

УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ и МЕТОДИЈ“— СКОПЈЕ  
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ  
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА



**ПОЛОВ РАЗВОЈ, ВОСПИТАНИЕ И  
СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА НА ЛИЦАТА СО  
ИНВАЛИДНОСТ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА**  
-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

МЕНТОР :  
Проф. д-р Владимир Трајковски

КАНДИДАТ :  
Оливера Рашиќ

СКОПЈЕ, 2009 година

## СОДРЖИНА

<b>КРАТЕНКИ</b> .....	04
<b>ВОВЕД</b> .....	05
<b>I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ</b> .....	07
<b>1. Дефинирање на проблемот</b> .....	07
<b>1.1 Поим за инвалидност</b> .....	07
1.1.1 Лица со ментална ретардација .....	08
1.1.2 Лица со оштетен вид .....	10
1.1.3 Лица со оштетен слух .....	12
1.1.4 Телесно инвалидни лица .....	14
1.1.5 Етиологија на инвалидноста .....	16
<b>1.2 Полов развој</b> .....	21
1.2.1 Влијание на инвалидноста врз сексуалноста .....	30
<b>1.3 Полова едукација</b> .....	32
1.3.1 Развој на адекватна содржина за полова едукација .....	35
1.3.2 Полова едукација кај лица со ментална ретардација .....	36
1.3.3 Полова едукација кај лица со оштетен вид .....	38
1.3.4 Полова едукација кај лица со оштетен слух .....	40
1.3.5 Полова едукација кај телесно инвалидни лица .....	42
<b>1.4 Сексуална злоупотреба</b> .....	43
1.4.1 Поим за сексуална злоупотреба .....	43
1.4.2 Феноменологија на сексуалната делинквенција .....	44
1.4.3 Личноста на злоупотребувачот .....	46
1.4.4 Лицата со инвалидност како жртви на сексуална злоупотреба .....	51
1.4.5 Индикатори на сексуална злоупотреба .....	52
1.4.6 Преваленција на сексуална злоупотреба .....	54
1.4.7 Кривични закони за сексуалната злоупотреба .....	55
<b>II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ</b> .....	58
1. Предмет на истражување .....	58
2. Цел и карактер на истражување .....	58
3. Задачи на истражување .....	59
4. Хипотези на истражување .....	60

5.	Варијабли на истражување .....	61
6.	Методи, техники и инструменти на истражување .....	61
7.	Популација и примерок .....	63
8.	Статистичка обработка на податоците .....	64
9.	Организација и тек на истражување .....	65
<b>III.</b>	<b>Анализа на резултатите со дискусија .....</b>	<b>66</b>
<b>IV.</b>	<b>Заклучоци и предлози .....</b>	<b>156</b>
1.	Заклучоци .....	156
2.	Предлог мерки за превенција на сексуална злоупотреба .....	160
<b>V.</b>	<b>Литература .....</b>	<b>162</b>
<b>VI.</b>	<b>Прилози .....</b>	<b>173</b>

## КРАТЕНКИ

<b>AAID</b>	Americans with Disabilities Act
<b>AAMR</b>	American Association of Mental Retardation
<b>AAIDD</b>	American Association of Intellectual Developmental Disabilities
<b>ВОП</b>	Воспитно образовна програма
<b>db</b>	Децибели
<b>ДСУ</b>	Државно средно училиште
<b>EASPD</b>	European Association of Service Providers for People with Disabilities
<b>ICD</b>	International statistical Classification of the Diseases and Related Health Problems
<b>M.P</b>	Ментална ретардација
<b>NICHСУ</b>	National Dissemination Center for Children with Disabilities
<b>O.B</b>	Оштетување на видот
<b>ООН</b>	Организација на Обединети Нации
<b>ПОУ</b>	Посебно основно училиште
<b>SIECUS</b>	Sexuality Information and Education Council of the USA
<b>СЗО</b>	Светска Здравствена Организација
<b>ТИЛ</b>	Телесно инвалидни лица
<b>Т.П</b>	Топанско Поле
<b>ЦНС</b>	Централен нервен систем
<b>ЦП</b>	Церебрална парализа

## ВОВЕД

*„Сексуалноста треба да се разгледува во контекстот на променање поширно од гениталниот секс, офакајќи ги половаата социјализација, физичката мажурација и телесната преисава, социјалните односи и идните социјални аспирации. Како и сите adolescenции, инајдерите со инвалидност може да покажат којежи и надеж за брак, деца и нормален возрасен сексуален живот. Всушност, adolescenциите со физички инвалидност имаат еднаква сексуална експресија како и нивните врстници без инвалидност“ (1).*

Murphy and Elias, 2006

На ниво на општествената заедница сè уште постојат митови и стереотипи кои што се однесуваат на сексуалноста на лицата со инвалидност. Најчестите погрешни претпоставки ги застапуваат идеите со кои се тврди дека лицата со инвалидност се асексуални- доживотни деца и спротивните идеи со кои се тврди дека лицата со инвалидност се сексуално импулсивни (2).

Вистината е дека сексуалноста е интегрален дел од животот на секое лице, започнувајќи во инфантилниот период и протегајќи се низ целиот животен век. Без разлика на когнитивните способности со кои лицето располага, тоа станува возрасен со посредство на взаемното дејство на физичкото созревање на организмот и низа на сексуални и социјални потреби и чувства. Исто така треба да се напомене дека возрасните со инвалидност се разликуваат од децата по својата појавност, искуство од изминатиот живот и по своите можности за избор (3).

Покрај наведеното, енорно голем проблем со кој се справува современото човештво е насилството и злоупотребата на лицата со инвалидност, кои воедно се и изложени на поголем ризик од останатата популација.

Историски гледано, лицата со инвалидност не биле сметани за веродостојни поднесители на жалба за злоупотреба, ниту пак им било овозможено, од традиционалниот пристап за превенција, да се насочат кон самите себе во различни области од животот, несоодветно биле држени настрана од техниките и орудјата кои е неопходно да ги совладаат за да обезбедат основен тип на самозаштита.

Постојат многу препреки за нормален сексуален развој на децата со инвалидност. Предметот е сигнификантен и сензитивен и од персонален и од

социјален аспект, и неопходно е родителите, едукаторите и другите членови на општеството да се борат против негативните и погрешни ставови, нерелијабилните митови и недоразбирањата во однос на лицата со инвалидност. Соодветно на тоа треба да се овозможи адекватен полов развој и едукација на овие лица и да се превенира секаков тип на злоупотреба, потцртувајќи ја сексуалната злоупотреба.

Ова научно истражување има за цел да ги претстави карактеристиките на половиот развој кај лицата со инвалидност, поточно кај лицата со ментална ретардација, оштетување на видот, оштетување на слухот и лица со телесен инвалидитет. Да се одреди степенот и начинот на полова едукација кој се остварува, да се направи компарација во однос на преваленцијата и причините на сексуална злоупотреба кај лицата со различен вид на инвалидност и да се наведат можностите за превенција од злоупотреба.

*„Студиите како оваа се многу корисни [но] во погрешни раце тие потенцијално може да направат да изгледа како: “ Потребно е ние да прискокнеме таму и да им помогнеме на овие сиромашни инвалидни суштества”... Ние мора да бидеме внимателни дека ова нема да биде погрешно интерпретирано од некој добронамерен законодавор... и да го искористат против нас... знајте, обидете се да ограничите и да ни кажете со кој МОЖЕМЕ, а со кој НЕ МОЖЕМЕ да соработуваме.“ (4)*

Човек со инвалидност

# I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ

## 1. ДЕФИНИРАЊЕ НА ПРОБЛЕМОТ

### 1.1 ПОИМ ЗА ИНВАЛИДНОСТ

Покрај разноликоста на терминологијата, сепак во меѓународната комуникација и легислатива, како и во домашните законски регулативи се применува терминот „Лица со инвалидност“.

Според Европската унија досега постојат два модела кои го дефинираат поимот „инвалидност“ (5):

- ⇒ Медицински модел- инвалидноста ја гледа како личен проблем, директно предизвикан од болест, несреќа или некоја друга здравствена состојба, а кој што може да се подобри со некоја медицинска интервенција како што е рехабилитација;
- ⇒ Социјален модел- инвалидноста ја гледа не како битна карактеристика на личноста, туку како продукт на социјалниот контекст и околината во која се наоѓа личноста, при тоа водејќи сметка и за нејзината физичка структура, дизајн на објекти, транспорт и сл.

При дефинирање на инвалидноста во социјалната политика на земјите членки на Европската Унија, постојат два основни принципи (5):

- ⇒ помош во изведување на секојдневните животни активности и самостален живот и
- ⇒ приходи за поддршка и издржување.
- Според ООН под „Лица со инвалидност“ се подразбира секое лице кое не е во состојба да ги обезбеди за себе, целосно или делумно, потребите за нормален или социјален живот, како резултат на отсуство, вродено или не на неговите физички или ментални способности (6).
- Во класификацијата на Светската здравствена организација (СЗО), покрај споменатиот се применуваат и термините „Оштетување-Impairment“ и „Хендикеп-Handicap“, сите три се свои поими, но произлегуваат еден од друг (6).
- ⇒ Оштетување (Impairment), ја зема предвид секоја загуба или неправилност во психичките, физичките или во анатомските структури и функции;
- ⇒ Хендикеп (Handicap), означува тешкотии кај поединецот, што произлегуваат од некое оштетување или инвалидитет, што поединецот го ограничува или го спречува да ја оствари функцијата што е нормална во зависност од лицето, полот, социјалните и културните причини.

- Кордиќ инвалидноста ја дефинира како состојба на организмот кај едно лице, кое поради болест, повреда или вродена мана, има трајно, делумно или целосно намалување на способностите на организмот за нормално функционирање, социјален живот и стопанисување (7).
- Инвалидноста според АДА (Americans with Disabilities Act, 25.09.2008) се дефинира како: поим кој означува физичко или ментално нарушување, кое значително ограничува една или повеќе активности од секојдневниот живот на индивидуата (8).

Според **Правилникот за оценување на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој** (Службен весник на РМ бр. 30/2000), за лица со инвалидност се сметаат (9):

1. Лица со ментална ретардација;
2. Лица со оштетен вид;
3. Лица со оштетен слух;
4. Лица со пречки во гласот, говорот и јазикот;
5. Телесно инвалидни лица;
6. Лица со аутизам;
7. Хронично болни лица;
8. Лица со повеќе видови на пречки.

Во понатамошниот преглед ќе бидат обработени само оние категории на инвалидност кои се опфатени со истражувањето.

### **1.1.1 Лица со ментална ретардација**

Менталната ретардација или уште позната како интелектуална попреченост се карактеризира со значителен подпросечен резултат добиен на тестовите за ментални способности т.е интелигенција, со ограничувања во изведување на активностите од секојдневниот живот, како што се комуникација, грижа за себе, осамостојување во склоп на различни социјални ситуации и во стекнување на образованието (10).

**Светската здравствена организација** ја дава дефиницијата (**ICD-10, 1992**) за менталната ретардација, која гласи (11):

„менталната ретардација е состојба на заперен и нецелосен психички развој кој особено се карактеризира со нарушување на оние способности што се јавуваат во текот на развојниот период и што влијаат врз општото ниво на интелигенцијата, како што се когнитивните, говорните, моторните и социјалните способности“.



**Американската асоцијација за интелектуална и развојна попреченост (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities- AAIDD)** посочува дека ментална ретардација претставува инвалидност која се јавува во периодот пред 18-та години и се карактеризира со сигнификантни ограничувања во интелектуалното функционирање и во адаптивното однесување, кое опфаќа бројни, секојдневни социјални и практични способности (12).

Покрај досега наведените, се сретнуваат и:

- ◆ **Педагошко дефинирање:** детето се дефинира како ментално ретардирано ако во однос на другите деца според хронолошката возраст заостанува за две години.
- ◆ **Психолошко дефинирање:** менталната ретардација претставува недоволно развиена интелигенција и способност за разбирање и судење.
- ◆ **Медицинско дефинирање:** базата на менталната ретардираност е растројството на морфологијата на нервните клетки на мозокот.

Во поново време процесот на дијагноза, класификација и одредување на видот на поддршка неопходен за лицето со ментална ретардација се спроведува врз основа на прирачник објавен од **Американската асоцијација за ментална ретардација (American Association on Mental Retardation-AAMR)** во 2002 година, во кој ги проширува веќе постоечките димензии што се применуваат (13):

- ⇒ **I Димензија:** интелектуални способности;
- ⇒ **II Димензија:** адаптивно однесување (концептуални, социјални и практични вештини);
- ⇒ **III Димензија:** учество, интеракција и социјални услуги;
- ⇒ **IV Димензија:** здравје (физичко здравје, ментално здравје и етиолошки фактори);
- ⇒ **V Димензија:** контекст (средина и култура).

Постојат повеќе класификации на лицата со ментална ретардација, но денеска најупотребувана е класификацијата која ја дава **Светската здравствена организација:** (табела 1), (11).

Табела 1. Класификација на лицата со ментална ретардација

Степен на ментална ретардација (м.р)	IQ ментална возраст	Карактеристики
<i>Лесна ментална ретардација</i>	50-69 09-12 г.	Тешкотии при учењето, но најголем број на возрасни со овој степен на М.Р се способни за работа и остварување на социјални контакти.
<i>Умерена ментална ретардација</i>	34-59 06-09 г.	Можен е одреден степен на независност, вклучувајќи ја комуникацијата, учење, грижа за себе. Возрасните имаат потреба од различен степен на помош и поткрепа во текот на животот и работата.
<i>Тешка ментална ретардација</i>	20-34 03-06 г.	Потребна е континуирана помош од околината.
<i>Длабока ментална ретардација</i>	под 20 под 3 г.	Неопходна е константна помош и грижа, има сериозни ограничувања во комуникацијата и мобилноста.

Во оваа класификација Светската здравствена организација ги вбројува и:

- **друга ментална ретардација:** оваа категорија се употребува тогаш кога е тешко да се процени степенот на интелектуалната попреченост со вообичаени процедури, поради здружените сензорни или телесни оштетувања.
- **Неспецифична ментална ретардација:** оваа категорија, пак се применува кога има присуство на ментална ретардација, но со недоволни информации што се неопходни за да се распореди лицето во претходните категории.

### 1.1.2 Лица со оштетен вид

Визуелното оштетување претставува комплексен проблем што од своја страна условува постоење на најразлични дефиниции во стручната литература за лицата со оштетен вид. За дефинирање на визуелното оштетување не е доволно само да се дефинира медицинскиот дел од проблемот, туку потребно е проблемот да се разгледа од педагошко, психолошко и социјално гледиште(14).

**Американската фондација за слепи**, смета дека „визуелно оштетување“ е опширен термин кој се применува за означување на секој степен на губиток на видот кој ги афецира способностите на личноста за изведување на секојдневните обврски. Но овој термин не се однесува на лицата кои носат очила или контактни сочива со цел подобро да читаат или подобро да ги гледаат знаците на далечина. Напротив, овој термин се применува за лица кои и покрај носењето на корективни помагала, не можат да го доведат видот до состојба на нормала (15). При категоризација на лицата со визуелно оштетување треба да се води сметка за повеќе параметри (16):

- ✓ функционална способност на очите;
- ✓ карактер на болеста и нејзиниот евентуален тек;
- ✓ односот на видот на блиску и далеку;
- ✓ акомодација и адаптација;
- ✓ стереоскопски вид и колорен вид;
- ✓ ширина на видно поле;
- ✓ нарушувања во мотилитетот;
- ✓ визуелно внимание и
- ✓ психофизички особини.

Според степенот на оштетување лицата со оштетен вид се делат во две групи, слабовидни и слепи, а секоја група се дели во неколку подгрупи (17):

- За слабовидно се смета секое лице кое на подоброто око со корекционо стакло има острина на видот помала од 40% (0,4) и лице кое на подоброто око со корекционо стакло има острина на видот поголема од 40% (0,4), но кај кое се предвидува извесно влошување на видот.
- За слепо се смета она лице кое на подоброто око со корекционо стакло има острина на видот до 10% (0,10) и лице со централен вид на подоброто око со корекционо стакло до 25% (0,25), на кое видното поле му е стеснето до 20 степени.

Според степенот на попреченост слепите лица се распоредуваат во три групи:

- Лице кое потполно го изгубило осетот за светло (амауроza);
- Лице кое на подоброто око со корекционо стакло има остаток на видот до 5% (0,05) или лице кое на подоброто око со корекционо стакло има остаток на видот помалку од 10% (0,10) или има видно поле стеснето до 20 степени;
- Лице кое на подоброто око со корекционо стакло има остаток на видот помалку од 10% (0,10) и лице со централен вид на подоброто око со

корекционо стакло до 25% (0,25) и кое има видно поле стеснето до 20 степени.

- Практично слепо лице се смета она со толку намалена функционална способност на органот за вид, која на му овозможува воспитание и образование по визуелен пат.

Класификацијата на лицата со визуелно оштетување, создавањето и спроведувањето на програмата за превенција на визуелното оштетување беа потпомогнати од страна на „Водич за евалуација на визуелните оштетувања“, објавен во 1999 година (табела 2), (14, 18).

Табела 2. Класификационен систем кај лица со визуелно оштетување

Класификационо ниво на видот		Ниво на способност
Нормален вид	Нормален вид	Нормална брзина на читање Нормална оддалеченост при читање
	Приближно нормален вид	Нормална брзина при читање Намалена оддалеченост при читање
	Умерено нормален вид	Приближно нормална брзина на читање со помагала
Слабовидност	Тешка	Поспоро ги извршува визуелните задачи, помала издржливост и прецизност, дури и со помагало
	Длабока	Има тешкотии при големи визуелни задачи, не може да изврши подетални визуелни задачи, вклучувајќи го и читањето
Слепило	Практично слеп	Видот е нестабилен, примарно се користи со другите сетила, нема визуелно читање
	Слеп	Потполно се потпира врз другите сетила

### 1.1.3 Лица со оштетен слух

Покрај тоа што вообичаено терминот „слушно оштетување“ се применува како чадор термин, во кој е опфатена и глувоста, сепак нормативните акти на **ИДЕА (Individuals with Disabilities Education Act- Образовен документ за индивидуи со инвалидност)** овие два поима ги одвојуваат (19).

Според ИДЕА под „аудитивно оштетување“ се подразбира оштетување на слухот кое може да биде константно или променливо и кое неповолно влијае врз едукативните способности на детето. Додека поимот „глувост“ го дефинираат како оштетување на слухот кое е толку тешко, што детето го оневозможува во процесирањето на лингвистичките информации преку слухот, со или без амплификатор.

Кога станува збор за аудитивно оштетување, тогаш треба да се води сметка за типот на слушно оштетување, степенот на оштетувањето и неговата конфигурација (20).

Аудитивното оштетување, во зависност од делот на аудитивниот систем кој е оштетен, може да се категоризира во три основни групи (20):

- **Кондуктивен  $\bar{u}$ иш:** кога има пречки во пренесување на звукот преку надворешниот слушен канал, до тапанчето и слушните ковчиња во средното уво. Се одликува со редуција на силината на звукот и неможност за перцепирање на слаби звуци. Најчесто хируршки се корегира.
- **Сензорен  $\bar{u}$ иш:** кога има оштетување во внатрешното уво (кохлеата) или на нервните патишта кои водат од внатрешното уво до ЦНС. Овој тип на губиток е перманентен и не може хируршки да се третира. Покрај редуцијата на силината на звукот, го засегнува разбирањето на говорот и оневозможува јасна аудитивна перцепција.
- **Мешан  $\bar{u}$ иш:** кога има оштетување на надворешното или средното уво во комбинација со оштетување на внатрешното уво или аудитивните нервни патишта.

Лицата со оштетен слух се поделени во две главни категории според степенот на оштетување (17):

- ✓ Наглуви лица- оние кај кои оштетувањето на слухот на подброто уво е од 25 db до 80 db и кои потполно или делумно го развиле вербалниот говор.

Оваа категорија е поделена на неколку подгрупи според степенот на оштетување, времето кога настанало оштетувањето и степенот на говорната развиеност:

- лица со оштетување на слухот од 25 db до 40 db, кои можат спонтано да развијат говор;
- лица со умерено оштетување на слухот од 40 db до 60 db, кои пред оштетувањето спонтано го развиле говорот;
- лица со умерено оштетување на слухот од 40 db до 60 db, кои имаат делумно развиен говор како последица на тоа што оштетувањето настанало пред да се развие говорот;

- лица со тешко оштетување на слухот од 60 db до 80 db, кои спонтано го развиле говорот пред оштетувањето;
- лица со тешко оштетување на слухот од 60 db до 80 db, кај кои оштетувањето настанало пред да го развијат говорот, а потоа го развиле со систематски сурдоаудиолошки третман.
- ✓ Лица со тешко оштетување на слухот од 60 db до 80 db, кај кои оштетувањето настанало пред да го развијат говорот и кои во моментот на оценување на специфичните потреби имаат недоволно развиен говор.
- ✓ Глуви лица- оние кај кои оштетувањето на слухот е поголемо од 80 db и кои со слушен амплификатор не можат целосно да го перцепираат вербалниот говор.

Глувите деца и млади се поделени во две подгрупи:

- практично глуви лица кои со слушен амплификатор може да слушаат одделни супресементи од говорот;
- тотално глуви лица кои имаат засегната слушна перцепција.

Конфигурацијата или обликот на аудитивното оштетување, се однесуваат на опсегот на оштетувањето во однос на фреквенциите. При високо-фреквенциски губиток на слухот, кој ги афектира само високите фреквенции, зачувана е перцепцијата на ниските фреквенции и обратно при ниско-фреквенцискиот губиток на слухот, зачувана е перцепцијата на високите фреквенции (20).

#### 1.1.4 Телесно инвалидни лица

Телесната инвалидност е состојба на намалување или губење на функционалната способност на еден или повеќе делови од телото со што значително се намалува способноста на лицето за задоволување на основните животни потреби (21).

Таа е комплексен феномен и без разлика на причинителот кој довел до појава на инвалидност, претставува збир на три неделиви компоненти: физички аспект, психички последици и социјални реперкусии од инвалидноста (22).

Како резултат на комплексноста произлегуваат поголем број различни пристапи во дефинирањето на телесната инвалидност.

Според Зовко (1972) инвалидноста може да се разгледува од (23):

- **Медицински аспекти:** телесна инвалидност претставува ограниченост во нормалното функционирање на коскено-зглобниот или нервно-мускулниот систем, како и различни деформитети;

- **Социјален аспект:** важно е да се одреди во која мерка органско-функционалните недостатоци, пречки или нарушувања ја смалуваат способноста на човекот за нормален живот, за работно оспособување и активно вработување;
- **Педагошки аспект:** пречките кај инвалидното дете мораат да бидат од таква природа со што би се отежнале или оневозможиле процесите на воспитание, образование и работно оспособување во нормални услови.

Постојат повеќе класификации за лицата со телесна инвалидност, па така во зависност од специфичните потреби овие лица се делат во три групи (21):

- **тешка телесна инвалидност**, се јавува во оние случаи кога лицето може самостојно да ги задоволува своите потреби со соодветни ортопедски помагала или адаптација на физичката средина;
- **потешка телесна инвалидност**, постои кога лицето може самостојно да ги задоволува своите потреби само со помош од друго лице;
- **најтешка телесна инвалидност**, кога лицето има потреба од постојана грижа и нега во задоволување на основните биолошки и социјални потреби.

Етиолошката класификација ги дели лицата со телесна инвалидност во три групи:

#### 1. Лица со наследна инвалидност (24)

- вродени деформитети на вратот;
- вродени деформитети на градниот кош;
- вродени деформитети на горните и долните екстремитети;
- вродени деформитети на 'рбетниот столб.

#### 2. Лица со стекната инвалидност (25):

- ампутација на екстремитетите;
- телесна инвалидност по повреда на глава и 'рбетниот столб;

#### 3. Телесна инвалидност како резултат на болест.

Покрај досега споменатите, постои и медицинска класификација која ја дава следнава категоризација на телесната инвалидност (26):

##### ➤ **Невромоторни оштетувања**

- оштетување на ЦНС, оштетување на 'рбетниот мозок или нервите;
- церебрална парализа, спина бифида.

##### ➤ **Дегенеративни заболувања**

- ги афецира мускулите и моторниот развој;
- мускулни дистрофии;
- мускулни атрофии.

##### ➤ **Мускулно-скелетни расиројства**

- јувенилен равматоиден артритис;
- недостаток на екстремитети.

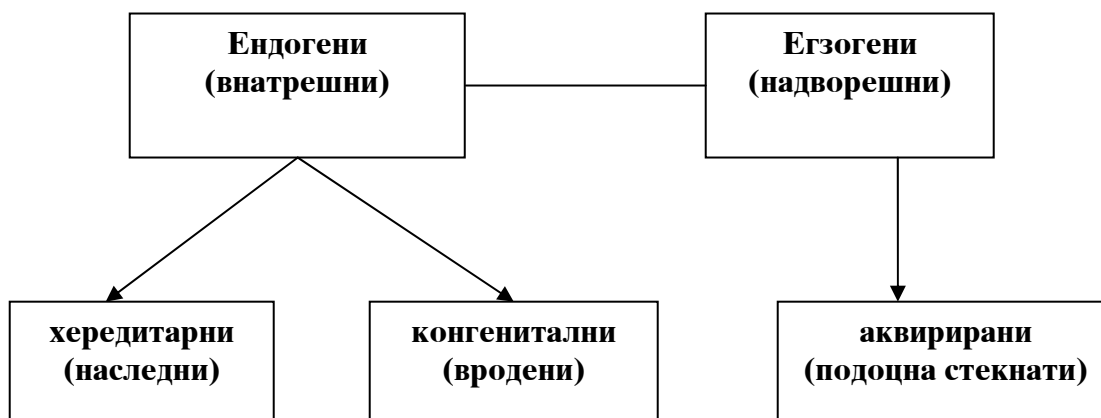
### 1.1.5 Етиологија на инвалидноста

Како резултат на испреплетеното дејство на многубројните чинители, во сите општества и на сите континенти постоеле, постојат и секогаш ќе постојат лица со нивалидност.

Предизвикот на иднината е што порано да се утврдат причинителите на инвалидноста и да се превземат неопходни интервенции, се со цел да се спречат или намалат консеквенциите настанати од самата инвалидност.

Во изминатата деценија голем број на мултидисциплинарни истражувачки програми, од различни научни институции и универзитети низ светот, направија прогрес во разоткривање на етиологијата на инвалидноста.

Доколку се гледа од генерален аспект, причините кај сите видови на инвалидност може да се поделат во неколку категории (слика 1), (17):



Слика 1. Класификација на етиолошките причинители на инвалидноста

Според времето на јавување причинителите може да се поделат на (27):

- ⇒ **пренатални** (дејствуваат во периодот пред раѓањето);
- ⇒ **перинатални** (дејствуваат во периодот за време на породилниот акт);
- ⇒ **постнатални** (дејствуваат во периодот непосредно по раѓањето).



## 1. Етиологија на ментална ретардација

Постојат многубројни фактори кои дејствуваат сами или во интеракција и по пат на различни патогенетски механизми можат да го оштетат мозокот и да доведат до запирање или нецелосен психички развој.

Менталната ретардација може да се јави како последица на влијание на генетски фактори, влијание на надворешни фактори, одговорни за создавање на ембрио-фетопатии и комбинирано дејство на генетските и срединските фактори (табела 3), (28).

Табела 3. Етиолошки фактори на ментална ретардација

Пренатални	Перинатални	Постнатални
<p><b>1. Генетски фактори:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мултифакториелна</li> <li>- генопатии</li> <li>- хромозомски аберации</li> </ul>	<p><b>1. Аноксија</b></p>	<p><b>1. Инфекции:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-енцефалитис</li> <li>- полиомиелитис</li> <li>-менингити итн.</li> </ul>
<p><b>2. Инфекции:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-вирусни</li> <li>-бактериски</li> <li>- паразитарни</li> </ul>	<p><b>2. Ишемички повреди</b></p>	<p><b>2. Ојрови:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-олово</li> <li>- жива</li> <li>- етил и метил алкохол</li> </ul>
<p><b>3. Труење:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-отрови (олови, жива, манган, бакар, алкохол итн.)</li> <li>- лекови (талидомид, стрептомицин, тетрациклин, кинин, антиепилептици и сл.)</li> </ul>	<p><b>3. Породилни трауми</b></p>	<p><b>3. Ендокрини нарушувања:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- конгенитален хиперпаратиреоидизам</li> <li>хипопаратиреоидизам</li> <li>- хипогликемија</li> <li>- јувенилен diabetes mellitus</li> </ul>
<p><b>4. Јонизирачко зрачење</b></p>	<p><b>4. Инфекции</b></p>	<p><b>4. Малнуџриција</b></p>
<p><b>5. Малнуџриција на мајката</b></p>	<p><b>5. Премаџуриџеј</b></p>	<p><b>5. Васкуларни нарушувања</b></p>
<p><b>6. Ендокрини фактори:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diabetes mellitus</li> <li>- hypotireosis</li> </ul>	<p><b>6. Хипогликемија</b></p>	<p><b>6. Постимунизациона енцефалопатија</b></p>
<p><b>7. Болести на мајката</b></p>	<p><b>7. хипербилирубинемиија</b></p>	

## 2. Етиологија на визуелните оштетувања

Како и секоја друга инвалидност така и оштетувањето на видот може да биде предизвикано од влијание на наследни фактори (нарушување во бројот и структурата на хромозомите, промена во молекулите на еден или повеќе гени, метаболички нарушувања), воспалителни процеси и инфекции (вирус на рубеола, цитомегаловирус, токсоплазма, сифилис, туберкулоза), трауми предизвикани со механички, хемиски и термички повреди (29).

Големиот број на фактори кои доведуваат до визуелни оштетувања, Holbrook ги класифицирал во три основни категории (14):

1. Структурални оштетувања на еден или повеќе делови на окото;
2. Рефракциони аномалии;
3. Кортикални визуелни оштетувања.

За најчести причинители на оштетувањето на видот се сметаат (30):

- дефициенција на витамин А (Xerophthalmia);
- амблиопија и страбизам;
- конгенитална катаракта;
- кортикално визуелно оштетување;
- глауком;
- атрофија на оптичкиот нерв;
- ретинопатија и прематурност;
- албинизам.

## 3. Етиологија на аудитивните оштетувања

Кај околу 50% од децата и возрасните со аудитивно оштетување, оштетувањето може да се забележи непосредно по раѓањето. Причинителите најчесто се непознати, но ако оштетувањето е присутно уште при раѓањето тогаш причинителот е најверојатно генетски фактор, или пак оштетувањето е поврзано со евентуални проблеми за време на бременоста, во текот на породилниот акт или пак со прематурност (31).

Конгениталното слушно оштетување може да биде предизвикано од:

➤ **Генетски фактори:** аудитивното оштетување е компонента на клиничката слика на голем број синдроми, кои вклучуваат и друга дополнителна симптоматологија (31, 32)

- Waardenburg syndrome;
- Crouzon syndrome;
- Treacher Collins syndrome;

- Usher syndrome;
- Alport syndrome.
- **Компlications за време на бременоста:**
  - интраутерини инфекции: рубеола, цитомегаловирус, херпес симплекс вирус;
  - компlications поврзани со Rh факторот во крвта;
  - прематурност;
  - diabetes mellitus кај мајката;
  - интоксикација за време на бременоста;
  - аноксија.

Етиолошките причинители на аудитивните оштетувања може да се класифицираат и според видот на оштетување кое го предизвикуваат (33):

- **Причинители на кондуктивна глувост**
  - инфекција на средното уво (отитис медиа);
  - колекција на течност во средното уво;
  - затворање на слушниот канал со церумен;
  - траума на слушното тапанче;
  - отосклероза и
  - ревматоиден артритис.
- **Причинители на њерцейтивна глувост**
  - старосно поврзано губење на слухот;
  - оштетување на цилиите како резултат на бучава (акустична траума);
  - вирусни инфекции на внатрешното уво;
  - вирусни инфекции на аудитивниот нерв;
  - Мениерова болест;
  - акустичен невром;
  - менингитис;
  - енцефалитис;
  - мултиплекс склероза;
  - тумор на ЦНС;
  - мозочен инсулт

#### **4. Етиологија на телесната инвалидност**

Проблемите со кои се соочуваат лицата со телесна инвалидност вклучуваат намалена мускулна контрола, слабост или замор, тешкотии во одењето, стоењето,

седењето, тешкотии во зборувањето, невештост при фаќање и манипулирање со предмети со различна големина, како и проблеми во изведување на комплексни активности. Сите овие проблеми можат да бидат предизвикани од широк спектар на причинители и на различен начин да се манифестираат кај две индивидуи со еднаква дијагноза (34).

Како причинители на телесната инвалидност може да се сретнат (28):

- **Развојни заболувања на нервноиот систем:** дејство на штетни хемиски, физички или инфективни агенси во првата фаза од развојот на нервноиот систем, пред затворањето на невралната цевка.
  - craniorachischisis;
  - anencephalus;
  - encephalocela;
  - спина бифида.
- **Стекнати енцефалопати и повреди на нервноиот систем:** доцни пренатални, перинатални и рани постнатални акциденти.
  - церебрална парализа;
  - керниктерус;
  - перинатални трауми на периферните нерви.
- **Херододегенеративни заболувања:** прогресивно губење на постигнатите интелектуални, моторни и сензорни функции, најчесто генетски предизвикани.
  - латерална амиотрофична склероза;
  - перонеална мускулна атрофија.
- **Демиелинизирачки заболувања со склеротични дифузни промени во белиот маса на ЦНС:** декомпензација на миелинот во ЦНС, што доведува до појава на демиелинизација. Предизвикани мултифакториелно, со поставен акцент на имунолошкиот фактор.
  - мултипна склероза.
- **Трауматски повреди на главата и ЦНС:** фрактури, контузии, лацерации, крварења.
- **Церебралноваскуларни заболувања и акциденти**
  - интракранијална хеморагија;
  - васкуларни оклузии.
- **Невромускулни заболувања**
  - миопатии

- ✓ прогресивна мускулна дистрофија
- невропатии
  - ✓ спинална мускулна атрофија;
  - ✓ myasthenia gravis.

## 1.2 ПОЛОВ РАЗВОЈ

Половиот развој е мултидимензионален процес директно поврзан со основните човекови потреби да биде сакан и прифатен, да дава и да добива љубов, да се чувствува вреден и атрактивен, да споделува мисли и чувства (35).

- Дали сте се соочиле со проблем кога некое од децата за кои се грижите ги соблекува алиштата?
- Дали некогаш сте се запрашале или замислиле дали вашето дете е премногу заинтересирано за полот?
- Дали сте изненадени кога децата за кои се грижите применуваат сленг за интимните делови од телото или за телесните функции?

Не сте единствени, половиот развој може да биде збунувачки и непријатен и за децата и за возрасните. Понекогаш возрасните се прашуваат дали нивното дете има нормално сексуално однесување, тие сакаат да го информираат детето, но не и да му дадат премногу информации (36).

Возрасните често имаат различни морални вредности и почитуваат различни принципи и начела, но постојат некои работи кои тие можат да ги направат и да им помогнат на децата во остварување на нормален сексуален развој. Веројатно еден од клучните фактори за правилниот сексуален развој кај децата е советувањето од родителите (37). Сексуалноста се учи и се обликува со искуството, што значи дека неопходно е возрасните да разберат дека постои разлика помеѓу детското и возрасното разбирање и гледање на сексот и сексуалноста. Често пати се случува, она што возрасните погрешно ќе го интерпретираат како сексуално однесување, всушност да претставува фаза на емоционална експитација или сензорно возбудување кај детето, што од своја страна не е сексуално (38).

Сите деца без разлика дали имаат или немаат инвалидност, се социјални и сексуални суштества од моментот на раѓањето, и како растат и стануваат адолесценти, нивните тела физички созреваат и тие искусуваат мноштво на социјални и сексуални чувства и потреби (39).

Кај децата уште од раѓање се појавуваат сексуални чувства, малите машки бебиња може да доживеат ерекција, додека и машките и девојчињата чувствуваат задоволство при допирање на половите области од сопственото тело (40). Покрај тоа што секое дете е индивидуален случај и се развива на својствен начин, сепак постојат одредени фази кои се карактеристични за половиот развој на децата. Ериксон посочува на пет стадиуми во половиот развој кај децата (41).

- ❖ **Орално-сензорен с̄тадиум:** доверба ↔ недоверба (0-1 година)
- ❖ **Мускулно-анален с̄тадиум:** автономност ↔ срам и сомнеж (1-3 год.)
- ❖ **Локомоџорен ģениџален с̄тадиум:** иницијатива ↔ вина (3-5 год.)
- ❖ **С̄тадиум на лаџенџија:** според Фројд ова е стадиум на либидална неактивност, децата преферираат други активности пред половите, зачестени се интеракции меѓу исти полови (6-11 години).
- ❖ **Адолесценџен с̄тадиум:** според Фројд ова е т.н генитален стадиум, кога пубертетот ги буди гениталиите, во фокусот повторно се јавува либидална енергија и хетеросексуален интерес (од 11 год. до крајот на адолесценџијата).

Секоја фаза од половиот развој кај децата се одликува со одредени карактеристики, во склад со возраста и созреаноста на детето. Со оглед на тоа што половиот развој кај лицата со инвалидност го следи истиот развоен тек, се разбира со одредени отстапки во склад со видот на инвалидноста, ќе биде посочен генерален модел на полов развој кај децата (табела 4), (42-48).

Табела 4. Карактеристики на половиот развој кај децата

Возраст	Карактеристики
<b>Пренатален период</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Машки фетус: рефлексна ерекција во утерусот</li> <li>• Постои евиденџија за авто-стимулација на гениталиите</li> </ul>
<b>2 месеци</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Генитална ерекција кај момчињата</li> </ul>
<b>9-12 месеци</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Игра со гениталиите додека се разголени</li> <li>• Почетоци на мастурбација</li> <li>• Сакаат да ги пресоблечат кога се мокри</li> <li>• Девојчињата го гледаат негувателот и се смеат додека уринираат</li> </ul>
<b>1 година</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изразување на емоџии кон негувателот, гушкање и покажување на емоџии кон куклите и мечињата</li> </ul>

<p><b>2 години</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бакнување за добра ноќ</li> <li>• Одбивност да одат во туѓ, непознат тоалет</li> <li>• Свест за сопствените гениталии, играње со нив додека се разголени</li> <li>• Појава на интерес за физичките разлики помеѓу половите</li> <li>• Интерес за различни позиции на уринирање, желба за набљудување на други лица додека се во тоалет</li> </ul>
<p><b>3 години</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зборуваат за физичките разлики помеѓу половите и разликите во положбите за уринирање</li> <li>• Девојчињата може да пробаат да уринираат стоејќи</li> <li>• Интерес за сопствените гениталии, ги покажуваат и пипкаат</li> <li>• Сакаат да ги гледаат и допираат возрасните</li> <li>• Сакаат да ги гледаат и да си играат со градите на мајката</li> <li>• Допирање и триење на гениталиите, особено кога се вознемирени или пред спиење</li> <li>• Ритмичен рокинг во кревет, заради генитална стимулација</li> <li>• Мастурбација на јавни места</li> <li>• Примена на вулгарни зборови и шеги</li> </ul>
<p><b>4 години</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Развиена телесна шема до свесност за папокот</li> <li>• Во стресни ситуации може да почне да ги допира гениталиите и да чувствува потреба за мокрење</li> <li>• Може да игра игри со покажување на сопствените гениталии пред други деца или да уринира пред други деца</li> <li>• Заинтересираност и тајно набљудување додека други се во тоалет или се пресоблекуваат</li> <li>• Настојува на поголема приватност при пресоблекување и вршење на тоалета</li> <li>• Мастурбација (мануелна, без пенетрација на прсти или предмети), но без никој да ги види</li> <li>• Меѓусебно испитување на деловите од телото кај децата (игри на доктор и пациент или мајка дете)</li> </ul>

<b>5 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заинтересираност за бременост и доење</li> <li>• Емитира постоење на сексуален чин, со мимика и гласови</li> <li>• Свест за гениталиите и разликите помеѓу машките и девојчињата, намален интерес за анатомските разлики</li> <li>• Мастурбација / генитална манипулација</li> <li>• Помал интерес за половите игри и за непознати тоалети</li> <li>• Поголема скромност, помало експонирање на себеси</li> </ul>
<b>6 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интерес и свест за разликите помеѓу половите</li> <li>• Девојчињата може да ставаат предмети меѓу нозете, симулирајќи дека имаат машки полов орган</li> <li>• Момчињата и девојчињата ќе го истражуваат спротивниот пол (преку игри на улоги)</li> <li>• Може да ги покажува гениталиите на други и остро да реагира на укорот од возрасните</li> <li>• Постои љубопитност за разголени возрасни, но не на нападен наин</li> <li>• Момчињата организираат натпревар за тоа кој посилено „дофрла“ кога уринира</li> </ul>
<b>7 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заинтересираност за бременоста и актот на раѓање</li> <li>• Судир со спротивниот пол</li> <li>• Помала заинтересираност за истражување на половите карактеристики</li> <li>• Може да разбере дека бебињата настануваат од две семиња</li> <li>• Покажува негативност за спроведување на тоалета</li> <li>• Може да прави разлика помеѓу сексуално и несексуално допирање</li> <li>• Може да применува сексуални термини без да ги разбира</li> <li>• Спорадична мастурбација</li> <li>• Има познавање за социјалните и половите односи меѓу луѓето</li> <li>• Девојчињата стануваат поблиски со мајките, момчињата со татковците</li> </ul>
<b>8 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Има повеќе познавања за физиологијата и начинот на кој функционира телото</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Може да го разбере чинот дека бебето расте и се развива во телото на мајката</li> <li>• Поголема заинтересираност за половите разлики, но намалена истражувачка игра</li> <li>• Интерес за вулгарни шеги</li> <li>• Изговара или пишува вулгарни зборови</li> <li>• Заинтересираност за гледање на филмови и телевизија со еротски сцени</li> <li>• Поставува многу интригантни прашања, сакајќи точен одговор</li> <li>• Сака да гледа слики со голотија</li> <li>• Поголема заинтересираност кај девојчињата за бременост и концепција</li> </ul>
<b>9 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зголемена свест за својата сексуалност</li> <li>• Повеќето имаат знаења за менструален циклус</li> <li>• Може да дискутираат и да разменуваат информации за сексуални односи меѓу луѓето, со врсниците или постари претставници од својот пол</li> <li>• Зближување меѓу спротивни полови, пишување љубовни песни, љубовни зарекувања</li> <li>• Кај некои почнуваат полови промени</li> <li>• Разгледува списанија, магазини, книги каде е опфатена тематика за сексуално однесување и голотија</li> <li>• Држење за рака, гушкање</li> </ul>
<b>10 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повеќето знаат за сексуални односи</li> <li>• Лесна незаинтересираност за спротивниот пол</li> <li>• Девојките почнуваат да покажуваат знаци на полово созревање (облини)</li> <li>• Нема полово/сексуална матурација кај машките</li> <li>• Девојчињата се по свесни за сексот и полот од момчињата, но не го произнесуваат тоа јавно</li> <li>• Кај некои почнува пубертет и појава на влажни соништа</li> <li>• Дискретна мастурбација</li> </ul>
<b>11 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Може да го разберат пренаталниот развој</li> <li>• На сексуалниот однос гледаат со гадење</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заинтересирани се за тоа како семињата од мајката и таткото се спојуваат и имплантираат во мајката</li> <li>• Момчињата се заинтересирани за вулгарни шеги и копулација (полово соединување) меѓу животните</li> <li>• Момчињата искусуваат бројни ерекции</li> <li>• Девојчињата се свесни за промените во своето тело</li> <li>• Се појавува срам од телесните промени што настануваат</li> <li>• Споредба во телесниот развој со врсниците</li> </ul>
<b>12 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постои свест дека сексуален однос не е исто што и зачнување</li> <li>• Девојчињата постепено се опуштаат да зборуваат за сексот</li> <li>• Девојчињата постепено почнуваат да ги истакнуваат своите биолошки промени</li> <li>• Момчињата покажуваат зголемен интерес за сексуалните односи, постојано барајќи информации</li> <li>• Гледаат еротски магазини, списанија, филмови</li> <li>• Честа е ерекција и мастурбација кај момчињата (интимно, без знаење на други) како резултат на еротски и не еротски стимулации</li> <li>• Често е триење на гениталии кај момчињата</li> <li>• Почнуваат момче-девојче социјални врски: флертување, држење за рака, бакнување</li> <li>• Момче-девојче сексуално истражување се спроведува само меѓу врсници</li> <li>• Кај некои се јавуваат сексуални фантазии</li> </ul>
<b>13-17 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проценки и истражувања на сопственото тело</li> <li>• Ограничени состаноци и интимност</li> <li>• Зголемена загриженост за физичкиот изглед</li> <li>• Хормонални промени</li> <li>• Менструален циклус</li> <li>• Конфузија околу идентитетот</li> <li>• Страв во врските момче-девојче</li> <li>• Сомнежи околу сексуалноста</li> <li>• Страв од бременост</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Употреба на сексуален речник</li> <li>• Разговор за сексуалните чинови помеѓу врсниците</li> <li>• Мастурбација и можност за ејакулација (индивидуално или со врсници групно)</li> <li>• се постигнува поголема контрола при само-стимулирање</li> <li>• Меѓусебно пипкање</li> <li>• егзибиционизам</li> <li>• Генитално триење меѓу момчиња и девојчиња без пенетрација</li> <li>• Петинг</li> <li>• Мултипни врски момче-девојче</li> </ul>
<b>17-20 години</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одредување на половиот идентитет</li> <li>• Искуство на вљубување</li> <li>• Формирање на стабилни врски</li> <li>• Постигнување интимност со партнерот</li> <li>• Супериорност на индивидуата како партнер</li> <li>• Може да се појави обид за експериментирање со хомосексуални врски и сексуални активности.</li> </ul>

Детето со инвалидност ќе стане свесно за својата сексуалност на ист начин како и детето без инвалидност, преку телевизија, кино, разговори, магазини. Но многу често нивното социјално однесување е повеќе надгледувано и контролирано за разлика од децата без инвалидност и нивното сексуално однесување и експресији ќе бидат обесхрабрани, со што може да се предизвика нарушување на сексуалниот (полов) развој (39). Социјалните и психосоцијалните бариери може да бидат поголема препрека за нормално адолесцентно сексуално развивање отколку самата инвалидност, бидејќи раните социјални искуства играат критична улога во социо-половиот развој кај децата и адолесцентите (49).

Во зависност од начинот на сексуалното-полово однесување децата можат да се поделат во 4 групи (42):

- **Група 1- Нормално сексуално однесување:** нормалната полова игра се карактеризира по нејзината доброволна природа. Децата се на приближна возраст и големина и најчесто се другари. Играта е искрена и спонтанa, раскикотена, децата се чувствуваат засрамени доколку ги откријат и по налог на возрасните ќе престанат со таквото однесување. Оваа група

опфаќа широк спектар на однесување, кај некои деца повеќе, а кај некои помалку изразено. Ваквото сексуално однесување ќе се зголеми и зачести ако родителите им дозволуваат на децата да гледаат еротски сцени на медиумите.

- **Група 2- Сексуално реактивни деца:** детето не може да се справи со асоцираните емоции и сексуалното однесување го гледа како начин на кој ќе се соочи со конфузијата. Овие деца манифестираат поизразено сексуално однесување од своите врстници.
- **Група 3- Сексуално таинствени деца:** за мал број на деца, сексуалното однесување може да стане норма. Го сфаќаат како начин за изразување на себеси. Некои деца се обидуваат да се впуштат во сексуално однесување, тие се таинствени и тоа го користат за стекнување на пријатели. Тие можат добро да покажат широк спектар на возрастно сексуално однесување.
- **Група 4- Деца кои злоупотребуваат други деца:** децата кои биле злоупотребени, може да злоупотребат други деца. Имаат мноштво на бихевиорални проблеми, не се способни да ги совладаат и не се како останатите просечни деца. Во надворешниот свет опстојуваат како физички и сексуално агресивни, на кои им е потребна посебна помош во надминување на проблематичното однесување.

Друга класификација, половото однесување го сврстува во три категории (50):

- **Категорија 1- предвремено сексуално однесување:** вклучува однесување, како што е орално-генитален контакт, или сексуален однос помеѓу пре-адолесценти, без евиденција на сила или принуда. Ова однесување може да претставува привремен, несоцијализиран одговор на виктимизација или одговор на изложеност на сексуално експлицитно однесување. Кај оваа група со текот на времето може да произлезе потреба од посебен третман од страна на стручни лица.
- **Категорија 2- несоодветно сексуално однесување:** вклучува постојана и јавна мастурбација, екстреман интерес или преокупација со сексуални содржини и високо сексуално однесување или игра. Овие деца може да се наоѓаат во напреден процес на развивање на девијантно сексуално однесување. Интервенцијата кај овие деца зависи од фреквенцијата, константноста и последиците од однесувањето.
- **Категорија 3- принудено сексуално однесување:** се однесува на сексуален акт каде има примена на сила или нескладност-диспропорција во

старосната граница и големината. Овие деца може да се впуштат во агресивно сексуално однесување, во комбинација со други облици на социјално-аберантно однесување. Сексуалното однесување е повеќе рефлексивна на гнев и судир, отколку на потрага по благодарност.

Под проблематично полово однесување кај децата се подразбира: далеку надминато, истражувачко сексуално однесување, надвор од рамките на нормалните развојни сексуални активности, кои нормално се сретнуваат во развојот на децата (51).

Кај возрасните често доаѓа до недоразбирање и толкување на половата детска игра како абнормално сексуално однесување (45, 52, 53).

#### **Полова игра:**

- Истражувачка и спонтана;
- Се јавува повремено со взаемна согласност;
- Се сретнува меѓу деца на иста возраст, големина или развојно ниво;
- Не е проследена со страв, анксиозност или лутина;
- Се намалува кога е пренасочена од возрасните;
- Може да се контролира со зголемен надзор;

#### **Проблематично сексуално однесување:**

- Фреквентно, повторливо, компулсивно;
- Се јавува со висока фреквенција и помеѓу деца кои не се познаваат добро;
- Се сретнува меѓу деца на различна возраст, големина и развојно ниво;
- Агресивно, присилно;
- Не престанува откако на детето ќе му биде наложено;
- Претставува повреда на детето или на другите.

Одредено полово однесување кај децата може да се третира како нормално или абнормално во зависност од календарската и менталната возраст на која се наоѓа детето (Табела 5), (54).

