: Problems during puberty and adolescence. *Developmental Medicine & Child Neurology* 1984, Vol. 26:125–129.
40. Evans DE, Rothbart MK. A Two-Factor model of temperament. *Personality and Individual Differences Journal* 2009, Vol. 47 No.6:565-570.
41. Konstantareas M, Lunskey Y. Sociosexual knowledge, experience, attitudes and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1997, Vol.27:397–413.
42. Thompson SA, Bryson M. Prospects for identity formation for lesbian, gay or bisexual persons with developmental disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education* 2001, Vol. 48 No.1:53–65.
43. The Sex Information and Education Council of Canada. Autism spectrum disorders (asds): Implications for sexuality and relationships, 2013.
44. Filling the gaps: Hard to Teach Topics in sexuality education-Manual.SIECUS, USA, 1998.
45. Centre for Autism, Middletown. Autism spectrum disorder, relationships and sexuality. *Research Bulletin* Issue No. 5.
46. Naphtali K, MacHattie E, Elliott LS. Pleasure able. Sexual device manual for persons with disabilities. Disabilities Health Research Network, 2009.
47. People with learning disabilities-relationships and sexuality: Policy and practice guidance for staf. DRH Policy, 2011.
48. Wellings K. et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Sexual and Reproductive Health 2*-Journal paper, WHO, 2010.
49. Healy E, McGuire BE, Evans DS, Carley SN. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research* 2009, Vol. 53 No. 11:905–912.

50. Devine KA. et al. Friendships of children and adolescents with spina bifida: Social adjustment, social performance and social skills. *Journal of Pediatric Psychology* 2012, Vol. 37 No. 2:220–231.
51. Ruble LA, Dalrymple NJ. Socio/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Archives of sexual behavior* 1993, Vol. 22 No. 3: 229-240.
52. Realmuto MG, Ruble LA. Sexual behaviours in autism: Problems of definition and management. *Journal of Autism and Developmental Disabilities* 1999, Vol. 29 No. 2: 127-127.
53. Parchomiuk M. Model of intellectual disability and the relationship of attitudes towards the sexuality of persons with an intellectual disability. *Sexuality and Disability Journal* 2012, Vol. 31 No. 2: 125–139.
54. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Experiments bu nature and design. Harvard University Press, USA, 1979; 56–65.
55. Barthélémy UT, Yves TS. Reproductive health needs of physical handicapped females in Kinshasa, DR Congo. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013, Vol. 3: 180–183.
56. Koller R. Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability Journal* 2000, Vol.18 No. 2:125–135.
57. Marston C, King E Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet* 2006, Vol. 368:1581–1586.
58. Jonathan A. et al. Child maltreatment, adolescent attachment style, and dating violence: Considerations in youths with borderline-to-mild intellectual disability. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2011, Vol. 9 No. 5:555-576.
59. Browne J, Russell S. My home, your workplace: people with physical disability negotiate their sexual health without crossing professional boundaries. *Disability & Society* 2005, Vol. 20 No. 4: 375–388.
60. Wright R. Young people with learning disabilities and the development of sexual relationships. *Mental health and learning disabilities research and practice* 2011, Vol. 8 No. 1:63–77.
61. Tarnai B. Review of effective interventions for socially inappropriate masturbation in persons with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability* 2006, Vol. 24:151–168.

