

Seksualny dobrostan a satysfakcja z życia osób z niepełnosprawnością ruchową — moderacyjna rola samooceny

Sexual well-being and life satisfaction of people with motor disabilities: the moderating role of self-esteem

Rafał Gerymski^{ID}, Aleksandra Cisek, Joanna Dymecka^{ID}

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski

Streszczenie

Wstęp: Obecność i postęp niepełnosprawności wymaga od osoby nią dotkniętej nowego sposobu funkcjonowania, który charakteryzuje się ograniczonymi możliwościami zmagania się z problemami dnia codziennego. Metaanalizy badań pokazują, że nabycie lub posiadanie niepełnosprawności fizycznej może w negatywny sposób kształtować samoocenę i ogólny dobrostan. Wyniki zawarte w dostępnych publikacjach wskazują na związki między samooceną, satysfakcją seksualną i dobrostanem wśród osób z niepełnosprawnością fizyczną. Celem niniejszej pracy jest zweryfikowanie roli samooceny w relacji pomiędzy dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 85 osób: 50 kobiet i 35 mężczyzn w przedziale wiekowym od 18. do 65. roku życia ($M = 32,49$; $SD = 10,93$). Badani wypełniali 3 kwestionariusze psychologiczne. Wykorzystano Skalę Samooceny autorstwa Rosenberga, Krótką Skalę Dobrostanu Seksualnego autorstwa Gerymskiego oraz Skalę Satysfakcji z Życia autorstwa Dienera.

Wyniki: Analiza korelacji wykazała, że samoocena, dobrostan seksualny oraz satysfakcja z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną były ze sobą związane w sposób istotny oraz dodatni. Regresja wieloraka potwierdziła, że samoocena i seksualny dobrostan stanowiły statystycznie istotne i dodatnie predyktory subiektywnej oceny satysfakcji z życia badanych osób z niepełnosprawnością. Analiza moderacji nie wykazała, by samoocena pełniła istotną funkcję moderatora w relacji między dobrostanem seksualnym a subiektywną ocenę satysfakcji z życia badanych osób.

Wnioski: Niepełnosprawność może być ograniczająca we wszystkich sferach życia, również tej seksualnej. Badacze zajmujący się funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych powinni brać pod uwagę tę kwestię, gdyż seksualny dobrostan może istotnie kształtować satysfakcję i jakość życia osób z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność ruchowa, seksualność, dobrostan, samoocena, satysfakcja seksualna

Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 1–7

Abstract

Introduction: Presence and progress of the disability requires the affected person to function in a new way, which is characterized by limited ability to deal with everyday problems. Research meta-analyses show that the having a physical disability can negatively shape our self-esteem and overall well-being. The results contained in the available publications show the significant relationship between self-esteem, sexual satisfaction and well-being among people with physical disabilities. The aim of this study is to verify the role of self-esteem in the relationship between sexual well-being and life satisfaction in people with motor disabilities.

Material and methods: 85 people took part in the study: 50 women and 35 men in the age range from 18 to 65 ($M = 32.49$; $SD = 10.93$). The participants completed 3 psychological questionnaires. The Self-Esteem Scale by Rosenberg, the Short Sexual Well-Being Scale by Gerymski and the Satisfaction with Life Scale by Diener were used.

Results: The correlation analysis showed that self-esteem, sexual well-being and life satisfaction of people with motor disabilities were significantly and positively related. Multiple regression confirmed that self-esteem and sexual well-being were statistically significant and positive predictors of the subjective assessment of life satisfaction in the respondents with disabilities. The moderation analysis did not show that the self-esteem took an important role as a moderator in the relationship between sexual well-being and the subjective assessment of life satisfaction of the respondents.

Conclusions: Disability may be limiting in all spheres of life, including the sexual one. Researchers dealing with the functioning of people with disabilities should take this issue into account, as sexual well-being can significantly shape the satisfaction and quality of life of people with disabilities.

Key words: motor disability, sexuality, well-being, self-esteem, sexual satisfaction

Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 1–7

Wstęp

Samoocena jest definiowana jako subiektywne nastawienie do siebie [1]. Osoby o wysokiej samoocenie mają pozytywny pogląd na temat swojej osoby i uważają się za wartościowych. Jednakże, niektóre nieprzewidywalne wydarzenia w życiu człowieka mogą negatywnie kształtować jego samoocenę oraz sfery z nią związane. Taką sytuacją może być niepełnosprawność fizyczna. Obecność i postęp niepełnosprawności wymagają od osoby nią dotkniętej nowego sposobu funkcjonowania, który charakteryzuje się ograniczonymi możliwościami zmagania się z problemami dnia codziennego [2, 3]. Przez długi czas w historii, prace dotyczące niepełnosprawności skupiały się wyłącznie na jej negatywnych skutkach. Badacze koncentrowali się na tym, jakie braki, trudności oraz ograniczenia towarzyszą osobom z niepełnosprawnością fizyczną [4]. Niemniej jednak, niepełnosprawność nie jest związana jedynie z jej negatywnymi konsekwencjami. Osoba nią dotknięta może przypisywać swojemu stanowi zdrowia pozytywne znaczenie, co będzie dodatnio oddziaływało na jej subiektywną ocenę dobrostanu [5]. Jednak w większości przypadków metaanalizy pokazują, że nabycie lub posiadanie niepełnosprawności fizycznej będzie w negatywny sposób kształtowało naszą samoocenę i ogólny dobrostan [6].

Samoocena może pozytywnie lub negatywnie kształtować nasz dobrostan: zarówno globalny, jak i ten w sferze seksualnej. Szeroko znana i rozumiana satysfakcja seksualna nie jest jednakże tym samym, co seksualny dobrostan [7]. Satysfakcja seksualna to jeden z elementów dobrostanu seksualnego. Dobrostan seksualny opiera się na satysfakcji emocjonalnej, seksualnej i poznawczej z własnej seksualności i relacji seksualnych, podczas gdy satysfakcja seksualna odnosi się tylko do fizycznego komponentu ludzkiej seksualności, więc jest bardziej ograniczonym poję-

ciem [8–10]. Niestety brakuje badań nad dobrostanem seksualnym, gdyż w psychologii i seksuologii bardziej ugruntowanym pojęciem jest satysfakcja seksualna. Wyniki badań pokazują istotne i silne relacje pomiędzy satysfakcją seksualną a dobrostanem seksualnym, więc ekstrapolowanie danych pomiędzy satysfakcją seksualną a dobrostanem seksualnym wydaje się uzasadnione [7].

Wyniki zawarte w dostępnych publikacjach wskazują na związki między samooceną, satysfakcją seksualną i dobrostanem wśród osób z chorobami somatycznymi [11] i niepełnosprawnością fizyczną [12, 13]. Według badań empirycznych samoocena oraz satysfakcja w sferze seksualnej mogą pozytywnie kształtować poczucie satysfakcji z życia [11, 14, 15]. Co więcej, wyniki niektórych badań pokazują, że samoocena może stanowić moderator w relacji pomiędzy zmiennymi kształtującymi poziom dobrostanu — samoocena może nasilać lub osłabiać kształtowanie dobrostanu przez jego korelaty [16–19]. Jako że dobrostan seksualny stanowi istotny predyktor globalnej satysfakcji z życia, można przypuszczać, że również w tej relacji samoocena może odegrać rolę moderacyjną [7].

Niestety, seksualność osób z niepełnosprawnością bardzo często pozostaje tematem tabu [20]. Dogłębne poznanie i weryfikacja przedstawionego mechanizmu u osób z niepełnosprawnością fizyczną jest niezwykle istotna. Pierwotnie, literatura przedmiotu skupiała się na funkcjonowaniu seksualnym osób z niepełnosprawnością wyłącznie w perspektywie sfery fizjologicznej [21]. Na szczęście, coraz większa liczba publikacji stara się weryfikować rolę zasobów psychospołecznych w seksualności osób z niepełnosprawnością [22, 23]. Jest to niezmiernie trafny kierunek, gdyż, jak pokazują wyniki polskich badań, jakość życia seksualnego jest istotnie związana ze sferą psychiczną osób niepełnosprawnych ruchowo [24].

Celem niniejszej pracy jest zweryfikowanie roli samooceny w relacji pomiędzy dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Na podstawie wstępu teoretycznego sformułowano następujące hipotezy: 1) samoocena i dobrostan seksualny będą istotnie związane z satysfakcją z życia badanych osób z niepełnosprawnością; 2) samoocena będzie stanowiło istotne moderator w relacji pomiędzy dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia.

Material i metody

Rekrutacji osób badanych dokonano za pośrednictwem grup wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Kwestionariusze zostały dostarczone osobom przez przeszkolonego asystenta. Uczestnicy badania zostali poinformowani o anonimowości badania. Mogli przestać wypełniać ankietę w dowolnym momencie i bez podania przyczyny. Wszyscy respondenci wyrazili świadomą zgodę na udział w tym badaniu. Prezentowany projekt został wykonany zgodnie z wytycznymi dwóch komisji: Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Opolskiego oraz Uczelnianej Komisji do spraw Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Opolskiego.