Табела 5. Абнормално полово однесување

<b>Возраст</b>	<b>Карактеристично однесување</b>
Пред пубертет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преокупација со сексуални теми</li> <li>• Сексуална агресивност</li> <li>• Отворен сексуален разговор со врстници</li> </ul>

<p>Потребна итна интервенција</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сексуални графити или цртежи со кои влијае врз другите</li> <li>• Сексуални навестувања, со кои ги задева другите</li> <li>• Преокупација со мастурбација</li> <li>• Меѓусебна мастурбација</li> <li>• Стимулација или општење со кукли</li> <li>• <b>Принуда на покажување на гениталии кај други</b></li> <li>• <b>Орална, вагинална или анална пенетрација со кукли, животни или други деца</b></li> <li>• <b>Симулирање на општење со врсници</b></li> </ul>
<p>Потребна итна интервенција</p>	<p>После пубертет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сексуална преокупација, која влијае врз дневните активности</li> <li>• Интерес за порнографија</li> <li>• Полигамо општење</li> <li>• Насилство врз другите</li> <li>• Воајерство</li> <li>• <b>Воајерство, егзибиционизам, сексуално вознемирување, вулгарни телефонски повици</b></li> <li>• <b>Полов контакт со значително помали лица</b></li> <li>• <b>Присилен полов контакт или пенетрација</b></li> <li>• <b>Повреда на гениталиите кај други</b></li> </ul>

### 1.2.1 Влијание на инвалидноста врз сексуалноста

Во светот живеат околу 10% или 650 милиони луѓе со инвалидност, чие сексуално и репродуктивно здравје е запоставено. Адолесцентите и возрасните со инвалидност, како и своите врсници без инвалидност се сексуално активни и имаат потреба да научат за сексуалноста и одговорностите што треба да ги сносат при истражувањето и искусувањето на сопствената сексуалност (55).

Како што беше споменато, во склад со видот и степенот на инвалидноста може да се појават извесни отстапки во половиот развој, т.е половата матурација кај децата со инвалидност може да се карактеризира со одредени разлики.

⇒ Претходно беше спомнато дека доенчињата имаат вродена способност за возбудување и оргазам и дека правилниот полов развој во голема мера зависи од раните социјалните интеракции. Особен придонес за нормален полов развој има искуството на цицање и нишкање во доенечкиот период.

- Кај доенчињата со инвалидност, како резултат на сложените медицински потреби, често доаѓа до ограничување на ваквите искуства, што од своја страна може да придонесе за забавен социо-сексуален развој (56, 57).
- ⇒ Во склад со нивото на привразност за родителите и стимулациите, децата со инвалидност може да демонстрираат забавеност на процесот на распознавање на телесните од останатите сензации, забавеност во распознавањето на делови од телото и во започнувањето на гениталните, полови игри (58).
  - ⇒ Кај некои од децата со инвалидност тоалетниот тренинг започнува подоцна и трае подолг период, што пак предизвикува подоцнежнo осамостојување на детето. Како последица се јавува тешкотија во разликување на (сексуалните) половите од неполовите делови од телото и овие деца потешко сфаќаат дека телото е нивна лична сопственост (59, 60).
  - ⇒ Во предучилишниот период и раните училишни години, некои деца со инвалидност покажуваат помала љубопитност за половиот развој од своите врстници, но и кога ќе ја покажат таа е поттисната од возрасните, па тие често може да манифестираат несоодветно полово однесување, како резултат на неразликувањето на јавни и приватни места и активности (56).
  - ⇒ Во општата популација пубертетот генерално започнува на 8.5 години и завршува околу 13-та година за девојчињата, а за машките почнува околу 9-та и завршува во 14-та година. Кај децата со церебрална парализа пубертетот има тенденција да започне порано и да заврши подоцна, што е случај и со девојчињата со Down синдром. Како средна возраст за започнување на менструалниот циклус кај девојчиња со церебрална парализа е земена возраста од 14 години, за разлика од општата популација, каде како средна возраст се смета 12.5 години, додека пак кај девојчињата со Prader-Labhart-Willi синдром има најчесто комплетно отсуство на менструален циклус (61, 62, 63).
  - ⇒ Иако идиопатскиот преран пубертет (pubertas praecox) се сретнува со инциденција 1 на 1000 девојчиња, кај децата со невро-развојни растројства се забележува 20 пати почесто, а 20% од вкупната преваленција, се сретнува кај девојчињата со спина бифида (64, 65).
  - ⇒ Отстапките во однос на пубертетот се јавуваат кај лицата чија инвалидност е конгенитална или генетска (56)

За некои луѓе со инвалидност прашањето за телесно владеење може да го ограничи нивниот поглед за себеси како сексуални суштества. Некој на кого му е потребна константна помош при облекување и соблекување, одржување на тоалета и континенција, често пати може да западне во состојба кога своето тело не го перцепира како лична сопственост. Со текот на времето, како што се спроведуваат задачи за да му се помогне на долниот дел од телото, а не самиот дел да учествува во одредена активност, на долната половина од телото почнува да се гледа како на засебен ентитет, кој е во сопственост на секој што доаѓа на помош и учествува во извршување на секојдневните животни обврски (66).

Современиот свет идеализирал претстава за тоа како треба да изгледа жената, а како мажот. Лицето со инвалидност може да се почувствува неатрактивно и помалку вредно, само како резултат на неможнота да се достигне идеализираната замисла (54).

Сексуалноста кај личноста почесто е афецирана од физичката инвалидност (пр: лицата со спинална повреда се соочуваат со проблем на редуцирани сексуални сензации). Во поглед на плодноста и способноста за фертилизација, проблеми и консеквенци од инвалидноста во поголема мера се забележуваат кај машката популација. Жените со инвалидност, генерално се фертилни како и жените без инвалидност, додека машките не ретко се соочуваат со импотенција (пр: мултипла склероза). Поради стигмата и дискриминацијата, како и тешката пристапност до инфолативните центри, особено оние за сексуално и репродуктивно здравје, многу лица со инвалидност се скусени од можноста да основаат свое семејство. Митот кој посочува на фактот дека лицата со инвалидност секогаш имаат и деца со инвалидност е резултат на недоволно познавање на вистината. Генетските растројства се сретнуваат во мал број на инвалидности, а може да се јават и кај фенотипски здрави родители (55).

### **1.3 ПОЛОВА ЕДУКАЦИЈА**

Според **СИЕЦУС (Sexuality Information and Education Council of the United States- Совет на Обединетите Нации за сексуално информирање и едукација)** половата-сексуална едукација се дефинира како долгогодишен процес на стекнување на информации и формирање на начини на однесување, верувања и вредности (67).

Сите деца имаат потреба да стекнат знаења за своето тело и начинот на кој тоа функционира. Исто така неопходно е да ги запознаат правилата на општеството во кое живеат, да разберат што е прифатливо, а што неприфатливо



однесување. Со оглед на тоа што претходно беше споменато, дека инвалидноста не ги исклучува половите емоции, потреби и способности, овие деца како и нивните врстници треба навремено да се запознаат со промените кои ќе се случуваат со нивното тело во рамките на пубертетот, како и со сложениот наплив на емоции (68).

- Што значи спроведување на полова-сексуална едукација?
- Какви информации треба да им се дадат на децата и младите?
- Кои цели треба да ги постигнат родителите, негувателите, стручните лица во процесот на полова едукација?

Половата едукација е сложен процес, кој во себе треба да опфати многу работи, не задржувајќи се само на основните информации за животот, репродукцијата и сексуалните односи. Опсежната полова едукација во себе ги вклучува биолошките, социокултурните, психолошките и спиритуалните димензии на сексуалноста (69). Од наведеното може да се издиференцираат основните цели на половата едукација (70):

- **Обезбедување на информации:** сите луѓе имаат право да се здобијат со информации за хуманиот раст и развој, репродукција, анатомија и физиологија на гениталниот систем, мастурбација, полови игри, семеен живот, полого-преносливи болести и сл.
- **Развој на вредносџи:** половата едукација им овозможува на младите луѓе да прашуваат, истражуваат, да проценуваат вредности и начини на однесување, што пак ќе им помогне да ги разберат семејните, религиските, културните морални начела и принципи и да оформат свои вредности.
- **Развој на инџерџерсонални сџоспособносџи:** половата едукација ќе им помогне на младите луѓе да развијат способности за комуникација, да стекнат самодоверба, самостојност и да изградуваат здрави и цврсти односи.
- **Развој на одгџорносџи:** со оваа едукација младите формираат концепти на одговорност и самите стануваат поодговорни во рамките на сексуалните односи.

Често пати се поставуваат прашања во однос на тоа кога треба да се започне со полова едукација и кој треба да ја спроведува. Половата едукација треба да започне што е можно порано, пред детето да навлезе во пубертет и да развие свои модели на полого однесување, но да биде во склад со календарската

возраст и ментална зрелост на детето. Едукацијата започнува во рамките на семејството преку разговори со родителите уште од најрана возраст и продолжува во пубертетот и адолесценцијата. Од непроценлива важност е родителите да ги согледаат своите лични чувства, ставови и гледишта кои се однесуваат на сексуалноста и лицата со инвалидност, бидејќи голем број на родители и старатели сакајќи да ги заштитат своите деца, несвесно ги оставаат во информативен мрак и на тој начин многу повеќе ги изложуваат на ризик. Причините поради кои родителите често избегнуваат да се соочат со проблемот на половата едукација, монгу истражувачи ги изнаоѓаат во:

- **Процесот на полова едукација на самиот родител** (некои родители немаат доволно познавања за овој тип на едукација);
- **Возраст или генерација на родителите** (ставот на родителите кон половата едукација, вообичаено е одраз на ставот на општеството од периодот кога родителот бил дете);
- **Приспајаност до извори на информации и поддршка;**
- **Видот и степенот на инвалидноста на детето.**

Како детето созрева изворот на информации континуирано се продлабочува, постојано се стекнуваат знаења следејќи ги медиумите, но и во рамките на училиштето (71, 72).

Во однос на полова-сексуална едукација во Европа државите може да се класифицираат во три категории (табела 6), (73):

Табела 6. Категории на земји во Европа во зависност од степенот на полова едукација

Категорија	Степен на полова едукација	Држави
<b>I категорија</b>	Во оваа група се оние земји во кои многу одамна, веднаш по Втората Светска војна се воведени првите програми за сексуална едукација.	Финска (1948)
		Исланд (1950)
		Шведска (1956)
		Норвешка, Данска, Белгија, Холандија
<b>II категорија</b>	Оваа група земји се оние во	Австрија, Франција,

	кои има некој вид на организирана сексуална едукација, но не е како посебен предмет, туку во рамките на некоја поширока наставна програма.	Германија, Велика Британија, Чешка, Словачка, Унгарија, Полска, Словенија, Шпанија
<b>III категорија</b>	Земји каде отпорот на верските установи и конзервативните кругови е сè уште многу голем, каде сексот сè уште претставува табу тема.	Грција, Бугарија, Романија, Земјите од поранешна Југославија, Албанија, Италија, Португалија, Русија

### 1.3.1 Развој на адекватна содржина за полова едукација

Половата едукација за лицата со инвалидност бара извесен степен на прилагодување и индивидуализација, во склад со преостанатите способности, при што како инструмент се применува курикулумот. Генерална стратегија при изработката на курикулумот за полова едукација е:

- Прилагодување на темпото и начинот на изнесување на информациите во склад со основните детски потреби;
- Водење на сметка за влијанието на инвалидноста врз развојот, учењето и сексуалната експресија при изработка на курикулумот (74).

Во склад со карактеристиките на развојните фази, Американската Академија на Педијатри и NICHCY го даваат следниот распоред на содржини (70):

- **5-8 години:** делови од тело; сличности и разлики помеѓу момчињата и девојчињата; основни податоци за репродукција и бременост; квалитети на добри односи (пријателство, љубов, комуникација, почит); донесување на одлуки и снесување на последици од донесените одлуки; основање на почетоци на социјална одговорност, вредности и морал; мастурбацијата може да е пријатна, но треба да се изведува на само; избегнување и пријавување на сексуална експлоатација.
- **8-11 години:** промени при пубертет (менструален циклус, влажни соништа, мастурбација); сексуалност како дел од целокупната личност; репродукција и бременост; важноста на вредностите при донесување на одлука;

неопходност од отворена комуникација за сексуалноста во рамките на семејството; лична грижа и хигиена, диета, вежби; телесна претстава, самопочитување; начини на контрацепција; права и одговорности за сексуалното однесување; модерни алишта и несоодветно облекување; апстиненција; избегнување и пријавување на сексуална злоупотреба; полово-преносливи болести.

- **12-18 години:** грижа за здравјето и константни контроли; сексуалноста како дел од комплетната личност; комуникација, состаноци, љубов, интимност; важноста на вредностите при однесувањето; влијанието на алкохолот и дрогата врз донесувањето на одлуките; сексуални односи и други начини на изразување на сексуалноста; репродукција, бременост, одговорности после породувањето; презервативи и заштита од болести; разговори за симптоми, превенција и ризици од злоупотреба.

### **1.3.2 Полова едукација кај лица со ментална ретардација**

Како што во повеќе наврати беше споменато, лицата со ментална ретардација имаат еднаков ранг на сексуални мисли, аспирации, чувства, однесувања, фантазии и активности како и лицата без инвалидност, ги доживуваат истите физички и хормонални промени како и своите врсници. Во многу ситуации експресијата на сексуалноста од страна на лицата со ментална ретардација, се гледала како проблем и негативно се оценувала. И покрај големиот број на случаи кога оваа категорија на луѓе била изложена на ризик од злоупотреба, несакана бременост или полово преносливи болести, половата-сексуална едукација им била оспорувана. Неопходно е на сите деца да им се даде можност да ја истражуваат, да ја уживаат и да ја изразуваат својата сексуалност на позитивни, прифатливи и здрави начини (75). Некои родители и негуватели ја избегнуваат половата едукација, сметајќи дека детето кое не знае за сексот нема да пројави желба за истражување на својата сексуалност, а пак со самата едукација кај детето ќе се поттикнат интересите и сексуална активност (76). Од друга страна пак лицата со ментална ретардација поради своите интелектуални способности и развојни карактеристики, имаат ограничени можности за стекнување на информации и проширување на знаењата преку користење на принтаните материјали и извори на податоци (72).

При половата едукација на лицата со ментална ретардација се тргнува од двата генерални проблеми со кои се соочува оваа популација (77):

- диференцијација: јавно ↔ приватно (самозадоволување или зборување на нешто интимно во јавност);
- диференцијација: туѓинец (непознат) ↔ пријател (гушкање или бакнување и отворен разговор со непознато лице).

Програмската содржина која може да се опфати во процесот на полова едукација кај ментално ретардирани лица, поделена е на две содржински целини: развивање на свест за половоста-сексуалноста и заштита на сопственото достоинство (78).

⇒ **Развивање на свест за половост:**

- Изградба на позитивен полов идентитет;
- Препознавање и именување на телесните полови обележја;
- Стекнување на темелни знаења за половиот развој;
- Разбирање на менструалниот циклус;
- Диференцирање на облиците на полово однесување и со нив поврзаните општествени норми и вредности;
- Разликување на примерно од непримерно однесување;
- Разбирање на бременоста и породувањето;
- Запознавање со целите и начините на спречување на бременоста;
- Подигнување на свеста за полово-преносливите болести;
- Разбирање на брачната улога и препознавање на елементите на добар однос;
- Разбирање на одговорноста на родителската улога.

⇒ **Заштита на сопственото достоинство:**

- Подигнување на свеста за самодостоинство;
- Препознавање на потенцијално опасни ситуации и заштита од злоупотреба.

Најдобра реализација на програмските содржини се спроведува преку мултисензорниот пристап, со примена на изворни и импровизирани нагледни материјали (78, 79, 80):

- Конкретни објекти: анатомски обликувани кукли, хигиенски средства применливи при менструален циклус (влошки, тампони), презервативи и други средства за заштита од несакана бременост.

- Аудио-визуелни средства: слики, цртежи, извадоци од книги и списанија, документарни филмови, снимки.

Постојат повеќе начини на кои се спроведува половата едукација, но резултатите се значително повисоки доколку има комбинација на методи и техники:

- вербално излагање;
- демонстрација;
- разговор со поставување и одговарање на прашања;
- поставување и разрешување на проблеми од секојдневниот живот, преку играње на улоги;
- посета на соодветни институции и разговор со стручни лица од дадена тематика
- моделирање и цртање (пр: концентрични кругови, за стекнување на претстава во однос на јавно-приватно, каде најмалиот круг е самото дете, секој нареден круг е одредена група на луѓе, почнувајќи од семејството).

### **1.3.3 Полова едукација кај лица со оштетен вид**

Општеството многу споро напредува во процесот на прифаќање на фактот дека постои неопходност за сексуална едукација на лицата со инвалидност. Верувањата дека инвалидните лица се асексуални, стравот од можното предизвикување на незадоволиви аспирации и грижата дека лицата со инвалидност нема да можат да се справат со нивната сексуалност, предизвика одложување и одбивање на спроведувањето на половата едукација кај овие лица од страна на родителите и стручниот кадар (81). Денес сè поголем е бројот на едукаторите кои го препознаваат правото на сите лица да бидат потполно сексуално информирани суштества. Потребите на децата со оштетен вид за детална полова едукација се слични како и потребите кај останатите нивни врстници, но во извесна мера и се разликуваат по своите специфики од едукацијата кај децата што имаат нормален вид или децата со друг вид на инвалидност (82).

Многу деца кои се со визуелно оштетување имаат значителни празнини и задоцнувања во нивното разбирање на социјалните и физичките аспекти на сексуалноста. Забележливи се ниско самопочитување, сиромаштво на социјални вештини, тешкотии во интерперсоналните односи, како и наивноста во врска со сексуалната анатомија и функции. Лицата со оштетување на видот немаат ист пристап до информациите за сексуалноста како останатата популација, тие не можат да учат спонтано преку обсервации, телевизиски програми, магазини, списанија, а како резултат на општествените табуа поврзани со допирањето,

оневозможен е начинот на кој тие најчесто стекнуваат некакви знаења. Интервентните стратегии треба да им помогнат на лицата од оваа категорија, да научат за сексуалната анатомија и функции, да развијат позитивен став кон нивната сексуалност, како и да развиваат вештини неопходни за формирање и одржување на општествено-прифатливи врски. Важна улога во формирањето на сликата за себе и сексуалната определба, кај лицата со визуелно оштетување имаат пораките кои ги примаат од надворешниот свет, а кои се однесуваат на нивната појавност. Начинот на кој децата се охрабрувани да играат, облеката која им се дава да ја носат, однесувањето за кое добиваат пофалби и стимулации, начинот на допир кој го чувствуваат од другите и кој им е овозможен на нив да го воспостават, како и комплиментите и забелешките кои ги добиваат се основата за формирање на позитивна или негативна слика за себе и степен на самопочитување (83).

Со оглед на тоа што тешко е да се формира претстава за сопственото тело без да се види телесниот приказ во огледало, Corn предложува примена на огледала со зголемувачка способност, во половата едукација на децата со оштетен вид, уште од најмала возраст, со цел да добијат појасна и реална претстава за својата појавност. Додека за децата кои се конгенитално слепи или подоцна останати без остаток на видот неопходно е да се применува вербален и тактилен feedback (84).

Оштетувањето на видот и неможноста за учење по визуелен пат, резултира со ограничени познавања во областа на половите улоги, модата и начинот на облекување, факторите кои влијаат на привлечноста помеѓу машките и девојчињата, тоалетната практика, различните телесни облици и големини, промени при бременост и други развојни промени. Кај овие деца исто така голем проблем претставува разбирањето на концептот на приватност, тие треба да научат кое однесување се смета за приватно-тајно, колкав степен на тајност е потребен за различен вид на активности и кои се тајни места. Честата примена на допирот, како модел на едукација и оспособување, може да предизвика десензибилизација на лицата со оштетен вид во однос на нивните чувства при допирот, а тоа пак да допринесе до поголема вулнерабилност на негативен и злоупотребувачки допир. Затоа од непроценлива важност е да им се овозможи на овие деца пракса, низ која ќе научат да разликуваат и да се одбранат од несоодветен допир, а родителите треба да им објаснат и да им посочат на ситуации во кои ќе биде потребно некој друг да ги допира по половите органи, како што се случаите при извршување на тоалета или при лекарски преглед (85).

Како најдобар модел за изучување на половите разлики и сличности Neff (1982), ја посочува природната средина од секојдневието, како што е бањање заедно со братче или сестричка или со родителите, помош на помали браќа или сестри при облекување, менување на пелени, пресоблекување на анатомски обликувани кукли. Во процесот на едукација може да се вклучи и посета на музеи, каде со допир ќе бидат согледувани скулптурите (81). Идеален метод на инструкција за децата со визуелно оштетување подразбира примена на реални објекти во комбинација со вербалниот модел, секогаш кога е возможно, но како децата растат станува непријатно и неприфатливо од пошироката заедница употребувањето на тактилниот метод за живите модели. Па како оптимално средство, покрај анатомски обликуваните кукли се користат и анатомски модели на репродуктивни органи, напречен пресек, ембриони, книги напишани со Браево писмо, електронски-вербални книги, зголемени слики за слабовидните и сл. (83).

### **1.3.4 Полова едукација кај лица со оштетен слух**

Многу деца со слушно оштетување, добиваат во многу мала мера или воопшто не добиваат сексуална едукација презентирана со знаковен јазик. Сето тоа се должи на непознавање на гестовите со кои би се означиле термините за сексуална едукација, од страна на претпоставените лица, односно само мал дел од едукаторите ги знаат и применуваат гестовите за опишување на сексуалното однесување (86). Како и кај останатите категории на инвалидност и лицата со оштетување на слухот, многу препреки треба да совладаат за да се стекнат со основните сознанија од сексуалната едукација. Тие немаат можност да учат преку разговори со своите родители, пред се затоа што и родителите имаат оскудни познавања на гестовниот јазик кој се однесува на поимите поврзани со сексуалноста. Неразбирањето на апстракните поими и тешкотиите во читањето, знаејќи дека лицата со оштетен слух читаат на пониско развојно ниво за разлика од своите врстници, ги попречува овие лица во едуцирањето преку едукативни програми на електронските медиуми или во списанијата и магазините. Цедеата кои се користат за сексуална едукација кај популацијата со нормален слух, не можат да се применуваат и кај децата со оштетен слух, тие имаат проблем при истовремено следење и читање на говорот од устата на презентерот и следење на дадените прикази, кои се објаснуваат. Многу студии покажале дека децата со аудитивно оштетување во значително помала мера знаат да именуваат интерни делови од телото, репродуктивни органи, психофизички промени кои се случуваат во различни фази од животот. Освен примената на материјалите и методите кои



се споменаа во претходните категории на инвалидност, за децата со оштетен слух од голема корист во совладување на градивото, ќе биде употребата на едукативни програми каде во склад со способностите на самите деца, ќе биде обработена тематиката за сексуалноста (67).

⇒ Примена на видеозаписи, каде сите содржини треба да бидат прво презентирани со знаковен јазик, со кој глувата популација се служи во секојдневниот живот, а секоја презентирана содржина да биде дополнително претставена со соодветна слика, цртеж, дијаграм, видео приказ. При тоа во склад со претходно наведените карактеристики на личноста на глувото дете, треба да се внимава да нема истовремено прикажување на визуелниот материјал и толкување од страна на презентерот.

⇒ Примена на сликовници, вежбанки и друг принтан материјал, каде сите содржини ќе бидат објаснети на стил кој е разбирлив за оваа категорија на лица без голема примена на апстрактни поими или доколку е неопходна нивната примена, да биде поткрепена со детални слики кои ќе ги објаснат.

Уште во 1971 година, во склад со годишните наоди од тестирањето на децата со слушно оштетување на возраст од 11 години, со примена на субтестови од Станфордскиот тест на способности (Stanford Achievement Test), беше предложен следниот курикулум, поделен во осум поглавја, а кој се однесува на сексуалната едукација (87):

1. Промени што се случуваат кај адолесцентите;
2. Машки репродуктивни органи;
3. Женски репродуктивни органи;
4. Сексуални односи и контрацепција;
5. Менструација;
6. Санитарни препарати, кои се применуваат при менструален циклус;
7. Влажни соништа и мастурбација;
8. Чувства (со оглед на тоа што во адолесцентниот период има појава на најразлични чувства и расположенија).

А во поново време овој курикулум беше дополнет со уште две поглавја, кои се однесуваат на одржување на половото здравје и заштита од сексуално преносливи болести и превенција на сексуална злоупотреба (86).

### 1.3.5 Полова едукација кај телесно инвалидни лица

Еден од основните проблеми со кои се соочуваат лицата со телесна инвалидност, е прифаќањето на сопствениот физички изглед онаков, каков што е, различен од изгледот на општата популација. Често кај оваа категорија на лица се забележува (88):

- ✓ Негативен став кон сопственото тело;
- ✓ Верување дека другите луѓе нив ги прецепираат како грди;
- ✓ Не чувствуваат потреба и гордост за својата сексуалност;
- ✓ Имаат проблем во справувањето со начинот на кој треба да бидат сексуални;
- ✓ Не мислат за себе дека се сексуални суштества;
- ✓ Често одбиваат да остварат полови врски.

Телесната инвалидност претставува комплексен проблем, кој се манифестира на различни начини и се одликува со најразлични карактеристики. Во зависност од преостанатите способности на лицето се телесна инвалидност треба да се прилагодат содржините и методите на полова едукација. Врз основа на веќе споменатото, неопходно е пред да се започне со реализирање на конкретните содржини од областа на половата едукација кои во повеќе наврати беа споменати кај претходните категории на инвалидност, на овие лица да им се помогне во изградбата на позитивен став и прифаќање на својата физичка појавност. На децата, адолесцентите и возрасните со различен вид и степен на телесна инвалидност неопходно е да им се објасни дека нашите тела се само дел од она што ние всушност претставуваме, дека се појавуваат во различни облици и големини и дека постојат многу други работи кои не прават привлечни и атрактивни за околината.

- Треба детално и комплетно да се запознаат со градбата и функциите на целото тело, вклучувајќи ги и репродуктивните органи;
- Да се поттикнат да допираат различни делови од сопственото тело, се со цел да доживеат различни физички и емоционални сензации при допирање на одделни регии од телото;
- Им се дава идеја да направат листа на сите работи кои тие ги сакаат на себе и листа на работи кои другите луѓе ги забележуваат и ги сакаат кај нив, со цел да се предизвика зголемување на самопочитта кај телесно инвалидното лице.

## 1.4 СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА

### 1.4.1 Поим за сексуална злоупотреба

Во литературата се сретнуваат различни пристапи и сфаќања на сексуалното насилство, па оттаму и различни дефиниции. Во поширока смисла на зборот **сексуално насилство** подразбира секаков вид на вербален, гестовен или физички контакт со сексуална содржина најмалку помеѓу две лица од било кој пол, кој може да се степенува од праќање на наједноставни сексуални пораки, ласкави зборови, приказни и сексуални понуди, па се до нагласено покажување на сексуални симболи, пипкање, обид или остварен сексуален контакт и силување, доколку е резултат на неволев, непосакувн и неприфатен став од страна на било кој учесник во овие односи. Во потесна смисла на зборот сексуално насилство означува секаков вид на задоволување на сексуалните потреби и нагони со примена на физичка, психичка или некаков друг вид на сила или надмоќ (89)

Според **ЕАСПД (European Association of Service Providers for People with Disabilities- Европска асоцијација на сервисни провајдери за лица со инвалидност)** терминот „сексуална злоупотреба“ го вклучува секој чин на сексуално насилство или не посакуван сексуален контакт, вклучувајќи го сексот за кој некој не може да даде согласност (90).

Под терминот сексуален чин, поконкретно се подразбира:

- Да се биде допиран или милуван (на гради, бутини, задник, гениталии), без разлика дали жртвата е соблечена или облечена;
- Мастурбација врз или покрај личноста;
- Пенетрација, вагинална или анална;
- Силување или сексуален напад;
- Гледање на порнографски снимки и
- Сексуален/вulgарен или непристоен коментар.

Правната и правно медицинската дефиниција на сексуалната злоупотреба е многу едноставна и според нив сексуалната злоупотреба или уште меѓу народот попознато како силување се дефинира како полов акт изведен присилно, против желбата на еден од партнерите. Притоа, најчести се случаите кога насилството го врши машко лице над лице од спротивен пол. Самиот збор силување во себе го содржи поимот „сила“ со што е објаснет начинот на вршење на сексуалниот акт.

Силувањето е акт што е наполно завршен. Доколку актот е прекинат од какви било причини или недовршен, во тој случај станува збор за обид за силување. Сексуалната злоупотреба е специјална форма на атентат врз човечкиот

организам, атентат на неговата гордост и достоинство, атентат врз неговата срамежливост, чија особена психологија се состои во врската помеѓу два партнери меѓу кои не постои никакво позитивно чувство или премолчена согласност. Тука нема емотивен контакт меѓу партнерите. Актот на сексуална злоупотреба е такво злодело што би требало да се вбројува во најнецивилизираните човечки постапки. Сексуалната злоупотреба не само што претставува кривично дело против достоинството на личноста и моралот, туку треба да се прифати и како основа од која најверојатно ќе се изродат длабоки психички промени кај силуваната личност, со што таа долго време ќе биде принудена да живее. Ова особено важи ако станува збор за лице во пубертет и раната младост, лица на одреден степен на социокултурен развој (91).

Во стручната литература често пати се прави разлика помеѓу „сексуална злоупотреба“ и „сексуален напад“, каде сексуалниот напад се дефинира како злодело на насилство, бес, моќ и контрола, при што сексот се употребува како оружје против жртвата, додека пак сексуалната злоупотреба е слична на нападот, но претставува модел на насилно сексуално однесување, кое може да варира во границите од несоодветно допирање до силување. Како основна разлика помеѓу нападот и злоупотребата се споменува тоа што нападот претставува само една епизода, но злоупотребата се случува континуирано (92).

#### **1.4.2 Феноменологија на сексуалната делинквенција**

Типологијата на сексуалната делинквенција денес е сосема поинаква од онаа на почетокот на XX век, најмногу затоа што е сосема поинакво гледањето на општеството на овој вид на кривични дела.

Во однос на возраста на жртвата сексуалната делинквенција може да се подели во две основни групи, сексуална делинквенција врз деца и сексуална делинквенција врз возрасни (93).

Покрај наведената, постои и една генерална поделба на сексуалната делинквенција (94):

- **Дейска сексуална злоупотреба:** сексуална злоупотреба на деца од страна на возрасни, други постари деца или врсници, кои доминираат и контролираат преку сексуалната активност. Може да биде извршена од непознати лица, но најчесто е спроведувана од возрасни или деца кои имаат доверлива улога во животот на жртвата.
- **Инцест:** најчеста форма на детска сексуална злоупотреба. Сексуална злоупотреба на деца од страна на други членови на семејството,

вклучувајќи ги и родителите, сурогатни родители, браќа и сестри, како и други поблиски или подалечни роднини.

- **Вознемирување:** сексуалната злоупотреба опфаќа сексуална стимулација на телото и гениталиите, вклучувајќи и пенетрација.
- **Силување од нејознај:** експресија на насилство, гнев и сила при нападот на жртвата, може но не мора да опфати пенетрација.
- **Сексуална злоупотреба од страна на јознајо лице:** не мора да има примена на насилство, најчесто вреник или партнер на жртвата.
- **Силување во рамките на браќој.**
- **Сексуален напад:** физички напад врз половите предели на жртвата, со многу честа примена на сила.
- **Еџибизионизам:** покажување на разголено тело или делови од тело, со цел да се шокира, интимизира или сексуално побуди жртвата.
- **Нудизам:** парадирање без облека низ домот во присуство на сите или некои од другите членови на семејството.
- **Војеризам:** нарушување на приватноста на жртвата, тајно или јавно, со цел да се доживее сексуално задоволство.
- **Разголување:** возрасниот се разголува пред деца, само во ситуации кога ќе се најде сам со нив.
- **Милување:** возрасниот ги милува детските гради, абдомен, генитални предели. Можно е милување од страна на детето по налог на возрасниот.
- **Масџурбација**
- **Ојсесивни џелефонско јовици:** константно нарушување на приватноста на жртвата преку оставање на пораки со сексуална содржина или јавување на телефон.
- **Сексуална експлојација:** објективизирање на жртвата и користење на нејзини сексуални услуги или активности и порнографски материјали за да се постигне сексуално задоволување или заработка на пари.

Во поново време како вид на сексуална злоупотреба се сретнува *cyber-сексуална злоупотреба* или *on-line сексуална злоупотреба*. Овој тип на злоупотреба всушност подразбира ситуација кога адолесценти или возрасни вклучуваат деца во on-line конверзации со различен степен на сексуално изразување, каде основната цел е обезбедување на жртва со која ќе остварат реално сексуално задоволување (95). Злоупотребувачот најчесто се наоѓа во јавни интернет-кафеа, создава лик кој одговара на возрасната категорија која најчесто

го посетува тоа или блиските интернет-кафеа и чека на својата жртва, барајќи ја преку остварување на контакти со останатите корисници (96). Злоупотребата се одвива во неколку фази: I фаза, кога доаѓа до запознавање и реализирање на пријателски врски; II фаза, кога има премин од пријателска врска во партнерство, III фаза, кога се случува проценка на ризикот од страна на злоупотребувачот и низ ексклузивната фаза каде се стекнуваат повеќе сознанија за детето се доаѓа до сексуалната фаза (95).

Криминалистичката феноменологија, сексуалните деликти ги класифицира според тежината на последиците предизвикани од деликтот, и тоа на три начина (97):

1. Во првата група спаѓаат оние сексуално мотивирани кривични дела, каде што по пат на заканување, со физичко насилство или убиство, посредно или непосредно, се доживува празнење на сексуалната тензија и постигнување на полово задоволство. Овде се вбројуваат сексуално мотивирани садистички убиства настанати за време или по завршување на половиот акт, убиства без да се има полов однос, а ерекцијата и полуцијата одат по убиството. Последниот начин на задоволување на сексуалниот нагон се нарекува и некрофилија или задоволување на сексуалниот нагон со леш од спротивниот пол.
2. Во втората група на сексуално мотивирани кривични дела спаѓаат оние каде што половото насилство е вперено против несоодветни жртви, поради психичка или физичка попреченост. Тука постои психофизички несразмер помеѓу сторителот и неговата жртва (педофилни и геронтофилни жртви, телесно и душевно хендикепирани лица).
3. Во третата група се оние сексуални дела кои ги навредуваат општествените и поединечните етички чувства, а се квалификуваат како „повреда на јавниот морал“ или повреда на моралните чувства на граѓаните, (на пример, вадење и покажување на половиот орган на јавно место, онанија пред деца и млади женски лица и сл.).

### **1.4.3 Личноста на злоупотребувачот**

Иако не постои единствен профил со кој може да се опише личноста на злоупотребувачот, криминолозите и стручните лица кои се занимаваат со психологија на личноста, укажуваат на бројни фактори кои се заеднички и типични за злоупотребувачите. Сите сексуални злоупотребувачи се слични на

одреден начин (98). Како што беше претходно наведено како злоупотребувач најчесто се јавува лице од машкиот пол и во поголемиот број на случаи тоа е лице кое е добро познато на жртвата на злоупотребата. Голем дел од злосторниците се наоѓаат на угледна позиција, па ја искористуваат својата функционална моќ, односно благодарение на својата широко развиена мрежа на интеракции и познанства лесно доаѓаат до ситуации во кои може да го задоволат својот сексуален нагон и да направат злодело. Речиси една половина од злоупотребувачите се поранливи мажи на кои не им било помогнато да се справат со своето сексуално однесување (проблеми), тие веројатно злоупотребувале и претходно други лица или пак истовремено злоупотребувале повеќемина. Ако не се преземат соодветни мерки тие ќе продолжат со злоделата, бидејќи тие претставуваат сериски компулзивни форми на однесување, додека една третина од злоупотребувачите имаат и друг вид на зависност, најчесто алкохолизам и наркоманија (99). Според судската психијатрија кај лицето кое се јавува како злоупотребувач се забележува нарушување во сферата на половиот нагон, односно има појава на зголемен сексуален нагон, кое кај машките се означува како сатиријазис, а додека кај жените нимфоманија (100). Не ретко злоупотребувачот е душевно заболено лице, меѓу кои најчесто се јавува манијата и психопатијата.

Манијата е привремено душевно заболување кое се јавува периодично. Кај маничните лица се сретнува нарушување на волево емоционалната сфера од типот на еуфорија, афект на радост и весело расположение; нарушување на мислењето кое се карактеризира со јавување на голем број асоцијации и идеи и оневозможено завршување на мислата до крај. Вниманието кај овие лица е живо и хипервигилно, но тоа што е значајно за нас е нарушување на нагоните меѓу кои и нагонот за одржување на видот т.е сексуалниот нагон. Кај маничните болни се забележува неумереност и сексуална агресивност и притоа се сретнуваат најразлични сексуални деликти.

Психопатијата пак претставува душевно нарушување кое се одликува со тоа што интелектуалните функции се одвиваат без пречки, но постои настраност во областа на емоциите, волјата и нагоните. Психопатите се емоционално ладни, агресивни и импулсивни личности, кои тешко се прилагодуваат. Во однос на нагоните овие лица се одликуваат со изразито нагласен нагон за живот т.е „саможиви“, а сексуалната настраност најчесто се манифестира со перверзии, инверзии, како и неодмереност во задоволување на сексуалниот нагон (101).

При сексуалната злоупотреба на децата, злоупотребувачите може да се поделат во три категории (98):

1. Педофили: чувствуваат привлечност кон деца не постари од 13 години, а најмалата разлика помеѓу педофилот и жртвата изнесува 5 години. Педофилите може да се поделат на ситуациони и преферирачки. Ситуационите педофили, покрај децата имаат и други жртви, основната цел им е задоволување на потребата, можат да се поделат на неколку подгрупи: морално индискриминирани, сексуално индискриминирани и наивни. Кај преферирачките педофили единствени жртви се децата и ги има во поголем број, како подтипови се сретнуваат садистички, каде жртвата најчесто завршува летално, заводнички, кои се одликуваат со презентирање на детето како свој партнер и постојано заведување со подароци и последната подгрупа се фиксирачки кои не настојуваат физички да го повредат детето (102).
2. Втората група може да се означат како злоупотребувачи кои ги мразат децата, при што омразата е основната причина и злоупотребата е повеќе израз на надмоќ отколку на сексуално задоволување.
3. Третата група ја сочинуваат оние кои профитираат од детската порнографија или проституција.

Направени се повеќе истражувања за да се открие етиологијата на педофилијата и да се обезбеди објективно разбирање на причините и патогенетскиот процес вклучен во растројството.

Finkelhor & Araji утврдиле дека етиологијата на педофилијата може да се разгледа како објаснување низ четири фактори (103):

- ◆ Фактор на емоционално совпаѓање: се смета за една од најпопуларните теории на педофилија. Овие теории ги потенцираат психоемоционалните аспекти на педофилијата и предлагаат совпаѓање меѓу емоционалните потреби на возрастниот и емоционалните карактеристики на детето (Bell & Hall, 1971; Fraser, 1976; Loss & Clancy, 1983).
- ◆ Фактор два-сексуална побуда кон децата: опфаќа теории кои имаат за цел да ја објаснат психолошката сексуална побуда кон децата. Според овие теории педофилите се учат на педофилно однесување со тоа што самите биле жртви на сексуално злоупотребување како деца. Факторот на



сексуална побуда вклучува неколку етиолошки теории кои се фокусираат на биолошките фактори како каузален причинител на педофилија. Студиите на Berlin & Coyle во (1981) приложуваат доказ за хормонални фактори кај некои педофили, т.е зголемено ниво на тестостерон. Gaffney & Berlin (1984), наоѓаат доказ кој укажува на хормонална специфичност на хипоталамо-питуитарно-гонадалната дисфункција. Во нивната студија, по апликацијата на синтетичкиот рилизинг лутеинизирачки хормон, нивото на лутеинизирачкиот хормон беше значително поголемо кај педофилите во споредба со оние кои не се педофили. Хормонот на лутеинизација природно се зголемува до одреден степен за време на сексуална возбуда кај мажот, а потоа постепено се намалува до почетните нивоа.

- ◆ Трет фактор: ги вклучува теориите кои ја истражуваат блокадата. Блокадата се однесува на појава на педофилија кај лица кои не можат или се блокирани во нивната способност да остварат емоционални и сексуални потреби кои се сретнуваат во врските на возрасните.
- ◆ Четвртиот фактор е сексуален предизвик: теориите кои спаѓаат во оваа категорија (Groth, Hollyson & Gary, 1982) нагласуваат дека многу педофили вообичаено имаат слаба контрола на импулсот во многу области од нивниот живот и претпоставуваат дека сексуалната привлечност директно го мотивира слабо контролираниот импулс за педофилно однесување.

Иако машките почесто се сретнуваат како злоупотребувачи, не ретко се случува и жената да биде злоупотребувач, што на општеството сè уште му е чудно и неприфатливо. Жените злоупотребувачи се разликуваат од машките. Според досегашната историја, најчесто се на возраст помеѓу 22 и 33 години, самите се жртви на сексуална злоупотреба, конзументи се на алкохол или дрога, само во мал број на случаи станува збор за психички растроени и најчесто имаат стручна професија. Може да бидат поделени во неколку категории (104):

- **Семејно-склони напѓаачи:** возрасен женски член на семејството, кој има историја на траума и континуирана изложеност на злоупотреба од друг машки член на семејството, од што произлегува склоност за сексуална злоупотреба и друг вид на малтретирање на децата.
- **Напѓаач со забавеност во развојот:** возрасно женско лице, кое на стандардизирани тестови покажало забавеност во развојот, при што карактеристиките на самиот развој ја зголемува можноста за практикување на злоупотреба, како резултат на неможност на

изнаоѓање на партнер, или пак од друга страна ја зголемуваат нивната изложеност на ризик од злоупотреба.

- **Дејски експлоататор:** возрасна женска личност, која не е во семејна врска со жртвата, но го користи својот авторитет. Во оваа категорија се забележуваат когнитивни дисторзии, кога самата личност верува дека постои взаемен интерес помеѓу неа и жртвата.
- **Насилен женски нападнич:** најчесто применува физичка присила за да ги оствари своите цели. Тука се сретнуваат комбинации од претходно наведените типови.

Доколку стане збор за делинквентно сексуално однесување во корелација со инвалидност, тогаш најмногу примери има во категоријата на ментално ретардирани лица. Девијантното сексуално однесување кај овие лица се сретнува како резултат на недостаток на полова-сексуална едукација, општествено-социјална и интелектуална незрелост. Познато е дека лесно ментално ретардираните и горните граници на умерено ментално ретардирани личности, тешко доаѓаат до сексуални партнери доброволно, затоа што по своето однесување, на некој начин се впечатливи за околината, па не ретко се случува да бидат склони кон актот на силување. Во споредба со злоупотребувачите од општата популација, ментално ретардираните лица повеќе склоност покажуваат кон машките и кон децата, покажуваат помала дискриминација меѓу категориите на жртви, имаат висок степен на сексуална наивност, недостаток на познавања за нормални односи меѓу партнерите во врските (105).

За девијантното сексуално однесување на другите категории на лица со инвалидност, постојат оскудни податоци. Во државата Тексас (1999) спроведена е дескриптивна студија, на популација од 41 глум злоупотребувач. Со студијата било утврдено дека 62% од глуми злоупотребувачи не се описменети или имаат пониско ниво на писменост за разлика од останатата глума популација, која континуирано се школувала до својата осумнаесетта година. Кај 16% од злоупотребувачите покрај слушното оштетување било забележано и психичко растројство, меѓу кои најчесто депресијата и суицидните намери. Кај 19 била констатирана зависност од алкохол и марихуана, додека кај други постоела зависност од потешки типови на наркотични средства: хероин, ЛСД, кокаин, спид (106).

#### 1.4.4 Лицата со инвалидност како жртви на сексуална злоупотреба

Историски гледано, лицата со инвалидност отсекогаш биле дискриминирани и на нив се гледало како на неспособни и беспомошни суштества, одделени од општеството со ускратување на нивните права и можности за едукација и стекнување на друго животно искуство. Несоодветната перцепција, стереотипите за луѓето со инвалидност и историјата на нивното потиснување, ги поставува овие луѓе во положба на зголемен ризик од искусување на сексуална злоупотреба. Како што беше претходно споменато сексуалните напади примарно се мотивирани од потребата за изразување на надмоќ на злоупотребувачот, па затоа тој секогаш избира жртва која ја перцепира како вулнерабилна и изолирана од општеството и сервисната поддршка (107). Експертите наведуваат многу фактори што го зголемуваат ризикот за сексуална злоупотреба на лицата со инвалидност, кои може да се поделат во неколку категории (табела 7), (108, 109):

Табела 7. Категории на ризик фактори за сексуална злоупотреба

<b>Социјални фактори за вулнерабилност и predisпозиција</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Погрешен став со кој се тврди дека инвалидноста ја штити самата личност од злоупотреба;</li><li>➤ Невработеноста или недоволната ангажираност го намалуваат доходот на инвалидните лица и нивната можност за избор на негувател;</li><li>➤ Недостатокот на пари често е причина овие лица да живеат во средини со висока стапка на криминал;</li></ul>
<b>Општествени фактори за вулнерабилност и predisпозиција</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Општествените ресурси за жртви на физичко и сексуално насилство, емоционална злоупотреба вообичаено се дизајнирани за да им помогнат на лицата без инвалидност;</li><li>➤ Често центрите за здравствена грижа и законодавно извршителство не се информирани за виктимизацијата на лицата со инвалидност, како резултат на што може да немаат доволно познавања и соодветни мерки со кои би го идентификувале нападот и би им помогнале на овие лица;</li></ul>
<b>Систематски фактори за</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Семејна изолација и стрес;</li><li>➤ Одделување од домот;</li></ul>

<b>вулнерабилност и предиспозиција</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Систем кој подолг период се обидува да ги признае соодветните начини на однесување на инвалидните лица;</li> </ul>
<b>Дополнителни фактори за вулнерабилност и предиспозиција</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Општествена беспомошност;</li> <li>➤ Дефицитарни комуникативни способности;</li> <li>➤ Намалена способност за самозаштита, како резултат на недоволни инструкции и извори за стекнување на знаења;</li> <li>➤ Животното уредување и начинот на живот (институционален, вонинституционален)</li> </ul>

Nosek и Howland (1997) издвојуваат осум фактори како основни во предиспонирање на лицата со инвалидност кон сексуална злоупотреба (110):

- Зголемена зависност од други лица за долготрајна грижа;
- Потиснување на правата на инвалидните лица, што резултира со нивна перцепција како беспомошни суштества;
- Злоупотребувачот смета дека ризикот за откривање е помал;
- Недовербата кон некои од жртвите со инвалидност во тоа што го кажуваат;
- Недоволна едукација за диференцирање на нормално од абнормално сексуално однесување;
- Социјална изолација и зголемен ризик за манипулација;
- Физичка беспомошност и вулнерабилност на јавни места;
- Вредности и однесување во полето на инвалидноста наспроти инклузија и интеграција без водење на сметка за индивидуалните капацитети на секоја инвалидна личност за самозаштита.

#### **1.4.5 Индикатори на сексуална злоупотреба**

Сексуалната злоупотреба и експлоатација извршена врз физички недограденото тело и развојно фрагилната психа на детето, која всушност претставува еден од најчестите видови на злоупотреба, создава степен на вулнерабилност, кој може да води до доживотна болест и неспособност.

ОН даваат генерален модел на индикатори според кои може да се препознае дете, жртва на сексуална злоупотреба (111).

⇒ **Физички индикатори на сексуална злоупотреба:**

- ✓ Модринки, хематоми, болка или крварење во гениталната и аналната област;
- ✓ Проблеми со уринарниот тракт: често и болно уринарање, инконтиненција, ноќно мокрење;
- ✓ Неволева и болна дефекација, констипација;
- ✓ Полово преносливи болести, генитални инфекции, чувство на јадеж, рецидивирачки уринарни инфекции;
- ✓ Неочекувана бременост;
- ✓ Необјасливи тешкотии во седењето или одењето, модрици или иритации на перинеумот;
- ✓ Модринки или отпечатоци од прсти по бутони или рамења.

⇒ **Бихејвиорални индикатори на сексуална злоупотреба:**

- ✓ Континуирана несоодветна сексуална игра со врсниците, куклите, животните или самостојно;
- ✓ Сексуални содржини и стравови во детските цртежи, приказни, игри;
- ✓ Познавања и разбирања на сексуалноста кои не се во склад со старносната возраст на детето;
- ✓ Себе-повредување и повредување на други;
- ✓ Страв да се биде сам, да оди дома, страв од непознати места и луѓе;
- ✓ Пад на постигнатите резултати на училиште;
- ✓ Агресивно однесување (пр: подметнување на пожари, агресија кон животни);
- ✓ Проблеми во интерперсоналните односи;
- ✓ Регресивно однесување;
- ✓ Растројство во сонот со појава на ноќни мори;
- ✓ Нарушување на апетитот;
- ✓ Сексуално однесување: заводништво, екстремна мастурбација;
- ✓ Адолесцентна проституција или промискуитет;
- ✓ Суицидни чувства и мисли;
- ✓ Неочекуван и необјаснет прилив на пари и подароци.

⇒ **Емоционални и ментални индикатори:**

- ✓ Анксиозни стадиуми и анксиозни симптоми: несоници, ноќни мори, константни жалби за главоболка, забрзано дишење со недостаток на воздух, абдоминална болка, хипервигилност;
- ✓ Злоупотреба на супстанции;

- ✓ Депресија пропратена со ниско самопочитување и самодеструктивни идеи;
- ✓ Неможност за контролирање на сексуалните импулси;
- ✓ Дисоцијација на личноста, проследена со често заборавање, амнезија, психичко блокирање;
- ✓ Психотично однесување.

