

Jakość życia seksualnego kobiet z niepełnosprawnością fizyczną

Sexual life quality in women with physical disability

© GinPolMedProject 2 (36) 2015

Artykuł oryginalny/Original article

AGNIESZKA DROSDZOL-COP¹, KATARZYNA SZUŚCIK², ADAM SZUŚCIK¹,
RYSZARD PLINTA², MAGDALENA JAGIEŁA¹, VIOLETTA SKRZYPULEC-PLINTA¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra Zdrowia Kobiety
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

² Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach; Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra Fizjoterapii
Kierownik: dr hab. n. o zdrow. Ryszard Plinta

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Agnieszka Droszol-Cop
Katedra Zdrowia Kobiety Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12; 40-752 Katowice
Tel./fax: +48 322088752; e-mail: cor111@poczta.onet.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count	1779/2127
Tabele/Tables	5
Ryciny/Figures	0
Piśmiennictwo/References	18

Received: 22.03.2015
Accepted: 08.05.2015
Published: 26.06.2015

Streszczenie

Wstęp. Zgodnie z Deklaracją Praw Seksualnych, przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich.

Cel. Celem badania była ocena jakości życia seksualnego kobiet z niepełnosprawnością fizyczną. *Material i metody.* Badaniem objęto populację 87. kobiet w przedziale wiekowym 18-45. lat. Grupę badaną stanowiły 43 kobiety z niepełnosprawnością fizyczną, a grupę kontrolną – 44 aktywne seksualnie zdrowe kobiety w tym samym przedziale wiekowym. Narzędziem badawczym był kwestionariusz składający się z części ogólnej (dane socjodemograficzne, wywiad chorobowy, położniczo-ginekologiczny), części poświęconej zachowaniom seksualnym oraz skali *Female Sexual Function Index* oceniającej jakość życia seksualnego.

Wyniki. Średni wiek w grupie badanych kobiet wynosił 33,02±8,63, natomiast w grupie kontrolnej 29,48±5,39 lat. 72% kobiet z niepełnosprawnością fizyczną deklarowało obecność partnera seksualnego; 30% kobiet z niepełnosprawnością fizyczną i 50% kobiet zdrowych stosowało metody antykoncepcyjne. W trzech domenach FSFI: podniecenie seksualne, lubrykacja oraz dolegliwości bólowe, kobiety z niepełnosprawnością fizyczną uzyskały istotnie niższe wyniki w stosunku do kobiet z grupy kontrolnej. Istotnie klinicznie zaburzenia seksualne zdiagnozowano u 41,86% kobiet z niepełnosprawnością fizyczną i u 13,64% kobiet zdrowych (p=0,003).

Wnioski. Niepełnosprawność fizyczna determinuje występowanie zaburzeń seksualnych u kobiet.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność fizyczna; seksualność; pożądanie seksualne

Summary

Introduction. In accordance with the Declaration of Sexual Rights, adopted by the World Health Organization (WHO) Sexual rights are universal human rights based on the inherent freedom, dignity and equality of all human beings.

The Aim. The aim of the study was to evaluate sexual life quality in women with physical disability.

Material and methods. The study involved a population of 87. women aged 18–45. years. The research group consisted of 43 physically disabled women and the control group – 44 sexually active healthy women at the same age. The study tool was a questionnaire consisting of a general part (socio-demographic data, medical and gynecological history), a part dedicated to sexual behaviors and Female Sexual Function Index to assess sexual life.

Results. The mean age of the research group was 33.02 ± 8.63 years compared with 29.48 ± 5.39 in controls. 72% of physically disabled women had an sexual partner; 30% of them and 50% of healthy ones used contraception. The studied women gained significantly lower scores in three FSFI domains: sexual desire, lubrication and sexual pain compared with the controls. Clinically significant sexual disorders were diagnosed in 41.86% of women with physical disability and in 13.64% of healthy ones ($p=0.003$).

Conclusions. Physical disability determines the outcome of sexual disorders in women.

Key words: physical disability; sexuality; sexual desire

WSTĘP

Seksualność człowieka jest nieodłącznym elementem jego funkcjonowania. W sferze seksualności mieszczą się wszelkie aspekty płciowości człowieka, zarówno potrzeby seksualne, jak i emocjonalne. Zgodnie z Deklaracją Praw Seksualnych, przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), prawa seksualne należą do uniwersalnych praw człowieka, bazujących na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich. Spośród wszystkich wymienionych praw uwagę zwraca w szczególności prawo do równości seksualnej, poza wszelkimi formami dyskryminacji niezależnie od płci, wieku, jak również rodzaju i stopnia niepełnosprawności [1-4].

Według danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego w 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosiła ogółem około 4,7 mln, co stanowi około 12,2% ludności kraju. Udział kobiet wśród osób niepełnosprawnych wynosił 53,9% wobec 46,1% mężczyzn. Dane otrzymane w Narodowym Spisie Ludności w 2011 roku podają, że przeszło 3,1 mln osób (dokładnie 3133,2 tys.) posiadało prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności. Liczebność osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie (jednocześnie) wynosiła 2654,1 tys. [5].

