

Niepełnosprawne ciało a seksualność (na przykładzie mężczyzn po urazie rdzenia kręgowego)

Disability of the body and sexuality (in the example of men after SCI)

numer DOI 10.2478/v10109-012-0004-3

Aleksandra Krzyśków

Zakład Filozofii i Socjologii AWF we Wrocławiu

Philosophy and Sociology Department Academy of Physical Education, in Wrocław

Streszczenie:

Seksualność postrzegana jako potrzeba i fizyczna zdolność oraz częstotliwość współżycia jest istotnym aspektem określającym stosunek do własnego ciała. Istotna rola seksu w życiu każdego człowieka sprawia, że jest on ważnym elementem składającym się na poziom satysfakcji życiowej. Uraz rdzenia kręgowego prowadzi do trwałej niepełnosprawności i licznych deformacji ciała. Obniżenie atrakcyjności ciała oraz zachwiania sprawności w strefie intymnej mogą negatywnie wpływać na seksualność mężczyzn po urazie oraz na poziom ich satysfakcji życiowej. Celem badań było ustalenie, czy seksualność oraz poziom satysfakcji z życia niepełnosprawnych wskutek urazu rdzenia kręgowego różni się znacząco od seksualności oraz poziomu satysfakcji z życia pełnosprawnych mężczyzn. Materiał i metoda: w badaniu udział wzięło 74 respondentów (M_{tetra} : $n = 25$, M_{para} : $n = 24$, M_k : $n = 25$) W kwestionariuszu poproszono respondentów o ocenę: potrzeby, fizycznej zdolności i częstotliwości współżycia. Poziom satysfakcji z życia respondenci oceniali za pomocą skali SWLS w polskiej wersji. Wyniki: jedyne istotne statystycznie różnice wykazano w zakresie potrzeby oraz zdolności fizycznej do współżycia między grupą paraplegików i grupą kontrolną oraz w poziomie satysfakcji życiowej, który różnicował paraplegików i tetraplegików. Wnioski: różnice we wskaźnikach określających seksualność nie są istotne statystycznie bądź różnicują jedynie podgrupy. Sugeruje to, że mężczyźni po urazie rdzenia kręgowego nie mają pogorszonej seksualności w stosunku do mężczyzn pełnosprawnych. Również poziom satysfakcji życiowej mężczyzn po urazie rdzenia kręgowego nie jest niższy niż mężczyzn pełnosprawnych.

Słowa kluczowe: seksualność, uraz rdzenia kręgowego (URK), niepełnosprawność, ciało, satysfakcja życiowa (SWLS).

Abstract:

Sexuality is seen as a need and a physical ability and frequency of intercourse, is an important aspect of determining the relationship to the body. The important role of sex in the life of every human being makes it an important element of life satisfaction. Spinal cord injury leading to permanent disability and a number of deformations of the body. Reducing attractiveness of the body and disequilibrium intimate performance can adversely affect the sexuality of men with SCI, and their level of life satisfaction. The aim of the study was to determine whether sexuality and level of satisfaction with living with disabilities as a result of spinal cord injury in disabled men is significantly different from sexuality and satisfaction able-bodied men. Materials and methods: the study included 74 respondents (M_{tetra} : $n = 25$, M_{para} : $n = 24$, M_k : $n = 25$) the questionnaire asked respondents to assess: the needs, physical abilities and frequency of intercourse. The level of life satisfaction, respondents assessed using the scale in the Polish version of SWLS. Results: the only statistically significant difference was demonstrated in the needs and physical abilities to live together in a group of paraplegics and the control group and level of life satisfaction, which differentiated the groups: paraplegics and tetraplegics. Conclusions: differences in defining sexuality are not statistically significant or only differentiate subgroups. That suggests that sexuality of men after spinal cord injury is not degraded in comparison with able-bodied men and that their life satisfaction is not lower, either.

Key words: sexuality, spinal cord injury (SCI), disability, body, life satisfaction (SWLS).

Wprowadzenie

Koncepcja ciała jako bodźca o określonych wartościach, zarówno dla osoby, jak i otoczenia, czyni je głównym narzędziem w procesie adaptacji. Sposób postrzegania ciała przez osobę dostarcza jej wskazówek kształtujących obraz

Introduction

Concept of a body as a stimulus for certain values, both for people and the environment, makes it a key tool in the process of adaptation. Perception of the body by a person provides guidelines that shape self-image.