Лицата со инвалидност можат да бидат злоупотребени од секого, т.е од: еден од родителите, членови од поширокото семејство, лица со кои живеат, лица кои се вклучени во нивната грижа, непознат сторител итн. Често се жртви на сексуална злоупотреба пред се бидејќи за да ги задоволат своите потреби се потпираат на другите луѓе. Од веќе наведените индикатори на сексуална злоупотреба, како основни карактеристики по кои може да препознаеме дека лицето со инвалидност било жртва на сексуална злоупотреба можеме да ги сумираме (112):

- Лицето со инвалидност на најразличен начин ќе се обиде да каже дека било злоупотребено, дури и да му било наложено од злоупотребувачот тоа да го чува во тајност;
- Често се случува да повторуваат работи кои им ги кажал злоупотребувачот;
- Може да имаат модринки или отпечатоци од прсти, особено на нивните бутови или рамења;
- Може да добијат сексуално пренослива болест или рецедивирачка уринарна инфекција;
- Не ретко се случува да останат бремени после злоупотребата;
- Може да имаат гребнатинки или крварења во пределот на гениталиите (околу вагиналниот или анален простор);
- Стануваат вознемирени и избегнуваат одредени места и луѓе, без да постои јасна причина за тоа;
- Може да го променат начинот на однесување на сосема поинаков, за кој нема никаква смисла или да регредираат т.е да се однесуваат на начин кој бил специфичен за нив на помала возраст.

#### **1.4.6 Преваленција на сексуална злоупотреба**

Според светската статистика секоја година, над 1 милион деца се вовлечени во трговија со деца и детска проституција, но за жал само 30% од децата жртви се

откриваат и пријавуваат. Исто така пресметано е дека децата од женски пол се 5 пати почесто жртви отколку децата од машкиот пол, односно секое трето девојче и секое седмо момче се жртви на сексуална злоупотреба. Во 89, 75% од случаите злоупотребувањето трае повеќе години, а во 10, 25% случаи трае повеќе месеци (113).

Студија спроведена во САД укажува на следниве параметри (114):

- 1 на 4 девојчиња е сексуално злоупотребено пред 18 година;
- 1 на 6 машки е сексуално злоупотребено пред 18 година;
- 1 на 5 деца се сексуално малтретирани на интернет;
- 30% до 40% од жртвите се злоупотребени од член на семејството, додека 50% се злоупотребени од лице кое го познаваат и во кое имаат доверба, 40% се злоупотребени од постари деца или врстници кои ги познаваат, само 10% се злоупотребени од непознати лица.

Во Република Македонија секоја година над 1. 000 деца, стануваат жртви на полови напади. Жртвите во поголем број на случаи се на возраст меѓу 11 и 18 години. Извршители на овие кривични дела најчесто се родители, пријатели или соседи. Според статистичките податоци од МВР, во изминатата година регистрирани се 83 кривични дела, во кои дури 99 деца биле сексуално злоупотребени од 95 педофили, а три во три случаи станувало збор за родоскврнување. Во споредба со 2007 година педофилијата бележи пораст од 32%. Најмладиот напаѓач според МВР е дете на 11-годишна возраст, додека најстариот напаѓач бил на возраст од 73 години. Дури 48 девојчиња и десет момчиња биле помали од 14 години, најмалата жртва од женски пол била на 6 години, додека најмалото злоупотребено момче било на возраст од 5 години. Поголемиот број на силувања биле извршени во Скопје, Штип и Велес, а повеќето од жртвите потекнуваат од загрозени семејства, додека 5 од нив биле штитеници на институции за згрижување на деца (113, 115-117).

#### **1.4.7 Кривични закони за сексуалната злоупотреба**

Иако во Република Македонија има движење кое се залага за зголемување т.е удвостручување на казните за педофилите, сепак според кривичното право за злоупотребувачот сè уште се превземаат следниве санкции (118, 119):

## **Обљуба врз немоќно лице**

### **Член 187**

- (1) Тој којшто ќе изврши обљуба, злоупотребувајќи го душевното заболување, душевната растроеност, немоќта, заостанатиот душевен развој или друга состојба поради која тоа лице е неспособно за отпор, ќе се казни со затвор од три месеци до пет години.
- (2) Ако поради делото од став 1 настапила тешка телесна повреда, смрт или друга тешка последица или делото е сторено од страна на повеќе лица, на особено суров или понижувачки начин, сторителот ќе се казни со затвор од најмалку три години.
- (3) Тој кој што во случаите од ставовите 1 и 2 ќе изврши само друго полово дејство, ќе се казни за делото од став 1 со затвор од три месеци до три години, а за делото од став 2 со затвор од една до десет години.
- (4) Ако делото од ставовите 1 и 3 е сторено врз лице со кое сторителот живее во брачна или трајна вонбрачна заедница, гонењето се презема по приватна тужба.

## **Полов напад врз дете**

### **Член 188**

- (1) Тој којшто ќе изврши обљуба или друго полово дејство врз дете, ќе се казни со затвор од шест месеци до пет години.
- (2) За силување на дете или друго полово дејство врз дете со злоупотреба на неговото душевно заболување, душевна растроеност, немоќ, заостанат душевен развој или друга состојба поради која детето е неспособно за отпор, сторителот ќе се казни со затвор од најмалку три години.
- (3) Ако делото од ставот 1 и 2 го изврши наставник, воспитувач, посвоител, старател, очув, лекар или друго лице со злоупотреба на својата положба, ќе се казни со затвор од најмалку пет години.
- (4) Ако поради делата од ставовите 1 и 2 настапила тешка телесна повреда, смрт или други тешки последици или делото е сторено од страна на повеќе лица или на особено суров и понижувачки начин, сторителот ќе се казни со затвор од најмалку пет години.



## **Родосквернавање**

### **Член 194**

- (1) Тој којшто ќе изврши обљуба со крвен сродник по прва линија или со брат, односно сестра, ќе се казни со затвор од три месеци до три години.
- (2) Крвен сродник по прва линија или брат, односно сестра кој ќе изврши обљуба или друго полово дејство со дете, ќе се казни со затвор од најмалку три години.

## II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕ

### 1. Предмет на истражување

Предмет на ова истражување е половиот развој, едукација и сексуалната злоупотреба кај лицата со инвалидност во Република Македонија, поточно кај лицата со ментална ретардација, лицата со оштетен вид, со оштетен слух, и телесно-инвалидните лица.

Од претходно изнесените податоци во теоретскиот дел може да се согледа дека лицата со инвалидност се во иста мера сексуални битија како и остатокот од светската популација, чиј полов развој, со евентуални одредени отстапки, го следи генералниот полов развој на човекот и на кои во склад со нивните преостанати способности треба да им се помогне за негово правилно насочување. Соодветната полова едукација ќе придонесе во формирањето на колку што е можно поадекватно социјално-полово развиена личност и ќе биде основен предуслов за превенирање на сексуалната злоупотреба која кај оваа популација се сретнува многу позачестено.

### 2. Цел и карактер на истражувањето

Основна цел на истражувањето е:

- Да се претстават карактеристиките на половиот развој кај лицата со инвалидност;
- Да се утврдат степенот и начинот на полова едукација кој се остварува меѓу лицата со инвалидност во Р. Македонија;
- Да се утврди преваленцијата на сексуална злоупотреба кај различни категории на инвалидност и да се утврди нивната корелација.

Врз основа на поставената цел, може да се заклучи дека оваа, **квантитативна** студија, е **современа**-проучувајќи актуелна проблематика на општеството; **дескриптивна**- настојувајќи да ја презентира фактичката состојба на сексуалната злоупотреба меѓу лицата со инвалидност, на присутната полова едукација и да се даде опис на карактеристиките на половиот развој; **компаративна**- обидувајќи се да направи корелација на добиените резултати кај различни категории на инвалидност и **индивидуална**.

### 3. Задачи на истражувањето

Остварувањето на поставените цели ќе се операционализира преку следниве задачи:

1. Да се утврдат карактеристиките на половиот развој кај лицата со инвалидност, т.е евентуалните отстапувања од генералниот модел на полов развој;
2. Да се утврди свеста за сопствената сексуалност кај лицата со инвалидност;
3. Да се утврди степенот на полова едукација кој се реализира во рамките на воспитно образовните институции, каде се опфатени лицата со инвалидност;
4. Да се утврди начинот на полова едукација кој се реализира во воспитно образовните институции;
5. Да се утврди степенот на полова едукација, кој се остварува во рамките на семејствата на лицата со инвалидност;
6. Да се утврди начинот на полова едукација, спроведен во рамките на семејствата;
7. Да се констатира нивото на развиена способност за разликување на нормално од абнормално сексуално однесување кај лицата со инвалидност;
8. Да се утврди дали лицата со инвалидност се присилувани на вршење или гледање на разни видови на сексуални чинови;
9. Да се констатира дали лицата со инвалидност доколку се жртви на сексуална злоупотреба или пак познаваат друга личност која била жртва на таков чин ќе се обратат до некое надлежно лице за решавање на проблемот;
10. Да се утврди која категорија на лица со инвалидност се најмонгу изложени на ризик од сексуална злоупотреба;
11. Да се утврди најризичната возраст во однос на сексуалната злоупотреба;
12. Да се утврди дали лицата со инвалидност меѓусебно сексуално се злоупотребуваат;
13. Да се утврдат најчестите околности во кои се случува злоупотребата и кој најчесто се јавува како злоупотребувач;
14. Да се утврди дали институциите во кои престојуваат лицата со инвалидност имаат јасно дефинирана политика во однос на превенцијата на сексуалната злоупотреба на истите;

15. Да се утврди дали е потребна посебна едукација на персоналот кој работи со лицата со инвалидност за превенција и навремено откривање на сексуалната злоупотреба;
16. Да се утврди дали е потребно да се спроведе посебна едукација на родителите на лицата со инвалидност во однос на сексуално воспитание на нивните деца и превенција на злоупотребата;
17. Да се утврди дали во нашата Република постои институција која се занимава со решавање на ваквите проблеми (превенција, рана детекција и психотерапија на лица со инвалидност кои биле жртва на сексуална злоупотреба).

#### **4. Хипотези на истражувањето**

##### **❖ Општи хипотези**

- Се претпоставува дека лицата со инвалидност го следат моделот на полов развој кој важи за целокупната популација, со евентуално присуство на некои отстапки во склад на степенот и видот на инвалидност;
- Се претпоставува дека во недоволна мера и на недоволно соодветен начин се спроведува полова едукација меѓу лицата со инвалидност во рамките на воспитно образовните институции, како и во рамките на нивните семејства;
- Се претпоставува дека се сретнува голема преваленција на сексуална злоупотреба кај лицата со инвалидност, во споредба со останатата популација.

##### **❖ Субхипотези**

- Се претпоставува дека евентуални отстапки во половиот развој се сретнуваат кај лицата со ментална ретардација (особено оние со повисок степен каде има и органски нарушувања) и оние лица со телесна инвалидност каде доминантни се функционалните и структурните нарушувања на ЦНС (пр. лица со церебрална парализа и со комбинирана инвалидност);
- Се претпоставува дека најнизок степен на полова едукација се остварува кај лицата со ментална ретардација;

- Се претпоставува дека постојат разлики во однос на преваленцијата на сексуална злоупотреба кај различни видови на инвалидност и дека највисока е кај лицата со ментална ретардација;
- Се претпоставува дека неопходно е организирање на специјална едукација на персоналот кој работи со лицата со инвалидност во однос на превенција, рана детекција на сексуалната злоупотреба и начинот на сексуално воспитание на лицата со инвалидност;
- Се претпоставува дека е неопходно организирање на специјален тренинг и едукација на лицата со инвалидност за начини и можности на превенција од сексуална злоупотреба;
- Се претпоставува дека од големо значење е обука на родителите на лицата со инвалидност за правилно насочување на половиот развој кај своето дете и навремена детекција и превенција од сексуална злоупотреба;
- Се претпоставува дека лицето со инвалидност доколку стане жртва на сексуална злоупотреба ќе се обрати за помош до соодветно возрасно лице.

## **5. Варијабли на истражувањето**

### **❖ Независни варијабли:**

- Вид на инвалидност;
- Возраст;
- Пол.

### **❖ Зависни варијабли:**

- Полов развој;
- Степен на полова едукација која се остварува;
- Преваленција на сексуална злоупотреба.

## **6. Методи, техники и инструменти на истражувањето**

### **➤ Методи**

- Метод на структурална анализа;
- Метод на дескриптивна и компаративна анализа.

### **➤ Техники**

- Анализа на документација;
- Анкета.

### **➤ Инструменти**

Во истражувањето се применети 3 типа на анкетни листови:

- Анкетни листови за лицата со инвалидност, кои беа поделени во неколку подгрупи во склад со степенот и видот на инвалидност и возраста. При што некои од прашањата се сретнуваат кај сите категории на лица со инвалидност, а одреден број на прашања се застапени само кај одделни категории.
- ✓ За лицата со оштетен вид, слух, телесно инвалидните лица и лицата со лесна ментална ретардација на возраст над 15 години беше применет еднаков анкетен лист, кој беше спроведен и во контролната група. Составен од 19 прашања, од кои 10 беа со алтернација, 4 со проширена алтернација и останатите пет беа со селекција. Три од прашањата беа од полузатворен тип, во кои имаше можност испитаникот да ги дополни понудените одговори.
- ✓ 2 типа на адаптирани верзии на претходните, беа користени за лицата со умерена ментална ретардација и лицата со лесна ментална ретардација на возраст од 10 до 15 години. Анкетниот лист за лицата со лесна ментална ретардација на возраст од 10 до 15 години се состоеше од 17 прашања, меѓу кои 11 беа со алтернација, а 6 беа со селекција. За лицата со умерена ментална ретардација анкетниот лист се состоеше од 16 прашања, 11 со алтернација, каде во склоп на едно од прашањата беа вклучени четири подпрашања со алтернација, а 5 од прашањата беа со селекција.
- Анкетни листови за дефектолозите и стручниот кадар во воспитно образовните институции. Анкетниот лист се состоеше од 24 прашања, 2 прашања беа со алтернација, 6 беа со проширена алтернација, 16 беа со селекција. Пет од прашањата беа од полузатворен тип.
- Анкетни листови за родителите на лицата со инвалидност. Составени од 24 прашања, 4 беа со алтернација, 5 беа со проширена алтернација и 15 прашања беа со селекција, меѓу кои четири беа од полузатворен тип.

При пополнувањето на прашалниците од страна на лицата со инвалидност, беа проследени дополнителни објаснувања на одредени прашања, со оглед на сложеноста на предметот на истражувањето. За лицата со умерена ментална ретардација, лесна ментална ретардација на возраст од 10 до 15 години, за лицата

со визуелно оштетување и некои од телесно инвалидните лица анкетните листови беа применувани индивидуално за секој поединец.

## **7. Популација и примерок на истражувањето**

Во истражувањето беа опфатени 317 испитаника, поделени во шест групи и една контролна група:

1. Лица со ментална ретардација, поделени во неколку подгрупи согласно со степенот на менталната ретардација и возраста:
  - ✓ 36 лица со лесна ментална ретардација на возраст од 10 до 15 години (од IV до VIII одделение) од посебните основни училишта „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“, по 18 испитаници од двете училишта, со сразмерна застапеност на двата пола.
  - ✓ 29 испитаника со лесна ментална ретардација на возраст над 15 години од ДСУ за рехабилитација и образование „СВ. Наум Охридски“-Скопје. Деветнаесет од испитаниците беа од машкиот пол, додека 10 испитаници беа девојчиња.
  - ✓ 33 испитаника со умерена ментална ретардација од „Завод за рехабилитација на деца и младинци-Топанско Поле“, Скопје. 10 од испитаниците беа на возраст од 10 до 18 години, меѓу кои 4 машки и 6 девојчиња, 17 испитаника беа на возраст од 18 до 30 години, каде беа 9 претставници од машкиот пол и 8 од женскиот пол и 6 испитаника на возраст над 30 години, корисници на дневниот центар во склоп на заводот, меѓу кои 3 машки и 3 женски.
2. 25 лица со оштетување на видот од Завод за рехабилитација на деца и младинци со оштетен вид „Димитар Влахов“- Скопје. 8 од испитаниците беа на возраст од 10 до 15 години, меѓу кои 6 машки и 2 девојчиња, а од останатите 17 испитаници на возраст над 15 години, беа 9 девојчиња и 8 машки.
3. Лица со оштетување на слухот;
  - ✓ 19 испитаника со аудитивно оштетување на возраст од 10 до 15 години од Завод за рехабилитација на деца и младинци со оштетен слух „Кочо Рацин“- Битола, 11 машки и 8 девојчиња;
  - ✓ 16 испитаника со аудитивно оштетување постари од 15 години, од Центар за образование и рехабилитација „Партенија Зографски“- Скопје, со еднаква полова распределеност.
4. 25 лица со телесна инвалидност;

- ✓ 21 испитаник од Завод за заштита и рехабилитација на телесно инвалидни лица „Бања Банско“- Струмица, 10 претставници од машки пол и 11 од женски. Освен еден испитаник на возраст од 12 години, останатите беа постари од 20 години;
  - ✓ 4 испитаника од „Центарот за церебрална парализа“- Скопје, 1 машко и три девојчиња на возраст од 10 до 15 години.
5. Дефектолози и стручен кадар кој работи во воспитно образовните институции каде се опфатени лицата со инвалидност, претставени со 72 испитаника, опфатени од сите претходно наведени институции, со исклучок на ДСУ за рехабилитација и образование „СВ. Наум Охридски“-Скопје.;
  6. 30 родители на лицата со инвалидност;
  7. Контролната група беше составена од 32 ученика од ОУ. „Петар Здравковски- Пенко“, населба Чаир, Скопје. Учениците беа на возраст од IV до VIII одделение, со еднаква полова застапеност.

## **8. Статистичка обработка на податоците**

Откако податоците беа собрани, кои всушност се од номиналната скала на обележја т.е номинални податоци, беше преминато на нумеричко означување на податоците-сигнирање со цел да се олесни понатамошната обработка. Потоа податоците беа групирани и табелирани, по што се пристапи кон пресметување на фреквенција и процентите на структурата на добиените резултати. Со цел да направиме компарација и да го утврдиме односот помеѓу добиените податоци од различните групи на испитаници, пристапивме кон компјутерска обработка на податоците со стандарден статистички програм SPSS 11 for WindowsXP, применувајќи  $\chi^2$  тест, кој пак кај табелите 2 x 2 беше заедно применет со Fisher-ов Exact тест R x C табели на контингенција, со цел да се добијат попрецизни резултати и да се забележат евентуални отстапки доколку постојат. Исто така за да се утврди поврзаноста помеѓу две или повеќе варијабли, во однос на одредени прашања, беше применет и коефициент на контингенција (C), додека пак кај прашањата каде испитаниците давале по повеќе можни одговори беше применет тест за проценка на еднаквост на проценти (z), со цел да се утврди колку од сите испитаници од дадена група заокружиле одреден одговор, односно да се процени дали процентуалната застапеност на одреден одговор за дадено прашање е еднаков или различен кај две или повеќе групи на испитаници. За статистички значајна разлика се смета разликата на ниво на значајност од  $p < 0,05$ .



## 9. Организација и тек на истражување

На самиот почеток во подготвителниот период беше извршена идентификација, дефинирање и спецификација на проблемот на истражувањето, по што беше изработен план на самото истражување.

Најнапред обезбедивме потребно одобрување од соодветните, одговорни институции каде се спроведуваше истражувањето:

- ПОУ „Иднина“- Скопје;
- ПОУ „Д-р Златан Сремац“- Скопје;
- Државно средно училиште за рехабилитација и образование „СВ. Наум Охридски“- Скопје;
- Завод за рехабилитација на деца и младинци- Топанско Поле, Скопје;
- Завод за рехабилитација на деца и младинци со оштетен вид „Димитар Влахов“- Скопје;
- Завод за рехабилитација на деца и млади со оштетен слух „Кочо Рацин“- Битола;
- Центар за образование и рехабилитација „Партение Зографски“- Скопје;
- Завод за заштита и рехабилитација на телесно инвалидни лица „Бања Банско“-Струмица;
- „Центар за церебрална парализа“- Скопје;

Потоа беа конструирани прашалниците и беше спроведено сондажно проверување, кое го применивме за да ни укаже на евентуално несоодветен избор и формулација на прашањата, што по потреба ќе беше коригирано.

По конструирањето и сондажната проверка на анкетните листови, се премина на формулирање на примерокот, по што се започна со собирање на податоците. Паралелно со прибирање на податоците се вршеше и анализа на документација која се однесува на проблемот на истражувањето (научна домашна и странска литература, интернет ресурси, статии објавени во различни публикации, што се примени во теоретското дефинирање на проблемот на истражување).

Откако беа собрани сите податоци се премина на нивна статистичка обработка, која беше претходно наведена.

По комплетното завршување на истражувачкиот процес, ќе се пристапи кон одредување на научната вредност и применливоста на добиените резултати.

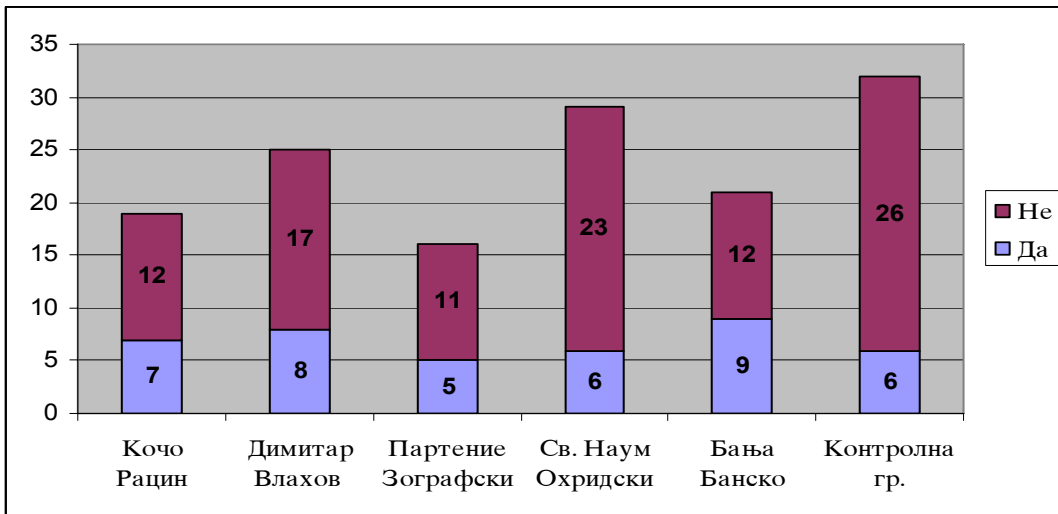
Истражувањето беше спроведено во периодот од почетокот на ноември 2008 година до крајот на март, 2009 година.

### III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИТЕ СО ДИСКУСИЈА

Со оглед на тоа што беа применети три типа на анкетни листови за 7 воспитни групи, прво ќе бидат претставени резултатите добиени со анкетните листови за лицата со инвалидност, правејќи споредба меѓу различни видови и степен на инвалидност, споредба по возраст и според пол. Потоа ќе бидат прикажани резултатите добиени од анкетните листови за дефектолози и родители со нивна меѓусебна споредба.

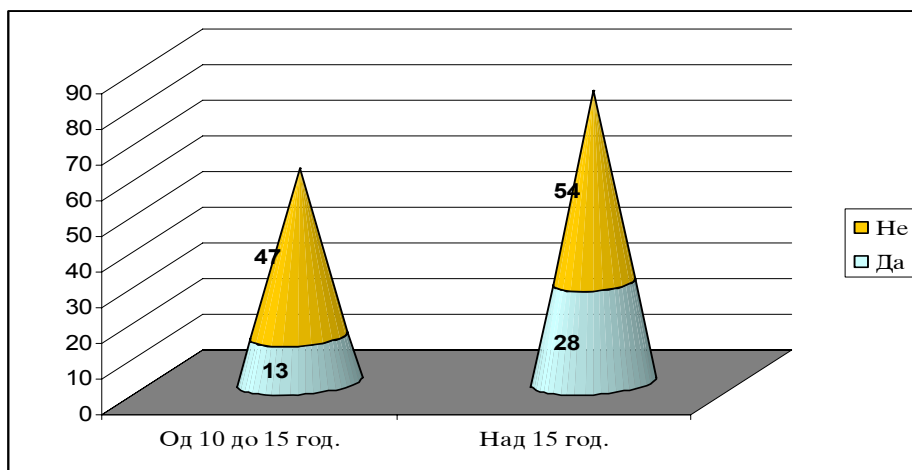
**Прашање 1** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали во училиштето имате предавања за половите (сексуални) односи меѓу девојчињата и момчињата?

На првото прашање сите испитаници од опфатените групи одговориле, давајќи приближно еднакви одговори, вклучувајќи ја и контролната група, ( $p > 0,05$ ). Од Завод за рехабилитација на деца и млади со оштетен слух „Кочо Рацин“- Битола 7 испитаника дале потврден одговор односно се изјасниле дека во училиштето имаат предавање за половите односи меѓу девојчињата и момчињата. Од Завод за рехабилитација на деца и младинци со оштетен вид „Димитар Влахов“- Скопје, 8 испитаника потврдно одговориле, додека од Центар за образование и рехабилитација „Партение Зографски“- Скопје позитивен одговор дале 5 испитаника. Дека во училиштето имаат предавање за половите односи одговориле 6 испитаника од „Св. Наум Охридски“- Скопје, од Завод за заштита и рехабилитација на телесно инвалидни лица „Бања Банско“-Струмица се добиени 9 потврдни одговори и во контролната група се забележуваат 6 потврдни одговори. Со сумација на резултатите може да се види дека 71,13% од испитаниците дале негативен одговор (Слика 2). На истото прашање, спроведено во анкета во 2006 година, кај испитаници со ментална ретардација 54,8% одговориле потврдно, а при слично истражување спроведено во Турција (2008), се утврдило дека 51,7% од вкупно 60 адолесцентните испитаници со инвалидност, не биле стручно едуцирани во однос на половиот развој и половите односи, а 46,7% од испитаниците воопшто не разговарале со своите родители на оваа тема (120, 121). Во склад со овие резултати, а што претходно беше наведено и во рамките на теоретскиот дел, може да се заклучи дека и Република Македонија и Турција се наоѓаат во групата на земји каде половиот развој, половите односи и половата едукација, сèуште се табу тема.



Слика 2. Фреквенција на одговори на 1 прашање

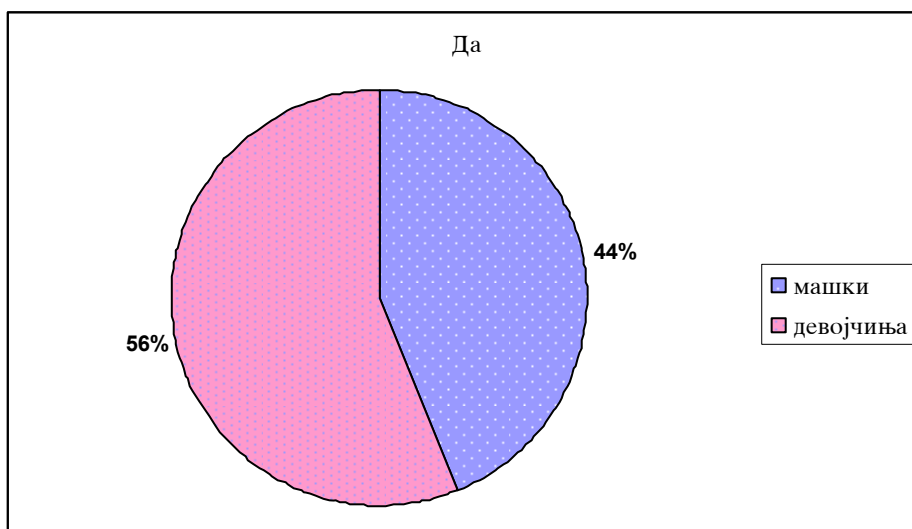
Во однос на возраста 21,67% од испитаниците на возраст од 10 до 15 години дале позитивен одговор на првото прашање, а поголемиот дел или 47 испитаници, од вкупно 60 на возраст од 10 до 15 години дале негативен одговор. Истото може да се забележи и во групата на испитаници над 15 години, односно поголем е бројот на добиени негативни одговори 65,85% при што од направените пресметки се забележува ( $p > 0,05$ ), (слика 3).



Слика 3. Разлики во одговорите според возраст

При споредба на добиените одговори во однос на полот на испитаниците, повторно може да се забележи дека за 1 прашање не постои статистички значајна разлика, односно ( $p > 0,05$ ). 23,68% од машките и 34,85% од женските дале

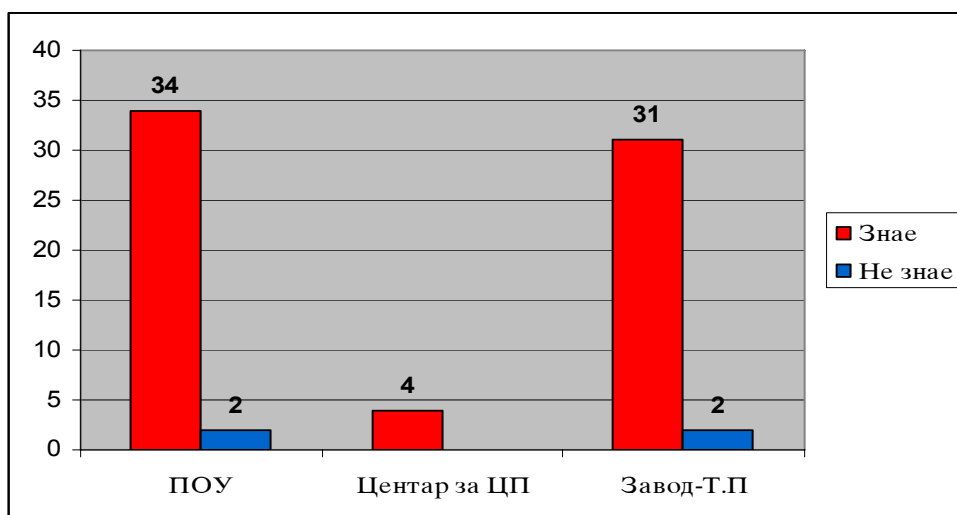
афирмативен одговор на прашањето, а поголемиот дел и од машките и од девојчињата негативно одговориле (Слика 4).



Слика 4. Разлики во одговорите според пол

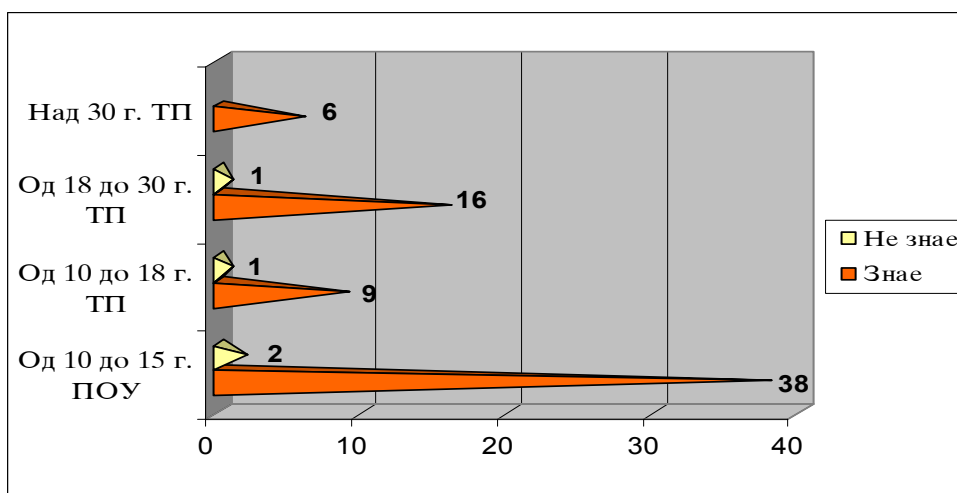
**Прашање 1** (се однесува за ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“- Скопје, Завод за рехабилитација на деца и младинци- Топанско Поле, Скопје и испитаниците од Центарот за церебрална парализа): Дали знаеш со што се разликуваат момчињата од девојчињата ?

Одговорите на првото доплонително прашање посочија дека 34 или 94,44% испитаника од посебните основни училишта знаат да кажат по што се разликуваат момчињата од девојчињата, а 2 испитаника дале погрешен одговор, односно одговориле дека девојчињата и машките се разликуваат според облеката и косата. Од центарот за Церебрална парализа сите 4 испитаника дале точен одговор на прашањето и во Заводот за рехабилитација на деца и млади, како и во посебните основни училишта поголемиот дел 93,94% одговориле точно, а само 2 испитаника дале погрешен одговор. Како и кај другата група, по однос на првото прашање може да се констатира ( $p > 0,05$ ) при разгледување на одговорите во однос на видот и степенот на инвалидност (Слика 5).



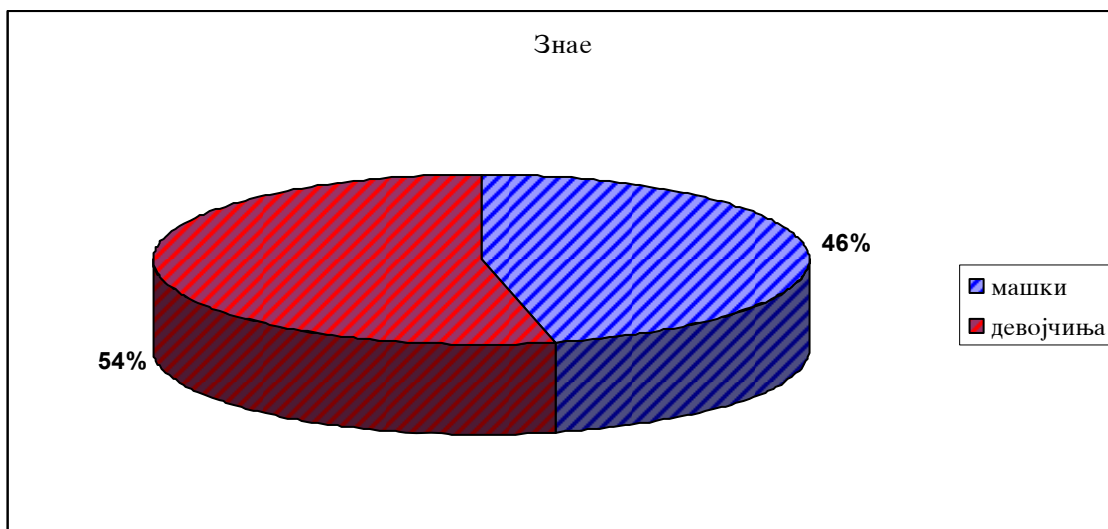
Слика 5. Разлики во одговорите во однос на вид и степен на инвалидност на првото дополнително прашање

Кога се разгледува првото дополнително прашање во однос на возраст, може да се констатира дека не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците ( $p > 0,05$ ). Од секоја возраст најголемиот дел од испитаниците одговориле точно, кај испитаниците од 10 до 15 години од посебните основни училишта 95% дале точен одговор, од испитаниците на возраст од 10 до 18 години од Заводот за рехабилитација на деца и млади, точно одговориле 9 од вкупно 10 испитаника, 16 испитаника од вкупно 17 на возраст од 18 години до 30 години дале точен одговор и во категоријата над 30 години сите 6 испитаника дале точен одговор (Слика 6).



Слика 6. Разлики во одговорите на 1 дополнително прашање според возраст

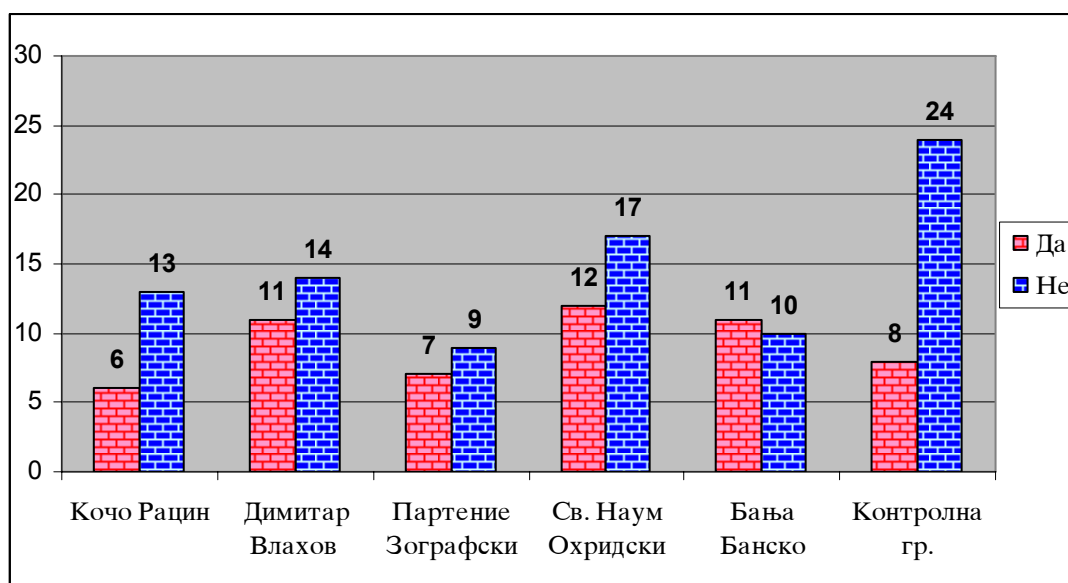
При споредба на одговорите според пол, повторно се забележа ( $p>0,05$ ) во одговорите на испитаниците. 91,43% од машките и 97,37% од женските дале позитивен одговор (Слика 7).



Слика 7. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 2** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали во училиштето имате предавање за карактеристиките на половиот развој кај момчињата и девојчињата?

На второто прашање позитивни одговори преовладуваат само во „Бања Банско“, 11, каде разликата меѓу позитивните и негативните одговори е 1 испитаник. 68,42% од испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, одговориле дека во училиштето немаат предавање за карактеристиките на половиот развој кај момчињата и девојчињата, во „Димитар Влахов“- Скопје, потврден одговор дале 44% од испитаниците, во „Партение Зографски“- Скопје 9 од вкупно 16 испитаника одговориле дека немаат предавање, 12 испитаника од вкупно 29 од „Св. Наум Охридски“- Скопје напишале дека имаат предавања за половиот развој и карактеристики во училиштето, додека во контролната група афирмативен одговор дале само 8 испитаника од вкупно 32. Од наведеното може да забележиме дека не постои статистички значајна разлика во одговорите во однос на видот и степенот на инвалиднос и контролната група ( $p>0,05$ ) (Слика 8).



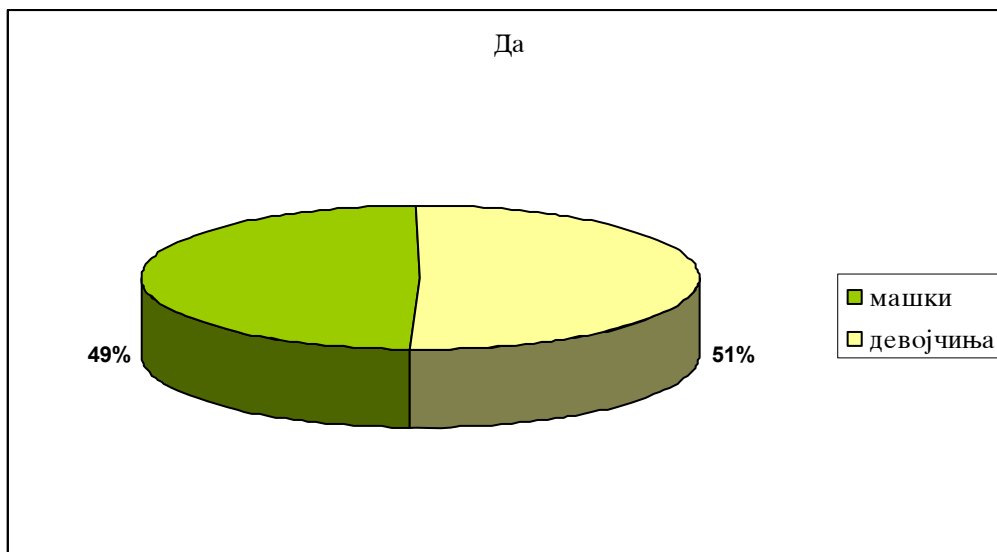
Слика 8. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

Табела 8. Разлики во одговорите според возраст

Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
од 10 до 15 год.	16 (26,67%)	44 (73,33%)	6,37	1	0,012	0,21	p= 0,009
над 15 год.	39 (47,56%)	43 (52,44%)					
$\Sigma$	55 (38,73%)	87 (61,27%)					

При споредба на одговорите според возраста на испитаниците може да се забележи дека кај испитаниците на возраст од 10 до 15 години само 16 испитаника или 26,67% дале потврден одговор, во однос на 44 испитаника или 73,33% кои дале негативен одговор. За разлика од нив испитаниците на возраст над 15 години 47,56% имаат афирмативен одговор, што покажува на постоење на статистички значајна разлика во одговорите според возраст ( $p < 0,05$ ). Од друга страна тоа посочува на фактот дека поголем дел од предавањата за половите карактеристики се реализираат на постара возраст или во погорните оделенија од образованието (Табела 8).

При споредба на резултатите по пол може да се види дека не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ), односно 27 испитаника од машки и 28 испитаника од женски пол дале афирмативен одговор (Слика 9).

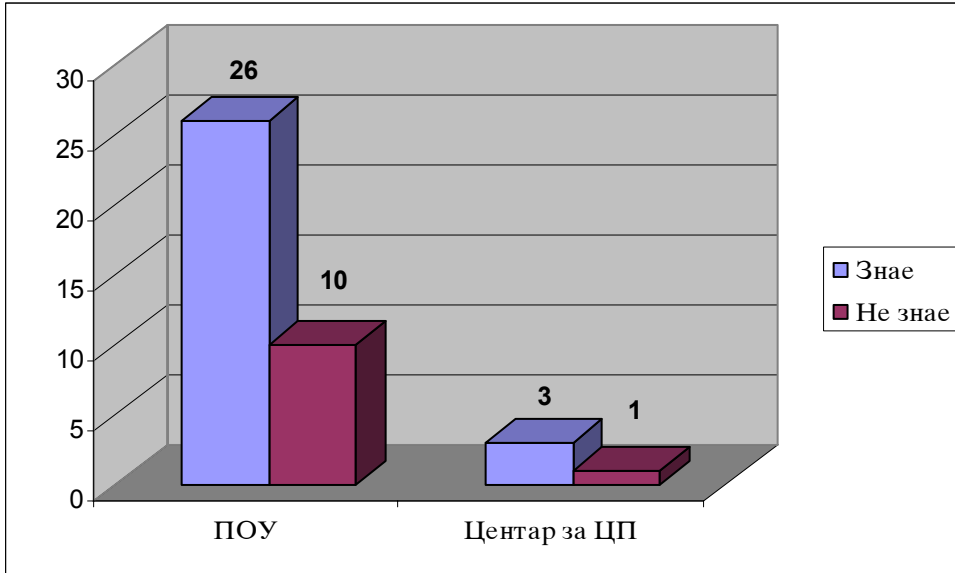


Слика 9. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 2** (се однесува за ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“- Скопје и испитаниците од Центарот за церебрална парализа): Дали знаеш што е тоа пубертет ?

На второто прашање наменето за испитаниците од посебните основни училишта и центарот за церебрална парализа не постои статистички значајна разлика во одговорите од испитаниците ( $p > 0,05$ ). Поголемиот дел од испитаниците одговориле позитивно на прашањето, но карактеристично е тоа што во посебните основни училишта од 26 испитаника кои одговориле потврдно, 14 испитаника знаат да ги посочат карактеристиките на развојот во пубертет со дополнително објаснување на зборот, но не ја познаваат фразата. Од центарот за церебрална парализа 3 испитаника дале позитивен одговор, од кои еден само не ја познава фразата (Слика 10).





Слика 10. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

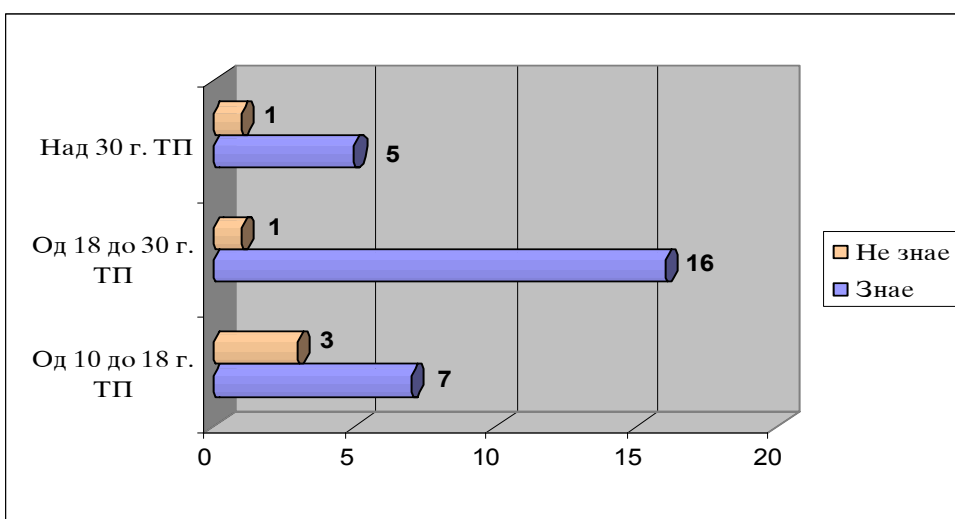
Табела 9. Разлики во одговорите според пол

Пол	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact test
Машки	11 (57,89%)	8 (42,11%)	3,87	1	0,297083	0,049	p= 0,078
Женски	18 (85,71%)	3 (14,29%)					
$\Sigma$	29 (72,5%)	11 (27,5%)					

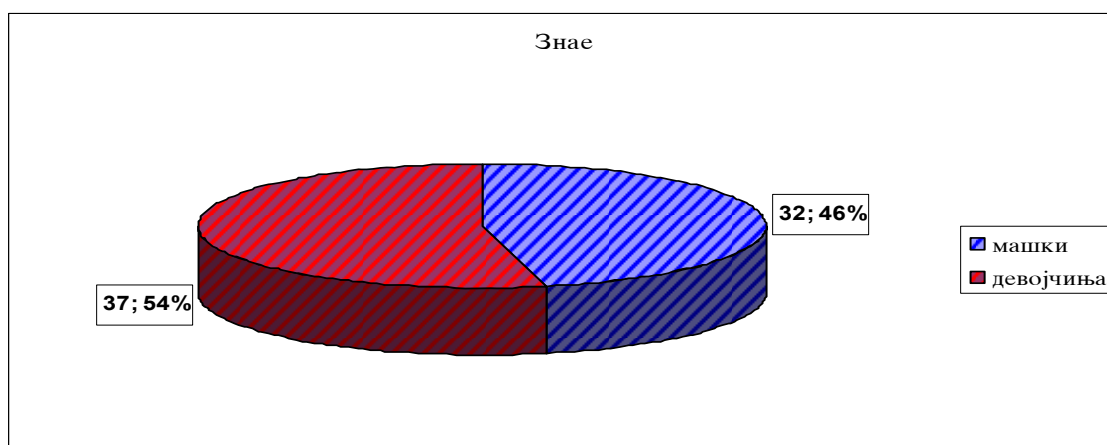
При разгледување на резултатите според пол се забележува дека поголемиот дел од испитаниците од двата пола дале позитивен одговор, 57,89% од машките и 85,71% од женските испитаници. Врз основа на проценките се утврдува дека разликата во одговорите според пол е на граница на статистичка значајност. Од оние што дале позитивен одговор 8 женски испитаници и 7 машки, не ја познаваат фразата (Табела 9).

**Прашање 2** (се однесува за испитаниците од Завод за рехабилитација на деца и младинци- Топанско Поле): Дали знаеш што е тоа менструација?

На второто прашање кое беше наменето за испитаниците со умерена ментална ретардација позитивен одговор дадоа 70% на возраст од 10 до 18 години, од возрасната група од 18 до 30 години позитивни одговори беа 94,12% и од испитаниците над 30 години, позитивно одговориле 5 од вкупно 6 испитаника. Вака добиените резултати означуваат дека не постои статистички значајна разлика во однос на возраста ( $p>0,05$ ) (Слика 11).



Слика 11. Разлики во одговорите според возраст за испитаници од завод-Топанско Поле



Слика 12. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 3** во склоп на ова прашање може да се издиференцираат две подпрашања кои се темелат врз иста содржина, едното кое се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка: Дали знаеш што претставува контрацепција и какви начини постојат?

Другото се однесува на испитаниците од ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“- Скопје и испитаниците од Центарот за церебрална парализа (прашање број 7), Завод за рехабилитација на деца и младинци- Топанско Поле, Скопје (прашање број 15): Дали знаеш како треба да се заштитат девојчињата од бременост ?

Табела 10. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	11 (57,89%)	8 (42,11%)	29,23	8	0,0003	0,35
2. „Димитар Влахов“	17 (68,00%)	8 (32,00%)				
3. „Партение Зографски“	8 (50,00%)	8 (50,00%)				
4. „Св. Наум Охридски“	24 (82,76%)	5 (17,24%)				
5. „Бања Банско“	18 (85,71%)	3 (14,29%)				
6. Контролна група	10 (31,25%)	22 (68,75%)				
7. ПОУ	16 (44,44%)	20 (55,56%)				
8. Центар за ЦП	1 (25,00%)	3 (75,00%)				
9. Завод ТП	18 (54,55%)	15 (45,45%)				
$\Sigma$	123 (57,21%)	92 (42,79%)				

На 3 прашање знаеле да одговорат 123 испитаника. Кај испитаниците од „Кочо Рацин“ 11 испитаника одговориле дека знаат како треба да се спречи бременост, при што 11 испитаника од кои 8 машки и 3 женски посочиле на презерватив и 2 машки и 1 женско напишале за контрацептивни таблети. Од испитаниците од „Димитар Влахов“ 68% имаат позитивен одговор, во оваа категорија се сретнуваат 2 испитаника кои го разбираат и самиот поим контрацепција. 16 испитаника, односно 9 машки и 7 женски како одговор навеле презерватив, 6 испитаника по три од двата пола, во одговорот имаат наведено и таблети. Во „Партение Зографски“ еднаков е бројот на испитаници кои знаат и не знаат да одговорат на прашањето т.е по 8 испитаника. Во одговорите како

начин го навеле само презервативот и тоа 2 машки и 6 девојчиња. 82,76% од испитаниците од „Св. Наум Охридски“ дале позитивен одговор, каде како начини на контрацепција се набројуваат презервативите. Кај испитаниците од „Бања Банско“ одговорот на прашањето го знаеле 85,71% и во начини ги набројувале презервативите и кај 4 испитаника по два од двата пола се наброени и контрацептивни таблети. Во контролната група 10 испитаника од вкупно 32 знаеле што претставува контрацепција, при што како начини на контрацепција навеле презервативи, таблети и кај еден испитаник од женски пол беше наведена спирала. Сите испитаници од контролната група што дале позитивен одговор ја разбираат самата фраза контрацепција. Кај испитаниците од посебните основни училишта 44,44% го знаеле одговорот на прашањето, каде како начини сите навеле презерватив, кај 3 машки и ист број на женски се наведени и таблети и кај еден испитаник од женски пол како одговор покрај другото се наведени и инекции. Кај испитаниците од центарот за церебрална парализа еден испитаник од женски пол знае дека можно е да се спречи бременост, но не и како. 54,55% од испитаниците од Заводот- Топанско Поле одговориле позитивно, а како начини на заштита ги навеле презервативите. Од посочените резултати може да се забележи дека постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците од различни институции и контролната група ( $p < 0,05$ ) (Табела 10).

