



Janusz Kirenko

Psychospołeczne determinanty
funkcjonowania seksualnego osób
z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Psychospołeczne determinanty
funkcjonowania seksualnego osób
z uszkodzeniem rdzenia kręgowego



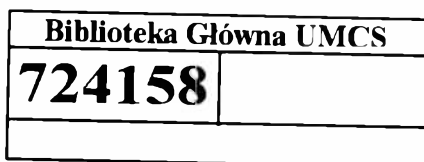
Janusz Kirenko

Psychospołeczne determinanty
funkcjonowania seksualnego osób
z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
Lublin 1998

Recenzent
Prof. dr hab. TADEUSZ GAŁKOWSKI

Projekt okładki i stron tytułowych
PAWEŁ SARLIŃSKI



1011102778

© Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998

ISBN 83-227-1146-8

Biblioteka
UMCS
Lublin

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
20-031 LUBLIN, Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5
tel. (0-81) 53-753-04, 53-753-02 (kolportaż), fax 53-753-02
Internet: <http://press.umcs.lublin.pl>

24,-

D. 2272/2010/10
15.04.10

*Kochanej Mamie
– za Jej gorące serce,
miłość i opiekę*

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział I	
Funkcjonowanie seksualne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	16
1. Erotyzm a seksualizm	16
2. Psychofizjologia czynności seksualnych	20
3. Patofizjologia uszkodzeń rdzenia kręgowego	24
4. Zaburzenia seksualne u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	31
5. Poradnictwo i terapia	40
Rozdział II	
Psychospołeczne wyznaczniki funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego	48
1. Przystosowanie	48
2. Samoocena	57
3. Potrzeby psychiczne	65
4. Poczucie sensu życia	72
5. Postawy	80
Rozdział III	
Metodologiczne podstawy badań własnych	90
1. Cel pracy, problemy badawcze i hipotezy robocze	90
2. Metody i techniki badawcze	93
3. Organizacja i przebieg badań	100
4. Charakterystyka badanych osób	102
Rozdział IV	
Funkcjonowanie seksualne badanych osób – analiza porównawcza	106
1. Przejawy życia erotycznego badanych osób	106

2. Upodobania i preferencje bodźców seksualnych u badanych osób 113
3. Poziom przystosowania i satysfakcji seksualnej badanych osób ... 119

Rozdział V

Funkcjonowanie psychospołeczne osób badanych – analiza porównawcza 127

1. Ogólny stopień przystosowania osobistego i społecznego badanych osób 127
2. Poziom samooceny osób badanych 140
3. Nasilenie potrzeb psychicznych u badanych osób 153
4. Poczucie sensu życia badanych osób 165
5. Postawy wobec życia erotycznego badanych osób 171

Rozdział VI

Zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych – analiza porównawcza 184

1. Struktura czynnikowa funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych 185
2. Struktura korelacyjna funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych 193
 - 2.1. Zależności między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych 197
 - 2.2. Zależności między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych 201
 - 2.3. Zależności między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych 207
 - 2.4. Zależności między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych 214
 - 2.5. Zależności między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych 219

Podsumowanie 225

Bibliografia 237

Spis tabel i wykresów 253

Aneks 255

WSTĘP

Znaczenia miłości, erotyzmu, partnerstwa, małżeństwa, seksu czy macierzyństwa w życiu każdego człowieka nie sposób przecenić. Mnogość utworów literackich, wytworów artystycznych, rozważań filozoficznych czy rozpraw naukowych z tego obszaru aktywności ludzkiej, jakie ukazały się dotąd, nie wyczerpuje istoty problemu, a sądzić należy, iż w wielu kwestiach z tym związanych wciąż będziemy w punkcie wyjścia, czyli „pięknej” niewiedzy. Może to świadczyć jedynie o bogactwie człowieczeństwa. Te dziedziny życia człowieka determinują bowiem sens jego istnienia, są celem życia, bronią przed samotnością, dają poczucie bezpieczeństwa i stanowią podstawę stabilizacji życiowej. Któż nie marzył o wielkiej miłości, nie pragnął bliskości drugiego człowieka, jego zainteresowania i zrozumienia, czułości i bycia potrzebnym oraz poświęcenia się dla niego. Przecież to marzenia wszystkich ludzi, także tych, którym los brutalnie odebrał jedno z największych dóbr, jakim jest zdrowie i sprawność psychofizyczna. Czy mają oni takie same szanse na spełnienie w miłości, w życiu towarzyskim i rodzinnym oraz na satysfakcję z życia erotycznego, jak ludzie zdrowi, zwani pełnosprawnymi?

W ostatnich latach społeczne nastawienie do problematyki erotyzmu i seksualizmu uległo znacznym przeobrażeniom, podchodzi się do niego z większą otwartością i swobodą, a niekiedy również, co należy stwierdzić, brakiem odpowiedzialności. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych jest to ciągle zagadnienie wzbudzające wiele kontrowersji. Co prawda problematyka życia erotycznego osób niepełnosprawnych poszukuje swego miejsca w rehabilitacji, ale zbyt często można się jeszcze spotkać ze skrajnymi opiniami, iż osób niepełnosprawnych nie powinna ona obchodzić lub, co rzadziej, że jest najważniejszym ich problemem. W świadomości społecznej niepełnosprawność trudno pogodzić z miłością, małżeństwem, potrzebami seksualnymi, macierzyństwem. Zetknięcie tych pojęć wywołuje niekiedy lęk, niepewność, zażenowanie i niechęć. Problem ten więc, z jednej strony, pozostawia się na uboczu, wychodząc z założenia, że osoby niepełnosprawne przejawiają i tak wiele trudności związanych z własnym kalectwem, a zatem wszystko, co dotyczy sfery intymnych przeżyć, powinno zejść na plan dalszy lub nie mieć dla nich większego znaczenia. Z drugiej strony natomiast, same osoby niepełnosprawne, niektóre z nich, a nie jest to, jak się niekiedy twierdzi, bardzo liczna populacja, uważają, iż ten aspekt życia stanowi najważniejszy problem, stawiany często ponad niepełnosprawność i wszystkie przejawy aktywności życiowej. Osoby niepełnosprawne wraz z utratą sprawności fizycznej nie utraciły zdolności odczuwania i przeżywania i nie różnią się pod tym względem od ludzi zdrowych, mają takie same potrzeby, pragnienia i problemy, a jedynie ich realizacją utrudnioną przez obiektywny fakt niepełno-

sprawności. Czy istnieją zatem powody, aby w sposób szczególny podchodzić do tych problemów, bądź to przez ich marginalizowanie, bądź też uwypuklanie ponad stan rzeczywisty?

Na bardzo skromne życie towarzyskie, zawodowe i szeroko rozumiane społeczne osób niepełnosprawnych (Gorczycka, 1981; Kaźmierak, 1984; Kirenko, 1995; Żuraw, 1996) wpływają przede wszystkim psychologiczne skutki niepełnosprawności, w tym stosunek do siebie i własnej sytuacji, do innych ludzi, życia i do świata, ale także poczucie niewydolności, winy i wstydu, a w konsekwencji obawa przed osobami obcymi i ich ewentualnie niekorzystnymi reakcjami, oraz warunki środowiska społecznego i otoczenia fizycznego, w których przebywają te osoby, szczególnie normy współżycia i system prawny, postawy, koncepcje ról społecznych czy trudności wynikające z występowania przeszkód natury architektonicznej, urbanistycznej i komunikacyjnej. Z. Kawczyńska-Butrym (1996) określa te czynniki mianem barier: psychologicznych, społecznych, prawnych i architektonicznych. Błędne koło, z jakim w takich okolicznościach mamy często do czynienia, nie daje wielu szans na powrót do pełnego życia społecznego tym osobom, stąd jedynym sposobem wyjścia z sytuacji, żeby nie powiedzieć z izolacji, jest podjęcie przez nie wszelkiej aktywności życiowej. Zdaniem T. Caywooda (1974), za ośmielenie ludzi i integrację społeczną odpowiedzialne są nade wszystko osoby niepełnosprawne i podejmowane przez nie formy aktywności w tym kierunku. Nie zawsze jednak ich intencje są właściwie odbierane i przyjmowane przez ogół, co powoduje pogłębienie trudności. Jest to problem niestłuchanie skomplikowany, a to, co zostało tu powiedziane stanowi jedną z wielu interpretacji zagadnienia.

Powszechnie twierdzi się, że istotny udział w procesie integrowania osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, w znalezieniu przez nie swego miejsca wśród ludzi pełnosprawnych, ma problematyka przystosowania psychospołecznego tych osób, a w niej samoocena i akceptacja siebie oraz funkcjonowanie społeczne. Pojawia się jednak pytanie, czy niepełnosprawność, szczególnie porażająca, można w pełni zaakceptować i przystosować się do życia z nią? Jest to zadanie niezmiernie trudne i chyba tak do końca niemożliwe do wykonania, aczkolwiek wiele danych z literatury przedmiotu wskazuje na optymizm w tym względzie, m.in. pod postacią promowania uniwersalizmu stadiów i reakcji w zdarzeniach awersyjnych – modele przystosowania (zob. Hulek 1969; Silver, Wortman, 1984; Larkowa 1987; Kirenko, 1991; 1995; Kowalik 1996). Jednakże wszędzie tam, gdzie pojawia się osoba niepełnosprawna, w domu, w szkole, w pracy, na ulicy, zachodzi tyle sytuacji, w których dysfunkcyjność daje boleśnie o sobie znać, iż na nic zdają się nabyte w trakcie rehabilitacji umiejętności reagowania w takich okolicznościach, czy też – po prostu – pospolite próby ukrycia swego kalectwa lub twierdzenie, iż niepełnosprawność nie istnieje. Niestety, istnieje i osoba nią dotknięta musi zdać sobie sprawę z jej ujemnych skutków. Musi również uświadomić sobie i przyjąć, że o jakości życia decyduje nie tylko sprawne ciało, ale także inne przymioty i wartości człowieka. Pomimo ograniczonej sprawności, nawet mimo niecałkowitej akceptacji takiego stanu, można przecież wieść życie godne, nie pozbawione przyjemności, a na ile będzie ono pełne, zależy nie tyle od możliwości fizycznych, ile od tego, co w tym

życiu chce się osiągnąć i czego dokonać. Istotne w tym względzie znaczenie, jak twierdzą N. Cohn (1961), S. Di Michael (za: Hulek, 1969), R. Matson i N. Brooks (1977) oraz N. Kerr (za: Kowalik, 1996), ma proces dochodzenia do stanu, w którym niepełnosprawność stanie się li tylko częścią aktywności życiowej osoby nią dotkniętej.

Okazywane niekiedy przez osoby pełnosprawne negatywne reakcje wobec niepełnosprawnych wiążą się najczęściej z nieaprobowaniem widoku kalektwa i związanych z nim skutków. Niewiedza ludzi zdrowych co do ograniczeń lokomotorycznych i możliwości funkcjonalnych osób niepełnosprawnych ruchowo, w tym na przykład możliwości współżycia płciowego, a zatem strach przed zarażeniem, presja rodziny i najbliższego otoczenia oraz obawa przed bojkotem towarzyskim, to podstawowe przyczyny powstrzymujące przed nawiązywaniem bliższych relacji z osobami niepełnosprawnymi. Zapewne mamy tu do czynienia z działaniem prawa E. Goffmana (1963; por. Górczycka, 1988; Kirenko, 1991), zgodnie z którym unika się interakcji z osobami „napiętnowanymi” tak długo, jak tylko jest to możliwe, a jeżeli już kontakt ten jest konieczny, wówczas osoba pełnosprawna staje się emocjonalnie pobudzona, wytwarzając tym samym ograniczone, sztuczne zachowanie. Stąd dla prawidłowego funkcjonowania osób niepełnosprawnych niezbędne jest utrzymywanie kontaktów z ludźmi pełnosprawnymi, tak jak nieodzowne jest informowanie społeczeństwa o osobach niepełnosprawnych, czyli, jak twierdzi W. Anthony (1972), kontakt i informacja, kombinacja obojga, nie każda z oddzielna, to podstawa sukcesu interakcji społecznej (por. Kirenko, 1991).

Ukrywanie niepełnosprawności nigdy nie spowoduje jej zniesienia ani też złagodzenia skutków, po prostu należy nauczyć się z tym żyć. Ma to ogromne znaczenie w dążeniu do normalności, do wypełniania ogólnie przyjętych norm współżycia, ułatwiając tym samym tak przecież potrzebne, a zaburzone przez fakt dysfunkcyjności, stosunki społeczne. Osoby niepełnosprawne są bowiem osadzone w społeczeństwie, w którym obowiązują standardy współżycia i aby w nim w miarę normalnie funkcjonować, nie mogą ich lekceważyć. Niekiedy jednak poprzeczki są tak wysoko stawiane, że już z definicji nie sposób im sprostać (Tucker, 1980), co może prowadzić do przeświadczenia o niemożności pełnego funkcjonowania psychospołecznego. Niepełnosprawność jest tak wielką przeszkodą w nawiązywaniu przyjaźni, sympatii przez osoby nią dotknięte, iż niektóre z nich wiodą życie w poczuciu krzywdy, że zostało im odebrane naturalne prawo do miłości, szczęśliwego małżeństwa i życia rodzinnego. Miłość, partnerstwo, małżeństwo są możliwe, a nawet dane ogromnej większości osób niepełnosprawnych, o czym świadczy m.in. wielość zawieranych związków małżeńskich. A zatem, nie sprawność fizyczna i wygląd zewnętrzny ma tu decydujące znaczenie, lecz osobowość partnerów i to, co potrafią ofiarować drugiej osobie, czyli miłość, szacunek, troskliwość, poczucie bezpieczeństwa i wsparcie w trudnych chwilach. Niepełnosprawność i związane z nią deformacje ciała schodzą wówczas na plan dalszy. Zresztą, jak wypowiedzieli się niepełnosprawni w jednym z czasopism, wiele deformacji można skutecznie tuszować odpowiednio dobranym ubiorem. Cały świat mody istnieje m.in. po to, by maskować niedostatki figury i eksponować to, co w człowieku najbardziej atrak-

cyjne. W przypadku osób niepełnosprawnych bardzo ważne jest, by pokazywać przede wszystkim ich strony najwartościowsze. Nie ma zatem żadnych powodów, by ludzie ci nie mogli się kochać, zakładać rodzin, mieć dzieci. Ale nie może też być tak, jak twierdzi G. Nigro (za: Larkowa, 1987), że osoby te, usilnie dążąc do utrzymywania na przykład związków seksualnych, nie nabywają wcześniej stosownych umiejętności społecznych, niezbędnych do nawiązywania wartościowych i znaczących interakcji. Stąd też bardzo ważną kwestią jest, H. Larkowa (1987) mówi o tym w trybie warunkowym, aby osoby te przystosowywały się do życia z niepełnosprawnością, w tym również do życia erotycznego i seksualnego, wypracowując pozytywną postawę swojej osoby, co dokonuje się w wyniku realistycznej oceny własnych możliwości i ograniczeń, prowadzącej do akceptacji istniejącego stanu rzeczy i akceptacji określonego stopnia zależności od partnera oraz umiejętności identyfikowania sposobów zaspokajania swych potrzeb, bez degradacji własnej wartości.

Problematyka dotycząca funkcjonowania seksualnego, utożsamianego z przystosowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, była przedmiotem wielu empirycznych eksploracji. Dotyczyły one najczęściej fizjologicznych ujęć tego procesu, jak na przykład problem erekcji, ejakulacji i orgazmu u tych osób, czyli tzw. biologicznego aspektu funkcjonowania osób z paraliżem i tetraplegią, bez wnikliwszego ustosunkowania się do ich psychospołecznych wymiarów, jak: obraz własnej osoby, motywacja do działania, potrzeby (Larkowa, 1987).

Pojęcie „funkcjonowania seksualnego” zawiera, według R. Trieschmann (1980; por. Trieschmann, 1973; Griffith i in., 1975; Griffith, Trieschmann, 1976), trzy zintegrowane czynniki: popęd płciowy, akty seksualne i seksualność. Seksualność, czy też seksualizm, definiowana jest – za A. Berkmanem i in. (1978; por. Trieschmann, 1980) – jako proces dynamiczny, wynikający z rozwojowych doświadczeń poznawczych. Polega zatem na wyrażaniu popędu seksualnego poprzez akty seksualne, na co wpływ wywiera proces uczenia się oraz środowisko społeczne, w którym dana osoba przebywa. W jej skład wchodzi: element psychoseksualny, a w nim obraz siebie, samoocena itd.; element społecznoseksualny, w szerokim ujęciu odnoszący się do przystosowania psychospołecznego i seksualnego; element behawioralny, skupiający się na zachowaniach specyficznie seksualnych. Autorzy definiujący te pojęcia przyjmują, że rozwój seksualny człowieka jest procesem, w którym przez całe jego życie pojawiają się coraz to nowe doświadczenia poznawcze, ponieważ ekspresje seksualne mogą się zmieniać z wielu powodów, w tym: ewolucji własnych potrzeb, doświadczeń interpersonalnych oraz, co jest ważne dla toku podjętych rozważań, w wyniku ograniczeń fizycznych.

Opracowanie niniejsze, o charakterze eksploracyjnym, wychodzi naprzeciw wzrastającemu zainteresowaniu problematyką życia erotycznego osób niepełnosprawnych. Jest próbą oceny wybranych uwarunkowań psychospołecznych funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – problematyka ta nie była jeszcze, jak dotąd, przedmiotem odrębnego szerszego ujęcia – dokonaną z punktu widzenia praktyki psychologii rehabilitacyjnej, seksuologii, rehabilitacji, psychopedagogiki specjalnej oraz, w mniejszym już za-

kresie, socjologii medycyny. Badania, jakie w tym celu wykonano na starannie dobranych próbkach badawczych osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, prowadzone były przede wszystkim pod kątem percepcji psychospołecznych i seksualnych wymiarów zarówno trwałego uszkodzenia rdzenia kręgowego, jak i pełnej sprawności badanych osób. Teoretyczne podstawy niniejszego opracowania wynikają tedy z teoretycznych i metodologicznych przesłanek przeprowadzonych badań empirycznych.

W strukturze pracy dwa pierwsze rozdziały, tworzące część pierwszą, mają charakter teoretyczny, cztery zaś pozostałe, jako część druga, są prezentacją przeprowadzonych badań.

Rozdział pierwszy dotyczy analizy teoretycznej problematyki funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Dokonano tu wyjaśnień terminologicznych takich pojęć, jak „erotyzm” i „seksualizm”. Zakres znaczeniowy obu terminów nie pozwala bowiem na ich zamienne stosowanie, zwłaszcza gdy zagadnienia niniejszej pracy koncentrują się wokół problematyki funkcjonowania seksualnego osób niepełnosprawnych ruchowo. Stąd też przybliżono, na podstawie literatury przedmiotu, kwestie dotyczące psychofizjologii czynności seksualnych człowieka, obejmując dociekaniem nie tyle reakcje występujące w obrębie narządów płciowych wespół z innymi narządami i układami, co raczej wszelkiego rodzaju odczucia, stanowiące odpowiedź na stymulację seksualną związaną z podnieceniem seksualnym. Skutki uszkodzenia rdzenia kręgowego rozpatrywano przede wszystkim pod kątem następstw fizjologicznych, ewokując w miarę szczegółową charakterystykę możliwości funkcjonalnych w tym względzie, z uwagi na fakt, iż są one zależne od rodzaju i wysokości uszkodzenia segmentu rdzenia oraz mają zasadniczy wpływ na funkcjonowanie seksualne osób doświadczonych para- lub tetraplegią. W rozdziale tym dokonano także, co było naturalną konsekwencją przyjętego toku rozumowania, analizy teoretycznej – na podstawie przeglądu dotychczasowego stanu badań – zaburzeń seksualnych występujących u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, oddzielnie dla kobiet i mężczyzn z tym schorzeniem, oraz rodzajów poradnictwa i terapii seksualnej świadczonych tym osobom.

O ile rozdział pierwszy omawia tzw. komponent pierwotny seksualizmu, zwany organicznym, o tyle rozdział drugi obejmuje przedstawienie dwóch kolejnych jego komponentów, a mianowicie: psychoseksualnego i społecznoseksualnego. W rozdziale tym wyodrębniono i uściślono takie ich podstawowe składowe, jak: przystosowanie psychospołeczne i seksualne, obraz siebie i samoocena, potrzeby psychiczne, poczucie sensu życia oraz postawy. Nakreślony został w ten sposób problem badawczy podjętej pracy. Dokonano tego na podstawie prawidłowości występujących tak na gruncie ogólnych teorii przystosowania, samooceny, potrzeb psychicznych, sensu życia i postaw, jak i w psychologii rehabilitacyjnej w odniesieniu do problematyki niepełnej sprawności. Pomocne tu było uwzględnienie odpowiednich analogii do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w szczególności w odniesieniu do tych wybranych aspektów psychoseksualnego i społecznoseksualnego komponentu seksualizmu, w których dane z piśmiennictwa z tego zakresu były fragmentaryczne lub śladowe.

Metodologiczne podstawy badań własnych omówione zostały w rozdziale trzecim. Ukazuje on cel, problemy badawcze i hipotezy robocze. Zawiera także opis zastosowanych metod i technik badawczych oraz uzasadnienie ich wyboru. Chronologia przebiegu badań, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących ustalonych kryteriów doboru grup, zwłaszcza grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a przede wszystkim charakterystyka badanych osób, w odniesieniu do takich m.in. socjologicznych wskaźników, jak: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego, charakterystyka uszkodzenia, okoliczności nabycia urazu, czas trwania niepełnosprawności oraz przebieg leczenia i usprawniania w grupie osób z para- i tetraplegią, w grupie zaś osób pełnoprawnych – płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie i miejsce zamieszkania, potraktowana została w kategoriach opisowych, bez szczegółowych analiz i dociekań przyczyn występowania określonych zjawisk, gdyż wykraczałoby to poza ramy niniejszego opracowania.

Rozdział czwarty poświęcony jest analizie, uzyskanego przez badane osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osoby pełnosprawne, poziomu funkcjonowania seksualnego, ujętego w ramach czynników mierzonych Skalą Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS), Skalą Bódców Seksualnych (SBS) oraz Inwentarzem Interakcji Seksualnej (IIS). Zastosowana tutaj analiza porównawcza, ilościowa i jakościowa, dotyczyła takich m.in. przejawów życia erotycznego badanych osób, jak: uświadomienie seksualne, biografia seksualna, wyobraźnia erotyczna, doświadczenia seksualne przed i po nabyciu uszkodzenia rdzenia kręgowego, zdolność, chęć i potrzeba współżycia seksualnego czy też ocena związków uczuciowych lub przewidywanych przyczyn braku tego typu związków. W ten sam sposób analizowano, ustalone przez badane osoby niepełnosprawne i pełnosprawne, upodobania i preferencje zachowań seksualnych oraz poziom ich przystosowania i satysfakcji seksualnej.

Analizie poziomów funkcjonowania psychospołecznego, uzyskanych przez badane osoby z para- i tetraplegią oraz pełnosprawne, poświęcono rozdział piąty. Poddano tutaj porównaniom dane z zakresu: ogólnego stopnia przystosowania osobistego i społecznego, mierzonego Kwestionariuszem Radzenia Sobie z Problemami (WCQ) – zastosowanego w obu badanych grupach – oraz, tylko w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, Kwestionariuszem Przystosowania Psychospołecznego (PACI) i Psychospołecznym Kwestionariuszem dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ-SCIP); poziomu samooceny, w wymiarach Skali Samooceny (TSCS); nasilenia potrzeb psychicznych, mierzonych Kwestionariuszem H. Murraya; poczucia sensu życia, w wymiarach Skali Sensu Życia (ML); oraz postaw wobec życia erotycznego, w aspekcie czynników mierzonych dyferencjałem semantycznym.

Dzięki zastosowaniu procedury korelacyjnej: analizy czynnikowej do grupowania zmiennych funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych w mniejszą liczbę czynników, informujących o konfiguracjach cech charakteryzujących porównywane grupy badanych osób, testów badania korelacji liniowych i zgodności dwu niezależnie otrzymanych ocen współczynników takich korelacji oraz analizy kanonicznej, do poszukiwania złożonych współzależności między funk-

cjonowaniem psychospołecznym, w wymiarach: przystosowania osobistego i społecznego, samooceny, potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw wobec życia erotycznego, a funkcjonowaniem seksualnym badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych, w rozdziale szóstym zawiera się główna interpretacja zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych.

Prezentowane analizy pozwalają zająć stanowisko wobec przedstawionych w pracy problemów badawczych oraz zweryfikować przyjęte hipotezy robocze, a w konsekwencji sformułować stosowne wnioski. Taka próba opisanie zależności między analizowanymi zmiennymi funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu do analogicznego funkcjonowania osób pełnosprawnych prezentowana jest w podsumowaniu pracy. Zachodzące między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym swoiste sprzężenie zwrotne sprawia, iż wyniki badań mogą okazać się przydatne w procesie szeroko pojętej rehabilitacji osób z para- i tetraplegią, przyczyniając się tym samym do ich integracji społecznej.

ROZDZIAŁ I

FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

1. Erotyzm a seksualizm

Życie erotyczne, ściślej erotyzm, nie jest tu jednoznacznie utożsamiany jako przedmiot zainteresowania z funkcjonowaniem seksualnym, a dokładniej z seksualizmem. W literaturze przedmiotu mamy do czynienia z różnymi znaczeniami obu tych terminów. „Erotyzm” to synonimiczne erotyka, erotyczność czy też erotyczny, „seksualizm” natomiast to seks, seksualny itd. Powodów takiego stanu rzeczy jest wiele, chociaż, co należy podkreślić, obie te grupy znaczeniowe są często stosowane zamiennie. Do przyczyn znaczeniowego rozróżnienia należy zaliczyć wszelkiego rodzaju trudności w jednoznacznym ustaleniu kryteriów warstwy treściowej, co sprawia, że zróżnicowanie to może przybierać, przy uznawaniu podstawowych wartości każdej z nich, różne formy: szerokie lub wąskie, nadrzędne lub podrzędne, z elementami wartościującymi lub bez nich, oraz – będące już specyficznym uszczegółowieniem wcześniejszych – z oddzieleniem zjawisk wyraźnie fizjologicznych od zjawisk natury psychicznej i społecznej (por. Imieliński, 1973; 1980; 1985; Obuchowski, 1984; Obuchowska, Jaczewski, 1992).

Jako pierwszy, wychodząc z założeń wartościujących życie seksualne człowieka, rozdzielenia pojęć „erotyzm” i „seksualizm” dokonał E. Spranger (za: Obuchowska, Jaczewski 1992). Erotyzm był dla niego piękny i pożądany, seksualizm zaś brudny i potępiony. W psychoanalizie seksualizm pojmowano nadrzędnie w stosunku do erotyzmu. Łączono go bowiem z określeniem potrzeby zaspokajania libido, czyli zaspokajania ogólnej energii, podstawowej – jak twierdził Z. Freud – siły napędowej organizmu, w przeciwieństwie do „erotyzmu” jako pojęcia o wiele węższego, gdyż zarezerwowanego do określania jedynie podniecenia seksualnego (por. Obuchowska, Jaczewski, 1992).

R. May (1978) w wyróżnionych przez siebie czterech sposobach rozumienia miłości na pierwszym miejscu wymienił seks, utożsamiany przez niego ze zmysłowością i libido, a dopiero na drugim eros, jako miłość dążąca do prokreacji, czyli wyższą formę istnienia, chociaż – jak sądzi autor – powstającą głównie z potrzeby seksualnej.

K. Obuchowski (1984), odwołując się do fizjologicznych i psychologicznych aspektów kryterium wartościującego oba pojęcia, słowem „seks” określił techniczną stronę stosunków seksualnych, czyli procesów fizjologicznych oraz technik powodujących rozkosz, a słowem „erotyzm” wewnętrzne przeżycia związane z seksem, czyli komponent psychologiczny, a w nim oceny oraz postawy wobec seksu. Erotyzm zatem, w przeciwieństwie do seksualizmu, pozostaje związany, jak twierdzi K. Obuchowski, przede wszystkim z rozwojem psychiki człowieka i w swej naturze jest wytworem wyłącznie ludzkim. To swego rodzaju uszczegółowienie, na płaszczyźnie psychologicznej, a szerzej – humanistycznej, stanowiska M. Grzywak-Kaczyńskiej (1972), dla której terminy „seks” i „seksualizm” mogą być używane wyłącznie przy omawianiu biologicznego aspektu zagadnienia, w przeciwieństwie do terminów „erotyka”, „erotyzm”, do których, jej zdaniem, odwołujemy się wtedy, gdy patrzymy na problem z szerszej perspektywy całej osobowości. Erotyka zatem to, jak twierdzi M. Grzywak-Kaczyńska (1972), niektóre z kształtujących się systemów psychofizycznych w osobowości człowieka, decydujące o jego myśleniu i postępowaniu lub, innymi słowy, pewne sposoby ustosunkowania do osób płci przeciwnej.

Zdaniem K. Imielińskiego (1973; 1985), pojęcie „erotyka” ma zakres szerszy niż pojęcie „seksualność”. Obejmuje ono bowiem seksualność wraz ze sferą uczuć, intelektu i innymi sferami psychiki istoty ludzkiej. Seksualność to, według autora, tylko jeden ze składników erotyzmu, fundamentalny, lecz nie jedyny. Podobne stanowisko prezentują: J. Gajda (1993), uważający seks za ważny składnik erotyzmu, oraz I. Obuchowska i A. Jaczewski (1992; por. Obuchowski, 1984), którzy seksualizm pojmują bardzo wąsko, ograniczając jego zakres li tylko do procesów fizjologicznych, natomiast erotyzm traktują bardzo szeroko, jako powstający – zazwyczaj – na podłożu seksualizmu, dotyczący jednak nade wszystko sfery psychicznych przeżyć człowieka. Zagadnieniem erotyzmu jest więc, jak twierdzą autorzy, zainteresowanie problemami płci, miłość do drugiej osoby, zawierająca choćby nie uświadomione elementy pożądania seksualnego, oraz twórczość artystyczna, obejmująca treści seksualne, czyli wszystko to, co dotyczy ludzkich przeżyć i zachowań związanych z płcią, a nie odnosi się w linii prostej do czynników czysto fizjologicznych. Jednakże ci sami autorzy podkreślają zarówno dodatnią, przydatną w wyróżnianiu odmiennych zjawisk, jakimi są w rzeczy samej erotyzm i seksualizm, jak i ujemną stronę rozdzielenia obu tych pojęć, uważając takie działania za sztuczne i trudne w powszechnej realizacji.

Przeżycia seksualne rozgrywają się u człowieka równocześnie, jak podaje K. Imieliński (1985), w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychicznej i społecznej. Rozkosz seksualna może być więc osiągnana nie tylko w kontaktach wyraźnie seksualnych, lecz w każdej formie zmysłowego kontaktu międzyludzkiego, dlatego też, według autora, wszystkie kontakty międzyludzkie mogą podlegać różnie nasilonej erotyzacji. Trudno zatem znaleźć reakcje czysto seksualne, gdyż niemal zawsze towarzyszą im elementy, które należy kwalifikować do zjawisk erotycznych. I. Obuchowska i A. Jaczewski (1992) podają, iż na poziomie kory mózgowej następuje integracja czynności popędowych z mechani-

zmami fizjologicznymi i psychicznymi (por. Imieliński, 1984; 1990; Obuchowski, 1984), co powoduje, że tworzą one trudną do rozdzielenia całość. Przestrzegają zatem przed seksualizmem instrumentalnym, odizolowanym od tzw. psychicznej nadbudowy związanej z erotyzmem. Ludzki seksualizm obejmuje więc, jak twierdzą, nie tylko aktywność realizującą popęd, ale też myśli, uczucia, obyczaje, czyli zespół zjawisk określanych mianem erotyzmu.

Powiązanie seksu, głównego składnika życia erotycznego, z uczuciami i potrzebą kontaktu emocjonalnego nie zawsze i nie we wszystkich koncepcjach psychologicznych było podkreślane i obecne (Obuchowska, Jaczewski, 1992). Z. Freud (za: Obuchowska, Jaczewski, 1992) na przykład nie uznawał potrzeby kontaktu emocjonalnego, ale dla współczesnych poglądów, i to nie tylko z dziedziny psychologii czy psychiatrii, charakterystyczne jest stanowisko odmienne. Według A. Kępińskiego (1988), istotę popędu seksualnego wyznacza jego charakter społeczny. Związek seksualny to, zdaniem autora, realizacja ludzkiej tęsknoty za wyjściem poza granice własnej indywidualności i za złączeniem się z otaczającym światem. K. Imieliński (1990) silną emocjonalną więź istniejącą między partnerami uważa za jeden z decydujących czynników sprzyjających uzyskaniu satysfakcji erotycznej. Podkreśla on, że dla prawidłowego rozwoju emocjonalno-seksualnego i dla zaspokojenia potrzeby seksualnej duże znaczenie ma stopień jej integracji z potrzebą kontaktu emocjonalnego. Potrzeba takiego kontaktu, nawiązywanie głębszej więzi z innym człowiekiem powstaje bowiem, jego zdaniem (por. Wiśniewska-Roszkowska, 1986; Obuchowska, Jaczewski, 1992), wcześniej niż potrzeba seksualna. Jej prawidłowe ukształtowanie, w którego następstwie powstaje umiejętność nawiązywania głębokich więzi uczuciowych z innym człowiekiem, decydująco wpływa na formy zaspokojenia potrzeby seksualnej. Jeżeli więc rozwój potrzeby kontaktu emocjonalnego uległ zakłóceniu, to i potrzeba seksualna jest zaspokajana bez głębokiej więzi, li tylko na podłożu powierzchownym. Jak twierdzi K. Imieliński (1984; 1990), zbudowane na takich uczuciach związki, jak partnerstwo i małżeństwo, mogą okazać się krótkotrwałe. Integracja potrzeb oznacza bowiem sprzężenie uczuć z seksualnością. Stwarza to szansę nie tylko redukcji napięć, frustracji, ale również kompensacji braku możliwości zaspokojenia wielu potrzeb o istotnym znaczeniu dla rozwoju człowieka.

Powiązanie seksu z uczuciem sprawia, jak podaje M. Trawińska (1984), że czynności seksualne człowieka mogą stać się dla niego czymś więcej niż tylko rozładowaniem napięć seksualnych – formą kontaktu społecznego dającą możliwość redukcji wielu napięć, usunięcia osamotnienia czy też kompensowania braków. Ma to znaczenie zarówno dla społecznego funkcjonowania człowieka, jak i wewnętrznego poczucia szczęścia. Najlepiej realizuje się to w trwałych związkach erotycznych, do których zgodnie ze swoją naturą człowiek dąży i które należą do dorobku kultury (Trawińska, 1984). Związek erotyzmu z szeroko rozumianą kulturą powoduje, że erotyzm ma charakter wielofunkcyjny: ujmowany jest bowiem jako wartość witalna, czyli łącząca się z poczuciem własnej wartości; kulturowa; moralna i osobista, jako zaspokajająca różnorodne potrzeby, nie tylko seksualną i uczuciową, ale również poznawczą, stąd jest źródłem

aktywności człowieka, poczucia siły i szczęścia. Pogłębiany kontakt z drugim człowiekiem daje, jak twierdzi autorka, możliwość pełnego uzewnętrznienia się.

Życie erotyczne człowieka może odgrywać rolę zarówno pozytywną, jak i negatywną (Obuchowska, Jaczewski, 1992), stając się podłożem poczucia mocy lub niepełnowartościowości, pewności siebie lub kompleksu niższości, przyczyną prężności fizycznej lub apatii. Zależy to od wielu czynników sytuacyjnych i osobowościowych. Potrzeba seksualna jako potrzeba nie tylko fizjologiczna, ale również psychiczna, ma też odmienną wartość dla różnych ludzi i wartość ta może zmieniać się w przebiegu życia jednego człowieka. Jednym z najistotniejszych zaś procesów uczuciowych, rozwijających się na podłożu potrzeby seksualnej, jest, według K. Imielińskiego (1980; 1985; 1990; por. Lew-Starowicz, 1972), miłość erotyczna. Proces ten stwarza głęboką więź z drugim człowiekiem, wykraczającą daleko poza składniki seksualne. Charakteryzuje się on przede wszystkim dążeniem do stworzenia wspólnoty z obiektem miłości i odczuwaniem go jako nierozłącznej części siebie samego. Pragnienie zespolenia z obiektem miłości może być tak silne, że będzie, jak twierdzi K. Imieliński (1985; 1990), rozciągać się również na chęć utrwalenia tego zespolenia poprzez dziecko. Trudno zatem mówić o erotyzmie bez komponentu uczuciowego, w przeciwieństwie do zachowań seksualnych, które nie zawsze zawierają ten komponent, w odniesieniu np. do zachowań prowadzących jedynie do rozładowania napięcia seksualnego, czyli również nie każdorazowo związanych z życiem erotycznym.

J. Gajda (1993) wyróżnił trzy rodzaje seksu: seks zimny, ciepły i gorący. Z seksem zimnym mamy do czynienia wtedy, gdy współzycie partnerów traktowane jest na zasadzie higienistycznej, jako rozładowanie napięcia, zaspokojenie popędu, bez jakiegokolwiek zaangażowania uczuciowego. Taką postawę J. Gajda (1993) nazywa naturalistyczną, inaczej infantylną. Seks ciepły przybiera często charakter zabawowy, ludyczny, wartością samą w sobie jest tutaj ciało jako źródło przyjemności, swego rodzaju przerywnik monotonnego i nudnego życia. W obu tych rodzajach seksu spotykamy często, zdaniem J. Gajdy, różne formy patologii seksualnej. Seks gorący zaś charakteryzuje się więzią pomiędzy partnerami, a ściślej ich wzajemnie silnym popędem. Wytwarza się wówczas ekstatyczny związek cielesny, który zespała partnerów niekiedy pomimo obcości psychicznej, odmienności poglądów i zainteresowań. Może zrodzić się z niego – jak pisze autor – miłość, liczy się jednak przede wszystkim pożądanie, którego spełnienie daje obojgu partnerom satysfakcję, rozkosz i odprężenie. Ważna jest tu zatem techniczna strona kontaktu fizycznego, stąd związek taki zazwyczaj bywa nietrwały z powodu rozczarowania współzyciem i w ostateczności może prowadzić do nerwic seksualnych.

Każde zachowanie, w tym także zachowanie seksualne jest, według L. Gapika (1984), funkcją dwóch rodzajów czynników: sytuacyjnych i osobowościowych. Zachowanie seksualne ma na celu uzyskanie satysfakcji seksualnej, rozumianej jako każdy rodzaj przyjemnego doznania seksualnego, zarówno w aspekcie przeżycia psychicznego, jak i doznań związanych np. z podrażnieniem sfer erogennych. Na zachowania seksualne mają zatem wpływ bodźce wewnętrzne, somatyczne, aktualnie działające na człowieka, uprzednie sytuacje,

inaczej doświadczenia, nie zawsze seksualne oraz cechy osobowości powstałe w wyniku tych doświadczeń, np. lękliwość, agresywność. L. Gapik prezentuje następujące formy zachowań seksualnych (por. Imieliński, 1984): zachowania seksualne angażujące drugą osobę, czyli z partnerem, należące do zachowań społecznych w przeciwieństwie do zachowań autoseksualnych, a więc takich, które realizowane są bez pomocy partnera, czyli wszystkie rodzaje masturbacji, łącznie z oglądaniem pornografii. Wśród zachowań seksualnych z partnerem wyróżnia zachowania heteroseksualne i homoseksualne, przybierające różne formy interakcji seksualnych wtedy, gdy partnerzy współdziałają w realizacji wspólnego celu, lub jednostronne, gdy partner nie odwzajemnia zachowań seksualnych – traktowane jako patologia seksualna. Społeczne zachowania seksualne mogą być zgodne z obowiązującym systemem norm lub te normy naruszać (zob. Imieliński, 1985; 1990; Wiśniewska-Roszkowska, 1986; Kępiński, 1988). Zależy to w dużej mierze od uwarunkowań społeczno-kulturowych, w których zachowania występują (por. Imieliński, 1985; 1990).

W konkluzji niniejszych rozważań należy stwierdzić, iż pojęcie erotyzmu jest szersze od pojęcia seksualizmu. Obejmuje ono bowiem swym zakresem wszystkie przejawy życia, w których spotykamy elementy seksualności, zmierzające nie tylko do uzyskania satysfakcji seksualnej, ale do tworzenia silnych związków uczuciowo-intelektualnych, a więc dotyczących sfery przeżyć psychicznych. Funkcjonowanie seksualne jest zatem li tylko jednym ze składników życia erotycznego. Takie, szerokie rozumienie pojęcia erotyzmu, życia erotycznego, wynika zarówno z poczynionych tu rozważań, jak i niewątpliwego wpływu ujmowania tej problematyki przez K. Imielińskiego (1985; 1990). Stoi on na stanowisku, że u człowieka od urodzenia działają mechanizmy neurofizjologiczne konieczne do reakcji seksualnych, ale zarówno świadomość seksualna, poczucie przynależności do płci, jak i kierunek potrzeby seksualnej zostają określone głównie pod wpływem czynników środowiskowych. Seksualność człowieka oddziałuje więc, jak twierdzi autor, na wszystkie sfery psychiki, intelekt, emocje itp., na tworzenie więzi międzyludzkich i w ogóle stosunków społeczno-kulturalnych, ale też wszystkie sfery psychiki i stosunki społeczno-kulturalne wpływają na przejawy seksualności i na sposoby zaspokajania potrzeb seksualnych. W takiej koncepcji ważną rolę odgrywają relacje międzyludzkie, na których podstawie powstają związki uczuciowe, jak: partnerstwo, przyjaźń i najistotniejszy, szczytowy związek uczuciowy, jakim jest miłość; trwałe związki uczuciowe i seksualne: małżeństwo, rodzina oraz pragnienie ich uzewnętrznienia poprzez posiadanie potomstwa lub zabezpieczenia przed nim w postaci antykoncepcji.

2. Psychofizjologia czynności seksualnych

Dlaczego „psychofizjologia czynności seksualnych” (reakcji seksualnych – za: Imieliński, 1990), a nie np. „fizjologia rozrodu” czy też wyłącznie

„neurofizjologia czynności seksualnych”, chociaż to ostatnie określenie jest tu – ze względu na podjętą problematykę badawczą – uprawnione i w dalszej części rozważań będzie eksponowane. Ponieważ, jak twierdzi K. Imieliński (1984; 1990), każda czynność seksualna, oprócz mechanizmów fizjologicznych zawiera komponenty natury psychologicznej i socjologicznej. Stąd jakiegokolwiek zmiany fizyczne i psychiczne, występujące w czasie podniecenia seksualnego, rozumianego tutaj w sensie ogólnym jako gotowość do reakcji seksualnej (Imieliński, 1984; 1990), są przedmiotem dociekań psychofizjologii seksualnej. Innymi słowy, psychofizjologia czynności seksualnych obejmuje zakresem dociekań nie tylko reakcje występujące w obrębie narządów płciowych, wspólnie z innymi narządami i układami, co jest przede wszystkim domeną zainteresowań naukowych m.in. fizjologii, neurofizjologii czy też neuroendokrynologii, określanych przez niektórych badaczy mianem bioseksuologii (Imieliński, 1990), ale także wszelkiego rodzaju odczucia, stanowiące odpowiedź na stymulację seksualną związaną z podnieceniem seksualnym – domenę badań psychologii i pokrewnych jej nauk.

Zaproponowany przez K. Imielińskiego (1990) schemat mechanizmów biologicznych warunkujących prawidłowe reakcje seksualne, w którym uwzględnione zostały, wraz z kierunkami zależności i współzależności, takie składowe tego modelu, jak: bodźce zmysłowe, kora mózgowa, międzymózgowie, przysadka mózgowa, rdzeń kręgowy z wyodrębnionymi odcinkami: lędźwiowym, z umiejscowionym w nim ośrodkiem wytrysku, i krzyżowym, z umiejscowionym w nim ośrodkiem erekcji, członka lub łechtaczka, hormony płciowe, czynnik x oraz tzw. dobre samopoczucie, jest graficzną prezentacją metodologicznego podejścia autora do wyjaśnienia zjawiska funkcjonowania seksualnego człowieka. Precyzyjniej rzecz ujmując, jest prezentacją – jak chce tego autor – mechanizmów niezbędnych w utrzymywaniu wewnętrznej gotowości organizmu do przeobrażeń na seksualne bodźców, czy to zmysłowych, czy też wyobraźniowych, celem uzyskania podniecenia seksualnego. Bodźce zmysłowe wspólnie z pobudzoną wyobraźnią seksualną wzmagają stan podniecenia. Gdy dochodzi do kontaktu seksualnego, drogą „do” przekazywane są do kory mózgowej bodźce dotykowe, skąd trafiają do ośrodków seksualnych w międzymózgowiu. Stamtąd zaś, drogą „od”, do ośrodków seksualnych w rdzeniu kręgowym, przy równoległej, obocznej, ale bezpośrednio drodze do członka lub łechtaczki, czym powodują przyplnięcie do nich krwi – pojawia się erekcja. Wraz ze stymulacją obszarów erogennych tzw. grą miłosną i stosunkiem dochodzi do przejścia bodźców z ośrodka erekcji do ośrodka wytrysku, co doprowadza do przeżycia orgazmu, po którym występuje już tylko zmęczenie.

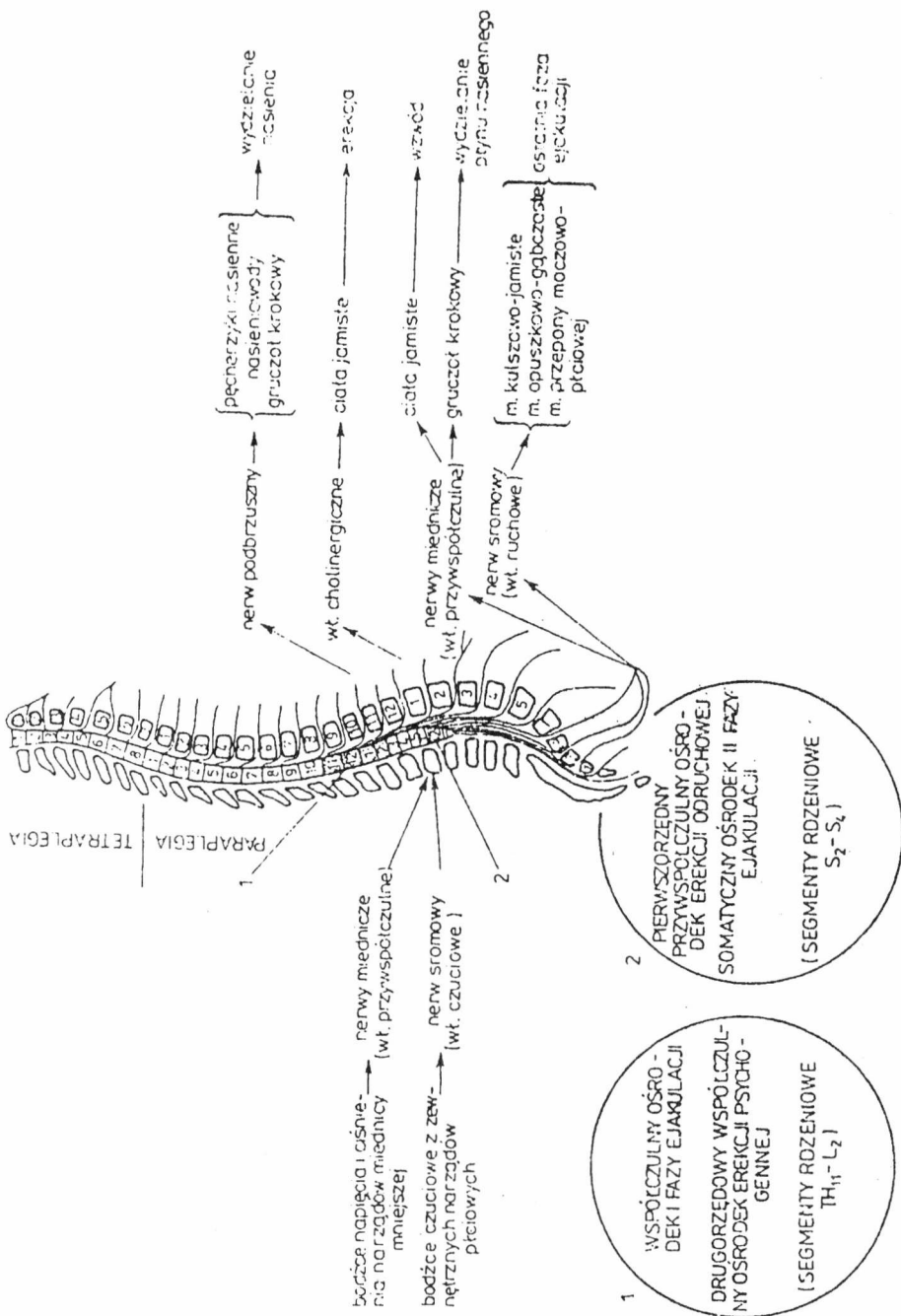
Ten, w jakże dużym uproszczeniu przedstawiony tu, „przebieg stanu podniecenia” (Imieliński, 1990) wygląda nieco inaczej, gdy analizowany jest z punktu widzenia psychologii. K. Obuchowski (1984) zaproponował własny model mechanizmu czynności seksualno-erotycznych. Jest on oczywiście, co należy zaznaczyć, zdeterminowany również biologicznie i składa się z trzech poziomów, zwanych przez autora warstwami. Warstwa pierwsza obejmuje: odruchowo-warunkowe reakcje seksualne i przeżycia erotyczne, tak dodatnie, jak i ujemne, czynności ideacyjno-wyobraźniowe oraz asocjacje (skojarzenia) mo-

nokonkretne. Warstwa druga to przede wszystkim ośrodek generujący napięcie seksualne, ośrodek wygaszający je oraz rdzeniowe ośrodki odruchów seksualnych. Ostatni człon tej warstwy stanowi tzw. stymulacja mechaniczna sfer erogennych. W warstwie trzeciej mamy do czynienia z gruczołami wydzielania wewnętrznego uczestniczącymi w inicjacji napięć seksualnych na drodze sprzężenia zwrotnego wpływu pobudzającego z ośrodkiem generującym napięcie seksualne z warstwy drugiej. Wpływ pobudzający poszczególnych członów różnych warstw na siebie, czyli ściśle powiązanie mechanizmów każdej z warstw, jest tu oczywisty, ale – jak podaje autor – arbitralnie przyjęty ze względu na niedostateczne uzasadnienie naukowe.

Narastające napięcie seksualne, czyli ramię wstępujące przebiegu podniecenia, jest kontrolowane przez przywspółczulny układ nerwowy, wyładowanie seksualne, jako ramię zstępujące przebiegu, pozostaje pod kontrolą współczulnego układu nerwowego. Według A. Kępińskiego (1988), mężczyźni są bardziej uzależnieni od ramienia wstępującego, kobiety zaś od ramienia zstępującego. Badania W. Mastersa i V. Johnson (za: Kępiński, 1988) wykazały, że przebieg podniecenia seksualnego u mężczyzn ma tylko jeden wzór reakcji, o charakterze receptywnym, natomiast u kobiet takie wzory reakcji występują co najmniej trzy i wszystkie mają charakter informacyjny. W zasadniczym stopniu wynika to z wewnętrznego i zewnętrznego zróżnicowania płci (zob. Donovan, 1991). Erekcja i ejakulacja są skryte u kobiet, a ewidentne u mężczyzn (Kępiński, 1988). U mężczyzn, co należy przypomnieć, przy całym skomplikowaniu funkcji sfery rozrodczej, brakuje kobiecego odpowiednika najniższego jej poziomu, którym jest macica (Wiśniewska-Roszkowska, 1986).

Przedstawiony tutaj (s. 23) schemat (za: Bohatyrewicz, 1990; por. Buczyński, 1986; Imieliński, 1990; Donovan, 1991) ilustruje udział w funkcjach seksualnych mężczyzn ośrodków rdzeniowych oraz przywspółczulnego, współczulnego i somatycznego układu nerwowego, stanowiąc specyficzne uszczegółowienie – wykraczające tym samym poza przyjętą konwencję tego wątku analiz – czynności seksualnych dokonane na płaszczyźnie neurofizjologicznej. Po to jednak, by w dalszej części rozważań (zob. rozdział I.3) scharakteryzować patologię rdzeniową czynności seksualnych (za: Buczyński, 1986), trzeba wcześniej nakreślić ich tło neurologiczne i fizjologiczne. A zatem, jak wynika ze schematu, we wszystkich strukturach czynnościowych realizacja funkcji seksualnych zależy od końcowego odcinka łuku odruchowego – abstrahując od układu naczyniowego i hormonalnego – którego zakończenie mieści się w piersiowo-lędźwiowym (Th_{11} - L_2) i krzyżowym (S_2 - S_4) odcinku rdzenia. Czterosegmentowy odcinek rdzenia piersiowo-lędźwiowego odpowiada bowiem za włókna współczulne, które z niego biorą początek, tworząc współczulny ośrodek pierwszej fazy ejakulacji oraz drugorzędowy współczulny ośrodek erekcji psychogennej, natomiast trzysegmentowy odcinek rdzenia krzyżowego za włókna przywspółczulne z niego wychodzące i tworzące pierwszorzędowy ośrodek erekcji odruchowej. Z krzyżowych segmentów rdzenia biorą również początek nerwy somatyczne, odpowiedzialne za somatyczny ośrodek drugiej fazy ejakulacji (por. Kępiński, 1988; Bohatyrewicz, 1990; Donovan, 1991). Mamy tu więc do czynienia z dwoma szlakami regulacji: odruchowym – funkcjonalnie sprawnym

Schemat – ośrodki rdzeniowe i unerwienie męskich narządów płciowych (za: Bohatyrewicz, 1990)



w przypadku czynnych nerwów sromowych niosących włókna aferentne, połączeń synaptycznych w krzyżowym odcinku rdzenia, a także nerwów spłotu miednicznego przenoszących przywspółczulne włókna eferentne; psychogenym – bardziej skomplikowanym, obejmującym liczne aferentne drogi nerwowe, wespół z bodźcami zmysłowymi i wyobrażeniami erotycznymi, a przede wszystkim eferentne drogi współczulnego układu nerwowego (Donovan, 1991).

Neurofizjologia czynności seksualnych u kobiet zdeterminowana jest – w największym uproszczeniu – odczuwaniem bodźców seksualnych, spośród których znaczący wpływ mają bodźce psychiczne (Griffith, Trieschmann, 1975; Bohatyrewicz, 1990), związanych z czuciem powierzchownym i głębokim. Bodźce wstępujące, czuciowe przechodzą nerwami sromowymi i włóknami przywspółczulnymi nerwów miednicznych do krzyżowych segmentów rdzenia od S₂ do S₄, a dalej do kory mózgowej i ośrodków podkorowych. Bodźce zstępujące, docierając do narządów płciowych drogą odwrotną, przy mniejszym jednak udziale współczulnych włókien pozardzeniowych piersiowego odcinka kręgosłupa i nerwów podbrzusznym, przyczyniają się jednocześnie do lepszego ukrwienia okolicy krocza, erekcji łechtaczki, wydzielania śluzu oraz skurczów mięśni macicy i pochwy (Bohatyrewicz, 1990).

Uszkodzenia rdzenia kręgowego, z następstwami neurologicznymi zależnymi od rodzaju, ale nade wszystko od wysokości uszkodzenia segmentu rdzenia mają zasadniczy wpływ na funkcjonowanie seksualne ludzi doświadczonych tym zdarzeniem.

3. Patofizjologia uszkodzeń rdzenia kręgowego

Rdzeń kręgowy zbudowany jest z komórek i włókien nerwowych. Rozciąga się on od dolnej części mózgowia do wysokości pierwszego, drugiego kręgu lędźwiowego w postaci stożka rdzeniowego (struktury nerwowe zlokalizowane powyżej stożka rdzeniowego określa się mianem górnego motoneuronu, poniżej zaś dolnego motoneuronu). Budowa wewnętrzna rdzenia podobna jest do budowy mózgu. W skład jej wchodzi istota szara i biała. Istota szara leży wewnątrz białej i kształtem przypomina motyla. Części przednie istoty szarej, zwane rogami przednimi, zawierają komórki ruchowe, natomiast części tylne, tzw. rogi tylne, składają się z komórek czuciowych. W odcinku piersiowym rdzenia istnieją jeszcze rogi boczne, zawierające komórki wegetatywne. Od rogów przednich odchodzą korzenie przednie nerwów rdzeniowych, przewodzące włókna ruchowe, od rogów tylnych zaś korzenie tylne, przewodzące włókna czuciowe. Korzenie te łączą się i tworzą tzw. nerw rdzeniowy, który po wyjściu z kanału kręgowego, krótkim przebiegu i wymieszaniu włókien ruchowych z czuciowymi, rozczepia się na gałąź przednią, zwaną brzuszną, i gałąź tylną, czyli grzbietową, zawierając sobą w obu gałęziach zarówno włókna ruchowe, jak i czuciowe. Każdy z odcinków rdzenia kręgowego, połączony z korzeniami jednej pary

nerwów rdzeniowych, nosi nazwę segmentu rdzenia lub neuomeru. Zgodnie ze stałą liczbą par nerwów rdzeniowych rdzeń składa się z 31 segmentów. Tworzą one następujące części: szyjną (8 odcinków) – C_1 - C_8 ; piersiową (12 odcinków) – Th_1 - Th_{12} ; lędźwiową (5 odcinków) – L_1 - L_5 ; krzyżową (5 odcinków) – S_1 - S_5 oraz guziczną (jeden lub dwa odcinki) – C_0 . Ochronę rdzenia, oprócz bezpośrednio osłaniających go opon rdzeniowych wraz z płynem rdzeniowo-mózgowym, wiotką tkanką łączną i tłuszczową oraz splotami żylnymi, stanowi kręgosłup. Podstawą jego budowy są 33-34 kręgi, w tym: 8 szyjnych, 12 piersiowych, 5 lędźwiowych, 5 krzyżowych i 4-5 guzicznych (ogonowych). Neuroмеры dopasowane są tylko do tych kręgów, przez które przechodzą, tzn. jedna para nerwów rdzeniowych opuszcza rdzeń kręgowy i przechodzi przez otwory międzykręgowe (zob. schemat – s. 23) do mięśni i głównych nerwów łączących się z nimi i unerwiających odpowiednie odcinki ciała, czyli metamery (zob. Makowski, 1971; Sylwanowicz, 1980; 1984; Bochenek, Reicher, 1981; Chlebińska, 1986; Haftek, 1986; Sadowski, Chmurzyński, 1989; Kiwerski, 1993).

Funkcje rdzenia kręgowego w organizmie są rozliczne i bardzo ważne (Strojnowski, 1981), ale zasadniczo sprowadzają się do dwóch podstawowych (Chlebińska, 1986), mianowicie: otrzymuje on z receptorów impulsy czuciowe i wysyła do narządów wykonawczych impulsy ruchowe, otrzymuje też informacje z ośrodków mózgowych i do nich odpowiednie informacje przekazuje; samodzielnie organizuje niektóre czynności, zwane odruchami rdzeniowymi, odpowiadając także za wykonywanie ruchów dowolnych. Wszelkie zatem nieprawidłowości w jego normalnym funkcjonowaniu, pod postacią np. uszkodzenia ośrodków rdzenia lub korzeni przednich nerwów rdzeniowych, uniemożliwiają wykonywanie odruchów oraz ruchów dowolnych, czyli są przyczyną poważnych konsekwencji tak natury funkcjonalnej, jak i morfologicznej (por. Świderski, 1968; Dega, 1983).

W zależności od stopnia intensywności obrażeń wyróżnia się kilka rodzajów uszkodzeń rdzenia kręgowego. M. Weiss (1974) wymienia następujące formy urazów: wstrząśnięcie, stłuczenie i zranienie rdzenia. A. Prusiński (1983) mówi o: wstrząśnięciu rdzenia, obrzęku pourazowym rdzenia, stłuczeniu rdzenia, ucisku rdzenia, krwiaku śródrdzeniowym oraz zmiążdżeniu rdzenia. A. Szulc (1983) natomiast podaje: wstrząśnięcie, stłuczenie, zranienie, ucisk i całkowite przecięcie rdzenia. Dla J. Hańka (1986) zaś cztery podstawowe mechanizmy urazu rdzenia kręgowego to: wstrząśnięcie, stłuczenie, ucisk i uszkodzenie naczyń.

Wstrząśnięcie i obrzęk rdzenia, zdaniem A. Prusińskiego (1983; por. Haftek, 1986), znamionują się tymi samymi cechami klinicznymi, objawiającymi się, według A. Szulca (1983), częściową lub całkowitą, ale zawsze odwracalną utratą jego czynności poniżej poziomu uszkodzenia na okres kilkunastu godzin lub kilku dni. Stłuczenie rdzenia jest następstwem średnio ciężkiego urazu (Szulc, 1983; por. Haftek, 1986), związanego ze zniszczeniem tkanki rdzeniowej (Prusiński, 1983), z równoczesnym uszkodzeniem naczyń krwionośnych (Szulc, 1983) przez bezpośrednie działanie odłamów kostnych. Poważniejsze uszkodzenie rdzenia przez odłamki kostne lub ciała obce nosi miano zranienia rdzenia.

W obu jednak przypadkach rokowania są niepewne i zazwyczaj, jak podaje A. Prusiński (1983), w ich wyniku pozostają trwałe zmiany,

Kolejną formą urazu rdzenia jest ucisk. Zdaniem J. Kucha (1989), "częściej" przyczynę uszkodzenia stanowi nie mechaniczne zniszczenie rdzenia, lecz krócej lub dłużej trwający ucisk o różnym stopniu natężenia. Może to doprowadzić do uszkodzenia naczyń krwionośnych i wynaczynienia śródrdzeniowego oraz wspomnianych zaburzeń w ukrwieniu. Powikłania spowodowane przemieszczeniami kostnymi w złamaniach kręgosłupa, często spotęgowane przez: krwotok rdzenia, krwawienie zewnątrzrdzeniowe oraz towarzyszące obrzęki rdzenia, powodują fizjologiczne przerwanie czynności rdzenia (Szulc, 1983; zob. Haftek, 1986). Upośledzenie drożności naczyń rdzeniowych daje w konsekwencji obrzęk, którego długie utrzymywanie się wywołuje niedokrwienie, mogące być przyczyną zmian martwiczych rdzenia (Chromiec, 1983), prowadzących, w wyniku uszkodzenia komórek ruchowych rogów przednich, do nieodwracalnych zaników mięśni i niedowładów. Szybkie jednak odbarczenie rdzenia i uwolnienie go od ucisku oraz oczyszczenie kanału kręgowego może spowodować cofnięcie się obrzęku rdzenia, a tym samym jego skutków. Możliwości takiej nie daje sytuacja, w której dochodzi do zmiążdżenia rdzenia lub całkowitego jego przecięcia, ponieważ zmiany, jakie w konsekwencji zachodzą, są zazwyczaj nieodwracalne (Jakimowicz, 1981; Chromiec, 1983; Prusiński, 1983; Szulc, 1983; Weiss, 1983; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993). Pierwotne objawy poznaje się po wiotkich porażeniach poniżej miejsca uszkodzenia, zatrzymaniu moczu, stolca oraz niemal stałym wzwodzie – u mężczyzn – członka (Szulc, 1983).

Jak zatem widać, istnieje wielość rodzajów uszkodzeń rdzenia kręgowego. Ogólnie jednak sprowadzają się one do dwóch podstawowych (Chromiec, 1983; por. Makowski, 1971; Weiss, 1974; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993): uszkodzeń całkowitych i częściowych, od których to, jak się powszechnie sądzi, zależą możliwości funkcjonalne chorego. Możliwości funkcjonalne chorego zależą również, według J. Makowskiego (1971), od stopnia uszkodzenia korzonków nerwowych, ale nade wszystko od wysokości uszkodzenia segmentu rdzenia. Dlatego przyjmuje się (zob. Weiss, 1983; Chromiec, 1983 i inni), że najcięższe przypadki dotyczą uszkodzeń części szyjnej, stąd zasadą jest, że im niższy poziom uszkodzenia rdzenia tym mniejsza rozległość porażień i związane z tym większe możliwości funkcjonalne.

W przypadkach całkowitego uszkodzenia rdzenia stwierdza się u chorych brak czucia powierzchniowego i głębokiego (dotyku, bólu, temperatury, ułożenia) oraz funkcji dowolnych mięśni, na tych poziomach, na których uległy zniszczeniu segmenty rdzeniowe, i poniżej nich (Kiwski, 1993).

Uszkodzenie w odcinku szyjnym rdzenia kręgowego nazywane jest tetraplegią (lub quadriplegią), tj. zespołem porażenia czterokończynowego, charakteryzującego się całkowitym brakiem ruchów czynnych kończyn górnych i dolnych oraz porażeniem mięśni tułowia (uszkodzenie lub zamknięcie ruchowej i czuciowej funkcji w segmentach szyjnych rdzenia kręgowego z powodu zniszczenia elementów nerwowych w kanale kręgowym) i narządów miednicy

(za: Ditunno, Chairman 1992; por. Makowski, 1971; Ferguson-Gregory, 1976; Gałkowski, Kiwerski, 1986).

Uszkodzenie całkowite rdzenia w części piersiowej i niższych nosi miano paraplegii, tj. zespołu symetrycznego porażenia dwukończynowego, obejmującego uszkodzenie lub zanik funkcji ruchowej i czuciowej w segmentach piersiowych, lędźwiowych i krzyżowych rdzenia kręgowego, w następstwie zniszczenia elementów nerwowych w kanale kręgowym, powodującego porażenie kończyn dolnych, tułowia i narządów miednicy (za: Ditunno, Chairman, 1992; por. Makowski, 1971, Ferguson-Gregory, 1976; Gałkowski, Kiwerski, 1986).

Charakter uszkodzeń częściowych rdzenia, w związku z niejednorodnym obrazem upośledzenia funkcji neurologicznych, zdeterminowanych wysokością uszkodzonego segmentu rdzenia oraz głębokością i rozległością jego uszkodzenia, jest bardziej zróżnicowany i powoduje wiele różnorodnych zjawisk. Stąd klasyfikacja uszkodzeń częściowych rdzenia – wykorzystująca podział rozpowszechniony w piśmiennictwie światowym przez H. Frankela i in. (za: Kiwerski, 1993) – wyróżnia trzy podstawowe grupy (Chromiec, 1983), a mianowicie: częściowe – z zachowanym, lecz zaburzonym czuciem głębokim i pełnym porażeniem ruchowym; częściowe – z zaburzeniami czucia i śladową funkcją dowolną mięśni oraz częściowe – z niewielkiego stopnia zaburzeniami czucia i różnego stopnia niedowładami mięśni (por. Haftek, 1986; Kuch, 1989; Ditunno, Chairman, 1992; Kiwerski, 1993).

Podział ten jest bardzo ogólny, dlatego częściej w praktyce stosowany bywa wyróżnik poszczególnych zespołów neurologicznych, czyli "charakterystycznych zespołów częściowego uszkodzenia rdzenia" (Kiwerski, 1993, s. 45), jakie obserwuje się na podstawie podobieństwa występowania pewnych cech szczególnych. Zalicza się do nich: stłuczenie rdzenia, wstrząśnięcie rdzenia (zob. Prusiński, 1983; Szulc, 1983), zespół centralny, zespół tętnicy przedniej (zob. Chromiec, 1983) oraz zespół Brown-Sequarda (zob. Jakimowicz, 1981; Chromiec, 1983; Szulc, 1983; Kiwerski, 1993). Oczywiście, nie sposób pominąć tutaj kryterium poziomu uszkodzenia, na jakim doszło do częściowego zniszczenia segmentu rdzenia, który – tak jak w przypadku uszkodzeń całkowitych – jest bardzo ważnym wyznacznikiem charakteru zaburzeń neurologicznych, jakkolwiek pozostaje związany z charakterem wyszczególnionych tu zespołów.

Istotnym patofizjologicznym następstwem uszkodzenia rdzenia kręgowego są zaburzenia czynności pęcherza moczowego (Makowski, 1971; Klecz, 1981; Buczyński, 1986). Z. Buczyński (1986) wyróżnia dwa główne typy dysfunkcji neurogennej pęcherza moczowego: przypadki uszkodzeń górnego motoneuronu, powodujące powstanie pęcherza neurogennego spastycznego, gdzie dochodzi do utraty czucia w pęcherzu oraz do utraty świadomej kontroli przy oddawaniu moczu, oraz przypadki uszkodzeń dolnego motoneuronu, prowadzące do powstania pęcherza neurogennego wiotkiego, tzn. takiego, który zostaje odnerwiony i traci zdolność do skurczu opróżniającego. Po pewnym czasie od urazu, w okresie zdrowienia, ustalają się, jak twierdzi Z. Buczyński (1986), poszczególne typy neurogennej dysfunkcji pęcherza (por. Klecz, 1981; zob. England, Low, 1991), a osoba z para- lub tetraplegią może odczuwać wypełnienie pęcherza w sposób pośredni, poprzez objawy subiektywne, np. pieczenie lub ból w okolicy nadł-

nowej lub cewki, pocenie się, odczuwanie gorąca i bólów głowy (Makowski, 1971).

Innym charakterystycznym objawem klinicznym w uszkodzeniach rdzenia jest zaburzenie czynności wypróżniania (Makowski, 1971). Zwłaszcza w pierwszym okresie po urazie w tzw. szoku rdzeniowym obserwowane są znaczne dolegliwości przewodu pokarmowego, dochodzi bowiem do przerywania wszelkich funkcji odruchowych (Donovan, Scott, 1991). Reedukacja jelit, defekacji jest jednak łatwiejsza niż pęcherza, mikcji (Makowski, 1971; Buczyński, 1986) i w stosunkowo krótkim czasie dochodzi do uregulowania czynności wypróżniania (zob. Donovan, Scott, 1991; por. Kiwerski, 1993).

Patofizjologiczne następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego dotyczą również funkcjonowania seksualnego, a co za tym idzie życia erotycznego w całym jego wymiarze. Z. Buczyński (1986) podaje, że u wszystkich chorych z tetraparaplegią występują zaburzenia normalnych czynności seksualnych i jest to związane – jak twierdzi J. Makowski (1971; por. Buczyński, 1986) – z uszkodzeniem łuku odruchowego w rdzeniu. Zaburzenia funkcji seksualnych dotyczą zarówno mężczyzn, jak kobiet z uszkodzeniem rdzenia. Rozległość tych zaburzeń zależy od wielu czynników, ale nade wszystko od poziomu i stopnia uszkodzenia rdzenia (Mooney i in., 1985; Buczyński, 1986; Bohatyrewicz, 1990; Matwiejko i in., 1990). Funkcje seksualne są przeważnie zniesione lub zaburzone przy uszkodzeniach niskich odcinków rdzenia, ale dopiero zniszczenie rdzeniowego ośrodka erekcji, znajdującego się na poziomie S₃-S₄, prowadzi do całkowitego i definitywnego zaburzenia czynności seksualnych (Makowski, 1971; Buczyński, 1986).

U mężczyzn z uszkodzeniem wysokiego odcinka rdzenia we wczesnym okresie po urazie często obserwowany jest długotrwały wzwód członka tzw. priapizm, będący wskaźnikiem ciężkości uszkodzenia (Szulc, 1983; Buczyński, 1986). Czynność ta nie jest odruchowa, ale odpowiada stanowi szoku rdzeniowego (Makowski, 1971; Buczyński, 1986). Zdaniem W. Donovana (1991) zaburzenia erekcji u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia są pierwotnie spowodowane czynnikami neurologicznymi, a dopiero później naczyniowymi lub hormonalnymi. Mężczyźni z uszkodzeniem górnego odcinka motoneuronu są zdolni do uzyskania erekcji szlakami odruchowymi, ale występuje u nich zniesienie zdolności do wzwodów psychogennych (Buczyński, 1986; Donovan, 1991; por. Bohatyrewicz, 1990) oraz nie mają normalnych wytrysków ani orgazmu (Buczyński, 1986). Przy uszkodzeniu dolnego motoneuronu mężczyzna nie może mieć wzwodów refleksogennych, ale zdolny jest do uzyskiwania okresowych wzwodów psychogennych (Buczyński, 1986; Donovan, 1991); wytrysk jest niepełnowartościowy, ponieważ nie wspomaga go somatyczny mechanizm wzmocnienia z mięśni miednicy mniejszej (Buczyński, 1986). Erekcja za pośrednictwem szlaków psychogennych jest możliwa, ale tylko wtedy, gdy uszkodzenie znajduje się poniżej segmentu L₂, gdyż w takich warunkach nie jest przerwane wysyłanie bodźców współczulnych. Jeżeli jednak uszkodzenie nastąpiło powyżej lub w obrębie strefy wzbudzającej wzwód, między segmentami Th₁₁ i L₂, erekcja psychogenna pozostaje niemożliwa w wypadku całkowitego przerwania rdzenia. Całkowite uszkodzenie odcinków krzyżowych lub ogona koń-

skiego uniemożliwia erekcję odruchową i znosi zdolność ejakulacji (Donovan, 1991), chociaż niekiedy – jak twierdzą E. Bors i A. Comarr (1960; por. Bohatyrewicz, 1990) – gdy sprawny pozostaje współczulny układ nerwowy, bywa zachowana zdolność osiągania słabej erekcji psychogennej. Przy uszkodzeniu między odcinkami L₂ i S₂ można, zdaniem W. Donovana (1991), oczekiwać, że nawet w przypadku paraplegii zostanie zachowana zarówno erekcja psychogenna, jak i odruchowa.

U kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dochodzi do zaniku bodźców czuciowych z okolicy krocza oraz wygaszenia objawów pobudzenia seksualnego, a w przypadku uszkodzeń całkowitych do zaniku orgazmu (Bohatyrewicz, 1990). Generalnie jednak funkcjonowanie seksualne kobiet po urazach rdzenia jest mniej zagrożone niż u mężczyzn z tym samym schorzeniem (Buczyński, 1986).

W uszkodzonych komórkach nerwowych zjawisko regeneracji nie występuje, zwłaszcza jeżeli dochodzi do uszkodzenia aksonów rdzenia kręgowego, odpowiedzialnych za przekazywanie elektrycznych impulsów z jednej komórki do drugiej. Wszelkie próby zespolenia na powrót przerwanego rdzenia (zob. Daab, 1981) kończyły się niepowodzeniem, a najnowsze badania, czy też próby opracowania metod leczenia, dających możliwość powrotu do pełnej sprawności po uszkodzeniu rdzenia, takie chociażby jak: regeneracja aksonów, strategię transplantacyjne, m.in. wszepienie tkanki nerwowej płodu, czy też zabiegi z tkanką sieciową (za: *Nowe nadzieje...*, 1992; zob. Kinalski, 1995), nie wykraczają poza próby laboratoryjne przeprowadzane na zwierzętach, budząc przy tym wiele często uzasadnionych kontrowersji, tak natury naukowej, jak i moralno-etycznej. Stąd, jak twierdzi H. Głuch (1981), od całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego odrotu nie ma i póki co, zdaniem I. Blacka (za: *Nowe nadzieje...*, 1992), dziedzina ta znajduje się nadal w okresie niemowlęctwa. Zatem przy omawianiu następstw uszkodzeń rdzenia kręgowego, z ich nieodwracalnością występowania, ważne wydaje się przedstawienie możliwości funkcjonalnych osób z tym schorzeniem, w zależności od wysokości i rodzajów uszkodzeń segmentu rdzenia. Podstawę zaproponowanej klasyfikacji stanowi opracowanie J. Weinberg (1982), która do tego celu dokonała wnikliwego przeglądu badań i opracowań takich m.in. autorów, jak: J. Bogle, T. Crist, G. Higgins, E. Kenan, L. Liberto, J. Luckmann, T. Magner, C. Marquete, M. Parkinson, S. Singh, K. Soresnsen, C. Szasz. Charakterystyka ta obejmuje przede wszystkim przypadki uszkodzeń całkowitych i wyłącznie w tym obszarze może rościć pretensje do postaci uogólnionej. W taki też sposób ukazuje skalę problemu.

Możliwości funkcjonalne są najbardziej ograniczone przy uszkodzeniu części szyjnej rdzenia kręgowego. Jeżeli przerwanie rdzenia nastąpi powyżej czwartego neuromeru (C₁-C₃) zniszczone zostają połączenia między ośrodkami oddechowymi pnia mózgu a mięśniami oddechowymi, co prowadzić może do śmierci (Bochenek, Reicher, 1981). Przy uszkodzeniu częściowym na tym poziomie występują poważne problemy z oddychaniem, brak jest czucia i funkcji poniżej szyi. Osoby z tym uszkodzeniem mogą jednak poruszać szyją i kierować za pomocą ust wózkem elektrycznym (Chromiec, 1983; Haftek, 1986). W pojęciu seksualnym u tych osób, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, nie ma istot-

nych zmian. W większości przypadków mężczyźni są zdolni, przy pobudzeniu obszaru genitalnego lub ud, do wzwodów refleksogennych, ale nie występuje u nich erekcja psychogenna, prawidłowa ejakulacja i orgazm. Obszary pobudzania mogą rozwijać się powyżej uszkodzenia. W przypadku kobiet istnieje możliwość odruchowego wydzielania śluzu; płodność zostaje zachowana.

Osoby z uszkodzeniem rdzenia C₄-C₅ mogą oddychać bez sztucznej wentylacji. Do funkcjonowania lokomocyjnego potrzebują wózka i urządzeń pomocniczych. Nie mają czucia i funkcji poniżej obojczyka, zazwyczaj jednak potrafią ubrać górną część ciała (Chromiec, 1983; Haftek, 1986). U mężczyzn z uszkodzeniem na tym poziomie możliwy jest odruch erekcyjny, nie występuje zaś erekcja psychogenna i ejakulacja. Istnieje możliwość orgazmu bezgenitalnego. U kobiet występuje odruchowe wydzielanie śluzu, psychogenne natomiast pozostaje mało prawdopodobne. Częste są symptomy orgazmu bezgenitalnego, płodność zostaje zachowana. Sfery pobudzania płciowego u tych osób mogą rozwijać się poniżej linii uszkodzenia. Brak zmian w popędzie płciowym.

Najczęstszym poziomem uszkodzenia odcinka szyjnego rdzenia jest segment C₆. Zachowane są tu funkcje mięśni dwugłowych i trójgłowych rąk, więc osoby z tym stopniem uszkodzenia mogą używać ręcznie poruszanego wózka i wykonywać wiele czynności samoobsługowych. Osoby z uszkodzeniem C₇-C₈ mają zachowane czynności prostowników nadgarstka, co stwarza szansę na odzyskanie czynności chwytnej i ruchów palców (Kiwerski, 1993). Funkcjonowanie seksualne jest analogiczne do poziomu uszkodzenia C₄-C₅, przy czym wzrasta, zwłaszcza w odniesieniu do poziomu C₇-C₈, potencjalność przez użycie rąk w celu dostarczenia przyjemności sobie i partnerowi.

Przy uszkodzeniu odcinka piersiowego występuje pełne działanie rąk i palców. Na poziomie Th₁, tzw. wysokiej paraplegii, słaba jest jednak równowaga w pozycji siedzącej, a niekiedy – raczej rzadko – występują zaburzenia oddechowe. Zdecydowanie lepsza stabilizacja, ze względu na większą ruchomość górnej części tułowia, ma miejsce przy uszkodzeniu Th₂-Th₅. Czucie zachowane jest od poziomu przepony (Chromiec, 1983). Nie występuje tu odruch erekcyjny ani wydzielanie śluzu. Szczególnie wrażliwe na pobudzanie są okolice sutkowe.

Osoby z uszkodzeniem Th₆-Th₁₂ mogą oddychać mięśniami klatki piersiowej, w związku z czym są zdolne do dużego wysiłku fizycznego (Chromiec, 1983). Mogą stać w aparatach szynowo-opaskowych. U mężczyzn występuje ogólnie ciągła niemożliwość erekcji psychogennej, mało prawdopodobna jest też erekcja odruchowa. U kobiet obniżony pozostaje odruch wydzielania śluzu.

Uszkodzenie na poziomie pierwszego i drugiego segmentu lędźwiowego (L₁-L₂) umożliwia chodzenie za pomocą aparatów szynowo-opaskowych i kul (Chromiec, 1983). Odcinek Th₁₂-L₂ jest współczulną strefą wzbudzającą erekcję. Jeśli uszkodzenie nastąpiło w jej obrębie lub powyżej, wzwód za pośrednictwem szlaków psychogennych, gdy przerwanie rdzenia jest całkowite, będzie niemożliwy (Donovan, 1991). J. Weinberg (1982) podaje jednak, iż u mężczyzn z tym poziomem uszkodzenia pobudzanie psychogenne i erekcja są możliwe tak jak możliwa, chociaż mało prawdopodobna, jest erekcja odruchowa, zwłaszcza poniżej tego odcinka. U kobiet, przy zachowanej płodności, pojawia się możliwość

występowania, przy znikomym jednak prawdopodobieństwie, psychogennych erekcji łechtaczki, wydzielania śluzu, nabrzmień wargowych i zaczerwienień skóry.

Osoby z uszkodzeniem L₃-L₄ mają zachowane czucie mięśni bioder i kolan. Występują u nich jednak wyraźne zaburzenia funkcji seksualnych, takie jak brak odruchów erekcji, wydzielania śluzu oraz psychogennych reakcji seksualnych narządów płciowych.

Uszkodzenie L₅-S₁ pozwala na działanie niektórych mięśni bioder, kolan, stawów skokowych i stóp. Brak czucia narządów płciowych rekompensuje duża potencjalność seksualna pozagenitalna. Pojawienie się erekcji lub śluzu, tak odruchowe, jak i psychogenne, pozostaje mało prawdopodobne.

Osoby z uszkodzeniem końcowej części rdzenia S₂-S₄ posiadają niezależność samoobsługową i lokomocyjną, często też zachowaną funkcję pęcherza i kiszki stolcowej. Może u nich występować erekcja odruchowa z pewnym prawdopodobieństwem ejakulacji, chociaż częściej jest ona cofnięta.

Przedstawiona tu charakterystyka możliwości funkcjonalnych osób z całkowitym uszkodzeniem rdzenia to jedynie obraz pewnej tendencji ogólnej, rodzaj wskazówek, a nie pewników (Weinberg, 1982), gdyż jest niemal regułą, iż osoby z częściowymi uszkodzeniami rdzenia przejawiają ogromną mieszaninę różnorodnych następstw, niesłuchanie trudnych do sklasyfikowania i nadania im uogólnionej postaci, a i osoby o tym samym poziomie całkowitego uszkodzenia często charakteryzują się odmiennymi obrazami klinicznymi (Kirenko, 1991). Uszkodzeniom rdzenia kręgowego towarzyszy bowiem wiele następstw, takich chociażby, jak: odleżyny, dysfunkcje dróg moczowych, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, spastyczność, przykurcze, zaburzenia troficzne, skostnienia pozaszkieletowe, bóle neurologiczne, złamania patologiczne i inne, powstałe z wielu powodów, nie zawsze zawinionych (Kirenko, 1991; zob. Makowski, 1971; Dabb, 1981; Chromiec, 1983; Dega, 1983; Szulc, 1983; Weiss, 1983; Gadula, Franek, 1986; Haftek, 1986; Kiwerski, 1993); bardzo komplikują one obraz kliniczny, a w wymiarze osobistym – życie osoby ze schorzeniem. Funkcjonowanie seksualne tych osób determinuje nie tylko, aczkolwiek w największym stopniu, obraz kliniczny przypadku, ale także wszelkie inne składowe ich egzystencji.

4. Zaburzenia seksualne u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Swoistą dwuznaczność zawarł A. Frankel (1967) w stwierdzeniu: „Jeśli prawdą jest, że seks jest nierozzerwalnie związany z naszymi stosunkami międzyludzkimi [...], to dla osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zagrożona jest jej psychospołeczna egzystencja” (s. 19). Z jednej strony bowiem podał on w wątpliwość powszechne, ale niczym przecież nie uzasadnione przeświadczenie o dominującej roli seksu w życiu człowieka, z drugiej zaś wskazał, o czym niewątpliwie przekonuje wiele danych, w tym empirycznych, iż problematyka ży-

cia erotycznego, a w węższym znaczeniu seksualnego, należy do istotniejszej w całokształcie uwarunkowań psychospołecznej aktywności jednostki. Prawdą natomiast jest, tutaj już nie ma żadnych wątpliwości, z uwagi na jednolitość stanowisk takich autorów, jak: S. Berger, A. Bohatyrewicz, E. Bors, Z. Buczyński, R. Chase, A. Comarr, W. Donovan, E. Engle, M. Ferguson-Gregory, E. Griffith, S. Grochmal, L. Guttman, H. Hachen, G. Hohmann, V. Holiger, S. Horenstein, Z. Lew-Starowicz, D. Munro, C. Pons, R. Rosenquist, H. Talbot, E. Tarabulcy, R. Trieschmann, S. Tucker, W. White, J. Weinberg i wielu innych, że funkcjonowanie seksualne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozostaje w dużym stopniu zaburzone, a nierzadko zniesione, stanowiąc tym samym jedną z większych ich trosk.

Istnieje hipoteza (za: Trieschmann, 1980), w myśl której funkcjonowanie seksualne człowieka zdeterminowane jest integracją trzech czynników, składających się na nie, a mianowicie: popędu płciowego, aktów seksualnych i seksualności. Dla K. Imielińskiego (1990) podstawowymi terminami psychofizjologii seksualnej są: „potencja seksualna”, „pobudliwość seksualna” i „podniecenie seksualne”, ale nie miejsce tu na dyskusje terminologiczne, zwłaszcza że R. Trieschmann (1973) oraz E. Griffith i in. (1975) w sposób szczególnie podkreślili konieczność wyróżnienia tych elementów w procesie rehabilitacji seksualnej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Stwierdzili oni (Griffith, Trieschmann, 1977; por. Trieschmann, 1980), idąc po tej linii rozumowania, że zarówno popęd seksualny, jak priorytetowe akty seksualne oraz indywidualny seksualizm u osoby niepełnosprawnej mogą mieć pierwotną i wtórną dysfunkcję. Podstawą dysfunkcji pierwotnych są uszkodzenia organiczne, neurologiczne, endokrynologiczne, urologiczne, ginekologiczne, mięśniowo-szkieletowe itd., natomiast wtórnymi dysfunkcjami są te, w których nie ma żadnych symptomów wskazujących na występowanie uszkodzeń organicznych, odpowiedzialnych za trudności, czyli: postawy, niepokoje, obraz siebie, pojęcie seksualizmu. Każda z tych dysfunkcji, zdaniem autorów, musi być dokładnie oceniona i wzięta pod uwagę w postępowaniu rehabilitacyjnym.

R. Trieschmann (1980) podkreśla, że seks należy do popędów pierwotnych na równi z uczuciem głodu, pragnienia, dążeniem do zachowania życia czy unikania bólu. Trzeba tu jednak zaznaczyć, iż stanowisko to zostało w pewnym stopniu zakwestionowane przez F. Beacha (za: Kępiński, 1988), według którego motywacja płciowa nie może być traktowana na równi z pragnieniem czy głodem, ponieważ w popędzie płciowym jakakolwiek aktywność jest kataboliczna, wszelkie zaś wstrzymywanie się anaboliczne, czyli dokładnie odwrotnie niż przy głodowaniu i jedzeniu. Niezależnie od tej kontrowersji, ważne znaczenie ma to, że te podstawowe popędy wyrażane są przez skomplikowany, wzajemny związek receptorów ciała, równowagę hormonalną, autonomiczny system nerwowy oraz centralny układ nerwowy. Popęd seksualny jest zazwyczaj obecny od urodzenia aż do śmierci, ale pewne sytuacje mogą wpływać niekorzystnie na zdolność do jego wyrażania, np. złe ogólne samopoczucie, bóle głowy czy też napięcie nerwowe (Trieschmann, 1980). Zauważono także (za: Trieschmann, 1973), że przewlekła choroba lub fizyczna dysfunkcja może pociągnąć za sobą czasowe zniesienie popędu seksualnego, co zdaniem R. Trieschmann (1980)

w poważnym stopniu, w sensie negatywnym, wpływa na postępowanie rehabilitacyjne. Był czas bowiem, o czym mówi R. Trieschmann (1980) relacjonując takich autorów, jak: A. Weiss, M. Diamond, M. Romano, R. Lassiter, T. Cole, R. Chilgren, P. Rosenberg, oraz powołując się na dokumenty z *Professional conference on research issues in the psychological, social, and vocational adjustment in spinal cord injury* z 1977 roku, gdy osobie po urazie rdzenia kręgowego mówiono, że nigdy nie ożeni się, nie wyjdzie za mąż i nie będzie mieć rodziny. Jeszcze w dekadach lat 50-tych i 60-tych problematyka życia erotycznego nie znajdowała miejsca w rehabilitacji. Plastyczny przykład takiego postępowania stanowi scena z filmu *Urodzony 4 lipca*, w którym to obrazie główny bohater, przykuty do wózka inwalidzkiego na skutek doznanego urazu rdzenia kręgowego, w bezpretensjonalny sposób dowiadyuje się od lekarza o swojej niemocy seksualnej i braku jakichkolwiek szans na poprawę. Dopiero pod koniec lat 60-tych zaczęto opracowywać pierwsze programy uwzględniające ten aspekt aktywności osób z para- i tetraplegią. Nastąpił zatem, jak zauważa R. Trieschmann (1980), nagły zwrot od twierdzenia, że seks przy inwalidztwie fizycznym nie jest ważny – do dnia dzisiejszego pokutuje powszechne przekonanie o aseksualności tych osób, o czym wspominają Z. Lew-Starowicz i P. Janaszek (1985) – do twierdzeń o jego ogromnym znaczeniu. Wydaje się nawet, iż niekiedy aż za duży, gdy przeradza się w skrajność zapatrywań, czego spektakularnym przykładem może być pomysł windy dla osób z trudnościami w poruszaniu się, pragnących odbyć stosunek płciowy (za: Wilhelmsson, Mattsson, 1984), lub też udział w tym celu osób trzecich, wspomagających czynności lokomotoryczne – unoszenie w górę i opuszczanie, analogicznie do udzielania pomocy w jeździe, chodzeniu itp. (za: Łuszczynski, 1978). Problem popędu seksualnego i zmian w nim zachodzących w następstwie uszkodzenia rdzenia kręgowego nie został jednak dokładnie zbadany (Trieschmann, 1980), a obecne dane są raczej skąpe (Donovan, 1991) i często znacząco różnią się między sobą. Niemniej jednak należy zauważyć, co uczyniła I. Nordqvist (1972; por. Nordqvist i in. 1973; Łuszczynski, 1978; Larkowa, 1987), że określone techniki współżycia należą do kategorii problemów, z którymi względnie łatwo można sobie poradzić, albowiem popęd seksualny z istoty rzeczy zawiera większe lub mniejsze możliwości jego zaspokojenia. Połączony jest jednak również z miłością, z czego przede wszystkim należy sobie zdawać sprawę. I jeżeli ten aspekt, czy też komponent, bywa pomijany, wówczas dominuje „problem pragnienia nawiązania głęboko ludzkiego kontaktu z osobą płci przeciwnej, zarówno w sensie fizycznym jak i psychicznym” (s. 21), zdecydowanie trudniejszy do rozwiązania. Nie jest on bowiem wyizolowany, jak dla przykładu technika współżycia, ale stanowi część złożonego procesu integracji osób niepełnosprawnych. Sytuacja taka ma miejsce wtedy, a pojawia się coraz częściej, o czym mówi G. Nigro (za: Larkowa, 1987), gdy osoby ze znaczną niepełnosprawnością ruchową, nie nabywszy nieodczownych umiejętności społecznych, niezbędnych do nawiązywania wartościowych i znaczących interakcji, pragną i dążą do utrzymywania związków seksualnych.

Według M. Ferguson-Gregory (1976), oczekiwanie utraty zainteresowania seksem u osób po doznaniu urazu rdzenia kręgowego nie jest bezpodstawne, a przyczyny obniżenia się psychicznego pragnienia seksu nie zawsze muszą być,

jak powszechnie się sądzi, natury fizycznej. J. Money (1970) stwierdza tutaj wprost, że osoby te nie odczuwają subiektywnego uczucia popędu seksualnego i zadowolenia, jakiego wcześniej doświadczały, ilustrując to stosowną wypowiedzią pewnej kobiety z paraplegią: „Odkąd nie jestem zdolna reagować na to, nie jest to dla mnie nawet kłopotem” (s. 96; por. Ferguson-Gregory, 1976). To bardziej, jak mówi M. Herman (1950), na podstawie dokonanych obserwacji i przeprowadzonych rozmów, personel medyczny i rehabilitacyjny odnosi wrażenie wzmożonego seksualizmu osób z uszkodzeniem rdzenia, aniżeli ma on miejsce w rzeczywistości. R. Hanson i M. Franklin (1976) potwierdzili tę opinię wynikami badań, w których dwie trzecie mężczyzn z paraplegią wymieniło seks na końcu w hierarchii ważności, po sprawności ramion i dłoni, prawidłowym funkcjonowaniu pęcherza i jelit oraz sprawności nóg, przy zgodnej wysokiej pozycji znaczenia funkcji seksualnych, za sprawnością ramion i dłoni, określonej u pacjentów przez personel rehabilitacyjny. Znaczny spadek pragnień seksualnych i aktywności w tym zakresie u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przy relatywnym wzroście porównywanych wskaźników u kobiet z podobnym uszkodzeniem ciała stwierdzili A. Weiss i M. Diamond (1966). Również badania szwedzkie (za: Łuszczynski, 1978) przekonują, że zmiany w tej sferze funkcjonowania jako następstwo urazu rdzenia kręgowego nie są duże. Wykazują bowiem, iż odczucia, wyobrażenia oraz zainteresowania seksualne mężczyzn mają tendencję nieznacznie tylko malejącą po doznanych uszkodzeniach, natomiast wzrastają u kobiet. Tylko połowa mężczyzn i kobiet, pomimo posiadania przez wszystkie badane osoby ograniczeń w sferze fizjologicznej, orzekła, iż spotkała się z problemami natury seksualnej; więcej trudności w przystosowaniu się do nowych ról seksualnych i kontaktów z płcią odmienną przejawiali mężczyźni (zob. Singh, Magner, 1975). Na ile zatem słuszne jest uogólnienie S. Tucker (1980) – na podstawie przeprowadzonych wywiadów z osobami po urazie rdzenia – iż wołałyby one mieć raczej przywróconą sprawność seksualną niż lokomocyjną oraz że ten rodzaj „targowania się”, bywa widoczny także po akceptacji doznanej straty (por. Cole, 1975; Dickman, 1975)? G. Hohmann (1966), sam będący „paraplegikiem”, w konkluzji swoich badań przyjął stanowisko, iż zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet po uszkodzeniu rdzenia następuje spadek aktywności seksualnej i redukcja wrażeń emocjonalnych zgodnie ze zniszczeniem autonomicznego układu nerwowego, poziomem i stopniem uszkodzenia (por. Halstead i in. 1977; Buczyński, 1986). H. Talbot (1971) twierdzi jednak, iż u osób z para- i tetraplegią, mimo ich dysfunkcji fizycznych, psychoseksualne zaspokojenie potrzeb seksualnych pozostaje takie samo (por. Trieschmann, 1980; Lew-Starowicz, Janaszek, 1985; Buczyński, 1986; Larkowa, 1980; 1987; Paszkowska-Rogacz, Poraj, 1991). Spadek doznań seksualnych związanych z aktywnością seksualną jest tym większy, im wyżej zlokalizowane jest uszkodzenie, natomiast możliwość wiązania bodźców seksualnych z reakcją genitalną zależy od tego, czy uszkodzenie jest całkowite czy częściowe (Hohmann, 1966; Buczyński, 1986; Wilhelmsson, Mattsson, 1984; Donovan, 1991). Uszkodzenie rdzenia zapewne nie ma wpływu na marzenia i wyobraźnię seksualną ze względu na oddziaływanie kory mózgowej w reakcjach seksualnych (por. Ford, Beach, 1951). Potwierdzają to badania J. Moneya

(1960; por. Imieliński, 1984) prowadzone na osobach z całkowicie uszkodzonym rdzeniem kręgowym, u których wskutek przerwania rdzeniowych dróg nerwowych nie mogły docierać do kory żadne bodźce czuciowe. Miewały one przeżycie orgazmu we śnie, czyli wyobrażenia ich samodzielnie wytwarzała podniety seksualne zdolne zaspokoić tak wzbudzony popęd. Mężczyźni również, częściej niż kobiety, wykazywali większą częstotliwość marzeń dziennych i sennych o seksie (Money, 1967), przy czym kobiety w znacznym stopniu przewyższają mężczyzn w bogactwie fantazjowania jako sposobie powiększania przyjemności seksualnych (Comarr, Vigue, za: Donovan, 1991). Zdolność do tych marzeń (Money, 1967; 1970) ma jednak tendencję do obniżania się w przypadku braku doznań cielesnych. Osoby w takich sytuacjach apatycznie odnoszą się do stymulacji seksualnej i stosunków płciowych (Money, 1970).

Akty seksualne czy raczej czynności seksualne są, według R. Trieschmann (1980), takimi zachowaniami dotyczącymi sfer erogennych oraz obszarów genitalnych, które mogą, ale nie muszą, obejmować stosunek płciowy. Istnieje – zdaniem autorki – ogromna różnorodność czynności seksualnych, obejmujących zarówno reakcje motoryczne, jak i dających przyjemne reakcje czuciowe. W tych czuciowych reakcjach seksualnych może uczestniczyć wiele obszarów ciała, a okolica genitalna jakkolwiek jest tu pierwotna to, jak twierdzi R. Trieschmann (1980), wcale nie jedyna. Poprzez czynności seksualne wyrażany jest przede wszystkim popęd seksualny, ale podstawową rolę w określeniu społecznie akceptowanych (dozwolonych) czynności seksualnych, w tym odpowiednich (właściwych) partnerów odgrywa uczenie się (Ford, Beach, 1951; por. Trieschmann, 1980). W następstwie uszkodzenia rdzenia kręgowego pewne rodzaje czynności seksualnych mogą być utrudnione bądź niemożliwe do realizacji, szczególnie u mężczyzn, stąd problem praktykowania różnorodnych czynności seksualnych, uważanych przez osoby niepełnosprawne za dozwolone, staje się na tyle kwestią sporną (Mooney i in., 1975), na ile jest kontrowersyjną (zob. Wilhelmsson, Mattsson, 1984).

Zdaniem S. Tucker (1980), funkcjonowanie seksualne osób z para- i tetraplegią jest najlepiej zbadanym aspektem w całokształcie problematyki uszkodzeń rdzenia kręgowego. Rzeczywiście, przeprowadzono wiele badań w tym zakresie, o czym mówi W. Donovan (1991), dodając jednocześnie, iż czyniono to głównie metodą ankietową, a i uzyskane wyniki znacznie różnią się między sobą. Wszechstronne przeglądy badań oraz indywidualne doniesienia badawcze, dotyczące czynników towarzyszących erekcji, ejakulacji i orgazmowi w uszkodzeniach rdzenia kręgowego, prezentowane w pracach takich autorów, jak: R. Chase i W. White (1959), E. Griffith i in. (1973), B. Rabin (1974), I. Dickman (1975), M. Ferguson-Gregory (1976), R. Trieschmann (1980), B. Wilhelmsson i A. Mattsson (1984), A. Bohatyrewicz (1990), W. Donovan (1991), Z. Lew-Starowicz i in. (1992) oraz wielu innych, zawierają znaczne ilości interesujących, żeby nie powiedzieć intrygujących danych, wielce wspomagających praktykę rehabilitacyjną, ale nie mniejszą ilość tak zróżnicowanych, że aż zniekształcających istotę zagadnienia. Podawane są np. procentowe wskaźniki potencjału erekcyjnego w przebadanej populacji osób z uszkodzeniem rdzenia bez precyzyjnego określenia stopnia i poziomu tegoż uszkodzenia.

Przypomnieć zatem należy (zob. rozdział I.3), w syntetycznym ujęciu R. Trieschmann (1980) i W. Donovana (1991), że w uszkodzeniu całkowitym rdzenia, obok osłabienia funkcji motorycznej i sensorycznej czucie genitalne jest utracone, a erekcje pojawiają się odruchowo i nie są skojarzone z bodźcem psychoseksualnym. Im wyższe natomiast uszkodzenie, tym większa rola odruchowa w erekcji. Uszkodzenia lędźwiowe, całkowite, powodują czasem zmiękczenie członka, a erekcje odruchowe nie pojawiają się, podczas gdy w całkowitych uszkodzeniach krzyżowych występuje wiotkość ciągła. W urazach niecałkowitych zaś prawdopodobieństwo erekcji psychogennych wzrasta i zdolność erekcyjna nie jest już tak osłabiona. H. Talbot (1949; 1955) w dwóch badaniach oceniał możliwości osiągnięcia przez mężczyzn z paraplegią erekcji na drodze stymulacji mechanicznej i psychicznej. Stwierdził, że niektóre osoby są zdolne osiągać erekcję przez psychiczną stymulację, ale znacząca większość badanych zdana jest na erekcję odruchową, co może – według autora – nie jest dla nich tak satysfakcjonujące, jak w przypadku erekcji psychogennej, ale wielce znaczące dla seksualnego przystosowania. Ogólnie biorąc, istnieje większa szansa zachowania zdolności do nabrzmienia członka w uszkodzeniach zlokalizowanych wyżej, w przeciwieństwie do ejakulacji, która jest zachowana raczej w niskich uszkodzeniach ponadkrzyżowych (Donovan, 1991). Wynika to z faktu, iż dla osiągnięcia erekcji nie potrzeba silnej stymulacji. Jest ona natomiast potrzebna, aby uzyskać możliwość wytrysku, ponieważ w tym samym czasie musi dojść do mózgu dużo impulsów, stąd powinien być zachowany większy obszar czuciowy (Wilhelmsson, Mattsson, 1984). Zwiększona szansa zachowania erekcji u osób z tetraplegią dotyczy zarówno grupy z całkowitym, jak i niecałkowitym uszkodzeniem rdzenia

Procentowe określenie stopnia zachowania potencjału erekcyjnego w uszkodzeniach rdzenia, jakkolwiek bardzo trudne, chociażby ze względu na znaczny rozrzut wyników, ukazuje jednak, poprzez wymiar ilościowy (liczbowy), wagę problemu. I tak, przy: całkowitych uszkodzeniach wysokich od 48 % (Jocheim, Wahle, 1970), przez 52 % (Hachen, 1988), 57 % (Shirai, Takanami, za: Lew-Starowicz i in., 1992) i 92 % (Fitzpatrick, 1974), do 93 % (Bors, Comarr, 1960; Comarr, 1977) osób wykazuje erekcję odruchową; przy całkowitych niskich zaś od 26 % (Bors, Comarr, 1960; Comarr, 1977) do 33 % (Shirai, Takabnami, za: Lew-Starowicz i in., 1992) erekcję psychogenną; przy uszkodzeniach częściowych wysokich i niskich od 55 % (Hachen, 1988) i 90 % (Brindley, za: Bohatyrewicz, 1990), do 99 % (Bors, Comarr, 1960) osób stwierdza u siebie erekcję tak odruchową (częstszą przy uszkodzeniu górnego motoneuronu), jak i psychogenną (częstszą przy uszkodzeniu niskiego motoneuronu). Uogólniając, przyjmuje się, że od około 50 % (Chase, White, 1959) do około 75 % (Burke, Murray, za: Bohatyrewicz, 1990) mężczyzn po uszkodzeniu rdzenia kręgowego zachowuje możliwość uzyskania erekcji.

Ejakulacja w uszkodzeniach całkowitych jest zazwyczaj osłabiona, a płyn nasienny częściej bywa wydalany do pęcherza, niż na zewnątrz cewki moczowej (Trieschmann, 1980; Donovan, 1991). Procentowe wskaźniki osób ze wskazanym rodzajem uszkodzenia, zdolnych do tej seksualnej reakcji, są zbliżone: od 0 % (Bors, Comarr, 1960; Money, 1960), przez 3 % (Zeitlin i in., 1957; Comarr,

1977) i 4 % (Hachen, 1988), do 7 % (Munro, 1948; Jocheim, Wahle, 1970), a maksymalnie 15 (Bors i in., 1950) – 18 % (Bors, Comarr, 1960). W przypadkach uszkodzeń niecałkowitych odsetek ten wzrasta i wynosi od 27 % (Comarr, 1970), przez 31 % (Bors, Comarr, 1960), do 51 % (Hachen, 1988). Generalnie, jak podają D. Burke i D. Murray (za: Bohatyrewicz, 1990), około 10 % mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia ma potencjalnie zachowaną ejakulację.

Orgazm w sensie fizycznym nie jest uświadamiany. J. Money (1970) twierdzi, iż ani erekcja, ani też ejakulacja nie dostarcza świadomości odczucia orgazmu, natomiast A. Zeitlin i in. (1957) podają, że tylko 5 % badanych przez niech mężczyzn z para- lub tetraplegią osiągało go, ale w żadnym z tych przypadków nie przypominał doświadczeń sprzed urazu. W całkowitych uszkodzeniach rdzenia typu górnego motoneuronu jest on zniesiony (Bors, Comarr, 1960; Hachen, 1988). W uszkodzeniach niecałkowitych natomiast może być nieosłabiony (Trieschmann, 1980), wahając się od 35 % (Tarabulcy, 1972), przez 51 % (Hachen, 1988), do 70 % (Bors, Comarr, 1960), przy czym, najczęściej są to orgazmy opóźnione, bolesne i paraorgazmy (Robinault, za: Lew-Starowicz i in., 1992) oraz orgazmy anestetyczne (Talbot, 1955; por. Lew-Starowicz i in., 1992).

C. Pons (za: Lew-Starowicz i in., 1992) podaje, co może stanowić swego rodzaju podsumowanie tego wątku analiz, iż zaburzenia seksualne u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia zawierają się w czterech kategoriach, a mianowicie: pełnej zachowanej reaktywności, gdzie u 70 % osób występuje erekcja, a u 5 % ejakulacja; reaktywności niepełnej, z 45 % osób z erekcją psychogenną i 30 % z ejakulacją; zniesionej reaktywności, z możliwością u 25 % osób zachowania erekcji psychogennej i udanych stosunków; arefleksji częściowej, w której 83 % osób wykazuje erekcję psychogenną, a 50 % ejakulację. Zasadne zatem będzie tu postawienie pytania o wielkość odsetka mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zdolnych do odbycia stosunku płciowego. Nie wnikając w szczegóły, dotyczące tak rodzaju i poziomu uszkodzenia, jak i tego, czy stosunki te są udane, satysfakcjonujące, przyjmuje się, że wskaźnik ten w różnych badaniach waha się od 35 % (Tarabulcy, 1972; Burke, Murray, za: Bohatyrewicz, 1990) do 47 % (Nikas, za: Lew-Starowicz i in., 1992), 51 % (Munro, 1954), a nawet 57 % (Siösteen, za: Lew-Starowicz, 1992). Niezdolność do odbycia stosunku, zwana impotencją, która w tak znacznym procencie ma miejsce u mężczyzn z para- i tetraplegią, warunkowana funkcjonowaniem sfer neuromięśniowej, genitalnej z regulacją naczyniową, neurofizjologiczną i hormonalną, oraz psychospołecznej (Pons, za: Lew-Starowicz, 1992; por. Donovan, 1991), musi być odróżniana, co jest oczywiste samo w sobie, niemniej jednak często utożsamiane, od bezpłodności, czyli niezdolności do zapłodnienia, albowiem, jak twierdzą D. Burke i D. Murray (za: Bohatyrewicz, 1990; por. Wilhelmsson, Mattsson, 1984), tylko około 5 % mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia zachowuje zdolność zapłodnienia. Wzrastające jednak możliwości leczenia klinicznego sprawiają, iż wskaźnik ten ma tendencje wzrostową, zwłaszcza w odniesieniu do osób z częściowymi uszkodzeniami typu dolnego neuromeru. Szczegółowe dane, dotyczące przyczyn bezpłodności oraz sposobów postępowania leczniczego w zaburzeniach erekcji, ejakulacji i płodności u mężczyzn z para- i tetraplegią, których prezentacja wy-

kracza tutaj zarówno poza ramy przyjętego obszaru tematycznego, jak i fakt zarezerwowania przez nauki medyczne, znajdują się w pracach takich chociażby autorów, jak: G. Brindley (1984; 1986; por. Bohatyrewicz, 1990), I. Perlash (1985), S. Lamid (1986), E. Iwatsubo i in. (1986), L. Halstead i in. (1987), H. Momose i in. (1987), M. Sarkarati i A. Rossier (1987), A. Sidi i in. (1987), S. VerVoort (1987), G. Beretta i in. (1989), G. Brindley i in. (1989), L. Lloyd i J. Richards (1989), E. Lloyd i in. (1989), O. Slot i in. (1989), G. Szasz (1989), N. Zasler i P. Katz (1989), S. Kennedy i R. Over (1990), B. Schurch i W. Kuhn (1990), A. Siösteen i in. (1990), czy – by poprzestać na publikacjach w języku polskim – Z. Buczyński (1986), K. Imieliński (1986), A. Bohatyrewicz (1990), W. Donovan (1991), T. Rokicki (maszynopis bez zaznaczonej daty).

Życie seksualne kobiet po urazach rdzenia kręgowego, które zgodnie ze światowymi danymi epidemiologicznymi (za: Trieschmann, 1980) stanowią 18-20 % wszystkich uszkodzeń, jest w zgodnej opinii wielu autorów mniej zakłócone niż u mężczyzn (Buczyński, 1986; Berard, 1989; Donovan, 1991). D. Munro (1954) podaje, że uszkodzenie rdzenia nie uniemożliwia kobiecie z tym schorzeniem zajścia w ciążę ani urodzenia dziecka, natomiast H. Talbot (1955) sprezyował to, stwierdzając, iż nie ma bezpośredniego związku między urazem rdzenia a funkcjami gonadalnymi. Układ wydzielania wewnętrznego u kobiet w minimalnym tylko stopniu podlega kontroli rdzenia kręgowego (Bohatyrewicz, 1990), stąd już po upływie trzech do sześciu miesięcy od uszkodzenia powracają normalne cykle menstruacyjne (Cooper, za: Talbot, 1955; Donovan, 1991) i są one zbliżone w swej formie do cykli sprzed urazu (Paeslack, za: Bohatyrewicz, 1990). Stosunkowo uboga jest wiedza, o czym mówi R. Trieschmann (1980; por. Donovan, 1991), o możliwościach wydzielania przez kobiety śluzu przed lub w trakcie stosunku, chociaż T. Anderson i T. Cole (za: Donovan, 1991) podjęli się takiego zadania i opisali reakcje kobiet z uszkodzeniem rdzenia na bodźce seksualne w postaci powiększenia lechtaczki i warg sromowych, czyli podobnie jak u kobiet zdrowych, u których przebiegają one jednocześnie z obrzmieniem sutków i erekcją brodawek sutkowych. R. Trieschmann (1980) relacjonuje również doniesienia kliniczne mówiące o wzroście czuciowości okolic piersi i sutek u kobiet, u których zachowała się wrażliwość tej okolicy.

E. Griffith i R. Trieschmann (1975) stoją na stanowisku, iż zdolność kobiety do uczestnictwa w większości czynności seksualnych, nawet pomimo utraty wrażeń i funkcji motorycznej w następstwie uszkodzenia, wydaje się być nienaruszona. Kobiety z urazem na poziomie wysokiego odcinka szyjnego są, zdaniem R. Trieschmann (1980), bierne tylko w sensie motorycznym, natomiast z urazem na poziomie od niskiego odcinka szyjnego, przez odcinek piersiowy, do łędźwiowo-krzyżowego mogą pozostać aktywne w różnych aspektach czynności seksualnych. Również wtedy, gdy istnieją kliniczne objawy przerwania rdzenia stosunkowi płciowemu mogą towarzyszyć, jak twierdzą A. Comarr i M. Vigue (za: Donovan, 1991), przyjemne doznania. Natomiast odczuwanie orgazmu jest analogiczne jak u mężczyzn, czyli w całkowitych uszkodzeniach zazwyczaj nie występuje, w częściowych zaś jest obecne, lecz bardzo zmienione i znacząco różne od doznań znanych przed urazem (Romano, 1973a; Donovan, 1991). Często występuje orgazm złudzeniowy, ale odnosi się to przede wszystkim

kim do kobiet, które miały pozytywne doświadczenia seksualne sprzed urazu (Trieschmann, 1980). W przeciwieństwie do zaburzeń płodności, jakie zazwyczaj towarzyszą uszkodzeniu rdzenia u mężczyzn, paraplegia lub tetraplegia u kobiet nie zmniejsza ich płodności, z wyjątkiem okresu 3-6 miesięcy bezpośrednio po urazie (Comarr, 1966; Paeslack, za: Bohatyrewicz, 1990), zdolności do porodu i laktacji (Buczyński, 1986; Berard, 1989; Bohatyrewicz, 1990; Donovan, 1991), w proporcjonalnym oczywiście odniesieniu do specyficznego w tym zakresie, w medycznym aspekcie, funkcjonowania kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (zob. Buczyński, 1986; Berard, 1989; Bohatyrewicz, 1990; Donovan, 1991).

Seksualizm, czy też seksualność, jako trzeci komponent funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w koncepcji E. Griffitha i R. Trieschmanna (1976; por. Trieschmann, 1973; Griffith i in., 1975), jest – według R. Trieschmanna (1980) – wyrażeniem popędu seksualnego poprzez akty seksualne w kontekście osoby z typem męskości czy kobiecości, na który zasadniczy wpływ wywiera proces uczenia się oraz środowisko społeczne, w którym dana osoba żyje. A. Berkman i in. (1978; por. Trieschmann, 1980) definiują seksualność jako dynamiczny proces wynikający z rozwojowych doświadczeń poznawczych, zawierający następujące elementy: psychoseksualny, w którym główną składową jest obraz siebie, inaczej pojęcie o sobie, spojrzenie na siebie, samoocena itd.; społecznoseksualny, który oznacza związki z innymi, w tym śmiałość w kontaktach interpersonalnych, ale przede wszystkim przystosowanie społeczne i seksualne (por. Ferguson-Gregory, 1976); behawioralny, skupiający się na zachowaniach specyficznie seksualnych. Przyjmują oni, iż rozwój seksualny człowieka jest procesem, w którym przez całe jego życie pojawiają się coraz to nowe doświadczenia poznawcze, a zatem nieustanne uczenie się, ponieważ ekspresje seksualne mogą się zmieniać z wielu powodów, w tym: własnych potrzeb, doświadczeń interpersonalnych oraz, co jest ważne dla toku niniejszych rozważań, w wyniku ograniczeń fizycznych. Takie rozumienie pojęcia seksualizmu, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę jego wtórne, behawioralne, co podkreśla R. Trieschmann (1980), parametry funkcjonowania seksualnego w następstwie uszkodzenia rdzenia, a w nim: obraz siebie i samoocenę jako osoby wartościowej, wartość i istotę związków, repertuar gestów troskliwości, umiejętność komunikowania się, przewidywania co do roli społecznej oraz fizyczną atrakcyjność, jest siłą rzeczy niemal tożsame z pojęciem erotyzmu. M. Romano (1973b) np. opisując seksualność kobietą mówi, że dla wielu kobiet jest ona czymś więcej niż tylko aktem seksualnym i obejmuje wszystko, co dotyczy drugiej osoby, czyli: wrażliwość, pragnienie obdarowywania dobrem w takim samym stopniu jak brania go, komplementy, przypadkowe pieszczoty, tolerancja, formy komunikacji słownej i bezsłownej. Dla kobiety seksualizm jest całokształtem zachowań począwszy od uśmiechu a kończąc na orgazmie. U mężczyzn, można przypuszczać, że jest podobnie, ale nie zostało to jak dotąd zbadane i opisane (Trieschmann, 1980).

Zasadne będzie tu więc zanalizowanie dwóch pozostałych komponentów seksualizmu, czy też raczej erotyzmu, nie abstrahując rzecz oczywista od komponentu behawioralnego, a mianowicie: psychoseksualnego i społecznoseksual-

nego, a w nich takich składowych, jak obraz siebie i samoocena, poczucie sensu życia, potrzeby, postawy, przystosowanie społeczne i seksualne. Komponent pierwotny, organiczny, czyli sprowadzający się do analizy zaburzeń seksualnych w aspekcie uszkodzenia rdzenia kręgowego został już bowiem zaprezentowany w tym i poprzednim rozdziale.

5. Poradnictwo i terapia

A. Jaczewski, prowadzący w latach 80-tych w jednym z ówczesnych popularnych czasopism rubrykę „Kultura seksualna”, opisał przypadek niepełnosprawnego mężczyzny, który zgłosił się do niego z myślą o poddaniu się zabiegowi kastracji. Odczuwał on bowiem silny popęd płciowy i sądził, błędnie zresztą, jak podkreślił autor, iż usunięcie jąder przyniesie mu uspokojenie. Bliiska mu osoba zaszła z nim w ciążę, lecz interwencja rodziny, na wieść o tym, spowodowała jej usunięcie, a w konsekwencji zerwanie związku. Rozmowa z tym mężczyzną była, jak stwierdził A. Jaczewski, jedną z najtrudniejszych, jakie kiedykolwiek prowadził z pacjentem.