W badaniu wzięło udział 85 osób: 50 kobiet i 35 mężczyzn w przedziale wiekowym od 18. do 65. roku życia [M (*mean*) = 32,49; SD (*standard deviation*) = 10,93]. Pośród osób badanych 31 z nich miało wyższe wykształcenie, 42 wykształcenie średnie, 9 wykształcenie zawodowe i 3 wykształcenie podstawowe. Wśród badanej próby 72 osoby zamieszkiwały miasto a 13 osób wieś. Osobami stanu wolnego było 23,53% badanych, w związku partnerskim 47,06%, w związku małżeńskim 24,71%, rozwiedzionymi 3,53% i owdowiałymi 1,18%. Czterdzieści pięć badanych osób było niepełnosprawnych ruchowo w stopniu znacznym, 31 w stopniu umiarkowanym, a zaledwie 10 w stopniu lekkim. Uszkodzenia układu nerwowego (centralnego/obwodowego), pojedynczych lub całych grup mięśni zadeklarowało 54,12% badanych osób. Pozostałe osoby posiadały inne formy niepełnosprawności ruchowej (m.in.: brak kończyny lub uszkodzenia stawów). Bycie aktywnym seksualnie zadeklarowało 66 na 85 osób badanych.

Badani wypełniali 3 kwestionariusze psychologiczne. Wykorzystano Skalę Samooceny Rosenberga (SES, *Self-Esteem Scale*) [1], 10-itemową z 4-punktową skalą odpowiedzi, od 1 (zdecydowanie się zgadzam) do 4 (zdecydowanie się nie zgadzam). Skala Samooceny Rosenberga mierzy globalny poziom samooceny. Wyższy oznacza wyższą samoocenę.

Zastosowano również Krótką Skalę Dobrostanu Seksualnego [7]. Zawiera ona pięć pozycji mierzących poziom dobrostanu seksualnego. Dostępne są dwie wersje skali: wersja 4-stopniowa i 7-stopniowa.

W niniejszym badaniu zastosowano siedmiopunktową wersję skali (gdzie 1 — całkowicie się nie zgadzam; 7 — całkowicie się zgadzam). Wyższy wynik na skali wskazuje na wyższy poziom dobrostanu seksualnego.

Do pomiaru subiektywnej oceny satysfakcji z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS, *Satisfaction With Life Scale*) autorstwa Dienera [25]. Składa się z pięciu pytań na siedmiopunktowej skali (1 — zdecydowanie się nie zgadzam; 7 — zupełnie się zgadzam). W tej skali wyższy wynik SWLS oznacza wyższą subiektywną ocenę satysfakcji z życia.

Wyniki

Badanie homogeniczności grupy

Przed weryfikacji sformułowanych hipotez postanowiono zweryfikować, czy badana próba jest grupą homogeniczną. W tym celu zastosowano dwie analizy: jednoczynnikową analizę ANOVA oraz test *t* dla prób niezależnych. Analiza ANOVA nie wykazała statystycznie istotnych różnic w poziomie samooceny, dobrostanu seksualnego oraz satysfakcji z życia pomiędzy osobami o różnych poziomach niepełnosprawności: lekkim, umiarkowanym oraz znacznym. Dokładne dane przedstawiono w tabeli 1.

Przy użyciu testu *t* dla prób niezależnych postanowiono zweryfikować, czy będą występowały statystycznie istotne różnice w poziomie badanych zmiennych pomiędzy dwoma grupami osób: badanymi którzy zadeklarowali uszkodzenia układu nerwowego (centralnego/obwodowego), pojedynczych lub całych grup mięśni oraz pozostałymi osobami. Analiza wykazała występowanie statystycznie istotnych różnic tylko w poziomie jednej zmiennej: seksualnego dobrostanu. Badani, którzy zadeklarowali uszkodzenia układu nerwowego (centralnego/obwodowego), pojedynczych lub całych grup mięśni, wykazywali się istotnie niższymi wynikami dobrostanu seksualnego w stosunku do pozostałych osób badanych. Dokładne dane przedstawiono w tabeli 2.

W ostatnim kroku postanowiono zweryfikować, czy będą występowały statystycznie istotne różnice międzypłciowe w poziomie badanych zmiennych. Analiza testem *t* dla prób niezależnych nie wykazała, by badane kobiety różniły się od mężczyzn w sposób istotny w poziomie samooceny oraz satysfakcji z życia. Zaobserwowano statystycznie istotne różnice w poziomie dobrostanu seksualnego — badane kobiety z niepełnosprawnością wykazywały się wyższymi wynikami w stosunku do mężczyzn. Dokładne dane przedstawiono w tabeli 3.