Różnorodność niepełnosprawności powoduje ograniczenie możliwości stworzenia jednoznacznej definicji. Światowa Organizacja Zdrowia, przyjmując Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, wprowadziła trzy określenia dotyczące niepełnosprawności: niesprawność (*impariment*), niepełnosprawność (*disability*) oraz ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (*handicap*). Zgodnie z definicją WHO, niepełnosprawność oznacza wszelkie ograniczenie – wynikające z uszkodzenia – możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka [6].

W Polsce definicja niepełnosprawności została określona m.in. w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.). Zgodnie

INTRODUCTION

The sexuality of human being is an inseparable element of its functioning. All sex-related aspects, both sexual and emotional needs, are in the zone of sexuality. According to the Declaration of Sexual Rights adopted by the World Health Organization (WHO) the sexual rights belong to universal rights of humans, based on indispensable freedom, dignity and equality of all human beings. Among the rights listed the right for sexual equality rises particular interest, outside all forms of discrimination related to sex, age and also kind and level of impairment [1-4].

According to the data of Polish Census Bureau [Pol. "Główny Urząd Statystyczny"] in 2011 the number of disabled people in Poland was 4.7 millions, that is 12.2% of population of the country. The percentage of women among the disabled people was 53.9 and men 46.1%. The data of the National Population Census of 2011 says that over 3.1 millions of people (precisely 3133.2 thousands) were legally confirmed as handicapped. The number of both legal and biological disability qualified people was 2654.1 thousands [5].

The various degrees of handicaps cause limitations to creation of unambiguous definitions. The WHO, introducing its International Classification of Functioning, Disability and Health introduces three notions relating to disability: impairment, disability and limitations in possible social roles (*handicap*). According to WHO definition a disability any limitation – due to damage – of function levels that would be deemed normal for human [6].

In Poland the definitions of disability were adopted, among others, in the act on vocational and social rehabilitation and the employment of disabled persons (Journal of laws "Dz.U." of 2011, no. 127, item 721, as amended). According to its reading: "disabled are those persons, whose physical, psychical or mental condition, temporarily or permanently hinders or prevents from filling social roles, and especially hinders the possibility of performing vocational roles" [7,8].

z brzmieniem ustawy: „niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwałe lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej” [7,8]. W Polsce wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany oraz lekki. Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Umiarkowany stopień niepełnosprawności przyznaje się osobie z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy w w/w warunkach lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Natomiast do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne [7,8]. Niepełnosprawność to jednak nie tylko ograniczenia możliwości fizycznych czy ograniczenia w pełnieniu ról społecznych. Jest ona związana również z obniżeniem atrakcyjności fizycznej i seksualnej, co w szczególności może determinować funkcjonowanie kobiet niepełnosprawnych, a tym samym wpłynąć na jakość ich życia, poziom samooceny oraz poczucie własnej wartości [1,2,4].

CEL PRACY

Celem przedstawionego projektu badawczego była ocena jakości życia seksualnego kobiet z niepełnosprawnością fizyczną.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto populację 120. kobiet w przedziale wiekowym 18-45. lat, które zgłaszały się do Poradni Położniczo-Ginekologicznej w celu wykonania rutynowego badania ginekologicznego, badania cytologicznego lub kontynuacji wcześniej zaleconych metod antykoncepcyjnych. Na wstępie zebrano wywiad medyczny, wykonano badanie ginekologiczne, łącznie z oceną ultrasonograficzną, a następnie przeanalizowano kryteria włączenia do badania, które stanowiły: wiek między 18-45. rokiem życia, niepełnosprawność fizyczna, regularne cykle miesięczkowe, prawidłowy obraz badania ultrasonograficznego miednicy mniejszej i wynik badania cytologicznego, zachowana aktywność seksualna, dobry ogólny stan zdrowia oraz świadoma zgoda na badanie. Pacjentki, u których stwierdzono: nadciśnie-

Three degrees of disability are used in Poland: the serious, limited and slight. The persons with serious disabilities have impaired when it comes to the functioning of their organisms, and unfit to work, or only fit to work in special conditions and requiring constant or long-term care and aid of other persons to fill their social roles, due to not being unable to exist on their own. The limited degree of disability is recognized in case of person with impaired functioning of the organism, who is unfit to work or only fit for work in above mentioned conditions, or requiring temporary or partial aid of other persons in filling its social roles. The slight disability degree includes persons whose functioning is disturbed in a way that causes significant lowering of their fitness for work, when compared to fitness of a person with similar vocational qualifications, but fully mentally and physically fit, or a person with such a limitation of social roles that can be compensated for with equipment of orthopedic devices, aids or technical devices [7,8]. Disability is not just the limitation of physical capabilities or the limitation of available social roles. It is also connected with lowered physical and sexual attractiveness, which can particularly determine the functioning of disabled women, thus influencing the quality of their life, their self-value and self-esteem [1,2,4].

AIM OF THE WORK

The aim of the presented research project was to evaluate the quality of sexual life of women with physical disability.