siebie. Swoistym i istotnym aspektem stosunku do własnego ciała jest seksualność postrzegana jako wyraz reaktywności oraz potrzeby seksualnej, wykładnik dobrej kondycji fizycznej, psychicznej i ogólnej aktywności organizmu [1-3]. Urazom rdzenia kręgowego (URK) ulega 25-35 osób na 1 mln populacji. Ponad połowa przypadków (61%) dotyczy osób w przedziale wiekowym 16-30 lat [4]. Uraz rdzenia kręgowego powoduje trwałą niepełnosprawność fizyczną, deformację ciała oraz liczne zaburzenia w funkcjonowaniu całego organizmu. Skutkuje całkowitym zniesieniem ruchów dowolnych i brakiem czucia powierzchniowego oraz głębokiego poniżej poziomu uszkodzenia [5]. Powoduje zmianę zachowań w sferze intymnej, co prowadzi do uszkodzenia struktury obrazu siebie. Problem ten dotyczy szczególnie mężczyzn, gdyż pojawiające się u nich dysfunkcje znacznie utrudniają realizację w życiu intymnym. Ponadto mężczyźni stanowią 80-85% populacji niepełnosprawnych osób w wyniku URK [4]. Wśród licznych problemów, z którymi borykają się osoby niepełnosprawne, najważniejszym jest psychologiczny, subiektywny problem obrazu siebie w życiu erotycznym [6]. Zadowolenie z wizerunku własnego ciała jest dodatnio skorelowane z zadowoleniem z obrazu siebie. Osoby, które oceniają własne ciało jako bardziej wartościowe, lepiej rozwinięte i zbudowane oceniają siebie bardziej pozytywnie [1]. Istnieje również zauważalna korelacja między atrakcyjnością fizyczną, możliwościami seksualnymi, życiem seksualnym oraz samopoczuciem psychicznym (tab. 1). Jakiegokolwiek zniekształcenia istniejącego obrazu ciała mogą być odbierane przez osobę jako zniekształcenie własnego „ja” seksualnego [7]. Istotna rola seksu w życiu każdego człowieka sprawia, że jest on ważnym elementem składającym się na jakość życia [8]. Subiektywnym komponentem jakości życia jest satysfakcja życiowa, stanowiąca globalną ocenę tej jakości określoną przez jednostkę na podstawie jej własnych kryteriów [9-11].

Obniżenie atrakcyjności ciała oraz zachwiania sprawności w strefie intymnej mogą negatywnie wpływać na seksualność mężczyzn po URK wyrażoną poprzez potrzebę,

Specific and very important aspect of a relationship to its own body is sexuality perceived as an expression of reactivity and need for sexual, well-being index, physical activity and overall body [1-3]. 25-35 people per 1 million population suffers from spinal cord injury (SCI). More than half of the cases (61%) relate to people aged 16-30 years [4]. Spinal cord injury causes permanent physical disability, deformation and a number of disturbances in the functioning of whole organism. This results in a total abirritation of any movement and lack of any surface and deep sensation below the level of injury [5]. Causes a change in the area of intimate behavior, which leads to damage to the structure of self-image. This problem applies particularly to men, because the appearing dysfunctions significantly impede intimate life. In addition, men account for 80-85% of the population of people with disabilities as a result of SCI [4]. Among many problems faced by people with disabilities, the most important is the psychological, subjective self-image problems in sexual life [6]. Satisfaction with one's body image is positively correlated with satisfaction with self-image. People who judge their own bodies, as more valuable, more developed and better built evaluate themselves more positively [1]. A correlation, also observed, exists between physical attractiveness, sexual capabilities, sex life and mental well-being (Table 1). Any existing body image distortion, can be received by a person as a distortion of his own sexual "I" [7]. The important role of sex for every human being makes it an important element comprising on quality of life [8]. Subjective component of quality of life is life satisfaction, which is a global assessment of the quality specified by the entity on its own criteria [9-11].

Reducing attractiveness of a body and undermining efficiency of an intimate area may adversely affect male sexuality after SCI, expressed by the need for physical capacity and frequency of intercourse, and as a result on their level of life satisfaction.

The purpose of this study is to determine whether sexuality of the disabled as a result of SCI men is

Tabela 1. Współczynnik korelacji ocen jakości różnych sfer życia (r Pearsona) wg Izdebskiego [8]

Table 1. Correlation coefficient ratings, quality of the various spheres of life (Pearson r) by Izdebski [8]

Sfery życia Spheres of life	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Stan zdrowia (I) Health (I)	1,0	0,21	0,22	0,17	0,13	0,14	0,24	0,21	0,33
Sytuacja materialna (II) Material status (II)		1,00	0,54	0,27	0,19	0,22	0,19	0,18	0,30
Praca zawodowa, nauka (III) Job, education (III)			1,00	0,33	0,23	0,23	0,22	0,22	0,35
Atmosfera w rodzinie (IV) Family atmosphere (IV)				1,00	0,52	0,40	0,27	0,2	0,40
Małżeństwo, stały związek (V) Marriage, steady relationship (V)					1,00	0,70	0,29	0,33	0,37
Życie seksualne (VI) Sexual life (VI)						1,00	0,39	0,51	0,41
Atrakcyjność fizyczna (VII) Physical attractiveness (VII)							1,00	0,59	0,46
Możliwości seksualne (VIII) Sexual abilities (VIII)								1,00	0,47
Samopoczucie psychiczne (IX) Mental health (IX)									1,00

fizyczną zdolność i częstotliwość współżycia, a w następstwie na poziom ich satysfakcji życiowej.

Celem niniejszego badania jest ustalenie, czy seksualność niepełnosprawnych wskutek URK mężczyzn różni się znacząco od seksualności pełnosprawnych mężczyzn oraz czy mężczyzn po URK charakteryzuje obniżony poziom satysfakcji z życia.