62. Cole SS. Facing the challenges of sexual abuse in persons with disabilities. *Sexuality and disability* 1984-86, Vol. 7 No. 3/4:71–88.
63. Martin SL, Ray N. et al. Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence against women* 2006, Vol. 12 No. 9: 823–837.
64. Einfeld SL, Piccinin MA, Mackinnon A. et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association* 2006, Vol. 296 No. 16:1981–1989.
65. Sequeira H, Hollins S. Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability. *British Journal of Psychiatry* 2003, Vol. 182:13–19.
66. Mansell S, Sobsey D, Calder P. Sexual abuse treatment of persons with developmental disability. *Professional Psychology: Research and practice* 1992, Vol. 26 No.5:404–409.
67. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. WHO/UNFPA guidance note, 2009.
68. Barger E, Wacker J, Macy R, Parish S. Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: a critical review of the evidence. *Intellectual and Developmental Disabilities* 2009, Vol. 47 No. 4:249–262.
69. Welner SL. Sexually transmitted infections in women with disabilities. Diagnosis, prevention and treatment: A review. *Sexually Transmitted Diseases* 2000, Vol. 27 No. 5:272–277.
70. Weiss TC. People with Disabilities and Sexual Assault [Cited 2014 January 21] Available from <http://www.disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php>
71. Hughes K. et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. WHO Department of Violence and Injury Prevention and Disability, 2012.
72. Griffiths DM, Lunskey Y. Changing attitudes towards the nature of socio-sexual assessment and education for persons with developmental disabilities: A twenty year comparison. *Journal of Developmental Disabilities* 2000, Vol. 7 No. 1:16–33.
73. Hayes S. Sexual violence against intellectually disabled victims. Without consent: confronting adult sexual violence. Australia, 1993.

74. Lindsay WR. Model underpinning treatment for sex offenders with mild intellectual disability: Current theories of sex offending. *Mental Retardation* 2005, Vol. 43 No. 6:428–441.
75. Bowman RA, Scotti RJ, Morris TL. Prevention, assessment and clinical research. Sexual abuse prevention: A training program for developmental disabilities. Service providers. *Journal of Child Sexual Abuse* 2009, Vol. 19 No. 2: 119–127.
76. Dimitrijević J. Nasilje nad ženama sa invaliditetom. *TEMIDA*, 2010; 35–60.
77. Рашиќ О, Трајковски В. Сексуална злоупотреба на лица со ментална ретардација. Дефектолошка теорија и практика 2006, Бр.3-4: 57–67.
78. Reinhout G, Carter M. Social Stories for children with disabilities. *Journal of Autism developmental disorders* 2006, Vol. 36:445–469.
79. McCabe MP. Sex education programs for people with mental retardation. *Mental Retardation* 1993, Vol.31:377–387.
80. National Information Center for Children and Youth with Disabilities. Sexuality education for children and youth with disabilities. Washington DC, 1992; Vol.1 No. 3.
81. Kroll K, Klein E. Enabling romance: A guide to love, sex, and relationships for disabled people (and the people who care for them). Crown, New York, 1992; 74.
82. Grieve A. et al. Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British Journal of Learning Disabilities* 2008, Vol. 37:76–84.
83. Teaching Sex Ed for Youth with Physical Disabilities [cited December 19] Available from <http://www.sexualityandu.ca/teachers/teaching-sex-ed-for-youth-with-physical-disabilities>
84. Koller R. Sexuality and Adolescents with Autism. *Sexuality and Disability* 2000, Vol. 18 No. 2:125–135.
85. Price N and Nibbs S (2009) How effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing countries? *Children and Society* No.23: 291–302.
86. Porat O, Heruti R, Navon-Porat H, Hardoff D. Counseling young people with physical disabilities regarding relationships and sexuality issues: Utilization of novel service. *Sexuality and Disability* 2012, Vol. 30 No.3:311–317.

87. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten-12th grade. Sexuality Information and Education Council of the United States, 2004.
88. Sexuality and Childhood Development [cited 2013 June 26] Available from <http://www.sexualityandu.ca/teachers/sexuality-and-childhood-development>
89. Becker H, Stuifbergen A, Tinkle M. Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: A Qualitative study. *Archieve of Physical Medicine and Rehabilitation* 1997, Vol. 78:26–33.
90. Tarnai B. Review of effective interventions for socially inappropriate masturbation in persons with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability* 2006, Vol.24 No.3:151–168.
91. Brartkovic D. Edukacija o spolnosti osoba s mentalnom retardacijom. Priručnik. Zagreb, 2000; 17–23.
92. Right from the start: Guidelines for sexuality issues. SIECUS, New York, 1998.
93. Isaac N, Simpson S, Marriott C, Cavasi J, Sutton J. Teaching sex education to children with learning disabilities, 2007 Available from <http://www.nursingtimes.net/teaching-sex-education-to-children-with-learning-disabilities/299962.article>
94. Hill VM. Parental attitudes towards sexuality and personal safety education for their child with a developmental disability. Thesis. University of California, 2003.
95. Simmons LK, Davis B. Autism tomorrow: The complete guide to help your child thrive in the real world. Exceptional resources, Inc, USA, 2010;125–137.
96. Hatton S, Tector A. Sexuality and relationship education for young people with Autistic Spectrum Disorder: Curriculum change and staff support. *British Journal of Special Education* 2010, Vol. 37 No.2:69–76.
97. Brartkovic D, Teodorovic D. Evaluacija programa seksualne edukacije odraslih osoba s umjerenom i tezom mentalnom retardacijom. *Hrvatska Revija za Rehabilitacija Istrazivanja* 2000; Vol.36:28–35.
98. Сексуалност, сексуално и репродуктивно здравје на лица со интелектуална попреченост: Прирачник за стручни лица и родители/старатели. Х.Е.Р.А Асоцијација за здравствена едукација и истражување, Скопје, 2012; 33–117.
99. Кривичен законик. Службен весник на РМ бр. 37/96.

100. Kandič-'Popovič Z. Osnovi krivičnog prava. Beograd, Naučna knjiga, 1986; p. 261.
101. Graziano MA, Raulin ML. Research Methods: A process of inquiry. 5th Edition. Pearson Education Group. Inc, Boston, 2004; 61–65.
102. Watson S. Sex Education or individuals who have a developmental disability: The need for assessment. Thesis. Faculty of Education, Brock University, St.Catharines, Ontario, 2002.
103. Talbot TJ, Langdon, PE. A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: Is sexual knowledge related to sexual offending behavior? *Journal of Intellectual Disability Research* 2006; Vol. 50: 523–531.
104. Yu-Ri K. Personal Safety Programs for Children with Intellectual Disabilities. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities* 2010; Vol.45 No.2: 312–319.
105. Caspar AL. A Sexuality Education Program for Adults with Developmental Disabilities and their Caregivers, A Sexuality Education Program for Adults with Developmental Disabilities and their Caregivers. Thesis. St. Mary's College of Maryland, 1999.
106. Galea J, Butler J, Iacono T. The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disabili. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2004; Vol.29 No.4: 350–365.
107. Boehning A. Sex education for students with disabilities. *Law & Disorder* 2006; Vol.1: 59–66.
108. Lafferty A, McConkey R, Simpson A. Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disabilities* 2012; Vol.16 No.1: 29–43.
109. Travers J, Tincani M. Sexuality education for individuals with autism spectrum disorder: critical issues and decision making guidelines. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities* 2010; Vol.45 No.2: 284–293.
110. Baker JL, Welkowitz Al. Asperger's Syndrome: Intervening in Schools, Clinics, and Communities. Lawrence Erlbaum Associates Inc., New Jersey, 2005; 249-250.
111. Weller R. Self-Pereception of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Advances in Applied Sociology* 2014; Vol.4 No.1: 24–29.

112. Scheermeyer E, Van Driel LM, Lennox N. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention. A study of family members and support workers. *Australian family physician* 2012; Vol. 41 No. 3: 135–139.
113. Grieve A, McLaren S, Lindsay W, Culling E. Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British journal of Learning disabilities* 2008; No.37: 76–84.
114. Yool L, Langdon P.E. & Garner K. The attitudes of medium secure unit staff toward the sexuality of adults with learning disabilities. *Sex Disability* 2003; Vol. 21: 137–150.

15. Прилози

Прилог 1.

Профил на испитаникот

Име и презиме: _____

Возраст: _____

Место на живеење: _____

Живееш: сам/ со родителите и семејството/ поддржано живеење/
институционално сместување

Дали имаш или си имал/а девојка/момче до сега? _____

Дали до сега си бил/а дел од некоја програма за сексуална едукација (здравствено образование, зборување за телото, делови од телото, промени на телото, одржување на благосостојба на телото итн.) _____

Прилог 2.