MATERIAL AN METHODS

Population of 120 women, aged 18 to 45 years, who reported to the Obstetric and Gynecology practice for routine gynecological or cytology examination, or to continue previously ordered contraceptives, were included in the survey. First their medical history was collected, gynecology examination performed – including ultrasound evaluation – and then the criteria for inclusion into survey checked: age between 18th and 45th year of life, physical disability, regular menstruation cycles, normal ultrasound image of pelvis minor and cytological examination results, sustained sexual activity, good overall health and conscious consent for the survey. The patients which were diagnosed with: hypertension, diabetes, gynecologic problems (e.g. endometriosis, uterine fibroids) atypical bleedings from reproductive organs within last 6 months, hormone-dependant cancers, positive medical history in range of venous thromboembolism or depression, those in childbed or during breastfeeding and on drugs that influenced their sexual functions or with organism-related causes of sexual disorders were excluded from the survey.

nie tętnicze, cukrzycę, schorzenia ginekologiczne (np. endometriozę, mięśniaki macicy), nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych w ciągu ostatnich 6. miesięcy, nowotwory hormonozależne, dodatni wywiad medyczny w kierunku choroby zakrzepowo-zatorowej czy depresji, okres połogu czy karmienia piersią, stosowanie leków wpływających na funkcje seksualne oraz organiczne przyczyny zaburzeń seksualnych zostały wykluczone z badania.

Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 87 kobiet, które spełniły wszystkie kryteria włączenia. Populacja badanych kobiet została następnie podzielona na 2 grupy: grupę badaną – kobiet z niepełnosprawnością fizyczną (n=43) oraz grupę kontrolną – aktywnych seksualnie zdrowych kobiet w tym samym przedziale wiekowym (n=44). Wszystkie uczestniczki badania wyraziły świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz badawczy składający się z części ogólnej dotyczącej warunków socjodemograficznych (wiek, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa); części poświęconej niepełnosprawności (stopień, przyczyna); wywiadu położniczo-ginekologicznego i seksuologicznego oraz polskiej wersji kwestionariusza - *the Female Sexual Function Index* (FSFI) oceniającego zachowania i funkcjonowanie seksualne w ciągu ostatnich 4 tygodni. Skala Funkcjonowania Seksualnego FSFI jest wielowymiarowym narzędziem badawczym, oceniającym sfery funkcjonowania seksualnego kobiet, które zostały skategoryzowane w sześciu domenach: I-pożą-

87 women who met all inclusion criteria were qualified to the final group. The population of surveyed women was then divided in 2 groups: the group of surveyed women – with physical disability (n=43) and control group – of sexually active, healthy women in the same age range (n=44). All participants worded their conscious consent to participate in the survey.

The research tool was an anonymous questionnaire that consisted of the general part, concerning the socio-demographic factors (age, marital status, education, vocational activity), disability-related part (degree, cause); the obstetric-gynecology and the sexology interview plus the Polish version of *the Female Sexual Function Index* (FSFI) questionnaire, for evaluation of sexual behavior and functions in the last 4 weeks. The FSFI sexual functioning scale is a single-dimension test tool for evaluation of the sexual functioning of women categorized in six domains: I-desire, II-arousal, III-lubrication, IV-orgasm, V-sexual satisfaction and VI-pain symptoms related with sexual disorders. The scale contains 19 questions that the respondents reply to by grading the response in range between 0 and 6 points.

Tab. 1. Charakterystyka populacji badanej – zmienne ilościowe

Zmienna	Grupa	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	SD
Wiek	Badana	33,02	31,00	18,00	45,00	8,63
	Kontrolna	29,48	30,00	19,00	40,00	5,39
Wiek pierwszej miesiączki	Badana	13,44	14,00	9,00	17,00	1,79
	Kontrolna	12,82	13,00	10,00	17,00	1,35
Wiek inicjacji seksualnej	Badana	18,98	19,00	15,00	25,00	2,25
	Kontrolna	18,98	19,00	15,00	25,00	2,25
Liczba partnerów seksualnych	Badana	1,95	1,00	1,00	7,00	1,49
	Kontrolna	2,45	2,00	1,00	12,00	2,06

Tab. 1. Characteristics of the survey population – quantitative variables

Variable	Group	Average	Median	Minimum	Maximum	SD
Age	Research	33,02	31,00	18,00	45,00	8,63
	Control	29,48	30,00	19,00	40,00	5,39
Age at first menstruation	Research	13,44	14,00	9,00	17,00	1,79
	Control	12,82	13,00	10,00	17,00	1,35
Age of sexual initiation	Research	18,98	19,00	15,00	25,00	2,25
	Control	18,98	19,00	15,00	25,00	2,25
Number of sexual partners	Research	1,95	1,00	1,00	7,00	1,49
	Control	2,45	2,00	1,00	12,00	2,06

danie, II-podniecenie, III-lubrykacja, IV-orgazm, V-satysfakcja seksualna oraz VI-dolegliwości bólowe związane z zaburzeniami seksualnymi. Skala zawiera 19 pytań, na które respondentki udzielają samodzielnie odpowiedzi w zakresie od 0 do 6. punktów. Wartości punktowe zliczane są zarówno w odniesieniu do podskal – domen, jak również są sumowane dając wynik końcowy. Interpretacja wyników polega na zasadzie: im wyższa wartość punktowa, tym lepsze funkcjonowanie seksualne w danym obszarze. Wartości równe lub mniejsze od wartości 26,55 pkt świadczą o obecności znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych (punkt odcięcia) [9,10].