Powszechne odczucie, o czym mówi Z. Buczyński (1986), jakoby osoby niepełnosprawne przejawiały skłonności do unikania świadomej konfrontacji z własnymi problemami seksualnymi oraz wykazane, zdaniem autora, doświadczenia unikania tej tematyki przez specjalistów pracujących z tymi osobami sprawiają, iż oferowana jest im znikoma pomoc w tym zakresie (Lew-Starowicz, Janaszek, 1985). Dziedzina ta bowiem stanowi w naszym kraju wciąż kontrowersyjny przedmiot rozważań (Gałkowski, Kiwerski, 1986), chociaż należy, jak sądzi wielu autorów, do istotniejszej w całokształcie uwarunkowań psychospołecznej aktywności osób niepełnosprawnych (Kirenko, 1990), dlatego też coraz częściej zarówno same osoby niepełnosprawne, jak i osoby pracujące z nimi zauważają potrzebę pewnej formy seksualnej edukacji i poradnictwa. W większości przypadków para- i tetraplegii zmieniona jest przede wszystkim sfera nerwowo-mięśniowa czynności seksualnych, przy zazwyczaj utrzymanej sferze psychicznej i większości czynników hormonalnych, stąd i miejsce w programie rehabilitacji osób z tym schorzeniem dla edukacji (Hulek, 1981) i poradnictwa seksualnego (Lew-Starowicz, Janaszek, 1985).

Wraz z opublikowaniem pracy W. Mastersa i V. Johnson *Human Sexual Inadequacy* zainteresowanie leczeniem i terapią seksualnych dysfunkcji znacznie wzrosło (por. LoPiccolo, Steger, 1974), co znalazło wyraz m.in. w ilości i jakości programów terapeutycznych (Steger, Brockway, 1980). Narasta również, pomimo dominującego nacisku kładzionego na problematykę seksualności osób pełnosprawnych, naukowe zainteresowanie stosowaniem podobnych programów do, jak uważają J. Steger i J. Brockway (1980), rozwiązywania problemów życia seksualnego osób niepełnosprawnych. Niedługo bowiem po doniesieniu W. Mastersa i V. Johnson, G. Hohmann (1972) zaproponował, klasyczny już zdaniem R. Trieschmann (1980), model postępowania specjalistów, mających

do czynienia z osobami po urazie rdzenia kręgowego wykazującymi dysfunkcje seksualne. J. Steger i J. Brockway (1980) podali, że coraz więcej instytucji w Stanach Zjednoczonych zapewniało w latach 70-tych poradnictwo oraz edukację seksualną osobom niepełnosprawnym (por. Łuszczynski, 1981), a programy w nich opracowywane były publikowane i recenzowane w wielu periodykach naukowych. Niektóre z tych programów, zdaniem autorów, koncentrowały się jedynie wokół zagadnień związanych z uświadamianiem personelu rehabilitacyjnego, polegającym na przykład na przeciwdziałaniu tzw. znieczuleniu na problematykę seksualności osób niepełnosprawnych, inne zaś, gwarantowały wieloprofilową informację i rzetelne poradnictwo dla osób niepełnosprawnych i pracujących z nimi specjalistów, stanowiąc tym samym, według autorów, znaczące osiągnięcie w kwestii problematyki seksualności i niepełnosprawności.

Zaprezentowane przez M. Romano i R. Lassitera (1972) oraz M. Eisenberga i L. Rustada (1976) programy seksualnego poradnictwa dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i ich partner(ów)ek oparte są na podejściu grupowym w terapii, podobnie do programu grupowego obejmującego, dodatkowo, osoby z para- i tetraplegią, opisanego przez J. Brockway (za: Brockway, Steger, 1981). Inny rodzaj programu to warsztaty terapeutyczne (Cole i in., 1973). Nie zawierają one jednak, jak zauważa R. Trieschmann (1980) na podstawie dokonanego przeglądu piśmiennictwa z tego zakresu, rzetelnych danych, co do ich wpływu czy też skuteczności oddziaływania (por. Romano, Lassiter, 1972; Tomko i in., 1972), o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części rozdziału.

W opisanym przez M. Romano i R. Lassitera (1972) programie wszystkie posiedzenia odbywały się grupowo. Do osób z uszkodzeniem rdzenia starano się włączać, w miarę możliwości, ich partner(ów)ki. Kładziono silny nacisk zarówno na podawaną informację i dyskusje grupowe, jako na środek podniesienia wiedzy o uwarunkowaniach funkcjonowania seksualnego, jak i podejmowano próby modyfikowania pewnych nastawień odnośnie do tegoż funkcjonowania. Program przedstawiony przez M. Eisenberga i L. Rustada (1976) składał się z 8-tygodniowych posiedzeń, w trakcie których przed każdą dyskusją grupową prezentowany był materiał dydaktyczny, najczęściej w formie wykładu. Świeżych pacjentów, tzn. takich, u których uraz rdzenia trwał co najmniej sześć miesięcy, ze względu na ogólnie przyjęty w praktyce rehabilitacyjnej paradygmat przedziału czasowego od nabycia para- lub tetraplegii do ustabilizowania stanu fizycznego i psychicznego (zob. Kirenko, 1991), nie włączano do grupy. Tworzyli ją zatem starzy pacjenci szpitalni i ambulatoryjni oraz ich partnerzy. Dla wszystkich uczestników dostępne było poradnictwo indywidualne, jeśli sobie tego życzyli.

Przy omawianiu korzyści stosowania tych procedur dla osób z urazem rdzenia kręgowego M. Romano (1973b) stwierdziła, iż niektórzy pacjenci ocenili podejście grupowe jako mniej groźne od poradnictwa indywidualnego, ponieważ centrum uwagi nie było skierowane wyłącznie na nich samych jako poszczególnych uczestników. Tylko czy jest to zaleta programu, zważywszy na wykazywaną przez te osoby tendencję, o czym wspomniano już (zob. Buczyński, 1986), do unikania konfrontacji z problemami. Grupa służyła tutaj, poprzez udzielanie informacji i dzielenie się doświadczeniami, przede wszystkim do, jak

sądzi M. Romano (1973b), potwierdzania czy też uznawania norm i oczekiwań uczestników, którzy powinni dojść do większego stopnia usprawnienia dzięki sobie samym. Terapie grupowe były zatem spostrzegane jako bardzo pomocne w osiąganiu wyznaczonych celów, mimo iż tak naprawdę, ze względu na brak danych weryfikujących, nie wiadomo, czy faktycznie efektem ich oddziaływań były zmiany w zachowaniu lub „polepszenie funkcjonowania” (Trieschmann, 1980, s. 141). Programy te mimo wszystko stanowią, w ocenie R. Trieschmann (1980), pozytywny trend w kierunku traktowania problematyki funkcjonowania seksualnego osób niepełnosprawnych jako części programu rehabilitacyjnego (por. Lew-Starowicz, Janaszek, 1985). Uwzględnienie zaś w nich doświadczeń życiowych tzw. mądrości życiowej pacjentów i partnerów, łącznie z ich przedinwalidzkimi pozytywnymi doświadczeniami seksualnymi, przy wsparciu w pomoce audiowizualne oraz odpowiednie podręczniki, na przykład T. Mooneya i in. (1975) *Sexual Options for Paraplegics and Quadriplegics*, prawdopodobnie wpływałoby, jak twierdzi autorka, na efektywność interwencji terapeutycznych w zmianie funkcjonowania pourazowego tych osób.

Inny rodzaj programu poradnictwa seksualnego o nazwie warsztat ponownego przystosowania postawy seksualnej (SAR) został zaadoptowany dla potrzeb osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przez T. Cole'a i in. (1973). Okazał się on, jak donoszą J. Held i in. (1975), L. Halstead i in. (1976; 1977; 1978) oraz R. Trieschmann (1980), bardzo pomocny dla specjalistów rehabilitantów, planujących oraz wprowadzających elementy funkcjonowania seksualnego w swoje programy. Prawie wszyscy jego uczestnicy stwierdzili osobiste korzyści, aczkolwiek zauważyli też, że nie byli tak aktywni seksualnie, jak by tego chcieli. Osoby niepełnosprawne pozostawały znacznie mniej aktywne niż osoby pełnosprawne. Tłumaczyły to brakiem partnerów, poczuciem niskiej atrakcyjności seksualnej oraz problemami natury fizycznej. R. Trieschmann (1980) twierdzi, że specjaliści widzą w SAR środek pomocny do uczenia się dostrzegania własnych obaw czy też lęków o sprawy seksualne, co może spowodować, że będą skłonniejsi do liczenia się z seksualnością ich pacjentów, zwiększając tym samym doniosłość problematyki funkcjonowania seksualnego w następstwie wystąpienia niepełnosprawności.

Potrzeba włączenia partnera osoby z urazem rdzenia do programów leczenia i rehabilitacji jest bardzo ważna, o czym mówi R. Trieschmann (1980), dodając jednocześnie, iż nie ma znaczących danych w piśmiennictwie, które ukazywałyby ten problem, czyli reakcje partnera na niesprawność i rezultat dysfunkcji. G. Hohmann (1972) podaje, że kobiety opiekujące się swoimi mężami z tetraplegią, łącznie z opieką fizjologiczną, wykazywały trudności w spostrzeganiu ich jako partnerów seksualnych. Analogicznie, jak przypuszcza autor, może wyglądać sytuacja mężów kobiet z porażeniem czterokończynowym (por. Weinberg, 1982). R. Trieschmann (1980) stwierdzenie to skonfrontowała z danymi A. Berkmana i in. (1978), zgodnie z którymi trzy czwarte badanych mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia orzekło zadowolenie swoich partnerek z pożycia seksualnego z nimi, zadając przy tym pytanie o faktyczne odczucia partnerek. Nieliczne są jednak dane dotyczące zmiany ról w małżeństwach po urazie rdzenia jednego z członków w aspekcie funkcjonowania seksualnego (zob. Brown, Gie-

sy, 1986; Urey, Hengeler, 1987; Crewe, Krause, 1988). Wydaje się jednak, iż przedstawione tu dane nie potwierdzają tezy G. Hohmanna (1972), jakoby nie należało zbyt wiele oczekiwać od partnerów, co do ich możliwości zmiany ról. Postawę zmiany często bowiem, jak dowodzą T. Cole i M. Stevens (1975), poprzedza zmiana behawioralna. Chociaż, zdaniem A. Bandury (1969), a istnieje ogromna liczba danych potwierdzających (por. Trieschmann, 1980), sytuacja odwrotna jest również prawdziwa, tzn. jeżeli osoba zmienia swoje zachowanie, czas wpływa na stopniową zmianę reakcji poznawczych i emocjonalnych, zgodnie z nowym zachowaniem.

Szczególny nacisk na zmianę postaw i zachowań seksualnych w efekcie podanej informacji położyli J. Steger i J. Brockway (1978; 1980) w programie behawioralnego grupowego leczenia par, w których jeden z partnerów był osobą z para- lub tetraplegią. Pięć takich par uczestniczyło w dwóch kilkugodzinnych sesjach, w których, aby maksymalnie zwiększyć modelowanie i wymianę informacji, całość terapii była prowadzona modalnie. Na Wydziale Medycyny Rehabilitacyjnej Uniwersytetu Waszyngtońskiego przez wiele lat, jak podają J. Steger i J. Brockway (1980), zajmowano się poradnictwem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Pracowano m.in. nad modulem zmian w zachowaniu osób z para- i tetraplegią, wykazujących trudności seksualne, oraz nad utworzeniem skutecznego pakietu diagnostyczno-badawczego dostosowanego do tej populacji osób. Wynikiem tych działań było, jak twierdzą autorzy, rozwinięcie programu terapii grupowej wraz z opracowaniem kilku obiektywnych narzędzi pomiaru jego efektywności.

Programów podobnych, czy też zgoła odmiennych – na przykład E. Griffith i R. Trieschmann (1977; 1978) opisali funkcjonowanie w warunkach szpitalnych wydzielonego (intymnego) pokoju – abstrahując tutaj od obszaru tzw. technicznego wsparcia, czyli urządzeń pomocniczych, jak: protezy, pomoce służące do uzyskania zaspokojenia siebie i partnera, urządzenia zwiększające erekcję oraz inne pomoce (Wilhelmsson, Mattsson, 1984), coraz częściej propagowanych, ale i równie często wzbudzających kontrowersje (zob. Hohmann, 1977; Łuszczynski, 1978; 1980; Wilhelmsson, Mattsson, 1984; Lew-Starowicz, Janaszek, 1985), było o wiele więcej (zob. Topliss, 1978; *Disabled USA*, 1979; Trieschmann, 1980; Schaler, 1982; Weinberg, 1982; Spica, 1989). M. Schaler (1982), dokonując analizy programów seksualnego poradnictwa dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego poprzez porównanie ich formatów z wytycznymi proponowanymi w terapii seksualnych dysfunkcji u osób pełnosprawnych fizycznie, stwierdził, iż uzyskują one relatywnie mniejsze zainteresowanie od innych sfer seksualnego poradnictwa, chociaż więcej uwagi poświęcają problematyce edukacji i informacji, modyfikacji postaw oraz ustaleniu zmian w zachowaniu częściej niż w innych sferach rozwojowych.

Świadomość, że seksualność, jako pojęcie zawierające elementy percepcji siebie jako mężczyzny lub kobiety, popędu seksualnego i zachowań, na które mają wpływ indywidualne, społeczne oraz kulturowe czynniki (Rieve, 1989), czy też, jak twierdzi G. Walbroehl (1987), pojęcie obejmujące nie tylko elementy atrakcyjności fizycznej i stosunku płciowego, ale również wyobraźni erotycznej oraz koncentracji na swoim cielem i jego czułych punktach, może być istotną

kwestią w rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo (Walbroehl, 1987). Będzie ona jednak tylko wtedy efektywna, kiedy osoby te będą posiadały, o czym mówi G. Walbroehl (1987), wspomagającego ich partnera seksualnego oraz lekarza rodzinnego, mogącego zaoferować im konstruktywną pomoc, nie będąc przy tym zakłopotanym lub nieporadnym. Niepełnosprawność, wywierająca znaczący wpływ na seksualność, musi być, zdaniem J. Rieve'a (1989), brana pod uwagę również przez personel pielęgnacyjny zajmujący się osobami niepełnosprawnymi. R. Trieschmann (1980), J. Weinberg (1989), L. Goddard (1988), L. Chicano (1989), M. Spica (1989) zaproponowali różne standardy opieki pielęgnacyjnej w ramach seksualnego poradnictwa dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Abstrahując od szczegółowych opisów poszczególnych strategii, za których pomocą pielęgniarki mogą określić i zidentyfikować swój stopień zaangażowania w poradnictwo seksualne dla osób niepełnosprawnych, jak chociażby model PLISST (Goddard, 1988), należy stwierdzić, iż w większości z nich rolą pielęgniarki, bo właściwie o to tutaj chodzi, powinno być, według J. Rieve'a (1989), pomaganie osobom niepełnosprawnym w znalezieniu narzędzia czy też doborze właściwych metod rehabilitacyjnych celem zintegrowania ich poglądów i zachowań dla osiągnięcia przez nich zdrowego i satysfakcjonującego życia. Pielęgniarka powinna być bowiem, jak twierdzą S. Drayton-Hargrove i M. Reddy (1986), koordynatorem, opiekunem i facylitatorem przystosowania osoby niepełnosprawnej. Opiekując się zaś osobami dorosłymi z uszkodzeniem rdzenia kręgowego musi być wykształcona w zakresie rehabilitacji i opieki długoterminowej, co jest niezbędne dla reintegracji i dobrego samopoczucia tej grupy osób.

Problematyka ta, niekiedy kontrowersyjna, wymaga dalszych szczegółowych badań i analiz. Prezentowane podejścia, tak w aspekcie teoretycznym, w obszarze celów, przygotowania i roli pielęgniarki w poradnictwie seksualnym, w szczególności relacji pielęgniarka – osoba niepełnosprawna, wspierających rozwój tych standardów, jak i w aspekcie praktycznym, pod postacią konkretnych procedur badania i sposobów podawania informacji dla wybranych interwencji psychologicznych, w większym stopniu powinny być, o czym mówi m.in. Cz. Łuszczynski (1981), rozpatrywane i rozwiązywane w kategoriach rehabilitacji, zwłaszcza leczniczej i psychospołecznej.

Pomimo wzrastającej liczby programów z eksponowaniem jednoznacznego celu poradnianej opieki i terapii, w przeważającej większości nie są one wyposażone w stosowne narzędzia oceny bezpośredniego ich wpływu na osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Spośród autorów opisujących metody grupowego poradnictwa seksualnego tylko J. Brockway, jak twierdzi R. Trieschmann (1980), udało się ocenić wpływ czy też skuteczność zastosowanego programu (por. Steger, Brockway, 1980; Brockway, Steger, 1981; Schaler, 1982). Wyznacznikiem skutecznej strategii oddziaływań jest, zdaniem J. Stegera i J. Brockway (1980), dokładne oszacowanie wyników terapii. Niestety, jak twierdzą autorzy, metodologia badań naukowych w niewielkim stopniu dotrzymała tutaj kroku rozwojowi klinicznych technik leczenia i terapii. Badania nad leczeniem i terapią seksualnych dysfunkcji są więc znacząco blokowane poprzez brak obiektywnych, trafnych i rzetelnych narzędzi do obliczania wyników (por.

LoPiccolo, Steger, 1974). Co prawda, jak referują dalej autorzy, opracowywane narzędzia do oceny stopnia skuteczności pakietów seksualnej edukacji i poradnictwa dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz ich partner(ów)ek pozwalają już badaczom tej problematyki unikać grupowania wyników ich badań – w wielu ankietach i kwestionariuszach, jak podają A. Lazarus oraz J. Marquis (za: LoPiccolo, Steger, 1974), podstawa tych globalnych ocen nie jest wyszczególniona – w obrębie takich niejasnych kategorii, jak: "znacznie lepiej", "lepiej", "trochę lepiej", "bez zmian" (por. LoPiccolo, Steger, 1974, s. 585). Jednak nadal nie uznaje się ich za trafne, ponieważ nie są specyficznymi narzędziami pomiaru, co w odniesieniu do populacji osób z para- lub tetraplegią jest szczególnie ważne, albowiem osoby te przejawiają najczęściej zaburzenia seksualne powiązane ze specyfiką ich schorzenia, czyli innymi słowy wymagane są metody badawcze biorące pod uwagę tylko ten rodzaj niepełnosprawności. Zakres i częstość zachowań seksualnych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego różni się, według J. Stegera i J. Brockway (1980), od zakresu i częstości zachowań seksualnych osób pełnosprawnych. Stąd, jak sugerują autorzy, opracowanie odpowiedniej, skutecznej terapii seksualnej dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a następnie obiektywnego, rzetelnego i trafnego narzędzia pomiaru funkcjonowania seksualnego osób niepełnosprawnych jest sprawą bardzo ważną.

Spośród wielu metod badawczych, kilkudziesięciu zdaniem Z. Lwa-Starowicza (1985), umożliwiających ocenę zachowań seksualnych, najpopularniejszymi czy też preferowanymi przez podmiot badawczy są różnorodne, najczęściej proste skale zachowania (zob. Brady, Levitt, 1965; Bentler, 1968; LoPiccolo, Steger, 1974; Lew-Starowicz, 1985), następnie kwestionariusze, koncentrujące się zazwyczaj na określonych cechach psychicznych, takich chociażby, jak: lęk przed kastracją, seksualne poczucie winy czy cała gama różnych skal męskości-kobiecości (zob. Goldberg, 1971; LoPiccolo, Steger, 1974), a w dalszej kolejności testy służące do badania orientacji hetero-homoseksualnej (zob. Feldman, MacCulloch, 1971) lub preferencji seksualnej specyficznego typu budowy ciała (zob. Wiggins, 1968). Dane uzyskane za ich pomocą nie pozwalają jednak, zdaniem J. LoPiccolo i J. Steger (1974; por. Brockway, Steger, 1981), w pełni orzekać o funkcjonowaniu seksualnym i satysfakcji płciowej badanych osób, często w ogóle nie będąc na tym skoncentrowane, stąd i znaczenie takich procedur w badaniu seksualnych dysfunkcji jest, według nich, minimalne. Zresztą, jak twierdzi Z. Lew-Starowicz (1985), wszystkie te skale i kwestionariusze są w badaniu seksuologicznym jedynie metodą pomocniczą, aczkolwiek ich przydatność do celów diagnostycznych, rokowania, uporządkowania danych oraz do prowadzenia badań katamnesticznych nie budzi zastrzeżeń. Metodą pomiaru, która przed opracowaniem przez J. LoPiccolo i J. Steger (1974) Inwentarza Interakcji Seksualnej (*The Sexual Interaction Inventory*) w największym stopniu koncentrowała uwagę na aktualnym seksualnym funkcjonowaniu oraz seksualnym zadowoleniu par heteroseksualnych, był Inwentarz Seksualny Thorne'a (Thorne, 1966). Kwestionariusz ten opracowany został z myślą o zobrazowaniu czynników potencjalnie szkodliwych seksualnie. Mierzy zatem nasilenie takich m.in. cech, jak: neurotyczny konflikt powiązany z seksem czy też tłumienie seksualności, stąd, jak uważają J. LoPiccolo i J. Ste-

ger (1974), może być przynajmniej powiązany z aktualnym zachowaniem seksualnym osoby badanej i jej satysfakcją płciową.

Z powodu braku wyników pomiaru efektywności terapii par o dużej różnorodności seksualnych dysfunkcji (LoPiccolo, Lobitz, 1972, 1973; McGovern 1972; Snyder 1972), dokładnie oddających naturę relacji seksualnych zachowań, zarówno w odniesieniu do seksualnego funkcjonowania, jak i seksualnego zadowolenia, J. LoPiccolo i J. Steger (1974) opracowali oraz ustalili trafność i rzetelność papierowego inwentarza samooceny dla oszacowania przystosowania seksualnego i zadowolenia seksualnego par heteroseksualnych. Jest to Inwentarz Interakcji Seksualnej (SII), skupiający się na 17 aktualnych zachowaniach seksualnych. Dla każdej osoby w parze dokonuje się pomiaru przyjemności i zadowolenia poprzez wymiar (wielkość) częstotliwości zadowolenia, ocenę zachowań seksualnych, samoakceptację, osiągniętą przyjemność, wiedzę o preferencjach partnera oraz akceptację partnera.

Potrzeba posiadania skutecznego narzędzia pomiaru funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego sprawiła jednakowoż, iż J. Brockway i Steger (1978), wykorzystując doświadczenia Inwentarza Interakcji Seksualnej, który *notabene* powstał dla par pełnosprawnych, przygotowali Kwestionariusz Seksualnej Postawy i Informacji (SAIQ) dla osób z para- lub tetraplegią i ich partnerów. Kwestionariuszem tym oraz inwentarzem SII J. Steger i J. Brockway (1980) przebadali pary osób pełnosprawnych i osób z uszkodzeniem rdzenia poddanych grupowej terapii. Uzyskane wyniki dowiodły, że SII jest trafnym narzędziem pomiarowym funkcji seksualnej w populacjach osób niepełnosprawnych, a w połączeniu z SAIQ stanowi celowy miernik, służący do oceniania efektywności programu terapii grupowej.

Do oceny zmian w postawach jako wynik warsztatów ponownego przystosowania postawy seksualnej (SAR) opracowano i zastosowano (Held i in., 1975; Halstead, 1976) Minnesocką Skalę Postawy Seksualnej (MSAS). Została ona rozpowszechniona, ale, jak twierdzi R. Trieschmann (1980), skale tego typu mogą być tylko wtedy pomocne w ocenie oddziaływań terapeutycznych, gdy związane są z behawioralnymi danymi zmiany. Mierzą one bowiem zachowanie werbalne w odpowiedzi na punkty skali, natomiast to, czy aktualne zachowanie w interakcji z osobą pojawia się w sytuacji terapeutycznej, pozostaje nadal, zdaniem autorki, do ustalenia.

W konkluzji rozważań nad problematyką poradnictwa i terapii dysfunkcji seksualnych osób niepełnosprawnych Z. Lew-Starowicz i P. Janaszek (1985) stwierdzili, że jakkolwiek można dyskutować nad sposobami radzenia sobie z tymi problemami, ich niekiedy kontrowersyjnością, to w ogólnym ujęciu potwierdzają one ogólną zasadę potrzeby udzielania pomocy w realizacji potrzeb seksualnych tym osobom. Niepełnosprawnym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego należy, zdaniem R. Trieschmann (1980), udzielać pomocy w tym względzie, uczyć ich, że mają prawo do związków seksualnych (zob. Łuszczynski, 1981). Muszą oni jednak zrozumieć i przyjąć za podstawę, co podkreśla autorka (por. Larkowa, 1987), iż rzeczywistym celem aktywności seksualnej jest przede wszystkim intymność i sens bycia blisko drugiej osoby. Z czasem bowiem funkcjonowanie seksualne zaczyna być poczytywane za oczywiste, proste. Oso-

ba niepełnosprawna, utrzymując seksualną pewność siebie, powinna więc odczuwać, że jest widziana jako ktoś, kto ma zalety i wady, a nie jako osoba naczyniona przez niepełnosprawność (Trieschmann, 1980).

Niepełnosprawni powinni, jak uważa R. Trieschmann (1980), uczyć się nowych sposobów dawania i doznawania przyjemności poprzez własne ciało i ciało swych partnerów, wykluczając przy tym akcentowanie narządów płciowych jako jedyne obszaru ciała, który może dostarczyć podniecenia seksualnego, oraz stosunku jako jedynego środka seksualnej ekspresji. W przeszłości kładło się nacisk na to, iż rolą odpowiednią dla osoby z uszkodzeniem rdzenia było zadowolenie partnera (Money, 1970; por. Ferguson-Gregory, 1976; Trieschmann, 1980), a ich satysfakcja polegała na przyjemności dawanej partnerowi. Wiele osób z para- i tetraplegią zauważa jednak, że doznawanie przez nich przyjemności jest równie możliwe i ważne, wskazując przy tym na obszary dużej wrażliwości na przykład powyżej miejsca uszkodzenia. Wysoką wrażliwość wykazują często: szyja, sutki, pachy, ramiona, wargi, uszy, plecy itp. Przytulanie się i dotykanie może być więc bardzo przyjemne dla obojga partnerów i nie powinno być pomijane. Eksperymentowanie stanowi zatem, zdaniem wielu autorów (zob. Trieschmann, 1973; 1980; Buczyński, 1986; Donovan, 1991), istotny element w przywróceniu na nowo zadowolającego trybu życia po doznaniu uszkodzenia rdzenia kręgowego. Osoby niepełnosprawne powinny być także nauczone, w jaki sposób mogą wyjaśnić potencjalnemu partnerowi możliwości swojej aktywności seksualnej. Bardzo ważną rolę odgrywa tutaj umiejętność porozumiewania się, stąd i konieczność mówienia, rozmawiania z partnerem o tym, co dobre, co przyjemne, co boli, co wygodne, a co nie. Ludzie pełnosprawni bowiem nie zawsze rozumieją, jak funkcjonuje ciało osoby niepełnosprawnej i mogą potrzebować więcej informacji na ten temat. Dlatego też wyjaśnienie swojej sprawności fizycznej i powiedzenie partnerowi, co mogą zrobić w tym względzie, należy, zdaniem R. Trieschmann (1980), do obszaru działania – „obowiązku” – osób niepełnosprawnych.

Ta psychoterapia partnerska, wsparta psychoterapią indywidualną, tudzież takimi formami poradnictwa i terapii problemów oraz zaburzeń seksualnych, jak: udzielanie porad z zakresu psychofizjologii seksualnej, reedukacja seksualna, fizjoterapia, mechanoterapia czy też farmoterapia (Lew-Starowicz, Janaszek, 1985) sprawi, iż zagadnienie funkcjonowania erotycznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wyjdzie poza obszar niewiedzy, stereotypów i braku kompetencji, stając się naturalną składową programów rehabilitacyjnych tych osób.

ROZDZIAŁ II

PSYCHOSPOŁECZNE WYZNACZNIKI FUNKCJONOWANIA SEKSUALNEGO OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

1. Przystosowanie

„Pojęcie przystosowania posiada tę dwuznaczność, którą odznacza się pojęcie pogody. Jedni używają go w znaczeniu dobrego przystosowania tylko, a inni w znaczeniu wszelkiego przystosowania” (Sowa, 1984, s. 174).

Definicja terminu „przystosowanie”, proponowana w *Słowniku języka polskiego* (Szymczak, 1981), tudzież w innych źródłach leksykalnych, ma tę dwuznaczność, która sprawia, iż zarówno jej biologiczne, jak i psychologiczne ujęcie jest tożsame z definicją innego pojęcia, a mianowicie – „adaptacja”. Czy w związku z tym oba te terminy są równoznaczne? (Kirenko, 1991). Lingwistycznie tak, w czym utwierdza nas definicja podana m.in. w *Słowniku wyrazów obcych* (Kopaliński, 1970), według którego pojęcie „adaptacja”, pochodzące z języka łacińskiego (*adaptatio*), oznacza ni mniej ni więcej tylko „przystosowanie, dostosowanie”. Samo wyjaśnienie jednak tego terminu w tymże słowniku, jako: „przystosowanie organizmów w czasie trwania ich rozwoju ewolucyjnego do zmienionych warunków środowiska albo reakcja przystosowawcza do zachodzących zmian”, jest czysto biologiczne i stąd, z punktu widzenia psychologii, chociaż nie tylko, znaczeniowo nierówne, a zatem niezbyt przydatne ze względu na inną funkcję semantyczną. Nie można przecież czysto biologicznych i fizjologicznych procesów życiowych człowieka utożsamiać z jego procesami psychicznymi, w których dużą rolę odgrywają relacje ze środowiskiem społecznym i kulturowym, gdyż – jak twierdzi M. Kościelska (1984) – przystosowanie oznaczało i dalej oznacza w psychologii „przystosowanie do środowiska społecznego” (s. 18). Stąd, pomimo zamiennego jeszcze stosowania tych terminów przez niektórych autorów, jak: E. Fromm (1970), R. Dubos (1970), T. Tomaszewski (1975), J. Doroszevska (1981), coraz więcej z nich dąży do ich różnicowania znaczeniowego (zob. Cattell, 1957; Schneiders, 1960; Siek, 1982), co K. Popielski (1975; 1988) tłumaczy tym, iż termin „przystosowanie” ma szersze znaczenie w psychologii niż pojęcie „adaptacja”, a to dlatego, że biologiczna adaptacja zakłada pewien automatyzm, którego przejawem byłyby procesy homeostazy czy samoregulacji. Chodzi o to, zdaniem

autora, że układ biologiczny pod wpływem czynników zewnętrznych samorzutnie modyfikuje swoje zachowanie i takie zjawisko najczęściej określa się mianem adaptacji. Natomiast termin „przystosowanie” implikuje, według niego, dwa nowe elementy w stosunku do adaptacji, a mianowicie: czynnik świadomościowy i czynnik emocjonalny. Podmiot, jak mówi K. Popielski (1975; 1988), nie tylko weryfikuje świadomie swoje zachowanie w odpowiedzi na zmieniające się bodźce środowiska, ale może też na nie reagować emocjonalnie, akceptując je lub odrzucając. Gdy człowiekowi wypadnie żyć w niekorzystnym dla niego środowisku, to, aby przeżyć, musi się zaadaptować, ale niekoniecznie musi owe środowisko zaakceptować. Tak więc, adaptacja stanowi wyraz jednostronnego oddziaływania otoczenia w przeciwieństwie do przystosowania, gdzie sytuacji jednostki nie określa jednoznacznie wpływ środowiska.

Proces przystosowania człowieka do życia w społeczeństwie jest szeroko omawiany i analizowany, z czym można się spotkać w pracach z zakresu socjologii, psychologii, pedagogiki, kryminologii (Dukaczewski, 1986) oraz biologii, ekologii, medycyny (Kirenko, 1991). Sposób spojrzenia na to zjawisko bywa bardzo różny. Socjolodzy ujmują je w kategoriach zaburzeń i konfliktów interpersonalnych, w relacji człowiek – środowisko (zob. Szczepański, 1970; Znaniecki, 1973; por. Pospiszyl, 1976; Cekiera, 1979). Pedagodzy koncentrują swoje rozważania na nieprzystosowaniu czy też niedostosowaniu dzieci i młodzieży oraz jego przejawach, rzadziej rozpatrując sam proces przystosowania (zob. Lipkowski, 1970; Wall, 1979; por. H. Spionek, 1975; Żebrowska, 1975; Kościelska, 1984). W psychologii, jak zauważa K. Popielski (1988), „pojęcie przystosowania zdaje się zajmować naczelne miejsce w koncepcji osobowości” (s. 11), wzbudzając przy tym bardzo dużo kontrowersji i dyskusji. Świadczyć o tym może m.in. mnogość interpretacyjnych ujęć tego zjawiska w piśmiennictwie, gdzie wielokierunkowość, wielopoziomowość i wieloaspektowość podejścia, w wielorakich konfiguracjach i układach, większości badaczy zajmujących się tym problemem utrudnia jednoznaczne określenie zawartości treściowej tego pojęcia, stanowiąc tym samym o jego ogólności i wieloznaczności (Gałkowski, Kirenko, 1988), a w konsekwencji braku jasności i ostrości (Pospiszyl, 1976). Każdy z nich w różnych bowiem proporcjach akcentuje rolę i znaczenie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych (zob. Adler, 1947; Shaffer, Shoben, 1956; Cattell, 1957; Rogers, 1959; McKinney, 1960; Schneiders, 1960; Seyle, 1960; 1977; Czapów, 1961; Obuchowski, 1961; 1983; Zaborowski, 1962; Lazarus, 1963; Guthrie, 1964; Maslow, 1964; Nuttin, 1966; 1968; Bandura, 1969; Dollard, Miller, 1969; Lewicki, 1969; Wiśniewski, 1969; Dubos, 1970; Fromm, 1970; Newcomb i in., 1970; Powers, 1971; Cofer, Appley, 1972; Hilgard, 1972; Znaniecki, 1973; Linton, 1975; Popielski, 1975; 1988; Tomaszewski, 1975; Pospiszyl, 1976; Kukulowicz, 1978; Cekiera, 1979; Reykowski, 1979; Doroszevska, 1981; Silver, Wortman, 1984; Sowa, 1984; Sadowski, Chmurzyński, 1989; por. Stanula, 1981; Kirenko, 1991; Sękowska, 1991; Witkowski, 1993), jakie wpływają na relację: jednostka – środowisko. Stąd między autorami należącymi do kręgu tych samych orientacji teoretycznych bywają olbrzymie nawet rozbieżności w definiowaniu i rozumieniu pojęcia przystosowanie (Kirenko, 1991). Dotyczą one, zdaniem K. Popielskiego (1975; 1988), przede

wszystkim przedmiotu odniesienia, który byłby punktem oparcia dla empirycznie ustalonego poziomu przystosowania, ich koordynacji oraz tych źródeł integracji, które leżą u podstaw ludzkiego przystosowania. Kierując się tymi przesłankami K. Popielski (1975) zaproponował własne ujęcie procesu przystosowania, wyrosłe niejako z podjętej przez niego próby usystematyzowania na gruncie psychologii znaczeń pojęcia „przystosowanie”. Ujęcie to w bardzo dużym stopniu zbliżone jest do teorii opracowanych przez A. Schneidersa (1960) i R. Lazarusa (1963), teorii, które w sposób bardzo logiczny i zwarty, a jednocześnie szeroki, ujmują proces przystosowania z uwzględnieniem jego trzech podstawowych poziomów życia: biologicznego, psychicznego i społecznego, ze szczególnym jednak zaakcentowaniem sfer psychicznych i społecznych, doceniając jednak rolę i znaczenie biologicznej sfery życia ludzkiego, odpowiedzialnej za rozwój tych mechanizmów przystosowawczych, które są charakterystyczne tylko dla ludzi. Również w koncepcji K. Obuchowskiego (1961), obok dwóch podstawowych elementów przystosowania – środowiska i potrzeb, pojawia się trzeci – sprawność. Przystosowanie zatem, jak twierdzi autor, to wypadkowa zmiennego układu tych elementów, stanowiąca podstawę wyróżnienia trzech jego typów: stabilnego, ochronnego i progresywnego. Każdy z nich charakteryzuje się różnymi cechami i innymi sposobami reakcji na bodźce płynące ze środowiska. Sposób zatem zdefiniowania pojęcia „przystosowanie” przez K. Obuchowskiego (1961) pozostaje zbliżony do tych ustaleń, które podają psycholodzy przystosowania. Z. Zaborowski (1962) pisze, że na gruncie psychologii przystosowania termin „przystosowanie” oznacza „proces, dzięki któremu jednostka osiąga stan względnej równowagi między własnymi potrzebami, pragnieniami, możliwościami a warunkami i wymaganiami zewnętrznymi” (s. 118). Przedstawiciele tego kierunku, m.in.: A. Miksell, G. Hauson, F. McKinney (za: Zaborowski, 1962; por. Pospiszyl, 1976), podejmując próbę zintegrowania osiągnięć różnych dziedzin nauk i orientacji teoretycznych psychologii, w kontekście zarówno społecznego, jak i psychicznego ujęcia przystosowania, zwrócili uwagę na to, że człowiek reagując na zmieniające się bodźce, rozwiązuje różnorodne zadania, przeżywając złożone, mniej lub bardziej intensywne uczucia. Jest on jednak istotą rozumną, która świadomie rezygnuje ze swych popędów i instynktów, podporządkowując się normom społecznym. Podstawa dobrego przystosowania stanowi więc, według nich, umiejętne kierowanie samym sobą, świadomość niebezpieczeństw życia oraz efektywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych.

Wyjaśnienie procesu przystosowania jedynie poprzez mechanizmy natury psychologicznej lub rozpatrywanie go wyłącznie w kategoriach czynników społeczno-kulturowych, które to czynniki – według zwolenników ujęcia społecznego – jako jedyne determinują rozwój osobowości człowieka i wpływają na jego sposób funkcjonowania w warunkach społecznych, prowadzi jednak do bardzo wąskiego i niepełnego przedstawienia tego zagadnienia. Proces przystosowania jest bowiem zjawiskiem złożonym i należy go rozpatrywać na wielu poziomach życia. Zgodnie z tym najtrafniejsze wydaje się rozumienie pojęcia „przystosowanie” jako stanu dynamicznej równowagi między wewnętrznymi wymaganiami jednostki a wymaganiami środowiska społecznego, osiąganego

w wyniku wielopoziomowego i wieloaspektowego procesu adaptacji, psychologizacji i socjologizacji, którego przejawem powinien być stopień dojrzałości integracji poszczególnych cech i sfer osobowości jednostki, pozwalający jej na satysfakcjonujące i sensowne funkcjonowanie w otaczającej rzeczywistości i oddziaływanie na nią (Gałkowski, Kirenko, 1988; por. Popielski, 1975).

Przystosowanie zatem to zjawisko dynamiczne i dlatego należy traktować je jako proces. Jednocześnie można je rozumieć jako stan, który został osiągnięty dzięki stale dokonującym się przemianom (Popielski, 1975; por. Kirenko, 1991). Określenie „stan” przystosowania pozostaje uzasadnione w tych przypadkach, w których istnieje potrzeba scharakteryzowania określonej sytuacji. Konieczne jest wtedy sformułowanie kryteriów przystosowania, na których podstawie można powiedzieć, jakie zachowania i sytuacje są przejawami właściwego przystosowania, a jakie nimi nie są. Kryteria mogą być tutaj bardzo różne, w zależności od sposobu ujmowania zagadnienia przystosowania (por. Schneiders, 1960; Czapów, 1961; Cronbach, 1963; Lazarus, 1963; Lehner, Kuber, 1964; Reykowski, 1967; Konopnicki, 1971; Kołodziej, 1973; Popielski, 1975; Cekiera, 1979; Kościelska, 1984; Hurlock, 1985; por. Kirenko, 1991). Najpełniejszym i najbardziej ogólnym kryterium poprawnie przebiegającego procesu przystosowania jest rozwinięcie się dojrzałej osobowości (Popielski, 1975; por. McKinney, 1960; Schneiders, 1960; Lazarus, 1963). Podstawowy i uchwytny tego przejaw stanowi umiejętność radzenia sobie z samym sobą oraz otaczającą rzeczywistością. Dla R. Lazarusa (1963; por. Popielski, 1975) przystosowanie wyraża się zadowoleniem z życia, skutecznością działania, umiejętnością wykorzystywania własnych zdolności, brakiem uduchowionych form zachowań i uprzedzeń oraz uznaniem społecznym. Nieprzystosowanie natomiast, będące, zdaniem autora, zaprzeczeniem przystosowania, aczkolwiek K. Popielski (1975) twierdzi, że z psychologicznego punktu widzenia powinno się raczej mówić o prawidłowym lub nieprawidłowym przystosowaniu, przejawia się w: depresji, niepokoju, obsesyjnym myśleniu, chorobliwym poczuciu winy, lęku przed chorobą i śmiercią oraz ustawicznym szukaniu pomocy u innych. Właśnie R. Lazarus (1963), jak twierdzą R. Silver i C. Wortman (1984), wniósł największy wkład w ciągu ostatnich lat w wyjaśnienie procesu przystosowania, w szczególności radzenia sobie ze stresem. Jego prace, teoretyczne i empiryczne, koncentrowały się przede wszystkim na zagadnieniu wpływu poznawczej oceny sytuacji przez jednostkę na jej reakcje emocjonalne, na stosowane przez nią strategie radzenia sobie oraz na ostateczne przystosowanie. Poglądy R. Lazarusa (1963), w wielu punktach zbieżne z założeniami A. Schneidersa (1960), sprowadzają się w głównej mierze do stwierdzenia, że „przystosowanie składa się z procesów, za pomocą których kierujemy własnymi wymaganiami” (Lazarus, 1963, s. 13) oraz że w przystosowaniu bierze udział „cały” człowiek (Popielski, 1975). Życie społeczne, według autora, stawia wiele wymagań, praw i obowiązków. Sprawia, że osoba, chcąc się przystosować, musi je respektować, ale tak, by licząc się z własnymi biopsychicznymi potrzebami, dążeniami do aktualizowania się, nie zatracić własnych celów życiowych. Człowiek dokonuje oceny potencjalnie szkodliwej sytuacji i wtedy koncentruje się na możliwym zagrożeniu jako wyzwaniu; centralizuje wówczas swoje możliwości na opanowaniu sytuacji lub

wyciągnięciu z niej korzyści (Silver, Wortman, 1984). Innymi strategiami będą: zahamowanie działania, poszukiwanie informacji oraz zmiany w systemie poznawczym. Wszystko to celem wybrania właściwych form zachowania, by funkcjonować w społeczeństwie w sposób bezkonfliktowy, czyli być przystosowanym.

Zagadnieniu psychospołecznego przystosowania osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz ich uwarunkowań, poświęcono wiele uwagi w innym miejscu, nie ma więc potrzeby ponownie wdawać się w drobiazgowo analizy tych aspektów (Kirenko, 1986; 1991; 1995; Gałkowski, Kirenko, 1988). Stwierdzić należy jedynie raz jeszcze, co stanowi syntetyczne ujęcie kwestii, iż analiza podjętej tu problematyki przystosowania osób z para- i tetraplegią rozstrzygana powinna być przede wszystkim w obszarze zagadnień określanych mianem „akceptacji straty” (Barker; za: Matson, Brooks, 1977; por. Wright, 1965), włączonych w nurt reintegracji pojęcia o sobie, z uwzględnieniem społecznych czynników i uwarunkowań. Pojawiające się bowiem wątpliwości i zastrzeżenia co do słuszności i zasadności operowania elementami etapowości, fazyjności czy stadialności w dochodzeniu do fizycznej i psychospołecznej równowagi, naruszonej na skutek urazu lub choroby, zawartymi w wielu koncepcjach przystosowania (Trieschmann, 1978; 1980; Silver, Wortman, 1985; por. Kirenko, 1991), w tym osób niepełnosprawnych, i to nie tylko do niepełnej sprawności czy inwalidztwa, sprawia, iż nie sposób nie zgodzić się z zawartą w nich kwintesencją procesu przystosowania, jaką jest integracja w myśl „akceptacji straty”. Od tego bowiem, czy dana osoba zaakceptuje swoją dysfunkcyjność (zob. Kowalik, 1996), integrując ją w pojęciu o sobie, pozwalającym jej w efekcie na optymalne funkcjonowanie w warunkach społecznych, zależeć będzie jej przystosowanie lub nieprzystosowanie. Chodzi tu jednakże, jak podają H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975), nie tylko o formalne zaakceptowanie dysfunkcyjności, pogodzenie się z nią, ale o dynamiczną akceptację całego swego stanu, tak w formach fizjologicznych, jak i psychologicznych, poprzez zmodyfikowanie stosunku do siebie samego i otoczenia zewnętrznego, a w konsekwencji wytworzenie nowych nawyków i umiejętności, ułatwiających zmianę dotychczasowego trybu życia. Ponadto obiektywne i realistyczne spojrzenie na otoczenie społeczne i fizyczne znacząco wpływa na przystosowanie do wymagań życia społecznego, w całym jego spektrum (por. Kirenko, 1991).

Sytuacje trudne są elementem składowym wielu teorii, reprezentujących różne orientacje psychologiczne (zob. Reykowski, 1966; 1971; Lewicki, 1969; Jarosz, 1971; Tyszkowa, 1972; Obuchowska, 1991). Sytuacje, według T. Tomaszewskiego (1967), w których naruszona została równowaga takich elementów, jak: zadania, czynności, warunki i cechy przedmiotu, określa się mianem sytuacji trudnych, czyli takich, które występują tylko przy zmianie normalnej struktury czynności. Wytwarzają one zazwyczaj silne napięcie emocjonalne o charakterze zdecydowanie nieprzyjemnym. Człowiek stara się je w różny sposób rozładować, stosując tzw. psychologiczne mechanizmy obronne, zwane również przystosowawczymi. Działają one często bez pełnej jego świadomości, powodując jednocześnie rozładowywanie wewnętrznych napięć, by odwołać się tylko

do teorii frustracji Z. Freuda, stresu u H. Selye'go, czy też teorii konfliktów K. Lewina. Przy czym nie wszystkie te mechanizmy prowadzą jednak do przystosowania społecznego. Z. Skorny (1987) rozróżnia reakcje frustracyjne prawidłowe, do których zalicza: kompromis, mobilizację, sublimację, substytucję i rezygnację, oraz nieprawidłowe, a w nich: agresję, fiksację, regresję i ucieczkę (por. Tomaszewski, 1963; Reykowski, 1966; Lewicki, 1969; Hilgard, 1972; Frączek, Kofta, 1975; Pospiszyl, Żabczyńska, 1981). Tylko pierwsze, określone mianem prawidłowych, prowadzą, zdaniem autora, do nawiązania właściwych stosunków i przystosowania społecznego. Z. Sękowska (1982) natomiast mówi o mechanizmach obronnych, negatywnych i pozytywnych, występujących u osób niepełnosprawnych. Zdaniem H. Larkowej (1987), stanowią one wynik zaburzeń samoidentyfikacji. Mechanizmy negatywne mogą przyjmować, według Z. Sękowskiej (1982), postać: agresji, projekcji, represji, rezygnacji i ucieczki, a pozytywne: kompensacji, racjonalizacji i transformacji. Matki do czynienia jeszcze z (por. Wright, 1965; Hulek, 1969; 1974; Kulczycki, 1971; Neff, 1971; Shontz, 1971; Jankowski, 1975; Bracken, Shepard, 1980; Trieschmann, 1980; Kirenko, 1984; Larkowa, 1986; 1987; Kowalik, 1996): depresją, identyfikacją, konwersją, perfekcjonizmem, przemieszczeniem i zaprzeczeniem. Niesłychanie trudno wskazać, które z tych mechanizmów występują najczęściej, ponieważ zależy to od wielu czynników. Inne mechanizmy pojawiają się u osób niepełnosprawnych od urodzenia, niektóre nawet są im obce, inne zaś u osób po uszkodzeniach typu wypadkowego, a jeszcze inne u osób z inwalidztwem następującym stopniowo (Kirenko, 1984). Reakcje osoby niepełnosprawnej na tzw. sytuacje trudne charakteryzują się bowiem, zdaniem H. Hefflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975), olbrzymią indywidualną różnorodnością, gdyż warunkują je takie czynniki, jak: pochodzenie konstytucjonalne, wcześniejsze doświadczenia, ustalone systemy ocen i wartościowania, postawy wobec przyszłości oraz elementy natury społecznej.

Przeprowadzona przez M. Brackena i M. Shepard (1980; por. Kirenko, 1984; 1991; 1995) analiza teorii radzenia sobie i adaptacji, mająca na celu dokonanie syntezy istniejących danych na temat psychologicznej regeneracji w ostrych stanach uszkodzenia rdzenia kręgowego, pozwoliła stwierdzić, iż psychologiczne reakcje na uraz rdzenia są podobne do reakcji występujących w sytuacji śmierci kogoś bliskiego i w innych okolicznościach niosących poważną utratę. Każda taka reakcja, zdaniem autorów, odgrywa specyficzną rolę w przyspieszaniu lub spowalnianiu psychicznej regeneracji, w zależności od tego, kiedy ona występuje. Natomiast osobowość typu „premorbid”, rozumiana tutaj jako charakterystyczny sposób zachowania i myślenia, sprawiający, że osoby w nią wyposażone mają predyspozycje psychotyczne, przede wszystkim schizofreniczne, oraz wpływ osób znaczących dla para- lub tetraplegików odgrywają główną rolę w radzeniu sobie z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Właśnie te czynniki w jakimś stopniu, jak podają M. Bracken i M. Shepard (1980), wyjaśniają, dlaczego niektóre osoby niepełnosprawne radzą sobie lepiej od innych o podobnym stopniu dysfunkcyjności. Zamieszczona w opracowaniu krytyka metodologii badawczej oraz sugestie skłaniające do podjęcia kolejnych empirycznych badań nad reakcjami psychologicznymi osób z urazem rdzenia, pro-

wadzonych z perspektywy radzenia sobie i adaptacji, w niedługim czasie pozwoliły M. Brackenowi i in. (1981) zaprezentować dane z ich realizacji. Ustalono, że badane reakcje emocjonalne na uszkodzenie rdzenia są zazwyczaj jawne oraz pozytywnie powiązane z głębokością niesprawności lokomotorycznej, a także, chociaż w mniejszym już stopniu, z niesprawnością sensoryczną. Reakcje te były również dodatnio skorelowane z niewłaściwymi mechanizmami procesu radzenia sobie, co mogło, zdaniem autorów, utrudniać rehabilitację. Wskazano zatem na konieczność wzmożenia poradnictwa psychologicznego w trakcie hospitalizacji osób z uszkodzeniem oraz przed dokonywaniem ewentualnych zmian w samym programie rehabilitacji.

Wzrastające przekonanie, iż tradycyjne teoretyczne modele przystosowania mają ograniczoną zdolność prognozującą, zwłaszcza jeśli chodzi o indywidualne reakcje na fakt uszkodzenia rdzenia kręgowego, sprawia, zdaniem E. Bodenhanera i in. (1983), że personel rehabilitacyjny nie ma możliwości dokładnego uświadamiania sobie natury i stopnia emocjonalnego statusu lub niepokoju psychospołecznego pacjentów z tym schorzeniem. Podjęte zatem przez autorów badania miały na celu opisanie percepcyjnych rozbieżności lub podobieństw istniejących pomiędzy personelem medyczno-rehabilitacyjnym a pacjentami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Obie grupy poproszono o wypełnienie

Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (Bodenhaner i in., 1983). Osoby z personelu wypełniały kwestionariusz, udzielając odpowiedzi w taki sposób, jak gdyby same były pacjentami z para- i tetraplegią. Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę zróżnicowania percepcji psychospołecznych uwarunkowań sytuacji pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Osoby te wykazywały mniejszy stopień depresji oraz wyższy poziom niepokoju/lęku i optymizmu, niż przewidywali to ich medyczno-rehabilitacyjni opiekunowie. Przyczyna tego stanu rzeczy tkwiła, zdaniem autorów, w długości okresu, w jakim miała miejsce opieka nad osobami z para- i tetraplegią.

A. Rosenstiel i S. Roth (1981) określili relacje pomiędzy aktywnością poznawczą osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich przystosowaniem. Znikoma liczebność grupy badanych osób wykluczyła, co prawda, dokonanie jakiegokolwiek analizy statystycznej danych, jednak zastosowana procedura przyporządkowywania przez badanych rang poszczególnym zmiennym pozwoliła na stwierdzenie, że najlepiej przystosowane osoby stosowały zazwyczaj racjonalizację i zaprzeczenie w trakcie oczekiwania na wypisanie z ośrodka rehabilitacyjnego do domu. Inne skuteczne strategie postępowania charakteryzowały się tym, że osoby niepełnosprawne unikały katastrofizacji czy fatalizmu i zamartwiania się nad przyszłym życiem, a myślały o osiągnięciu różnorodnych celów życiowych po opuszczeniu ośrodka oraz używały wewnętrznych form umysłowego powtarzania w oczekiwaniu na pójście do domu.

Zależności między zachowaniem osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w okresie hospitalizacji a ich medycznym i behawioralnym statusem po wypisaniu ze szpitala zbadali C. Norris-Saker i in. (1981). Niezależne funkcjonowanie, jego zróżnicowanie, poziom aktywności oraz ruchliwość stanowiły znaczące predykatory zarówno statusu medycznego, jak i behawioralnego, zwłaszcza przy

długich pobytach szpitalnych. A zatem, co zrekapitulowali autorzy, określone zachowania osób z para- i tetraplegią podczas hospitalizacji niosą za sobą praktyczne implikacje tak w obszarze planowanych usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych, jak i w praktyce klinicznej. Ważną rolę może tu spełniać technika rehabilitacyjna dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego typu urazowego, zwana Cyklem Uczenia się o Uszkodzeniu Rdzenia Kręgowego (CUoURK), o czym donoszą W. Norris i in. (1982). Składa się ona z metod nauczania i komunikacji, a służy do określenia potrzeb behawioralnych osób z para- i tetraplegią oraz do zapewnienia systematycznego treningu polegającego na rozwijaniu sprawności poznawczych i psychomotorycznych. Już wstępne porównania statystyczne grupy eksperymentalnej (CUoURK) i porównawczej (tradycyjnej), dokonane przez autorów, wskazują na wyższe średnie wyniki w zakresie funkcji poznawczych i psychomotorycznych u osób poddanych CUoURK niż u „tradycyjnych” pacjentów, nawet w rok po wystąpieniu uszkodzenia. Ocena funkcjonalnej niezależności, chociaż zróżnicowana proceduralnie, wykazała jej szybsze zdobywanie i utrwalanie u osób poddanych CUoURK. Niezależność psychomotoryczna była odwrotnie proporcjonalna do poziomu uszkodzenia, a średnie różnice pomiędzy badanymi grupami zmniejszały się wraz z upływem czasu, lecz generalnie technika CUoURK okazała się znacząco skuteczniejszym sposobem rehabilitacji od obecnie stosowanych.

Potrzeba uwzględniania wszechstronnej opieki nad chorymi na para- lub tetraplegię w ośrodkach rehabilitacyjnych w aspekcie całościowego planu działania oraz poszerzonej opieki o okresowe wizyty domowe, mające miejsce po wypisaniu z ośrodka, zweryfikowana została w badaniach B. Richardsa (1982). Uzyskane dane wskazują na znaczenie społecznych i psychologicznych problemów osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz potrzebę uwzględniania analizowanych tu czynników – od czasu wypisania z ośrodka, o ile uda się znaleźć dla nich nowe miejsce. Zagadnieniu temu poświęca się zbyt mało uwagi, tak jak niewiele jest danych w literaturze odnoszących się do specjalnych potrzeb członków rodzin osób z para- lub tetraplegią w radzeniu sobie z emocjonalnym szokiem spowodowanym przez uszkodzenie rdzenia kręgowego i długoterminowymi implikacjami rehabilitacji. P. Steinglass i in. (1982) uważają, że rodziny takie, szczególnie te, które nie biorą pod uwagę swoich potrzeb rozwojowych, bywają często zachęcane do aktywnego udziału w programach rehabilitacyjnych, co w rezultacie powoduje ujawnienie się u osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego stresu, wyrażanego zazwyczaj w postaci kryzysu medycznego. Wówczas pierwszą reakcją personelu medycznego jest prośba o udzielenie porady natury psychiatrycznej. Proces ten został zobrazowany przez autorów analizą dwóch klinicznych przypadków, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów rodzinnych. Uzyskane dane pozwoliły ukazać, co powoduje, że rodzina, dążąc do zaspokojenia potrzeb jej członka z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, kładzie niewłaściwy nacisk na krótkotrwałą stabilizację życia rodzinnego lub poświęcanie się w procesie długotrwałego rozwoju. Natomiast K. Rohrer i in. (1980) zainicjowali jednodniowe grupowe spotkania terapeutyczne osób z para- lub tetraplegią i ich rodzin, koncentrując się w nich na dostarczaniu informacji i wzajemnym dzieleniu się spostrzeżeniami, zainteresowaniami, troskami i od-

czuciami. Na podstawie wyników badań przeprowadzonych przez inicjatorów programu przed i po jego realizacji oraz wyników uzyskanych ze skal i kwestionariuszy wypełnionych przez uczestników terapii, stwierdzono, że „Grupa Rodzinna” stanowi użyteczny element składowy programu rehabilitacyjnego. Członkowie rodzin, biorąc aktywny udział w procesie rehabilitacji swoich niepełnosprawnych członków, również osiągają z tego korzyści, w postaci zmniejszenia poczucia lęku, bezradności i izolacji. „Grupa Rodzinna” jako forma terapii zwiększa bowiem poziom indywidualnej wiedzy i świadomości na temat niepełnosprawności i jej implikacji, zawierając tym samym ważne, zdaniem autorów, topiki dyskusji mającej miejsce wewnątrz komórki rodzinnej i pomagając w uzyskaniu bardziej otwartej, niczym nie skrępowanej komunikacji pomiędzy członkami rodziny w dotyczących ich sprawach.

G. Seidler (1986) zanalizował dwa style radzenia sobie z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w aspekcie stopnia i jakości funkcjonalnego uszkodzenia pęcherza i jelita grubego, a także zaburzeń dotyczących sfery seksualnej oraz ich psychospołecznej kompensacji. Stwierdził, że młode osoby z paraplegią przezwyciężały funkcjonalne deficyty za pomocą kompensacji instrumentalnej i niemalże wszystkie spośród nich po przejściu odpowiednio zaplanowanego procesu rehabilitacji uzyskiwały zadowolający stan readaptacji zarówno w odniesieniu do ich relacji z płcią przeciwną, jak i aktywności zawodowej. Starsi niepełnosprawni, u których zaburzenia spowodowane uszkodzeniem wzmacniane były dodatkowo przez rezygnację i hipochondryczną koncentrację na swoim stanie zdrowia, żyli w społecznej izolacji.

Dane z tego przeglądu potwierdzają spostrzeżenia H. Larkowej (1987), iż osoby niepełnosprawne częściej znajdują się sytuacjach trudnych, napotykając w swoim życiu różne przeszkody natury fizycznej, umysłowej czy społecznej, zarówno osobiste, jak i powstające w środowisku społecznym. Przy czym autorka jest przekonana, trzymając się w tej kwestii poglądów B. Wright (1965), że nie ma tutaj – mimo wszystko – bezpośredniego związku między dysfunkcyjnością a powstaniem sytuacji trudnej i zablokowaniem realizacji dążeń osoby niepełnosprawnej. Również odwoływanie się, co mocno podkreśla H. Larkowa (1987), jedynie do mechanizmów psychologicznych, jako działanie w kierunku odzyskania równowagi emocjonalnej i poznawczej przez te osoby, nigdy nie będzie zadowolające, albowiem nie jest konstruktywne, przez co nie prowadzi do ich dobrego przystosowania.

Problematyką przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w obszarze empirycznej eksploracji zajmowało się wielu autorów. Przeglądy badań z tego zakresu, w szczegółowym ujęciu psychospołecznego ich wymiaru, dokonane zostały m.in. przez M. Brackena i M. Shepard (1980), R. Trieschmann (1980), R. Silver i C. Wortman (1984), T. Witkowskiego (1993) czy J. Kirenko (1991; 1995). Dociekano różnych kwestii, także problemu przystosowania erotycznego, a w węższym ujęciu seksualnego, niekiedy podnoszonego i weryfikowanego na drodze empirycznej, by odwołać się tylko do prac autorstwa R. Chase’a i W. White’a (1959), M. Ferguson-Gregory (1976), E. Griffitha i in. (1975); R. Trieschmann (1980), W. Donovan (1991) czy Z. Lwa-Starowicza i in. (1992). W znakomitej jednak większości zagadnienie przystosowania seksual-

nego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego sprowadzało się do tych obszarów, których treść rozważań stanowi rozdział I.4 niniejszej pracy, czyli do – najogólniej rzecz biorąc – problematyki erekcji, ejakulacji i orgazmu. Byłoby to zatem fizjologiczne ujęcie procesu przystosowania, czyli innymi słowy biologiczny aspekt przystosowania osób z para- i tetraplegią, bez istotniejszego odniesienia się do takich nieodzownych składowych tegoż procesu, podanych na przykład przez H. Larkową (1987), jak: obraz własnej osoby, motywacja do działania, potrzeby czy postawy, czyli inaczej – do wymiarów psychospołecznych. Potwierdzeniem tego jest ujęcie problemu przez M. Ferguson-Gregory (1976), która uważa, iż najważniejszymi obszarami w procesie rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia są: przystosowanie, w tym seksualne, oraz koncepcja własnej osoby. Wiele różnych problemów natury fizycznej nie jest tak ważnych, o czym mówi autorka, jak bardzo subiektywny, psychologiczny problem własnej osoby w jej życiu erotycznym. Jeśli osoba z para- lub tetraplegią sądzi, pozostaje przeświadczona, że nie jest w stanie, nie jest zdolna spełniać funkcji seksualnych, nie ma wówczas, jak twierdzi M. Ferguson-Gregory (1976), szans, aby można ją było przystosować do jakichkolwiek form zaangażowania uczuciowego. Koncepcja siebie będzie bowiem determinować jej życie uczuciowe i płciowe, podobnie jak przystosowanie seksualne będzie odgrywało istotną rolę w określaniu siebie. Przy czym pojęcie osoby niepełnosprawnej o sobie samej, ocena swoich możliwości, przyjęcie własnego określonego systemu wartości, uznanych za ważne i osiągalne, jako szczególny aspekt przystosowania i rozwoju tej osoby (Larkowa, 1987; por. Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975) sprawia, iż dochodzi zazwyczaj do zaburzeń równowagi psychospołecznej. Do takich destruktywnych zaburzeń należy, zdaniem H. Larkowej (1987), konflikt między dążeniami a unikaniem. Szczególnie często występuje on u osób niepełnosprawnych, ponieważ – jak sądzi autorka (por. Nordqvist, 1972; Singh, Magner, 1975) – dążenie do zaspokajania potrzeby miłości i afiliacji przez nawiązywanie i zacieśnianie kontaktów z innymi ludźmi występuje niejednokrotnie z unikaniem tego rodzaju zachowań w obawie przed odrąceniem i porażką. Dlatego też warunkiem przystosowania tych osób do życia z niepełnosprawnością, w tym również do życia erotycznego, o czym mówi H. Larkowa (1987), jest wypracowanie w toku rehabilitacji pozytywnej postawy wobec siebie, na podstawie zaakceptowania istniejącego stanu rzeczy, wynikającego z realistycznej oceny własnych możliwości i ograniczeń oraz zaakceptowania określonego stopnia zależności od partnera i zidentyfikowanego sposobu zaspokojenia swych potrzeb, bez degradacji własnej wartości.

2. Samoocena

„Ja”, „jaźń”, „self”, „ego”, „me”, obraz siebie, obraz samego siebie, pojęcie własnego „ja”, własne „ja”, struktura „ja”, pojęcie samego siebie, pojęcie o sobie, orientacja w sobie, poczucie siebie, samoświadomość, świadomość samego

siebie, samowiedza, samopoznanie, samoocena, samoakceptacja, tożsamość, koncepcja siebie, poczucie własnej wartości oraz inne terminy bliskoznaczne, ale nie identyczne, to najczęściej spotykane w literaturze przedmiotu określenia pojęcia obrazu własnej osoby. Ostateczna terminologia nie została tu jeszcze w pełni uzgodniona i jak dotąd pojęcia te funkcjonują, zdaniem E. Hilgarda (1972), na zasadzie synonimów. Różni autorzy, m.in.: V. Raimy (za: Siek, 1982), G. Murphy (1947), H. Englisch i A. Englisch (1958), D. Snygg i A. Combs (1959), C. Rogers (1959), A. Schneiders (1960), G. Allport (1961), R. Wylie (1961), E. Jacobson (1964), H. Kohut (1971), D. Winnicott (1971), E. Erikson (1973), H. Guntrip (1973), W. Łukaszewski (1974), J. Kon (1975), J. Reykowski (1975), J. Koziński (1976), L. Niebrzydowski (1976), J. Kagan (1981), R. Ossowski (1982), H. Muslin i E. Val (1987), T. Witkowski (1996), próbujący je zdefiniować, uwzględniają – o czym mówi A. Brzezińska (1973) – rozmaite ich aspekty znaczeniowe, dlatego nie udało się stworzyć pełnej i jedynej definicji tego pojęcia (Brzezińska, Kofta, 1973).

Pojęcie obrazu własnej osoby rozumiane jest jako mechanizm poznawczy, na który składają się: samoobserwacja, samooczuwanie, samowiedza oraz posiadane o sobie wyobrażenia i przekonania (zob.: Murphy, 1947; Englisch, Englisch, 1958; Wylie, 1961; Reykowski, 1970; Koziński, 1976), oraz jako mechanizm poznawczo-oceniający, który obejmuje, obok wiedzy o sobie, także stosunek emocjonalny do siebie, przejawiający się w samoocenie (zob.: Rogers, 1959; Brzezińska, 1973; Kon, 1975; Niebrzydowski, 1976; Łukaszewski, 1978). Pomijając spory dotyczące merytorycznej zawartości pojęcia większość autorów uważa, iż obraz własnej osoby powstaje w toku rozwoju ontogenetycznego (Reykowski, 1970; Stern, 1985; Larkowa, 1987), kształtując się także w rezultacie społecznej interakcji i jest społecznym zwierciadłem człowieka. Jego struktura zaś ulega ciągłym zmianom w następstwie procesu identyfikacji, w szczególności w następstwie pełnienia ról społecznych (Larkowa, 1987).

Zdaniem J. Reykowskiego (1970), wiedza nabywana przez człowieka, a dotycząca świata zewnętrznego oraz jego własnej osoby, może przybierać formę niezwerbalizowanych przeświadczeń co do własnych możliwości, umiejętności, wyglądu itp., określanych jako poczucie własnego „ja”, oraz świadomych opinii o sobie, czyli „ja” świadome. To ostatnie obejmuje „ja” publiczne i „ja” prywatne osoby. Równocześnie z powstaniem „ja” świadomego formuluje się zbiór sądów, charakteryzujących własne „ja” z punktu widzenia tego, jakie ono powinno być, czyli „ja” idealne. Z. Markus (za: Wojcieszke, 1983) proponuje uwzględnienie w strukturze własnej osoby „ja” potencjalnego, obejmującego posiadane przez podmiot wyobrażenia przyszłych stanów oczekiwanych lub wzbudzających obawy, w tym aspiracji, motywacji i celów. W koncepcji Z. Kleina (za: Wojcieszke, 1983) występuje jeszcze „ja” powinnościowe, czyli wyobrażenia podmiotu o tym, jaki powinien być, określane z różnych punktów widzenia, oraz „ja” realne. Zbliżone, ale nieco różniące się propozycje ustrukturalizowania obrazu własnej osoby proponują także: J. Szczepański (1975), Z. Pietrański (1983) i B. Wojcieszke (1983).

Poczucie własnego „ja”, „ja” świadome i „ja” idealne dotyczą wielu rozmaitych zjawisk, w tym: własnego wyglądu i właściwości fizycznych, własnych

umiejętności i zdolności, własnych potrzeb i postaw, własnej pozycji wśród ludzi oraz tego, co się podmiotowi należy od innych (Reykowski, 1970). Dotyczą zatem sfery fizycznej, psychicznej i społecznej funkcjonowania człowieka. Złożony i ustrukturalizowany obraz własnej osoby spełnia kilka funkcji, które prowadzą do sformułowania oceny siebie; oceny, która wpływa na samopoczucie, w tym na to, co człowiek planuje, jakie stawia sobie wymagania oraz czego od siebie oczekuje (Kirenko, 1991).

Rzeczony na przykład funkcji oceniająco-wartościującej prowadzi do ukształtowania się samooceny człowieka (Palak, 1981). Świadomość odrębności własnego „ja”, a zarazem jego równorzędności w stosunku do innych zawiera, we wszystkich zakresach funkcjonowania człowieka, element oceny. Tak więc ludzie dokonują oceny własnej osoby zarówno ze względu na swoje rzeczywiste postępowanie, jak i na to, co stanowi jego ideał zbudowany na podstawie systemu wartości i postaw ogniskujących wokół istotnych celów osoby (Mika, 1976). Twierdzenie, iż obraz siebie wyraża się w samoocenie, akcentuje nie tyle poznanie siebie i jego rolę, co przede wszystkim stosunek do siebie i wartościowanie własnych fizycznych cech oraz swoich możliwości. Samoocena, zdaniem Z. Palak (1981; 1996), jest funkcją i składnikiem obrazu własnej osoby. Stanowi istotną rolę świadomości siebie samego, bez niej niemożliwe byłoby określenie własnej istoty ani wyodrębnienie siebie ze środowiska. Tak rozumiana samoocena nie jest jednolita, dana raz na zawsze, przeciwnie – rozwija się. Ostatecznym etapem będzie tu samoocena dojrzała, odzwierciedlająca stosunek człowieka do siebie i swego postępowania. Osiągnięcie takiego stopnia samooceny nie jest jednak, zdaniem J. Kozińskiego (1976), łatwe i część ludzi nie będzie w stanie dojść do tego stadium.

Większość autorów, zajmujących się problematyką samooceny, przyznaje jej ważną rolę w poznaniu samego siebie, w kierowaniu własnym zachowaniem oraz w realizacji planów i dążeń życiowych (zob. Reykowski, 1970; Brzezińska, 1973; Niebrzydowski, 1976). Z. Palak (1981) nazywa ją w uproszczeniu „realistyczną wiedzą o sobie” (s. 27) i uznaje za istotny składnik samowiedzy. Dla J. Reykowskiego (1970) samoocena jest „ogólną oceną swoich możliwości” (s. 791), a dla L. Niebrzydowskiego (1976) nie stanowi zjawiska jednolitego, lecz mniej lub bardziej zwarty zespół sądów i opinii, które człowiek odnosi do siebie.

Samoocena, pojmowana jako wynik uogólnienia własnych możliwości, to zjawisko bardzo różnicowane. Może być cząstkowa, kiedy człowiek ocenia siebie w różnych sferach różnie i niejako niezależnie, lub globalna, tj. taka, która uwzględnia całokształt istnienia człowieka, rzutuje na jego zachowanie i uwiadcza się zwłaszcza w sytuacjach nowych. Zdaniem C. Rogersa, J. Kona, J. Reykowskiego i L. Niebrzydowskiego (za: Palak, 1981; 1982), samoocena globalna nie jest ani sumą, ani też średnią ocen cząstkowych. Jest równoznaczna z odpowiednim poziomem tej cechy, którą jednostka uważa za dominującą wśród innych cech, i z którą się identyfikuje. O ostatecznym jej poziomie decyduje postrzeganie własnej osoby w tych wymiarach, które człowiek uważa za najważniejsze. A. Brzezińska (1973) utożsamia samoocenę uogólnioną z po-

czuciem własnej wartości. Z niej też, przyjmując stanowisko C. Rogersa (1959), wywodzi pojęcia samoakceptacji i samoodtrącania.

Dla większości autorów samoocena jako złożone zjawisko psychiczne może występować w formach różnych, i różnie rozumianych. U J. Reykowskiego (1970) jest to samoocena „publiczna”, czyli wypowiedzana głośno, samoocena „prywatna”, na ogół nie wypowiedzana, oraz samoocena „rzeczywista”, wyrażana w działaniu. L. Niebrzydowski (1976) próbuje tłumaczyć złożoność samooceny istnieniem dwóch zasadniczych jej elementów: „ja” realnego i „ja” idealnego. To ostatnie uzależnia autor od wzorców wpojonych w dzieciństwie i aprobowanych przez bliskie otoczenie społeczne. Stają się one pewnego rodzaju świadomością moralną jednostki. Każde odchylenie od nich, czyli od „ja” idealnego, wywołuje u człowieka wyrzuty sumienia i obniżenie poziomu samooceny. Nieco inne spojrzenie na „ja” realne i „ja” idealne ma J. Reykowski (1970), dla którego są to także czynniki warunkujące ukształtowanie ostatecznego poziomu samooceny, lecz utożsamiane, odpowiednio: w pierwszym przypadku – z czynnikami, które powstają w środowisku zewnętrznym i mają walor obiektywny, w drugim – z tymi, które mają charakter wewnątrzsobniczy i są bardziej subiektywne.

Wzajemna implikacja „ja” idealnego i „ja” realnego prowadzi do wyodrębnienia dwóch podstawowych rodzajów samooceny, tj. samooceny idealnej, opisującej rodzaj osoby, którą ona chciałaby być, oraz samooceny realnej (Kołodziej, 1973). Ta ostatnia może być (za: Reykowski, 1976): wysoka lub niska, stabilna lub niestabilna, pozytywna lub negatywna, adekwatna (trafna) lub nieadekwatna (nietrafna) oraz pewna lub zagrożona (por. Niebrzydowski, 1976; 1979; Dymkowski, 1987).

Ogólny poziom samooceny, według J. Kozielskiego (1976), warunkują m.in.: status społeczno-ekonomiczny człowieka i jego sytuacja rodzinna, wyniki wcześniejszych działań i doświadczeń, opinie i oceny formułowane przez innych ludzi, emocje, dążenia do obrony własnej osoby oraz chęć zdobycia aprobaty społecznej, czyli, jednym zdaniem – to rodzaj sądów wartościujących, które dotyczą określonych przejawów życia człowieka na płaszczyźnie fizycznej (wygląd, zdrowie), psychicznej (cechy osobowości, zdolności twórcze, dojrzałość emocjonalna itp.) i społecznej (stosunki z innymi ludźmi, w tym miejsce w rodzinie, atrakcyjność społeczna itp.). Wynikająca stąd rola samooceny w życiu człowieka zawiera się w jej wpływie na różne płaszczyzny jego funkcjonowania. Prawidłowa samoocena stanowi warunek konieczny, aby człowiek mógł osiągnąć określony poziom samoakceptacji. Porównywanie siebie, swoich osiągnięć ze stawianymi sobie wymaganiami determinuje bowiem stosunek do samego siebie, a przez to określa poziom samoakceptacji.

Znaczenie samooceny staje się szczególnie ważne w sytuacji zmiany w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym człowieka, spowodowanej wystąpieniem niepełnosprawności. W takiej sytuacji problem rozstrzyga się najczęściej w obszarze obrazu własnego ciała. On to bowiem, ukształtowany pierwotnie na bazie nieuświadomionych odruchów i pierwotnych spostrzeżeń, często mając znaczenie centralne, rzutuje na ocenę innych właściwości i możliwości oraz ogólną ocenę własnej wartości osoby (Larkowa, 1987). Zdaniem E. Hil-

garda (1972), sposób, w jaki jednostka spostrzega swoje ciało, dostarcza wskazówek, co do jej obrazu własnej osoby. Uwidacznia się to zwłaszcza w momencie zaburzenia dotychczasowego pojęcia o sobie w sferze własnego wyglądu i możliwości fizycznych (Larkowa, 1987). Podobne stanowisko zajmują: A. Hulek (1969), H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975), T. Stewart i A. Rossier (1978), R. Trieschmann (1980), S. Tucker (1980), J. Bogle i S. Shaul (1981), J. Weinberg (1982) oraz wielu innych, twierdząc, iż zaburzenie dotychczasowego obrazu własnego ciała determinuje ocenę pozostałych płaszczyzn funkcjonowania człowieka.

Zwolennicy teorii stosunków międzyludzkich oraz zwolennicy teorii obrazu ciała (Hulek, 1974) przyjmują, iż ciało wraz z jego cechami to bodziec o określonych wartościach zarówno dla osoby, jak i otoczenia oraz narzędzie w procesie adaptacji i przystosowania się. F. Shontz (1965; 1971) dodaje zaś, że teorie te, zwłaszcza teorie obrazu ciała, ułatwiają praktyczne wyrażenie istoty trudności osoby niepełnosprawnej, stwarzając tym samym emocjonalne podstawy konkretnych działań w jej terapii.

Według H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975), prawdziwa koncepcja obrazu ciała składa się z prawidłowego schematu poczucia ciała i prawidłowej percepcji poszczególnych jego części. Pojawia się ona stopniowo przez różne doświadczenia percepcyjne w odkrywaniu przez osobę poszczególnych części ciała i jego funkcji w wyniku doznań sensorycznych. Napływające w tym czasie wrażenia z doznań kinestetycznych, wzrokowych i dotykowych rozszerzają percepcję posiadanego ciała i jego części wraz z ich topografią, prowadząc w konsekwencji do jej zintegrowania, co – zdaniem autorek – ma miejsce w części ciemieniowo-skroniowej kory mózgowej. Tak powstały substrat fizjologiczny nie stanowi jednak zamkniętej całości i w ciągu upływu kolejnych lat, w miarę wzrostu doświadczeń osobniczych, wiele nowych spostrzeżeń czuciowych i indywidualnych ocen zostaje sukcesywnie w nią włączonych. Stopniowo, w sposób ciągły konstruowana jest tzw. własna koncepcja swego wyglądu zewnętrznego.

Można zatem powiedzieć, że istota obrazu ciała sprowadza się do poczucia odrębności fizycznej (por. Blaesing, Blockhaus, 1972), któremu R. Wylie (1961) przyznaje genetyczne pierwszeństwo w tworzeniu obrazu własnej osoby. Dopiero bowiem, kiedy m.in. na bazie poczucia odrębności fizycznej, czyli obrazu ciała, uformuje się poczucie odrębności psychicznej, jako obraz siebie, człowiek, łącząc te dwie „odrębności”, rozwija koncepcję własnej osoby. Pozostaje to w zgodzie z twierdzeniem C. Rogersa (1959), że wszystkie właściwości organizmu, jego potrzeby i wszelkie doznania zmysłowe powinny być aktualnie lub potencjalnie uświadamiane przez osobę, czyli zasymilowane na poziomie symbolicznym i powinny tworzyć zwarty związek z obrazem własnej osoby. Tylko ten, kogo, jak twierdzi autor, cechuje zgodność pomiędzy doświadczaniem organizmu a obrazem własnej osoby, jest psychologicznie przystosowany i ma prawo do miana osoby funkcjonującej w pełni.

Dodatknie korelacje między zadowoleniem z obrazu swego ciała a zadowoleniem z obrazu siebie ukazane są w pracach takich m.in. autorów, jak: P. Scollard i S. Jourard (1953), G. Rosen i A. Ross (1968) czy też S. Blaesing i J. Bloc-

khaus (1972). J. Jourard (1957) natomiast wskazuje, na podstawie swoich badań, na pozytywne związki między obrazem własnego ciała a samooceną. Osoby mające lepiej zbudowane i rozwinięte ciało posiadają lepszy i dokładniejszy obraz ciała, bardziej własne ciało lubią i oceniają je jako bardziej wartościowe. Równocześnie oceniają siebie bardziej pozytywnie. Wskazuje to raz jeszcze na ogromne znaczenie obrazu ciała w koncepcji własnej osoby, a wszelkie, zdaniem L. Kolba (1959), wypaczenia istniejącego obrazu ciała są doświadczane przez osobę jako zniekształcenie samego „ja”. H. Larkowa (1974) twierdzi, że u ludzi istnieje potrzeba posiadania poczucia własnej wartości, którą zaspokoić można jedynie dodatnie pojęcie o sobie, stąd człowiek w istocie swej ma tendencję do wyrabiania pozytywnego obrazu własnej osoby. Jeżeli zaś czuje się niepożądany lub nieodpowiedni jako partner w interakcjach społecznych, doświadczą utraty poczucia własnej godności, a jego obraz własnej osoby ulega zaburzeniu, co może spowodować wystąpienie uczucia wstydu, winy, słabości i bezradności (zob. Stewart, Rossier, 1978; Bogle, Shaul, 1981).

Osoba, o czym mówi A. Hulek (1969; por. Larkowa, 1974; Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975), która świeżo doznała inwalidztwa, stwierdza wystąpienie zjawiska utraty przez nią jakiejś części siebie, przez co ma ona w pewnych odcinkach życia nieco odmienne możliwości. W ten sposób dochodzi u niej do „niezgodności obrazu siebie – w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym – z zaistniałym stanem rzeczy” (Hulek, 1969, s. 86). Zdaniem J. Reykowskiego (1971b), osoba, u której nastąpiła choroba lub fizyczny uraz, prowadzący do naruszenia jej sprawności, nie będzie w stanie wykonywać wielu czynności w taki sposób, jak przed uszkodzeniem. Jej orientacja w tym, co potrafi, czy do czego jest zdolna, zostaje naruszona wraz z naruszeniem swej oceny „ja” fizycznego. W ten sposób wszelkie przeświadczenia, dotyczące własnego wyglądu, swych sił i fizycznych możliwości ulegają drastycznemu zaburzeniu. Musi to w konsekwencji prowadzić do poważnej dezorganizacji w zakresie przekonań, związanych ze świadomością swego miejsca wśród innych ludzi oraz tego, czego się można od nich spodziewać. Kształtuje się zatem negatywne pojęcie o sobie, bardzo niekorzystne, jak sądzi H. Larkowa (1974; 1987), dla rozwoju osobowości i przystosowania społecznego. Do wyjątkowych bowiem należą sytuacje, w których nie następuje zmiana w poczuciu własnej osoby na skutek trwałego urazu (Fraser, 1982; por. Stewart, Rossier, 1978). Ze zmianą „ja” fizycznego, przekształceniu ulega także obraz siebie, i nie zawsze terapia sprowadzać się będzie, jak chcą tego R. Matson i N. Brooks (1977), do stosowania nowych wzorców samooceny, obrazu siebie we własnej wyobraźni. C. Rogers (1959) mówi, że właśnie to, co ma ulec zmianie, wywiera największy nacisk w kierunku przekształcenia doświadczeń, jakie spotykają daną osobę, tak aby pozostały dopasowane do własnego obrazu, i tak aby można je było interpretować nie wchodząc w konflikt z pojęciem o sobie. Z trudem więc rodzi się przekonanie o konieczności przemeblowania obrazu własnej osoby, zarówno w negatywnym, jak też pozytywnym kierunku. A więc terapia sprowadzić się może w tym przypadku do identyfikacji aspektów wartościowych w charakterystyce własnej osoby, wywołującej poczucie niższości, do nadania im dostatecznego ciężaru gatunkowego dla wywołania zmian w pojęciach o sobie i, co za tym

idzie, reintegracji cech negatywnych z przywróconą oceną dodatnią. Proces ten określa C. Rogers (1959) mianem identyfikacji pozytywnej.

Należy więc sądzić, że integracja zniekształconego obrazu ciała z wieloaspektowym pojęciem obrazu własnej osoby, który również uległ określonym zmianom, nie jest łatwa, nawet na zasadzie „akceptacji straty” (zob. Berger, 1953; Wright, 1965). Dzieje się tak dlatego, że – jak mówi Z. Pałak (1981) – wiele nowych doświadczeń interpretowanych jest w dużym stopniu z punktu widzenia istniejących wyobrażeń o sobie, stąd i skutki inwalidztwa mogą być dopasowywane do istniejących już ram obrazu własnej osoby, a stopień tak rozumianej integracji obrazu siebie osoby niepełnosprawnej zależy w dużej mierze od indywidualnej wartości dla niej straty spowodowanej niesprawnością. Analogicznie twierdzi B. Wright (1965), iż w przypadku osoby, w obrazie siebie wysoko ceniącej posiadanie zdrowego i pięknego ciała, na skutek inwalidztwa fizycznego wstrząs wywołany zmianą dotychczasowego pojęciu o sobie stanowi konsekwencję nieuniknioną. Przy czym konsekwencje te bywają tak traumatyczne, że dana osoba może być w ogóle niezdolna do integracji swego nowego stanu fizycznego z pojęciem o sobie. Jedynie, jak uważa autorka, poważna rewaluacja wartości stanu fizycznego umożliwi integrację obrazu własnej osoby. Wysiłki człowieka niepełnosprawnego powinny skupiać się zatem, tak jak chce tego B. Zetzel (za: Stewart, Rossier, 1978), na zdolności akceptacji i robieniu jak najlepszego użytku z ciała, które choć nie odpowiada standardom ludzi tzw. sprawnych czy też normalnych, kryje w sobie wiele potencjalnych możliwości oraz preferencji innych niż typowe wzorce i standardy życiowe.

Mechanizmy wpływu zmiany samooceny w zakresie różnych dziedzin funkcjonowania człowieka w przypadku osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przebiegają analogicznie jak w każdym innym przypadku niesprawności, tj.: zaburzają życie społeczne osoby, jej stosunki z innymi, zmieniają motywację, charakter zachowań w sytuacjach trudnych, wpływają na życie emocjonalne, równowagę i zdrowie psychiczne oraz samoakceptację i ogólne przystosowanie (Polak, 1991). T. Stewart i A. Rossier (1978), stwierdzając nieuniknioną zmianę obrazu siebie w przypadku fizycznej niesprawności, podają, iż osoba dorosła, względnie niezależna fizycznie, psychicznie i społecznie, w tym materialnie, a dotknięta para- lub tetraplegią, powraca niejako do niższej pozycji, często społecznie niedocenianej. Poczynając od innego patrzenia na świat, z „niższej” pozycji człowieka siedzącego na wózku, poprzez niemożność zaspokajania naturalnych potrzeb fizjologicznych, w tym seksualnych, prowadzi to do wytworzenia u niej poczucia bezradności w zakresie najprostszych funkcji życiowych. Ponadto wymusza akceptację własnego niepełnosprawnego ciała, godzenie się z urządzeniami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, które mimo ich dużej przydatności osoby z nich korzystające odbierają jako obce i odrębne w stosunku do własnego ciała, oraz przyjmowania za rzecz naturalną codziennej zależności od osób trzecich (por. Weinberg, 1982). Dorosłość, czyli okres, jak twierdzą T. Stewart i A. Rossier (1978), statystycznie najczęściej występujących urazów rdzenia kręgowego, to czas ciągłych zmian w stylu życia, pracy czy też zachowaniu seksualnym. Poprzeczne porażenie jest tu zaskoczeniem, niesie niepewność, niszczy czas przemyśleń i krystalizacji osobowości.

Dodatkowo rozbija naturalny cykl życiowy, ponieważ stawia ludzi młodych przed problemami, które są normalnie związane z wiekiem starczym, a wynikają z poczucia zagubienia i dezorganizacji. Charakterystyczną cechą tych osób stanowi na przykład „reagowanie rocznicowe” (s. 76). Również wyrzuty sumienia i poczucie winy bardzo utrudniają zgodę na kalectwo, a co za tym idzie samoakceptację. Bezwład kończyn dolnych i wynikająca zeń konieczność korzystania z wózka inwalidzkiego wytwarza poczucie bezradności w zakresie najprostszych funkcji (por. Lofquist, 1957), co stawia człowieka dorosłego w sytuacji niemowlęcia, determinując tym samym jego obraz siebie, poprzez rozdarcie go między dwa światy, dwa różne systemy wartości. Pozytywna i adekwatna bowiem ocena samego siebie, zależy przede wszystkim od budowy i znaczenia sparaliżowanych części ciała. T. Stewart i A. Rossier (1978) zauważyli, że inaczej wpływają na kształtowanie obrazu ciała przypadki paraplegii z uszkodzeniami rdzenia w odcinku krzyżowym, inaczej zaś tetraplegii (por. Rokicka, 1988). Wypadnięcie funkcji nerwu sromowego, inaczej nerwu wstydu, powoduje zakłócenie funkcji seksualnych. Utrata libido szczególnie uderza, zdaniem T. Stewarta i A. Rossiera (1978), w poczucie męskiej siły i wartości. Jest to utrata specyficzna, bo choć dotyczy części ciała, nad którymi i przedtem mężczyzna nie posiadał pełnej kontroli, znacznie utrudnia obiektywne spojrzenie na własne ciało, utrudnia samoocenę i samoakceptację, a co za tym idzie, prowadzi do wypracowania nowego typu zachowania seksualnego, które cechuje zwykle większa niż dotychczas pasywność i obronność.

Fakt występowania zaburzonego obrazu ciała u niemal wszystkich osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wkrótce po doznaniu urazu znajduje potwierdzenie w danych empirycznych; jest ich jednak stosunkowo niewiele (Kirenko, 1991). Jak twierdzi R. Trieschmann (1980), obraz ciała jako reakcja sensoryczna na części czyjegoś ciała, pojawiająca się w formie zaburzonej u znacznej liczby osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wkrótce po jego doznaniu, stanowi jak najbardziej zwyczajne doświadczenie, znikające u równie znacznego odsetka osób nawet już po kilku miesiącach niesprawności. Uogólniła ona w znacznym stopniu, a co za tym idzie uprościła, opinie takich m.in. autorów, jak: R. Lovitt (1970), L. Crigler (1974), J. Schimel (1974), S. Singh i T. Magner (1975), M. Gunther (1977), A. Berkman i in. (1978), M. Fitting i in. (1978), którzy skłaniają się raczej ku stwierdzeniu wpływu niesprawności na pojęcie o sobie, samoocenę, a w konsekwencji na związki interpersonalne. H. Wachs i M. Zaks (1960) np. nie znaleźli żadnej różnicy w stopniu zniekształcenia obrazu ciała między osobami z paraplegią a chronicznie chorymi, co pozwoliło im skonstatować, iż ogólny poziom „zakłócenia” obrazu ciała i obrazu siebie występuje u każdej osoby przewlekłe chorej. Wyniki te nie potwierdziły się jednak w badaniach K. Mitchella (1970), który ustalił w grupie osób z paraplegią lepsze emocjonalne przystosowanie u osób mających w większym stopniu zaburzone obrazy ciała. J. Mayer i M. Eisenberg (1982) natomiast, wychodząc z założenia, iż obraz ciała jako jeden z czynników ogólnego pojęcia o sobie pozostaje niezależny od tego pojęcia, przebadali grupę osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i orzekli, że tylko w wymiarze fizycznego „ja” uzyskane wyniki były znacząco niskie. W pozostałych wymiarach pojęcia o sobie, jak:

„ja” moralno-etyczne, „ja” osobiste, „ja” rodzinne i „ja” społeczne nie stwierdzono istotnych różnic.

Swoistym i bardzo istotnym aspektem stosunku do własnego ciała jest stosunek do własnej seksualności, stanowiącej, zdaniem A. Kępińskiego (1989), jedną z osiowych linii rozwoju osobowości. Wiele różnych problemów funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie ma bowiem tak istotnego znaczenia, o czym mówi M. Ferguson-Gregory (1976), jak bardzo subiektywny, psychologiczny problem obrazu własnej osoby w życiu erotycznym. To właśnie obraz siebie osoby z para- lub tetraplegią będzie, według autorki (por. Berger, 1953; Fitting i in., 1978), wpływał na jej życie płciowe, podobnie jak przystosowanie seksualne będzie odgrywało rolę w określeniu siebie. Z. Lew-Starowicz (1974) stwierdza tutaj, że zmiana w sferze zachowań seksualnych bywa czynnikiem uszkadzającym strukturę obrazu własnej osoby, uzupełniając później (Lew-Starowicz i in., 1992), iż u większości badanych osób z paraplegią zauważono obniżoną samoocenę w roli seksualnej, co według autorów może rodzić następstwa negatywne. Przywołane tu badania są wycinkowe i nie uzasadniają, zdaniem autorów, wyciągania pewnie brzmiących wniosków. Trzeba zatem wykonać bardziej wielostronne analizy w tym zakresie, gdyż zagadnienie znaczenia obrazu własnej osoby, samooceny, w funkcjonowaniu seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie znalazło jeszcze dostatecznego miejsca i to nie tylko w seksuologii (zob. Pawelski, 1992).

3. Potrzeby psychiczne

Człowiek, według R. Ingardena (1987), znajdując się na granicy dwóch dziedzin bytu, czyli przyrody i specyficznego świata ludzkiego, zmuszony jest nieustannie przekraczać tę granicę, nigdy jednak nie może w pełni zaspokoić swojej wewnętrznej potrzeby bycia człowiekiem.

Zachowanie człowieka, jego procesy życiowe, są w olbrzymim stopniu zależne od środowiska, w którym przebywa (Pieter, 1938). Zależność ta istnieje bez względu na to, czy zdaje on sobie z tego sprawę, czy też nie, stanowi bowiem fakt obiektywny. Zapewne może być odczuwany w sposób subiektywny, jako brak czegoś, niepokój, ale może również prowadzić do uświadomienia sobie własnych potrzeb. Ich liczba pozostaje nieograniczona, tak jak nieograniczona jest, według M. Przetacznikowej (1971), liczba różnorodnych zależności, mogących zachodzić między nim a otoczeniem, czy też między jego procesami psycho-fizjologicznymi. Równowaga organizmu i środowiska często jednak ulega zachwianiu. Dzieje się tak wówczas, gdy środowisko nie zaspokaja danej potrzeby. Człowiek odczuwa wówczas mniej lub bardziej męczące napięcie, chęć zaś jego rozładowania, przywrócenia równowagi, pobudza organizm do ciągłej aktywności, co w efekcie, jak sądzi A. Maslow (1990), prowadzi do rozwoju, doskonalenia umysłu, wiedzy i zdolności.

Potrzeby są zatem wyznacznikiem celów, siłą napędową lub hamującą wszelkie działania, stanowią motyw i źródło aktywności każdego żywego organizmu. Wszystkie więc jego czynności skierowane są na ich zaspokajanie.

Pojęcie potrzeby należy, jak twierdzi W. Szewczuk (1990), do najstarszych w psychologii i gromadzi wokół siebie wiele kontrowersji (zob. Madsen, 1980; Obuchowski, 1983; Siek, 1986; Hall, Lindzey, 1990; Maslow, 1990). J. Szymański (za: Szewczuk, 1990), jeden z pierwszych, zdefiniował je jako konieczność posiadania czegoś, co jest potrzebne do istnienia lub pomyślnego życia, co stanowi przyczynę działania.

Według S. Sieka (1982), badacze zajmujący się problematyką potrzeb psychicznych lub sił im równoważnych, takich jak popędy czy instynkty (Streilau, 1975; Obuchowski, 1983), albo też instynkty, tendencje, nastawienia, motywy, pobudki postępowania (Reutt, Reuttowa, 1960; Garczyński, 1972; Obuchowski, 1983; Szewczuk, 1990), najczęściej utożsamiają je z siłami dynamicznymi lub dyspozycjami osobowości (G. Allport, R. Cattell, J. Guilford, H. Murray, K. Obuchowski czy S. Rubinsztein – za: Bąkowski, Artuszowicz, 1989; por. Lewicki, 1960; Obuchowski, 1983; Siek, 1983; Larkowa, 1987). S. Siek (1982) sam również określił potrzebę jako stan napięcia domagającego się rozładowania.

Wraz z odkryciem przez M. Halla (za: Rosińska, Matuszewicz, 1984) zróżnicowania ośrodków układu nerwowego coraz większe zainteresowanie neurologów i fizjologów zaczęła wzbudzać problematyka odruchów. Z początku pojmowana mechanicznie, z chwilą jednak ogłoszenia poglądów E. Pflügera (za: Rosińska, Matuszewicz, 1984) coraz częściej rozumiana jako narzędzie przystosowania. E. Pflüger uważał, że odruch występuje w żywym organizmie, który egzystuje w środowisku przystosowując się do niego. Koncepcja ta nie przetrwała długo, znalazła jednak następców. Jednym z nich był I. Sieczenow (za: Dubos, 1970; Obuchowski, 1983). W odruchowej teorii zachowania głosił, że organizm żywy jest ściśle włączony w środowisko, tworząc z nim pewnego rodzaju jedność; przy czym zasadnicze przyczyny zachowania tkwią poza nim, a są nimi bodźce zewnętrzne (za: Obuchowski, 1983). Ujmował on zatem organizm żywy – w odpowiedzi na sygnały z otoczenia – jako układ samoregulujący się. Badania I. Sieczenowa kontynuował I. Pawłow (1957). Wiele jednak wskazuje na to, że idea Pawłowskiej „równowagi wewnętrznej” – optymalnej harmonijnej współpracy wszystkich organizmów, zaczerpnięta została z koncepcji stałości C. Bernarda (za: Dubos, 1970). Badacz ów wyrażał bowiem przekonanie, że niezmiennosc środowiska wewnętrznego zachowana jest dzięki procesom fizjologicznym i biochemicznym organizmu, co pozwoliło mu postawić tezę, iż najbardziej charakterystyczną cechą wszystkich istot żywych stanowi ich zdolność do utrzymywania równowagi procesów wewnętrznych pomimo zmian zachodzących w otoczeniu zewnętrznym. W. Cannon (za: Cofer, Appley, 1972; por. Doroszevska, 1981, Obuchowski, 1983) kontynuując myśl C. Bernarda, nazwał ten stan homeostazą (*homeostasis*), nadając mu jednocześnie nowe znaczenie. Określił nim właściwą żywemu ustrojowi zdolność utrzymania stałości środowiska wewnętrznego we wszystkich okolicznościach (Seyle, 1960; por. Gerstman, 1969; Dubos, 1970; Doroszevska, 1981; Obuchowski, 1983; Siek,

1983), odgrywając tym samym znaczącą rolę w definiowaniu analizowanego tu pojęcia potrzeby.

Za proces wchodzący w skład mechanizmów samoregulacji organizmu uznał potrzebę N. Cameron (za: Obuchowski, 1983) i określił ją jako stan nieustabilizowanej lub zaburzonej równowagi w zachowaniu organizmu, przejawiający się zwykle w postaci nasilającej się lub przedłużającej czynność, bądź napięcia (por. Siek, 1983; Larkowa, 1987; Bąkowski, Arusztowicz, 1989).

Do teorii równoważenia procesów organizmu przez samoregulację nawiązują również ujęcia potrzeby sformułowane przez K. Goldsteina (za: Obuchowski, 1983; Siek, 1983; Larkowa, 1987; Bąkowski, Arusztowicz, 1989), D. McKinnona, R. Woodwortha i H. Schlosberga (za: Szewczuk, 1990). Po tej linii rozumowania poszedł także K. Obuchowski (1983), dla którego potrzeba jakiegoś przedmiotu, to taka właściwość osobnika, która polega na tym, iż osobnik ów bez tego przedmiotu nie może normalnie funkcjonować, tzn. uzyskać optymalnej sprawności w zachowaniu siebie i gatunku oraz zapewnić sobie właściwego rozwoju.

J. Reykowski (1970) utożsamia potrzebę z obiektywną zależnością między istotą żywą a otoczeniem; to warunek, którego niespełnienie prowadzi do uszkodzenia, bądź zniszczenia struktury żywej, albo do zahamowania jej rozwoju. Dla M. Kulczyckiego (1971) potrzeba to zespół czynników niezbędnych do utrzymania organizmu w stanie równowagi biologicznej, psychologicznej i społecznej, konieczny do prawidłowego funkcjonowania osobowości. L. Paryzek i H. Liberska (1984) uważają potrzebę za proces psychonerwowy: z fizjologicznego punktu widzenia to stan okresowo wzmożonego napięcia energetycznego w ośrodkowym układzie nerwowym, z psychologicznego natomiast – zwerbalizowane w wyższym lub niższym stopniu odczucie braku lub chcenia czegoś. To „coś” stanowi, jak twierdzą autorzy, przedmiot potrzeby. Stan potrzeby natomiast to, według W. Szewczuka (1990), sytuacja życiowa osobnika, będąca odchyleniem od jego optimum życiowego, charakteryzująca się emocjonalnym napięciem, wzmożoną ruchliwością ogólną oraz pogotowiem wybiórczym. Zdaniem E. Hilgarda (1972) potrzeby dają początek popędom jako swoistej psychologicznej reprezentacji i dopóty wzbudzają aktywność, dopóki nie zostanie osiągnięty cel. Zredukowanie popędu następuje przez zaspokojenie potrzeby.

Zupełnie inaczej ujmują potrzebę H. Murray (1953) i J. Nuttin (1965). Dla H. Murraya (1953) jest ona hipotetyczną fizykochemiczną siłą działającą w mózgu, organizującą percepcję, napęd do działania oraz określone grupy reakcji autonomicznych, motorycznych, wyobrażeniowych, słownych, w celu zmiany sytuacji niezadowolającej, wyzwalającej napięcie jednostki. Natomiast J. Nuttin (1965) potrzebę traktuje jako siłę dążącą do ustanowienia czy też podtrzymania określonej struktury relacji między organizmem a środowiskiem.

Mimo zatem znacznego zróżnicowania w aspekcie językowym, spotykane w piśmiennictwie definicje zawierają podobne treści. Odnoszą one termin „potrzeba” do określonego stanu jednostki, powstałego w wyniku braku lub nadmiaru czegoś – ujęcia K. Obuchowskiego, L. Paryzek i H. Liberskiej, J. Reykowskiego, W. Szewczuka, J. Szymańskiego, deprywacji – definicja

E. Hilgarda, stanu niezadowolającego – definicja H. Murraya, zakłócenia relacji „Człowiek – Świat” – definicja J. Nuttina. Stan ten ujmują jako czynnik inicjujący aktywność osobnika, ukierunkowaną na określony przedmiot.

Analizowane pojęcie potrzeby związane jest z koncepcjami teoretycznymi oraz konwencjami, w jakich definicje były formułowane. Szerzej na ten temat piszą: K. Obuchowski (1983), M. Kulczycki (1971), T. Tomaszewski (1975), S. Siek (1982; 1983; 1984), W. Szewczuk (1990).

Przez lata pojawiło się wiele różnych kryteriów podziału potrzeb psychicznych (Obuchowski, 1983). W koncepcjach głębinowych Z. Freuda, A. Adlera, L. Szondiego i innych usiłowano wszystkie potrzeby człowieka wyprowadzić z jednej pierwotnej i podstawowej, na przykład z „libido” czy „dążenia do mocy” lub z kilku tzw. wektorów popędów (por. Siek, 1983). Do innej grupy zalicza się szczegółowe klasyfikacje, takie jak W. McDougalla (za: Obuchowski, 1983), stanowiące punkt wyjścia dla wielu badaczy. Poprzez zmiany i uzupełnianie listy W. McDougalla doszli oni, jak na przykład S. Colvin i W. Bagley (za: Obuchowski, 1983), do bardzo długich i skomplikowanych wykazów, ujmujących niemal wszystkie znane rodzaje zachowania (por. Reutt, Reuttowa, 1960; Reykowski, 1964; Gerstmann, 1969).

Próbie odpowiedzi na pytanie o minimalną ilość potrzeb, które muszą być zaspokojone, aby człowiek mógł normalnie funkcjonować, podjął W. Thomas (za: Obuchowski, 1983). W wyniku obserwacji i wnikliwej analizy wyróżnił cztery potrzeby: bezpieczeństwa, uznania, przyjaźni oraz nowych doświadczeń. Inne klasyfikacje, autorstwa J. Pietera (1938), R. Cattella (1957), J. Guilforda (1959), K. Obuchowskiego (1983), J. Konorskiego (1969), dzielą potrzeby na dwie grupy: pierwotne, czyli biologiczne, i wtórne, inaczej psychiczne (por. Przetacznikowa, 1971; Strelau, 1975; Madsen, 1980; Obuchowski, 1983; Jarosz, 1988). Do potrzeb biologicznych, najbardziej elementarnych, koniecznych do utrzymania jednostki przy życiu, należą: potrzeba pokarmu, wody, tlenu, snu oraz zachowania gatunku (Tomaszewski, 1984). Bez ich zaspokojenia niemożliwe jest życie jednostki, a także życie gatunku. Są wspólne dla ludzi i zwierząt, ale zaspokajane odmiennie. Człowiek wypełnia je w specyficznym ludzki sposób – w zgodzie z wymogami społecznymi (Przetacznikowa, 1971). Potrzeby bezpieczeństwa znajdują się na pograniczu potrzeb biologicznych i psychicznych. Zaspokajanie ich związane jest nie tylko z unikaniem bólu czy też wszelkich przykrości natury fizycznej, ale również z poczuciem bezpieczeństwa, które można uzyskać tylko przy prawidłowych kontaktach człowieka z otoczeniem społecznym (Pieter, 1938). Potrzeby psychiczne, specyficznym ludzkim, są niesłychanie ważne dla prawidłowego rozwoju człowieka. Genezy ich, według J. Strelaua (1975), należy szukać w trwałych nastawieniach poznawczych i czynnościowych. Funkcja tych potrzeb polega na utrzymywaniu równowagi psychicznej. Wśród nich znajdują się potrzeby, określone przez A. Masłowa (1990) jako potrzeby wyższego rzędu.

Za najbardziej precyzyjną uważa się klasyfikację sporządzoną przez A. Masłowa (1990). Nawiązując do poglądów W. Jamesa, Z. Freuda, A. Adlera czy K. Goldsteina (Siek, 1983) wyodrębnił on i hierarchicznie uszeregował pięć podstawowych grup potrzeb: fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności

i miłości (afiliacji), uznania i prestiżu (uznania i szacunku) oraz samoaktualizacji (samourzeczywistnienia). Oprócz nich wskazał na potrzebę poznawczą (wiedzy i rozumienia) i estetyczną, twierdząc, że są one narzędziami w zaspokajaniu pięciu podstawowych grup potrzeb (por. Madsen, 1980; Siek, 1983; Bąkowski, Arusztowicz, 1989). Zaspokojenie tych potrzeb, według A. Masłowa (1990), stanowi podstawę utrzymania stanu zdrowia, przywrócenie zaś czynników zaspokajających potrzeby przewycięża chorobę, a ich obecność zapobiega jej (zob. Trojanek, 1974).

Bardzo szczegółową listę potrzeb, zdaniem K. Obuchowskiego (1983) najbardziej drobiazgową ze wszystkich istniejących, sporządził H. Murray (1953). W jego rozumieniu potrzeba to, doprecyzowując wcześniej podaną definicję, hipotetyczny proces orientacji, powstający pod wpływem wewnętrznych warunków, określanymi mianem „sytuacji początkowej”, prowadzący następnie do wystąpienia aktywności, przejawiającej skłonności przetrwania aż do chwili, gdy zostanie osiągnięty pewien cel, czyli „sytuacja końcowa” (Reutt, Reuttowa, 1960; por. Siek, 1983). Powstaje ona i trwa przez pewien czas, warunkując kierunek aktywności, a przestaje istnieć z chwilą, kiedy nastąpi jej zaspokojenie.

Klasyfikacja sporządzona przez H. Murraya systematyzuje typy zachowania z punktu widzenia jego związku z określoną sytuacją zewnętrzną lub wewnętrzną. Dzieli on potrzeby na pierwotne, zwane wiscerogennymi, wyzwalane przez okresowo aktywizujące się procesy fizjologiczne organizmu, oraz wtórne, inaczej psychogenne, nie posiadające zlokalizowanych cielesnych regionów pobudzenia (Siek, 1983). Drugim kryterium, według którego H. Murray (za: Siek, 1983) dzieli potrzeby, jest ich jawność w zewnętrznym zachowaniu, które można wyodrębnić obserwując zachowanie się osoby badanej. Jednak nie wszystkie objawiają się w ten sposób. Część w ogóle nie znajduje wyrazu w jawnych formach zachowania się jednostki, a wywołują jednak subiektywnie zaznaczone skutki i w sposób pośredni oddziałują na postępowanie. H. Murray (1953) nazywał je potrzebami ukrytymi. Są to potrzeby: agresywności, poniżania się, poznawcza, dominowania, ekshibicjonizmu, seksualna, doznawania opieki i doznawania oparcia (por. Reutt, Reuttowa, 1960; Siek, 1983). W sumie H. Murray wyodrębnił 42 potrzeby psychiczne, a 27 z nich dokładnie scharakteryzował (zob. Siek, 1983). Tak szczegółowa klasyfikacja stanowi przedmiot dyskusji, ma zwolenników i przeciwników. Jest wartościowa jednak z tego względu, że wymienione w niej liczne kategorie wskazują na istotne źródła postępowania obserwowane w życiu ludzkim, a ponadto autor wyodrębniając je stworzył jednocześnie narzędzie badawcze, które umożliwia wykorzystanie klasyfikacji w celach empirycznych.

Liczne prace badawcze i szerokie doświadczenia kliniczne potwierdziły z całą stanowczością, że osoby niepełnosprawne pomimo określonych braków fizycznych mają takie same potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne jak wszyscy ludzie i tak samo dążą do ich zaspokojenia, chociaż nie wszystkie odgrywają u nich jednakową rolę (Kirenko, 1984). Niewątpliwie do podstawowych potrzeb u osób z inwalidztwem narządu ruchu zaliczyć należy potrzebę bezpieczeństwa, kontaktu oraz potrzebę poczucia własnej wartości lub osiągnięć, jakkolwiek nie należy zapominać o niezależności, sile, zaufaniu do siebie wobec

zadań życiowych, samorealizacji, prestiżu, miłości i wielu innych. Nabywanie przez osobę niepełnosprawną ruchowo umiejętności i sprawności, na przykład w posługiwaniu się sprzętem ortopedycznym, laskami, aparatami czy też wózkami inwalidzkimi, ma na celu jej usprawnienie i usamodzielnienie, a tym samym zwiększenie poczucia bezpieczeństwa fizycznego. To zaś w olbrzymim stopniu, tak w sposób pośredni, jak i bezpośredni, wpływa na obiektywną ocenę własnej sytuacji i na zdolność do zaspokojenia innych potrzeb, a w tym na: prawidłową percepcję siebie, obrazu swego ciała i swego układu w stosunku do innych. Potrzebę bezpieczeństwa należy więc rozpatrywać w wielu aspektach i w ścisłym związku z innymi potrzebami. K. Jankowski (1975; por. Bartol, 1978) na przykład genezy lęku u osób niepełnosprawnych doszukuje się w sposobie zaspokajania potrzeby kontaktu społecznego, a w szczególności zaspokajania jej za pośrednictwem symboli związanych z prestiżem społecznym i płynącym stąd poczuciem własnej wartości. Mówi on, że gdy samoocena jest zbyt niska, pojawia się lęk przed kontaktami społecznymi oraz neurotyczne objawy zachowania, czyli zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa społecznego i psychicznego.

V. Carver i M. Rodda (1978) uważają, że nie można opisywać skutków kalectwa w oderwaniu od konkretnej sytuacji osoby niepełnosprawnej, stopnia przystosowania otoczenia do jej potrzeb i możliwości, a zwłaszcza od osobowości i oczekiwań człowieka niepełnosprawnego. A. Hulek (1973) twierdzi zaś, iż fizyczna niepełnosprawność w sposób jedynie wycinkowy, aczkolwiek w różnym stopniu, zaburza różnorakie funkcje jednostki. Mimo skądinąd optymistycznego stwierdzenia należy jednak zdać sobie sprawę, że wystąpienie defektu fizycznego może przyczynić się, i zazwyczaj tak się dzieje (Kirenko, 1984), do występowania trudności w zaspokajaniu potrzeb, a nawet do ich długotrwałego zablokowania, co określa się mianem frustracji. H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) podają, że skrajne obciążenia w sferze cielesnej i psychicznej u osób po odjęciach kończyn lub z uszkodzeniem rdzenia kręgowego prowadzą do dużego wyczerpania psychicznego tzw. ostrego zespołu psychicznego obciążenia, mogącego przejść w przewlekły zespół psychicznego obciążenia, prowadzący do strukturalnych zmian osobowości. Wówczas to, zdaniem autorek, w osobowościach ujawnić się mogą rozmaite reakcje, skutkujące następstwami psychopatologicznymi, jak: zaburzenia psychosomatyczne, zespoły psychotyczne, stany depresyjne i nerwice. Zazwyczaj są to jednak przypadki pojedyncze i sporadyczne, nie obejmujące ogółu osób niepełnosprawnych lokomotorycznie. Różnorodność reakcji osoby niepełnosprawnej na zmiany w sprawności fizycznej pozostaje, jak twierdzi A. Hulek (1973), bardzo duża, ponieważ różne są rodzaje uszkodzeń i ich stopień, typy osobowości i warunki życia osób poszkodowanych, i zależą one od okoliczności nabycia niesprawności, wieku, zdolności do kompensacji oraz planów życiowych. Szeroka skala problemów sprawia, iż powraca na nowo pytanie o to: czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób kalectwo fizyczne odbija się na psychice? Przegląd piśmiennictwa wyraźnie sugeruje, że próby udzielenia odpowiedzi poszły w dwóch kierunkach. Jeden przyjmuje, iż kalectwo fizyczne wpływa na przebieg procesów psychicznych i zmienia osobowość człowieka dotkniętego niesprawnością, drugi zaś odrzuca hipotezę, ja-

koby inwalidztwo fizyczne pociągało za sobą specyficzne zmiany psychiczne, a reakcje na kalectwo wiąże tylko z cechami osobowości. Przyjmując za słuszne podejście drugie należałoby wierzyć, że, dla przykładu, większość para- lub tertraplegików to neurotycy, osoby chore na stwardnienie rozsiane, psychotycy, a po odjęciach kończyn to introwertycy lub ekstrawertycy itd., z czym trudno się zgodzić. B. Wright (1965) odrzuca takie podejście twierdząc, że nie ma wyraźnych dowodów na istnienie związków między różnymi rodzajami fizycznego inwalidztwa a poszczególnymi cechami osobowości (por. Siller, 1969). Podobnego zdania są inni autorzy. A. Hulek (1973) sugeruje, iż poglądów takich nie głoszą psycholodzy, natomiast J. Konarska (1994) rozstrzyga, że psychologia dawno już przestała zajmować się tą problematyką. Eliminując zatem drugie podejście, nie można pominąć milczeniem faktu występowania pewnych prawidłowości w przebiegu reakcji psychicznych i etapów psychicznego przystosowania, zależnych od rodzaju niepełnosprawności. Wiedza o nich jest bardzo ważna, ponieważ często prowadzą do nieprawidłowego przystosowania (Kirenko, 1986; 1995). Dyskusyjna pozostaje także teoria stadiów-faz i możliwości jej praktycznego zastosowania (Trieschmann, 1978; 1980; Silver, Wortman, 1984; por. Kirenko, 1991). Ten, kto wykazywał tendencję do określonych zaburzeń psychicznych przed inwalidztwem, może ją mieć w większym stopniu po doznaniu inwalidztwa, ale sam fakt inwalidztwa fizycznego na zmianę osobowości nie wpływa. J. Doroszevska (1981) stwierdza, że wszelkie zmiany w osobowości, jakie mogą zajść pod wpływem kalectwa, zależą przede wszystkim od osobowości podstawowej i od tego, jak sprawnie i racjonalnie działają w niej mechanizmy obronne, rozumiane tutaj jako mechanizmy psychologiczne pojawiające się i działające w stanach frustracji. Osoby z inwalidztwem narządu ruchu nie muszą być więc uważane za jednostki sfrustrowane, niespokojne, pełne oporów i obaw, co niekiedy im się przypisuje. B. Wright (1965) twierdzi, iż żadna z tych opinii nie została potwierdzona badaniami eksperymentalnymi lub systematycznymi obserwacjami. Zapewne tak jest, lecz setki jednostkowych przykładów świadczą również o czymś innym i wcale nie za sprawą stanów frustracyjnych, a jedynie sytuacji „psychologicznie nowych”, wyszczególnionych m.in. przez B. Wright (1965) jako: niepewność osoby niepełnosprawnej, czy fizycznie będzie sobie radziła, niepewność przyjęcia jej przez innych oraz niepewność co do rodzaju typu przedstawianego w oczach innych. Na przykład, osoba, która utraciła sprawność narządu, ze zwiększoną uwagą i siłą musi wypełniać zadania, jakie poprzednio wykonywała automatycznie i bez większego wysiłku. Czy takie rozwiązanie zadowoli ją, czy też zniechęci? Są to bardzo złożone problemy i nie sposób tutaj podjąć dyskusji nad poruszonymi kwestiami, co najwyżej można zasygnalizować ich występowanie. Ważne w tym wszystkim jest, i to nie tylko z punktu widzenia rehabilitacji, aby psychologiczne mechanizmy nie powiększały niekorzystnych zmian, gdyż same uszkodzenia organiczne to czynią, a jedynie je zmniejszały przez uruchamianie struktur zastępczych i dodatkowych (Kirenko, 1984).