Прашалник за испитување на општото знаење за сексуалноста
General Sexual Knowledge Questionnaire

Дата: _____

Име и презиме: _____

Воведно прашање (проверка)

1. Дали некогаш си имал/а сексуална едукација или пак си разговарал/а на некоја тема поврзана со сексуалноста со некого? Со кого? (родители/ училиште или институција/ пријатели/ ТВ/ друго: дефинирај)

1.а. Физиологија: Слики

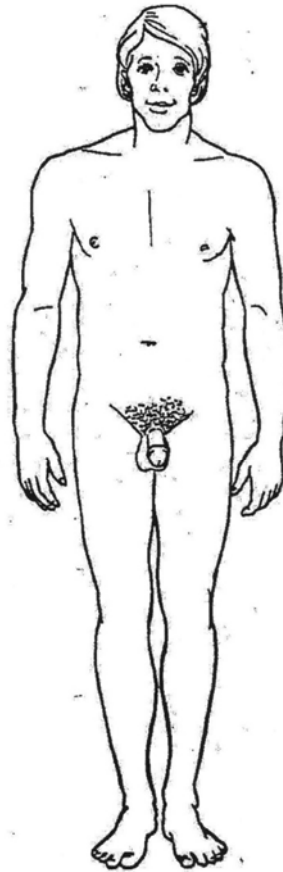
Сега ќе ти покажам слика од момче. Јас ќе опишувам делови од телото, а ти ќе треба да ставиш знак x на тој дел од телото за кој зборувам.

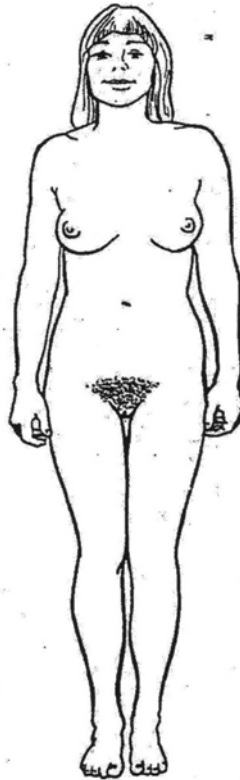
(Доколку не си сигурен/сигурна за зборот кој го користам ќе те замолам да ми кажеш. Постојат повеќе зборови кои се однесуваат на еден дел од телото, и ти можеби користиш некој друг кој го опишува истиот тој дел од човечкото тело).

<u>Означи го делот од телото на момчето:</u>	<u>1 бод за секој точен идентификуван и означен дел. [Max.8]</u>
Глава	
Гради	
Стомак	
Пупак/Папок	
Пенис/машки полов орган	
Тестиси	
Нозе	
Стопала	

Сега ќе ти покажам слика од девојка. Јас ќе опишувам делови од телото, а ти ќе треба да ставиш знак X на тој дел од телото за кој зборувам.

(Доколку не си сигурен/сигурна за зборот кој го користам ќе те замолам да ми кажеш. Постојат повеќе зборови кои се однесуваат на еден дел од телото, и ти можеби користиш некој друг кој го опишува истиот тој дел од човечкото тело).





<u>Означи го делот од телото на девојчето:</u>	<u>1 бод за секој точен идентификуван и означен дел. [Max.8]</u>
Глава	
Гради	
Стомак	
Пупак/Папок	
Вагина/женски полов орган	
Нозе	
Стопала	
Жените имаат органи кои се внатре во нивните тела и се наречени овариуми/јајцеводи. Можеш ли да ми покажеш каде се наоѓаат тие овариуми кај жената?	