Liczności w poziomie pozostałych zmiennych grupujących był zbyt niskie i nie pozwalały na wykonanie dodatkowych porównań międzygrupowych. Z uwagi

Tabela 1. Porównania międzygrupowe pod względem stopnia niepełnosprawności: lekkiego, umiarkowanego i znacznego. Wyniki analizy ANOVA (n = 85)

	F (df1; df2)	p	η^2	η^2_p	ω^2
Samooocena	0,68 (2; 83)	0,676	0,02	0,02	0,01
Seksualny dobrostan	0,29 (2; 83)	0,747	0,01	0,01	0,02
Satysfakcja z życia	0,39 (2; 83)	0,682	0,01	0,01	0,02

Tabela 2. Porównania międzygrupowe pod względem rodzaju niepełnosprawności. Wyniki testu t (n = 85)

	UUNiGM (n = 46)		Pozostali (n = 39)		t (df)	p	LLCI	ULCI	d_{Cohen}
	M	SD	M	SD					
Samooocena	27,46	6,25	28,77	5,61	-1,01 (83)	0,315	-3,896	1,270	0,22
Seksualny dobrostan	20,41	8,95	24,15	8,06	-2,01 (83)	0,048	-7,445	-0,037	0,44
Satysfakcja z życia	19,96	6,42	20,74	7,16	-0,53 (83)	0,595	-3,717	2,143	0,11

Tabela 3. Porównania międzypłciowe w poziomie badanych zmiennych. Wyniki testu t (n = 85)

	Mężczyźni (n = 35)		Kobiety (n = 50)		t (df)	p	LLCI	ULCI	d_{Cohen}
	M	SD	M	SD					
Samooocena	28,06	6,21	28,06	5,85	-0,01 (83)	0,998	-2,634	2,628	< 0,01
Seksualny dobrostan	19,11	8,42	24,24	8,36	-2,77 (83)	0,007	-8,800	-1,452	0,61
Satysfakcja z życia	19,17	6,96	21,12	6,53	-1,32(83)	0,191	-4,890	0,992	0,29

Tabela 4. Samooocena i seksualny dobrostan jako predyktory satysfakcji z życia: analiza korelacji r Pearsona oraz regresji wielorakiej (n = 85)

	M	SD	Me	1.	2.	3.
Samooocena	28,06	5,97	28,00	-		
Seksualny dobrostan	22,13	8,71	23,00	0,43***	-	
Satysfakcja z życia	20,32	6,74	22,00	0,68***	0,52***	-
Predyktory satysfakcji z życia	Beta (SE)	t (df)	p	F (df1; df2)	p	R ²
Samooocena	0,56 (0,08)	6,76 (0,82)	< 0,001	46,64 (2; 82)	< 0,001	0,53
Seksualny dobrostan	0,28 (0,08)	3,37 (0,82)	0,001			

na 2 statystycznie istotne różnice na 9 testowanych porównań, postanowiono traktować w dalszych analizach badaną próbę jako grupę homogeniczną.

Samooocena i seksualny dobrostan jako predyktory satysfakcji z życia

W celu weryfikacji sformułowanych hipotez postanowiono sprawdzić, czy samoocena i dobrostan seksualny będą stanowiły istotne predyktory satysfakcji z życia badanych osób z niepełnosprawnością. W tym celu wykorzystano dwie analizy: korelację r Pearsona oraz regresję wieloraką. Analiza korelacji wykazała, że wszystkie trzy zmienne były ze sobą związane w sposób istotny oraz dodatni. Regresja wieloraka potwierdziła, że samoocena i seksualny dobrostan stanowiły statystycznie istotne i dodatnie predyktory subiektywnej oceny satysfakcji z życia badanych osób z niepełnosprawnością. Samoocena była związana

z satysfakcją z życia silniej niż seksualny dobrostan. Weryfikowany model wyjaśniał aż 53% wariacji wyników poziomu satysfakcji z życia. Dokładne dane przedstawiono w tabeli 4.

Na podstawie wyniku analizy regresji postanowiono dodatkowo zweryfikować, czy poziom samooceny będzie stanowił moderator w relacji pomiędzy seksualnym dobrostanem a satysfakcją z życia. W tym celu zastosowano analizę moderacji z metodą bootstrappingu z zadeklarowaną liczbą 5000 prób. Przedstawiona w tabeli 5 analiza moderacji nie wykazała, by samoocena stanowiła istotny moderator w relacji pomiędzy dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia.