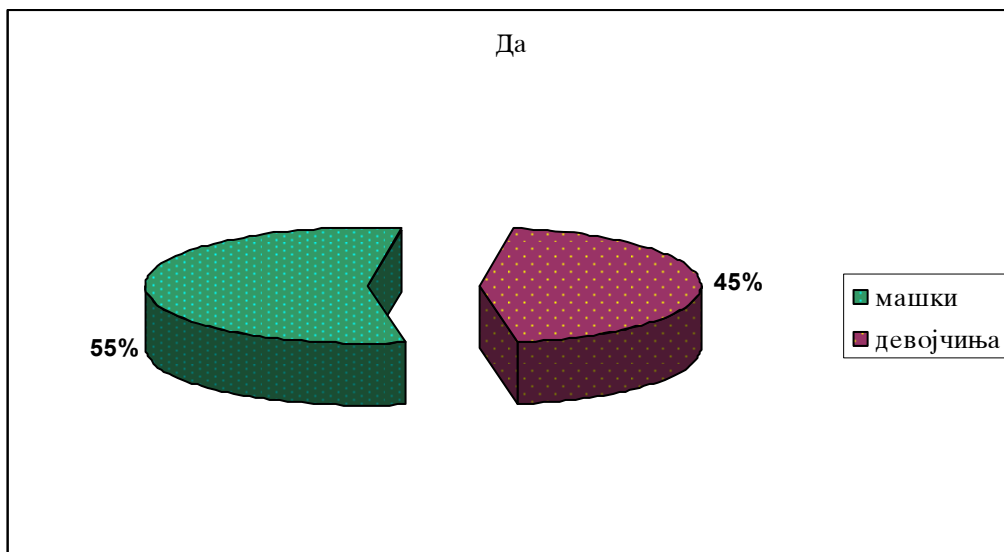
Табела 11. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
од 10 до 15 год.	44 (44,00%)	56 (56,00%)	19,01	4	0,001	0,29
над 15 год.	61 (74,39%)	21 (25,61%)				
од 10-18 г. ТП	5 (50,00%)	5 (50,00%)				
од 18-30 г. ТП	11 (64,71%)	6 (35,29%)				
над 30 г. ТП	2 (33,33%)	4 (66,67%)				
$\Sigma$	123 (57,21%)	92 (42,79%)				

При разгледување на одговорите за 3 прашање поделени според возраст може да се види дека кај испитаниците од 10 до 15 години стари поголем е бројот на негативни одговори што изнесува 56%, додека пак кај испитаниците на возраст над 15 години повеќе има позитивни одговори или 74,39%. Кај испитаниците од

Заводот- Топанско Поле, кај испитаниците на возраст од 10 до 18 години ендаков е бројот на оние кои го знаат и оние кои не го знаат одговорот на прашањето, во старосната граница од 18 до 30 години 64,71% од испитаниците го знаат одговорот и кај испитаниците над 30 години од 6 испитаника, само 2 знаеле за заштита од бременост. Вака добиените податоци укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во одговорите во однос на возраста на испитаниците ( $p < 0,05$ ) (Табела 11).

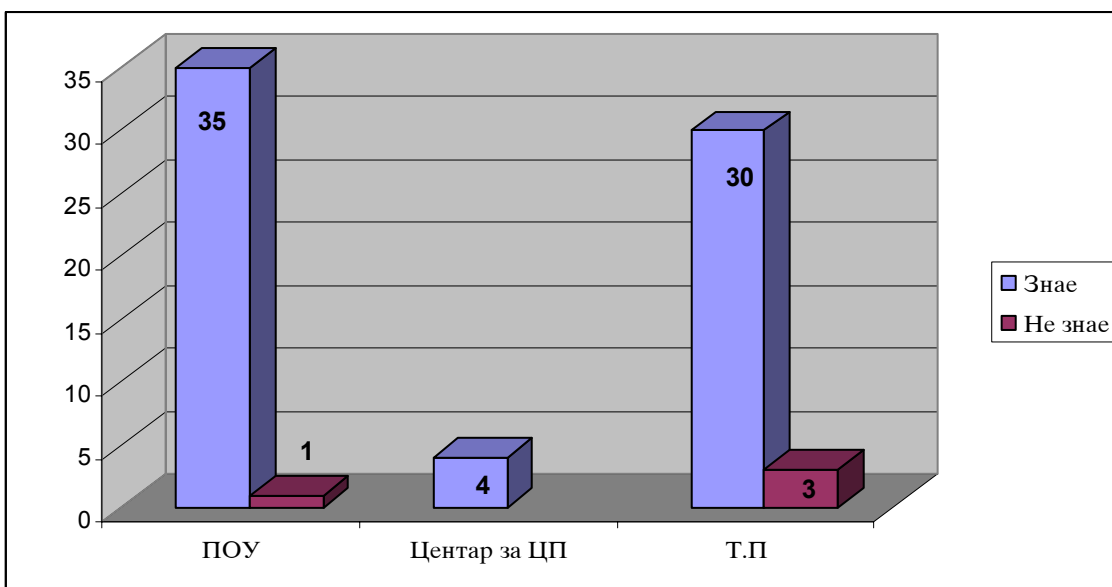
Во однос на пол не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците, 68 машки и 55 женски испитаника одговориле позитивно ( $p > 0,05$ ) (Слика 13).



Слика 13. Разлики во однос на пол

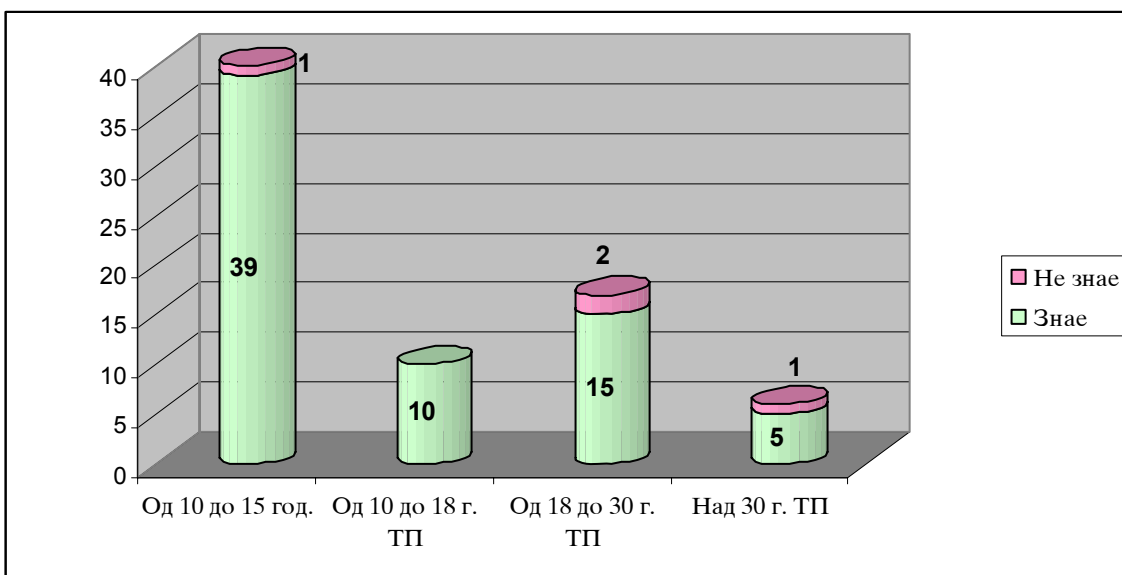
**Прашање 3** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле): Дали знаеш што се случува со девојчињата во пубертет ?

Од посебните основни училишта 35 испитаници знаеле да одговорат што се случува со девојчињата во пубертет, од центарот за церебрална парализа сите 4 испитаници одговориле точно на прашањето, односно одговориле дека девојчињата добиваат менструација, им растат градите, се зголемува влакнатоста. Во заводот 30 испитаника дале точен одговор ( $p > 0,05$ ) (Слика 14).



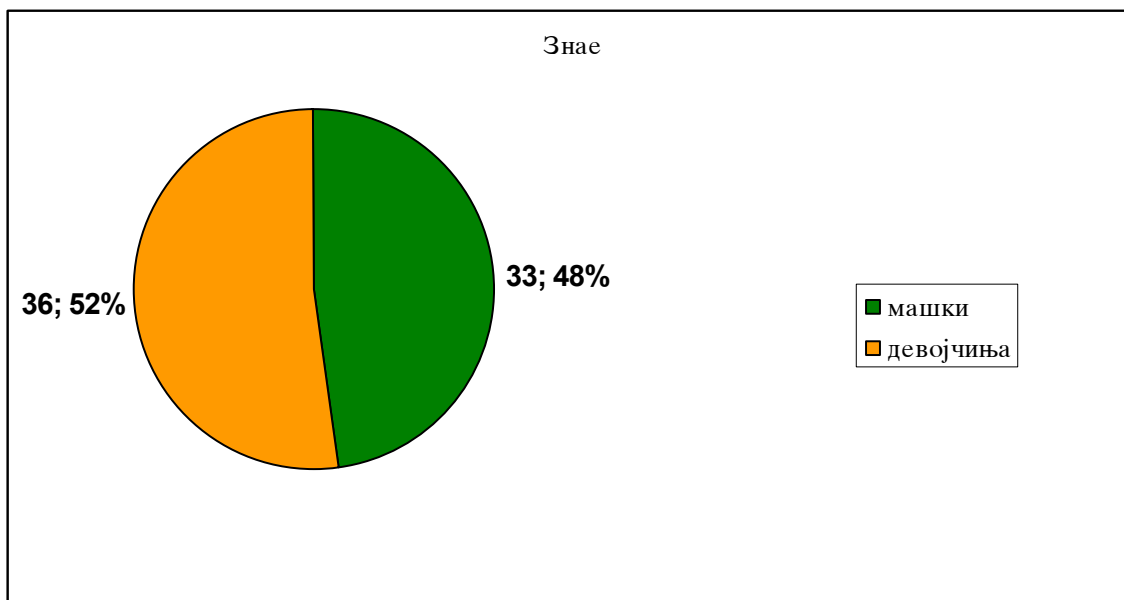
Слика 14. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

Во однос на возраста повторно не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ). На возраст од 10 до 15 години точно одговориле 39 испитаника, категоријата од 10 до 18 години сите испитаници одговориле позитивно. Во категоријата од 18 до 30 години 15 испитаници одговориле позитивно, додека во категоријата над 30 години 5 испитаника одговориле точно (Слика 15).



Слика 15. Разлики во одговорите според возраст

Во однос на пол не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ), 33 машки и 36 девојчиња дале позитивен одговор (Слика 16).



Слика 16. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 4** (прашање број 8 за ПОУ) (не се однесува само на испитаниците од Заводот- Топанско Поле): Дали знаеш што се тоа полово преносливи болести ?

Табела 12. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	11 (57,89%)	8 (42,11%)	14,52	7	0,043	0,27
2. „Димитар Влахов“	19 (76,00%)	6 (24,00%)				
3. „Партение Зографски“	12 (75,00%)	4 (25,00%)				
4. „Св. Наум Охридски“	25 (86,21%)	4м(13,79%)				
5. „Бања Банско“	18 (85,71%)	3 (14,29%)				
6. Контролна група	23 (71,88%)	9 (28,12%)				
7. ПОУ	21 (58,33%)	15 (41,67%)				
8. Центар за ЦП	1 (25,00%)	3 (75,00%)				
$\Sigma$	130 (71,43%)	52 (28,57%)				

На 4 прашање позитивно одговориле 11 испитаника од „Кочо Рацин“, кои како полово пренослива болест ја споменаа само сидата, во „Димитар Влахов“ исто така бројот на позитивни одговори е поголем од бројот на негативни, односно позитивните одговори се сртенуваат кај 76% од испитаниците, при што сите како пример ја имаат наведено сидата и кај два женски испитаника се сретнува и споменување на хепатитис, кај испитаниците од „Партение Зографски“ 75% претставуваат позитивен одговор. Испитаниците од „Св. Наум Охридски“, 25 потврдно одговориле, кои покрај сидата како пример кај 4 машки испитаника се сретнува хепатитис, а кај 2 испитаника од двата пола по еден, се споменува и трипер како полово пренослива болест. Од испитаниците од „Бања Банско“ само 3 не знаеле да одговорат на прашањето, а во одговорите покрај сида се сретнува и трипер кај еден машки испитаник и вагинални инфекции кај испитаник од женски пол. Во контролната група 23 испитаника или приближно 72% имаат дадено позитивен одговор, каде меѓу примерите покрај сидата се споменува и хепатитис. Од посебните основни училишта приближно 58% од испитаниците дале афирмативен одговор, набројувајќи како пример сида, трипер и сифилис се сретнуваат дополнително кај еден машки испитаник и хепатитис кај 1 девојче. 1 испитаник од центарот за церебрална парализа дал потврден одговор на прашањето, посочувајќи на сида. Вака претставените податоци укажуваат на постоење на статистички значајна разлика во одговорите во однос на видот на инвалидност ( $p < 0,05$ ) (Табела 12).

Табела 13. Разлики во однос на возраст

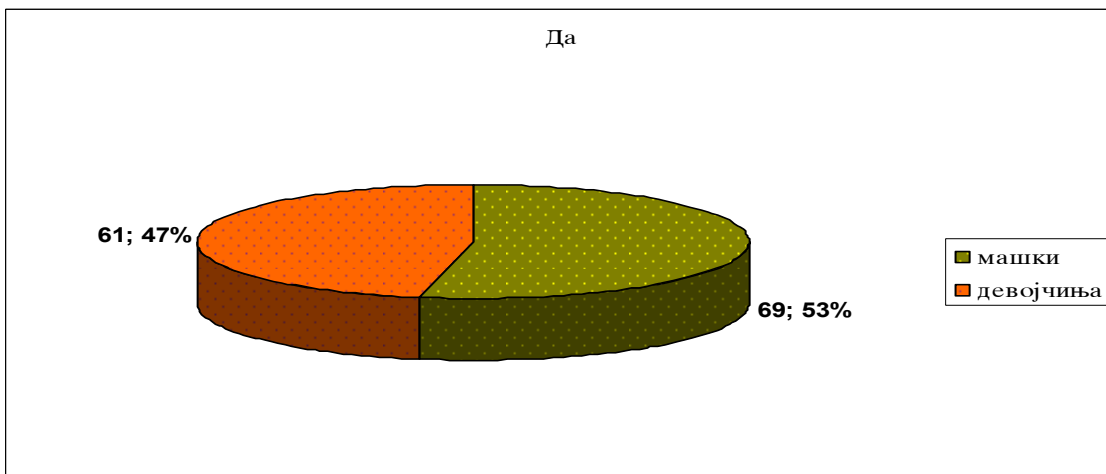
Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
од 10 до 15 год.	62 (62,00%)	38 (38,00%)	9,67	1	0,002	0,22	p= 0,003
над 15 год.	68 (82,93%)	14 (17,07%)					
$\Sigma$	13 (71,43%)	52 (28,57%)					

При споредба на резултатите во однос на возраст постои статистички значајна разлика. Кај испитаниците на возраст од 10 до 15 години бројот на



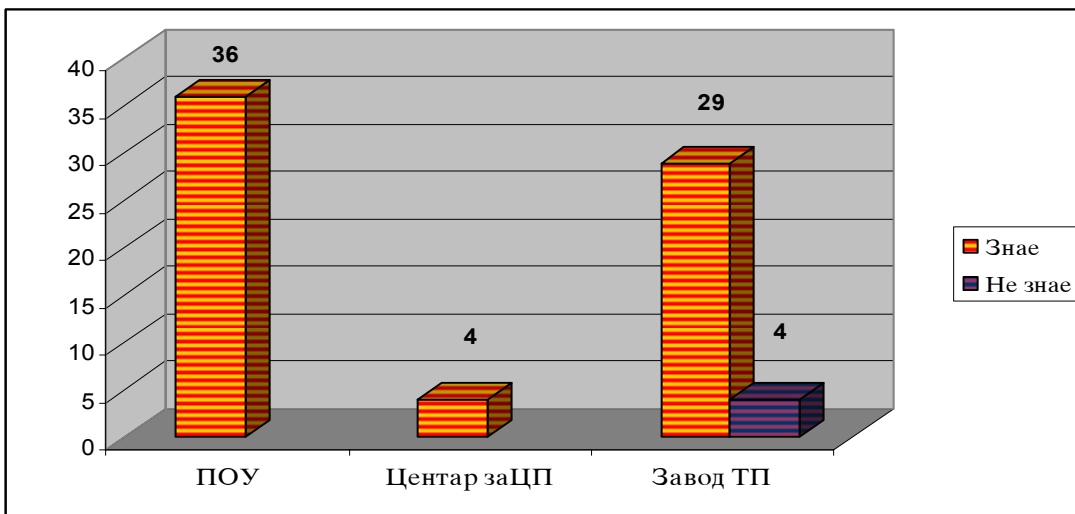
негативни одговори изнесува 38%, а кај лицата на возраст над 15 години бројот на негативни одговори е значително помал и изнесува 17,07% (Табела 13).

Во однос на пол не постои статистички значајна разлика, 69 од машките и 61 од женските испитаници одговориле потврдно ( $p > 0,05$ ) (Слика 17).



Слика 17. Разлики според пол

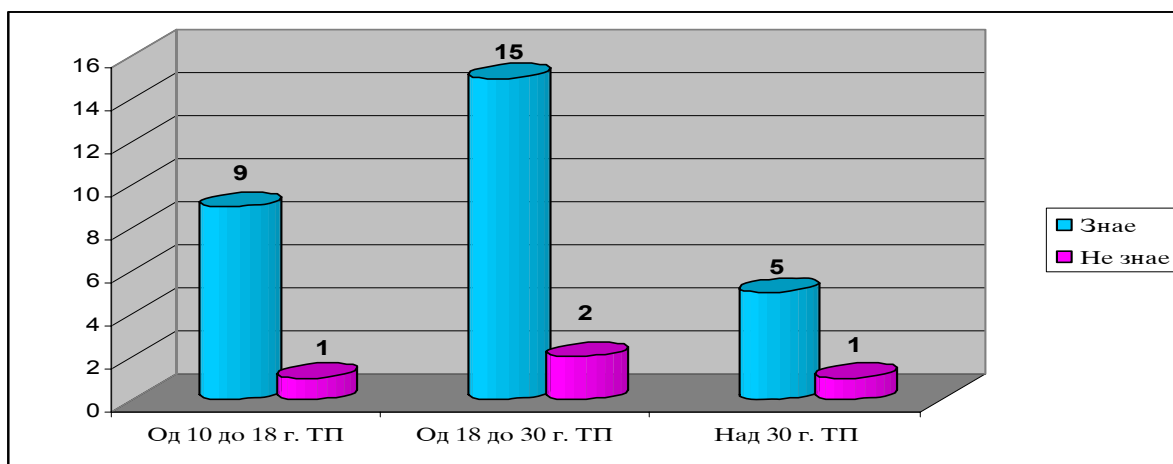
**Прашање 4** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле): Дали знаеш што се случува со момчињата во пубертет ?



Слика 18. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

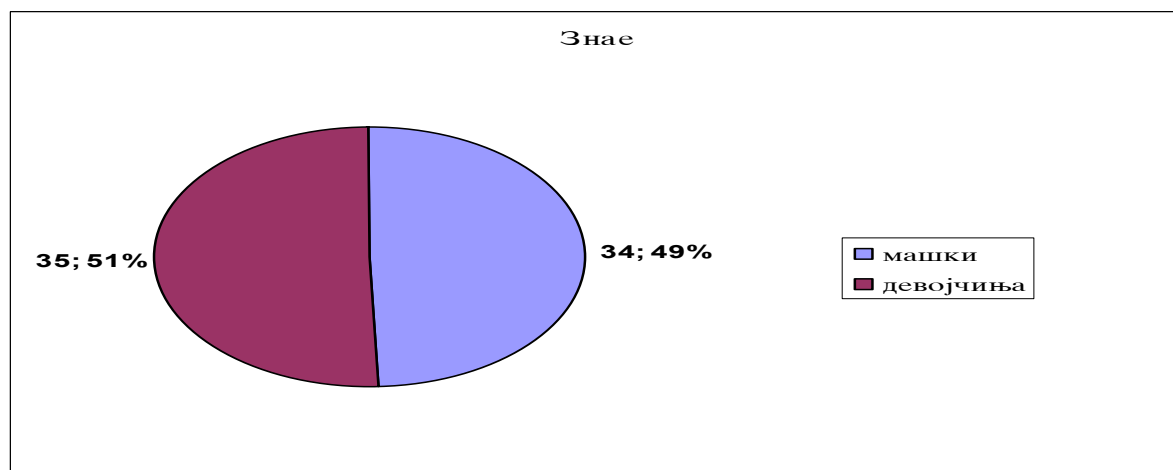
Сите испитаници од посебните основни училишта и од центарот за церебрална парализа одговориле дека на момчињата им растат брада и мустаќи, им се менува гласот и стануваат влакнести. Кај испитаниците од заводот точно одговориле 29 испитаници (Слика 18).

При разгледување на одговорите според возраст не постои статистички значајна разлика и одговорите се исти како и на претходното прашање ( $p > 0,05$ ) (Слика 19).



Слика 19. Разлики во одговорите според возраст

34 испитаника од машки пол и 35 испитаника од женски пол одговориле позитивно на прашањето и не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ) (Слика 20).



Слика 20. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 5** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали знаеш што претставува абортус?

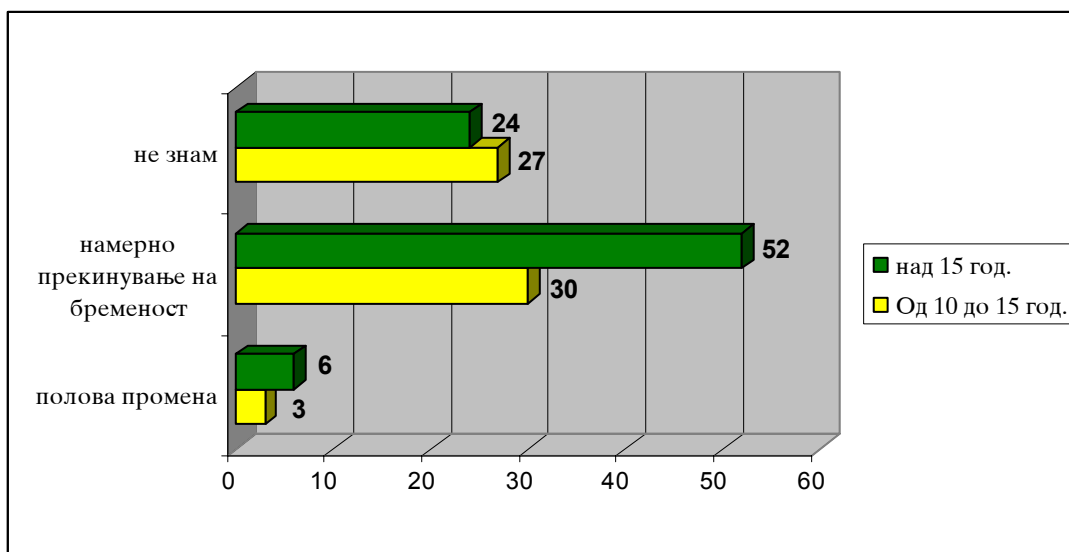
Табела 14. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Полова промена кај жена	2. Намерно прекинување на бременост	3. Не знам	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	1 (5,26%)	4 (21,05%)	14 (73,68%)	35,10	10	0,00012	0,45
2. „Димитар Влахов“	1 (4,00%)	11 (44,00%)	13 (52,00%)				
3. „Партение Зографски“	0	16 (100,00%)	0				
4. „Св. Наум Охридски“	2 (6,90%)	16 (55,17%)	11 (37,93%)				
5. „Бања Банско“	3 (14,29%)	10 (47,62%)	8 (38,10%)				
6. Контролна група	2 (6,25%)	25 (78,13%)	5 (15,63%)				
$\Sigma$	9 (6,34%)	82 (57,75%)	51 (35,92%)				

На 5 прашање вкупно точен одговор дале 82 испитаника или 57,75%. Од „Кочо Рацин“ 1 испитаник одговорил дека абортусот претставува полова промена кај жената, 4 испитаника дале точен одговор и 14 испитаника одговориле дека не знаат. Од „Димитар Влахов“, повторно еден испитаник одговорил дека абортусот претставува полова промена, 11 испитаника дале точен одговор и 13 се изјасниле дека не знаат. Во „Партение Зографски“ сите испитаници дале точен одговор. Од испитаниците од „Св. Наум Охридски“ 2 напишале за полова промена, 16 одговориле коректно и 11 не знаеле што претставува абортусот. Од „Бања Банско“, точен одговор имале 47,62%, не знаеле 8, а дека е полова промена одговориле 3. Од контролната група 5 испитаника не знаеле, 25 одговориле точно

и 2 заокружиле дека абортусот претставува полова промена. Добиените резултати посочуваат на постоење на статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците ( $p < 0,05$ ) (Табела 14).

При споредба на одговорите според возраст, не постои статистички значајна разлика меѓу групата на испитаници од 10 до 15 години и групата на испитаници на возраст над 15 години ( $p > 0,05$ ). Кај помладите испитаници 5% припаѓаат на одговорот дека абортусот претставува полова промена кај жена, 50% се однесуваат на точниот одговор и 45% од одговорите се не знам. Кај постарите испитаници 7,3% мислеле дека абортусот е полова промена кај жена, 63,41% одговориле точно и 29,26% не го знаеле одговорот (Слика 21).



Слика 21. Разлики според возраст

Табела 15. Разлики во одговорите според пол

Пол	1. Полова промена кај жена	2. Намерно прекинување на бременост	3. Не знам	$\chi^2$	df	p	C
машки	2 (2,63%)	36 (47,37%)	38 (50,00%)	15,63	2	0,0004	0,31485
женски	7 (10,61%)	46 (69,70%)	13 (19,70%)				
$\Sigma$	9 (6,34%)	82 (57,75%)	51 (35,92%)				

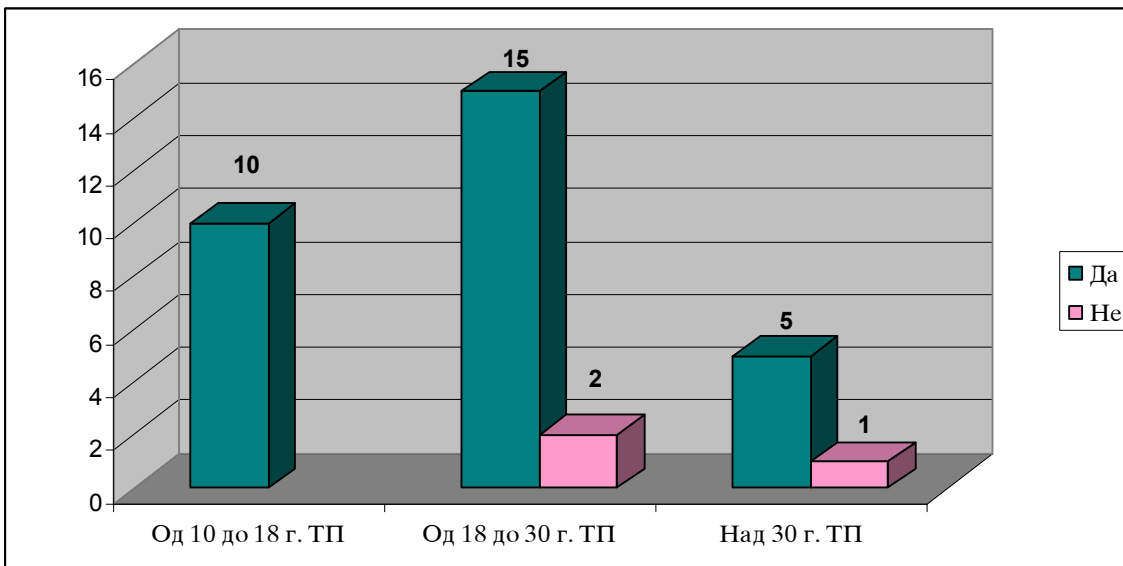
Кога се разгледуваат одговорите на 5 прашање според пол, може да се забележи дека постои статистички значајна разлика. Кај испитаниците од машки пол најголемиот број одговориле дека не знаат што претставува абортус 50%, нешто помалку или 47,37% одговориле точно и 2,63% одговориле дека абортусот претставува полова промена кај жената. Кај испитаниците од женскиот пол најголемиот дел 46 испитанчки одговориле точно, 13 не го знаеле одговорот на прашањето и 7 сметале дека абортус претставува полова промена кај жената ( $p < 0,05$ ) (Табела 15).

**Прашање 5** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 11 прашање): Дали знаеш што е тоа сексуален однос ?

Табела 16. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

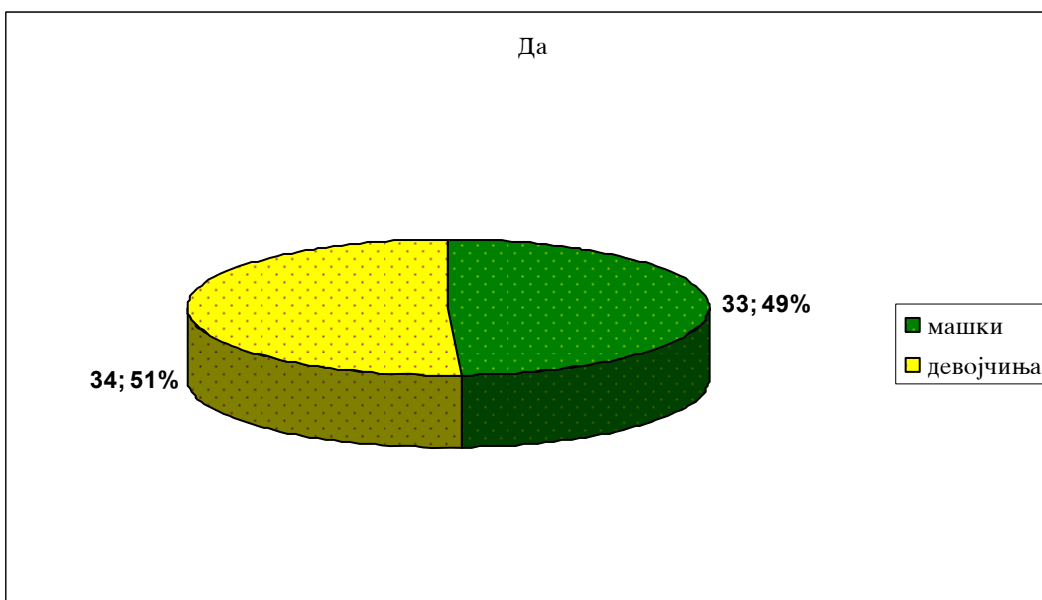
Испитаник / Установа	7. ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“	8. Центарот за церебрална парализа	9. Завод за рехабилитација на деца и младинци-Топанско Поле
1. Знае	33 (91,67%)	4 (100,00%)	30 (90,91%)
2. Не знае	3 (8,33%)	0	3 (9,09%)
$\chi^2$	0,392074		
df	2		
p	0,821982		
C	0,07309		

Од посебните основни училишта 33 испитаници одговориле дека знаат што претставува сексуален однос, 3 испитаници одговориле дека не знаат. Испитаниците од центарот за церебрална парализа сите дале потврден одговор. Од заводот 30 испитаници одговориле дека знаат што претставува сексуален однос. Може да се забележи дека не постои статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ) (Табела 16).



Слика 22. Разлики во одговорите според возраст

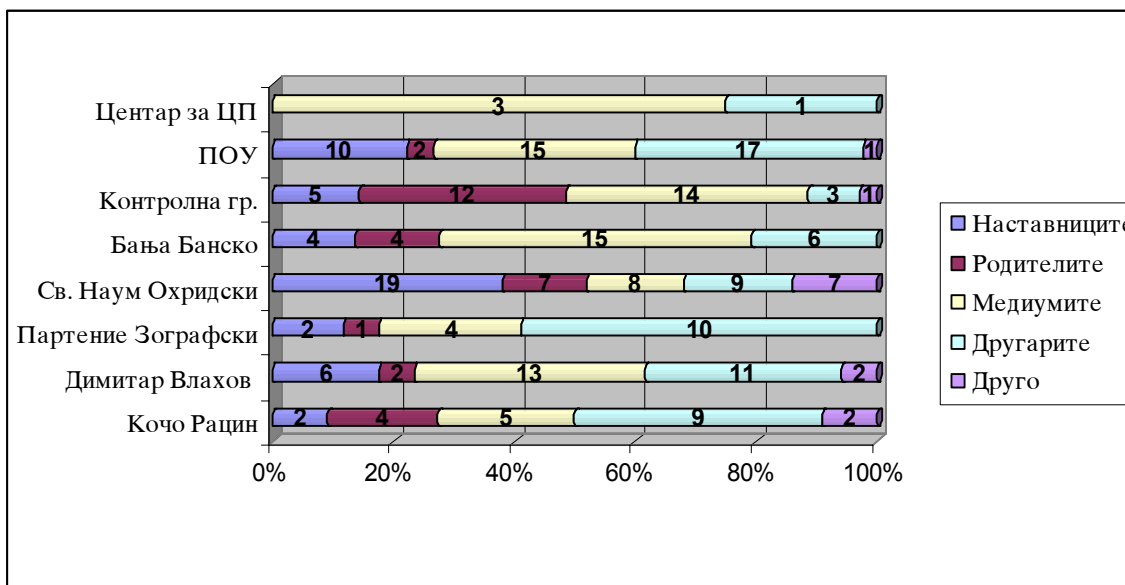
Испитаниците од 10 до 18 години од заводот сите одговориле потврдно, од испитаниците од 18 до 30 години 15 одговориле потврдно и од испитаниците над 30 години, 5 дале потврден одговор (Слика 22).



Слика 23. Разлики во одговорите според пол

При споредба на резултатите по пол не постои статистички значајна разлика, приближно еднаков е бројот на позитивни одговори кај двата пола ( $p>0,05$ ) (Слика 23).

**Прашање 6** (не се однесува само на испитаниците од заводот Топанско Поле):  
Знаењата за половите односи и половиот развој најчесто ги стекнувам?



Слика 24. Распространетост на одговорите на 6 прашање според вид на инвалидност

На 6 прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите во однос на видот и степенот на инвалидност ( $p>0,05$ ). Со оглед на тоа што на прашањето повеќе испитаници одговориле комбинирано во табелата е претставена распространетост на одговорите по дадени институции. Од „Кочо Рацин“ 10,5% припаѓаат на одговорот кој тврди дека најмногу информации испитникот стекнува од наставниците во училиштето, со 21,15% се сретнува одговорот во кој се вели дека најмногу информации се стекнуваат од родителите, потоа со 26,3% е одговорот кој како извор на информација ги потенцира електронските и пишаните медиуми, другарите како информатори се сретнуваат со 47,4% и 10,55% навеле дека информации стекнуваат од други извори. Од „Димитар Влахов“ во најголем број се јавува одговорот кој како извор на информации ги истакнува медиумите, потоа следат другарите со 44%, па наставниците од училиштето и со еднаква застапеност се сретнуваат родителите и

другите извори. Од „Партение Зографски“ 2 испитаника ги посочиле наставниците, 1 родителите, 4 ги посочиле медиумите и 10 испитаника ги посочиле другарите. Дури 65,5% од одговорите во „Св. Наум Охридски“ се однесуваат на одговорот кој како извор на информации ги поставува наставниците, 31% припаѓаат на другарите, 27,6% припаѓаат на медиумите и под еднакво се сретнуваат родителите и други извори, каде како други се споментирани предавања од страна на некои организации, во рамките на училиштето. Во „Бања Банско“, по 4 испитаника како извор на информации ги означиле наставниците и родителите, 15 одговориле за медиумите и 6 за другарите. Испитаниците од контролната група најмногу информации стекнуваат од медиумите, по што следат родителите, па наставниците и на крај со 9,4 другарите, а само еден испитаник посочил на стекнување на информации преку организирани трибини. Од посебните основни училишта 48,6% од испитаниците информации добиваат од другарите, 42,9% од медиумите, 10 испитаника од наставниците, 2 од родителите и 1 испитаник одговори дека знаењата ги стекнал од предавања во здравствени организации. Во центарот за церебрална парализа 3 испитаника ги посочиле медиумите и 1 испитаник како информатори ги смета другарите (Слика 24).

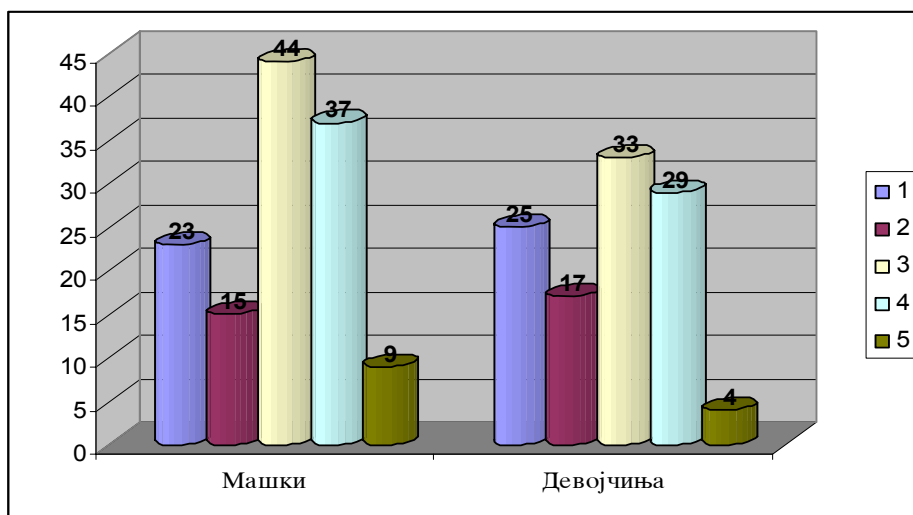
Табела 17. Разлики во однос на возраст

<b>Возраст</b>	<b>1. Наставниците</b>	<b>2. Родителите</b>	<b>3. Медиуми</b>	<b>4. Другари</b>	<b>5. Друго</b>
од 10 до 15 год.	18 (18,2%)	19 (19,2%)	40 (40,4%)	38 (38,45)	4 (4,00%)
над 15 год.	30 (36,65%)	13 (15,9%)	37 (45,1%)	28 (34,1%)	9 (11,00%)
<b>z</b>	<b>-2,79</b>	/	/	/	/
<b>p</b>	<b>0,005</b>	/	/	/	/

При споредба на резултатите според возраст, статистички значајна разлика во распространетоста на одговорите се сретнува само за првиот одговор, кој тврди дека основен извор на информации за половите односи и половиот развој се наставниците од училиштето (Табела 17).



Во однос на пол не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците ( $p > 0,05$ ). Кај двата пола во најголем број како одговор се сретнуваат медиумите, а останатите одговори се сретнуваат по ист редослед на зачестеност (Слика 25).



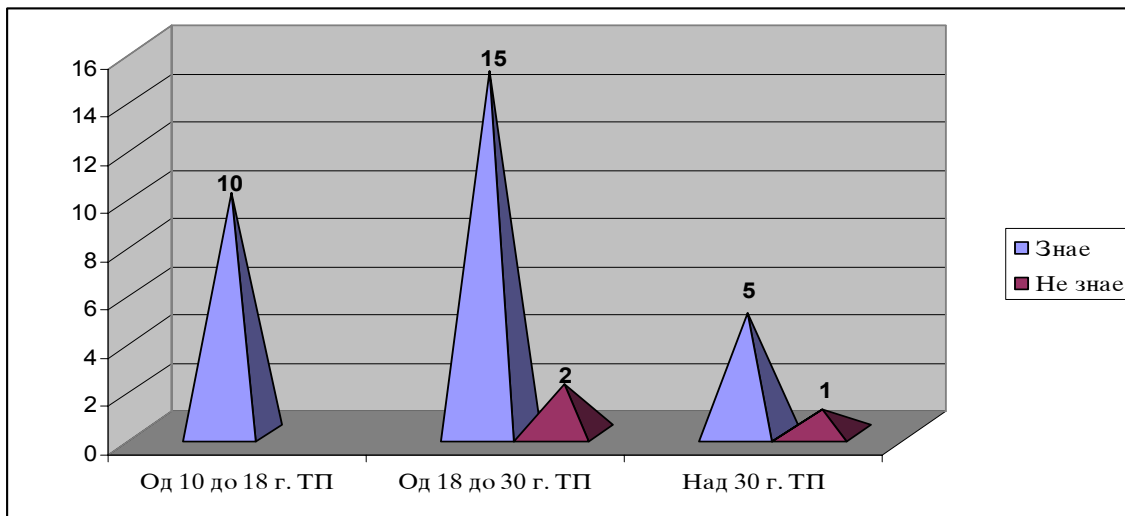
Слика 25. Распространетост на одговорите според пол

**Прашање 6** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 12 прашање): Дали знаеш помеѓу кој е нормално да има сексуален однос ?

Табела 18. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

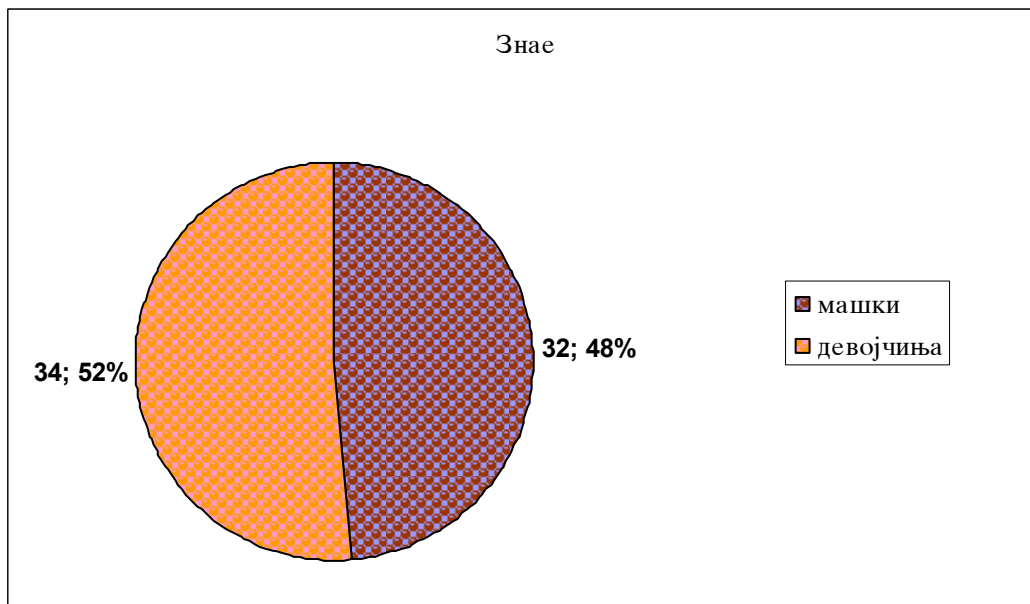
Испитаник / Установа	1. Знае	2. Не знае
7. ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“	32 (88,89%)	4 (11,11%)
8. Центарот за церебрална парализа	4 (100,00%)	0
9. Завод за рехабилитација на деца и младинци- Топанско Поле	30 (90,91%)	3 (9,09%)
$\chi^2$	0,529888	
df	2	
p	0,767249	
C	0,084891	

32 испитаника од посебните основни училишта одговориле точно на прашањето, од центарот за церебрална парализа сите испитаници дале точен одговор, од заводот 30 испитаника го знаеле одговорот (Табела 18).



Слика 26. Разлики во одговорите според возраст

Сите испитаници на возраст од 10 до 18 години одговориле точно, од групата на испитаници од 18 до 30 години, 15 одговориле точно и 5 испитаници од над 30 години дале позитивен одговор (Слика 26).



Слика 27. Разлики во одговорите според пол

При споредба на резултатите по пол не постои статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ) (Слика 27).

**Прашање 7** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали мислиш дека во Република Македонија се случува сексуална злоупотреба врз лицата со оштетен вид (слепи), со оштетен слух (глуви), ментално ретардирани лица и телесно инвалидни лица?

Табела 19. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Често	2. Ретко	3. Не се случува	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	7 (36,84%)	0	12 (63,16%)	64,90	10	0,000	0,56
2. „Димитар Влахов“	9 (37,50%)	9 (37,50%)	6 (25,00%)				
3. „Партение Зографски“	8 (50,00%)	8 (50,00%)	0				
4. „Св. Наум Охридски“	19 (65,52%)	9 (31,03%)	1 (3,45%)				
5. „Бања Банско“	13 (61,90%)	4 (19,05%)	4 (19,05%)				
6. Контролна група	4 (12,50%)	25 (78,13%)	3 (9,38%)				
$\Sigma$	60 (42,55%)	55 (39,01%)	26 (18,44%)				

Одговорите на 7 прашање посочуваат на постоење на статистички значајна разлика во однос на вид на инвалидност. Кај испитаниците од „Кочо Рацин“ 7 испитаника сметаат дека во Р. Македонија често се случува сексуална злоупотреба на лица со инвалидност и 12 сметаат дека сексуална злоупотреба на овие лица не се случува. Кај испитаниците од „Димитар Влахов“ по 9 сметаат дека често се случува и дека се случува ама ретко, а останатите 6 сметаат дека воопшто не се случува. Испитаниците од „Партение Зографски“ половина сметаат дека се случува сексуална злоупотреба на инвалидни лица често, а другата

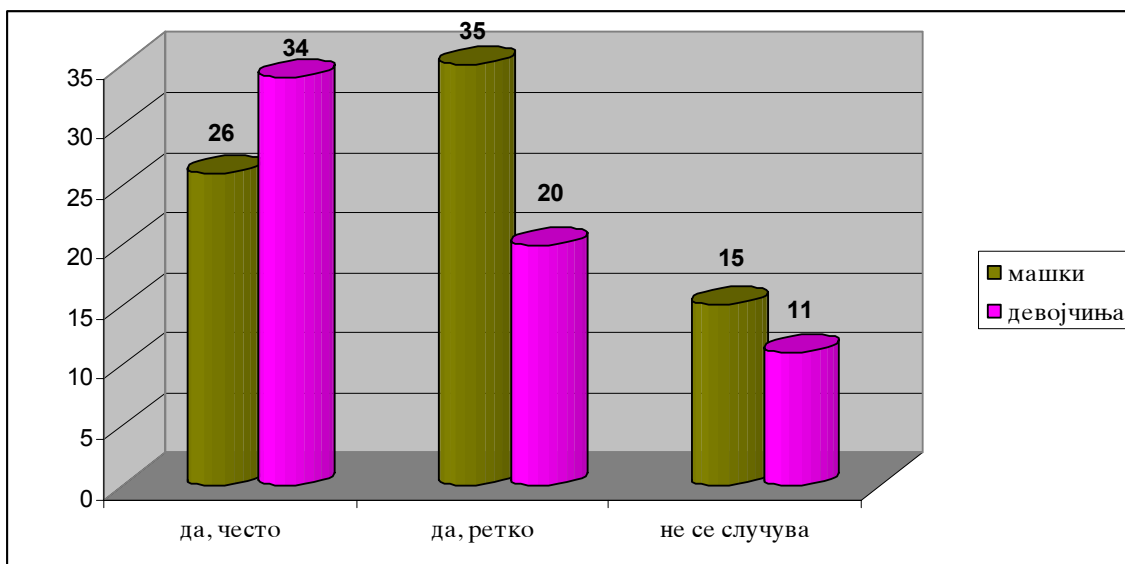
половина исто така смета дека се случува сексуална злоупотреба, ама ретко. Најголем дел од испитаниците од „Св. Наум Охридски“ сметаат дека често се случува всков вид на злоупотреба или околу 62%, 9 испитаника сметаат дека се случува, но ретко и 1 испитаник смета дека воопшто не се случува. Во групата на испитаници од „Бања Банско“ исто така најголем е бројот на оние кои сметаат дека сексуалната злоупотреба на лица со инвалидност се случува често, а еднаков е бројот на оние кои сметаат дека не се случува или се случува ретко. Испитаниците пак од контролната група во најголем дел сметаат дека ваквата сексуална злоупотреба се случува ретко, 4 сметаат дека се сретнува доста често, а 3 сметаат дека не се сретнува (Табела 19).

Табела 20. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Често	2. Ретко	3. Не се случува	$\chi^2$	df	p	C
од 10 до 15 год.	13 (21,67%)	29 (48,33%)	18 (30,00%)	20,61	2	0,000	0,36
над 15 год.	47 (58,02%)	26 (32,10%)	8 (9,88%)				
$\Sigma$	60 (42,55%)	55 (39,01%)	26 (18,44%)				

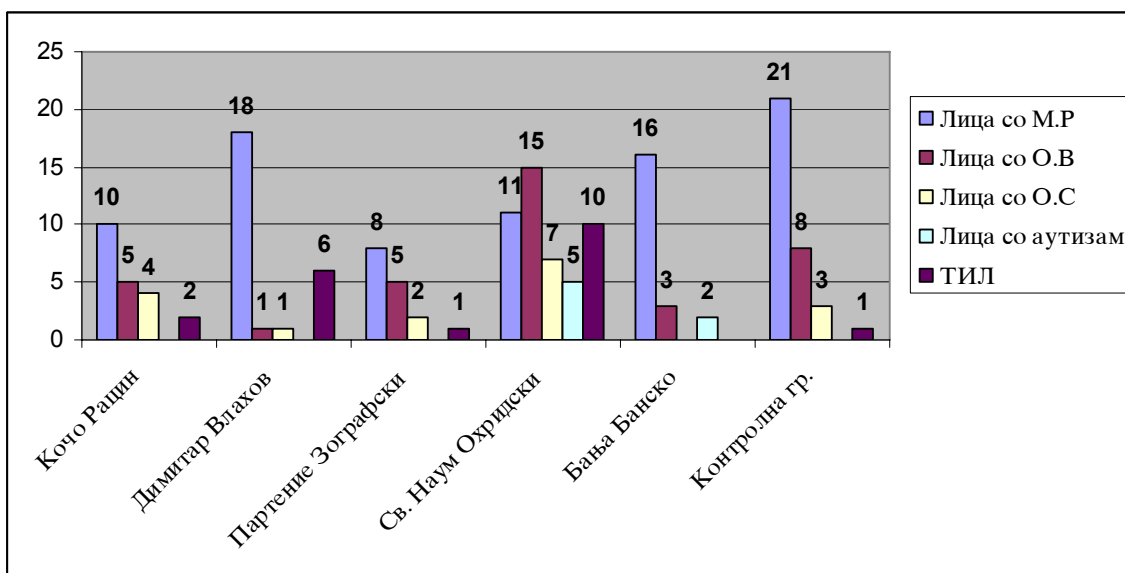
При споредба на резултатите според возраст се забележува постоење на статистички значајна разлика. Во групата на испитаници од 10 до 15 години најголемиот дел сметаат дека сексуална злоупотреба на лица со нивалидност се случува ретко, 30% сметаат дека не се случува и околу 22% сметаат дека се случува често. Во групата на постарите испитаници најголемиот дел сметаат дека ваква злоупотреба се случува често, 26 сметаат дека се случува, но ретко и 8 испитаника сметаат дека не се случува (Табела 20).