Вкупно поени на страната:

Максимум 16

1.6. Интимна нега и лична хигиена/Физиологија/Приватност

Овие прашања се однесуваат на мажи и жени. Потруди се да ги одговориш најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаникот
1.	ПРОВЕРКА: Што е тоа приватен простор?	Простор каде што вратите се затворени и лицето останува само и може да посвети на себе Личен простор каде што другите не може да те видат	1	
2.	Што можеш да правиш во приватниот простор?	Да имаат сексуален однос, да мастурбираат, да прават интимна хигиена, да се пресоблекува и пробува облека	1	
3.	Што е тоа пубертет/адоlescенција и на која возраст се случува пубертет/адоlescенција? (Доколку нема одговор, објасни: луѓето доживуваат промени на плото и на сопствената личност при растењето)	Развој на телото/сексуална зрелост 10 - 18 [вообичаено 13-14]	2	
4.	Можеш да наброиш три работи/промени кои се случуваат кај момчињата кога растат во периодот на пубертет/адоlescенција/тинејџерски години/13-14)?	1.Зголемување на penisот/скротумот [сексуална зрелост] 2.Растење и зголемување на коските/ мускулите/ висината 3.Промена во гласот 4.Влакнавоcт по телото 5. Промени во расположение	3	
5.	Можеш да наброиш три работи/промени кои се случуваат кај девојчињата кога ќе бидат во периодот на пубертет/адоlescенција/тинејџерски години/13-14)?	1.Растење/зголемување на градите 2.Влакнавоcт по телото 3.Растење во висина 4.Промени во расположение 5. Менструација	3	
6.	Што е лична хигиена и интимна нега и зашто е важна?	Одржување на чистотата на рацете, лицето, усната шуплина, телото, половите органи Превенира појава на заразни и други болести	2	
7.	Кои се средства/прибор за лична хигиена?	Сапун, четка и паста за заби, чешел, шампон Средства за бричење Град ик/шминки влошки	1	
8.	Што претставува месечен циклус/период/менструација?	1. Кога јајцеклетката не е оплодена/кога површината на матката се менува 2. Исфрлање на крв	2	
9.	На која возраст девојчињата го добиваат првиот месечен период/менструација?	10-18	1	
10.	Колку често девојчињата имаат месечни периоди/менструација?	Отприлика еднаш месечно/на секои 26-30 дена [ова може да варира повеќе/помалку]	1	
11.	Како треба да девојчињата да одржуваат лична хигиена кога имаат менструација?	Да стават влошка	1	

12	Што се "влажни соништа"?	Кога момчето ќе се разбуди со цврст penis и може да "сврши/ејакулира" за време на спиење, во сонот . Може да го намокри креветот/ гаќите или пижамите	1	
13	Како треба да се исчистат момчињата кога имале влажни соништа?	Со марамче/туш	1	

Вкупно поени на страната:

Максимум 18

2.a. Сексуални односи и интимност

Прашањата во овој дел се однесуваат на сексуалните односи и врски. Потруди се да ги одговориш најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаникот
14.	ПРОВЕРКА: Може ли да ми кажеш што е сексуален однос/сексуален контакт/врска?	Кога penisот е во вагината Исто така опфаќа анелен/орален секс	1	
15.	Дали сексот и допирањето по интимни делови од телото треба да се случува во приватен или јавен простор?	Приватен	1	
16.	Што е тоа ерекција?	Кога penisот е тврд при/за време на сексуална возбуденост	1	
17.	Што е тоа ејакулација?	Исфрлање на семена течност за време на сексуален контакт/мастурбација/ноќни соништа	1	
18.	Дали треба да имаш заштита при сексуалниот однос?	Да	1	
19.	За да имаат две лица секс или да бидат интимни, треба и двете страни да се согласат	Да	1	
20.	Што треба да направиш ако не сакаш да имаш секс со другата личност?	Застани исптавено и гледај во очите на личноста со која зборуваш. Кажи НЕ јасно и гласно, со сериозен израз на лицето без смеење	1	
21.	Кого треба да му кажеш ако некој сака насилно, без твое одобрување да те бакне, допре, да има секс со тебе	На вработените/стручните лица во центарот На родителите На полиција	1	