Potrzeby seksualne i przejawy życia seksualnego osób niepełnosprawnych w zasadzie nie odbiegają – jak twierdzą Z. Lew-Starowicz i P. Janaszek (1985) oraz Z. Buczyński (1986) – od potrzeb i przejawów osób pełnosprawnych, tak

jak trudności występujące w związkach seksualnych nie oznaczają zaniku osobowości męskiej lub kobiecej (Buczyński, 1986). M. Sokołowska i A. Ostrowska (1976) obrazują to cytatem z wypowiedzi osoby niepełnosprawnej ruchowo: „mimo wielu trudności i skomplikowanych problemów nie istnieje kalectwo, nawet najcięższe, które może zdusić i wyeliminować potrzeby seksualne” (s. 127). W przypadku osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zaspokojenie tych potrzeb może jednak natrafić na poważne utrudnienia, wynikające z fizjologicznych skutków urazu, prowadzących do ograniczeń w zakresie możliwości odbycia stosunku seksualnego, uzyskania satysfakcji seksualnej (Lew-Starowicz, Janaszek, 1985), a także, może nawet przede wszystkim z uwarunkowań psychologicznych i społecznych (Lew-Starowicz, 1974; Trieschmann, 1980; Larkowa, 1980; 1987; Lew-Starowicz, Janaszek, 1985; Paszkowska-Rogacz, Poraj, 1991; Paszkowska-Rogacz, 1993). Dlatego osoby te muszą włożyć więcej wysiłku, by uzyskać wymienione efekty. Zasadnicze znaczenie przypisuje się tutaj, co wyraźnie podkreśla H. Larkowa (1987), obustronnemu doborowi partnerów, ponieważ jedynie oni mogą wzajemnie zaspokoić swoje indywidualne potrzeby emocjonalne, seksualne i inne. Nieodzowne staje się więc, zdaniem autorki, wzajemne uświadomienie sobie swoich potrzeb i ich akceptacja, określenie poziomu i rodzaju wzajemnych oczekiwań, wzajemne porozumiewanie się, osiąganie satysfakcji na płaszczyźnie potrzeb uczuciowych i seksualnych oraz dawanie słownego i bezsłownego wyrazu tym potrzebom i osiągniętej satysfakcji. Odbieranie fizycznej „inności” przez osobę niepełnosprawną, jak też przez jej seksualnego partnera, a także otoczenie społeczne, o czym mówi dalej H. Larkowa (1987), oddziałuje bowiem na jej życie emocjonalne i erotyczne, umożliwiając lub utrudniając, a niekiedy nawet uniemożliwiając zaspokojenie jej potrzeb w tej dziedzinie i osiągnięcie satysfakcji, tak jak jest to możliwe. Dlatego potrzeba aktywności seksualnej powinna być, jej zdaniem, skojarzona z potrzebą miłości i przynależności, a w konsekwencji również z potrzebą małżeństwa oraz potrzebą założenia rodziny, jako bardzo ważnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, nawet ciężko uszkodzonych.

4. Poczucie sensu życia

Zdaniem Z. Pietraśińskiego (1983), początki naszego systemu wartości datują się od momentu, gdy uczymy się pewne rzeczy cenić i pożądać, inne zaś odrzucać. Niebagatelną rolę odgrywają tu: rodzina, otoczenie społeczne oraz nasz indywidualny styl przystosowywania się. Pojęcie wartości autor rozumie zatem tak szeroko, jak to tylko możliwe. Wartością może być np.: przedmiot materialny, stan umysłu, cecha osobowości, norma postępowania, światopogląd, ale nade wszystko to, co ma dla nas znaczenie dodatnie, oceniane jako dobre i pożądane. Nieco później dopiero konieczne staje się zdobycie dystansu wobec naszych dotychczasowych preferencji, co wyraża się w podjęciu świadomej pracy nad modyfikacją czy też rozbudową własnego systemu wartości. Wiek mło-

dzieńczy jest tu najlepszym okresem, gdyż zaczynają pojawiać się rozterki światopoglądowe, kryzysy wartości, a przede wszystkim potrzeba poszukiwania sensu życia (Pietrański, 1983). U osoby dorosłej natomiast jedyny cel, inaczej kierunek działania, mogący zapewnić wyższe, dojrzalsze formy zachowania, wyznacza właśnie potrzeba sensu życia (Obuchowski, 1983). Ona bowiem cechuje człowieka dorosłego (Obuchowski, 1983; por. Wolicki, 1987). Bez jej zaspokojenia nie może on funkcjonować w pełni, ponieważ nie jest w stanie mobilizować swoich zdolności. Zaspokojenie to może, zdaniem K. Obuchowskiego (1983), polegać na uzasadnieniu sobie sensu swojego bytu oraz wytyczeniu jasnego, praktycznego i możliwego do zaaprobowania przez siebie kierunku działania.

Problematyka sensu i wartości życia pojawiała się na gruncie psychologii, jak podaje K. Popielski (1987), stopniowo, od Z. Freuda, czyli intelektualnego i emocjonalnego dojrzewania odkrycia człowieka w wymiarach jego głębi, inaczej podświadomości, przez A. Adlera, czyli eksponowania kompleksu małowartościowości i roli dążenia do mocy, aż do V. Frankla, z jego psychologią "wysokości", a w niej docenianiem wartości i odkryciem potrzeby dążenia do urzeczywistniania sensu życia (Popielski, 1987). Sposób rozstrzygnięcia o sensie i wartości życia zależał i zależy, zdaniem K. Popielskiego (1987), od koncepcji psychologii i od przyjmowanych ogólnych założeń filozoficznych dotyczących człowieka. Jeżeli bowiem, jak dowodzi autor, koncentrowano się na bioenergetycznej stronie ludzkiego funkcjonowania i ujmowano je w kategoriach działania mechanizmów, to problem sensu i wartości życia był wówczas ignorowany i nie dostrzegany. Ujmowanie natomiast człowieka jako podmiotu otwartego, ukierunkowanego intencjonalnie, realizującego się poprzez spełnianie wartości oraz odpowiedzialnie zaspokajającego podmiotowe i społeczne dążenia, cele i wartości, otwierało zawsze przed osobą ludzką nieograniczone możliwości, inaczej kreowało ujęcie koncentrujące uwagę na człowieku kreatywnym, reflektującym siebie, pytającym, interpretującym swoje życie i świat po to, aby być pełniej sobą (Popielski, 1987). Podejście to jest szczególnie widoczne w pracach takich m.in. autorów, jak: J. Pieter (1938), A. Adler (1939), S. Szuman (1947), C. Bühler (1962), K. Dąbrowski (1962; 1964; 1975), C. Kluckhohn (1962), C. Matuszewicz (1968), T. Bilikiewicz (1970), V. Frankl (1971), M. Jarosz (1971), K. Popielski (1971; 1973; 1978; 1987), J. Różycka (1971), R. May (1973; 1978), G. Allport (1974), J. Koziński (1974), Z. Płużek (1974), K. Obuchowski (1975; 1983), W. Sahakian (1976), D. Wyss (1977), S. Kratochvil (1978), K. Thomas (1979), J. Crumbaugh (1980), M. Kulczycki (1980), E. Lukas (1980; 1981), W. Rollwagen (1980), W. Böckmann (1981), W. Prężyna (1981).

Dla J. Pietera (1938) sens życia to jedna z naczelnych potrzeb człowieka, wyprowadzona z potrzeby poglądu na świat. S. Szuman (1947) natomiast uważa przyjęcie określonego światopoglądu i związanego z nim sensu życia za konieczny warunek przystosowania i prawidłowego rozwoju. Odrzuca on możliwość szukania sensu życia poza życiem i optuje za afirmacją życia jako jednym z najważniejszych celów wychowania człowieka. Twierdzi, iż istnieją trzy drogi odnalezienia sensu życia: pierwsza tzw. bezpośrednia, czyli emocjonalnie od-

czuwana radość życia, prowadząca do refleksyjnej afirmacji, druga, to umiłowanie celów i zadań, które człowiek w życiu ma wykonać, włączając w to samoaktualizację, oraz trzecia, prowadząca do odkrycia sensu życia poprzez postawienie sobie celów pozaeegoistycznych, transcendentnych. Można więc powiedzieć za J. Mariańskim (1983; 1990), że sens życia stanowi taką jakość, której w pełni nie można doświadczyć w jednej chwili i od razu. Jest bowiem wartością przeżywaną w wymiarze całego życia.

K. Obuchowski (1975; 1983) zalicza sens życia, obok potrzeby poznawczej i kontaktu emocjonalnego, do grupy trzech specyficznie ludzkich potrzeb orientacyjnych. Nie jest konieczne, jego zdaniem, aby człowiek przy każdej czynności uświadamiał sobie sens swojego działania, ale powinien zawsze w razie konieczności umieć ten sens odnaleźć. Wskazuje on na dwa zasadnicze kryteria świadczące o realizacji przez człowieka potrzeby sensu życia. Pierwsze występuje wówczas, gdy osoba konsekwentnie dąży do realizacji celów wykraczających poza bezpośrednie zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub wywoływania zainteresowania innych osób, nie rozpraszając się na różne rodzaje aktywności. Drugie pojawia się wtedy, gdy człowiek w wyniku zmiany sytuacji życiowej, zaczyna odczuwać beznadziejność, bezsensowność, pustkę swego istnienia. Definiuje on zatem potrzebę sensu życia jako właściwość człowieka, powodującą, że bez zaistnienia w jego działalności życiowej takich wartości, które są lub mogą zostać uznane przez niego za nadające sens życiu, nie może on prawidłowo funkcjonować. Niemożność zaspokojenia potrzeby sensu życia przejawia się, zdaniem autora, w stanach napięcia i prowadzi do zaburzeń nerwicowych. Zasadniczym zaś środkiem zaspokajania tej potrzeby jest, według niego, przyjęcie jakiejś ogólnej postawy etyczno-filozoficznej, zwanej "filozofią życia" i trzymanie się jej wiernie w postępowaniu.

Potrzebę sensu życia S. Garczyński (1972), podobnie jak K. Obuchowski (1983; por. Wolicki, 1987), umieszcza wśród najważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. Jej zaspokojenie wpływa na zadowolenie z życia, intensywność stosunków z ludźmi oraz rozwój sił i twórczości. Brak zaspokojenia pociąga za sobą poważne powikłania i objawy neurasteniczne. Znaczącą rolę w jej zaspokajaniu przypisuje S. Garczyński (1972) pracy i miłości.

Poczucie sensu życia, zdaniem Cz. Matuszewicza (1968), kształtuje się pod wpływem różnych potrzeb, a nie wyłącznie poglądu na świat (por. Pieter, 1938). Badając jego motywacyjną rolę autor ten stwierdził, iż sens życia to m.in.: proces wyboru różnorodnych wartości moralnych i społecznych; działanie z wielkim rozmachem, wysiłkiem i zaangażowaniem; potrzeba rozumienia zdarzeń; włączanie się w mechanizmy życia społecznego, uzyskanie tego, co daje społeczeństwo; atrakcyjność życia, doznawanie ciągle nowych, zaskakujących wrażeń; możliwość kontynuowania dzieła ludzkości lub dzieła osobniczego; ukierunkowanie na osiągnięcie określonego celu; subiektywne poczucie pewności, z podkreśleniem własnej wartości i przydatności.

Według V. Frankla (1971), dążenie do znalezienia odpowiedzi na pytanie o sens i wartość życia jest oznaką normy i jedną z istotnych podstaw zachowania zdrowia psychicznego. Twierdzi on, że „sens życia tkwi w samym życiu” (s. 63), przy czym termin „życie” rozumie dwojako: jako byt ludzki dany, i jako

był ludzki zadany, tzn. ten, którego spełnianie stanowi naszą powinność i za którego kształt jesteśmy odpowiedzialni. Sens życia może się jawić, realizować lub być doświadczany, ale tylko na poziomie osobowym, jako właściwość pierwotna ludzi. Na innym bowiem poziomie bytowania jest on niedostępny. V. Frankl (1971; por. Popielski, 1987) sądzi również, że pytanie o sens siebie, własnej egzystencji pozostaje uprawnione jedynie wówczas, gdy pytamy tylko o siebie i w danej sytuacji, o to kim tylko dana osoba być może i kim być powinna. Pytanie o sens własnego życia ma więc ścisły związek z odpowiedzią na pytanie dotyczące własnej powinności, tego, za co ja sam mogę być tylko odpowiedzialny, jako ten, kto jest i kto się staje, a więc kto wprowadza siebie w czyn. Konieczność ograniczenia zakresu rzeczywistości, którą obejmuje pytanie o sens, wynika z nieuprawnienia pytania o sens wszystkiego. Całość nie ma żadnego sensu, jest ponadsensowna, posiada „nadsens”. Skoro zatem istnieje „nadsens”, wszystko, co dotyka człowieka, nawet cierpienie i poniżenie, ma swój sens. Sens przysługuje więc zarówno zdrowiu, jak i chorobie, radości i cierpieniu. Trzeba go tylko odszukać, właśnie w wymiarze całości życia, wiary, odniesienia do innych osób. Temu celowi służy logoterapia, będąca postępowaniem wobec tego, co w człowieku najbardziej ludzkie, ale i co łączy go z Bogiem, lokuje go więc w wymiarze „nadsensu” (por. Obuchowski, 1983).

Ogólnie można powiedzieć, że K. Popielskim (1987), że poczucie sensu życia w swojej strukturze zawiera cztery komponenty: intelektualny, emocjonalno-uczuciowy, wolitywno-dążeniowy i egzystencjalno-działaniowy. Pierwszy dotyczy poznania natury życia ludzkiego, środowiska i celów osobistych, implikując tym samym zdolność osoby do poznania swej własnej natury, historii swego życia, układów społeczno-kulturowych oraz otoczenia. Drugi wiąże się ze zdolnością człowieka do doświadczania siebie, do reagowania na wartości, a wśród nich na osiągnięcia i przegrane oraz dążenia i sukcesy, trzeci – z uzdolnieniem człowieka do dokonywania wyborów i przyjmowania postawy, czwarty zaś identyfikowany jest jako przyczyna świadomości sensu życia i efekt jego istnienia. Poczucie sensu życia pozostaje zatem, według K. Popielskiego (1987), bezpośrednio związane z podmiotowym i indywidualnym doświadczeniem osoby ludzkiej, zdeterminowanym jej strukturą osobowościową, celami i dążeniami, charakteryzując się zindywidualizowanym rozwojem, dużą stabilnością, czyli najgłębszą siłą motywującą egzystencję.

Poczucie sensu życia powinno zatem wynikać z bardziej ogólnych przekonań człowieka i jako rezultat jego własnej refleksji, nastawiony na dobro innych ludzi – sprawiać satysfakcję. Tak ujęty sens życia czyni bowiem działania człowieka bardziej skutecznymi (Obuchowski, 1983), w czym pomocne mogą okazać się tezy G. Mosera (za: Popielski, 1987), które mówią, iż człowiek, aby urzeczywistnić sens swojego życia, musi określić się wobec teraźniejszości i przyszłości. Musi chcieć i umieć wybrać spośród wartości takie, które nie zdevaluują się, gdy nadejdzie „jutro” ludzkiego istnienia. Jeżeli człowiekowi zależy na realizowaniu wartości życia, musi być odważny, pokorny, doceniający siebie i innych, szanujący dobro i piękno, umiejący przyjąć zarówno radość życia, jak i cierpienia. Człowiek musi nauczyć się patrzeć na otaczającą rzeczywistość tak, aby dostrzegać prawdziwy jej obraz. Jednak nie wystarczy bierne akceptowanie

rzeczywistości, trzeba ją twórczo przekształcać tak, aby eliminować zło, aby przybliżyć świat i ludzi do Boga (Popielski, 1987).

Z losem człowieka nieodłącznie związane jest doświadczenie sensu życia, ale również utrata jego poczucia (Wolicki, 1987). Utratę poczucia sensu życia łączy się najczęściej z brakiem wartości znaczących dla egzystencji, z ich niedojrzałością czy brakiem hierarchizacji, niewykształtowaniem się idei wiodących, z niemożnością kształtowania osobowego stylu życia. Utraconego poczucia sensu życia nie można, jak twierdzą K. Popielski i M. Wolicki (1987), leczyć ingerencją wprost. Można natomiast i trzeba stwarzać warunki, w których dynamizm sensu i wartości życia mogłyby się realizować, oznaczając tym samym przywrócenie człowiekowi „wymiaru głębi” (Popielski, Wolicki, 1987).

Według M. Wolickiego (1983), egzystencjalność osoby jest ściśle związana z jej samodzielnością i możliwością stanowienia o sobie samej. Mogą jednak w życiu człowieka zaistnieć sytuacje określane mianem granicznych, takie jak: cierpienie spowodowane ciężką chorobą lub stanem niepełnej sprawności, głębokie kryzysy osobiste czy też społeczne, które, odbierając nadzieję i chęć do życia, sprawiają, że dochodzi do utraty smaku i wartości życia. Człowiek wówczas, jak twierdzi S. Szuman (1947), powinien zdobyć się na wtórne i pozytywne ustosunkowanie się do swojego życia, wykształcając je w sobie i ucząc się stwierdzać jego istnienie.

B. Bemat (1994) jest zdania, że sytuacje graniczne, kryzysowe i zdarzenia przełomowe są naturalnym elementem każdego życia. Człowiek musi wciąż odkrywać siebie na nowo i pytać o sens bytowania. I chociaż poczucie sensu życia ma charakter indywidualny, to jednak zawsze znajduje odbicie w wymiarze społecznym. Zasadne zatem wydaje się ujęcie sensu życia osób z niepełnosprawnością w kategorii opisu odczuwania przez nie potrzeby zastanawiania się nad sensownością swojej egzystencji.

Pytanie o siebie samego, o poczucie sensu własnego życia i istnienia, o celowość własnej działalności jest nieodłącznie gatunkowo cechą człowieka (Szczepański, 1970). Osoby niepełnosprawne o wiele częściej niż ludzie zdrowi mogą znaleźć się w specyficznej sytuacji, którą nazwać można za T. Tomaszewskim (1967; 1975) sytuacją trudną (por. Larkowa, 1987; Szczepański, 1988). Przypuszcza się, że sytuacje utrudnienia, deprywacji, przeciążenia i zagrożenia czy też ich antycypacja mogą przejawiać się jako jedno ze źródeł rodzących pytanie o poczucie sensu egzystencji osób z niepełnosprawnością.

Motywy zainteresowania sensem życia osób niepełnosprawnych zbadał J. Kuczyński (1981). Pierwszą, najczęściej występującą przyczyną rozmyślań nad poczuciem sensu życia okazała się konkretna sytuacja życiowa czy też zdarzenie losowe, które spowodowało niesprawność. Drugą przyczyną były ich własne doświadczenia życiowe i osobiste przemyślenia na tym tle. Kolejny motyw to dostrzeganie przemijalności życia, kruchości własnej egzystencji i próby znalezienia wytłumaczenia takiego stanu. Inną przyczynę budzenia świadomości egzystencjalnej stanowiło oddziaływanie otoczenia społecznego, środowiska, w którym żyją. Zauważalny był też wpływ wiary religijnej.

Niemожność zaspokojenia dążenia do poczucia sensu życia V. Frankl (1973) nazywa frustracją egzystencjalną. Wydaje się, że ludzie doświadczeni trudnymi sytuacjami życiowymi są szczególnie podatni na zachwianie wiary w poczucie sensu życia. Dlatego też niezwykle ważne dla człowieka przeżywającego podobny kryzys wiary jest poszukiwanie sensu indywidualnego (Frankl, 1973). System wartości, akceptowany przez osoby z niepełną sprawnością, oznacza w dużej mierze koncentrację bardziej na sobie niż na grupie odniesienia, tj. grupie osób niepełnosprawnych. Sens życia odnajdywany jest częściej w mikro- niż makroukładach społecznych, częściej w wymiarach indywidualnych niż w dążeniach o szerszych odniesieniach społecznych. Nie można jednak, zdaniem D. Śleszyńskiego (1978), mówić o zdecydowanej tendencji zamykania się osób niepełnosprawnych ruchowo w kręgu własnych spraw.

Przebadanie grupy młodych osób z uszkodzeniem narządu ruchu, będących w trakcie rehabilitacji ujawniło u nich zależność między poziomem poczucia sensu życia a przyjętą hierarchią wartości (Kirenko, 1985). Wprawdzie ogólny poziom poczucia sensu życia u osób niepełnosprawnych był niższy niż u pełnosprawnych, ale nie wynikało to w sposób jednoznaczny z faktu inwalidztwa. Za ten stan rzeczy odpowiedzialne były raczej czynniki społeczne i psychologiczne, aczkolwiek zdecydowana większość wyników globalnych, uzyskanych przez poszczególne osoby, mieściła się w przedziale wyników średnich, wskazując tym samym na ich pewne tendencje do frustracji egzystencjalnej. Należy dodać, że proces rehabilitacji tych osób nie był jeszcze ukończony.

Badania te zostały zainspirowane doniesieniem R. Bulman i C. Wortman (za: Silver, Wortman, 1984) o próbie określenia sposobów nadawania sensu awersyjnym wydarzeniom życiowym przez osoby niepełnosprawne. Wychodząc z założenia, sformułowanego przez R. Silver i C. Wortman (1984), że człowiek niespodziewanie dotknięty chorobą, niepełnosprawnością, zaczyna patrzeć na swoje awersyjne doświadczenie z punktu widzenia jakiegoś celu lub sensu, albowiem poszukiwanie sensu, o czym mówi V. Frankl (1963), może być silnym motywem ludzkiego działania, pytali osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o to, czy zadały sobie kiedykolwiek pytanie, dlaczego właśnie ich dotknęło kalectwo i jakiej wówczas udzielili odpowiedzi. Okazało się, że wszystkie osoby badane stawiały sobie takie pytanie i niemalże wszystkie znajdowały jakieś wyjaśnienie, przy czym obwinianie siebie było skorelowane z dobrym radzeniem sobie w życiu przez te osoby, co zdaniem S. Taylor (1984) mogło oznaczać odzyskanie przez nie poczucia mocy. J. Kirenko (1985) natomiast, w przywoływanych już tutaj badaniach, postawił pytanie zasadnicze: Co według ciebie było przyczyną sprawczą, że to właśnie ciebie, a nie innych, dotknęło kalectwo?, uzupełnione dodatkowo następującymi pytaniami pomocniczymi: Czy pogodziłeś się z zaistniałym kalectwem?; Co najtrudniej jest ci zaakceptować lub trudno zrozumieć ze swojego życia z powodu zaistniałego kalectwa?; Co jest twoim największym, choć ukrytym pragnieniem, marzeniem względem własnego życia, co mogłoby nadać mu sens i kierunek? Uzyskane wyniki, zarówno z badań R. Bulman i C. Wortman, jak i J. Kirenki, były bardzo zbliżone, odnosząc się najczęściej do takich wyjaśnień, jak: Boży plan, przeznaczenie czy też ślepy los, własny osobniczy udział, ale również: „dlatego, że stanowią wzór, jak należy

znosić cierpienie” (Kirenko, 1985, s. 8), co mogłyby wskazywać, że określone sposoby nadawania sensu wiążą się z lepszym przystosowaniem osób niepełnosprawnych i w związku z tym praktycznym wnioskiem z tych badań byłoby zalecenie personelowi rehabilitacyjnemu, aby wpajał te przekonania podopiecznym. Tylko czy w każdej sytuacji próby pokazywania innym sensu w ich cierpieniu, czynione oczywiście w dobrej wierze, o co pytają R. Silver i C. Wortman (1984), przynoszą pozytywne skutki? Odpowiadają zrazu, że nie, na co istnieją dowody, dlatego też, ich zdaniem, efektywniejszą strategią postępowania wobec takich osób byłoby przede wszystkim stwarzanie im okazji do swobodnego wyrażania uczuć w obecności osoby podtrzymującej oraz pozwolenie im na samodzielne odnalezienie uzasadnień nadających sens cierpieniu.

Z badań M. Rogalskiej (1989), dotyczących stosunku osób z inwalidztwem narządu ruchu do rozmyślań nad poczuciem sensu życia, wynika [potwierdza to wcześniejsze ustalenia J. Kirenki (1985)], że rzadko są eksponowane przez te osoby wartości materialno-konsumpcyjne, silnie zaś zaznacza się preferowanie wartości zdrowotnych, uznaniowych, perfekcjonistycznych, afiliacyjnych, altruistycznych i etycznych. Wynika z nich również, iż zarówno kobiety, jak i mężczyźni niepełnosprawni ruchowo opowiadają się za zdecydowaną potrzebą zastanawiania się nad poczuciem sensu życia.

Po zbadaniu roli sensu życia w przebiegu rehabilitacji osób po odjęciach kończyn M. Szymkowiak (za: Obuchowski, 1983) stwierdziła, że wszelkie przeobrażenia, z jakimi mamy do czynienia w procesie usprawniania tych osób, są wyznaczone przez poprzednią konkretyzację i mentalizację potrzeby sensu życia, co, zdaniem K. Obuchowskiego (1983), jest szczególnie istotne dla programowania procesu rehabilitacji psychicznej tych osób.

Interesujące dane z badań nad poczuciem sensu życia u osób z inwalidztwem wzroku uzyskali M. Radochoński (1986; 1987) i J. Konarska (1994), powiększając jakże ograniczony dorobek nauki w tej mierze. Ze względu jednak na znaczne zróżnicowanie specyfiki obu niepełnosprawności, a tym samym niemożność internalizacji otrzymanywnych wyników, poprzestano jedynie na ich zasygnalizowaniu.

Ponieważ pojęcie sensu życia związane jest nierozzerwalnie z pojęciem wartości, można stwierdzić, że uznawane wartości oraz będące ich urzeczywistnieniem aspiracje i dążenia życiowe osób z inwalidztwem narządu ruchu są w znacznej mierze wyznacznikiem ich postaw wobec poczucia sensu życia oraz stosunku do siebie innych ludzi i otaczającego świata (Przełęcki, 1981). Pomimo bardzo trudnych doświadczeń życiowych, pomimo tak poważnego schorzenia, jakim jest inwalidztwo narządu ruchu, znaczna grupa osób niepełnosprawnych posiada „dojrzałą radość życia”, afirmuje swoje życie, wierzy w jego celowość i wartość, rozwija własną osobowość oraz w miarę normalnie funkcjonuje w środowisku społecznym (Ostrowska, 1983).

Zbiorowość niepełnosprawnych lokomotorycznie jest o tyle zbiorowością specyficzną, że jej członkowie borykają się na co dzień z ograniczeniami ruchowymi i sprawnościowymi, w których wyniku wykonywanie zwykłych, podstawowych czynności staje się znacznie utrudnione, a czasem wręcz niemożli-

we. Nie znaczy to jednak, że nie mogą i nie chcą funkcjonować w środowisku osób pełnosprawnych. Największym ich problemem jest pokonywanie psychofizycznych ograniczeń, które w znacznej mierze są wynikiem negatywnych postaw otoczenia. Przejawiają się one najczęściej poprzez odrzucenie i izolację, uznawanie ich za ludzi beзуytecznych i niepotrzebnych. Dlatego też osoby niepełnosprawne wiążą poczucie sensu swojego życia z wartościami o charakterze prospołecznym, akcentując pragnienie bycia potrzebnym i użytecznym w społeczeństwie, akcentując swoją pełnowartościowość. Z tego też powodu charakteryzują się w pewnym zakresie swoistym poczuciem sensu życia, polegającym na tym, że chcą one odnaleźć swoje miejsce w społeczeństwie, pragną poczuć się w nim potrzebne i użyteczne. Odczuwają prawo do życia pełnego, tzn. do życia, w którym nie eliminuje się ich potrzeb, nie blokuje oczekiwań, ale wbrew fizycznym ograniczeniom chce się tworzyć nowe zakresy działania, potwierdzające wartość życia i wartość człowieka (Szczepański, 1988).

Aktywność seksualna człowieka, jak twierdzi H. Talbot (1955), służy dwóm podstawowym celom, a mianowicie: biologicznej potrzebie reprodukcji oraz potrzebie osobistej ekspresji i zadowolenia, ze wszystkimi psychologicznymi, społecznymi i moralno-etycznymi jej znaczeniami. Skoro jednak pierwszy cel możliwy jest do spełnienia tylko w nielicznych przypadkach uszkodzeń rdzenia kręgowego (zob. rozdział 1.4), to w związku z tym, jak sądzi H. Talbot (1955), potrzeba osobistej ekspresji i zadowolenia jest bardziej pożądana w dzisiejszym społeczeństwie i ma większe znaczenie dla seksualizmu niż zdolność czy niezdolność do prokreacji. Ten sam autor dodaje, że znaczna liczba osób z para- lub tetraplegią jest bardziej zaniepokojonych brakiem zadowolenia zmysłowego niż własną „nieprzydatnością” (s. 99), stąd – jego zdaniem – zdolność osób z poprzecznym paralizem do seksualnej aktywności, nawet w przypadku braku normalnych odczuć, wydaje się być źródłem ich znacznej satysfakcji. Podobnie sądzi C. Vincent (1968) twierdząc, że osoby z tym schorzeniem uważają często stosunek za pożądaną przede wszystkim ze względu na własne „ego” i poczucie przydatności, jak również dla dostarczenia zadowolenia partnerowi. Należy jednak mieć na uwadze również to, iż wyszczególnione tu cele aktywności seksualnej nie są jedynymi. K. Imieliński (1985), analizując zagadnienie partnerskiej normy seksualnej, uzupełnia te cele: potrzebą stwarzania „pełnego człowieka” (s. 261) i potrzebą sensu życia. Seks dla niego to nie wyłącznie czynności narządów płciowych, ale przede wszystkim dziedziną ludzkiego życia, wzbogacająca rozwój człowieka, utrwalająca więzi międzyludzkie i nadająca życiu sens. Również możliwości leczenia klinicznego bezpłodności u mężczyzn z para- i tetraplegią coraz bardziej wzrastają, szczególnie w przypadku osób z częściowymi uszkodzeniami typu dolnego neuromeru. Doniesienia z badań i doświadczeń klinicznych nad sposobami postępowania leczniczego w zaburzeniach erekcji, ejakulacji i płodności u mężczyzn z para- i tetraplegią stanowią zdecydowaną większość pozycji bibliograficznych z zakresu rehabilitacji leczniczej, psychologicznej i społeczno-zawodowej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lat 80-tych i początku 90-tych, wytrącając tym samym, w coraz większym stopniu, argument niemocy prokreacyjnej na rzecz argumentu osobistej ekspresji seksualnej jako wyrazu męskości lub kobiecości, doznań i zadowolenia (zob.

rozdział I.4). Niemniej jednak spostrzeżenia H. Talbota (1955) i C. Vincenta (1968) oraz innych autorów są istotne, ponieważ podkreślają psychospołeczny i egzystencjalny charakter życia seksualnego. Dla wielu bowiem mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia, o czym mówi J. Siller (1969), pytanie: „Czy mogę spełniać funkcję seksualną?” (s. 291), przekształca się w problem: „Czy jestem mężczyzną?” (s. 291). Stąd, jak podaje S. Berger (1953), redukcja lub utrata funkcji seksualnych u osób z para- i tetraplegią nie jest tak duża, nawet gdy rozpatrujemy ją w kategorii satysfakcji fizycznej, jak w kategoriach „nieprzydatności”. Osoby te niekiedy uważają swoje ciało za brzydkie, niefunkcjonalne i bezużyteczne, co wynika najczęściej z przyjętych wzorców estetycznych, występujących u osób pełnosprawnych (Nordqvist, 1972), a co w sposób szczególny może odbić się na ich wizerunku właściwości schorzenia i, co w konsekwencji za tym idzie, na pojawianiu się trudności w konstruktywnym traktowaniu problemu ponownego przystosowania do życia w środowisku społecznym (Berger, 1953). Potrzeba sensu życia w procesie przystosowywania się osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego do zmienionych warunków życia odgrywa ważną rolę (por. Obuchowski, 1983; Szczepański, 1988).

5. Postawy

Problematyka postaw była i jest przedmiotem zainteresowania różnych dziedzin nauki. W niektórych z nich uważa się postawę za zewnętrzny przejaw potrzeb osoby lub grupy osób, w innych jest to źródło szukania i stawiania hipotez wyjaśniających ludzkie zachowanie. Stąd też zapewne wynika taka różnorodność zarówno definicji tego pojęcia, jak i roli poszczególnych jego elementów czy też komponentów w związkach np. z zachowaniem. Przy czym rozbieżności w znaczeniu terminu „postawa” występują nie tylko między poszczególnymi dziedzinami, ale również w ramach tychże dziedzin, w obrębie tych samych orientacji teoretycznych.

Pierwsze definicje postawy, opracowane przez H. Spencera i A. Baina (za: Mika, 1981, a następnie F. Znanieckiego oraz J. Thomasa (za: Mika, 1981 czy też M. Calkins (za: Pospiszyl, 1973), aż po klasyczną definicję G. Allporta (1959; por. Zaborowski, 1962; Siek, 1983; Johnson, Matros, 1985), określały ją, mniej lub bardziej dokładnie, jako psychiczny lub nerwowy stan gotowości, wytworzony przez doświadczenie i wywierający ukierunkowany wpływ na reakcje jednostki w odniesieniu do wszystkich przedmiotów i sytuacji, z którymi jest on związany. Późniejsza analiza pojęcia doprowadziła do umiejscowienia go przez Th. Newcomba i in. (1970) na przecięciu procesów poznawczych i motywacyjnych, stając się tym samym swoistym punktem odniesienia dla dokonań w tym względzie większości polskich autorów (Sękowski, 1994), aczkolwiek J. Reykowski (1976; 1992) sytuuje postawy w kategoriach ustosunkowań. Ustosunkowania stałe, czyli dotyczące klas przedmiotów, idei czy instytucji, nazywa postawami, ustosunkowania, wyrażające uwarunkowania określonych celów

– dążeniami, ustosunkowania do konkretnych osób – uczuciami. Poza tym, ustosunkowania polegające na uzyskiwaniu nowych informacji o przedmiocie to, zdaniem autora, zainteresowania, a ustosunkowania polegające na przejawianiu skłonności do wykonywania pewnych czynności to zamiłowania. J. Reykowski (1976) wyodrębnia jeszcze tzw. postawy ogólne, którymi są ustosunkowania się do pewnych bardzo szerokich obszarów rzeczywistości, np. do ludzi, do pracy, do dóbr materialnych itp.

Najczęściej spotykaną podstawą klasyfikacji definicji postaw jest jednolitość koncepcji teoretycznych lub ich aspektów szczególnie eksponowanych (Rembowski, 1972). Stąd wynikają na przykład: systematyka H. Larkowej (1970), z podziałem na dwie zasadnicze grupy, a mianowicie: definicje określające postawę jako czynnik lub czynniki tkwiące w jednostce, które albo determinują pewne przeżycia psychiczne i formy zachowania się, albo też wywierają wpływ na reakcje względem różnych przedmiotów, oraz definicje określające postawę jako specyficznego rodzaju reakcje lub zachowania się względem jakiegoś przedmiotu; systematyka J. Rembowskiego (1972), obejmująca cztery grupy: definicje zawierające intensywny składnik intelektualny, definicje uznające pozytywne lub negatywne uczucia jako najistotniejszy element postawy, definicje ujmujące postawę od strony działania oraz definicje łączące postawy z wszystkimi rodzajami procesów psychicznych; czy też powszechnie przyjęty za S. Miką (1981) podział na trzy podstawowe grupy, nawiązujące do: tradycji behawiorystycznej lub psychologii uczenia się, koncepcji socjologicznej oraz teorii poznawczych (por. Gorczycka, 1988; Sękowski, 1994).

W definicjach odnoszących do tradycji behawiorystycznej lub psychologii uczenia się szczególną uwagę zwraca się na zachowanie człowieka, na jego reakcje wobec świata zewnętrznego. Przy czym nie chodzi tu o zachowania przypadkowe, ale zachowania powtarzalne i konsekwentne. Jako przykłady tego rodzaju można wymienić definicje H. Piérona (za: Larkowa, 1970), W. i M. Sherifów (1965), D. Dooba oraz W. Fusona (za: Obuchowski, 1983; por. Gorczycka, 1988). W definicjach tego typu nie zawsze jednak, zdaniem S. Miki (1981; por. Johnson, Matros, 1985), istnieje zgodność pomiędzy postawą a zachowaniem.

Definicje nawiązujące do koncepcji socjologicznej zwracają uwagę na stosunek nosiciela postawy do jej przedmiotu, określając go najczęściej jako oceniający lub emocjonalny, a relacje między człowiekiem i przedmiotem jego postawy kwantyfikują od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych. Wyrazem tego stanowiska są definicje autorstwa: B. Greena (za: Obuchowski, 1983), L. Thurstone'a (za: Miki, 1981; por. Gorczycka, 1988), A. Podgóreckiego (1971), J. Reykowskiego (1973), J. Strelaua (1981) oraz K. Obuchowskiego (1983), którzy podkreślają rolę zaangażowania i stosunku nosiciela postawy do jej przedmiotu. Na ile jest to materia jednoznaczna, trudno ustalić, zważywszy na złożoność zjawiska i w związku z tym występujący dylemat jednoznacznego uporządkowania wszystkich aspektów postawy, od skrajnie pozytywnych do skrajnie negatywnych.

Trzecia grupa definicji jest koncepcją reprezentowaną obecnie najpowszechniej. Dodaje ona do stosunku emocjonalnego lub oceniającego elementy poznawcze – S. Asch (za: Gorczycka, 1988) uwzględnia tylko tę składową de-

finicji, pomijając dwie pierwsze – tworząc strukturę na tyle złożoną, aby można było wyodrębnić w niej wiele elementów członowych, ukierunkowujących zachowanie człowieka wobec jakiejś osoby, problemu oraz sytuacji, czyli wobec jakiegoś przedmiotu (por. Bielecki, 1986). Stanowisko to reprezentują M. Smith i in. (1956; por. Mika, 1972), którzy przez postawę rozumieją strukturę złożoną z elementów poznawczych, czyli zasobu informacji o przedmiocie postawy; elementów afektywnych, które mają określony kierunek i siłę; elementów indywidualnego działania, jako nosiciela postawy wobec jej przedmiotu (por. Larkowa, 1970; Nowak, 1973; Sękowski, 1994). Podobne stanowisko reprezentują: J. Rosenberg (za: Reykowski, 1979), D. Krech, B. Crutchfield, L. Ballachey (za: Mika, 1976; por. Grzywak-Kaczyńska, 1977; Obuchowski, 1983) oraz D. Johnson i R. Matros (1985).

Wśród polskich przedstawicieli orientacji strukturalnej wymienić należy T. Tomaszewskiego (1966), J. Rembowski (1972), S. Nowaka (1973), T. Mądrzyckiego (1977), S. Mikę (1981) i innych (por. Ziemska, 1979). S. Nowak (1973) w tak ujmowanym pojęciu postawy wyodrębnia trzy jego podstawowe komponenty: emocjonalno-oceniający, poznawczy i behawioralny, podkreślając jednocześnie, iż komponent emocjonalno-oceniający jest decydujący, bo konstytuuje postawę. Również T. Mądrzycki (1977) określa postawę jako organizację poznawczą, uczuciowo-motywyacyjną i behawioralną podmiotu, związaną z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów. Analogicznie pojmuje postawę S. Mika (1981), definiując ją jako względnie trwałą strukturę, lub dyspozycje do pojawienia się tej struktury, procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu. W. Prężyna (1981) natomiast do koncepcji strukturalnej dodaje jeszcze element oceniający, co sprawia, że postawa – według tego autora – to względnie stałe ustosunkowanie, wyrażające się w gotowości do pozytywnych lub negatywnych reakcji intelektualno-orientacyjnych, emocjonalno-motywyacyjnych oraz behawioralnych podmiotu wobec przedmiotu postawy.

Zgodnie więc z takim pojmowaniem analizowanego terminu jest on zawsze wobec "czegoś", co istnieje obiektywnie lub subiektywnie, i jest on zawsze subiektywnym odniesieniem danej osoby wobec danego przedmiotu (por. Bazylak, 1984). Wiąże się to, o czym mówią W. Sherif i M. Sherif (1965; por. Gorczycka, 1988), z posiadaniem przez ludzi swoich kryteriów oceny przedmiotów postawy jako dobrych lub złych, akceptowanych lub nieakceptowanych.

Wyszczególnienie w postawie trzech komponentów, w tym dominacja jednego z nich, stała się podstawą wyróżnienia przez S. Nowaka (1973) czterech kategorii postaw: asocjacji afektywnych, postaw poznawczych, postaw behawioralnych oraz postaw poznawczo-behawioralnych, zwanych pełnymi. Występowanie w postawie wszystkich jej komponentów, lub brak któregoś z nich, stało się przesłanką wyodrębnienia przez T. Mądrzyckiego (1977) postaw pełnych oraz niepełnych, aczkolwiek zgodnie z przywołanymi tu definicjami trudno mówić o postawie w przypadku zupełnego braku któregoś z komponentów, należy raczej brać pod uwagę rozbudowę poszczególnych komponentów i dominację któregoś z nich. Zgodnie zatem z tą zasadą, czyli stopniem złożoności, T. Mądrzycki (1977) klasyfikuje rodzaje postaw na: intelektualne, uczuciowo-

motywacyjne i behawioralne. Kolejnymi cechami postaw są: treść przedmiotowa, a w niej postawy: moralne, społeczne, polityczne, religijne, rzeczowe, interpersonalne i intrapersonalne; kierunek, z postawami pozytywnymi lub negatywnymi; siła, czyli postawy silne albo słabe; stopień zwartości, a w niej: postawy zintegrowane silnie i zintegrowane słabo.

Wymienione tu trzy komponenty postawy są, zdaniem A. Sękowskiego (1994), stosunkowo łatwe do zanalizowania na płaszczyźnie teoretycznej, trudności natomiast pojawiają się w obszarze empirii, gdzie, stosując określone techniki badawcze, chcemy uchwycić wszystkie trzy wymiary jednocześnie, co w sposób szczególny dotyczy, jak twierdzi autor, aspektu behawioralnego.

Przychylając się do strukturalnej koncepcji rozumienia pojęcia postawy, pozostającej w nurcie poznawczym psychologii, zaakceptowano jej trójwymiarowość: intelektualno-poznawczą, emocjonalno-oceniającą i behawioralną (por. Boczar, 1982; Bazylak, 1984), ze szczególnym uwzględnieniem komponentu emocjonalno-oceniającego i behawioralnego. Przyjęcie tego modelu wynika z przekonania, iż obejmuje on całą złożoność postawy, a także z tego, że w podjętej problematyce pracy doniosłą rolę odgrywają uczucia, emocje. Element poznawczy to przede wszystkim zespół poznań, wiedza, sądy, opinie, w tym także znaczenie pojęć uosabiających całokształt postaw (por. Johnson, Matros, 1985), natomiast wymiar emocjonalny to uczucia i dążenia, ale i stosunek czy też ustosunkowanie się do desygnatów, z pewnymi elementami ich oceny jako pozytywnych lub negatywnych, pożądaných lub niepożądaných (por. Johnson, Matros, 1985). Wymiar behawioralny zaś to, z jednej strony pragnienie i dyspozycja do zachowania się w określony sposób, z drugiej – konkretne działanie, odzwierciedlające lub nie stosunek nosiciela postawy do jej przedmiotu, co wypływa z założenia, iż na zachowanie człowieka ma wpływ wiele czynników, a postawa jest tylko jednym z nich. Sądzić bowiem należy, że istnieje duża, choć niecałkowita zależność między zachowaniem się zgodnym z opinią o przedmiotach postawy a stopniem uświadomienia sobie własnych postaw zarówno na płaszczyźnie poznawczej, emocjonalnej, jak i behawioralnej (Wicker za: Mika, 1981). Można to przedstawić w postaci schematu, gdzie na drodze uświadomienia, w sensie poznawczym i emocjonalnym, znajdują się przeszkody w postaci różnorodnych mechanizmów obronnych, natomiast na dalszej drodze pojawia się poczucie niemożności zachowania się w określony sposób, na przykład w przypadku wystąpienia różnych schorzeń, oraz przeszkody szeroko rozumianej natury społecznej. Kolejnym przyjętym poglądem jest przeświadczenie, iż na kształtowanie się postaw ma wpływ wiele czynników (Mika, 1981; Johnson, Matros, 1985), które zmieniają się w trakcie życia jednostki, a wraz z nimi może ulegać zmianie również postawa wobec tych samych przedmiotów, wartości, idei, zjawisk czy grup społecznych. Z poglądem tym zgadza się większość autorów (Mądrzycki, 1970; 1977), choć nie ma wśród nich całkowitej jednomyślności zarówno w sensie samej możliwości zmiany, jak i czynników, które tę zmianę wywołują (Obuchowski, 1983; Johnson, Matros, 1985).

Postawy otoczenia, jak twierdzą V. Carver i M. Rodda (1978), należą do najważniejszych czynników ułatwiających lub utrudniających integrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Zazwyczaj są one niejednolite, a często

także sprzeczne, albowiem w teorii i deklaracjach wyrażają na ogół pełną akceptację dla wszelkich inicjatyw integracyjnych, w praktyce natomiast całkowitą ich dezaprobatę, co bardzo trafnie scharakteryzowane zostało przez autorów jako dążenie do utrzymania problemu niepełnosprawności poza polem widzenia, poza świadomością i poza społecznym sumieniem.

Zdając sobie sprawę z faktu, iż stan badań nad postawami otoczenia wobec osób niepełnosprawnych jest wielce znaczący, przy ciągle wzrastającej liczbie poruszanych w piśmiennictwie problemów, co niesłuchanie wzbogaca poziom wiedzy z tego zakresu, w szczególności w obrębie determinant procesu przystosowania i rehabilitacji osób z niepełną sprawnością, nie sposób pominąć tych obszarów, których dorobek nie jest już tak zadowalający. Do nich to bowiem należy stan badań psychologicznych nad zależnością postaw od osobowości (Sękowski, 1994) czy też wielość i jakość badań nad postawami oraz przekonaniami osób niepełnosprawnych w odniesieniu do osób pełnosprawnych (Larkowa, 1987).

Wyniki badań nad postawami otoczenia wobec osób niepełnosprawnych wskazują na ich złożoność (Larkowa, 1970) lub, inaczej, wielowymiarowość (Siller, 1967; Gottlieb, Corman, 1975). Nie można jednoznacznie stwierdzić, że postawy te są albo całkowicie pozytywne albo, co bardzo często jest ukazywane, biorąc chociażby pod uwagę ich znak (Nowak, 1973; por. Sękowski, 1994), tylko czy zawsze zasadnie (Larkowa, 1970), całkowicie negatywne. Należałoby raczej wskazać na ich kontinuum, od pozytywnych do negatywnych, z przewagą tych ostatnich i z uwzględnieniem kategorii stosunku ambiwalentnego (Larkowa, 1970). A. Sękowski (1994) zauważył, że postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych przeważnie są negatywne, ale nie zawsze mają one charakter ciągły, co w znacznym stopniu, zdaniem autora, może wpływać na zachowania ludzi niepełnosprawnych wobec osób pełnosprawnych. Egzemplifikacją tego wniosku są prace takich autorów, jak: R. Barker (1948), R. Barker i in. (1953), G. Roeher (1959), B. Wright (1965), J. Siller (1967; 1988), R. Kleck (1968; 1969), C. Safilios-Rothschild (1970), S. Guskin (1973; 1978), R. Jones (1974), J. Gottlieb (1975), L. Corman i J. Gottlieb (1978), G. Cloerces (1981), R. Jones i S. Guskin (1984) oraz wielu innych (zob. Larkowa, 1970; 1985; Sękowski, 1994). J. Granofski (za: Larkowa, 1970; por. Sękowski, 1994) natomiast poprzez opracowanie kryteriów oceny postaw wobec osób niepełnosprawnych stwierdził, iż trzy podstawowe kategorie, charakteryzujące rodzaj postawy, a mianowicie: dziedzina oceny osoby niepełnosprawnej, dziedzina poznania oraz dziedzina stosunków społecznych, powinny być rozpatrywane nie tylko w aspekcie odniesienia negatywnego, czyli postawy negatywnej, ale i pozytywnego – jako postawy pozytywnej. Oczywiście, model ten nie wyczerpuje istoty zagadnienia, a zdaniem H. Larkowej (1970) nie jest nawet dostatecznie uporządkowany, wprowadza jednak pewną systematykę i w mniejszym lub większym stopniu przybliża opis poszczególnych rodzajów postaw, wpływając jednocześnie w jakiejś mierze na przejrzystość m.in. czynników determinujących powstawanie i zmianę postaw wobec osób niepełnosprawnych, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę różnorodność stanowisk w tym zakresie. Oto bowiem, dla przykładu H. Larkowa (1970) analizuje pięć grup wpływu

czynników: środowisko społeczne, warunki ekonomiczne, widok nietypowych cech fizycznych, rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi oraz informacje o tych osobach. R. Jones i S. Guskin (1984) wyszczególniają, zdaniem A. Sękowskiego (1994) bardzo wyczerpująco, osiem czynników, wraz z przykładami zastosowań, branych pod uwagę przy badaniu postaw, a mianowicie: przedmiot i podmiot postawy, uwarunkowania wyrażania się postaw, determinanty charakteru postaw, konsekwencje, metodologię badań, teoretyczne podstawy badań oraz etyczne aspekty problemu.

Zagadnienie osobowościowych determinant postaw otoczenia wobec osób niepełnosprawnych nie jest już tak zeksplorowane, chociaż A. Sękowski (1994), dokonując wnikliwego przeglądu stanu badań z tego zakresu, z punktu widzenia teorii atrybucji ukazał tu wcale pokaźny dorobek. Przychylił się jednocześnie do opinii G. Cloercesa (1981) i J. Sillera (1988), iż uzyskane dotychczas korelaty poszczególnych cech osobowości z określonymi rodzajami postaw nie dają podstaw do wyciągnięcia jednoznacznego wniosku o ich wyłącznym wpływie. To spostrzeżenie autora, jak i inne, na przykład o braku całościowej koncepcji zależności postaw od struktury osobowości czy też przeświadczenie, sformułowane wcześniej przez K. Klimasińskiego (1987), iż decydujące w postawach czynniki tkwią przede wszystkim w osobowości obserwatorów i w warunkach środowiskowych, a nie w samych osobach niepełnosprawnych, stało się przesłanką do przeprowadzenia przez niego badań (zob. Sękowski, 1994) nad wpływem dyspozycyjnych i motywacyjnych wymiarów osobowości ludzi pełnosprawnych na ich postawy wobec osób niepełnosprawnych. Badania te, aczkolwiek bardzo ważne, umiejscowione zostały w wiodącej opcji badawczej, czyli eksploracji postaw społecznych, a w tym wypadku mechanizmów ich kształtowania, wobec osób niepełnosprawnych, co jest swego rodzaju prawidłowością, zważywszy na mniejszościowy udział tych osób w życiu społecznym, oraz to, iż świat jest urządzony przede wszystkim dla ludzi pełnosprawnych, którzy stają się najczęściej sztywni i skąpowani, gdy spotykają osoby niepełnosprawne (Trieschmann, 1980; por. Kirenko, 1991). Nie uwzględniają one jednak coraz częściej podnoszonej kwestii relacji postaw osób niepełnosprawnych wobec osób pełnosprawnych, co według H. Larkowej (1987; por. Łuszczynski, 1980; Chodkowska, 1993) może w znaczący sposób wpływać, ułatwiająco lub utrudniająco, na przystosowanie i społeczną integrację osób niepełnosprawnych, czyli na ich proces rehabilitacji.

A. Hulek (1969) twierdzi, że znaczący udział w kształtowaniu właściwego stosunku do osób niepełnosprawnych wywiera osobista postawa tych osób wobec zarówno swojej niepełnosprawności, jak i w odniesieniu do innych osób (por. Chodkowska, 1993). T. Caywood (1974) zauważył na przykład, iż wkrótce po uszkodzeniu przez niego rdzenia kręgowego ludzie, których spotykał, okazywali na jego widok reakcje żalu, smutku, współczucia, zażenowania, poczucia winy i ciekawości, co pozwoliło mu w szybki sposób, jak sądzi, nauczyć się oczekiwania mimicznych ekspresji w odbieraniu ludzkich reakcji na jego osobę. W rezultacie doszedł do wniosku, że to on jest przede wszystkim odpowiedzialny za ośmielanie ludzi i to, czy będzie społecznie izolowany, czy też nie, zależy

w dużym stopniu od niego samego, od podejmowanej aktywności w tym kierunku.

Na podstawie wyników badań testowych, ankiet i wywiadów oraz kilkuletnich obserwacji osób z para- i tetraplegią B. Cogswell (1967; 1968) stwierdziła, że porównanie ich sytuacji tuż przed powrotem z ośrodka szpitalnego i rehabilitacyjnego do domu z sytuacją przedwypadkową ujawnia w bardzo wysokim stopniu zredukowaną liczbę kontaktów społecznych, a tym samym liczbę wcześniej odgrywanych ról społecznych. Co prawda, z biegiem czasu, według autorki, wszystkie badane osoby wykazywały tendencję wzrostu aktywności, niemniej jednak różnice w rozmiarach poszczególnych przyrostów były istotne. Wyraziła więc pogląd, iż istnieje teoretyczny model procesu socjalizacji osób po urazie rdzenia kręgowego, zgodnie z którym osoby te, opuszczając oddział szpitalny, rehabilitacyjny, zmierzają do fazy trwania poza związkami przyjacielskimi sprzed uszkodzenia i rozwijają w tym czasie przyjaźnie z osobami o niższym statusie. Wybierają społeczne otoczenie zależnie od fizycznej dostępności, łatwości opuszczania miejsca i widoczności kalectwa. Dopiero z czasem zdobywają nowych przyjaciół ze statusem podobnym do tego, jaki reprezentowali ci sprzed wypadku czy choroby.

Badanie treści werbalnej interakcji pomiędzy osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i bez uszkodzenia pozwoliło J. Mesch (1976) zauważyć, że diada składająca się z dwóch partnerów pełnosprawnych wykazała najmniejszą ilość ujawniania się zażyłości na wszystkich poziomach rozmowy, podczas gdy diada składająca się z dwóch partnerów niepełnosprawnych ukazała największą ilość ujawniania się zażyłości na niskich i średnich poziomach rozmowy. Natomiast diady mieszane, z jednym niepełno- i jednym pełnosprawnym partnerem, wskazały na największą liczbę ujawniania się zażyłości na wysokich poziomach. Autorka spostrzegła również, że w diadach mieszanych poruszane zagadnienia wydawały się być interesujące dla każdego z badanych, aczkolwiek kontynuowano je ostrożnie, a w przypadkach pozytywnej interakcji, inicjatywę do udzielania informacji przejawiał przede wszystkim partner niepełnosprawny.

Obserwacje te potwierdzają wcześniejsze ustalenia W. Wittreicha i K. Radeliffe'a (1955), według których percepcja osoby niepełnosprawnej prowadzi do reakcji emocjonalnej, będącej przyczyną braku akceptacji osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie, oraz analizy F. Davisa (1961), zgodnie z którymi sukces interakcji jest zazwyczaj funkcją sprawności, z jaką osoba niepełnosprawna ośmiela osobę pełnosprawną.

Wyniki eksperymentów R. Klecka (1968; 1969) nad interakcjami pomiędzy osobami niepełnosprawnymi a pełnosprawnymi pozytywnie zweryfikowały hipotezę (zob. Kleck i in., 1966) o przyczynach stereotypowego i wysoce kontrolowanego zachowania osób niepełnosprawnych. Okazało się bowiem, iż interakcje z osobą o widocznej niesprawności najczęściej związane są z: motorycznym ograniczeniem, bardziej pozytywnym wrażeniem tej osoby, a także zniekształceniem opinii w kierunku zgodnym z przypuszczeniem, że jest się związanym z osobą niepełnosprawną. Badania R. Comera i J. Piliavin (1975), obszernie zreferowane przez H. Larkową (1987), nad postawami osób niepełnosprawnych ruchowo wobec innych osób niepełnosprawnych oraz wobec osób pełno-

sprawnych wydają się korespondować z ustaleniami R. Klecka (1968). Można zatem dojść do wniosku (por. Hulek, 1969), że możliwości osób niepełnosprawnych zdeterminowane są w pierwszej kolejności przez zespół upośledzenia cech osobowości i postaw społeczeństwa, a dopiero później przez obiektywny fakt kalectwa. Osoby, jak podaje A. Hulek (1969), dotknięte taką samą dysfunkcją oraz znajdujące się w takiej samej sytuacji, mogą reagować zupełnie różnie i w różnym stopniu przystosować się do wymogów nowego życia.

Zdaniem H. Larkowej (1987), nie samo upośledzenie funkcji organizmu, lecz świadomość i doświadczenie jego skutków, na przykład negatywnych postaw otoczenia (litość, niechęć, zaciekawienie, obojętność, brak zrozumienia, lęk, wstręt) i oczekiwanie tych negatywnych postaw, wywołując lęk, wpływa na zachowanie osób niepełnosprawnych, w tym na występowanie u nich, o czym mówią Z. Lew-Starowicz i P. Janaszek (1985), odwołując się do materiałów z Międzynarodowego Kongresu w Arnheim w 1971 roku, publikacji IPPF z 1979 roku i monografii N. Rea z 1979 roku, problemów i zaburzeń seksualnych. Badania przeprowadzone przez E. Gorczycką (1988) dowodzą, iż dystans do ludzi niepełnosprawnych zwiększa się w miarę jak kontakty: zdrowy – niepełnosprawny stają się bardziej bliskie i intymne. Jednostka niepełnosprawna "nie przeszkadza" w krótkotrwałych, przelotnych i niezobowiązujących kontaktach, często jednak zostaje odrzucona w miarę zbliżania się odległości od człowieka do człowieka. Również osoby niepełnosprawne przejawiają wobec innych inwalidów dystans i niechęć, preferując kontakty ze zdrowymi (Chodkowska, 1993).

Zagadnienie postaw jest istotne również ze względu na fakt, iż dla osób z uszkodzeniem rdzenia bardzo ważnym, a zdaniem T. Tucker (1980) najważniejszym problemem interpersonalnym pozostaje sprawa zależności i niezależności. Jako osoby zależne od innych, nawet w podstawowych czynnościach życia codziennego, muszą stać się bardziej niezależne umysłowo i emocjonalnie. Dlatego należy umożliwić im przyjęcie roli, zapewniającej im poczucie tak pojętej niezależności. Jest to możliwe tylko przy pomocy i właściwym otwarciu ze strony otoczenia. T. Cole i in. (1973) donieśli, iż wiele osób z urazem rdzenia kręgowego uskarżało się na przykład na nadopiekuńczą postawę wobec nich ze strony prowadzących lekarzy. O ile może to, zdaniem autorów, potwierdzać *ego* lekarza, o tyle nie wspomaga osób niepełnosprawnych w rozwoju ich nowego obrazu siebie z odmiennego, lecz funkcjonalnego, poczucia (sensu) niezależności. Badacze tego problemu zgodnie twierdzą, że osoby niepełnosprawne widzą siebie jako mających trudności we współżyciu z innymi, przy braku już takiej zgodności poglądów co do na przykład zainteresowania tych osób płcią przeciwną. Z. Lew-Starowicz (1974; por. Lew-Starowicz, Janaszek, 1985) i Cz. Łuszczynski (1980) uważają, że osoby z uszkodzeniem narządu ruchu przeżywają silne pragnienia związane z osobą odmienną płci, ale równocześnie towarzyszy im nieustanna obawa ewentualnego odrzucenia bądź napotkania postawy litości ze strony partnera. Istnieją jednak dowody (Kirenko, 1991), iż osoby z paraplegią w mniejszym stopniu interesują się płcią przeciwną oraz uzyskują mniejszy stopień satysfakcji emocjonalnej, wynikającej z obcowania z tymi osobami. Różnice te wynikają zapewne z różnicy wieku badanych osób

i ich doświadczeń. W zbiorowości osób niepełnosprawnych znacznie wyższy niż wśród ogółu ludności jest udział ludzi żyjących samotnie (Lew-Starowicz, Janaszek, 1985). Wśród tych, którzy zawarli związki małżeńskie, partnerów pełnosprawnych znajdują częściej mężczyźni niż kobiety. Kobiety niepełnosprawne natomiast częściej znajdują partnerów wśród mężczyzn niepełnosprawnych (Guttmann, za: Lew-Starowicz, Janaszek, 1985). Prawdopodobieństwo, że małżeństwo zawarte po urazie skończy się rozwodem, jest mniejsze niż w zdrowej populacji (Buczyński, 1986), małżeństwa zawarte już po doznaniu uszkodzenia są trwalsze niż istniejące przed chorobą (Donovan, 1991). Rozwody w tych parach należą, zdaniem L. Guttmanna (za: Lew-Starowicz, Janaszek, 1985), do rzadkości, a jeżeli już miały miejsce, to osoby rozwiedzione ponownie wstępowały w związki małżeńskie. Przy czym, z czego należy zdać sobie sprawę, poziom przystosowania społecznego tych osób jest niski, znacznie niższy niż u osób pełnosprawnych (Kirenko, 1991).

Ocena satysfakcji seksualnej małżeństw osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych pozwoliła A. Paszkowskiej-Rogacz (1993) stwierdzić, iż zarówno kobiety, jak i mężczyźni niepełnosprawni nie stawiają swojemu pozycjowi seksualnemu dużych wymagań. Niepełnosprawni mężczyźni, w porównaniu z pełnosprawnymi, wykazywali co prawda poczucie mniejszej satysfakcji seksualnej w małżeństwie, ale już kobiety niepełnosprawne takiej tendencji nie przejawiały, wprost przeciwnie, nawet w małżeństwie „idealnym” deklarowały zadowolenie już z niewysokiego poziomu satysfakcji seksualnej.

Przy porównaniu statusów małżeńskich osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych w aspekcie takich zmiennych, jak: płeć, stopień niepełnosprawności, status socjoekonomiczny, aktualny wiek oraz wiek nabycia para- lub tetraplegii, J. Brown i B. Giesy (1986) zauważyli, że status małżeński grupy osób z urazem rdzenia różnił się znacznie od statusu małżeńskiego osób pełnosprawnych. Niepełnosprawność wywierała również większy wpływ na status małżeński kobiet niż mężczyzn, a wszystkie dobrane zmienne były statystycznie znacząco powiązane ze statusem małżeńskim jednej lub obu płci. Zweryfikowano zatem, często dyskusowaną, ale nie zbadaną dotąd (Brown, Giesy, 1986) hipotezę, mówiącą, iż ludzie wstępujący w związki małżeńskie dobierają się na podstawie własnej sytuacji zdrowotnej.

Cechy par małżeńskich, radzących sobie z trudnościami wynikającymi z uszkodzenia rdzenia kręgowego jednego z małżonków, z parami, które nie potrafiły radzić sobie z tymi trudnościami zestawili J. Urey i S. Hengeler (1987). Zbadali też relacje pomiędzy pozytywnym przystosowaniem małżeńskim u par osób z para- lub tetraplegią i u par osób pełnosprawnych w obszarze takich zmiennych, jak: relacje seksualne, zdolności komunikowania się oraz zajęcia rekreacyjno-społeczne. Na tej podstawie skonstatowali, że partnerzy z małżeństw z uszkodzeniem rdzenia, nie radzących sobie, brali udział w znacząco mniejszej liczbie zajęć, zarówno każdy z osobna, jak i wspólnie z partnerem, oraz wykazywali wyższy stopień zmiany w relacjach małżeńskich w porównaniu do pozostałych badanych grup. Małżeństwa te wyrażały również większe niezadowolenie ze swoich relacji seksualnych, a także przejawiały bardziej negatywne sposoby komunikacji podczas rozwiązywania sytuacji konfliktowych.

Zbadanie relacji między małżeństwami, które zawarte zostały po wystąpieniu uszkodzenia rdzenia u jednego z partnerów i przed pojawieniem się schożenia, doprowadziło N. Crewe'a i J. Krause'a (1988) do wniosku, iż małżeństwa te posiadały wyższy poziom w zakresie: satysfakcji z życia seksualnego, satysfakcji z życia społecznego, przygotowania do życia, zdrowia, przystosowania emocjonalnego oraz poczucia kontroli nad własnym życiem. Małżeństwa te także częściej udzielały się i były społecznie aktywne poza domem rodzinnym.

Z krótkiego przeglądu badań wynika (por. Paszkowska-Rogacz (1993; Malewska, 1967; Rostowski, 1989), że ważnym czynnikiem determinującym wzajemne relacje małżeńskie, a sądzić należy, iż również wszelkie związki nieformalne osób niepełnosprawnych, są ich postawy emocjonalne, w tym wzajemna miłość, ułatwiająca tolerancję i obopólne ustępstwa. Same stosunki płciowe, pozbawione wzajemnej akceptacji, przyjmowania współmałżonka takim, jaki jest, życzliwości i szacunku, czyli prawidłowej więzi małżeńskiej (Tyszka, 1976), nie sprzyjają integracji małżeńsko-rodzinnej. Z przeprowadzonej przez M. Chodkowską (1993) analizy porównawczej pamiętników kobiet niepełnosprawnych, z zastosowaniem metody typologicznej, wynika, że więź małżeńska w związkach dwojga osób niepełnosprawnych jest trwalsza niż w związkach kobiet niepełnosprawnych z pełnosprawnymi mężczyznami, na co decydujący wpływ mają, według autorki, zbliżone oczekiwania i postawy małżonków niepełnosprawnych. Postawy bowiem, jak twierdzą D. Johnson i R. Matros (1985), pomagają ludziom przewidywać i radzić sobie ze stale występującymi wydarzeniami, podejmować proste i praktyczne działania na przykład w sferze zachowań. Mogą więc ułatwiać lub utrudniać życie. Postawy właściwe, zdaniem autorów, rozwijają umiejętności radzenia sobie w kontaktach z otoczeniem, powodując „poczucie szczęścia, zadowolenia, radości a nawet ekstazy” (s. 63), niewłaściwe czynią życie bolesnym i kłopotliwym, powodując „uczucie depresji, rozpacz, smutku, winy, lęku, niepokoju, wstydu a nawet udręki” (s. 63).

ROZDZIAŁ III

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

1. Cel pracy, problemy badawcze i hipotezy robocze

Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mimo poważnych utrudnień fizycznych mogą funkcjonować w sferze erotycznej i czerpać z tego satysfakcję. Tak jednoznaczne stanowisko badaczy tej problematyki (Talbot, 1971; Lew-Starowicz, 1974; Ferguson-Gregory, 1976; Griffith, Trieschmann, 1977; Larkowa, 1980; 1987; Trieschmann, 1980; Tucker, 1980; Weinberg, 1982; Lew-Starowicz, Janaszek, 1985; Buczyński, 1986; Rokicka, 1988; Bohatyrewicz, 1990; Donovan, 1991; Lew-Starowicz i in., 1992) nikogo nie dziwi. Czynniki fizjologiczne, na które nie mamy większego wpływu, nie są bowiem jedynymi, decydującymi. W każdej grupie osób niepełnosprawnych (Larkowa, 1980) o zaburzonych funkcjach seksualnych oraz u tych u których nie są one zaburzone mimo niepełnosprawności innych funkcji organizmu, mogą wystąpić różne problemy – zwłaszcza natury psychologicznej i społecznej – związane z dziedziną miłości i seksu, podobnie jak u osób pełnosprawnych (Larkowa, 1987). Niepełnosprawność na pewno nie sprawia, że problem ten staje się mniej ostry. Zapewne jest wręcz odwrotnie, a z powodu poważnych ograniczeń w tej dziedzinie staje się on często na tyle absorbujący, na ile jest trudny. Wiedza o osobach niepełnosprawnych, wyniesiona między innymi z kontaktów, dyskusji i rozmów z nimi jest tego dowodem, stąd też zapobieganie i przewyżczanie tych problemów wymaga dokładnie przygotowanego postępowania rehabilitacyjnego. Jest to potrzebne nie tylko osobom niepełnosprawnym, ale także pełnosprawnym, którzy przejawiają wiele obaw i lęków w kontaktach z niepełnosprawnymi z powodu niewiedzy o ich funkcjonowaniu w tym obszarze aktywności życiowej (Mądra, 1994).

Przedmiotem analizy empirycznej, wynikającej z poczynionych rozważań teoretycznych, będą zatem zagadnienia związane z funkcjonowaniem psychospołecznym i seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W szczególowym ujęciu dotyczy to poziomu uspołecznienia tych osób i ich funkcjonowania psychicznego, w wymiarach: przystosowania psychospołecznego, samooceny, potrzeb, poczucia sensu życia i postaw wobec życia erotycznego, oraz indywidualnej wiedzy, zainteresowań, przejawów i ocen różnych aspektów funkcjonowania seksualnego. Tak jednoznaczne określenie tych zmiennych sprawia, iż stanowią one swoiste komponenty seksualizmu, w pierwszym przypadku

społecznoseksualny i psychoseksualny, w drugim zaś behawioralny (zob. rozdział 1.4), co w sposób oczywisty nasuwa założenie o ścisłym związku pomiędzy funkcjonowaniem psychospołecznym i funkcjonowaniem seksualnym u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Stąd celem zaplanowanych badań jest ocena tego związku, a główny problem badawczy zawiera się w pytaniu: Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki jest związek zależnościowy między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?

Rozwiązanie tego problemu wymaga udzielenia odpowiedzi na trzy pytania ogólne (problemy ogólne):

- I. Jakie jest funkcjonowanie seksualne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
- II. Jakie jest funkcjonowanie psychospołeczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
- III. Jakie są zależności pomiędzy funkcjonowaniem psychospołecznym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich funkcjonowaniem seksualnym?

Dla uszczegółowienia tych problemów postawiono dodatkowo następujące pytania (problemy szczegółowe):

W odniesieniu do pytania pierwszego:

1. Jakie są przejawy życia erotycznego, w wąskim wymiarze funkcjonowania seksualnego, osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
2. Jak osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oceniają poszczególne składowe życia erotycznego?
3. Jaki jest poziom przystosowania i satysfakcji seksualnej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?

W odniesieniu do pytania drugiego:

1. Jak przedstawia się przystosowanie psychospołeczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
2. Jaki jest poziom samooceny u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
3. Jakie jest nasilenie potrzeb psychicznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
4. Jakie jest poczucie sensu życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
5. Jakie jest emocjonalne nastawienie (postawa) wobec życia erotycznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?

W odniesieniu do pytania trzeciego:

1. Jaki istnieje związek zależnościowy między przystosowaniem psychospołecznym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich funkcjonowaniem seksualnym?
2. Jakie są zależności między poziomem samooceny a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
3. Jaki związek zależnościowy zachodzi pomiędzy potrzebami psychicznymi przejawianymi przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich funkcjonowaniem seksualnym?

4. Jakie istnieją zależności między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
5. Jakie są zależności między postawą wobec życia erotycznego w ujęciu poznawczym i emocjonalno-oceniającym a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?

Zgodnie z przyjętymi w metodologii badań zasadami nie stawiano hipotez do pytań, które mają charakter diagnostyczny (zob. Łobocki, 1978). Hipotezy natomiast sformułowano do pytań o związki zależnościowe, co miało miejsce w przypadku trzeciego problemu ogólnego (III.1-III.5). Podstawą wysunięcia hipotez w związku z wymienionym pytaniem była analiza dotychczasowego stanu badań z zakresu zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem erotycznym u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (zob. rozdział II.). Wyjaśnić jednocześnie należy, iż nie chodzi tu o uzyskanie informacji o związkach przyczynowych, będących *notabene* podstawą budowania teorii wyjaśniającej takowe związki, ale o opis współzależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, do czego uprawnia zarówno sposób przeprowadzenia badań, jak i metoda opracowania analitycznego (por. Oleś, 1989).

Przyjęto zatem, że u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego istnieje związek zależnościowy między funkcjonowaniem psychospołecznym, w takich wymiarach tegoż funkcjonowania, jak: przystosowanie psychospołeczne, poziom samooceny, nasilenie potrzeb psychicznych, poczucie sensu życia oraz postawy wobec życia erotycznego, a funkcjonowaniem seksualnym, w takich jego wymiarach jak: indywidualna wiedza, zainteresowania, przejawy i oceny różnych aspektów zachowań seksualnych.

Ustalono również, iż zależność między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest różna w poszczególnych wymiarach funkcjonowania psychospołecznego i życia erotycznego. Funkcjonowanie psychospołeczne jest istotnym czynnikiem różnicującym funkcjonowanie seksualne osób z para- i tetraplegią. Wysoki poziom przystosowania psychospołecznego, dodatnia samoocena, korzystne nasilenie potrzeb psychicznych i poczucia sensu życia oraz pozytywne nastawienie do życia erotycznego ma dodatni związek z pozytywnymi aspektami, społecznie akceptowanymi, funkcjonowania seksualnego, i odwrotnie.

Tak więc, punkt wyjścia podjętych badań stanowi ocena funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, uzyskana poprzez porównanie w omawianych obszarach zmiennych wyników osiągniętych przez te osoby z analogicznymi wynikami otrzymanymi w grupie osób pełnosprawnych. Główny jednak akcent badań położony został na poszukiwanie związków przyczynowych między uzyskanymi wskaźnikami psychospołecznego i seksualnego funkcjonowania w badanej populacji osób z para- i tetraplegią.

2. Metody i techniki badawcze

W celu uzyskania materiału badawczego, który pozwoliłby na rozwiązanie postawionego problemu badawczego i weryfikację hipotez, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego (zob. Kamiński, 1970; Pilch, 1995), w skład którego wchodziły następujące techniki badawcze: Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS – wg. Z. Lwa-Starowicza), Skala Bodźców Seksualnych (SBS – wg. Z. Lwa-Starowicza), Inwentarz Interakcji Seksualnych (SII – J. LoPiccolo, J. Steger), Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (WCQ – S. Folkman, R. Lazarus), Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego (PACI – F. Shontz, S. Fink), Psychospołeczny Kwestionariusz dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ-SCIP – E. Bodenhamer, J. Achtenberg-Lawlis, C. Kevorkian, A. Belanus, C. Cofer), Skala Samooceny (TSCS – W. Fitts), Kwestionariusz H. A. Murraya, Skala Sensu Życia (ML – T. Warner, S. Williams), dyferencjał semantyczny i Kwestionariusz Sprawności Locomocyjno-Czynnościowej (KSLC – J. Kirenko). Dobór tych technik uwarunkowany był takimi czynnikami, jak: łatwość, prostota i stosunkowo krótki czas wypełniania, dostępność narzędzia, a zwłaszcza bogactwo uzyskiwanego materiału i, co za tym idzie, duże możliwości interpretacyjne.

Metody badania indywidualnej wiedzy o zachowaniach seksualnych, potrzebie ich występowania, przejawach życia erotycznego, reakcjach i zachowaniach seksualnych obejmują całokształt ściśle seksualnych zachowań zarówno od strony poznawczej, wyobrażeniowo-motywacyjnej, jak i ściśle behawioralnej i oceniającej występujące zachowania. Zostały one jednoznacznie dostosowane do tematyki pracy i specyfiki osób badanych oraz ich problemów. Analogicznie postąpiono w przypadku zmiennych przystosowania, samooceny, potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw, dobierając takie techniki badawcze, które w największym stopniu korelują z teoretycznymi podstawami podjętego problemu.

Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS) jest opracowaniem własnym, bazującym na Skali Progностycznej autorstwa Z. Lwa-Starowicza (1985), której pierwotną wersją była skala Mell-Krat-SFZ, SFM (Lew-Starowicz, 1985), powszechnie wykorzystywana w badaniach seksuologicznych, porównawczych i katamnesticznych osób wykazujących różnego rodzaju zaburzenia funkcji seksualnych. SPRS stwarza możliwość poznania przejawów życia erotycznego badanej osoby, określenia poziomu jej funkcjonowania erotycznego oraz ustalenia poglądów dotyczących jej seksualizmu. Składa się ona z 20 twierdzeń, 16 cech skalowanych (od jednego do 5 pkt., przy czym poszczególne stopniom skali odpowiada opis słowny dostosowany do określonej cechy) oraz 4 nieskalowanych, mających charakter opisowy. Dziesięć twierdzeń wykorzystano ze Skali Progностycznej, pozostałe zaś dodano, bazując na skali Mell-Krat, celem zaadoptowania skali dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, poprzez wzbogacenie jej o: element poznawczy kontaktów seksualnych, wcześniejsze doświadczenia w tej dziedzinie, możliwość uczestniczenia w za-

chowaniach seksualnych i zmiany w tym zakresie po nabyciu para- lub tetraplegii oraz ocenę związku albo analizę przyczyn jego braku. Uproszczony został również zakres zagadnień związany bezpośrednio ze stosunkiem seksualnym.

Skala Bodźców Seksualnych (SBS), w opracowaniu Z. Lwa-Starowicza (1985), służy do poznania zarówno osobistych upodobań, oczekiwań i potrzeb seksualnych badanych osób, jak i bodźców seksualnych odrzucających przez nie jako nieprzyjemne. Można również za jej pomocą ustalać hierarchię bodźców seksualnych, wiązanych z preferowanym typem męskości-kobiecości. Jest więc, według Z. Lwa-Starowicza (1985), użytecznym narzędziem w procesie diagnostycznym, leczniczym oraz w badaniach katamnesticznych. Zadaniem osoby badanej jest określenie, poprzez zaznaczenie na czterostopniowej skali, stopnia upodobania danego bodźca czy też zachowania seksualnego. Składa się ona z 30 różnych bodźców z zakresu najczęściej przejawianych form życia erotycznego. Wszystkie te zachowania zgrupowane są w siedmiu kategoriach: pieszczoty ogólne, pobudzanie sfer erogennych, pieszczoty oralno-genitalne, stosunek, stosunek – pozycje, własna aktywność oraz aktywność partnera. SBS jest metodą prostą, a jej dodatkową zaletę stanowi krótki czas badania, przeciętnie kilka minut.

Inwentarz Interakcji Seksualnych (SII – Sexual Interaction Inventory) J. LoPiccolo'a i J. Stegera (1974) służy do oceny stopnia przystosowania i satysfakcji seksualnej w związkach heteroseksualnych. Składa się on z 17 opisów heteroseksualnych form zachowań, takich jak: mężczyzna ogląda nagą kobietę, kobieta ogląda nagiego mężczyznę, mężczyzna i kobieta całują się przez minutę bez przerwy, mężczyzna pieści ciało kobiety nie dotykając jej piersi i narządów płciowych, mężczyzna pieści ciało kobiety z wyjątkiem jej narządów płciowych, mężczyzna pieści intensywnie piersi kobiety rękoma, mężczyzna pieści piersi kobiety ustami, mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety rękoma, mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety rękoma, aż ona osiągnie orgazm, kobieta pieści genitalia mężczyzny rękoma, kobieta pieści genitalia mężczyzny, aż do wytrysku, mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ustami, mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ustami, aż ona osiągnie orgazm, kobieta pieści genitalia mężczyzny ustami, kobieta pieści genitalia mężczyzny ustami, aż do wytrysku, mężczyzna i kobieta mają stosunek, mężczyzna i kobieta mają stosunek, w którym oboje przeżywają orgazm. Każde opisane zachowanie składa się z trzech części (trzech form pytań: a) *Czy ty i twój(oja) partner(ka) angażujecie się w zachowanie seksualne w którym występuje ta czynność? Jak często chciał(a)byś, aby występowała?*; b) *Jak przyjemna jest obecnie ta czynność? Jak sądzisz, jak przyjemna jest ona dla twoje(j)go partner(ki)a?*; c) *Jak myślisz, jak przyjemna powinna być ta czynność dla ciebie i twoje(j)go partner(ki)a idealnie? Jak chciał(a)byś odczuwać tę czynność? Jak chciałbyś, by odczuwał ją twój partner?*). Pierwsza część służy określeniu częstotliwości występowania danego zachowania u badanych i zapotrzebowania na te zachowania. W drugiej części osoba badana ocenia to zachowanie oraz wyraża opinię o jego ocenie przez współpartnera. W trzeciej części osoba badana odnosi to zachowanie do oczekiwań wobec siebie i wobec swojego partnera. Do odpowiedzi na postawione pytania służą dwa rodzaje 6-stopniowych skal. Pierwszy rodzaj, służący do odpo-

wiedzi na pytania pierwszej części, to skala od jednego do sześciu punktów, gdzie kolejnym liczbom odpowiadają następujące znaczenia: 1 – nigdy, 2 – rzadko (10 % przypadków), 3 – od czasu do czasu (25 % przypadków), 4 – dość często (50 % przypadków), 5 – zwykle (75 % przypadków), 6 – zawsze. Do odpowiedzi na pytania drugiej i trzeciej części służy skala literowa, od a do f, gdzie kolejne litery oznaczają: a – bardzo nieprzyjemna, b – umiarkowanie nieprzyjemna, c – trochę nieprzyjemna, d – trochę przyjemna, e – umiarkowanie przyjemna, f – bardzo przyjemna. Odpowiedzi sumuje się przez wszystkie 17 zachowań i całość ta jest zastosowana do określenia 11-skalowego profilu (częstość dyssatisfakcji u mężczyzn i u kobiet, samoakceptacja mężczyzn i samoakceptacja kobiet, osiąganie przyjemności przez mężczyzn i przez kobiety, dokładniejsza percepcja przez mężczyzn i przez kobiety, akceptacja partnerki przez mężczyzn i partnerów przez kobiety, ogólna niezgodność).

Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (WCQ – Ways of Coping Questionnaire) opracowany został jako druga wersja – poprawiona przez S. Folkman i R. Lazarusa (1985). Pojęcie „radzenie sobie z problemami” rozumiane jest tutaj jako wszelkie wysiłki prowadzące do przezwyciężenia stresorów w momencie, gdy rutynowe lub automatyczne reakcje nie są łatwo dostępne. Jest to, jak podają R. Lazarus i S. Folkman (1984), proces ukierunkowany, kontekstowy oraz określany jako pomyślny przez definicję podmiotu. Kwestionariusz zawiera 66 itemów, opisujących szeroki zakres strategii poznawczych i behawiorystycznych (zakres myśli i działań), które mogą być używane przez ludzi aby zaspokajać wewnętrzne i zewnętrzne potrzeby w specyficznych sytuacjach stresowych. Osoba badana, aby ustosunkować się do przedłożonych jej pytań, wcześniej musi mieć w pamięci specyficzną sytuację stresującą, zachowując ją następnie przez cały czas badania. Wybiera zatem jedną z takich sytuacji, której doświadczyła w okresie ostatniego tygodnia. Przy czym pod pojęciem sytuacji stresującej należy rozumieć taką, która była dla niej trudna czy kłopotliwa, z powodu której czuła się zestresowana tym, co się zdarzyło, czy z powodu której użyła znacznego wysiłku do jej pokonania. Sytuacja, w którą włączona była jej rodzina, praca, przyjaciele lub inna ważna dla niej rzecz. Przed udzieleniem odpowiedzi osoba badana musiała jeszcze pomyśleć o takich szczegółach tej stresującej sytuacji, jak: gdzie to się zdarzyło, kto został włączony, jak zareagowała i dlaczego to było dla niej ważne. Odpowiedzi udzielane są w 4-punktowej skali typu Likerta: 0 – nie stosowane, 1 – stosowane poniekąd, 2 – stosowane w dużej części, 3 – stosowane dokładnie. W skład kwestionariusza wchodzi osiem skal, sześć skupionych na emocjach, jedna na problemie i jedna na problemie i emocjach: radzenie sobie bezpośrednio, dystansowanie się, samokontrolowanie się, szukanie społecznego wsparcia, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka – unikanie, planowe rozwiązywanie problemów, pozytywna ponowna ocena. Ocena rzetelności i trafności narzędzia, aczkolwiek zadowalająca, jest systematycznie dokonywana na różnorodnych populacjach (Folkman i in., 1986).

Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego (PACI – Psychosocial Adjustment of the Chronically Ill) F. Shontza i S. Finka (1960) składa jest z grup twierdzeń, tzw. triad. Każda triada dotyczy innego wymiaru

skali. Cztery wymiary natomiast tworzą jeden obszar skali: motywację (kooperatywność, zrozumienie choroby, poziom aktywności, ocena własnych zdolności), przystosowanie społeczne (dominacja, akceptacja, uzależnienie od innych, stosunek uczuciowy), przystosowanie osobiste (akceptacja kalectwa, emocjonalność, intelektualna organizacja, reakcja na frustrację). Metoda ta dostarcza jakościowej charakterystyki badanych i ich sposobu funkcjonowania. Można ją stosować do oceny niezależności fizycznej, społecznej i emocjonalnej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz określenia stopnia przystosowania psychospołecznego. Zadaniem osoby badanej jest wybranie najbardziej, według niej, trafnego opisu z każdej z triad. W wersji oryginalnej korzysta się z techniki Q-sort, a poziom przystosowania psychospołecznego badanych osób przewlekle chorych określają specjaliści z zakresu rehabilitacji (Shontz, Finkt, 1960). W opracowanej przez A. Paśnikowską (1990) i S. Pikor (1991) wersji narzędzia, tutaj wykorzystanego, zrezygnowano z Q-sortu na rzecz formularza odpowiedzi, a badania przeprowadza się równoległe z osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i ich opiekunami, lub osobami znającymi chorych jeszcze sprzed wypadku i urazu.

Psychospołeczny Kwestionariusz dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ-SCIP – Psychosocial Questionnaire of Spinal Cord Injured Persons) E. Bodenhamer, J. Achtenberg-Lawlis, C. Kevorkiana, A. Belanus i C. Cofer (1983) to lista 35 itemów tworzących cztery kategorie psychicznego i społecznego funkcjonowania osób z para- i tetraplegią: niepokój, depresja, socjalne skrępowanie (dyskomfort) i poglądy pozytywne (optymizm lub pozytywne oczekiwanie). Przy czym, najwięcej itemów, bo 20, dotyczy socjalnego skrępowania; po 5 itemów przypada na pozostałe kategorie. Badania przeprowadza się indywidualnie. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego twierdzenia w dwojaki sposób, najpierw udziela odpowiedzi w formule „tak” lub „nie”, a następnie zaznacza na 5-stopniowej skali nasilenie danego zachowania (nigdy, rzadko, czasem, często, zawsze). Wyniki odczytywane są za pomocą klucza. Kwestionariusz ten dostarcza bogatego materiału badawczego, pozwala bowiem na dokonanie oceny osób badanych w różnych sytuacjach społecznych, a wyniki badań mogą być wykorzystane w określaniu zależności między poszczególnymi wymiarami przystosowania oraz w ocenie postępów rehabilitacyjnych (Bodenhamer i in., 1983). Jeżeli zaś o dokonanie oceny przystosowania osób z para- lub tetraplegią poproszeni zostaną również opiekunowie tych osób, co się stosuje, aczkolwiek nie w tych badaniach, wówczas stopień zgodności odpowiedzi badanych na poszczególne twierdzenia zawarte w kwestionariuszu umożliwia wyodrębnienie itemów najbardziej trafnie oddających sytuację człowieka z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, obok tych, których rola jest niewielka, a ich znaczenie bywa często przeceniane w opinii innych osób.

Skala Samooceny (TCSC – Tennessee Self Concept Scale) została stworzona, by sprostać, jak twierdzi jej autor W. Fitts (1965), zapotrzebowaniu na proste narzędzie badawcze o szerokich możliwościach zastosowań, a przy tym dobrze wystandaryzowane i wielowymiarowe w swoim opisie koncepcji samego siebie i samooceny. Wiedza o tym bowiem, jak osoba spostrzega siebie, jest

wielce użyteczna zarówno dla niej samej, celem dokonania indywidualnej oceny, jak i udzielania jej specjalistycznej pomocy. Skala znajduje więc, zdaniem W. Fittsa (1965), zastosowanie w: doradztwie, klinicznych stwierdzeniach i diagnozach, badaniach zachowania, doborze personelu itp. W pierwszej fazie prac nad nią zgromadzono samoopisy od osób leczonych w szpitalach podległych Departamentowi Zdrowia Umysłowego w Tennessee oraz od osób nie będących pacjentami tych szpitali. Część samoopisów zaczerpnięto z pomiarów koncepcji siebie opracowanych dla potrzeb prac doktorskich przez R. Balestera, M. Engel i D. Taylora (za: Fitts, 1965). Następnie wypracowano fenomenologiczny system klasyfikowania twierdzeń na podstawie tego, o czym osoby badane o sobie mówiły, co w konsekwencji doprowadziło do skonstruowania schematu formularza. W końcowej fazie opracowywania narzędzia powołano siedmiu psychologów klinicznych jako sędziów kompetentnych, którzy zgodnie z przyjętym schematem ocenili twierdzenia, pozbywając się ostatecznie tych, co do których nie było całkowitej – wśród sędziów – zgody. Składa się ona zatem ze 100 opisowych twierdzeń, których osoba badana używa, by sportretować swój własny obraz siebie. Można ją stosować dla całego wachlarza psychologicznych przystosowań, od ludzi zdrowych, dobrze przystosowanych do osób z zaburzeniami psychopatologicznymi. Skala jest dostępna w dwóch formach: doradczym (*counseling form*) i kliniczno-badawczym (*clinical and research form*). Obydwa zawierają ten sam zestaw twierdzeń. Różnice dotyczą sposobu obliczania punktów i systemu profilowania. Większość badanych wypełnia skalę w ciągu 10-20 minut. W zależności od liczby uzyskanych punktów określa się poziom samooceny danej osoby. Dokonuje się tego na trzech poziomach: Row 1 – tożsamość, Row 2 – akceptacja, Row 3 – zachowanie; w pięciu kolumnach: Col. A – „ja” fizyczne, Col. B – „ja” moralno-etyczne, Col. C – „ja” osobiste, Col. D – „ja” rodzinne i Col. E – „ja” społeczne, ale dopiero porównanie skali samokrytycyzmu (SC) i ogólnego wyniku pozytywnego (TPS), upraszczając w tym miejscu procedurę, ponieważ interpretacji podlegają również: punktacja pozytywna (PS), punktacja zmienności (V), punktacja rozmieszczenia (D), punktacja czasu (Time Score), wskaźnik prawdy i fałszu (T/F), punktacje konfliktu (sieci konfliktu i ogólnego wyniku konfliktu) oraz skale empiryczne (ogólnego niedostosowania, psychiatryczna, zaburzeń osobowości i nerwic), daje właściwą interpretację badań i określa ich wiarygodność. Otrzymany wynik nanosi się na arkusz obliczeniowy, a następnie interpretuje. Sumy uzyskanych punktów dają ocenę poziomu samooceny badanej osoby w porównaniu do przyjętego standardu lub grupy odniesienia. Uzyskane wyniki można przedstawić w postaci profilu.

Kwestionariusz H. A. Murraya, w wersji polskiej, eksperymentalnej, przygotowany przez H. Skarżyńską-Gawrońską pod kierunkiem S. Sieka, który go tłumaczył (Siek, 1983), służy do badania 19 jawnych potrzeb psychicznych. Wszystkie twierdzenia kwestionariuszowe oraz zmienne oceniające te twierdzenia oparte są na teorii osobowości H. Murraya. Każda z potrzeb jest reprezentowana przez 10 twierdzeń, stanowiących operacyjną definicję potrzeby. W sumie kwestionariusz składa się ze 190 twierdzeń, do których ma się ustosunkować osoba badana, przyjmując za podstawę oceny 4-stopniową skalę (od jednego do 4 punktów): bardzo rzadko, czasami, dość często i bardzo często.

Rzetelność metody określono metodą dwukrotnego badania, a najwyższe współczynniki stałości posiadają twierdzenia następujących skal potrzeb: agresywności, poniżania się i dominowania, najniższe zaś: rozumienia, odrzucania i usprawiedliwiania się. Mimo iż dotychczasowe przygotowanie kwestionariusza znamionuje, zdaniem S. Sieka (1983), wiele braków, to jednak, jak twierdzi A. Węgliński (1993), jest on narzędziem często wykorzystywanym w badaniach empirycznych.

Skala Sensu Życia (ML – Meaning in Life Inventory) T. Warnera i S. Williama (1987) posiada 13 itemów do określania sensu, celu lub znaczenia życia. Każdy item rozpięty jest na 5-punktowej skali ocen. Badany ustosunkowując się do treści danego twierdzenia, wybiera jedną z wielkości podanych na skali. Oznacza ona natężenie aprobaty lub dezaprobaty wobec prezentowanej treści. Liczba 1 oznacza optymalne nasilenie braku, liczba 3 – stan neutralny (pośredni) oraz liczba 5 – najwyższe natężenie zgodności. Jest to więc sposób oceniania wykorzystujący techniki tzw. skal szacunkowych. W celu ograniczenia zjawiska „halo-efektu” i preferencji pozycji przy poszczególnych twierdzeniach zmieniono kolejność punktowania. Poszczególne itemy odnoszą się do zagadnień dotyczących religii, wiary w Boga, uczestnictwa w różnych formach aktywności religijnej, wiary w siebie, we własne możliwości. Obejmują także hobby i aktywność osoby badanej oraz problem przywiązania do innych osób, bardzo bliskich i jedynie znajomych. Skala Sensu Życia jest, zdaniem autorów, dokonujących oceny jej rzetelności i trafności z wykorzystaniem takich metod, jak: Test Celu w Życiu (PIL – Purpose in Life Test), Indeks Satysfakcji Życiowej (LSI-Z – Life Satisfaction Index), Skala Równowagi Emocjonalnej (ABS – Affect Balance Scale), najbardziej zbliżona do Testu Celu w Życiu, uważanego za narzędzie do badania egzystencjalnej perspektywy celu życia. Prace nad oceną trafności i rzetelności oraz dostosowawcze do programów rehabilitacyjnych dla osób przewlekle chorych są systematycznie prowadzone przez badaczy zajmujących się tym narzędziem (Warner, Williams, 1987).

Dyferencjał semantyczny to metoda, którą posłużono się do określenia emocjonalno-oceniającego nastawienia osób badanych wobec pojęć składających się na szeroko rozumiane życie erotyczne. Technika ta została wybrana ze względu na jej dużą wrażliwość; potrafi ona bowiem wychwycić minimalne nawet zmiany w znaczeniu, które są odczuwalne, ale trudne do zwerbalizowania, co jest ważne ze względu na specyfikę pojęć poddawanych ocenie. Ogranicza się ona, co prawda, do pomiaru zmysłowej i emocjonalnej strony znaczenia, ponieważ, zdaniem C. Osgooda (za: Czapiński, 1974), jest czuła na uczucia, a nie na rozum, ale to właśnie emocje i uczucia, albowiem – według autora – afektywna strona znaczenia znaków zdominowała nasze zachowanie, włączając w to zachowanie językowe, odgrywają doniosłą rolę w życiu człowieka. Dyferencjał semantyczny jest połączeniem dwóch metod: asocjacyjnej i skalowania. Autorzy tej techniki: C. Osgood, G. Suci i P. Tonnebaum (za: Czapiński, 1974), zastosowali metodę asocjacyjną w dyferencjale, wychodząc z założenia, że konotacyjne znaczenie pojęcia można zdefiniować za pomocą kilku niezależnych wymiarów stanowiących przestrzeń semantyczną. Każde pojęcie może być opisane na empirycznym kontinuum wyznaczonym przez parę autonomicznych

terminów. Wiele takich kontinuuów, stanowiących skale opisowe, jest ze sobą ściśle skorelowanych, tworząc wspólny wymiar. Wszystkie wymiary współwyznaczają przestrzeń semantyczną, wewnątrz której można zlokalizować znaczenie każdego pojęcia przez określenie jego miejsca na różnych wymiarach i można je zdefiniować operacyjnie przez określenie jego parametrów w przestrzeni semantycznej. Metoda ta nie wymaga szczegółowej analizy, ponieważ jest techniką powszechnie znaną i stosowaną od wielu lat. Dla potrzeb pracy użyto dyferencjału semantycznego złożonego z 10 skal opisowych: 4 na czynnik Wartościowania (Evaluation), a po 3 na czynniki Siły (Potency) i Aktywności (Activity) – na 7-stopniowej skali. Ze względu na specyfikę pojęć i grupy badanych osób oraz aby uniknąć małego zróżnicowania odpowiedzi, poszczególne stopnie skali nie zostały określone werbalnie. Przy wyborze pojęć kierowano się zakresem rozumienia życia erotycznego i czynników ściśle z nim związanych oraz mogących mieć wpływ na postawę wobec niego u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a także dążeniem, aby były one wystarczająco jednoznaczne i znane wszystkim osobom badanym. Wybrano 21 pojęć o przemyślanej kolejności i logicznej ciągłości. Obok siebie znalazły się pojęcia bliskoznaczne, sprzężone ze sobą lub wpływające na siebie, tworząc siedem zespołów trzypojęciowych: partnerstwo – przyjaźń – miłość, *ja* – małżeństwo – rodzina, erotyzm – seks – akt płciowy, sympatia – mąż/zona – partnerka, erekcja – orgazm – impotencja, prokreacja – dziecko – antykoncepcja, inwalidztwo – masturbacja – związek nieheteroseksualny. Mimo iż dyferencjał semantyczny nie jest w stanie dokładnie określić różnic indywidualnych, ponieważ dostarcza osobie badanej jedynie określony zakres konotacyjny wielu pojęć, nie obejmując tej części, która wykracza poza dostarczony zakres skal, to jednak zalety tej metody, ogólnie znane, a przede wszystkim łatwość posługiwania się nią, zdecydowały o jej wyborze.

Kwestionariusz Sprawności Lokomocyjno-Czynnościowej (KSLC) J. Kirenki dotyczy osób po urazowym uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Dane zebrane za jego pomocą mogą posłużyć do dokonania oceny sytuacji zdrowotno-medycznej, lokomocyjnej i czynnościowo-samoobsługowej osób z para- i tetraplegią oraz do ustalenia stopnia usprawnienia fizycznego tychże osób. Składa się on z siedmiu części oznaczonych kolejnymi literami alfabetu: „A” – dane osobowe, „B” – przebieg leczenia, „C” – czynniki przyczyniające się do zmniejszenia sprawności lokomocyjno-czynnościowej, „D” – potrzeby fizjologiczne, „E” – lokomocja, „F” – samoobsługa i „G” – dane uzupełniające (Kirenko, 1994; 1995). Do celów niniejszej pracy wykorzystano trzy pierwsze części, opisowe: „A”, „B” i „C”. Dane otrzymane stanowiły źródło informacji pozwalające scharakteryzować grupę badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

3. Organizacja i przebieg badań

Zaplanowane badania, mające na celu rozwiązanie psychospołecznych problemów funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, są kontynuacją, a jednocześnie rozszerzeniem zakresu tematycznego badań prowadzonych przeze mnie od kilku lat na osobach z para- i tetraplegią (Kirenko, 1991; 1995). Obecne, z wykorzystaniem baterii testów, przeprowadzone zostały przez zespół studentek pedagogiki specjalnej UMCS w Lublinie – w ramach seminarium magisterskiego – w skład którego wchodziły: A. Baka, B. Bernat, A. Ciesielczuk, M. Czerwińska, B. Kosidło, M. Mądra, B. Piasecka i, ale już poza seminarium, E. Szczurek. Składam im za to serdeczne podziękowania.

Badania przeprowadzone zostały w dwóch etapach. W pierwszym, korzystając z procedury doboru celowego, przebadano wyłącznie osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, „kompletując” w ten sposób grupę podstawową „A”, po czym, po zastosowaniu zmodyfikowanego doboru losowego, noszącego znamiona intencjonalnego doboru parami, przystąpiono do drugiego etapu badań, jakim było „skompletowanie” grupy porównawczej „B”, składającej się z osób pełnosprawnych.

Ze względu na specyfikę badań oraz w celu wyeliminowania jak największej liczby zmiennych zakłócających przy doborze osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego posłużono się następującymi kryteriami: ukończony 20 rok życia badanej osoby; urazowe uszkodzenie rdzenia kręgowego jako przyczyna nabycia niepełnosprawności; uszkodzenie zaistniałe po 18 roku życia badanej osoby; minimum jeden rok od nabycia uszkodzenia (w chwili prowadzenia badań) oraz wykształcenie na poziomie co najmniej podstawowym (por. Kirenko, 1991). Przyjęcie tych kryteriów podyktowane było wieloma czynnikami. Taki, a nie inny dobór technik badawczych spowodował konieczność włączenia do badań osoby o ukształtowanej już osobowości, dlatego też dolną granicą wieku badanych był 20 rok życia. Treść wielu twierdzeń i pytań zawartych w kwestionariuszach wykracza niekiedy poza doświadczenia życiowe i zasób wiadomości osób nie mających ukończonej przynajmniej szkoły podstawowej. Koniecznym bowiem warunkiem efektywności badania jest, jak twierdzi A. Kottas (1975), określony poziom ogólnej dojrzałości osoby badanej, nie tylko dojrzałości intelektualnej, ale także emocjonalno-społecznej. W celu natomiast uniknięcia hamującego wpływu urazu fizycznego na rozwój osobowości osób nim dotkniętych (zob. Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975; Trieschmann, 1980; Silver, Wortman, 1984; Kirenko, 1985; por. Kirenko, 1991) włączono do badań jedynie te z nich, które doznały trwałego uszkodzenia rdzenia kręgowego po 18 roku życia. Urazowe uszkodzenie rdzenia, typu wypadkowego, jako przyczyna nabycia niepełnosprawności, to kryterium wynikające z przeświadczenia (Kirenko, 1991; 1992), iż zgola odmienna jest sytuacja psychospołeczna osób, które nagle, niespodziewanie, w ułamku sekundy, zostają nieodwracalnie sparaliżowane, niż osób nabywających poprzecznego paraliżu w wyniku długotrwałej choroby, niejako stopniowo przygotowywanych na ewentualność niepełnosprawności.

Kryterium minimum jednego roku od nabycia uszkodzenia wprowadzono celem wykluczenia pośrednich stadiów, okresów czy też faz, na przykład stanu zwanego "szokiem rdzeniowym" (Weiss, 1974; zob. Kirenko, 1991; 1995), w procesie dochodzenia do akceptacji siebie i przystosowania, tak często powoływanych w psychologii rehabilitacyjnej (Silver, Wortman, 1984; por. Kirenko, 1991), o ile oczywiście uzyskanie tego ostatniego etapu będzie w ogóle dane niektórym osobom z para- lub tetraplegią (Tucker, 1980).

Pierwszy etap badań zrealizowano w okresie od listopada 1993 do maja 1994 roku. Prowadzono je indywidualnie w wielu miejscach na terenie niemalże całego kraju, w szczególności jednak, w: Klinice Rehabilitacji AM w Lublinie, Klinice Rehabilitacji AM w Poznaniu, Stołecznym Zespole Rehabilitacji w Konstancinie, Górniczym Centrum Rehabilitacji Leczniczej i Zawodowej „Repty” w Tarnowskich Górach, Centrum Kształcenia Inwalidów w Konstancinie, sanatoriach w Ciechocinku, domach opieki społecznej w Lublinie, na obozach i turnusach rehabilitacyjnych Stowarzyszenia Grupa Aktywnej Rehabilitacji, na zebraniach Lubelskiego Związku Inwalidów Narządu Ruchu oraz w domach prywatnych. Zestawy kwestionariuszowe dostarczane i odbierane były osobiście przez studentki prowadzące badania, przygotowane wcześniej w zakresie stosowania użytych technik badawczych. Każdy kwestionariusz zawierał pisemną instrukcję. Osoby badane były również pouczane ustnie o sposobie nanoszenia danych na arkusze odpowiedzi. W większości też samodzielnie je wypełniały i tylko w wyjątkowych przypadkach pomagano im czynnie. Udzielały one wówczas ustnych odpowiedzi, a osoba badająca umieszczała je w odpowiednim miejscu kwestionariusza. W trakcie badań udzielano także niezbędnych wskazówek i wyjaśnień o charakterze proceduralnym, niczego natomiast, co mogłoby się odnosić do obszaru treściowego i znaczeniowego odpowiedzi, nie sugerowano, rygorystycznie przestrzegając tutaj zasady całkowitej anonimowości i dobrowolności uczestnictwa. Niektóre bowiem osoby, zwłaszcza młodzi mężczyźni, z dużymi oporami przystępowali do badań, broniąc się przed ujawnianiem faktów z własnego, intymnego życia i dopiero po przekonaniu ich o czystości intencji oraz zagwarantowaniu im pełnej anonimowości podejmowali współpracę.

Po zakończeniu badań dziękowano osobom badanym, często przystając z nimi na rozmowy, w czasie których dzieliły się one spostrzeżeniami z wykonanej pracy, prosiły o wyjaśnienie wątpliwości nasuwających się w jej trakcie oraz zadawały dodatkowe pytania, zwłaszcza o cel badań i wynikające z nich korzyści dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zdarzały się również prośby interlokutorów o porady i interwencje w różnych sprawach, najczęściej jednakże będących w gestii rodziny, pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów i pracowników socjalnych. Rozmowy te były także źródłem informacji o osobach badanych, stąd bardzo często po ich zakończeniu sporządzano stosowne notatki, które następnie dołączano do zebranych (wypełnionych) zestawów kwestionariuszowych. Zaznaczyć tutaj należy, iż każdy wypełniony zestaw natychmiast po odebraniu i sprawdzeniu jego przydatności, oznaczany był kolejnym numerem identyfikacyjnym, zgodnie z przyjętym kodem, co miało ułatwić późniejsze

opracowywanie otrzymanych danych i – oczywista – ustalenie kryteriów doboru grupy porównawczej.

Przystępując do drugiego etapu badań, trwającego od czerwca 1994 do listopada 1994 roku, ustalono na początku ilościowe wskaźniki zmiennych płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i wykształcenia z danych uzyskanych w grupie podstawowej, a następnie na tej podstawie, tzw. zmodyfikowany dobór losowy, sporządzono oczekiwaną listę osób pełnosprawnych, które spełniając przyjęte kryteria mogłyby wziąć udział w badaniach. Wyselekcjonowane w ten sposób osoby pełnosprawne badano indywidualnie, podając im do wypełnienia zestaw kwestionariuszowy składający się z następujących technik badawczych: Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych (*SPRS* – wg. Z. Lwa-Starowicza) – dostosowanej dla osób pełnosprawnych, Skali Bodźców Seksualnych (*SBS* – wg. Z. Lwa-Starowicza), Inwentarza Interakcji Seksualnych (*SII* – J. LoPiccolo'a i J. Stegera), Skali Samooceny (*TSCS* – W. Fittsa), Kwestionariusza H. A. Murraya, Dróg Radzenia Sobie (*WCQ* – S. Folkman i R. Lazarusa), Skali Sensu Życia (*ML* – T. Warnera i S. Williama) oraz Dyferencjału Semantycznego. Trudności ze „skompletowaniem” zaplanowanej grupy osób pełnosprawnych, równolicznej grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, spowodowane niemożnością optymalnego dobrania osób spełniających ustalone kryteria, sprawiły, iż przebadano więcej osób niż planowano. Z nich wybrano intencjonalnie tylko te, które w największym stopniu odpowiadały przyjętemu, społecznemu przekrojowi grupy porównawczej, zbliżonemu do społeczno-demograficznego profilu grupy podstawowej (por. Kirenko, 1991). Każdy wypełniony i zakwalifikowany do dalszego opracowania zestaw był kodowany, identycznie jak w badaniach prowadzonych w pierwszym etapie. Istotną informacją będzie również i ta, iż osoby wchodzące w skład grupy porównawczej wywodziły się wyłącznie z terenu Lublina i jego najbliższych okolic.

4. Charakterystyka badanych osób

Selektywny dobór osób do badań sprawił, iż charakterystyki socjologiczne grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i grupy osób pełnosprawnych zawężone zostały do z góry ustalonych pryncypiów. Osoby z para- lub tetraplegią mogły mieć na przykład nie mniej niż 20 lat, przyczyną niepełnosprawności powinno być urazowe uszkodzenie rdzenia kręgowego typu wypadkowego, a ich minimalny poziom wykształcenia nie niższy niż podstawowy, natomiast w badanej grupie osób pełnosprawnych wszystkie charakteryzujące ją wskaźniki socjologiczne powinny być zbliżone procentowo do wskaźników określających grupę podstawową („A”). Tak intencjonalnie dobrane osoby są zatem reprezentatywne jedynie dla populacji spełniających przyjęte kryteria. Badaniami objęto 89 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 101 osób pełnosprawnych. Zestawienia tabelaryczne danych, w ich szczegółowych ujęciach, są bardzo obszerne, stąd dbając o zwięzłość opracowania poprzestano jedynie na ich opisie.

Wszyscy badani z para- lub tetraplegią byli ludźmi stosunkowo młodymi. Wśród 64 mężczyzn (71.91 %) i 25 kobiet (28.08 %), odsetek kobiet jest tutaj nieco wyższy od światowych danych odnoszących się do urazowości rdzenia, według których kobiety stanowią 18-20 % osób z tym uszkodzeniem (Trieschmann, 1980), 32 osoby (35.95 %) mieściły się w przedziale wiekowym od 31 do 40 roku życia, 26 (29.21 %) w granicach od 19 do 25 roku życia, 21 (23.59 %) od 26 do 30 lat oraz 10 (11.23 %) osób w przedziale 41-48 lat. Średnia wieku wyniosła 30.87 roku i była zbliżona tak dla grupy kobiet, jak i grupy mężczyzn (kobiety – 29.68 roku, mężczyźni – 31.34 roku, t^0 -963, $p>.330$). Wśród badanych osób 21 (23.59 %) było w związku małżeńskim, 62 (69.66 %) w stanie wolnym i 6 (6.74 %) rozwiedzionych. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zazwyczaj później wchodzi w związki małżeńskie. Po nabyciu para- lub tetraplegii 25 osób (28.08 %) zmieniło stan cywilny, w tym 6 (24.00 %) kobiet (wszystkie wyszły za mąż) i 19 (21.34 %) mężczyzn (13 ożeniło się, a 6 rozwiódło), co jest interesujące, jeśli skonfrontujemy te dane z powszechnym mniemaniem jakoby kobiety niepełnosprawne miały większe trudności z wchodzeniem w związki małżeńskie. Badaniami objęte zostały osoby z różnych środowisk, o różnym pochodzeniu społecznym, a także różnym wykształceniu. Ponad dwie trzecie badanych (63 osoby – 70.78 %) mieszkało w miastach, reszta 26 osób – 29.21 % na wsi. Proporcje zamieszkania, w tym tradycyjnym układzie: miasto – wieś, nie są zatem zbliżone do ogólnego przekroju społecznego kraju, przy czym w grupach płci wskaźnik procentowy zamieszkania jest zróżnicowany – nieco wyższy odsetek mężczyzn zamieszkałych na wsi (31.74 %, kobiety – 28.00 %). W 89-osobowej grupie 22 osoby, co stanowi 24.71 %, określiło swoje pochodzenie społeczne jako inteligenckie, 49 osób – 55.05 % – jako robotnicze, a 18 osób – 20.22 % – jako chłopskie. Rozkład wskaźników nie w pełni odpowiada rozkładowi normalnemu, na niekorzyść pochodzenia inteligentnego i chłopskiego, jednak tendencja ta jest charakterystyczna jedynie dla grupy mężczyzn. Wykształcenie badanych przedstawiało się następująco: 9 osób (10.11 %) miało podstawowe, 28 (31.46 %) zasadnicze zawodowe, 44 osoby (49.43 %) średnie oraz 8 osób (8.98 %) wyższe. Na ogólną sumę 32 zawodów wyuczonych, wyszczególnionych przez 67 (75.28 %) badanych osób, najczęściej reprezentowanym, bo przez 7 osób (7.86 %), był zawód nauczyciela (w tym nauczyciel zawodu). Kolejne grupy zawodów pod względem liczebności badanych osób, to: mechanik samochodowy i elektryk – po 6 osób (6.74 %), mechanik (różnych specjalności mechanicznych) – 5 osób (5.61 %) oraz ekonomista, elektronik i krawiec – po 4 osoby (4.49 %). Pozostałych 26 grup zawodów reprezentowało już tylko 31 osób. Wśród nich były i takie, jak: cukiernik, kelner, malarz, rolnik, stolarz, szewc czy szklarz – pojedyncze osoby. Kategoria zawodu wykonywanego jest reprezentowana przez 10 podmiotów (14 osób – 15.73 %), w tym 4 nowe zawody, do których wyuczenia osoby z para- i tetraplegią zostały zmuszone, chcąc uzyskać pracę. Były to: księgarz – 2 osoby (2.24 %), fotograf, handlowiec i przedsiębiorca – po jednej osobie (1.12 %). Osiem osób (8.98 %) pracowało zawodowo, 69 (77.52 %) posiadało rentę inwalidzką, 7 (7.86 %) i pracowało, i pobierało równocześnie rentę, 2 osoby (2.24 %)

były na utrzymaniu rodziny i tyleż samo (2 osoby – 2.24 %) korzystało z pomocy społecznej (zapomoga), jedna osoba nie wykazała źródła utrzymania.

Z kryterium poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego wiąże się poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego. Wśród badanych osób 44 (49.43 %) to chorzy na tetraplegię i tyle samo (49.43 %) na paraplegię. W grupie osób z uszkodzeniami w części szyjnej, u 23 osób (25.84 %) były one całkowite ruchowe, z częściowo zachowanym czuciem głębokim, u 14 osób (15.73 %) ze śladem ruchu bez znaczenia czynnościowego i niepełnym czuciem oraz u 7 osób (7.86 %) z niedowładami funkcjonalnie użytecznymi i zaburzeniami czucia. W grupie osób z uszkodzeniami w części piersiowo-lędźwiowej, u 20 (22.47 %) były one całkowite rdzenia i częściowe korzeni, u 9 (10.11 %) całkowite korzeni i częściowe rdzenia, u 10 (11.23 %) częściowe rdzenia, ale bez uszkodzeń korzeni oraz u 5 (5.61 %) tylko z uszkodzeniem korzeni lub ogona końskiego rdzenia. W przypadku jednej osoby (1.12 %) nie ustalono charakterystyki uszkodzenia. Najczęściej występującym poziomem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym były neuromery C₆ (14 osób – 15.73 %) i C₅ (12 osób – 13.48 %) oraz C₆₋₇ (6 osób – 6.74 %) i C₇ (5 osób – 5.61 %), co jest zgodne ze światowymi wskaźnikami urazowości (Trieschmann, 1980). W odcinku piersiowo-lędźwiowym zaś najczęściej zlokalizowane były uszkodzenia neuromerów Th₃ i Th₅ – po 6 osób (6.74 %), Th₁₂-L₁ (4 osoby – 4.49 %) oraz Th₂, Th₈ i L₁₋₂ – po 3 osoby (3.37 %). Jedna osoba nie podała precyzyjnie wysokości uszkodzenia (orzekła jedynie paraplegię). W sumie, stwierdzono 27 różnych obszarów uszkodzeń segmentów rdzenia, od czterech połączonych neuromerów C₄₋₇ do pojedynczego L₅. U wszystkich badanych uszkodzenie rdzenia nastąpiło na skutek mechanicznego urazu, co najmniej jeden rok przed badaniem. Średni czas trwania niepełnosprawności i przystosowania do niego oraz nowych warunków życia wynosił odpowiednio: dla kobiet 8.12 roku, dla mężczyzn 8.23 roku (t^0 -0.081, $p>.931$), ogółem 8.20 roku, przy czym rozpiętość czasu wahała się między jednym rokiem a 28 latami. Najwięcej osób, bo 37 (41.57 %), uległo trwałemu paraliżowi poprzecznemu w przedziale wieku między 18 a 20 rokiem życia, 31 osób (34.83 %) w przedziale 21-25 lat, 11 osób (12.35 %) – 26-30 lat, 6 osób (6.74 %) w przedziale 31-35 lat oraz 3 osoby (3.37 %) powyżej 40 roku życia. Średnia arytmetyczna wieku nabycia uszkodzenia rdzenia w badanej grupie wyniosła 22.59 lat i była nieco wyższa u mężczyzn niż kobiet (23.00 i 21.56 lat – t^0 -1.204, $p>.233$). Najczęstszymi przyczynami uszkodzenia rdzenia kręgowego w omawianej grupie osób były wypadki w środkach komunikacyjnych (47 osób – 52.80 %), skoki do wody (21 osób – 23.59 %) oraz upadki z wysokości (16 osób – 17.97 %). U jednej osoby (1.12 %) odnotowano inną przyczynę obrażeń rdzenia, w 4 (4.49 %) przypadkach jej nie ustalono. U wszystkich badanych występowały zaburzenia funkcji lokomotorycznych kończyn dolnych, co zmusiło ich do korzystania z wózka inwalidzkiego. U żadnej z osób nie stwierdzono dodatkowych zaburzeń i schorzeń, które nie wynikałyby z uszkodzenia rdzenia kręgowego i okoliczności, w których do tego doszło. Trzydzieści sześć osób (40.44 %) nabyło dodatkowych uszkodzeń ciała w czasie wypadku prowadzącego do para- lub tetraplegii. Dotyczyły one takich części, jak: kończyny górne – 17 osób (19.10%), kończyny dolne – 11 osób (12.35 %), klatka piersio-

wa – 10 osób (11.23 %), czaszka i jama brzuszna – po 8 osób (8.98 %) oraz inne – 4 osoby (4.49 %). Najczęściej stosowaną metodą leczenia w badanej grupie osób z urazem rdzenia kręgowego był zabieg operacyjny, co dotyczyło 70 chorych (78.65 %), jedynie w 17 przypadkach (19.10 %) zastosowano leczenie nieoperacyjne; dwie osoby nie określiły sposobu leczenia. Dolegliwości somatyczne, określane niekiedy mianem następstw lub powikłań, odczuwało 79 osób (88.76 %). Były to: spastyczność – 55 osób (61.79 %), odleżyny – 51 osób (57.30 %), pogorszenie neurologiczne – 21 osób (23.59 %), kamica – 15 osób (16.85 %), skostnienia i przykurcze – 13 osób (14.60 %), zapalenie płuc i płucne zatory – 7 osób (7.86 %) oraz ropienie – 5 osób (5.61 %). Wszystkie osoby badane korzystały co najmniej jeden raz z leczenia na oddziale szpitalnym lub w specjalistycznej placówce medycznej (średnia arytmetyczna dla grupy – 1.96 pobytu), trafiając tam bezpośrednio po doznaniu urazu rdzenia. Późniejsze już tam pobytu osób z para- lub tetraplegią (47 osób – 52.80 % – od 2 do 10 pobytów) wiązały się przede wszystkim z leczeniem u nich powikłań wynikających z faktu bycia „człowiekiem rdzeniowym”. Nie wszystkie natomiast badane osoby korzystały z leczenia i usprawniania w ośrodkach rehabilitacyjnych. Siedemnaście osób, co stanowi 19.10 %, nie skorzystało z takiej możliwości rehabilitacji (średnia dla grupy – 1.39 pobytu). Pozostałe zaś 72 osoby (80.89 %) przebywały tam: jeden raz – 51 osób (57.30 %), dwa razy – 14 osób (15.73 %), trzy razy – 2 osoby (2.24 %), cztery i pięć razy – po jednej osobie (1.12 %) oraz powyżej 10 razy – 3 osoby (3.37 %). Ze 118 turnusów sanatoryjnych, jakie były udziałem osób z para- i tetraplegią, skorzystało tylko 40 osób (44.94 %), co daje średnią na osobę 1.32 turnusu.