Dyskusja

Celem niniejszego badania było zbadanie związku samooceny i seksualnego dobrostanu z satysfakcją

Tabela 5. Samoocena jako moderator relacji seksualnego dobrostanu i satysfakcji z życia (n = 85)

	Beta (SE)	Z	p	95% LLCI	95% ULCI
Samoocena	0,63 (0,11)	5,49	< 0,001	0,417	0,841
Seksualny dobrostan	0,20 (0,08)	2,61	0,009	0,044	0,348
Samoocena x Seksualny dobrostan	-0,02 (0,01)	-1,80	0,072	-0,036	0,003

z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. W niniejszym manuskrypcie zaprezentowano dane potwierdzające związki pomiędzy wymienionymi zmiennymi, a także wyniki analizy moderacji.

Analiza korelacyjna wykazała, że samoocena była związana w sposób istotny z wynikami dobrostanu seksualnego oraz satysfakcji z życia. Dodatkowo udowodniono istotny związek dobrostanu seksualnego z globalną oceną satysfakcji z życia. Założenia te zweryfikowano dodatkowo za pomocą analizy regresji, która wykazała, że samoocena i dobrostan seksualny stanowiły istotne predyktory satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Wyniki te są zgodne z założeniami przedstawionymi we wstępie teoretycznym [11–15]. Uzyskanie takich wyników jest bardzo istotne z perspektywy psychologicznej. Pokazują one, że samoocena i seksualność odgrywają ważną rolę w kształtowaniu dobrostanu osób z niepełnosprawnościami motorycznymi. Sfera seksualna jest często pomijana przy rozważaniach na temat choroby — również, gdy mówimy o niepełnosprawności. Zaprezentowane wyniki pokazują, że takowe podejście nie jest trafne, gdyż seksualność osób niepełnosprawnych motorycznie jest istotnym komponentem ich ogólnego zadowolenia z życia oraz samooceny. Niepomijanie sfery seksualnej może wzbogacić proces rehabilitacji oraz uczynić go bardziej odpowiednim względem potrzeb osób z niepełnosprawnością motoryczną. Może również przyczynić się do pozytywnego zmagania się ze stresorami spowodowanymi niepełnosprawnością oraz jej akceptacją.

Dodatkowo przeprowadzono analizę moderacji w celu sprawdzenia czy samoocena będzie stanowiła istotny moderator w relacji między dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia. Wynik tej analizy był nieistotny statystycznie. Oznacza to, że samoocena w badanej próbie osób ani nie nasilała ani nie osłabiała oddziaływania seksualnego dobrostanu na subiektywną ocenę satysfakcji z życia. Na podstawie przytoczonej literatury założono, że takowa relacja będzie miała znamiona statystycznie istotnej [16–19]. Rola samooceny jako moderatora w relacji między dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia jeszcze nigdy wcześniej nie była weryfikowana. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że pojęcie dobrostanu seksualnego jest nowym pojęciem i nie zostało jeszcze dobrze zoperacjonalizowane i zweryfikowane. Mimo że

wynik nie był statystycznie istotny, to również może być wartościowy. Oznacza on, że samoocena i dobrostan seksualny nie wchodziły między sobą w interakcję. Można przypuszczać, że wynika to z faktu, że oba te predyktory mogą niezależnie kształtować satysfakcję z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Jest to ważny wynik z perspektywy psychologiczno-seksuologicznej, pokazujący, że wystąpienie problemów w jednej ze sfer (czy to samooceny czy to dobrostanu seksualnego) niekoniecznie musi kształtować subiektywną ocenę drugiej. Innymi słowy, prawdopodobnym jest, że osoby z niepełnosprawnością motoryczną o niskiej samoocenie mogą cieszyć się wysokim poziomem dobrostanu seksualnego, a osoby o niskim zadowoleniu ze swojej seksualności mogą wykazywać się wysoką samooceną. Wynik ten wymaga dalszej eksploracji oraz dogłębnej analizy jakościowej, więc w niniejszym manuskrypcie stanowi jedynie przypuszczenie i przyczynek do dalszych badań. Dodatkowo, wynik ten może być specyficzny tylko dla próby osób zbadanej na potrzeby niniejszego manuskryptu — moderacyjna rola samooceny w relacji między dobrostanem seksualnym a satysfakcją z życia powinna być również zweryfikowana w kolejnych badaniach wśród osób niepełnosprawnych motorycznie.