2.6. Мастурбација

22.	ПРОВЕРКА: Што е тоа мастурбација/само-задоволување/играње со интимни делови од телото?	Само-стимулација на гениталиите/половите органи	1	
23.	Дали мастурбацијата/само-задоволување/играње со интимни делови од телото е нормално сексуално однесување? Дали има некакви негативни/лоши ефекти врз твоето здравје? Дали треба да се мастурбира во присуство на други луѓе?	Тоа е нормално однесување Нема негативни ефекти Не, тоа е интимно	1	
Вкупно поени на страната:				Максимум 10

3. Бременост

Овие прашања се однесуваат на бременоста. Потруди се да одговориш на истите најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаникот
24.	ПРОВЕРКА: Можеш ли да ми кажеш што значи тоа кога некоја девојка е бремена?	Кога таа девојка/жена ќе добие бебе	1	
25.	Како жените забременуваат?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Преку сексуален однос/секс 2. Кога сперматозоидот ја оплодува јајце-клетката (вклучува инвитро фертилизација) 	2	
26.	Колку време е потребно од забременување до добивањето на дете/породување?	9 месеци 266дена	1	
27.	Како жената дознава дека е бремена?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нема менструација/месечниот период престанува [амеореа] 2. Тест за бременост 3. Утринско гадење и повраќање 4. Цврсти/тврди гради 5. Вагинална иритација/празнење 6. Лакомост 7. Зголемување на стомакот 8. Промена во хормоните [промена во расположение] 9. Зголемен замор 10. Чувство на "очекување/знаење" 	1 9	
28.	Кога е најмал ризикот за бременост за време на месечниот циклус?	Кога имаат менструација [приближно 2%]	1	
29.	Од кој дел на телото кај жената излегува бебето?	Вагина Стомак/матка [царски рез]	1	
30.	Што е папок?	Настанува од папочната врска што ги поврзува бебето и мајката	1	
31.	Како може да се прекине бременоста?	Со абортус	1	

Максимум 18

4. Контрацепција

Сега следуваат прашања за контрацепција. Одговори на истите најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаник от
32.	ПРОВЕРКА: Можеш ли да ми кажеш што е тоа контрацепција/контрола за бременост?	Метод на стопирање на фертилизација/раѓањето на бебиња	1	
33.	Можеш ли да наброиш три типа на контрацепција? • 1 поен за секој даден одговор	1. 2. 3.		
34.	Можеш ли да ми кажеш како _____ дејствува/работи? • 1 поен за секој одговор кој дава објаснување за тоа како секој контрацептив делува • Вкупно 1 поен се дава доколку се дава одговор "спречува бебе" (или некој сличен) ²	1. 2. 3.		
35.	Можеш ли да ми наброиш три места од каде што би можел да купи/добиеш контрацептиви?	1. Институција за семејно планирање 2. Здравствен центар 3. Други клиници 4. Здравствена ординација 5. Болница 6. Приванта клиника/болница/ординација 7. Аптека/фармацевтска куќа 8. Друга продавница 9. Матичен лекар 10. Пријател/роднина/згрижувач	3	
36.	Можеш ли да ми кажеш за некои други форми на контрацепција? • Додади 1 поен за секој контрацептив што е дополнително додаден • Наброени се 13 методи. 3 веќе треба да се претходно именувани [Пр:33], поради тоа дополнителни поени се предвидени и достапни само за останатите 10 методи/	1. Апстиненција од секс/без секс.односи 2. Дијафрагма/вагинална капа 3. Спирала/ 4. Кондом 5. Контрацептивна пулула/апче 6. Пена(таблети/аеросоли)/желе/крем 7. Инекција 8. Имплант 9. Природно/сигурни денови/плодни и неплодни денови 10. Орален/анален секс 11. Стерилизација-жени 12. Стерилизација-мажи 13. Рано извлекување на penis при секс.однос	10	

5. Сексуално преносливи болести

Максимум 20

²Вкупно 1 поен кај оваа секција се дава без разлика дали овој одговор (или сличен) е даден 1, 2 или 3 пати.