Material i metody badań

W grupie badanych pełnoletnich mężczyzn po URK (M_{URK} ; $n = 49$) inicjacja seksualna nastąpiła przed urazem. Grupę M_{URK} podzielono ze względu na wysokość uszkodzenia na dwie podgrupy: mężczyzn z uszkodzeniem w odcinku szyjnym zakwalifikowano do grupy M_{tetra} ($n = 25$). Mężczyzn z uszkodzeniem w odcinku piersiowym lub lędźwiowym zakwalifikowano do grupy M_{para} ($n = 24$). Minimalny czas, jaki upłynął od URK, to 6 miesięcy. Grupa kontrolna (M_k ; $n = 25$) utworzona została z pełnoletnich, pełnosprawnych mężczyzn, u których inicjacja seksualna już nastąpiła. Obserwowane różnice wieku między grupami, zwłaszcza kontrolną a URK, pozwalają stwierdzić, że nie ma podstaw sądzić, że wiek będzie determinantem ewentualnych różnic między grupami. Wiek respondentów w poszczególnych grupach przedstawiono na ryc. 1.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę ankietową. Narzędzie stanowił autorski kwestionariusz zawierający część pytań autorstwa Lwa-Starowicza umieszczonych w Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych [1]. Respondentów poproszono o wykorzystanie 10-stopniowej skali do oceny: potrzeby i fizycznej zdolności współżycia. Częstotliwość współżycia respondenci oceniali za pomocą 5-punktowej kafeterii. Do oceny poziomu satysfakcji z życia użyto skali SWLS (Satisfaction With Life Scale) w polskiej wersji [12]. Preambuła kwestionariusza ankiety zawierała cel prowadzonych badań oraz informację dotyczącą anonimowości i poufności.

Respondenci w grupie M_{URK} byli uczestnikami zajęć regionalnych i obozów prowadzonych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji (FAR). Udzielali odpowiedzi na kwestionariuszu dostarczonym przez autorkę. Respondenci z grupy M_k zostali wybrani losowo, odpowiedzi udzielali za pośrednictwem kwestionariusza ankiety umieszczonego w Internecie.

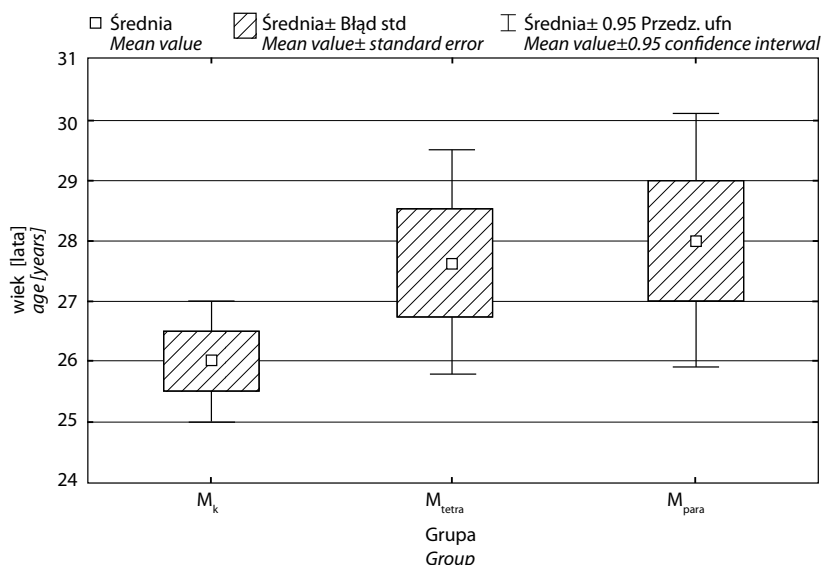
significantly different from able-bodied male sexuality and if men after SCI has reduced level of satisfaction with life.

Material and Methods

Group of men after SCI (M_{URK} ; $n = 49$) was constructed from adult men whose sexual initiation occurred before the injury. M_{URK} group was divided according to the severity of injury into two groups: men with cervical injury were classified as M_{tetra} ($n = 25$). Men with injury in the thoracic or lumbar were classified as M_{para} ($n = 24$). Minimum time which passed from SCI is 6 months. Control group (M_k ; $n = 25$) included, men without disabilities whose sexual initiation which has already occurred. The observed differences in age between the groups, especially the control and SCI ones allow a conclusion that there is no reason to believe that age will be a determiner of any differences between the groups. Age of respondents in each group is shown in Fig. 1.

To conduct the study a questionnaire was used. A tool was part of the original questionnaire containing questions by Lew-Starowicz placed in the Scale of Sexual Needs and Response [1]. Respondents were asked to use 10-point scale to assess: the need for co-existence and physical abilities. Respondents evaluated the frequency of sexual intercourse with a 5-point cafeteria. To assess the level of satisfaction with life scale SWLS was used (Satisfaction With Life Scale) in the Polish version [12]. Preamble to the questionnaire included a goal of research and information concerning anonymity and confidentiality. Respondents in the MURK group were participants of regional classes and camps run by the Foundation for Active Rehabilitation (FAR). They provided answers on the questionnaire provided by the author. Respondents from M_k group are chosen at random, gave responses to the questionnaire which was on the Internet.

For statistical analysis of the results, a program called Statistica 10 was used. To compare groups a non-parametric Kruskal-Wallis test was used (equivalent to analysis of



Ryc. 1. Wiek badanych respondentów w poszczególnych grupach
Fig. 1. Age of survey respondents in each group

Do analizy statystycznej wyników zastosowano program Statistica 10. Do porównania grup wykorzystano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa (odpowiednik analizy wariancyjnej). Obserwacje uznawano za istotne statystycznie, gdy wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki

Wynik nieparametrycznej analizy wariancji dla zmiennej „Fizyczna zdolność do podjęcia współżycia” wskazywał na występowanie istotnych różnic deklaracji (Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N = 74) = 9,767533$ $p = ,0076$). Wykazano jedynie istotne statystycznie różnice między grupą M_k a M_{para} . Pozostałe porównania nie wykazały istotnych różnic deklarowanych zdolności do podjęcia współżycia (ryc. 2).