The point values are then summarized in relation to the sub-scales – domains, and also added to form the final result. The interpretation of results is based on the following principle: the higher the number of points, the better the sexual functioning in the respective field. Values equal or lower than 25.55 p. (cut off point) confirm the presence of clinically significant sexual dysfunction [9,10].

Tab. 2. Charakterystyka grup – zmienne jakościowe

Zmienna		Grupa	N ważnych	% grupy
Miejsce zamieszkania	Wieś	Badana Kontrolna	2 1	4,65% 2,32%
	Miasto	Badana Kontrolna	41 42	95,35% 97,67%
Wykształcenie	Podstawowe	Badana Kontrolna	4 0	9,30% 0,00%
	Średnie	Badana Kontrolna	26 15	60,47% 34,10%
	Wyższe	Badana Kontrolna	13 29	30,23% 65,90%
Aktywność zawodowa	Pracuje	Badana Kontrolna	27 36	62,79% 81,82%
	Nie pracuje	Badana Kontrolna	12 3	27,91% 6,82%
	Uczy się / studiuje	Badana Kontrolna	4 5	9,30% 11,36%

Tab. 2. Characteristics of group – qualitative variables

Variable		Group	N of valid	% grup
Residence	Village	Research Control	2 1	4,65% 2,32%
	Town/city	Research Control	41 42	95,35% 97,67%
Education	Primary	Research Control	4 0	9,30% 0,00%
	Secondary (High School)	Research Control	26 15	60,47% 34,10%
	Higher	Research Control	13 29	30,23% 65,90%
Professional activity	Works	Research Kontrolna	27 36	62,79% 81,82%
	Does not work	Research Control	12 3	27,91% 6,82%
	Learns/studies	Research Control	4 5	9,30% 11,36%

Program badawczy został pozytywnie oceniony przez Komisję Bioetyczną Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Analizę statystyczną wykonano w oparciu o pakiet STATISTICA 5.5 dla Windows. Różnice między parametrami uznano za istotne dla poziomu istotności 0,05. Dla statystycznego porównania wielkości zastosowano: test Kruskala-Wallisa, U Manna-Whitney'a, test χ^2 z poprawką Yatesa na ciągłość oraz test dokładności Fishera.

WYNIKI

W pierwszym etapie analizy wykonano statystyki opisowe badanych grup (tab.1.,2.). Średni wiek w grupie badanych kobiet wynosił $33,02 \pm 8,63$, w grupie kontrolnej $29,48 \pm 5,39$ lat. Badane grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wieku pierwszej miesiączki i inicjacji seksualnej. Kobiety z niepełnosprawnością fizyczną istotnie częściej posiadały wykształcenie średnie (60,47% vs. 34,10%), rzadziej były w pełni aktywne zawodowo (62,79% vs. 81,82%) oraz deklarowały istotnie mniejszą średnią liczbę partnerów seksualnych (1 vs. 2).

Większość kobiet zakwalifikowanych do grupy badanej posiadało trzeci – znaczny stopień niepełnosprawności fizycznej (41,86%), a główną przyczyną niepełnosprawności była wada wrodzona (41,86%). 60,47% kobiet niepełnosprawnych poruszało się samo-

The research program was positively evaluated by the Bioethics Committee of the Medical University of Silesia in Katowice. The statistical analysis was performed on the basis of the STATISTICA 5.5 software suite for Windows. The differences between the parameters were deemed significant for the significance level of 0.05. Kruskal-Wallis, U Mann-Whitney, Chi-square with Yates's correction for continuity and Fisher's accuracy tests were utilized to compare the values.

RESULTS

The first stage of analysis was to calculate the descriptive statistics of researched groups (tab. 1, 2). The average age in the group of surveyed women was 33.02 ± 8.63 years and 29.48 ± 5.39 in the control group. The surveyed groups did not statistically differed when their age, residence, age of first menstruation and sexual initiation were taken into account. The women with physical disability more frequently had high school education (60.47 vs. 34.10%), were rarer vocationally active (62.79 vs. 81.82%) and declared a significantly lower average number of sexual partners (1 vs. 2).