Во однос на пол не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците ( $p > 0,05$ ). Кај машките 26 испитаника сметаат дека се сретнува често сексуална злоупотреба на лица со инвалидност, 35 сметаат дека се сретнува ретко, и 15 испитаника сметаат дека не се сретнува. Кај женските 34 сметаат дека е честа појава, 20 сметаат дека ретко се сретнува и 11 сметаат дека не се сретнува (Слика 28).



Слика 28. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 8** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Кој мислиш дека е најчесто изложен на ризик од сексуална злоупотреба?



Слика 29. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

На 8 прашање од испитаниците од „Кочо Рацин“ 10 сметаат дека лицата со ментална ретардација се најчесто изложени на ризик од сексуална злоупотреба, 5 мислат дека тоа се лицата со оштетен вид, 4 дека најчесто изложени на ризик се

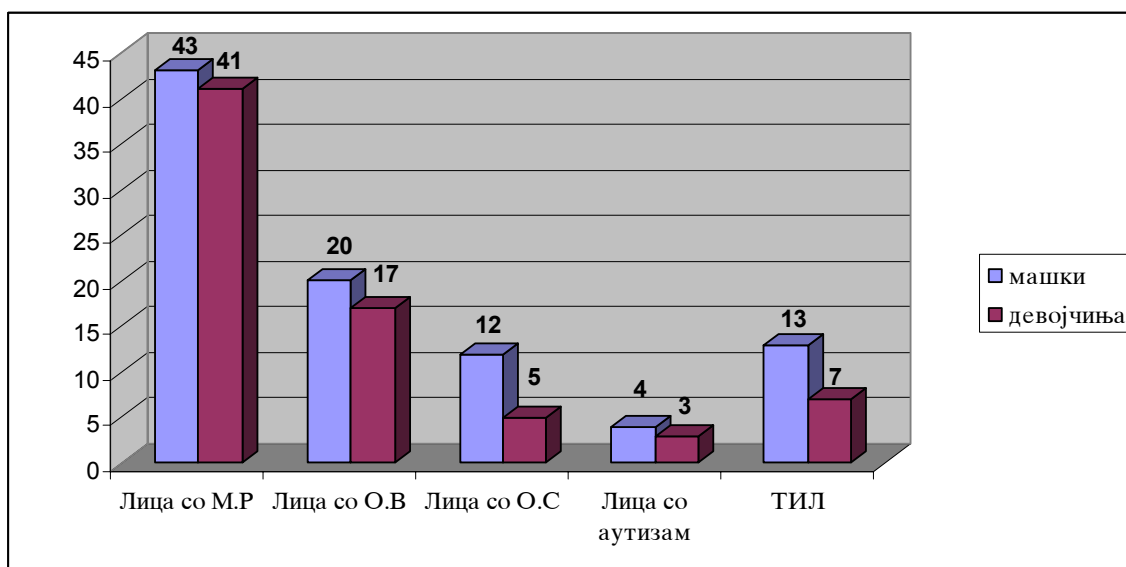
лицата со оштетен слух и 2 испитаника сметаат дека тоа се лицата со телесен инвалидитет. Од „Димитар Влахов“ 18 испитаника сметаат дека најзагрозени се лицата со ментална ретардација, потоа селди групата на лица со телесен инвалидитет за кои одговориле 6 испитаника и по еден испитаник мисли за лицата со оштетен вид и лицата со оштетен слух. Од „Партение Зографски“ 50% од испитаниците за најризична група ја сметаат групата на лица со ментална ретардација, 5 испитаника сметаат дека најзагрозена група се лицата со оштетен вид, укажувајќи на фактот дека поради тоа што не гледаат нема да можат да избегаат, 2 испитаника одговориле за лицата со оштетен слух и 1 испитаник ги потенцирал лицата со телесен инвалидитет. Од испитаниците од „Св. Наум Охридски“ 11 сметаат дека се лицата со ментална ретардација или они како што ги нарекуваат „будали“, 15 испитаника укажуваат на лицата со оштетен вид, потенцирајќи го истото размислување како кај претходната група, 7 испитаника сметаат дека под најголем ризик се лицата со оштетен слух, 5 ги посочуваат лицата со аутизам и 10 ги посочуваат телесно инвалидните лица како најзагрозени, укажувајќи на фактот дека тие се неподвижни и не можат да се одбранат. Од „Бања Банско“ 16 испитаника мислат дека под најголем ризик се ментално ретардираните лица, 3 сметаат дека се лицата со оштетен вид и 2 испитаника посочиле на лицата со аутизам. Од контролната група 21 испитаник ги посочиле лицата со ментална ретардација, 8 испитаника сметаат дека се лицата со оштетен вид, 3 испитаника сметаат дека се лицата со оштетен слух и двајца сметаат дека се телесно инвалидните лица. Од добиените резултати се забележува дека не постои статистички значајна разлика (Слика 29).

При разгледување на распространетост на одговорите во однос на возраст не постои статистички значајна разлика, освен што може да се забележи извесна разлика во однос на тврдењето дека под најголем ризик се изложени лицата со телесен инвалидитет, при што од помладите испитаници тоа го мислат само 4, а од постарите 16 (Табела 21).

Како и при споредба на одговорите по возраст, така и при споредба на одговорите според пол, не постои статистички значајна разлика. Најголемиот дел од испитаниците од двата пола смета дека под најголем ризик се лицата со ментална ретардација. Втор одговор по зачестеност во двата пола, е одговорот кој ги потенцира лицата со оштетен вид, па следат лицата со телесен инвалидитет, па оние со оштетен слух и на крај лицата со аутизам (Слика 30).

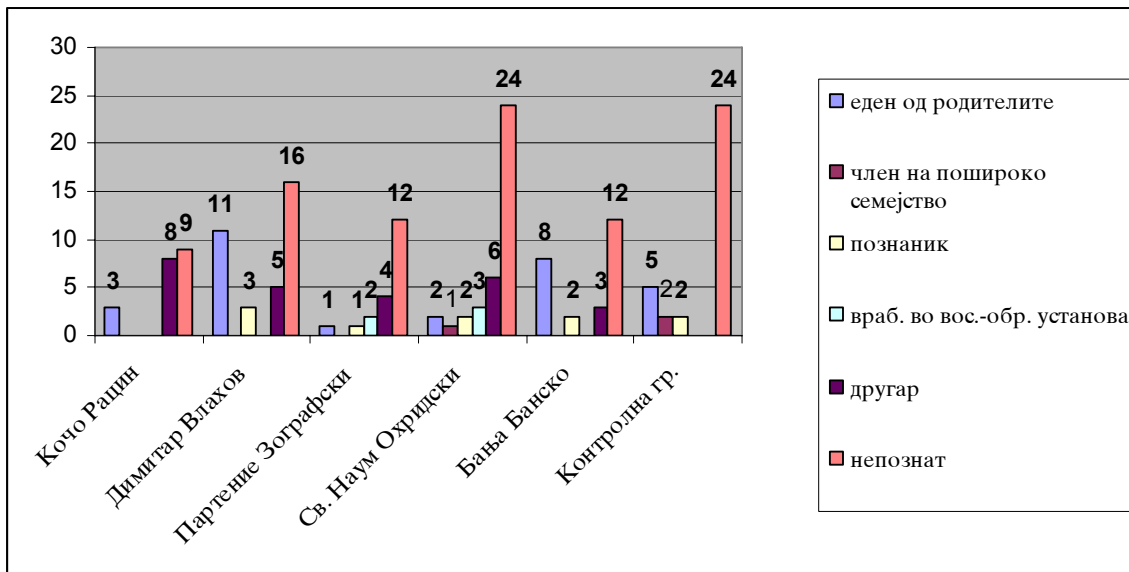
Табела 21. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. лица со М.Р	2. лица со О.В	3. лица со О.С	4. лица со аутизам	5. ТИЛ
од 10 до 15 год.	38 (64,4%)	14 (23,7%)	7 (11,9%)	0	4 (6,8%)
над 15 год.	46 (56,1%)	23 (28,00%)	10 (12,2%)	7 (8,5%)	16 (19,5%)
$\Sigma$	84 (59,6%)	37 (26,2%)	17 (12,1%)	7 (5,00%)	20 (14,2%)
<b>z</b>	/	/	/	/	-2,15
<b>p</b>	/	/	/	/	0,032



Слика 30. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 9** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Кој мислиш дека најчесто се сретнува како сексуален злоупотребувач?

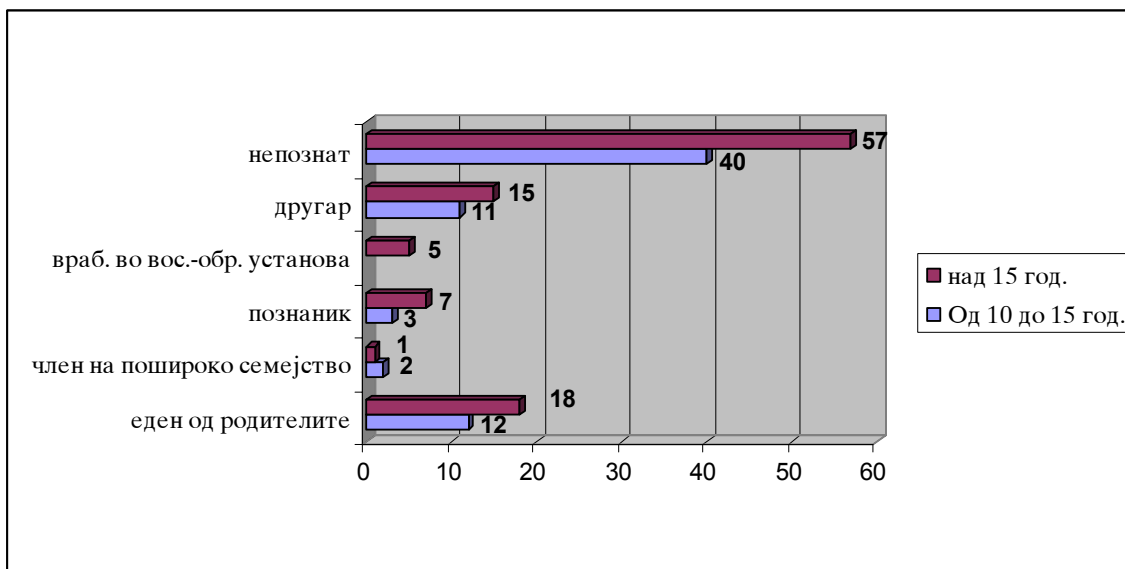


Слика 31. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

Со оглед на тоа што повеќе испитаника дале комбиниран одговор, во табелата е прикажано кој одговор во колкав степен се јавува во рамките на одредени категории на лица со инвалидност. Од испитаниците од „Кочо Рацин“ 15% проценти сметаат дека најчесто како сексуален злоупотребувач се сретнува еден од родителите, 40% сметаат дека тоа е некој другар и 45% сметаат дека како злоупотребувач најчесто се сретнува непознат сторител. Од испитаниците од „Димитар Влахов“, 11 сметаат дека сторител е еден од родителите, 3 испитаника сметаат дека е познаник на семејството, 5 мислат дека е другар и останатите 16 сметаат дека е непознат сторител. Од „Партение Зографски“ 1 испитаник посочува на еден од родителите, 1 посочува на познаник на семејството, 2 мислат дека е вработен во воспитно образовна програма, 4 посочуваат на другар и 12 на непознат сторител. Од „Св. Наум Охридски“, по два испитаника ги посочуваат родителите и познаник на семејството, 1 мисли дека злоупотребувач најчесто е член на поширокото семејство, 3 мислат дека е вработен во воспитно образовна институција, 6 посочуваат на другар и 24 сметаат дека е непознат сторител. Од „Бања Банско“, 8 одговориле дека најчесто родителите се сретнуваат како злоупотребувач, 2 сметаат дека е познаник на семејството, 3 мислат дека е другар и 12 мислат дека е непознат сторител. Од контролната група 5 испитаника ги издвојуваат родителите, по два испитаника посочуваат на член на поширокото семејство и познаник на семејството и останатите 24 сметаат дека станува збор за непознат сторител. Од одговорите може да се види дека не постои статистички значајна разлика меѓу одговорите на



6 групи на испитаници ( $p>0,05$ ) (Слика 31). Доколку ги споредиме резултатите од нашето истражување, со истражување направено 2008 година во Хрватска, врз група на испитаници со ментална ретардација, ќе видиме дека испитаниците во Хрватска наведуваат дека најчесто во улога на злоупотребувач се сретнува некој пријател на жртвата 59%, со 16% во одговорите се сретнуваат родителите како осомничени, а на трето место се познаници на жртвите. Sobsey (1994) утврдил дека во 52% од вкупно 215 случаи, како извршител на насилството се сретнува субјект кој се грижи за лицето со нителектуална попреченост (122).

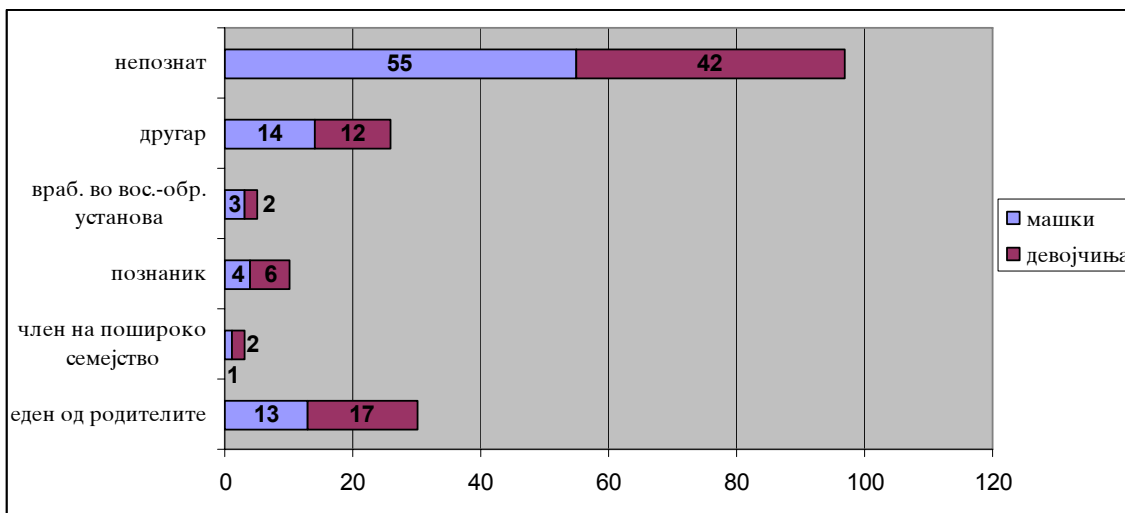


Слика 32. Разлики во одговорите според возраст

При споредба на резултатите според возраста на испитаниците не постои статистички значајна разлика ( $p>0,05$ ). Во двете групи најчесто се сретнува одговорот кој посочува дека најчест злоупотребувач е непознат сторител. Втор по зачестеност одговор во двете групи е еден од родителите, па следи другар, по што следи познаник на семејството, потоа кај помладите испитаници следи член на поширокото семејство, а кај постарите испитаници вработен во воспитно образовна институција, па член на поширокото семејство (Слика 32).

Статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците нема и при нивна споредба по пол ( $p>0,05$ ). Најчест одговор за двата пола е дека како злоупотребувач најчесто се сретнува непознат сторител, на второ место кај машките е другар, кај девојчињата е еден од родителите, на трето место по

зачестеност кај машките е еден од родителите, а кај девојчињата другар. На 4 место се наоѓа одговорот кој посочува познаник на семејството, потоа следи вработен во воспитно образовна установа и на последно место е член на поширокото семејство. Кај девојчињата претпоследен е одговорот кој посочува на познаник на семејството, а со еднаков број се застапени член на поширокото семејство и вработен во воспитно образовна установа (Слика 33).



Слика 33. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 9** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 5 прашање): Дали наставниците и родителите ти кажале кои се срамни работи кои не треба да ги правите ?

7 испитаника од посебните основни училишта одговориле дека наставниците им кажале кои се срамни работи кои не треба да ги прават, 14 испитаника одговориле дека им кажале родителите и 15 испитаника одговориле дека никој не им кажал. Од завод за церебрална парализа по еден испитаник одговорил дека му кажале наставниците, односно родителите и два испитаника одговориле дека никој не им кажал. Од заводот Топанско Поле 27 испитаници одговориле дека има кажале родителите кои се срамотни работи да не ги прават, на двајца им кажале наставниците и на 4 никој не кажал. Во однос на степенот и видот на инвалидност постои статистички значајна разлика во одговорите (Табела 22). На истражувањето од 2006 година на ова прашање 25 од 42 испитаника одговориле дека наставниците им кажале кои се срамни работи кои не треба да ги прават, а родителите ги посочиле 26 испитаници (120).

Табела 22. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Наставниците	2. Родителите	3. Никој	$\chi^2$	df	p	C
7. ПОУ	7 (19,44%)	14 (38,89%)	15 (41,67%)	28,30	4	0,000	0,53
8. Центарот за церебрална парализа	1 (25,00%)	1 (25,00%)	2 (50,00%)				
9. Завод за рехабилитација на деца и младинци-Топанско Поле	27 (81,82%)	2 (6,06%)	4 (12,12%)				
$\Sigma$	35 (47,95%)	17 (23,29%)	21 (28,77%)				

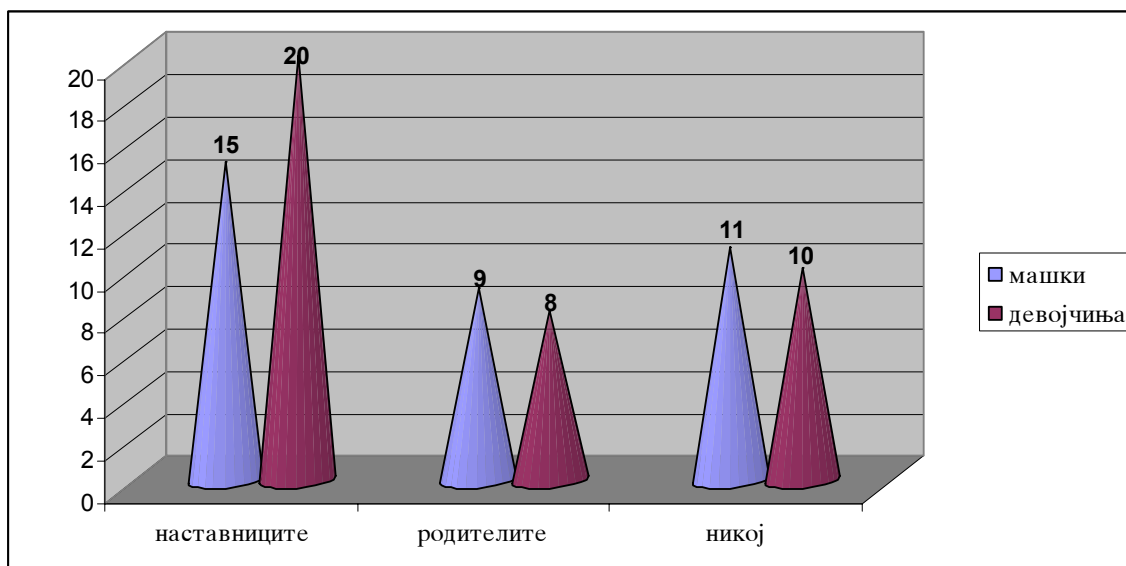
Табела 23. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Наставници	2. Родители	3. Никој	$\chi^2$	df	p	C
од 10 до 15 год.	8 (20,00%)	15 (37,50%)	17 (42,50%)	28,88	6	0,00	0,53
од 10 до 18 г. Т.П	8 (80,00%)	0	2 (20,00%)				
од 18 до 30 г. Т.П	14 (82,35%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)				
над 30 г. Т.П	5 (83,33%)	0	1 (16,67%)				
$\Sigma$	35 (47,95%)	17 (23,29%)	21 (28,77%)				

Од испитаниците на возраст од 10 до 15 години 8 одговориле дека наставниците им кажале кои се срамни работи да не ги прават, 15 одговориле дека родителите им кажале и 17 одговориле дека никој не им кажал. Од испитаниците

на возраст од 10 до 18 години 8 испитаници посочиле на наставниците и 2 на никого, во групата од 18 до 30 години 14 испитаника укажале на наставниците, 2 на родиелите и 1 на никој и од групата над 30 години 5 испитаника одговориле дека наставниците им кажуваат кои се срамни работи, а 1 одговорил дека никој не му кажува. Постои статистички значајна разлика во одговорите, со претпоставка дека за тоа придонесува начинот на сместување на испитаниците, т.е институционално или во семејство (Табела 23).

Кога се разгледуваат одговорите според пол не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ), распределеноста на одговорите е еднаква (Слика 34).

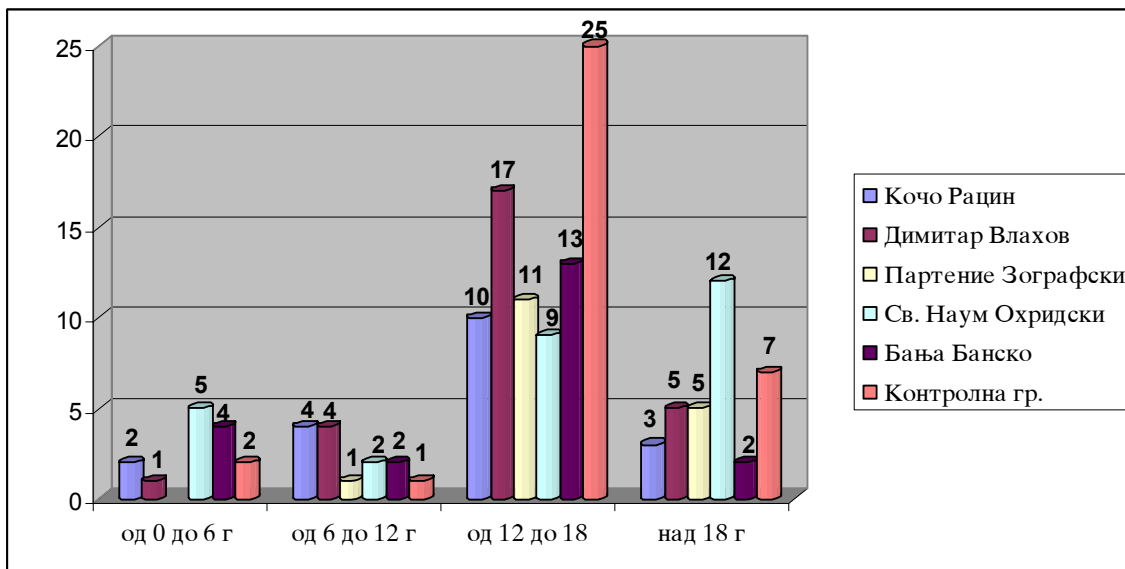


Слика 34. Разлики во одговорите според пол.

**Прашање 10** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Која возраст сметаш дека е најризична?

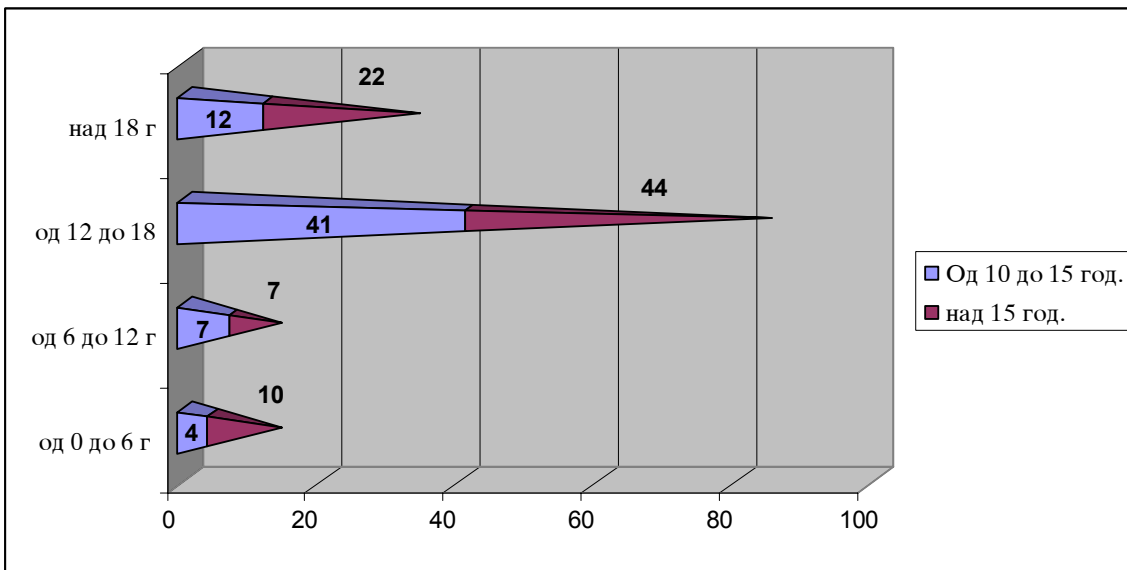
На 10 прашање кај испитаниците од „Кочо Рацин“, 2 одговориле дека најризична возраст е периодот од 0 до 6 години, 4 испитаника одговориле за периодот 6-12 години, најголем број на испитаници, 10 сметаат дека најризична возраст е 12-18 години и 3 испитаника ја заокружиле возраста над 18 години. Од „Димитар Влахов“ само еден испитаник за ризична ја смета возраста од 0 до 6 години, 4 ја потенцираат возраста 6-12 години, како и кај претходната група

најголем број одговори се за периодот од 12 до 18 години и останатите 5 испитаника посочуваат на периодот над 18 години, меѓу кои еден од испитаниците точно посочува возраст од 21 година. Најголемиот број на одговори кај испитаниците од „Партение Зографски“ се однесуваат како и кај останатите, па следи периодот над 18 години и 1 испитаничка смета дека најризични се годините од 6 до 12. Во „Св. Наум Охридски“ за најризична возраст повеќето испитаници ја сметаат возраста над 18 години, потоа следи периодот 12-18 години, па 0-6 години и најмалку одговори биле за периодот од 6 до 12 години. Кај испитаниците од „Бања Банско“, најголемиот број на одговори се однесуваат на периодот 12-18 години, 4 испитаника одговориле за периодот 0-6 години и по два испитаника го сметаат периодот 6-12 години и над 18 години. Кај контролната група, повторно најмногу одговори се однесуваат на старост од 12-18 години, 20% се за периодот над 18 години, 2 испитаника го заокружиле периодот 0-6 години и 1 испитаник одговорил за периодот 6-12 години. Од резултатите се забележува дека не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ) (Слика 35).



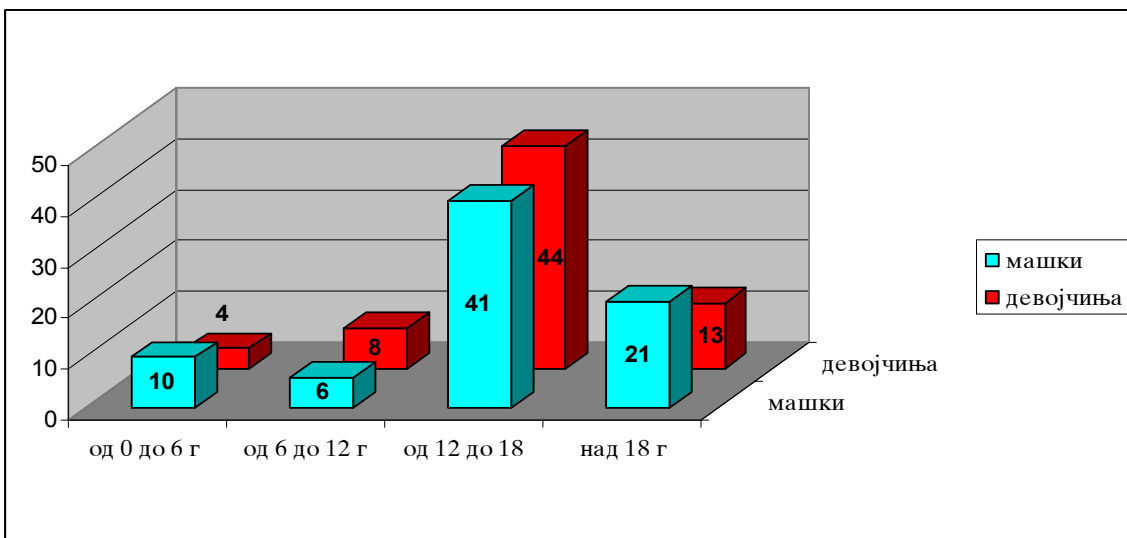
Слика 35. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

При разгледување на одговорите добиени, според возраст се забележува дека не постои статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ). Најмногу одговори кај двете групи се за возраст од 12 до 18 години, потоа следи периодот над 18 години, потоа кај помладите испитаници е периодот 6-12 години, а кај постарите обратно, трет по зачестеност на одговорите е периодот од 0 до 6 години (Слика 36).



Слика 36. Разлики во одговорите според возраст

При разгледување на резултатите според пол, се забележува дека резултатите се исто распределени како и при споредба по возраст. Во двете групи најчест одговор е за периодот од 12 до 18 години, на второ место се наоѓа одговорот кој се однесува на периодот над 18 години, а кај машките на трето е возраста од 0 до 6 години, што пак кај женските има најмалку одговори (Слика 37).



Слика 37. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 10** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 6 прашање): Кои се срамни работи кои не треба да ги правиш ?

Табела 24. Разлики според вид и степен на инвалидност

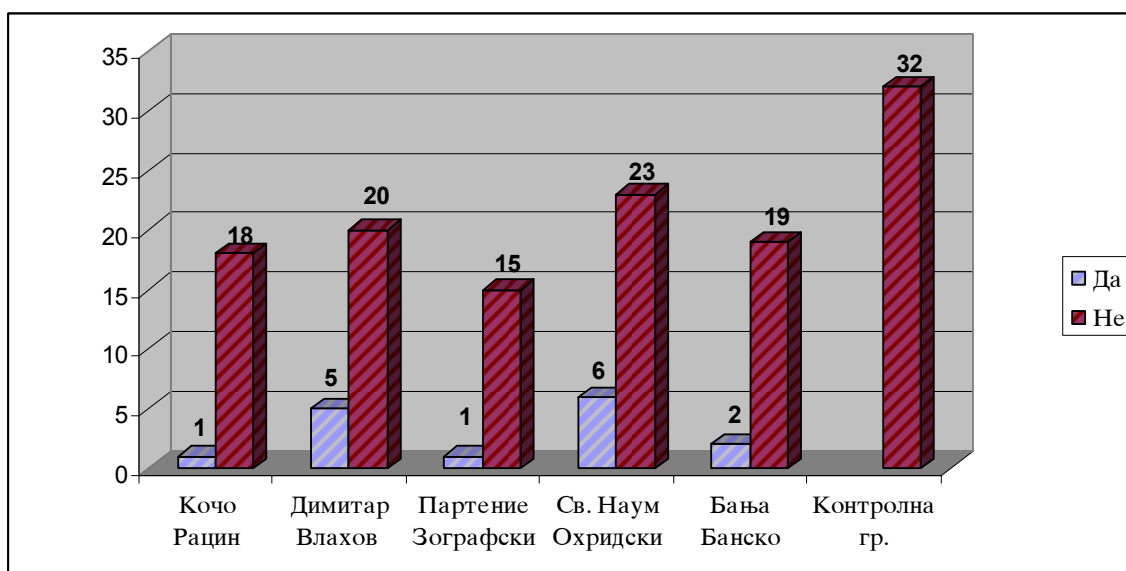
Испитаник / Установа	1. Знае	2. Не знае
7. ПОУ „Иднина“ и „Д-р Златан Сремац“	36 (100,00%)	
8. Центарот за церебрална парализа	4 (100,00%)	0
9. Завод за рехабилитација на деца и младинци-Топанско Поле	31 (93,94%)	2 (6,06%)
$\chi^2$	2,492531	
df	2	
p	0,287577	
C	0,181706	

Испитаниците од посебните основни училишта и од центарот за церебрална парализа дале точен одговор, од заводот 2 испитаника не дале точен одговор, од двата пола по еден испитаник, едниот на возраст од 10 до 18 години, а другиот на возраст од 18 до 30 години. Не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ) (Табела 24).

**Прашање 11** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали некој те присилил на сексуални односи?

На 11 прашање од испитаниците од „Кочо Рацин“ позитивен одговор е добиен од еден испитаник, односно само еден испитаник се изјаснил дека бил присилуван на сексуални односи од страна на некое друго лице. Другите 18 испитаници дале негативен одговор. Кај испитаниците од „Димитар Влахов“ 5 испитаници одговориле дека биле присилувани на сексуални односи од страна на друго лице, но 3 од испитаниците одговориле дека и покрај присилата до сексуален однос не дошло. Кај испитаниците од „Партение Зографски“, како и во

првата установа, само еден испитаник одговорил позитивно. Во „Св. Наум Охридски“ 6 испитаника одговориле дека биле присилувани на сексуални односи од страна на друго лице. Во „Бања Банско“ 2 испитаника одговориле дека биле присилувани на сексуален однос, при што едниот испитаник одговорил „ме присилуваше една женска, ама не сум сакал“. Во контролната група сите испитаници дале негативен одговор (Слика 38). При повторна споредба на резултатите со истите добиени во Хрватска, ќе видиме дека во Хрватска сите 59 испитаници дале негативен одговор, а во истражувањето од 2006, 6 испитаника на возраст над 15 години, одговориле афирмативно, што соодветствува со резултатот добиен во Св. Наум Охридски, во новото истражување (120, 122).



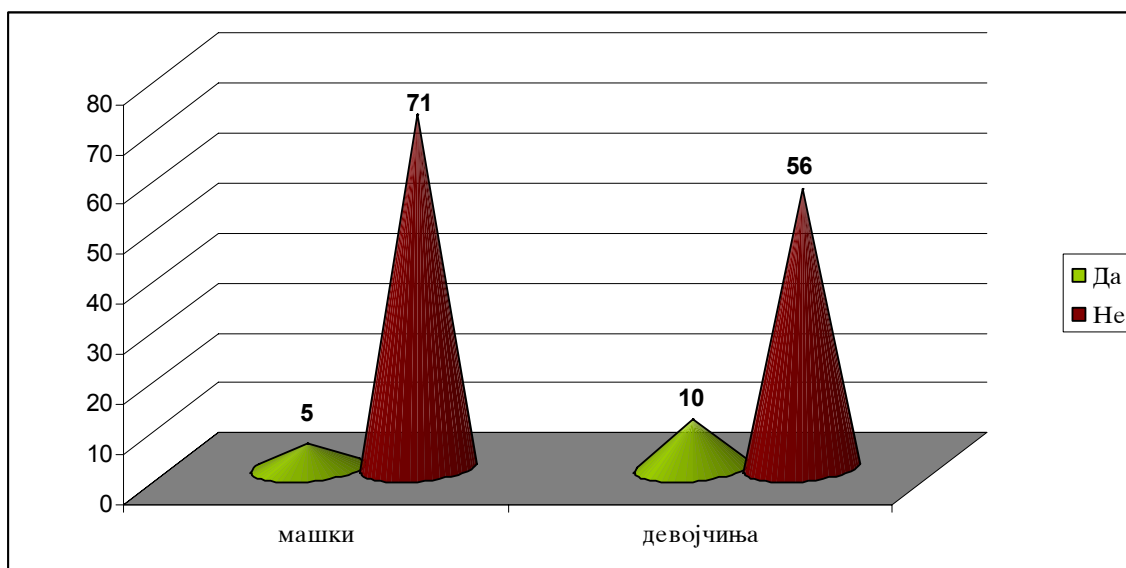
Слика 38. Разлики во одговорите на 11 прашање според вид на инвалидност

Табела 25. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
од 10 до 15 год.	2 (3,33%)	58 (96,67%)	5,75	1	0,016	0,20	p= 0,024
над 15 год.	13 (15,85%)	69 (84,15%)					
$\Sigma$	15 (10,56%)	127 (89,44%)					



Кога се разгледуваат одговорите според возраст, може да се забележи огромна разлика во позитивните одговори. Кај помладите испитаници, позитивни одговори има два или 3,33%, додека пак кај испитаниците на возраст над 15 години добиени се 13 позитивни одговори или 15,85%, што посочува на постоење на статистички значајна разлика во одговорите според возраст, што индиректно посочува на фактот дека испитаниците на постара возраст се повеќе изложени на ризик (Табела 25).



Слика 39. Разлики во одговорите според пол

Во однос на полот не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците, кај машките 5 испитаника дале потврден, а кај девојчињата 10 дале потврден одговор ( $p > 0,05$ ) (Слика 39).

**Прашање 11** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 13 прашање): Дали знаеш што е тоа сексуална злоупотреба (силување) ?

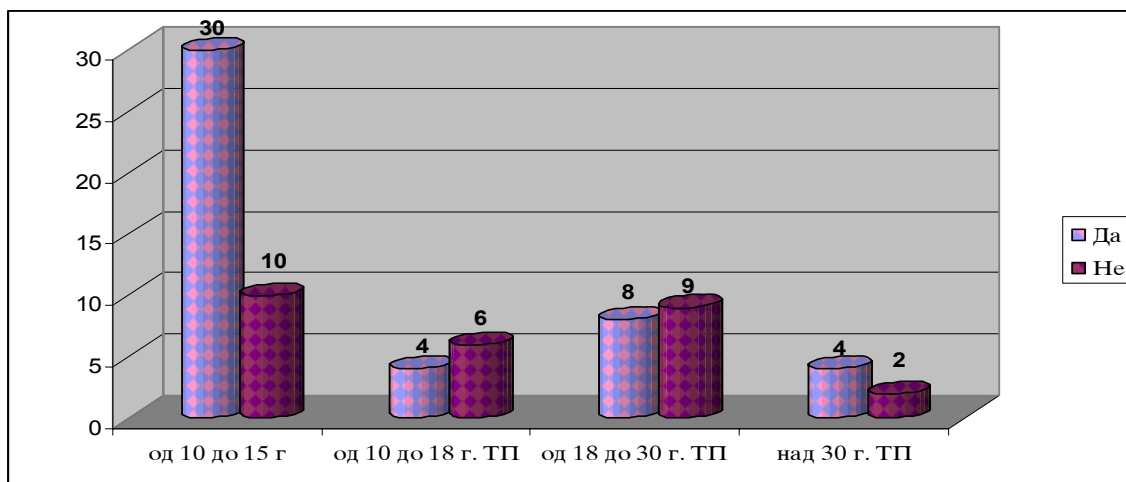
Од испитаниците од посебните основни училишта 29 испитаника знаеле што претставува сексуална злоупотреба, 7 не знаеле да одговорат на прашањето. Во центарот за церебрална парализа 1 испитаник одговорил потврдно, другите 3 не знаеле, во заводот 16 испитаници го знаеле одговорот, 17 испитаници одговориле негативно. Постои статистички значајна разлика во одговорите според вид и степен на инвалидност (Табела 26). На истото прашање во 2006

година, 25 од вкупно 31 испитаник на возраст над 15 години и 17 на возраст од 10 до 15 години посочиле дека знаат што претставува сексуална злоупотреба, при што може да се забележи дека и во тогашното и во сегашното истражување помал е бројот на негативни одговори.

Табела 26. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
7. ПОУ	29 (80,56%)	7 (19,44%)	10,22	2	0,006	0,35
8. Центарот за церебрална парализа	1 (25,00%)	3 (75,00%)				
9. Завод за рехабилитација на деца и младинци-Топанско Поле	16 (48,48%)	17 (51,52%)				
$\Sigma$	46 (63,01%)	27 (36,99%)				

При разгледување на резултатите според возраст не постои статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ), кај испитаниците од 10 до 15 години, 30 испитаника знаат што претставува сексуална злоупотреба, во категоријата од 10 до 18 позитивен одговор дале 4 испитаника, во категоријата од 18 до 30 години афирмативно одговориле 8 испитаника и над 30 години 2 испитаника не го знаеле одговорот (Слика 40).



Слика 40. Разлики во одговорите според возраст

Табела 27. Разлики во одговорите според пол

Пол	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
Машки	26 (74,29%)	9 (25,71%)	3,665512	1	0,056	0,219	p=0,046691
Женски	20 (52,63%)	18 (47,37%)					
$\Sigma$	46 (63,01%)	27 (36,99%)					

При разгледување на одговорите според пол на дополнителното 11 прашање, може да се забележи дека разликата е во рамките на граница на статистичка значајност. Потврден одговор дале 26 машки и 20 женски испитаници (Табела 27).

**Прашање 12:** Дали некој те присилил да ги соблечеш алиштата?

Табела 28. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

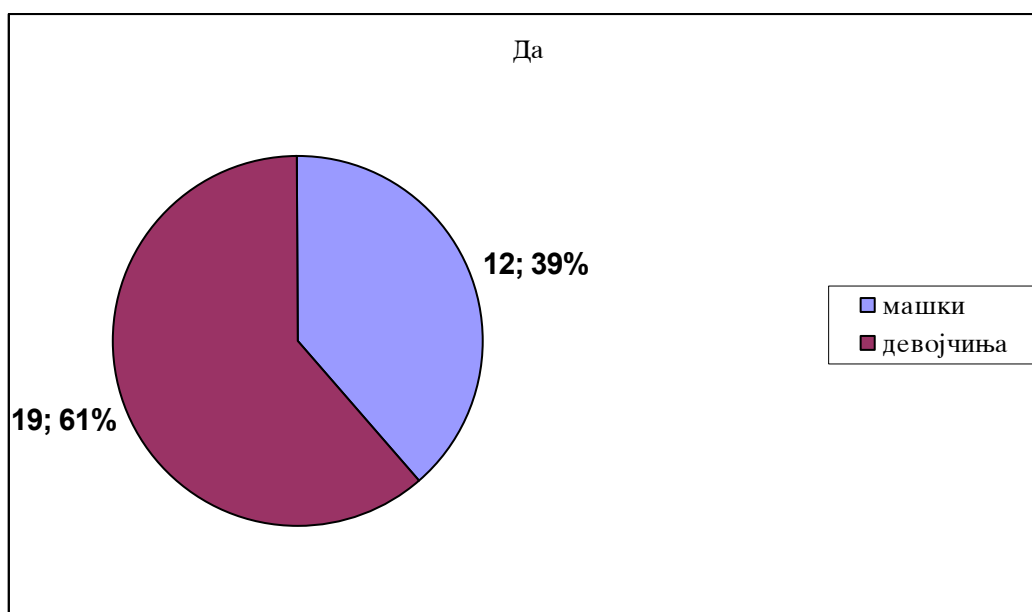
Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	2 (10,53%)	17 (89,47%)	26,77	8	0,0008	0,33
2. „Димитар Влахов“	2 (8,00%)	23 (92,00%)				
3. „Партение Зографски“	3 (18,75%)	13 (81,25%)				
4. „СВ. Наум Охридски“	3 (10,34%)	26 (89,66%)				
5. „Бања Банско“	1 (4,76%)	20 (95,24%)				
6. Контролна група	0	32 (100,00%)				
7. ПОУ	7 (19,44%)	29 (80,56%)				
8. Центар за ЦП	0	4 (100,00%)				
9. Завод - Т. Поле	13 (39,39%)	20 (60,61%)				
$\Sigma$	31 (14,42%)	184 (85,58%)				

На 12 прашања одговорија испитаниците од сите институции. Во „Кочо Рацин“ како и на претходното прашање, позитивен одговор дале два испитаника. Од „Димитар Влахов“, и то така два испитаника дале позитивен одговор, повторно со образложение дека биле присилувани, но дека не ги соблекле своите алишта. 3 испитаника од „Паретние Зографски“, дале потврден одговор, односно се изјасниле дека биле присилувани да ги соблечат своите алишта. Ист е бројот на афирмативни одговори и за испитаниците од „Св. Наум Охридски“. Во „Бања Банско“, еден испитаник дал потврден одговор, а еден испитаник покрај тоа што дал негативен одговор во своите забелешки напишал „зависи од женската“. Во контролната група сите добиени одговори се негативни. Во посебните основни училишта 7 испитаника одговориле дека биле присилувани да ги соблечат своите алишта, при што еден од испитаниците се изјаснил дека на такво нешто бил принудуван додека бил на училиште, 2 испитанички се изјаснија дека на таков чин биле принудувани од познаник, т.е од другар на нејзиниот брат (едната), а другата од дечкото на својата сестра. Во центарот за церебрална парализа сите одговори се негативни. Во Заводот- Топанско Поле 13 испитаника одговориле дека биле присилувани да ги соблечат своите алишта, при што една испитаничка одговорила дека тоа се случило во местото каде што престојува кога е кај својата мајка, друга испитаничка одговорила дека била присилувана од страна на својот татко, а 6 испитаници потенцирале дека некои од другите штитеници на заводот ги принудувал да се соблечат. Врз основа на добиените информации, може да се заклучи дека постои статистички значајна разлика во одговорите (Табела 28). Во 2006 година се добиени 11 афирмативни одговори, но при тоа треба да водиме сметка дека тие се однесуваат само на лицата со лесна ментална ретардација на возраст над 10 години (120).

Кај испитаниците од 10 до 15 години и оние над 15 години, со исклучок на испитаниците од Заводот- Топанско Поле еднаков е бројот на испитаници кои дале потврден одговор, односно по 9 испитаника. Но кај испитаниците од Заводот, во возрастната категорија од 10 до 18 години, еднаков е бројот на потврдни и негативни одговори, во возрастната категорија од 18 до 30 години има 6 потврдни и 11 негативни одговори, и во групата со возраст над 30 години, 2 се потврдни одговори и 4 негативни. Вака распределените одговори, предизвикуваат појава на статистички значајна разлика во одговорите (Табела 29).

Табела 29. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
од 10 до 15 год.	9 (9,00%)	91 (91,00%)	21,17	4	0,0003	0,30
над 15 год.	9 (10,98%)	73 (89,02%)				
од 10 до 18 г. Т.П	5 (50,00%)	5 (50,00%)				
од 18 до 30 г. Т.П	6 (35,29%)	11 (64,71%)				
над 30 г. Т.П	2 (33,33%)	4 (66,67%)				
$\Sigma$	31 (14,42%)	184 (85,58%)				



Слика 41. Разлики во одговорите според пол

На 12 прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите според пол, кај машките се сретнуваат 12 позитивни одговори, додека кај девојчињата 19 ( $p > 0,05$ ) (Слика 41).

**Прашање 13:** Дали некој те терал да присуствуваш на сексуален чин или да гледаш друг еротски материјал (што кај испитаниците од посебните основни

училишта, центарот за церебрална парализа и заводот Топанско Поле, беше формулирано: Дали некој ти покажувал срамни работи без да сакаш)?