Osoby pełnosprawne wchodzące w skład grupy porównawczej („B”) dobrze zostały do badań intencjonalnie. Stąd socjologiczne wskaźniki charakteryzujące grupę osób pełnosprawnych, w odniesieniu do wyodrębnionych grup płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, były w dużym stopniu zbliżone – w procentowym ujęciu – z ukazanymi w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. A zatem, syntetycznie ujmując uzyskane dane, stwierdzić należy, iż w skład 101-osobowej grupy porównawczej wchodziło 31 kobiet (30.69 %) i 70 mężczyzn (69.30 %) w przedziale wieku między 19 a 45 rokiem życia, ze średnią 29.60 roku (29.03 roku – kobiety i 29.85 roku – mężczyźni, t^0 -.582, p >.568). Różnica między grupą podstawową a porównawczą jest nieistotna statystycznie (t^0 -1.265, p >.202). Najwięcej osób, bo 36 (35.64 %), znajdowało się w grupie wieku 31-40 lat, w pozostałych trzech grupach frekwencje były następujące: 19-25 – 32 osoby (31.68 %), 26-30 – 23 osoby (22.77 %) i powyżej 40 roku życia – 10 osób (9.90 %). Osób stanu wolnego było 60 (59.40 %), zamężnych i żonatych 33 (32.67 %), a rozwiedzionych 8 (7.92 %). Na wsi mieszkało 29 osób (28.71 %), 72 osoby (71.28 %) w miastach. Wykształcenie badanych osób pełnosprawnych przedstawiało się następująco: 4 osoby (3.96 %) podstawowe, 23 (22.77 %) zasadnicze zawodowe, 63 osoby (62.38 %) średnie oraz 11 osób (10.89 %) wyższe.

ROZDZIAŁ IV

FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE BADANYCH OSÓB – ANALIZA PORÓWNAWCZA

1. Przejawy życia erotycznego badanych osób

Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS) została wykorzystana celem określenia funkcjonowania seksualnego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W zakres tego funkcjonowania włączone zostało: uświadomienie seksualne, biografia seksualna, wyobrażenia erotyczna oraz doświadczenia seksualne przed i po nabyciu uszkodzenia. Głównym zadaniem jednak było określenie zdolności, chęci oraz potrzeby współżycia seksualnego osób z para- i tetraplegią i ich reakcji z tym związanych, zarówno w sensie psychofizycznym, jak i czysto psychologicznym, uwarunkowanym samooceną w roli seksualnej, oceną związków uczuciowych lub przewidywanych przyczyn braku tego typu związków. Zróznicowanie poszczególnych twierdzeń SPRS w grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych badano testami t^0 dla par niezależnych lub C^0 (tab. 1) oraz „Z”. Ponieważ twierdzenia te, oprócz skali punktowej, zawierają również opisową charakterystykę danego problemu, wyniki w niej uzyskane poddane zostały dodatkowo analizie opisowej.

Z uzyskanych danych liczbowych prezentowanych w tabeli 1 wynika, że przejawy życia erotycznego u badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych w sposób dość znaczny różnią się między sobą. Różnice istotne statystycznie stwierdzono w takich jego wymiarach, jak: *samoocena w roli seksualnej*, *nastrój przed stosunkiem*, *ocena siebie jako partnera* i *ocena związku*, natomiast w wymiarze *zdolności do podjęcia współżycia* różnica była na poziomie zbliżonym do istotnego. W każdym z tych przypadków w stronę osób pełnosprawnych. Spośród zaś wszystkich trzynastu analizowanych przejawów życia seksualnego jedynie w trzech różnice pomiędzy średnimi porównywanych grup były na korzyść badanych osób z para- i tetraplegią. Spostrzeżenie to znajduje potwierdzenie w toku dalszych analiz nad zawartością treściową owych przejawów.

I tak, *uświadomienie seksualne*, rozumiane tutaj jako wiedza merytoryczna dotycząca seksualności człowieka, badanych osób z para- i tetraplegią nie odbiegało od porównywanego u osób pełnosprawnych ($p > .382$). Najwięcej badanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, bo 46 (51.69 %), określiło swoją wie-

dzę z tego zakresu na poziomie znajomości pojęć podstawowych. Trzydzieści pięć osób (39.33 %) orzekło znajomość psychofizjologii seksualnej, płciowości, 6 osób (6.74 %) wiedzę na poziomie specjalistycznego podręcznika oraz jedna osoba (1.12 %) wiedzę z przewagą błędnych pojęć. W grupie porównawczej osób określających swoją wiedzę na poziomie specjalistycznego podręcznika było nieco więcej (16.83 %) niż w grupie podstawowej, tak jak nieco więcej osób wykazywało błędne rozumienie pojęć (4.95 %), w tym jedna osoba (.99 %) nieznajomość pojęć podstawowych, czego na przykład nie stwierdzono w grupie osób niepełnosprawnych.

Z poziomem uświadomienia seksualnego powinna łączyć się *samoocena w roli seksualnej*, ale nie zawsze tak być musi. Spośród wszystkich badanych z para- i tetraplegią 49 osób (55.06 %) miało poczucie braków – w sensie sprawności – w roli seksualnej, przy jednoczesnej akceptacji siebie w roli mężczyzny czy kobiety. W pełni akceptujących siebie w roli seksualnej oraz postrzegających trudności seksualne jako przejściowe i epizodyczne były 23 osoby (25.84 %), z poczuciem niższości i małowartościowości, niewiarą w możliwość zmiany funkcjonowania w tej roli, nierzadko lęku przed nią, było 7 osób (7.87 %). Pięć osób (5.62 %) podkreślało swoje zalety w roli męskiej czy kobie-

Tabela 1. Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t ^o /C ^o	p
	M	SD	M	SD		
1. Uświadomienie seksualne (<i>Uśś</i>)	3.522	.642	3.620	.850	-8.75	.3825
2. Samoocena w roli seksualnej (<i>Srs</i>)	3.170	.912	3.710	.655	-4.693	.0000*
3. Wyobraźnia erotyczna (<i>Wer</i>)	3.229	1.053	3.130	1.151	.615	.5390
4. Inicjacja seksualna (<i>Ins</i>)	3.218	1.104	3.000	.910	1.482	.1399
5. Doświadczenia masturbacyjne (<i>Dma</i>)	2.693	1.526	2.570	1.539	.549	.5831
6. Chęć do współżycia (<i>Chw</i>)	3.715	.909	3.730	.736	-.117	.9067
7. Potrzeba współżycia (<i>Pow</i>)	3.647	.788	3.690	.646	-.403	.6869
8. Zdolność do podj. współżycia (<i>Zpw</i>)	2.937	1.083	3.225	.848	-1.961	.0514~
9. Nastroj przed stosunkiem (<i>Nst</i>)	3.271	.866	3.645	.820	-2.946	.0036*
10. Nastroj po stosunku (<i>Nps</i>)	3.700	.801	3.892	.689	-1.687	.0934
11. Ocena siebie jako partner(ki)a (<i>Ocs</i>)	3.317	.799	3.578	.593	-2.494	.0135*
12. Ocena związku (<i>Ocz</i>)	3.346	.880	3.645	.962	-2.122	.0352*
13. Ocena więzi uczuciowej (<i>Owu</i>)	3.692	.689	3.833	.705	-1.332	.1871

cej, mając poczucie wyższości nad innymi w zakresie doświadczeń seksualnych, sprawności i umiejętności kultury współżycia, przy czym zauważyć tutaj należy, iż spośród porównywanych osób pełnosprawnych jedynie trzy (2.97 %) widziały się w takiej roli. Więcej również badanych pełnosprawnych (8 osób – 7.92 %) niż niepełnosprawnych (4 osoby – 4.49 %) stwierdziło u siebie kompleks niesprawności seksualnej, impotencji lub oziębłości, ale nie było ani jednej osoby w grupie porównawczej, która by wykazała poczucie niższości i małowartościowości. Przeważająca część osób badanych z tej grupy, bo 73 (72.28 %), jednak w pełni akceptowała siebie w roli seksualnej, co sprawiło, iż samoocena tych osób w tej roli okazała się istotnie wyższa ($p < .000$) od samooceny osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Nie stwierdzono natomiast zróżnicowania badanych grup w obszarze *wyobraźni erotycznej* ($p > .530$). Zarejestrowano tutaj, tak w grupie podstawowej, jak i porównawczej, wszystkie możliwe wyobrażenia, od braku fantazji do ich bardzo częstego występowania. Jedyne w pierwszej kategorii badane osoby pełnosprawne (11 osób – 10.89 %) częściej niż niepełnosprawne (5 osób – 5.62 %) stwierdzały, iż nie mają snów o treści erotycznej, oraz że nie występuje u nich fantazjowanie na jawie. W pozostałych kategoriach wyobrażeń porównywane frekwencje wyborów były zbliżone, stąd charakterystyka tego obszaru skali dotyczy jedynie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. I tak, epizodyczne sny erotyczne i sporadyczne fantazje, wzbudzone wyłącznie przez stymulację wzrokową, orzekło u siebie 17 osób (19.10 %), sny erotyczne do kilku w ciągu roku, marzenia i fantazje seksualne na jawie w wyniku stymulacji wzrokowej, a także skojarzeń z konkretnymi osobami ocenianymi jako atrakcyjne erotycznie – 26 osób (29.21 %), występowanie snów erotycznych w liczbie do jednego na miesiąc, dowolnych, spontanicznych marzeń i fantazji wyzwalanych bez określonych osób – 31 osób (34.83 %) oraz występowanie snów erotycznych do jednego na tydzień, codziennych fantazji i marzeń seksualnych, częstych zmian miejsca, przebiegu "akcji" seksualnej oraz partnera, a także marzeń typu orgiastycznego – 8 osób (8.99 %).

Przez wyobraźnię erotyczną ujawniają się oczekiwania i potrzeby seksualne. W przypadku osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mogą wystąpić trudności w zaspokajaniu tych potrzeb. Powinny być one, w jakimś stopniu, zaspokojone przez doświadczenia masturbacyjne i wydawać się może, że jest to często stosowana forma zachowania seksualnego u osób z para- i tetraplegią. Badania nie potwierdziły jednak tej tezy. Skala ta bowiem nie różnicuje w sposób istotny statystycznie grupy podstawowej z grupą porównawczą ($p > .583$). U 38.20 % badanych (34 osoby) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego doświadczenia masturbacyjne nigdy nie występowały, u pozostałych osób, bez jednej, która nie udzieliła odpowiedzi, obecność tych doświadczeń była na różnym poziomie. W przypadku 15 osób (16.85 %) były to doświadczenia sporadyczne z towarzyszącym niejasnym poczuciem winy, natomiast w przypadku 22 osób (24.72 %) doświadczenia sporadyczne, bez poczucia winy. Dwanaście osób (13.48 %) stwierdziło obecność doświadczeń masturbacyjnych akceptowanych i chcianych, występujących z różną częstotliwością. Pozostali badani z para- i tetraplegią (5 osób, 5.62 %) określili swoje doświadczenia masturbacyjne jako sporadyczne, ale z kompleksem onanistycznym. Osób pełnosprawnych z grupy porównawczej z takim doświadczeniem masturbacyjnym było nieco więcej, bo 10 (9.90 %), oraz nieco mniej osób, w porównaniu z grupą podstawową, z doświadczeniem sporadycznym, któremu towarzyszyło niejasne poczucie winy. Były to jedyne kategorie, w których zaznaczyły się różnice doświadczeń w badanych grupach osób.

Spośród 89 badanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego 6 osób (6.74 %, 3 osoby w grupie porównawczej „B”) nie współżyło seksualnie. Brak *inicjacji seksualnej* u tych osób może wynikać bezpośrednio z faktu urazu rdzenia oraz jego wystąpienia powyżej 18 roku życia. Niższy wiek inicjacji seksualnej osób z para- i tetraplegią w porównaniu z analogicznym wiekiem osób pełnospraw-

nych, przy czym różnica średnich wieku jest nieistotna statystycznie ($p > .139$), wskazywałyby na taki kierunek interpretacji. Osoby te jednak oceniając swoją zdolność do podjęcia współżycia seksualnego stwierdziły, że są chyba do niego zdolne, ale boją się, nie mają możliwości – 3 osoby (3.37 %), są zdolne, ale nie odczuwają takiej potrzeby – 2 osoby (2.25 %) oraz że są niezdolne do współżycia – jedna osoba (1.12 %). Dane te świadczą o tym, iż brak kontaktów seksualnych u tych osób wynikał raczej z obaw i lęków przed jego podjęciem niż z samego faktu uszkodzenia rdzenia kręgowego. Z pozostałych badanych 28 osób (31.46 %, 25.74 % w grupie „B”) rozpoczęło życie seksualne po 16 roku życia, 26 osób (29.31 %, 38.61 % w grupie „B”) po 18 roku życia, 17 osób (19.10 %, 27.72 % w grupie „B”) po 20 roku życia oraz 10 osób (11.24 %, 3.96 % w grupie „B”) zaczęło współżyć seksualnie przed 16 rokiem życia. U żadnej z badanych kobiet z para- lub tetraplegią inicjacja seksualna nie nastąpiła wcześniej niż po 18 roku życia. Dwadzieścia sześć badanych osób (29.21 %) miało w swojej biografii erotycznej więcej niż trzech partnerów seksualnych. Do trzech partnerów seksualnych miało 27 osób (30.34 %) i tyle samo osób (30.34 %) stwierdziło obecność w życiu erotycznym jednego partnera seksualnego. W grupie osób pełnosprawnych wystąpiła polaryzacja wyników, od jednego partnera – 39 osób (38.61 %) do powyżej trzech partnerów – 41 osób (40.59 %). Po wystąpieniu urazu rdzenia kręgowego sytuacja tych osób znacznie się zmieniła. Zdecydowana bowiem większość badanych, bo 46 osób (51.69 %) miała już tylko jednego partnera seksualnego, 20 osób (22.47 %) dwóch lub trzech partnerów oraz 10 osób (11.24 %) powyżej trzech partnerów seksualnych. Jedenaście osób (12.36 %) po wystąpieniu urazu nie miało partnerów seksualnych, przy czym 6 osób z tej grupy nie współżyło seksualnie, w przypadku zaś pozostałych osób brak partnerów seksualnych miał prawdopodobnie związek z wystąpieniem para- lub tetraplegii.

Para- lub tetraplegia nie spowodowała niechęci do współżycia seksualnego. Jest ona niemal identyczna jak w grupie osób pełnosprawnych ($p > .906$). 53.93 % badanych (48 osób) stwierdziło, iż potrzebuje współżycia seksualnego, natomiast dla 10 osób (11.24 %) współżycie to jest bardzo istotne, a ich potrzeby seksualne zostały określone jako silne. Spośród pozostałych osób, 22 badanych (24.72 %) swoją chęć do współżycia seksualnego ustaliło na poziomie potrzeby przeciętnej, a 5 (5.62 %) stwierdziło, że nie musi współżyć, ich zaś potrzeby w tej dziedzinie życia są niewielkie. W przypadku 2 osób (2.25 %) wystąpiła niechęć do współżycia seksualnego, czego nie stwierdzono w grupie osób pełnosprawnych.

Nasilenie *potrzeby współżycia*, gdyby zależało to tylko od samych osób badanych, w porównywanych grupach jest na zbliżonym poziomie ($p > .686$). Najwięcej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, bo 50 (56.18 %), współżyłoby seksualnie dwa razy lub częściej na tydzień, a 8 osób (8.99 %) nawet codziennie lub kilka razy dziennie. Dwadzieścia jeden osób (23.60 %), zgodnie ze swoimi potrzebami współżyłoby kilka razy na miesiąc oraz 9 osób (10.11 %) kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu. U żadnej z badanych osób nie wystąpił całkowity brak potrzeby współżycia seksualnego, analogicznie w grupie osób pełnosprawnych. Nieco inaczej kształtują się wyniki dotyczące częstotli-

wości stosunków, gdy dochodzi do współżycia z partnerem. Osoby pełnosprawne częściej niż osoby z para- lub tetraplegią realizują je ($p \sim .051$). Z 50 osób (56.18 % z całości), u których występuje potrzeba współżycia seksualnego dwa razy lub częściej na tydzień, 16 osób (32.00 % z grupy 50 osób) realizuje ją z taką samą częstotliwością, 18 osób (36.00 %) kilka razy w miesiącu, 6 osób (12.00 %) kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu oraz 2 osoby (4.00 %) częściej, niż wynika to z ich potrzeby. U 32 osób (35.96 %) częstotliwość stosunków seksualnych kształtuje się w granicach kilku w miesiącu, podczas gdy potrzeba takiej liczby zbliżeń wystąpiła u 21 badanych (23.60 %). W przypadku 10 osób (11.24 %) do kontaktów seksualnych dochodzi najwyżej raz w roku, lub wcale, podczas gdy u żadnej z tych osób nie stwierdzono braku potrzeby współżycia seksualnego. Wśród pozostałych badanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego sumaryczne wskaźniki liczbowe były następujące: 14 osób (15.73 %) współżyło seksualnie kilka razy w roku, najwyżej raz w miesiącu, 19 osób (21.35 %) kilka razy w tygodniu oraz 5 osób (5.62 %) codziennie lub kilka razy dziennie. Różnice pomiędzy potrzebą współżycia a częstotliwością stosunków są na poziomie istotności statystycznej, zarówno w grupie osób z para- i tetraplegią ($Z=5.316$, $p<.000$), jak i w grupie osób pełnosprawnych ($Z=4.692$, $p<.000$), w obu przypadkach na niekorzyść potrzeby współżycia.

Następne dwa obszary skali mierzą *nastroje badanych osób przed i po stosunku seksualnym*. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały tutaj obniżony, w stosunku do osób pełnosprawnych, nastrój tak przed, jak po stosunku. W pierwszym przypadku różnica jest istotna ($p<.003$), w drugim zbliżona do istotności statystycznej ($p \sim .093$). Cztery osoby (4.49 %, przy 2.97 % w grupie „B”) z para- lub tetraplegią odczuwały przed stosunkiem silny strach, niepokój, a nawet wstręt oraz 9 osób (10.11 %, 4.95 % w grupie „B”) niepokój o to, że może się nie udać, co stawiało ich niekiedy w stan obojętności. Najwięcej jednak osób badanych, bo 37 (41.57 %, przy 59 osobach w grupie „B” – 58.42 %), cieszyło się stosunkiem i bez obaw przystępowało do współżycia, natomiast 30 osób (33.71 %, 21.78 % w grupie „B”) niekiedy odczuwało przed stosunkiem niepokój, ale nie wyrzekało się współżycia, chociaż nie przejawiało też inicjatywy. Jedna osoba (1.12 %) niepełnosprawna, przy 7 osobach (6.93 %) pełnosprawnych, stwierdziła, że nigdy nie odczuwa niedyspozycji przed współżyciem, nie lęka się go, wprost przeciwnie, cieszy się takimi sytuacjami i stale ich poszukuje. Nastrój po stosunku był już zdecydowanie lepszy, zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej, przy czym zróżnicowanie nastrojów, w obu przypadkach istotne statystycznie, było nieco większe u badanych z para- lub tetraplegią ($Z=3.817$, $p<.000$), niż u badanych pełnosprawnych ($Z=2.169$, $p<.030$). 47.19 % badanych (42 osoby, przy 62 osobach w grupie „B” – 61.39 %) po odbytych stosunkach seksualnych czuło się dobrze i przyjemnie, a 11.24 % (10 osób, 12.87 % w grupie „B”) szczęśliwie, osiągając bardzo dobry nastrój, określony mianem "błogostanu". W przypadku 23 osób (25.84 %, 13 osób w grupie „B” – 12.87 %) spokojny nastrój po stosunku seksualnym zakłócało poczucie niezaspokojenia partnera lub partnerki. Nieprzyjemny nastrój po zbliżeniu odczuwały 4 osoby (4.49 %, 4.95 % w grupie „B”), czując się wyczerpane, zmęczone lub obojętne. Jedna osoba (1.12 %), po stosunku czuła się bardzo

źle; była rozdrażniona i odczuwała złość wobec partnera. Nie było takich osób w grupie porównawczej. Żadna również z badanych kobiet niepełnosprawnych nie czuła się po zbliżeniu bardzo źle lub nieprzyjemnie, co może świadczyć o tym, iż problemy seksualne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są bardziej dotkliwe w przypadku mężczyzn niż kobiet.

Za dobrych i świetnych partnerów seksualnych uważało się 5 osób (5.62 %) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ale ani jedna porównywana osoba pełnosprawna, chociaż średnia oceny siebie jako partnera/partnerki w tej grupie była istotnie wyższa ($p < .013$) od średniej w grupie podstawowej. Osób niepełnosprawnych nie mających pewności, czy jako partnerzy seksualni są „w porządku”, było 43 (48.31 %), przy analogicznych 30 osobach (29.70 %) pełnosprawnych. Osób twierdzących, że są „w porządku”, było 26 (29.21 %) w grupie podstawowej i 60 (59.41 %) w grupie porównawczej. Bardzo nisko oceniły siebie jako partnerów seksualnych 2 osoby (2.25 %) z para- lub tetraplegią, przy braku takich ocen w grupie osób pełnosprawnych. Dwie osoby (2.25 %) niepełnosprawne również oceniły swój związek jako nieudany, a z przewagą konfliktogennych sytuacji, w których występuje niewiara w trwałość lub potrzeba zerwania – 9 osób (10.11 %), przy analogicznie 4 (3.96 %) i jednej osobie (.99 %) w grupie porównawczej. W związkach, w których występują okresowe konflikty, ale przeważa akceptacja i potrzeba utrzymania go, były 33 osoby (37.08 %) z para- i tetraplegią oraz 40 osób (39.60 %) pełnosprawnych, w związkach tzw. udanych, z artykułowanym pragnieniem ich trwania i pogłębiania, odpowiednio 28 osób (31.46 %) niepełnosprawnych i 31 osób (30.69 %) pełnosprawnych. Sześć osób (6.67 %) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oceniło swoje związki jako bardzo udane, dające poczucie szczęścia, co w grupie osób pełnosprawnych miało miejsce w 20 przypadkach (19.80 %). Średnia oceny związku w grupie podstawowej, istotnie niższa ($p < .035$) od średniej w grupie porównawczej, potwierdziła wcześniejsze ustalenia dotyczące stopnia zróżnicowania badanych grup osób w obszarach: samooceny w roli seksualnej i siebie w roli partnera/partnerki.

Trwałość związku seksualnego zależy w dużej mierze od *więzi uczuciowej* z partnerem. Większość badanych, tak w jednej, jak drugiej grupie, bo 51 osób (57.30 %) niepełnosprawnych i 58 osób (57.43 %) pełnosprawnych, stwierdziła, że z partnerami łączy je miłość i przyjaźń. Analogicznie sytuacja wygląda w odniesieniu do kategorii oceny związku na poziomie przeciętnego zadowolenia, wyrażanej sympatii oraz kategorii obojętności i zniechęcenia, gdzie procentowe wskaźniki ocen były, odpowiednio: 21.35 % i 3.37 % w grupie „A” oraz 20.79 % i 3.96 % w grupie „B”. Różnice natomiast występują w kategoriach *więzi uczuciowej* opartej na głębokiej miłości, dającej poczucie zadowolenia i szczęścia, reprezentowanej przez 4 osoby (4.49 %) z para- lub tetraplegią i 13 osób (12.87 %) pełnosprawnych oraz braku *więzi uczuciowej* w związkach, w których przeważają negatywne uczucia, agresja, obwinianie, obojętność i zniechęcenie, reprezentowanej jedynie przez jedną osobę (1.12 %) niepełnosprawną. Nie są to jednak na tyle duże różnice, aby wpłynęły na stopień zróżnicowania grup, jest on nieistotny statystycznie ($p > .187$).

Powody braku związków uczuciowych w badanych grupach były różne. Z przedłożonych do wyboru badanym osobom 6 możliwości odpowiedzi, badani z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w liczbie 39 osób (43.82 %), wybrali wszystkie, z których to poszczególne osoby lub grupy osób opowiedziały się za 20 różnymi wariantami. Najwięcej osób, bo 16 (17.97 %), podało brak okazji, 14 (15.73 %) – lęk, 12 (13.48 %) – nieśmiałość, 8 (8.99 %) – trudności seksualne oraz 5 (5.62 %) – brak potrzeby. Należy zaznaczyć, że podane tu wskaźniki liczbowe są przedstawione sumarycznie, albowiem jedna i ta sama osoba mogła podać na przykład za powód braku nieśmiałość, lęk, a przy tym brak okazji itd. Sytuacji takiej nie stwierdzono w grupie osób pełnosprawnych, gdzie spośród 32 osób (31.68 %) podających powody braku związków uczuciowych, po 13 osób (12.87 %) podało nieśmiałość i lęk, 5 osób (4.95 %) brak okazji oraz jedna osoba (.99 %) – inne, w każdym przypadku był to wybór jednokategorialny

Przedstawione tu dane, średnie i frekwencje oraz wartości testów różnic w porównywanych grupach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych pozwalają określić pewne tendencje ogólne, charakterystyczne dla badanej grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. I tak, uświadomienie seksualne badanych osób wykracza poza znajomość podstawowych pojęć, ale nie jest to jeszcze znajomość psychofizjologii seksualnej, płciowości. Osoby badane nie w pełni akceptują siebie w roli seksualnej, mają poczucie braków, lecz akceptują siebie w roli mężczyzny/kobiety. Mają sny erotyczne, chociaż występują one raczej rzadko i najczęściej nie są związane z konkretnymi osobami. Inicjacja seksualna u większości z nich nastąpiła między 16 a 18 rokiem życia. Realizowanie potrzeby seksualnej przez masturbację jest raczej sporadyczne i zarówno z poczuciem winy, jak i bez, a u dużej części w ogóle nie występuje. Liczba partnerów seksualnych zmniejszyła się u badanych po nabyciu para- lub tetraplegii, z dwóch, trzech przed uszkodzeniem do jednego lub dwóch po wypadku. Osoby z badanej grupy deklarują chęć współżycia seksualnego i dość często potrzebują jego występowania, choć boją się go i nie są całkiem pewne swoich zdolności. W rzeczywistości kontakty tego typu występują raz lub kilka razy w miesiącu; badani przystępują do nich z większymi lub mniejszymi obawami, ale po stosunku są w większości zadowoleni. Ich samoocena w roli partnera lub partnerki nie jest wysoka, większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn nie jest pewna, czy jest w "porządku". Związki uczuciowe badanych nie są wolne od konfliktów, ale wielu z nich odczuwa potrzebę jego trwania i utrzymania, ponieważ wy wpływają z sympatii, przyjaźni lub miłości. Osoby, które nie doświadczają żadnych związków uczuciowych, wymieniają wiele powodów takiej sytuacji, najczęściej jednak nie są to trudności seksualne, lecz nieśmiałość, lęk lub brak okazji. Należy tutaj podkreślić, że odpowiedzi w badanych grupach były bardzo zróżnicowane, rzadko ponad połowa badanych podobnie charakteryzowała swoje potrzeby i reakcje seksualne, co w większym stopniu odnosi się do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Największa jednomyślność wystąpiła w uświadomieniu seksualnym na poziomie podstawowych pojęć, samoocenie w roli seksualnej, liczbie partnerów seksualnych po nabyciu para- lub tetraplegii, chęci i potrzebie współżycia oraz ocenie więzi uczuciowej. Nieco mniej niż połowa badanych ocenia swój nastrój po stosunku jako dobry i przyjemny oraz powąt-

piewa w siebie jako partnerów seksualnych. Pozostałe odpowiedzi były bardziej różnicowane, dlatego należy je traktować indywidualnie.

2. Upodobania i preferencje bodźców seksualnych u badanych osób

Do poznania upodobań seksualnych i preferencji określonych bodźców seksualnych u osób badanych użyto Skali Bodźców Seksualnych (SBS). Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe dla porównywanych grup osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych oraz wartości testów różnic t° i C° między nimi przedstawia tabela 2. Tabela 3 ukazuje podobieństwo hierarchii bodźców seksualnych ze względu na ich ocenę (współczynniki korelacji rangowej Spearmana – r_s) w badanych grupach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych. Z uwagi na to, iż 4-stopniowa skala upodobań danego bodźca, zachowania seksualnego nie jest skalą symetryczną, tzn. istnieje stopień na skali

Tabela 2. Skala Bodźców Seksualnych (SBS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t°/C°	p
	M	SD	M	SD		
1. Pieszczoty ogólne (<i>Po</i>)	17.704	2.482	17.918	2.397	-597	.5511
2. Pobudzanie sfer erog. (<i>Pse</i>)	19.556	4.258	19.908	4.322	-557	.5779
3. P.oralno-genitalne (<i>Pog</i>)	8.909	2.685	8.571	2.773	.841	.4010
4. Stosunek (<i>St</i>)	19.954	2.896	21.173	3.702	-2.480	.0144*
5. Stosunek – pozycje (<i>Stp</i>)	14.784	3.579	17.826	4.723	-4.907	.0000*
6. Własna aktywność (<i>Wak</i>)	5.840	1.267	6.193	1.336	-1.842	.0670-
7. Aktywność partnera (<i>Akp</i>)	6.556	1.026	6.081	1.257	2.803	.0055*

odpowiadający wynikom bardzo wysokim, natomiast nie ma stopnia odpowiadającego wynikom bardzo niskim, dla każdej z siedmiu kategorii skali wyznaczono cztery przedziały odpowiadające stopniom upodobań danych bodźców: „nie odpowiada mi”, „odpowiada mi przeciętnie”, „odpowiada mi”, „bardzo to lubię”. Pozwoliło to, przy zastosowaniu miar tendencji centralnej i dyspersji, precyzyjniej opisać uzyskane dane, aniżeli miałyby to miejsce li tylko w analizie porównawczej średnich, gdzie nie ma możliwości bezpośredniego stwierdzenia, która wartość jest wysoka, która niska, a która przeciętna. Testy różnic mówią przede wszystkim o tym, która z porównywanych średnich jest większa i o ile. Opracowano również normy stenowe. Wiele trudności bowiem nastęca interpretacja wyników przeciętnych, czyli takich, które znajdują się w świetle norm w rejonie statystycznej średniej i nie są objęte opisem, a których pewna liczba zawsze się pojawia (Kirenko, 1991). Przyjęto zatem, iż układem odniesienia będzie układ odzwierciedlający średnie wyniki w populacji, dla jakiej opracowano normy, czyli intencjonalnie dobranej grupy porównawczej, składającej się ze

101 osób pełnosprawnych. W tej skali, w trzech kategoriach, a mianowicie: *Stosunek*, *Stosunek – pozycje* i *Aktywność partnera*, stwierdzono różnice pomiędzy badanymi z grupy podstawowej i porównawczej na poziomie istotności statystycznej oraz w kategorii *Własna aktywność* – różnicę zbliżoną do poziomu ufności. Pozostałe kategorie upodobań i preferencji bodźców nie różnicowały osób badanych, co jest ważną informacją. Istotne znaczenie ma również określenie stopnia upodobania danego zachowania seksualnego, stąd prezentowany tu szczegółowy opis wszystkich kategorii skali.

Tabela 3. Podobieństwo hierarchii bodźców seksualnych w badanych grupach „A” i „B

Skala Bodźców Seksualnych	R – ranga		R – ranga		R – ranga	
	„A”	„B”	„A _K ”	„A _M ”	„B _K ”	„B _M ”
Przytulanie się	6	2	2	10	1.5	8
Pocałunek twarzy	8.5	10	3	14	6	11
Pocałunek w usta	2.5	6.5	1	6.5	3	14
Nagość partnera	10	11	15.5	8	12.5	10
Pieszczoty piersi	4.5	9	4.5	4	6	12
Dotykanie narządów płciowych przez partnera	14.5	13	13	17	17	13
Dotykanie narządów płciowych partnera	12	17	18	9	18	16.5
Pieszczoty lechtaczki	13	15	20	12	12.5	19
Pobudzanie członka ręką	20.5	20	21	21	24	15
Pobudzanie pochwy ręką	18	16	23.5	16	15.5	18
Pieszczenie ustami narządów płciowych przez partnera	24	21	19	24	19.5	27
Pieszczenie ustami narządów płciowych partnera	23	28	25.5	22	29	30
Odczuwanie podniecenia seksualnego partnera	4.5	3	6	3	4	3.5
Immisja (wprowadzenie członka do pochwy)	7	4	9	5	6	1
Uczucie zjednoczenia po immisji	2.5	8	4.5	2	9.5	6.5
Ruchy członka w pochwie	11	5	12	11	8	3.5
Wytrysk nasienia poza pochwę	28	30	22	13	19.5	16.5
Wytrysk nasienia w pochwie	14.5	12	17	15	15.5	9
Orgazm kobiety	1	1	7	1	1.5	3.5
Orgazm w wyniku pieszczony ustami narząd. płciowych	17	22	14	20	21	25.5
Pozycja klasyczna stosunku (mężczyzna leży na kobiecie)	20.5	14	25.5	18.5	21	6.5
Pozycja odwrotna	27	25	23.5	28	26	21.5
Pozycje boczne	26	26	28	27	27	23
Pozycje siedzące	29	27	29	29	28	28
Pozycja od tyłu	30	29	30	30	30	29
Pozycja stojąca	25	23	27	25	25	21.5
Przewaga własnej aktywności we współżyciu	19	19	15.5	18.5	12.5	20
Przewaga aktywności partnera we współżyciu	8.5	24	8	23	12.5	24
Wzajemna aktywność partnerów we współżyciu	16	18	11	6.5	23	25.5
Fantazjowanie w trakcie współżycia seksualnego						
	r _s	.826	r _s	.735	r _s	.763
	p	.0000*	p	.0000*	p	.0000*
Współczynnik korelacji rangowej Spearmana i poziom ufności	„A _K ”	r _s	.879			
	„B _K ”	p	.0000*			
	„A _M ”	r _s	.631			
	„B _M ”	p	.0001*			

W kategorii pierwszej – *Pieszczoty ogólne*, osoba badana może uzyskać od 5.00 do 20.00 punktów. Otrzymanie wysokich wyników świadczy o aprobacie takich bodźców seksualnych, jak: przytulanie się, pocałunek twarzy, pocałunek

w usta, nagość partnera, odczuwanie podniecenia seksualnego partnera etc. Uzyskane w porównywanych grupach średnie na poziomie 5 stena, różnica nieistotna ($p > .551$), mówią o tym, że zarówno osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego obu płci (t^0 -488, $p > .626$), jak i osoby pełnosprawne obu płci (t^0 -765, $p > .445$) przeciętnie lubią zachowania seksualne zaliczane do tej kategorii, chociaż najczęściej uzyskiwanym wynikiem w obu grupach było 20.00 pkt., i wartość tę wybrało najwięcej badanych (Q_3 -20.00, 10 sten – 32.95 % w grupie „A” i 43.87 % w grupie „B”). Potwierdza to tezę, iż w przypadku osób z para- i tetraplegią znaczącą rolę odgrywają wtórne sfery erogenne, których pobudzenie ma dla nich duże znaczenie ze względu na różnego rodzaju dysfunkcje niższych części ciała oraz pierwotnych sfer erogennych. Wyniki w tej kategorii świadczą również o dużej wrażliwości na drobne bodźce erotyczne, chociaż takie zachowanie seksualne jak „przytulanie się” jest bardziej preferowane przez osoby pełnosprawne niż niepełnosprawne (C^0 -1.878, $p \sim .061$). Osoby te jednak poruszają się za pomocą wózków inwalidzkich i tego typu zachowanie, powszechnie utożsamiane z naturalnym, a przez to najczęściej praktykowanym sposobem okazywania uczuć, nastęrcza im w codziennym życiu nieco więcej trudności.

W skład kategorii drugiej – *Pobudzenie sfer erogennych*, wchodzi twierdzenia odnoszące się do takich zachowań seksualnych, jak: pieszczoty piersi, dotykanie narządów płciowych partnera oraz przez partnera, pieszczoty łechtaczki, pobudzenie ręką członka i pochwy. Osoby badane mogą tutaj uzyskać od 6.00 do 24.00 pkt. Otrzymały one średnie arytmetyczne, tak w grupie podstawowej, jak i porównawczej, z różnicą między nimi nieistotną statystycznie ($p > .577$), wskazujące na przeciętne akceptowanie zachowań prowadzących do pobudzenia sfer erogennych (5 sten). Przy czym mężczyźni niepełnosprawni i pełnosprawni preferowali bodźce tej kategorii istotnie częściej niż porównywane z nimi kobiety niepełnosprawne (t^0 -2.761, $p < .007$) i pełnosprawne (t^0 -3.218, $p < .001$). W badanych grupach występuje duże rozproszenie wyników, od minimalnego w grupie „A” na poziomie 7.00 pkt. (2 sten), co oznacza brak upodobania bodźców i w grupie „B” na poziomie 12.00 pkt. (3 sten), wyrażającego niską aprobatę wyszczególnionych bodźców, do maksymalnego wyniku 24.00 pkt. (10 sten) w obu grupach, stanowiącego jednocześnie najczęściej uzyskiwaną wartość (Q_3 -24.00, 37.75 % – „A”, 26.13 % – „B”), świadcząca o tym, że osoby, które go otrzymały, bardzo lubią pobudzenie sfer erogennych i przypisują tym zachowaniom maksymalne możliwe do uzyskania wartości. Większości badanych one tylko odpowiadają.

W kategorii trzeciej – *Pieszczoty oralno-genitalne*, osoby badane mogły uzyskać maksymalnie 12.00 pkt., minimalnie 3.00 pkt. Średnie wyniki otrzymane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osoby pełnosprawne, na poziomie 5 stena, przy wartości testu różnic nieistotnej statystycznie ($p > .401$), świadczą o tym, że badanym osobom przeciętnie odpowiada pieszczonienie ustami narządów płciowych partnera lub przez partnera oraz wynikający z tego zachowania seksualnego orgazm. Potwierdza to zarówno najczęściej uzyskiwany wynik – 12.00 pkt. (Q_3 -11.00, 10 sten – 20.45 % w grupie „A” i Q_3 -12.00 oraz 10 sten – 29.58 % w grupie „B”), jak i wartość, poniżej i powyżej której znajduje się połowa pomiarów (Me -9.00), czyli na poziomie 6 stena. Osoby badane cha-

rakteryzują się zgodnością w tej ocenie, choć znajdują się wśród nich również takie, którym nie odpowiadają tego typu bodźce (przedział 1-3 stena: w grupie „A” – 12.50 %, w grupie „B” – 14.28 %). Średnie dla mężczyzn niepełnosprawnych i pełnosprawnych są większe od średnich dla kobiet niepełnosprawnych i pełnosprawnych, przy czym w pierwszym przypadku różnica jest nieistotna statystycznie (C^0 -1.326, $p > .188$), w drugim istotna (t^0 -3.261, $p < .001$). Osoby z para- i tetraplegią częściej niż osoby pełnosprawne (t^0 -1.735, $p = .084$) preferują zachowanie polegające na pieszczaniu ustami narządów płciowych partnera, przy braku zróżnicowań w pozostałych zachowaniach tej kategorii. Niska ocena tych bodźców wynika zapewne ze stereotypów społecznych, traktujących je jako kontrowersyjne, a przez to rzadziej występujące. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mają tutaj większe możliwości realizacji popędu, co w pewnym stopniu znajduje odzwierciedlenie w danych; jest to bowiem jedna z dwóch kategorii skali, obok *Aktywności partnera*, w której średnia arytmetyczna w tej grupie jest wyższa od porównywanej z grupy osób pełnosprawnych.

Czwarta kategoria – *Stosunek seksualny*, składa się z następujących zachowań seksualnych: immisja, uczucie zjednoczenia po immisji, ruchy członka w pochwie, wytrysk nasienia poza pochwę, wytrysk nasienia w pochwie, orgazm kobiety. Osoba badana może uzyskać tutaj od 6.00 do 24.00 pkt. Z danych wynika, że osoby pełnosprawne w większym stopniu niż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego ($p < .014$) preferują tego typu bodźce seksualne, a w szczególności: ruchy członka w pochwie (t^0 -1.991, $p < .047$) oraz wytrysk nasienia w pochwie (C^0 -1.687, $p = .093$) i jedynie w zachowaniu określonym jako wytrysk nasienia poza pochwę osoby z para- i tetraplegią wykazały znacznie większe od osób pełnosprawnych (t^0 -6.028, $p < .000$) upodobanie bodźca, co zapewne nie jest „upodobaniem”, lecz swoistą akceptacją istniejącego stanu. Średnia dla osób z para- i tetraplegią znajduje się na poziomie 4 stena, czyli w przedziale wyników niskich (1-4 sten – 51.13 %, 5-6 sten – 40.90 %, 7-10 sten – 7.95 %), przy porównywanej średniej dla osób pełnosprawnych na poziomie 5 stena, czyli wyników przeciętnych (1-4 sten – 27.55 %, 5-6 sten – 26.53 %, 7-10 sten – 45.91 %), co wskazuje na zdecydowanie mniejsze w tej grupie upodobanie zachowań związanych bezpośrednio ze stosunkiem seksualnym. Przy czym w badanych grupach nie było osób, którym zachowania występujące w tej kategorii „nie odpowiadają”, a zachowanie określone mianem orgazmu kobiety należało do najbardziej przyjemnych w hierarchii bodźców. Wysoką rangę uzyskały również immisja i uczucie zjednoczenia po immisji. Zmienna płci nie różnicuje osób w grupie podstawowej (C^0 -1.490, $p > .139$), różnicuje natomiast osoby w grupie porównawczej (t^0 -750, $p < .007$). Mężczyźni, dotyczy to obu grup, wykazują wyższą średnią upodobania tej kategorii bodźców, kobiety zaś, również z obu grup, większe rozproszenie wyników.

Analogicznie przedstawia się upodobanie osób badanych do określonych pozycji stosunku seksualnego. Do kategorii tej – *Stosunek – pozycje*, zaliczono wszystkie podstawowe pozycje stosunku seksualnego: klasyczna (mężczyzna leży na kobiecie), odwrotna, boczna, siedząca, od tyłu i stojąca. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania przez badanego wynosi 24.00, minimalna 6.00. Niektóre z wymienionych pozycji są dla osób z uszkodzeniem rdzenia krę-

gowego niemożliwe, bądź też bardzo trudne do zrealizowania. W związku z tym zrozumiała jest występująca w tej grupie różnorodność upodobań, obejmująca wszystkie możliwe stopnie, od nieodpowiadania ich do stopnia "bardzo to lubię". Połowa otrzymanych wyników jest większa lub równa 15.00 pkt. (Me-15.00, Q_1 -12.50, Q_3 -17.00), a więc osoby z para- i tetraplegią podzieliły się tutaj na takie, którym wymienione pozycje nie odpowiadają bądź odpowiadają przeciętnie oraz na takie, którym one odpowiadają bądź bardzo je lubią, przy czym najczęściej uzyskiwanymi wartościami są 13.00 pkt. i 18.00 pkt. (po 12 osób – 13.48 %), czyli wartości mieszczące się w przedziałach: „odpowiada mi przeciętnie” i "odpowiada mi", ze znaczącą jednak przewagą wyników niskich (przedział 1-4 stena – 47.72 % badanych). Osoby pełnosprawne zdecydowanie różnią się tutaj od osób niepełnosprawnych. Wyniki uzyskane przez nie wskazują na ich upodobanie bodźców na poziomie: „odpowiada mi” i „bardzo to lubię” (Me-19.00, Q_1 -13.00, Q_3 -21.00, przedział 7-10 stena – 33.76 % badanych), co znalazło odzwierciedlenie w wartości testu t^0 ($p < .000$), na niekorzyść osób z grupy podstawowej. Jedynie w upodobaniu do stosunku w pozycji siedzącej osoby z para- i tetraplegią nie różnią się, na poziomie istotnym statystycznie (t^0 -1.506, $p > .133$), od osób pełnosprawnych, w pozostałych bowiem pozycjach różnice w preferencjach są wysoce istotne: klasyczna (t^0 -5.695, $p < .000$), odwrotna (t^0 -2.323, $p < .021$), boczna (C^0 -2.163, $p < .031$) i stojąca (t^0 -7.626, $p < .000$), wszystkie na korzyść osób pełnosprawnych. Średnie dla mężczyzn, tak w grupie podstawowej, jak porównawczej są większe od średnich dla kobiet z tych grup, ale w grupie osób niepełnosprawnych różnica w upodobaniu bodźców między mężczyznami a kobietami jest nieistotna statystycznie (t^0 -1.468, $p > .145$), natomiast w grupie osób pełnosprawnych istotna (t^0 -8.217, $p < .000$).

Kategoria szósta – *Własna aktywność*, obejmuje dwa twierdzenia: przewaga własnej aktywności we współżyciu i fantazjowanie podczas współżycia seksualnego. Osoby badane mogą uzyskać w tej kategorii od 2.00 do 8.00 pkt. 75 % badanych w porównywanych grupach odpowiada przewaga własnej aktywności we współżyciu oraz fantazjowanie w trakcie współżycia seksualnego (Q_1 -5.00). Stopień upodobania potwierdzają również inne parametry opisowe zbiorowości statystycznej (Me-6.00, Mo-6.00 – w obu grupach). Pozostałym osobom badanych własna aktywność nie odpowiada lub odpowiada przeciętnie. Świadczy to o tym, że badane osoby niepełnosprawne i pełnosprawne są aktywne we współżyciu seksualnym, choć nie jest tak, że „bardzo to lubią”. Osoby pełnosprawne nieco bardziej niż osoby z para- i tetraplegią cenią sobie własną aktywność, za czym przemawia różnica, na poziomie zbliżonym do istotności ($p \sim .067$), co wynikać może z trudności lokomotorycznych badanych osób, i w związku z tym przejawianie przewagi własnej aktywności we współżyciu (t^0 -2.215, $p < .027$) może być elementem trudnym do zrealizowania. Nie stwierdzono bowiem zróżnicowania badanych osób (t^0 -.822, $p > .411$) w stopniu upodobania zachowania określonego jako fantazjowanie w trakcie współżycia seksualnego. Zarówno w grupie podstawowej, jak porównawczej mężczyźni częściej niż kobiety opowiadają się za przewagą własnej aktywności we współżyciu (C^0 -2.568, $p < .011$ w grupie „A” i t^0 -3.818, $p < .000$ w grupie „B”).

W kategorii siódmej – *Aktywność partnera*, zawierającej dwa twierdzenia: przewaga aktywności partnera we współżyciu i wzajemna aktywność partnerów we współżyciu, gdzie osoby badane mogły uzyskać od 2.00 do 8.00 pkt., średni wynik otrzymany przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest istotnie wyższy ($p < .005$) od porównywanego z nim średniego wyniku uzyskanego przez osoby pełnosprawne. Osoby niepełnosprawne preferują przede wszystkim wzajemną aktywność partnerów we współżyciu ($t^0 - 5.795$, $p < .000$), w mniejszym zaś stopniu przewagę aktywności partnera ($t^0 - .751$, $p < .453$). Kobiety z tej grupy nieco częściej niż mężczyźni, aczkolwiek różnica jest wysoce nieistotna ($t^0 - .612$, $p > .541$), opowiadają się za aktywnością partnera, co jest swego rodzaju prawidłowością, zważywszy na wyniki uzyskane przez te osoby w poprzedniej kategorii. Prawidłowości takiej nie stwierdza się w grupie porównawczej osób pełnosprawnych, gdzie i w tej kategorii mężczyźni niemal istotnie częściej ($C^0 - 1.841$, $p \sim .068$) niż kobiety preferują aktywność partnera we współżyciu. Dane pomiarowe zbiorowości statystycznych, tak w grupie podstawowej (Me - 7.00, $Q_1 - 6.00$, $Q_3 - 7.00$), jak porównawczej (Me - 6.00, $Q_1 - 5.00$, $Q_3 - 7.00$), są na tyle znaczące, wyjątkowo zgodne, iż pozwalają na stwierdzenie, że badane osoby bardzo lubią zachowania seksualne zaliczane do tej kategorii. Przewaga aktywności partnera we współżyciu wyzwała niekiedy niższą ocenę siebie w roli seksualnej, powodując tym samym pojawienie się negatywnych reakcji, ale czy dlatego osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mając świadomość swoich ograniczeń chciałyby być aktywne we współżyciu?

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono zatem, iż zarówno badane osoby z para- i tetraplegią, jak i badane osoby pełnosprawne są wysoce do siebie podobne pod względem hierarchii ocen poszczególnych zachowań seksualnych od najbardziej przyjemnych do mniej przyjemnych. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lubią przytulanie się, pocałunki twarzy i ust, oglądanie nagości partnera oraz odczuwanie jego podniecenia seksualnego. W tej kategorii bodźców uzyskiwały one najwyższe wyniki. Odpowiada im również pobudzenie sfer erogennych i przewaga aktywności partnera we współżyciu. Pieszczoty oralno-genitalne oraz przewaga własnej aktywności we współżyciu odpowiada im przeciętnie. W najniższym natomiast stopniu preferują zachowania związane bezpośrednio ze stosunkiem seksualnym oraz różnorodność pozycji w stosunkach seksualnych, abstrahując od orgazmu kobiety, bodźca z najwyższą rangą w hierarchii upodobania danego zachowania seksualnego, oraz immisji i uczucia zjednoczenia po immisji – zachowań również z wysokimi rangami. Osoby badane z para- lub tetraplegią nie odrzuciły żadnej kategorii bodźców seksualnych, tzn. nie odpowiedziały, że danego typu bodźce wyraźnie im nie odpowiadają, czyli uogólniając, zachowania seksualne poczynawszy od przytulania się do orgazmu wyzwalają u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozytywne odczucia i doznania przyjemne. Przy czym, w znakomitej większości stopnie preferencji wyszczególnionych bodźców seksualnych w grupie osób niepełnosprawnych są niższe od porównywanych z nimi stopni w grupie osób pełnosprawnych, aczkolwiek nie są one wysokie, oscylują bowiem najczęściej w obszarze jednego poziomu upodobania. I tylko w kategoriach *Stosunek* i *Stosunek – pozycje*,

zróźnicowanie badanych grup jest na tyle znaczące, iż można mówić zarówno o różnicy ilościowej, jak i jakościowej.

3. Poziom przystosowania i satysfakcji seksualnej badanych osób

Analiza wyników, uzyskanych z badań prowadzonych za pomocą Inwentarza Interakcji Seksualnej (IIS), miała na celu określenie poziomu przystosowania i zadowolenia seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgosłupa i pełnosprawnych. Zastosowany tutaj inwentarz stwarza możliwości uzyskania odpowiedzi na tak postawiony problem, bada on bowiem naturę relacji seksualnych zachowań, zarówno w odniesieniu do seksualnego funkcjonowania, jak i seksualnej satysfakcji, poprzez dokonywanie pomiaru przyjemności i zadowolenia w wymiarze (wielkości) częstotliwości zadowolenia, ocenę zachowań seksualnych, samoakceptację, osiągniętą przyjemność, wiedzę o preferencjach partnera oraz akceptację partnera. W rzeczywistości jest to narzędzie do badania par heteroseksualnych. Dla celów niniejszej pracy wykorzystano je w badaniach grupowych. Stąd też nie analizuje się jedenastu skal, jak w wersji oryginalnej, lecz sześć, dla całości oraz w rozbięciu na grupy płci. Wyniki są więc porównywane w konfiguracjach grupowych, z orzekaniem o zaistniałych tam tendencjach. Podstawowym sposobem identyfikacji relacji przyczynowych jest zatem metoda różnicy. W obszarze analizowanego zagadnienia interesujące wydaje się również prześledzenie średnich wyników poszczególnych skal inwentarza (IIS), uzyskanych w badanych grupach – podstawowej i porównawczej – pod względem natężenia ich wartości liczbowych. Trudność jednak sprawia, na przykład w takich skalach, jak: *Częstość dyssatysfakcji*, *Samoakceptacja*, *Dokładność percepcyjna* i *Akceptacja partnera*, sposób określania wyników jako wysokich lub jako niskich oraz przeciętnych. Skale te są bowiem dwubiegunowe, czyli na obydwu biegunach każdej z nich znajdują się przeciwstawne cechy, gdyż J. Lopiccio i J. Steger nie podają żadnego optymalnego układu wyników, do którego można byłoby się odwołać. Chcąc zatem ustalić w sposób empiryczny, jaką wartość poszczególnej skali należy traktować jako wysoką, a jaką jako niską oraz chcąc określić rozkład uzyskanych wskaźników w badanych populacjach, wykorzystano parametry opisowe zbiorowości statystycznych, jak mierniki tendencji centralnej i dyspersji. Opracowano także normy stenowe poprzez przekształcenie wyników w grupie porównawczej na jednostki skali stenowej (Brzeziński, 1980). Taka analiza pozwala na głębsze spojrzenie w obszar otrzymanych wyników i sprawia, iż interpretacja prezentowanego zagadnienia jest wszechstronniejsza, aniżeli poprzez testowe tylko porównanie średnich. Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe dla porównywanych grup osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych oraz wartości testów różnic między nimi przedstawia tabela 4.

Porównanie przebiegu profilów przystosowania i satysfakcji seksualnej grupy podstawowej, składającej się z 89 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z grupą porównawczą 101 osób pełnosprawnych pozwala stwierdzić, że zarówno ogólny poziom przystosowania, jak też sposoby adaptacji i funkcjonowania nie różnią ich. Nie było ani jednej skali z różnicą na poziomie istotności statystycznej. Zróznicowanie grup natomiast stwierdzono w relacjach: kobiety nie-

Tabela 4. Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B” – wynik ogólny

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t'/C'	p
	M	SD	M	SD		
Częstość dyssatisfakcji (<i>Dys</i>)	-17.250	13.161	-20.969	18.554	1.422	.1567
Samoakceptacja (<i>Sak</i>)	-8.056	9.765	-6.725	11.554	-.704	.4821
Suma – ogólna niezgodność (<i>Ogn</i>)	-31.686	28.019	-37.538	25.518	1.265	.2078

pełnosprawne – kobiety pełnosprawne w skali *Częstości dyssatisfakcji*, mężczyźni niepełnosprawni – mężczyźni pełnosprawni w skalach *Częstości dyssatisfakcji*, *Samoakceptacji* i *Ogólnej niezgodności* oraz pomiędzy kobietami i mężczyznami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w skalach: *Samoakceptacji*, *Dokładności percepcyjnej*, *Ogólnej niezgodności* i pomiędzy kobietami i mężczyznami pełnosprawnymi w skalach: *Częstości dyssatisfakcji*, *Samoakceptacji*, *Osiągania przyjemności* i *Dokładności percepcyjnej*. Ukierunkowanie relacji przyczynowych jest tutaj różne, stąd poniższa charakterystyka uzyskanych wyników w poszczególnych skalach inwentarza IIS i ich interpretacja, z uwzględnieniem liczbowych rozkładów.

Skala *Częstości dyssatisfakcji* służy do pomiaru stopnia różnicy, uzyskanej poprzez zsumowanie różnic pomiędzy odpowiedziami typu: „obecnie występuje” i „chciał(a)bym, aby występowała”, na pytanie: „Czy ty i twój partner angażujecie się w zachowanie seksualne, kiedy występuje ta czynność? Jak często chciał(a)byś, aby występowała?”, w obrębie wszystkich 17 czynności, zachowań oznaczających każdy rodzaj kontaktu fizycznego, który może być odbierany jako seksualny. Wysoki wynik, czyli wysoki stopień rozbieżności z ujemnym znakiem różnicy, wskazuje na to, iż badana osoba pozostaje raczej nieusatisfakcjonowana zakresem lub częstotliwością seksualnych zachowań i czynności, w jakie jest zaangażowana. Wynik, który nie jest dodatni, lecz bliski zeru, nieco poniżej tej wartości, świadczy o przejawianej satysfakcji seksualnej. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały w tej skali średnią na poziomie wyników przeciętnych (6 sten), zbliżoną do porównywanej z nią średniej, również na poziomie wyników przeciętnych (6 sten), w grupie osób pełnosprawnych, lecz nieco niższą od niej ($p > .156$), co skłaniałoby do przypuszczenia, że osoby z para- i tetraplegią są częściej usatisfakcjonowane swoim poziomem seksualnym niż osoby pełnosprawne. Jest to jedynie tendencja ogólna, albowiem bardzo duże rozproszenie wyników w obu grupach, w grupie porównawczej zdecydowanie wyższe (przedział 5-6 stena: 33.67 % wyników w grupie „B” i 38.20 % w grupie „A”), przy zbliżonych wartościach mediany [Me(-)15.00 – „A”, Me(-)16.50 – „B”] i odchyłeń ćwiartkowych [$Q_3(-)8.50$ – „A”, $Q_3(-)6.00$ – „B”] nie pozwala na jednoznaczne orzeczenie o przejawianych re-

lacjach. Kwantytatywnie natomiast można stwierdzić, iż kobiety niepełnosprawne wykazują wyższy poziom dysatisfakcji w zakresie i częstotliwości zachowań seksualnych niż kobiety pełnosprawne ($p < .000$), odwrotnie niż mężczyźni niepełnosprawni, bardziej usatysfakcjonowani życiem seksualnym niż mężczyźni pełnosprawni ($p < .003$), przy czym w grupie kobiet i mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego średnie i mierniki pozycyjne są bardzo zbliżone do siebie ($p > .856$), stąd ich poziom dysatisfakcji seksualnej jest niemal identyczny, w przeciwieństwie do grupy porównawczej, gdzie kobiety pełnosprawne są zdecydowanie bardziej usatysfakcjonowane zakresem i częstotliwością zachowań seksualnych niż mężczyźni pełnosprawni ($p < .000$). Z przeprowadzonych porównań w grupach płci między średnimi w odpowiedziach typu: „obecnie występuje” i „chciał(a)bym, aby występowała” wynika, że przyczyną większej dysatisfakcji seksualnej u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest ich wyższy niż u kobiet pełnosprawnych poziom chęci występowania wymienionych czynności seksualnych ($t^0 - 1.810$, $p = .071$), przy zbliżonych wskaźnikach oceny stopnia występowania tych zachowań ($C^0 - .613$, $p > .542$), odwrotnie niż w przypadku mężczyzn, gdzie osoby z para- i tetraplegią w porównaniu z osobami pełnosprawnymi wykazały istotnie wyższy poziom częstotliwości występowania wyszczególnionych zachowań ($t^0 - 5.157$, $p < .000$), przy zbliżonym w obu grupach poziomie oczekiwania występowania tych zachowań ($t^0 - 1.575$, $p > .117$).

Skala *Samoakceptacji* służy do pomiaru poziomu akceptacji swojej osoby w zachowaniach seksualnych, czyli do pomiaru kongruencji pomiędzy „ja” realnym i „ja” idealnym, jako wynik różnicy, uzyskanej poprzez zsumowanie różnic pomiędzy odpowiedzią typu: „dla mnie jest”, na pytanie: „Jak przyjemna jest obecnie ta czynność?”, a odpowiedzią typu: „chciał(a)bym odczuwać ją jako”, na pytanie: „Jak myślisz, jak przyjemna powinna być ta czynność dla ciebie i twojego partnera idealnie?” Jak chciał(a)byś odczuwać tę czynność?”, mających miejsce w obrębie wszystkich 17 zachowań seksualnych. Wysoki wynik, czyli wysoki stopień rozbieżności z ujemnym kierunkiem (znakiem) różnicy, wskazuje na to, że osoba uzyskująca go chciałaby doświadczać większej przyjemności z zaangażowania w zachowania, czynności seksualne. Wynik niski, czyli dodatni wskaźnik rozbieżności, jest oczywiście przeciwieństwem powyższego i świadczy o braku zadowolenia z siebie i o nieprzystosowaniu. Średnie wyniki uzyskane w tej skali przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawne nieznacznie tylko różnią się między sobą, różnica jest nieistotna statystycznie ($p > .482$), ale badani z grupy podstawowej otrzymali średnią nieco wyższą od średniej w grupie porównawczej. Obie one oscylują wokół wyników podwyższonych (7 sten), przy czym w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego obserwuje się wzrost wyników podwyższonych i wysokich kosztem wyników przeciętnych [Me(-)6.00, $Q_1(-)9.00$, $Q_3(-)2.50$, 7-10 sten – 60.37 %], czego nie ma w grupie osób pełnosprawnych [Me(-)4.00, $Q_1(-)8.00$, $Q_3(-)0.00$, 7-10 sten – 37.36 %]. Należy więc przyjąć, że badane osoby z para- i tetraplegią w nieco większym stopniu niż badane osoby pełnosprawne przejawiają chęć doświadczenia większej przyjemności w zachowaniach seksualnych, a tym samym nieco mniej akceptują siebie. W przypadku mężczyzn z uszkodzeniem

Tabela 5. Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) - porównanie grup kobiet z grupami mężczyzn

Nazwa i symbol skali	Grupa kobiet				Grupa mężczyzn				Porównanie	
	„A _k ”		„B _k ”		„A _m ”		„B _m ”		t'/C ^o	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
1. Częstość dyszatsyfikacji (Dys)	-17.842	11.339	-8.193	7.404	-17.187	14.004	-26.880	19.206	2.974	.0035*
2. Samoakceptacja (Sak)	-12.733	11.202	-16.842	16.679	-5.621	7.917	-2.676	4.562	-2.386	.0188*
3. Osiąganie przyjemności (Opriz)	4.792	1.019	4.405	.996	5.123	.815	5.104	.873	.113	.9096
4. Dokładność percepcyjna (Dper)	-7.133	6.289	-7.307	3.855	-2.357	7.666	4.600	8.753	-1.357	.1775
5. Akceptacja partnera (Akcp)	-8.266	9.881	-12.307	18.773	-8.051	7.493	-9.454	6.863	.978	.3302
6. Suma-ogól. niezgodność (Ogm)	-43.714	25.177	-45.192	38.865	-26.083	27.645	-34.476	17.098	1.885	.0623~

Tabela 6. Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) - porównanie kobiet z mężczyznami w grupie podstawowej „A” i porównawczej „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa podstawowa - „A”				Grupa porównawcza - „B”				Porównanie	
	„A _k ”		„A _m ”		„B _k ”		„B _m ”		t'/C ^o	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
1. Częstość dyszatsyfikacji (Dys)	-17.842	11.339	-17.187	14.004	-8.193	7.404	-26.880	19.206	5.228	.0000*
2. Samoakceptacja (Sak)	-12.733	11.202	-5.621	7.917	-16.846	16.679	-2.676	4.562	-6.327	.0000*
3. Osiąganie przyjemności (Opriz)	4.792	1.019	5.123	.815	4.405	.996	5.104	.873	-3.311	.0013*
4. Dokładność percepcyjna (Dper)	-7.133	6.289	2.357	7.666	-7.307	3.855	4.600	8.753	-6.665	.0000*
5. Akceptacja partnera (Akcp)	-8.266	9.881	-8.051	7.493	-12.307	18.773	-9.454	6.863	-1.072	.2862
6. Suma-ogól. niezgodność (Ogm)	-43.714	25.177	-26.083	27.645	-45.192	38.865	-34.476	17.098	-1.834	.0701~

rdzenia kręgowego jest to już nie tyle tendencja, co prawidłowość. Oni bowiem istotnie częściej niż mężczyźni pełnosprawni, deklarują potrzebę doświadczania większej przyjemności ($p < .018$). W grupach kobiet natomiast relacje zależnościowe są odwrotne, aczkolwiek nie na poziomie ufności ($p > .401$). Kobiety również istotnie częściej niż mężczyźni, tak w grupie podstawowej ($p < .012$), jak porównawczej ($p < .000$) wykazują wyższy stopień rozbieżności pomiędzy odczuwaniem, a chęcią odczuwania przyjemności w zachowaniach seksualnych. Z dokonanych zaś porównań w grupach płci między średnimi w odpowiedziach typu: „dla mnie jest” i „chciał(a)bym odczuwać ją jako” wynika, że przyczyną obniżonej samoakceptacji badanych kobiet jest ich niski stopień „ja” realnego, zdecydowanie niższy niż w grupie mężczyzn, przy zbliżonych poziomach „ja” idealnego, chociaż nie niższy niż w grupie mężczyzn niepełnosprawnych. W tym ostatnim bowiem wymiarze mężczyźni z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskali średnią istotnie wyższą od porównywanej z nią w grupie mężczyzn pełnosprawnych ($t^0 - 2.193$, $p < .030$), przy niemal identycznych średnich w „ja” realnym ($t^0 - .057$, $p < .954$).

Skala *Osiągania przyjemności*, czy też średniej przyjemności, jest po prostu średnią z odpowiedzi typu: „dla mnie jest”, na pytanie: „Jak przyjemna jest obecnie ta czynność?”, w obrębie wszystkich 17 zachowań seksualnych. W ten sposób dostarcza ona globalnego pomiaru tego jak dużo przyjemności czerpie dana osoba z aktywności seksualnej. Pomiar ten porównuje się z pomiarem uzyskanym w grupie odniesienia, w tym wypadku w grupie osób pełnosprawnych, ale tej samej płci. Zarówno w grupach kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych, jak i grupach mężczyzn z para- lub tetraplegią i pełnosprawnych średnie przyjemności znajdują się w wąskich przedziałach wyników podwyższonych i wysokich (Me-5.117-5.294, przy $Q_1 - 4.294 - 4.705$ i $Q_3 - 5.706 - 5.764$), stąd i stopień ich zróżnicowania jest niewielki, nieistotny statystycznie (kobiety – $p > .241$, mężczyźni – $p > .909$). Kobiety niepełnosprawne wykazują dużo więcej przyjemności niż kobiety pełnosprawne w takich czynnościach seksualnych, jak pieszczenie przez mężczyznę piersi kobiety rękoma ($t^0 - 1.982$, $p \sim .0552$) i pieszczenie przez mężczyznę piersi kobiety ustami ($t^0 - 2.732$, $p < .008$), przy pozostałych czynnościach na zbliżonym poziomie przyjemności. Natomiast mężczyźni niepełnosprawni istotnie częściej niż mężczyźni pełnosprawni czerpią przyjemności z takich czynności, jak: oglądanie nagiej kobiety ($t^0 - 2.124$, $p < .035$), pieszczenie ciała kobiety ($t^0 - 2.940$, $p < .003$), pieszczenie piersi kobiety ustami ($C^0 - 1.747$, $p \sim .083$) i pieszczenie narządów płciowych kobiety rękoma aż osiągnięciu orgazmu ($C^0 - 1.913$, $p \sim .058$), oraz istotnie rzadziej w zachowaniach typu: kobieta pieści genitalia mężczyzny aż do wytrysku ($t^0 - 1.833$, $p \sim .069$), kobieta pieści genitalia mężczyzny ustami ($t^0 - 1.742$, $p \sim .084$), kobieta pieści genitalia mężczyzny ustami aż do wytrysku ($C^0 - 1.689$, $p \sim .093$), mężczyzna z kobietą mają stosunek ($t^0 - 2.127$, $p < .035$) i mężczyzna z kobietą mają stosunek, w którym oboje przeżywają orgazm ($t^0 - 2.499$, $p < .013$). Mężczyźni także, w porównywaniu do kobiet, tak z grupy podstawowej, jak porównawczej czerpią więcej niż one przyjemności z zachowań seksualnych, przy czym różnica między średnimi *Osiągania przyjemności* w grupie osób z uszko-

dzeniem rdzenia kręgowego nie jest istotna statystycznie ($p > .212$), a w grupie osób pełnosprawnych istotna ($p < .001$).

Skala *Dokładności percepcyjnej* określa, z jaką dokładnością każda osoba badana wie, jakie formy aktywności seksualnej są przyjemne dla jej(go) seksualnego partnera(ki). Ponownie są to wyniki uzyskane przez zsumowanie 17 różnic w odpowiedziach typu: „dla mnie jest” i „sądzę, że dla mojej(go) partnerki(a) jest”, na pytanie: „Jak przyjemna jest obecnie ta czynność? Jak sądzisz, jak przyjemna jest ona dla twojej(go) partnerki(a)?” Ścisłej rzecz ujmując, w skali tej, na przykład odpowiedzi kobiet dotyczące kobiecej percepcji własnej przyjemności są porównywane z odpowiedziami mężczyzn dotyczącymi męskiej percepcji przyjemności kobiety. Oczywiście, wysokie wyniki w tej skali, zarówno ze znakiem ujemnym, jak dodatnim, wykazują partnerzy seksualni nie komunikujący się efektywnie między sobą; prawdopodobnie są oni wzajemnie nieusatisfakcjonowani jako partnerzy seksualni. Tutaj dokonano znacznego uproszczenia proceduralnego, osoby badane, orzekając o percepcji własnej przyjemności i przyjemności partnerów, nie miały możliwości skonfrontowania tego z percepcją swoich rzeczywistych partnerów, porównania dotyczyły bowiem jedynie grup osób badanych, w obrębie zmiennej płci i porównywanych populacji. Nie stwierdzono różnic w percepcji własnej przyjemności i przyjemności partnerów pomiędzy kobietami niepełnosprawnymi i pełnosprawnymi ($p > .912$) oraz mężczyznami niepełnosprawnymi i pełnosprawnymi ($p > .177$). Różnice natomiast występują pomiędzy kobietami i mężczyznami, tak w grupie podstawowej ($p < .000$), jak porównawczej ($p < .000$). Kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawne istotnie częściej niż mężczyźni z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawni orzekały większą percepcję przyjemności swoich partnerów w zachowaniach seksualnych aniżeli własną w tych czynnościach. I odwrotnie, przy czym średnie oscylowały wokół wyników przeciętnych, nie wykazując tym samym – w nieco większym stopniu dotyczyło to badanych kobiet w obu grupach – jednoznacznych symptomów braku zadowolenia z siebie jako partnerów seksualnych.

Skala *Akceptacji partnera* to wynik różnicy uzyskanej z zsumowania 17 różnic między odpowiedzią typu: „sądzę, że dla mojej(go) partnerki(a) jest”, na pytanie: „Jak przyjemna jest obecnie ta czynność? Jak sądzisz, jak przyjemna jest ona dla twojej(go) partnerki(a)?”, a odpowiedzią typu: „Chciał(a)bym, aby mój(oja) partner(ka) odczuwał(a) ją jako”, na pytanie: „Jak myślisz, jak przyjemna powinna być ta czynność dla ciebie i twojego partnera idealnie? Jak chciał(a)byś, aby odczuwał(a) ją twój(oja) partner(ka)?” Wyniki wysokie w tym przypadku wskazują, że osoba widzi swojego partnera seksualnego jako nie reagującego, zachowującego się biernie lub nie czerpiącego zbyt dużo przyjemności z aktywności seksualnej. Innymi słowy, skala ta określa kongruencję na linii partner „realny” – partner „idealny”. Skala *Akceptacji partnera* musi być interpretowana konfiguracyjnie ze skalą *Dokładności percepcyjnej*. Bycie nieusatisfakcjonowanym zauważoną czułością czy też reaktywnością partnera oznacza co innego, jeśli ta percepcja jest dokładna, i co innego, jeśli percepcja ta jest niedokładna. Osoby badane z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały tutaj średnie nieznacznie różniące się od średnich otrzymanych w grupie osób pełno-

sprawnych. W każdym przypadku, czy to w odniesieniu do relacji kobiety – mężczyźni z para- i tetraplegią ($p > .931$), kobiety – mężczyźni pełnosprawni ($p > .286$), czy też kobiety niepełnosprawne – kobiety pełnosprawne ($p > .445$) oraz mężczyźni niepełnosprawni – mężczyźni pełnosprawni ($p > .330$), średnie koncentrowały się w granicach wyników przeciętnych, z tendencją podwyższenia ich, czyli większej liczby wyników podwyższonych i wysokich, w grupach kobiet. Potwierdzałyby to ustalenia ze skali *Dokładności percepcyjnej*, iż kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są w większym stopniu niż mężczyźni o tym samym schorzeniu nieustatysfakcjonowane reaktywnością partnera. Odczuwają przyjemność partnera w zachowaniach seksualnych o wiele bardziej niż własną, nie na tyle jednak wysoką, aby nie stwierdzać u nich niedostatku w czerpaniu przyjemności z aktywności seksualnej.

Skala *Sumy* czy też *Ogólnej niezgodności* (Lew-Starowicz, 1985) jest kategorią sumującą, otrzymywaną przez zsumowanie wszystkich 17 wyników surowych różnic na innych skalach, z wyjątkiem odpowiedzi typu: „chciał(a)bym odczuwać ją jako”, i „chciał(a)bym, aby mój(oja) partner(ka) odczuwał(a) ją jako” na pytanie: „Jak myślisz, jak przyjemna powinna być ta czynność dla ciebie i twojego partnera idealnie? Jak chciał(a)byś odczuwać tę czynność? Jak chciał(a)byś, aby odczuwał(a) ją twój(oja) partner(ka)?”, które są wynikami średnimi, a nie wynikami różnic. Służy ona do pomiaru sumy dysharmonii lub niezgodności i dyszatisfakcji w badanych relacjach seksualnych. Osoby z para- lub tetraplegią uzyskały w tej skali średnią na poziomie wyników przeciętnych (5 sten), zbliżoną do porównywanej z nią średniej, również na poziomie wyników przeciętnych (6 sten), w grupie osób pełnosprawnych, lecz nieco niższą od niej, wartość testu $p > .207$, co skłaniałoby do przypuszczenia, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazują mniejszą dysharmonię w badanych relacjach seksualnych niż osoby pełnosprawne. Ta niezgodność dotyczy bardziej kobiet niż mężczyzn, tak w grupie podstawowej ($p < .043$), jak porównawczej ($p = .070$), oraz mężczyzn pełnosprawnych niż mężczyzn z para- i tetraplegią ($p = .062$). W grupie osób pełnosprawnych obserwuje się wzrost wyników podwyższonych i wysokich kosztem wyników przeciętnych, na co wskazują wartości: $Me(-)32.00$, $Q_1(-)48.00$, $Q_3(-)23.00$ i przedział 7-10 stena – 32.96 %, czego nie ma w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, o czym mówią miary: $Me(-)25.00$, $Q_1(-)39.00$, $Q_3(-)13.00$ i przedział 7-10 stena – 21.56 %. Znaczne jednak rozproszenie wyników (odchylenie standardowe, odchylenie ćwiartkowe, obszar zmienności etc.) we wszystkich porównywanych grupach, a w szczególności w grupie kobiet pełnosprawnych ($SD=38.86$) i mężczyzn z para- i tetraplegią ($SD=27.64$), nakazuje ostrożność w formułowaniu nazbyt pewnie brzmiących wniosków oraz ich pozostawienie tak jak uczyniono, na etapie przypuszczeń lub sugestii.

Zaprezentowane analizy współzależności, ich konfiguracje w zakresie określonych grup osób badanych oraz interpretacje otrzymanych wyników w układach relacyjnych wskazują na zbieżność cząstkowych ocen cech zachowania, za pomocą których osoby te osiągają właściwy sobie, specyficzny typ przystosowania seksualnego. Różnice są niewielkie, jednak w niektórych obszarach analiz na tyle charakterystyczne, że można o nich wnioskować na podstawie tendencji

zachowań. Można zatem przyjąć, że osoby z para- i tetraplegią wykazują nieco mniejszą niż osoby pełnosprawne dysharmonię w badanych relacjach seksualnych i są nieco częściej usatysfakcjonowane ze swojego funkcjonowania seksualnego. Również w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają chęć doświadczania większej przyjemności w zachowaniach seksualnych, chociaż w tym przypadku, poprzez znaczną rozbieżność pomiędzy odczuwaniem, a chęcią odczuwania przyjemności w zachowaniach seksualnych, przejawiają niższy poziom samoakceptacji. Ten brak zgodności psychologicznej w profilu dotyczy bardziej kobiet niż mężczyzn. Z jednej bowiem strony kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazują wyższy poziom dysatisfakcji w zakresie i częstotliwości zachowań seksualnych niż kobiety pełnosprawne, odwrotnie niż mężczyźni z para- i tetraplegią, bardziej usatysfakcjonowani z pożycia seksualnego niż mężczyźni pełnosprawni, z drugiej zaś wykazują mniejszą niż mężczyźni dysharmonię w badanych relacjach seksualnych, ale również niższy stopień akceptacji siebie. Kobiety także czerpią mniej niż mężczyźni przyjemności z zachowań seksualnych, orzekając jednocześnie większą percepcję przyjemności swoich partnerów w zachowaniach seksualnych aniżeli własną, nie na tyle jednak wysoką, by nie stwierdzać u nich niedostatków w czerpaniu przyjemności z aktywności seksualnej, czyli bycia nieusatysfakcjonowanymi reaktywnością partnera.

ROZDZIAŁ V

FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE OSÓB BADANYCH – ANALIZA PORÓWNAWCZA

1. Ogólny stopień przystosowania osobistego i społecznego osób badanych

Rozpatrywanie zjawiska przystosowania z punktu widzenia zmian zachodzących w psychice człowieka w związku z jego życiem społecznym i koncentrowanie się wyłącznie na efektach tych zmian lub też wnikanie w wewnętrzne mechanizmy regulacji zachowania i mówienie o przystosowaniu w kontekście zmian psychiki czy osobowości, jakkolwiek wiodące w obszarze naukowych eksploracji, nie wyczerpuje jednak istoty zagadnienia, zwłaszcza w odniesieniu do problematyki funkcjonowania psychicznego i społecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Olszak, Kirenko, 1997), z jej wielopoziomowością i wieloaspektowością podejść, w wielorakich konfiguracjach i układach relacyjnych. Ta mnogość interpretacyjnych ujęć, a przede wszystkim wielość różnorodnych kryteriów oceny tegoż funkcjonowania sprawia, iż niesłychanie trudno jest zanalizować w sposób kompleksowy proces przystosowania tych osób, a w szczególności stworzyć jednakowe miary jego oceny. Większość bowiem metod i technik, za pomocą których określa się przystosowanie osób badanych, nie tylko niepełnosprawnych, opiera się, jak twierdzi M. Kościelska (1984), na zasadzie rejestru form zachowania, które poszczególni autorzy w sposób arbitralny i statyczny przyjmują za społecznie pożądane, a tym samym służące identyfikacji osób posiadających cechy zbliżone do wzorca funkcjonowania, przyjętego w praktyce obiegowej i psychologicznej. Stąd oceny przystosowania osobistego i społecznego, jakkolwiek dokonywane na podstawie wielu różnych zmiennych psychologicznych, najczęściej jednak koncentrują się nad sposobami osiągania przystosowania oraz nad zmiennymi osobowościowymi, które te sposoby determinują (Polakowski, 1979; por. Kirenko, 1992).

Przyjęte za podstawowe w niniejszej pracy ujęcie przystosowania, zaproponowane przez R. Lazarusa (1963; por. Popielski, 1975) jako zespół strategii, za pomocą których człowiek kieruje własnymi wymaganiami, sprawia, iż takie procesy, jak: ocena potencjalnie szkodliwej sytuacji, koncentrowanie się na możliwym zagrożeniu, opanowanie sytuacji lub wyciągnięcie z niej korzyści, zahamowanie działania, poszukiwanie informacji czy też zmiany w systemie po-

znawczym, są jednocześnie, w mniejszym lub większym stopniu, dziedzinami Kwestionariusza Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (WCQ), który to kwestionariusz został tu zastosowany.

Problem tego wycinka pracy zawiera się w pytaniu: *Jak przedstawia się przystosowanie psychospołeczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?* Podstawowymi wymiarami oceny tego przystosowania są zatem kategorie Kwestionariusza Radzenia Sobie z Problemami (WCQ) S. Folkmana i R. Lazarusa, uzupełnione – dołączonymi dodatkowo – wymiarami Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego (PACI) F. Shontza i S. Finka oraz Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ-SCIP) E. Bodenhamera, J. Achtenberg-Lawlis, C. Kevorkiana, A. Belanus i C. Cofer. Przy czym układem odniesienia dla wyników uzyskanych za pomocą WCQ przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego były wyniki otrzymane przez osoby pełnosprawne, wchodzące w skład intencjonalnie dobranej grupy porównawczej. Zróznicowanie wyników pomiędzy tymi grupami osób zbadano testami t^0 dla par niezależnych lub C^0 , co przedstawia tabela 7. Opracowano również normy stenowe, poprzez przekształcenie wyników surowych w grupie odniesienia na jednostki skali stenowej (Brzeziński, 1980), co było nieodzowne

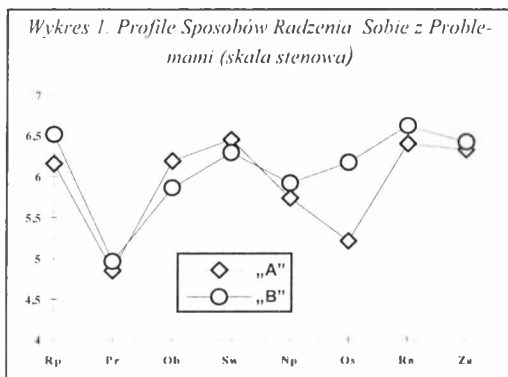
Tabela 7. Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (WCQ) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t^0/C^0	p
	M	SD	M	SD		
1. Rozwiązywanie problemów (Rp)	16.448	5.391	17.227	4.865	-1.041	.2989
2. Pragnienia (Pg)	8.402	3.667	8.871	2.837	-.987	.3248
3. Obiektywność (Ob)	8.114	3.196	7.861	3.143	.547	.5849
4. Szukanie społecznego wsparcia (Sw)	10.034	3.156	9.920	3.402	.236	.8135
5. Nastawienie pozytywne (Np)	5.310	2.349	5.831	2.000	-1.643	.1019
6. Obwinianie siebie (Os)	4.494	1.777	5.316	1.984	-2.972	.0033*
7. Redukowanie napięcia (Rn)	2.528	2.033	2.742	2.552	-.628	.5305
8. Zamknięcie w sobie (Za)	3.851	1.851	3.724	1.661	.493	.6226

ze względu na dwubiegunowość skal oraz brak „modelowego” układu wyników, do którego można by się odwołać przy interpretacji danych, jakie na przykład składają się na przystosowanie optymalne bądź też dobre lub bardzo dobre i złe (Kirenko, 1991). W przypadku kwestionariusza PACI układem odniesienia były wyniki otrzymane od opiekunów badanych osób z para- i tetraplegią, stąd i analizę ich oparto na wartościach testu t^0 dla par zależnych, przedstawionych w tabeli 8, oraz normach stenowych, gdzie próbkę walidacyjną stanowiły osoby opiekujące się badanymi z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Natomiast wyniki uzyskane w kwestionariuszu PQ-SCIP, wyłącznie przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, poddano ocenie sędziów kompetentnych oraz, co dotyczy również wyników z poprzednich kwestionariuszy, analizie opisowej danych pomiarowych zbiorowości statystycznej, jak miary przeciętne, dyspersji i asymetrii.

Z uzyskanych danych liczbowych prezentowanych na wykresie 1 i w tabeli 7 wynika, że badane profile sposobów radzenia sobie z problemami, sporządzo-

ne dla grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i grupy osób pełnosprawnych, nie wykazują znaczącego zróżnicowania między sobą. Jedyne w skali *Obwiniania siebie* średnia otrzymana w grupie podstawowej była istotnie mniejsza ($p < .003$) od analogicznej, uzyskanej w grupie porównawczej. We wszystkich pozostałych skalach różnice były wybitnie losowe i losowe. Osiągnięty tutaj jednocześnie kierunek różnic, co do liczby dodatnich i ujemnych wartości testu t^0 lub C^0 , jest wyraźnie określony w stronę osób pełnosprawnych. W pięciu



skalach średnie arytmetyczne z grupy porównawczej są większe od średnich z grupy podstawowej. Wszystkie wyniki przeliczone WCQ na skalę stenową, osiągnięte przez osoby pełnosprawne, mieszczą się w przedziale od 4.95 stena do 6.62 stena, ze średnią 6.08 stena, czyli znajdującą się w górnych rejonach wyników przeciętnych. W grupie podstawowej najniższy wynik przeliczony wynosi 4.85 stena, najwyższy zaś 6.45 stena.

Średnia ze wszystkich skal w tej grupie równa się 5.92 stena, wskazując tym samym na usytuowanie jej również w granicach wyników przeciętnych. Tylko w skali *Pragnienia*, zarówno osoby z para- i tetraplegią, jak pełnosprawne uzyskały średnie wyniki przeliczone poniżej 5 stena, czyli na poziomie wyników niskich, aczkolwiek w górnych ich rejonach. Czy zatem można stwierdzić, że funkcjonowanie psychiczne i społeczne osób niepełnosprawnych jest na poziomie takim samym lub zbliżonym do reprezentowanego przez osoby pełnosprawne? Zapewne tak, chociaż o zawartości treściowej porównywanych profili można będzie mówić dopiero na podstawie pogłębionej analizy uzyskanego materiału badawczego, chociażby na podstawie parametrów opisowych zbiorowości statystycznej, innymi słowy – charakterystyki wszystkich skal kwestionariusza i interpretacji ich rozkładów.

Skala *Rozwiązywania problemów* nie różnicuje badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych ($p > .298$). Średnia w grupie podstawowej jest mniejsza od mediany (Me-17.00), odwrotnie niż w grupie porównawczej (Me-16.00), przy czym obie te wartości mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 6 stena. Zarówno dolny, jak i górny kwartył w grupie podstawowej (Q_1 -13.00 i Q_3 -20.50) jest mniejszy od porównywanych z nimi ćwiartek w grupie porównawczej (Q_1 -14.00 i Q_3 -20.00), co wyraża się w tym, iż odsetki osób badanych z obu grup, uzyskujące wyniki przeciętne, najwyższe ze wszystkich, są bardzo zbliżone do siebie („A” – 67.81 %, „B” – 71.28 %), ale już w granicach wyników wysokich odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (6.89 %) jest zdecydowanie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (16.83 %), a w obszarze wyników niskich zdecydowanie większy („A” – 24.13 %, „B” – 11.88 %). Sądzić zatem należy, że osoby z para- i tetraplegią w nieco mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają

umiejętności bezpośredniego radzenia sobie z trudnościami. Wyrażać się to może w częstszym reagowaniu emocjonalnym, według tzw. pierwszego odczucia, czyli bez dostatecznego zanalizowania problemu, stworzenia planu działania i adekwatnego do tego postępowania. Co prawda, w większym stopniu niż osoby pełnosprawne, podejmują wysiłki i walczą o to, czego pragną, ale też i w mniejszym stopniu korzystają przy tym ze swoich doświadczeń. Trudniej im też w trakcie rozwiązywania problemów wnikać w nie z punktu widzenia innych osób, często bowiem kierują się uczuciami, niekiedy wpływając w ten sposób na bieg sprawy.

Wyniki wysokie w skali *Pragnienia* wskazują, iż osoby uzyskujące je starają się uciekać od rzeczywistości, angażują się w świat marzeń i fantazjowanie. Ich postawę charakteryzuje pasywność i czekanie na cud, a nie konkretne działanie lub szukanie i znajdowanie nowych rozwiązań. Wyniki niskie są przeciwieństwem wysokich. Osoby z para- i tetraplegią nie różnią się w tym wymiarze WCQ od osób pełnosprawnych ($p > .324$). Obie średnie, w grupie podstawowej większa od mediany ($Me-8.00$), w grupie porównawczej mniejsza ($Me-9.00$), znajdują się w przedziale 4 stena, czyli wyników niskich, aczkolwiek w górnych jego rejonach. Większa jednak wartość górnego kwartyla w grupie osób niepełnosprawnych ($Q_1-11.00$, $Q_1-10.00$ – „B”) oraz mniejsza dolnego ($Q_3-6.00$, $Q_3-7.00$ – „B”) sprawia, iż odsetek badanych w tej grupie uzyskujących wyniki niskie – 50.56 %, jest zdecydowanie większy od odsetka badanych w grupie porównawczej – 30.69 %, mniejszy w wynikach wysokich: 37.07 % w grupie „A” i 44.45 % w grupie „B” oraz znacznie mniejszy w wynikach przeciętnych (10.11 % – „A”, 24.76 % – „B”). Można więc przyjąć, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, uzyskując ogólnie wyniki poniżej przeciętnych, niższe od osiągniętych przez osoby z grupy odniesienia, potwierdziły tym samym wcześniejsze ustalenia dotyczące ich nieco większej niż osób pełnosprawnych determinacji, zaangażowania w podejmowanie działań, zmierzających do rozwiązywania problemów, przed którymi stają.

W skali *Obiektywność* osoby badane mogły uzyskać maksymalnie 18.00 pkt., co wskazywałoby na ich skrajne dystansowanie się od napotkanych problemów. Różnica pomiędzy osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnymi jest nieistotna, wybitnie losowa ($p > .584$), chociaż średnia w grupie podstawowej, nieznacznie większa od mediany ($Me-8.00$), znajduje się na poziomie 6 stena, przy średniej w grupie porównawczej, mniejszej od mediany ($Me-8.00$), usytuowanej na poziomie 5 stena. Górne ćwiartki są identyczne w obu grupach ($Q_3-11.00$), ale dolne już nie ($Q_1-6.00$ – „A”, $Q_1-5.00$ – „B”), przez co odsetki osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (39.08 %) i przeciętnymi (40.22 %) są większe niż porównywane z nimi osób pełnosprawnych, odpowiednio: 34.65 % i 38.61 %. A zatem, badani z obu grup wykazują zdroworozsądkowe podejście do rozwiązywania napotkanych problemów, przy czym osoby z para- i tetraplegią w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przypisują swoim ewentualnym niepowodzeniom przyczyny irracjonalne (fatum, pech, zły los etc.).

Szukanie wsparcia społecznego to skala, w której osoby badane, uzyskujące wyniki wysokie, charakteryzowane są jako poszukujące oparcia u innych osób,

kontaktów i rozmów z nimi, niekiedy ich rad oraz akceptacji. Średnia arytmetyczna w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest nieznacznie większa ($p > .813$) od średniej w grupie osób pełnosprawnych, przy czym obie one znajdują się w wąskim przedziale 6 stena, czyli wyników przeciętnych. Identyczne jednak wartości dolnego i górnego kwartyla w obu grupach ($Q_1-8.00$, $Q_3-12.00$), przy zróżnicowanych medianach (Me-10.00 – „A”, Me-9.00 – „B”), w obu przypadkach wyższych od średnich, sprawiają, że odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi – 51.68 %, jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych – 35.64 % oraz zdecydowanie mniejszy w wynikach wysokich, gdzie odpowiednio 26.96 % osób w grupie podstawowej i 40.59 % osób w grupie porównawczej uzyskało wyniki na tym poziomie. Wyniki niskie były udziałem 19.10 % osób niepełnosprawnych i 23.76 % osób pełnosprawnych. Stwierdzić więc należy, że potrzeba wsparcia społecznego wśród osób badanych jest znacząca, ale niezbyt wysoka, co w większym stopniu odnosi się do osób z para- i tetraplegią niż pełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne nieco częściej również niż osoby pełnosprawne szukają wsparcia w modlitwie, nierzadko bardziej niż w kontaktach z innymi ludźmi.

Osoby badane, uzyskujące wysokie wyniki w skali *Nastawienia pozytywnego*, odznaczają się, jak sama nazwa wskazuje, pozytywnym stosunkiem do życia, są pełne nadziei i optymizmu, starają się wszędzie widzieć „jaśniejszą stronę sprawy”. Średnia arytmetyczna w grupie podstawowej, większa od mediany (Me-5.00), nie różni się na poziomie istotności statystycznej ($p > .101$) od średniej w grupie odniesienia, mniejszej od mediany (Me-6.00). Przy czym obie średnie sytuują się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 5 stena, co przy równowartości dolnych i górnych ćwiartek w obu grupach ($Q_1-4.00$, $Q_3-7.00$) sprawia, że niemal identyczne są odsetki osób uzyskujących wyniki przeciętne („A” – 53.93 %, „B” – 54.45 %), a znaczniejsze zróżnicowanie wyników ma miejsce w obszarze wyników wysokich („A” – 24.71 %, „B” – 38.61 %) i niskich („A” – 19.54 %, „B” – 6.93 %). Tym samym osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przejawiają nieco mniejsze niż osoby pełnosprawne pozytywne podejście do ujawniających się problemów, wymagających rozwiązania.

Celem skali *Obwiniania siebie* jest nie tyle ustalenie poziomu poczucia winy – wprost – u osób badanych, co raczej określenie stopnia ich skłonności do brania winy na siebie, karania siebie, czy też przesadnej samokrytyki w tych sytuacjach, które sprawiają im najwięcej trudności i z którymi nie mogą sobie szybko poradzić. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały tutaj średni wynik przeliczony na poziomie 5 stena, w dolnym jego rejonie, i był on niższy od średniego wyniku przeliczonego otrzymanego przez osoby pełnosprawne, bo na poziomie 6 stena, jakkolwiek oba one mieszczą się w szerokim przedziale wyników przeciętnych. Różnica między średnimi arytmetycznymi jest wysoce istotna statystycznie ($p < .003$), co wskazywałoby na przejawianą przez osoby z grupy podstawowej tendencję ku wynikom niskim, czyli niskiemu poziomowi przypisywania sobie winy. Wniosku tego, jako rozstrzygającego, nie potwierdzają uzyskane parametry opisowe zbiorowości statystycznej, gdzie identyczne wartości dolnego kwartyla w obu grupach ($Q_1-3.00$), przy zróżnicowanych me-

dianach (Me-4.00 – „A”, Me-5.00 – „B”) i dolnych kwartylach (Q_3 -6.00 – „A”, Q_3 -7.00 – „B”), sprawiają, że odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi – 51.68 %, jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych – 39.60 % oraz zdecydowanie mniejszy w wynikach wysokich, odpowiednio: 13.48 % w grupie podstawowej i 35.64 % w grupie porównawczej. Odsetki osób z wynikami niskimi były zbliżone (28.08 % – „A”, 24.75 % – „B”), a zatem to nie osoby z para- i tetraplegią uzyskały tutaj wyniki niskie, co raczej osoby pełnosprawne wysokie kosztem wyników przeciętnych. Ujawniają one u nich większe niż u osób niepełnosprawnych nasilenie poczucia winy, samokrytycyzmu w trakcie rozwiązywania problemów.

Potwierdzeniem tych wyników, w pewnym zakresie, są dane ze skali *Redukowania napięcia*, służącej do identyfikacji osób potrafiących obniżyć swe napięcie emocjonalne, nie tylko w wyniku otrzymania profesjonalnej pomocy, ale niekiedy również poprzez uprawianie ćwiczeń fizycznych, organizowanie wyjazdów wypoczynkowych czy też, w skrajnej już postaci, przez nadmierne jedzenie, picie i palenie oraz zażywanie leków lub narkotyków. Zarówno osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i pełnosprawne, uzyskały średnie arytmetyczne na poziomie wyników przeciętnych, w wąskim przedziale 6 stena, nie różniące się między sobą ($p > .530$). Przy czym osoby niepełnosprawne nieco rzadziej, jakkolwiek koncentracja jednostek wokół średnich jest niska w porównywanych grupach, opowiadały się za skrajnymi wariantami odpowiedzi [Ku(-).827 – „A”, Ku(-).1.234 – „B”]. Odsetek osób w grupie podstawowej z wynikami przeciętnymi (50.57 %) jest zdecydowanie większy od analogicznego odsetka osób w grupie porównawczej (32.76 %) oraz zdecydowanie mniejszy w wynikach wysokich (28.73 % – „A”, 40.59 % – „B”) i mniejszy w wynikach niskich (22.68 % – „A”, 26.73 % – „B”). Stąd, analogicznie do poprzedniej skali, osoby z para- i tetraplegią cechuje przeciętny poziom redukcji napięcia w sytuacjach problemowych. Nieco rzadziej niż osoby pełnosprawne próbując poprawić sobie samopoczucie popadają one w skrajności, co w tym przypadku może oznaczać, z jednej strony, zdanie się ich na profesjonalną pomoc, z drugiej zaś – korzystanie z używek.

Wyniki wysokie w skali *Zamknięcia w sobie* oznaczają, że osoby uzyskujące je tłumią w sobie uczucia, nie okazują ich nikomu, są skryte, zamknięte w sobie, izolują się od środowiska. Wyniki niskie świadczą o przejawianiu cech przeciwstawnych. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie różnią się tutaj od osób pełnosprawnych ($p > .622$). Obie średnie, w grupie podstawowej mniejsza od mediany (Me-4.00), w grupie porównawczej większa (Me-3.00), znajdują się w wąskim przedziale 6 stena, czyli wyników przeciętnych. Większa jednak wartość dolnej ćwiartki w grupie podstawowej (Q_1 -3.00 – „A”, Q_1 -2.00 – „B”) oraz mniejsza górnej (Q_3 -5.00 – „A”, Q_3 -6.00 – „B”) sprawia, iż odsetki osób badanych w obu grupach z wynikami niskimi są niemal identyczne (25.28 % – „A”, 24.27 % – „B”), natomiast w przedziale wyników przeciętnych odsetek osób niepełnosprawnych (44.82 %) jest większy od odsetka osób pełnosprawnych z takimi wynikami (40.59 %) oraz nieco mniejszy w obszarze wyników wysokich (31.46 % – „A”, 34.65 % – „B”). Wskazuje to jednoznacznie na przejawianą przez osoby z para- i tetraplegią tendencję do zamykania się w sobie.

Uzyskane tu wyniki pozwalają stwierdzić w sposób uogólniony, że poziomy przystosowania osobistego i społecznego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych są bardzo zbliżone do siebie i najczęściej oscylują w granicach wyników przeciętnych. Ustalono również, w wyniku szczegółowych analiz, iż osoby z para- i tetraplegią w porównaniu do osób pełnosprawnych w mniejszym stopniu korzystają z metod radzenia sobie z problemami opisanymi w kwestionariuszu WCQ. Nie są to różnice istotne statystycznie, raczej tendencje, wynikające z rozkładów zmiennych, preferencji o charakterze jakościowym, umożliwiające scharakteryzowanie tych osób, oczywiście jedynie w relacji do próbki walidacyjnej, jako nieco bardziej emocjonalne, kierujące się uczuciami, częściej wykazujące cechy myślenia irracjonalnego, mniej optymistyczne, z mniejszym również nasileniem poczucia winy, tudzież samokrytycy-

Tabela 8. Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego (PACI) – porównanie grupy (podstawowej „A”) osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego „A_n” z grupą opiekunów tych osób „A_o”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A _n ”		„A _o ”		t ²	p
	M	SD	M	SD		
1. Kooperatywność	1.955	.298	1.943	.380	.275	.7832
2. Zrozumienie choroby	1.988	.319	1.876	.447	1.993	.0492*
3. Poziom aktywności	2.011	.412	2.000	.500	.228	.8200
4. Ocena własnych zdolności	2.168	.482	2.168	.568	-.000	.9999
I. Motywacja (Mo)	8.123	.836	7.988	.910	1.255	.2127
5. Dominacja	1.977	.499	1.966	.438	.256	.7979
6. Akceptacja przez rodzinę	1.876	.495	1.943	.380	-1.347	.1811
7. Uzależnienie od innych	2.044	.423	2.011	.464	.830	.4084
8. Stosunek uczuciowy	1.977	.543	2.011	.511	-.652	.5157
II. Przystosowanie społeczne (PS)	7.865	1.179	7.932	1.084	-6.374	.5254
9. Akceptacja kalectwa	2.033	.317	2.022	.368	.331	.7409
10. Emocjonalność	2.089	.468	2.033	.487	.927	.3560
11. Intelktualna organizacja	1.752	.678	1.550	.639	2.750	.0072*
12. Reakcje na frustracje	2.089	.468	2.112	.552	-.406	.6854
III. Przystosowanie osobiste (PO)	7.966	1.038	7.730	1.268	1.990	.0496*

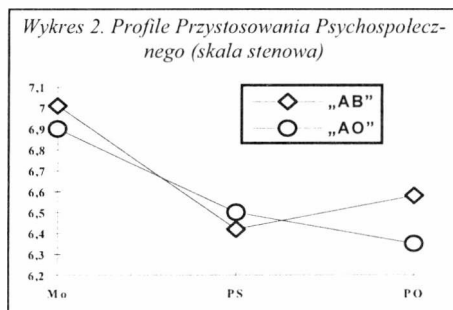
zmu. W nieco większym stopniu są zdeterminowane w działaniach zmierzających do rozwiązywania problemów. Wysiłki te nie zawsze jednak idą w parze z umiejętnościami bezpośredniego radzenia sobie, co sprawia, że nieco częściej niż osoby pełnosprawne szukają wsparcia społecznego. Jeśli go nie otrzymują, to o tyle częściej zamykają się w sobie, o ile rzadziej próbują poprawiać swoje samopoczucie zdając się na profesjonalną pomoc lub korzystając z używek.

Poczyniona tu próba określenia poziomu przystosowania osobistego i społecznego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wymagała uzyskania dodatkowych informacji, co było możliwe dzięki zastosowaniu Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego (PACI). Analiza danych, uzyskanych za pomocą tego kwestionariusza, pozwoliła scharakteryzować sposoby uzewnętrzania się procesu przystosowania u tych osób oraz ocenić owo przystosowanie z punktu widzenia ich opiekunów, zwykle członka rodziny osoby z para- lub tetraplegią. Stąd zadaniem osoby badanej, oddzielnie osoby niepełnosprawnej i jej opiekuna, było ustosunkowanie się do poszczególnych triad twier-

dzeń odnoszących się do wybranych aspektów przystosowania i wybór tych spośród nich, które najtrafniej oddają aktualny stan psychospołeczny badanej osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

W konfrontacji dwóch opcji psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, samoopisu badanych niepełnosprawnych i obiektywizującego go opisu opiekunów, stwierdza się wysoką zbieżność obustronnych ocen w takich kategoriach PACI, jak: *Przystosowanie społeczne* ($p > .525$) i *Motywacja* ($p > .212$) oraz istotnie znaczącą rozbieżność ($p < .007$) w kategorii *Przystosowania osobistego*. Krzywe obu profilów (wykres 2), wykreślone na podstawie średnich wyników przeliczonych kwestionariusza PACI na skalę stenową, bieżną w obszarach wyników przeciętnych, w ich górnych rejonach, i jedynie w kategorii *Motywacji* osoby z para- i tetraplegią uzyskały średni wynik przeliczony nieco powyżej 7 stena, czyli na poziomie wyników wysokich.

Skala *Motywacji* dotyczy takich wymiarów psychospołecznego funkcjonowania osoby przewlekle chorej, jak: kooperatywność, zrozumienie choroby, poziom aktywności, ocena własnych zdolności, i jako taka stanowi ich sumę. Średnia arytmetyczna w grupie osób z para- i tetraplegią jest większa od mediany,



a w grupie opiekunów mniejsza, przy czym zarówno wartości median, jak i wartości dolnych i górnych kwartyli w obu grupach są identyczne i wynoszą 8,00 pkt., co wskazuje jednoznacznie na ich symetryczne rozkłady. To, że średni wynik przeliczony w grupie osób niepełnosprawnych znajduje się w przedziale wyników wysokich, analogiczny zaś wynik w grupie opiekunów w przedziale wyników

przeciętnych, przy różnicy – co należy podkreślić – wysoce losowej, spowodowane jest przede wszystkim faktem znaczącego zróżnicowania średnich w wymiarze *Zrozumienia choroby*, gdzie ocena opiekunów w tym zakresie jest istotnie niższa ($p < .049$) od porównywanej z nią samooceny osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Stąd też odsetek osób w grupie opiekunów określających stopień motywacji u swoich „podopiecznych” na poziomie wyników wysokich (76,40 %) jest zdecydowanie mniejszy od analogicznego odsetka osób niepełnosprawnych (85,35 %) oraz zdecydowanie większy w wynikach niskich (23,59 % – „AO”, 14,60 % – „AB”). Nie stwierdzono tutaj wyników przeciętnych, co jest interesujące, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt występowania średnich arytmetycznych na tym właśnie poziomie. Poszukując zaś charakterystycznych cech zachowań psychospołecznych, swoistych dla chorych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, czyli takich, które są szczególnie często wymieniane zarówno przy samoopisie osób niepełnosprawnych, jak i opisie ich opiekunów, skonstatowano, że spośród 89 badanych z para- i tetraplegią 80 osób (89,88 %) stwierdziło, iż realistycznie ocenia swój stan zdrowia, taką samą ocenę pojmowania choroby przez swoich podopiecznych sformułowało już tylko 70 opiekunów (78,65 %).

Częściej oni bowiem uważają – 16.85 %, że ich podopieczni (5.61 %) w swoim rozumieniu niepełnosprawności czy też choroby są bardzo pochłonięci faktem jej występowania. Natomiast błędną interpretację rzeczywistości swojej choroby przypisuje sobie tyle samo osób niepełnosprawnych, co i ich opiekunów, bo po 4 osoby (4.49 %). Stąd też 76 opiekunów (85.39 %) sądzi, iż ich podopieczni rozsądnie współpracują w trakcie leczenia, przy analogicznym odsetku osób niepełnosprawnych będących takiego samego zdania o sobie (91.01 % – 81 osób). Dziewięć osób (10.11 %) w grupie „A_O” i 6 osób (6.74 %) w grupie „A_B” uważa, że badani z para- i tetraplegią są nadmiernie skrupulatni w przestrzeganiu wymagań w leczeniu, natomiast 4 osoby (4.49 %) w grupie „A_O” i 2 osoby (2.24 %) w grupie „A_B” są zdania, że sprzeciwiają się oni leczeniu, udaremniając je. Osoby niepełnosprawne częściej (74 osoby – 83.14 %) niż ich opiekunowie sądzący o nich (67 osób – 75.28 %) określają swoją aktywność jako umiarkowaną, biorąc pod uwagę kalectwo, nieco rzadziej natomiast unikają jakiegokolwiek formy wysiłku – „raczej z chęci niż konieczności” (7.86 % – „A_B”, 12.35 % – „A_O”), i są ciągle zajęci działaniami bezproduktywnymi (8.98 % – „A_B”, 12.35 % – „A_O”). Ocenę swoich zdolności i możliwości w tym zakresie ustaliło na poziomie realnym 66 osób (74.15 %) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz 58 (65.16 %) ich opiekunów. Opiekunowie nieco częściej (25.84 %) niż osoby niepełnosprawne (21.34 %) uważają, że ich podopieczni nie doceniają swoich możliwości, ale również i nieco częściej (8.98 % – „A_O”, 4.49 % – „A_B”) artykułują sądy, że potrafią oni zrobić wszystko.

Skalę *Przystosowania społecznego* tworzą następujące podkategorie: dominacja, akceptacja przez rodzinę, uzależnienie od innych i stosunek uczuciowy. Oceny tegoż funkcjonowania formułowane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie różnią się od ocen opiekunów. Obie średnie znajdują się w wąskim przedziale 6 stena, czyli wyników przeciętnych, i są nieco mniejsze od mediany, identycznej w porównywanych grupach (Me-8.00). Nieco większa jednak wartość dolnego kwartyła w grupie opiekunów (Q₁-8.00 przy Q₁-7.00 w grupie „A_B”), przy takiej samej w obu populacjach górnego kwartyła (Q₃-8.00), sprawia, iż odsetek badanych w tej grupie, uzyskujących wyniki wysokie – 68.66 %, jest nieznacznie mniejszy od odsetka opiekunów – 71.91 % oraz minimalnie większy w wynikach przeciętnych (23.59 % – „A_B”, 21.34 % – „A_O”) i w wynikach niskich (7.86 % – „A_B”, 6.74 % – „A_O”). Potwierdzeniem tych wyników są wartości testów różnic w podkategoriach analizowanej tu skali między średnimi arytmetycznymi w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i analogicznymi średnimi w grupie osób będących ich opiekunami, wskazujące na ich równoważność, czym uwiarygodniają samoopis badanych osób z para- i tetraplegią w tym wymiarze przystosowania. Nie sposób jednak nie zauważyć, iż idealnej zbieżności ocen nie stwierdzono tutaj, oto bowiem 67 osób (75.28 %) niepełnosprawnych utrzymywało, iż w rodzinie traktowane są na równi z innymi. Takiego samego zdania o pozycji podopiecznego w rodzinie było 72 opiekunów (80.89 %). Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nieco częściej niż ich opiekunowie o nich uważają, iż „rządzą w domu” – 13.48 % (11.23 % w grupie „A_O”) oraz że inni członkowie rodziny podejmują za nich wszystkie decyzje – 11.23 % (7.86 % w grupie „A_O”). Równocześnie jednak 17 osób

(19.10 %) niepełnosprawnych, przy identycznej opinii 9 opiekunów (10.14 %), sądzi, iż są nadmiernie chronione w domu, kolejnych zaś 6 osób (6.74 %), przy takiej samej opinii 4 opiekunów (4.49 %), uważa, że rodzina nie akceptuje ich obecności. Stąd też odsetek opiekunów twierdzących, iż ich podopieczni są akceptowani przez rodzinę takimi, jakimi są w rzeczywistości, wynoszący 85.39 %, jest zdecydowanie większy od odsetka badanych osób z para- i tetraplegią – 74.15 %, wyrażających analogiczną opinię o akceptacji swojej osoby przez rodzinę. Osoby niepełnosprawne natomiast nieco częściej, bo 73 osoby (82.02 %), niż ich opiekunowie sądzący o nich, bo 70 osób (78.65 %), są zdania, że utrzymują dojrzałe stosunki z innymi osobami, i o tyle rzadziej oczekują pomocy od innych (6.74 % – „ A_B ”, 10.11 % – „ A_O ”), albowiem izolowanie się od innych ludzi przypisało sobie tyle samo osób niepełnosprawnych, co i ich opiekunów, bo po 10 osób (11.23 %). Swoją relację uczuciową wobec rodziny jako właściwą określiły 63 osoby (70.78 %) z para- i tetraplegią oraz 66 (65.16 %) ich opiekunów. Opiekunowie nieco rzadziej (12.35 %) niż osoby niepełnosprawne (15.73 %) uważają, że ich podopieczni są nadmiernie przywiązani do rodziny. Natomiast 12 osób (13.48 %) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i tyleż ich opiekunów, wystąpiła tu całkowita zgodność w ocenie, stwierdziło, iż „ciągle walczą z członkami rodziny”.

Średnie arytmetyczne uzyskane przez osoby niepełnosprawne i ich opiekunów w skali *Przystosowania osobistego* są zróżnicowane na poziomie istotnym statystycznie i każda z nich jest mniejsza od wyliczonych w tych grupach median (Me-8.00). Przy czym obie średnie sytuują się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 6 stena. Zarówno dolne, jak i górne ćwiartki w porównywanych grupach są identyczne (Q_1 -7.00 i Q_3 -8.00), jednakże osoby z para- i tetraplegią wykazują się mniejszą koncentracją poszczególnych jednostek wokół średnich (Ku-1.623) oraz mniejszą skośnością (Sk-.180) niż ich opiekunowie (Ku-2.707; Sk-.559), nie mówiąc już o mniejszym odchyleniu standardowym, co wyraża się w tym, iż odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskujących wyniki wysokie (73.03 %) jest zdecydowanie większy od odsetka osób uwiarygodniających te wyniki (59.55 %), ale już w przedziałach wyników przeciętnych („ A_B ” – 22.47 %, „ A_O ” – 29.21 %) i niskich („ A_B ” – 4.49 %, „ A_O ” – 11.23 %) znacznie mniejszy. Spośród czterech wymiarów tej skali: akceptacja kalectwa, emocjonalność, intelektualna organizacja i reakcje na frustracje, jedynie w przedostatniej podkategorii, czyli *Intelektualnej organizacji*, stwierdzono zróżnicowanie średnich w porównywanych grupach na poziomie ufności $p < .007$. Osoby niepełnosprawne zdecydowanie częściej – 43 osoby (48.31 %), niż oceniający ich tu opiekunowie – 35 osób (39.32 %), konstatują występowanie u siebie myślenia „elastycznego”, tak jak i nieco częściej określają swoją intelektualną organizację jako chaotyczną i nieobliczalną (13.48 % – „ A_B ”, 7.86 % – „ A_O ”). Rzadziej natomiast przypisują w swoim postępowaniu kierowanie się ustalonymi zasadami i pojęciami, których nie zmieniają (38.20 % – „ A_B ”, 52.80 % – „ A_O ”). Pozostałe podkategorie cechuje już wysoka zbieżność ocen. I tak, 80 osób (89.88 %) niepełnosprawnych stwierdziło, iż żyje na tyle dobrze, na ile pozwala im kalectwo, taką samą ocenę akceptacji kalectwa u swoich podopiecznych wystawiło 77 opiekunów (86.51 %). Nieznacznie częściej opiekunowie są-

dzą, że ich podopieczni „używają kalectwa w celach egoistycznych” (5.61 % – „ A_O ”, 3.37 – „ A_B ”) oraz że „wypierają się kalectwa” (7.86 % – „ A_O ”, 6.67 – „ A_B ”). Sześćdziesiąt dziewięć osób (77.52 %) z uszkodzeniem rdzenia określiło swoje reakcje emocjonalne jako prawidłowe oraz opowiedziało się za akceptowaniem niepowodzeń, których nie da się uniknąć. Oceny opiekunów są tutaj różne, w pierwszym przypadku wielce zbliżone, albowiem 68 (76.40 %) z nich na identycznym poziomie ustaliło emocjonalność swoich podopiecznych, w drugim zaś jedynie 61 (68.53 %) potwierdziło dane z samoopisu osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne rzadziej niż ich opiekunowie oceniają je w tym wymiarze określając siebie jako „spiętych” (6.74 % – „ A_B ”, 10.11 % – „ A_O ”), „obwiniających innych w sytuacji, gdy nic im się nie udaje” (6.74 % – „ A_B ”, 10.11 % – „ A_O ”) oraz „zawsze przypisujących sobie winę” (15.73 % – „ A_B ”, 21.34 % – „ A_O ”). Nieco częściej natomiast charakteryzują się jako osoby smutne lub przygnębione (15.73 % – „ A_B ”, 13.48 % – „ A_O ”).

Analiza wyników uzyskanych za pomocą Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (PQ-SCIP) pozwoliła scharakteryzować percepcję takich wymiarów psychicznego i społecznego funkcjonowania badanych osób z para- i tetraplegią, jak: niepokój, depresja, skrępowanie socjalne i pogląd pozytywny, oraz ustalić, powołując w tym celu grupę sędziów kompetentnych, poziom przystosowania tych osób w aspekcie wyszczególnionych tu czynników. Zadaniem osoby badanej było ustosunkować się do każdego z 35 twierdzeń kwestionariusza w dwojaki sposób, w pierwszej kolejności udzielając odpowiedzi w formule „tak” lub „nie”, a następnie zaznaczając na 5-stopniowej skali nasilenie danego zachowania (nigdy, bardzo rzadko, czasem, często, zawsze).

Wyniki uzyskane przez badane osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w skali *Niepokoju* okazały się zbieżne z danymi lub nieco niższe, niż można by przypuszczać na podstawie literatury, odnoszącymi się do oceny stanów psychicznych, doświadczanych przez osoby z pourazową para- lub tetraplegią (Bodenhamer i in., 1983; por. Pańnikowska, 1990; Pikor, 1991). Co prawda, przeważająca część badanych pozytywnie oceniła, w formule „tak”, jako zgodne ze swoimi odczuciami twierdzenia: „jestem zrelaksowan(a)y” – 91.01 % (średnia stopnia nasilenia tego zachowania – M-3.46, przy czym kobiety istotnie częściej niż mężczyźni prezentują taką opinię – t^0 -2.312, $p < .023$), „jestem opanowan(a)y” – 87.64 % (M-3.73) i „czuję się swobodnie” – 80.89 % (M-3.57), ale już w dwóch pozostałych itemach: „jestem zdenerwowan(a)y, zaniepokojon(a)y” oraz „jestem napięt(a)y”, odsetki negatywnych odpowiedzi, w formule „nie”, czyli nie utożsamiające się z tymi stanami, były już znacznie niższe, bo odpowiednio 55.05 % (M-2.89) i 66.29 % (M-2.76). Średnia arytmetyczna stopnia nasilenia tych zachowań, reprezentatywnych dla tej skali, jest nieco większa (M-16.42) od mediany (Me-16.00), co przy stosunkowo niskich wartościach dolnego (Q_1 -15.00) i górnego kwartyła (Q_3 -18.00) oraz niewielkiej rozpiętości między minimalnym (11.00 pkt.) a maksymalnym wynikiem (22.00 pkt.), uzyskanym w badanej populacji (SD-1.88), sprawia, iż sytuuje się ona w dolnych rejonach wyników przeciętnych. Zmienna płci nie różnicuje bada-

nych osób (t^0 -788, $p>.432$). Kobiety wykazują się jednak zarówno wyższą średnią, jak i większym rozproszeniem wyników.