W pracy ukazano, że samoocena i seksualny dobrostan mogą pozytywnie kształtować satysfakcję z życia osób z niepełnosprawnością fizyczną, jednakże moderacyjna rola samooceny nie została potwierdzona. W kolejnych badaniach należałoby poszukać innych korelatów mogących kształtować relację między seksualnością a satysfakcją z życia. Jedną z takich zmiennych może być akceptacja choroby. Wyniki badań pokazują, że pełni ona istotną rolę w związkach między niepełnosprawnością, samooceną a dobrostanem [2, 11]. Weryfikacja roli akceptacji poziomu niepełnosprawności wydaje się kluczową kwestią w rozmowach na temat dobrostanu seksualnego i satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Negatywna subiektywna ocena własnego stanu może negatywnie kształtować poziom dobrostanu oraz zmiennych z nim związanych. W sytuacji, gdy osoba akceptuje swój stan zdrowia i swoją niepełnosprawność, to jej wpływ na dobrostan może zostać zniwelowany. Poza samooceną i akceptacją choroby warto zbadać również rolę zasobów osobistych w relacjach seksualności i satysfakcji z życia osób niepełnosprawnych. Badania pokazują, że

zasoby takie jak wsparcie społeczne [3, 18], prężność psychiczna [26] czy też poczucie własnej skuteczności [27] odgrywają istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu, również osób niepełnosprawnych. Wysoki poziom wybranych zasobów osobistych może działać buforująco na wpływ negatywnych korelatów na satysfakcję z życia i jakość życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Jest to zgodne z bardzo dobrze ugruntowaną empirycznie teorią stresu Lazarusa i Folkman [28]. W przypadku niskiej dostępności tych zasobów, wpływ stresorów na dobrostan może się nasilać. Należałoby zweryfikować, czy zasoby te odgrywają równie istotną rolę w relacji między seksualnością a satysfakcją z życia osób niepełnosprawnych.

W przedstawionym badaniu 54,12% badanych osób zadeklarowało, że przyczyną ich niepełnosprawności są uszkodzenia układu nerwowego, pojedynczych lub całych grup mięśni. Pozostałe osoby posiadały inne formy niepełnosprawności ruchowej (m.in.: brak kończyny lub uszkodzenia stawów). Niestety, nie pozyskano od badanych informacji na temat źródła występowania u nich wskazanych deficytów. Istnieje wiele czynników prowadzących do niepełnosprawności, jednakże zbadanie ich wszystkich wydaje się niemożliwe. Wypadki i urazy należą do tych najpopularniejszych. Drugą co do częstotliwości przyczyną niepełnosprawności są choroby neurologiczne, w tym przede wszystkim stwardnienie rozsiane. Niezależnie od jej źródła, niepełnosprawność może wpływać na różne aspekty „ja” człowieka i na jego poczucie tożsamości. Przed osobami niepełnosprawnymi może pojawiać się zatem wyzwanie zaakceptowania swojej nowej tożsamości — osoby z niepełnosprawnością. Przypisanie sobie takiej etykiety może stygmatyzować człowieka, a poczucie bycie niepełni sprawnym może negatywnie kształtować jego poczucie własnej wartości i samoocenę [29].

Do istotnych czynników kształtujących samoocenę osób z niepełnosprawnością fizyczną i neurologiczną należy zaliczyć również występowanie dysfunkcji seksualnych. Niektóre z nich są specyficzne dla tej grupy osób i rzadziej występują w populacji ogólnej — mowa chociażby o takich problemach jak zaburzenia kontroli zwieraczy. Występowanie dysfunkcji w sferze seksualnej może powodować frustrację i negatywnie oddziaływać na relacje osoby z niepełnosprawnością z otoczeniem. Mogą prowadzić do seksualnej abstynencji, izolacji, a nawet obniżenia samooceny i występowania stanów depresyjnych [30]. Dlatego pominięcie tego aspektu w niniejszym badaniu należy uznać za jego znaczącą limitację, gdyż poznanie występujących u pacjentów dysfunkcji seksualnych jest podstawą do stworzenia skutecznych programów wspierających realizację potrzeb seksualnych osób z niepełnosprawnością fizyczną [31].

Co więcej, również percepcja własnego ciała osób niepełnosprawnych może odgrywać istotną rolę w kształtowaniu ich seksualnego dobrostanu. Negatywny obraz własnego ciała jest dużym problemem w sferze seksualnej, również w populacji osób zdrowych. Ludzie często mają wrażenie, że ich ciało jest postrzegane przez innych tak samo negatywnie, jak w ich subiektywnym odczuciu. Są zdania, że nikt nie będzie ich pożądał, przez co unikają kontaktów seksualnych, a tym bardziej ich nie inicjują, gdyż są pewni odrzucenia [32]. Jest to konstrukt bliski samoocenie, jednak nie tożsamy. Z tego powodu kontrolowanie pomiaru obrazu własnego ciała w przyszłych badaniach nad seksualnością osób niepełnosprawnych wydaje się niezmiernie istotne. Również w praktyce psychologicznej należałoby się skupić nad tym aspektem ludzkiej seksualności, w przypadku gdy u pacjentów z niepełnosprawnością obraz ciała wydaje się być negatywny. Jako że osoby uważające swoje ciało za niezbyt atrakcyjne zaczynają tracić zainteresowanie seksem [33], jego negatywny obraz może prowadzić do pogorszenia się częstotliwości kontaktów seksualnych osób z niepełnosprawnością i tym samym ich seksualnego dobrostanu.