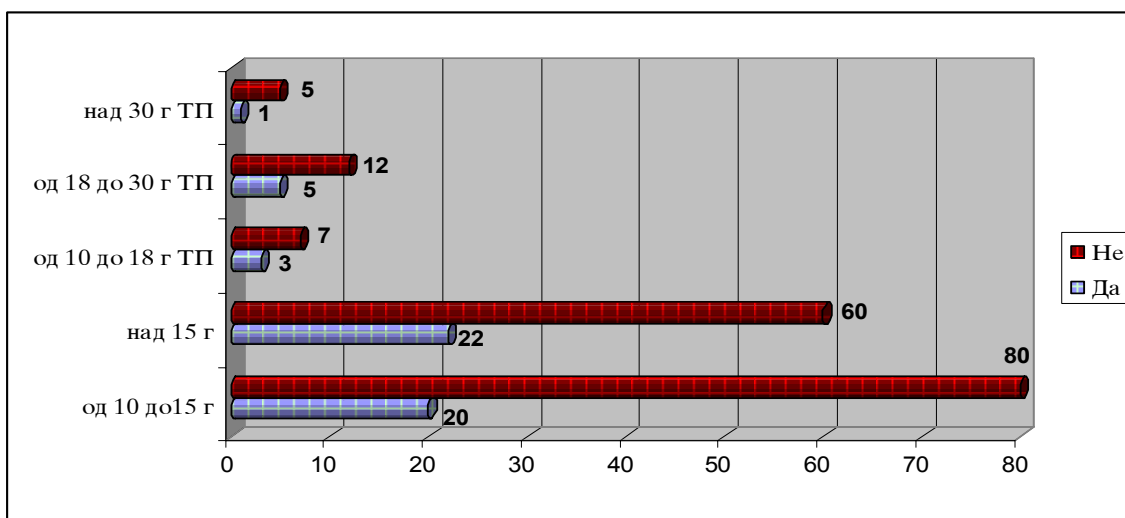
Табела 30. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	3 (15,79%)	16 (84,21%)	33,71	8	0,0000	0,37
2. „Димитар Влахов“	7 (28,00%)	18 (72,00%)				
3. „Партение Зографски“	10 (62,50%)	6 (37,50%)				
4. „Св. Наум Охридски“	10 (34,48%)	19 (65,52%)				
5. „Бања Банско“	0	21 (100,00%)				
6. Контролна група	0	32 (100,00%)				
7. ПОУ	11 (30,56%)	25 (69,44%)				
8. Центар за ЦП	1 (25,00%)	3 (75,00%)				
9. Завод - Т. Поле	9 (27,27%)	24 (72,73%)				
$\Sigma$	51 (23,72%)	164 (76,28%)				

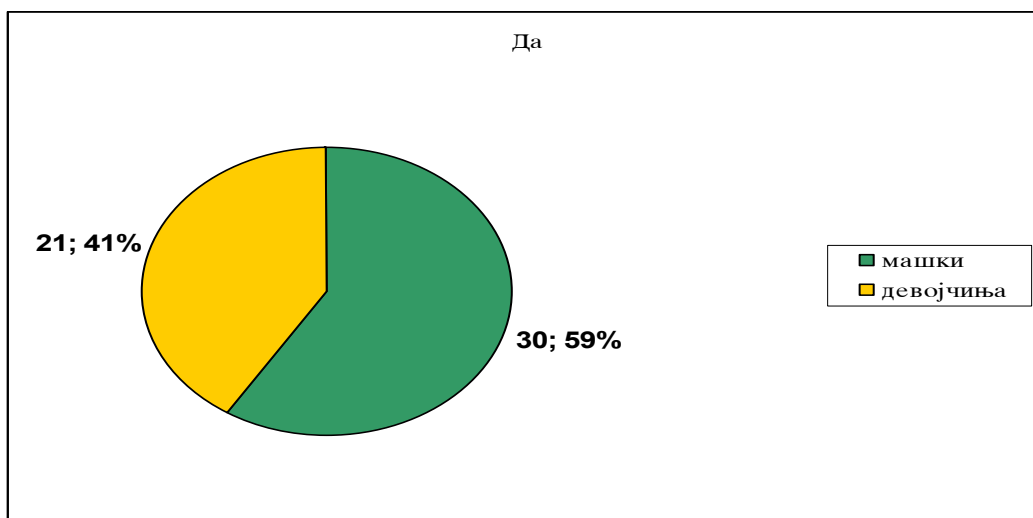
Во споредба со резултатите од 2006 година, каде се добиени 23 потврдни одговори, оваа година се добиени следниве резултати: од испитаниците од „Кочо Рацин“, тројца одговориле позитивно на 13 прашање. Од „Димитар Влахов“ 7 испитаника одговориле дека некој ги терал да присуствуваат на сексуален чин или да гледаат друг еротски материјал. Од „Партение Зографски“ 10 од 16 испитаници дале потврден одговор. Во „Св. Наум Охридски“ исто толкав број на испитаници дале потврден одговор, односно 10 испитаника или 34,48%. Од „Бања Банско“ и во контролната група сите испитаници одговориле негативно. 11 од испитаниците од посебните основни училишта одговориле дека некој им покажувал срамни работи без да сакаат, од кои 5 испитанички посочиле на егзибиционизам кај своите соученици. Во центарот за церебрална парализа само еден испитаник одговорил позитивно. Од заводот Топанско Поле, 9 испитаника афирмативно одговориле, повторно некои од нив истакнувајќи на егзибиционизам и јавно мастурбирање кај дел од останатите штитеници. Како и кај претходното прашање и овде се забележува постоење на статистички значајна разлика во одговорите (Табела 30). Од резултатите може да се заклучи дека бројот на

позитивни одговори во 2006 година е поголем, споредувајќи ги само категориите на лица со ментална ретардација.

Со споредба на резултатите според возраст не се утврдува постоење на статистички значајна разлика, кај испитаниците од 10 до 15 години има 20 позитивни одговори, кај испитаниците над 15 години се забележуваат 22 позитивни одговори. Во заводот Топанско Поле, кај испитаниците од 10 до 18 години бројот на потврдни одговори изнесува 30%, во групата од 18 до 30 години позитивните одговори се застапени со 29,41% и во последната категорија, т.е над 30 години има само 1 потврден одговор ( $p > 0,05$ ) (Слика 42).



Слика 42. Разлики во одговорите според возраст



Слика 43. Разлики во одговорите според пол

И при споредба по пол на 13 прашање, не се добива статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ). Од вкупно 51 афирмативен одговор, 30 припаѓаат на машките испитаници, додека другите 21 на женските (Слика 43).

**Прашање 14:** Дали некој те допирал по гениталии или те принудувал ти да го правиш истото без да сакаш?

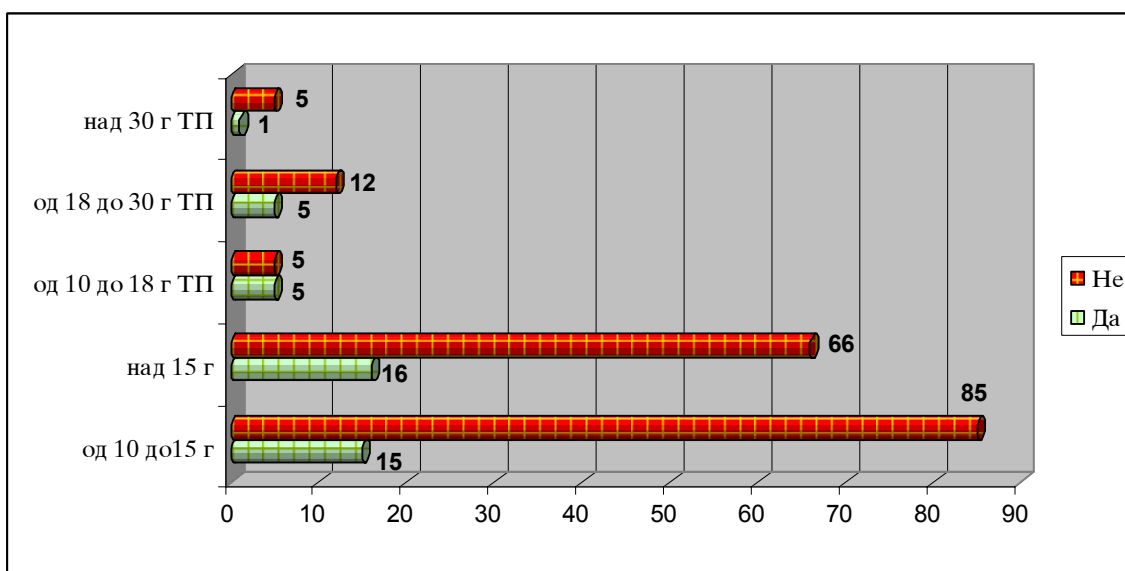
Табела 31. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

Испитаник / Установа	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	2 (10,53%)	17 (89,47%)	25,22	8	0,001	0,32
2. „Димитар Влахов“	6 (24,00%)	19 (76,00%)				
3. „Партение Зографски“	6 (37,50%)	10 (62,50%)				
4. „Св. Наум Охридски“	6 (20,69%)	23 (79,31%)				
5. „Бања Банско“	0	21 (100,00%)				
6. Контролна група	0	32 (100,00%)				
7. ПОУ	11 (30,56%)	25 (69,44%)				
8. Центар за ЦП	0	4 (100,00%)				
9. Завод - Т. Поле	11 (33,33%)	22 (66,67%)				
$\Sigma$	42 (19,53%)	173 (80,47%)				

2 испитаника од „Кочо Рацин“ одговориле дека некој ги допирал по гениталии или ги принудувал да го прават истото, без да сакаат. Од „Димитар Влахов“ 6 испитаника дале потврден одговор, при што еден испитаник кажал „едно дете кај што живеам ми ја ставаше раката“. Во „Партение Зографски“ и „Св. Наум Охридски“, по 6 испитаника афирмативно одговориле. Бројот на потврдни одговори во „Бања Банско“ и во контролната паралелка е нула. Во посебните основни училишта 11 испитаника одговориле позитивно, еден испитаник потенцирал дека тоа се случило, но преку алишта, а неколку укажаа на фактот дека нивните соученици се обидуваат да го прават тоа. Во центарот за церебрална парализа нема потврдни одговори, а во заводот Топанско Поле има 11 испитаника кои одговориле дека некој ги принудувал да ги допира по гениталии или нив ги принудувал да го прават истото. Сето тоа посочува на постоење на статистички значајна разлика (Табела 31). За разлика од претходните прашања,



бројот на потврдни одговори во новото истражување е поголем во споредба со одговорите добиени во 2006 година.



Слика 44. Разлики во одговорите според возраст

На 14 прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите според возраста на испитаниците. Кај испитаниците од 10 до 15 години има 15 позитивни одговори, кај испитаниците над 15 години бројот на позитивни одговори е 16. Кај испитаниците од заводот на возраст од 10 до 18 години еднаков е бројот на потврдни и негативни одговори, во групата од 18 до 30 години 5 има потврдни одговори и во групата над 30 години, има само 1 позитивен одговор (Слика 44).

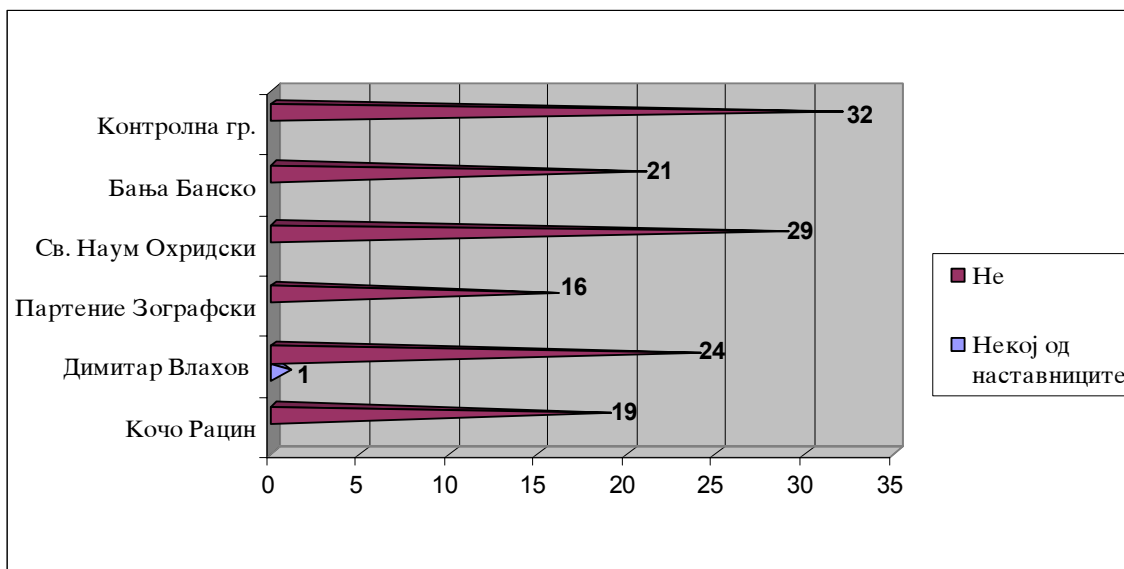
Табела 32. Разлики во одговорите според пол

Пол	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
машки	16 (14,41%)	95 (85,59%)	3,827623	1	0,050	0,132	p=0,059
женски	26 (25,00%)	78 (75,00%)					
$\Sigma$	42 (19,53%)	173 (80,47%)					

При споредба на одговорите според пол, може да се забележи дека постои статистички значајна разлика. Од вкупно 42 афирмативни одговори 26 припаѓаат на девојчињата, а 16 на машките, односно се забележува дека кај девојчињата има двојно повеќе позитивни одговори (Табела 32).

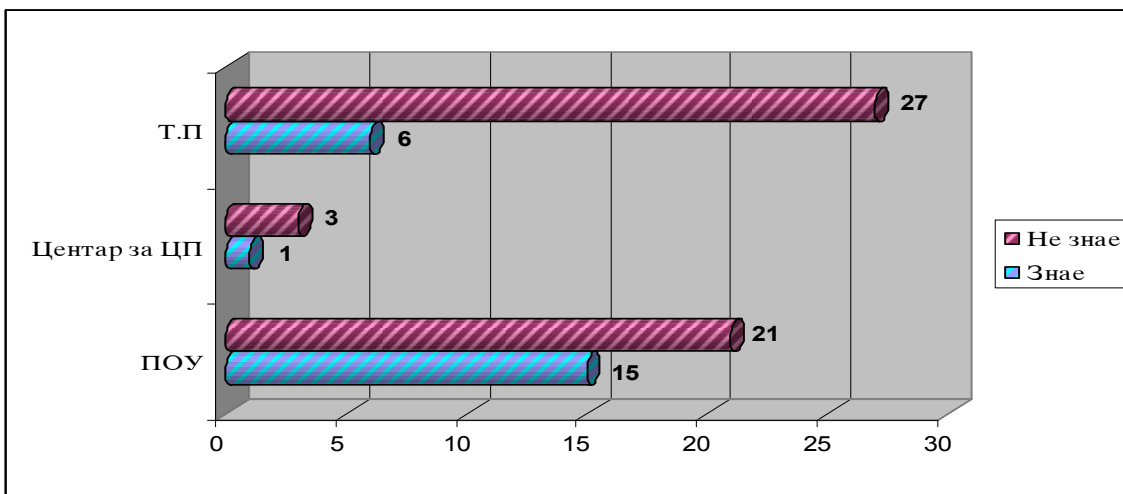
**Прашање 15** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали некој од вработените во училиштето ги присилува учениците на разни сексуални чинови или им покажува еротски материјал?

На 15 прашање сите испитаници, освен еден испитаник од „Димитар Влахов“, одговориле негативно. Испитаникот кој одговорил позитивно, на возраст над 15 години, од женски пол, всушност посочил дека претставник од наставниците ги присилувал учениците на разни сексуални чинови или им покажувал еротски материјали (Слика 45).



Слика 45. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

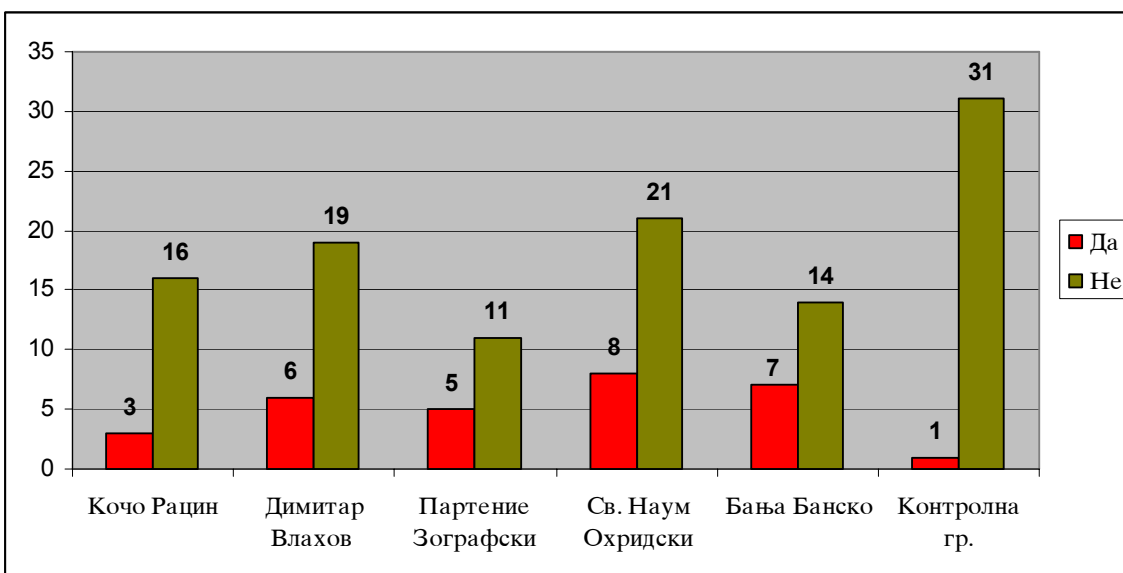
**Прашање 15** (се однесува на испитаници од посебните основни училишта, центар за церебрална парализа и завод- Топанско Поле- 10 прашање): Дали некој ти зборел срамни работи без да сакаш?



Слика 46. Разлики во одговорите според вид на инвалидност

На 15 прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите ( $p > 0,05$ ). 15 испитаници од посебните основни училишта дале потврден одговор, од центарот за церебрална парализа 1 испитаник одговорил потврдно и од заводот афирмативен одговор дале 6 испитаника. Во однос на пол и возраст не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците (Слика 46).

**Прашање 16** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали познаваш другар од училиштето кој бил сексуално злоупотребен (силуван) или принуден на разни сексуални чинови?



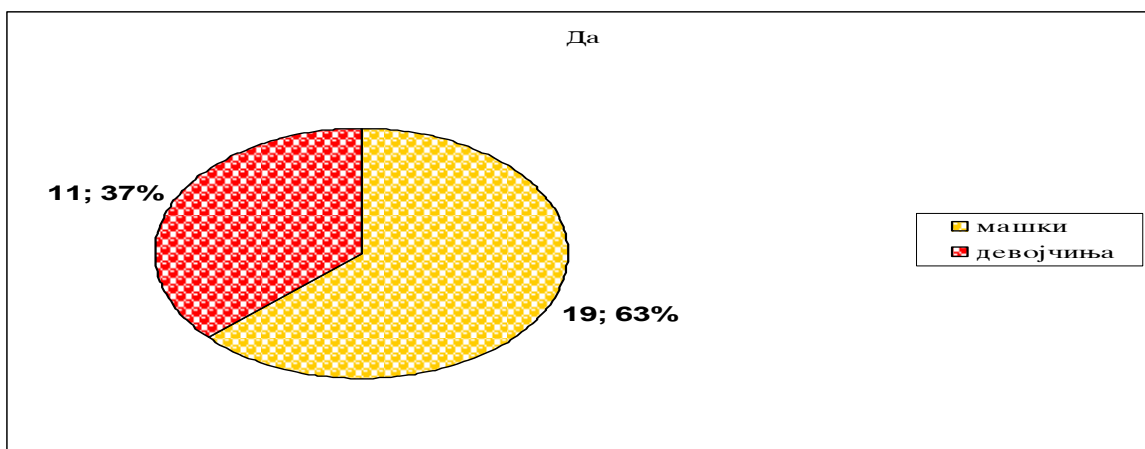
Слика 47. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

3 испитаника од „Кочо Рацин“ одговориле дека познаваат другар од училиштето кој бил сексуално злоупотребен или бил принуден на разни сексуални чинови. Од „Димитар Влахов“, позитивен одговор дале 6 испитаника. Од „Партение Зографски“ потврдно одговориле 5 испитаника. 27,59% од одговорите во „Св. Наум Охридски“ биле афирмативни, во „Бања Банско“ 3,33% од одговорите се потврдни или седум испитаника дале позитивен одговор. Од контролната група има само еден позитивен одговор. На 16 прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците ( $p > 0,05$ ) (Слика 47).

Табела 33. Разлики во одговорите според возраст

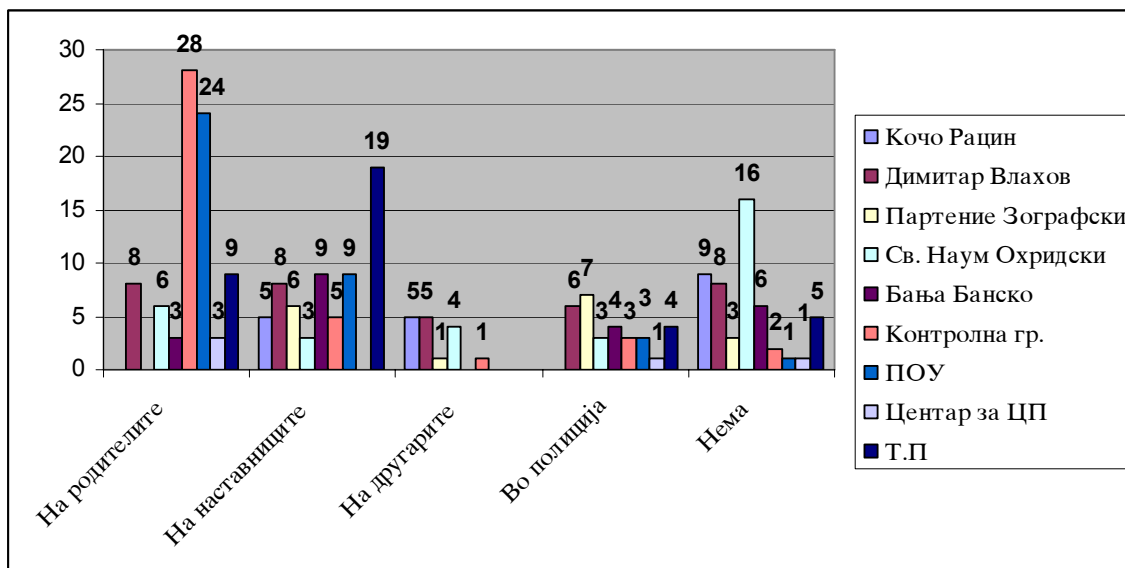
Возраст	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C	Fisher Exact тест
од 10 до 15 год.	7 (11,67%)	53 (88,33%)	5,58	1	0,018	0,19	p= 0,022
над 15 год.	23 (28,05%)	59 (71,95%)					
$\Sigma$	30 (21,13%)	112 (78,87%)					

Кога ги гледаме одговорите според возраст, ќе забележиме дека кај постарите испитаници бројот на потврдни одговори изнесува три пати повеќе отколку кај испитаниците на возраст од 10 до 15 години, што посочува на постоење на статистички значајна разлика (Табела 33).



Слика 48. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 17:** Ако дознаеш дека некој бил сексуално злоупотребен, дали ќе кажеш?



Слика 49. Разлики во одговорите според вид и степен на инвалидност

Бидејќи повеќе испитаници давале комбинирани одговори, на сликата е претставена распространетост на одговорите кај различни видови на инвалидност. Кај испитаниците од „Кочо Рацин“ со еднаков број се сретнуваат одговорите каде испитаниците тврдат дека ќе кажат на наставниците и ќе кажат на другарите, т.е по 5. 9 испитаника одговориле дека нема да кажат. Во „Димитар Влахов“ по 8 испитаника одговориле дека ќе кажат на наставниците, на родителите и дека нема да кажат, 5 одговориле дека ќе кажа на другарите и 6 одговориле дека ќе кажат во полиција. Од „Партение Зографски“ 6 испитаника одговориле дека ќе кажат на наставниците, 1 дека ќе каже на другарите, 7 ќе пријават во полиција и 3 испитаника нема да кажат. Во „Св. Наум Охридски“ најголем е бројот на оние што нема да кажат дури 16 испитаника, кај двајца од нив во одговорите беше забележано дека нема да кажат затоа што станува збор за другар. 6 испитаника ќе кажат на родителите, по три ќе кажат на наставниците и во полиција и 4 ќе кажат на другарите. Во „Бања Банско“ 3 ќе кажат на родителите, 9 на наставниците или персоналот, 4 ќе пријават во полиција и 6 ќе молчат, при што кај двајца испитаници беше забележано дополнително дека ќе ги натераат жртвите сами да кажат, а еден испитаник забележал дека нема да каже затоа што и тука станува

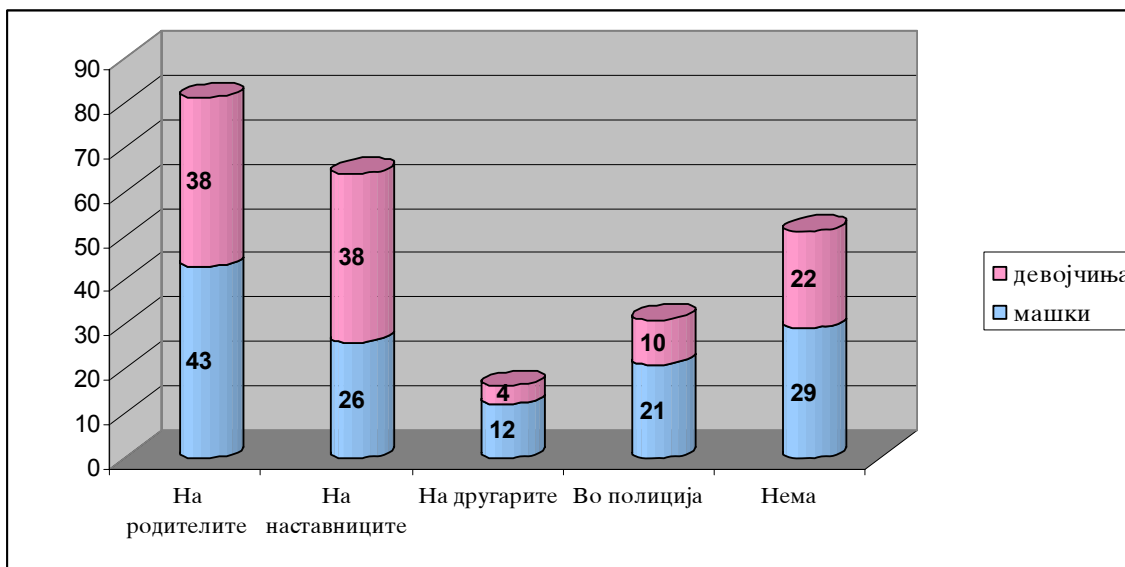
збор за другар. Во контролната група 28 испитаника ќе кажат на родителите, 5 на наставниците, 1 на другарите, 3 ќе пријават во полиција и двајца ќе молчат. Во посебните основни училишта 24 испитаника ќе кажат на родителите, 9 на наставниците, 3 во полиција и 1 нема да каже. Во центарот за церебрална парализа има три одговори кои тврдат дека ќе кажат на родителите и по еден за полиција, а еден испитаник се изјаснил дека нема да каже. Во заводот Топанско Поле 9 испитаници ќе кажат на родителите, 19 на наставниците, 4 ќе кажа во полиција и 5 ќе молчат. Не постои статистички значајна разлика во одговорите на 17 прашање ( $p > 0,05$ ) (Слика 49). При истражувањето во 2006 година, 21 испитаник се изјасниле дека нема да кажат никому доколку се соочат со ваков проблем, од што се забележува дека новите резултати имаат помала преваленција на негативен одговор, што пак од своја страна е позитивно и влева надеж дека со текот на времето лицата со инвалидност ќе знаат каде и како да се обратат за помош.

Табела 34. Разлики во одговорите според возраст

<b>Возраст</b>	<b>1. на родителите</b>	<b>2. на наставниците</b>	<b>3. на другари</b>	<b>4. во полиција</b>	<b>5. нема</b>
од 10 до 15 год.	57 (50,44%)	24 (21,25%)	7 (6,19%)	9 (7,96%)	16 (14,16%)
над 15 год.	15 (16,13%)	21 (22,58%)	9 (9,68%)	18 (19,35%)	30 (32,26%)
$\Sigma$	82 (37,96%)	45 (20,83%)	16 (7,41%)	27 (12,5%)	46 (21,30%)
<b>z</b>	5,31	/	/	9,29	-3,18
<b>p</b>	0,000	/	/	0	0,001

При разгледување на одговорите според возраст, статистичка значајност се појавува во распространетоста по однос на ставот дека ќе кажат на родителите, кој кај помалите испитаници се сретнува со 50,44%, додека кај постарите со 16,13%. Потоа разлики се забележуваат во однос на ставот дека ќе пријават во полиција, каде бројот на такви одговори кај постарите е двојно поголем и третата значајност се јавува кај ставот дека нема да кажат, каде повторно кај возрасните речиси двојно има повеќе (Табела 34).

Во однос на пол не постои разлика во одговорите на 17 прашање. Кај машките најчесто како одговор се сретнува дека ќе кажат на родителите, кај девојчињата, подеднакво се сретнува дека ќе кажат на родителите и на наставниците, во двете групи најмалку се сретнува дека ќе кажат на другарите (Слика 50).



Слика 50. Разлики во одговорите според пол

**Прашање 18** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали некој од учениците во училиштето ги тера другите на погрешно сексуално однесување?

1 Испитаник од „Кочо Рацин“ одговорил дека во училиштето има повеќе ученици кои ги тераат другите на погрешно сексуално однесување. Во „Димитар Влахов“ 5 ученици одговориле дека во училиштето има повеќе ученици кои ги принудуваат другите на лошо сексуално однесување, меѓу кои два испитаника одговориле дека станува збор за двајца такви ученици. Во „Партение Зографски“, 12 испитаници одговориле дека има повеќе ученици, кои ги принудуваат на лошо сексуално однесување, а 4 испитаника одговориле дека нема такви ученици. Во „Св. Наум Охридски“ 12 одговориле дека има повеќе такви ученици, 4 испитаници одговориле дека има еден таков ученик и 13 испитаници одговориле дека нема. Во „Бања Банско“ 2 испитаници кажале дека има само еден таков штитеник, во контролната група само еден испитаник одговорил дека во училиштето има

повеќе ученици кои ги тераат другите на лошо сексуално однесување, а 31 испитаник одговориле дека нема такви ученици. Од дадените одговори се забележува дека постои статистички значајна разлика во одговорите на испитаниците (Табела 35).

Табела 35. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

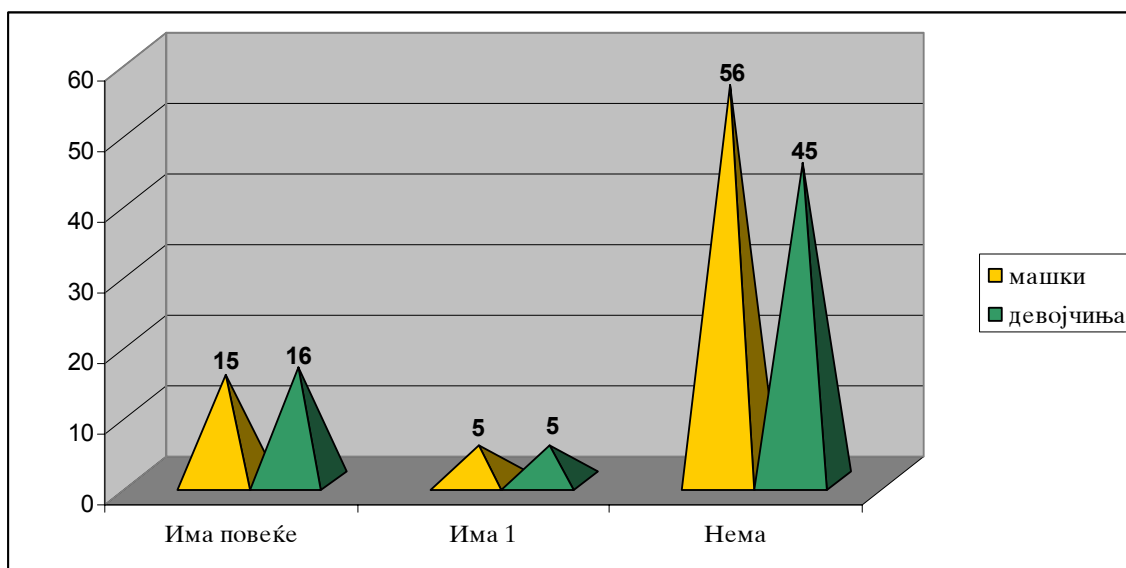
Испитаник / Установа	1. Има повеќе	2. Има 1	3. Нема	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	1 (5,26%)	0	18 (94,74%)	60,93	10	0	0,55
2. „Димитар Влахов“	5 (20,00%)	4 (16,00%)	16 (64,00%)				
3. „Партение Зографски“	12 (75,00%)	0	4 (25,00%)				
4. „Св. Наум Охридски“	12 (41,38%)	4 (13,79%)	13 (44,83%)				
5. „Бања Банско“	0	2 (9,52%)	19 (90,48%)				
6. Контролна група	1 (3,13%)	0	31 (96,88%)				
$\Sigma$	31 (21,83%)	10 (7,04%)	101 (71,13%)				

Табела 36. Разлики во однос на возраст

Возраст	1. Има повеќе	2. Има 1	3. Нема	$\chi^2$	df	p	C
од 10 до 15 год.	4 (6,67%)	0	56 (93,33%)	25,47	2	0,000	0,39
над 15 год.	27 (32,93%)	10 (12,20%)	45 (54,88%)				
$\Sigma$	31 (21,83%)	10 (7,04%)	101 (71,13%)				



При разгледување на одговорите според возраст, се забележува постоење на статистички значајна разлика. Кај испитаниците од 10 до 15 години најмногу испитаници одговориле дека нема ученици кои ги принудуваат другите на лошо сексуално однесување и 4 испитаника одговориле дека има повеќе такви ученици. Кај испитаниците пак од над 15 години 21 испитаник одговориле дека има повеќе такви ученици, 10 испитаника одговориле дека има само еден таков ученик (Табела 36).



Слика 51. Разлики во одговорите според пол

При разгледување на резултатите според пол не постои статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ). Кај двата пола еднаков е бројот на одговори кои тврдат дека има еден ученик кој ги тера другите на лошо сексуално однесување, 15 испитаници од машките сметаат дека има повеќе такви ученици, а кај женските 16 испитаника сметаат дека има повеќе такви ученици (Слика 51).

**Прашање 19** (се однесува на испитаниците од „Кочо Рацин“- Битола, „Димитар Влахов“- Скопје, „Партение Зографски“- Скопје, „Св. Наум Охридски“- Скопје, „Бања Банско“, контролна паралелка): Дали сметаш дека треба подобро да се спроведува половото воспитание, учењето на правилно сексуално однесување и да се организира обука за лична заштита од сексуална злоупотреба?

Табела 37. Разлики во однос на вид и степен на инвалидност

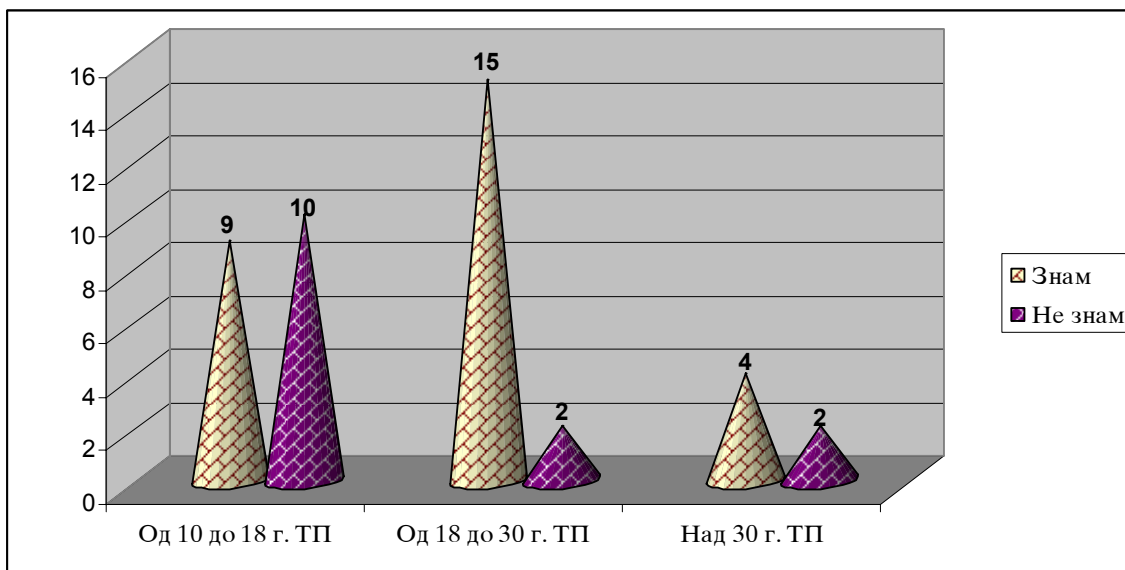
Испитаник / Установа	1. Треба	2. Не треба	$\chi^2$	df	p	C
1. „Кочо Рацин“	6 (31,58%)	13 (68,42%)	26,08	5	0,0001	0,39
2. „Димитар Влахов“	20 (80,00%)	5 (20,00%)				
3. „Партение Зографски“	13 (81,25%)	3 (18,75%)				
4. „Св. Наум Охридски“	14 (48,27586%)	15 (51,72414%)				
5. „Бања Банско“	16 (76,19%)	5 (23,81%)				
6. Контролна група	28 (87,5%)	4 (12,5%)				
$\Sigma$	97 (68,31%)	45 (31,69%)				

Во „Кочо Рацин“ 6 испитаника одговорија дека треба подобро да се спроведува половото воспитание, учењето на правилно сексуално однесување и да се организира обука за лична заштита од сексуална злоупотреба. Од испитаниците од „Димитар Влахов“ 20 одговориле дека треба да се спроведува полово воспитание, во „Партение Зографски“ 13 испитаници одговориле афирмативно на прашањето, а од „Св. Наум Охридски“ 14 испитаника одговориле дека треба да се организира полово воспитание. Во „Бања Банско“ само 5 испитаника одговориле негативно, во контролната паралелка 28 испитаници одговориле дека треба да се воведат полово воспитание, учење на правилно сексуално однесување и да се организира обука за лична заштита од сексуална злоупотреба. Врз основа на добиените податоци, се забележува дека постои статистички значајна разлика (Табела 37).

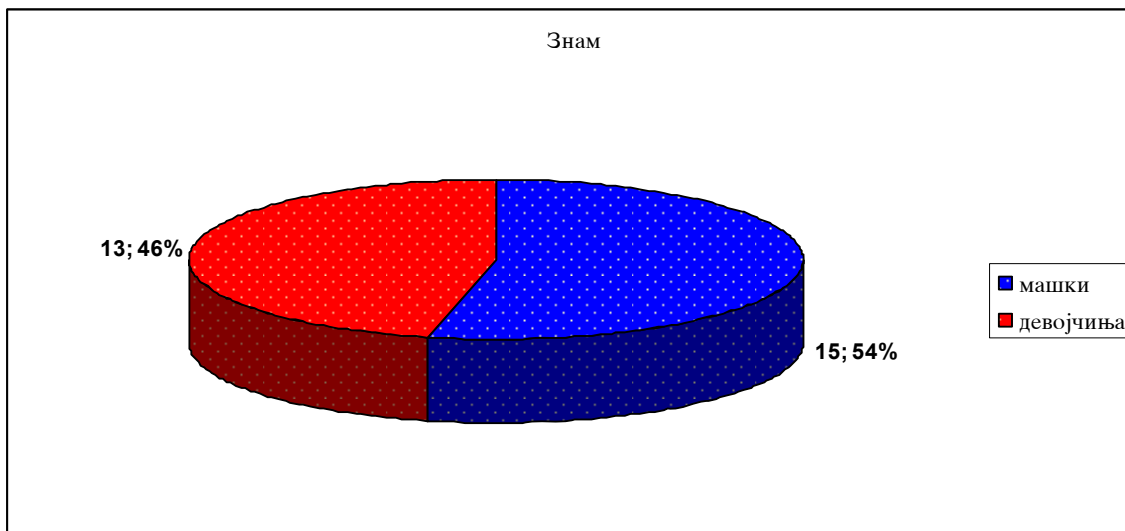
**Прашање 14** (за испитаниците од заводот- Топанско Поле): Дали знаеш кои се последиците од сексуален однос?

Од категорија од 10 до 18 години 9 испитаника одговориле точно, 10 испитаника не го знаеле одговорот, од групата на возраст од 18 до 30 години, само 2 испитаника не го знаеле одговорот, а од најстарите 4 одговориле точно и два

испитаника не го знаеле одговорот. Не постои статистички значајна разлика во одговорите на прашањата според возраст и според пол ( $p > 0,05$ ) (Слика 52).



Слика 52. Разлики во одговорите според возраст



Слика 53. Разлики во одговорите според пол

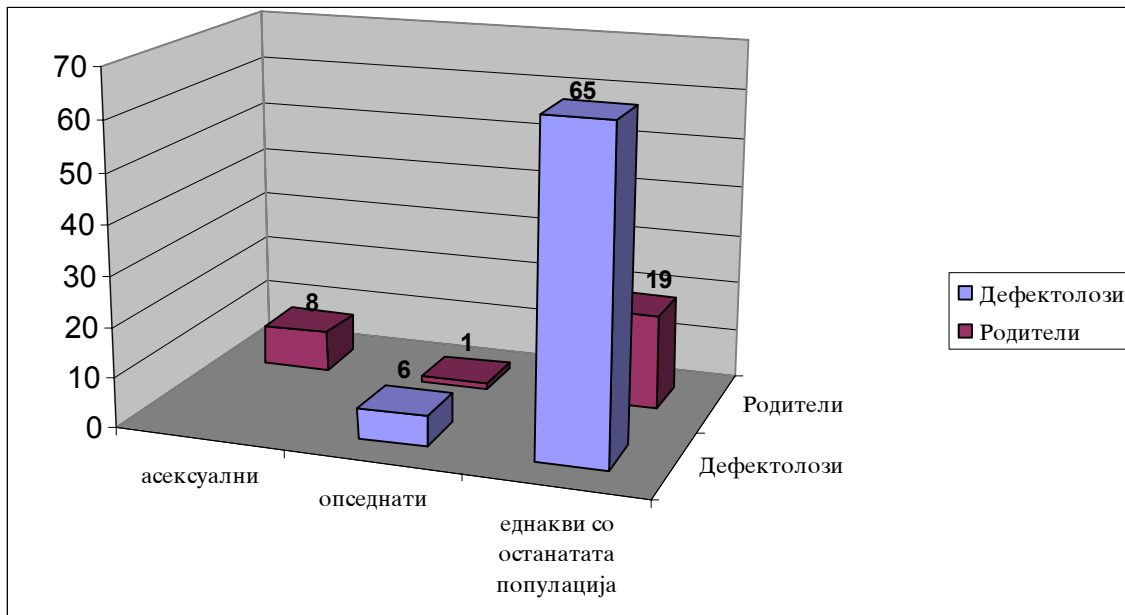
При разгледување на одговорите според пол може да се забележи дека не постои голема разлика во бројот на испитаници од двата пола кои дале позитивен одговор на прашањето (Слика 53).

**Прашање 1:** Што од долу наведено то кое се однесува на лицата со инвалидност сметате дека е точно?

Табела 38. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	1. асексуални се	2. со зголемен сексуален нагон	3. со нормален сексуален нагон	$\chi^2$	df	p	C
Дефектолози	0 (0,00%)	6 (8,45%)	65 (91,55%)	22,2902	2	0,000014	0,43
Родители	8 (28,57%)	1 (3,57%)	19 (67,86%)				
$\Sigma$	8 (8,08%)	7 (7,07%)	84 (84,85%)				

Од вкупно 102 испитаници од категоријата на дефектолози и стручен кадар во воспитно-образовните институции и од категоријата на родители, 99 дале одговор на првото прашање. Дека „Сите лица со инвалидност се асексуални-неспособни да имаат сексуална врска“ сметаат 8 испитаника од категоријата на родители, додека во категоријата на дефектолозите нема појава на токов став. Потврден одговор за второто тврдење кое гласи „Лицата со инвалидност се опседнати со секс и имаат неконтролиран нагон“ дале 6 дефектолози и 1 родител, а останатите 65 дефектолози и 19 родители сметаат дека лицата со инвалидност имаат еднакви сексуални навики и аспирации како и останатата популација, а сексуалните проблеми се јавуваат како резултат на негативно и стереотипно однесување на општеството. Во склад со претставените резултати може да се забележи дека постои статистички значајна разлика помеѓу одговорите на дефектолозите и родителите ( $p < 0,05$ ) (Табела 38) (Слика 54). При истражување спроведено 2004 година во Хрватска, на група од 10 испитаници со церебрална парализа, на прашања поврзани со половиот нагон кај лицата со инвалидност, 5 испитаника сметаат дека потребите за полово задоволување кај лицата со инвалидност се еднакви како и кај останатата популација, 3 одговориле дека имаат нагласени потреби, 2 одговориле дека потребите се намалени, а еден испитаник не знаел да одговори (123).



Слика 54. Диференцираност на одговорите на 1 прашање меѓу категориите на дефектолози и родители

На првото прашање 65 дефектолога сметаат дека лицата со инвалидност имаат еднакви сексуални навики и аспирации како и останатата популација, а сексуалните проблеми се јавуваат како резултат на негативно и стереотипно однесување на општеството, т.е сите дефектолози од Заводот-Топанско Поле, ПОУ „Иднина“, „Кочо Рацин“- Битола, „Бања Банско“ и Центар за церебрална парализа, 10 дефектолози од ПОУ „Д-р Златан Сремац“, 5 дефектолога од „Партение Зографски“ и 8 од „Димитар Влахов“. Вкупно 6 дефектолога или по два од „Партение Зографски“, „Д-р Златан Сремац“ и „Димитар Влахов“, сметаат дека лицата со инвалидност се опседнати со секс и имаат неконтролиран нагон.

Табела 39. Распространетост на одговорите на дефектолозите

Установа / Дефектолози	2. со зголемен сексуален нагон	3. со нормален с. нагон
1. Завод за рехабилитација на деца и млади со умерена и тешка ментална ретардација- Топанско Поле	0	9 (100,00%)
2. ПОУ „Иднина“	0	13 (100,00%)

3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	2 (16,67%)	10 (83,33%)
4. Завод за рехабилитација на деца и малди со оштетен слух- „Кочо Рацин“, Битола	0	13 (100,00%)
5. Завод за рехабилитација и професионално оспособување на младинци со оштетен слух- „Партение Зографски“, Скопје	2 (28,57%)	5 (78,43%)
6. Завод за рехабилитација на деца и млади со оштетен вид- „Димитар Влахов“, Скопје	2 (20,00%)	8 (80,00%)
7. Завод за рехабилитација на деца и млади со телесен инвалидитет- „Бања Банско“, Струмица	0	4 (100,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	4 (100,00%)
$\Sigma$	6 (8,45%)	65 (91,55%)

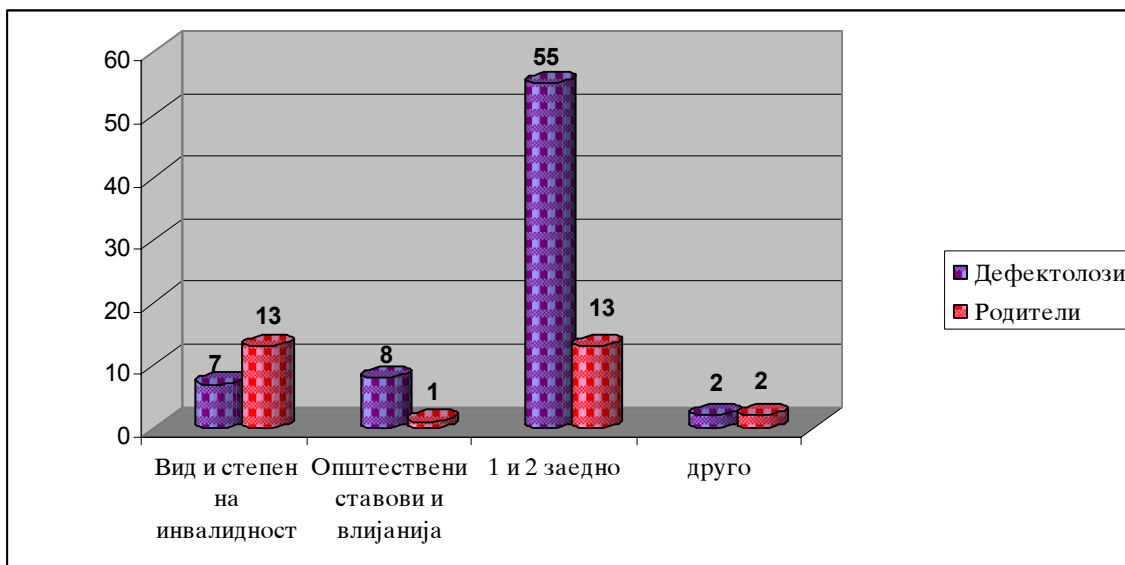
**Прашање 2:** Мислите ли дека половиот развој кај лицата со инвалидност е одреден од?

Табела 40. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

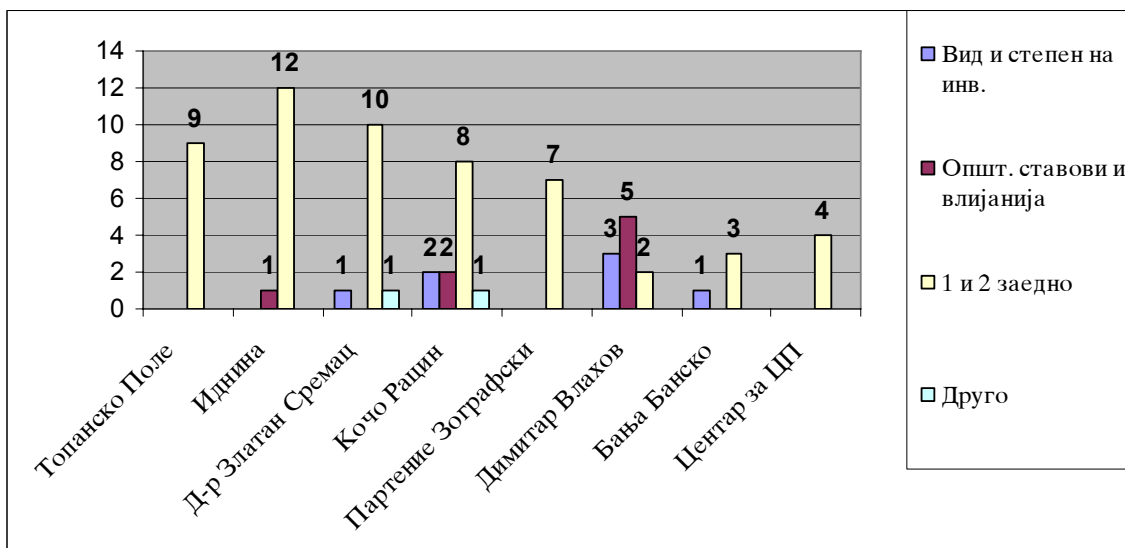
Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
1. Вид и степен на инвалидност	7 (9,7%)	13 (44,8%)	-4,007	<b>0,000061</b>
2. Општ. ставови и влијанија	8 (11,1%)	1 (3,4%)	-2,730	<b>0,006</b>
3. Заедничко влијание на 1 и 2	55 (76,4%)	13 (44,8%)	-0,954	0,340
4. Друго	2 (2,8%)	2 (6,9%)	-0,954	0,340

На второто прашање одговор не дал само еден испитаник од групата на родители. 7 дефектолога и 13 родитела сметаат дека половиот развој кај лицата со инвалидност е одреден од видот и степенот на инвалидност. 8 испитаника од групата на дефектолозите и 1 од групата на родителите сметаат дека општествените ставови, влијанија и околностите во кои се развиваат го детерминираат половиот развој на лицата со инвалидност, додека пак 55 дефектолога и 13 родители го нагласуваат заедничкото влијание на првите два фактора. 2 испитаника од групата на дефектолози и 2 испитаника од родителите, одговориле дека половиот развој зависи од други фактори. Дефектолозите навеле

дека кај секој поединец е индивидуално, а родителите не ги навеле факторите, за кои мислат дека имаат влијание. Од податоците прикажани во табелата, со помош на примена на тестот за еднаквост на процентите, статистички значајна разлика во ставовите на дефектолозите и родителите се сретнува при одговорите под 1 т.е дека видот и степенот на инвалидност влијае врз половиот развој на инвалидните лица, и одговорот под 2 односно, дека половиот развој зависи од општествените ставови, влијанија и околности во кои се развиваат лицата со инвалидност (Табела 40) (Слика55).