Grupa M_{para} różniła się istotnie statystycznie, względem pozostałych grup, deklarowanym poziomem potrzeby współżycia (Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N = 74) = 12,27958$ $p = ,0022$), (ryc. 3).

Zmienna „Częstotliwość współżycia” nie wykazywała istotnych statystycznie różnic między porównywanymi podgrupami (Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N = 74) = 1,510882$ $p = ,4698$), (ryc. 4). Zmienna „Poziom satysfakcji życiowej” (SWLS) różnicowała istotnie statystycznie badanych (Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N = 74) = 6,541247$ $p = ,0380$). Istotne różnice wykazano wewnątrz grupy M_{URK} ($p = 0,0319$) (ryc. 5). Grupa kontrolna (M_k) nie różniła się istotnie od dwóch grup mężczyzn z urazami kręgosłupa (M_{tetra} i M_{para}).

Dyskusja

Osoby dotknięte URK uznają satysfakcję z życia intymnego za czynnik motywujący do dalszej rehabilitacji oraz dalszego przystosowania do życia po urazie oraz podkreślają wpływ realizacji w życiu intymnym na jakość życia

variance). Observations were considered statistically significant if the p -value ≤ 0.05 .

Results

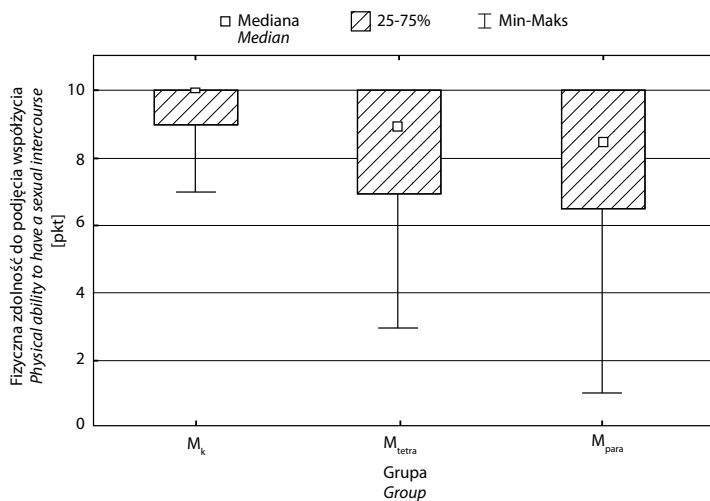
Result of nonparametric analysis of variance for variable “physical ability to take intercourse” indicated that there are significant differences in the declaration (Kruskal-Wallis test: $H(2, N = 74) = 9.767533$ $p = ,0076$). Only statistically significant differences between group M_k and M_{para} groups and were demonstrated. Other comparisons did not show significant differences in the declared ability to undertake intercourse (Fig. 2).

M_{para} group was significantly different in relation to the other groups, the stated level of need for intercourse (Kruskal-Wallis test: $H(2, N = 74) = 12.27958$ $p = ,0022$), (Fig. 3).

The variable “Frequency of intercourse” did not show statistically significant differences between the compared subgroups (Kruskal-Wallis test: $H(2, N = 74) = 1.510882$ $p = ,4698$), (Fig. 4). The variable “Level of life satisfaction” (SWLS) significantly differentiated surveyed (Kruskal-Wallis test: $H(2, N = 74) = 6.541247$ $p = ,0380$). Significant differences were within MURK group ($p = 0.0319$) (Fig. 5). The control group (M_k) is not significantly different from two groups of men with spinal injuries (M_{tetra} i M_{para}).

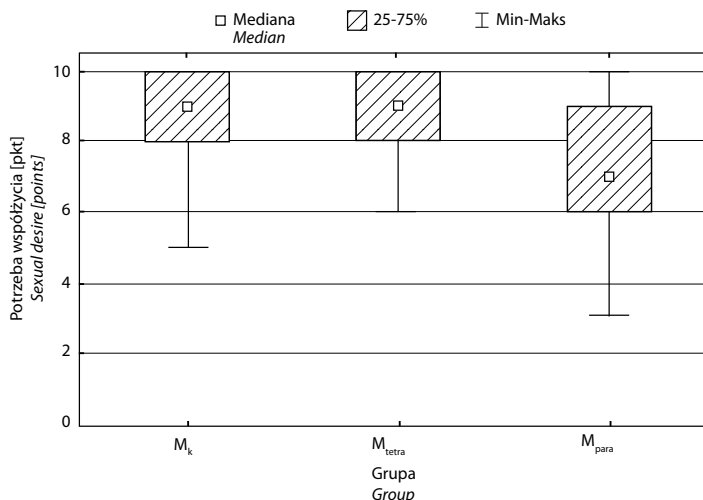
Discussion

People affected by SCI recognize the intimate life satisfaction as a motivating factor for further rehabilitation and further adaption to life after injury and underline the influence of implementation in intimate life, on the quality