Овој дел има прашања наменети за Сексуално Преносливи Болести (СПБ)/Сексуално Преносливи Инфекции (СПИ)/Венеролошки заболувања (ВЗ). Одговори на истите најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаникот
37.	ПРОВЕРКА: Што е тоа СПБ/СПИ/Венеролошко заболување?[што овие термини значат]?	Инфекција или заболување кое се пренесува преку (незаштитен) сексуален однос/полов контакт. Преку на незаштитен секс [не само пенетрирачки сексу, тука се вклучува и орален/анален секс]	1	
38.	Можеш ли да наброиш пет СПБ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кламидија 2. Херпес симплекс 3. Гонореја 4. Трихомонијаза 5. Сифилис 6. Генитални јазли <p><u>Не само СПБ:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. HIV/AIDS 8. Хепатитис В и С 9. Кандида 10. Генитални вошки/паразити 	5	
39.	Можеш ли да наброиш пет симптоми/потешкотии кои се јавуваат кога имаш СПБ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушување на имуниот систем 2. Раздразнетост 3. Чешање/сврабеж 4. Брадавици/чирови/меурчиња 5. Болки при уринирање 6. Болки при сексуални односи 7. Миризлив исцедок 8. Симптоми слични на грип 9. Смрт 10. Не секогаш се јавуваат симптоми 	10	
40.	Како може да спречи/превенира сексуално преносливи болести? [СПБ/СПИ/ВЗ]	Кондом-кога се користи правилно Безбеден сексуален контакт	2	
41.	Каде може да отидете за тестирање и лечење на СПБ?		1	

HIV/СИДА

41.	Што е тоа HIV?	Вирус кој го напаѓа имуниот систем/хуман имунодефициентен вирус	1	
42.	Што е разликата помеѓу HIV и СИДА?	Личноста има СИДА кога HIV вирусот толку го ослабнува човечкото тело што се развива одредена болест кај организмот	1	
43.	Како некој може да се зарази со HIV?	1. Преку сексуален однос [вагинален/анален/орален секс] 2. Изложеност на крв/преку нестерилни инструменти (инјектирање/трансфузија) 3. Мајка на дете (зголемен ризик)	3	
44.	Како можеш да се заштитиш себе си од HIV?	1. Заштитен секс/користење кондоми 2. Стерилни игли 3. Непенетративен сексуален однос	3	

Вкупно бодови на страната:

Максимум 25

6. Сексуалност

Следуваат прашања за сексуалноста. Потруди се да ги одговориш најдобро што можеш.

	Прашање:	Одговор:		Одговор на испитаникот/
45.	ПРОВЕРКА: што е хомосексуалност?	Некој кој го привлекуваат лица од истиот пол	1	
46.	Што е хетеросексуалност?	Некој кој го привлекуваат лица од спротивниот пол	1	
47.	Што е бисексуалност?	Некој кој го привлекуваат лица и од истиот и од спротивниот пол	1	

Вкупно бодови на страната:

Максимум 3

Интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста

Пред-тест

Име: _____

Дата: _____

1. Што сакате да научите/дознаете од оваа програма? Кои се вашите очекувања? Имате некои прашања за кои очекувате одговор?

2. Кои се Вашите мислења за љубовните врски и сексуални односи?

3. Што подразбирате под поимот "интимност"/"блискост"?

4. Што подразбирате под терминот "хигиена" на интимните делови од телото?

5. Што мислите за дружењето со други луѓе, воспоставување пријателства?

Прилог 4.

Интервју за испитување на ставовите и мислењата за сексуалноста

Пост-тест

Име: _____

Дата: _____

1. Што научивте од оваа програма? Имавте ли некои прашања од претходно, на кои добивте одговор? Имаш ли некои прашања по спроведената програма?

2. Кои се Вашите мислења за љубовните врски и сексуални односи?

3. Што подразбирате под поимот "интимност"/"блискост"?

4. Што подразбирате под терминот "хигиена" на интимните делови од телото?

5. Што мислите за дружењето со други луѓе, воспоставување пријателства?