Слика 55. Разлики во одговорите на 2 прашање, помеѓу групите на дефектолози и родители



Слика 56. Распределба на одговорите за 2 прашање кај дефектолозите

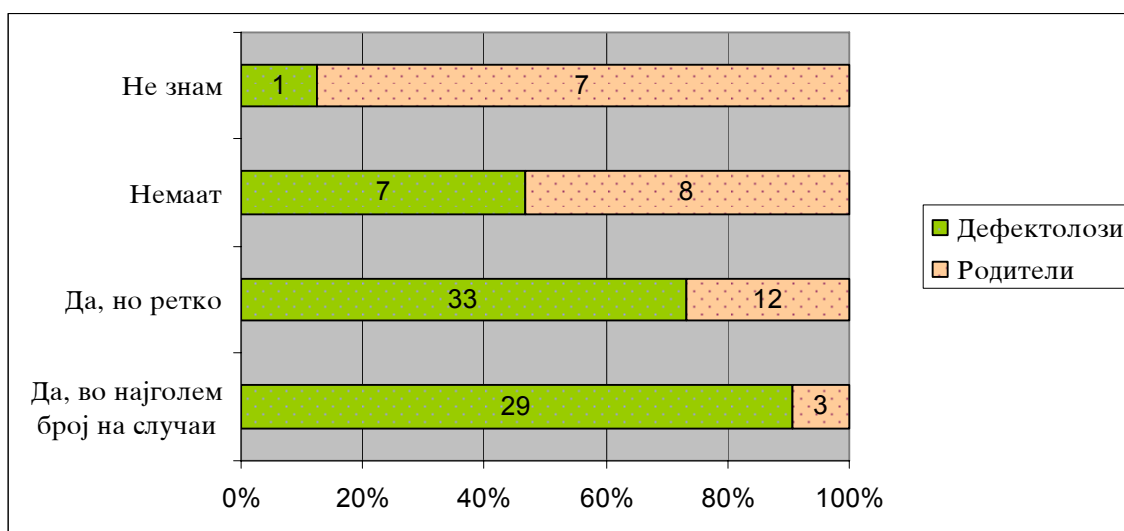
**Прашање 3:** Сметате ли дека лицата со нивалидност имаат јасна претстава за своето социјално-полово однесување и за својата сексуалност?

Табела 41. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
1. Во најголем бр. случаи	29 (41,43%)	3 (10,00%)	32 (32,00%)
2. Тие се ретки	33 (47,14%)	12 (40,00%)	45 (45,00%)
3. Немаат	7 (10,00%)	8 (26,67%)	15 (15,00%)
4. Не знам	1 (1,43%)	7 (23,33)	8 (8,00%)
$\chi^2$	23,20436		
df	3		
p	0,000014		
C	0,43		

На 3 прашање, одговориле 100 испитаника, додека 2 претставници од групата на дефектолозите не дале одговор. 29 дефектолози и 3 испитаника од групата на родители сметаат дека лицата со инвалидност во најголем број на случаи имаат јасна претстава за своето социјално-полово однесување и за својата сексуалност. 33 дефектолози и 12 родители сметаат дека ретки се лицата со инвалидност кои имаат јасна претстава, 15 испитаника т.е 7 од групата на дефектолози и 8 од групата на родители сметаат дека лицата со нивалидност немаат јасна претстава за наведеното, додека 1 дефектолог и 7 родители се изјасниле дека не го знаат одговорот на ова прашање. Може да се види дека постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи ( $p < 0,05$ ) (Табела 41) (Слика57). При истражувањето во Хрватска, на прашања поврзани со половиот идентитет и право на сексуален живот, сите испитаници одговориле дека лицата со инвалидност ги имаат истите права на сексуален живот, како и останатата популација, но имаат ограничувања во нивното реализирање како резултат на физичките бариери, ставот на социјалната околина, комуникативните способности и слично (123).





Слика 57. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите на 3 прашање

Табела 42. Распространетост на одговорите кај дефектолозите

Установа / Дефектолози	1. Во најголем бр. случаи	2. Тие се ретки	3. Немаат	4. Не знам
1. Завод - Топанско Поле	1 (11,11%)	7 (77,78%)	1 (11,11%)	0
2. ПОУ „Иднина“	1 (7,69%)	9 (69,23%)	3 (23,08%)	0
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	6 (50,00%)	6 (50,00%)	0	0
4. „Кочо Рацин“, Битола	7 (53,85%)	4 (30,77%)	1 (7,69%)	1 (7,69%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	4 (66,67%)	2 (33,33%)	0	0
6. „Димитар Влахов“, Скопје	6 (60,00%)	2 (20,00%)	2 (20,00%)	0
7. „Бања Банско“, Струмица	3 (75,00%)	1 (25,00%)	0	0
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	1 (33,33%)	2 (66,67%)	0	0
$\Sigma$	29 (41,43%)	33 (47,14%)	7 (10,00%)	1 (1,43%)

На 3 прашање по еден дефектолог од Центарот за церебрална парализа и Партение Зографски, не дале одговор (Табела 42).

**Прашање 4:** Дали сметате дека лицата со инвалидност имаат доволно познавања од областа на половиот развој и соодветното сексуално однесување?

Табела 43. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

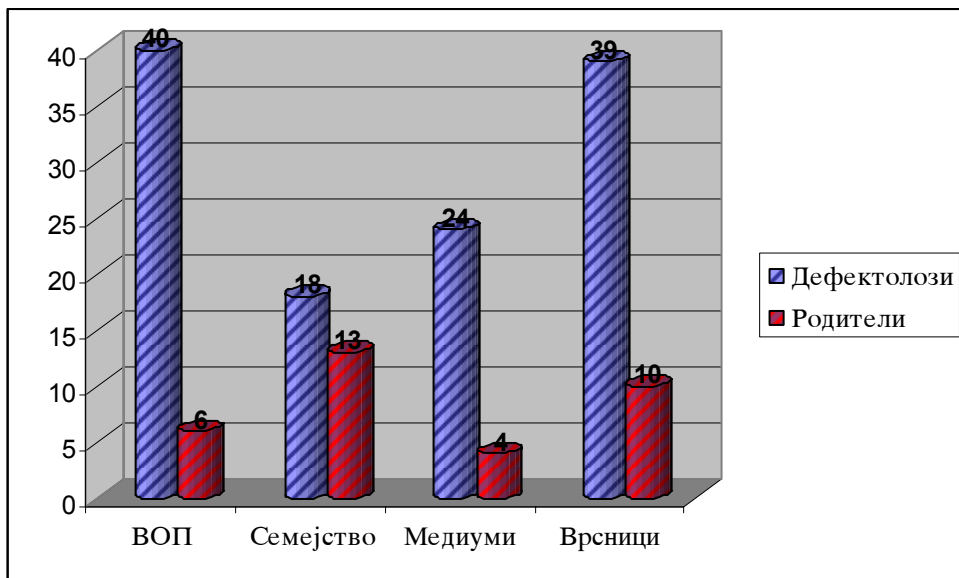
Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
<b>1. Имаат доволно</b>	9 (12,50%)	3 (10,00%)	12 (11,76%)
<b>2. Имаат недоволно</b>	44 (61,11%)	14 (46,67%)	58 (56,86%)
<b>3. Немаат</b>	16 (22,22%)	7 (23,33%)	23 (22,55%)
<b>4. Не знам</b>	3 (4,17%)	6 (20,00%)	9 (8,82%)
$\chi^2$	6,91777		
df	3		
p	0,075		
C	0,2520		

Сите 102 испитаника дале одговор на 4 прашање. 9 дефектолози и 3 родители сметаат дека лицата со инвалидност имаат доволно познавања од областа на половиот развој и соодветното сексуално однесување. Ставот дека лицата со инвалидност имаат такви познавања, но не во доволна мера го застапуваат 44 испитаника од групата на дефектолозите и 14 испитаника од групата на родителите. 23 испитаника, меѓу кои 16 дефектолози и 7 родители сметаат дека лицата со инвалидност немаат такви познавања, а 3 дефектолога и 6 родитела немаат познавање во однос на ова прашање. Наведените резултати не укажуваат на постоење на статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ) (Табела 43).

**Прашање 5:** На кој начин најчесто лицата со инвалидност се здобиваат со информации за половиот развој и адекватното сексуално однесување?

На 5 прашање сите испитаници од групата на дефектолозите дале одговор, меѓу кои 30 имале комбинирани одговори, а од групата на родителите 1 родител не одговорил, 2 дале комбинирани одговори. Во групата на дефектолози ,

вклучувајќи ги и комбинираниите одговори, 40 сметаат дека лицата со инвалидност со информации за половиот развој и адекватно сексуално однесување се здобиваат преку воспитно образовната програма во институцијата, добиени се 18 одговори кои гласат дека информациите за половиот развој и адекватно сексуално однесување инвалидните лица стекнуваат преку едукативни разговори во рамките на семејството. Дека основен извор на ваквите информации се медиумите сметаат 24 дефектолога и 39 сметаат дека податоците инвалидните лица ги добиваат преку разговор со врсниците. Од групата на родители, најголемиот број или 13 сметаат дека основен извор на информации за половиот развој и адекватно сексуално однесување се разговорите во склоп на семејството, 10 сметаат дека ваквите информации ги стекнуваат преку разговори со врсниците, 6 ја посочуваат воспитно образовната програма и 4 ги посочуваат медиумите како основен извор. Тестот за проценка на еднаквост на процентите посочува дека статистички значајна разлика меѓу одговорите на дефектолозите и родителите, постои во групацијата на одговорите околу ставот кој ја посочува воспитно образовната програма и ставот кој ги посочува медиумите (Табела 44) (Слика 58).



Слика 58. Разлики во одговорите на дефектолозите и родителите

Табела 44. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
<b>1. ВОП</b>	40 (55.6%)	6 (20.7%)	3.251	<b>0,001</b>
<b>2. Разговори во семејството</b>	18 (25%)	13 (44.8%)	-1.952	0,051
<b>3. Медиуми</b>	24 (33.3%)	4 (13.8%)	1.981	<b>0,048</b>
<b>4. Врсници</b>	39 (54.2%)	10 (34.5%)	1.792	0,073

**Прашање 6** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): Дали во воспитно образовната програма во доволна мера се опфатени теми во однос на половото воспитание и адекватно сексуално однесување?

Табела 45. Распространетост на одговорите кај дефектолозите

Установа / Дефектолози	1. Солидно е обработена	2. Опфатена е, но треба повеќе	3. Површно се споменува	4. Не е обработена
1. Завод - Топанско Поле	0	1 (11,11%)	3 (33,33%)	5 (55,56%)
2. ПОУ „Иднина“	0	4 (30,77%)	7 (53,85%)	2 (15,38%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	1 (8,33%)	5 (41,67%)	6 (50%)	0
4. „Кочо Рацин“, Битола	0	7 (53,85%)	5 (38,46%)	1 (7,69%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	0	1 (14,30%)	3 (42,85%)	3 (42,85%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	0	8 (80,00%)	2 (20,00%)	0
7. „Бања Банско“, Струмица	0	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	0	3 (75%)	1 (25%)
$\Sigma$	1 (1,39%)	28 (38,89%)	31 (43,05%)	12 (16,67%)

Сите испитаника дале одговор на прашањето. Дека солидно се обработени теми во однос на половото воспитание и адекватно сексуално однесување во воспитно образовната програма, смета само еден дефектолог од ПОУ „Д-р Златан Сремац“. 28 сметаат дека темите се опфатени, но треба да бидат во поголема мера, најголем број или 31 дефектолог одговориле дека тематиката поврзана со полово воспитание и адекватно сексуално однесување е само површно спомената, а 12 од испитаниците одговориле дека оваа тематика воопшто не е обработена (Табела 45).

**Прашање 7** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): На каков начин се остварува половото воспитание и обазование во вашата институција?

Табела 46. Распространетост на одговорите кај дефектолозите

<b>Установа / Дефектолози</b>	<b>1. Класичен начин</b>	<b>2. Класичен + корективни кукли</b>	<b>3. Класичен + игри на улоги</b>	<b>4. Друго</b>
<b>1. Завод - Топанско Поле</b>	3 (33,33%)	0	2 (22,22%)	4 (44,45%)
<b>2. ПОУ „Иднина“</b>	10 (76,92%)	0	0	3 (23,08%)
<b>3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“</b>	11 (64,71%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	4 (23,53%)
<b>4. „Кочо Рацин“, Битола</b>	9 (69,23%)	0	0	4 (30,77%)
<b>5. „Партение Зографски“, Скопје</b>	2 (28,57%)	0	0	5 (71,43%)
<b>6. „Димитар Влахов“, Скопје</b>	8 (80,00%)	1 (10,00%)	1 (10,00%)	0
<b>7. „Бања Банско“, Струмица</b>	4 (100,00%)	0	0	0
<b>8. Завод за церебрална парализа, Скопје</b>	0	1 (25,00%)	0	3 (75,00%)
<b>Σ</b>	<b>47 (61,04%)</b>	<b>3 (3,90%)</b>	<b>4 (5,19%)</b>	<b>23 (29,87%)</b>

Одговор на 7 прашање дале сите испитаници и врз основа на добиени комбинирани одговори, во табелата е претставено кои одговори во колкав процент се прифатени од дефектолозите. Комбинирани одговори се добиени од два дефектолога од ПОУ „Д-р Златан Сремац“. Најголем број на дефектолози одговориле дека половото воспитание и образование во институцијата го спроведуваат на класичен начин, со теоретско излагање поткрепено со илустрации и слики, односно овој одговор се јавува со 61,04% кај испитаниците. 3,90% припаѓаат на одговорот кој посочува дека половото воспитание и образование се спроведува на класичен начин, но со дополнителна примена на корективни кукли и друг дидактички материјал. 5,19% од одговорите се однесуваат на класичен начин со примена на игра со замена на улоги. 29,87% од одговорите на дефектолозите наведуваат други начини на спроведување на половото воспитание, каде дефектолозите од Заводот- Топанско Поле како начин на спроведување, најчесто го наведуваат разговорот со потенцирање на половите разлики, дефектолозите од ПОУ „Иднина“, наведуваат само теоретско излагање, од ПОУ „Д-р Златан Сремац“, наведуваат класичен начин кој ја опфаќа содржината од воспитно образовната програма со примена на видео записи. Дефектолозите од „Кочо Рацин“ посочуваат на разговор и на советување со стручната служба во училиштето, од „Партение Зографски“ наведуваат разговори и презентации од страна на невладини организации. 5 од дефектолозите навеле дека никако не се спроведува половото воспитание и образование (Табела 46).

**Прашање 8:** Од која област сметате дека лицата со инвалидност имаат најслабо познавање?

6 испитаника не дале одговор на 8 прашање, по три испитаника од двете групи. Како и во претходното прашање и тука се добиени комбинирани одговори од повеќе испитаника, па така во табелата има приказ на застапеност на одреден одговор. Кај двете групи најмонгу е застапен ставот кој тврди дека лицата со инвалидност најслабо познавање имаат од областа на сексуалните односи, несакана бременост и контрацепција. Втор по зачестеност одговор со 36,2% кај дефектолозите и 33,3% кај родителите укажува дека најслаби се познавањата од областа на одржување на лична хигиена и половото преносливи болести. 31,9% од одговорите на дефектолозите се однесуваат на недоволно стекнати знаења за диференцирање на нормално од абнормално сексуално однесување и 8,7% се

однесуваат на недоволно познавање на сопственото тело, половиот развој и половите карактеристики. Кај родителите последните два става се со еднаква застапеност. Врз основа на произнесеното, не може да се забележи статистички значајна разлика во одговорите на дефектолозите и родителите (Табела 47).

Табела 47. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

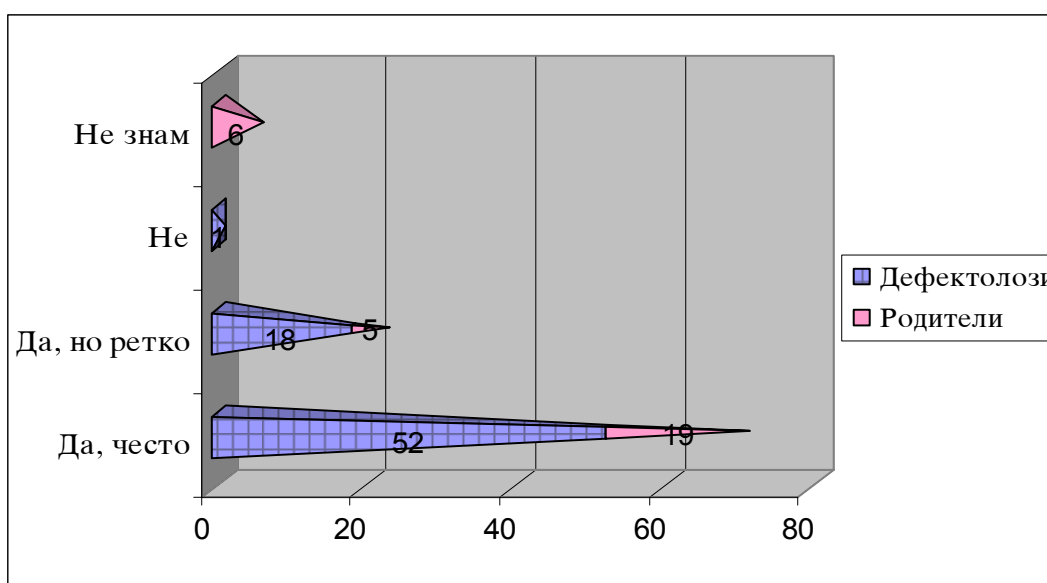
Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
1. Сопствено тело, полов развој и карактеристики	6 (8,7%)	6 (22,2%)	-1,868	0,062
2. Диференцирање на нормално од абнормално сексуално однесување	22 (31,9%)	6 (22,2%)	0,983	0,325
3. Сексуални односи, несакана бременост, контрацепција	43 (62,3%)	14 (51,9%)	0,974	0,974
4. Лична хигиена и полови болести	25 (36,2%)	9 (33,3%)	0,279	0,780

**Прашање 9:** Дали мислите дека во Р. Македонија се сретнува сексуална злоупотреба на лица со инвалидност?

Табела 48. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
1. Често	52 (73,24%)	19 (63,33%)	71 (70,30%)
2. Ретко	18 (25,35%)	5 (16,67%)	23 (22,77%)
3. Нема	1 (1,41%)	0	1 (0,99%)
4. Не знам	0	6 (20,00%)	6 (5,94%)
$\chi^2$	15,615		
df	3		
p	0,001		
C	0,3659		

На 9 прашање, само еден дефектолог не дал одговор. 52 испитаника од групата на дефектолози и 19 испитаника од групата на родители одговориле дека во Р. Македонија често се сретнува сексуална злоупотреба на лица со инвалидност. Дека се случува, но поретко, одговориле 18 дефектолога и 5 претставници од родителите, дека не се случува смета 1 дефектолог и 6 родители се изјасниле дека не знаат дали во Р. Македонија се сретнува сексуална злоупотреба на лица со инвалидност. Посочените резултати означуваат постоење на статистички значајна разлика во одговорите на двете категории на испитаници ( $p < 0,05$ ) (Табела 48) (Слика 59).



Слика 59. Разлики во одговорите на 9 прашање, помеѓу дефектолозите и родителите

Табела 49. Распространетост на одговорите кај дефектолози

Установа / Дефектолози	1. Често	2. Ретко	3. Нема
1. Завод - Топанско Поле	7 (77,78%)	2 (22,22%)	0
2. ПОУ „Иднина“	13 (100,00%)	0	0
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	9 (81,82%)	2 (18,18%)	0
4. „Кочо Рацин“, Битола	8 (61,54%)	4 (30,77%)	1 (7,69%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	6 (85,71%)	1 (14,29%)	0
6. „Димитар Влахов“, Скопје	5 (50,00%)	5 (50,00%)	0
7. „Бања Банско“, Струмица	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0



8. Завод за церебрална парализа, Скопје	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0
$\Sigma$	52 (73,24%)	18 (25,35%)	1 (1,41%)

На 9 прашање не дал одговор еден дефектолог од ПОУ „Д-р Златан Сремац“

**Прашање 10:** Која категорија на лица со инвалидност има највисока преваленција на сексуална злоупотреба?

Табела 50. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
1. Лица со М.Р	68 (95,8%)	26 (86,7%)	1,65484	0,0979568
2. Лица со О.В	0	3 (10,00%)	/	/
3. Лица со О.С	1 (1,4%)	2 (6,7%)	-1,43935	0,150052
4. ТИЛ	1 (1,4%)	1 (3,3%)	-0,63926	0,528086
5. Лица со аутизам	3 (4,2%)	1 (3,3%)	0,213009	0,831315

На 10 прашање еден испитаник не дал одговор и два испитаника дале комбинирани одговори од групата на дефектолозите. Најголемиот дел од испитаниците, вклучувајќи ги двете групи одговориле дека највисока преваленција на сексуална злоупотреба се сретнува кај лицата со ментална ретардација, меѓу кои како најчести жртви се посочуваат оние со умерена ментална ретардација, па оние со лесна ментална ретардација и во најслаб степен лицата со тешка ментална ретардација. Од групата на дефектолози по 1,4% припаѓаат на ставовите дека најчеста преваленција има кај лицата со оштетен слух и кај лицата со телесна инвалидност и 4,2% од одговорите се однесуваат на лицата со аутизам. Кај родителите 10,00% се однесуваат на лицата со оштетен вид, 6,7% на лицата со оштетен слух и по 3,3% за лицата со телесна инвалидност и лицата со аутизам. И во рамките на 10 прашање, не се забележува статистички значајна разлика во распространетоста на одговорите на дефектолозите и родителите (Табела 50). Plaute (2005) во Австрија добил резултати кои посочуваат дека најчесто изложени на ризик се лицата со моторни нарушувања, на кои им се потребни одредени помагала, меѓу кои со 11% се застапени лицата со оштетување на видот, додека лицата со ментална ретардација се сретнуваат со 20,4%, меѓу нив

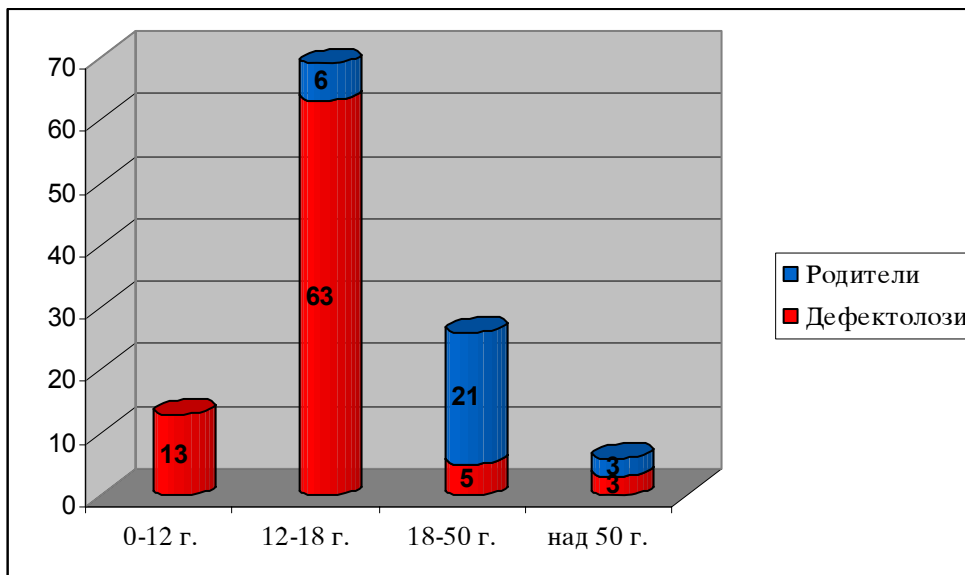
57% се со лесна ментална ретардација и 23% со умерена ментална ретардација. Неговите резултати исто така укажуваат дека 27,6% од жртвите се сместени во институции и дека не постои статистички значајна разлика во однос на полот (122). Tielli, Turek и Jaffe (1980), во истражување утврдиле дека преваленцијата на сексуална злоупотреба кај лица со интелектуална попреченост изнесува 5%, кај лицата со физичка инвалидност 2% и кај лицата со психијатриски нарушувања 5% (124).

**Прашање 11:** Која возрастна категорија е најмогу изложена на ризик?

Табела 51. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	Значајност
<b>1. 0-12 год.</b>	13 (18,1%)	0	/	/
<b>2. 12-18 год.</b>	63 (87,5%)	6 (20,7%)	<b>6,58185</b>	<b>4,67E-11</b>
<b>3. 18-50 год.</b>	5 (6,9%)	21 (72,4%)	<b>-6,85769</b>	<b>7,04E-12</b>
<b>4. над 50 год.</b>	3 (4,2%)	3 (10,3%)	-1,18254	0,23699

На 11 прашање одговор не дал еден испитаник од групата на родителите и 1 дал комбиниран одговор, а од групата на дефектолозите 8 испитаника дале комбиниран одговор. Најчесто добиван одговор кај дефектолозите е дека најризична возраст е периодот од 12 до 18 години старост, потоа следи периодот од 0 до 12 години старост, па од 18 до 50 години и најмалку е застапен одговорот кој соодветствува на возраст над 50 години. Кај родителите најчест е одговорот кој ја посочува возраста од 18 до 50 години, па следи периодот од 12 до 18 години и потоа периодот над 50 години. Родителите не ги сметаат за ризични годините во периодот од 0 до 12. Врз основа на понудените податоци, можеме да забележиме дека статистички значајна разлика се сретнува во распространетост на одговорите под 2 и под 3, помеѓу двете групи на испитаници (Табела 51) (Слика 60). Ann Buchanan (1991), утврдила дека просечната возраст на која лицата со интелектуална попреченост стануваат жртви на сексуална злоупотреба е 28 години, со граници од 18 до 45 години (125).



Слика 60. Разлики во одговорите на 11 прашање кај дефектолози и родители

**Прашање 12:** Сметате дека почесто сексуално злоупотребувани се лицата со инвалидност кои:

Табела 52. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
<b>1. Престојуваат во своите домови</b>	21 (29,2%)	7 (25,9%)	0,337378	0,735828
<b>2. Повремено го посетуваат семејството</b>	40 (55,6%)	14 (51,9%)	0,341927	0,732402
<b>3. Континуирано згрижени во институција</b>	20 (27,8%)	7 (25,9%)	0,196392	0,844298

На 12 прашање одговор дале сите 72 испитаника од групата на дефектолози, меѓу кои 8 дале комбинирани одговори, а од групата на родители не одговориле 3 испитаника. Најчесто застапени одговори во двете групи се одговорите кои посочуваат дека инвалидните лица кои престојуваат во соодветни институции, но повремено го посетуваат семејството се најчесто изложени на ризик од злоупотреба. Додека другите два одговора се приближно еднакво кај

дефектолозите и еднакво застапени кај родителите. 29,2% од одговорите кај дефектолозите посочуваат на лицата кои престојуваат во своите домови и 27,8% припаѓаат на одговорот кој се однесува на лицата кои се континуирано згрижени во институција. Не постои статистички значајна разлика во распространетоста на одговорите на двете групи (Табела 52). Furey, Granfield и Karan, во своето петгодишно истражување дошле до заклучок дека почесто се злоупотребени лицата со инвалидност, поточно ментална ретардација кои се сместени во институции, сметајќи дека тоа е резултат на поголемиот број на лица со ментална ретардација кои се сместени во институција, за разлика од оние кои се сместени во своите домови (122).

**Прашање 13:** Сексуалната злоупотреба на лицата со инвалидност најчесто ја изведуваат:

Табела 53. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
1. Еден од родителите	11 (15,7%)	6 (20,7%)	0,610115	0,541783
2. Член на пошироко семејство	12 (17,1%)	3 (10,3%)	0,873964	0,382136
3. Познаник	27 (38,6%)	8 (27,6%)	1,05877	0,289706
4. Вработен во институција	5 (7,1%)	3 (10,3%)	-0,541527	0,588141
5. Непознат сторител	45 (64,3%)	19 (65,5%)	-0,11552	0,908032

На 13 прашање одговор не дале два дефектолога, а 13 дале комбинирани одговори, од групата на родителите 1 родител не дал одговор и 6 дале комбинирани одговори. Најчесто застапен одговор кај двете групи е дека како злоупотребувач најчесто се сретнува непознат сторител. Следен по зачестеност одговор, за двете групи како злоупотребувач посочува на познаник од семејството, потоа дефектолозите укажуваат на член на поширокото семејство, па еден од родителите и со најмала застапеност е одговорот кој ги наведува вработените во институцијата каде е прифатено инвалидното лице. Кај родителите како трет најчест одговор е оној што ги посочува самите родители и подеднакво се застапени одговорите што се однесуваат на член на поширокото

семејство и на вработен во институцијата. И во рамките на ова прашање не постои статистички значајна разлика во одговорите на двете групи (Табела 53).

**Прашање 14** во склоп на ова прашање може да се издиференцираат две подпрашања, секое однесувајќи се на одделна категорија.

За групата на испитаници составена од дефектолози и друг стручен кадар кој работи со лица со инвалидност прашањето гласи: Мислите ли дека можете да препознаете доколку некој од вашите штитеници е жртва на сексуална злоупотреба?

Додека за групата составена од родители, прашањето гласеше: Мислите ли дека можете да препознаете доколку вашето дете е изложено на ризик од сексуална злоупотреба?

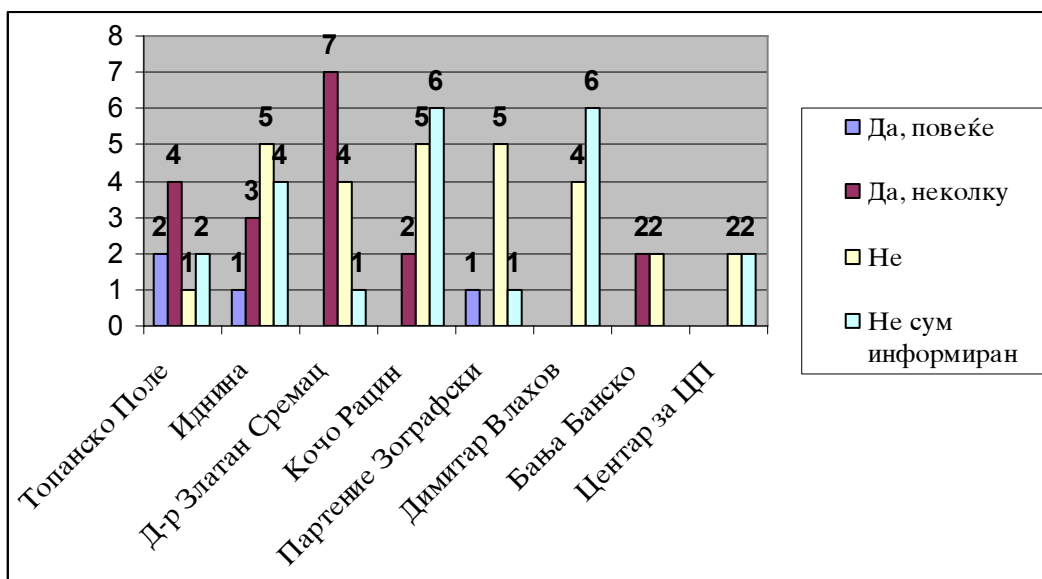
Табела 54. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	1. Да можам	2. Не можам	$\chi^2$	df	p	C
Дефектолози и родители	58 (82,86%)	12 (17,14%)	0,1161	1	0,733	0,034
Родители	24 (80,00%)	6 (20,00%)				
$\Sigma$	82 (82,00%)	18 (18,00%)				

Од вкупниот број на испитаници, на 14 прашање не одговориле 2 претставници од групата на дефектолози. Позитивен одговор на прашањето дале 58 дефектолози и 24 родители, односно 12 дефектолози и 6 родители одговориле дека не можат да препознаат доколку лицето со инвалидност било жртва или е изложено на ризик од сексуална злоупотреба. Во склад со добиените податоци, ќе забележиме дека не постои статистички значајна разлика во резултатите на дефектолозите и родителите ( $p > 0,05$ ) (Табела 54).

**Прашање 15** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): Дали некој од вашите штитеници бил жртва на сексуална злоупотреба?

Сите испитаници дале одговор на 15 прашање. Најголем број, 28 од дефектолозите одговориле дека ниту еден од нивните штитеници во институцијата каде работата не бил жртва на сексуална злоупотреба. 22 од испитаниците одговориле дека не се информирани за такви проблеми, 18 одговориле дека има неколку штитеници кои биле жртви на сексуална злоупотреба и 4 одговориле дека има повеќе штитеници жртви на сексуална злоупотреба (Сликаб1).



Слика б1. Распределба на одговорите на дефектолозите за 15 прашање

**Прашање 16:** Иако одговорите на двете категории се однесуваат на иста проблематика, сепак 16 прашање во основа е дистинктивно.

За дефектолозите прашањето гласи: Дали во рамките на вашата институција има случаи во кои штитениците меѓусебно се злоупотребуваат?

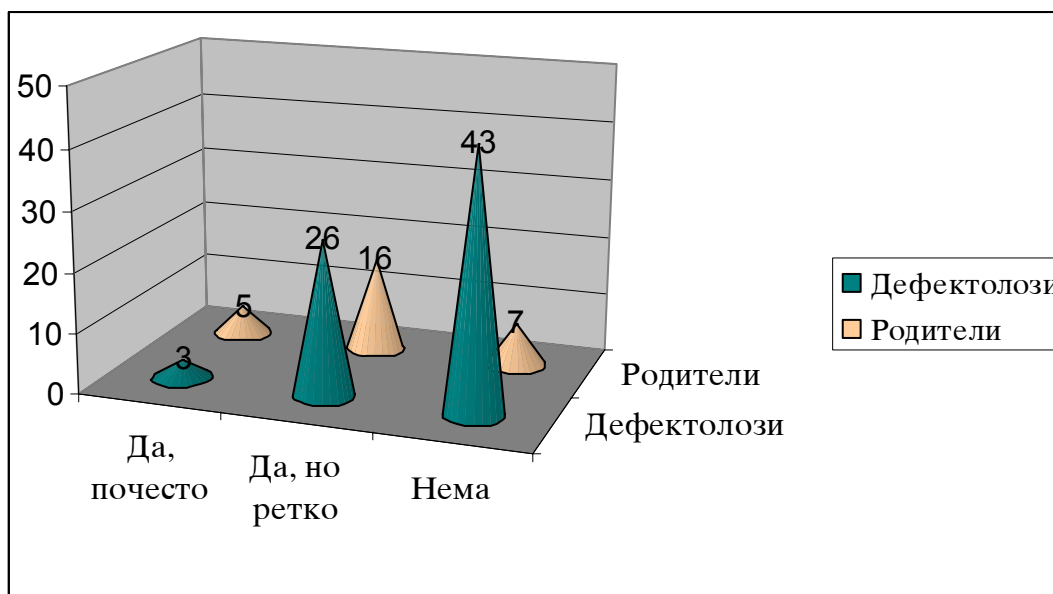
За родителите прашањето гласи: Дали во рамките на институциите за лица со инвалидност има случаи во кои штитениците меѓусебно се злоупотребуваат?

На 16 прашање не одговориле двајца испитаници од категоријата на родители. 8 испитаника, меѓу кои 3 дефектолога и 5 родители сметаат дека во институциите почесто се сретнува меѓусебна злоупотреба на лицата со инвалидност. Дека се сретнувам но во поретки размери сметаат 26 дефектолога и 16 родители, додека 43 дефектолога и 7 родители сметаат дека таква проблематика не се сретнува воопшто. Произнесеното не упатува кон постоење

на статистички значајна разлика во одговорите на дефектолозите и родителите ( $p < 0,05$ ) (Табела 55) (Слика 62).

Табела 55. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
1. Да често	3 (4,17%)	5 (17,86%)	8 (8,00%)
2. Ретко	26 (36,11%)	16 (57,14%)	42 (42,00%)
3. Нема	43 (59,72%)	7 (25,00%)	50 (50,00%)
$\chi^2$	11,7075		
df	2		
p	0,003		
C	0,3237		



Слика 62. Разлики во одговорите на 16 прашање меѓу категориите на дефектолози и родители

Табела 56. Распространетост на одговорите кај дефектолозите

Установа / Дефектолози	1. Да често	2. Ретко	3. Нема
1. Завод - Топанско Поле	2 (22,22%)	6 (66,67%)	1 (11,11%)
2. ПОУ „Иднина“	0	6 (46,15%)	7 (53,85%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	0	3 (25,00%)	9 (75,00%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	0	2 (15,38%)	11 (84,62%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	1 (14,29%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	0	3 (30,00%)	7 (70,00%)
7. „Бања Банско“, Струмица	0	3 (75,00%)	1 (25,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	0	4 (100,00%)
$\Sigma$	3 (4,17%)	26 (36,11%)	43 (59,72%)

**Прашање 17:** Доколку имало такви случаи (поврзано е со претходното прашање и се мисли на меѓусебно злоупотребување на штитениците), сметате дека до тој проблем дошло како резултат на?

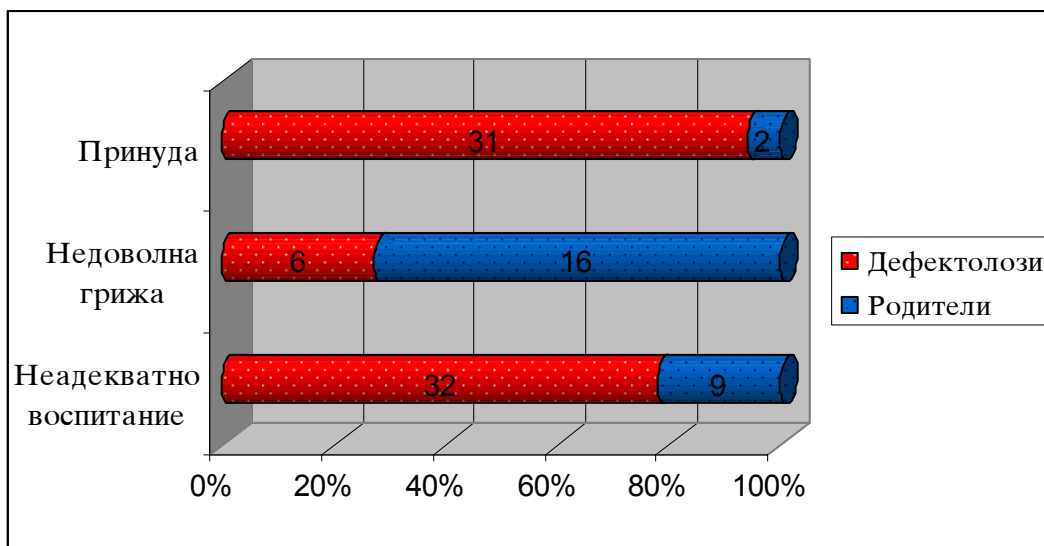
Табела 57. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
1. Неадекватно сексуално воспитание	32 (46,38%)	9 (33,33%)	41 (42,71%)
2. Недоволна грижа	6 (8,70%)	16 (59,26%)	22 (22,92%)
3. Принуда од друго лице	31 (44,93%)	2 (7,41%)	33 (34,38%)
$\chi^2$	30,3709		
df	2		
p	0,000		
C	0,4902		

На 17 прашање одговориле 96 испитаника од вкупно 102, при што одговор не дале по три испитаника од двете категории. 32 дефектолога и 9 родители сметаат дека меѓусебната злоупотреба на штитениците се сретнува како резултат на неадекватно сексуално воспитание на штитениците. 6 дефектолога и 16 родители сметаат дека причината се наоѓа во недоволната грижа од страна на



претпоставените, додека пак 31 дефектолог и 2 родитела сметаат дека станува збор за принуда од страна на сосема друго лице. Резултатите потврдуваат постоење на статистички значајна разлика во одговорите на двете категории ( $p < 0,05$ ) (Табела 57) (Слика 63).



Слика 63. Распределба на одговорите на 17 прашање кај дефектолозите и родителите

Табела 58. Распространетост на одговорите кај дефектолози

Установа / Дефектолози	1. Неадекватно сексуално воспитание	2. Недоволна грижа	3. Принуда од друго лице	комб
1. Завод - Топанско Поле	8 (88,89%)	0	1 (11,11%)	0
2. ПОУ „Иднина“	8 (61,54%)	0	5 (38,46%)	0
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	6 (54,55%)	2 (18,18%)	3 (27,27%)	5
4. „Кочо Рацин“, Битола	2 (16,67%)	2 (16,67%)	8 (66,67%)	0
5. „Партение Зографски“	2 (28,57%)	0	5 (71,43%)	0
6. „Димитар Влахов“	5 (50,00%)	0	5 (50,00%)	0
7. „Бања Банско“	0	0	4 (100,00%)	0
8. Центар за церебрална парализа	1 (25,00%)	2 (50,00%)	1 (25,00%)	0
<b>Σ</b>	<b>32 (46,38%)</b>	<b>6 (8,70%)</b>	<b>31 (44,93%)</b>	<b>5</b>

На 17 прашање не одговориле по еден дефектолог од ПОУ „Д-р Златан Сремац“, „Кочо Рацин“ и од Заводот во „Бања Банско“. Во склоп на 17 прашање кај 5 дефектолози од ПОУ „Д-р Златан Сремац“ се сретнуваат комбинирани одговори. 2 од нив ги навеле сите одговори, 1 дефектолог ги навел одговорите под 1 и 2, друг ги навел одговорите под 1 и 3, и останатиот дефектолог ги означил одговорите под 2 и 3 (Табела 58).

**Прашање 18** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): Дали во вашата институција има штитеници кои биле сексуално злоупотребувани или принудени на проституција од страна на своите родители?

Табела 59. Распространетост на одговорите кај дефектолози

Установа / Дефектолози	1. Да	2. Не	3. Не знам
1. Завод - Топанско Поле	8 (88,89%)	0	1 (11,11%)
2. ПОУ „Иднина“	2 (20,00%)	4 (40,00%)	4 (40,00%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	3 (25,00%)	1 (8,33%)	8 (66,67%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	1 (7,70%)	6 (46,15%)	6 (46,15%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	0	5 (71,43%)	2 (28,57%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	0	4 (40,00%)	6 (60,00%)
7. „Бања Банско“, Струмица	0	2 (50,00%)	2 (50,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	3 (75,00%)	1 (25,00%)
$\Sigma$	14 (20,29%)	25 (36,23%)	30 (43,48%)

На 18 прашање сите испитаници од групата на дефектолози дала одговор. 30 испитаника одговориле дека во институцијата каде што работат не знаат дали има штитеници кои биле сексуално злоупотребени или принудени на проституција од страна на своите родители, 25 одговориле дека нема такви штитеници, а 14 дале потврден одговор, односно посочиле на постоење на таква проблематика (Табела 59).

**Прашање 19:** Сметате ли дека лицето со инвалидност кое било жртва на сексуална злоупотреба, својот проблем нема да го каже?

Табела 60. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	1. Да	2. Не	$\chi^2$	df	p	C
Дефектолози	37 (52,11%)	34 (47,89%)	0,0376	1	0,8460	0,0193
Родители	15 (50,00%)	15 (50,00%)				
$\Sigma$	52 (51,49%)	49 (48,51%)				

На 19 прашање само еден дефектолог не дал одговор. 37 дефектолози сметаат дека штитеникот кој бил жртва на сексуална злоупотреба својот проблем нема да го каже, а 34 дефектолози го тврдат спротивното.

Во категоријата на родители еднаков е бројот на оние кои сметаат дека лицето со инвалидност нема да каже и оние кои тврдат дека лицето со инвалидност кое било жртва на злоупотреба, ќе го каже својот проблем. Не постои статистички значајна разлика во одговорите на ова прашање ( $p > 0,05$ ) (Табела 60). На 19 прашање одговор не дал еден дефектолог од ПОУ „Д-р Златан Сремац“. Во своето истражување Reiter, Bryen, Shachar (2007), забележале дека од 100 испитаника, 50 со интелектуална попреченост и 50 контролни испитаници, 66,7% од испитаниците со интелектуална попреченост при доживеана сексуална злоупотреба разговарале со своите родители, а 33,3% разговарале со стручни лица (122).

**Прашање 20:** Доколку мислите дека нема да каже (поврзано е со претходното прашање), причината за тоа мислите дека е?

На 20 прашање одговор не дал 8 испитаника од групата на дефектолози. Во однос на распространетост на одговорите, најчесто сретнуван одговор кај двете групи е дека штитеникот нема да каже дека бил злоупотребен како резултат на страв од тоа што ќе му направи злоупотребувачот доколку каже. Одговорот, што се сретнува како втор според зачестеност кај двете групи, посочува дека штитеникот нема да каже затоа што не е свесен дека тоа што му се случило е сексуална злоупотреба, кај дефектолозите како трет се сретнува ставот кој укажува на срам како причина за молчење, потоа следи одговорот со 20,3% кој тврди дека штитеникот нема да каже затоа што се чувствува виновен за тоа што

му се случило и со најмала зачестеност се сретнува одговорот кој посочува дека штитеникот ќе молчи затоа што злоупотребувач е некој од претпоставените, родителите или некој познаник, па жртвата не знае кому да се обрати. Кај родителите пак подеднакво се застапени одговорите кои посочуваат на срам и претпоставен или родител како злоупотребувач, а најмалку се сретнува одговорот што како причина го наведува чувството на вина кај штитеникот. Од податоците може да се забележи дека не постои статистички значајна разлика во одговорите на дефектолозите и родителите (Табела 61).

Табела 61. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	z	p
<b>1. Страв од злоупотребувачот</b>	32 (50%)	12 (40%)	0,921954	0,356551
<b>2. Срам</b>	20 (31,3%)	5 (16,7%)	1,51324	0,130219
<b>3. Злоупотребувач е некој од претпоставените</b>	11 (17,2%)	5 (16,7%)	0,061178	0,951212
<b>4. Штитеникот не е свесен за злоупотребата</b>	23 (35,9%)	9 (30%)	0,57248	0,566994
<b>5. Штитеникот се чувствува виновен</b>	13 (20,3%)	4 (13,3%)	0,834125	0,404209

**21 прашање** се однесува на појавата на абнормално сексуално однесување на лицата со инвалидност, но е различно конципирано во двете категории на испитаници.

За дефектолозите гласи: Дали во рамките на вашата институција има штитеници со абнормално сексуално однесување?

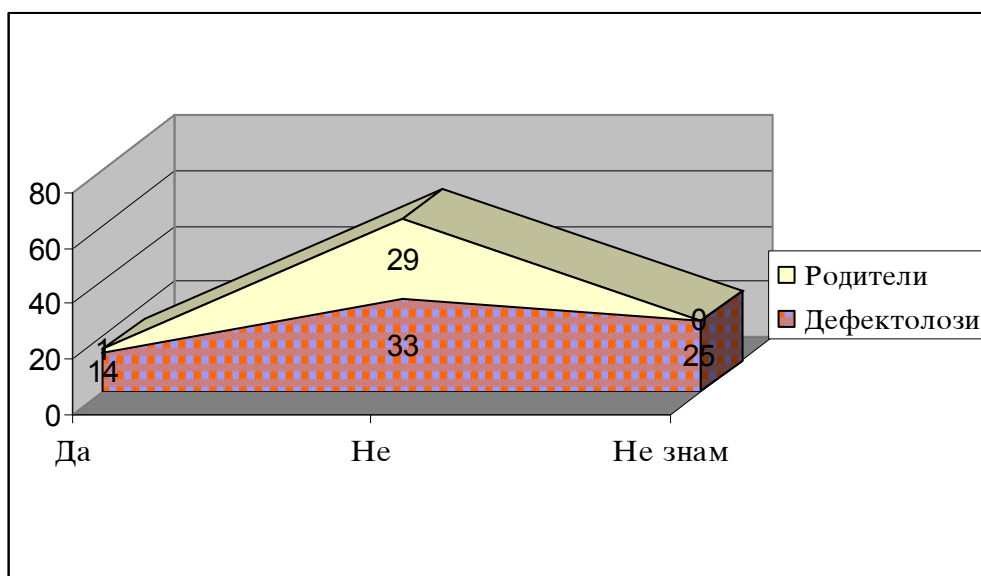
За родителите гласи: Дали сте приметиле кај вашето дете абнормално сексуално однесување?

Сите 102 испитаника дале одговор на 21 прашање. 14 дефектолога одговориле дека во рамките на нивните институции се сретнуваат штитеници со абнормално сексуално однесување, 33 одговориле дека нема такви проблеми, додека 25 одговориле дека не знаат. Од родителите само 1 кажал дека кај своето дете има забележано абнормално сексуално однесување. Дефектолозите од

Заводот- Топанско Поле како вид на абнормално полово однесување посочиле појава на хомосексуалност, педофилија и промискуитет. Дефектолозите од ПОУ „Д-р Златан Сремац“ укажуваат на хомосексуалност, мастурбација на јавни места и егзибиционизам и промискуитет. Од „Партение Зографски“ како проблем ја исто така ја истакнуваат хомосексуалноста, од „Бања Банско“ егзибиционизам и промискуитет и од Центарот за Церебрална парализа посочуваат прекумерна мастурбација. Врз основа на податоците можеме да заклучиме дека постои статистички значајна разлика во одговорите на родителите и дефектолозите ( $p < 0,05$ ) (Табела 62, 63) (Слика 64).

Табела 62. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	1. Да	2. Не	3. Не знам	$\chi^2$	df	p	C
Дефектолози	14 (19,44%)	33 (45,83%)	25 (34,72%)	23,1568	2	0,000	0,4301
Родители	1 (3,33%)	29 (96,67%)	0				
$\Sigma$	15 (14,71%)	62 (60,78%)	25 (24,51%)				



Слика 64. Разлики во одговорите на 21 прашање меѓу групите на дефектолози и родители

Табела 63. Распространетост на одговорите на дефектолозите

Установа / Дефектолози	1. Да	2. Не	3. Не знам
1. Завод - Топанско Поле	5 (55,56%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)
2. ПОУ „Иднина“	0	6 (46,15%)	7 (53,85%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	3 (25,00%)	3 (25,00%)	6 (50,00%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	1 (7,69%)	9 (69,23%)	3 (23,08%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	2 (28,57%)	3 (42,86%)	2 (28,57%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	0	5 (50,00%)	5 (50,00%)
7. „Бања Банско“, Струмица	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	1 (25,00%)	3 (75,00%)	0
$\Sigma$	14 (19,44%)	33 (45,83%)	25 (34,72%)

**Прашање 22** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): Доколку случајно откриете сексуална злоупотреба на некој од штитениците од страна на некој од вработените во институцијата, што ќе превземете?