Również analiza wyników otrzymanych przez badane osoby w skali *Depresji* wskazuje, że osoby z poprzecznym paraliżem nie są bardziej depresyjne, niż wynika to z danych zawartych w piśmiennictwie (por. Trieschmann, 1980; Kirenko, 1991) lub przypisuje się im w potocznych, często negatywnych stereotypach (Paśnikowska, 1990). Osoby badane mogły uzyskać tutaj od 5.00 do 25.00 pkt. Otrzymały najniższy wynik – na poziomie 7.00 pkt. oraz najwyższy – równy 22.00 pkt, ze średnią arytmetyczną (M-14.08) minimalnie większą od mediany (Me-14.00). Wysokie wskaźniki miar dyspersji (SD-3.20), przy niskich wartościach miar przeciętnych (Q_1 -12.00, Q_3 -16.00) powodują, iż jedynie 16 osób badanych, co stanowi 17.97 % ogółu, deklaruje, że przez „większość czasu są smutne i przygnębione” (M-2.78). Odsetki pozytywnych odpowiedzi – „tak” – wzrastają jednak przy kolejnych twierdzeniach. Oto bowiem 41.57 % osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uważa, że są „mniej zainteresowane innymi ludźmi i rzeczami niż zwykle” (M-2.73), 47.19 % „martwi się swoim nieatrakcyjnym wyglądem” (M-2.73), przy czym kobiety istotnie częściej niż mężczyźni zamartwiają się swoim wyglądem (t^0 -2.007, $p<.047$) oraz 74.15 % „ma obawy, co do swojej przyszłości” (M-3.06). Obniżonego zainteresowania seksem: „jestem teraz mniej zainteresowan(a)y seksem” (M-2.76), nie potwierdziło 54 badanych (60.67 %), w tym 10 kobiet (60.00 %) i 39 mężczyzn (60.94 %), chociaż średnia stopnia nasilenia tego zachowania w grupie kobiet jest istotnie większa od porównywanej w grupie mężczyzn (t^0 -2.089, $p<.039$). Kobiety, analogicznie do poprzedniej skali, uzyskały tutaj zarówno wyższą średnią, jak i większe rozproszenie wyników, co pozwala sądzić, iż są one nieco bardziej depresyjne niż mężczyźni.

Spośród pięciu itemów tworzących skalę *Poglądu pozytywnego* w trzech osoby badane uzyskały bardzo wysokie odsetki pozytywnego ustosunkowania się do nich – „tak”. Są to kolejno: „moja rodzina i przyjaciele kochają mnie i szanują pomimo mojej niesprawności” – 93.25 % (M-4.25), „w zasadzie czuję się dobrze” – 89.88 % (M-3.84) oraz „patrzę w przyszłość raczej z optymizmem niż pesymizmem” – 87.64 % (M-3.51). Zgodność z pozostałymi twierdzeniami jest już znacznie mniejsza u badanych osób z pra- i tetraplegią, gdzie 57.30 % z nich uważa, że „ludzie nie winią ich za to, iż są niepełnosprawnymi” (M-2.70) oraz 48.81 % traktuje swoją „niepełnosprawność jako wyzwanie” (M-2.82). Średnia arytmetyczna stopnia nasilenia wyszczególnionych tu zachowań jest najwyższa ze wszystkich skal PQ-SCIP. Jest ona co prawda jedynie nieco wyższa (M-17.16) od mediany (Me-17.00), ale stosunkowo wysokie wartości dolnej i górnej ćwiartki (Q_1 -15.00, Q_3 -19.50), przy znikomych wskaźnikach asymetrii [Sk-.000, Ku(-)165] sprawiają, iż oscyluje ona w górnych rejonach wyników przeciętnych. Prawdopodobnie ta dotyczy tak badanych kobiet niepełnosprawnych, jak i mężczyzn z tym samym rodzajem schorzenia.

Skalę *Skrepowania socjalnego*, zwaną też skalą *Dyskomfortu*, tworzy 20 twierdzeń, stąd osoby badane mogły uzyskać minimalnie 20.00, a maksymalnie 100.00 pkt. Otrzymały od 24.00 do 99.00 pkt., ze średnią arytmetyczną stopnia nasilenia zachowań wchodzących w jej skład (M-62.68) mniejszą od mediany

(Me-63.00), a pośrodku dolnego (Q_1 -54.00) i górnego kwartyła (Q_3 -71.50), wskazującą na przeciętny poziom skrępowania w sytuacjach związanych z kontaktami społecznymi. Przy czym kobiety z para- i tetraplegią preferowały zachowania tej kategorii istotnie częściej niż porównywani z nimi mężczyźni z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (t^0 -2.203, $p<.030$). Osoby badane zdecydowanie źle czują się w sytuacjach, w których doświadczają uczucia odrzucenia, lekceważenia lub niedostrzegania ich obecności, co wyraża się w następujących wyborach twierdzeń, w formule „tak”: „czuł(a)bym się lub czuję skrępowan(a)y, gdy do szpitala przychodzi rodzina i przyjaciele i mówią, że nie chcą abym kiedykolwiek wrócił(a) do domu” – 84.26 % badanych (M-4.07); „czuł(a)bym się lub czuję się źle, gdy muszę opróżnić zbiornik na mocz w obecności kogoś nieznanego” – 83.14 % (M-3.73); „czuł(a)bym się lub czuję się źle, gdyby w restauracji podszedł do mnie kelner i omijając mnie zapytał: „czego on(a) sobie życzy?” – 76.40 % (M-3.88, kobiety istotnie częściej niż mężczyźni są takiego zdania – t^0 -2.090, $p<.039$); „czuł(a)bym się lub czuję się źle, gdyby moja rodzina, przyjaciele przekraczając swoje możliwości próbowała mnie ratować” – 74.15 % (M-3.52) oraz po 70.78 % osób badanych: „czuł(a)bym się lub czuję się źle, gdy w szpitalu ktoś z personelu mówi mi, że nigdy nie będę samodzielny(a)” (M-3.55) i „czuł(a)bym się źle, gdybym np. jechał(a) windą, a jakaś młoda i atrakcyjna osoba pogłaskała mnie po głowie, mówiąc: „biedaczku mój(a) kochan(a)y” (M-3.42, kobiety istotnie częściej niż mężczyźni są takiego zdania – C^0 -2.948, $p<.004$). Są to najbardziej kłopotliwe sytuacje dla badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w których spotykają się z osobami nie wiedzącymi o ich kalectwie. Do najmniej kłopotliwych należą natomiast takie oto sytuacje: „czuł(a)bym się lub czuję się źle, gdy przechodzień oferuje mi pomoc we wkładaniu wózka np. do samochodu” – 22.47 % (M-2.40), „czuł(a)bym się źle prosząc o pomoc w miejscu publicznym” – 30.33 % (M-2.66), „czuł(a)bym się lub czuję skrępowan(a)y prosząc kogoś o pomoc w pokonywaniu krawężnika” – 31.46 % (M-2.53) oraz „czuł(a)bym się lub czuję nieswojo, gdy w centrum handlowym podchodzi do mnie dziecko i pyta: „dlaczego jeździsz na wózku?” – 33.70 % (M-2.59). W uzupełnieniu tych danych należy dodać, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wykazują dyskomfort w sytuacji, gdy doświadczają spastyczności mięśni w obecności obcych im ludzi (t^0 -2.770, $p<.006$).

Kolejnym, ostatnim już tu etapem analiz, była próba ustalenia ogólnego stopnia przystosowania psychospołecznego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Przy współudziale trzech sędziów kompetentnych, biorąc za podstawę oceny wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach PQ-SCIP, orzeczono, iż 17 osób (19.10 %) reprezentuje wysoki poziom przystosowania osobistego i społecznego. Są to osoby, które uzyskały niskie lub bardzo niskie wyniki w skalach *Niepokoju*, *Depresji* i *Skrępowania socjalnego* oraz wysokie lub przeciętne wyniki w skali *Poglądu pozytywnego*. Następną, najliczniejszą zarazem grupę, stanowiło 61 osób (68.53 %), o przeciętnym poziomie przystosowania, które można również określić jako częściowo przystosowane lub przystosowujące się. Osoby te uzyskały przeciętne wyniki we wszystkich czterech wymiarach. Niski stopień przystosowania był udziałem 11 osób (12.35 %). Ba

dani zakwalifikowani do tej grupy doświadczają skrępowania w wielu sytuacjach wynikających z interakcji ludzkich, często towarzyszy im niepokój. Wyniki, jakie osiągnęli w tych wymiarach, należały do najniższych i znacznie różniły się od tych, które otrzymywały osoby o wyższych stopniach przystosowania. Różnicy takiej nie było w dwóch pozostałych wymiarach: *Depresji*, a zwłaszcza *Poglądzie pozytywnym*. Należy zatem stwierdzić, że osoby te nie nauczyły się jeszcze żyć w sytuacji wywołanej niepełnosprawnością, ale przy pozytywnym spojrzeniu na świat oraz skutecznym radzeniu sobie z depresją mogą osiągnąć co najmniej przeciętny poziom przystosowania psychospołecznego.

Przystosowanie osobiste i społeczne badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego utrzymuje się na poziomie przeciętnym i nieco powyżej niego, co może wskazywać i jest zgodne z wynikami badań A. Paśnikowskiej (1990) i S. Pikor (1991; por. Kirenko, 1995), iż potrafią one sprostać trudnościom wynikającym z faktu bycia osobą niepełnosprawną i poprawnie funkcjonować w środowisku społecznym. Większość badanych osób posiada dużo optymizmu, ma pozytywne spojrzenie na świat. Często jednak osoby z para- i tetraplegią popadają w stany depresyjne, lękowe, odczuwają skrępowanie w różnych sytuacjach społecznych, na przykład kiedy muszą skorzystać z pomocy innych osób. Prawie wszyscy znajdują miłość i akceptację w rodzinach oraz potrafią nawiązywać dojrzałe stosunki społeczne. Należałoby się jednak zastanowić, czy otrzymane tu wyniki w pełni opisują przystosowanie psychospołeczne, czy tylko jego wybrane elementy. Uzasadniona wydaje się zależność między nasileniem depresji, niepokojem czy dyskomfortem a poziomem społecznego przystosowania. Duży niepokój, długotrwałe i częste stany depresyjne, silne skrępowanie w naturalnych sytuacjach społecznych nie warunkują zapewne właściwego funkcjonowania w społeczeństwie. Powodują zaburzenie dynamicznej równowagi między jednostką a światem zewnętrznym (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975). Duży zaś optymizm niewątpliwie ułatwia przystosowanie do zmienionych wskutek niepełnosprawności warunków życia. Nie należy jednak zapominać, że brak jest jednoznacznych kryteriów i norm, które wskazywałyby precyzyjnie poziomy nasilenia niepokojem, depresji czy optymizmu, przy których uprawnione byłoby wyrokowanie o dobrym lub złym przystosowaniu. Można w tej sytuacji mówić – co najwyżej – o innych mechanizmach przystosowawczych i częstszym występowaniu niekorzystnych stanów emocjonalnych (por. Kirenko, 1995).

2. Poziom samooceny osób badanych

W. Fitts (1965), operacjonalizując stwierdzenie, że samoocena człowieka, jako składowa obrazu własnej osoby i osobowości, wpływa w zasadniczy sposób, zwłaszcza wtedy, gdy jest stabilna, lub niestabilna, a nade wszystko wysoka, lub niska, na jego psychospołeczne funkcjonowanie (zob. rozdział II. 2), wskazał, iż wiąże się ona bezpośrednio z ogólną osobowością i stanem zdrowia psychicznego, przez co determinuje wszelkie rodzaje zachowań, stąd też, zda-

niem autora, osoby widzące siebie jako niechciane, bezwartościowe lub „złe” wykazują tendencje do zgodnego w tym kierunku działania. Natomiast osoby, objawiające – w znacznym stopniu – nierealistyczną koncepcję siebie, przejawiają wyraźne skłonności do podchodzenia do życia i innych ludzi w wymaginywany sposób, a osoby posiadające niestabilną samoocenę, autor mówi tutaj o odchylającej się koncepcji siebie, są bardziej zorientowane na zachowania znacząco odbiegające od normy. W ten sposób wiedza o tym, jak osoba spozstrzega siebie, jest, według W. Fittsa (1965), użyteczna w próbach niesienia pomocy jej samej oraz w obszarze eksploracji naukowych. Zastosowana tutaj Skala Samooceny (TSCS) tegoż autora składa się ze 100 opisowych twierdzeń, którymi posługuje się osoba badana w celu subiektywnego nakreślenia obrazu własnej osoby. Obie wersje skali: formularz doradczy (*counseling form*) i formularz kliniczno-badawczy (*clinical and research form*), zawierają ten sam zestaw twierdzeń, przy czym wersja poradniana jest szybsza i łatwiejsza, albowiem uwzględnia mniej zmiennych oraz nie wymaga pogłębionej wiedzy z zakresu psychometrii i psychopatologii, jest więc przydatna dla własnej interpretacji oraz badania sprzężenia zwrotnego ze strony osoby badanej. Przyjęta tutaj procedura opracowania wyników, w zmodyfikowanej wersji kliniczno-badawczej, sprowadzała się w sposób oczywisty do ustalenia poziomu samooceny osób badanych, co dokonuje się na trzech poziomach ich funkcjonowania: tożsamości, akceptacji i zachowania; w pięciu wymiarach *ja*: fizycznym, moralno-etycznym, osobistym, rodzinnym i społecznym. Obliczeniom poddano również wyniki, niezbędne do przeprowadzenia właściwej interpretacji, ze skali samokrytycyzmu, ogólnego wyniku pozytywnego, punktacji zmienności, punktacji rozmieszczenia i punktacji konfliktu oraz skali prawdy i fałszu. Tak określony poziom samooceny badanych osób porównano z poziomem samooceny uzyskanym w grupie odniesienia oraz z opracowanym przez W. Fittsa (1965) standardem (arkusz profilu) dla populacji amerykańskiej, co w odniesieniu do prezentowanych tu badań, ich wyników, może wskazywać jedynie na ukierunkowanie otrzymanych wskaźników, współzależności wynikające z analiz konfiguracyjnych poszczególnych skal i grup skal. Normy te nie są bowiem adekwatne do warunków naszej rzeczywistości, chociażby ze względu na znaczące zróżnicowanie kulturowe, ekonomiczne i społeczne.

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wyników z poszczególnych skal dla grup osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych oraz wartości testów różnic t^0 i C^0 między nimi przedstawia tabela 9. Natomiast wykres 6 prezentuje krzywe profilów badanych populacji na tle standardu opracowanego przez W. Fittsa (1965). To graficzne zobrazowanie relacji między przedstawionymi obszarami punktacji spełnia w niniejszym procesie analizy i interpretacji jedynie rolę pomocniczą, orientacyjną. Znacznie istotniejsze są tu, opracowane dodatkowo, z uwagi na występowanie skal dwubiegunowych, normy stenowe (Brzeziński, 1980), gdzie układem odniesienia, odzwierciedlającym średnie wyniki w populacji, jest intencjonalnie dobrana grupa porównawcza, składająca się ze 101 osób pełnosprawnych. Korzystanie bowiem ze skal stenowych oraz takich parametrów opisowych zbiorowości statystycznej, jak miary pozycyjne, tendencja centralna i dyspersja, a także z sugestii – jakie co najwyżej

mogą być wzięte pod uwagę – wynikających z analiz konfiguracyjnych, umożliwia precyzyjniejsze określenie rozkładów uzyskanych wskaźników w badanych próbach, tym samym interpretację prezentowanego wycinka badań czynią bardziej wiarygodną.

Skalę *Samokrytycyzmu* (*Sc*) tworzy 10 „lekkowładnych” (Fitts, 1965, s. 2) twierdzeń, zapożyczonych ze skali *L* MMPI S. Hathaway’a i J. McKinley’a, które, jak twierdzi W. Fitts (1965), większość ludzi uważa za prawdziwe w niesieniu do własnej osoby. Oto niektóre z nich: „Zdarza mi się trochę poplotkować”, „Czasami mam ochotę kłać”, „Nie zawsze mówię prawdę”, „Czasami wpadam w gniew” oraz „Czasami przychodzą mi do głowy myśli, o których boję się mówić”. Osoby badane, zaprzeczające prawdziwości większości z tych twierdzeń, wykazują defensywność i usilnie pragną przedstawiać siebie w jak najlepszym świetle. Wysoka punktacja na ogół wskazuje na normalną, zdrową otwartość i zdolność do samokrytycyzmu. Ekstremalnie wysokie wyniki, powyżej 99 centyla (Fitts, 1965), mówią natomiast, iż osoby uzyskujące je pozbawione są obronnych strategii psychicznych i jest to, zdaniem autora, tzw. bezbronność patologiczna. Niska zaś punktacja świadczy o obronności i sugeruje prawdopodobieństwo uzyskania sztucznie podniesionych, za sprawą defensywności, wyników w skalach *Pozytywnego nastawienia do siebie* (*PS*), a zwłaszcza w skali *Ogólnej punktacji pozytywnej* (*P*). Wyniki ze skali *Samokrytycyzmu* nie różnicują badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych ($p > .349$). Średnia w grupie podstawowej jest nieco mniejsza od mediany ($Me -35.00$), odwrotnie niż w grupie porównawczej ($Me -35.00$), przy czym obie te wartości znajdują się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 5 i 6 sigma, lub w bliskich okolicach 50 T, czy 50 centyla. Identyczna jest również wartość górnej ćwiartki w obu grupach ($Q_3 -39.00$), wskazująca na zbliżone odsetki osób uzyskujących wysokie wyniki („A” – 28.08 %, „B” – 34.65 %). Znaczne zróżnicowanie wyników ma miejsce w obszarze wyników przeciętnych i niskich, o czym informują wartości dolnej ćwiartki ($Q_1 -30.00$ – „A”, $Q_1 -33.00$ – „B”). Odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi – 31.46 % jest mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych – 39.60 % oraz zdecydowanie większy w wynikach niskich, gdzie odpowiednio 40.44 % osób w grupie podstawowej i 25.74 % osób w grupie porównawczej uzyskało wyniki na tym poziomie. Sądzić zatem należy, że osoby z para- i tetraplegią w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają tendencje w kierunku obronności i ukazywania siebie w lepszym świetle (por. Kirenko, 1991).

Stosunek prawdy do fałszu, zwany tutaj *Wskaźnikiem prawda/fałsz* (*P/F*), jest pomiarem prawdopodobieństwa popełnienia błędu w odpowiedziach badanych osób. Wskazuje, czy nastawienie osoby badanej do wykonywanego zadania pociąga za sobą silną tendencję do zgadzania się lub niezgadzania się z jakimś twierdzeniem, bez względu na to, czego ono dotyczy. Rzeczywiste znaczenie *P/F* określa się, jak twierdzi W. Fitts (1965), kilkoma sposobami. Można analizować je jako pomiar zbioru odpowiedzi i interpretować w wymiarach dotyczących znaczenia zbiorów responsów odbiegających od przyjętego standardu. Można je traktować całkowicie jako pomiar behawioralny lub pomiar sposobu rozwiązywania zadania, co ma znaczenie jedynie w kategorii empirycznej traf-

Tabela 9. Skala Samooceny (TSCS) – porównanie grupy podstawowej „A” z gr. porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t ^U /C ^o	p
	M	SD	M	SD		
1. Samokrytycyzm (<i>Sc</i>)	34.912	5.651	35.623	4.675	-.937	.3498
2. Wskaźnik prawda/fałsz (<i>T/F</i>)	1.450	.528	1.394	.470	.772	.4405
3. Punktacja konfliktów netto (<i>Pkn</i>)	34.921	32.632	33.811	29.497	.246	.8058
4. Punktacja konfliktów razem (<i>Pkr</i>)	51.236	22.401	47.039	21.593	1.313	.1906
5. Ogólna punktacja pozytywna (<i>P</i>)	279.64	15.506	276.24	12.172	1.687	.0932~
6. Tożsamość (<i>Rzqd1</i>)	85.910	6.841	85.029	7.290	.8544	.3937
7. Akceptacja (<i>Rzqd2</i>)	96.730	7.770	95.524	6.255	1.183	.2380
8. Zachowanie (<i>Rzqd3</i>)	97.000	7.935	95.693	5.025	1.372	.1716
9. <i>Ja</i> fizyczne (<i>Kolumna A</i>)	55.604	4.820	58.134	4.831	-3.607	.0003*
10. <i>Ja</i> moralno-etyczne (<i>Kolumna B</i>)	55.741	4.143	55.356	3.801	.668	.5049
11. <i>Ja</i> osobiste (<i>Kolumna C</i>)	53.471	5.406	52.782	3.702	1.035	.3015
12. <i>Ja</i> rodzinne (<i>Kolumna D</i>)	56.303	4.971	55.712	4.866	.826	.4097
13. <i>Ja</i> społeczne (<i>Kolumna E</i>)	56.000	4.791	56.792	3.675	-1.286	.1997
14. Ogólna zmienność (<i>TotV</i>)	38.269	10.829	35.910	10.329	1.535	.1263
15. Zmienność w kolumnach (<i>KtV</i>)	22.539	7.578	21.158	6.793	1.324	.1869
16. Zmienność w rzędach (<i>RtV</i>)	15.730	4.844	14.752	4.565	1.431	.1534
17. Dystrybucja (<i>D</i>)	91.516	28.865	84.287	24.895	1.853	.0665~
18. (<i>P5</i>)	12.438	11.843	8.505	6.602	2.870	.0045*
19. (<i>P4</i>)	28.427	9.489	31.009	7.353	-2.109	.0361*
20. (<i>P3</i>)	31.247	12.914	32.623	14.816	-.678	.4983
21. (<i>P2</i>)	17.292	7.076	19.049	5.350	-1.943	.0553~
22. (<i>P1</i>)	10.550	7.830	8.514	7.224	1.863	.0639~

ności, i w tym sensie *P/F* różnicuje m.in. osoby chore psychicznie od zdrowych. Można je także rozważać z punktu widzenia struktury teoretycznej *ja*. W takim podejściu wysokie wyniki *P/F* wskazują, że osoba badana dochodzi do zdefiniowania lub opisu własnego *ja* poprzez skoncentrowanie się na tym, *kim jest*, będąc względnie niezdolną do wykonania analogicznej operacji przez usunięcie lub odrzucenie tego, *kim nie jest*. Wyniki niskie są dokładnym przeciwieństwem wysokich, a wyniki na poziomie przeciętnym wskazują, że osoby badane dochodzą do samodefinicji własnego *ja* w bardziej harmonijny sposób, wykorzystując w tym celu obydwie tendencje: afirmując to, co wchodzi w skład ich *ja*, oraz odrzucając to, co nie wchodzi w zakres ich *ja*.

Skala ta nie różnicuje badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych ($p > .440$), chociaż średnia w grupie podstawowej, większa od mediany ($Me=1.307$), znajduje się w przedziale wyników wysokich, w dolnym rejonie 7 stena, przy średniej w grupie porównawczej, mniejszej od mediany ($Me=1.343$), usytuowanej w górnych rejonach wyników przeciętnych (6 sten). Górny kwartyl jest identyczny w obu grupach ($Q_3=1.600$), ale dolny już nie ($Q_1=1.100$ – „A”, $Q_1=1.028$ – „B”), przez co odsetki osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (40.44 %) i przeciętnymi (46.06 %) są zdecydowanie wyższe od porównywanych z nimi osób pełnosprawnych (odpowiednio 35.64 % i 31.68 %). A zatem, osoby z para- i tetraplegią oraz pełnosprawne, przy czym te pierwsze w nieco większym stopniu, wykazują tendencje do charakteryzowania siebie poprzez skoncentrowanie się na sobie. W sposób szczególnie znajduje to wyraz w usytuowaniu średnich arytmetycznych na arkuszu profilu, gdzie obie one oscylują w okolicach 65 T lub 95 centyla, czyli wyników wysokich.

Punktacja konfliktów netto (Pkn) określa stopień zróżnicowania czy też sprzeczności pomiędzy odpowiedziami osoby badanej na pozytywne i negatywne twierdzenia w obrębie tej samej sfery percepcji siebie. Stąd, jak podaje W. Fitts (1965), wyniki z tej skali silnie korelują z wynikami *Wskaźnika prawda/fałsz (P/F)*. W każdej komórce arkusza wyników responsy z twierdzeń pozytywnych i negatywnych są obliczane oddzielnie. Różnica pomiędzy nimi stanowi operacyjną miarę konfliktu, sprzeczności. Z racji tego, że odpowiedzi na negatywne twierdzenia są na arkuszu wyników odwrócone, punktacja pozytywna i negatywna jest,

w tym znaczeniu, równoważna, a każde ich zróżnicowanie ilościowe odzwierciedla sprzeczność lub konflikt. Przy czym, zdaniem W. Fittsa (1965), istnieją dwa rodzaje konfliktów: konflikt przyzwolenia lub cichej zgody oraz konflikt zaprzeczenia. Z konfliktem przyzwolenia mamy do czynienia wtedy, gdy wyniki punktacji pozytywnej są większe od wyników punktacji negatywnej, co oznacza, że osoby badane, uzyskujące taką konfigurację, bardzo eksponują i afirmuje swoje cechy pozytywne. Konflikt zaprzeczenia jest przeciwieństwem konfliktu cichej zgody. Wyniki punktacji negatywnej są w tym przypadku wyższe niż wyniki punktacji pozytywnej, wskazując tym samym, że osoby badane o takim profilu nadmiernie zaprzeczają swoim cechom negatywnym w stosunku do sposobu, w jaki potwierdzają swoje cechy pozytywne. Koncentrują się one na „eliminowaniu negatywów” (Fitts, 1965, s. 4). Osoby badane, zarówno z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak pełnosprawne, uzyskały średnie arytmetyczne w tej skali na poziomie wyników przeciętnych, w wąskim przedziale 6 stena, z różnicą między nimi nieistotną statystycznie ($p > .805$). W obu przypadkach średnie są niższe od median (Me-35.00 – „A”, Me-37.00 – „B”), co przy jednakowej wartości górnych ćwiartek (Q_3 -51.00) i zróżnicowanych dolnych (Q_1 -15.00 – „A”, Q_1 -0.00 – „B”) sprawia, że odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi (52.80 %) jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych (34.65 %) oraz znacznie mniejszy w wynikach niskich („A” – 19.10 %, „B” – 30.69 %) i nieco mniejszy w wynikach wysokich („A” – 26.96 %, „B” – 34.65 %). Wskazuje to na wyraźniejszą tendencję u osób z para- i tetraplegią, zwłaszcza gdy uwzględni się w tej interpretacji sugestie wynikającą z usytuowania średnich na skali normalizacyjnej arkusza profilu (okolice 73-75 T lub 97-99 centyla), w przejawianiu konfliktu zaprzeczenia, czyli afirmacji swoich cech pozytywnych.

Wyniki te odnoszą się jedynie do kierunkowych, aczkolwiek bezpośrednich pomiarów konfliktu między punktacją pozytywną i negatywną. Niektóre jednak osoby uzyskują tutaj wysokie różnice, a ponieważ są one tak różne w kierunku, sprawia to, że się wzajemnie wykluczają. Dlatego równie interesujące jest określenie całkowitej wartości konfliktu, zarówno w aspekcie samooceny osoby badanej, jak i sieciowej, kierunkowej liczby konfliktów. Wynik ogólny konfliktu, czyli *Punktacja konfliktów razem (Pkr)*, czyni to, sumując sprzeczności punktacji pozytywnej i negatywnej, bez względu na znak. Wysokie wyniki wskazują na zamęt, sprzeczność lub ogólny konflikt w percepcji własnego ja. Wyniki niskie są odwrotnie interpretowane, ale już krańcowo niskie mają zgoła inne znaczenie. Osoby osiągające je charakteryzują się tak bardzo sztywnym, zwartym

opisem samego siebie, iż można je raczej podejrzewać o przejawianie sztucznego stereotypu obronnego niż o prezentowanie prawdziwego obrazu własnej osoby. Osoby z zaburzeniami psychicznymi uzyskują zazwyczaj, jak podaje W. Fitts (1965), wyniki wysokie, chociaż niektóre wykazują się także odchylająco niską punktacją, w zależności od istoty i stopnia zaburzenia. Skal tych, zarówno *Pkn*, jak i *Pkr*, nie należy mylić ze skalami zmienności (*V*), które odzwierciedlają przede wszystkim wahania pomiędzy jedną sferą percepcji siebie a drugą. Średnie arytmetyczne uzyskane w tej skali przez osoby badane z obu grup, zdecydowanie większe od median ($Me=46.00$ – „A”, $Me=44.00$ – „B”), nie różnią się między sobą ($p > .190$). Sytuują się one w wąskim przedziale wyników przeciętnych, także na poziomie 6 stena, przy czym oba kwartyle ($Q_1=34.00$, $Q_3=58.50$) w grupie podstawowej są większe od porównywanych z nimi ćwiartek w grupie odniesienia ($Q_1=30.00$, $Q_3=57.00$). Odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (35.95 %) jest niemalże identyczny z odsetkiem osób pełnosprawnych o tym samym poziomie wyników (35.64 %), zdecydowanie większy z wynikami przeciętnymi („A” – 43.82 %, „B” – 34.65 %) i odpowiednio mniejszy z wynikami niskimi („A” – 21.34 %, „B” – 29.70 %), co wskazywałoby, jeśli dodatkowo uwzględniał się – analogicznie do poprzedniej skali – usytuowanie średnich obu grup na arkuszu profilu, na tendencję do pojawiania się u tych osób, w nieco większym nasileniu u osób z para- i tetraplegią, konfliktów w percepcji własnej osoby.

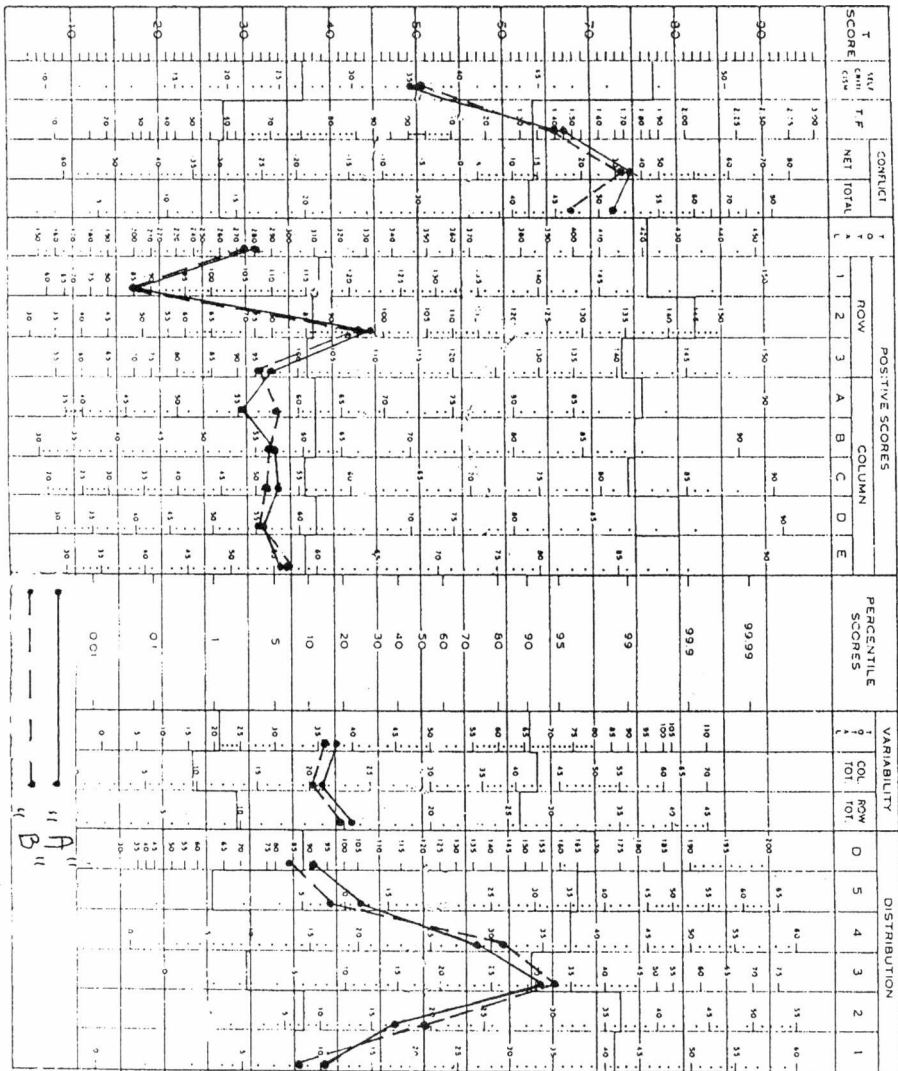
Wyniki uzyskane w skalach *Pozytywnego nastawienia do siebie (PS)*, zwanych skalami *Optymizmu*, pochodzą bezpośrednio z klasyfikacji fenomenologicznej (zob. Fitts, 1965). Twierdzenia zawarte w nich dotyczą bowiem trzech podstawowych obszarów informacji: *Jestem jaki jestem*, *Tak odczuwam siebie* oraz *Tak robię/postępuję*. Te trzy rodzaje twierdzeń tworzą trzy horyzontalne kategorie, oznaczone na arkuszu odpowiedzi jako *Rząd 1*, *Rząd 2* i *Rząd 3*. Wyniki w tych rzędach zawierają zatem trzy podrzędne skale, które po zsumowaniu tworzą *Ogólną punktację pozytywną (P)*. Odpowiada ona wewnętrznemu, subiektywnemu układowi odniesienia, w obrębie którego osoba badana opisuje siebie. Przy czym, jak podaje W. Fitts (1965), twierdzenia te, ich wyniki, znacząco różnią się także w zależności od zewnętrznego, obiektywnego układu odniesienia, nawet w obrębie tej samej kategorii rzędu, gdzie dotyczą takich kategorii samooceny, jak: *Ja fizyczne*, *Ja moralno-etyczne*, *Ja osobiste*, *Ja rodzinne* i *Ja społeczne*. Tych pięć kolejnych skal podrzędnych, zwanych kolumnami, ze względu na ich pionowe ułożenie, tworzy również, po ich zsumowaniu, *Ogólną punktację pozytywną (P)*. Cały zatem zestaw twierdzeń podzielony jest na dwa sposoby: poziomo na rzędy jako wewnętrzny układ odniesienia oraz pionowo na kolumny jako zewnętrzny układ odniesienia, czyli każde twierdzenie i każda komórka stanowi prezentację dwóch różnych opcji wyników, chociaż suma punktów w rzędach i kolumnach jest taka sama. Odzwierciedla ona – *Ogólna punktacja pozytywna* – całkowity poziom szacunku do samego siebie. Osoby uzyskujące tu wyniki wysokie przejawiają skłonności do lubienia siebie, odczuwania, że są osobami wartościowymi i pełnymi cnót. Pokładają one w sobie zaufanie i zgodnie z tym postępują. Ekstremalnie wysokie wyniki, powyżej 99 centyla, wskazują na ewidentne odchylenie od normy i są uzyskiwane przez

osoby z zaburzeniami psychicznymi, cierpiącymi na schizofrenię paranoidalną, które zresztą, jako grupa sama w sobie, osiągają krańcowo skrajne wyniki, zarówno wysokie jak i niskie. Osoby osiągające wyniki niskie przejawiają wątpliwości co do swojej własnej wartości, widzą siebie jako niepotrzebne nikomu, często są niespokojne, odczuwają lęk, depresję, są nieszczęśliwie oraz nie wierzą w siebie, nie ufają sobie. Średnie arytmetyczne uzyskane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawne w tej skali są zróżnicowane na poziomie zbliżonym do istotnego ($p \sim .093$). Przy czym, średnia w grupie podstawowej, większa od mediany ($Me-277.00$), znajduje się w przedziale wyników wysokich, w dolnych ich rejonach (7 sten), przy średniej w grupie porównawczej, mniejszej od mediany ($Me-278.00$), usytuowanej w granicach wyników przeciętnych (5 sten). Zarówno dolny, jak i górny kwartył w grupie osób z para- i tetraplegią ($Q_1-270.00$ i $Q_3-285.00$) jest większy od porównywanych z nimi ćwiartek w grupie porównawczej ($Q_1-266.00$ i $Q_3-282.00$). Osoby niepełnosprawne wykazują się mniejszą koncentracją poszczególnych jednostek wokół średnich ($Ku-2.281$) oraz większą skośnością ($Sk-1.005$) niż osoby pełnosprawne ($Ku-.587$; $Sk-.308$), czego wyrazem jest mniejszy odsetek osób w grupie podstawowej, bo 15.73 %, przy 30.69 % w grupie porównawczej, uzyskujących wyniki niskie oraz większy odsetek (40.44 %, przy 22.77 % w grupie „B”) z wynikami przeciętnymi. Odsetki osób z wynikami wysokimi są zbliżone do siebie, z nieznaczną przewagą w grupie porównawczej („A” – 43.82 %, „B” – 46.53 %). Można zatem przyjąć, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w większym stopniu niż osoby pełnosprawne lubią siebie, ujawniają poczucie wiary w siebie i wartościowości oraz adekwatnie do tego postępują.

Twierdzenia zawarte w skali *Tożsamości (Rzqd 1)* odpowiadają kategorii *Jestem, jaki jestem*. Osoba badana dokonuje tutaj samoopisu swojej podstawowej tożsamości – *jak widzę siebie*. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie różnią się w tym wymiarze samooceny od osób pełnosprawnych ($p > .393$). Obie średnie znajdują się w wąskim przedziale 6 stena, czyli wyników przeciętnych, i są nieco większe od mediany, identycznej w porównywanych grupach ($Me-85.00$). Większa jednak wartość dolnego kwartyła w grupie podstawowej ($Q_1-81.00$ przy $Q_1-80.00$ w grupie „B”), przy takiej samej w obu populacjach górnego kwartyła (Q_3-90), sprawia, iż odsetek badanych w tej grupie uzyskujących wyniki niskie – 19.10 %, jest znacznie mniejszy od odsetka badanych w grupie porównawczej – 26.71 %, minimalnie mniejszy w wynikach wysokich: 34.83 % w grupie „A” i 37.62 % w grupie „B” oraz zdecydowanie większy w wynikach przeciętnych (46.06 % – „A”, 35.64 % – „B”). Można więc – co najwyżej, zwłaszcza gdy pominie się tutaj fakt niskiego usytuowania średnich w arkuszu profilu (30 T, 2.5 centyl) – przyjąć, że osoby z para- i tetraplegią nieznacznie rzadziej niż osoby pełnosprawne przejawiają zubożoną tożsamość, w szczególności w wymiarze identyfikacji i rozwoju *ja* idealnego. Jest to sugestia – bo nie wniosek, z uwagi na brak wyraźnego zróżnicowania – o tyle kontrowersyjna, o ile przyjmiemy, że w literaturze przedmiotu mamy do czynienia z sytuacją dokładnie odwrotną, gdzie stawianie niskich wymagań w odniesieniu do idealnej koncepcji siebie u osób z uszkodzeniem narządu ruchu ma charakter

obronny, chroniący pozytywny stosunek do siebie i własnej sytuacji (zob. Siwek, 1984; Kirenko, 1991; Palak, 1996).

Wykres 6. Krzywe profili samooceny w standardzie W. Fittsa (arkusz profilu)



Skala Akceptacji, zwana także skalą Zadowolenia z siebie (Rzqd 2), jest sumą twierdzeń dotyczących tego, jak osoba badana odczuwa swoje ja. Ogólnie wynik ten odzwierciedla poziom samozadowolenia lub samoakceptacji, przy czym osoba badana może tutaj osiągać bardzo wysokie wyniki w Rzędach 1 i 3 oraz wykazywać jednocześnie niski wynik w Rzędzie 2, na przykład z powodu wygórowanych oczekiwań w stosunku do siebie samej. I na odwrót, może przejawiać niskie mniemanie o sobie, o czym informować będą niskie wyniki w Rzędach 1 i 3, oraz wysoki wynik w zakresie samozadowolenia w Rzędzie 2.

Badani z obu grup uzyskali średnie w tej skali, jakkolwiek wartościowo większe od analogicznych w skali poprzedniej, to jednak usytuowane również w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 6 stena, z różnicą nieistotną statystycznie ($p > .238$). Średnia w grupie podstawowej jest większa od mediany (Me-96.00), podobnie, jak w grupie porównawczej (Me-94.00), co przy identyczności dolnych ćwiartek (Q_1 -92.00) oraz większej wartości górnej w grupie osób niepełnosprawnych (Q_3 -101.00, przy Q_3 -100.00 w grupie „B”) powoduje, że odsetki osób, zarówno jednej, jak drugiej grupy, uzyskujących wyniki niskie („A” – 22.47 %, „B” – 18.81 %) i wysokie („A” – 32.58 %, „B” – 31.68 %), są wielce zbliżone do siebie. Jedynie w przedziale wyników przeciętnych odsetek osób pełnosprawnych (49.50 %) jest większy od analogicznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (44.94 %). Odwrotna sytuacja, jeśli chodzi o wielkości procentowe osób badanych uzyskujących wyniki niskie, przeciętne i wysokie, występuje w skali *Zachowania (Rząd 3)*. Odsetki osób z wynikami niskimi („A” – 26.96 %, „B” – 27.72 %) i wysokimi („A” – 29.21 %, „B” – 33.66 %) są znacznie zbliżone do siebie, natomiast wyniki przeciętne są częstszym udziałem osób niepełnosprawnych (43.82 %) niż pełnosprawnych (38.61 %). Średnia arytmetyczna w grupie podstawowej, równowarta medianie (Me-97.00), jest większa, ale nieistotna statystycznie ($p > .171$), od porównywanej z nią średniej – większej od mediany (Me-94.00) – w grupie osób pełnosprawnych. Przy czym obie te średnie, podobnie jak w dwóch poprzednich skalach, oscylują w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 6 stena. A zatem, percepcja zachowania – *to jest to, co czynię/robie*, lub sposób funkcjonowania – *to w jest sposób postępuję*, badanych osób obu grup jest na poziomie niemalże identycznym.

Spośród pięciu skal zewnętrznego układu odniesienia jedynie w wymiarze *Ja fizyczne (Kolumna A)* osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały wyniki istotnie różniące się in minus ($p < .000$) od porównywanych z nimi wyników otrzymanych przez osoby pełnosprawne. Średnia arytmetyczna w grupie podstawowej jest znacznie mniejsza od mediany (Me-57.00), której wartość z kolei jest zbliżona do wartości górnego kwartyła (Q_3 -58.00), co przy stosunkowo niskiej wartości dolnego kwartyła (Q_1 -52.00) w tej grupie i odniesieniu tych miar do analogicznych z grupy podstawowej (Me-58.00, Q_1 -55.00, Q_3 -61.00) sprawia, iż odsetek osób z para- i tetraplegią z wynikami niskimi (29.70 %) jest znacząco większy od odsetka osób pełnosprawnych (16.85 %), znacznie większy w obszarze wyników przeciętnych (38.61 % – „A”, 30.33 % – „B”) i zdecydowanie mniejszy w granicach wyników wysokich (31.68 % – „A”, 52.80 % – „B”). Należy zatem przyjąć, że osoby niepełnosprawne przypisują niższą wartość, niż osoby pełnosprawne, swojemu ciału, stanowi zdrowia, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, co jest zgodne z wcześniejszymi ustaleniami J. Mayera i M. Eisenberga (1982).

Kolumna B, jako *Ja moralno-etyczne*, dotyczy opisu własnego *ja* w odniesieniu do wartości moralnych, stosunku do Boga, poczucia bycia „dobrym” lub „złym człowiekiem” oraz zadowolenia, lub jego braku, z wyznawanej religii. *Ja osobiste* zaś, jako *Kolumna C*, odzwierciedla osobiste poczucie własnej wartości, adekwatności własnej osoby oraz ocenę swojej osobowości w odrębności od

swojego ciała i stosunku do innych ludzi. *Kolumna D*, czyli *Ja rodzinne*, stanowi odbicie odczuć osoby badanej jako członka rodziny w odniesieniu do współwerności, wartości i cnót. Odnosi się ona także do percepcji własnego *ja*, z uwzględnieniem najbliższych oraz obecnego kręgu osób znajomych. Średnie arytmetyczne otrzymane w tych skalach przez osoby z para- i tetraplegią są nieco większe od analogicznych uzyskanych przez osoby pełnosprawne, ale nieistotne statystycznie ($p > .504-.309$), i wszystkie one znajdują się w przedziale 5-6 stena, czyli w obszarze wyników przeciętnych. Odsetek osób z wynikami wysokimi w *Kolumnie D* jest wyższy w grupie podstawowej (43.82 %) niż porównawczej (37.62 %) oraz niższy z wynikami przeciętnymi („A” – 28.08 %, „B” – 32.67 %), tak jak niższy z wynikami niskimi w *Kolumnie B* („A” – 17.97 %, „B” – 22.77 %) oraz wyższy z wynikami przeciętnymi („A” – 42.69 %, „B” – 37.62 %). Pozostałe odsetki w analizowanych tu skalach, zarówno w jednej, jak drugiej grupie, są wielce zbliżone do siebie, o czym informują wartości dolnego i górnego kwartyła oraz mediany (*Ja moralno-etyczne* – „A”: $Q_1-54.00$, $Q_3-58.00$, Me-55.00, „B”: $Q_1-53.00$, $Q_3-58.00$, Me-56.00; *Ja osobiste* – „A”: $Q_1-49.00$, $Q_3-56.00$, Me-53.00, „B”: $Q_1-51.00$, $Q_3-56.00$, Me-56.00; *Ja rodzinne* – „A”: $Q_1-53.00$, $Q_3-59.00$, Me-56.00, „B”: $Q_1-52.00$, $Q_3-58.00$, Me-56.00). Można więc powiedzieć, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały tutaj jedynie wyższą tendencję, niż osoby pełnosprawne, do przypisywania sobie pozytywnych cech w wymiarze *Ja rodzinne* oraz niższą w wymiarze *Ja moralno-etyczne*.

Również porównanie badanych grup osób w *Kolumnie E*, czyli *Ja społeczne*, nie wykazało różnicy na poziomie ufności ($p > .199$). Obie średnie są usytuowane w wąskim przedziale 5 stena, przy czym średnia w grupie podstawowej jest równa medianie (Me-56.00), a w grupie porównawczej niższa (Me-58.00), co przy mniejszym dolnym i górnym kwartylu w grupie osób z para- i tetraplegią ($Q_1-53.00$ i $Q_3-58.00$) niż w grupie porównawczej ($Q_1-54.00$ i $Q_3-59.00$) oraz mniejszej koncentracji poszczególnych jednostek wokół średniej w tej grupie [Ku-2.281 – „A”, (-).596 – „B”] wskazuje, iż odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (26.73 %) jest zdecydowanie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (50.49 %), znacznie większy z wynikami przeciętnymi („A” – 44.94 %, „B” – 27.72 %) oraz nieco większy z wynikami niskimi („A” – 44.94 %, „B” – 27.72 %). Należy więc przyjąć, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne odzwierciedlają poczucie adekwatności własnej wartości okazywanej w społecznych interakcjach z innymi osobami – *Ja spostrzegane w stosunku do innych osób* (Fitts, 1965, s. 3).

W. Fitts (1965) podaje, że wyniki wewnętrznego i zewnętrznego układu odniesienia oraz *Ogólnej punktacji pozytywnej*, jako skale *Pozytywnego nastawienia do siebie* (PS), najlepiej interpretować w porównaniach wewnątrzgrupowych oraz ze skalą *Samokrytycyzmu* i jeśli na przykład wyniki w skali *Samokrytycyzmu* są niskie, to wysokie wyniki uzyskane w skalach *Optymizmu* (PS), a zwłaszcza w skali *Ogólnej punktacji pozytywnej* (P), stają się podejrzane i są prawdopodobnie spowodowane zniekształceniem prawdy w rezultacie defensywności osób badanych. Tutaj mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby

z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały średnie w skali *Sc* na poziomie wyników przeciętnych, a w skali *P* w przedziale wyników wysokich, przy pozostałych skalach *PS* w granicach wyników przeciętnych, najczęściej w ich górnych rejonach. Taka zależność konfiguracyjna ma miejsce, gdy dane te analizujemy na poziomie skali stenowej, gdzie próbkę normalizacyjną tworzą intencjonalnie dobrane osoby pełnosprawne. Zgoła inaczej wygląda to w relacji tych wyników do standardu podanego przez W. Fittsa (wykres 6). O ile bowiem, średnie obu badanych grup w skali *Sc* oscylują w rejonie wyników przeciętnych, na poziomie 50 T lub 50 centyla, o tyle w skali *P* obie średnie, zarówno osób niepełnosprawnych jak pełnosprawnych, znajdują się na poziomie wyników niskich i bardzo niskich, bo w okolicy 30 T lub 2.5 centyla, co wskazywałoby na zupełnie odmienny kierunek interpretacji. Przy czym ten kierunek interpretacji odnosi się w takim samym stopniu do badanych osób niepełnosprawnych, jak pełnosprawnych, dotyczy bowiem, jak należy sądzić, znacznego zróżnicowania kulturowego, ekonomicznego i społecznego pomiędzy populacją, dla której wykonano normy, a populacją tutaj przebadanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Jest to szczególnie widoczne w przebiegu krzywych skal wewnętrznego układu odniesienia, gdzie wyniki w *Rzędzie 2* badanych osób obu grup zostały usytuowane na skali normalizacyjnej arkusza profilu zdecydowanie wyższej od porównywanych z nimi wyników w *Rzędach 1* i *3*. Czy można zatem twierdzić, odwołując się do interpretacji Fittsa (1965), iż osoby z tych grup przejawiają tendencje w kierunku obniżonego poziomu szacunku i oczekiwań wobec swojej osoby?

Punktacja zmienności (*V*) jest pomiarem zróżnicowania, czy też niezgodności, pomiędzy jedną a drugą sferą percepcji własnego *ja*, a innymi słowy – jest pomiarem braku konsekwencji przy przejściu z jednego pola samopercepcji na drugie. Wysoka punktacja oznacza tutaj, że osoba badana jest raczej niestała pod tym względem, natomiast niska wskazuje na niski poziom zmienności, co może niekiedy, w sytuacji, gdy wyniki będą skrajnie niskie, doprowadzić do sztywności. *Ogólna zmienność (TotV)* reprezentuje całkowitą sumę zmienności w odniesieniu do pojedynczego rekordu. Wynik wysoki oznacza, że samoocena osoby badanej, ze względu na znaczne zróżnicowanie pomiędzy jedną sferą a drugą, charakteryzuje się małą jednością lub integracją. Uzyskujący taką punktację przejawiają tendencje do szufladkowania pewnych sfer własnego *ja* i do widzenia tych sfer w izolacji od pozostałych. Dobrze zintegrowane osoby generalnie uzyskują wyniki poniżej średniej. Skale *Zmienności w kolumnach (KtV)* oraz *Zmienności w rzędach (RtV)* mierzą, a w sensie dosłownym sumują wariancje w obrębie kolumn i rzędów. Zarówno *Ogólna zmienność* ($p > .126$), jak *Zmienność w kolumnach* ($p > .186$) i *Zmienność w rzędach* ($p > .153$) nie różnicują badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Porównywane średnie arytmetyczne są wyższe w grupie podstawowej niż w grupie odniesienia, przy czym wszystkie one znajdują się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 6 stena. Otrzymane wartości liczbowe mediany oraz dolnej i górnej ćwiartki w obu grupach (*TotV* – „A”: Me-38.00, Q₁-30.00, Q₃-44.00, „B”: Me-35.00, Q₁-24.00, Q₃-45.50; *KtV* – „A”: Me-21.00, Q₁-17.00, Q₃-26.00, „B”: Me-19.00, Q₁-15.00, Q₃-28.00 oraz *RtV* – „A”: Me-16.00, Q₁-12.00, Q₃-18.00,

„B”): Me-14.00, Q_1 -11.00, Q_3 -18.00) sprawiają, iż odsetki osób z para- i tetraplegią z wynikami przeciętnymi ($TotV$ – 48.31 %, KtV – 62.92 % i RtV – 57.30 %) są w każdej z tych skal zdecydowanie większe od odsetek osób pełnosprawnych ($TotV$ – 36.63 %, KtV – 37.62 % i RtV – 52.47 %) oraz zdecydowanie mniejsze w obszarze wyników niskich („A”): $TotV$ – 13.48 %, KtV – 13.48 %, RtV – .00 %; „B”): $TotV$ – 29.70 %, KtV – 30.69 %, RtV – 9.99 %). Jedynie w przedziale wyników wysokich odsetek osób niepełnosprawnych jest większy od odsetka osób pełnosprawnych w skali RtV („A” – 42.69 %, „B” – 37.62 %), mniejszy w skali KtV („A” – 23.59 %, „B” – 31.68 %) oraz niemalże tożsamy w skali $TotV$ („A” – 33.70 %, „B” – 33.66 %). Należy zatem przyjąć, biorąc dodatkowo pod uwagę usytuowanie średnich z tych skal na arkuszu profilu (przedział 34 i 44 T lub 12 i 23 centyla), iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne wykazują większą zmienność percepcyjną, czyli nieco mniejszą integrację osobowości. Odwołując się jednak do umiejscowienia obu krzywych na arkuszu profilu nie sposób nie zauważyć, że zarówno badane osoby niepełnosprawne, jak pełnosprawne sytuują się poniżej średniej, w odniesieniu do standardu W. Fittsa, czyli że są dobrze zintegrowane.

Punktacja *Dystrybucji* (D) określa sposób, w jaki osoba badana dokonuje rozmieszczenia swoich odpowiedzi na pięciostopniowej podziałce TSCS. Interpretuje się ją także jako pomiar jeszcze jednego aspektu percepcji siebie, a mianowicie: pewności co do sposobu, w jaki spostrzega siebie osoba badana. Wyniki wysokie wskazują na zdecydowanie i pewność w tym, co się mówi o sobie, wyniki niskie oznaczają przeciwieństwo poprzedniego. Niskie wyniki stwierdza się niekiedy, jak podaje W. Fitts (1965), u osób nastawionych defensywnie, wykazujących blokadę psychiczną. Są one zamknięte, odgradzone od rzeczywistości, dlatego też unikają prawdziwego zaangażowania się, co wyraża się poprzez zaznaczanie na arkuszu odpowiedzi oznaczonej numerem „3” – *częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe*. Ekstremalne wyniki tej zmiennej są niepożądane w żadnym kierunku. Najczęściej uzyskuje się je od osób z różnego rodzaju schorzeniami psychicznymi. Na przykład osoby chore na schizofrenię często wybierają odpowiedzi skrajne, tworząc jednocześnie bardzo wysoką punktację D . Inne osoby z zaburzeniami psychicznymi są ekstremalnie niepewne i niezangażowane w opisy swojego własnego ja, dokonują wyboru z przewagą odpowiedzi „2” – *raczej nieprawdziwe*, „3” lub „4” – *raczej prawdziwe*, uzyskując zarazem bardzo niską punktację D . Osoby z para- i tetraplegią otrzymały w tej skali średnią arytmetyczną mniejszą, na poziomie zbliżonym do ufności ($p < .066$), od porównywanej z nią średniej osób pełnosprawnych, przy czym obie one znajdują się na przeciwstawnych biegunach wąskiego przedziału wyników przeciętnych (5 sten) oraz są większe od median (Me-88.00 – „A”, Me-84.00 – „B”), co przy przeciętnych i poniżej nich wartościach dolnego i górnego kwartyła (Q_1 -70.00 i Q_3 -103.00 – „A”; Q_1 -69.00 i Q_3 -105.00 – „B”) sprawiło, iż odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami niskimi (11.23 %) jest znacznie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (23.76.00 %), nieco mniejszy w przedziale wyników wysokich (25.84 % – „A”, 32.67 % – „B”) i zdecydowanie większy w obszarze wyników przeciętnych (62.92 % – „A”, 43.56 %

– „B”). Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego istotnie częściej niż osoby pełnosprawne dokonywały wyboru odpowiedzi skrajnych: „5” – *w pełni prawdziwe* ($p < .004$) i „1” – *w pełni nieprawdziwe* ($p = .063$), oraz istotnie rzadziej odpowiedzi pośrednich: „4” ($p < .036$) i „2” ($p = .055$), chociaż zarówno jedno, jak i drugie, najczęściej opowiadały się za odpowiedziami neutralnymi – „3”, z różnicą nieistotną statystycznie ($p > .498$). Można zatem stwierdzić, iż badani obu grup nie wykazują, co dodatkowo sugeruje usytuowanie wskaźników rozmieszczenia na skali normalizacyjnej arkusza profilu (34-37 T lub 9-12 centyl), większego zdecydowania i pewności siebie w tym, co robią. Przejawiają raczej tendencję do defensywności i zamykania się w sobie. W nieco większym stopniu dotyczy to osób niepełnosprawnych.

W wyniku przeprowadzonych tu analiz ustalono, że badana grupa osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego prezentowała profil samooceny nieznacznie różniący się od profilu osiągniętego przez porównywaną z nią grupę osób pełnosprawnych. Jednakże operowanie tutaj tylko porównaniami między średnimi, aczkolwiek wskazane, ponieważ wykazuje różnice i ich kierunki w badanych profilach, jest mimo wszystko niewystarczające, gdyż dwubiegunowość poszczególnych skal testu wcale nie musi świadczyć o tym, iż uzyskanie wyższych wyników w jednym z profili wiąże się automatycznie z obiektywnie lepszymi cechami koncepcji siebie, a tym samym lepszym funkcjonowaniem osobistym. Oto bowiem w analizowanych tu profilach samooceny w zdecydowanej większości jego wymiarów, średnie uzyskane przez osoby niepełnosprawne ruchowo były wyższe, najczęściej z różnicą na poziomie losowym lub wybitnie losowym, od porównywanych z grupy odniesienia osób pełnosprawnych i jedynie w skali *Ja fizyczne* różnica między grupą podstawową a porównawczą była istotnie wyższa na korzyść tej ostatniej. Świadczyły one jednak nie tyle o tym, że osoby osiągające je znajdują się w lepszej sytuacji psychologicznej od porównywanych osób pełnosprawnych, czego nie można stwierdzić, co przede wszystkim o zgodności w oznajmianych przez nie cechach osobowościowych i prawidłowym przebiegu profilu.

Charakterystyka osobowości badanej grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego sprowadzała się zatem do odnotowania stwierdzeń o orzekaniu przez te osoby „mniejszych lub większych skłonności”, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, do zachowań opisywanych przede wszystkim jako reprezentatywne dla wyników przeciętnych. Stąd ustalono, że osoby z para- i tetraplegią w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają tendencje w kierunku obronności i ukazywania siebie w lepszym świetle. Są one nieco bardziej skoncentrowane na sobie, przez co częściej afirmują swoje cechy pozytywne, niekiedy nawet za cenę konfliktów w percepcji własnej osoby. Osoby te lubią siebie, ujawniają poczucie wiary w siebie i wartościowości. Niższą jednak wartość, niż osoby pełnosprawne, przypisują swojemu ciału, stanowi zdrowia, wyglądowni fizycznemu, sprawności i seksualności, w mniejszym też stopniu odzwierciedlają poczucie adekwatności własnej wartości okazywanej w interakcjach społecznych z innymi osobami, co może wynikać z nieco mniejszej u nich integracji osobowości oraz większej skłonności do defensywności i zamykania się w sobie.

Odwołanie do przebiegu krzywych w arkuszu profilu pozwala zauważyć się, że wyniki badanych osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych znacząco odbiegają od standardu opracowanego przez W. Fittsa (1965). W skali *Samokrytycyzmu* i punktacji zmienności są one w granicach normy, w skalach *Optymizmu* i punktacji *Dystrybucji* poniżej, natomiast w punktacji konfliktu i *Wskaźniku prawda/fałsz* powyżej niej. Oczywiście nie jest to *sensu stricte* płaszczyzna odniesienia, niemniej jednak może ona stanowić pewną wskazówkę interpretacyjną, co było tu czynione. Na przykład, najniższe wyniki, po danych ze skali *Zadowolenia z siebie*, uzyskały osoby badane, ale już jedynie osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w skali *Ja fizyczne*, a w szczególności w wymiarze *body catheris*, rozumianym jako stopień satysfakcji, lub jej braku, z odczuwania własnego ciała. Wyniki te bowiem wskazują, że odczucia w obszarze własnego ciała są współmierne do odczuć poszczególnych wymiarów koncepcji własnej osoby, czyli że *body catheris* jest nierozzerwalny z koncepcją *ja* oraz z poczuciem psychicznej niepewności, związanej – generalnie – z psychicznym poczuciem straty, o czym m.in. mówią P. Scolard i S. Jourard (1953) oraz J. Weinberg (1982).

3. Nasilenie potrzeb psychicznych u osób badanych

Stany po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, jako kategorie schorzeń obejmujące najcięższe przypadki fizycznych defektów ciała, pod postacią m.in.: niezdolności do normalnego poruszania się i chodzenia, zniesienia wszystkich rodzajów czucia, porażenia zwieraczy, zaburzeń w funkcjonowaniu seksualnym, podatności na infekcje i odleżyny oraz obniżenia ogólnej wydolności fizycznej organizmu, pociągają za sobą cały szereg ograniczeń w sferze psychicznej i społecznej osób doświadczających ich. W rozdziale II niniejszej pracy omówiona została rola i znaczenie niektórych z psychospołecznych determinant funkcjonowania „człowieka rdzeniowego”, w tym potrzeb psychicznych. W konkluzji dyskusji nad nimi stwierdzono, iż osoby niepełnosprawne pomimo określonych braków fizycznych mają takie same potrzeby psychiczne jak wszyscy ludzie i tak samo dążą do ich zaspokojenia, chociaż nie wszystkie one odgrywają u nich jednakową rolę oraz że niepełnosprawność utrudnia ich zaspokajanie, prowadząc niekiedy do frustracji, czego naturalną konsekwencją mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. Stąd też w szerokim rozumieniu procesu rehabilitacyjnego istotne jest nie tyle poznanie potrzeb psychicznych występujących u osób niepełnosprawnych, co określenie ich stopnia nasilenia.

Pomiaru nasilenia potrzeb psychicznych badanych osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych dokonano opierając się na wartościach Kwestionariusza H. A. Murraya. Zaproponowany tutaj model badawczy sprowadzał się nie tylko do porównania średnich arytmetycznych za pomocą testów różnic t^0 lub C^0 w obszarze 19 wymiarów kwestionariusza pomiędzy badanymi grupami osób

z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych, ale również do przekształcenia wyników surowych w grupie porównawczej na jednostki skali stenowej i na podstawie tak uzyskanych norm (zob. Brzeziński, 1980) określenia wskaźników stenowych dla poszczególnych osób z grupy podstawowej, następnie do porangowania poszczególnych skal w badanych grupach „A” i „B” i obliczenia współczynnika korelacji rangowej Spearmana – r_s między otrzymanymi hierarchiami oraz do przeprowadzenia analizy regresji wielokrotnej, celem określenia siły związku, powiązań między poszczególnymi potrzebami psychicznymi w obu badanych grupach.

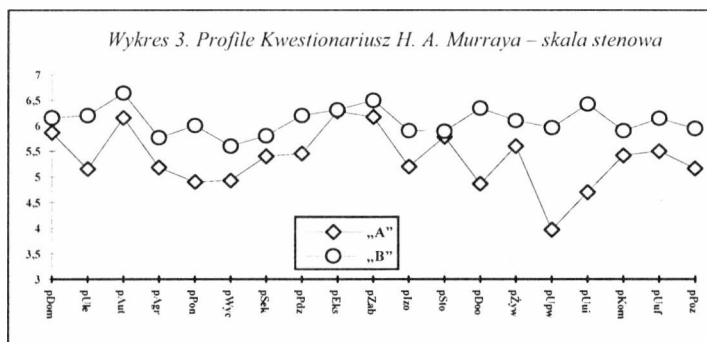
Tabela 10. Kwestionariusz H. A. Murraya – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t'/C"	p
	M	SD	M	SD		
Potrzeba dominacji (<i>pDom</i>)	22.367	4.698	24.040	4.435	-2.495	.0134*
Potrzeba uległości (<i>pUle</i>)	24.218	3.714	26.101	3.558	-3.526	.0005*
Potrzeba autonomii (<i>pAut</i>)	23.264	4.221	24.363	4.480	-1.715	.0879~
Potrzeba agresywności (<i>pAgr</i>)	21.091	4.186	22.767	4.700	-2.552	.0115*
Potrzeba poniżania się (<i>pPon</i>)	20.505	3.985	22.929	4.366	-3.933	.0001*
Potrzeba wyczynu (<i>pWyc</i>)	22.873	4.395	23.828	3.639	-1.619	.1069
Potrzeba seksualna (<i>pSek</i>)	22.126	5.395	23.696	4.912	-2.077	.0391*
Potrzeba przyjemnych doznań zmysłowych (<i>pPdz</i>)	22.701	5.002	24.494	4.616	-2.542	.0118*
Potrzeba ekshibicjonizmu (<i>pEks</i>)	21.448	4.358	21.515	5.101	-.095	.9240
Potrzeba zabawy (<i>pZab</i>)	22.241	4.521	23.474	4.262	-1.913	.0571~
Potrzeba odrzucania, izolacji (<i>pIzo</i>)	20.436	3.740	22.727	4.065	-3.979	.0000*
Potrzeba stowarzyszania (<i>pSto</i>)	25.655	4.347	25.777	4.124	-.197	.8438
Potrzeba doznawania opieki i oparcia (<i>pDoo</i>)	21.839	4.369	24.232	4.801	-3.536	.0005*
Potrzeba żywienia i opiekowania się kimś (<i>pŻyw</i>)	26.620	4.565	27.666	4.237	-1.619	.1069
Potrzeba unik. poniżenia we własnych oczach (<i>pUpw</i>)	21.919	4.939	25.424	4.481	-5.072	.0000*
Potrzeba unikania urazu ze strony innych ludzi (<i>pUui</i>)	22.459	3.429	24.323	3.158	-3.856	.0001*
Potrzeba kompensacji (<i>pKom</i>)	23.206	3.657	24.474	3.423	-2.440	.0156*
Potrzeba unikania urazu fizycznego (<i>pUuf</i>)	18.781	5.241	21.313	6.816	-2.809	.0054*
Potrzeba poznawcza (<i>pPoz</i>)	22.839	3.842	25.313	4.181	-4.181	.0000*

Z uzyskanych danych liczbowych, prezentowanych w tabeli 10 wynika, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu do osób pełnosprawnych wykazują zdecydowanie niższy poziom nasilenia potrzeb psychicznych. W trzynastu spośród 19 skal kwestionariusza różnice okazały się istotne statystycznie na poziomie $p < .039-.000$, a w kolejnych dwóch skalach zbliżone do istotnych ($p \sim .087-.057$), wszystkie na korzyść osób pełnosprawnych. Również w pozostałych czterech skalach, a mianowicie: *potrzeba ekshibicjonizmu*, *potrzeba stowarzyszania*, *potrzeba wyczynu*, *potrzeba żywienia i opiekowania się kimś*, w których nie stwierdzono zróżnicowania poziomów nasilenia, średnie w grupie porównawczej były wyższe niż w grupie podstawowej.

Wszystkie średnie wyniki przeliczone, otrzymane w grupie osób pełnosprawnych, znajdują się w przedziale od 5.60 stena do 6.64 stena, ze średnią na poziomie 6.09 stena, co w grupie podstawowej ma miejsce w sześciu skalach, w tym trzy wyniki powyżej 6 stena, przy czterech skalach o wynikach na poziomie 4 stena – do wysokości 5 stena oraz jednym wyniku poniżej 4 stena. Rozpiętość więc między najniższym a najwyższym wynikiem w próbie norma-

lizacyjnej wynosi 1.04 stena, natomiast w grupie podstawowej zawiera się w przedziale 2.31 stena. Najwyższy bowiem wynik oscyluje wokół 6.28 stena, najniższy zaś na poziomie 3.97 stena. Średnia ze wszystkich skal dla tej grupy równa się 5.35 stena, czyli jest niższa o .74 stena od średniej dla grupy porównawczej. A zatem, krzywa profilu grupy podstawowej przebiega poniżej średniego wyniku standardowego, 16 wyników znajduje się poniżej 6.09 stena, co



świadczy o zdecydowanie niższym, w porównaniu do osób pełnosprawnych, nasileniu potrzeb psychicznych badanych osób z para- i tetraplegią. Należy jednakże zaznaczyć, iż układ odniesienia, jaki pozwalałby orzekać w sposób względnie uprawniony o stopniu nasilenia potrzeb osoby badanej, nie jest hipotetycznym układem wyników maksymalnych, ale układem odzwierciedlającym średnie wyniki w populacji, dla jakiej opracowano normy, stąd nie zawsze średni wynik przeliczony z danej skali musi być zgodny z przejawianymi tendencjami cech zachowania badanych osób (reprezentatywnych dla tego wymiaru kwestionariusza). Dlatego ważne jest tutaj przeanalizowanie otrzymanych wskaźników regresji wielokrotnej oraz parametrów opisowych zbiorowości statystycznej, jak miary pozycyjne, miary tendencji centralnej etc., poszczególnych skal kwestionariusza, a jeszcze wcześniej przeanalizowanie hierarchii potrzeb otrzymanych w grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych.

Średnim arytmetycznym wyników surowych przypisano rangi od 1 do 19, zaczynając od skali z najwyższym, a kończąc na skali z najniższym stopniem nasilenia, po czym obliczono współczynnik korelacji rangowej Spearmana – r_s , sprawdzając tym samym, w jakim stopniu ustalone hierarchie potrzeb w grupach „A” i „B” są do siebie podobne (tabela 11).

Otrzymane pozycje rangowe i wartość współczynnika korelacji r_s , na poziomie ufności $p < .000$, pozwalają orzec, iż grupa osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest wysoce podobna do grupy osób pełnosprawnych pod względem hierarchii stopnia nasilenia potrzeb. Najwyższą pozycję w hierarchiach nasilenia potrzeb obu badanych grup osiągnęła *potrzeba żywienia i opiekania się kimś*, najniższą zaś *potrzeba unikania urazu fizycznego*. Układy hierarchiczne pozostałych potrzeb, oprócz *potrzeby agresywności*, były już bardziej zróżnicowane w analizowanych grupach. Różnice, wahające się od jednej do trzech rang, stwierdzono w następujących skalach: *potrzeba dominacji*, *potrzeba uległości*, *potrzeba seksualna*, *potrzeba odrzucania*, *izolacji*, *potrzeba stowarzyszania*,

potrzeba poniżania się, potrzeba przyjemnych doznań zmysłowych, potrzeba kompensacji, potrzeba poznawcza, potrzeba ekshibicjonizmu, potrzeba zabawy. W pozostałych czterech skalach rozbieżności w porównywanych hierarchiach były już znaczniejsze; dotyczyły one: *potrzeby unikania poniżenia we własnych oczach* – nisko usytuowana w grupie podstawowej i wyżej, o 9 rang, w grupie porównawczej, *potrzeby wyczynu* – z wysoką pozycją w grupie podstawowej i niższą, o 6 rang, w grupie porównawczej, *potrzeby autonomii* – wysoko zloka-

Tabela 11. Podobieństwo hierarchii potrzeb w wymiarach Kwestionariusza H. A. Murraya w grupach „A” i „B”

Nazwa i symbol skali	R – ranga	
	„A”	„B”
1. Potrzeba dominacji (<i>pDom</i>)	10	11
2. Potrzeba uległości (<i>pUle</i>)	3	2
3. Potrzeba autonomii (<i>pAut</i>)	4	8
4. Potrzeba agresywności (<i>pAgr</i>)	16	16
5. Potrzeba poniżania się (<i>pPon</i>)	17	15
6. Potrzeba wyczynu (<i>pWyc</i>)	6	12
7. Potrzeba seksualna (<i>pSek</i>)	12	13
8. Potrzeba przyjemnych doznań zmysłowych (<i>pPdz</i>)	8	6
9. Potrzeba ekshibicjonizmu (<i>pEks</i>)	15	18
10. Potrzeba zabawy (<i>pZab</i>)	11	14
11. Potrzeba odrzucania, izolacji (<i>pIzo</i>)	18	17
12. Potrzeba stowarzyszenia (<i>pSto</i>)	2	3
13. Potrzeba doznawania opieki i oparcia (<i>pDoo</i>)	14	10
14. Potrzeba żywienia i opiekowania się kimś (<i>pŻyw</i>)	1	1
15. Potrzeba unikania poniż. we własnych oczach (<i>pUpw</i>)	13	4
16. Potrzeba unikania urazu ze strony innych ludzi (<i>pUui</i>)	9	9
17. Potrzeba kompensacji (<i>pKom</i>)	5	7
18. Potrzeba unikania urazu fizycznego (<i>pUuf</i>)	19	19
19. Potrzeba poznawcza (<i>pPoz</i>)	7	5
Współczynnik korelacji rangowej Spearmana	r_s	835
	p	.0000*

lizowana w grupie osób niepełnosprawnych i odpowiednio niżej, o 4 rangi, w grupie osób pełnosprawnych oraz *potrzeby doznawania opieki i oparcia* – stosunkowo nisko ulokowana w grupie podstawowej i wyżej, o 4 rangi, w grupie porównawczej.

Wysoka zbieżność hierarchii nasilenia potrzeb oraz znacząco istotne różnicowanie ich stopnia nasilenia w badanych grupach sprawiają, co jest ukazane na wykresie 3, iż profil stenowy nasilenia potrzeb osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest równolegle przesunięty poniżej analogicznego profilu osób pełnosprawnych. Jakiego jednak typu i rodzaju jest to przesunięcie (różnica), czyli jaką wartość treściową poszczególnych potrzeb przejawiają osoby badane – to pytanie, na które odpowiedź można udzielić dopiero po przeanalizowaniu parametrów opisowych wyników uzyskanych w porównywanych grupach w obszarze wszystkich skal kwestionariusza oraz oceny uzyskanych wskaźników z przeprowadzonej analizy regresji wielokrotnej.

Analiza regresji wielokrotnej pozwala ustalić, jaki procent wariancji zmiennej, określonej jako zależna w modelu korelacyjno-regresyjnym, wyjaśniany jest przez liniową kombinację zmiennych niezależnych; o czym informuje, o sile

związku między zmienną zależną a zmiennymi niezależnymi, współczynnik regresji wielokrotnej (F^0). Tutaj, nieco ważniejsze wydaje się uzyskanie informacji, również dzięki tej analizie, które zmienne i w jakim stopniu są istotne w równaniu regresyjnym (β), czyli jaki układ zmiennych niezależnych ma znaczenie w wyjaśnianiu zmiennej zależnej, a innymi słowy, które skale najczęściej łączą się ze sobą, a które stoją w sprzeczności do siebie. Już z pobieżnej analizy uzyskanych danych wynika, iż sieć powiązań poszczególnych potrzeb w grupie osób pełnosprawnych jest zbliżona do modelowej sieci powiązań przedstawionej przez H. Murraya (1953; por. Siek, 1983). Wszystkie współczynniki F^0 są istotne na poziomie $p < .000$, przy czym najwyższą wartość współczynnika – $F^0 - 30.387$ stwierdzono w skali *potrzeby doznawania opieki i oparcia*, najniższą – $F^0 - 7.856$ w skali *potrzeby przyjemnych doznań zmysłowych*. W tej grupie osób badanych poszczególne potrzeby (skale) wchodziły w fuzje przeciętnie z 4.36 potrzebami, a popadały w konflikty z 2.47 potrzebami. W grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego również wszystkie 19 współczynników regresji wielokrotnej było na poziomie ufności $p < .000$, od najniższego współczynnika – $F^0 - 3.128$ w skali *potrzeby unikania urazu fizycznego* do najwyższego – $F^0 - 10.599$ w skali *potrzeby unikania poniżenia we własnych oczach*, ale stosunkowo niewielkie przeciętne liczby pozytywnych powiązań i konfliktów z innymi potrzebami, wynoszące odpowiednio 2.52 i .31 potrzeb, oraz znaczne zróżnicowanie konfiguracyjne sieci, w porównaniu do stanu modelowego i sieci grupy porównawczej, nakazują przeprowadzenie szczegółowej analizy wszystkich skal kwestionariusza.

Potrzeba dominacji w grupie osób z para- i tetraplegią ściśle łączy się (podane wartości β są istotne na poziomie $p < .005$) z potrzebami: *zabawy* ($\beta - .284$), *ekshibicjonizmu* ($\beta - .282$), *izolacji* ($\beta - .228$) i *autonomii* ($\beta - .221$). Średnia w tej grupie jest większa od mediany ($Me - 22.00$), analogicznie jak w grupie porównawczej ($Me - 23.00$), przy czym obie te wartości, pomimo różnicy istotnej statystycznie ($p < .013$), mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Identyczna jest również wartość górnego kwartyła ($Q_3 - 26.00$) w obu grupach, wskazująca na zbliżone odsetki osób uzyskujących wysoki poziom nasilenia potrzeby. Zróżnicowanie wyników ma miejsce w obszarze wyników przeciętnych i niskich, o czym informują wartości dolnego kwartyła ($Q_1 - 18.00$ w grupie „A” i $Q_1 - 21.00$ w grupie „B”). Odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi – 35.63 %, jest znacznie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych – 51.00 % oraz zdecydowanie większy w wynikach niskich, gdzie odpowiednio 39.08 % osób w grupie podstawowej i 13.00 % osób w grupie porównawczej uzyskało wyniki na tym poziomie. Sądzić zatem należy, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają pragnienie kontrolowania biegu zdarzeń, w tym kontrolowania własnych myśli, uczuć i impulsów oraz zachowań innych osób. Fuzje z innymi potrzebami ukazują tendencje tych osób do, z jednej strony, rozwijania samokontroli, powściągnięcia własnych impulsów i popędów, z drugiej zaś do wywołania wrażeń, bycia widzialnym i słyszalnym.

Średnie arytmetyczne uzyskane przez osoby niepełnosprawne i pełnosprawne w skali *potrzeby uległości* są zróżnicowane na poziomie $p < .000$ i każda

z nich jest nieco większa od wyliczonych w tych grupach median (Me-24.00 – „A”, Me-26.00 – „B”). Przy czym, obie średnie sytuują się w przedziale wyników przeciętnych (5-6 sten), na ich obrzeżach. Zarówno dolny, jak i górny kwartyl w grupie podstawowej (Q_1 -22.00 i Q_3 -27.00) jest mniejszy od porównywanych z nimi ćwiartek w grupie porównawczej (Q_1 -23.00 i Q_3 -28.00), co wyraża się w tym, iż odsetek osób badanych uzyskujących wyniki przeciętne jest niemal identyczny w obu grupach („A” – 34.48 %, „B” – 36.00 %), ale już w granicach wyników wysokich odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (20.68 %) jest zdecydowanie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (35.00 %), a w obszarze wyników niskich zdecydowanie większy („A” – 44.82 %, „B” – 29.00 %). *Potrzeba uległości*, łącząc się, w grupie podstawowej, z potrzebami: *żywienia i opiekowania się kimś* (β -303), *wyczynu* (β -273) i *kompensacji* (β -248) oraz będąc w konflikcie z *potrzebą autonomii* [β (-).280], skłania do przyjęcia twierdzenia, że osoby z para- i tetraplegią, jakkolwiek nie wykazują przesadnej skłonności do admidrowania innych, na przykład okazywania osobom wyżej stojącym czci, honorów i nazbyt chętnego wykonywania tego, co one sugerują lub polecają, to jednak przejawiają tendencje do współpracy, spełniania drobnych usług etc.

Pragnienie bycia wolnym i niezależnym w działaniu, kierowanie się własnymi impulsami oraz niebranie na siebie odpowiedzialności to podstawowe cechy *potrzeby autonomii*. Obie średnie tej skali w porównywanych populacjach są większe od median (Me-23.00) i znajdują się na poziomie wyników przeciętnych (6 sten). Różnica między nimi jest zbliżona do istotnej ($p \sim .087$), na co niewątpliwie wpływ miał rozkład wyników wysokich w próbach. Wartość górnej ćwiartki w grupie porównawczej (Q_3 -28.00) jest większa, przy identycznej w obu grupach wielkości ćwiartki dolnej (Q_1 -21.00), od analogicznej w grupie podstawowej (Q_3 -26.00), co przekłada się na następujące odsetki osób badanych z wynikami wysokimi: 29.88 % w grupie „A” i 37.00 % w grupie „B”. Potrzeba ta, łącząc się jednocześnie w grupie podstawowej z *potrzebą agresywności* (β -.433) i *potrzebą dominacji* (β -.254) oraz będąc w sprzeczności z *potrzebą uległości* [β (-).250], pozwala orzec, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przejawiają wiele zachowań charakteryzujących się opieraniem lub buntem przeciw ograniczeniom, a dominowanie i agresywność, instrumentalizując – w pewnym stopniu – te zachowania, same w sobie nie wykazują znaczącego nasilenia.

Potwierdzają to wyniki ze skali *potrzeby agresywności*, gdzie już sam fakt wejścia jej w fuzję z potrzebami: *autonomii* (β -.458), *przyjemnych doznań zmysłowych* (β -.322) i *izolacji* (β -.258), przy jednocześnie średniej arytmetycznej większej od mediany (Me-20.00), usytuowanej w dolnej granicy wyników przeciętnych (5 sten), przy czym średnia w grupie porównawczej, różnicująca na poziomie $p < .011$, z uwagi na mniejszą wartość od mediany (Me-23.00) również usytuowana w dolnym rejonie wyników przeciętnych (5 sten), wskazuje na jej niskie nasilenie. Osoby z para- i tetraplegią wykazują się większą koncentracją poszczególnych jednostek wokół średnich [Ku(-).049] oraz większą skośnością (Sk-.455) niż osoby pełnosprawne [Ku(-).607; Sk(-).106], czego wyrazem jest mniejszy odsetek osób z grupy podstawowej, bo 14.94 %, przy 34.00 % w gru-

pie porównawczej, uzyskujących wyniki wysokie oraz większy odsetek (50.57 %, przy 30.00 % w grupie „B”) w wynikami niskimi. Można zatem przyjąć, iż osoby badane, a zwłaszcza osoby niepełnosprawne, nie ujawniają w sposób widoczny uczuć charakterystycznych dla tej potrzeby, jak irytacja, złość, wściekłość czy nienawiść.

Podobnie rzecz się ma z *potrzebą poniżania się*, gdzie odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego z wynikami niskimi (50.57 %) jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych (26.00 %), nieco mniejszy w obszarze wyników przeciętnych (37.93 % – „A”, 42.00 % – „B”) i znacząco mniejszy w granicach wyników wysokich (11.49 % – „A”, 32.00 % – „B”). Średnia, istotnie niższa od porównywanej z nią osób pełnosprawnych ($p < .000$), jest większa od mediany (Me-20.00, Me-23.00 – „B”), co przy niskich wartościach dolnej i górnej ćwiartki (Q_1 -17.00 i Q_3 -24.00; Q_1 -20.00 i Q_3 -26.00 – „B”) mieści ją w przedziale wyników niskich (4 sten, średnia grupy porównawczej na poziomie 5 stena). Potrzeba ta, jej poziom nasilenia, łącząc się z *potrzebą unikania poniżenia we własnych oczach* (β -.361) i *doznawania opieki i oparcia* (β -.291), ujawnia zatem niski stopień przyjmowania przez osoby niepełnosprawne postawy biernej, potulnego poddawania się presji otoczenia społecznego, a takie uczucia, charakterystyczne dla tej potrzeby, jak: wstyd, poczucie winy, pokora, rozpacz nie są reprezentatywne dla ich zachowań.

Potrzeba wyczynu nie różnicuje badanych osób ($p > .106$), chociaż średnia w grupie podstawowej, mniejsza od mediany (Me-23.00), znajduje się w przedziale wyników niskich, w górnych ich rejonach (4 sten), przy średniej w grupie porównawczej, również mniejszej od mediany (Me-24.00), usytuowanej w dolnych rejonach wyników przeciętnych (5 sten). Górny kwartyl jest identyczny w obu grupach (Q_3 -26.00), ale dolny już nie (Q_1 -20.00 – „A”, Q_1 -22.00 – „B”), przez co odsetki osób badanych z wynikami wysokimi i przeciętnymi są jednakowe, bo po 25.28 % w grupie podstawowej i po 35.00 % w grupie porównawczej, a w wynikach niskich zdecydowanie większy w grupie osób z para- i tetraplegią (49.42 %, przy 30.00 % w grupie „B”). Potrzeba ta wchodzi, w grupie podstawowej, w fuzję z potrzebami: *poznawczą* (β -.324), *uległości* (β -.226) i *kompensacji* (β -.222), dlatego sądzić należy, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie wykazują wysokich aspiracji, zapału czy też ambicji w przewyciężaniu przeszkód, w szczególności w realizacji celów odległych. Nie przejawiają również determinacji w przewyciężaniu zniechęcenia i znużenia.

Charakterystycznymi uczuciami *potrzeby seksualnej* są, zdaniem H. Muraya (1953, por. Siek, 1983), miłość, podniecenie seksualne i pożądanie. Wyrażają się one w takich zachowaniach, jak: nawiązywanie przygodnych znajomości, uwodzenie osób ponętnych seksualnie, szukanie przygód, zamięłowanie do zabaw i tańca. Potrzeba ta przejawia się także w pragnieniu bycia razem z wybraną osobą, wspólnej pracy, mówieniu o swoich uczuciach oraz izolowaniu się od innych. W badanej grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego ściśle łączy się ona z potrzebami: *zabawy* (β -.488), *ekshibicjonizmu* (β -.345) i *izolacji* (β -.255). Średnia w tej grupie jest nieco większa od mediany (Me-22.00), odwrotnie niż w grupie porównawczej (Me-25.00), przy czym obie te wartości, pomimo różnicy istotnej statystycznie ($p < .039$), znajdują się w przedziale wyni-

ków przeciętnych, na poziomie 5 stena. Identyczna jest również wartość dolnej ćwiartki w obu grupach (Q_1 -19.00), wskazując tym samym na zbliżone odsetki osób uzyskujących niski poziom nasilenia potrzeby. Zróznicowanie wyników ma miejsce w obszarze wyników przeciętnych i wysokich, o czym informują wartości górnej ćwiartki (Q_3 -26.00 – „A”, Q_3 -27.00 – „B”). Odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami przeciętnymi – 56.32 % jest znacznie większy od odsetka osób pełnosprawnych – 40.00 %, oraz zdecydowanie mniejszy w wynikach wysokich, gdzie odpowiednio 19.54 % osób w grupie podstawowej i 42.00 % osób w grupie porównawczej uzyskało wyniki na tym poziomie. Sądzić zatem należy, że osoby z para- i tetraplegią w mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają pragnienia i tendencje zmierzające do nawiązywania kontaktów erotycznych czy też stosunków seksualnych.

Średnie wyniki *potrzeby przyjemnych doznań zmysłowych* w porównywalnych grupach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych mieszczą się na poziomie wyników przeciętnych (5-6 sten). Różnica między nimi jest istotna na poziomie $p < .011$, co przy stosunkowo niskiej wartości dolnego kwartyła w grupie podstawowej (Q_1 -19.00, Q_1 -22.00 w grupie porównawczej) i większej średniej od mediany (Me-22.00, Me-24.00 w grupie „B”), znajduje odzwierciedlenie w procentowych rozkładach wyników wysokich, przeciętnych i niskich. Odsetek osób z para- i tetraplegią z wynikami niskimi (42.52 %) jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych (18.00 %), znacznie mniejszy w przedziale wyników przeciętnych (33.33 % – „A”, 50.00 % – „B”) i mniejszy w obszarze wyników wysokich (24.13 % – „A”, 32.00 – „B”). Potrzeba ta, zawierając jednocześnie w grupie podstawowej fuzje z potrzebami: *poznawczą* (β -.589), *agresywności* (β -.304) i *unikania poniżenia we własnych oczach* (β -.295), skłania do przyjęcia twierdzenia o przejawianiu przez osoby niepełnosprawne niższego nasilenia, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, takich cech, jak: wrażliwość, zmysłowość, dobry smak, estetyka. Jest to zastanawiające, jeśli weźmiemy pod uwagę znaczny odsetek osób niepełnosprawnych uprawiających działalność twórczą i artystyczną.

Niemal identyczne średnie arytmetyczne obu badanych populacji w skali *potrzeby ekshibicjonizmu* ($p > .924$), mieszczące się w wąskim przedziale wyników przeciętnych na poziomie 6 stena, są mniejsze od mediany (Me-21.00), co przy większej wartości górnej ćwiartki w grupie porównawczej (Q_3 -25.00) niż analogicznej w grupie podstawowej (Q_3 -24.00) i takiej samej w obu grupach wielkości dolnej ćwiartki (Q_1 -18.00) sprawia, że odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego z wynikami wysokimi (41.37 %) jest mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (46.00 %) oraz większy z wynikami przeciętnymi (39.08 % w grupie „A” i 30.00 % w grupie „B”). Potrzeba ta, łącząc się jednocześnie w grupie podstawowej z *potrzebą dominacji* (β -.301) i *potrzebą seksualną* (β -.278), pozwala orzec, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w jednakowym stopniu jak osoby pełnosprawne cechują się zachowaniami wskazującymi na chęć wywoływania wrażenia bycia widzialnymi i słyszalnymi, co może ujawniać się w postaci mówienia o sobie czy też przyciągania uwagi innych przez różne manieryzmy.

Krzywa rozkładu wyników w skali *potrzeby zabawy* w grupie podstawowej jest platykurtyczna [Ku(-).714], czego wyrazem jest nieco mniejszy odsetek osób w tej grupie, bo 34.48 %, przy 38.00 % w grupie porównawczej, uzyskujących wyniki wysokie, znacznie mniejszy w obrębie wyników przeciętnych (32.18 %, przy 45.00 % w grupie „B”) oraz zdecydowanie większy odsetek (33.33 %, przy 17.00 % w grupie „B”) z wynikami niskimi. Obie średnie, większe od median (Me-22.00), oscylują jednak wokół 6 stena, z różnicą między nimi zbliżoną do istotnej ($p \sim .057$), co w sposób jednoznaczny wskazuje, biorąc dodatkowo pod uwagę fakt, iż potrzeba ta tworzy pozytywne połączenia z potrzebami: *seksualną* (β -.405), *dominacji* (β -.312) i *stowarzyszenia* (β -.279), a także jest w konflikcie z *potrzebą żywienia i opiekania się kimś* [β (-).300] oraz *potrzebą izolacji* [β (-).240], że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w nieco mniejszym nasileniu niż osoby pełnosprawne przejawiają takie postawy, charakterystyczne dla tej potrzeby, jak: wesoły, beztroski czy zabawny.

Osoby z para- i tetraplegią uzyskały średnią w skali *potrzeby izolacji* istotnie niższą ($p < .000$) od porównywanej z nią średniej osób pełnosprawnych, przy czym obie one znajdują się na przeciwstawnych biegunach wąskiego przedziału wyników przeciętnych (5 sten), i są mniejsze od mediany (Me-21.00 – „A”, Me-23.00 – „B”), co przy niskich wartościach dolnego i górnego kwartyla (Q_1 -17.00 i Q_3 -23.00 – „A”; Q_1 -20.00 i Q_3 -25.00 – „B”) sprawia, że odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami niskimi (41.37 %) jest zdecydowanie większy niż odsetek osób pełnosprawnych (15.00 %), nieco mniejszy w przedziale wyników przeciętnych (35.63 % – „A”, 41.00 % – „B”) i znacznie mniejszy w obszarze wyników wysokich (22.98 % – „A”, 44.00 % – „B”). Potrzeba ta, tworząc jednocześnie w grupie podstawowej fuzje z potrzebami: *dominacji* (β -.316), *agresywności* (β -.295), *seksualną* (β -.267) i *unikania urazu ze strony innych ludzi* (β -.234) oraz będąc w konflikcie z *potrzebą zabawy* [β (-).300], ujawnia taki poziom unikania przez osoby niepełnosprawne osób „napiętnowanych”, czy też separowania się od nich, który charakteryzuje się niskim nasileniem pogardy, obojętności, znużenia lub odrazy.

Potrzeba stowarzyszenia nie różnicuje badanych populacji ($p > .843$), a obie średnie, w grupie podstawowej większa od mediany (Me-25.00), w grupie porównawczej mniejsza (Me-26.00), znajdują się w wąskim przedziale wyników przeciętnych (5 sten). Dolny i górny kwartył są identyczne w obu grupach (Q_1 -23.00 i Q_3 -29.00), przez co odsetki osób badanych z wynikami wysokimi są niemalże jednakowe, bo 41.37 % w grupie podstawowej i 42.00 % w grupie porównawczej, przy nieznacznym zróżnicowaniu wyników przeciętnych (35.63 % – „A”, 44.00 % – „B”) i dużej rozbieżności w wynikach niskich (22.98 % – „A”, 14.00 % – „B”). Potrzeba ta wchodzi, w grupie podstawowej, w fuzje z potrzebami: *żywienia i opiekania się kimś* (β -.426), *zabawy* (β -.328) oraz *poznawczą* (β -.260). A zatem, osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w jednakowym stopniu jak osoby pełnosprawne, przy jednakowo odmiennej konfiguracji powiązań z innymi potrzebami, zmierzają do nawiązywania kontaktów i współpracy z innymi ludźmi. Cechują je umiarkowane uczucia wiary i zaufania do ludzi, dobrej woli, miłości, sympatii i przyjaźni.

Potrzeba doznawania opieki i oparcia wyraża się, jak sama nazwa wskazuje, w szukaniu opieki i wsparcia u osób znaczących, w czerpaniu korzyści z własnych słabości i niepowodzeń, poprzez na przykład opowiadanie o własnych kłopotach i zmartwieniach czy też przesadne eksponowanie choroby. Średnia uzyskana przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, istotnie niższa od porównywanej z nią osób pełnosprawnych ($p < .000$), jest mniejsza od mediany (Me-22.00, Me-24.00 – „B”), co przy niskich wartościach dolnej i górnej ćwiartki (Q_1 -19.00 i Q_3 -24.00; Q_1 -22.00 i Q_3 -26.00 – „B”) sytuuje ją w przedziale wyników niskich (4 sten, średnia grupy porównawczej na poziomie 6 stena). Odsetek zatem osób niepełnosprawnych z wynikami niskimi (49.42 %) jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych (21.00 %), znacznie mniejszy w obszarze wyników przeciętnych (29.88 % – „A”, 41.00 % – „B”) i zdecydowanie mniejszy w przedziale wyników wysokich (20.68 % – „A”, 38.00 – „B”). Potrzeba ta, jej poziom nasilenia, łącząc się ściśle w grupie podstawowej z *potrzebą poniżania się* (β -.363), sprawia, że osoby z para- i tetraplegią nie pragną za wszelką cenę być otaczane opieką, kierowane i pocieszane, tudzież otrzymywać przywilejów.

W skali *potrzeby żywienia i opiekowania się kimś* osoby badane uzyskały najwyższe średnie ze wszystkich skal. Różnica między nimi jest nieistotna statystycznie ($p < .106$), ale zróżnicowane wartości median oraz dolnego i górnego kwartyla w badanych grupach (Me-26.00, Q_1 -23.00 i Q_3 -30.00 – „A”; Me-27.00, Q_1 -26.00 i Q_3 -31.00 – „B”) sprawiają, iż odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego z wynikami wysokimi (26.34 %) jest mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych z takimi samymi wynikami (35.00 %), zdecydowanie mniejszy z wynikami niskimi (44.82 % – „A”, 22.00 % – „B”) i mniejszy w przedziale wyników przeciętnych (28.73 % – „A”, 43.00 % – „B”). Potrzeba ta tworzy jednocześnie w grupie podstawowej fużę z *potrzebą stowarzyszenia* (β -.436) i *potrzebą uległości* (β -.311) oraz jest w opozycji do *potrzeby zabawy* [β -(-).360], co pozwala scharakteryzować badane osoby niepełnosprawne jako chętne do udzielania pomocy dzieciom, osobom bezradnym, starym, chorym czy upokorzonym. W mniejszym jednak nasileniu niż osoby pełnosprawne okazują takie uczucia, jak litość, żal, wrażliwość na biedę innych.

Potrzeby: unikania poniżenia we własnych oczach, unikania urazu ze strony innych ludzi oraz unikania urazu fizycznego tworzą, zgodnie z koncepcją H. Murraya (1953; por. Siek, 1983), tzw. potrzebę bezpieczeństwa. Średnie w tych skalach uzyskane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są istotnie niższe ($p < .005$ - 000) od porównywanych z nimi średnich otrzymanych przez osoby pełnosprawne. Niskie nasilenie potrzeby bezpieczeństwa u tych osób jest szczególnie widoczne w skalach: *potrzeby unikania poniżenia we własnych oczach* i *potrzeby unikania urazu ze strony innych ludzi*. Odsetki osób niepełnosprawnych z wynikami niskimi, obie średnie znajdują się na poziomie wyników niskich (3-4 sten), wynoszą tutaj od 52.87 % do 50.57 % i są zdecydowanie większe od odsetek osób pełnosprawnych (23.00-21.00 %), ze średnimi usytuowanymi w granicach wyników przeciętnych (6-5 sten), oraz zdecydowanie mniejsze w przedziale wyników wysokich (20.68-16.09 % w grupie „A” i 47.00-33.00 % w grupie „B”). Pierwsza potrzeba ściśle łączy się, w grupie

podstawowej, z potrzebami: *poniżania się* (β -318), *unikania urazu ze strony innych ludzi* (β -234) i *przyjemnych doznań zmysłowych* (β -199), druga natomiast wchodzi, również w grupie podstawowej, w fuzję z *potrzebą unikania poniżenia we własnych oczach* (β -430) i *potrzebą izolacji* (β -252), czyli w pewnym zakresie obie te potrzeby uzupełniają się. Trzecia składowa potrzeby bezpieczeństwa – *potrzeba unikania urazu fizycznego* nie tworzy pozytywnych powiązań z innymi potrzebami, ani też nie stoi z nimi w sprzeczności. Średnie w tej skali zarówno w grupie podstawowej, jak porównawczej są najniższe ze wszystkich skal. Mimo to znajdują się one w przedziale wyników przeciętnych (5-6 sten), i takie jest też nasilenie tej potrzeby, mniejsze oczywiście w przypadku osób z para- i tetraplegią, gdzie odsetek osób z wynikami przeciętnymi wynosi 64.36 %, przy 49.00 % osób pełnosprawnych, wyników zaś niskich i wysokich, odpowiednio: 25.28 % i 12.64 % w grupie podstawowej oraz 12.00 % i 39.00 % w grupie porównawczej. Jeżeli przyjrzymy się dokładniej wartościom mediany oraz dolnego i górnego kwartyla analizowanych tutaj skal potrzeby bezpieczeństwa w obu badanych grupach, to okaże się, że poziomy nasilenia tych potrzeb w grupie podstawowej są zbliżone do siebie, przeciętne, z wyraźną tendencją ku niskim. Relatywizm jednak tych wyników, zwłaszcza w odniesieniu do poziomu *potrzeby unikania urazu fizycznego* w grupie porównawczej, przy specyficznej konfiguracji sieci, znacznie odbiegającej od sieci modelowej i grupy osób pełnosprawnych, nakazuje przyjąć, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w znacznie mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne ujawniają takie charakterystyczne dla potrzeby bezpieczeństwa uczucia, jak: niepokój, lęk, trwoga. W mniejszym zatem stopniu zmiernają do unikania niebezpiecznych sytuacji, zranienia, choroby czy śmierci.

Potrzeba kompensacji to, jak twierdzi H. Murray (1953; por. Siek, 1983), tendencja do przewycięzania własnych niepowodzeń, słabości, pokonywania przeszkód i trudności. Średnie uzyskane przez osoby niepełnosprawne i pełnosprawne w tej skali są zróżnicowane na poziomie $p < .015$ i każda z nich jest mniejsza od wyliczonych w tych grupach median (Me-22.00 – „A”, Me-24.00 – „B”). Przy czym, obie średnie sytuują się w przedziale wyników przeciętnych, na poziomie 5 stena. Zarówno dolna, jak i górna ćwiartka w grupie podstawowej (Q_1 -21.00 i Q_3 -25.00) jest mniejsza od porównywanych z nimi ćwiartek w grupie porównawczej (Q_1 -22.00 i Q_3 -26.00), co wyraża się w tym, iż odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, uzyskujących wyniki niskie (37.93 %), jest zdecydowanie większy od odsetka osób pełnosprawnych (18.00 %), ale już w przedziałach wyników wysokich („A” – 22.98 %, „B” – 33.00 %) i przeciętnych („A” – 39.08 %, „B” – 49.00 %) znacznie mniejszy. Potrzeb ta, jej poziom nasilenia, wchodząc w fuzję w grupie podstawowej z *potrzebą wyczynu* (β -266) i *potrzebą uległości* (β -247), sprawia, iż osoby z para- i tetraplegią nie wykazują większego, a w porównaniu z osobami pełnosprawnymi jest ono znacząco mniejsze, zdecydowania, uporu czy determinacji w realizacji podjętych zobowiązań i działań.

Średnie arytmetyczne otrzymane przez osoby z para- i tetraplegią oraz pełnosprawne w skali *potrzeby poznawczej* są zróżnicowane na poziomie $p < .000$, przy czym obie one znajdują się w wąskim przedziale wyników przeciętnych (5

sten), na ich obrzeżach. Zarówno mediana, jak dolny i górny kwartył w grupie podstawowej (Me-22.00, Q_1 -20.00 i Q_3 -25.00) są mniejsze od porównywanych z nimi miar w grupie porównawczej (Q_1 -26.00 i Q_3 -28.00), stąd odsetek osób niepełnosprawnych z wynikami wysokimi (11.49 %) jest zdecydowanie mniejszy od odsetka osób pełnosprawnych (36.00 %), nieco większy w przedziale wyników przeciętnych (51.72 % – „A”, 44.00 % – „B”) i zdecydowanie większy w obszarze wyników niskich (36.78 % – „A”, 20.00 % – „B”). *Potrzeba poznawcza*, łącząc się jednocześnie, w grupie podstawowej, z potrzebami: *przyjemnych doznań zmysłowych* (β -.547), *wyczynu* (β -.323) i *stowarzyszenia* (β -.214), skłania do przyjęcia twierdzenia, że osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie wykazują przesadnej skłonności do analizowania zdarzeń i wyciągania z nich wniosków, do zadawania pytań i udzielania odpowiedzi na pytania o charakterze ogólnym. W umiarkowanym także stopniu wyrażają uczucia ciekawości i zdziwienia.

Analizy poszczególnych skal kwestionariusza, wyników testów różnic, korelacji rangowej i analizy regresji wielokrotnej oraz średnich wyników przeliczonych i ich rozkładów procentowych w badanych grupach dowodzą znacznej zgodności psychologicznej w profilach nasilenia potrzeb psychicznych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych, przy ich ewidentnym zróżnicowaniu, zarówno o charakterze ilościowym, jak i jakościowym. Osoby z para- i tetraplegią w mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają pragnienie panowania nad biegiem zdarzeń, kontrolowania własnych myśli, uczuć i impulsów oraz zachowań innych osób. Nie wykazują przesadnej skłonności do admiringowania innych ludzi, okazywania osobom wyżej stojącym czci, honorów i nazbyt chętnego wykonywania tego, co one sugerują lub polecają. Przejawiają raczej wiele zachowań charakteryzujących się oporem lub buntem przeciw ograniczeniom, nie ujawniając przy tym, w sposób widoczny, takich uczuć, jak irytacja, złość, wściekłość czy nienawiść, ale też i nie wykazując się potulnym poddawaniem się presji otoczenia, okazywaniem poczucia winy, wstydu, pokory czy rozpacz. Stąd też nie pragną za wszelką cenę być otaczane opieką, kierowane i pocieszane, tudzież otrzymywać przywileje. Ich poziom aspiracji, zapału czy też ambicji w przewyżnianiu przeszkód, zwłaszcza w realizacji celów odległych, jest znacznie niższy niż u osób pełnosprawnych. Nie widać również u nich zdecydowania, uporu i determinacji w realizowaniu podjętych zobowiązań i działań oraz w przewyżnianiu zniechęcenia i znużenia. Nie przejawiają przesadnej skłonności do analizowania zdarzeń i wyciągania z nich wniosków, do zadawania pytań i udzielania odpowiedzi na pytania o charakterze ogólnym. W umiarkowanym także stopniu wyrażają uczucia ciekawości i zdziwienia. W mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają pragnienia i tendencje zmierzające do nawiązywania przygodnych znajomości, uwodzenia osób pojętych seksualnie i szukania przygód, czyli do nawiązywania kontaktów erotycznych lub stosunków seksualnych. Potrzeba ta jest u nich bardziej nastawiona w kierunku pragnienia bycia razem z wybraną osobą, wspólnej pracy, mówienia o swoich uczuciach oraz izolowania się od innych. W znacznie mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne ujawniają także takie uczucia, charakterystyczne dla potrzeby bezpieczeństwa, jak: niepokój, lęk, trwoga, oraz

zmierzają do unikania niebezpiecznych sytuacji, zranienia, choroby czy śmierci. W jednakowym natomiast stopniu jak osoby pełnosprawne cechują się zachowaniami wskazującymi na chęć wywoływania wrażenia bycia widzialnymi i słyszalnymi, co najczęściej ujawnia się pod postacią mówienia o sobie lub stosowania manieryzmów, przyciągających uwagę innych ludzi. W takim samym również stopniu jak osoby pełnosprawne, przy jednak odmiennej konfiguracji powiązań z innymi potrzebami, zmierzają do nawiązywania kontaktów i współpracy z innymi ludźmi. Cechują ich umiarkowane uczucia wiary i zaufania do ludzi, dobrej woli, miłości, sympatii i przyjaźni. Przejawiają tendencje do współpracy, spełniania drobnych usług oraz są chętne do udzielania pomocy dzieciom, osobom bezradnym, starym, chorym czy upokorzonym. W mniejszym jednak nasileniu niż osoby pełnosprawne okazują takie uczucia, jak litość, żal, wrażliwość na biedę innych, ujawniając taki poziom unikania ludzi „napiętnowanych”, separowania się od nich, który charakteryzuje się niskim nasileniem pogardy, obojętności, znudzenia lub odrazy. Przy czym osoby te przejawiają także niższe nasilenie, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, takich cech, jak: wrażliwość, zmysłowość, dobry smak, estetyka, co jest intrygujące, jeśli weźmiemy pod uwagę znaczny odsetek osób niepełnosprawnych uprawiających działalność twórczą i artystyczną.

4. Poczucie sensu życia u badanych osób

Problemy związane z istnieniem człowieka i sensem jego życia od lat znajdują się w centrum zainteresowania badaczy różnych dziedzin nauki, jednak dotąd nie potrafiono jednoznacznie ustalić znaczenia pojęcia „poczucie sensu życia”. Zapewne dlatego, że już samo określenie „poczucie” wskazuje na jego względność, zależność od podmiotu doświadczającego, od indywidualnych warunków i sposobów spostrzegania. Udzielając więc odpowiedzi na pytanie szczegółowe, postawione w niniejszej pracy w brzmieniu: *Jakie jest poczucie sensu życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?*, posłużono się danymi z badań za pomocą Skali Sensu Życia (MLI), co jest o tyle ważne, o ile przyjmujemy, że zdając się na dziedziny tej tylko skali, nie rościmy pretensji do innych aspektów poczucia sensu życia. Wszystkie itemy MLI, a jest ich 13, zawierające po dwa możliwe zakończenia niedokończonego twierdzenia, są rozpięte na podziałce 5-punktowej. Cyfra „3” na tej skali oznacza stan pośredni, inaczej neutralny, cyfry „5” lub „1” – raz optymalne nasilenie braku, innym razem najwyższe natężenie zgodności. Przeanalizowanie każdego itemu daje możliwość ustalenia, jak ważne są dla badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych ich osiągnięcia życiowe i osobisty udział w dążeniu do realizacji postawionych sobie celów, czy Bóg odgrywa w ich życiu rolę istotną, jaki jest ich stosunek do innych osób i do siebie, jak odczuwają siebie w kontaktach interpersonalnych oraz czy uważają swoje życie za pozytywne i wartościowe. Zróznicowanie poszczególnych twierdzeń MLC w grupach osób z para- i tetra-

plegią oraz pełnosprawnych zbadano testami t^0 dla par niezależnych lub C^0 , co przedstawia tabela 12. Ponieważ itemy te, oprócz skali punktowej, zawierają również pewne elementy charakterystyki opisowej danego problemu, wyniki uzyskane w niej poddane zostały, zarówno analizie ilościowej parametrów opisu statystycznego, jak i analizie jakościowej, inaczej opisowej.

Tabela 12. Skala Sensu Życia (MLI) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

Nazwa i symbol skali	Grupa				Porównanie średnich	
	„A”		„B”		t^0/C^0	p
	M	SD	M	SD		
Wiara w Boga (S \pm 1)	3.305	1.058	3.207	1.022	.640	.5226
Rozmowa i bycie wśród ludzi (S \pm 2)	2.152	1.149	2.594	1.078	-2.695	.0076*
Ja (S \pm 3)	2.317	1.207	2.762	1.069	-2.663	.0084*
Uczestnictwo w różnych formach aktyw. religijnej (S \pm 4)	2.976	1.046	2.643	1.025	2.185	.0301*
Okazywanie przywiązania ukochanej osobie (S \pm 5)	4.082	.978	4.000	.787	.635	.5256
Czuję, że (S \pm 6)	2.247	.937	2.415	.815	-1.312	.1908
Czuję, że moje życie jest (S \pm 7)	2.505	.907	2.851	.909	-2.583	.0105*
Aktywność i hobby (S \pm 8)	2.341	1.086	2.455	.854	-.802	.4232
Zrobienie czegoś dla siebie (S \pm 9)	3.552	1.006	3.673	.873	-.873	.3836
Pocieszenie (podpora) innych osób (S \pm 10)	2.250	1.016	2.138	1.122	.701	.4841
Planowanie i osiąganie krótkoterminowych cel. (S \pm 11)	2.117	.980	2.673	1.049	-3.704	.0002*
Filozofia życia czy religia jako sposób na życie (S \pm 12)	2.658	1.086	2.653	1.367	.029	.9767
Czuję, że (S \pm 13)	2.247	1.022	2.059	1.215	1.127	.2612

Porównanie poziomów poczucia sensu życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych pozwala orzec ich zróżnicowanie. Różnice istotne statystycznie stwierdzono w pięciu skalach, spośród których cztery były na korzyść osób pełnosprawnych, a jedna po stronie osób z para- i tetraplegią. Wśród zaś wszystkich trzynastu analizowanych skal w siedmiu średnie arytmetyczne były niższe, przy pozostałych sześciu średnich wyższych, w grupie podstawowej niż w grupie porównawczej. Te dane liczbowe znajdują odzwierciedlenie w wartości treściowej poszczególnych wymiarów poczucia sensu życia.

Wiara w Boga nie różnicuje badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych ($p > .522$). Jest ona w takim samym stopniu „najważniejszą rzeczą w ich życiu”, co i „nie stanowi całego sensu ich życia”. Średnie arytmetyczne w obu grupach są nieco większe od median ($Me=3.00$), co przy identycznych wartościach kwartyli ($Q_1=2.00$ i $Q_3=4.00$) wskazuje na symetryczny rozkład wyników, a zatem na przeciętne, neutralne ich nasilenie z nieznaną tendencją ku większemu natężeniu zgodności. Osoby z para- i tetraplegią wykazują się mniejszą koncentracją poszczególnych jednostek wokół średnich [$Ku(-).820$] niż osoby pełnosprawne [$Ku(-).295$], czego wyrazem jest większy odsetek osób z grupy podstawowej, bo 14.60 %, przy 11.88 % w grupie porównawczej, uzyskujących skrajnie wysokie wyniki oraz mniejszy odsetek (2.24 %, przy 4.95 % w grupie „B”) z wynikami skrajnie niskimi.

Potwierdzeniem tych wyników, aczkolwiek nie w całej rozciągłości, są dane z itemu odnoszącego się do znaczenia lub jego braku, filozofii życia czy religii jako sposobu na życie osób badanych. Zarówno osoby niepełnosprawne, jak i pełnosprawne, uzyskując przeciętne i nieco powyżej przeciętnych średnie [$Me(3.00) < M$], nie różniące się między sobą ($p > .976$), określiły się w większym

niż mniejszym stopniu jako osoby posiadające własną filozofię życia, bądź też jako osoby głęboko wierzące, z ową filozofią życia czy religią nadającą ich życiu sens, sprawiając tym samym, iż staje się ono bardziej wartościowe i celowe. Osoby pełnosprawne częściej opowiadały się za skrajnymi wariantami odpowiedzi niedokończonego twierdzenia [Ku(-).870 – „B”, Ku(-).272 – „A”]. Odsetek osób w grupie porównawczej deklarujących, że „filozofia życia czy religia jako sposób na życie nie ma żadnego znaczenia”, wynoszący 16.83 % (5 pkt.), jest zdecydowanie większy od analogicznego odsetka osób w grupie podstawowej (6.74 %). Znacznie większy jest też odsetek osób pełnosprawnych (25.74 % – 1 pkt., Q_1 -1.00 i Q_3 -3.00) od odsetka osób niepełnosprawnych (13.48 %, Q_1 -2.00 i Q_3 -3.00) twierdzących, że „filozofia życia czy religia jako sposób na życie ma duże znaczenie”.

Osoby pełnosprawne deklarując, w takim samym stopniu jak osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, swoją wiarę w Boga, a religię traktując jako sposób na życie, wykazują się jednak istotnie niższym od nich poziomem zaangażowania religijnego ($p < .030$). *Uczestnictwo w różnych formach aktywności religijnej* nie jest dla nich czymś bardzo ważnym w życiu. Przeważa tutaj nastawienie neutralne, gdzie 54.45 % osób pełnosprawnych, przy 39.32 % osób niepełnosprawnych, sytuuje się pośrodku kontinuum, ze znacznym odsetkiem osób, bo 18.81 %, przy 10.11 % w grupie podstawowej, opowiadających się za optymalnym nasileniem braku. Co prawda, osoby z para- i tetraplegią nieznacznie częściej tylko wykazują najwyższe natężenie zgodności (5.61 % – „A” i 4.95 % – „B”), ale wartość górnego kwartyla (Q_3 -4.00) w tej grupie, większa od porównywanego w grupie „B” (Q_3 -3.00), przy identycznych wartościach mediany (Me-3.00), jednoznacznie wskazuje na taki stopień zaangażowania duchowego i praktycznego tych osób, w sensie praktyk religijnych, który nadaje sens ich działaniom, a przez to życiu.

Aktywność religijna osób z para- i tetraplegią nie jest jedyną formą aktywności życiowej, w której wykazują one wysoki poziom. *Rozmowa i bycie wśród ludzi* osób niepełnosprawnych istotnie częściej niż w przypadku osób pełnosprawnych ($p < .007$) „sprawia, że czują się dobrze”. Średnia w grupie podstawowej jest niemalże równa medianie (Me-2.00), co przy niskich wartościach dolnej i górnej ćwiartki (Q_1 -1.00 i Q_3 -3.00) wskazuje na duże natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia. Odsetek osób w grupie podstawowej, uzyskujących wyniki skrajnie niskie, wynoszący 33.70 %, pozostaje zdecydowanie wyższy od analogicznego w grupie porównawczej (12.87 %). Średnia otrzymana przez osoby pełnosprawne jest większa od mediany (Me-2.00), mającej wartość identyczną z wartością dolnego kwartyla (Q_1 -2.00), co wskazuje, iż 50.00 % osób badanych uzyskało wyniki niskie i skrajnie niskie, świadczące o tym, że również odpowiada im towarzystwo innych ludzi, spotkania towarzyskie i rozmowy z nimi. Większy w tej grupie odsetek osób nie tolerujących takiej formy aktywności (8.91 %, przy 3.37 % w grupie „A”) równie dobrze może oznaczać, iż osoby te lubią przebywać w samotności, a bycie wśród ludzi nie ma dla nich większego znaczenia. Najlepiej czują się przebywając z dala od innych.

Okazywanie przywiązania ukochanej osobie jest w takim samym stopniu „przyjemne i satysfakcjonujące” dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych ($p > .525$). Średnie arytmetyczne w obu grupach są niemal równe lub identyczne z medianami (Me-4.00), co przy wysokich wartościach kwartyli („A”: Q_1 -4.00 i Q_3 -5.00, „B”: Q_1 -4.00 i Q_3 -4.00) wskazuje na wysokie i skrajnie wysokie usytuowanie wyników, czyli najwyższe natężeniu zgodności. Osoby z para- i tetraplegią bardzo lubią zatem okazywać przywiązanie ukochanej osobie, nie wykazują w tym względzie żadnych trudności, nie jest to również dla nich sytuacja frustrująca, wprost przeciwnie, pragną, podobnie jak osoby pełnosprawne, kochać i być kochanymi. Rozkład zmienności wyników jest w obu grupach silnie skośny lewostronnie [„A” – (-)1.027, „B” – (-)0.877], co pozwala sądzić, że mniej zgodne w ocenie są te osoby badane, dla których „okazywanie przywiązania ukochanej osobie jest trudne i frustrujące”. Osoby pełnosprawne wykazują się mniejszą koncentracją poszczególnych jednostek wokół średnich [Ku(-)1.603] niż osoby niepełnosprawne [Ku(-)0.512], czego wyrazem jest większy odsetek osób z grupy podstawowej, bo 38.20 %, przy 24.75 % w grupie porównawczej, uzyskujących wyniki skrajnie wysokie.