The majority (41.86%) of women from the research group were qualified to the third – serious degree of physical disability with congenital defects as the main (41.86%) cause thereof. 60.47% of disabled women

Tab. 3. Charakterystyka grupy badanej w aspekcie niepełnosprawności

Zmienna		N ważnych	% grupy
Stopień niepełnosprawności	1 stopień	11	25,58%
	2 stopień	14	32,56%
	3 stopień	18	41,86%
Przyczyna niepełnosprawności	Wada wrodzona	18	41,86%
	Uraz	12	27,91%
	Choroba	9	20,93%
Sposób poruszania się	Samodzielnie	26	60,47%
	O kulach	5	11,63%
	Na wózku inwalidzkim	12	27,91%
Akceptacja niepełnosprawności	Tak	41	95,35%
	Nie	2	4,65%

Tab. 3. Characteristic of research group in the disability aspect

Variable		N valid	% of group
Degree of disability	1 st degree	11	25.58%
	2 nd degree	14	32.56%
	3 rd degree	18	41.86%
Cause of disability	Congenital defect	18	41.86%
	Injury	12	27.91%
	Disease	9	20.93%
Mode of movement	On their own	26	60.47%
	With crutches	5	11.63%
	On wheelchair	12	27.91%
Acceptance of disability	Yes	41	95.35%
	No	2	4.65%

dzielnie i przeważająca większość grupy badanej (95,35%) akceptowała swoją niepełnosprawność (tab.3.).

Dokonując oceny zachowań seksualnych kobiet: 72,09% deklarowało obecność partnera seksualnego, z czego w 67,44% była to osoba pełnosprawna. Co trzecia kobieta z niepełnosprawnością fizyczną i co druga kobieta zdrowa stosowały metody antykoncepcyjne (tab.4.).

W Skali Funkcjonowania Seksualnego FSFI kobiety z niepełnosprawnością fizyczną uzyskiwały średnio

moved on their own and the vast majority of the group (95.35%) accepted their disability (tab. 3).

In evaluation of sexual behaviour of women 72.09% declared the presence of sexual partner, of which in 67.44% it was a fully mobile person. Every third woman with physical disability and every second without physical disability used contraceptive methods (tab.4.).

The disabled women achieved lower average values of the FSFI Sexual Functioning Index, when compared with the control group, both when it comes to the

Tab. 4. Zachowania seksualne kobiet

Zmienna		Grupa	N ważnych	% grupy
Czy ma Pani partnera seksualnego?	Tak	Badana Kontrolna	31 40	72,09% 90,91%
	Nie	Badana Kontrolna	5 3	11,63% 6,82%
Czy Pani partner jest pełno/niepełnosprawny?	Pełnosprawny	Badana Kontrolna	29 42	67,44% 95,45%
	Niepełnosprawny	Badana Kontrolna	5 -	11,63% -
Czy rozmawia Pani z partnerem na tematy seksualne?	Tak	Badana Kontrolna	31 40	72,09% 90,91%
	Nie	Badana Kontrolna	9 4	20,93% 9,09%
Czy stosuje Pani antykoncepcję?	Tak	Badana Kontrolna	14 22	32,56% 50,00%
	Nie	Badana Kontrolna	26 22	60,47% 50,00%

Tab. 4. Sexual behavior of women

Variable		Group	N valid	% of group
Do you have a sexual partner?	Yes	Research Control	31 40	72,09% 90,91%
	No	Research Control	5 3	11,63% 6,82%
Is the partner fully mobile or disabled?	Fully mobile	Research Control	29 42	67,44% 95,45%
	Disabled	Research Control	5 -	11,63% -
Do you discuss sex-related subjects with your partner?	Yes	Research Control	31 40	72,09% 90,91%
	No	Research Control	9 4	20,93% 9,09%
Do you use contraceptive methods?	Yes	Research Control	14 22	32,56% 50,00%
	No	Research Control	26 22	60,47% 50,00%

niższe wyniki w stosunku do kobiet z grupy kontrolnej, zarówno w globalnej ocenie FSFI, jak i każdej z sześciu domen. W trzech domenach: podniecenie seksualne, lubrykacja oraz dolegliwości bólowe wyniki te uzyskały miano istotności statystycznej (tab.5.). Podając analizie punkt odcięcia kwestionariusza FSFI, istotne klinicznie zaburzenia seksualne zdiagnozowano u 41,86% kobiet z niepełnosprawnością fizyczną i jedynie u 13,64% kobiet zdrowych (test kolejności znaków Wilcoxon; $p=0,003$).

global FSFI score, and in each of the six domains. Within three domains: arousal, lubrication and pain symptoms these differences proved statistically significant (tab. 5). In analyzing the cutoff point of the FSFI index, clinically significant sexual disorders were diagnosed in 41.86% of disabled women and only in 13.64% of healthy women (Wilcoxon rank sum test; $p=0.003$).

Tab. 5. Ocena seksualności kobiet – wyniki skali FSFI (Test U Manna-Whitneya, $p<0,05^*$)

FSFI	Grupa	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	SD	p
Pożądanie seksualne	Badana Kontrolna	3,78 4,02	3,60 3,90	1,20 2,40	6,00 5,40	1,36 0,76	0,562
Podniecenie seksualne	Badana Kontrolna	3,87 4,71	4,50 5,10	0,00 0,00	6,00 6,00	1,79 1,09	0,042*
Lubrykacja	Badana Kontrolna	4,50 5,40	5,10 5,70	0,00 0,00	6,00 6,00	1,87 1,03	0,015*
Orgazm	Badana Kontrolna	4,01 4,77	4,80 5,20	0,00 0,00	6,00 6,00	1,91 1,24	0,098
Satysfakcja seksualna	Badana Kontrolna	4,36 4,75	4,80 4,80	0,00 0,40	6,00 6,00	1,62 1,21	0,414
Dolegliwości bólowe	Badana Kontrolna	4,12 5,20	4,80 5,40	0,00 2,00	6,00 6,00	2,04 0,99	0,012*
FSFI suma	Badana Kontrolna	24,64 28,86	28,20 29,80	1,20 9,60	35,00 35,00	9,68 4,50	0,090