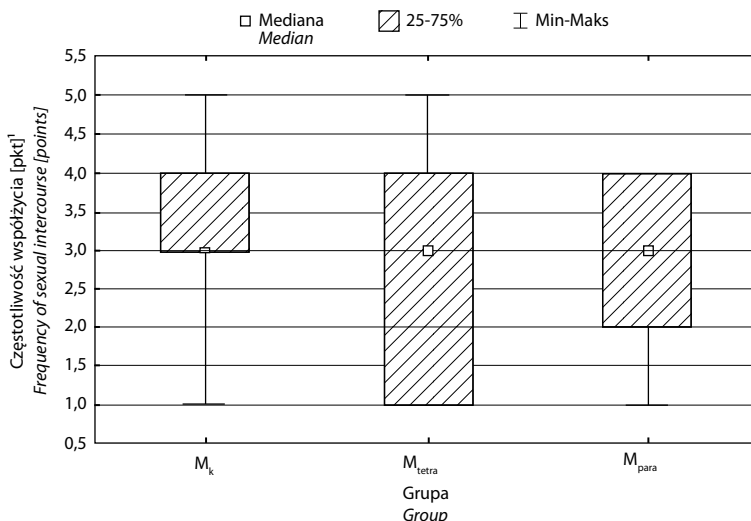
Zależna: Dependant: zdolność ability	Wartość p dla porównań wielokrotnych p value for multiple comparisons		
	M_k	M_{tetra}	M_{para}
M_k		0,0020	0,0146
M_{tetra}	0,0828		1,0000
M_{para}	0,0146	1,0000	

Ryc. 2. Analiza zmiennej „Fizyczna zdolność do podjęcia współżycia” wraz z wynikiem testu post-hoc
Fig. 2. Analysis of the variable „Physical ability to take sexual intercourse” with the result of post-hoc test



Zależna: Dependant: zdolność ability	Wartość p dla porównań wielokrotnych p value for multiple comparisons		
	M _k	M _{tetra}	M _{para}
	R 44,280	R 42,480	R 25,250
M _k		1,0000	0,0059
M _{tetra}	1,0000		0,0162
M _{para}	0,0059	0,0162	

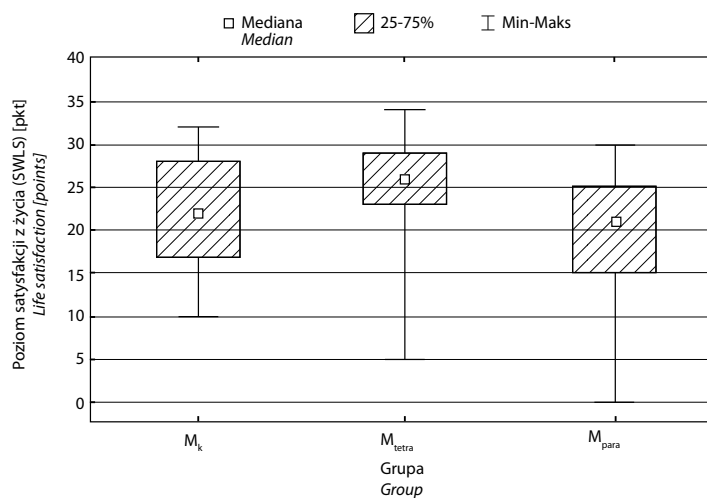
Ryc. 3. Analiza zmiennej „Potrzeba współżycia” wraz z wynikiem testu post-hoc
 Fig. 3. Analysis of the variable „Need for intercourse” with the result of post-hoc test



¹ Respondenci określali częstotliwość współżycia wg schematu:
 Respondents evaluated the frequency according to the following scheme:

1. Najwyżej raz na rok
No more than once a year
2. Kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc
Several times a year, no more than once a month
3. Kilka razy na miesiąc, najwyżej raz w tygodniu
Several times a month, no more than once a week
4. 2 razy lub częściej na tydzień
Twice a week or more often
5. Codziennie, kilka razy dziennie
Every day, several times a day

Ryc. 4. Analiza zmiennej „Częstotliwość współżycia” wraz z wynikiem testu post-hoc
 Fig. 4. Analysis of the variable “Frequency of intercourse” with the result of post-hoc test



Wartość p dla porównań wielokrotnych p value for multiple comparisons			
Zależna: Dependant: SWLS SWLS	M _k	M _{tetra}	M _{para}
	R 37,360	R 45,260	R 29,563
M _k		0,5821	0,6136
M _{tetra}	0,5821		0,0319
M _{para}	0,6136	0,0319	

Ryc. 5. Analiza zmiennej „Poziom satysfakcji życiowej” (SWLS) wraz z wynikiem testu post-hoc
Fig. 5. Analysis of the variable „Level of life satisfaction” (SWLS), together with the result of post-hoc test