Dla większości osób badanych „pocieszanie i podpora innych osób (pacjentów) ma duży sens”. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w takim samym stopniu jak osoby pełnosprawne ($p > .484$), pragną w chwilach zwątpienia, bólu czy cierpienia usłyszeć z ust innej osoby słowa otuchy i pocieszenia, samemu też przyjść z taką pomocą innym. Średnie arytmetyczne w obu grupach są nieco większe od median (Me-2.00), co przy niskich wartościach kwartyli (Q_1 -1.00 i Q_3 -3.00) wskazuje na wysokie natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia. Odsetek osób w grupie porównawczej uzyskujących wyniki skrajnie niskie jest zdecydowanie większy (38.61 %) od analogicznego odsetka osób w grupie podstawowej (25.84 %), ale już w odniesieniu do wyników niskich proporcje są odwrotne na korzyść osób z para- i tetraplegią: 30.33 % w grupie „A” i 23.76 % w grupie „B”, co przy zbliżonych odsetkach wyników neutralnych (29.21 % – „A”, 25.74 % – „B”) potwierdza sformułowane tu ustalenia, ukazując jednocześnie, jak niewielki jest procent osób, dla których „pocieszanie i podpora innych osób (pacjentów) nie ma żadnego znaczenia”.

Udzielanie wsparcia psychicznego i społecznego innym osobom jest ściśle związane z doznawaniem tegoż samego, odczuwaniem miłości i poparcia ze strony innych ludzi, ich zainteresowania i bycia wartościowym dla nich. Mimo iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego nie różnią się w tym wymiarze skali na poziomie istotności statystycznej ($p > .190$) od osób pełnosprawnych, to jednak zarówno niższa średnia, jak i wartość mediany (Me-2.00 – „A”, Me-3.00 – „B”) w tej grupie, przy jednakowych, znaczących wartościach dolnej i górnej ćwiartki (Q_1 -2.00 i Q_3 -3.00), wskazują na większe wśród nich natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia, który mówi o odczuwaniu zainteresowania, poparcia i miłości innych osób. Odsetek badanych w tej grupie, uzyskujących wyniki skrajnie niskie – 22.47 %, jest większy od odsetka badanych w grupie osób pełnosprawnych – 14.85 %, minimalnie większy w wynikach niskich (2.00 pkt.): 35.95 % w grupie „A” i 33.66 %

w grupie „B”, oraz zdecydowanie mniejszy w wynikach przeciętnych: 29.21 % – „A”, 47.52 % – „B”. Większy jest też odsetek osób niepełnosprawnych, chociaż nieznacznie, bo wynosi 6.74 %, niż odsetek osób pełnosprawnych (2.97 %), konstatujących brak jakiegokolwiek zainteresowania ich osobą.

Zrobienie czegoś dla siebie jest ważne dla 41.57 % osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 55.44 % osób pełnosprawnych, a *bardzo ważne*, odpowiednio dla: 14.60 % i 11.80 %. Zmienna ta nie różnicuje badanych osób ($p > .383$), a nieco wyższa średnia w grupie porównawczej niż podstawowej, w obu jednak przypadkach mniejsza od mediany ($Me=4.00$), przy identycznych i znacząco wysokich wartościach kwartyli ($Q_1=3.00$ i $Q_3=4.00$), może co najwyżej sugerować większe natężenie zgodności (75.00 %). Sugestię tę potwierdza otrzymana w tej grupie wartość kurtosis [$Ku=1.349$, przy $Ku(-)=.037$ w grupie „A”], wskazująca na mniejszą koncentrację poszczególnych jednostek wokół średnich, czego wyrazem jest znikomy odsetek osób uzyskujących wyniki niskie (5.94 %, przy 11.23 % w grupie „A”) i skrajnie niskie (2.97 %, przy 3.37 % w grupie „A”).

Aktywność i hobby są dla większości osób badanych, tak w grupie podstawowej, jak porównawczej ($p > .423$), „źródłem dużej satysfakcji”. Średnie arytmetyczne w obu grupach są nieco mniejsze od median ($Me=3.00$), co przy identycznych wartościach kwartyli ($Q_1=2.00$ i $Q_3=3.00$) wskazuje na wysokie natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia. Wśród badanych z para- i tetraplegią obserwuje się większy odsetek osób uzyskujących wyniki skrajnie niskie, bo 20.22 %, przy 8.91 % w grupie osób pełnosprawnych, zbliżony odsetek osób z wynikami niskimi: 41.57 % w grupie „A” i 47.52 % w grupie „B”, oraz zdecydowanie mniejszy odsetek wyników przeciętnych, neutralnych (20.22 % – „A”, 36.63 % – „B”), co w tym ostatnim przypadku świadczyłoby o tym, iż osoby sytuujące się pośrodku skali nie mają nic przeciwko aktywności i zainteresowaniom, ale same raczej biernie podchodzą do tych aspektów funkcjonowania społecznego. Uzupełnić tutaj należy, że osoby niepełnosprawne (7.86 %) częściej niż pełnosprawne (2.97 %) twierdziły, iż *aktywność i hobby* nie mają dla nich „większego znaczenia”.

Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w itemie *Planowanie i osiągnięcie krótkoterminowych celów* uzyskały średnią istotnie wyższą ($p < .000$) niż osoby pełnosprawne – w granicach wyników niskich ($Me=2.00$), ze znacznym odsetkiem osób, bo 29.21 %, przy 16.86 % w grupie osób pełnosprawnych, z wynikami skrajnymi, wskazującymi na najwyższe natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia, który mówi o jego ważności. Innymi słowy, planowanie i osiągnięcie krótkoterminowych celów ma dla tych osób duże znaczenie, sprawiając, iż życie ich jest sensowne i nie pozbawione celu. Średnia otrzymana przez osoby pełnosprawne pozostaje mniejsza od mediany ($Me=3.00$), która ma wartość identyczną z wartością górnego kwartyla ($Q_1=3.00$), co wskazuje, iż 75.00 % osób badanych uzyskało wyniki przeciętne i wysokie, świadczące o tym, że *planowanie i osiągnięcie krótkoterminowych celów* jest „ważne” także dla nich, i tylko dla 20.79 % z nich nie ma „większego znaczenia”.

Również porównanie badanych grup osób w itemie *Czuję, że moje życie jest* wykazało różnicę istotną statystycznie ($p < .010$) na korzyść osób z para- i tetraplegią. Osoby uzyskując niskie i skrajnie niskie wyniki w tym itemie są charakteryzowane jako wartościowe, zadowolone z siebie, uważające swoje życie za pożyteczne, i odwrotnie: wysokie wyniki wskazują na skonstatowanie swego życia jako bezwartościowego i bezużytecznego. Średnia w grupie podstawowej jest wyższa od mediany ($Me-2.00$), a w grupie porównawczej niższa ($Me-3.00$), co przy identycznych wartościach dolnego i górnego kwartyla ($Q_1-2.00$ i $Q_3-3.00$), wskazuje, iż 75.00 % osób niepełnosprawnych i 50.00 % osób pełnosprawnych uzyskało wyniki przeciętne i poniżej nich. Jednakże symetryczny rozkład wyników w grupie porównawczej każe sądzić o ich neutralnym nasileniu z nieznaną tendencją ku większemu natężeniu zgodności. Odsetek osób w tej grupie, usytuowanych pośrodku podziałki jest wysoki i wynosi 51.48 %, przy 31.46 % w grupie podstawowej.

Problematyka godzenia się z uciążliwościami wynikającymi z choroby, niepełnosprawności, w przypadku osób z uszkodzeniem rdzenia sprowadza się do ich samooceny, subiektywnego ustosunkowania się do własnego kalectwa, natomiast w przypadku osób pełnosprawnych częściej jest to ocena symulowanej rzeczywistości, wyobrażania siebie jako osoby niepełnosprawnej. Odsetki osób niepełnosprawnych w pełni akceptujących i akceptujących uciążliwości swojej choroby, po 29.21 %, były większe od analogicznych w grupie osób pełnosprawnych (12.87 % i 26.73 %) i odpowiednio mniejsze (8.98 % – „A”, 16.83 % – „B”) w przypadku osób nie godzących się z uciążliwościami swojej choroby. Zmienna ta różnicuje badane grupy osób ($p < .008$). Średnia w grupie podstawowej jest wyższa od mediany ($Me-2.00$), a w grupie porównawczej niższa ($Me-3.00$), co przy różnych wartościach dolnego kwartyla („A” – $Q_1-1.00$, „B” – $Q_1-2.00$) i jednakowych górnego ($Q_3-3.00$) wskazuje, iż badane osoby z para- i tetraplegią pogodziły się z uciążliwościami wynikającymi z niepełnosprawności, nie czują do siebie niechęci, a ich zachowanie nie jest zdeterminowane problemem kalectwa.

Badane osoby, tak z grupy podstawowej, jak porównawczej z optymizmem patrzą w przyszłość. Różnica między nimi jest nieistotna statystycznie ($p > .261$). Średnie arytmetyczne w obu grupach są nieco większe od median ($Me-2.00$), co przy identycznych wartościach dolnego kwartyla ($Q_1-1.00$) i zbliżonych górnego („A” – $Q_3-3.00$, „B” – $Q_3-2.50$) wskazuje na wysokie natężenie zgodności z tym wariantem uzupełnienia niedokończonego twierdzenia, który mówi, że osoby te „mają dużo do przeżycia”. Wśród badanych z para- i tetraplegią obserwuje się mniejszy odsetek osób uzyskujących wyniki skrajnie niskie, bo 23.59 %, przy 42.57 % w grupie osób pełnosprawnych, nieco większy odsetek osób z wynikami niskimi: 39.32 % w grupie „A” i 31.68 % w grupie „B”, oraz zdecydowanie większy odsetek wyników przeciętnych, neutralnych (20.22 % – „A”, 7.92 % – „B”), co w tym ostatnim przypadku świadczyłoby, iż osoby sytuujące się pośrodku skali wykazują obawy o swoją przyszłość. Nieco intryguje większy odsetek osób pełnosprawnych (4.95 %) od odsetka osób niepełnosprawnych (2.24 %) deklarujących chęć skończenia ze swoim życiem.

Podsumowanie uzyskanych wyników w Skali Sensu Życia pozwala stwierdzić, iż większość badanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego scharakteryzowała siebie jako osoby wartościowe, zadowolone ze swych osiągnięć, ze sprecyzowanymi celami życiowymi, do których dążą. Akceptują siebie i innych, z optymizmem patrzą w przyszłość, odpowiada im towarzystwo innych ludzi, spotkania i rozmowy z nimi. Przyjmują miłość i poparcie innych, a także chętnie okazują przywiązanie bliskim. Zrobienie czegoś dla siebie jest dla nich bardzo ważne. Aktywność i hobby stanowią dla nich źródło dużej satysfakcji. Posiadają też własną filozofię życia, która nadaje mu sens. Dla niektórych owym sposobem na życie jest wiara w Boga i religia. Są ludźmi głęboko wierzącymi, o czym świadczy fakt, iż uczestnictwo w różnych formach aktywności religijnej ma dla nich znaczenie bardzo duże, większe niż dla osób pełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne, które uzyskały wyniki niskie, a nie była to, co należy podkreślić, liczna grupa, nastawione są do życia pesymistycznie. Uważają je za bezwartościowe i bezsensowne. Straciły chęć do życia i wiarę w siebie. Niejednokrotnie czują się niepotrzebne i bezużyteczne. Nie chcą lub też nie potrafią zaakceptować swojej niepełnosprawności i odnaleźć własnej filozofii życia, sposobu na życie, są ludźmi nieszczęśliwymi, egzystują bez nadziei na lepsze jutro.

5. Postawy wobec życia erotycznego badanych osób

Analiza wyników uzyskanych z badań za pomocą dyferencjału semantycznego przeprowadzona została w tych aspektach znaczeń konotacyjnych, które są najistotniejsze w rozstrzyganej problematyce. Znaczenia te, o charakterze emocjonalnym, odzwierciedlają, zdaniem E. Hilgarda (1972; por. Uchnast, 1983), pewien rodzaj oceny czy preferencji, jakże różny dla różnych ludzi. Stąd z par przeciwstawnych przymiotników, wyrażających zawarte w każdym pojęciu trzy wymiary znaczenia konotacyjnego: *Wartościowanie*, *Silę* i *Aktywność*, zanalizowano szczegółowo jedynie wyniki osiągnięte w dymensji *Wartościowanie* oraz wynik globalny dla każdego pojęcia. Czynniki *Wartościowanie* określa bowiem, jak badane osoby oceniają dane pojęcie, wskazując tym samym na to, czy utożsamiają je w odczuciu konotacyjnym z przymiotnikiem pozytywnym czy też negatywnym, natomiast wynik globalny identyfikuje nastawienie emocjonalne do tego pojęcia. W ten sposób dokonuje się pomiaru i charakterystyki jednej ze składowych postawy, jaką jest komponent emocjonalno-oceniający.

Dyferencjał semantyczny jako technika badania postawy za pomocą skali, w tym przypadku przedziałowej, pozwala na określenie znaku postawy, dodatniego bądź ujemnego, czyli zwerbalizowanie jej jako postawy pozytywnej lub negatywnej, a także kwantyfikowanie jej siły. „Wskaźnikiem siły postawy mogłaby być liczba negatywnych lub pozytywnych ocen” (Mika, 1981, s. 120) i zdefiniowanie jej jako silnej lub słabej, bądź też umiarkowanej w każdym komponencie, a więc także emocjonalnym (Mądra, 1994).

Po zastosowaniu skali 7-przedziałowej globalny wynik surowy dla każdego pojęcia przybiera wartość liczbową od 10 pkt., jako indykacja postawy skrajnie negatywnej, wyrażającej skrajnie negatywny stosunek emocjonalny do danego pojęcia, do 70 pkt., czyli postawy skrajnie pozytywnej, świadczącej o skrajnie pozytywnym nastawieniu emocjonalnym wobec danego pojęcia. Dymensja *Wartościowanie* składa się z 4 skal 7-przedziałowych, w związku z czym osoba badana może tutaj uzyskać minimalnie 4 pkt., a maksymalnie 28 pkt. Wysoki lub niski wynik interpretuje się również jako „wysoki stopień przychylności wobec danej sprawy lub niski stopień przychylności” (Mika, 1981, s. 246). A zatem, analiza wyniku w dymensji *Wartościowanie* i wyniku globalnego pozwala na określenie znaku i siły postawy w tym komponencie jako postawy pozytywnej (wyniki wysokie), negatywnej (wyniki niskie) bądź też neutralnej (wyniki przeciętne), albo też, z racji wysokiego lub niskiego wyniku zarówno w czynniku *Wartościowanie*, jak wyniku globalnego, silnej postawy pozytywnej lub silnej postawy negatywnej. Przychylenie się do koncepcji wyróżniania postawy neutralnej, szczególnie gdy w badaniu wykorzystuje się technikę skalowania, stanowi, zdaniem S. Miki (1981), pewne uproszczenie, ponieważ wyniki środkowe nie zawsze wskazują na postawę neutralną wobec „danej sprawy” (s. 246). Mogą one być rezultatem wyrażenia zgody na jakąś część twierdzeń przychylnych danej sprawie i jednocześnie niezgadzanie się z inną ich częścią. Mogą więc świadczyć, według autora, zarówno o postawie neutralnej, jak i o wewnętrznej sprzeczności w postawach lub też o niedokładnym wykonaniu zadania. Komplementarne podejście do problemu wymagałoby precyzyjnej analizy każdej pary przymiotników, co wykracza poza potrzeby niniejszej pracy. Stąd też adekwatnie do podziału wyników zdecydowano się na wyróżnienie trzech rodzajów postaw: pozytywnej, negatywnej i neutralnej. Poszczególne pojęcia są ułożone w grupy pojęć, bliskoznacznych, sprzężonych ze sobą lub wpływających na siebie. C. Osgood i in. (za: Studnik, 1982) twierdzą, że „dwa rzeczowniki posiadają podobne znaczenie w tym stopniu, w jakim ich użycie względem przymiotników i przedziałów na skali jest takie samo” (s. 22).

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe wyniku globalnego i wskaźnika dymensji *Wartościowanie* dla badanych grup osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych oraz wartości testów różnic t^0 i C^0 między nimi przedstawia tabela 13. Umieszczono w niej również parametry statystyczne dymensji *Siły* i *Aktywności*, nie roszcując jednak pretensji do ich wnikliwego zanalizowania. Na wykresach 4 i 5 ukazane są wskaźniki stenowe dla wyniku globalnego i dymensji *Wartościowanie*, w porównywanych grupach „A” i „B”, opracowane, zgodnie z metodyką podaną przez J. Brzezińskiego (1980), poprzez przekształcenie wyników surowych w grupie porównawczej na jednostki skali stenowej. Tabela 14 zaś prezentuje rangi przypisane poszczególnym pojęciom dyferencjału semantycznego w wymiarze wyniku globalnego i wyróżnionych dymensji oraz współczynniki korelacji rangowej Spearmana – r_s między otrzymanymi hierarchiami.

Spśród 21 pojęć dyferencjału semantycznego, poddanych analizie porównawczej, w przypadku 8 pojęć w obszarze wyniku globalnego i również 8 pojęć w zakresie dymensji *Wartościowanie*, stwierdzono różnice w stopniu nastawie-

nia emocjonalnego i tożsamości – w odczuciu konotacyjnym z przymiotnikiem pozytywnym bądź negatywnym – wobec tych pojęć na poziomie istotnym statystycznie lub zbliżonym do takowego pomiędzy grupami osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Osoby z grupy podstawowej uzyskały średnie istotnie niższe od osób z grupy porównawczej w takich pojęciach, jak: *partnerstwo*, *ja*, *żona/mąż*, *impotencja*, *antykoncepcja* – w wyniku globalnym i *partnerstwo*, *seks*, *żona/mąż*, *partner(ka)*, *antykoncepcja*, *inwalidztwo* – w wymiarze *Wartościowanie*; istotnie wyższe w pojęciach: *sympatia*, *masturbacja*, *związek nieheteroseksualny* – w wyniku globalnym i *sympatia*, *związek nieheteroseksualny* – w wymiarze *Wartościowanie*.

Tabela 13. Diferencjał semantyczny – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”

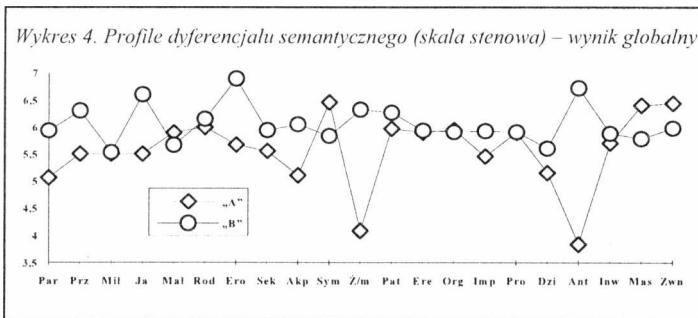
Nazwa i symbol		Grupa				Porównanie średnich	
		„A”		„B”		t'/C'	p
		M	SD	M	SD		
Partnerstwo (<i>Par</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Parw</i>)	24.460	3.522	25.290	2.913	-1.770	.0783~
	b. Czynniki siły (<i>ParS</i>)	14.887	2.826	15.800	2.449	-2.377	.0184*
	c. Czynniki aktywności (<i>Para</i>)	15.797	2.500	16.200	2.331	-1.144	.2540
	d. Wynik globalny (<i>ParG</i>)	55.033	7.116	57.290	6.064	-2.352	.0196*
Przyjaźń (<i>Prz</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Przw</i>)	25.101	3.313	25.180	2.495	-.186	.8520
	b. Czynniki siły (<i>PrzS</i>)	15.089	2.525	15.800	1.984	-2.160	.0320*
	c. Czynniki aktywności (<i>Prza</i>)	16.292	2.577	16.460	2.166	-.486	.6273
	d. Wynik globalny (<i>PrzG</i>)	56.483	6.824	57.440	5.294	-1.083	.2801
Miłość (<i>Mil</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Milw</i>)	25.640	3.244	26.160	2.758	-1.189	.2357
	b. Czynniki siły (<i>MilS</i>)	15.202	2.532	14.940	2.246	.754	.4515
	c. Czynniki aktywności (<i>Mila</i>)	16.764	2.759	16.530	2.086	.661	.5088
	d. Wynik globalny (<i>MilG</i>)	57.584	6.544	57.770	5.559	-.210	.8331
„Ja” (<i>Ja</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Jaw</i>)	20.842	3.257	21.135	3.484	-.589	.5565
	b. Czynniki siły (<i>Jas</i>)	11.988	2.870	13.343	2.004	-3.744	.0002*
	c. Czynniki aktywności (<i>Jaa</i>)	13.966	3.379	14.822	2.952	-1.839	.0674~
	d. Wynik globalny (<i>Jag</i>)	46.910	7.344	49.302	7.074	-2.255	.0252*
Małżeństwo (<i>Mal</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Malw</i>)	23.853	4.055	24.400	2.796	-1.087	.2783
	b. Czynniki siły (<i>Mals</i>)	14.483	2.266	14.280	2.344	.603	.5466
	c. Czynniki aktywności (<i>Mala</i>)	15.539	2.388	15.670	2.578	-.360	.7192
	d. Wynik globalny (<i>MalG</i>)	53.865	7.391	52.790	10.204	.820	.4129
Rodzina (<i>Rod</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Rodw</i>)	24.955	3.312	25.120	3.156	-.350	.7265
	b. Czynniki siły (<i>Rods</i>)	14.887	2.288	14.530	2.333	1.061	.2898
	c. Czynniki aktywności (<i>Roda</i>)	16.146	2.707	16.180	2.240	-.094	.9250
	d. Wynik globalny (<i>RodG</i>)	56.011	6.681	56.330	6.463	-.333	.7394
Erotyzm (<i>Ero</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Erow</i>)	23.539	3.796	24.340	3.593	-1.488	.1381
	b. Czynniki siły (<i>Eros</i>)	14.359	2.747	15.180	2.637	-2.092	.0377*
	c. Czynniki aktywności (<i>Eroa</i>)	16.651	3.130	15.670	2.846	2.258	.0250*
	d. Wynik globalny (<i>EroG</i>)	54.651	7.991	55.190	7.973	-.462	.6440
Seks (<i>Sek</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Sekw</i>)	23.651	4.245	24.700	2.750	-2.035	.0431*
	b. Czynniki siły (<i>Seks</i>)	14.955	2.754	14.760	2.323	.527	.5981
	c. Czynniki aktywności (<i>Seka</i>)	17.022	2.804	16.780	2.320	.650	.5164
	d. Wynik globalny (<i>SekG</i>)	55.101	7.950	56.260	6.339	-1.113	.2670
Akt płciowy (<i>Akp</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Akpw</i>)	24.247	3.405	24.990	3.531	-1.467	.1438
	b. Czynniki siły (<i>Akps</i>)	14.415	2.867	14.710	2.275	-.785	.4332
	c. Czynniki aktywności (<i>Akpa</i>)	16.247	2.801	16.440	2.551	-.495	.6210
	d. Wynik globalny (<i>Akpg</i>)	55.056	6.943	56.140	7.025	-1.064	.2884
Sympatia (<i>Sym</i>)	a. Czynniki wartościowania (<i>Symw</i>)	25.134	3.060	24.090	3.127	2.315	.0216*
	b. Czynniki siły (<i>Syms</i>)	14.966	2.483	14.220	1.946	2.310	.0219*
	c. Czynniki aktywności (<i>Syma</i>)	16.370	2.773	15.970	2.869	.973	.3314
	d. Wynik globalny (<i>SymG</i>)	56.359	6.179	54.380	6.705	2.101	.0369*

Zona/mąż (Żm)	a. Czynniki wartościowania (Żmw)	24.570	3.583	25.880	2.590	-2.895	.0042*
	b. Czynniki siły (Żms)	14.325	2.324	14.510	2.222	-.556	.5785
	c. Czynniki aktywności (Żma)	16.134	2.892	17.250	2.652	-2.764	.0062*
	d. Wynik globalny (Żmg)	55.033	6.976	57.640	6.290	-2.700	.0075*
Partner(ka) (Pat)	a. Czynniki wartościowania (Patw)	24.696	3.494	25.530	2.900	-1.790	.0749~
	b. Czynniki siły (Pats)	14.865	2.714	14.120	2.275	2.052	.0415*
	c. Czynniki aktywności (Pata)	16.393	2.842	17.080	2.890	-1.642	.1020
	d. Wynik globalny (Patg)	55.977	7.399	56.730	5.974	-.772	.4406
Erekcja (Ere)	a. Czynniki wartościowania (Erew)	22.494	4.101	22.450	3.990	.075	.9400
	b. Czynniki siły (Eres)	14.719	2.602	14.580	2.123	.404	.6864
	c. Czynniki aktywności (Erea)	16.359	3.418	16.210	3.245	.308	.7581
	d. Wynik globalny (Ereg)	53.123	9.058	53.240	8.253	-.092	.9264
Orgazm (Org)	a. Czynniki wartościowania (Orgw)	23.786	4.331	24.190	3.656	-.694	.4883
	b. Czynniki siły (Orgs)	14.730	2.762	14.900	2.492	-.443	.6576
	c. Czynniki aktywności (Orga)	16.393	3.260	16.430	2.383	-.089	.9291
	d. Wynik globalny (Orgg)	55.033	8.620	54.950	8.566	-.066	.9467
Impotencja (Imp)	a. Czynniki wartościowania (Impw)	10.966	4.691	11.700	4.011	-1.158	.2479
	b. Czynniki siły (Imps)	8.224	3.308	9.110	3.281	-1.844	.0667~
	c. Czynniki aktywności (Impa)	6.955	3.994	8.480	3.888	-2.656	.0085*
	d. Wynik globalny (Impg)	26.056	10.472	29.690	10.971	-2.321	.0213*
Prokreacja (Pro)	a. Czynniki wartościowania (Prow)	22.595	4.704	22.810	4.895	-.303	.7619
	b. Czynniki siły (Pros)	13.685	3.088	13.705	2.427	-.048	.9612
	c. Czynniki aktywności (Proa)	15.044	3.447	15.031	3.337	.026	.9787
	d. Wynik globalny (Prog)	51.325	10.087	51.547	9.505	-.153	.8782
Dziecko (Dzi)	a. Czynniki wartościowania (Dzww)	25.370	4.118	26.170	2.605	-1.611	.1086
	b. Czynniki siły (Dzws)	13.775	3.728	14.790	2.400	-2.248	.0257*
	c. Czynniki aktywności (Dzia)	17.078	3.484	16.740	2.181	.809	.4190
	d. Wynik globalny (Dzig)	56.213	9.145	57.700	5.514	-1.369	.1724
Antykoncepcja (Ant)	a. Czynniki wartościowania (Antw)	18.528	5.836	20.340	4.212	-2.465	.0145*
	b. Czynniki siły (Ants)	11.932	3.253	12.860	2.613	-2.170	.0312*
	c. Czynniki aktywności (Anta)	11.359	4.068	12.910	2.752	-3.097	.0022*
	d. Wynik globalny (Antg)	41.258	12.320	46.110	8.315	-3.203	.0015*
Inwalidztwo (Inw)	a. Czynniki wartościowania (Inww)	12.179	4.851	13.340	4.662	-1.675	.0955~
	b. Czynniki siły (Inws)	9.089	3.157	9.130	3.395	-.083	.9333
	c. Czynniki aktywności (Inwa)	8.842	3.965	9.740	3.636	-1.622	.1063
	d. Wynik globalny (Inwg)	30.101	10.700	32.210	10.164	-1.388	.1665
Masturbacja (Mas)	a. Czynniki wartościowania (Masw)	14.831	5.649	13.650	4.538	1.592	.1129
	b. Czynniki siły (Maws)	11.348	3.126	10.260	2.505	2.653	.0086*
	c. Czynniki aktywności (Masa)	12.179	3.559	11.960	2.902	.467	.6409
	d. Wynik globalny (Masg)	38.247	10.545	35.870	8.098	1.748	.0820~
Związek nieheteroseksualny (Zwn)	a. Czynniki wartościowania (Zwnw)	12.786	6.472	10.652	5.372	2.439	.0156*
	b. Czynniki siły (Zwns)	10.764	3.347	9.557	2.766	2.670	.0082*
	c. Czynniki aktywności (Zwna)	11.022	4.064	10.526	3.894	.845	.3989
	d. Wynik globalny (Zwng)	34.415	11.624	30.736	10.418	2.263	.0247*

Wszystkie wyniki przeliczone 21 pojęć dyferencjału semantycznego, jakie osiągnęły osoby z grupy porównawczej w obszarze wyniku globalnego, mieszczą się w przedziale od 5.60 stena do 6.89 stena, ze średnią 6.05 stena, a w zakresie dymensji *Wartościowanie* w przedziale od 5.15 stena do 6.28 stena, ze średnią 5.75 stena, czyli w granicach wyników przeciętnych, w górnych ich rejonach. W grupie podstawowej najniższy wynik przeliczony dla wyniku globalnego oscyluje wokół 3.84 stena, najwyższy zaś na poziomie 6.44 stena i analogicznie dla dymensji *Wartościowanie* – najniższy 3.87 stena i najwyższy 6.70 stena. Średnia ze wszystkich pojęć dla tej grupy równa się 5.57 stena – wynik globalny i 5.43 stena – dymensja *Wartościowanie*, wskazując tym samym na

usytuowanie ich również w granicach wyników przeciętnych, aczkolwiek w ich dolnych rejonach. Przy czym osoby z para- i tetraplegią w przypadku dwóch pojęć (*żona/mąż, antykoncepcja*) w obszarze wyniku globalnego i 7 pojęć (*miłość, małżeństwo, seks, żona/mąż, partner(ka), dziecko, antykoncepcja*) w zakresie dymensji *Wartościowanie*, uzyskały średnie wyniki przeliczone poniżej 5 stena, czyli na poziomie wyników niskich. Nie stwierdzono natomiast ani jednego pojęcia, zarówno w grupie „A”, jak i grupie „B”, z wysokim wynikiem przeliczonym. Odnosząc uzyskane wyniki do ustalonego kryterium oceny postawy: negatywnej, pozytywnej lub neutralnej, należałoby stwierdzić, iż badane osoby niepełnosprawne wykazują w większości neutralne, z tendencją do negatywnego, a w kilku przypadkach negatywne, nastawienie wobec życia erotycznego, natomiast badane osoby pełnosprawne w pełni neutralne, z tendencją do pozytywnego, nastawienie wobec tegoż życia. Byłaby to jednak konkluzja zbyt prosta, żeby nie powiedzieć powierzchowna, pozostająca jedynie w obszarze analiz jednego wyizolowanego czynnika, w tym przypadku normy stenowej. Nie uwzględnia ona bowiem danych z porównania średnich (tabela 13) oraz innych parametrów opisowych zbiorowości statystycznej. Prowadzi to do sytuacji, w której pojęcia: *impotencja, związek nieheteroseksualny, inwalidztwo, masturbacja* i *antykoncepcja*, uzyskując najniższe średnie arytmetyczne, w wyniku przekształceń za pomocą wskaźników normalizacyjnych, czyli w relacji do grupy normalizacyjnej, sytuują się w profilu stenowym w górnych rejonach wyników przeciętnych.

Dlatego też, chcąc rozstrzygnąć ten dylemat, dodatkowo przeanalizowano hierarchie pojęć dyferencjału semantycznego – co było możliwe z uwagi na ich



stosunkowo dużą liczbę (zob. Bartkiewicz, 1987) – otrzymane w grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych w wymiarze wyniku globalnego i poszczególnych dymensji. Średnim arytmetycznym wyników surowych przypisano rangi od 1 do 21, poczynając od pojęć ocenianych najbardziej pozytywnie, a następnie sprawdzono, obliczając współczynniki korelacji rangowej Spearmana – r_s , w jakim stopniu uzyskane hierarchie w grupach „A” i „B” są do siebie podobne. Analiza otrzymanych pozycji rangowych i współczynników korelacji r_s upoważniła do stwierdzenia, iż grupy osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych są wysoce do siebie podobne pod względem hierarchii ocen poszczególnych pojęć zarówno w wymiarze wyniku globalnego, jak i czynników *Wartościowanie, Siła* i *Aktywność*. Najwyższą pozycję w hierarchii

triad pojęć obu badanych grup osiągnęła triada *partnerstwo – przyjaźń – miłość*, najniższą *inwalidztwo – masturbacja – związek nieheteroseksualny*. Pozycje pozostałych triad były już mniej wyraziste, chociaż triada *sympatia – mąż/zona – partner(ka)* zdecydowanie wyżej sytuowała się od triad: *erekcja – orgazm – impotencja, prokreacja – dziecko – antykoncepcja* czy *ja – małżeństwo – rodzina*. Układy hierarchiczne poszczególnych pojęć były nieco bardziej zróżnicowane w analizowanych grupach. Najwyższą pozycję osiągnęło pojęcie *miłość*, odpowiednio niższe, w porządku malejącym to: *przyjaźń, dziecko, rodzina, partner(ka)*, aż do najniższych pozycji, niemalże zgodnie ocenionych – różnice występujące tutaj wahały się od jednej do dwóch rang: *ja, antykoncepcja, masturbacja, związek nieheteroseksualny, inwalidztwo i impotencja*. Znaczące rozbieżności w porównywanych hierarchiach dotyczyły pojęć: *sympatia* – wysoko usytuowane w grupie podstawowej i niżej, o 9 rang w wyniku globalnym i 10 rang w czynniku *Wartościowanie*, w grupie porównawczej, *żona/mąż* – z wysoką pozycją w grupie porównawczej i niższą, o 7 rang w wyniku globalnym i 4 rangi w dymensji *Wartościowanie*, w grupie podstawowej oraz *partnerstwo*

Tabela 14. Podobieństwo hierarchii pojęć dyferencjału semantycznego w badanych grupach „A” i „B”

Nazwa i symbol skali – pojęcia	Wynik globalny		Wartościowanie		Siła		Aktywność	
	R – ranga		R – ranga		R – ranga		R – ranga	
	„A”	„B”	„A”	„B”	„A”	„B”	„A”	„B”
Partnerstwo (<i>Par</i>)	10	5	8	5	5.5	1.5	13	10
Przyjaźń (<i>Prz</i>)	2	4	4	6	2	1.5	10	6
Miłość (<i>Mil</i>)	1	1	1	2	1	4	3	5
Ja (<i>Ja</i>)	16	16	16	16	16	16	16	16
Małżeństwo (<i>Mal</i>)	13	14	10	10	10	12	14	13.5
Rodzina (<i>Rod</i>)	5	7	5	7	5.5	10	12	11
Erotyzm (<i>Ero</i>)	12	10	13	11	12	3	4	13.5
Seks (<i>Sek</i>)	7	8	12	9	4	7	2	3
Akt płciowy (<i>Akp</i>)	8	9	9	8	11	8	11	7
Sympatia (<i>Sym</i>)	3	12	3	13	3	13	8	12
Zona/mąż (<i>Z/m</i>)	10	3	7	3	13	11	5.5	1
Partner(ka) (<i>Put</i>)	6	6	6	4	7	14	7	2
Erekcja (<i>Ere</i>)	14	13	15	15	9	9	9	9
Orgazm (<i>Org</i>)	10	11	11	12	8	5	5.5	8
Impotencja (<i>Imp</i>)	21	21	21	20	21	21	21	21
Prokreacja (<i>Pro</i>)	15	15	14	14	15	15	15	15
Dziecko (<i>Dzi</i>)	4	2	2	1	14	6	1	4
Antykoncepcja (<i>Ant</i>)	17	17	17	17	17	17	18	17
Inwalidztwo (<i>Imw</i>)	20	19	20	19	20	20	20	20
Masturbacja (<i>Mus</i>)	18	18	18	18	18	18	17	18
Związek nieheteroseksual. (<i>Zwn</i>)	19	20	19	21	19	19	19	19
Współczynnik korelacji rangowej Spearmana	r.	.884	r.	.895	r.	.766	r.	.872
	p	.0000*	p	.0000*	p	.0000*	p	.0000*

– stosunkowo wysoko zlokalizowane w grupie osób pełnosprawnych i odpowiednio niżej, o 5 rang w wyniku globalnym i 3 rangi w czynniku *Wartościowanie*, w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Oto charakterystyki uzyskanych wyników w poszczególnych pojęciach dyferencjału semantycznego i ich interpretacje.

Bliskie sobie pojęcia: *partnerstwo, przyjaźń, miłość*, uzyskały podobne, przeciętne i nieco powyżej przeciętnych wyniki w ocenie ich wartości i odbioru

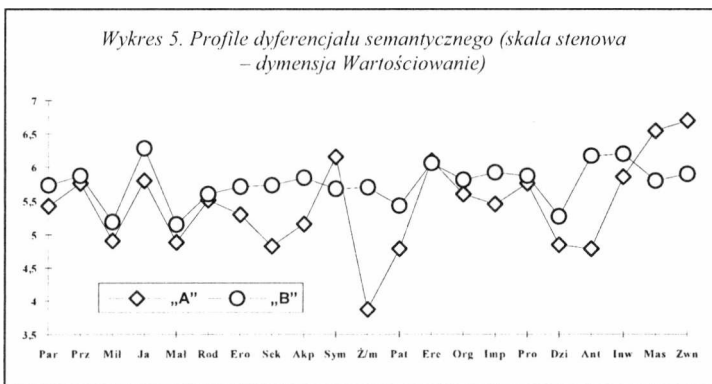
emocjonalnego. Średnie arytmetyczne tych pojęć w analizowanych wymiarach wyniku globalnego i czynnika *Wartościowanie* były wyższe w każdym przypadku w grupie osób pełnosprawnych niż w porównywanej z nią osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ale tylko w pojęciu *partnerstwo* różnica okazała się istotna statystycznie ($p < .019$ – wynik globalny, $p = .078$ – *Wartościowanie*). Osoby pełnosprawne nie różnicują również tych pojęć, co potwierdziły wartości testu t^0 dla par zależnych, nieistotne w wyniku globalnym i istotnie wyższe w wymiarze *Wartościowanie* na korzyść pojęcia *miłość* (*partnerstwo* – $t^0 = 3.660$, $p < .000$, *przyjaźń* – $t^0 = 4.851$, $p < .000$), wskazując tym samym, iż osoby te odczuwają silny związek emocjonalny między tymi pojęciami, każde jest dla nich ważne, wartościowe i cenne, są do nich pozytywnie nastawione emocjonalnie. Może to wynikać zarówno z korzystnych doświadczeń związanych z partnerstwem, przyjaźnią i miłością, jak i oczekiwań i wyobrażeń co do tego typu związków. Pojęcia te zawierają się w sobie i trudno mówić o miłości bez partnerstwa czy przyjaźni lub też przyjaźni bez występującego w niej pierwiastka partnerstwa. Istotne zróżnicowanie pojęć stwierdza się natomiast w grupie osób z para- i tetraplegią, gdzie pojęcie *miłość* zostało wyżej ocenione niż pojęcia *przyjaźń* (wynik globalny – $t^0 = 2.360$, $p < .020$, *Wartościowanie* – $t^0 = 2.404$, $p < .018$) i *partnerstwo* (wynik globalny – $t^0 = 4.745$, $p < .000$, *Wartościowanie* – $t^0 = 4.513$, $p < .000$), a pojęcie *przyjaźń* niż pojęcie *partnerstwo* (wynik globalny – $t^0 = 3.076$, $p < .002$, *Wartościowanie* – $t^0 = 2.860$, $p < .005$). Wartości średnich pojęć: *partnerstwo*, *przyjaźń* i *miłość*, należą jednak do jednych z najwyższych z uzyskanych średnich w grupie osób niepełnosprawnych, świadcząc tym samym o pozytywnej opinii o nich i wysokiej ocenie ich wartości, czyli o korzystnym odbiorze emocjonalnym tych pojęć w badanej populacji. Miary tendencji centralnej są stosunkowo wysokie (Me-57.00-59.00, Q_1 -52.00-54.00 i Q_3 -60.00-61.50 – „A”, Me-57.00-58.00, Q_1 -54.00-55.00 i Q_3 -61.00-63.00 – „B”), ale wyniki znacznie spolaryzowane, co w sposób szczególny znajduje odzwierciedlenie w pojęciu *miłość* w wymiarze *Wartościowanie*, gdzie pomimo iż 44.94 % osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przy 56.00 % osób pełnosprawnych, uzyskało wyniki wysokie (7-10 sten), średnia stenowa umiejscawia ją w obszarze wyników obniżonych. W tym samym pojęciu, w wymiarze wyniku globalnego, odsetek osób z wynikami wysokimi jest zdecydowanie wyższy w grupie podstawowej (58.42 %) niż porównawczej (46.00 %), tak jak wyższy odsetek osób z wynikami niskimi (1-4 sten: 31.46 % – „A”, 25.00 % – „B”). Można więc powiedzieć, że pojęcie *miłość* ma dla większości osób badanych duże znaczenie konotacyjne, z przypisaną mu mimo wszystko znaczną wartością, z pozytywnym odbiorem i stosunkiem emocjonalnym. Uważają one miłość za dobrą, ładną, czystą i cenną, stąd ich postawa wobec niej, w wymiarze emocjonalno-oceniającym, jest pozytywna, ale nie skrajnie pozytywna. Analogicznie, chociaż w relacji odwrotnej, mamy do czynienia z pojęciem *przyjaźń*, gdzie zauważa się w czynniku *Wartościowanie* w grupie „A” wyższy odsetek osób z wynikami wysokimi (47.19 %) niż w grupie „B” (44.00 %), natomiast w wymiarze wyniku globalnego wyższy w grupie „B” (37.00 %) niż w grupie „A” (32.58 %), co wskazuje na przychylny stosunek wobec przyjaźni, a tym samym pozytywną postawę wobec tego pojęcia w komponencie emocjonalno-oceniającym.

Pojęcie *partnerstwo* znamionuje w analizowanych wymiarach, zarówno w grupie podstawowej, jak porównawczej, przewaga ocen przeciętnych, przy czym w pierwszej grupie z tendencją ku wynikom obniżonym, w drugiej zaś podwyższonym. Osoby wysoko wartościujące to pojęcie wystawiały oceny bardzo zbliżone, natomiast osoby niżej oceniające wartość pojęcia nie były już tak zgodne, charakteryzując się wyraźnie rozrzuconymi wynikami na skali. Można zatem przyjąć, że o ile osoby pełnosprawne wykazują pozytywny stosunek do tego pojęcia, wysoko oceniając jego wartość, czyli przejawiają postawę pozytywną, o tyle osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego już takiej jednoznacznej postawy nie wykazują, częściej jest ona neutralna, z tendencją ku pozytywnej.

W analizowanej triadzie pojęć: *ja*, *małżeństwo*, *rodzina*, mimo wyższej oceny pojęcia *rodzina*, ze stwierdzoną różnicą na poziomie ufności, w odbiorze emocjonalnym i wartościowaniu pojęcia *małżeństwo* („A”: wynik globalny – t° -3.114, $p < .002$, *Wartościowanie* – t° -3.227, $p < .001$; „B”: wynik globalny – t° -3.636, $p < .000$, *Wartościowanie* – t° -2.695, $p < .008$), oba one są pozytywnie odbierane w populacjach osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych. Średnie tych pojęć, uzyskane zarówno w wymiarze wyniku globalnego, jak i wymiarze *Wartościowanie*, mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych z wyraźną tendencją ku wynikom podwyższonym, na co wskazują również miary tendencji centralnej (wynik globalny: Me-58.00-55.00, Q_1 -52.00-49.00 i Q_3 -61.00-58.00 – „A”, Me-56.00-55.00, Q_1 -51.00-52.00 i Q_3 -61.00-58.00 – „B”; *Wartościowanie*: Me-26.00-25.00, Q_1 -23.00-22.00 i Q_3 -28.00 – „A”, Me-26.00-25.00, Q_1 -24.00-23.00 i Q_3 -28.00-26.00 – „B”). Rozkład zmienności jest zbliżony do symetrycznego, co oznacza podobieństwo konfiguracji osób z pozytywnym nastawieniem emocjonalnym i mniej pozytywnym nastawieniem emocjonalnym do tych pojęć. W pojęciu *małżeństwo* obserwuje się większe spolaryzowanie wyników: odsetek osób z wynikami wysokimi jest wyższy w grupie porównawczej (wynik globalny – 57.00 %, *Wartościowanie* – 65.00 %) niż podstawowej (wynik globalny – 53.93 %, *Wartościowanie* – 50.56 %) i odwrotnie w odniesieniu do wyników niskich, wyższy w grupie podstawowej (wynik globalny – 31.46 %, *Wartościowanie* – 41.15 %) niż porównawczej (wynik globalny – 24.00 %, *Wartościowanie* – 29.00 %), co wskazuje, iż osoby badane, w szczególności osoby niepełnosprawne, przy takiej, częściej jednak znaczącej ocenie wartości pojęcia *małżeństwo* nie wykazują wyraźnie określonego ukierunkowania swojego stosunku emocjonalnego do tego pojęcia, zapewne ze względu na trudność w jego osiągnięciu, zrealizowaniu pragnień z nim związanych: jest ono bardziej cenione jako wartość niełatwa do zdobycia dla tych osób. Postawa osób badanych, w obu grupach, wobec pojęcia *rodzina*, w komponencie emocjonalno-oceniającym, jest wyraźnie pozytywna. W ten sposób osoby badane wyraziły swoje przychylne ustosunkowanie do instytucji rodziny i roli, jaką odgrywa ona w życiu człowieka. Bardzo duże różnice, wysoce istotne statystycznie, występują w odbiorze pojęcia *ja*. Osoby badane odczuwają znikomy związek emocjonalny tego pojęcia z pojęciami *małżeństwo* i *rodzina*. Różnice te występują zarówno w ocenie jego wartości („A”: *małżeństwo* – t° -6.842, $p < .000$, *rodzina* – t° -10.145, $p < .000$; „B”: *małżeństwo* – t° -7.779, $p < .000$, *rodzina* – t° -7.673, $p < .000$), jak i w nastawieniu emocjonalnym wobec niego („A”:

małżeństwo – $t^0-7.702$, $p<.000$, rodzina – $t^0-9.398$, $p<.000$; „B”: małżeństwo – $t^0-2.591$, $p<.000$, rodzina – $t^0-7.571$, $p<.000$), co powoduje, iż profil tego pojęcia znacznie odbiega od dwóch pozostałych. Dotyczy to obu badanych grup, przy czym osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego uzyskały średnią wyniku globalnego istotnie niższą ($p<.025$) niż osoby pełnosprawne, sytuując ją w granicach wyników przeciętnych (5 sten), ze znacznym jednak odsetkiem osób, bo 47.19 %, przy 23.95 % w grupie osób pełnosprawnych, z wynikami niskimi (poniżej 5 stena). Świadczy to o tym, iż odbiór emocjonalny tego pojęcia przez osoby niepełnosprawne ma neutralne zabarwienie, z tendencją ku słabym stanom emocjonalnym. Badani przypisali sobie, w związkach interpersonalnych posiadających elementy erotyzmu, niższe wartości przymiotników pozytywnych, co może oznaczać, że nie uważają siebie za osoby pełnowartościowe. Natomiast to, iż analizowane tu profile pojęć odbiegają znacznie od siebie, może wskazywać także na nieutożsamianie swojej osoby z małżeństwem i rodziną, widzenie siebie w oderwaniu, a nie w ścisłym związku z małżeństwem i rodziną.

Nie stwierdzono różnic, na poziomie istotności statystycznej, między średnimi pojęć: *erotyzm*, *seks* i *akt plciowy*, w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Profile tych pojęć w zasadzie pokrywają się, co oznacza, iż posiadają one równoważną wartość i towarzyszy im podobna intensywność uczuć wy-



woływana przez nie. Ta kongruentność wynikać może z intronizacji i introjekcji tych pojęć, innymi słowy, wyraźnego łączenia się ze sobą, wynikającego, w odczuciu osób badanych, z doświadczeń lub wyobrażeń o tych zjawiskach. Sądzić zatem należy, że odzwierciedlać się to będzie w zachowaniach tych osób, ich chęci i dążeniu do tego typu kontaktów. W grupie porównawczej osób pełnosprawnych ustalono różnicę w dymensji *Wartościowanie* między pojęciami *erotyzm* i *seks*, na korzyść tego ostatniego ($t^0-2.047$, $p<.043$). Innych różnic, tak w nastawieniu emocjonalnym do pojęcia, jak i w jego wartościowaniu, nie stwierdzono. Pojęcie *seks* różnicuje porównywane grupy osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych. Osoby pełnosprawne przypisują większą wartość temu pojęciu ($p<.043$) niż osoby z para- i tetraplegią. Odsetek tych ostatnich osób, uzyskujących w czynniku *Wartościowanie* wyniki niskie (41.57 %, przy 26.00 % w grupie „B”) przewyższa odsetek osób z wynikami wysokimi (39.32 %, przy 49.00 % w grupie „B”). W obszarze wyniku globalnego już ta-

kich dysproporcji się nie zauważa, analogicznie w przypadku pojęć *erotyzm* i *akt płciowy*, w symetrycznym rozkładzie zmienności wyników. Kwartyły są tutaj stosunkowo wysokie (wynik globalny: Q_1 -50.00-52.00 i Q_3 -59.50-61.00 – „A”, Q_1 -51.00-54.00 i Q_3 -59.00-61.00 – „B”; *Wartościowanie*: Q_1 -21.00-22.00 i Q_3 -27.00 – „A”, Q_1 -22.00-23.00 i Q_3 -27.00-28.00 – „B”), ale średnie i mediany oscylują w przedziale wyników przeciętnych (5-6 sten; wynik globalny: Me-55.00 – „A”, Me-56.00-57.00 – „B”; *Wartościowanie*: Me-24.00 – „A”, Me-25.00 – „B”), skąd można wysnuć wniosek, iż postawy osób badanych są w tym względzie neutralne, z większą lub mniejszą tendencją do postawy pozytywnej.

Porównanie średnich pojęć: *sympatia*, *żona/mąż*, *partner(ka)*, uzyskanych w grupie osób z para- i tetraplegią, wykazało jedynie w wymiarze wyniku globalnego różnicę istotną statystycznie (t^0 -2.068, $p < .041$) między pojęciem *sympatia* a pojęciem *żona/mąż*, na korzyść tego pierwszego. W grupie osób pełnosprawnych także stwierdzono zróżnicowanie tych pojęć, zarówno w obszarze wyniku globalnego (t^0 -3.628, $p < .000$), jak i dymensji *Wartościowanie* (t^0 -4.494, $p < .000$), ale na korzyść pojęcia *żona/mąż*. Pojęcie *sympatia* zostało również istotnie niżej ocenione przez te osoby niż pojęcie *partner(ka)* (wynik globalny – t^0 -3.006, $p < .003$, *Wartościowanie* – t^0 -3.590, $p < .000$). Średnie arytmetyczne pojęcia *sympatia* były istotnie wyższe ($p < .036$ – wynik globalny, $p < .021$ – *Wartościowanie*) w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego niż w porównywanej z nią osób pełnosprawnych, natomiast średnie pojęcia *żona/mąż* istotnie niższe ($p < .007$ – wynik globalny, $p < .004$ – *Wartościowanie*) w grupie „A” niż w grupie „B”. Odsetek osób z wysokimi wynikami w pojęciu *sympatia* jest zdecydowanie wyższy w grupie podstawowej (wynik globalny – 50.56 %, *Wartościowanie* – 48.31 %) niż porównawczej (wynik globalny – 32.00 %, *Wartościowanie* – 33.00 %), tak jak wyraźnie wyższy z wynikami niskimi w pojęciu *żona/mąż* („A”: wynik globalny – 42.68 %, *Wartościowanie* – 41.57 %; „B”: wynik globalny – 28.00 %, *Wartościowanie* – 12.00 %). Można więc powiedzieć, że osoby niepełnosprawne wysoko oceniają wartość pojęcia *sympatia*, wykazując pozytywne wobec niego nastawienie emocjonalne. Uważają, że *sympatia*, utożsamiana tutaj raczej z osobą, którą się lubi, w której się jest zakochanym, aniżeli uczuciem polegającym na tym, że się kogoś lub coś lubi (Szymczak, 1981), co wynika z kontekstu triady, jest dobra, ładna, czysta i cenna, stąd postawa tych osób wobec niej, w wymiarze emocjonalno-oceniającym, jest pozytywna, z wyraźną tendencją ku postawie silnej. Pojęcie *partner(ka)* znamionuje w analizowanych wymiarach, zarówno w grupie podstawowej, jak porównawczej, znaczne rozproszenie wyników, stąd oceny osób badanych, zarówno najwyższej jak i najniższej oceniających pojęcie są dość różnorodne. Niemniej jednak stosunkowo wysoka wartość dolnego i górnego kwartyła oraz mediany (wynik globalny – Q_1 -51.00, Q_3 -60.00, Me-57.00, *Wartościowanie* – Q_1 -23.00, Q_3 -28.00, Me-26.00), zbliżona w obu grupach, każe wnioskować o pozytywnym charakterze postawy wobec tego pojęcia. Takiej konstatacji nie można wyprowadzić w odniesieniu do pojęcia *żona/mąż*, któremu osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, odwrotnie niż pełnosprawne, z małą intensywnością przypisywały cechy pozytywne, dlatego i jego odbiór emocjonalny może być co

najwyżej umiarkowany, z wyraźną tendencją ku słabej postawie negatywnej. Zauważa się tutaj pewien rozdźwięk między oceną zjawiska, np. małżeństwa i rodziny, a osoby w nie zaangażowanej, np. żony/męża. W grupie osób pełnosprawnych zarówno jedno, jak i drugie łączą się z pozytywnymi odczuciami emocjonalnymi.

W zestawieniu ze sobą pojęć: *erekcja*, *orgazm*, *impotencja* i porównaniu ich średnich za pomocą testu t^0 dla par zależnych, zauważa się ich zróżnicowanie na poziomie istotności statystycznej, zarówno w wyniku globalnym, jak i dymensji *Wartościowanie*. Konkluzja ta dotyczy obu badanych grup osób. Pojęcie *impotencja* zostało zdecydowanie niżej ocenione niż pojęcia *erekcja* („A”: wynik globalny – t^0 -15.508, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -14.941, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -15.274, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -18.140, $p<.000$) i *orgazm* („A”: wynik globalny – t^0 -17.090, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -16.700, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -15.849, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -20.878, $p<.000$). Średnia tego pojęcia, istotnie niższa ($p<.021$) w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego niż w grupie osób pełnosprawnych, w relacji do wskaźników próbki normalizacyjnej sytuuje się w granicach wyników przeciętnych (5 sten), jednak bardzo niskie parametry opisowe, tak jednej („A”: wynik globalny – Me-25.00, Q_1 -18.00, Q_3 -33.00, *Wartościowanie* – Me-11.00, Q_1 -7.00, Q_3 -15.00), jak drugiej grupy („B”: wynik globalny – Me-30.00, Q_1 -22.500, Q_3 -37.00, *Wartościowanie* – Me-12.00, Q_1 -9.00, Q_3 -15.00) – normalizacyjnej, wskazują jednoznacznie na skrajnie negatywną postawę wobec niego. Jest to w zasadzie zgodne z oczekiwaniami i nie wymaga dodatkowych wyjaśnień. Profile pojęć *erekcja* i *orgazm*, pomimo ich zróżnicowania („A”: wynik globalny – t^0 -2.222, $p<.028$, *Wartościowanie* – t^0 -3.604, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -2.156, $p<.033$, *Wartościowanie* – t^0 -7.511, $p<.000$), są w pewnym stopniu zbieżne, oba bowiem oscylują w przedziale wyników przeciętnych, czyli w obszarze postawy neutralnej, z mniejszą lub większą tendencją do słabej postawy pozytywnej. Ocena wartości pojęcia *orgazm* jest intensywniejsza, niż pojęcia *erekcja*, tak jak intensywniejsze jest nastawienie emocjonalne do tego pojęcia w kierunku odbioru pozytywnego.

Zróżnicowane oceny pojęć: *prokreacja*, *dziecko*, *antykoncepcja*, okazały się istotne statystycznie w badanych grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych, zarówno w obszarze wyniku globalnego, jak dymensji *Wartościowanie*. Osoby badane najwyżej oceniły pojęcie *dziecko*, i jest to jedna z wyższych ocen w hierarchii, najniżej zaś pojęcie *antykoncepcja*. Pojęcie *dziecko* zostało wyżej ocenione niż pojęcia *prokreacja* („A”: wynik globalny – t^0 -5.407, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -6.187, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -5.809, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -6.538, $p<.000$) i *antykoncepcja* („A”: wynik globalny – t^0 -8.527, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -8.831, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -14.173, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -11.965, $p<.000$), a pojęcie *prokreacja* niż pojęcie *antykoncepcja* („A”: wynik globalny – t^0 -5.642, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -4.923, $p<.000$; „B”: wynik globalny – t^0 -4.843, $p<.000$, *Wartościowanie* – t^0 -4.315, $p<.000$). Wysoka wartość pojęcia *dziecko*, przy którym 49,43 % osób niepełnosprawnych i 46,00 % osób pełnosprawnych, opowiedziało się za wyborem wysokich wartości przymiotników dobry, ładny,

czysty i cenny („A”: Me-27.00, Q_1 -25.00 i Q_3 -28.00; „B”: Me-27.00, Q_1 -25.00 i Q_3 -28.00), wobec mniej wyraźnych, choć analogicznie wysokich wyników w nastawieniu emocjonalnym („A”: Me-58.00, Q_1 -52.00 i Q_3 -62.00; „B”: Me-59.00, Q_1 -55.00 i Q_3 -61.00), jest zgodna z przyjętą i akceptowaną społecznie postawą oceny dziecka jako dobra samego w sobie i wartości pozytywnej. Pojęcie *antykoncepcja* jest usytuowane, w hierarchii ocen osób badanych, na przeciwstawnym biegunie. Osoby z para- i tetraplegią istotnie niżej niż osoby pełnosprawne oceniają jego wartość ($p < .014$), a także swoje wobec niego nastawienie emocjonalne ($p < .001$). I chociaż średnie obu grup oscylują w granicach wyników przeciętnych, co wynika z rozkładu grupy normalizacyjnej, to jednak są to, w odniesieniu do grupy podstawowej, wyniki wyraźnie niskie (53.93 % – wynik globalny, 48.31 % – *Wartościowanie*; wynik globalny – Me-41.00, Q_1 -35.00, Q_3 -46.00, *Wartościowanie* – Me-19.00, Q_1 -15.00, Q_3 -22.500), natomiast grupy porównawczej – przeciętne i poniżej nich (55.00 % – wynik globalny, 40.00 % – *Wartościowanie*; wynik globalny – Me-44.00, Q_1 -42.00, Q_3 -50.00, *Wartościowanie* – Me-20.00, Q_1 -18.00, Q_3 -23.00). Świadczą one o przejawianiu, w pierwszym przypadku, postawy negatywnej, w drugim, co najwyżej postawy neutralnej. Dziwna wydaje się sprawa rozbieżnej oceny pojęć tak sprzężonych, jak *prokreacja* i *dziecko*. Pojęcie *prokreacja* wydaje się być wyizolowane z bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego z pojęciem *dziecko*. Będąc w zasadniczym związku z impotencją nie uzyskało intensywnych ocen wartościujących. Rozkład zmienności wyników jest skośny lewostronnie (-850), co wskazuje, że mniej zgodne w ocenie są te osoby badane, które niżej oceniają wartość pojęcia. Osoby niepełnosprawne przejawiają trudności w tej sferze, co wynika z istoty uszkodzenia rdzenia kręgowego, więc ich niezdecydowanie w ocenach negatywnych stanowi, być może, pewnego rodzaju racjonalizację, polegającą na pomniejszaniu wartości tego, co trudne do zdobycia. Nie stwierdzono jednak różnicy w ocenie tego pojęcia między porównywanymi grupami osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych ($p > .878$ – wynik globalny, $p > .761$ – *Wartościowanie*). Należy przyjąć, ponieważ kontrowersji wokół uzyskanych wyników jest nazbyt wiele, że pojęcie *prokreacja* w komponencie emocjonalno-oceniającym ma charakter neutralny z jednoznaczną tendencją ku postawie negatywnej.

Różnice w ocenie nastawienia emocjonalnego i wartości pojęć *masturbacja* i *związek nieheteroseksualny* są na poziomie ufności, tak w grupie podstawowej (wynik globalny – t^0 -2.704, $p < .007$, *Wartościowanie* – t^0 -2.754, $p < .007$), jak i porównawczej (wynik globalny – t^0 -5.529, $p < .000$, *Wartościowanie* – t^0 -5.548, $p < .000$). Pojęcie *związek nieheteroseksualny* zyskało ocenę wyraźnie niższą. Masturbacja stanowi pewną formę zaspokojenia potrzeby seksualnej dla części osób, czego dowodzi znaczne zróżnicowanie ocen, zwłaszcza w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Osoby te wykazują, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, wyższe nastawienie emocjonalne wobec tego pojęcia ($p \sim .082$), tak jak okazują wyższe nastawienie emocjonalne wobec pojęcia *związek nieheteroseksualny* ($p < .024$), intensywniej go wartościując ($p < .015$). Wysokie wartości analizowanych tu pojęć na skali stenowej wynikają wyłącznie ze zbliżonych parametrów opisu statystycznego badanych grup osób. Miary ten-

dencji centralnej są bowiem niskie i bardzo niskie („A”: wynik globalny – Me-36.00-40.00, Q_1 -28.00-33.00, Q_3 -40.00-43.00, *Wartościowanie* – Me-13.00-16.00, Q_1 -6.00-11.00, Q_3 -16.00-17.00; „B”: wynik globalny – Me-31.00-38.00, Q_1 -22.00-30, Q_3 -40.00-42.00, *Wartościowanie* – Me-11.00-14.00, Q_1 -6.00-11.00, Q_3 -16.00), wskazując jednoznacznie na negatywną postawę emocjonalną wobec tych pojęć w grupie osób niepełnosprawnych i silnie negatywną postawę w grupie osób pełnosprawnych. Pojęcie *inwalidztwo* wywołuje, obok pojęcia *impotencja*, najbardziej negatywne emocje ze wszystkich analizowanych pojęć. Co prawda, osoby pełnosprawne przypisują mu wyższą wartość niż osoby niepełnosprawne ($p \sim .095$), ale obie średnie i pozostałe mierniki porównywanych grup („A”: Me-13.00, Q_1 -9.00 i Q_3 -15.00; „B”: Me-13.00, Q_1 -10.00, Q_3 -16.00), w tym dla wyniku globalnego („A”: Me-30.00, Q_1 -22.00 i Q_3 -38.00; „B”: Me-35.00, Q_1 -23.50 i Q_3 -39.00), są tak niskie, iż wskazują wyłącznie na silną postawę negatywną w tym względzie.

Na podstawie przeprowadzonych analiz i interpretacji należy stwierdzić, iż badane osoby z para- i tetraplegią wysoko oceniły wartość takich pojęć, jak: *miłość, przyjaźń, rodzina, dziecko, sympatia, parter(ka)*; nisko: *impotencja, inwalidztwo, związek nieheteroseksualny, masturbacja*; przeciętnie pozostałe pojęcia, z większą lub mniejszą tendencją w kierunku wyników bądź to wysokich, bądź niskich. Ocena wartości pojęcia, w przypadku pojęć ocenionych wysoko, była zawsze wyższa od sumy czynników *Wartościowanie, Siła i Aktywność*, czyli wyniku globalnego. Oznacza to, że dymensje *Siła* i *Aktywność* obniżały wartość pojęcia, a więc nastawienie emocjonalne wobec pojęcia było zawsze niższe niż ocena jego wartości, co wyraźnie wystąpiło w przypadku pojęć wysoko wartościowanych. Nie zauważono tego zjawiska w przypadku pojęć niżej wartościowanych, gdzie średnie wartości poszczególnych czynników rozkładały się równomiernie. Średnie i wszystkie inne wskaźniki dymensji *Wartościowanie* w większości pojęć były do siebie zbliżone, natomiast w ocenie nastawienia emocjonalnego bardziej zróżnicowane, co jest zrozumiałe w przypadku uczuć i emocji. W odniesieniu do pojęć o najwyższych średnich w dymensji *Wartościowanie*, osoby, które oceniły je najwyżej, były bardziej jednomyślne w swojej ocenie niż osoby je oceniające niżej. W przypadku pojęć niżej wartościowanych relacje są odwrotne. W nastawieniu emocjonalnym zjawisko to nie rysuje się już tak wyraźne. Duży rozrzut wyników zaobserwowano w przypadku pojęć, dotyczących problemów oraz zjawisk o różnym stopniu aprobaty społecznej, jak: *impotencja, inwalidztwo, związek nieheteroseksualny, masturbacja, antykoncepcja, ja, prokreacja*. Uogólniając należy powiedzieć, że zdecydowaną większość pojęć, składających się na szeroko rozumiane życie erotyczne, badane osoby z para- i tetraplegią oceniły pozytywnie. Płyne stąd wniosek o ich przychylnym nastawieniu emocjonalnym wobec życia erotycznego w emocjonalno-oceniającym komponencie postawy.

ROZDZIAŁ VI

ZALEŻNOŚCI MIĘDZY FUNKCJONOWANIEM PSYCHOSPOŁECZNYM A FUNKCJONOWANIEM SEKSUALNYM OSÓB BADANYCH – ANALIZA PORÓWNAWCZA

Punktem wyjścia niniejszych analiz była ocena funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Przeprowadzono ją poprzez porównanie wyników w tych obszarach zmiennych, w szczególowym ujęciu: przystosowania psychospołecznego, samooceny, potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw wobec życia erotycznego oraz indywidualnej wiedzy, zainteresowań, przejawów i ocen różnych aspektów funkcjonowania seksualnego, uzyskanych w grupie osób z para- i tetraplegią z analogicznymi wynikami otrzymanymi w grupie osób pełnosprawnych, co zostało zaprezentowane w rozdziałach IV i V. Główny problem badawczy dotyczy jednak poszukiwania związków zależnościowych między uzyskanymi wskaźnikami psychospołecznego i seksualnego funkcjonowania badanych osób niepełnosprawnych, stąd weryfikacja postawionych hipotez o istnieniu zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz o zróżnicowaniu tychże współzależności w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych – gdzie na przykład: wysoki poziom przystosowania psychospołecznego, dodatnia samoocena, korzystne nasilenie potrzeb psychicznych i poczucia sensu życia oraz pozytywne nastawienie do życia erotycznego ma dodatni związek z pozytywnymi aspektami, społecznie akceptowanymi, funkcjonowania seksualnego i odwrotnie – dokonana została na podstawie analizy otrzymanych współczynników zależności obliczonych za pomocą takich metod statystycznych, jak: analiza czynnikowa i kanoniczna, testy korelacji r_s -Spearmana i r -Pearsona oraz test „z” porównania dwu cech współczynnika korelacji liniowej. Przypomnieć należy (zob. rozdział III. 1), iż pojęcie „zależność” odnosi się tu do opisu współzależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Nie dotyczy natomiast informacji o związkach przyczynowych.

1. Struktura czynnikowa funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych

W tych dziedzinach badań, w których nie ma pewności co do liczby możliwych do obliczenia wskaźników, zwłaszcza gdy teoria, będąca podstawą określania tych wskaźników, nie istnieje lub też wykazuje istotne braki w tym względzie, analiza czynnikowa może okazać się, jak twierdzi H. Blalock (1977), bardzo przydatna jako narzędzie badawcze. Służy więc ona do wykrywania pewnej liczby czynników na bazie zależności między zmiennymi wyjściowymi, które są wyrażone przez korelacje (Oleś, 1989). Istota jej wyraża się zatem możliwością przekształcenia dużej liczby wskaźników operacyjnych w mniejszą liczbę zmiennych koncepcyjnych, innymi słowy, umożliwia ona zastąpienie znacznej ilości wskaźników o małym znaczeniu teoretycznym, zdecydowanie mniejszą liczbą zmiennych koncepcyjnych, mogących posiadać interesującą interpretację teoretyczną (Blalock, 1977).

Stosowane najczęściej metody analizy czynnikowej zakładają występowanie liniowych związków między wskaźnikami, co oznacza, że nieskorelowane czynniki są niezależne od siebie, dlatego też zwą się czynnikami ortogonalnymi. Poszukując natomiast czynników silnie skorelowanych z określonymi zestawami, ale nieskorelowanych ze wskaźnikami należącymi do innych zestawów stosuje się rozwiązanie matematyczne, noszące nazwę „rotowanie”. Terminu „ładunek czynnikowy” używa się zaś dla oznaczania współczynnika korelacji między wskaźnikiem a danym czynnikiem.

Analizy czynnikowej użyto tu do grupowania w czynniki ocen funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Chodziło bowiem o wykrycie mniejszej liczby bardziej podstawowych wymiarów, które wyjaśniałyby obserwowaną zmienność ocen; w tym przykładzie polegało to na zredukowaniu 108 wskaźników w grupie podstawowej i 101 w grupie porównawczej do kilku zmiennych koncepcyjnych. Zastosowano zatem analizę czynnikową metodą głównego czynnika w układzie ortogonalnym, typ *Principal components*, z rotowaniem *Varimax normalized* – według programu komputerowego *STATISTICA*. Wybór takiego rozwiązania miał prowadzić do otrzymania czynników wzajemnie niezależnych, gdzie treść czynnika wyznaczona była w największym stopniu przez te zmienne, których ładunki czynnikowe są największe, czyli większe od .450. Zmienne o ładunkach niższych od tej wartości, ale na poziomie istotności statystycznej, także włączano do interpretacji, zwłaszcza tych czynników, w których miały one najwyższe ładunki czynnikowe oraz wtedy, gdy ładunki te były ujemne, bacząc na to, aby każda wartość użyta była do interpretacji tylko jednego czynnika. Przy czym zasady ortogonalności czynników nie stosowano w przypadku występowania ładunków ujemnych (por. Oleś, 1989).

Szczegółowe wyniki analizy czynnikowej, tak dla grupy podstawowej, jak i dla grupy porównawczej, umieszczone są w tabeli 15.

Tabela 15. Macierz czynników uzyskanych w grupie podstawowej „A” i grupie porównawczej „B”

Badane zmienne	„A”					„B”				
	I _A	II _A	III _A	IV _A	V _A	I _B	II _B	III _B	IV _B	V _B
Uświadomienie seksualne (<i>Uśs</i>)	.413	-.139	.319	-.008	.239	.579*	.260	.399	-.129	.162
Samocena w roli seksual. (<i>Srs</i>)	.664*	.003	-.013	.152	.181	.695*	-.269	.201	.026	-.103
Wyobraźnia erotyczna (<i>Wer</i>)	.552*	.139	.067	-.108	-.080	.701*	.050	-.171	.350	.184
Inicjacja seksualna (<i>Ins</i>)	.391	-.005	-.084	.173	-.105	.285	-.004	-.206	.152	.002
Doświadczenia masturb. (<i>Dma</i>)	.427	-.080	-.090	.085	-.014	.499*	.299	-.145	-.036	-.046
Chęć do współżycia (<i>Chw</i>)	.566*	-.018	.092	.050	.037	.635*	-.125	.042	.349	-.005
Potrzeba współżycia (<i>Pow</i>)	.616*	.039	.152	.027	.045	.655*	-.123	.137	.093	.008
Zdol. podjęcia współżycia (<i>Zpw</i>)	.471*	-.102	-.121	.176	-.068	-.162	.051	.233	.165	.002
Nastroj przed stosunkiem (<i>Nst</i>)	.606*	-.038	.014	-.087	.308	.492*	-.143	.368	-.016	-.067
Nastroj po stosunku (<i>Nps</i>)	.447	-.027	-.066	.053	.346	.492*	-.401	.295	.205	.174
Ocena siebie jako partnera (<i>Ocs</i>)	.456*	-.270	-.130	-.050	.277	.589*	-.168	.376	-.054	.115
Ocena związku (<i>Ocz</i>)	.260	-.061	.008	.105	.264	.170	-.521*	.202	.375	-.260
Ocena więzi uczuciowej (<i>Owu</i>)	.263	.006	.035	.161	.178	.078	-.712*	.228	.317	-.069
Pieszczoty ogólne (<i>Po</i>)	.376	.398	.039	-.119	.201	.553*	.014	.196	.271	.108
Pobudzenie sfery erogennych (<i>Pse</i>)	.706*	.252	-.134	-.002	.122	.673*	.159	.019	.194	-.075
Pieszczoty oralno-genitalne (<i>Pog</i>)	.534*	.145	-.044	-.135	-.023	.332	.366	.339	-.057	.056
Stosunek (<i>St</i>)	.644*	.246	-.100	.050	-.052	.647*	.003	.138	.138	-.004
Stosunek – pozycje (<i>Stp</i>)	.430	-.014	.119	.063	-.352	.712*	.283	-.008	.000	.068
Własna aktywność (<i>Wak</i>)	.336	.231	.001	.009	-.125	.685*	.206	.093	-.079	-.089
Aktywność partnera (<i>Akp</i>)	.445	.230	.174	-.085	.032	.601*	.305	.170	-.071	-.195
Częstość dysatisfakcji (<i>Dys</i>)	.130	-.133	-.317	-.025	.257	-.587*	-.416	.269	-.193	-.100
Samoakceptacja (<i>Sak</i>)	.162	-.007	-.582*	-.107	-.130	.428	.173	-.033	-.123	-.369
Suma – ogólna niezgodność (<i>Ogn</i>)	.148	-.055	-.589*	-.135	-.052	.046	-.141	.185	-.218	-.397
Rozwiązywanie problemów (<i>Rp</i>)	.184	.134	.241	-.029	.273	-.286	-.131	.320	-.019	-.028
Pragnienia (<i>Pg</i>)	-.094	.074	.327	.215	.069	.031	.027	.174	.487*	.108
Obiektywność (<i>Ob</i>)	.065	.094	.498*	.143	.047	.043	.560*	.131	.038	.032
Szukanie społ. wsparcia (<i>Sw</i>)	.028	.046	.472*	.121	-.005	-.248	.399	.273	.110	.454*
Nastawienie pozytywne (<i>Np</i>)	.122	.140	.367	-.044	.246	.022	.490*	.352	.151	-.145
Obwinianie siebie (<i>Os</i>)	-.168	.166	.317	-.101	-.049	.091	.638*	.130	.201	-.053
Redukowanie napięcia (<i>Rn</i>)	.191	-.188	.360	-.119	.029	.101	.674*	.149	-.022	.289
Zamknięcie w sobie (<i>Za</i>)	.196	.129	.303	.165	-.149	.092	.604*	.159	-.028	.010
Motywacja (<i>Mo</i>)	.198	-.370	.066	.141	-.068	-	-	-	-	-
Przystosowanie społeczne (<i>PS</i>)	.153	-.118	-.104	.030	-.319	-	-	-	-	-
Przystosowanie osobiste (<i>PO</i>)	-.137	.215	.117	.005	-.162	-	-	-	-	-
Niepokój (<i>Np</i>)	-.075	.159	-.149	.154	.413	-	-	-	-	-
Depresja (<i>Dp</i>)	-.276	.142	.071	.197	-.387	-	-	-	-	-
Skrepowanie socjalne (<i>Ss</i>)	-.383	.220	.008	.151	-.267	-	-	-	-	-
Pogląd pozytywny (<i>Pp</i>)	.200	.280	.045	.246	.362	-	-	-	-	-
Samokrytycyzm (<i>Sc</i>)	-.327	.076	-.071	.220	-.012	-.125	-.163	.092	.641*	.005
Wskaźnik prawda/fałsz (<i>T/F</i>)	-.074	.015	.063	.788*	-.083	.235	.132	-.156	.740*	.071
Punktacja konfliktów netto (<i>Pkn</i>)	.325	.004	-.137	.088	.686*	.055	-.673*	-.017	-.078	.137
Punktacja konfliktów razem (<i>Pkr</i>)	.291	-.020	-.129	.174	.570*	-.007	-.678*	.132	-.092	.129
Ogólna punktacja pozytywna (<i>P</i>)	.035	.010	.051	.908*	-.006	.035	.148	-.033	.792*	.094
Tożsamość (<i>Rzqd1</i>)	-.013	-.249	.126	.300	-.114	.217	.513*	-.057	.285	.086
Akceptacja (<i>Rzqd2</i>)	.051	.181	-.025	.774*	.004	-.152	-.147	-.090	.642*	-.078
Zachowanie (<i>Rzqd3</i>)	.030	.057	.016	.758*	.080	-.040	-.202	.115	.704*	.200
Ja fizyczne (Kolumna A)	-.172	.000	.003	.613*	-.176	.060	.016	.239	.593*	.285
Ja moralno-etyczne (Kolumna B)	-.150	.115	.086	.474*	.155	-.131	.174	-.049	.527*	-.198
Ja osobiste (Kolumna C)	.156	-.079	.028	.705*	.015	-.217	.219	-.237	.486*	-.256
Ja rodzinne (Kolumna D)	.230	.108	.105	.383	.069	.162	-.075	-.010	.246	.320
Ja społeczne (Kolumna E)	-.044	-.089	.004	.724*	-.093	.177	.167	-.121	.483*	-.024
Ogólna zmienność (<i>TotV</i>)	.280	.003	.315	.486*	-.001	-.326	-.558*	.215	.141	.136
Zmienność w kolumnach (<i>KiV</i>)	.246	-.016	.229	.507*	.072	-.341	-.568*	.155	.199	.025
Zmienność w rzędach (<i>RiV</i>)	.240	.034	.345	.292	-.117	-.230	-.416	.256	.023	.270

Badane zmiennie	„A”					„B”				
	I _A	II _A	III _A	IV _A	V _A	I _B	II _B	III _B	IV _B	V _B
Dystrybucja (D)	.307	.010	.085	.452*	.464*	-.201	-.710*	.194	-.004	.176
Potrzeba dominacji (pDom)	.269	.032	.314	.093	.249	-.426	.073	.033	.003	-.123
Potrzeba uległości (pUle)	.053	.146	.544*	.101	.384	-.478*	.082	-.297	.127	.048
Potrzeba autonomii (pAut)	.247	-.121	.402	.078	.045	-.692*	-.051	-.045	.059	.002
Potrzeba agresywności (pAgr)	.334	.022	.243	.124	-.113	-.560*	-.168	-.234	.176	-.118
Potrzeba poniżania się (pPon)	-.243	-.017	.681*	-.109	-.209	-.262	.630*	-.044	.221	-.016
Potrzeba wyczerpania (pWyc)	.172	-.157	.530*	.178	.359	-.208	.282	-.234	.160	.057
Potrzeba seksualna (pSek)	.488*	-.023	.461*	.108	-.041	.240	.415	-.214	.412	-.189
P. przyjem. doznań zmysł (pPdz)	.019	.094	.519*	-.159	.090	-.453*	.343	.159	.223	.159
Potrzeba ekshibicjonizmu (pEks)	.292	-.115	.559*	-.041	.193	-.374	.485*	.080	-.061	-.184
Potrzeba zabawy (pZab)	.302	.059	.486*	.032	.033	-.346	.088	-.256	.032	-.189
Potrzeba odrzuc., izolacji (pIzo)	.149	.089	.541*	-.084	-.047	-.445	.083	-.014	.346	-.089
Potrzeba stowarzyszania (pSto)	-.018	-.131	.375	.159	.333	-.401	-.037	-.050	.227	.017
P. dozn. opieki i oparcia (pDoo)	-.288	-.025	.640*	-.005	-.109	-.517*	.251	.100	.199	-.108
P. żywienia i opieki się (pŻyw)	-.087	.000	.383	.136	.490*	-.127	-.091	-.021	.016	.530*
P. u. poniż. we wł. oczach (pUpw)	-.206	.061	.626*	-.098	-.269	-.317	.384	.102	.294	.067
P. u. urazu ze str. in. ludzi (pUui)	-.003	.093	.579*	-.033	-.249	-.463*	.073	.094	.296	.113
Potrzeba kompensacji (pKom)	.204	-.072	.478*	.166	.144	-.281	.260	-.034	.147	.089
P. u. urazu fizycznego (pUuf)	-.169	-.052	.514*	.112	-.030	.666*	-.130	-.035	.003	.135
Potrzeba poznawcza (pPoz)	-.027	.009	.461*	-.077	.372	-.135	.587*	.205	-.190	.365
Wiara w Boga (Sz1)	-.061	.035	.024	-.154	.227	.017	-.093	-.168	.270	-.345
Roz. i bycie wśród ludzi ... (Sz2)	.064	-.105	-.003	.168	.565*	-.005	.094	.267	-.043	-.521*
Ja ... (Sz3)	.008	-.033	-.063	-.064	.496*	.058	.059	.279	-.242	-.436
Uczestnictwo w różnych ... (Sz4)	-.079	.200	.016	-.232	.122	.027	.196	-.062	.231	-.446
Okazywa. przywiązania ... (Sz5)	.244	.161	-.015	.057	.434	.106	-.092	.262	.363	-.041
Czuję, że ... (Sz6)	-.010	.166	.022	.094	-.553*	.009	.355	.174	-.143	-.239
Czuję, że moje życie jest ... (Sz7)	-.185	-.176	.090	.001	-.753*	-.020	.203	.006	.022	-.631*
Aktywność i hobby ... (Sz8)	.078	.035	-.029	.223	-.427	.151	-.294	-.052	.141	-.568*
Zrob. czegoś dla siebie ... (Sz9)	-.036	.141	-.044	.066	.257	.120	-.249	.480*	.015	.139
Pocieszenie innych ... (Sz10)	.149	-.157	-.210	-.021	-.497*	-.357	-.224	.152	-.199	-.553*
Planowanie i osiągnięcie ... (Sz11)	.063	-.175	-.137	.040	-.533*	.319	.506*	-.009	-.117	-.364
Filozof. życia czy religia ... (Sz12)	.127	.000	-.164	.223	-.416	-.500*	-.328	.296	-.047	-.335
Czuję, że ... (Sz13)	-.139	-.060	-.044	.068	-.702*	-.212	.159	.186	-.206	-.561*
Partnerstwo (Parg)	-.098	.713*	-.059	.204	.034	.129	.256	.622*	-.173	.155
Przyjaźń (Przg)	-.055	.768*	.064	.131	.082	-.036	.157	.644*	-.102	.117
Miłość (Milg)	.020	.785*	.005	.039	.029	.010	-.073	.796*	.012	.046
Ja (Jag)	.308	.227	.054	.167	.309	-.430	-.324	-.024	-.220	-.216
Małżeństwo (Malg)	.014	.656*	.108	.291	.210	.082	.024	.101	-.216	.209
Rodzina (Rodg)	-.158	.754*	.060	.057	.168	.072	-.000	.641*	-.079	-.066
Erotyzm (Erog)	.282	.731*	.084	-.093	.021	.086	.074	.568*	.012	-.167
Seks (Sekg)	.207	.582*	-.089	-.017	.050	.210	-.165	.634*	.180	-.203
Akt płciowy (Akpj)	.419	.653*	.035	-.049	.006	.458*	-.132	.625*	.279	-.029
Sympatia (Symg)	-.006	.744*	.054	.089	.096	-.051	-.457*	.510*	.081	.045
Żona/mąż (Żmg)	.031	.652*	.054	.117	.162	-.177	.049	.255	-.086	.100
Partner(ka) (Patg)	.221	.698*	.021	.186	.094	.067	.214	.488*	.187	-.147
Erekcja (Ereg)	.219	.547*	-.018	-.137	-.043	.290	-.067	.686*	.039	-.195
Orgazm (Orgg)	.149	.633*	.064	-.194	-.095	.161	.050	.558*	.020	-.051
Impotencja (Impg)	.064	-.540*	.010	.124	.290	.376	.200	-.508*	-.052	.086
Prokreacja (Prog)	-.074	.478*	.053	-.082	.087	.000	.283	.643*	-.031	.156
Dziecko (Dzig)	-.098	.576*	.017	.035	.145	.012	.181	.404	.137	-.334
Antykoncepcja (Antg)	.309	-.012	-.026	.125	.089	.031	-.238	.453*	-.171	-.148
Inwalidztwo (Inwg)	.264	-.400	-.061	.029	.313	.028	.370	-.454*	-.147	.335
Masturbacja (Masg)	.383	-.086	.066	-.038	-.132	.296	-.048	-.133	-.118	.400
Zw. nienheteroseksualny (Zwng)	.167	-.188	-.052	-.034	-.078	.178	.107	.093	-.006	.405

Zastosowanie analizy czynnikowej umożliwiło zatem wyróżnienie, poprzez pogrupowanie się w spójne i logiczne zespoły, oddzielnie dla każdej badanej grupy, po pięć czynników, zarówno wśród 108 zmiennych w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i wśród 101 zmiennych w grupie osób pełnosprawnych. W grupie podstawowej są to: czynnik seksualny (I_A), czynnik erotyczny (II_A), czynnik deprywacji potrzeb (III_A), czynnik samooceny (IV_A) i czynnik konfliktu (V_A), natomiast w grupie porównawczej: czynnik seksualny (I_B), czynnik radzenia sobie (II_B), czynnik erotyczny (III_B), czynnik samooceny (IV_B) i czynnik wsparcia społecznego (V_B). Pierwszy czynnik, nazwany seksualnym, zidentyfikowany został w obu badanych grupach równocześnie. Analogiczna sytuacja, jednoczesnego wyróżnienia tego samego czynnika w grupie podstawowej i porównawczej, wystąpiła w przypadku czynnika czwartego, nazwanego czynnikiem samooceny. Jeszcze w jednym przypadku wyszczególnione czynniki w analizowanych grupach określono wspólnym mianem – czynnika erotycznego. Przy czym występowały one w różnej kolejności w obu grupach: osób z para- i tetraplegią jako drugi, w grupie zaś osób pełnosprawnych trzeci, po czynniku radzenia sobie. Ten ostatni czynnik wyróżniony został jedynie w grupie porównawczej, podobnie jak czynnik wsparcia społecznego, występujący wyłącznie w tej grupie, a czynniki deprywacji potrzeb i konfliktu zidentyfikowane tylko w grupie podstawowej.

Z poddanych analizie hierarchii 10 zestawów czynnikowych, otrzymanych w grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych, gdzie poszczególnym ładunkom czynnikowym przypisano rangi, od najwyższych ładunków dodatnich do najniższych, czyli najwyższych ładunków ujemnych, a następnie obliczono współczynniki korelacji rangowej Spearmana – r_s , między nimi, wynika, że uzyskane hierarchie czynników w grupach „A” i „B” są do siebie podobne (tabela 16), zwłaszcza te, które zostały jednakowo zidentyfikowane.

Hierarchia ładunków pierwszego czynnika – seksualnego, zidentyfikowana w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jest wprost proporcjonalnie

Tabela 16. Macierz współczynników korelacji r -Spearmana – czynniki grupy „A” i „B”

Czynniki gr. „A” i „B”	czynnik I_B		czynnik II_B		czynnik III_B		czynnik IV_B		czynnik V_B	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
czynnik I_A	.400	.0000*	-.239	.0158*	-.004	.9671	-.116	.2468	.010	.9143
czynnik II_A	.051	.6081	-.042	.6727	.404	.0000*	.106	.2888	-.028	.7783
czynnik III_A	-.358	.0002*	.360	.0002*	-.217	.0288*	.260	.0084*	.251	.0110*
czynnik IV_A	-.179	.0730~	-.253	.0106*	-.204	.0405*	.252	.0107*	.168	.0930~
czynnik V_A	-.085	.3934	-.245	.0134*	.155	.1199	-.123	.2169	.172	.0850~

zbieżna ($p < .000$) z hierarchią ładunków tego samego czynnika, ale występująca w grupie osób pełnosprawnych, oraz odwrotnie proporcjonalnie zbieżna ($p < .015$) z hierarchią ładunków czynnika drugiego – radzenia sobie, także z grupy badanych osób pełnosprawnych. Hierarchia ładunków drugiego czynnika – erotycznego, z grupy podstawowej, jest w istotnym stopniu odbiciem tej

($p < .000$), którą zidentyfikowano w grupie porównawczej jako czynnik trzeci – *erotyczny*. Hierarchia ładunków, czynnika trzeciego z grupy „A” – *deprywacji potrzeb*, koreluje ze wszystkimi czynnikami z grupy „B”, hierarchiami ich ładunków: wprost proporcjonalnie z: *radzenia sobie* ($p < .000$), *samooceny* ($p < .008$) i *wsparcia społecznego* ($p < .011$), a odwrotnie proporcjonalnie z: *seksualnym* ($p > .000$) i *erotycznym* ($p < .028$). Z analogiczną sytuacją mamy do czynienia w przypadku hierarchii ładunków czwartego czynnika – *samooceny*, zidentyfikowaną w grupie osób z para- i tetraplegią, zbieżną ze wszystkimi pięcioma hierarchiami ładunków czynników grupy osób pełnosprawnych: wprost proporcjonalnie z czynnikami *samooceny* – w najwyższym stopniu ($p < .010$) i *wsparcia społecznego* ($p \sim .093$) oraz odwrotnie proporcjonalnie z czynnikami: *radzenia sobie* ($p < .010$), *erotycznym* ($p < .040$) i *seksualnym* ($p \sim .073$). Hierarchia ładunków piątego czynnika – *konfliktu*, z grupy podstawowej, jest wprost proporcjonalnie skorelowana z hierarchią ładunków również czynnika piątego z grupy porównawczej, wyróżnionego jako czynnik *wsparcia społecznego* ($p \sim .085$), a odwrotnie proporcjonalnie zbieżna z drugim czynnikiem tej grupy – *radzenia sobie* ($p < .013$).

W konkluzji poczynionych tu analiz należy stwierdzić, iż zbieżność uporządkowań ładunków czynnikowych jest szczególnie wysoka – wprost proporcjonalnie – w przypadku tych czynników, które zostały identycznie wyróżnione, potwierdzając tym samym trafność identyfikacji. Nie oznacza to jednak, że struktury tych czynników są takie same w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i w grupie osób pełnosprawnych. Charakterystykę ich można będzie podać dopiero na podstawie pogłębionej analizy otrzymanego materiału badawczego.

Oto bowiem, czynniki „seksualne”, jako pierwsze z wyróżnionych w grupie podstawowej (I_A) i w grupie porównawczej (I_B), oraz czynniki „samooceny” jako czwarte z wyróżnionych w grupie „A” (IV_A) i w grupie „B” (IV_B), a także czynniki „erotyczne”, jako drugie z wyróżnionych w grupie osób niepełnosprawnych (II_A) i trzecie w grupie osób pełnosprawnych (III_B), chociaż identycznie zidentyfikowane, nie zawierają treści tożsamyh. Różnice między nimi są zarówno ilościowe, jak i jakościowe.

Czynnik *seksualny* z grupy podstawowej (I_A) zawiera 11 zmiennych: *Pobudzenie sfer erogennych* (.706), *Samoocena w roli seksualnej* (.664), *Stosunek* (.644), *Potrzeba współżycia* (.616), *Nastroj przed stosunkiem* (.606), *Chęć do współżycia* (.566), *Wyobraźnia erotyczna* (.552), *Pieszczoty oralno-genitalne* (.534), *Potrzeba seksualna* (.488), *Zdolność do podjęcia współżycia* (.471) oraz *Ocena siebie jako partner(ki)a* (.456), i są to wyłącznie, abstrahując od murrayowskiej potrzeby seksualnej, cechy funkcjonowania seksualnego, zlokalizowane w dwóch jego obszarach, a mianowicie: aktywizacji i reaktywności. Ten sam czynnik *seksualny*, ale z grupy porównawczej (I_B), jest już dwubiegunowy i zawiera 25 zmiennych. Dodatni biegun tego czynnika tworzą cechy charakteryzujące czynnik I_A : *Wer* (.701), *Srs* (.695), *Pse* (.673), *Pow* (.655), *St* (.647), *Chw* (.635) i *Ocs* (.589), wzbogacone o kolejne z przywołanych tu obszarów funkcjonowania seksualnego: *Stosunek-pozycje* (.712), *Własna aktywność* (.685), *Ak-*

tywność partnera (.601), Uświadomienie seksualne (.579), Pieszczoty ogólne (.553), Doświadczenia masturbacyjne (.499) i Nastrój po stosunku (.492), murrayowską potrzebę unikania urazu fizycznego – *pUuf* (.666) oraz emocjonalne nastawienie do pojęcia „akt płciowy” – *Akpg* (.458). W ujemnym zaś biegunie tego czynnika istotne ładunki mają murrayowskie potrzeby: *Przyjemnych doznań zmysłowych* (-.453), *Unikania urazu ze strony innych ludzi* (-.463), *Uległości* (-.478), *Doznawania opieki i oparcia* (-.517), *Agresywności* (-.560) i *Autonomii* (-.692) oraz item *Sz12* (-.500), dotyczący filozofii życia czy religii jako sposobu na życie, i – co interesujące – wskaźnik satysfakcji lub dyssatisfakcji seksualnej – *Dys* (-.587). Czy można zatem przypuszczać, że wyróżnionym tu wymiarom funkcjonowania seksualnego nie sprzyja nasilenie stopnia wyszczególnionych potrzeb? Zapewne tak, chociaż istotniejszą sugestią, wynikającą z poczynionych analiz, jest ta, która mówi, że osoby pełnosprawne, w porównaniu z osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, charakteryzują się szerszym spektrum funkcjonowania seksualnego, w większym stopniu je eksponują. Również konfiguracja cech *czynnika seksualnego* jest bardziej złożona w grupie badanych osób pełnosprawnych niż niepełnosprawnych.

Tak jednoznacznej sugestii nie sposób sformułować na podstawie przeprowadzonych analiz sytuacji analogicznych do poprzedniej, czyli przypadków identycznie zidentyfikowanego w porównywanych grupach czynnika czwartego, nazwanego *czynnikiem samooceny*, oraz drugiego czynnika w grupie podstawowej, a trzeciego w grupie porównawczej – nazwanego *erotycznym*. Oto bowiem czynniki IV_A i IV_B zawierają odpowiednio: 11 i 10 zmiennych. I są to, oprócz zmiennej radzenia sobie z problemami – *Pragnienia* (.487) w czynniku IV_B , wyłącznie cechy samooceny. W 8 przypadkach są one jednakowe w obu grupach (w nawiasach kwadratowych symbole i wartości ładunków zmiennych czynnika IV_B), przy oczywistym różnicowaniu ładunków, a mianowicie: *Ogólna punktacja pozytywna* (.908) [*P* (.792)], *Wskaźnik prawda/fałsz* (.788) [*T/F* (.740)], *Akceptacja* (.774) [*Rzqd2* (.642)], *Zachowanie* (.758) [*Rzqd3* (.704)], *Ja społeczne* (.724) [*Kolumna E* (.483)], *Ja osobiste* (.705) [*Kolumna C* (.486)], *Ja fizyczne* (.613) [*Kolumna A* (.593)] oraz *Ja moralno-etyczne* (.474) [*Kolumna B* (.527)]. Czynniki IV_A jest bogatszy o zmienne: *Zmienność w kolumnach* (.507), *Ogólna zmienność* (.486) i *Dystrybucja* (.452), natomiast czynniki IV_B jedynie o *Samokrytycyzm* (.641). Czynniki *erotyczne*, tak z grupy podstawowej (III_A), jak i porównawczej (III_B), obejmują po 16 zmiennych dwubiegunowych i, oprócz zmiennej poczucia sensu życia – *Sz9* (.480), dotyczącego kwestii zrobienia czegoś dla siebie, w czynniku III_B , są to wyłącznie cechy emocjonalnego nastawienia (postawy) wobec życia erotycznego – zlokalizowane również w dwóch obszarach, ale tym razem: emocjonalnym i społecznym. Wspólne zmienne dotyczą bowiem (w nawiasach kwadratowych symbole i wartości ładunków zmiennych czynnika III_B) 12 cech dodatniego bieguna tego czynnika: *Miłość* (.785) [*Milg* (.796)], *Przyjaźń* (.768) [*Przg* (.644)], *Rodzina* (.754) [*Rodg* (.641)], *Sympatia* (.744) [*Syng* (.510)], *Erotyzm* (.731) [*Erog* (.568)], *Partnerstwo* (.713) [*Parg* (.622)], *Partner(ka)* (.698) [*Patg* (.488)], *Akt płciowy* (.653) [*Akpg* (.625)], *Orgazm* (.633) [*Orgg* (.558)], *Seks* (.582) [*Sekg* (.634)], *Erekcja* (.547) [*Ereg*

(.686)] i *Prokreacja* (.478) [*Prog* (.643)] oraz jednej cechy bieguna ujemnego – *Impotencja* (-.540) [*Impg* (-.508)]. Poza tym, czynnik II_A wzbogacony jest o zmienne: *Małżeństwo* (.656), *Żona/mąż* (.652) i *Dziecko* (.576), zaś czynnik III_B o *Antykoncepcja* (.453) i *Inwalidztwo* (-.454). Konfiguracje cech rozpatrywanych tu czynników są oczywiście zróżnicowane, niemniej jednak podstawowy rdzeń zarówno czynników samooceny, jak i czynników erotycznych, w obu grupach jest stabilny, i to on właśnie decyduje o takiej, a nie innej strukturze czynnikowej funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Natomiast cechy wzbogacające poszczególne czynniki, które siłą rzeczy pojawiają się, ukazują swoistość funkcjonowania tych grup osób.

Pozostałe czynniki, po dwa z każdej z badanych grup, są już zdecydowanie zróżnicowane. I tak, czynnik III_A, nazwany *czynnikiem deprywacji potrzeb*, zawiera 18 zmiennych dwubiegunowych, spośród których największy udział mają murrayowskie potrzeby: *Poniżania się* (.681), *Doznawania opieki i oparcia* (.640), *Unikania poniżenia we własnych oczach* (.626), *Unikania urazu ze strony innych ludzi* (.579), *Ekshibicjonizmu* (.559), *Uległości* (.544), *Odrzucania i izolacji* (.541), *Wyczynu* (.530), *Przyjemnych doznań zmysłowych* (.519), *Unikania urazu fizycznego* (.514), *Zabawy* (.486), *Kompensacji* (.478), *Seksualna* (.461) i *Poznawcza* (.461). Uwidoczniona jest tutaj również rola zmiennych sposobów radzenia sobie z problemami, jak: *Obiektywność* (.498) i *Szukanie społecznego wsparcia* (.472). Ujemny biegun tego czynnika tworzą dwie zmienne funkcjonowania seksualnego: *Samoakceptacja* (-.582) i *Suma – ogólna niezgodność* (-.589). Taka konfiguracja cech sprawia, że czynnik ten jest w pewnym stopniu, oczywiście w stosownych proporcjach, lustrzanym odbiciem *czynnika seksualnego*, zidentyfikowanego w grupie porównawczej (I_B). O ile bowiem w czynniku I_B antonimami ładunków funkcjonowania seksualnego były ładunki potrzeb psychicznych, o tyle w czynniku III_A relacja zależnościowa jest, w wielce uogólnionym ujęciu, odwrotna.

Ostatni czynnik z grupy podstawowej (V_A), nazwany *czynnikiem konfliktu*, obejmuje 11 zmiennych. Dodatni biegun tego czynnika tworzą trzy zmienne samooceny: *Punktacja konfliktów netto* (.686), *Punktacja konfliktów razem* (.570) i *Dystrybucja* (.464), wzbogacony dwoma itemami ze Skali Sensu Życia: *Rozmowa i bycie wśród ludzi ...* (.565) i *Ja ...* (.496) oraz murrayowską potrzebą *Żywienia i opiekowania się* (.490). Ujemny biegun czynnika utworzony jest przez 5 zmiennych poczucia sensu życia: *Pocieszenie innych ...* (-.497), *Planowanie i osiągnięcie ...* (-.533), *Czuję, że (6) ...* (-.553), *Czuję, że (13) ...* (-.702) i *Czuję, że moje życie jest ...* (-.753). A zatem, zawartość omawianego czynnika sugeruje, iż afirmacji swoich cech pozytywnych, inaczej konfliktowi zaprzeczenia lub przyzwolenia, nie sprzyjają cechy potrzebne do osiągnięcia postawionych sobie celów życiowych i osobistych, co jest zrozumiałe samo przez się.

W czynniku II_B, nazwanym *czynnikiem radzenia sobie*, 5 zmiennym sposobów radzenia sobie z problemami: *Redukowanie napięcia* (.674), *Obwinianie siebie* (.638), *Zamknięcie w sobie* (.604), *Obiektywność* (.560) i *Nastawienie pozytywne* (.490), wzbogaconym trzema murrayowskimi potrzebami: *Poniżania się*

(.630), *Poznawcza* (.587) i *Ekshibicjonizmu* (.485), oraz po jednej zmiennej samooceny – *Tożsamość* (.513) i poczucia sensu życia – *Planowanie i osiągnięcie ...* (.506), przeciwstawionych zostało 5 cech samooceny: *Ogólna zmienność* (-.558), *Zmienność w kolumnach* (-.568), *Punktacja konfliktów netto* (-.673), *Punktacja konfliktów razem* (-.678) i *Dystrybucja* (-.710), dwie zmienne funkcjonowania seksualnego: *Ocena związku* (-.521) i *Ocena więzi uczuciowej* (.712) oraz emocjonalne nastawienie do pojęcia „sympatia” – *Symg* (-.457). Można więc przyjąć, że preferowanym przez badane osoby pełnosprawne sposobom radzenia sobie w trudnych sytuacjach nie sprzyjają wyszczególnione tu cechy, a w szczególności cechy samooceny, w tym oceniające wymiary funkcjonowania seksualnego, a ściślej erotycznego.

Ostatni czynnik z grupy porównawczej (V_B) jest najniższy ze wszystkich zidentyfikowanych. Nazwany został *czynnikiem wsparcia społecznego*. Tworzy go 7 zmiennych, 2 w dodatnim biegunie: *Potrzeba żywienia i opieki* (.530) i *Szukanie społecznego wsparcia* (.454) oraz 5 w biegunie ujemnym: *Rozmowa i bycie wśród ludzi ...* (-.521), *Pocieszenie innych ...* (-.553), *Czuję, że ...* (-.561), *Aktywność i hobby ...* (-.568) i *Czuję, że moje życie jest ...* (-.631). Ten ostatni biegun, ujemny, bardzo zbliżony do analogicznego bieguna ujemnego *czynnika konfliktu* z grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, sprawia że zestaw cech potrzebnych do osiągania stawianych celów życiowych i osobistych nie sprzyja oczekiwaniom otrzymania wsparcia społecznego.

W podsumowaniu należy zauważyć, iż zastosowana tu analiza czynnikowa, bazująca na matrycy korelacyjnej, eksponuje zespoły zmiennych funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego najsilniej wzajemnie skorelowanych. Zidentyfikowane czynniki, tak w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i w grupie osób pełnosprawnych, potwierdziły wybór poszczególnych wymiarów funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego badanych osób. Każdy bowiem obszar analizowanych zmiennych znalazł swoją reprezentację w otrzymanej strukturze czynnikowej, co potwierdza również uzyskana zbieżność uporządkowań ładunków czynnikowych, szczególnie wysoka w przypadku czynników identycznie wyróżnionych, do których należą: *czynnik seksualny*, *czynnik samooceny* i *czynnik erotyczny*, jako specyficzna emanacja emocjonalnego nastawienia osób badanych wobec życia erotycznego. Ta prawidłowość dotyczy obu badanych grup osób, przy czym nie oznacza ona wprost występowania identyczności konfiguracyjnej poszczególnych cech, innymi słowy – tożsamości treści funkcjonowania, co odnosi się przede wszystkim do *czynnika seksualnego*, gdzie osoby pełnosprawne, w porównaniu z osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wykazują szersze spektrum funkcjonowania seksualnego. Również konfiguracja cech tegoż funkcjonowania jest bardziej złożona w grupie osób pełnosprawnych niż osób z para- i tetraplegią. W pozostałych identycznie zidentyfikowanych czynnikach konfiguracje cech są również zróżnicowane, nie na tyle jednak, co wynika ze zbliżonych wielkości zmiennych o istotnych statystycznie ładunkach, aby ich podstawowy rdzeń, decydujący o strukturach czynnikowych funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, nie był stabilny.

Również pozostałe zmienne funkcjonowania psychospołecznego, jak potrzeby psychiczne, poczucie sensu życia oraz przystosowanie psychospołeczne, w szczegółowym ujęciu sposobów radzenia sobie z problemami, znalazły swoją reprezentację w otrzymanych strukturach czynnikowych. Tutaj jednak zarysowały się różnice pomiędzy badanymi grupami osób. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego bardziej eksponowały zmienną potrzeb psychicznych, natomiast osoby pełnosprawne zmienną przystosowania psychospołecznego. Zmienna poczucia sensu życia zaznaczyła swoją obecność w strukturze czynnikowej w ten sposób, że reprezentując cechy potrzebne do osiągania postawionych sobie celów życiowych i osobistych, w grupie osób z para- i tetraplegią, stała w sprzeczności ze zmienną afirmacji cech pozytywnych, inaczej zmiennymi konfliktów zaprzeczenia i przyzwolenia, a w grupie osób pełnosprawnych, w sprzeczności ze zmienną sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, w szczególności zmienną wsparcia społecznego.

Nadmienić należy, że nie w każdym przypadku udało się zachować zasadę ortogonalności czynników. Odstępstwo od niej miało miejsce w czterech przypadkach: w grupie podstawowej w odniesieniu do zmiennych: *Dystrybucja* i *Potrzeba seksualna*, oraz w grupie porównawczej w odniesieniu do zmiennych: *Akt płciowy* i *Sympatia*, w których otrzymane wartości użyte były do interpretacji więcej niż jednego czynnika, nie więcej jednak niż dwóch. Nie wpłynęło to w zasadniczy sposób na ostateczne wyniki, zważywszy znikomy odsetek tych przypadków oraz na stosunkowo niskie uzyskane w nich wartości ładunków, w większości poniżej .500.

2. Struktura korelacyjna funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych

Celem sprawdzenia, czy i jak silny jest związek między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym w badanych grupach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych obliczono, za pomocą testu r-Pearsona, korelacje liniowe między wynikami Kwestionariusza Radzenia Sobie z Problemami, Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego, Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego (te dwa ostatnie kwestionariusze wyłącznie w grupie podstawowej), Skali Samooceny, Kwestionariusza H. A. Murraya, Skali Sensu Życia i dyferencjału semantycznego, a wynikami Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych, Skali Bodźców Seksualnych i Inwentarza Interakcji Seksualnych. Wartości wszystkich współczynników korelacji, oddzielnie dla grupy podstawowej i dla grupy porównawczej, przedstawione są, odpowiednio w tabelach 17 i 18 (aneks). Tabela 19 (aneks) zawiera wartości testu „z”. Statystykę tę wykorzystano w celu sprawdzenia zgodności dwu niezależnie otrzymanych cech współczynnika korelacji liniowej.

Już pobieżny wgląd w dwie pierwsze tabele ze współczynnikami *r*-Pearsona wskazuje na dość istotne różnice w uzyskanych związkach zależnościowych między analizowanymi grupami osób badanych. Wyjaśnić jednak należy, że oprócz siły zależności wzięto tu także pod uwagę znak korelacji: „+” – zależność wprost proporcjonalna, „-” – zależność odwrotnie proporcjonalna, poddając go odpowiedniej do charakteru analizie. I tak, w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, na ogólną sumę 1955 współczynników korelacji, 305 współczynników, co stanowi 15.60 %, okazało się istotnych statystycznie, z wyraźną przewagą zależności wprost proporcjonalnych (62.62 %) nad zależnościami odwrotnie proporcjonalnymi (37.37 %). Natomiast w grupie osób pełnosprawnych liczba uzyskanych współczynników korelacji istotnych statystycznie była już znacznie większa i wyniosła 666, czyli 37.12 % wszystkich współczynników (1794), ze zbliżonymi już odsetkami zależności wprost proporcjonalnych (51.80 %) i odwrotnie proporcjonalnych (48.19 %). A zatem, zarówno większa liczba uzyskanych korelacji na poziomie statystycznej istotności, jak i znacznie większe ich wartości, wskazują na występowanie większego związku zależnościowego między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym u osób pełnosprawnych niż u osób z para- i tetraplegią. W grupie podstawowej natomiast zdecydowanie przeważają, spośród istotnych współczynników korelacji, zależności wprost proporcjonalne, przy zbliżonych proporcjach występowania obu rodzajów zależności w grupie porównawczej, informujące iż w miarę wzrostu wskaźników funkcjonowania psychospołecznego następuje równoczesny wzrost wskaźników korelowanych wymiarów funkcjonowania seksualnego. Wniosek ten jest o tyle uogólniony, o ile weźmiemy pod uwagę fakt, iż nie zawsze dodatni znak korelacji oddaje charakter analizy, i odwrotnie.

Przedstawione tu dane liczbowe i wynikające z nich wnioski znajdują potwierdzenie w toku następnych analiz. Oto bowiem w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w pierwszym układzie zależnościowym, czyli między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym, 10.14 % korelacji było istotnych statystycznie, co w grupie osób pełnosprawnych miało miejsce w 33.15 % przypadków. Podobnie jak w pozostałych układach zależnościowych, gdzie w parze zmiennych samooceny i funkcjonowania seksualnego współczynniki istotne stanowią w grupie podstawowej 15.08 %, w grupie zaś porównawczej 33.75 %, w parze zmiennych potrzeb psychicznych i funkcjonowania seksualnego, odpowiednio 20.82 % i 45.99 %, a dalej, pomiędzy poczuciem sensu życia i funkcjonowaniem seksualnym – 16.38 % i 32.44 % oraz w ostatniej parze, między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym, 14.69 % korelacji istotnych w grupie osób niepełnosprawnych i 36.23 % istotnych zależności w grupie osób pełnosprawnych. Proporcje w kierunkach korelacji są również zróżnicowane. Przewaga zależności wprost proporcjonalnych nad odwrotnie proporcjonalnymi w grupie podstawowej wystąpiła w trzech przypadkach korelowania zmiennych funkcjonowania psychospołecznego z funkcjonowaniem seksualnym: samooceny (76.27 % do 23.72 %), nasilenia potrzeb psychicznych (51.64 % do 48.35 %) i postaw (92.95 % do

7.04 %), a w grupie porównawczej w czterech przypadkach: przystosowania psychospołecznego (59.01 % do 40.98 %), samooceny (59.84 % do 40.15 %), poczucia sensu życia (57.73 % do 42.26 %) i postaw wobec życia erotycznego (77.71 % do 22.28 %). Odwrotne zaś proporcje, przewaga zależności odwrotnie proporcjonalnych, miały miejsce w pozostałych przypadkach, dwóch w grupie osób z para- i tetraplegią: przystosowania psychospołecznego (42.85 % do 57.14 %) i poczucia sensu życia (36.73 % do 63.26 %), oraz jednym – nasilenia potrzeb psychicznych (17.91 % do 81.09 %) w grupie osób pełnosprawnych.

Analiza zależności w płaszczyźnie poziomej pozwala zauważyć, że w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego 12 wymiarów funkcjonowania psychospołecznego: *Ob*, *Np*, *T/F*, *P*, *Rzqd2*, *Rzqd3*, *Sz4*, *Sz9*, *Sz12*, *Parg*, *Orgg* i *Prag*, nie koreluje na poziomie statystycznej istotności z którymkolwiek z wymiarów funkcjonowania seksualnego. W najwyższym zaś stopniu korelują: *pSek* i *Sz5* – po 11 współczynników (na ogólną sumę 23 współczynników), *Pkn* – 10 oraz *Pkr*, *D*, *Sz7* i *Sz13* – po 9. W grupie osób pełnosprawnych tylko jedna zmienna funkcjonowania psychospołecznego – *Sz7*, nie koreluje istotnie z funkcjonowaniem seksualnym, a w najwyższym stopniu korelują: *pAut* i *Akpg* – po 19 współczynników, *pAgr* – 18, *pUuf* i *Jag* – po 17 oraz *Sz12* – po 16. W płaszczyźnie pionowej, zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej, wszystkie wymiary funkcjonowania seksualnego przynajmniej raz tworzyły zależności istotne statystycznie z któryś z wymiarów funkcjonowania psychospołecznego. Jednakże i tutaj widać wyraźne różnice w częstotliwości występowania istotnych korelacji na korzyść grupy osób pełnosprawnych, w której takie wymiary funkcjonowania seksualnego, jak *Zpw*, *Uss* i *Srs*, tworzyły odpowiednio: 40, 39 i 37 istotnych współczynników zależnościowych z funkcjonowaniem psychospołecznym, przy jedynie dwóch wymiarach w grupie osób niepełnosprawnych: *Uss* i *Nst* – na poziomie 25 współczynników.

Różnice te najpełniej odzwierciedlają dane zawarte w tabeli 19 (aneks), gdzie z poddanych badaniom populacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych, z których każdą scharakteryzowano przez podanie pary cech ilościowych (Góralski, 1987), wynika, że na ogólną sumę 541 współczynników „z”, istotnych statystycznie, spośród 1794, czyli 30.15 % całości, 378 z nich, co stanowi 21.07 % całości, informuje o zróżnicowaniu współczynników *r*-Pearsona na korzyść grupy porównawczej, przy jedynie 103, czyli 5.74 %, na korzyść grupy podstawowej. W obszarach poszczególnych par zmiennych: przystosowania (21.19 % do 2.71 %), samooceny (16.62 % do 6.39 %), potrzeb psychicznych (30.66 % do 10.29 %), poczucia sensu życia (16.38 % do 5.35 %) i postaw (18.84 % do 2.48 %) z funkcjonowaniem seksualnym, proporcje uzyskanych znaków ujemnych i dodatnich są podobne, potwierdzając tym samym, raz jeszcze, wniosek o występowaniu większej zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym u osób pełnosprawnych niż u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Wystąpienie takich tendencji każe dokładniej przyjrzeć się uzyskanym współczynnikom zależności, co będzie możliwe dzięki zastosowaniu analizy kanonicznej. Służy ona do wykrywania wielowymiarowych związków między

dwoma zbiorami zmiennych. Prowadzi bowiem do ustalenia liczby, znaczenia i stopnia zależności wymiarów, w których zbiory zmiennych są powiązane (Nosal, 1984). Zmierza zatem, jak podaje P. Oleś (1989), do wyznaczenia tzw. zmiennych kanonicznych, reprezentujących dwa wyjściowe zbiory zmiennych niezależnych i zależnych, zwanych predyktorami i kryteriami, w taki sposób, by korelacja między nimi była maksymalna. Innymi słowy, informuje o stopniu współzależności pary zmiennych kanonicznych, gdzie zawartość, w tym treść, zmiennych kanonicznych opisuje się na podstawie korelacji między tymi zmiennymi a zmiennymi wyjściowymi, z których zmienne kanoniczne zostały uzyskane. Ustala się dzięki temu, które zbiory predyktorów i kryteriów wnoszą największy wkład do zmiennych kanonicznych, dodatkowo informując, jaki procent wariancji w jednym zbiorze zmiennych jest wyjaśniany przez zmienną kanoniczną utworzoną ze zmiennych drugiego zbioru. Jest to zatem, według P. Olesia (1989), swego rodzaju analiza wyjaśnianej wariancji, albowiem mierza do wyprowadzenia czynników ze zbiorów predyktorów i kryteriów w taki sposób, by każdy z nich wyjaśniał maksymalny procent wariancji w drugim zbiorze, a nie tylko, by korelacja między nimi była maksymalna. A zatem, za pomocą tej analizy poszukiwano złożonych współzależności między funkcjonowaniem psychospołecznym, w wymiarach: przystosowania psychospołecznego, samooceny, potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw wobec życia erotycznego, a funkcjonowaniem seksualnym badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych.

Wyjaśnić należy, iż zastosowane tu określenia zmiennych zależnych mianem kryteriów, w odniesieniu do wymiarów funkcjonowania psychospołecznego, a zmiennych niezależnych mianem predyktorów, w stosunku do wymiarów funkcjonowania seksualnego, jest kwestią umowną. Trudno bowiem jednoznacznie, bez żadnych wątpliwości, ustalić, które z aspektów funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego są kryteriami, a które predyktorami. W wielu sytuacjach zachodzi zjawisko sprzężenia zwrotnego, skutecznie zacierające granicę jednorodności poszczególnych wymiarów funkcjonowania, co *notabene* wynika z komplementarnego ujmowania problematyki życia seksualnego i jego psychospołecznych uwarunkowań, zarówno w odniesieniu do człowieka pełnosprawnego, jak i niepełnosprawnego (zob. rozdział I. i II.).

Szczegółowe dane, otrzymane z analizy kanonicznej pięciu par zmiennych wyjściowych, oddzielnie w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i w grupie osób pełnosprawnych, przedstawione są w tabelach 20-30, z podanymi poniżej nich wartościami bezwzględными ładunków.