Zaprezentowane badanie weryfikowało rolę samooceny i dobrostanu seksualnego w kształtowaniu satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością motoryczną. Według wiedzy autorów jest jednym z pierwszych mówiących o pojęciu dobrostanu seksualnego w perspektywie niepełnosprawności. Niestety tak jak każdy projekt badawczy, ten również nie jest wolny od limitacji. Zaprezentowana próba była brana pod uwagę w analizach jako grupa homogeniczna. Nie oznacza to jednak, że wszystkie badane osoby są do siebie bardzo podobne. Weryfikowano tylko jeden z aspektów seksualności — seksualny dobrostan. Nie weryfikowano poziomu wielu zmiennych związanych z niepełnosprawnością. Wszystkie te rodzaje zmiennych mogą istotnie różnicować poziom samooceny i dobrostanu osób badanych i powinny zostać uwzględnione w kolejnych badaniach. Pominięcie testowania chociażby występowania dysfunkcji seksualnych spowodowanych stanem zdrowia czy też subiektywnej akceptacji niepełnosprawności jest dużym ograniczeniem przedstawionego projektu badawczego i powinno zostać wzięte pod uwagę w przypadku przyszłych badań.

Wnioski

Niepełnosprawność może być ograniczająca we wszystkich sferach życia, również tej seksualnej. Badacze zajmujący się funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych powinni brać pod uwagę tę kwestię, gdyż

seksualny dobrostan może istotnie kształtować satysfakcję i jakość życia osób z niepełnosprawnościami.

W badaniu nie wykazano, by poziom samooceny nasilał lub osłabiał oddziaływanie poziomu seksualnego dobrostanu na satysfakcję z życia. Nie oznacza to jednak, że samoocena nie może odgrywać istotnej roli w tej relacji. Przedstawiony wynik może być charakterystyczny tylko dla próby zbadanej na potrzeby niniejszego manuskryptu i należałoby go również zweryfikować w kolejnych badaniach.

Należałoby dokonać dalszej eksploracji zmiennych pośredniczących w relacji pomiędzy samooceną, seksualnym dobrostanem a satysfakcją z życia. Być może inne zmienne, takie jak akceptacja choroby, zasoby osobiste, występowanie dysfunkcji seksualnych czy też percepcja ciała będą odgrywały istotną rolę pośredniczącą między satysfakcją seksualną a satysfakcją z życia osób niepełnosprawnych.