[13]. W wyniku URK dochodzi do wielu dysfunkcji w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu, licznych deformacji ciała oraz spadku ogólnej sprawności fizycznej. Sytuacja, w której osoby dotknięte chorobą oceniają jakość swojego życia wyżej niż osoby zdrowe, jest dość częstym zjawiskiem. Ta teza umacnia prawidłowość wyników, których dostarczyły niniejsze badania. Mężczyźni po URK i mężczyźni pełnosprawni ocenili poziom satysfakcji z własnego życia jako średni. Należy zwrócić uwagę na to, że mężczyźni z wyższym uszkodzeniem określili się jako grupa „lekką zadowolona”, podczas gdy mężczyźni z niższym uszkodzeniem jako grupa „lekką niezadowolona” z poziomu własnego życia wg skali SWLS. Osoby z nabytą niepełnosprawnością, wykorzystując kompensację i substytucję jako psychologiczne mechanizmy adaptacyjne, potrafią odnaleźć się w nowej dla siebie sytuacji, przystosować do nowych warunków życia i czerpać z niego możliwie największą przyjemność. [14-16]. Osoby, które mają dłuższy staż w funkcjonowaniu jako osoby niepełnosprawne w wyniku URK, oceniają przewidywany poziom satysfakcji z życia przyszłego wyżej niż osoby w krótkim czasie po URK [11]. Prawdopodobnie dzieje się tak, ponieważ w toku przystosowania do życia po urazie osoby niepełnosprawne kładą szczególny nacisk na rozwijanie słabych stron oraz zastępowanie nieosiągalnych celów przez cele możliwe do realizacji [16].

Uraz rdzenia kręgowego nie eliminuje mężczyzn z aktywności w życiu seksualnym. Co prawda większość mężczyzn po URK zgłasza spadek odczuć seksualnych w wyniku urazu, jednak 86% badanych przez Dahlberga mężczyzn deklarowało doznania seksualne po URK, a 68% z nich było aktywnych seksualnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy [17, 18]. Fizyczna zdolność do podjęcia współżycia

of life [13]. As a result of SCI, there are many dysfunctions in proper functioning of the body, many deformations of a body and a decrease in overall physical fitness. The situation in which the affected people assess their quality of life higher than a healthy people is quite a common phenomenon. This thesis strengthens correctness of the results, which have been provided in this study. Men after SCI and men without disabilities assessed the level of satisfaction with their own lives, as average. It should be noted that men with greater injury identified themselves as a group of “slightly satisfied”, while men with lesser injury, as a group of “slightly dissatisfied” with the level of their own lives by SWLS scale. People with acquired disability using compensation and substitution as a psychological adaptation mechanisms, can find themselves in a new situation, to adapt to new conditions of life and take from it the greatest possible pleasure [14-16]. People after a longer time since the operation, as people with disabilities as a result of SCI, assess the expected level of future life satisfaction higher than those in a short time after SCI [11]. Perhaps this is because in the course of adapting to life after the injury, people with disabilities have a special emphasis on developing weaknesses and replacing unattainable goals with the goals which are possible for realization [16].

Spinal cord injury does not eliminate activity of men in sexual life. It is true that the majority of men after SCI declares fall of sexual feelings as a result of injury, but 86% of the surveyed by Dahlberg men declared sexual experiences after SCI and 68% of them were sexually active in the past 12 months. [17, 18]. The physical ability to take an intercourse is dependent on the level of injury. Paradoxically, men with a greater injury have, from

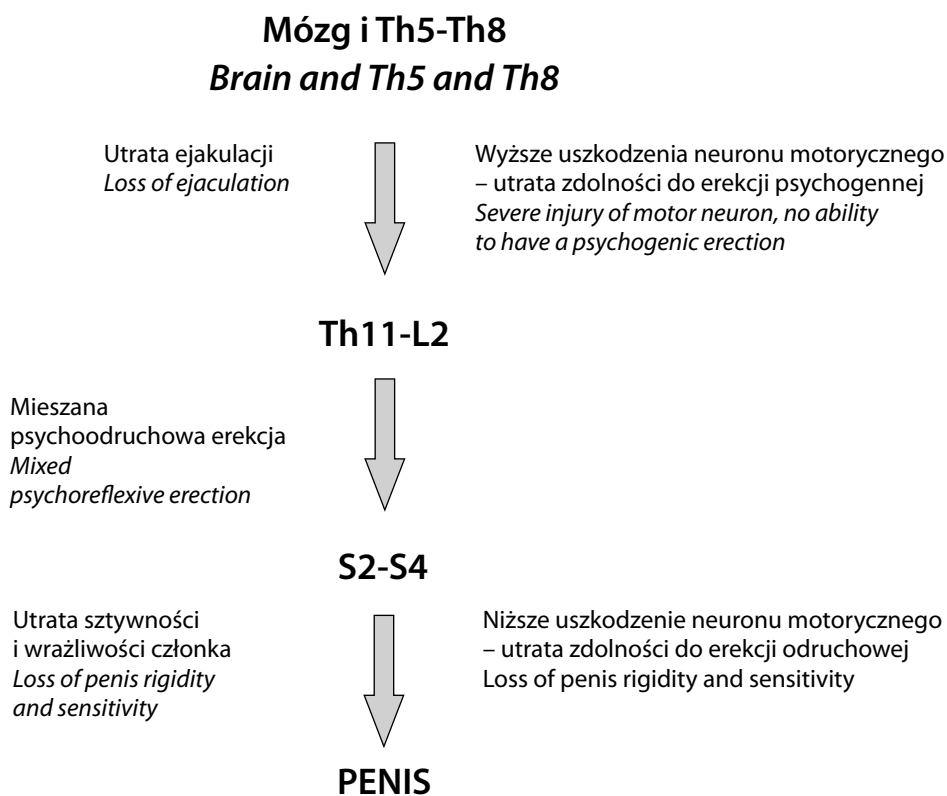
uzależniona jest od poziomu uszkodzenia. Paradoksalnie mężczyźni z wyższym uszkodzeniem mają, z neurologicznego punktu widzenia, większe możliwości seksualne, gdyż zachowana zostaje u nich zdolność do erekcji odruchowej. Mężczyźni z niższym poziomem uszkodzenia tracą zdolność do erekcji odruchowej, jednak (w przeciwieństwie do wyższych uszkodzeń) zachowują zdolność erekcji psychogennej (ryc. 6) [2]. Powyższe wyniki potwierdzają tę tezę. Paraplegicy określili się jako grupa mniej fizycznie zdolna do podjęcia współżycia niż tetraplegicy. Jednocześnie na uwagę zasługuje fakt, że paraplegicy określili się jednocześnie jako grupa wykazująca niższy poziom satysfakcji życiowej względem tetraplegików. Świadczyć to może o tym, jak istotny wpływ ma satysfakcja w życiu seksualnym na satysfakcję życiową, a w rezultacie na jakość życia.