Tab. 5. Evaluation of sexuality of women FSFI results (Mann-Whitney U test, $p<0.05^*$)

FSFI	Grup	Average	Median	Minimum	Maximum	SD	p
Sexual desire	Research Control	3,78 4,02	3,60 3,90	1,20 2,40	6,00 5,40	1,36 0,76	0,562
Sexual arousal	Research Control	3,87 4,71	4,50 5,10	0,00 0,00	6,00 6,00	1,79 1,09	0,042*
Lubrication	Research Control	4,50 5,40	5,10 5,70	0,00 0,00	6,00 6,00	1,87 1,03	0,015*
Orgasm	Research Control	4,01 4,77	4,80 5,20	0,00 0,00	6,00 6,00	1,91 1,24	0,098
Sexual satisfaction	Research Control	4,36 4,75	4,80 4,80	0,00 0,40	6,00 6,00	1,62 1,21	0,414
Pain	Research Control	4,12 5,20	4,80 5,40	0,00 2,00	6,00 6,00	2,04 0,99	0,012*
FSFI total	Research Control	24,64 28,86	28,20 29,80	1,20 9,60	35,00 35,00	9,68 4,50	0,090

DYSKUSJA

Różnorodność rodzajów niepełnosprawności, jej stopni i przyczyn sprawia, że trudno w jednoznaczny sposób określić jej wpływ na funkcjonowanie człowieka we wszystkich aspektach jego życia. Z drugiej strony, każdy człowiek wykazuje się innymi zdolnościami adaptacyjnymi, które zależą m.in. od możliwości samego organizmu, stanu emocjonalnego, poziomu motywacji czy wsparcia najbliższych osób. Dla jednych niepełnosprawność oznacza całkowite wycofanie się z życia rodzinnego, zawodowego, społecznego. Dla innych osób fakt wypadku, czy wiadomość o ciężkiej chorobie staje się kluczowym punktem wyjścia do zmiany swojego życia na lepsze [1,3,4].

Zarówno niepełnosprawność, jak i tematyka seksualności były niegdyś tematami tabu. Niepełnosprawność, kojarzona przez społeczeństwo z napiętnowaniem, stygmatyzacją czy litością, budziła negatywne emocje i brak akceptacji, wykluczając tym samym te jednostki ze społeczeństwa. Współcześnie coraz więcej badań naukowych dotyczy oceny wpływu niepełnosprawności na funkcjonowanie fizyczne, jak i psychiczne człowieka w takich aspektach jak: jakość życia, możliwość funkcjonowania w społeczeństwie, jak również zaangażowania w sport. Badania te poza walorami poznawczymi i naukowymi kształtują większą świadomość społeczną oraz nowy obraz niepełnosprawnych, jako osób niezależnych, pełnowartościowych oraz realizujących swoje plany życiowe i pasje. Faktem jest, że stosunkowo rzadziej badania obejmują grupy kobiet niepełnosprawnych, niż mężczyzn, jak również rzadziej dotyczą osób niepełnosprawnych niż pełnosprawnych [1-4]. Niepełnosprawność fizyczna z racji swojej specyfiki ogranicza funkcjonowanie w płaszczyźnie psychologicznej (m.in. poprzez obniżenie samooceny, brak akceptacji, wycofanie się z życia społecznego), jak również w płaszczyźnie fizycznej (dysfunkcje i deformacje narządu ruchu, ograniczenia lub brak funkcji chodu, ograniczona możliwość wykonywania czynności dnia codziennego, dolegliwości bólowe, brak możliwości prokreacji).

W badaniach własnych oceniono związek niepełnosprawności fizycznej z poziomem funkcjonowania seksualnego. W grupie badanych kobiet znacząco częściej diagnozowano zaburzenia sfery seksualnej niż w grupie kontrolnej - kobiet zdrowych. Zgodnie z obecną wiedzą zaburzenia seksualne w kontekście niepełnosprawności nie wynikają jedynie z przyczyn biologicznych takich jak np. ubytek funkcji ruchowych oraz czucia w okolicy urogenitalnej, po urazie rdzenia kręgowego z powikłaniami neurologicznymi. Przyczyna zaburzeń seksualnych może tkwić również w sferze psychicznej i emocjonalnej. Niepełnosprawność fizyczna bardzo często wiąże się z widoczną dysfunkcją lub deformacją całego ciała lub jego części (np. amputacje, zanik masy mięśniowej, porażenie mięśni, obecność wózka inwalidzkiego). Tworzenie akceptacji własnego ciała przez kobiety niepełnosprawne jest niewątpliwie

DISCUSSION

The diversity of types of disability, its degrees and causes make it difficult to unambiguously ascertain its influence on the functioning of the human being in all aspects of its life. On the other hand every human has different adaptation capabilities, that, among others, depend on the possibilities of the organism, the emotional state, the level of motivation and support of close persons. For some disability means total withdrawal from family, professional and social life. For others the fact of having an accident, or message of a challenging disease are the key point for changing their lives to a better one [1,3,4].