Piśmiennictwo

- Rosenberg M. *Conceiving the self*. Basic Books, Nowy Jork 1979.
- Dymecka J, Gerymski R. Akceptacja choroby jako mediator zależności pomiędzy niepełnosprawnością neurologiczną a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób ze stwardnieniem rozsianym. *Neuropsychiatria & Neuropsychologia/Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2020; 15(1–2): 13–20.
- Dymecka J, Gerymski R. Niepełnosprawność a jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Medycyna rola zapotrzebowania na wsparcie społeczne. *Men Disability Society*. 2019; 46(4): 63–78, doi: [10.5604/01.3001.0013.7573](https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.7573).
- Byra S. Pozytywne aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową-analityczne możliwości, trudności i perspektywy. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2019; 2: 15–27.
- Davis CG, Novoa DC. Meaning-making following spinal cord injury: Individual differences and within-person change. *Rehabil Psychol*. 2013; 58(2): 166–177, doi: [10.1037/a0031554](https://doi.org/10.1037/a0031554), indexed in Pubmed: [23437993](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23437993/).
- Miyahara M, Piek J. Self-Esteem of Children and Adolescents with Physical Disabilities: Quantitative Evidence from Meta-Analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2006; 18(3): 219–234, doi: [10.1007/s10882-006-9014-8](https://doi.org/10.1007/s10882-006-9014-8).
- Gerymski R. Short Sexual Well-Being Scale – a cross-sectional validation among transgender and cisgender people. *Health Psychology Report*. 2021, doi: [10.5114/hpr.2021.102349](https://doi.org/10.5114/hpr.2021.102349).
- Stephenson KR, Meston CM. Differentiating components of sexual well-being in women: are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *J Sex Med*. 2010; 7(7): 2458–2468, doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x), indexed in Pubmed: [20456625](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20456625/).
- Štulhofer A, Jurin T, Graham C, et al. Sexual Well-Being in Older Men and Women: Construction and Validation of a Multi-Dimensional Measure in Four European Countries. *Journal of Happiness Studies*. 2018; 20(7): 2329–2350, doi: [10.1007/s10902-018-0049-1](https://doi.org/10.1007/s10902-018-0049-1).
- Davison SL, Bell RJ, LaChina M, et al. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. 2009; 6(10): 2690–2697, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x), indexed in Pubmed: [19817981](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19817981/).
- Furmańska J, Koziarska D, Szcześniak M, et al. Sexual satisfaction, self-esteem and acceptance of illness among relapse-remitting multiple sclerosis patients. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2017; 26(4): 236–245, doi: [10.5114/ppn.2017.72437](https://doi.org/10.5114/ppn.2017.72437).
- 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(3): 177–183.
- Moin V, Duvdevany I, Mazor D. Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sexuality and Disability*. 2009; 27(2): 83–95, doi: [10.1007/s11195-009-9112-5](https://doi.org/10.1007/s11195-009-9112-5).
- Skalacka K, Gerymski R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*. 2019; 19(3): 195–201, doi: [10.1111/psyg.12381](https://doi.org/10.1111/psyg.12381), indexed in Pubmed: [30294865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294865/).
- Gerymski R, Skalacka K. Czy intymność, namiętność i zobowiązanie kształtują satysfakcję seksualną seniorów? Wyniki badania eksploracyjnego. *Seksuologia Polska*. 2018; 16(2): 43–50.
- Ford M, Collins N. Self-esteem Moderates the Effects of Daily Rejection on Health and Well-being. *Self and Identity*. 2013; 12(1): 16–38, doi: [10.1080/15298868.2011.625647](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.625647).
- Jex S, Elacqua T. Self-esteem as a moderator: A comparison of global and organization-based measures. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2010; 72(1): 71–81, doi: [10.1348/096317999166509](https://doi.org/10.1348/096317999166509).
- Chen Y, Bello RS. Does Receiving or Providing Social Support on Facebook Influence Life Satisfaction? Stress as Mediator and Self-Esteem as Moderator. *Int J Commun*. 2017; 11: 14.
- Çivitci N, Çivitci A. Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47(8): 954–958, doi: [10.1016/j.paid.2009.07.022](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.022).
- Izdebski Z. *Postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej; 2004.
- Ostrowska A. Seksualność osób niepełnosprawnych. *Kultura i Społeczeństwo*. 2008; 52(3): 213–226, doi: [10.35757/kis.2008.52.3.12](https://doi.org/10.35757/kis.2008.52.3.12).
- Mironiuk-Netreba A. Seksualność osób z niepełnosprawnością ruchową w sztuce filmowej czyli kilka refleksji o edukacyjnym potencjale popkultury. *Studia Edukacyjne*. 2013; 29: 285–304.
- Kościelska M. *Niechciana seksualność: o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Jacek Santorski & Company, Warszawa 2004.
- Kirenko J. Psychosocjalne korelaty funkcjonowanie seksualnego osób niepełnosprawnych ruchowo. In: Aouil BJ, Kościelska M. ed. *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2004: 122–134.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, et al. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985; 49(1): 71–75.
- Dymecka J, Gerymski R. Role of resiliency in the relationship between disability and quality of life of people with multiple sclerosis: mediation analysis. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2020; 29(2): 77–84, doi: [10.5114/ppn.2020.95721](https://doi.org/10.5114/ppn.2020.95721).
- Dymecka J, Gerymski R, Bidzan M. Selected psychometric aspects of the Polish version of the Liverpool Self-efficacy Scale. *Current Issues in Personality Psychology*. 2020; 8(4): 339–351, doi: [10.5114/cipp.2020.101953](https://doi.org/10.5114/cipp.2020.101953).
- Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, Nowy Jork 1984.
- Dymecka J. Radzenie sobie z własną chorobą u osób ze stwardnieniem rozsianym. In: Bidzan MJ, Bieleninik Ł, Szulman-Wardal A. ed. *Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biosychosocjalnym: wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015: 157–183.
- Dymecka J, Bidzan M. Zaburzenia kontroli zwieraczy i ich wpływ na funkcjonowanie psychiczne osób ze stwardnieniem rozsianym. In: Bidzan M, Bieleninik Ł, Szulman-Wardal A. ed. *Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biosychosocjalnym: wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii*. Harmonia Universalis, Gdańsk 2015: 185–203.
- Radomski D. Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie. *Seksuologia Polska*. 2005; 3(1): 8–12.
- Hoyt W, Kogan L. Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a college environment. *Sex Roles*. 2001; 45(3/4): 199–215.
- Stankowska I. Funkcjonowanie seksualne człowieka w okresie starzenia się i starości. *Przegląd Terapeutyczny*. 2008; 4: 1–24.