Табела 64. Распространетост на одговорите кај дефектолозите

Установа / Дефектолози	2. Ќе се обидете сами да го решите проблемот	3. Проблемот ќе го изложите пред целиот колектив	4. Помош ќе побарате од друга организација
1. Завод - Топанско Поле	0	6 (66,67%)	3 (33,33%)
2. ПОУ „Иднина“	2 (15,39%)	5 (38,46%)	6 (46,15%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	1 (8,33%)	8 (66,67%)	3 (25,00%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	0	9 (69,23%)	4 (30,77%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	2 (25,00%)	4 (50,00%)	2 (25,00%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	1 (8,33%)	7 (58,33%)	4 (33,34%)
7. „Бања Банско“, Струмица	0	2 (50,00%)	2 (50,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	2 (33,33%)	4 (66,67%)
$\Sigma$	6 (7,80%)	43 (55,84%)	28 (36,36%)

На 22 прашање 6 испитаника дале комбиниран одговор, при што во табелата е прикажана зачестеност на одговорите на испитаниците. Најчесто како одговор дефектолозите наведуваат дека доколку случајно откријат сексуална злоупотреба на некој од штитениците од страна на некој од вработените во институцијата, проблемот ќе го изложат пред целиот колектив. 36,36% од одговорите гласат дека дефектолозите за помош ќе се обратат до друга организација или државна служба, задолжена за такви проблеми, 7,80% се изјасниле дека ќе се потрудат сами да го решат проблемот и ниту еден испитаник нема да премолчи доколку се соочи со ваков проблем (Табела 64).

**Прашање 23** (се однесува само на испитаниците кои се од категоријата на дефектолози и останат стручен кадар, кој работи со лица со инвалидност): Дали во склоп на институцијата постои јасно дефинирана политика во однос на превенција од сексуална злоупотреба и стручно лице кое се занимава со оваа проблематика?

Табела 65. Распространетост на одговорите кај дефектолози

Установа / Дефектолози	1. Да	2. Не	3. Не знам
1. Завод - Топанско Поле	3 (33,33%)	6 (66,67%)	0
2. ПОУ „Иднина“	5 (38,46%)	7 (53,85%)	1 (7,69%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	5 (41,67%)	5 (41,67%)	2 (16,66%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	8 (61,54%)	2 (15,38%)	3 (23,08%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	0	6 (85,71%)	1 (14,29%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	3 (30,00%)	5 (50,00%)	2 (20,00%)
7. „Бања Банско“, Струмица	3 (75,00%)	0	1 (25,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	0	1 (25,00%)	3 (75,00%)
Σ	27 (37,5%)	32 (44,44%)	13 (18,06%)

На 23 прашање одговор дал секој испитаник од групата на дефектолози. Најмонгу дефектолози одговориле дека во склоп на нивната институција не постои јасно дефинирана политика во однос на превенција од сексуална злоупотреба, 27 одговориле дека постои, а најмал е бројот на оние кои што не знаат дали постои јасно дефинирана политика во нивните установи (Табела 65).

**Прашање 24**, како и кај некои од претходните прашања, и ова е дистинктивно.

За дефектолозите: Дали мислите дека дефектолозите и останатиот стручен кадар кој работи со лица со инвалидност треба посебно да се едуцира за превенција, рано откривање на сексуална злоупотреба и полова едукација на лицата со инвалидност?

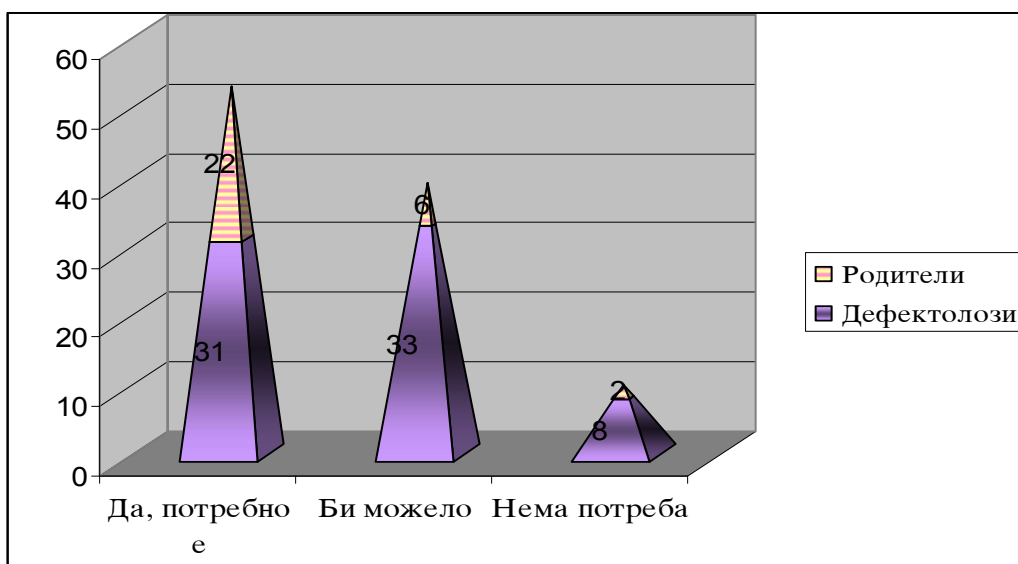
За родители: Дали мислите дека родителите на лица со инвалидност треба посебно да се едуцираат за спречување, рано откривање на сексуална злоупотреба и полова едукација на лицата со инвалидност?

Табела 66. Разлики во одговорите меѓу дефектолозите и родителите

Испитаник	Дефектолози	Родители	$\Sigma$
<b>1. Потребно е</b>	31 (43,06%)	22 (73,33%)	53 (51,96%)
<b>2. Би можело, но не е неопходно</b>	33 (45,83%)	6 (20,00%)	39 (38,24%)
<b>3. Нема потреба</b>	8 (11,11%)	2 (6,67%)	10 (9,80%)
$\chi^2$	7,8589		
df	2		
p	0,019654		
C	0,267464		

На 24 прашање одговор дале сите испитаника. 31 дефектолог сметаат дека потребно е да има посебна едукација на дефектолози и останат стручен кадар во врска со наведената проблематика, 33 сметаат дека би можело да има посебна едукација, но не е неопходно и 8 дефектолози сметаат дека нема потреба од таква едукација. Од родителите 22 сметаат дека им е потребна посебна едукација на родителите на лица со инвалидност, 6 сметаат дека би можело, но не е неопходно и само 2 мислат дека нема таква потреба. Споредбата на резултатите помеѓу двете категории, укажува на постоење на статистички значајна разлика ( $p < 0,05$ ) (Табела 66) (Слика 65). Во истражувањето спроведено во Саутемптон, сите испитаници (субјекти кои работата со лица со инвалидност) одговориле дека немаат доволно познавања од оваа тематика и дека е потребна посебна, дополнителна едукација (125).





Слика 65. Разлики во одговорите на 24 прашање помеѓу групите на дефектолози и родители

Табела 67. Распространетост на одговорите кај дефектолози

Установа / Дефектолози	1. Потребно е	2. Би можело, но не е неопходно	3. Нема потреба
1. Завод - Топанско Поле	6 (66,67%)	2 (22,22%)	1 (11,11%)
2. ПОУ „Иднина“	3 (23,08%)	8 (61,54%)	2 (15,38%)
3. ПОУ „Д-р Златан Сремац“	4 (33,33%)	6 (50,00%)	2 (16,67%)
4. „Кочо Рацин“, Битола	3 (23,08%)	9 (69,23%)	1 (7,69%)
5. „Партение Зографски“, Скопје	3 (42,86%)	3 (42,86%)	1 (14,29%)
6. „Димитар Влахов“, Скопје	6 (60,00%)	4 (40,00%)	0
7. „Бања Банско“, Струмица	2 (50,00%)	1 (25,00%)	1 (25,00%)
8. Завод за церебрална парализа, Скопје	4 (100,00%)	0	0
$\Sigma$	31 (43,06%)	33 (45,83%)	8 (11,11%)

Прашања со кои се опфатени само родителите.

**Прашање 6:** Дали вие отворено зборувате со вашето дете за половиот развој и сексуалното однесување?

Сите испитаници од групата на родители, дале одговор на 6 прашање, при што 8 родители се изјасниле дека водат отворен разговор со своето дете за половиот развој и сексуалното однесување, 12 родители посочиле дека зборуваат на таа тема, само доколку детето нешто праша, 4 родители ја избегнуваат таа тематика, а 6 родители воопшто не зборуваат за таа проблематика (Табела 68).

**Прашање 7:** Дали сте провериле што вашето дете знае за половиот развој и сексуалното однесување?

Како и на претходното, и на 7 прашање сите родители дале одговор. 10 испитаника константно следат што нивното дете знае за половиот развој и сексуалното однесување, 5 испитаника случајно откриваат што нивното дете знае, 15 испитаника воопшто не провериле со какви и со колку информации располага нивното дете (Табела 68).

**Прашање 15:** Дали кај вашето дете сте забележале да настанат ненадејни промени во однесувањето без да има видлива причина за тоа (нарушување на сонот, повлекување во себе, почна да се однесува како кога било на помала возраст, покажува страв од непознати места и лица, страв да остане само со други деца и возрасни?)

6 од родителите забележале промени во однесувањето кај своето дете неколку пати во последно време, 20 родители не забележале, а додека 4 родители воопшто немаат обратено внимание (Табела 68).

**Прашање 18:** Дали познавате лица со инвалидност кои биле сексуално злоупотребувани или принудени на проституција?

Афирмативен одговор на 18 прашање дале 5 испитаника од групата на родители, додека 25 негативно одговориле (Табела 68).

**Прашање 22:** Дали во склоп на државата постои организација која се занимава со справување со проблемот на сексуална злоупотреба и третман на жртвите од сексуална злоупотреба?

9 од испитаниците од групата на родители сметаат дека во Р. Македонија постои организација која се занимава со проблемот на сексуална злоупотреба третман на жртви и превенција, 5 сметаат дека во склоп на државата не постои таква институција, додека најголемиот дел т.е 16 одговориле дека не знаат (Табела 68).

**Прашање 23:** Како се чувствувате кога треба со своето дете да разговарате за половиот развој и сексуалното однесување?

На 23 прашање сите испитаници од групата на родители дале одговор. Најголем број од родителите одговориле дека непријатно им е кога треба со своето дете да разговараат за половиот развој и сексуалното однесување, 8 родители одговориле дека им е многу непријатно, 7 одговориле дека најнормално зборуваат за таа тема како и за било која друга и 4 родители одговориле дека сèедно им е (Табела 68).

Табела 68. Распространетост на одговорите кај родители

Родители	1	2	3	4	Σ
<b>Прашање 6</b>					
N	8	12	4	6	30
%	26,67%	40,00%	13,33%	20,00%	100,00%
<b>Прашање 7</b>					
N	10	5	15	/	30
%	33,33%	16,67%	50,00%	/	100,00%
<b>Прашање 15</b>					
N	6	20	4	/	30
%	20,00%	66,67%	13,33%	/	100,00%
<b>Прашање 18</b>					
N	5	25	/	/	30
%	16,67%	83,33%	/	/	100,00%
<b>Прашање 22</b>					
N	9	5	16	/	30
%	30,00%	16,67%	53,33%	/	100,00%
<b>Прашање 23</b>					
N	8	11	4	7	30
%	26,67%	36,67%	13,33%	23,33%	100,00%

## IV. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕДЛОЗИ

### 1. ЗАКЛУЧОЦИ

- Со анализа на докумнетацијата увидовме дека лицата со инвалидност го следат истиот развоен циклус, како и останатата популација, минувајќи ги истите развојни фази, со мали отстапки кои се во склад со видот и степенот на инвалидност.
- Сите лица со инвалидност како и своите врсници се сексуални суштества и имаат право на свое сексуално определување. Пред почетокот на спроведување на анкетните прашалници сите испитаници со инвалидност беа замолени да го идентификуваат својот пол, при што кај сите беше забележан коректен одговор. Интересен е податокот што родителите 67,86% и дефектолозите 91,55% по однос на ова прашање одговориле дека лицата со инвалидност имаат еднакви сексуални навики како и останатата популација, но од друга страна сметаат дека ретки се лицата со инвалидност кои имаат јасна претстава за своето социјално-полово однесување, дефектолозите 47,14%, а родителите 40,00%. Во разговорите со испитаниците со инвалидност за време на спроведување на истражувањето, забележавме дека начинот на нивното гледање врз половото однесување и нивните ставови кои се однесуваат на истата тематика се под директно влијание на околината која ги опкружува, така што некои од испитаниците беа по слободни и отворени во разговорите, за разлика од друга група на испитаници кои одговараа резервирано и со одредена доза на срам.
- Во однос на степенот и начинот на стекнување на знаењата за половиот развој, карактеристики и половите односи, испитаниците со инвалидност одговориле дека најмногу од своите знаења ги стекнуваат преку медиумита, потоа преку своите врсници, а во помала мера преку родителите и наставниците. Од анкетните листови може да се забележи дека 43,05% од дефектолозите одговориле дека темата која се однесува на полово воспитание и адекватно сексуално однесување е само површно спомената во воспитно образовната програма и дека лицата со инвалидност најслаби познавања имаат од областа на сексуални односи, несакана бременост и контрацепција, сметаат 62,3% дефектолози и 51,9% родители. Како најчест начин на кој се реализира половата едукација е класичниот начин со

илустрации и слики, без примена на дополнителни дидактчки материјали, корективни кукли и сл, се со цел да им се олесни пристапот до информации на лицата со инвалидност и да им се олесни во создавањето на моралните принципи и начела според кои ќе се раководат во своето сексуално однесување. Од наведеното можеме да заклучиме дека нашата република е далеку од светските стандарди и кај нас сèуште доминира мислењето дека доколку се избегнува темата поврзана со сексуалниот нагон, истиот ќе биде потиснат и занемарен, а во установите и семејствата каде се спроведува половото воспитание и едукација, тоа сèуште е на примитивно ниво т.е на класичен начин, без примена на дополнителни едукативни и нагледни средства и без да им се овозможи на лицата со инвалидност потполн пристап до информации. Знаењата кои лицата со инвалидност ги поседуваат во однос на оваа тематика, како резултат на самостојното стекнување преку медиумите или другарите, се површни и многу често се недообјаснети, поради што доаѓа до недоразбирања меѓу лицата со инвалидност.

- Во рамките на семејствата може да се каже дека во мала количина се спроведува полово воспитание, 40,00% од родителите се изјасниле дека на таа тематика разговараат само доколку детето нешто ги праша, а 20% и воопшто не зборат на таа тема. 50,00% родители не провериле што нивните деца знаат за половото однесување и карактеристики на развој, а 36,67% родители одговориле дека им е непријатно да разговараат на таа тема со своите деца.
- Во однос на разликување на нормалното од абнормалното полово однесување забележавме дека кај лицата со инвалидност 91,78% знаеле помеѓу кого нормално треба да има сексуални односи, 97,26% знаат да препознаат што е правилно, а што не правилно полово однесување.
- Врз основа на добиените податоци, можеме да заклучиме дека е незанемарувачки бројот на лица со инвалидност кои биле присилувани на присуство на сексуален чин или гледање на различни порнографски материјали, односно 23,72% од лицата со инвалидност посочиле на постоење на таков инцидент.
- Може да се констатира дека не ретко лицата со инвалидност се принудувани на вршење на различни сексуални чинови, 10,56% се изјасниле дека биле принудувани на сексуални односи, 14,42% биле принудувани да ги соблечат своите алишта. Лицата со инвалидност исто така не ретко се

изложени на несоодветни сексуални допири, против нивна желба, на што потврдно одговориле 19,53% испитаници, што укажува на постоење на потреба за озбилно зафаќање на надлежните институции околу решавање на проблемот на крајно нехумано однесување.

- Не радува фактот што добивме подобри резултати во споредба со 2006 година во однос на тоа дали лицето со инвалидност ќе каже доколку е жртва на сексуална злоупотреба, при што 20,99% одговориле дека нема да кажат, а во 2006 година 26,2% од помалите испитаници и 32,3% од постарите нема да го изложат проблемот, што од своја страна посочува на тоа дека со напредокот во половата едукација, лицата со инвалидност ќе научат на кого и на каков начин треба да се обратат при соочување со проблемот на сексуална злоупотреба, знаејќи дека ќе добијат поддршка во справувањето со ситуацијата.
- Според резултатите од анкетните листови на испитаниците со инвалидност, најголем број на позитивни одговори на чувствителните прашања се сретнуваат кај лицата со ментална ретардација на возраст од над 15 години, со што во своите анкетни листови се согласуваат и дефектолозите, со исклучок на најбројниот став кај нив и кај родителите дека најризична возраст е од 6 до 12 години. Како најчест злоупотребувач и испитаниците со инвалидност и родителите со дефектолозите го посочуваат непознатиот сторител.
- Во институциите во кои престојуваат лицата со инвалидност немаат јасно дефинирана политика во однос на превенција од злоупотреба истакнале 44,44% дефектолози, што повторно го потврдува ставот со кој се тврди дека сме на ниско скалило во однос на развој на курикулум за полово воспитание и едукација и фактот со кој се тврди дека проблематиката околу сексуалната злоупотреба кај нас допрва почнува да се расветлува.
- Во однос на посебна едукација за полово воспитание и превенција од сексуална злоупотреба родителите се изјасниле во 45,83% дека е потребна, а дефектолозите во најголем дел се изјасниле дека би можело, но не е неопходно, што посочува на крутост и ригидност што е карактеристична нашето поднебје.

Од произнесеното може да се констатира дека трите општи хипотези се потврдуваат:

- Се потврдува дека лицата со инвалидност го следат моделот на полов развој кој важи за целокупната популација, со евентуално присуство на некои отстапки во склад на степенот и видот на инвалидност
- Се потврдува дека во недоволна мера и на недоволно соодветен начин се спроведува полова едукација меѓу лицата со инвалидност во рамките на воспитно образовните институции, како и во рамките на нивните семејства
- Се потврдува дека се сретнува голема преваленција на сексуална злоупотреба кај лицата со инвалидност, во споредба со останатата популација.

Од суб хипотезите се потврдуваат следниве:

- Се потврдува дека евентуални отстапки во половиот развој се сретнуваат кај лицата со ментална ретардација (особено оние со повисок степен каде има и органски нарушувања) и оние лица со телесна инвалидност каде доминантни се функционалните и структурните нарушувања на ЦНС (пр. лица со церебрална парализа и со комбинирана инвалидност);
- Се потврдува дека постојат разлики во однос на преваленцијата на сексуална злоупотреба кај различни видови на инвалидност и дека највисока е кај лицата со ментална ретардација;
- Се потврдува дека неопходно е организирање на специјална едукација на персоналот кој работи со лицата со инвалидност во однос на превенција, рана детекција на сексуалната злоупотреба и начинот на сексуално воспитание на лицата со инвалидност;
- Се потврдува дека е неопходно организирање на специјален тренинг и едукација на лицата со инвалидност за начини и можности на превенција од сексуална злоупотреба;
- Се потврдува дека од големо значење е обука на родителите на лицата со инвалидност за правилно насочување на половиот развој кај своето дете и навремена детекција и превенција од сексуална злоупотреба;

Делумно се потврдува суб хипотезата:

- Дека лицето со инвалидност доколку стане жртва на сексуална злоупотреба ќе се обрати за помош до соодветно возрастно лице.

Не се потврдува суб хипотезата:

- Дека најнизок степен на полова едукација се остварува кај лицата со ментална ретардација. Од добиените резултати и од разговорите со

испитаниците забележавме дека послаби резултати се добиваат кај испитаниците со оштетување на слухот, на возраст од 10 до 15 години.

## **2. ПРЕДЛОГ МЕРКИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА НА ЛИЦАТА СО ИНВАЛИДНОСТ**

Како резултат на севкупната анализа и обработка на овој проблем, како и врз основа на изведените заклучоци ги истакнуваме следните предлози:

- Пред се е неопходно да се формира тим од стручно оспособени лица кои ќе вршат константен скрининг на вработените во институциите каде престојуваат лицата со инвалидност, како и константен скрининг на семејната и пошироката околина со која лицето со инвалидност стапува во контакт, со цел навремено препознавање на симптомите кои асоцираат на сексуална злоупотреба или било каков друг вид на злоупотреба.
- Постојан мониторинг на однесувањето на лицата со инвалидност, за време на работните активности, при контактот со другите, или во моментите кога се сами, со цел да се забележат карактеристични промени во однесувањето, кои ќе посочат на постоење на проблем, како и да се овозможи навремено санирање на абнормално полово однесување.
- Неопходно е секоја институција во која престојуваат лицата со инвалидност да има јасно дефинирана политика во однос на превенцијата на сексуалната злоупотреба на овие лица.
- Половото воспитание на лицата со инвалидност да започне од најмала возраст, со што ќе се формира база, врз која континуирано може да се надоградува знаењето на индивидуата, нејзините морални вредности и начини на однесување.
- Да се создаде воспитно-образовна програма во која во доволна мера ќе биде застапено сексуалното воспитание и образование на лицата со инвалидност, односно знаењата да им се презентираат на начин кој ќе овозможи трајно усвојување на овие знаења.
- Да се обезбеди соодветен дидактички материјал во институциите, со што ќе се олесни презентацијата и усвојувањето на содржините поврзани со половиот развој, однесување и превенција од злоупотреба.
- Да се организираат посебни часови на кои лицата со инвалидност ќе се оспособат за лична превенција од сексуалната злоупотреба, ќе научат да кажат „НЕ“ на потенцијалните злонамерни возрасни и да научат дека



нивното тело е нивна лична сопственост т.е да ги научат границите на интимната хигиена.

- Да се организираат повеќе средби на родителите на децата со инвалидност заради размена на позитивно искуство.
- Да се организираат посебни тренинзи на кои родителите ќе научат како „најбезболно“ да го минат периодот на адолесценција и пубертет на своето дете, односно ќе научат на кој начин да го поучуваат своето дете за сексуалниот живот и однесување и да ги превенираат од злоупотреба.
- Да се оспособат родителите на лицата со инвалидност на време да ги забележуваат промените кај своите деца кои посочуваат на сексуална злоупотреба.
- Да им се укаже на родителите каде треба да се обратат доколку се соочуваат со проблем на злоупотреба.
- Да се овозможи специјална едукација на кадарот кој работи со лицата со инвалидност во однос на начинот на кој треба сексуално да ги воспитуваат и образуваат своите ученици.
- Да се оспособи кадарот кој работи со инвалидни лица за превенција и навремено откривање на сексуалната злоупотреба.
- Да се основаат повеќе организации и служби кои ќе го третираат овој проблем и ќе едуцираат кадри за превенција на злоупотребата.
- Да се развие свеста кај народот за преваленцијата на сексуалната злоупотреба.
- Да се спречи оваа проблематика да биде табу тема, за која сите имаат информации, но никој не се осмелува да ги произнесе.
- Да се развие широка мрежа на центри и сервиси за мултипна поддршка и асистенција на лицата со инвалидност и нивните семејства како и мрежата на институции кои ќе се грижат за психолошкиот и другите видови на третман на лицата со инвалидност кои биле жртви на сексуална злоупотреба.
- Да се развие мрежата на институции и организации кои се грижат за спроведување на адекватна казнена процедура за злоупотребувачот, со цел да се превенира повторната појава на злоупотреба.
- Да се остварат врски и да се црпи искуство од земјите кои подолго време и успешно се справуваат со ваквите проблеми.

## V. ЛИТЕРАТУРА

1. **Murphy N. A, Roy Elias E.** Sexuality of Children and Adolescents with Developmental Disabilities. Washington: American academy of pediatrics; 2006.
2. **Couwenhoven Terri.** Sexuality Education: Building a Foundation for Healthy Attitudes. San Francisko: Enoch-Gelbard foundation; 2001.
3. **Sparks Scott.** Sexuality and individuals with developmental disabilities. Arlington: Council for Exceptional Children; 2006.
4. **Powers E. L, Oswald M.** Violence and abuse against people with disabilities: experiences, barriers and prevention strategies. Oregon: Oregon Health & Science University, Oregon Institute on Disability and Development; 2005.
5. **Pešić Vladimir.** Evropska unija i osobe sa invaliditetom. Beograd: Friedrich Ebert Stiftung, Narodna kancelarija predsednika Republike; 2006.
6. **Ајдински Љ, Ајдински Г, Михаилов З.** Основи на дефектолошката теорија и практика. Скопје: Сојуз на дефектолозите на Македонија; 1999.
7. **Ćordić A i saradnici.** Defektološki leksikon. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1999.
8. **Americans with Disabilities Act.** Washington: ADA Amendments Act of 2008; Public Law 110-325, 122 STAT. 3555.
9. **Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој.** Министерство за труд и социјална политика, Службен весник на РМ број 30/2000.
10. **Centers for disease control and prevention Department of health and human services.** About intelectual disability [Online]. 2005 [Cited 2008 Jun]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddmr.htm>
11. **World Health Organization.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Health Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992.
12. **American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.** Definition of intelectual disability [Online]. 2008 [Cited 2008 Jun]; Available from: URL: [http://www.aamr.org/content\\_100.cfm?navID=21](http://www.aamr.org/content_100.cfm?navID=21)

13. **Ајдински Г.** Олигофренологија. Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија; 2007.
14. **Радојичиќ Д.** Проценка и рехабилитација на функционалниот вид кај слабовидните деца- докторска дисертација. Скопје: Филозофски Факултет- Институт за дефектологија; 2007.
15. **Teens Health answers and advice- Nemours foundation.** What is visual impairment [Online]. 2007 Mar [Cited 2008 Oct 10]; Available from: URL: [http://kidshealth.org/teen/diseases\\_conditions/sight/visual\\_impairment.html](http://kidshealth.org/teen/diseases_conditions/sight/visual_impairment.html)
16. **Стефановиќ Б., Митровиќ М.** Офталмологија. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 1990.
17. **Ајдински Г, Киткањ З, Ајдински ЈБ.** Основи на дефектологија- специјална едукација и рехабилитација. Куманово: Македонска ризница; 2007.
18. **Colenbrander, A.** Guide for the evaluation of visual impairment. San Francisco: Pacific Vision Foundation; 1999.
19. **National Dissemination Center for Children with Disabilities.** General information about deafness and hearing loss [Online]. 2000 Jun [Cited 2008 Oct 28]; Available from: URL: <http://www.kidsource.com/NICHCY/deafness.all.dis.3.html>
20. **American Speech-Language-Hearing Association.** Type, Degree and Configuration of Hearing Loss [Online]. 1997 May [Cited 2008 Oct 28]; Available from: URL:<http://www.asha.org/public/hearing/disorders/types.htm>
21. **Петров Р.** Лица со инвалидност-професионална ориентација, оспособување и вработување. Куманово: Македонска ризница; 2007
22. **Стошљевиќ Л., Рапаиќ Д., Николиќ С.** Соматопедија. Београд: ИДП “Научна книга“; 1990.
23. **Зовко Г.** Специјална педагогија. Загреб: Висока дефектолошка школа; 1972.
24. **Kariković E, Kariković E.** Kineziterapija. Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1986.

25. **Kabele F, Koči J, Juda J, Černi O.** Somatopedija. Beograd: Savez društva defektologa Jugoslavije; 1973.
26. **P. McDonald.** Physical impairment. Queensland: Teacher Aides-Working with students with disabilities; 1998.
27. **Јакулић С.** Медицинске основе менталне ретардације. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 1993.
28. **Трајковски В.** Медицински основи на инвалидноста. Скопје: Филозофски факултет, Институт за дефектологија; 2008.
29. **Viisola M.** Statistics on children with visual impairments. NY: National center for vision and child development of Lighthouse International; 1999.
30. **Lighthouse International.** Causes of blindness [Online]. 2009 Jan [Cited 2009 Mar]; Available from: [URL:http://www.lighthouse.org/medical/causes-of-blindness/](http://www.lighthouse.org/medical/causes-of-blindness/)
31. **California Ear Institute, Hearing Device Center.** Common causes of hearing impairment in children [Online]. 2008 [Cited 2008 Oct 30]; Available from: [URL:http://www.californiaearinstitute.com/hearing-device-center-common-causes-hearing-impairment.php](http://www.californiaearinstitute.com/hearing-device-center-common-causes-hearing-impairment.php)
32. **American Speech-Language-Hearing Association.** Causes in hearing loss in children [Online]. 1997 [Cited 2008 Nov]; Available from: URL: <http://www.asha.org/public/hearing/disorders/causes.htm>
33. **NHS Choices, Your health your choices.** Causes of hearing impairment [Online]. 2008 Mar [Cited 2009 Jan]; Available from: URL: <http://www.nhs.uk/Conditions/Hearingimpairment/Pages/Causes.aspx?url=Pages/w hat-is-it.aspx>
34. **Gregg C., Vanderheiden R.** Accessible Design of Consumer Products: Guidelines for the Design of the Consumer Products to Increase Their Accessibility to People with Disabilities or Who are Aging. Trace Research & Development Center, University of Wisconsin-Madison; 1991.
35. **Blum RW.** Sexual helth contraceptive needs of adolescents with chronic conditions. Arch Pediatr Adolesc Med; 1997;151 :290 –297.

36. **Dunn J, Muers-Walls J. Purdue University.** Sexual development [Online]. 2006 Jan [Cited 2008 Nov 12]; Available from: URL:<http://www.ces.purdue.edu/providerparent/Child%20GrowthDevelopment/SexualDEV.htm>
37. **Johnson G.** Basic Sexual Development in Children. Gainesville: Village Counseling Centar; 2005.
38. **Sanderson C.** The Sexual Development and Behaviour of Children and Young Pepole. London: Lancashire LEA Child Protection Service; 2004.
39. **Mayers A.L.** Sexuality and people with disabilities. Toronto: Robert E Krieger Publishing Company; 2006.
40. **Parenting SA.** Sexual development of children-general parenting. Government of South Australia; 2000.
41. **Todd K.** Sexual Behaviour in Children: Is it Normal?. Washington: Harborview Center for Sexual Assault and Traumatic Stress; 2006.
42. **Royal Devon and Exeter NHS.** Sexual development in primary aged children-developing a whole school approach. Children and Young People's Services Devon County Council, DEVON Public Health Forum; 2005.
43. **Beeler N.** normal Child sexual Development and Promoting Healthy Sexual Development. Institute for Human Services for the Pennsylvania Child Welfare Training Program; 2006.
44. **Children's Assesement Center in Grand Rapids, Michigan.** Children's Sexual Behavior and Body Safety-Guide for parents [Online]. 2006 Jun [Cited 2008 Jun 25]; Available from: URL: <http://www.mccarehouse.org/Child-Sexual-Behavior.pdf>
45. **National Center of Sexual Behavior of Youth.** Sexual development and sexual behavior problems in children ages 2-12. The University of Oklahoma Health Sciences Center; 2004.
46. **Calderone, Mary & Eric W. Johnson.** The family book about sexuality. New York: Random house; 1983.

47. **SECASA (South Eastern Centre Against Sexual Assault Australia.** Child sexual development [Online]. 2007 [Cited 2008 Nov]; Available from: URL: <http://www.secasa.com.au/index.php/survivors/5/120>
48. **Dunn J.** Sexual development-What should children know. School of consumers and family sciences, Department of child development and family studies, Fowler Memorial House; 2003.
49. **Berman H, Harris D, Enright R, Gilpin M, Cathers T, Bukovy G.** Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings. *Issues Compr Pediatr Nurs*; 1999;22 :183 –196.
50. **Bonner BL., Walker E.** Children with sexual behavior problems: assessment and treatment. Oklahoma City: Center on Child Abuse and Neglect, Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center; 2005.
51. **Staiger P.** Children who engage in problem sexual behaviours: context, characteristics and treatment. Australian Childhood Foundation; 2005.
52. **Arnts J.** Identifying and responding to children with sexualized behavior problems. North Carolina: Center for Child and Family Health- NC; 2004.
53. **Erooga M., Masson H.** Children & Young People Who Sexually Abuse Others: Challenges and Responses. London: Routledge; 1999.
54. **Araji SK.** Sexually aggressive children- coming to understand them. London: Sage publications; 1997.
55. **Obaid T.** Sexual and reproductive health of persons with disabilities. New Yourk: United Nations Populited Fund; 2007.
56. **National studu of women with physical disabilities.** Abuse [Online]. 1999 [Cited 2008 Dec]; Available from: [URL: http://www.bcm.edu/crowd/national\\_study/ABUSE.htm](http://www.bcm.edu/crowd/national_study/ABUSE.htm)
57. **Constantine L., Martinson FM.** Children and sex-new findings new perspectives. Boston: Little Brown; 1981.
58. **Graff D.** Teacher preparation: the key to effective sex education to the mentally retarded. *Health Education*; 1991;14(3) 25-7.
59. **Alcron DA.** Parental views on sexual development and education of trainabled mentally retarded. *Journal of Special Education*; 1979;8(2) 119-30.

60. **Craft M., Craft A.** Sex and the mentally handicapped: a guide for parents and carers. London: Routledge and Kegan Paul; 1982.
61. **Worley G, Houlihan CM, Herman-Giddens ME, et al.** Secondary sexual characteristics in children with cerebral palsy and moderate to severe motor impairment: a cross-sectional survey. *Pediatrics*; 2002;110: 897 –902.
62. **Evans AL., McKinlay A.** Sexual maturation in girls with severe mental handicap. *Child Care, Health and Development*; 1981;14(1) 59-69.
63. **Kauli R., Prager-Lewin R., Laron A.** Pubertal development in the Prader-Labhart-Willi syndrome. *Acta Paediatrica Scandinavica*; 1983;67(3) 763-770.
64. **Siddiqi SU, Van Dyke DC, Donohoue P, McBrien DM.** Premature sexual development in individuals with neurodevelopmental disabilities. *Dev Med Child Neurol*; 1999;41: 392 –395.
65. **Elias ER, Sadeghi-Nejad A.** Precocious puberty in girls with myelodysplasia. *Pediatrics*; 1994;93: 521 –522.
66. **Better Health Channel.** Disability and sexual issues. Victorian Ministry of Health, Family Planning Victoria; 1999.
67. **SICEUS.** Comprehensive sexuality education [Online]. 2007 [Cited 2008 Dec 06]; Available from: URL: <http://www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageId=514&parentID=477>
68. **OUTSIDERS (Community of disabled people).** Sex and Your Child with Disability [Online]. 2007 Jan [Cited 2008 Dec]; Available from: URL: <http://www.outsiders.org.uk/leaflets/sex-and-your-child>
69. **Haffner DW.** Sex education 2000: a call to action. New York: Sex Information and Education Council of the US; 1990.
70. **NICHCY.** Sexuality education for children and youth with disabilities. Washington: NICHCY, News Digest; 1992.
71. **AVERT (International HIV and AIDS charity based in UK).** Sex education that works [Online]. 2009 [Cited 2009 Mar]. Available from: URL: <http://www.avert.org/sexedu.htm>

72. **Couwenhoven T.** Sexuality education: building a foundation of health attitude. San Francisco: Disability solutions, Enoch-Gelbard Foundation; 2001.
73. **Кралевски Д.** Сексуалната едукација во Европа. Досие- магазин за млади 2007 Дек;42:19-21
74. **National GuidelinesTask Force.** Guidelines for comprehensive sexuality education: kindergarten-12th grade. New York: Sex Information and Education Council of the USA; 1991.
75. **Better Health Chanel.** Sex education for children with intellectual disabilities. Victorian Ministry of Health, Family Planning Victoria; 1999.
76. **Ballan M.** Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. SIECUS Report; 2001:29(3) 17
77. **Sweeny L.** Human sexuality education for students with special needs. Kansas City: Marsh Media; 2007.
78. **Bratković D.** Edukacija o spolnosti osoba s mentalnom retardacijom-priručnik. Zagreb: Hrvatski savez udruga za osobe s mentalnom retardacijom; 2000.
79. **Olasov L.** Special needs adolescents and sexuality education: A health challenge for the nineties. Pittsburgh: American School Health Association; 1993.
80. **Maksym D.** Shared feelings- A parent guide to sexuality education for children, adolescents and adults who have a mental handicap and accompanying discussion guide. Toronto: Allan Roehrer Institute; 1990.
81. **Neff, J.** Sexuality education methodology. In S. Mangold (Ed.), A teacher's guide to special needs of blind and visually handicapped children. New York: American Foundation for the Blind; 1982.
82. **Baugh, R. H.** Sexuality education for the visually and hearing impaired child in the regular classroom. Journal of School Health; 1984:74(10): 407-409.
83. **Davies J.** Sexuality education for children with visual impairments. Dalhousie University; 1996
84. **Corn, A.** Socialization and the child with low vision. Proceedings: Sixth Interdisciplinary Conference of the Blind. Halifax, N.S; 1988: 21-45.
85. **Neff, J.** Sexual well-being: A goal for young blind women. Journal of Visual Impairment and Blindness; 1983:77(6), 296-297.



86. **Moss K., Blaha R.** Introduction to sexuality education for individual who are deaf-blind and significantly developmentally delayed. Texas: DB-LINK, National Information Clearinghouse on Children who are Deaf-Blind, Monmouth; 2001.
87. **Brixius D.R.** Curriculum guide for teaching sex education to 11 to 12 year old hearing impaired adolescents. Central Institute for Deaf; 1977.
88. **Lindenberg M.** Sexuality and cerebral palsy. Ontario federation for cerebral palsy; 2003.
89. **Milosavljević M.** Nasilje nad decom. Beograd: Fakultet političkih nauka; 1998.
90. **EASPD (European Association of Service Providers for People with Disabilities).** Together Against Abuse. EASPD, Brussels, Belgium; 2006.
91. **Новотни Љ.** Судска психијатрија. Скопје: НИП „Студентски збор“; 1998.
92. **Davis L.A., ARC.** People with intellectual disabilities and sexual violence [Online]. 2005 [Cited 2008 Dec 15]; Available from: URL:[http://www.tips4kids.org/user\\_storage/File/ARC%20%20Q&A%20%20People%20with%20Intellectual%20Disabilities%20and%20Sexual%20.doc](http://www.tips4kids.org/user_storage/File/ARC%20%20Q&A%20%20People%20with%20Intellectual%20Disabilities%20and%20Sexual%20.doc)
93. **American Lawyer directory.** Sexual abuse [Online]. 2004 [Cited 2009 Feb]; Available from: URL:[http://www.statelawyers.com/Practice/Practice\\_Detail.cfm/PracticeTypeID:86](http://www.statelawyers.com/Practice/Practice_Detail.cfm/PracticeTypeID:86)
94. **Sgroi S.M, Midnight Secrets.** Types of sexual abuse [Online]. 2007 Mar [Cited 2008 Dec 15]; Available from URL:<http://www.geocities.com/wellesley/8819/TypesSA.html>
95. **O' Connel R.** A tipology of child sybersexplotation and online grooming practices. Cyberspace Research Unit, University of Central Lancashire; 2003.
96. **Eckman M.** Online related sexual abuse of children. Save the Children; 2007.
97. **Reynolds LA.** People with mental retardation and sexual abuse [Online]. 2006 Feb [Cited 2008 Dec 21]; Available from: URL:<http://www.wsf.org/behavior/guidelines/sexualabuse.htm>
98. **Decaire M., SUITE 101.** A personality profile of typical child sexual abusers [Online]. 1999 [Cited 2009 Jan]; Available from: URL:[http://www.suite101.com/article.cfm/forensic\\_psychology/22656/1](http://www.suite101.com/article.cfm/forensic_psychology/22656/1)

99. **Hilary Brown.** Empowering families to safeguard their relatives with learning disabilities from sexual abuse. Based on the work of the DAPHNE project partners; 2004
100. **Kalićanin P, Ercegovac D.** Psihijatrija-dijagnostika. Beograd: Medicinski Fakultet; 2001.
101. **Krstić.** Sudska psihijatrija. Beograd: Kulturni centar Gornji Milanovac; 1990.
102. **Killian B., Psychology 304.** Child sexual abuse [Online]. 2008 [Cited 2009 Jan]; Available from: URL: <http://www.psychology.unp.ac.za/2008/304/Child%20sexual%20abuse%202008.pdf>
103. **Konstantinović S, Nikolić-Ristanović.** Kriminologija. Niš: Pravni fakultet u Nišu, Centar za publikacija; 2003.
104. **Duncan K.A.** Healing from the trauma of childhood sexual abuse. Michigan: Western Michigan University; 2004.
105. **Rice ME, Harris GT.** Sex offenders with mental retardation-Testing counterfeit deviance and neurodevelopmental explanations of pedophilia. Atalanta: Association for treatment of sexual abusers; 2008.
106. **Miller K.** Deaf sex offenders in prison population. Rehabilitation Research and Tranig Center for Persons who are Deaf or Hard of Hearing, University of Arkansas; 2003.
107. **Wisconsin Coalition Against Sexual Assault.** People with disabilities and Sexual Assault [Online]. 2003 Nov [Cited 2008 Dec 21]; Available from: URL: <http://kyasap.brinkster.net/Portals/0/pdfs/Disabilitiesandsexualassault.pdf>
108. **Valenti-Hein D, Schvartz D.** The sexual abuse interview for those with developmental disabilities. Aggression & Violent Behavior 1997;2(2):143-65.
109. **Sobsey D, Mansell S.** An international perspective on patterns of sexual assault and abuse of people with disabilities. International Journal of Adolescents Medicine & Health; 1994;7(2):153-78.
110. **Myers L., ILRU-Program.** People with disabilities and abuse [Online]. 2005 [Cited 2008 Dec 21]; Available from: URL: [http://www.bcm.edu/ilru/html/publications/readings\\_in\\_IL/abuse.html](http://www.bcm.edu/ilru/html/publications/readings_in_IL/abuse.html)

111. **ESCAP HRD.** Course on psychosocial and medical services for sexually abused and sexually exploited children and youth. New York: United Nations, Economic and Social Commission for Asia and Pacific; 2002.
112. **Hilary Brown.** Empowering families to safeguard their relatives with learning disabilities from sexual abuse. Based on the work of the DAPHNE project partners.
113. **Прва Детска Амбасада во Светот Меѓаши.** Светски ден за превенција од злоупотреба на децата (19 ноември) и светски ден на детето (20 ноември) [Online]. 2009 [Цитирано 2009 Март]. Достапно од URL: <http://www.childrensembassy.org.mk/?ItemID=E55835959F58C84A9095F7F5B45B6E87>
114. **Тасева С.** Случај на педофилија во Гевгелија- силувано осумгодишно дете. Време 2009 февруари 2;Хроника.
115. **Спасев А.** Бавните пресуди ги оставаат педофилите на слобода. Дневник 2009 февруари 16;Македонија.
116. **Здравковска Ж.** Силуваното девојче сместено во дом за сирачиња 2009 февруари 5;Хроника
117. **Прва Детска Амбасада Меѓаши.** Дупло повисоки казни за педофилите [Online]. 2009 [Цитирано 2009 Март]. Достапно од URL: <http://www.childrensembassy.org.mk/?ItemID=D6EB6A6FBC02354A82207985C253926F>
118. **Кривичен закон на Република Македонија.** Службен весник на РМ број 19/2004
119. **G. Cowan.** Statistical Data Analysis. Oxford: Oxford University Press; 1998.
120. **Рашиќ О.** Сексуална злоупотреба на лица со ментална ретардација- дипломска работа. Скопје: Филозофски факултет- Институт за дефектологија; 2006.
121. **Isler A, Tass F, Conk Z.** Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. Sexuality and disability 2009 Mar;27(1):27-34.
122. **Јосиповиќ А, Хижман НЕ, Леутар З.** Насилје над особама с интелектуалним тешкочама. Нова присутност 2008;6(3):353-372.

- 123. Бартолац А.** Сексуални идентите и искуство особа с церебралном парализом. Ревизија за социологију 2005;36(3-4):187-206.
- 124. Sobsey D.** Sexual abuse and exploitation of people with disabilities. Toronto: Developmental disabilities centre; 1988.
- 125. Buchann A.** Sexually abuse of the mentally handicapped: difficulties in establishing prevalence. University of Southampton; 1991.

## VI. ПРИЛОЗИ

### Анкетен лист

Анкетата се спроведува како дел од магистерски труд на тема „Полов развој и едукација и сексуална злоупотреба кај лицата со инвалидност во РМ“ од страна на последипломски студент на Институтот за дефектологија на Филозофскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

1. Дали во училиштето имате предавања за половите (сексуални) односи меѓу девојчињата и момчињата?
  1. да
  2. не
  
2. Дали во училиштето имате предавање за карактеристиките на половиот развој кај момчињата и девојчињата?
  1. да
  2. не
  
3. Дали знаеш што претставува контрацепција и какви начини постојат?
  1. да, знам (наброј некои начини) \_\_\_\_\_
  2. не знам
  
4. Дали знаеш што се тоа полово преносливи болести?
  1. да, знам (наброј некои) \_\_\_\_\_
  2. не знам
  
5. Дали знаеш што претставува абортус?
  1. да знам, тоа е полова промена кај жената
  2. да знам, тоа е намерно или спонтано прекинување на бременоста
  3. не знам
  
6. Знаењата за половите односи и половиот развој најчесто ги стекнувам:
  1. од наставниците во училиште
  2. од родителите
  3. од електронските и пишаните медиуми
  4. од другарите
  5. од други (наведи кои) \_\_\_\_\_

**7.** Дали мислиш дека во Република Македонија се случува сексуална злоупотреба врз лицата со оштетен вид (слепи), со оштетен слух (глуви), ментално ретардирани лица и телесно инвалидни лица?

1. да, често се случува
2. да, ама ретко се случува
3. не се случува

**8.** Кој мислиш дека е најчесто изложен на ризик од сексуална злоупотреба?

1. лицата со ментална ретардација
2. лицата со оштетен вид (слепи и слабовидни)
3. лицата со оштетен слух (глуви, глувонеми, наглуви)
4. лицата со аутизам
5. телесно инвалидните лица

**9.** Кој мислиш дека најчесто се сретнува како сексуален злоупотребувач?

1. еден од родителите
2. член на поширокото семејство
3. познаник на семејството
4. вработен во воспитно образовната установа
5. другар
6. непознат сторител

**10.** Која возраст сметаш дека е најризична:

1. 0-6 год.
2. 6-12 год.
3. 12-18 год.
4. над 18 год.

**11.** Дали некој те присилил на сексуални односи?

1. да
2. не

**12.** Дали некој те присилил да ги соблечеш алиштата?

1. да
2. не

**13.** Дали некој те терал да присуствуваш на сексуален чин или да гледаш друг еротски материјал?

1. да
2. не

**14.** Дали некој те допирал по гениталии или те принудувал ти да го правиш истото без да сакаш?

1. да
2. не

**15.** Дали некој од вработените во училиштето ги присилува учениците на разни сексуални чинови или им покажува еротски материјал?

1. да, претставник од техничката служба
2. да, претставник од наставниците
3. не

**16.** Дали познаваш другар од училиштето кој бил сексуално злоупотребен (силуван) или принуден на разни сексуални чинови?

1. да
2. не

**17.** Ако дознаеш дека некој бил сексуално злоупотребен, дали ќе кажеш?

1. да, ќе кажам на родителите
2. да, ќе кажам на наставниците
3. да, ќе кажам на другарите
4. да, ќе кажам во полиција
5. нема да кажам

**18.** Дали некој од учениците во училиштето ги тера другите на погрешно сексуално однесување?

1. да, има повеќе такви
2. да има 1 таков ученик
3. нема таков ученик

**19.** Дали сметаш дека треба подобро да се спроведува половото воспитание, учењето на правилно сексуално однесување и да се организира обука за лична заштита од сексуална злоупотреба?

1. да треба
2. не треба

**Анкетен лист**  
( за ученици - п.о.у )

Заокружи кој пол си:      1. машко      2. женско

**1.** Дали знаеш со што се разликуваат момчињата од девојчињата ?

1. се разликуваат според косата
2. се разликуваат според облеката
3. се разликуваат според половите органи

**2.** Дали знаеш што е тоа пубертет ?

1. да
2. не

**3.** Дали знаеш што се случува со девојчињата во пубертет ?

1. им расте косата
2. девојчињата добиваат менструација, им растат гради, се зголемува влакноста
3. девојчињата се мажат

**4.** Дали знаеш што се случува со момчињата во пубертетот ?

1. им расте брада и мустаќи, им се менува гласот, стануваат влакнести
2. момчињата добиваат менструација
3. момчињата се женат

**5.** Дали знаеш што е тоа сексуален однос ?

1. да
2. не

**6.** Дали знаеш помеѓу кој е нормално да има сексуален однос ?

1. помеѓу другарчињата
2. помеѓу мажот и жената во брак

**7.** Дали знаеш како треба да се заштитат девојчињата од бременост ?

1. да \_\_\_\_\_
2. не



**8.** Дали знаеш што се тоа полово преносливи болести ?

1. да \_\_\_\_\_
2. не

**9.** Дали наставниците и родителите ти кажале кои се срамни работи кои не треба да ги правите ?

1. да, наставниците
2. да, родителите
3. не, никој

**10.** Кои се срамни работи кои не треба да ги правиш ?

1. слекување гол пред други, допирање на своите и половите органи на други
2. играње после часовите

**11.** Дали знаеш што е тоа сексуална злоупотреба (силување) ?

1. да, знам
2. не знам

**12.** Дали некој те терал да ги соблечеш твоите алишта насилно ?

1. да
2. не

**13.** Дали некој те допирал и те терал да го допираш на срамни места (полови органи) без да сакаш ?

1. да
2. не

**14.** Дали некој ти покажувал срамни работи без да сакаш?

1. да
2. не

**15.** Дали некој ти зборел срамни работи без да сакаш?

1. да
2. не

**16.** Дали ќе кажеш на наставникот или родителите ако некој те тера да правиш нешто што не сакаш, нешто срамно?

1. да, на родителите
2. да, на наставникот
3. да, на другарите
4. да, во полиција
5. нема да кажам

**17.** Знаењата за половите односи и половиот развој најчесто ги стекнувам:

1. од наставниците во училиште
2. од родителите
3. од електронските и пишаните медиуми
4. од другарите
5. од други (наведи кои) \_\_\_\_\_