Both the disability and the subject of sexuality were in the past forbidden subjects. The disability was associated with stigmatization, marking or pity, evoking negative emotions and lack of acceptance which excluded these individuals from the society. Currently ever growing number of studies concern the influence of disability on physical and mental functioning of humans in aspects such as: quality of life, ability to function in the society and also engagement in sports. Apart from their cognitive and scientific values these studies also shape greater social awareness and new image of disabled persons – independent, fully worth individuals accomplishing their life plans and passions. The fact is that relatively less frequently those studies concern the group of disabled women, than man, and rarer are the studies of disabled, than fully able people [1-4]. Physical disability, due to its specifics limits the functioning in psychological plane (i.e. through the lowering of self-esteem, lack of acceptance, withdrawal from social life), and also physical (dysfunctions and malformations of the locomotor system, limitations or lack of walk function, limited capability of performing daily activities, pain, lack of procreation possibilities).

The present research evaluated the connection between physical disability with the level of sexual functioning. The disorders of sexual sphere were significantly more often observed in the research group than in the control group of healthy women. According to present state of knowledge the sexual disorders in the context of disability are not just a result of biological reasons such as the lowered motoric functions and the urogenital area sensory functions, after traumas of the spinal cord with neurological complications. The cause of the sexual disorders can also lay in the mental and emotional sphere. Physical disability is very often connected with visible dysfunction and deformation of the whole body or its parts (e.g. amputations, vanishing of muscular tissue, muscular palsy, presence of wheelchair).

bardzo trudnym i długotrwałym procesem. Brak akceptacji własnego ciała może powodować ograniczenie relacji interpersonalnych, niższy poziom samooceny oraz jakości życia, jak również ograniczenie poczucia kontroli i wpływu, co będzie determinowało zaburzenia funkcjonowania seksualnego poprzez ograniczanie kontaktów seksualnych, odczucie wstydu i niechęci wobec partnera [1,2,11-14].

Jednym z częstszych urazów prowadzących do niepełnosprawności fizycznej są urazy rdzenia kręgowego. W badaniu P. Tederko zwrócono szczególną uwagę na wpływ urazów rdzenia kręgowego, z powikłaniami neurologicznymi, na zaburzenia reakcji seksualnych kobiet i mężczyzn. Zdaniem autorów, to między innymi zaburzenia ze strony układu ruchu i funkcji autonomicznej, manifestujące się zaburzeniami napięcia mięśniowego, ograniczoną sprawnością ruchową, dolegliwościami bólowymi o zmiennym charakterze czy zaburzeniami czynności wydalniczych, determinują występowanie zaburzeń seksualnych poprzez wywoływanie u osoby niepełnosprawnej lęku, wstydu oraz znaczne dyskomfortu. Autorzy podkreślają istotną rolę tworzenia programów rehabilitacji ruchowej i psychospołecznej prowadzonej przez zespoły terapeutyczne w niwelowaniu czynników obniżających poziom funkcjonowania seksualnego. Akceptacja niepełnosprawności powinna stanowić punkt wyjścia do osiągnięcia sukcesu w prowadzonej rehabilitacji osób [13]. W 2010 roku w Stanach Zjednoczonych opublikowano wytyczne dotyczące zdrowia seksualnego osób po urazie rdzenia kręgowego. Dotyczyły one m.in.: stworzenia otwartej dyskusji na temat zdrowia seksualnego oraz łatwiejszego dostępu do edukacji seksualnej osób po urazach rdzenia kręgowego. Zwrócono również uwagę na potrzebę ujęcia tematyki seksualności w procesie rehabilitacji tych osób oraz w bezpośredni sposób prowokowanie i ułatwianie dyskusji na temat szeroko pojętego życia seksualnego [14].

Temat funkcjonowania seksualnego osób po urazie rdzenia kręgowego oraz otoczenie ich specjalistyczną opieką został dostrzeżony również w badaniach Celic, Cramp, Wegener, Colombel i Magoon [15-18]. Trudności, na jakie napotkał zespół badawczy dotyczyły głównie uzyskania satysfakcjonującej liczebności grupy badanej. Temat dotyczący tak intymnej sfery, jaką jest seksualność kobiet niepełnosprawnych, powodował zniechęcenie i liczne odmowy udziału w badaniu, co przyczyniło się do ograniczeń w opracowaniu statystycznym uzyskanego materiału. Zdaniem autorów ten fakt stanowi również potwierdzenie potrzeby prowadzenia dalszych badań, które będą zwiększać wiedzę i świadomość społeczeństwa o funkcjonowaniu seksualnym osób niepełnosprawnych oraz o wpływie zdrowia seksualnego na jakość życia.