2.1. Zależności między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych

Analiza kanoniczna, zastosowana celem sprawdzenia stopnia współzależności pary zmiennych kanonicznych, funkcjonowania seksualnego i przystosowania psychospołecznego, wykazała, że w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego 33.42 % zmienności w zbiorze zmiennych funkcjonowania seksualnego można wyjaśnić na podstawie 15 zmiennych przystosowania psychospołecznego i 22.13 % wariacji w zbiorze przystosowania psychospołecznego na podstawie 23 zmiennych funkcjonowania seksualnego ($R_C=.820$, $p<.010$). W grupie osób pełnosprawnych na podstawie zmiennych przystosowania psychospołecznego można wyjaśnić maksymalnie 67.61 % zmienności, a wychodząc od zmiennych funkcjonowania seksualnego – 29.36 % wariacji zmiennych przystosowania ($R_C=.960$, $p<.000$). Przy czym w grupie tej zmienne przystosowania psychospołecznego dotyczą jedynie wymiarów Kwestionariusza Radzenia Sobie z Problemami, bez dziedzin Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego i Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego, specyficznych dla osób z para- i tetraplegią. Jest to fakt istotny, o ile weźmiemy pod uwagę kolejny, a odnoszący się do różnic w procesie tak wyjaśnianych wariacji jako – w pewnym zakresie – rezultatów zróżnicowanych liczebności zbiorów. W grupie podstawowej bowiem różnice, zarówno pomiędzy maksymalnymi wyjaśnianymi wariacjami, jak i liczebnościami zbiorów, są zdecydowanie mniejsze niż w grupie porównawczej, co każe sądzić, iż w obu badanych populacjach, ale w grupie porównawczej w zdecydowanie większym stopniu, na podstawie znajomości poziomu przystosowania psychospołecznego osób badanych można więcej sugerować o ich funkcjonowaniu seksualnym niż odwrotnie.

Wniosku tego nie należy przeceniać, potwierdza on jedynie słuszność przyjętych założeń metodologicznych. W niniejszych dociekaniach ważniejsze jest poznanie struktury wzajemnych zależności między analizowanymi zmiennymi, czemu w istocie służy analiza kanoniczna. Wyniki jej, zaprezentowane w tabelach 20 i 21, ujawniają tylko jedną parę zmiennych kanonicznych istotnie skorelowaną, w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, i 8 takich par w grupie osób pełnosprawnych.

Korelacja kanoniczna jedynej pary zmiennych w grupie podstawowej jest istotna na poziomie $p<.010$. Ze zbioru kryteriów zmienną tworzą następujące wymiary: z Kwestionariusza Radzenia Sobie z Problemami: Np (.548), Sw (.520), Rn (.424), Os (.341) i Ob (.286); z Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego: PS (-.397); z Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego: Sc (-.396) i Dp (-.472). Zbiór predyktorów zawiera zmienne: ze Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych: $Uśs$ (.377), Ocz (-.303), Dma (-.318) i Ins (-.346); ze Skali Bodźców Seksualnych: Wak (-.274); z Inwentarza Interakcji Seksualnych: Ogn (-.302) i Sak (-.310). Można zatem przyjąć, że przejawianie pozytywnego podejścia do ujawniających się proble-

mów, poszukiwanie oparcia u innych, umiejętność obniżania swego napięcia emocjonalnego, ujawnianie samokrytycyzmu, okazywanie poczucia winy, ale przede wszystkim wykazywanie zdroworozsądkowego podejścia do rozwiązywania napotkanych problemów, tudzież niski poziom depresyjności i doświadczania uczucia odrzucenia, lekceważenia i niedostrzegania, przy jednak wyraźnej tendencji do „rządzenia” w rodzinie, ochrony i uzależnienia od innych członków rodziny oraz nadmiernego przywiązania do niej, łączy się u badanych osób z para- i tetraplegią z ich większym uświadomieniem seksualnym, ale także późniejszą inicjacją seksualną, brakiem lub sporadycznymi doświadczeniami masturbacyjnymi, okresowymi konfliktami w związku uczuciowym, z tendencją ku ich nasilaniu, a co zatem idzie, coraz bardziej narastającą niewiarą w jego trwałość, obniżoną oceną własnej aktywności seksualnej i akceptacją swojej osoby w zachowaniach seksualnych oraz podwyższonym poziomie niezgodności i dyssatisfakcji w badanych relacjach seksualnych. Zależności są więc bardzo złożone, a ich szczegółowy opis jest niesłychanie trudny do osiągnięcia, zwłaszcza gdy dotyczy nie tylko związków zależnościowych między precyzyjnie ustalonymi poziomami funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego badanych osób z para- i tetraplegią, ale również związków przyczynowych. Wtedy należy dyskutować i o nich. Dlatego nie sposób w takiej sytuacji uniknąć uproszczeń, sugerujących na przykład istnienie zależności między pojedynczymi zmiennymi lub parami zmiennych, gdy tymczasem istota zastosowanej procedury statystycznej sprowadza się przede wszystkim do ustalenia powiązań między zespołami zmiennych o najwyższych, i oczywiście istotnych, ładunkach w zmiennych kanonicznych. Uwaga ta w sposób szczególny odnosi się do wyników analizy kanonicznej, uzyskanych w grupie osób pełnosprawnych. Tutaj bowiem wszystkie korelacje kanoniczne okazały się istotne statystycznie, w zdecydowanej większości na poziomie $p < .000$

Mamy zatem do czynienia z 8 wariantami interpretacyjnymi otrzymanych zależności, przy czym żaden z tych wariantów nie pokrywa się z wcześniej interpretowaną parą zmiennych z grupy podstawowej. Pierwsza bowiem para kanoniczna, najsilniejsza, pozwala stwierdzić, że badane osoby pełnosprawne, dystansujące się od napotkanych problemów, pozytywnie ustosunkowane do życia, ze skłonnościami do brania winy na siebie, z umiejętnościami redukcji napięcia emocjonalnego i tłumienia w sobie uczuć oraz nie uciekające od rzeczywistości, wykazują się większym uświadomieniem seksualnym i doświadczeniami masturbacyjnymi, preferowaniem pieszczot oralno-genitalnych, wielości i różnorodności pozycji stosunku, własnej aktywności i aktywności partnera w czasie stosunku oraz wyższym poziomem akceptacji swojej osoby w zachowaniach seksualnych. Jednocześnie doświadczają one obniżonego nastroju po stosunku, z objawami zmęczenia, a niekiedy wyczerpania, mniejszego usatysfakcjonowania swoim życiem seksualnym oraz negatywnej oceny siebie jako partnera i związku, w którym biorą udział.

Interpretacja wyników drugiej pary zmiennych daje zgoła inny obraz zależności. Osoby badane wykazujące się tutaj pasywnością, ucieczką w świat marzeń i fantazjowania, poszukujące oparcia u innych, obniżające swoje napięcie

Tabela 20. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym – gr. podstawowa „A”

Kryteria/ predyktory		Z. k. R _c
P	Rozwiązywanie problemów (Rp)	.222
p	Pragnienia (Pg)	.155
r	Obiektywność (Oh)	.286
z	Szukanie społecznego wsparcia (Sw)	.520
y	Nastawienie pozytywne (Np)	.548
s	Obwinianie siebie (Os)	.341
t	Redukowanie napięcia (Rn)	.424
o	Zamknięcie w sobie (Za)	-.059
s	Motywacja (Mo)	-.258
o	Przystosowanie społeczne (PS)	-.397
w	Przystosowanie osobiste (PO)	-.102
a	Niepokój (Np)	-.101
n	Depresja (Dp)	-.472
i	Skrepowanie socjalne (Ss)	-.396
e	Pogląd pozytywny (Pp)	-.110
R _c		.820
p		.0105*
F	Uświadomienie seksualne (U'ss)	.377
u	Samoocena w roli seksualnej (Srs)	-.028
u	Wyobraźnia erotyczna (Wer)	-.127
n	Inicjacja seksualna (Ins)	-.346
k	Doświadczenia masturbacyjne (Dma)	-.318
c	Chęć do współżycia (Chw)	-.133
j	Potrzeba współżycia (Pow)	.026
o	Żdol. podjęcia współżycia (Zpw)	-.050
n	Nastrój przed stosunkiem (Nst)	.170
o	Nastrój po stosunku (Nps)	.199
w	Ocena siebie jako partner(ki)a (Ocs)	.167
a	Ocena związku (Ocz)	-.303
n	Ocena więzi uczuciowej (Owu)	-.070
i	Pieszczoty ogólne (Po)	.024
e	Pobudzenie sfer erogennych (Pse)	-.201
	Pieszczoty oralno-genitalne (Pog)	-.040
s	Stosunek (St)	-.150
e	Stosunek – pozycje (Stp)	-.130
k	Własna aktywność (Wak)	-.274
s	Aktywność partnera (Akp)	.189
u	Częstość dysatisfakcji (Dys)	.035
a	Samoakceptacja (Sak)	-.310
l.	Suma – ogólna niezgodność (Ogn)	-.302

Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .267 są istotne na poziomie $p < .01$.

emocjonalne w wyniku otrzymania profesjonalnej pomocy, a zatem nie przejawiające umiejętności bezpośredniego radzenia sobie z trudnościami, charakteryzują się wyższą wyobraźnią erotyczną oraz preferowaniem w zachowaniach seksualnych jedynie pieszczot ogólnych, jak: przytulanie, pocałunek, nagość partnera, odczuwanie jego podniecenia etc. Są to osoby niezdolne do współżycia seksualnego, a przynajmniej nieusatysfakcjonowane nim, o dużej dysharmonii w relacjach seksualnych. Nie akceptują siebie w zachowaniach seksualnych oraz negatywnie oceniają swoje więzi uczuciowe z partnerem.

W trzeciej parze zmiennych kanonicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby badane, nie umiejące radzić sobie z problemami, nie potrafiące redukować swego napięcia emocjonalnego, a także nie szukające oparcia u innych, wykazują się niskim uświadomieniem seksualnym oraz niezdolnością do podjęcia współżycia seksualnego. Równocześnie jednak przejawiają chęć do współżycia, potrzebują go, preferując w zachowaniach seksualnych stosunek płciowy oraz własną w nim aktywność. Chciałyby doświadczać większej przyjemności z zaangażowania w czynności seksualne, stąd zapewne niski u nich poziom dysatisfakcji w relacjach seksualnych oraz

pozytywna ocena więzi uczuciowej z partnerem.

Czwarty współczynnik korelacji kanonicznej wydaje się wskazywać, iż osoby badane, przejawiające umiejętności radzenia sobie z problemami poprzez przykład ucieczkę od rzeczywistości, szukanie wsparcia społecznego czy też przesadną samokrytykę w sytuacjach trudnych i karanie siebie, wykazują się mniejszym doświadczeniem masturbacyjnym oraz upodobaniem pieszczot oralno-genitalnych i stosunku płciowego, składającego się z takich czynności sek-

sualnych, jak: immisja, uczucie zjednoczenia po immisji, ruchy członka w pochwie, wytrysk nasienia i orgazm kobiety.

W piątej parze kanonicznej zbiór kryteriów utworzony został z jednej zmiennej – *Nastawienia pozytywnego* (.575), co każe sądzić, iż osoby pełne nadziei i optymizmu,

Tabela 21. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”

Kryteria/ predyktory	Zmienne kanoniczne								
	R _{cI}	R _{cII}	R _{cIII}	R _{cIV}	R _{cV}	R _{cVI}	R _{cVII}	R _{cVIII}	
P	Rp	-.158	-.714	-.502	.290	.182	-.089	-.236	-.173
r	Pg	-.421	.497	.128	.357	-.045	.431	-.290	-.397
z	Ob	.525	.102	-.021	.001	.100	.681	.361	-.323
y	Sw	.125	.357	-.727	.486	.147	.228	.093	.090
s	Np	.458	-.084	.005	.168	.575	.426	-.488	.046
t	Os	.579	.146	-.021	.681	-.183	.181	-.308	-.128
o	Rn	.651	.351	-.467	-.225	.172	.204	-.270	-.197
s	Za	.516	.025	-.152	-.131	-.225	.729	-.326	.056
R _c		.960	.928	.881	.846	.754	.678	.601	.536
p		.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0007*	.0270*
F	Uss	-.513	-.052	-.290	-.201	.104	-.108	-.284	-.241
u	Srs	-.018	-.162	.219	-.130	-.085	-.034	-.195	-.003
n	Wer	.095	.259	.239	-.144	-.131	.038	-.185	-.103
k	Ins	.007	-.014	.170	.140	-.580	-.065	-.042	.063
c	Dma	.338	.178	.097	-.371	-.479	.058	-.297	.155
j	Chw	-.080	.157	.353	-.101	-.023	.114	-.533	.137
o	Pow	.028	.070	.130	-.083	.090	-.163	-.328	.165
n	Zpw	.077	-.269	-.291	.218	-.279	-.243	-.251	-.020
o	Nst	.075	-.244	.246	.002	-.094	-.017	-.150	-.290
w	Nps	-.279	.119	-.009	-.078	-.025	-.107	-.294	.128
a	Ocs	.111	-.065	-.098	-.068	.023	-.006	-.267	-.054
n	Ocz	-.411	-.233	.400	.116	.183	-.298	-.455	-.256
i	Owu	-.660	-.338	.185	-.099	.195	-.162	-.330	-.058
e	Po	-.013	.305	.232	.203	.054	-.025	-.399	.079
s	Pse	.240	.098	.410	.183	-.096	.034	-.252	-.031
e	Pog	.470	.025	-.008	.272	.237	-.001	-.384	.113
k	St	.082	-.060	.270	.270	-.184	-.105	-.423	-.054
s	Sip	.481	.025	.159	.216	-.093	-.060	-.245	.081
u	Wak	.454	.037	.421	.097	.105	-.040	-.224	-.112
a	Akp	.502	-.082	.179	.176	-.005	-.068	-.422	-.252
l.	Dys	-.346	-.492	-.197	-.082	.113	.097	.148	.092
	Sak	.457	-.403	.425	.143	-.250	.051	.010	.129
	Ogn	.208	-.653	.273	.071	-.127	.077	.037	.159

Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .254 są istotne na poziomie $p < .01$.

sunkowane do życia, istotnie częściej doświadczają w swoich związkach uczuciowych sytuacji konfliktogennych, przez co mogą stracić nadzieję na ich trwałe utrzymanie.

Dwa pozostałe współczynniki korelacji kanonicznej są najłabsze. Parę siódmą tworzy w sumie 18 zmiennych: 6 w zbiorze kryteriów i 10 w zbiorze predyktorów. Ostrożnie więc należy sądzić, iż osoby aktywne, szukające i znajdujące nowe rozwiązania w trudnych sytuacjach, a co za tym idzie, nie dystansujące się od napotkanych problemów, ale nie będące jednocześnie pozytywnie nastawione do życia oraz nie potrafiące zredukować swego napięcia emocjonal-

starające się wszędzie widzieć „jaśniejszą stronę sprawy”, później osiągają, lub jej nie osiągają, inicjację seksualną, nie mają lub mają sporadyczne doświadczenia masturbacyjne oraz są niezdolne do współżycia lub są zdolne, ale się tego boją.

W szóstej parze występuje sytuacja odwrotna do poprzednio opisanej. Zbiór predyktorów zawiera tylko jedną zmienną – *Ocenę związku* (-.298), należy więc przyjąć, że osoby charakteryzujące się skrytością, zamknięciem w sobie, dystansowaniem się od napotkanych problemów i uciekające od rzeczywistości w świat marzeń i fantazjowanie, będące jednocześnie pozytywnie ustos-

nego, chociaż z niskim poziomem przypisywania sobie winy i otwartością na innych, nietłumieniem uczuć, lecz okazywaniem ich, charakteryzują się niskim uświadomieniem seksualnym, brakiem lub sporadycznymi doświadczeniami masturbacyjnymi, znikomą chęcią i potrzebą współżycia oraz obniżonym nastrojem po stosunku, a także negatywnymi ocenami: siebie jako partnera, związku i więzi uczuciowej z partnerem. Osoby takie wykazują się również niskim upodobaniem bodźców seksualnych. Jako istotnie niskie, spośród wszystkich dziedzin zachowań seksualnych w znikomym stopniu preferowanych, uwidaczniają się tu: pieszczoty ogólne, pieszczoty oralno-genitalne, stosunek seksualny i aktywność partnera.

Parę osmą, ostatnią, tworzą 4 zmienne, po dwie w każdym ze zbiorów, przy czym zarówno zmienne po stronie kryteriów, jak i zmienne po stronie predyktorów, są jednobiegunowe. Można więc ostrożnie przyjąć, że osoby nie uciekające od rzeczywistości, wprost przeciwnie, aktywne, poszukające i znajdujące nowe rozwiązania w trudnych sytuacjach, wykazujące się zdroworozsądkowym podejściem do napotykaných problemów, przejawiają jednocześnie obniżony nastrój przed stosunkiem, okazując niepokój, „że wszystko może się nie udać”, a niekiedy i obojętność, nie występują z inicjatywą w tym względzie, chociaż nie wyrzekają się współżycia. Związek swój oceniają jako z przewagą sytuacji konfliktogennych i obawiają się o jego przetrwanie.

Reasumując, można w wielkim uproszczeniu przyjąć, iż poczynione tu analizy i wynikające z nich charakterystyki ukazują specyficzne typy przystosowania psychospołecznego i seksualnego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. W przypadku osób niepełnosprawnych zidentyfikowano tylko jeden typ, w odniesieniu zaś do osób pełnosprawnych aż osiem i to jest zasadnicza różnica, tak ilościowa, jak i jakościowa, pomiędzy tymi populacjami w ocenie ich funkcjonowania. Interesującym posunięciem byłoby tutaj zapewne adekwatne nazwanie każdego z wyróżnionych typów, tylko czy zebrany materiał empiryczny upoważnia do takiego przedsięwzięcia?

2.2. Zależności między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych

Wyniki analizy kanonicznej między 17 zmiennymi samooceny a 23 zmiennymi funkcjonowania seksualnego wykazały, że w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego 34.53 % wariacji w zbiorze funkcjonowania seksualnego można wyjaśnić na podstawie zbioru zmiennych samooceny i 26.62 % zmienności w zbiorze samooceny na podstawie zmiennych funkcjonowania seksualnego ($R_c = .838$, $p < .004$). W grupie osób pełnosprawnych na podstawie zmiennych samooceny można wyjaśnić 64.68 % wariacji, a wychodząc od zmiennych funkcjonowania seksualnego – 43.10 % wariacji zmiennych samooceny ($R_c = .993$, $p < .000$). Należy więc przyjąć, analogicznie do analizowanej zależności między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym, iż zarówno w grupie podstawowej, jak i w grupie porównawczej, chociaż w tej ostatniej w zdecydowanie większym nasileniu, znajomość samooceny

osób badanych może w największym stopniu wyjaśnić ich funkcjonowanie seksualne niż odwrotnie – znajomość funkcjonowania seksualnego poziom i zakres samooceny.

Tabela 22. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”

Kryteria/ predyktory		Z. k. R _{c1}
	Samokrytycyzm (<i>Sc</i>)	-.549
	Wskaźnik prawda/fałsz (<i>T/F</i>)	.132
	Punktacja konfliktów netto (<i>Pkn</i>)	.376
	Punktacja konfliktów razem (<i>Pkr</i>)	.139
S	Ogólna punktacja pozytywna (<i>P</i>)	.188
a	Tożsamość (<i>Rzqd1</i>)	.177
m	Akceptacja (<i>Rzqd2</i>)	.044
o	Zachowanie (<i>Rzqd3</i>)	.171
o	<i>Ja</i> fizyczne (<i>Kolumna A</i>)	-.344
c	<i>Ja</i> moralno-etyczne (<i>Kolumna B</i>)	-.093
e	<i>Ja</i> osobiste (<i>Kolumna C</i>)	.270
n	<i>Ja</i> rodzinne (<i>Kolumna D</i>)	.516
a	<i>Ja</i> społeczne (<i>Kolumna E</i>)	.199
	Ogólna zmienność (<i>TotV</i>)	.366
	Zmienność w kolumnach (<i>KtV</i>)	.289
	Zmienność w rzędach (<i>RtV</i>)	.332
	Dystrybucja (<i>D</i>)	.331
R _c		.838
p		.0043*
F	Uświadomienie seksualne (<i>Uśś</i>)	.282
	Samoocena w roli seksualnej (<i>Srs</i>)	.592
u	Wyobraźnia erotyczna (<i>Wer</i>)	.171
n	Inicjacja seksualna (<i>Ins</i>)	-.215
k	Doświadczenia masturbacyjne (<i>Dma</i>)	.100
c	Chęć do współżycia (<i>Chw</i>)	.465
j	Potrzeba współżycia (<i>Pow</i>)	.368
o	Zdol. do podjęcia współżycia (<i>Zpw</i>)	.278
n	Nastroj przed stosunkiem (<i>Nst</i>)	.615
o	Nastroj po stosunku (<i>Nps</i>)	.624
w	Ocena siebie jako partner(ka) (<i>Ocn</i>)	.427
a	Ocena związku (<i>Ocz</i>)	.578
n	Ocena więzi uczuciowej (<i>Owu</i>)	.466
i	Pieszczoty ogólne (<i>Po</i>)	.010
e	Pobudzenie sfer erogennych (<i>Pse</i>)	.324
	Pieszczoty oralno-genitalne (<i>Pog</i>)	.143
s	Stosunek (<i>St</i>)	.335
e	Stosunek – pozycje (<i>Stp</i>)	.328
k	Własna aktywność (<i>Wak</i>)	.034
s	Aktywność partnera (<i>Akp</i>)	.236
u	Częstość dysatisfakcji (<i>Dys</i>)	.196
a	Samoaceptacja (<i>Sak</i>)	-.136
l.	Suma – ogólna niezgodność (<i>Ogn</i>)	-.145

Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych 267 są istotne na poziomie $p < .01$.

Struktury wzajemnych zależności między analizowanymi zmiennymi przedstawione są w tabelach 22 i 23. Wskazują one na występowanie w grupie podstawowej tylko jednej pary zmiennych kanonicznych, istotnie skorelowanej, oraz 11 współczynników korelacji kanonicznej, również istotnych, w grupie porównawczej.

Korelacja między pierwszą, i jedyną, parą zmiennych w grupie osób z para- i tetraplegią jest istotna na poziomie $p < .004$. Zbiór kryteriów utworzony tu jest z 9 dwubiegunowych wymiarów Skali Samooceny: *Kolumna D* (.516), *Pkn* (.376), *TotV* (.366), *RtV* (.332), *D* (.331), *KtV* (.289), *Kolumna C* (.270), *Kolumna A* (-.344) i *Sc* (-.549). Zbiór predyktorów zawiera 13 zmiennych jednobiegunowych: 10 ze Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych: *Nps* (.624), *Nst* (.615), *Srs* (.592), *Ocz* (.578), *Owu* (.466), *Chw* (.465), *Ocs* (.427), *Pow* (.368), *Uśś* (.282) i *Zpw* (.278); 3 ze Skali Bodźców Seksualnych: *St* (.335), *Stp* (.328) i *Pse* (.324). Ukazując zatem istotę tej zależności można stwierdzić, że: im wyższa afirmacja cech pozytywnych, adekwatność własnej osoby w odrębności od swojego ciała i stosunku do innych ludzi, a także im większe odbicie odczuć w odniesieniu do współwerności, wartości i cnót jako członka rodziny oraz bardziej nasilona tendencja do szufladkowania

pewnych sfer własnego *ja* i do widzenia tych sfer w izolacji od pozostałych oraz pewność spostrzegania swojej osoby, przy jednocześnie większej obronności i ukazywaniu siebie w lepszym świetle, ale również przypisywaniu niższej war-

tości swojemu ciału, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, tym większe uświadomienie seksualne, wyższa samoocena w roli seksualnej, chęć i potrzeba współżycia, lepszy nastrój przed i po stosunku oraz wyższa ocena siebie jako partnera, związku i więzi uczuciowej z partnerem. Badane osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wykazujące taką konstelację cech samooceny, istotnie częściej również preferują czynności seksualne związane ze stosunkiem płciowym oraz pobudzanie sfer erogennych, pod różnymi ich postaciami.

Zależność ta, a zatem konfiguracja zmiennych oraz wynikająca z niej charakterystyka opisowa badanych osób z para- i tetraplegią, w żadnym przypadku nie pokrywa się z którąkolwiek spośród 11 zależności kanonicznych otrzymanych w grupie osób pełnosprawnych.

Pierwszą, najsilniejszą parę kanoniczną tworzy w sumie 18 zmiennych: 11 ze zbioru kryteriów i 7 ze zbioru predyktorów, a i tak jest ich o 4 mniej niż w zanalizowanej parze kanonicznej z grupy podstawowej, chociaż zarówno osiągnięta w tej ostatniej korelacja, jak i jej zależność jest zdecydowanie niższa od obecnie opisywanej. Struktura tej zależności pozwala przyjąć, że osoby, charakteryzujące się opisywaniem siebie poprzez koncentrowanie się na tym, kim są, skłonnościami do lubienia siebie, odczuwania, że są jednostkami wartościowymi i pełnymi cnót, z wyższą tożsamością w wymiarze identyfikacji i rozwoju *ja* idealnego oraz percepcją zachowania lub sposobu funkcjonowania, a także poczuciem bycia „dobrym” człowiekiem, współwielnym jako członek rodziny oraz wyższym poczuciem adekwatności własnej wartości okazywanej w interakcjach społecznych – a co za tym wszystkim idzie, większą integracją osobowości, ale i mniejszym zdecydowaniem i pewnością siebie, istotnie częściej wykazują się wyższym uświadomieniem seksualnym, brakiem lub sporadycznymi doświadczeniami masturbacyjnymi oraz negatywną oceną więzi uczuciowej z partnerem. Wykazują przy tym nieusatisfakcjonowanie zakresem seksualnych czynności, stąd też istotnie częściej preferują w swoich zachowaniach seksualnych pieśczęty oralno-genitalne i różnorodność pozycji stosunku płciowego.

W drugiej parze kanonicznej zmienne tak po stronie kryteriów, jak i predyktorów są jednobiegunowe. Wskazują one, że większej obronności, opisywaniu swojej osoby nie przez koncentrowanie się na tym, kim się jest, ale przez odrzucenie tego, kim się nie jest, przejawianiu wątpliwości, co do własnej wartości, a zatem zubożonej tożsamości oraz przypisywaniu niższej wartości swojemu ciału, stanowi zdrowia, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, towarzyszy brak chęci i niezdolność do współżycia seksualnego, obniżony nastrój, tak przed, jak i po stosunku, oraz wyraźna niechęć do takich pieśczęt, jak: przytulanie, pocałunek, nagość partnera, odczuwanie jego podniecenia, przy względnie niskiej ocenie pozostałych czynności seksualnych.

Trzeci współczynnik korelacji kanonicznej informuje, iż osoby badane ze zdrową otwartością i zdolnością do samokrytycyzmu, zaprzeczające swoim negatywnym cechom w stosunku do sposobu, w jaki potwierdzają swoje cechy pozytywne, z bezkonfliktową percepcją własnej osoby, a zatem akceptujące swoje *ja* i w związku z tym ze zintegrowaną osobowością, chociaż mniej zdecydowane

i pewne siebie, wykazują się większą chęcią do współżycia, ale i obniżoną oceną siebie jako partnera seksualnego. Osoby te objawiają szczególne zainteresowanie pieśczołami, w tym sfer erogennych, chociaż są nieusatysfakcjonowane zakresem i częstotliwością czynności seksualnych, w które są zaangażowane.

Tabela 23. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”

Kryteria/ predyktory	Zmiennne kanoniczne											
	R _c I	R _c II	R _c III	R _c IV	R _c V	R _c VI	R _c VII	R _c VIII	R _c IX	R _c X	R _c XI	
S a m o o c e n a	Sc	-.064	-.564	.350	.574	.191	-.128	-.166	-.052	.232	.156	.036
	T/F	.316	-.266	.121	.138	-.250	-.135	-.537	.294	.290	-.364	-.243
	Pkn	-.151	-.022	-.409	.245	-.419	.271	-.192	-.502	.092	-.320	.216
	Pkr	-.230	-.134	-.447	.217	-.359	.371	-.074	-.489	.021	-.319	.184
	P	.279	-.360	.109	.208	-.138	-.253	-.384	.015	.306	-.001	-.413
	Rz 1	.609	-.282	-.201	-.192	-.028	-.122	-.222	.204	.138	.252	-.527
	Rz 2	.062	.030	.310	.443	-.101	-.137	-.325	-.296	.267	.050	-.031
	Rz 3	.320	-.178	.075	-.098	.008	-.104	.069	.126	.083	.236	-.197
	KoIA	-.008	-.720	-.049	-.141	.060	-.107	-.395	-.072	.299	-.034	-.025
	KoIB	.410	-.002	.174	.409	.089	.091	-.031	-.000	.477	-.058	-.305
	KoIC	.104	-.063	.037	.431	.177	.005	.046	.261	.278	.162	-.487
	KoI	.407	-.016	-.178	.094	-.411	-.469	-.259	-.320	-.085	-.174	.007
	D	.342	-.015	-.058	.265	.118	.007	-.278	-.093	.277	-.098	-.278
	KoIE	-.650	-.006	-.246	.206	.071	-.256	.026	-.104	.070	-.236	.299
TotV	-.644	.034	-.095	.322	-.032	-.205	.104	-.047	.200	-.156	.365	
RtV	-.512	-.065	-.414	-.012	.209	-.275	-.215	-.166	-.138	-.302	.134	
RtV	-.468	-.080	-.301	.207	-.242	.032	.050	-.464	.099	-.390	.204	
D												
R _c	.993	.985	.970	.949	.909	.865	.836	.806	.765	.619	.558	
p	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0023*	.0395*	
F u n k c j o n o w a n i e	Uss	.432	-.183	-.031	-.468	-.272	.032	-.045	.046	-.250	-.066	.108
	Srs	-.046	-.152	-.046	-.274	-.561	.199	-.196	.171	.052	-.125	.034
	Wer	.223	-.227	.197	-.140	-.267	-.178	-.671	.152	-.104	-.002	.019
	Ins	.039	-.059	-.090	-.069	-.287	.249	-.265	.373	-.108	.091	-.042
	Dma	.532	-.081	.146	-.125	-.249	.073	-.218	.000	-.451	.110	-.035
	Chw	.074	-.342	.276	.026	-.397	-.018	-.355	-.056	-.122	-.186	.292
	Pow	.183	-.105	-.068	-.142	-.450	-.189	-.172	-.186	-.010	-.064	.294
	Zpw	.196	-.495	-.007	.193	-.097	-.067	.304	-.125	-.191	.098	-.423
	Nst	-.049	-.326	-.202	-.302	-.366	-.027	.078	.110	-.185	.056	-.041
	Nps	-.145	-.524	-.198	-.061	-.413	.061	-.149	.109	-.015	-.380	.196
	Ocs	.169	-.189	-.329	-.299	-.369	.069	-.198	-.164	-.009	-.030	.155
	Ocz	-.221	-.191	.012	.588	-.137	.052	-.124	.043	-.002	-.139	.275
	Owu	-.422	-.207	-.253	.443	-.389	.021	-.303	-.078	.050	-.142	.140
	Po	.041	-.404	.258	-.027	.029	.218	-.195	.154	-.106	-.347	.253
	Pse	.160	-.176	.300	-.229	-.035	.034	-.234	.306	-.262	-.277	.283
	Pog	.362	-.128	-.163	-.131	.356	-.060	.176	-.029	-.254	-.160	.124
	St	.076	-.160	.130	-.019	-.141	.107	-.057	.207	-.383	-.190	.238
	Stp	.416	.061	.002	-.280	-.081	-.066	-.221	.172	-.219	-.269	.099
	Wak	.133	-.027	.033	-.299	.078	.091	-.123	.395	-.302	-.126	.299
Akp	.277	.015	.228	-.276	.181	.179	-.106	.211	-.178	.007	.265	
Dys	-.507	-.101	-.392	.044	.140	.124	.278	-.410	.065	-.063	-.278	
Sak	.070	.242	.108	-.214	-.151	.164	.041	.129	-.250	-.039	-.278	
Ogn	-.173	.118	-.248	-.132	-.054	.312	.193	-.194	-.106	-.064	-.407	

Ladunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .254 są istotne na poziomie $p < .01$.

W czwartej parze zmiennych kanonicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby badane, przejawiające otwartość i zdolność do samokrytycyzmu, akceptujące swoje *ja*, z poczuciem własnej wartości, adekwatności tego poczu-

cia okazywanego w interakcjach społecznych oraz poczuciem bycia „dobrym” człowiekiem, przez co z tendencją do szufladkowania pewnych sfer własnego *ja* i widzenia ich w izolacji od pozostałych, charakteryzują się mniejszym uświadomieniem seksualnym, niską samoocena w roli seksualnej i siebie jako partnera, obniżonym nastrojem przed stosunkiem, ale wysoką oceną związku i więzi uczuciowej z partnerem. Nie wykazują one też większego zainteresowania czynnościami seksualnymi, a w szczególności: różnorodnością pozycji stosunku, własną aktywnością i aktywnością partnera.

Parę piątą tworzą 3 zmienne ze zbioru kryteriów i 11 zmiennych ze zbioru predyktorów, co każe sądzić, iż osoby zaprzeczające swoim negatywnym cechom w stosunku do sposobu w jaki potwierdzają swoje cechy pozytywne, z bezkonfliktową percepcją własnej osoby, ale z obniżonym odczuciem swojej osoby w odniesieniu do współwierności, wartości i cnót jako członka rodziny, wykazują się niskim uświadomieniem seksualnym, obniżoną samoocena w roli seksualnej, znikomą wyobraźnią erotyczną, brakiem lub późną inicjacją seksualną, znikomą chęcią i potrzebą współżycia, obniżonym nastrojem przed i po stosunku oraz negatywnymi ocenami siebie jako partnera i więzi uczuciowej z partnerem. Spośród czynności seksualnych preferują jedynie pieszczoty oralno-genitalne.

W szóstej parze kanonicznej zbiór predyktorów utworzony został z jednej zmiennej – *Ogn* (.312), natomiast zbiór kryteriów z 5 zmiennych: *Pkr* (.371), *Pkn* (.271), *TotV* (-.256), *RtV* (-.275) i *Kolumna D* (-.469), przyczyniając się tym samym do następującej interpretacji: im mniejsza dysharmonia w relacjach seksualnych tym wyższa afirmacja cech pozytywnych, sprzeczność lub ogólny konflikt w percepcji własnego *ja*, niskie odczuwanie swojej osoby w odniesieniu do współwierności, wartości i cnót jako członka rodziny, ale także większa integracja osobowości.

Zmienne ze zbioru kryteriów siódmej pary kanonicznej są jednobiegunowe, ujemne, natomiast ze zbioru predyktorów dwubiegunowe, co pozwala sądzić, że opisywaniu swojej osoby, nie przez koncentrowanie się na tym, kim się jest, ale przez odrzucenie tego, kim się nie jest, przejawianiu wątpliwości co do własnej wartości, obniżonemu poziomowi samozadowolenia oraz przypisywaniu niższej wartości swojemu ciału, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, a także niskiemu odczuciu swojej osoby w odniesieniu do współwierności, wartości i cnót jako członka rodziny oraz w społecznych interakcjach z innymi osobami, towarzyszy: mała wyobraźnia erotyczna, niechęć do współżycia, przy jednakowo wyrażanej gotowości czy raczej zdolności, gdyż z zastrzeżeniem o braku odczuwania takiej potrzeby, negatywna ocena więzi uczuciowej z partnerem, ale i, co interesujące, niska dysatisfakcja zakresem lub częstotliwością czynności seksualnych.

Ósmy współczynnik korelacji kanonicznej wskazuje, iż osoby badane, charakteryzujące się opisywaniem siebie poprzez koncentrowanie się na tym, kim są, zaprzeczające swoim negatywnym cechom w stosunku do sposobu, w jaki potwierdzają swoje cechy pozytywne, z bezkonfliktową percepcją własnej osoby, ale z obniżonym poziomem samozadowolenia, chociaż z podwyższonym

poczuciem własnej wartości oraz z niskim odczuwaniem swojej osoby w odniesieniu do współwierności, wartości i cnót jako członka rodziny i brakiem pewności co do sposobu, w jaki spostrzegają siebie, istotnie częściej wykazują się wcześniejszą inicjacją seksualną oraz nieusatisfakcjonowaniem z zakresu seksualnych czynności, chociaż spośród tych zachowań preferują jedynie pobudzenie sfer erogennych i własną aktywność.

W dziewiątej parze kanonicznej oba zbiory są jednobiegunowe, kryteria dodatnie, a predyktory ujemne. Można zatem przyjąć, iż opisywanie siebie, poprzez koncentrowanie się na tym, kim się jest, przejawianie skłonności do lubienia siebie, a co najmniej odczuwanie, że się jest wartościowym i pełnym cnót tzw. dobrym człowiekiem, okazywanie samozadowolenia oraz przypisywanie wysokiej wartości swojemu ciału, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, łączy się u osób badanych z ich większymi doświadczeniami masturbacyjnymi oraz ze znikomą aktywnością seksualną, unikaniem takich zachowań seksualnych, jak: pobudzanie sfer erogennych, w tym, co jest ważne ze względu na wykazywane doświadczenia masturbacyjne, pieszczoty piersi, dotykanie narządów płciowych partnera oraz przez partnera, pieszczoty lechtaczki, pobudzanie ręką członka i pochwy, a dalej, pieszczoty oralno-genitalne, stosunek płciowy oraz własna aktywność.

Dziesiątą parę kanoniczną, analogicznie do drugiej pary z tej grupy, tworzą, zarówno po stronie kryteriów, jak i po stronie predyktorów, zmienne ze znakiem ujemnym. Przyjąć zatem należy, chociaż z większą niż wcześniej ostrożnością ($p < .002$), że opisywaniu swojej osoby, nie przez koncentrowanie się na tym, kim się jest, ale przez odrzucenie tego, kim się nie jest, zaprzeczaniu swoim negatywnym cechom w stosunku do sposobu, w jaki potwierdza się swoje cechy pozytywne, bezkonfliktowej percepcji własnej osoby, zintegrowanej osobowości, ale i mniejszemu zdecydowaniu i pewności siebie, może towarzyszyć obniżony nastrój po stosunku oraz brak zaangażowania w czynności seksualne, w szczególności: pieszczoty ogólne, pobudzanie sfer erogennych oraz stosunek – pozycje.

W ostatniej parze, jedenastej, jednocześnie najłabszej ($p < .039$), chociaż z dużą liczbą zmiennych w obu zbiorach, otrzymana korelacja sugeruje, że osoby badane, przejawiające wątpliwości co do własnej wartości, o zubożonej tożsamości, często uważające się za „złego” człowieka, objawiające tendencje do szufladkowania pewnych sfer własnego *ja* i do widzenia tych sfer w izolacji od pozostałych, istotnie częściej wykazują chęć i potrzebę współżycia, chociaż są do niego niezdolne. Związek swój, o dużej dysharmonii w relacjach seksualnych, oceniają pozytywnie, mimo że nie są nim usatisfakcjonowane. Z czynności seksualnych akceptują jedynie pobudzenie sfer erogennych oraz własną aktywność.

W konkluzji niniejszych analiz i wynikających z nich charakterystyk opisowych należy stwierdzić, analogicznie do wcześniej opisanej zależności między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym, że oto mamy do czynienia z dwunastoma typami osobowościowymi funkcjonowania seksualnego badanych osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, gdzie osoby

z uszkodzeniem rdzenia kręgowego prezentują tylko jeden taki specyficzny typ, natomiast osoby pełnosprawne pozostałe jedenaście. Równocześnie, co należy zaznaczyć, ani jeden z zaprezentowanych tu typów osobowościowych, zarówno w grupie podstawowej, jak i w grupie porównawczej, nie pokrywa się z jakimkolwiek typem przystosowania seksualnego, zidentyfikowanym w tych samych badanych populacjach.

2.3. Zależności między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych

Uzyskany stopień współzależności pary zmiennych kanonicznych, funkcjonowania seksualnego i nasilenia potrzeb psychicznych, wskazuje, że w grupie osób z para- i tetraplegią 37.80 % zmienności w zbiorze funkcjonowania seksualnego, przy odpowiednio 66.19 % wariancji w grupie osób pełnosprawnych, można wyjaśnić na podstawie zbioru 19 zmiennych potrzeb psychicznych i 31.34 % wariancji w zbiorze potrzeb psychicznych, przy odpowiednio 65.65 % zmienności w grupie porównawczej, na podstawie 23 zmiennych funkcjonowania seksualnego. Współczynnik korelacji kanonicznej – R_C w grupie porównawczej jest zbliżony do jedności (.999) i zdecydowanie większy od R_C w grupie podstawowej (.858), przy czym oba one są wysoce istotne statystycznie ($p < .000$). Stąd, analogicznie do uzyskanych zależności między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym i oddzielnie samoocena, tak w jednej, jak i drugiej grupie badanych, znajomość poziomu nasilenia potrzeb psychicznych u tych osób będzie nieco więcej mówiła o ich funkcjonowaniu seksualnym, niż odwrotnie. Przy czym, w przeciwieństwie do poprzednich zależności, występujące tutaj różnice między wariancjami są nieznaczne, a i stopień ich nasilenia jest zdecydowanie wyższy, co sprawia, że tak otrzymane zależności są silniejsze, a ich interpretacja mocniejsza. Oto bowiem w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego występują 4 pary zmiennych kanonicznych, z których: w dwóch korelacje są wysoce istotne ($p < .000$), w jednej istotna ($p < .003$) oraz w jednej zbliżona do istotnej ($p = .072$). W grupie osób pełnosprawnych takich par kanonicznych jest zdecydowanie więcej, bo 14, w tym: w 12 parach korelacje są wysoce istotne ($p < .000$), w jednej istotna ($p < .006$) oraz w jednej zbliżona do istotnej ($p = .062$).

Szczegółowe dane co do struktury wzajemnych zależności między analizowanymi zmiennymi w badanych grupach prezentują tabele 24 i 25.

Pierwszy współczynnik korelacji kanonicznej z grupy podstawowej zawiera 12 zmiennych: 5 ze zbioru kryteriów: $pSek$ (.649), $pUui$ (.299), $pIzo$ (.271), $pKom$ (.268) i $pUuf$ (-.292); 7 ze zbioru predyktorów: Pow (.517), Akp (.413), Pse (.332), Srs (.289), Chw (.272), Ogn (-.278) i Dys (-.379). Wskazuje on zatem, iż osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, charakteryzujące się umiejętnością nawiązywania przygodnych znajomości, uwodzeniem osób ponętnych seksualnie, zamiłowaniem do zabawy, unikaniem lub separowaniem się od osób

Tabela 24. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”

Kryteria/ predyktory		Zmienne kanoniczne			
		R _{cI}	R _{cII}	R _{cIII}	R _{cIV}
P	Potrzeba dominacji (<i>pDom</i>)	.122	-.217	.470	.102
o	Potrzeba uległości (<i>pUle</i>)	.064	-.207	.232	.444
t	Potrzeba autonomii (<i>pAut</i>)	.214	-.157	.317	-.072
r	Potrzeba agresywności (<i>pAgr</i>)	.210	.054	.263	-.097
z	Potrzeba poniżania się (<i>pPon</i>)	-.221	-.463	-.001	.437
e	Potrzeba wyczynu (<i>pWvc</i>)	.220	-.388	.537	.130
b	Potrzeba seksualna (<i>pSek</i>)	.649	-.112	.409	.299
y	P. przyjemnych doznań zmysł. (<i>pPdz</i>)	.096	-.040	.292	.159
	Potrzeba ekshibicjonizmu (<i>pEks</i>)	.071	-.187	.643	.120
p	Potrzeba zabawy (<i>pZab</i>)	.249	-.268	.425	.378
s	Potrzeba odrzucania, izolacji (<i>pIzo</i>)	.271	-.018	.317	.133
y	Potrzeba stowarzyszania (<i>pSto</i>)	.154	-.235	.142	.245
c	P. doznawania opieki i oparcia (<i>pDoo</i>)	-.077	-.381	-.015	.099
h	P. żywienia i opiekowania się (<i>pŻyvv</i>)	.185	-.233	.270	-.083
i	P. unik. pon. we włas. oczach (<i>pUpw</i>)	.118	-.324	-.151	.181
c	P. unik. uraz. ze strony in. ludzi (<i>pUui</i>)	.299	-.407	-.086	-.020
z	Potrzeba kompensacji (<i>pKom</i>)	.268	-.461	.366	.036
n	P. unikania urazu fizycznego (<i>pUuf</i>)	-.292	-.668	.225	.001
e	Potrzeba poznawcza (<i>pPoz</i>)	-.135	.102	.347	.123
R _c		.858	.832	.823	.769
p		.0000*	.0000*	.0036*	.0729-
F	Uświadomienie seksualne (<i>Uśs</i>)	.170	-.147	.532	-.287
u	Samoocena w roli seksualnej (<i>Srs</i>)	.289	.259	.386	.043
u	Wyobraźnia erotyczna (<i>Wer</i>)	.114	.096	.346	.225
n	Inicjacja seksualna (<i>Ins</i>)	.178	-.031	.114	-.353
k	Doświadczenia masturbacyjne (<i>Dma</i>)	.114	-.010	.342	.140
c	Chęć do współżycia (<i>Chw</i>)	.272	.038	.329	.254
j	Potrzeba współżycia (<i>Pow</i>)	.517	-.022	.257	.035
o	Zdolność do podjęcia współż. (<i>Zpw</i>)	.102	-.003	-.047	-.264
n	Nastroj przed stosunkiem (<i>Nst</i>)	.108	.114	.388	.299
o	Nastroj po stosunku (<i>Nps</i>)	-.030	.204	.373	.254
w	Ocena siebie jako partner(ka) (<i>Ocs</i>)	.088	.482	.349	-.003
a	Ocena związku (<i>Ocz</i>)	-.254	.050	.330	.043
n	Ocena więzi uczuciowej (<i>Owu</i>)	.045	.166	.171	.013
i	Pieszczoty ogólne (<i>Po</i>)	.136	.315	.127	.064
e	Pobudzenie sfer erogennych (<i>Pse</i>)	.332	.270	.299	-.011
	Pieszczoty oralno-genitalne (<i>Pog</i>)	.226	.241	.089	.092
s	Stosunek (<i>St</i>)	.027	.107	.027	-.021
e	Stosunek – pozycje (<i>Stp</i>)	.139	.117	.007	.290
k	Własna aktywność (<i>Wak</i>)	.077	.113	.034	.015
s	Aktywność partnera (<i>Akp</i>)	.413	.007	.083	.424
u	Częstość dyssatisfakcji (<i>Dys</i>)	-.379	.194	.221	.091
a	Samoakceptacja (<i>Sak</i>)	-.139	.530	-.260	-.069
l.	Suma – ogólna niezgodność (<i>Ogn</i>)	-.278	.540	-.086	-.079

Ladunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .267 są istotne na poziomie p<.01.

„napiętnowanych”, unikaniem urazu ze strony innych ludzi, chociaż nie niebezpiecznych sytuacji, oraz z tendencją do przewyżczania własnych niepowodzeń, wykazują się wysoką samooceną w roli seksualnej, chęcią i potrzebą współżycia, ale i dużą dysharmonią w relacjach seksualnych, a co zatem idzie – nieusatisfakcjonowaniem z zakresu seksualnych zachowań, w które są zaangażowane.

zowane. Z czynności seksualnych akceptują jedynie pobudzenie sfer erogennych oraz aktywność partnera.

W drugiej parze kanonicznej tej grupy zmienne, tworzące zbiory kryteriów i predyktorów, są jednobiegunowe, przy czym kryteria są ujemne: *pZab* (-.268), *pUpw* (-.324), *pDoo* (-.381), *pWyc* (-.388), *pUui* (-.407), *pKom* (-.461), *pPon* (-.463) i *pUuf* (-.668), a predyktory dodatnie: *Ogn* (.540), *Sak* (.530), *Ocs* (.482), *Po* (.315) i *Pse* (.270). Taka konfiguracja zmiennych upoważnia do stwierdzenia, że im mniejsze nasilenie u osób z para- i tetraplegią tendencji do pokonywania przeszkód i trudności, unikania niebezpiecznych sytuacji, urazu ze strony innych ludzi oraz poniżania we własnych oczach, czyli mniejsze nasilenie potrzeby bezpieczeństwa, a jednocześnie niecierpanie korzyści z własnych słabości i niepowodzeń, wprost przeciwnie, przejawianie determinacji w przezwyciężaniu przeszkód, nie poddawanie się presji otoczenia, przez na przykład przyjmowanie biernej postawy tudzież okazywanie bez troski, tym większa u nich chęć doświadczania przyjemności z zaangażowania w czynności seksualne, a zatem niski poziom dyssatisfakcji w relacjach seksualnych i wysoka ocena siebie jako partnera. U osób tych zauważa się szczególne zainteresowanie pieszcotami, w tym sfer erogennych.

Trzecią parę kanoniczną tworzą zmienne jednobiegunowe, zarówno po stronie kryteriów: *pEks* (.643), *pWyc* (.537), *pDom* (.470), *pZab* (.425), *pSek* (.409), *pKom* (.366), *pPoz* (.347), *pIzo* (.317), *pPdz* (.292) i *pŻyw* (.270), jak i po stronie predyktorów: *Uśś* (.532), *Nst* (.388), *Srs* (.386), *Nps* (.373), *Ocs* (.349), *Wer* (.346), *Dma* (.342), *Ocz* (.330), *Chw* (.329) i *Pse* (.299), ze znakiem dodatnim. Należy więc przyjąć, aczkolwiek nieco ostrożniej ($p < .003$) niż w stosunku do wcześniej opisanych współczynników kanonicznych z tej grupy, że badane osoby niepełnosprawne z większym pragnieniem kontrolowania biegu zdarzeń, w tym własnych myśli i uczuć oraz zachowań innych ludzi, pragnące być wolnymi i niezależnymi, o wysokich aspiracjach i ambicji w przezwyciężaniu przeszkód i trudności, szukające przygód i dążące do uwodzenia osób ponętnych seksualnie, o dużej wrażliwości, zmysłowości i dobrym smaku, a przynajmniej wywołujące wrażenie bycia takimi, niekiedy przez swoją wesołość i bez troskę, unikające jednocześnie osób „napiętnowanych”, chociaż chętnie udzielające pomocy osobom bezradnym, w tym dzieciom, starcom etc., wykazują większe uświadomienie seksualne, wyższą samoocenę w roli seksualnej, bogatszą wyobraźnię erotyczną, doświadczenia masturbacyjne, chęć współżycia, lepszy nastrój przed i po stosunku oraz wysoką ocenę siebie jako partnera i związku, w którym uczestniczą. Z czynności seksualnych preferują przede wszystkim pobudzenie sfer erogennych.

Zmienne ze zbioru kryteriów ostatniej pary kanonicznej z grupy podstawowej są jednobiegunowe, dodatnie: *pUle* (.444), *pPon* (.437), *pZab* (.378) i *pSek* (.299), natomiast ze zbioru predyktorów dwubiegunowe: *Akp* (.424), *Nst* (.299), *Stp* (.290), *Uśś* (-.287) i *Ins* (-.353), co pozwala sądzić, niezwykle ostrożnie, bardziej w kategoriach hipotezy interpretacyjnej niż wniosku, że badane osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przejawiające tendencje do współpracy, spełniania drobnych usług, ale i z poczuciem winy, pokorą, przyjmowaniem

biernej postawy, chociaż będące z natury jednostkami wesołymi, beztruskimi, często nawiązującymi przygodne znajomości, szukającymi przygód, charakteryzują się niskim uświadomieniem seksualnym i późniejszą inicjacją seksualną. Do współżycia płciowego przystępują jednak bez obaw, nie lękają się go, preferując różnorodność stosunku i aktywność w nim partnera.

Zależności kanoniczne, otrzymane w grupie osób pełnosprawnych, są bar-

Tabela 25. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”

Kryteria/ predyktory	Z m i e n n e k a n o n i c z n e														
	R _I	R _{II}	R _{III}	R _{IV}	R _V	R _{VI}	R _{VII}	R _{VIII}	R _{IX}	R _X	R _{XI}	R _{XII}	R _{XIII}	R _{XIV}	
P	pDom	.409	-.189	-.134	-.164	.288	.176	-.239	-.084	-.535	-.030	-.117	.116	-.031	-.210
o	pUle	.341	-.284	-.367	-.349	-.222	-.089	-.227	-.073	.065	-.001	.153	-.139	.131	-.319
t	pAut	.582	-.102	-.592	-.097	-.116	.025	.048	-.063	-.278	.093	-.057	.271	.067	.159
r	pAgr	.630	.018	-.436	.037	-.120	-.146	-.146	-.126	-.003	.365	-.055	.047	-.098	.009
z	pPon	-.017	.047	-.224	-.413	-.223	.312	-.586	.227	.031	.057	-.117	-.211	.087	.134
e	pWyc	-.012	-.237	-.285	-.388	-.149	.080	-.376	-.084	-.405	.327	-.082	.300	-.194	-.197
b	pSek	-.377	-.082	-.133	-.062	-.418	.063	-.482	-.272	-.099	.027	-.443	-.195	-.126	.046
y	pPdz	.254	.350	-.234	-.067	-.103	.240	-.476	.069	-.418	.161	-.103	-.200	.131	-.060
p	pEks	-.025	-.139	-.519	-.339	-.002	.565	-.010	-.137	-.210	-.224	-.026	-.228	-.074	-.235
s	pZab	.095	.093	-.244	-.475	.105	.053	.050	-.394	.029	.480	-.404	-.296	-.016	-.032
y	pIzo	.543	-.284	-.221	.217	-.218	.213	-.122	.000	-.280	.107	.085	.002	-.088	.184
c	pSto	.092	.222	-.390	-.262	-.328	.109	.182	-.289	.029	.063	-.331	.027	.269	-.383
h	pDoo	.357	.201	-.241	-.085	-.077	.369	-.114	.261	.160	.138	-.291	-.482	.096	-.088
i	pŻyw	-.127	.183	.086	-.250	-.028	-.135	.339	.080	-.339	.471	.211	-.104	.337	-.340
c	pUpw	.211	.108	-.255	.145	-.325	.325	-.408	.241	-.031	.312	.065	-.290	.338	.069
z	pUui	.386	-.016	-.118	-.044	-.261	.449	-.139	-.065	-.005	.393	.271	.101	.084	.029
n	pKom	-.039	.006	-.492	-.124	-.025	.051	-.290	-.214	-.329	.158	.041	.279	.069	.005
e	pUuf	.519	.323	-.086	-.370	.021	.118	.209	-.021	-.103	.355	.099	-.198	.189	.091
	pPoz	-.269	-.199	-.221	-.286	.182	.440	-.259	.388	-.295	.161	.119	-.079	.328	.005
R _c		.999	.997	.985	.971	.951	.931	.890	.887	.795	.742	.691	.603	.589	.567
p		.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.006*	.062~
F	Uśś	-.645	.037	.243	.199	.281	.187	-.133	.293	-.066	-.115	.132	.223	-.016	.157
u	Srs	-.424	-.026	.366	.406	.102	-.200	.056	-.179	.128	.076	.254	.136	-.036	-.039
n	Wer	-.544	-.202	.312	.281	-.403	-.212	-.156	.007	.059	.178	-.096	.062	-.062	-.050
k	Ins	-.210	-.257	.375	-.297	-.143	-.049	-.047	-.257	-.239	.523	.008	-.067	-.182	-.004
e	Dma	-.374	-.254	.088	.178	.006	-.231	-.355	.049	-.275	-.053	.003	-.098	-.215	-.196
j	Chw	-.421	-.131	.075	.612	-.280	-.197	-.182	-.337	-.134	.079	-.166	.061	.019	-.023
o	Pow	-.474	-.205	.191	.268	-.026	-.139	-.289	-.258	-.045	-.292	-.076	.225	.058	-.036
n	Zpw	.491	-.269	.228	.305	-.033	.221	-.219	.444	-.344	-.140	.115	-.059	-.148	.088
o	Nst	-.220	.072	.324	.302	.102	.189	-.192	-.043	.137	.053	.373	.180	-.120	.030
w	Nps	-.264	.025	.484	.437	-.104	-.097	.260	-.144	-.130	.129	.198	.074	.245	-.022
a	Ocs	-.475	-.175	.364	.182	.146	.107	.230	.035	.089	-.152	.201	.335	.063	-.019
n	Ocz	.232	.152	.392	.379	-.106	.109	-.065	-.319	.295	-.031	-.300	.286	.091	-.174
i	Owu	.241	-.002	.334	.290	-.056	-.100	.238	-.117	.137	.121	-.237	.436	.125	-.182
e	Po	-.465	.177	.259	.396	-.306	-.034	-.178	-.151	-.135	.008	.006	.053	-.222	-.264
s	Pse	-.538	-.183	.252	.395	-.176	.111	-.381	-.326	.078	.218	.114	-.099	.033	-.137
e	Pog	-.423	-.124	.006	.118	-.039	.518	-.419	-.011	-.041	-.220	.021	.202	.059	-.269
s	St	-.416	-.129	.369	.344	-.042	.072	-.437	-.176	.046	.203	-.065	.129	-.067	-.234
e	Stp	-.719	-.313	.102	.140	-.072	.036	-.405	-.080	.071	-.082	.082	.078	-.153	-.170
k	Wak	-.683	-.030	.184	.307	.040	.264	-.138	-.146	.270	.003	-.008	-.136	-.038	-.071
s	Akp	-.557	-.082	.190	.399	.259	.338	-.215	-.070	.201	-.057	-.047	-.130	-.265	-.167
u	Dys	.715	.104	-.141	.010	.237	.140	.334	-.070	-.063	-.081	.280	.264	.025	-.103
a	Sak	-.326	-.229	-.142	.144	.064	.073	-.317	-.198	.316	.157	.204	-.202	-.255	-.095
l.	Ogn	.152	-.167	-.147	.101	.166	.208	-.030	-.264	.257	.033	.370	.129	-.276	-.092

Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .254 są istotne na poziomie $p < .01$.

dziej różnorodne, ale żadna z 14 par, ich konfiguracje zmiennych oraz wynikające z nich charakterystyki opisowe, nie jest tożsąma którejkolwiek z tu analizowanych. Najsilniejsza korelacja zachodzi w pierwszej parze kanonicznej, gdzie zbiór kryteriów utworzony został z 11, a zbiór predyktorów z 19 zmiennych. Stwierdzić więc należy, że osoby kontrolujące bieg zdarzeń, pragnące to czynić, w tym własne myśli, uczucia i zachowania innych ludzi, przejawiające tendencje do współpracy, spełniania drobnych usług, pragnące być wolnymi i niezależnymi, opierające się lub buntujące przeciw ograniczeniom, nie szukające przygód, a raczej izolujące się, z tendencją do przewycięzania własnych niepowodzeń i słabości, czerpiąc z nich niekiedy korzyści, o dużej wrażliwości, zmysłowości i dobrym smaku, unikające urazu ze strony innych ludzi, ale nie niebezpiecznych sytuacji oraz w niewielkim stopniu wyrażające ciekawość czy wścibstwo, charakteryzują się niskim uświadomieniem seksualnym, obniżoną samooceną w roli seksualnej, znikomą wyobraźnią erotyczną, brakiem chęci i potrzeby współżycia, niezdolnością do jego podjęcia, obniżonym nastrojem po stosunku oraz negatywną oceną siebie jako partnera. Są to osoby niezainteresowane jakimikolwiek czynnościami seksualnymi i usatysfakcjonowane takim stanem rzeczy, chociaż nie sobą.

Zmienne ze zbioru kryteriów drugiej pary kanonicznej są dwubiegunowe, natomiast ze zbioru predyktorów jednobiegunowe, ujemne, co upoważnia do stwierdzenia, że osoby nie wykazujące przesadnej skłonności do admiringowania innych ludzi, niezbyt chętne do wykonywania tego, co ci im sugerują lub polecają, o dużej wrażliwości, zmysłowości i poczuciu estetycznym, nie unikające osób „napiętnowanych” oraz niebezpiecznych sytuacji, później osiągają inicjację seksualną, nie mają lub mają sporadyczne doświadczenia masturbacyjne oraz są niezdolne do współżycia. Z czynności seksualnych najmniej preferują, chociaż w ogóle nie wykazują tu większego zainteresowania, różnorodność pozycji stosunku płciowego.

Trzecia para kanoniczna jest utworzona ze zmiennych jednobiegunowych, o zbiorze kryteriów ze znakiem ujemnym i zbiorze predyktorów za znakiem dodatnim. Wyrażna jest tu zależność między brakiem skłonności do admiringowania innych ludzi, niechęcią do wykonywania tego, co ci im sugerują lub polecają, pragnieniem nieprzyciągania uwagi innych i niebrania za siebie odpowiedzialności, małymi aspiracjami, zapałem czy ambicją w przewycięzaniu przeszkód, niskim poziomem irytacji, złości czy nienawiści, tudzież niskim uczuciem wiary i zaufania do ludzi oraz unikania poniżenia we własnych oczach, w tym znikomą umiejętnością przewycięzania niepowodzeń i słabości, a wysoką samooceną w roli seksualnej, bogatą wyobraźnią erotyczną, wczesną inicjacją seksualną, dobrym nastrojem przed i po stosunku, wysoką oceną siebie jako partnera, związku i więzi uczuciowej oraz preferowaniem pieścizot ogólnych i stosunku płciowego w zachowaniach seksualnych.

Zbiór kryteriów czwartej pary kanonicznej zawiera zmienne jednobiegunowe, ujemne, natomiast zbiór predyktorów zmienne dwubiegunowe, co każe sądzić, że osoby nie admiringujące innych, niechętnie wykonujące to, co im się sugeruje lub poleca, nie wykazujące tendencji do pokonywania przeszkód i trudno-

ści, chociaż nie przejawiające też postawy biernej, tzw. potulnego poddawania się presji otoczenia i nieprzyciągania uwagi innych, z niskim uczuciem wiary i zaufania do ludzi, niewielką potrzebą nawiązywania z nimi kontaktów i współpracy, unikające niebezpiecznych sytuacji oraz nie wyrażające skłonności do analizowania zdarzeń i wyciągania z nich wniosków, w pełni akceptują siebie w roli seksualnej, mają bogatą wyobraźnię erotyczną oraz w późniejszym okresie doświadczyli inicjacji seksualnej. Osoby takie wykazują chęć i potrzebę współżycia, są zdolne do niego. Cechuje je dobry nastrój tak przed, jak i po stosunku, wysoka ocena związku i więzi uczuciowej oraz upodobanie takich czynności seksualnych, jak: pieszczoty, w tym sfer erogennych, stosunek, a w nim obustronna aktywność.

Piąty współczynnik korelacji kanonicznej informuje, iż osoby badane, z predyspozycjami do kontrolowania własnych myśli, uczuć i zachowań, w tym innych ludzi, nie szukające przygód, ani nawiązywania kontaktów i współpracy, z niskim uczuciem wiary i zaufania do ludzi oraz unikające niebezpiecznych sytuacji i poniżenia we własnych oczach, istotnie częściej wykazują się wyższym uświadomieniem seksualnym, ale też mniejszą wyobraźnią erotyczną i chęcią współżycia. Z czynności seksualnych nie przepadają za pieszczotami, zwanymi tu ogólnymi, jak przytulanie, głaskanie, pocałunek etc., natomiast zdecydowanie preferują aktywność partnera.

Szóstą parę kanoniczną tworzą zmienne ze znakiem dodatnim, i to zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów. Przyjąć zatem należy, iż przejawianie postawy biernej, tzw. potulnego poddawania się presji otoczenia społecznego, zachowań zmierzających do wywoływania wrażenia bycia widzialnym i słyszalnym, szukanie opieki i wsparcia u osób znaczących, w tym czerpanie korzyści z własnych słabości i niepowodzeń oraz nieunikanie urazu ze strony innych czy też poniżenia we własnych oczach, a także wykazywanie skłonności do analizowania zdarzeń, zadawania pytań o charakterze ogólnym, łączy się z preferencją następujących bodźców seksualnych: pieszczoty oralno-genitalne, aktywność własna i aktywność partnera.

Korelacja kanoniczna siódmej z analizowanych par wskazuje, że im mniejsze przyjmowanie przez osoby badane postawy biernej, ale i brak u nich nastawienia do pokonywania przeszkód i trudności, znikome pragnienia i tendencje zmierzające do nawiązywania kontaktów, w tym przygodnych znajomości, uwodzenia osób ponętnych seksualnie, mniejsza ich wrażliwość, zmysłowość czy estetyka, unikanie poniżania we własnych oczach, niewielka umiejętność analizowania zdarzeń i wyciągania wniosków, a przez to przewyciężania niepowodzeń i słabości, przy równocześnie większej chęci udzielania pomocy osobom bezradnym, dzieciom, starcom, tym mniejsze doświadczenia masturbacyjne, niewielka potrzeba współżycia, ale, co zastanawiające, lepszy nastrój po stosunku. Są to osoby, analogicznie do charakterystyki pierwszej pary kanonicznej z tej grupy, nie zainteresowane jakimikolwiek czynnościami seksualnymi, równocześnie usatysfakcjonowane takim stanem rzeczy, chociaż nie sobą w roli partnera.

W ósmej parze zmiennych kanonicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby badane, nie umiejące nawiązywać kontaktów towarzyskich, nie poszukające ich, raczej smutne i zatroskane, bez uczucia wiary i zaufania do ludzi dobrej woli, chociaż zdające się na opiekę i wsparcie osób znaczących, czerpiące niekiedy korzyści z własnych słabości i niepowodzeń oraz ze skłonnościami do przesadnego analizowania zdarzeń, charakteryzują się znacznym uświadomieniem seksualnym, późniejszą inicjacją seksualną, brakiem chęci i potrzeby współżycia, chociaż z okazywaną zdolnością do jego podjęcia. W związkach z ich udziałem przeważają sytuacje konfliktogenne, stąd ich znaczne nimi nieusatisfakcjonowanie. Z czynności seksualnych nie wykazują jakiegokolwiek zainteresowania pobudzeniem sfer erogennych.

Zmienne ze zbioru kryteriów dziewiętej pary kanonicznej są jednobiegunowe, ujemne, natomiast ze zbioru predyktorów dwubiegunowe, co pozwala sądzić, że im mniejsze pragnienie kontrolowania biegu zdarzeń, bycia wolnym i niezależnym w działaniu, brak wysokich aspiracji, zapału czy też ambicji w przewyciężaniu własnych niepowodzeń, przeszkód i trudności, przy równocześnie niewielkiej chęci udzielania pomocy osobom bezradnym, mała wrażliwość i zmysłowość, ale również niskie nasilenie pogardy, obojętności czy znużenia oraz znikome umiejętności analizowania zdarzeń i wyciągania wniosków, a przez to przewyciężania niepowodzeń i słabości, tym mniejsze doświadczenia masturbacyjne, brak zdolności do podjęcia współżycia seksualnego, ale też niższy poziom dyssatisfakcji w relacjach seksualnych oraz wyższa ocena siebie jako partnera, preferowanie własnej aktywności w zachowaniach seksualnych i związku.

W dziesiątej parze kanonicznej zbiór kryteriów jest także jednobiegunowy, ale ze znakiem dodatnim, co przy dwubiegunowym zbiorze predyktorów, każe sądzić, że im wyższy poziom irytacji, złości czy nienawiści, determinacji w przewyciężaniu przeszkód i trudności oraz nasilenia potrzeby bezpieczeństwa, przy wysokim stopniu beztrości i tzw. wesołości, tym wcześniejsza inicjacja seksualna i mniejsza potrzeba współżycia seksualnego.

W jedenastej parze zmiennych kanonicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby badane, nie umiejące nawiązywać kontaktów towarzyskich, nie poszukające ich, raczej smutne i zatroskane, bez uczucia wiary i zaufania do ludzi dobrej woli, nie zdające się na opiekę i wsparcie osób znaczących, raczej unikające ich, wykazują wysoką samoocenę w roli seksualnej, dobry nastrój przed stosunkiem, małą dysharmonię w relacjach seksualnych oraz usatisfakcjonowanie z zakresu i częstotliwości seksualnych czynności, pomimo występowania konfliktów w związku uczuciowym, z tendencją ku ich nasilaniu, a co zatem idzie – coraz bardziej narastającą niewiarą w jego trwałość

Dwunasta para zmiennych kanonicznych istotnie skorelowanych wskazuje na zależność między: nasileniem pragnienia bycia wolnym i niezależnym w działaniu, bez zwracania się o opiekę czy wsparcie do osób znaczących, determinacją w przewyciężaniu własnych niepowodzeń i pokonywaniu trudności, przy nieunikaniu poniżenia we własnych oczach i znacznym zatroskaniu a usa-

tysfakcjonowaniem zakresem i częstotliwością seksualnych zachowań oraz wysoką oceną siebie jako partnera, związku i więzi uczuciowej z partnerem.

W trzynastej parze kanonicznej oba zbiory są jednobiegunowe, przy czym kryteria są dodatnie, a predyktory ujemne. Można więc przyjąć, aczkolwiek nieco ostrożniej w porównaniu do wcześniej analizowanych korelacji ($p < .006$), iż uczucie wiary i zaufania do ludzi, dobra wola, miłość, sympatia, udzielanie pomocy

osobom bezradnym, dzieciom i starcom, skłonność do analizowania zdarzeń i wyciągania z nich wniosków oraz unikanie poniżania we własnych oczach, łączy się z niższą oceną siebie jako partnera oraz wyższą dysatisfakcją w relacjach seksualnych, a także brakiem upodobania do aktywności partnera w zachowaniach seksualnych.

W czternastej parze kanonicznej, najsłabszej ($p \sim .062$), zarówno zmienne po stronie kryteriów, jak i po stronie predyktorów, są jednobiegunowe – ujemne. Sugeruje to, że osoby nie admirujące innych, niechętnie wykonujące to, co im się poleca, z niskim uczuciem wiary i zaufania do ludzi, nie udzielające pomocy osobom bezradnym, czy upokorzonym, wykazują się wyraźną niechęcią do takich czynności seksualnych, przy względnie niskiej ocenie pozostałych, jak pieśszoty, w tym oralno-genitalne.

Z poczynionych tu analiz wynika, analogicznie do już opisanych korelacji, że w grupie osób pełnosprawnych znacznie więcej wyróżniono zależności między zmiennymi nasilenia potrzeb psychicznych i funkcjonowania seksualnego niż w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co w kontekście niniejszych badań stanowi swoistą prawidłowość. Różnica między tą parą analizowanych zmiennych a poprzednimi jest istotna jeśli weźmiemy pod uwagę fakt zidentyfikowania w grupie podstawowej 4 korelacji kanonicznych, ukazujących tyle samo możliwości interpretacyjnych. Można więc sądzić, że to przede wszystkim potrzeby psychiczne, a nie przystosowanie psychospołeczne czy samoocena, najsilniej korelują z funkcjonowaniem seksualnym u osób z para- i tetraplegią. Oczywiście, nie wszystkie potrzeby, bowiem dwie z nich, a mianowicie: *Potrzeba agresji* i *Potrzeba stowarzyszenia*, nie weszły do żadnego ze zbiorów kryteriów. Ani jedna również z przedstawionych tu konstelacji cech (opisowych), z obu grup, nie pokrywa się, nie mówiąc już o tożsamości z typami przystosowania czy samooceny, ale właśnie dlatego, by różnice były wyraziste i zauważalne, zastosowano analizę kanoniczną.

2.4. Zależności między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych

Z analizy kanonicznej, zastosowanej celem sprawdzenia zależności między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym, wynika, że w grupie osób z para- i tetraplegią 33.33 % wariancji w zbiorze zmiennych funkcjonowania seksualnego można wyjaśnić na podstawie 13 zmiennych poczucia sensu życia i 21.64 % wariancji w zbiorze przystosowania psychospołecznego na podstawie 23 zmiennych funkcjonowania seksualnego ($R_c = .851$, $p < .003$).

W grupie osób pełnosprawnych na podstawie zmiennych poczucia sensu życia można wyjaśnić 62.59 % wariacji zmiennych funkcjonowania seksualnego, a odwrotnie, wychodząc od zmiennych funkcjonowania seksualnego, 49.51 % wariacji zmiennych poczucia sensu życia ($R_c = .976$, $p < .000$). Różnice pomiędzy maksymalnymi wyjaśnianymi wariacjami są w obu badanych grupach zbliżone, co pozwala stwierdzić, iż znajomość poziomu poczucia sensu życia, zarówno wśród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i wśród osób pełnosprawnych, w większym stopniu umożliwia poznanie ich funkcjonowania seksualnego, niż odwrotnie. Przy czym, nasilenie współczynnika korelacji kanonicznej w grupie porównawczej jest zdecydowanie wyższe, co sprawia, że uzyskane tu zależności są silniejsze, a ich interpretacja mocniejsza. W grupie osób z paraliżem tetraplegią występuje tylko jedna para zmiennych kanonicznych istotna statystycznie ($p < .003$), w grupie zaś osób pełnosprawnych tych par jest znacznie więcej, bo 11 na 13 możliwych do uzyskania, w tym: 10 par wysoce istotnych ($p < .000$) i jedna istotna ($p < .005$).

Struktury korelacyjne analizowanych zmiennych w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przedstawione są w tabeli 26, a w grupie osób pełnosprawnych w tabeli 27. Gwoli jasności przypomnieć należy, że poszczególne twierdzenia ML, rozpięte na 5-punktowej skali, naprzemiennie oznaczają, a to optymalne nasilenie braku, a to najwyższe natężenie zgodności. Stąd dodatnie lub ujemne bieguny zmiennych zbioru kryteriów interpretowane są adekwatnie do stopnia nasilenia braku lub zgodności.

W jedynej parze korelacyjnej z grupy podstawowej zbiór kryteriów utworzony został z 7 zmiennych dwubiegunowych: *Sz5* (.648), *Sz10* (-.324), *Sz2* (-.330), *Sz3* (-.467), *Sz13* (-.557), *Sz6* (-.574) i *Sz7* (-.690), zbiór zaś predyktorów z 10 zmiennych jednobiegunowych, dodatnie: *Nps* (.683), *Ocz* (.633), *Nst* (.583), *Owu* (.550), *Srs* (.437), *Po* (.422), *Ocs* (.411), *Pse* (.378), *Akp* (.313) i *Usś* (.296). Ukazując więc istotę tej zależności można stwierdzić, że: osoby z paraliżem i tetraplegią, godzące się ze swoimi dolegliwościami, dobrze czujące się wśród ludzi, przyjmujące ich miłość i poparcie, a co za tym idzie, usatysfakcjonowane takimi interakcjami, przekonane, że ich życie jest pożyteczne i wartościowe, warte dalszego „przeżycia” oraz przychodzenia z pomocą, jako podpora, pocieszenie, innym, im podobnym, wykazują większe uświadomienie seksualne, wyższą samoocenę w roli seksualnej, lepszy nastrój przed i po stosunku oraz wyższą ocenę siebie jako partnera, związku i więzi uczuciowej z partnerem. Istotnie częściej także preferują czynności seksualne związane z pieszczotami, w tym pobudzaniem sfer erogennych oraz aktywnością partnera.

Analogicznie do wcześniej przeanalizowanych zależności, ta również – konfiguracja zmiennych i idąca w ślad za nią charakterystyka opisowa badanych osób z paraliżem i tetraplegią – nie znajduje swego odpowiednika w którejkolwiek spośród 11 korelacji kanonicznych otrzymanych w grupie osób pełnosprawnych. W najsilniejszej parze tej grupy, czyli pierwszej, utworzonej z 3 zmiennych ze zbioru kryteriów i 18 zmiennych ze zbioru predyktorów, w obu przypadkach dwubiegunowych, uzyskane wyniki każą przyjąć, że osoby, dla których filozofia życia czy religia jako sposób na życie oraz pocieszanie innych,

im podobnym, wspieranie ich, nie ma żadnego znaczenia, przy jedynie ważnym dla nich osiągnięciu krótkoterminowych celów, charakteryzują się znikomym

Tabela 26. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”

Kryteria/ predyktory		Z. k. R ₁
P.	Wiara w Boga (S _{z1})	.068
	Rozmowa i bycie wśród ludzi ... (S _{z2})	-.330
s	Ja ... (S _{z3})	-.467
e	Uczestnictwo w różnych ... (S _{z4})	-.066
n	Okazywanie przywiązania ... (S _{z5})	.648
s	Czuję, że ... (S _{z6})	-.574
u	Czuję, że moje życie jest ... (S _{z7})	-.690
	Aktywność i hobby ... (S _{z8})	-.045
z	Zrobienie czegoś dla siebie ... (S _{z9})	-.013
y	Pocieszenie innych ... (S _{z10})	-.324
c	Planowanie i osiągnięcie ... (S _{z11})	-.105
i	Filozofia życia czy religia ... (S _{z12})	-.036
a	Czuję, że ... (S _{z13})	-.557
R _c		.051
p		.0038*
	Uświadomienie seksualne (U _{ss})	.296
F	Samoocena w roli seksualnej (S _{rs})	.437
u	Wyobraźnia erotyczna (Wer)	.160
n	Inicjacja seksualna (Ins)	-.029
k	Doświadczenia masturbacyjne (Dma)	.191
c	Chęć do współżycia (Chw)	.201
j	Potrzeba współżycia (Pow)	-.248
o	Zdol. do podjęcia współżycia (Zpw)	.257
n	Nastroj przed stosunkiem (Nst)	.583
o	Nastroj po stosunku (Nps)	.683
w	Ocena siebie jako partner(ki)a (Ocs)	.411
a	Ocena związku (Ocz)	.633
n	Ocena więzi uczuciowej (Owt)	.550
i	Pieszczoty ogólne (Po)	.422
e	Pobudzanie sfer erogennych (Pse)	.378
	Pieszczoty oralno-genitalne (Pog)	.161
s	Stosunek (St)	.258
c	Stosunek – pozycje (Stp)	-.254
k	Własna aktywność (Wak)	.088
s	Aktywność partnera (Akp)	.313
u	Częstość dyssatisfakcji (Dys)	.257
a	Samoakceptacja (Sak)	-.016
l.	Suma – ogólna niezgodność (Ogn)	.025

Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .267 są istotne na poziomie p<.01.

uświadomieniem seksualnym, niską samooceną w roli seksualnej, ubogą wyobraźnią erotyczną oraz brakiem doświadczeń masturbacyjnych. Nie wykazują chęci i potrzeby współżycia, chociaż są zdolne do niego. Uważają siebie za partnerów niezdolnych lub nieudolnych, ale swój związek uczuciowy

oceniają pozytywnie, jako nacechowany miłością i przyjaźnią, z małą dysharmonią w relacjach seksualnych; są też usatysfakcjonowane zakresem i częstotliwością czynności seksualnych, pomimo braku zainteresowania jakąkolwiek z tych czynności.

W drugiej parze kanonicznej mamy do czynienia z sytuacją, w której wiara w Boga, jako najważniejsza rzecz w życiu, odczuwanie miłości i poparcia ze strony innych, potrzeba zrobienia czegoś dla siebie, ukierunkowanie na osiągnięcie celów krótkoterminowych, przy znikomym zainteresowaniu szeroko rozumianą aktywnością, hobby, ale przede wszystkim chęć do życia, istotnie koreluje z przyjemnym, dobrym nastrojem po stosunku, z wyraźną preferencją pieszczot ogólnych i stosunku płciowego, pozytywną oceną związku jako udanego, z potrzebą jego trwania i pogłębiania, oraz oceną więzi uczuciowej na poziomie: miłości, przyjaźni, niekiedy „zauroczenia” lub poczucia szczęścia.

Trzeci współczynnik korelacji kanonicznej wskazuje, iż osoby badane, nie przejawiające aktywności religijnej, okazujące przywiązanie ukochanej osobie, pocieszające innych, ale odczuwające również brak zainteresowania swoją osobą, ukierunkowane na planowanie i osiągnięcie celów krótkoterminowych, wykazują się niską samooceną w roli seksualnej, w tym oceną siebie jako partnera oraz wysoką dyssatisfakcją w relacjach seksualnych i w związku z tym obniżonym upodobaniem do wszelakich czynności seksualnych, w szczególności:

pieszczot o charakterze ogólnym i własnej aktywności w zachowaniach seksualnych.

Czwartą parę kanoniczną tworzą zmienne ze znakiem dodatnim, tak po stronie kryteriów, jak i predyktorów. Sądzić zatem należy, iż uczestniczenie w różnych formach aktywności religijnej, potrzeba zrobienia czegoś dla siebie oraz dotkliwe odczuwanie braku zainteresowania swoją osobą łączy się z wysoką samooceną w roli seksualnej, w tym oceną siebie jako partnera, zdolnością do podjęcia współżycia, dobrym nastrojem przed i po stosunku oraz preferencją takich bodźców seksualnych, jak: pieścizoty ogólne, w tym sfer erogennych, stosunek, ze wszystkimi jego rodzajami, oraz aktywność własna i partnera.

Piąta para zmiennych kanonicznych istotnie skorelowanych wskazuje na zależność między wiarą w Boga, religią i uczestnictwem w różnych formach aktywności religijnej jako najważniejszą rzeczą w życiu oraz brakiem potrzeby zrobienia czegoś dla siebie a bogatą wyobraźnią erotyczną, wcześniejszą inicjacją seksualną, chęcią do współżycia, ale i niepewnością co do swoich możliwości, niską oceną siebie jako partnera, nieusatisfakcjonowaniem zakresem i częstotliwością seksualnych zachowań oraz upodobaniem do pobudzania sfer erogennych i brakiem zainteresowania pieścizotami oralno-genitalnymi.

W szóstej parze kanonicznej zbiór predyktorów utworzony został z jednej zmiennej – *Częstości dysatisfakcji* (-.294), co każe sądzić, iż nieusatisfakcjonowanie zakresem i częstotliwością seksualnych zachowań istotnie wiąże się z wiarą w Boga i uczestnictwem w różnych formach aktywności religijnej, jako najważniejszą rzeczą w życiu, znikomym znaczeniem towarzystwa innych ludzi, przeświadczeniem o bezużyteczności swojego życia, brakiem zainteresowania planowaniem i osiąganiem krótkoterminowych celów, ale także, co interesujące, nasiloną potrzebą zrobienia czegoś dla siebie.

W siódmej parze kanonicznej zbiór predyktorów zawiera dwie zmienne, czyli o jedną więcej niż poprzednio. Obie dotyczą preferencji bodźców seksualnych, a właściwie ich braku, ze względu na ujemny znak wszystkich zmiennych SBS. Należy więc przyjąć, iż brak u osób badanych upodobania do stosunku płciowego i własnej w nim aktywności łączy się ze znikomymi u nich kontaktami z innymi ludźmi, spotkaniami i rozmowami z nimi, odczuwaniem braku zainteresowania ich osobą oraz przeświadczeniem o bezużyteczności swego życia i chęci jego zakończenia. Jednocześnie chętnie okazują przywiązanie bliskim, ukochanym osobom.

W ósmej parze kanonicznej zmienne po stronie kryteriów i predyktorów są jednobiegunowe – ujemne. Sugeruje to, że osoby godzące się z uciążliwościami, wynikającymi na przykład ze swej choroby, doświadczające miłości i poparcia ze strony innych, przekonane, że ich życie jest pożyteczne i wartościowe, warte dalszego „przeżycia”, dla których aktywność i hobby są źródłem dużej satysfakcji, a pocieszanie innych, im podobnym, ma duży sens, religia zaś, jako sposób na życie, ma duże znaczenie, tak jak planowanie i osiąganie celów krótkoterminowych, wykazują się brakiem lub późniejszą inicjacją seksualną, brakiem lub sporadycznymi doświadczeniami masturbacyjnymi, nikłą potrzebą współ-

życia, niepokojem, niekiedy strachem przed stosunkiem, niską oceną siebie jako partnera oraz wysoką dyssatisfakcją w relacjach seksualnych.

Zmienne ze zbioru kryteriów dziewiętej pary kanonicznej są jednobiegunowe, ujemne, a ze zbioru predyktorów dwubiegunowe, co upoważnia do stwier-

Tabela 27. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”

Kryteria/ predyktory	Zmienne kanoniczne											
	R _I	R _{II}	R _{III}	R _{IV}	R _V	R _{VI}	R _{VII}	R _{VIII}	R _{IX}	R _X	R _{XI}	
P ₁	Sz1	.157	.258	-.039	-.151	.490	.646	.088	-.005	.010	.237	.020
	Sz2	.069	.131	-.066	.144	.090	.269	.270	-.202	-.702	.372	.124
s	Sz3	-.058	-.147	-.028	-.038	-.136	-.245	.161	-.722	-.466	.209	.027
e	Sz4	.198	-.073	-.293	.323	.500	.476	-.198	.232	-.410	.011	-.008
n	Sz5	.045	.244	-.262	.211	-.054	.191	.406	-.162	.218	-.025	-.399
s	Sz6	.070	-.569	.327	.487	-.069	.213	.350	-.341	-.022	-.124	-.017
u	Sz7	.214	-.085	-.022	.023	.240	.503	.334	-.503	-.238	-.239	-.326
	Sz8	.202	.425	-.395	.153	.098	.100	.138	-.536	-.008	-.324	.111
ż	Sz9	-.062	.374	.034	.452	-.586	.286	-.042	.075	-.003	.333	-.087
y	Sz10	.644	-.057	-.478	-.125	-.137	.049	.029	-.276	-.225	.173	-.034
c	Sz11	-.434	-.337	-.256	-.127	.211	.498	.221	-.372	-.215	-.146	-.058
i	Sz12	.733	.185	-.102	-.032	-.375	.018	-.062	-.271	-.309	-.080	.107
a	Sz13	.242	-.299	-.117	-.113	-.072	.145	.616	-.329	-.466	-.087	-.118
R _c		.976	.959	.953	.919	.876	.825	.767	.723	.660	.605	.578
p		.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0000*	.0001*	.0050*	
F	Uśś	-.642	-.175	-.120	.142	-.251	.221	-.069	-.119	-.046	.097	-.182
	Srs	-.336	.175	-.277	.418	.038	-.133	-.036	-.433	.253	.290	.006
u	Wer	-.535	.050	-.105	.148	.391	-.028	-.066	.033	.501	-.056	-.071
n	Ins	.030	.066	-.236	.209	.255	.119	-.156	-.114	.353	-.447	.128
k	Dma	-.573	-.193	.106	.052	.167	-.074	-.147	-.272	-.043	.016	-.010
c	Chw	-.440	.232	-.148	.208	.257	-.168	-.011	-.191	.301	.221	.007
j	Pow	-.415	.127	-.158	.100	-.100	.038	-.027	-.409	.394	.240	-.028
o	Zpw	.277	-.103	.328	.398	-.283	-.036	-.091	.192	-.163	.143	-.287
n	Nst	-.129	-.116	-.116	.541	-.178	-.131	-.125	-.283	.119	.135	.171
o	Nps	-.204	.449	-.178	.334	-.238	-.013	.060	-.097	.372	-.051	-.042
w	Ocs	-.340	.189	-.227	.212	-.260	.081	.113	-.219	.265	.224	-.130
a	Ocz	.196	.675	-.187	.170	.140	-.073	-.128	-.099	-.171	.219	.151
n	Owu	.281	.658	-.012	.031	-.017	-.120	-.024	-.136	.171	.107	.026
i	Po	-.515	.317	-.349	.464	-.109	.023	.029	.105	.057	-.209	.010
e	Pve	-.403	.048	-.181	.414	.334	.056	-.038	-.186	.139	-.070	-.086
	Pog	-.392	.037	-.085	.115	-.258	.095	-.048	-.022	-.230	.079	-.215
s	St	-.413	.280	-.168	.449	.008	.074	-.333	-.123	.029	-.059	-.006
e	Stp	-.640	.044	-.137	.263	.093	-.103	-.065	-.228	.063	-.106	-.252
k	Wak	-.478	-.041	-.312	.373	.199	.116	-.282	-.133	-.074	.005	-.244
s	Akp	-.463	-.012	-.177	.440	.227	.095	-.052	-.184	-.373	.073	-.323
u	Dvs	.737	-.054	-.106	-.129	-.474	-.294	-.000	.064	-.095	.092	.032
a	Sak	-.178	-.200	-.392	.262	.119	-.081	-.034	-.432	-.116	-.049	-.065
l.	Ogn	.300	-.150	-.462	.167	-.208	-.238	.011	-.279	-.162	.075	.008

Ladunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .254 są istotne na poziomie $p < .01$.

denia, że osoby, dla których rozmowa i bycie wśród ludzi sprawia, że czują się dobrze, godzą się z uciążliwościami wynikającymi na przykład ze swej choroby, przeświadczone, że mają dużo do przeżycia, nie przejawiają przy tym aktywności religijnej, ponieważ nie ma ona dla nich żadnego znaczenia, istotnie częściej wykazują się bogatszą wyobraźnią erotyczną, późniejszą inicjacją seksualną, chęcią i potrzebą współżycia, dobrym nastrojem po stosunku oraz wysoką oceną

siebie jako partnera. Spośród czynności seksualnych nie są zainteresowane aktywnym w nich udziałem partnera.

W dziesiątej parze kanonicznej, analogicznie do szóstej pary z tej grupy, zbiór predyktorów utworzony został z jednej zmiennej – *Inicjacji seksualnej* (-.447), co pozwala sądzić, iż brak lub późniejsza inicjacja u takich osób może łączyć się z brakiem lub znikomym u nich zainteresowaniem kontaktami z innymi ludźmi, spotkaniami i rozmowami z nimi, preferowaniem hobby, w szczególności zrobieniem czegoś dla siebie i czerpaniem z tego satysfakcji.

Ostatnią parę, jedenastą, najslabszą ($p < .005$), tworzą 4 zmienne, po dwie w każdym ze zbiorów, przy czym zarówno zmienne po stronie kryteriów, jak i zmienne po stronie predyktorów są jednobiegunowe – ujemne. Ostrożnie więc można powiedzieć, że osoby, dla których okazywanie przywiązania ukochanej osobie jest zadaniem zbyt trudnym, frustrującym, wykazujące jedynie zainteresowanie własną osobą, pochłonięte swoją aktywnością i hobby, nie są zdolne do podjęcia współżycia seksualnego. Z czynności seksualnych najmniejszym ich upodobaniem, przy ogólnie znikomym zainteresowaniu bodźcami seksualnymi, cieszy się aktywność partnera.

Podsumowanie dokonanych tu analiz i charakterystyk opisowych poszczególnych par zmiennych kanonicznych pozwala stwierdzić, tak jak w przypadku wcześniej opisanych zależności między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym i samooceną, występowanie w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego tylko jednego specyficznego typu funkcjonowania seksualnego, zdeterminowanego poczuciem sensu życia, przy jedenastu takich specyficznych typach w grupie osób pełnosprawnych. Oczywiście, analogicznie do wcześniejszych konkluzji, ani jeden z przedstawionych tu typów nie pokrywa się ze sobą, stanowiąc tym samym, z jednej strony, o bogactwie interpretacyjnym, z drugiej zaś – o trudnościach z praktycznym zastosowaniem takich wyników.

2.5. Zależności między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym osób badanych

Z otrzymanego stopnia współzależności pary zmiennych kanonicznych między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym wynika, że w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego 33.45 % wariancji w zbiorze funkcjonowania seksualnego, przy odpowiednio 66.18 % zmienności w grupie osób pełnosprawnych, można wyjaśnić na podstawie zbioru 21 zmiennych emocjonalnego nastawienia do życia erotycznego i 28.45 % wariancji w zbiorze postaw wobec życia erotycznego, przy odpowiednio 65.46 % zmienności w grupie porównawczej, na podstawie 23 zmiennych funkcjonowania seksualnego. Współczynnik korelacji kanonicznej – R_C w grupie porównawczej jest pełny, czyli równy jedności (1.000), stąd i jego poziom ufności jest bardzo wysoki, $p < .000$. Analogiczny współczynnik R_C w grupie podstawowej jest już zdecydowanie niższy (.837), aczkolwiek także istotny, tyle że na poziomie $p < .028$. Należy więc przyjąć, że znajomość postaw wobec życia erotycznego u osób ba-

danych obu grup, chociaż w grupie porównawczej w większym nasileniu, będzie więcej mówiła o ich funkcjonowaniu seksualnym niż odwrotnie. Zauważyć należy tutaj, podobnie do zależności między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym, iż występujące różnice między wariancjami są nieznaczne, przy jednakowo wysokim stopniu ich nasilenia, zwłaszcza w grupie osób pełnosprawnych, dlatego też tak otrzymane zależności są silniejsze, a ich interpretacja mocniejsza. Spostrzeżenie to nie dotyczy oczywiście wyników uzyskanych w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z jedną tylko parą zmiennych kanonicznych, o identycznej wartości $R_c I$ i poziomu istotności, co współczynnik R_c . Odnosi się wyłącznie do wyników otrzymanych w grupie osób pełnosprawnych, z ich 15 parami zmiennych kanonicznych, z których 14 współczynników jest wysoce istotnych ($p < .000$), a jeden tylko istotny ($p < .006$).

Szczegółowe dane poszczególnych par kanonicznych, ich struktury korelacyjne w obu badanych grupach przedstawione są w tabelach 28 i 29.

Jedyny współczynnik korelacji kanonicznej w grupie podstawowej zawiera 8 zmiennych ze zbioru kryteriów: *Sekg* (-.293), *Parg* (-.309), *Małg* (-.325), *Rodg* (-.345), *Miłg* (-.416), *Patg* (-.432), *Akpg* (-.440) i *Ż/m* (-.446), oraz 4 zmienne ze zbioru predyktorów: *Po* (-.404), *Akp* (-.434), *Pse* (-.434) i *Pog* (-.500), wszystkie ze znakiem ujemnym. Wynika stąd, że osoby z para- i tetraplegią, okazujące negatywny stosunek do takich pojęć, jak: *partnerstwo*, *miłość*, *małżeństwo*, *żona/mąż*, *rodzina*, *partnerka*, *seks* i *akt płciowy*, istotnie częściej nie wykazują upodobania do zachowań seksualnych, w szczególności pieszczot, w tym oralno-genitalnych, pobudzania sfer erogennych oraz aktywności partnera. Zależność więc dotyczy wyłącznie bodźców seksualnych.

W grupie porównawczej, spośród 15 wariantów interpretacyjnych otrzymanych zależności, z których ani jeden nie jest tożsamy z wcześniej interpretowaną parą zmiennych z grupy podstawowej, najsilniejsza korelacja występuje w pierwszej parze kanonicznej, co pozwala stwierdzić, że badane osoby pełnosprawne, przejawiające pozytywną postawę wobec pojęcia *przyjaźń*, przy równocześnie negatywnym odczuciu emocjonalnym wobec pojęć: *akt płciowy* i *antykoncepcja*, charakteryzują się ubogą wyobraźnią erotyczną, sporadycznymi doświadczeniami masturbacyjnymi, brakiem chęci i potrzeby współżycia, negatywną oceną związku i więzi uczuciowej oraz brakiem zainteresowania czynnościami seksualnymi, zwłaszcza pieszczotami, w tym sfer erogennych, i stosunkiem płciowym, jednak przy, co interesujące, usatysfakcjonowaniu takim stanem rzeczy.

Parę drugą tworzy 8 zmiennych ze zbioru kryteriów i 11 zmiennych ze zbioru predyktorów, co każe sądzić, iż osoby wysoko ceniące swoje *ja*, przypisujące pozytywne cechy pojęciu *sympatia*, przy równocześnie negatywnym nastawieniu wobec takich pojęć, jak: *erotyzm*, *akt płciowy*, *impotencja*, *inwalidztwo*, *masturbacja* i *partner(ka)*, wykazują znikome uświadomienie seksualne, ubogą wyobraźnię erotyczną, sporadyczne, często z kompleksem onanistycznym, doświadczenia masturbacyjne, brak chęci współżycia, niezainteresowanie czynnościami seksualnymi, a w szczególności pobudzaniem sfer erogennych, różnorodnością stosunku płciowego i, co za tym idzie, własnej i partnera w nim ak-

tywności, przy równocześnie wysokich ocenach związku i więzi uczuciowej z partnerem, małej dysharmonii w relacjach seksualnych oraz usatysfakcjonowaniu zakresem i częstotliwością czynności seksualnych.

W trzeciej parze kanonicznej zbiór kryteriów jest jednobiegunowy, ze zna-

Tabela 28. Macierz współczynników korelacji kanonicznej między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym – gr. podstawowa „A”

Kryteria/ predyktory		Z. k. R _{c1}
	Partnerstwo (<i>Parg</i>)	-0.309
	Przyjaźń (<i>Przg</i>)	-0.220
	Miłość (<i>Milg</i>)	-0.416
	Ja (<i>Jag</i>)	-0.064
	Małżeństwo (<i>Malg</i>)	-0.325
	Rodzina (<i>Rodg</i>)	-0.345
	Erotyzm (<i>Erog</i>)	-0.233
P	Seks (<i>Sekg</i>)	-0.293
o	Akt płciowy (<i>Akpg</i>)	-0.440
s	Sympatia (<i>Syng</i>)	-0.196
t	Żona/mąż (<i>Żimg</i>)	-0.446
a	Partner(ka) (<i>Patg</i>)	-0.432
w	Erekcja (<i>Ereg</i>)	-0.266
y	Orgazm (<i>Orgg</i>)	-0.229
	Impotencja (<i>Impg</i>)	.194
	Prokreacja (<i>Prog</i>)	-0.009
	Dziecko (<i>Dzig</i>)	-0.036
	Antykoncepcja (<i>Antg</i>)	-0.157
	Inwalidztwo (<i>Imvg</i>)	-0.174
	Masturbacja (<i>Masg</i>)	.254
	Związek nieheteroseksualny (<i>Zwng</i>)	-0.260
R _c		.837
p		0288*
F	Uświadomienie seksualne (<i>Uśs</i>)	.107
	Samoocena w roli seksualnej (<i>Srs</i>)	-0.222
u	Wyobraźnia erotyczna (<i>Wer</i>)	-0.068
n	Inicjacja seksualna (<i>Ins</i>)	.167
k	Doświadczenia masturbacyjne (<i>Dma</i>)	.208
c	Chęć do współżycia (<i>Chw</i>)	-0.023
j	Potrzeba współżycia (<i>Pow</i>)	.083
o	Zdol. do podjęcia współżycia (<i>Zpw</i>)	-0.079
n	Nastroj przed stosunkiem (<i>Nst</i>)	-0.152
o	Nastroj po stosunku (<i>Nps</i>)	-0.074
w	Ocena siebie jako partner(ka) (<i>Ocs</i>)	-0.027
a	Ocena związku (<i>Ocz</i>)	.033
n	Ocena więzi uczuciowej (<i>Owu</i>)	-0.069
i	Pieszczoty ogólne (<i>Po</i>)	-0.404
e	Pobudzenie sfer erogennych (<i>Pse</i>)	-0.434
	Pieszczoty oralno-genitalne (<i>Pog</i>)	-0.500
s	Stosunek (<i>St</i>)	-0.253
e	Stosunek – pozycje (<i>Stp</i>)	.145
k	Własna aktywność (<i>Wak</i>)	-0.225
s	Aktywność partnera (<i>Akp</i>)	-0.434
u	Częstość dysatysfakcji (<i>Dys</i>)	-0.111
a	Samoakceptacja (<i>Sak</i>)	-0.062
l.	Suma – ogólna niezgodność (<i>Ogn</i>)	-0.056

Ladunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych 0,267 są istotne na poziomie $p < .01$.

kiem dodatnim, co przy dwubiegunowym zbiorze predyktorów, każe sądzić, że im wyższe przypisywanie wartości takim pojęciom, jak: *rodzina, erekcja i dziecko*, tym późniejsza inicjacja seksualna, mniejsza dysharmonia w relacjach seksualnych, a zarazem wyższa ocena siebie jako partnera oraz wyraźne upodobanie aktywności partnera w zachowaniach seksualnych.

W czwartej parze kanonicznej zbiór kryteriów jest również jednobiegunowy, ale ze znakiem ujemnym, co przy dwubiegunowym zbiorze predyktorów upoważnia do stwierdzenia, że negatywne postawy wobec takich pojęć, jak: *partnerstwo, przyjaźń, miłość, rodzina, erotyzm, seks, akt płciowy, sympatia, erekcja, orgazm, prokreacja, masturbacja i związek nieheteroseksualny*, łączą się z brakiem uświadomienia seksualnego, niską samoocena w roli seksualnej, w tym jako partnera, negatywnym nastrojem po stosunku, jednakże z wykazywaną zdolnością do jego podjęcia oraz unikaniem zachowań seksualnych, w szczególności pieszczot, w tym oralno-genitalnych.

Zmienne ze zbioru kryteriów piątej pary kanonicznej są dwubiegunowe, natomiast ze zbioru predyktorów jednobiegunowe, co pozwala sądzić, że im bardziej przychylnie nastawienie emocjonalne do pojęcia *akt płciowy*, przy równocześnie negatywnym stosunku wobec pojęć: *ja i antykoncepcja*, tym wyższa samoocena w roli seksualnej, bogatsza wyobraźnia erotyczna, większa chęć

i potrzeba współżycia, lepszy nastrój przed i po stosunku, wysoka ocena związku i więzi uczuciowej z partnerem oraz preferowanie takich czynności seksualnych, jak: pieszczoty, w tym sfer erogennych, stosunek, wraz z jego różnorodnymi pozycjami oraz własna aktywność.

Tabela 29 Macierz współczynników korelacji kanonicznej między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”

Kryteria/ predyktory	Z m i e n n e k a n o n i c z n e															
	R.I	R.II	R.III	R.IV	R.V	R.VI	R.VII	R.VIII	R.IX	R.X	R.XI	R.XII	R.XIII	R.XIV	R.XV	
P o s t a w y	Parg	.203	-.158	-.203	-.584	-.092	.046	-.102	-.110	-.097	-.102	.127	-.405	.157	.220	
	Przg	.354	-.099	-.058	-.450	.083	-.082	.363	.106	.010	-.143	-.069	.032	-.352	-.184	.393
	Mitg	.176	-.035	.128	-.298	.204	-.072	.687	-.078	.100	.145	-.112	-.056	-.327	.118	.232
	Jag	.094	.418	.001	.131	-.350	.013	.082	.032	.221	.225	.231	-.053	.262	.160	.117
	Malg	-.053	-.174	-.015	.041	-.116	-.162	-.228	.160	.166	.104	-.043	-.083	-.069	.153	.824
	Rodg	.027	-.074	.356	-.411	.065	-.433	.099	-.331	.187	.166	-.016	-.006	-.005	.318	.373
	Erog	-.044	-.255	.107	-.320	.052	-.197	.158	.055	.457	.209	.151	-.001	-.189	-.101	.068
	Sekg	-.236	-.161	.174	-.344	.243	-.029	.304	-.096	.489	.005	-.070	-.039	.001	-.034	.232
	Akpg	-.291	-.340	.004	-.445	.470	.021	.331	-.160	.250	.084	.039	-.022	-.130	.020	.203
	Syng	-.024	.446	-.209	-.342	.143	.246	.519	-.249	.267	.005	.065	.201	-.195	-.071	.131
	Žmg	-.178	.187	.185	-.132	-.184	-.331	-.161	-.131	.230	-.466	.132	.346	-.094	.241	.197
	Patg	-.168	-.309	.250	-.157	-.096	-.119	.145	-.250	.390	-.066	.068	.604	-.199	.104	.068
	Ereg	-.158	-.109	.284	-.493	.251	-.115	.201	-.311	.071	.280	.181	.019	-.296	.192	.182
	Orgg	-.071	-.171	.208	-.495	.007	.002	.167	-.226	.029	-.106	-.151	-.416	-.301	-.077	.116
	Impg	.009	-.260	-.134	-.010	.082	.259	-.615	-.088	-.236	-.133	.264	.229	.318	-.017	.003
	Prog	.099	-.234	-.025	-.409	-.041	-.385	.485	.178	.042	.001	.099	.172	.014	.198	-.062
	Dzlg	-.104	-.250	.381	-.236	-.243	-.035	.129	-.216	.332	.096	.197	-.084	-.283	.180	.015
	Antg	-.415	.093	.122	-.066	-.273	.134	.552	-.133	.111	-.100	.058	.096	-.088	-.252	.376
	Imwg	.207	-.374	-.190	.199	-.221	-.273	-.486	-.068	-.051	-.127	.208	.049	.273	.066	.038
	Masg	-.144	-.257	-.047	-.300	-.010	.108	-.094	.539	.066	.062	-.008	.098	.329	.077	.209
Zwng	-.036	-.120	-.180	-.519	.085	-.331	-.166	-.091	-.255	-.141	-.219	.261	.094	-.082	.011	
R _c	.999	.998	.997	.992	.984	.973	.949	.903	.896	.846	.791	.734	.704	.629	.597	
p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.006*	
F u n k c j o n o w a n i e s e k s u a l n e	Uśś	.121	-.434	-.038	-.449	.193	-.064	.232	-.311	-.205	.098	-.065	.094	-.101	.112	.136
	Sśś	-.240	-.152	.185	-.277	.350	.459	.157	-.308	-.063	.151	-.080	-.254	.128	.202	.262
	Wer	-.275	-.408	-.078	-.067	.352	.368	-.061	-.030	-.015	-.180	.069	.001	.124	.028	-.145
	Ins	.182	-.135	-.300	-.125	.166	.471	-.315	.013	.192	.055	.300	-.086	.102	-.187	.220
	Dma	-.312	-.586	.054	.052	-.221	.067	-.056	.142	.087	-.016	-.025	.020	.093	-.102	.164
	Chw	-.606	-.330	.072	-.048	.335	.246	-.064	-.080	.222	-.021	-.070	-.184	-.142	.156	-.006
	Pow	-.587	-.141	-.000	-.175	.269	.195	.206	-.023	-.141	.118	-.086	-.093	.087	.034	.063
	Zpw	.102	-.213	.048	.340	.121	-.356	.458	-.015	.379	.080	.053	-.015	.181	-.131	-.079
	Nst	-.032	-.161	.005	-.085	.347	.332	.550	-.133	-.117	.180	-.124	-.010	-.001	.123	.300
	Nps	-.115	-.008	-.199	-.328	.527	.089	.040	-.189	.346	.337	-.114	-.194	.041	.214	.137
	Ocs	-.152	-.059	-.084	-.569	.238	.171	.260	-.201	-.168	.236	-.226	.007	.257	.254	.125
	Ocz	-.270	.334	.099	-.095	.574	.196	.162	-.190	.175	.031	-.021	.214	-.066	.102	-.116
	Owu	-.280	.363	-.101	-.168	.388	.272	.298	-.161	.432	.014	-.019	.054	.087	.173	-.102
	Po	-.313	-.241	.149	-.284	.496	-.216	-.189	.104	.110	.026	.257	.116	-.149	.021	.226
	Pse	-.285	-.404	.062	.024	.337	.290	-.197	-.199	.059	-.077	.114	.228	-.156	.107	.179
	Pog	-.079	-.213	.170	-.281	.094	-.139	.176	.163	-.142	-.123	.152	.259	-.025	.266	-.046
	St	-.290	-.157	.027	-.173	.490	.162	-.084	-.025	.048	-.125	.236	.210	-.075	.019	.247
	Stp	-.237	-.376	.032	-.087	.273	.138	-.138	.063	-.280	-.103	.127	.151	.013	.291	.176
	Wak	-.091	-.380	.046	-.169	.328	.144	-.146	-.307	-.305	-.022	.098	.178	.006	.249	.079
	Akp	-.176	-.354	.268	-.226	.141	.034	-.106	-.329	-.323	-.010	.163	.239	-.182	.121	-.095
Dvs	.270	.652	.071	.120	-.253	-.174	.424	-.132	.259	.195	-.006	-.104	.112	.134	.059	
Sak	.114	-.167	.441	.006	.129	.421	-.151	-.020	-.122	.107	-.164	.002	.053	.051	.160	
Ogn	.242	.274	.442	.007	-.023	.295	.203	-.058	.011	.297	-.074	-.019	.160	.207	.187	

*Ładunki o wartościach bezwzględnych większych lub równych .254 są istotne na poziomie p < .01.

Szósta para zmiennych kanonicznych, istotnie skorelowanych, wskazuje na zależność między pozytywnymi cechami pojęcia *impotencja*, przy równocześnie negatywnym nastawieniu wobec takich pojęć, jak: *rodzina*, *żona/mąż*, *prokreacja*, *inwalidztwo* i *związek nieheteroseksualny*, a wysoką samooceną w roli seksualnej, w tym jako partnera, bogatą wyobraźnię erotyczną, wczesną inicjacją seksualną, małą dysharmonię w relacjach seksualnych, wysoką oceną więzi uczuciowej z partnerem, dobrym nastrojem po stosunku, przy znikomych możliwościach jego odbycia, niekiedy obawie oraz szczególnym upodobaniem do pieszczot sfer erogennych, pobudzania ich.

Siódmy współczynnik korelacji kanonicznej wskazuje, iż osoby badane, charakteryzujące się pozytywnym nastawieniem wobec takich pojęć, jak: *miłość*, *przyjaźń*, *sympatia*, *seks*, *akt płciowy*, *prokreacja* i *antykoncepcja*, a negatywnym do: *impotencji* i *inwalidztwa*, istotnie częściej wykazują zdolność do podjęcia współżycia, późniejszą inicjacją seksualną, dobry nastrój przed stosunkiem, wysoką ocenę siebie i więzi uczuciowej z partnerem, ogółem – usatysfakcjonowanie takim stanem rzeczy.

Korelacja kanoniczna ósmej z analizowanych par informuje, że im mniejsze emocjonalne nastawienie wobec takich pojęć, jak: *rodzina*, *erekcja* i *prokreacja*, przy równocześnie wysokiej ocenie pojęcia *masturbacja*, tym mniejsze uświadomienie seksualne, niższa samoocena w roli seksualnej oraz znikome upodobanie do czynności seksualnych.

W dziewiątej parze zmiennych kanonicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której osoby badane, charakteryzujące się pozytywnym stosunkiem do pojęć: *erotyzm*, *seks*, *sympatia*, *partner(ka)* i *dziecko*, a negatywnym do *związku nieheteroseksualnego*, istotnie częściej wykazują zdolność do podjęcia współżycia, dobry nastrój po stosunku, usatysfakcjonowanie jego przebiegiem, chociaż mniejsze zainteresowanie różnymi jego pozycjami, w tym własną i partnera aktywnością, oraz wysoką oceną więzi uczuciowej z partnerem.

Dziesiątą parę kanoniczną tworzą 4 zmienne, po dwie w każdym ze zbiorów, przy czym zmienne po stronie kryteriów są dwubiegunowe, natomiast po stronie predyktorów jednobiegunowe – dodatnie. Należy więc przyjąć, iż pozytywnej ocenie pojęcia *erekcja* i negatywnemu nastawieniu do pojęcia *żona/mąż* towarzyszy mała dysharmonia w relacjach seksualnych i dobry nastrój po stosunku, określane niekiedy mianem „błogostanu”.

W jedenastej parze zbiór kryteriów zawiera jedną zmienną, natomiast zbiór predyktorów dwie, stąd przypisywanie wysokich cech pojęciu *impotencja* łączy się z brakiem lub późną inicjacją seksualną oraz upodobaniem do pieszczot o charakterze ogólnym, jak przytulanie, głaskanie, pocałunek etc., przy obojętnym stosunku do pozostałych czynności seksualnych.

Dwunasta para korelacyjna wskazuje na zależność między wysoką oceną pojęć: *żona/mąż*, *partner(ka)* i *związek nieheteroseksualny*, przy odpowiednio niskiej ocenie pojęcia *orgazm*, a niską samooceną siebie jako partnera oraz szczególnym upodobaniem, spośród czynności seksualnych, do pieszczot oralno-genitalnych.

W trzynastej parze kanonicznej zbiór predyktorów utworzony został z jednej zmiennej – *Oceny siebie jako partnera* (.257), co pozwala sądzić, iż przekonanie o swoich możliwościach, o tym że, jest się świetnym partnerem, istotnie wiąże się z przypisywaniem wysokich wartości takim pojęciom, jak: *ja, impotencja, inwalidztwo i masturbacja*, przy relatywnie niskich wartościach pojęć: *partnerstwo, przyjaźń, miłość, erekcja i dziecko*.

W czternastej parze występuje sytuacja odwrotna do poprzednio opisanej, a zbiór kryteriów zawiera tylko jedną zmienną – *Rodzina* (.318). Należy więc przyjąć, iż wysokim wartościom przypisywanym instytucji rodziny, pojęciu *rodzina*, towarzyszy wysoka ocena siebie jako partnera oraz preferowanie takich zachowań seksualnych, jak: *pieszczoty oralno-genitalne i stosunek-pozycje*.

W ostatniej parze kanonicznej, piętnastej, zarówno zmienne po stronie kryteriów, jak i zmienne po stronie predyktorów, są jednobiegunowe – dodatnie. Sugeruje to, albowiem współczynnik jest tutaj najniższy ($p < .006$), że im wyższe emocjonalne nastawienie do takich pojęć, jak: *przyjaźń, małżeństwo, rodzina i antykoncepcja*, tym wyższa samoocena w roli seksualnej oraz lepszy nastrój przed stosunkiem.

Przeprowadzone tu analizy zależności między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym, wraz z wynikającymi z nich charakterystykami opisowymi poszczególnych par zmiennych kanonicznych, prowadzą do wniosków zbliżonych z wyptywającymi z wcześniej opisanych zależności między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym, samooceną i poczuciem sensu życia. Ten typ analiz pozwolił bowiem ustalić, jak mocne są to związki w porównywanych grupach. I o ile w grupie osób pełnosprawnych można zdecydowanie powiedzieć, że poziom funkcjonowania psychospołecznego, w każdym w wyszczególnionych wymiarów, determinuje funkcjonowanie seksualne, czego ilustracją są liczne pary zmiennych kanonicznych, o tyle w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego już tak pewnie brzmiącego wniosku, abstrahując od zmiennej nasilenia potrzeb psychicznych, nie da się sformułować. Oczywiście, w tej grupie badanych w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z jedną parą zmiennych kanonicznych, otrzymane parametry zależnościowe także wskazują na znaczący wpływ funkcjonowania psychospołecznego na funkcjonowanie seksualne tych osób. W porównaniu jednak do badanych osób pełnosprawnych wpływ ten jest zdecydowanie mniejszy. Nie znaczy to wcale, że nie można pytać tu o charakter tych zależności. Analiza kanoniczna umożliwiła przecież całościową, wielce złożoną, interpretację otrzymanych zależności. Każda bowiem z zaprezentowanych, scharakteryzowanych w niniejszym rozdziale par kanonicznych stanowi specyficzny typ funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego badanych osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych.

PODSUMOWANIE

Zaprezentowane w niniejszej pracy badania empiryczne, dotyczące funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przeprowadzone zostały w odniesieniu do zróżnicowanego kontekstu teoretycznego. Szczególnie było to widoczne w wymiarze funkcjonowania psychospołecznego, gdzie połączono różne teorie dotyczące przystosowania, samooceny, potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw. Jest to więc eklektyczne ujęcie zagadnienia, czyli złożenie całości z części o różnym pochodzeniu. Wszystkie teorie i koncepcje, leżące u podstaw teoretycznych tej pracy, odnoszą się do tej samej rzeczywistości, czyli funkcjonowania psychospołecznego, jakkolwiek każda z nich opisuje i wyjaśnia odmienny aspekt tego wspólnego przedmiotu. Stanowi on swoisty komponent seksualizmu, zarówno społeczno-seksualny i psychoseksualny, jak i behawioralny, co w sposób oczywisty nasuwa założenie o ścisłym związku między funkcjonowaniem psychospołecznym i funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Stąd zasadniczym celem badań była ocena współzależności między nimi.

W pracy zastosowano dwa modele badawcze. Podstawą pierwszego, w odniesieniu do oceny funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, stanowiło porównanie dwóch grup: podstawowej „A” – składającej się z 89 osób niepełnosprawnych, dobranej z wykorzystaniem pięciu kryteriów para- i tetraplegii, oraz porównawczej „B” – w skład której wchodziło 101 osób pełnosprawnych, dobranych intencjonalnie. Drugi model badawczy, w odniesieniu do oceny zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym, sprowadzał się do poszukiwania związków zależnościowych, oddzielnie w każdej z grup badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Tutaj również dokonywano porównań między obiema grupami. W przeciwieństwie jednak do poprzedniego modelu w porównaniach przeważały analizy jakościowe nad ilościowymi.