Według Izdebskiego w Polsce 29% pełnosprawnych mężczyzn obawia się, że nie sprawdzi się jako partner seksualny, a jeden na dziesięciu ma zaburzenia erekcji [8]. Według Lwa-Starowicza 30% pełnosprawnych mężczyzn dotykają zaburzenia seksualne, w tym 10% deklaruje problemy z erekcją (tab. 2) [19, 20]. Natomiast wg japońskich badaczy po roku od URK zaburzenia erekcji dotyczą jedynie ok. 20% mężczyzn; zdecydowana większość powraca do poziomu aktywności seksualnej sprzed urazu [17, 21]. Doniesienia te potwierdzają wyniki niniejszych badań – mimo ograniczeń powstałych wskutek URK nie wykazano istotnych różnic w częstotliwości współżycia pomiędzy grupą mężczyzn po URK a grupą kontrolną. Problem zmniejszonych potrzeb seksualnych lub ich braku dotyczy 17% mężczyzn w Polsce (tab. 2) [20]. W niniejszych badaniach tylko grupa mężczyzn z paraplegią określiła swoje potrzeby jako mniejsze w stosunku do pozostałych grup.

Podobnie jak w przypadku mężczyzn pełnosprawnych geneza pierwotnych problemów seksualnych mężczyzn po URK jest znana. Istnieją skuteczne sposoby ich leczenia

neurological point of view, greater sexual abilities because they have maintained their ability to erectile reflex. Men with a lesser level of injury lose the ability to erectile reflex, however, (in contrast to the greater injury) retain psychogenic erectile function (Fig. 6) [2]. These results confirm this thesis. Paraplegics described themselves as a group less physically able to take intercourse than tetraplegics. At the same time it is worth noting that paraplegics determined themselves at the same time, as a group showing lower levels of life satisfaction relative to tetraplegics. This may prove how significant is the influence of satisfaction in sexual life onto life satisfaction and as a result, on the quality of life.

According to Izdebski in Poland 29% of men without disabilities are afraid that they will not work out in sex and one in ten has erectile dysfunction [8]. According to Lew-Starowicz 30% of men without disabilities have sexual dysfunction and 10% of them declare problems with erectile dysfunction (Table 2) [19, 20]. However, according to Japanese researchers, a year after SCI erectile dysfunction concern only about 20% of the vast majority of men who come back to the level of sexual activity before the injury [17, 21]. These reports confirm the results of this study – despite the limitations arising as a result of SCI, there was no significant difference in the frequency of sexual intercourse between the group of men with SCI and the control group. The problem of reduced sexual needs or lack of them concerns 17% of men in Poland (Table 2) [20]. In these studies, only a group of men with paraplegia determined their needs as less in comparison to other groups. As in the case of men without disabilities genesis of original male sexual problems after SCI is known. There are effective ways to treat and prevent formation of the secondary – psychological dysfunctions. Implementation of sexual rehabilitation in the course of rehabilitation



Ryc. 6. Dysfunkcje wynikające z uszkodzenia rdzenia kręgowego wg Długolećkiej [2]
Fig. 6. Dysfunction resulting from spinal cord injury by Długolećka [2]

Tabela 2. Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych wśród mężczyzn wg Lwa-Starowicza. [20]
Table 2. Prevalence of sexual dysfunction among men by Lew-Starowicz [20]

Zaburzenie Dysfunction	Mężczyźni Men
Zmniejszone potrzeby seksualne lub ich brak <i>Reduced sexual needs or lack of them</i>	17%
Brak orgazmu <i>No orgasm</i>	3%
Zaburzenia erekcji <i>Erectile dysfunction</i>	10%

oraz zapobiegania powstaniu wtórnych – psychologicznych zaburzeń. Wdrożenie rehabilitacji seksualnej w toku rehabilitacji usprawniającej po urazie rdzenia kręgowego pozwoliłoby mężczyznom po URK na szybszy i bardziej satysfakcjonujący powrót do aktywności seksualnej. Większość problemów sfery seksualnej przekładających się na możliwość samorealizacji i pełnienie typowych ról społecznych, takich jak ojcostwo i partnerstwo, wynika ze stereotypów w sposobie myślenia oraz braku zrozumienia problemu w społeczeństwie [22]. Fizyczna niepełnosprawność mężczyzn po URK nie ma istotnego wpływu na ich seksualność. Pozostają oni aktywni seksualnie w takim stopniu jak mężczyźni pełnosprawni. Dyskutując nad wynikami przeprowadzonego badania nie można pominąć faktu, że przeprowadzono je na małej grupie respondentów. Zwiększenie liczby ankietowanych mogłoby dostarczyć innych wyników. Jednak zagadnienie i uzyskane wyniki wydają się na tyle ciekawe, że warto byłoby przeprowadzić niniejsze badania na szerszej grupie respondentów.