The creation of acceptance of one's own body by disabled women is most certainly a very hard and long-term process. Lack of acceptance of one's own body may also limit the interpersonal relations, lower self-esteem and quality of life, and limit the feeling of controlling and influencing, and that in turn will determine disorders of sexual functioning through the limitation of sexual contacts, feeling of shame and aversion towards the partner [1,2,11-14].

The injuries of the spinal cord are one of the most frequent causes of physical disability. The study of P. Tederko turns special attention to the influence of traumas of the spinal cord, with neurological complication, on the disorders of sexual reactions of women and men. According to the authors among others the disorders of the locomotor system and autonomous functions, manifested by disorders of muscular tension and limited motoric fitness, pain of changing character or the disorders of excretory actions determine the occurrence of sexual disorders through causing fear, shame and large discomfort of the disabled person. Authors stress the essential role of creation of movement and psychosocial rehabilitation schemes, led by therapeutic teams, in neutralization of factors lowering the level of sexual functioning. The acceptance of disability should form the starting point for achieving success in rehabilitation of these persons [13]. In 2010 in United States guidelines were published, regarding the sexual health of persons after injuries of spinal cord. They concern, among others: the creation of an open discussion regarding sexual health and easier access to sexual education for people after traumas of the spinal cord. What was also stressed is the need of inclusion of the problematic of sexuality in the rehabilitation process of those persons and the direct provoking and enabling of discussions on broadly understood sexual life [14].

The subject of sexual functions of persons after traumas of spinal cord and the specialist care for them was also included in the surveys of Celic, Cramp, Wegener, Colombel and Magoon [15-18]. The difficulties encountered by the research team concerned mainly the obtaining of a satisfactorily numerous research group. A subject touching an intimate sphere of sexuality of disabled women caused discouragement and multiple refusals to participate in the survey, which contributed to limitations in statistical analysis of the obtained material. According to the authors this fact also forms a confirmation of need of further research, that will increase the knowledge and social awareness of sexual functioning of disabled persons and the influence of sexual health on the quality of life.

WNIOSKI

1. Niepełnosprawność fizyczna determinuje występowanie zaburzeń seksualnych u kobiet.
2. Kobiety z niepełnosprawnością fizyczną wykazują zaburzenia funkcjonowania seksualnego w sferze podniecenia, lubrykacji oraz dolegliwości bólowych.

CONCLUSIONS

1. Physical disability determines the occurrence of sexual disorders in women.
2. Women with physical disability show disorders of sexual functioning in the zones of arousal, lubrication and pain.

Piśmiennictwo / References:

1. **Skrzypulec-Plinta V** (Red.). Kobieta niepełnosprawna w praktyce ginekologicznej. Katowice: Wydawnictwo SUM; 2013.
2. **Taleporos G, McCabe MP**. The Impact of Sexual Esteem, Body Esteem, and Sexual Satisfaction on Psychological Well-being in People with Physical Disability. *Sex Disabil* 2002;20:177-183.
3. **Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J et al**. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res* 2013;7(12):2877-2880.
4. **Appel J**. Sex rights for the disabled? *J Med Ethics* 2010;36:152-154.
5. Metodologia spisu ludności i mieszkań 2011 – wybrane aspekty. Wybrane tablice dotyczące osób niepełnosprawnych, str. 49-50. Dostępny pod adresem: http://www.stat.gov.pl/gus/5840_14076_PLK_HTML.htm.
6. World report on disability. World Health Organization 2011. Dostępny pod adresem: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf?ua=1.
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776.
8. Ustawa z dnia 11 maja 2011 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.
9. **Rosen R, Brown C, Heiman J et al**. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
10. **McCabe M, Cummins R, Deeks A**. Construction and Psychometric Properties of Sexuality Scales: Sex Knowledge, Experience, and Needs Scales for People with Intellectual Disabilities (SexKen-ID), People with Physical Disabilities (SexKen-PD) and the General Population (SexKen-GP). *Res Dev Disabil* 1999;20:241-254.
11. **Verschuren JE, Zhdanova MA, Geertzen JH et al**. Let's talk about sex: lower limb amputation, sexual functioning and sexual well-being: a qualitative study of the partner's perspective. *J Clin Nurs* 2013;22:3557-3567.
12. **Gumus H, Akpınar Z, Yılmaz H**. Effects of Multiple Sclerosis on Female Sexuality: A Controlled Study. *J Sex Med* 2014;11:481-486.
13. **Tederko P, Radomski D**. Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi. *Seksuol Pol* 2009;7:65-72.
14. Consortium for Spinal Cord Medicine. Sexuality and Reproductive Health in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Professionals. *J Spinal Cord Med* 2010;33:281-336.
15. **Celik EC, Akman Y, Kose P et al**. Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. *Spinal Cord* 2014;52:313-315.
16. **Cramp JD, Courtois FJ, Ditor DS**. Sexuality for women with spinal cord injury. *J Sex Marital Ther* 2015; 41:238-253.
17. **Wegener S, Adams L, Rohe D**. Promoting optimal functioning in spinal cord injury: the role of rehabilitation psychology. *Handb Clin Neurol* 2012;109:297-314.
18. **Colombel J**. Women's sexual life after spinal cord injury: psychological aspects. *Prog Urol* 2012;22:622-627.