Wnioski

Różnice we wskaźnikach określających seksualność nie są istotne statystycznie bądź różnicują jedynie podgrupy. Sugeruje to, że mężczyźni po urazie rdzenia kręgowego nie mają zaburzeń seksualności w stosunku do mężczyzn pełnosprawnych. Również poziom satysfakcji życiowej mężczyzn po urazie rdzenia kręgowego nie jest niższy niż mężczyzn pełnosprawnych. Niepełnosprawność ciała nie oznacza zaburzeń seksualności, w przypadku mężczyzn po URK.

Piśmiennictwo

References

- [1] Kirrenko J., Lew-Starowicz Z. *Seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania, Ryki 2001.
- [2] Lew-Starowicz Z., Długolecka A. *Edukacja seksualna*. Świat Książki, Warszawa 2006.
- [3] Radomski D. *Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie*. Seksuologia Polska, 2005, 3, 1, 8-12.
- [4] Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Janica J. *Urazy kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – poglądy reprezentowane przez neurologów*. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 294-297.
- [5] Tederko P., Radomski D. *Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi*. Seksuologia Polska, 2009, 7, 2, 65-72.
- [6] Ferguson-Gregory M. *Sexual adjustment. A Guide for the Spinal Cord Injured*. Illinois 1976.
- [7] Kolb L. *Disturbance of body image*, [w:] S. Ariet (red.) *American Handbook of psychiatry*. New York 1959.
- [8] Izdebski Z., Ostrowska A. *Seks po polsku*. Muza SA, Warszawa 2003.
- [9] Shin D. C., Johnson D. M. *Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life*. Social Indicator Research, 1978, 5, 475-492.
- [10] Tasiemski T. *Satysfakcja z życia i aktywność sportowa osób po urazach rdzenia kręgowego*. AWF, Poznań 2007.
- [11] Byra S. *Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego*

treatment after spinal cord injury, would allow men after SCI for faster and more satisfying return to sexual activity. Most sexual problems reflect into the ability of self-fulfillment and performing typical social roles, such as parenthood and partnership stems from stereotypes in thinking and a lack of understanding of the problem in the society [22]. Physical disability of men after SCI do not have devastating effects on their sexuality. They remain sexually active as much as men without disabilities. While discussing the results of this study the fact that it was conducted on a small group of respondents cannot be ignored. Increasing the number of respondents could provide different results. However, the issue and the results seem to be so interesting that it would be worthwhile to carry out this study to a wider group of respondents.

Conclusions

Differences in defining sexuality are not statistically significant or only differentiate subgroups. That suggests that sexuality of men after spinal cord injury is not degraded in comparison with able-bodied men and that their life satisfaction is not lower, either. Disability does not mean deterioration of sexuality for men after SCI.

- i oczekiwanego*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17, 2, 64-70.
- [12] Diener E. i wsp. *The Satisfaction With Life Scal.* J. Person. Assesm., 1985, 49, 1, 71-75.
- [13] Reitz A., Tobe V., Knapp P.A., Schurch B. *Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life.* Int. J. Impot. Res., 2004, 16, 167-174.
- [14] Izydorczyk B., Bieńkowska N. *Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część I.* Probl. Med. Rodz., 2008, 12, 10, 4, 52-58.
- [15] Trzebiatowski J. *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych.* Hygeia Public Health, 2011, 46, 1, 25-31.
- [16] Grzegółowska-Klarkowska H. *Mechanizmy obronne osobowości.* Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
- [17] Dahlberg A., Alaranta H., Kautiainen H., Kotila M. *Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion.* J. Rehabil. Med., 2007, 39, 152-155.
- [18] Hohmann G. *Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings.* Psychophysiology, 1966, 3, 3, 143-156.
- [19] Lew-Starowicz Z. *Diagnostyka różnicowa zaburzeń erekcji.* Seksuologia Polska 2005, 3, 2, 60-63.
- [20] Lew-Starowicz Z. *Psychospołeczne podstawy seksualności,* [w:] W. Skrzypulec (red.) *Podstawy Seksuologii.* PZWL, Warszawa 2010.
- [21] Tsuji I., Nakijama F., Morimoto J., Nounakla Y. *The sexual function in patients with spinal cord injury.* Urol. Int., 1961, 12, 270-280.
- [22] Paprocka-Borowicz M., Jasiewicz-Lebioda A., Pozowski A. *Niepełnosprawność osób po urazach rdzenia kręgowego z porażeniem kończyn dolnych a pojęcie zdrowia,* [w:] *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego.* Praca zbiorowa, Białystok 2005.

**Adres do korespondencji:
Address for correspondence:**

Aleksandra Krzyśków
Zakład Filozofii i Socjologii AWF
al. I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
Telefon: 71 347-33-56
e-mail: aleksandra.krzyzkow@gmail.com

**Wpłynęło/Submitted: III 2012
Zatwierdzono/Accepted: III 2012**