Analiza wyników, uzyskanych z badań za pomocą Skali Potrzeb i Reakcji Seksualnych, Skali Bodźców Seksualnych i Inwentarza Interakcji Seksualnych, miała na celu określenie przejawów życia seksualnego, upodobań i preferencji seksualnych oraz ustalenie poziomu przystosowania i satysfakcji seksualnej osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Problem tego wycinka pracy zawierał się zatem w pytaniu: *Jakie jest funkcjonowanie seksualne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?*

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono następujące fakty:

1. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu do osób pełnosprawnych przejawiają niższy poziom funkcjonowania seksualnego w takich jego wymiarach, jak: samoocena w roli seksualnej, ocena siebie jako partnera, zdolność do podjęcia współżycia, nastroj przed stosunkiem oraz ocena związku. Określając zaś tendencje ogólne, charakterystyczne dla badanej grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przyjęto, iż uświadomienie seksualne tych osób wykracza poza znajomość podstawowych pojęć, ale nie jest to jeszcze znajomość psychofizjologii seksualnej, płciowości. Osoby badane nie w pełni akceptują siebie w roli seksualnej, mają poczucie braków, lecz akceptują siebie w roli mężczyzny/kobiety. Mają sny erotyczne, chociaż występują one raczej rzadko i najczęściej nie są związane z konkretnymi osobami. Inicjacja seksualna u większości z nich nastąpiła między 16 a 18 rokiem życia, a więc przed nabyciem para- lub tetraplegii. Realizowanie potrzeby seksualnej przez masturbację jest raczej sporadyczne i zarówno z poczuciem winy, jak i bez, a u dużej części w ogóle nie występuje. Liczba partnerów seksualnych zmniejszyła się u badanych po nabyciu urazu, z dwóch, trzech partnerów przed uszkodzeniem do jednego lub dwóch po wypadku. Osoby te deklarują chęć współżycia seksualnego i dość często potrzebują jego występowania, choć boją się tego i nie są całkiem pewne swoich możliwości. W rzeczywistości kontakty tego typu występują raz lub kilka razy w miesiącu, a badani przystępują do nich z większymi lub mniejszymi obawami, ale po stosunku są w większości zadowoleni. Ich samoocena w roli partnera lub partnerki nie jest wysoka, większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn nie jest pewna, czy jest w "porządku". Związki uczuciowe badanych nie są wolne od konfliktów, ale wielu z nich odczuwa potrzebę jego trwania i utrzymania, ponieważ wypływają z sympatii, przyjaźni lub miłości. Osoby, które nie doświadczają żadnych związków uczuciowych, wymieniają wiele powodów takiej sytuacji, najczęściej jednak nie są to trudności seksualne, lecz nieśmiałość, lęk lub brak okazji.
2. Zachowania seksualne, począwszy od przytulania się do orgazmu, wyzwalają u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozytywne odczucia i doznania przyjemne. W zdecydowanej jednak większości poziomy upodobań bodźców seksualnych w grupie osób z para- i tetraplegią są niższe od porównywanych z nimi stopni w grupie osób pełnosprawnych, przy wykazywaniu przez obie populacje wysoce podobnych do siebie hierarchii preferencji zachowań seksualnych, od najbardziej przyjemnych do mniej przyjemnych. Osoby z uszkodzeniem rdzenia najbardziej lubią przytulanie się, pocałunki twarzy i ust, oglądanie nagości partnera oraz odczuwanie jego podniecenia seksualnego. Odpowiada im również pobudzanie sfer erogennych i przewaga aktywności partnera we współżyciu. Pieszczoty oralno-genitalne oraz przewaga własnej aktywności we współżyciu odpowiada im przeciętnie. W najniższym stopniu preferują zachowania związane bezpośrednio ze stosunkiem seksualnym oraz różnorodność pozycji w stosunkach seksualnych, abstrahując od orgazmu kobiety – bodźca z najwyższą rangą w hierarchii upodobania dane-

go zachowania seksualnego – oraz immisji i uczucia zjednoczenia po immisji – zachowań również z wysokimi rangami.

3. Zarówno ogólny poziom przystosowania seksualnego, jak i jego sposoby adaptacji i funkcjonowania w porównywanych grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych nie różnią się. Występująca zbieżność cząstkowych ocen cech zachowania, za pomocą których osoby te osiągają właściwy sobie, specyficzny typ przystosowania seksualnego, nie jest jednak na tyle silna, aby w pewnych obszarach analiz nie można było na podstawie charakterystycznych zachowań wnioskować o różnicach między nimi. Przyjęto zatem, że osoby z para- i tetraplegią wykazują nieco mniejszą niż osoby pełnosprawne dysharmonię w badanych relacjach seksualnych i są nieco częściej usatysfakcjonowane ze swojego funkcjonowania seksualnego. Również w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają tendencje chęci doświadczania większej przyjemności w zachowaniach seksualnych, chociaż w tym przypadku, poprzez znaczną rozbieżność pomiędzy odczuwaniem a chęcią odczuwania przyjemności w zachowaniach seksualnych przejawiają niższy poziom samoakceptacji. Ten brak zgodności psychologicznej w profilu dotyczy bardziej kobiet niż mężczyzn. Z jednej bowiem strony kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazują wyższy poziom dyssatisfakcji w zakresie i częstotliwości zachowań seksualnych niż kobiety pełnosprawne, odwrotnie niż mężczyźni z para- i tetraplegią, bardziej usatysfakcjonowani z pozycia seksualnego niż mężczyźni pełnosprawni, z drugiej zaś wykazują mniejszą niż mężczyźni dysharmonię w badanych relacjach seksualnych, ale również niższy stopień akceptacji siebie. Kobiety także, w porównywaniu do mężczyzn czerpią mniej niż oni przyjemności z zachowań seksualnych, orzekając jednocześnie większą percepcję przyjemności swoich partnerów w zachowaniach seksualnych aniżeli własną, nie na tyle jednak wysoką, by nie stwierdzać u nich niedostatków w czerpaniu przyjemności z aktywności seksualnej, czyli bycia nieusatysfakcjonowanymi reaktywnością partnera.

Kolejne analizy, dotyczące funkcjonowania psychospołecznego osób z para- i tetraplegią, miały na celu określenie poziomu przystosowania psychospołecznego w wymiarach: Kwestionariusza Radzenia Sobie z Problemami, Kwestionariusza Przystosowania Psychospołecznego i Psychospołecznego Kwestionariusza dla Osób z Uszkodzeniem Rdzenia Kręgowego; samooceny, mierzonej Skalą Samooceny; nasilenia potrzeb psychicznych, w aspekcie czynników mierzonych Kwestionariuszem H. A. Murraya; poczucia sensu życia, w wymiarach Skali Sensu Życia; postaw wobec życia erotycznego w aspekcie czynników mierzonych Dyferencjałem semantycznym. Drugi węzłowy problem pracy sprowadzał się więc do pytania: *Jakie jest funkcjonowanie psychospołeczne osób z uszkodzeniem rdzenia?*

Zastosowanie wymienionych technik pozwoliło ustalić, że:

1. Poziomy przystosowania osobistego i społecznego badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych są bardzo zbliżone i najczęściej oscylują w granicach wyników przeciętnych. Osoby z para- i tetraplegią w porównaniu do osób pełnosprawnych w mniejszym stopniu korzystają ze

sposobów radzenia sobie z problemami. Nie są to różnice istotne, raczej tendencje, ale upoważniające do scharakteryzowania tych osób, oczywiście w odniesieniu do osób pełnosprawnych, jako nieco bardziej emocjonalne, kierujące się uczuciami, częściej wykazujące cechy myślenia irracjonalnego, mniej optymistyczne, z mniejszym również nasileniem poczucia winy, tudzież samokrytycyzmu. Natomiast w nieco większym stopniu są zdeterminowane w działaniach zmierzających do rozwiązywania problemów. Wysiłki te nie zawsze jednak idą w parze z umiejętnościami bezpośredniego radzenia sobie, co sprawia, że nieco częściej niż osoby pełnosprawne szukają wsparcia społecznego. Jeśli go nie otrzymują, to o tyle częściej zamykają się w sobie, o ile rzadziej próbują poprawiać swoje samopoczucie zdając się na profesjonalną pomoc lub korzystając z używek.

2. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego potrafią sprostać trudnościom wynikającym z faktu bycia osobą niepełnosprawną i poprawnie funkcjonować w środowisku społecznym, co jest zgodne z wynikami badań A. Pańnikowskiej (1990) i S. Pikor (1991; por. Kirenko, 1995). Większość z nich posiada dużo optymizmu, ma pozytywne spojrzenie na świat. Często jednak popadają w stany depresyjne, lękowe, odczuwają skrępowanie w różnych sytuacjach społecznych, na przykład kiedy muszą skorzystać z pomocy innych osób. Prawie wszyscy znajdują miłość i akceptację w rodzinach oraz potrafią nawiązywać dojrzałe stosunki społeczne. Nasuwa się jednak pytanie, czy otrzymane tu wyniki w pełni opisują przystosowanie psychospołeczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, czy tylko jego selektywnie wybrane elementy. Uzasadniona wydaje się bowiem zależność między nasileniem depresji, niepokoju czy dyskomfortu a poziomem społecznego przystosowania. Duży niepokój, długotrwałe i częste stany depresyjne, silne skrępowanie w naturalnych sytuacjach społecznych nie warunkują zapewne właściwego funkcjonowania w społeczeństwie. Powodują natomiast zaburzenie dynamicznej równowagi między jednostką a światem zewnętrznym (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975). Duży zaś optymizm niewątpliwie ułatwia przystosowanie do zmienionych wskutek niepełnosprawności warunków życia. Nie należy jednak zapominać, że brak jest jednoznacznych kryteriów i norm, które wskazywałyby precyzyjnie poziomy nasilenia niepokoju, depresji czy optymizmu, przy których można wyrokować o dobrym lub złym przystosowaniu. Można w tej sytuacji mówić – co najwyżej – o innych mechanizmach przystosowawczych i częstszym występowaniu niekorzystnych stanów emocjonalnych (por. Kirenko, 1995).
3. Badana grupa osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego prezentuje profil samooceny nieznacznie różniący się od profilu osiągniętego przez osoby pełnosprawne wchodzące w skład grupy porównawczej. Jednakże operowanie tutaj tylko porównaniami między średnimi, aczkolwiek uzasadnione, ponieważ wykazuje różnice i ich kierunki w badanych profilach, jest mimo wszystko niewystarczające, gdyż dwubiegunowość poszczególnych skal testu wcale nie musi świadczyć o tym, iż uzyskanie wyższych wyników w jednym z profili wiąże się automatycznie z obiektywnie lepszymi cechami koncepcji siebie, a tym samym lepszym funkcjonowaniem osobistym. Oto bowiem

w analizowanych tu profilach samooceny, w zdecydowanej większości jego wymiarów, średnie uzyskane przez osoby niepełnosprawne ruchowo były wyższe, najczęściej z różnicą na poziomie losowym lub wybitnie losowym, od porównywanych z grupy odniesienia osób pełnosprawnych i jedynie w skali *Ja fizyczne* różnica między grupą podstawową a porównawczą była istotnie wyższa na korzyść tej ostatniej. Świadczyły one jednak nie tyle o tym, że osoby osiągające je znajdują się w lepszej sytuacji psychologicznej niż porównywane osoby pełnosprawne, czego nie można stwierdzić, co przede wszystkim o zgodności w oznajmianych przez nie cechach osobowościowych i prawidłowym przebiegu profilu.

4. Charakterystyka osobowości badanej grupy osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, sprowadzająca się do odnotowywania stwierdzeń o orzekaniu przez nie, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, „mniejszych lub większych skłonności” do zachowań opisywanych przede wszystkim jako reprezentatywne dla wyników przeciętnych, pozwoliła ustalić, iż osoby z paraliżem i tetraplegią w nieco większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają tendencje w kierunku obronności i ukazywania siebie w lepszym świetle. Są one nieco bardziej skoncentrowane na sobie, przez co częściej afirmują swoje cechy pozytywne, niekiedy nawet za cenę konfliktów w percepcji własnej osoby. Osoby te lubią siebie, ujawniają poczucie wiary w siebie i wartościowości. Niższą jednak wartość niż osoby pełnosprawne przypisują swojemu ciału, stanowi zdrowia, wyglądowi fizycznemu, sprawności i seksualności, w mniejszym też stopniu odzwierciedlają poczucie adekwatności własnej wartości okazywanej w interakcjach społecznych z innymi osobami, co może wynikać z nieco mniejszej u nich integracji osobowości oraz większej skłonności do defensywności i zamykania się w sobie.
5. Zauważono również, że wyniki badanych osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych znacząco odbiegają od standardu opracowanego przez W. Fittsa (1965). W skali *Samokrytycyzmu* i punktacji zmienności są one w granicach normy, w skalach *Optymizmu* i punktacji *Dystrybucji* poniżej, natomiast w punktacji konfliktu i *Wskaźniku prawda/fałsz* powyżej niej. Oczywiście nie jest to *sensu stricto* płaszczyzna odniesienia, niemniej jednak może ona stanowić pewną wskazówkę interpretacyjną. Na przykład, najniższe wyniki, po danych ze skali *Zadowolenia z siebie*, uzyskały osoby badane, ale już jedynie osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w skali *Ja fizyczne*, a w szczególności w wymiarze *body catheris*, rozumianym jako stopień satysfakcji, lub jej braku, z odczuwania własnego ciała. Wyniki te bowiem wskazują, że odczucia w obszarze własnego ciała są współmierne do odczuć poszczególnych wymiarów koncepcji własnej osoby, czyli że *body catheris* jest nierozzerwalnie związany z koncepcją *ja* oraz z poczuciem psychicznej niepewności, uwarunkowanej – generalnie – psychicznym poczuciem straty, o czym m.in. mówią P. Scolard i S. Jourard (1953) oraz J. Weinberg (1982). Rodzi się tu również pytanie (por. Fitts, 1965), czy sytuacja ludzi niepełnosprawnych rzeczywiście wynika z obrony, opisanej na przykład przez A. Combsa i D. Snyga (1959) oraz C. Rogersa (1959) jako ochrona

„dokładnej percepcji”, przed osiągnięciem świadomości, z powodu strachu przed zagrożeniem i z powodu pragnienia zapewnienia sobie równowagi.

6. Grupa osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest wysoce podobna do grupy osób pełnosprawnych pod względem hierarchii stopnia nasilenia potrzeb psychicznych, ale równocześnie osoby z para- i tetraplegią w porównaniu do osób pełnosprawnych wykazują zdecydowanie niższy poziom ich nasilenia. W mniejszym zatem stopniu niż osoby z grupy porównawczej przejawiają pragnienie panowania nad biegiem zdarzeń, kontrolowania własnych myśli, uczuć i impulsów oraz zachowań innych osób. Nie wykazują przesadnej skłonności do admiringowania innych ludzi, okazywania osobom wyżej stojącym czci, honorów i nazbyt chętnego wykonywania tego, co one sugerują lub polecają. Przejawiają raczej wiele zachowań charakteryzujących się oporem lub buntem przeciw ograniczeniom, nie ujawniając przy tym, w sposób widoczny, takich uczuć jak irytacja, złość, wściekłość czy nienawiść, ale też i nie wykazując się potulnym poddawaniem się presji otoczenia, okazywaniem poczucia winy, wstydu, pokory czy rozpacz. Stąd też nie pragną za wszelką cenę być otaczane opieką, kierowane i pocieszane, tudzież otrzymywać przywilejów. Ich poziom aspiracji, zapału czy ambicji w przewyciężaniu przeszkód, zwłaszcza w realizacji celów odległych jest znacznie niższy niż u osób pełnosprawnych. Nie widać również u nich zdecydowania, uporu i determinacji w realizacji podjętych zobowiązań i działań oraz w przewyciężaniu zniechęcenia i znużenia. Nie przejawiają przesadnej skłonności do analizowania zdarzeń i wyciągania z nich wniosków, do zadawania pytań i udzielania odpowiedzi na pytania o charakterze ogólnym. W umiarkowanym także stopniu wyrażają uczucia ciekawości i zdziwienia. W mniejszym nasileniu niż osoby pełnosprawne przejawiają pragnienia i tendencje zmierzające do nawiązywania przygodnych znajomości, uwodzenia osób ponętnych seksualnie i szukania przygód, czyli do nawiązywania kontaktów erotycznych lub stosunków seksualnych. Potrzeba ta jest u nich bardziej nastawiona w kierunku pragnieniu bycia razem z wybraną osobą, wspólnej pracy, mówienia o swoich uczuciach oraz izolowania się od innych. W znacznie mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne ujawniają także takie uczucia, charakterystyczne dla potrzeby bezpieczeństwa, jak: niepokój, lęk, trwoga, oraz zmierzają do unikania niebezpiecznych sytuacji, zranienia, choroby czy śmierci. Cechują się natomiast takim samym jak osoby pełnosprawne nasileniem zachowań wskazującym na chęć wywoływania wrażenia bycia widzialnymi i słyszalnymi, co najczęściej ujawnia się pod postacią mówienia o sobie lub stosowania manieryzmów, przyciągających uwagę innych ludzi. W takim samym również stopniu jak osoby pełnosprawne, przy jednak odmiennym konfiguracji powiązań z innymi potrzebami, zmierzają do nawiązywania kontaktów i współpracy z innymi ludźmi. Cechują ich umiarkowane uczucia wiary i zaufania do ludzi, dobrej woli, miłości, sympatii i przyjaźni. Przejawiają tendencje do współpracy, spełniania drobnych usług oraz są chętne do udzielania pomocy dzieciom, osobom bezradnym, starym, chorym czy upokorzonym. W mniejszym jednak nasileniu niż osoby pełnosprawne okazują takie uczucia, jak litość, żal, wrażliwość na biedę innych, ujawniając

taki poziom unikania ludzi „napiętnowanych”, separowania się od nich, który charakteryzuje się niskim nasileniem pogardy, obojętności, znudzenia lub odrazy. Przy czym osoby te przejawiają także niższe nasilenie, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, takich cech, jak: wrażliwość, zmysłowość, dobry smak, estetyka, co jest intrygujące, jeśli weźmiemy pod uwagę znaczny odsetek osób niepełnosprawnych uprawiających działalność twórczą i artystyczną.

7. Poczucie sensu życia różnicuje badane populacje, aczkolwiek ich poziomy nasilenia oscylują w przedziałach wyników średnich i powyżej nich. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w mniejszym lub większym stopniu, w porównaniu do osób pełnosprawnych, charakteryzowały siebie jako osoby wartościowe, zadowolone ze swych osiągnięć, ze sprecyzowanymi celami życiowymi, do których dążą. Akceptują siebie i innych, z optymizmem patrzą w przyszłość, odpowiada im towarzystwo innych ludzi, spotkania i rozmowy z nimi. Przyjmują miłość i poparcie innych, a także chętnie okazują przywiązanie bliskim. Zrobienie czegoś dla siebie jest dla nich bardzo ważne. Aktywność i hobby stanowią dla nich źródło dużej satysfakcji. Posiadają też własną filozofię życia, nadającą sens ich egzystencji. Dla niektórych sposobem na życie jest wiara w Boga i religia. Są ludźmi głęboko wierzącymi, o czym świadczy fakt, iż uczestnictwo w różnych formach aktywności religijnej ma dla nich znaczenie bardzo duże, większe niż dla osób pełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne, które uzyskały wyniki niskie, a nie była to, co należy podkreślić, liczna grupa, nastawione są pesymistycznie do życia. Uważają je za bezwartościowe i bezsensowne. Straciły chęć do życia i wiarę w siebie. Niejednokrotnie czują się niepotrzebne i bezużyteczne. Nie chcą lub też nie potrafią zaakceptować swojej niepełnosprawności i odnaleźć własnej filozofii życia, sposobu na życie, są ludźmi nieszczęśliwymi, nie mają nadziei na lepsze jutro.
8. Stwierdzono nieznaczące różnice w postawach wobec życia erotycznego pomiędzy grupami osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i pełnosprawnych. Zdecydowana większość pojęć składających się na szeroko rozumiane życie erotyczne była przez badane osoby z para- i tetraplegią oceniona pozytywnie. Grupy osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych są wysoce do siebie podobne pod względem hierarchii ocen poszczególnych pojęć, zarówno w wymiarze wyniku globalnego, jak i czynników *Wartościowanie*, *Sila* i *Aktywność*. Najwyższą pozycję w hierarchii triad pojęć obu badanych grup osiągnęła triada *partnerstwo – przyjaźń – miłość*, najniższą *inwalidztwo – masturbacja – związek nieheteroseksualny*. Pozycje pozostałych triad były już mniej wyraziste, chociaż triada *sympatia – mąż/żona – partner(ka)* zdecydowanie wyżej sytuowała się od triad: *erekcja – orgazm – impotencja*, *prokreacja – dziecko – antykoncepcja*, czy *ja – małżeństwo – rodzina*. Układy hierarchiczne poszczególnych pojęć były nieco bardziej zróżnicowane w analizowanych grupach. Najwyższą pozycję osiągnęło pojęcie *miłość*, odpowiednio niższe, w porządku malejącym to: *przyjaźń*, *dziecko*, *rodzina*, *partner(ka)*, aż do najniższych pozycji, niemalże zgodnie ocenionych: *ja*, *antykoncepcja*, *masturbacja*, *związek nieheteroseksualny*, *inwalidztwo* i *im-*

potencja. Znaczące rozbieżności w porównywanych hierarchiach dotyczyły pojęć: *sympatia*, wysoko usytuowane w grupie podstawowej i niżej w grupie porównawczej, *żona/mąż* – z wysoką pozycją w grupie porównawczej i niższą w grupie podstawowej oraz *partnerstwo* – stosunkowo wysoko zlokalizowane w grupie osób pełnosprawnych i odpowiednio niżej w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. A zatem, osoby z para- i tetraplegią wysoko oceniły wartość takich pojęć, jak: *miłość, przyjaźń, rodzina, dziecko, sympatia, parter(ka)*, nisko zaś: *impotencja, inwalidztwo, związek nieheteroseksualny, masturbacja*, przeciętnie pozostałe pojęcia, z większą lub mniejszą tendencją w kierunku bądź to wyników wysokich, bądź też niskich. Ocena wartości pojęcia, w przypadku pojęć ocenionych wysoko, była zawsze wyższa od sumy czynników *Wartościowanie, Siła i Aktywność*, czyli wyniku globalnego. Oznacza to, że dymensje *Siła i Aktywność* obniżały wartość pojęcia, a więc nastawienie emocjonalne wobec pojęcia było zawsze niższe niż ocena jego wartości, co wyraźnie wystąpiło w przypadku pojęć wysoko wartościowanych. Nie zauważono tego zjawiska w przypadku pojęć niżej wartościowanych, gdzie średnie wartości poszczególnych czynników rozkładały się równomiernie. Średnie i wszystkie inne wskaźniki dymensji *Wartościowanie* w większości pojęć były do siebie zbliżone, natomiast w ocenie nastawienia emocjonalnego bardziej zróżnicowane, co jest zrozumiałe w przypadku uczuć i emocji. W odniesieniu do pojęć, które uzyskały najwyższe średnie w dymensji *Wartościowanie*, osoby, które oceniły je najwyżej, są bardziej jednomyślne w swojej ocenie niż osoby niżej je oceniające. W przypadku pojęć niżej wartościowanych relacje są odwrotne. W nastawieniu emocjonalnym zjawisko to nie jest już tak wyraźne. Duży rozrzut wyników zaobserwowano w przypadku pojęć, które dotyczyły problemów oraz zjawisk o różnym stopniu aprobaty społecznej, jak: *impotencja, inwalidztwo, związek nieheteroseksualny, masturbacja, antykoncepcja, ja, prokreacja*.

Trzecim, a zarazem ostatnim, problemem pracy było poszukiwanie zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego a ich funkcjonowaniem seksualnym. Weryfikacja postawionych hipotez o istnieniu związków zależnościowych między nimi oraz o zróżnicowaniu tychże współzależności w poszczególnych wymiarach korelowanych zmiennych – gdzie na przykład: wysoki poziom przystosowania psychospołecznego, dodatnia samoocena, korzystne nasilenie potrzeb psychicznych i poczucia sensu życia oraz pozytywne nastawienie do życia erotycznego ma dodatni związek z pozytywnymi aspektami, społecznie akceptowanymi, funkcjonowania seksualnego, i odwrotnie – dokonana została na podstawie analizy otrzymanych współczynników zależności obliczonych za pomocą analizy czynnikowej i kanonicznej, testów korelacji r_s -Spearmana i r -Pearsona oraz testu „z”.

Otrzymane w ten sposób wyniki, ich analiza i interpretacja, skłoniły do wysunięcia następujących wniosków:

1. Zbieżność uporządkowań ładunków czynnikowych w badanych grupach osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i osób pełnosprawnych jest wysoce istotna i wprost proporcjonalna. Potwierdzono tym samym trafność wyboru

poszczególnych wymiarów funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego. Każdy bowiem obszar analizowanych zmiennych znalazł swoją reprezentację w otrzymanej strukturze czynnikowej, czego potwierdzeniem jest również uzyskana zbieżność uporządkowań ładunków czynnikowych, szczególnie wysoka w przypadku czynników identycznie wyróżnionych, do których należą: *czynnik seksualny*, *czynnik samooceny* i *czynnik erotyczny*, jako specyficzna emanacja emocjonalnego nastawienia osób badanych wobec życia erotycznego. Ta prawidłowość dotyczy obu badanych grup osób, przy czym nie oznacza ona wprost występowania identyczności konfiguracyjnej poszczególnych cech, innymi słowy – tożsamości treści funkcjonowania, co odnosi się przede wszystkim do *czynnika* seksualnego, gdzie osoby pełnosprawne, w porównaniu z osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wykazują szersze spektrum funkcjonowania seksualnego. Również konfiguracja cech tegoż funkcjonowania jest bardziej złożona w grupie osób pełnosprawnych niż osób z para- i tetraplegią. W pozostałych identycznie zidentyfikowanych czynnikach konfiguracje cech są również zróżnicowane, nie na tyle jednak, co wynika ze zbliżonych wielkości zmiennych o istotnych statystycznie ładunkach, aby ich podstawowy rdzeń, decydujący o strukturach czynnikowych funkcjonowania seksualnego i psychospołecznego osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, nie był stabilny.

2. Znaczniejsze różnice pomiędzy badanymi grupami osób wystąpiły w takich zmiennych funkcjonowania psychospołecznego, jak potrzeby psychiczne, poczucie sensu życia oraz przystosowanie psychospołeczne, w szczególowym ujęciu sposobów radzenia sobie z problemami. Przy czym i one znalazły swoją reprezentację w otrzymanych strukturach czynnikowych. Osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego bardziej eksponowały zmienną potrzeb psychicznych, osoby pełnosprawne – zmienną przystosowania psychospołecznego. Zmienna poczucia sensu życia zaznaczyła swoją obecność w strukturze czynnikowej w ten sposób, że reprezentując cechy potrzebne do osiągnięcia postawionych sobie celów życiowych i osobistych, w grupie osób z para- i tetraplegią, stała w sprzeczności ze zmienną afirmacji cech pozytywnych, inaczej zmiennymi konfliktów zaprzeczenia i przyzwolenia, a w grupie osób pełnosprawnych – w sprzeczności ze zmienną sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, w szczególności zmienną wsparcia społecznego.
3. Potwierdzona została hipoteza pierwsza, mówiąca o istnieniu zależności między funkcjonowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Większa jednak liczba uzyskanych korelacji oraz znacznie wyższe ich wartości wskazują na występowanie większego związku zależnościowego u osób pełnosprawnych niż u osób z para- i tetraplegią.
4. Nie w pełni natomiast znalazła potwierdzenie hipoteza druga, mówiąca, że w miarę wzrostu wskaźników funkcjonowania psychospołecznego następuje równoczesny wzrost wskaźników korelowanych wymiarów funkcjonowania seksualnego. O ile bowiem w grupie podstawowej zdecydowanie przeważają, spośród wszystkich istotnych współczynników korelacji, zależności wprost

proporcjonalne, przy zbliżonych proporcjach występowania obu rodzajów zależności w grupie porównawczej, czyli zgodnie z przyjętymi założeniami, o tyle te same proporcje współzależności, rozpatrywane oddzielnie, pomiędzy każdym z pięciu wymiarów funkcjonowania psychospołecznego a funkcjonowaniem seksualnym, kształtują się już różnie. Przewaga zależności wprost proporcjonalnych nad odwrotnie proporcjonalnymi w grupie podstawowej wystąpiła między funkcjonowaniem seksualnym a samooceną, nasileniem potrzeb psychicznych i postawami, natomiast w grupie porównawczej między przystosowaniem psychospołecznym, samooceną, poczuciem sensu życia i postawami wobec życia erotycznego. Odwrotne zaś proporcje, z przewagą zależności odwrotnie proporcjonalnych, wystąpiły w grupie osób z para- i tetraplegią, między funkcjonowaniem seksualnym a przystosowaniem psychospołecznym i poczuciem sensu życia, w grupie zaś osób pełnosprawnych między nasileniem potrzeb psychicznych.

5. W grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego znacznie mniej wyróżniono zależności między zmiennymi funkcjonowania psychospołecznego, w wymiarach: przystosowania psychospołecznego, samooceny, nasilenia potrzeb psychicznych, poczucia sensu życia i postaw wobec życia erotycznego a zmiennymi funkcjonowania seksualnego, niż w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co stanowi swoistą prawidłowość. Najsilniej u osób z para- i tetraplegią korelują z funkcjonowaniem seksualnym potrzeby psychiczne, dostarczając najwięcej możliwości interpretacyjnych. O ile w odniesieniu do osób pełnosprawnych można w sposób jednoznaczny powiedzieć, że ich poziom funkcjonowania psychospołecznego, w każdym w wyszczególnionych wymiarów, determinuje funkcjonowanie seksualne, czego ilustracją są liczne pary zmiennych kanonicznych, o tyle w przypadku osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego już tak pewnie brzmiącego wniosku nie sposób sformułować. Oczywiście, w tej grupie badanych, w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z jedną parą zmiennych kanonicznych, a odnosi się to do przystosowania, samooceny, poczucia sensu życia i postaw, otrzymane parametry zależnościowe także wskazują na znaczący wpływ funkcjonowania psychospołecznego na funkcjonowanie seksualne tych osób. W porównaniu jednak do badanych osób pełnosprawnych, wpływ ten jest zdecydowanie mniejszy. Nie znaczy to wcale, że nie można pytać o charakter owych zależności. Analiza kanoniczna umożliwiła przecież całościową interpretację otrzymanych korelatów, gdzie każda ze scharakteryzowanych par zależnościowych stanowi specyficzny typ funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego badanych osób z para- i tetraplegią oraz pełnosprawnych, dostarczając tym samym bogatego materiału teoretycznego dla praktyki rehabilitacyjnej i terapeutycznej.

W podsumowaniu niniejszych badań ograniczono się przede wszystkim do prezentacji wyników. Uwypuklano te, które mają znaczne oparcie w empirii. Właściwie można powiedzieć, że cała konstrukcja pracy sprowadzała się do takiego zastosowania analiz, zwłaszcza statystycznych, aby w zaprezentowanych danych margines nadinterpretacji mógł być najmniejszy. Ale nawet i w takiej sytuacji niesłuchanie trudno było wysunąć nadto pewnie brzmiące wnioski.

Dlatego też niektóre z nich należy traktować jedynie jako propozycje do dalszych analiz. Podjęta bowiem problematyka funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w szeroko rozumianym wymiarze psychospołecznym jest bardzo złożona i nader delikatna. Tam, gdzie nie ma całkowitej pewności co do ostatecznych rezultatów, a i teoria jest rozbieżna w tym względzie, lepiej poprzestać na rejestracji zastanych faktów, niż poddawać je kolejnej obróbce i na jej podstawie przedstawiać dowody za którymkolwiek ze stanowisk. O ile taka konfrontacja otrzymanych wyników z teorią byłaby jeszcze w jakimś stopniu możliwa, szczególnie w odniesieniu do wybranych psychospołecznych determinant funkcjonowania seksualnego lub, szerzej, erotycznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, chociażby w odniesieniu do takich z zaprezentowanych w części teoretycznej wymiarów funkcjonowania psychospołecznego, jak: przystosowanie, w tym seksualne, samoocena, potrzeby psychiczne, poczucie sensu życia i postawy, abstrahując tu od najczęściej fragmentarycznych, a niekiedy nawet śladowych danych z tego zakresu tematycznego, o tyle w aspekcie kompleksowego ujęcia psychospołecznych uwarunkowań funkcjonowania seksualnego osób z para- i tetraplegią takich możliwości porównawczych już nie sposób uświadczyc w literaturze przedmiotu. Powoływanie się zatem na dane z badań, odwoływanie się do poglądów innych badaczy, tak w obszarze funkcjonowania seksualnego, a szerzej erotycznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, jak i ich psychospołecznych determinant – prac takich chociażby autorów jak: M. Herman (1950), R. Chase, W. White (1959), G. Hohmann (1966), A. Weiss, M. Diamond (1966), R. Lovitt (1970), J. Money (1970), H. Talbot (1971), I. Nordqvist (1972), L. Crigler (1974), Z. Lew-Starowicz (1974), J. Schimel (1974), T. Cole (1975), I. Dickman (1975), E. Griffith i in. (1975), S. Singh, T. Magner (1975), M. Ferguson-Gregory (1976), R. Hanson, M. Franklin (1976), L. Halstead i in. (1977), A. Berkman i in. (1978), M. Fitting i in. (1978), H. Larkowa (1980; 1987), R. Trieschmann (1980), S. Tucker (1980), J. Mayer, M. Eisenberg (1982), B. Wilhelmsson, A. Mattsson (1984), Z. Lew-Starowicz, P. Janaszek (1985), Z. Buczyński (1986), W. Donovan (1991), A. Paszkowska-Rogacz, G. Poraj (1991), Z. Lew-Starowicza i in. (1992), które najczęściej są wycinkowe i o znacznym stopniu zróżnicowania, nie wnikając już w istotę wielości różnic kulturowych, społecznych, ekonomicznych itd. – jakkolwiek zasadne z punktu widzenia metodologii badań, nie upoważnia jeszcze, w stopniu dostatecznym, do formułowania ostatecznych wniosków. Ta ostrożność w konfrontowaniu danych i internalizowaniu wyników w znacznym stopniu ogranicza możliwości interpretacyjne, czego nie sposób nie zauważyć, ale przy tym stanie wiedzy zapewne bardziej wskazane jest dystansowanie się, tudzież podejmowanie kolejnych prób empirycznych eksploracji, niż radykalizowanie wypowiedzi. Wydaje się jednak, że cel badań został osiągnięty. Potwierdzono przede wszystkim złożoność podjętej problematyki, a zarazem trafność wyboru psychospołecznych determinant funkcjonowania seksualnego nie tylko osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ale i pełnosprawnych. Co prawda, i co należy podkreślić, uzyskane rezultaty nie zawsze były zgodne z przewidywaniami, nakreśloną koncepcją, wynikającą najczęściej z analizy teorii, ale również, aczkolwiek już w zdecydowanie mniej-

szym stopniu, z potoczną obserwacją i zdroworoządkowym rozumowaniem. Dotyczy to zwłaszcza problemu związków zależnościowych między funkcjonowaniem psychospołecznym i seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Wystąpiły one zgodnie z oczekiwaniami, ale nie w takim stopniu i zakresie. W porównaniu bowiem do próbki walidacyjnej osób pełnosprawnych, zależności te jawią się niezwykle ubogo i nie dają większych możliwości ich praktycznego zastosowania już teraz, z tzw. marszu, co jest wielce prawdopodobne w przypadku wyników uzyskanych w grupie osób pełnosprawnych. Także rezultaty w pozostałych aspektach podjętej problematyki badań mogą wydawać się kontrowersyjne, stanowiąc tym samym pole do szerokiej dyskusji. Zapewne nie koncentrowałaby się ona wokół zagadnień związanych z uzyskanymi poziomami funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego, bo to zostało ustalone, chociaż wielce intrygujące jest tu dla przykładu znacznie niższe nasilenie potrzeb psychicznych u osób z para- i tetraplegią w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, żeby poprzestać tylko na tym jednym, i w rzeczy samej nie stanowi zasadniczego problemu pracy, co raczej wokół relatywności ustalonych poziomów, a przede wszystkim mechanizmów wpływających na nie. A zatem, wskazane byłoby, z uwagi chociażby na uzyskane wyniki, tak w aspekcie poziomów funkcjonowania psychospołecznego i seksualnego, jak i zależności między nimi, a przede wszystkim z uwagi na całościowe ujęcie podjętej problematyki, zajęcie się nią raz jeszcze. Nie tylko w odniesieniu do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ale i innych grup niesprawności, ze szczególnym uwzględnieniem takich chociażby zmiennych niezależnych, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, źródła utrzymania, czas trwania niepełnosprawności czy stopień sprawności lokomotorycznej. Skoncentrować się również należy na wybranych wymiarach funkcjonowania psychospołecznego i dogłębnej ich analizie, także pod kątem mechanizmów występowania współzależności. Wielce wskazane, z punktu widzenia czytelnika, czego nie uczyniono tutaj ze względu na przyjęty sposób opisu wyników badań, jak i ograniczenia związane z objętością tekstu, byłoby zilustrowanie występujących w badaniach tendencji, w przypadku niniejszej pracy – typów osobowościowych wynikających z analizy kanonicznej, indywidualnymi wypowiedziami czy też charakterystykami sylwetek osób badanych.

Biblioteka
UMCS
Lublin

BIBLIOGRAFIA

- Adler A.: *Sens życia*. Kraków 1939.
- Adler A.: *Psychologia indywidualna*. Kraków 1947.
- Allport G.: *The Historical Background of Modern Psychology*. London 1959.
- Allport G.: *Pattern and Growth in Personality*. New York 1961.
- Allport G.: *Werden der Persönlichkeit*. München 1974.
- Anthony W.: *Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled*. „Rehabilitation Psychology” 1972, nr 19.
- Bandura A.: *Principles of Behavior Modification*. New York 1969.
- Barker R.: *The social psychology of physical disability*. „Journal of Social Issues” 1948, nr 4.
- Barker R., Wright B., Meyerson L., Gonick H.: *Adjustment to Physical Handicap and Illness. A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability*. New York 1953.
- Bartkiewicz Z.: *Efektywność resocjalizowania nieletnich w zakładzie poprawczym i wychowawczym*. Lublin 1987.
- Bartol G.: *Psychological needs of the spinal cord injured person*. „Journal of Neurosurgery Nursing” 1978, nr 10.
- Bazyłak J.: *Postawy religijne młodzieży i ich związki z wybranymi elementami osobowości*. Warszawa 1984.
- Bąkowski W., Artuszowicz B.: *Dziecko kalekie jakiego nie znamy*. Warszawa 1989.
- Bedbrook G. (red.): *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa 1991.
- Bentler P.: *Heterosexual behavior assessment*. „Behaviour Response Therapy” 1968, nr 6.
- Berard E.: *The sexuality of spinal cord injured women: Physiology and pathophysiology. A review*. „Paraplegia” 1989, nr 27.
- Beretta G., Chelo E., Zanollo A.: *Reproductive aspects in spinal cord injured males*. „Paraplegia” 1989, nr 27.
- Berger S.: *Paraplegia*. W: J. Garrett (red.): *Psychological Aspects of physical disability*. Washington 1953.
- Berkman A., Weissman R., Frielich M.: *Sexual adjustment of spinal cord injured veterans living in the community*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1978, nr 59.
- Bernat B.: *Samooceńca i poczucie sensu życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Nie publikowana praca magisterska, UMCS, Lublin 1994.
- Bielecki J.: *Wybrane zagadnienia z psychologii*. Warszawa 1986.
- Bilikiewicz T.: *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*. Warszawa 1970.
- Blaesing S., Blockhaus J.: *The development of body image in the child*. „Nursing Clinics of North America” 1972, nr 7.
- Błałock H.: *Statystyka dla socjologów*. Warszawa 1977.
- Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka*. Warszawa 1981.
- Boczkar K.: *Młodość umysłowo upośledzona w rodzinie i w środowisku pracy*. Warszawa 1982.
- Bodenhamer E., Achterberg-Lawlis J., Kevoorkian G., Belanus A., Cofer J.: *Staff and patient perceptions of the psychosocial concerns of spinal cord injured persons*. „American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation” 1983, nr 62.

- Bogle J., Shaul S.:** *Body image and the woman with a disability*. W: D. Bullard, S. Knight (red.): *Sexuality and Physical Disability*. St. Louis 1981.
- Bohatyrewicz A.:** Zaburzenia funkcji seksualnych i płodności po uszkodzeniu rdzenia i korzeni nerwowych. „Postępy Rehabilitacji” 1990, t. IV, z. 2.
- Bors E., Comarr A.:** *Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury*. „Urological Survey” 1960, nr 10.
- Bors E., Engle E., Rosenquist R., Holiger V.:** *Fertility in paraplegic males*. „The Journal of Clinical Endocrinology” 1950, nr 10.
- Böckmann W.:** *Das Sinn-System*. Düsseldorf 1981.
- Bracken M., Shepard M.:** *Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis*. „Paraplegia” 1980, nr 18.
- Bracken M., Shepard M.:** *Psychological response to acute spinal cord injury: An epidemiological study*. „Paraplegia” 1981, nr 19.
- Brady G., Levitt E.:** *The relationship of sexual preferences to sexual experience*. „Psychological Review” 1965, nr 15.
- Brindley G.:** *The fertility of men with spinal injuries*. „Paraplegia” 1984, nr 22.
- Brindley G.:** *Sexual and reproductive problems of paraplegic men*. „Oxford Reviews of Reproductive Biology” 1986, nr 6.
- Brindley G., Sauerwein D., Hendry W.:** *Hypogastric plexus stimulators for obtaining semen from paraplegic men*. „The British Journal of Urology” 1989, nr 64.
- Brockway J., Steger J.:** *Sexual attitude and information questionnaire: Reliability and validity in a spinal cord injured population*. Paper presented at American Congress of Rehabilitation Medicine. New Orleans 1978.
- Brockway J., Steger J.:** *Sexual attitude and information questionnaire: Reliability and validity in a spinal cord injured population*. „Sexuality and Disability” 1980, nr 4.
- Brown J., Giesy B.:** *Marital status of persons with spinal cord injury*. „Society-Science-Medicine” 1986, nr 23.
- Brzezińska A.:** *Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie*. „Kwartalnik Pedagogiczny” 1973, nr 3.
- Brzezińska A., Kofta M.:** *Stabilność obrazu własnej osoby, odporność na stres i lek przedezgaminacyjny*. „Psychologia Wychowawcza” 1973, nr 47.
- Brzeziński J.:** *Elementy metodologii badań psychologicznych*. Warszawa 1980.
- Buczyński Z.:** *Zaburzenia czynności seksualnych*. W: J. Hańtek: *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. Warszawa 1986.
- Bühler C.:** *Values in Psychotherapy*. Glericoe 1962.
- Carver V., Rodda M.:** *Disability and the Environment*. London 1978.
- Cattell R.:** *The Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Champaign 1957.
- Caywood T.:** *A quadriplegic young man looks at treatment*. „Journal of Rehabilitation” 1974, nr 49.
- Cekiera Cz.:** *Pojęcie i formy niedostosowania społecznego*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1979, nr 5.
- Chase R., White W.:** *Bilateral amputation in rehabilitation of paraplegics*. Reprinted from *Plastic and Reconstructive Surgery* 1959, nr 24.
- Chlebińska J.:** *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa 1986.
- Chodkowska M.:** *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne podstawy postaw*. Lublin 1993.
- Chromiec E.:** *Kinezyterapia w następstwie urazowych uszkodzeń rdzenia kręgowego*. W: M. Weiss, A. Zembaty (red.): *Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych – wydział fizjoterapii*. Warszawa 1983.
- Chicano L.:** *Humanistic aspects of sexuality as related to spinal cord injury*. „Journal of Neuroscientific Nursing” 1989, nr 21.
- Cloerces G.:** *Are prejudices of attitudes and behavior toward physically disabled persons. Result of secondary analysis*. „International Journal of Rehabilitation Research” 1981, nr 64.

- Cofer C., Appley M.:** *Motywacja: Teoria i badania*. Warszawa 1972.
- Cogswell B.:** *Rehabilitation of the paraplegic: Processes of socialization*. „Sociological Inquiry” 1967, nr 37.
- Cogswell B.:** *Self socialization: Readjustment of paraplegics in the community*. „Journal of Rehabilitation” 1968, nr 34.
- Cohn N.:** *Understanding the process of adjustment to disability*. „Journal of Rehabilitation” 1961, nr 27.
- Cole T.:** *Sexuality and physical disabilities*. „Archives of Sexual Behavior” 1975, nr 4.
- Cole T., Chilgren R., Rosenberg P.:** *A new programme of sex education and counselling for spinal cord injured, adults and health care professionals*. „International Journal of Paraplegia” 1973, nr 11.
- Cole T., Stevens M.:** *Rehabilitation professionals and sexual counseling for spinal cord injured adults*. „Archives of Sexual Behavior” 1975, nr 4.
- Comarr A.:** *Sexual function in spinal cord injured patients: Diagnosis – therapy*. „The Medical Survey Journal” 1966, nr 22.
- Comarr A.:** *The Total Care of Spinal Cord Injuries*. Boston 1977.
- Combs A., Snygg D.:** *Individual Behavior. Apperceptual Approach to Behavior*. New York 1959.
- Comer R., Piliavin J.:** *As others see us: attitudes of physically handicapped and normals toward own and the groups*. „Rehabilitation Literature” 1975, nr 36.
- Corman L., Gottlieb J.:** *Mainstreaming mentally retarded children: A review of research*. W: N. Ellis (red.): *International Review of Research in Mental Retardation (vol. 9)*. New York 1978.
- Crewe N., Krause J.:** *Marital relationships and spinal cord injury*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1988, nr 69.
- Crigler L.:** *Sexual concerns of the spinal cord injured*. „Nursing Clinics of North America” 1974, nr 9.
- Cronbach L.:** *Educational Psychology*. New York 1963.
- Crumbaugh J.:** *Logotherapy: New Help for Drinkers Problem*. Chicago 1980.
- Czapów Cz.:** *Wychowanie a przystosowanie*. „Wychowanie” 1961, nr 9.
- Czapiński J.:** *Dyferencjal semantyczny*. W: *Materiały pomocnicze do ćwiczeń z metod badania osobowości (dla I i III roku studiów)*. Warszawa 1974.
- Daab J.:** *Złamanie kręgosłupa (pierwsza pomoc, wybrane zagadnienia lecznicze)*. W: *Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981*. Częstochowa 1981.
- Davis F.:** *Deviance disavowal: The management of strained interaction by the visibly handicapped*. „Social Problems” 1961, nr 9.
- Dąbrowski K.:** *Higiena psychiczna*. Warszawa 1962.
- Dąbrowski K.:** *O dezintegracji pozytywnej*. Warszawa 1964.
- Dąbrowski K.:** *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*. Warszawa 1975.
- Dega W.** (red.): *Ortopedia i Rehabilitacja*. Warszawa 1983.
- Dickman I.:** *Sex education for disabled persons*. „Public Affairs Pamphlet” 1975, nr 531. „Disabled USA” 1979, nr 2.
- Ditunno J., Chairman M.** (red.): *Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury*. Supported by the American Paralysis Association 1992.
- Dollard J., Miller N.:** *Osobowość a psychoterapia*. Warszawa 1969.
- Donovan W.:** *Funkcje seksualne*. W: G. Bedbrook (red.): *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa 1991.
- Donovan W., Scott J.:** *Przewód pokarmowy*. W: G. Bedbrook (red.): *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa 1991.
- Doroszewska J.:** *Pedagogika specjalna*. Warszawa 1981.

- Drayton-Hargrove S., Reddy M.:** Rehabilitation and long-term management of the spinal cord injured adult. „Nursing Clinics of North America” 1986, nr 21.
- Dubos R.:** Człowiek, środowisko, adaptacja. Warszawa 1970.
- Dukaczewski E., Dobrochna-Wójcik M.:** Nieprzystosowanie społeczne młodzieży. „Szkoła Specjalna” 1986, nr 2.
- Dymkowski M.:** Konsekwencje w pojmowaniu siebie dla regulacji zachowania. „Przegląd Psychologiczny” 1987, nr 4.
- Eisenberg M., Rustad L.:** Sex education and counseling program on a spinal cord injury service. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1976, nr 57.
- England E., Low A.:** Długoterminowe leczenie i zapobieganie schorzeniom dróg moczowych. W: G. Bedbrook (red.): *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa 1991.
- Englich A., English A.:** *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. London 1958.
- Erikson E.:** *Identity, Youth and Crisis*. New York 1973.
- Feldman M., MacCulloch M.:** *Homosexual Behavior: Therapy and Assessment*. New York 1971.
- Ferguson-Gregory M.:** *Sexual Adjustment. A Guide for the Spinal Cord Injured*. Illinois 1976.
- Fitting M., Salisbury S., Davies N., Mayclin D.:** *Self concept and sexuality of spinal cord injured women*. „Archives of Sexual Behavior” 1978, nr 7.
- Fitts W.:** *Tennessee Self Concept Scale – Manual*. Nashville 1965.
- Fitzpatrick W.:** *Sexual functioning in the paraplegia patient*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1974, nr 55.
- Folkman S., Lazarus R.:** *If it changes it must a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1985, nr 48.
- Ford C., Beach F.:** *Patterns of Sexual Behavior*. New York 1951.
- Frankel A.:** *Sexual problems in rehabilitation*. „Journal of Rehabilitation” 1967, nr 33.
- Frankl V.:** *Man’s Search for Meaning. An Introduction on Logotherapy*. New York – London 1963.
- Frankl V.:** *Homo patiens*. Warszawa 1971.
- Frankl V.:** *Egzystencjalna pustka*. „Życie i Myśl” 1973, nr 5.
- Fraser A.:** *The psychiatrist in the spinal unit*. „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 1982, nr 16.
- Frączek A., Kofta M.:** *Frustracja i stres psychologiczny*. W: T. Tomaszewski (red.): *Psychologia*. Warszawa 1975.
- Fromm E.:** *Ucieczka od wolności*. Warszawa 1970.
- Gadula E., Franek A.:** *Czynniki utrudniające rehabilitację w paraplegii*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.
- Galkowski T., Kirenko J.:** *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. „Postępy Rehabilitacji” 1988, nr 3.
- Galkowski T., Kiwerski J. (red.):** *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*. Warszawa 1986.
- Gajda J.:** *Oblicza miłości*. Warszawa 1993.
- Gapik L.:** *Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego*. W: K. Imieliński (red.): *Seksuologia społeczna*. Warszawa 1984.
- Garczyński S.:** *Potrzeby psychiczne. Niedosyt. Zaspokojenie*. Warszawa 1972.
- Gerstman S.:** *Psychologia*. Warszawa 1969.
- Gluch H.:** *Możliwości uzyskania poprawy stanu neurologicznego po urazach rdzenia kręgowego*. W: *Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981*. Częstochowa 1981.
- Goddard L.:** *Sexuality and spinal cord injury*. „Journal of Neuroscientific Nursing” 1988, nr 20.
- Goffman E.:** *Stigma*. New Jersey 1963.

- Goldberg L.:** *A historical survey of personality scales and inventories.* W: P. McReynolds (red.): *Advances in Psychological Assessment.* Palo Alto 1971.
- Gorczycka E.:** *Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego.* Warszawa 1981.
- Gorczycka E.:** *Dystans czy tolerancja. Studium nad postawami wobec ludzi niepełnosprawnych.* Częstochowa 1988.
- Gottlieb J.:** *Public, peer and professional attitudes toward mentally retarded persons.* W: M. Begob, S. Richardson (red.): *The Mentally Retarded in Society: A Social science perspective.* Baltimore 1975.
- Gottlieb J., Corman L.:** *Public attitudes toward mentally children.* „American Journal of Mental Deficiency” 1975, nr 80.
- Góralski A.:** *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii i pedagogice.* Warszawa 1987.
- Griffith E., Tomko M., Timms R.:** *Sexual function in spinal cord injured patients: A review.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1973, nr 54.
- Griffith E., Trieschmann R.:** *Sexual function in females with spinal cord injury.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1975, nr 56.
- Griffith E., Trieschmann R.:** *Sexual functioning in patients with physical disorders.* W: J. Meyer (red.): *Clinical Management of Sexual Disorders.* Baltimore 1976.
- Griffith E., Trieschmann R.:** *Sexual function restoration in the physically disabled: Use of a private hospital room.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1977, nr 58.
- Griffith E., Trieschmann R.:** *Use of a private hospital room in restoring sexual function to the physically disabled.* „Sexuality and Disability” 1978, nr 1.
- Griffith E., Trieschmann R., Hohmann G., Cole T., Tobis J., Cummings V.:** *Sexual dysfunctions associated with physical disabilities.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1975, nr 56.
- Grzywak-Kaczyńska M.:** *Erotyka a rozwój osobowości.* W: *Erotyka w aspekcie zdrowia psychicznego.* Warszawa 1972.
- Grzywak-Kaczyńska M.:** *Psychologia dla każdego.* Warszawa 1977.
- Guilford J.:** *Personality.* New York 1959.
- Gunther M.:** *The threatened staff: A psychoanalytic contribution to medical psychology.* „Comparative Psychiatry” 1977, nr 18.
- Guntrip H.:** *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self.* New York 1973.
- Guskin S.:** *Simulation games for teachers on the mainstreaming of mildly handicapped children.* *Viewpoints.* „Bulletin of the School of Education” 1973, nr 49.
- Guskin S.:** *Theoretical and empirical strategies for the study of the labeling of mentally retarded persons.* W: N. Ellis (red.): *International Review of research in mental retardation (vol. 9).* New York 1978.
- Guthrie E.:** *Osobowość w świetle teorii uczenia się.* W: J. Reykowski (red.): *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej.* Warszawa 1964.
- Hachen H.:** *Team approach to sexual counseling in patients with spinal cord injuries.* W: W. Eicher, G. Kockott (red.): *Sexology.* Berlin 1988.
- Haftak J.:** *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego.* Warszawa 1986.
- Hall C., Lindzey G.:** *Teorie osobowości.* Warszawa 1990.
- Halstead L.:** *Longitudinal unobtrusive measurements in rehabilitation.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1976, nr 54.
- Halstead L., Halstead M., Salhoot J., Stock D., Sparks R.:** *A hospital based program on human sexuality.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1977, nr 58.
- Halstead L., Halstead M., Salhoot J., Stock D., Sparks R.:** *Sexual attitudes, behavior, and satisfaction for able bodied and disabled participants attending workshops in human sexuality.* „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1978, nr 59.
- Halstead L., VerVoort S., Seager S.:** *Rectal probe electrostimulation in the treatment of anejaculatory spinal cord injured men.* „Paraplegia” 1987, nr 25.

- Hanson R., Franklin M.: *Sexual loss in relation to other functional losses for spinal cord injured males*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1976, nr 57.
- Heflich-Piątkowska H., Walicka J.: *Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu*. Warszawa 1975.
- Held J., Cole T., Held C., Anderson C., Chilgren R.: *Sexual attitude reassessment workshops: Effect on spinal cord injured adults, their partners, and rehabilitation professionals*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1975, nr 56.
- Herman M.: *Role of somesthetic stimuli in the development of sexual excitation in man*. „Archives of Neurology and Psychiatry” 1950, nr 64.
- Hilgard E.: *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa 1972.
- Hohmann G.: *Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings*. „Psychophysiology” 1966, nr 3.
- Hohmann G.: *Considerations in management of psychosexual readjustment in the cord injured male*. „Rehabilitation Psychology” 1972, nr 19.
- Hohmann G.: *Personal Communication*. November 1, 1977.
- Hulek A.: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1969.
- Hulek A.: *Wspólne i swoiste zagadnienia w rehabilitacji różnych grup inwalidów*. W: A. Hulek (red.): *Rehabilitacja inwalidów w PRL*. Warszawa 1973.
- Hulek A.: *Spór o zmiany zachodzące w cechach osobowości na skutek inwalidztwa*. W: H. Larkowa (red.): *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów – t. III*. Warszawa 1974.
- Hulek A.: *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w Polsce i za granicą*. Warszawa 1981.
- Hurlock E.: *Rozwój dziecka*. Warszawa 1985.
- Imieliński K.: *Erotyzm*. Warszawa 1973.
- Imieliński K.: *Miłość i seks*. Warszawa 1980.
- Imieliński K. (red.): *Seksuologia społeczna*. Warszawa 1984.
- Imieliński K.: *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*. Warszawa 1985.
- Imieliński K.: *Zarys seksuologii i seksiatrii*. Warszawa 1986.
- Imieliński K.: *Seksiatria*. Warszawa 1990.
- Ingarden R.: *Książeczka o człowieku*. Kraków 1987.
- Iwatsubo E., Tanaka M., Takahashi K., Akatsu T.: *Non-inflatable penile prosthesis for the management of urinary incontinence and sexual disability of patients with spinal cord injury*. „Paraplegia” 1986, nr 24.
- Jacobson E.: *The Self and the Object World*. New York 1964.
- Jakimowicz W.: *Neurologia kliniczna*. Warszawa 1981.
- Jankowski K.: *Człowiek i choroba. Psychofizjologiczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji*. Warszawa 1975.
- Jarosz M.: *Idee nadwartościowe jako czynnik zwiększający odporność na urazy psychiczne i jako mechanizm obronny osobowości*. „Zdrowie Psychiczne” 1971, nr 3.
- Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. Warszawa 1988.
- Jocheim K., Wahle H.: *A study of sexual function in 56 male patients with complete irreversible lesions of the spinal cord and cauda equina*. „Paraplegia” 1970, nr 8.
- Johnson D., Matross R.: *Metody modyfikacji postaw*. „Nowiny Psychologiczne” 1985, nr 4-5.
- Jones R.: *The hierarchical structure of attitudes toward the exceptional*. „Exceptional Children” 1974, nr 40.
- Jones R., Guskin S.: *Attitudes and attitude change in special education*. W: R. Jones (red.): *Attitudes and Attitude in Special Education: Theory and Practice*. Reston 1984.
- Jourard J.: *Personal Adjustment*. New York 1957.
- Kagan J.: *The Second Year. The Emergence of Self-Awareness*. Cambridge 1981.
- Kamiński A.: *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*. „Studia Pedagogiczne” 1970.

- Kaźmierak Z.:** *Spoleczno-ekonomiczne czynniki warunkujące rehabilitację osób niepełnosprawnych (na przykładzie woj. lubelskiego)*. Lublin 1984.
- Kawczyńska-Butrym Z.:** *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Warszawa 1996.
- Kennedy S., Over R.:** *Psychophysiological assessment of male sexual arousal following spinal cord injury*. „Archives of Sexual Behavior” 1990, nr 19.
- Kępiński A.:** *Z psychopatologii życia seksualnego*. Warszawa 1988.
- Kępiński A.:** *Poznanie chorego*. Warszawa 1989.
- Kinalski R.:** *Czy można stać i kroczyć po całkowitym uszkodzeniu rdzenia kręgowego w odcinku wysokim piersiowym lub szyjnym?* „Postępy Rehabilitacji” 1995, t. IX, z. 1.
- Kirenko J.:** *Psychologiczne problemy paraplegii*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1984a, nr 4.
- Kirenko J.:** *Wybrane zagadnienia z psychologicznej problematyki inwalidów narządu ruchu*. „Ateneum Kapłańskie” 1984b, nr 453.
- Kirenko J.:** *Z badań nad poczuciem sensu życia u młodzieży z uszkodzeniem narządu ruchu*. W: *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa 1985.
- Kirenko J.:** *Psychospołeczne uwarunkowania przystosowania do życia osób z paraplegią*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.
- Kirenko J.:** *Psychospołeczne problemy funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – (komunikat)*. W: J. Sowa (red.): *Niektóre psychospołeczne problemy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Rzeszów 1990.
- Kirenko J.:** *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin 1991.
- Kirenko J.:** *Osobowość jako predyktor przystosowania społecznego (na przykładzie osób z paraplegią)*. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.): *Problemy współczesnej psychologii*. T. 2. Lublin 1992.
- Kirenko J.:** *Kwestionariusz sprawności lokomocyjno-czynnościowej – nowe narzędzie diagnozy*. „Postępy Rehabilitacji”, Suplement 1994a.
- Kirenko J.:** *Wpływ osobowości przedwypadkowej na przystosowanie psychiczne osób z porażkowym inwalidztwem narządu ruchu*. „Postępy Rehabilitacji”, Suplement 1994b.
- Kirenko J.:** *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin 1995.
- Kiwerski J.:** *Urazy kręgosłupa odcinka szyjnego i ich następstwa*. Warszawa 1993.
- Kleck R.:** *Physical stigma and nonverbal cues emitted in face-to-face interaction*. „Human Relations” 1968, nr 21.
- Kleck R.:** *Physical stigma and task oriented interactions*. „Human Relations” 1969, nr 22.
- Kleck R., Ono H., Hastorf A.:** *The effects of physical deviance upon face-to-face interaction*. „Human Relations” 1966, nr 19.
- Klecz K.:** *Pęcherz neurogenny. Podstawy postępowania rehabilitacyjnego*. W: *Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981*. Częstochowa 1981.
- Klimasiński K.:** *Postawy widzjących wobec niewidomych*. „Przegląd Tyflogiczny” 1987, nr 1-2.
- Kluckhohn C.:** *Values and value – orientation in the theory of action*. W: T. Parsons, E. Shils (red.): *Toward a General Theory of Action*. Cambridge 1962.
- Kohut H.:** *The Analysis of the Self*. New York 1971.
- Kolb L.:** *Disturbances of body image*. W: S. Ariet (red.): *American Handbook of Psychiatry*. New York 1959.
- Kołodziej A.:** *Rola grup społecznych i osób znaczących w procesie przystosowania społecznego jednostki*. „Psychologia Wychowawcza” 1973, nr 2.
- Kon J.:** *Kakim oni siebie widiet*. Moskwa 1975.
- Konarska J.:** *Poczucie sensu życia młodzieży z inwalidztwem wzroku*. Lublin 1994.
- Konopnicki J.:** *Funkcjonowanie społeczne. Niedostosowanie społeczne*. Warszawa 1971.
- Konorski J.:** *Integracyjna działalność mózgu*. Warszawa 1969.

- Kopaliński W.:** *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa 1970.
- Kościelska M.:** *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*. Warszawa 1984.
- Kottas A.:** *Podręcznik do Kwestionariusza Osobowości H.G. Gougha*. Warszawa 1975 (maszynopis).
- Kowalik S.:** *Psychologiczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa 1996.
- Kozielecki J.:** *Szczęście po szwedzku*. Warszawa 1974.
- Kozielecki J.:** *Elementy teorii samowiedzy*. „Psychologia Wychowawcza” 1976, nr 1.
- Kratochvil S.:** *Psychoterapia*. Warszawa 1978.
- Kuch J. (red.):** *Rehabilitacja*. Warszawa 1989.
- Kuczyński J.:** *Sens życia*. Warszawa 1981.
- Kukulowicz T.:** *Rodzina w procesie społecznienia dziecka*. Lublin 1978.
- Kulczycki M.:** *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław 1971.
- Kulczycki M.:** *Psychologiczne mechanizmy społecznego zaangażowania*. W: M. Kulczycki (red.): *Pracownice współzarządzanie*. Wrocław 1980.
- Lamid S.:** *Nocturnal penile tumescence studis in spinal cord injured males*. „Paraplegia” 1986, nr 24.
- Larkowa H.:** *Postawy otoczenia wobec inwalidów*. Warszawa 1970.
- Larkowa H.:** *Problemy wartościowania i samooceny w rehabilitacji inwalidów*. W: H. Larkowa (red.): *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów – t. III*. Warszawa 1974.
- Larkowa H.:** *Niektóre psychologiczne aspekty problemów seksualnych w związku z inwalidztwem*. „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1980, nr 3.
- Larkowa H.:** *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*. W: *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa 1985.
- Larkowa H.:** *Barriere psychospoleczne w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. W: A. Hulek (red.): *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*. Warszawa 1986.
- Larkowa H.:** *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa 1987.
- Lazarus R.:** *Personality and Adjustment*. New Jersey 1963.
- Lazarus R., Folkman S.:** *Stress, Appraisal, and Coping*. New York 1984.
- Lehner A., Kuber B.:** *The Dynamics of Personal Adjustment*. London 1964.
- Lewicki A.:** *Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu*. Warszawa 1960.
- Lewicki A.:** *Psychologia kliniczna w zarysie*. Warszawa 1969.
- Lew-Starowicz Z.:** *Współżycie seksualne jako wyraz miłości*. W: *Erotyka w aspekcie zdrowia psychicznego*. Warszawa 1972.
- Lew-Starowicz Z.:** *Problemy seksualne inwalidów*. „Problemy Rodziny” 1974, nr 5.
- Lew-Starowicz Z.:** *Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych*. Warszawa 1985.
- Lew-Starowicz Z., Bilko A., Rybak D.:** *Zaburzenia seksualne u mężczyzn z paraplegią*. „Postępy Rehabilitacji” 1992, t. VI, z. 2.
- Lew-Starowicz Z., Janaszek P.:** *Problemy seksualne ludzi niepełnosprawnych*. W: M. Kozakiewicz (red.): *Wybrane zagadnienia poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego*. Warszawa 1985.
- Linton R.:** *Kulturowe podstawy osobowości*. Warszawa 1975.
- Lipkowski O.:** *Dziecko społecznie niedostosowane i jego resocjalizacja*. Warszawa 1970.
- Lloyd E., Toth L., Perlash I.:** *Vacuum tumescence: An option for spinal cord injured males with erectile dysfunction*. „Science of Nursing” 1989, nr 6.
- Lloyd L., Richards J.:** *Intracavernous pharmacotherapy for management of erectile dysfunction in spinal cord injury*. „Paraplegia” 1989, nr 27.
- Lofquist L.:** *Vocational Counseling with the Physically Handicapped*. New York 1957.
- LoPiccolo J., Lobitz W.:** *The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction*. „Archives of Sexual Behavior” 1972, nr 2.
- LoPiccolo J., Lobitz W.:** *Behavior therapy of sexual dysfunction*. W: L. Hammerlynck, W. Clark (red.): *Critical Issues in Behavior Modification*. Champaign 1973.
- LoPiccolo J., Steger J.:** *The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction*. „Archives of Sexual Behavior” 1974, nr 3.

- Lovitt R.: *Sexual adjustment of spinal cord injury patients*. „Rehabilitation Research and Practice Review” 1970, nr 1.
- Lukas E.: *Auch sein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundheit*. Freiburg 1980.
- Lukas E.: *Auch deine Familie braucht Sinn. Logotherapeutische Hilfe in der Erziehung*. Freiburg 1981.
- Łobocki M.: *Metody badań pedagogicznych*. Warszawa 1978.
- Łukaszewski W.: *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*. Warszawa 1974.
- Łukaszewski W.: *Struktura ja a działanie w sytuacjach zadaniowych. Empiryczne studium nad funkcjami osobowości*. Wrocław 1978.
- Łuszczyński Cz.: *Problematyka życia seksualnego w rehabilitacji społecznej*. „Biuletyn Informacyjny – Rehabilitacja Zawodowa Inwalidów” 1978, nr 57.
- Łuszczyński Cz.: *O łagodzeniu skutków kalectwa*. Warszawa 1980.
- Łuszczyński Cz.: *Znaczące aspekty rehabilitacji społecznej inwalidów*. „Biuletyn Informacyjny – Rehabilitacja Zawodowa Inwalidów” 1981, nr 67.
- McGovern K., Stewart R., LoPiccolo J.: *Secondary orgasmic dysfunction. I. Analysis and strategies for treatment*. „Archives of Sexual Behavior” 1972 (in press).
- Madsen K.: *Współczesne teorie motywacji*. Warszawa 1980.
- Makowski J.: *Zasady rehabilitacji paraplegików*. Warszawa 1971.
- Malewska H.: *Kulturowe i psychospołeczne determinanty życia seksualnego*. Warszawa 1967.
- Mariański J.: *Sens życia w świadomości społeczeństwa polskiego*. „Zeszyty Naukowe KUL” 1983, nr 4.
- Mariański J.: *W poszukiwaniu sensu życia*. Lublin 1990.
- Maslow A.: *Teoria hierarchii potrzeb*. W: J. Reykowski (red.): *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*. Warszawa 1964.
- Maslow A.: *Motywacja i osobowość*. Warszawa 1990.
- Matson R., Brooks N.: *Adjustment to multiple sclerosis: An exploratory study*. „Social Science and Medicine” 1977, t.II.
- Matusewicz Cz.: *Charakter i motywy aktywności młodzieży starszej*. Zielona Góra 1968.
- Matwiejko L., Gusta A., Bohatyrewicz A.: *Zaburzenia seksualne u chorych z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. „Postępy Rehabilitacji” 1990, t. IV, z. 2.
- May R.: *Psychologia i dylemat ludzki*. Warszawa 1973.
- May R.: *Miłość i wola*. Warszawa 1978.
- Mayer J., Eisenberg M.: *Self-concept and the spinal cord injured: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1982, nr 50.
- Mądra M.: *Postawy wobec życia erotycznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Nie publikowana praca magisterska, UMCS, Lublin 1994.
- Mądrzycki T.: *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa 1970.
- McKinney F.: *Psychology of Personal Adjustment*. New York 1960.
- Mesch J.: *Content analysis of verbal communication between spinal cord injured and nondisabled male college students*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1976, nr 57.
- Mika S.: *Wstęp do psychologii społecznej*. Warszawa 1972.
- Mika S. (red.): *Studia nad postawami interpersonalnymi*. Wrocław 1976.
- Mika S.: *Psychologia społeczna*. Warszawa 1981.
- Mitchell K.: *The body image barrier variable and level of adjustment to stress induced by severe physical disability*. „Journal of Clinical Psychology” 1970, nr 26.
- Momose H., Natsume O., Yamamoto M., Suemori T., Yamada K.: *Intracavernous injection of papaverine hydrochloride for impotence in patients with spinal cord injury*. „Hinyokika Kyo” 1987, nr 33.
- Money J.: *Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women*. „Archives of General Psychiatry” 1960, nr 3.

- Money J.:** *Sexual problems of the chronically ill*. W: C. Wahl (red.): *Sexual Problems: Diagnosis and Treatment in Medical Practice*. New York 1967.
- Money J.:** *Phantom orgasm in paraplegics*. „Medical Aspects of Human Sexuality” 1970, (90-97).
- Mooney T., Cole T., Chilgren R.:** *Sexual Options for Paraplegics and Quadriplegics*. Boston 1975.
- Murphy G.:** *Personality: A Biosocial Approach to Origins and Structure*. New York 1947.
- Munro D.:** *The effect of injury of the spinal cord injury and cauda equina on the sexual potency of men*. „New England Journal of Medicine” 1948, nr 239.
- Munro D.:** *The rehabilitation of patients totally paralyzed below the waist, with special reference to making them ambulatory and capable of earning their own living: V. An end result of study of 445 cases*. „New England Journal of Medicine” 1954, nr 250.
- Murray H.:** *Explorations in Personality*. New York 1953.
- Muslin H., Val E.:** *The Psychotherapy of the Self*. New York 1987.
- Neff W.:** *Rehabilitation and work*. W: W. Neff (red.): *Rehabilitation Psychology*. Washington 1971.
- Newcomb Th., Turner R., Converse Ph.:** *Psychologia społeczna*. Warszawa 1970.
- Niebrzydowski L.:** *O poznawaniu i ocenie samego siebie (na przykładzie młodzieży dorastającej)*. Warszawa 1976.
- Nordqvist I.:** *Life Together – The Situation of the Handicapped*. Stockholm 1972.
- Nordqvist I., Chigier S., Hohmann G.:** *Sex and the disabled*. „International Rehabilitation Review” 1973, nr 1.
- Norris-Saker C., Stephens M., Rintala C., Willems E.:** *Patient behavior as a predictor of outcomes in spinal cord injury*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1981, nr 62.
- Norris W., Vise G., Wharton G., Noble C., Atrickland S.:** *The spinal injury learning series: An experimental test*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1982, nr 62.
- Nosal Cz.:** *Wykorzystanie analizy kanonicznej do interpretacji złożonych zależności psychologicznych*. W: J. Brzeziński, T. Marek, Cz. Noworol (red.): *Psychologia matematyczna I: Budowa i interpretacja modeli statystycznych*. Kraków 1984.
- Nowak S. (red.):** *Teorie postaw*. Warszawa 1973.
- Nowe nadzieje. Nowe metody leczenia.** „Science 2” 1992, v. 258, nr 1 (maszynopis).
- Nuttin J.:** *Przystosowanie a motywacja u człowieka*. „Psychologia Wychowawcza” 1966, nr 3.
- Nuttin J.:** *Struktura osobowości*. Warszawa 1968.
- Obuchowska I. (red.):** *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa 1991.
- Obuchowska I., Jaczewski A.:** *Rozwój erotyczny*. Warszawa 1992.
- Obuchowski K.:** *Model i typy przystosowania psychicznego człowieka*. „Zeszyty Naukowe UAM” 1961, z. V.
- Obuchowski K.:** *Anatomia jednostki a osobowość*. „Studia Filozoficzne” 1975, nr 3.
- Obuchowski K.:** *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa 1983.
- Obuchowski K.:** *Psychologiczne problemy seksuologii*. W: K. Imieliński (red.): *Seksuologia społeczna*. Warszawa 1984.
- Oleś P.:** *Wartościowanie a osobowość. Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin 1989.
- Olszak A., Kirenko J.:** *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. „Szkoła Specjalna” 1997, nr 1.
- Ossowski R.:** *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz 1982.
- Ostrowska A.:** *Bariery społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych*. W: M. Sokołowska, A. Rychard (red.): *Studia z socjologii niepełnej sprawności*. Wrocław 1983.
- Pałak Z.:** *Obraz własnej osoby i stopień samoakceptacji młodzieży niewidomej kończącej szkołę podstawową*. Nie publikowana praca doktorska, UMCS, Lublin 1981.

- Palak Z.:** *Obraz własnej osoby i stopień samoakceptacji osób niewidomych w świetle dotychczasowych badań.* W: Z. Sękowska (red.): *Materiały do ćwiczeń z psychologii i pedagogiki specjalnej.* Lublin 1982.
- Palak Z.:** *Psychospołeczne i edukacyjne funkcjonowanie uczniów z niepełnozręcznością wzroku kształcących się w szkołach ogólnodostępnych i specjalnych.* Lublin 1996.
- Paryzek L., Liberska H.:** *Wyznaczanie tendencji podstawowej ze struktury potrzeb.* „Przegląd Psychologiczny” 1984, nr 2.
- Paszowska-Rogacz A., Poraj G.:** *Seks w małżeństwach osób niepełnosprawnych.* „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1991, nr 3.
- Paszowska-Rogacz A.:** *Seks w małżeństwach osób niepełnosprawnych.* „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1993, nr 3.
- Pańnikowska A.:** *Obraz własnej osoby a przystosowanie społeczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.* Nie publikowana praca magisterska, UMCS, Lublin 1990.
- Pawelski A.:** „*Obraz własnego ja*” osoby niepełnosprawnej a efektywność rehabilitacji seksualnej. Uwagi wstępne. „Postępy Rehabilitacji” 1992, t. VI, z. 2.
- Pawłow I.:** *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt.* Warszawa 1957.
- Perkash I.:** *Reproductive biology of paraplegics: Results of semen collection, testicular biopsy and serum hormone evaluation.* „The Journal of Urology” 1985, nr 134.
- Pieter J.:** *Natura ludzka.* „Kwartalnik Filozoficzny” 1938, t. 15, nr 4.
- Pietrasiński Z.:** *Kierowanie własnym rozwojem.* Warszawa 1983.
- Pikor S.:** *Styl życia a przystosowanie społeczne młodzieży z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.* Nie publikowana praca magisterska, UMCS, Lublin 1991.
- Pilch T.:** *Zasady badań pedagogicznych.* Warszawa 1995.
- Plużek Z.:** *Człowiek w poszukiwaniu samego siebie.* W: K. Dąbrowski (red.): *Człowiek, istnienie, działanie.* Kraków 1974.
- Podgórecki A.:** *Patologia życia społecznego.* Warszawa 1971.
- Polakowski K.:** *Struktura osobowości jako predyktor przystosowania i osiągnięć w studiach.* Warszawa 1979.
- Popielski K.:** *Rola „sensu i wartości” w etiologii nerwicy noogennej w ujęciu V.E. Frankla.* W: *Sprawozdanie Towarzystwa Naukowego KUL.* Lublin 1971.
- Popielski K.:** *Rola idei wiodącej w procesie integracji osobowości.* „Summarium” 1973, nr 2.
- Popielski K.:** *Dynamika procesu przystosowania osobowości w świetle badań psychometrycznych wybranych grup.* Nie publikowana praca doktorska, KUL, Lublin 1975.
- Popielski K.:** *Poszukiwanie sensu – poszukiwanie Boga.* „Chrześcijanin w Świecie” 1978, nr 2.
- Popielski K.:** *Problematyka przystosowania.* W: Z. Babska, A. Biela, T. Witkowski (red.): *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w roku akademickim 1984/85.* Lublin 1986.
- Popielski K. (red.):** *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii.* Lublin 1987.
- Popielski K., Wolicki M.:** *Antropologiczno-filozoficzne podstawy analizy egzystencjalnej i niektóre jej aplikacje do teorii osobowości.* W: K. Popielski (red.): *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii.* Lublin 1987.
- Pospiszyl K.:** *Psychologiczna analiza wadliwych postaw społecznych młodzieży.* Warszawa 1973.
- Pospiszyl K.:** *Poglądy na temat niedostosowania społecznego.* „Szkoła Specjalna” 1976, nr 3.
- Pospiszyl K., Żabczyńska E.:** *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie.* Warszawa 1981.
- Powers F.:** *Rozwój społeczny.* W: C. Skinner (red.): *Psychologia wychowawcza.* Warszawa 1971.

- Prężyna W.:** *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. Lublin 1981.
- Prusiński A.:** *Podstawy neurologii klinicznej*. Warszawa 1983.
- Przełęcki M.:** *Sens a wartości*. „Studia Filozoficzne” 1981, nr 4.
- Przetacznikowa M.:** *Rozwój struktury mechanizmów regulacyjnych czynności ludzkich*. „Psychologia Wychowawcza” 1971, nr 2.
- Rabin B.:** *The Sensuous Wheeler*. Santa Ana 1974.
- Radochoński M.:** *Poczucie sensu życia u osób dorosłych po utracie wzroku*. W: B. Pilecka (red.): *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*. Rzeszów 1986.
- Radochoński M.:** *Poczucie sensu życia osób ociemniałych jako wyznacznik postawy wobec siebie*. „Przegląd Tyflogiczny” 1987, nr 1-2.
- Rembowski J.:** *Więzi uczuciowe w rodzinie*. Warszawa 1972.
- Reutt J., Reuttowa N.:** *Badania osobowości metodą TAT Murraya*. Warszawa 1960.
- Reykowski J. (red.):** *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*. Warszawa 1964.
- Reykowski J.:** *Ocena i samoocena*. „Wychowanie” 1966, nr 8.
- Reykowski J.:** *Osobowość*. W: M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (red.): *Psychologia jako nauka o człowieku*. Warszawa 1967.
- Reykowski J.:** *„Obraz własnej osoby” jako mechanizm regulujący postępowanie*. „Kwartalnik Pedagogiczny” 1970, nr 3.
- Reykowski J.:** *Osobowość a trwały stres*. W: H. Larkowa (red.): *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów – t. II*. Warszawa 1971a.
- Reykowski J.:** *O niektórych formach integracyjnych i regulacyjnych funkcji osobowości*. „Psychologia Wychowawcza” 1971b, nr 6-7.
- Reykowski J.:** *Postawy a osobowość*. W: S. Nowak (red.): *Teorie postaw*. Warszawa 1973.
- Reykowski J.:** *Zadania pozaosobiste jako regulator czynności*. W: I. Kurcz, J. Reykowski (red.): *Studia nad teorią czynności ludzkich*. Warszawa 1975.
- Reykowski J.:** *Nastawienie egocentryczne i nastawienie prospołeczne*. W: J. Reykowski (red.): *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi*. Warszawa 1976.
- Reykowski J.:** *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka*. W: T. Tomaszewski (red.): *Psychologia*. Warszawa 1979.
- Reykowski J.:** *Procesy emocjonalne. Motywacja. Osobowość*. Warszawa 1992.
- Richards B.:** *A social and psychological study of 166 spinal cord injured patients from Queensland*. „Paraplegia” 1982, nr 20.
- Rieve J.:** *Sexuality and the adult with acquired physical disability*. „Nursing Clinics of North America” 1989, nr 24.
- Roehner G.:** *A Study of Certain Public Attitudes Toward Orthopaedically Disabled*. New York 1959.
- Rogalska M.:** *Poczucie sensu życia osób z inwalidztwem narządu ruchu (na podstawie badań empirycznych)*. Nie publikowana praca magisterska, KUL, Lublin 1989.
- Rogers C.:** *A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as a developed in the client-centered framework*. W: S. Koch (red.): *Psychology: A Study of a Science – vol. III*. New York 1959.
- Rohrer K., Adelman B., Puckett J., Toomey B., Talbert D., Johnson E.:** *Rehabilitation in spinal cord injury: use of a patient-family group*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1980, nr 61.
- Rokicka D.:** *Ludzie niepełnosprawni także mogą się kochać*. „Biuletyn Informacyjny – Rehabilitacja Zawodowa Inwalidów” 1988, nr 3.
- Rokicki T.:** *Maszynopis bez zaznaczonej daty i miejsca wydania (źródło: Stowarzyszenie „Grupa Aktywnej Rehabilitacji”)*.
- Rollwagen W.:** *Glaube und Wissen*. W: H. Huber, O. Schatz (red.): *Glaube und Wissen*. Wien 1980.
- Romano M.:** *Sexuality and the disabled female*. „Accent on Living” 1973a, nr 27.
- Romano M.:** *Sexual counseling in groups*. „Journal of Sex Research” 1973b, nr 9.

- Romano M., Lassiter R.:** *Sexual counseling with the spinal cord injured*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1972, nr 53.
- Rosen G., Ross A.:** *Relationship of body image to self-concept*. „Journal of Consulting Clinical Psychology” 1968, nr 32.
- Rosenstiel A., Roth S.:** *Relationship between cognitive activity and adjustment in four spinal cord injured individuals: A longitudinal investigation*. „Journal of Human Stress” 1981, nr 7.
- Rosińska Z., Matuszewicz Cz.:** *Kierunki współczesnej psychologii. Ich geneza i rozwój*. Warszawa 1984.
- Rostowski J.:** *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa 1989.
- Różycka J.:** *Psychologia zachowania się kobiet w wieku starszym*. Wrocław 1971.
- Sadowski B., Chmurzyński J.:** *Biologiczne mechanizmy zachowania*. Warszawa 1989.
- Safilios-Rothschild C.:** *The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation*. New York 1970.
- Sahakian W.:** *Psychotherapy and Counseling*. Boston 1976.
- Sarkarati M., Rossier A.:** *Experience in vibratory and electro-ejaculation techniques in spinal cord injury patients: A preliminary report*. „The Journal of Urology” 1987, nr 138.
- Schaler M.:** *Sexual counseling for the spinal cord injured: A review of five programs*. „Journal of Sex Marital Therapy” 1982, nr 8.
- Schimel J.:** *Self esteem and sex*. W: L. Gross (red.): *Sexual Behavior-Current Issues*. Flushing 1974.
- Schneiders A.:** *Personal Development and Adjustment in Adolescence*. Milwaukee 1960.
- Schurch B., Kuhn W.:** *Erectile dysfunction of male spinal cord injury patients*. „Schweiz-Rundsch-Med-Prax” 1990, nr 18.
- Scolard P., Jourard S.:** *The appraisal of body catheteris: Body catheteris and the self*. „Journal of Consulting Psychology” 1953, nr 17.
- Seidler G.:** *Psychosocial adjustment of paraplegics*. „Z-Psychosom-Med-Psychoanal.” 1986, nr 32.
- Seyle H.:** *Stres życia*. Warszawa 1960.
- Seyle H.:** *Stres okiełznany*. Warszawa 1977.
- Sękowska Z.:** *Pedagogika specjalna*. Warszawa 1982.
- Sękowska Z.:** *Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej*. Warszawa 1991.
- Sękowski A.:** *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin 1994.
- Shaffer L., Shoben E.:** *The Psychology of Adjustment*. Boston 1956.
- Sherif W., Sherif M.:** *Attitude and Attitude Change*. London 1965.
- Shontz F.:** *Reactions to crisis*. „Volta Review” 1965, nr 67.
- Shontz F.:** *Physical disability and personality*. W: W. Neff (red.): *Rehabilitation Psychology*. Washington 1971.
- Shontz F., Fink S.:** *A method for evaluating psychosocial adjustment of the chronically ill*. „American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation” 1960, nr 40.
- Siek S.:** *Osobowość*. Warszawa 1982.
- Siek S.:** *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa 1983.
- Siek S.:** *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrona siebie*. Warszawa 1984.
- Siek S.:** *Formowanie osobowości*. Warszawa 1986.
- Siösteen A., Forssman L., Steen Y., Sullivan L., Wickstrom I.:** *Quality of semen after repeated ejaculation treatment in spinal cord injury men*. „Paraplegia” 1990, nr 28.
- Sidi A., Cameron J., Dykstra D., Reinberg Y., Lange P.:** *Vasoactive intracavernous pharmacotherapy for the treatment of erectile impotence in men with spinal cord injury*. „The Journal of Urology” 1987, nr 138.
- Siller J.:** *Studies in Reaction to Disability. XII: Structure of Attitudes Toward the Physically Disabled: Disability Factor Scales-Amputation, Blindness, Cosmetic Conditions*. New York 1967.

- Siller J.:** *Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries*. „Rehabilitation Literature” 1969, nr 30.
- Siller J.:** *The role of personality in attitudes toward those with physical disabilities*. W: H. Yuker (red.): *Attitudes Toward Persons with Disabilities*. New York 1988.
- Silver R., Wortman C.:** *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, nr 4/5.
- Singh S., Magner T.:** *Sex and self: The spinal cord injured*. „Rehabilitation Literature” 1975, nr 36.
- Siwek S.:** *Samoakceptacja młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu*. W: S. Popek (red.): *Z badań nad różnicami indywidualnymi procesów nauczania i wychowania*. Lublin 1984.
- Skorny Z.:** *Psychologia wychowawcza dla nauczycieli*. Warszawa 1987.
- Slot O., Drewes A., Andreasen A., Olsson A.:** *Erectile and ejaculatory function of males with spinal cord*. „Intellectual Disability Study” 1989, nr 11.
- Smith M., Bruner J., White R.:** *Opinions and Personality*. New York 1956.
- Snyder A., LoPiccolo L., LoPiccolo J.:** *Secondary orgasmic dysfunction. II. Case study*. „Archives of Sexual Behavior” 1972 (in press).
- Sokołowska M., Ostrowska A.:** *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*. Wrocław 1976.
- Sowa J.:** *Kulturowe założenia pojęcia mnormalności w psychiatrii*. Warszawa 1984.
- Spica M.:** *Sexual counseling standards for the spinal cord injured*. „Journal Neurosci Nurs” 1989, nr 21.
- Spionek H.:** *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa 1975.
- Stanula T.:** *Zachowanie przystosowawcze młodzieży niewidomej kończącej szkołę podstawową*. Nie publikowana praca doktorska, UMCS, Lublin 1981.
- Steger J., Brockway J.:** *Sexual enhancement in spinal cord injury patients: Behavior group treatment*. Paper presented at American Congress of Rehabilitation Medicine. New Orleans 1978.
- Steger J., Brockway J.:** *Sexual enhancement in spinal cord injured patients: Behavioral group treatment*. „Sexuality and Disability” in press, 1980, nr 2.
- Steinglass P., Temple S., Lisman S., Reiss D.:** *Coping with spinal cord injury: the family perspective*. „General Hospital Psychiatry” 1982, nr 4.
- Stern D.:** *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental psychology*. New York 1985.
- Strelau J.:** *Różnice indywidualne*. W: T. Tomaszewski (red.): *Psychologia*. Warszawa 1975.
- Strelau J.:** *Podstawy psychologii dla nauczycieli*. Warszawa 1981.
- Stewart T., Rossier A.:** *Psychological considerations in the adjustment to spinal cord injury*. „Rehabilitation Literature” 1978, nr 39.
- Strojnowski J.:** *Psychologia fizjologiczna*. Lublin 1981.
- Studnik M.:** *Psycholingwistyczny problem znaczenia emotywnego*. Lublin 1982.
- Sylwanowicz W. (red.):** *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa 1980.
- Sylwanowicz W.:** *Mały atlas anatomii*. Warszawa 1984.
- Szasz G.:** *Clinical observation in vibratory stimulation of the penis of men with spinal cord injury*. „Archives of Sexual Behavior” 1989, nr 18.
- Szczepański J.:** *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1970.
- Szczepański J.:** *Wartości kultury, styl życia i wzory konsumpcji*. Materiały z Konferencji, Jabłonna 1975.
- Szczepański J.:** *Sprawy ludzkie*. Warszawa 1988.
- Szewczuk W.:** *Psychologia*. Warszawa 1990.
- Szulc A.:** *Porażenia i niedowłady w przebiegu chorób kręgosłupa i rdzenia kręgowego*. W: W. Dega (red.): *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa 1983.
- Szuman S.:** *Poważne i pogodne zagadnienia afirmacji życia*. Kraków 1947.
- Szymczak M. (red.):** *Słownik języka polskiego*. Warszawa 1981.
- Śleszyński D.:** *Osobowość, zachowanie, sens życia*. „Więź” 1978, nr 8.

- Świdorski G.:** *Porażenia i niedowłady po urazach kręgosłupa*. W: W. Dega (red.) *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa 1968.
- Talbot H.:** *A report on sexual function in paraplegia*. „The Journal of Urology” 1949, nr 61.
- Talbot H.:** *Sexual function in paraplegics*. „The Journal of Urology” 1955, nr 73.
- Talbot H.:** *Psychosocial aspects of sexuality in spinal cord injury patients*. „International Journal of Paraplegia” 1971, nr 9.
- Tarabulcy E.:** *Sexual functions in the normal and paraplegic*. „Paraplegia” 1972, nr 10.
- Taylor S.:** *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, nr 6/7.
- Thomas K.:** *Konzentration für geistige Arbeit und Lebensgestaltung*. Freiburg 1979.
- Thorne F.:** *A factorial study of sexuality in adult males*. „Journal of Clinical Psychology” 1966, nr 22.
- Tomaszewski T.:** *Wstęp do psychologii*. Warszawa 1963.
- Tomaszewski T.:** *Dwa nurty teorii osobowości*. „Nowa Szkoła” 1966, nr 5.
- Tomaszewski T.:** *Aktywność człowieka*. W: M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (red.): *Psychologia jako nauka o człowieku*. Warszawa 1967.
- Tomaszewski T. (red.):** *Psychologia*. Warszawa 1975.
- Tomaszewski T.:** *Ślady i wzorce*. Warszawa 1984.
- Tomko M., Griffith E., Timms R.:** *Sexual adjustment counseling with the spinal cord injured male*. „Journal of Applied Rehabilitation Counseling” 1972, nr 3.
- Topliss E.:** *Disabled families*. W: 2nd European Conference of Rehabilitation International *Disability in the Family*. Brighton 1978.
- Trawińska M.:** *Socjologia seksu. Społeczno-normatywne uwarunkowania zachowań*. W: K. Imieliński (red.): *Seksuologia społeczna*. Warszawa 1984.
- Trieschmann R.:** *Sex Drives, Aex Act, and Sexuality*. American Congress of Rehabilitation Medicine 1973.
- Trieschmann R.:** *The Psychological, Social and Vocational Adjustment in Spinal Cord Injury: A Strategy for Future Research (Final Report 13-P-59011-9-01)*. 1978.
- Trieschmann R.:** *Spinal Cord Injuries – Psychological, Social and Vocational Adjustment*. New York 1980.
- Trojanecki S.:** *Struktura potrzeb i dążeń chorych z przewlekłą gruźlicą płuc*. W: H. Larkowa (red.): *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów – t. III*. Warszawa 1974.
- Tyszkowa M.:** *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*. Warszawa 1972.
- Tyszkowa Z.:** *Socjologia rodziny*. Warszawa 1976.
- Tucker S.:** *The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction*. „Rehabilitation Literature” 1980, nr 41.
- Urey J., Hengeler S.:** *Marital adjustment following spinal cord injury*. „Archives Physical Medicine and Rehabilitation” 1987, nr 68.
- VerVoort S.:** *Ejaculatory stimulation in spinal cord injured men*. „Urology” 1987, nr 29.
- Vincent C. (red.):** *Human Sexuality in Medical Education and Practice*. Springfield 1968.
- Wachs H., Zaks M.:** *Studies of body image in men with spinal cord injury*. „Journal of Nervous and Mental Disease” 1960, nr 131.
- Walbroehl G.:** *Sexuality in the handicapped*. „American Family Physician” 1987, nr 36.
- Wall W.:** *Constructive Education for Special Groups: Handicapped and deviant children*. London 1979.
- Warner T., Williams S.:** *The Meaning in Life Inventory*. 1987 (maszynopis).
- Weinberg J.:** *Human sexuality and spinal cord injury*. „Nursing Clinics of North America” 1982, nr 17.
- Weiss A., Diamond M.:** *Sexual adjustment, identification and attitudes of patients with myelopathy*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1966, nr 47.
- Weiss M.:** *Zasady postępowania w urazowych uszkodzeniach rdzenia kręgowego*. Warszawa 1974.

- Weiss M.:** *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniem rdzenia kregowego*. W: W. Dega, K. Milanowska (red.): *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa 1983.
- Węgliński A.:** *Resocjalizacja nieletnich w warunkach wolności dozorowanej oraz izolacji zakładowej*. Lublin 1993.
- Wiggs J., Wiggins N., Conger J.:** *Correlates of heterosexual somatic preferences*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1968, nr 10.
- Wilhelmsson B., Mattsson A.:** *Informator ORSN*. Warszawa 1984.
- Winnicott D.:** *Playing and reality*. Middlese 1971.
- Wiśniewski W.:** *Przystosowanie do środowiska uczelnianego*. Warszawa 1969.
- Wiśniewska-Roszkowska K.:** *Eros zabłąkany*. Warszawa 1986.
- Witkowski T.:** *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa 1993.
- Witkowski T.:** *Obraz siebie młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną oraz sensoryczną*. Warszawa 1996.
- Wittreich W., Radeliffe K.:** *The influence of simulated mutilation upon the perception of the human figure*. „Journal of Abnormal and Social Psychology” 1955, nr 51.
- Wojcieszke B.:** *Struktura „ja”, a wartości osobiste i zachowanie*. „Przegląd Psychologiczny” 1983, nr 1.
- Wolicki M.:** *V E. Frankla koncepcja osoby*. „Roczniki Filozoficzne” 1983, nr 1.
- Wolicki M.:** *Wkład polskiej myśli psychologicznej w rozwiązywanie problemu sensu życia*. W: K. Popielski (red.): *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*. Lublin 1987.
- Wright B.:** *Psychologiczne aspekty fizycznego invalidztwa*. Warszawa 1965.
- Wylie R.:** *The self-concept: A critical survey of research literature*. University of Nebraska 1961.
- Wyss D.:** *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Göttingen 1977.
- Zaborowski Z.:** *Psychologia dostosowania*. „Ruch Pedagogiczny” 1962, nr 1.
- Zasler N., Katz P.:** *Synergist erection system in the management of impotence secondary to spinal cord injury*. „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1989, nr 70.
- Zeitlin A., Cottrell T., Lloyd F.:** *Sexology of the paraplegic male*. „Fertility and Sterility” 1957, nr 8.
- Ziemska M.:** *Rodzina a dziecko*. Warszawa 1979.
- Znaniński F.:** *Socjologia wychowania*. Warszawa 1973.
- Żebrowska M. (red.):** *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa 1975.
- Żuraw H.:** *Uczestnictwo młodzieży niepełnosprawnej w kulturze*. Warszawa 1996.

SPIS TABEL I WYKRESÓW

Tabela 1. <i>Skala Potrzeb i Reakcji Seksualnych (SPRS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	107
Tabela 2. <i>Skala Bodźców Seksualnych (SBS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	113
Tabela 3. <i>Podobieństwo hierarchii bodźców seksualnych w badanych grupach „A” i „B”</i>	114
Tabela 4. <i>Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B” – wynik ogólny</i>	120
Tabela 5. <i>Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) – porównanie grup kobiet z grupami mężczyzn</i>	122
Tabela 6. <i>Inwentarz Interakcji Seksualnych (IIS) – porównanie kobiet z mężczyznami w grupie podstawowej „A” i porównawczej „B”</i>	122
Tabela 7. <i>Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (WCQ) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	128
Tabela 8. <i>Kwestionariusz Przystosowania Psychospołecznego (PACI) – porównanie grupy (podstawowej „A”) osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego „A_B” z grupą opiekunów tych osób „A_O”</i>	133
Tabela 9. <i>Skala Samooceny (TSCS) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	143
Tabela 10. <i>Kwestionariusz H. A. Murraya – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	154
Tabela 11. <i>Podobieństwo hierarchii potrzeb w wymiarach Kwestionariusza H. A. Murraya w grupach „A” i „B”</i>	156
Tabela 12. <i>Skala Sensu Życia (MLI) – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	166
Tabela 13. <i>Dyferencjal semantyczny – porównanie grupy podstawowej „A” z grupą porównawczą „B”</i>	173
Tabela 14. <i>Podobieństwo hierarchii pojęć dyferencjalu semantycznego w badanych grupach „A” i „B”</i>	176
Tabela 15. <i>Macierz czynników uzyskanych w grupie podstawowej „A” i grupie porównawczej „B”</i>	186
Tabela 16. <i>Macierz współczynników korelacji r-Spearmana – czynniki grupy „A” i „B”</i>	188
Tabela 17. <i>Macierz współczynników korelacji r-Pearsona – grupa podstawowa „A”</i>	256

Tabela 18. <i>Macierz współczynników korelacji r-Pearsona – grupa porównawcza „B”</i>	259
Tabela 19. <i>Zróźnicowanie współczynników korelacji między grupą podstawową „A” i porównawczą „B”</i>	261
Tabela 20. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”</i>	199
Tabela 21. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między przystosowaniem psychospołecznym a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”</i>	200
Tabela 22. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”</i>	202
Tabela 23. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między samooceną a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”</i>	204
Tabela 24. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”</i>	208
Tabela 25. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między potrzebami psychicznymi a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”</i>	210
Tabela 26. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”</i>	216
Tabela 27. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między poczuciem sensu życia a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”</i>	218
Tabela 28. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym – grupa podstawowa „A”</i>	221
Tabela 29. <i>Macierz współczynników korelacji kanonicznej między postawami wobec życia erotycznego a funkcjonowaniem seksualnym – grupa porównawcza „B”</i>	222
Wykres 1. <i>Profile Sposobów Radzenia Sobie z Problemami (skala stenowa)</i>	129
Wykres 2. <i>Profile Przystosowania Psychospołecznego (skala stenowa)</i>	134
Wykres 3. <i>Profile Kwestionariusz H. A. Murraya – skala stenowa</i>	155
Wykres 4. <i>Profile dyferencjału semantycznego (skala stenowa) – wynik globalny</i>	175
Wykres 5. <i>Profile dyferencjału semantycznego (skala stenowa) – dymensja Wartościowanie</i>	179
Wykres 6. <i>Krzywe profilów samooceny w standardzie W. Fittsa (arkusz profilu)</i>	147

ANEKS

Tabela 17. Macierz współczynników korelacji r -Pearsona - grupa podstawowa „A”

	Uss	Srs	Wer	Ins	Dma	Chw	Pow	Zpw	Nsr	Nps	Ocs	Ocz	Owrt	Po	Psc	Pog	St	Sip	Wak	Mkp	Dys	Sok	Ogn	
Rp	.21	.21	.12	.10	.06	.06	.08	.08	.17	.17	.20	-.01	-.04	.17	.28*	.11	.15	.21	.09	.19	.14	.14	-.15	-.14
Pg	.07	-.01	-.07	.10	-.14	-.12	-.03	.07	-.09	-.02	-.01	.00	.06	.09	-.05	-.07	-.09	.09	-.04	.02	-.01	-.35*	-.39*	
Oh	.13	.15	.12	.00	-.00	.06	.11	.04	.00	.12	.02	-.06	-.13	.03	.03	-.12	-.02	.16	.10	.14	.06	-.21	-.25	
Sw	.24*	.05	-.02	-.10	-.05	.07	.09	.25	.06	.01	.06	.14	.10	-.06	.09	-.05	.01	.12	-.19	.14	.02	-.30*	-.33*	
Np	.19	.18	.11	-.18	-.11	.04	.16	.06	.09	.23*	.16	-.05	-.11	.15	.04	-.01	.02	.07	-.16	.28*	.02	-.11	-.13	
Os	.02	-.02	-.04	-.14	-.03	.04	.03	.20	-.05	-.02	-.14	.18	-.10	.09	-.13	-.04	-.05	.09	.05	.06	-.33*	-.37*	-.43*	
Rm	.33*	.14	.09	.04	.01	.14	.14	.27	.17	.18	.16	-.06	-.08	-.06	.01	-.00	-.04	.12	.13	.13	.13	.01	-.03	
Za	.08	.29*	.03	.10	.09	.12	.27*	.17	.05	.01	.03	.01	.08	.01	.12	.09	.20	.22*	.02	.19	.01	.12	.08	
Mo	.11	.14	.07	.19	.22*	.17	.14	.33	.14	-.05	.24*	.10	.08	-.13	.13	.14	.09	.18	.09	-.00	.06	-.04	-.01	
PS	-.07	.06	.14	.39*	.20	.13	.11	.27	-.01	-.07	-.13	.05	-.10	.14	.11	.10	.10	.06	.07	-.07	-.07	.16	.15	
PO	-.13	.05	-.09	-.00	-.10	-.05	.03	-.10	-.07	-.08	.25*	.05	.05	.13	-.09	-.06	-.14	.04	.00	-.13	-.27*	-.17	-.25	
Np	-.08	.05	-.05	-.09	.12	-.00	-.12	-.13	-.07	.20	.10	.11	.03	.05	.16	-.11	-.03	-.09	-.07	.02	.16	.01	-.01	
Dp	-.34*	-.16	-.04	-.04	-.03	-.06	-.14	.28	-.29*	-.19	-.30*	.02	-.08	-.14	-.16	-.26*	-.08	.05	.00	-.15	-.26*	.10	-.01	
Ss	-.32*	-.33*	-.10	-.12	-.05	-.10	-.24*	.34	-.38*	.30*	-.35*	.03	-.14	-.03	-.19	-.18	-.11	-.01	-.01	-.12	-.16	.08	.03	
Pp	.00	.24*	.33*	-.06	.15	.20	.07	.00	.13	.21	.08	.27*	.19	.21*	.25*	-.02	.12	.15	.09	.17	-.01	-.10	-.08	
Sc	-.20	-.36*	-.12	.09	-.01	-.24*	-.33*	-.05	-.32*	-.40*	-.27*	-.25*	-.13	.05	-.04	-.01	-.16	.16	-.01	-.16	-.08	-.02	-.04	
T/F	-.05	.10	-.12	.06	.06	.03	.04	.12	-.08	.04	-.20	.03	.14	.19	-.05	.12	.03	-.01	.02	-.14	.02	-.12	-.18	
Pkn	.26*	.36*	.12	.08	.12	.20	.21	.17	.46*	.42*	.36*	.23*	.15	.25*	.38*	.20	.22*	-.05	.04	.06	.31*	-.01	.05	
Pkr	.33*	.27*	.08	.24*	.12	.08	.17	.18	.31*	.26*	.31*	.15	.07	.27*	.33*	.21	.22*	-.06	.08	.07	.09	-.11	-.07	
P	.09	.15	-.04	.17	.08	.08	.09	.35	-.06	.07	-.04	.13	.19	.09	.04	-.05	.14	.09	.06	-.01	-.04	-.17	-.24	
Rzqa1	.20	.00	-.06	-.02	.12	-.10	-.04	.28	-.01	-.05	.01	.15	.10	-.29*	-.15	.13	.03	.14	.14	.05	-.00	-.21	-.16	
Rzqa2	.06	.12	.07	.20	.08	.15	.12	.21	-.05	.09	-.09	-.07	.09	.04	.14	.03	.08	.04	.06	.06	-.13	-.10	-.21	
Rzqa3	.07	.17	-.10	.14	-.03	.09	.10	.30	-.06	.07	.01	.17	.18	.03	.07	-.01	.18	.01	-.06	-.05	.05	-.05	-.10	
KoIA	.02	-.05	-.12	.33*	.06	-.05	.02	.07	-.28*	.20	-.28*	-.19	-.04	-.06	-.12	-.08	-.03	-.02	.13	-.10	-.26*	-.01	-.08	
KoIB	-.05	-.05	.05	.03	.03	-.03	-.11	.11	-.21	.03	.12	.22	.21	-.06	.10	.18	.08	.02	.03	-.11	-.14	-.11	-.06	
KoIC	.04	.27*	-.02	.10	.12	.10	.19	.39	.06	.17	.12	.22	.21	-.06	.10	.18	.08	.02	.03	.07	-.07	-.07	-.05	
KoID	.24*	.20	.09	.00	-.01	.24*	.11	.58*	.32*	.24*	.11	.21	.24*	.03	.17	.10	.29*	.17	.17	.13	.00	-.09	-.20	
KoIE	.02	.07	-.16	.05	.02	-.05	-.01	.09	-.17	-.08	-.13	.11	.18	-.20	-.02	-.02	.02	.09	-.02	-.01	-.10	-.27	-.35*	
TotV	.22*	.29*	.08	.19	.16	.29*	.20	.17	.09	.18	.11	.1	.18	.05	.10	.02	.08	.27*	-.02	.10	-.11	-.22	-.26	

KIV	.12	.25*	.04	.15	.14	.27*	.17	.18	.08	.15	.13	.09	.13	.05	.17	.07	.07	.16	-.10	.10	-.04	-.11	-.15
RIV	.29*	.24*	.12	.19	.15	.21	.19	.10	.07	.15	.05	.20	.18	.03	-.04	-.05	.07	.36*	.12	.06	-.19	-.35*	-.37*
D	.31*	.36*	.10	.21*	.16	.17	.21	.22	.25*	.35*	.32*	.30*	.19	.26*	.26*	.06	.19	.04	.05	.08	-.01	-.24	-.24
pDom	.22*	.17	.22*	.23*	.17	.16	.20	.23	.16	.13	-.10	.07	-.02	.09	.14	.05	.02	-.08	.22*	.18	-.01	-.24	-.08
pUle	.14	.09	-.03	-.14	-.09	.08	.15	-.17	.28*	.22*	.06	.23	.25*	.16	.03	.01	.09	.00	-.04	.30*	-.02	-.46*	-.43*
pAut	.29*	.18	.24*	.23*	.03	.18	.19	.12	.12	-.04	-.04	-.07	-.05	.17	.15	.13	.12	.00	.18	.12	-.18	-.26	-.26
pAgr	.24*	.23*	.20	.23*	.07	.06	.21	.25	.13	.01	.00	.09	.17	.15	.17	.10	.09	.15	.12	.11	-.09	-.09	-.04
pTon	.02	-.26*	.02	-.29*	-.16	-.03	-.10	-.35	-.09	-.12	-.24*	.02	-.11	-.10	-.31*	-.11	-.14	.10	-.05	.01	-.22	-.47*	-.50*
pWyc	.35*	.22*	.04	-.01	.08	.14	.24*	-.05	.33*	.10	-.04	.24*	.24*	.03	.06	-.00	-.06	-.03	.07	.17	-.03	-.50*	-.44*
pSek	.32*	.35*	.33*	.14	.30*	.44*	.51*	.05	.27*	.20	.19	.02	.07	.13	.31*	.20	.09	.29*	.11	.35*	-.15	-.21	-.29*
pPdz	.21	.02	.10	-.15	-.11	-.01	.06	-.21	.09	.10	.04	.15	.21	.14	-.01	.04	-.06	.00	.09	.17	-.15	-.40*	-.36*
pEks	.31*	.19	.23*	.14	.18	.27*	.26*	-.12	.26*	.23*	.13	.19	.09	.13	.12	.10	.06	.09	.19	.11	.05	-.40*	-.28*
nZab	.20	.16	.22*	.04	.27*	.17	.15	.03	.22*	.15	.12	-.03	.04	.06	.03	.00	-.05	.22*	.07	.24*	-.06	-.34*	-.27
pZo	.21	.11	.10	-.02	-.06	.11	.15	-.30	.00	-.12	-.03	.09	.05	.17	.13	.11	.01	.06	-.10	.19	-.26*	-.32*	-.35*
pSto	.11	.00	-.04	.03	-.01	.07	-.01	.16	.09	.05	-.02	-.10	-.04	.02	-.02	.07	-.05	.03	.04	.17	-.04	-.31*	-.32*
pDoo	.13	-.27*	-.11	-.14	-.24*	-.09	-.08	-.27	-.27*	-.07	-.15	-.01	-.05	-.08	-.39*	-.16	-.24*	.01	-.08	-.03	.30*	-.54*	-.57*
pZvw	.22*	-.02	.06	.02	.15	.01	.11	.05	.15	.12	.09	.00	.04	.05	.03	-.01	-.06	.19	-.10	.07	-.10	.51*	-.52*
pUpnv	.07	-.17	.00	-.23*	-.19	-.02	-.03	-.25	-.18	-.23*	-.20	-.03	.02	-.01	-.16	.01	-.03	.09	.04	.08	-.45*	-.47*	-.59*
pUit	.14	-.02	-.06	.02	-.04	-.01	.11	.11	.02	-.32*	-.21	-.05	-.02	.08	-.06	-.03	.00	.06	.07	.12	-.37*	-.43*	-.49*
pKom	.35*	.14	.08	.15	.13	.11	.28*	-.12	.11	.09	-.21	-.04	.00	-.05	.12	.09	.15	.12	.23*	.21	-.05	-.41*	-.36*
pUyf	.25*	-.14	.01	-.07	.01	-.04	-.13	-.06	-.11	-.02	-.17	.02	-.16	-.17	.15	-.05	-.03	.01	-.07	-.10	-.47*	-.46*	
pPoz	.28*	.06	.03	-.17	-.13	-.05	-.04	-.34	.14	.06	.07	.17	.14	.12	.00	.07	-.05	.03	.04	.05	.07	-.20	-.13
Sz1	.16	.01	-.04	-.04	-.10	-.05	.08	-.16	-.04	.21	.24*	.02	.04	.02	.08	-.07	.04	.02	.26*	.05	-.01	.04	-.03
Sz2	-.01	-.02	.01	-.08	-.07	-.14	-.03	.12	-.25*	-.07	.06	-.17	-.05	.32*	-.10	-.14	.02	.30*	.04	-.03	-.08	.15	.06
Sz3	-.19	-.17	-.02	-.16	-.18	.01	-.08	-.00	-.23*	-.20	-.05	-.28*	-.20	-.19	-.06	-.05	.00	.19	-.14	-.06	-.07	.08	-.02
Sz4	.13	-.00	.09	.01	-.03	-.00	.02	.18	-.11	.07	.13	-.14	-.04	.04	.12	.00	.05	.05	.10	-.01	.11	.20	.18
Sz5	.12	.29*	.22*	-.19	.04	.32*	.28*	.23	.47*	.44*	.17	.39*	.38*	.33*	.26*	.15	.21	-.23*	.07	.20	.11	.16	.13
Sz6	-.35*	-.09	.12	.19	.05	.01	.01	-.19	-.30*	-.26*	-.35*	-.43*	-.38*	-.10	-.02	-.01	-.05	.20	.16	.06	-.31*	.06	.01
Sz7	-.27*	-.28*	-.06	-.04	-.10	-.16	-.17	-.17	-.36*	-.38*	-.27*	-.31*	-.19	-.40*	.36*	-.14	-.13	.31*	.04	-.20	-.24	.02	-.00
Sz8	-.18	.04	-.02	-.09	-.06	-.07	-.09	.31	-.05	.11	.04	.04	.16	-.11	-.02	-.07	.12	.25*	-.05	-.09	-.17	-.03	-.09
Sz9	.02	.04	-.05	-.10	-.06	-.10	-.06	-.06	.02	-.03	.04	-.05	-.03	.06	.04	-.06	-.06	-.10	.08	-.08	-.07	-.09	-.10

Sz/0	-.16	-.03	.01	-.01	-.04	.10	-.12	.25	.02	-.10	.12	-.28*	-.10	-.19	-.03	.04	-.02	.31*	-.13	-.06	.04	.34*	-.29*
Sz/1	-.17	-.03	-.02	.04	-.03	-.09	-.14	.06	-.12	.04	.05	.00	.09	-.19	-.13	-.13	-.07	.23*	.08	-.04	-.01	.20	-.17
Sz/2	-.20	-.01	.03	-.11	.05	.03	-.01	.26	.02	.01	-.02	.00	.00	-.12	.00	.05	.08	.15	.19	.11	-.02	.05	-.01
Sz/3	-.26*	-.24*	-.09	.06	-.14	-.17	-.11	.03	-.30*	-.29*	-.24*	-.28*	-.22	-.23*	-.24*	-.15	-.06	.26*	.03	-.11	-.15	.12	.09
Parg	-.09	-.05	-.06	-.04	-.10	-.09	-.01	-.10	-.06	-.02	-.21	-.05	.07	.20	.09	.07	.12	-.13	.12	.17	-.06	-.01	-.04
Pzrg	-.04	-.02	.07	.05	-.04	-.00	.05	-.19	-.08	-.00	-.25*	-.01	.09	.34*	.15	.13	.21	-.14	.11	.07	-.12	-.04	-.09
Milg	-.10	-.01	.15	-.04	-.03	-.07	.06	-.17	-.00	.04	-.26*	-.04	.16	.33*	.26*	.20	.28*	-.07	.15	.23*	-.15	-.03	-.07
Jag	.15	.28*	.07	.04	.10	.15	.24*	.34	.39*	.21	.14	.08	.09	.11	.28*	.01	.13	.10	.03	.18	.17	-.13	-.11
Malg	.02	.18	-.03	.04	-.03	-.07	.05	-.21	.02	.06	-.16	.12	.16	.35*	.17	-.03	.09	-.09	.21	.22*	-.04	-.16	-.15
Rodg	-.15	.03	.08	-.18	-.10	-.13	-.12	-.26	-.06	.1	-.21	.06	.07	.27*	.06	-.04	.04	-.09	.09	.14	-.05	-.04	-.07
Rzrg	.04	.14	.27*	.13	.01	.14	.28*	.07	.13	.12	-.06	-.03	.09	.36*	.31*	.24*	.32*	.11	.19	.27*	-.05	-.06	-.07
Sekg	-.05	.18	.08	.09	-.04	.04	.14	.15	.08	.19	.07	.02	.13	.26*	.21*	.12	.23*	.08	.09	.26*	.06	.07	.05
Akpg	.13	.30*	.33*	.11	.07	.20	.19	.19	.22*	.12	.07	-.02	.09	.38*	.47*	.31*	.40*	.18	.30*	.35*	-.03	.12	.05
Svng	.02	.05	.05	-.02	-.11	-.02	.04	.03	.08	.05	-.13	-.10	-.01	.27*	.18	.05	.24*	.05	.13	.17	-.10	.03	-.06
Zvng	-.12	.11	-.03	-.03	-.12	.01	-.09	.06	.11	.03	-.09	-.01	.09	.31*	.22*	.02	.16	-.02	.12	.24*	.10	-.19	-.16
Parg	-.02	.24*	.15	.11	-.05	.09	.15	.09	.17	.12	-.06	-.02	.05	.33*	.35*	.16	.27*	.06	.26*	.31*	-.03	-.10	-.15
Ezrg	.14	.14	.13	.04	.04	.14	.20	-.08	.14	.07	-.13	.12	.08	.27*	.28*	.30*	.33*	.11	.31*	.25*	.02	-.05	-.05
Ozrg	.01	.10	.11	-.10	.04	-.04	.12	-.04	.08	-.03	-.10	-.08	.08	.18	.19	.13	.19	.21	.04	.17	-.02	-.05	-.09
Impg	.14	.14	.04	-.03	.15	.05	-.12	.18	.13	.15	.35*	.12	.14	.21*	-.09	-.17	-.12	.12	.21*	.01	.30*	-.01	.12
Przg	-.00	-.09	.06	-.11	-.09	-.06	-.09	-.27	-.02	-.11	-.11	-.09	.07	.13	.00	-.09	.05	-.04	.18	-.03	-.04	.05	.06
Dezg	-.11	.02	.10	.02	.05	-.09	-.05	-.21	.02	-.04	-.24*	-.06	-.11	.12	.07	-.12	.08	-.07	.19	-.01	-.03	-.00	-.01
Anzg	.08	.20	.13	.04	.27*	.20	.08	.30	.24*	.22*	.28*	.06	.14	.04	.29*	.16	.15	.08	-.05	.10	.17	.02	.09
Invz	.25*	.26*	.00	-.05	.01	.08	.12	.44*	.28*	.40*	-.02	.04	-.05	.09	.10	-.01	-.05	-.18	.05	.17	.14	.15	.15
Maszg	.27*	.26*	.19	.16	.31*	.19	.19	.45*	.21*	.19	.20	.09	.19	-.05	.09	-.01	.20	.23*	.04	.13	.14	.07	.07
Zvng	-.03	.17	.04	-.05	.08	-.03	-.01	.40*	.08	-.06	.11	.00	.21	-.01	.02	.12	.06	.08	-.06	.10	-.04	.03	-.08

Tabela 18. Macierz współczynników korelacji r-Pearsona - grupa porównawcza „B”

	Uss	Srs	Wer	Ins	Dma	Chw	Pow	Zpw	Nsr	Nps	Ocs	Ocz	Ovut	Po	Pse	Pog	St	Sv	Wak	Akp	Dvs	Sak	Ogn	
Rp	-12	-00	-31*	-11	-35*	-22*	-08	83*	08	-02	.11	21*	32*	-20	-22*	06	02	-09	-20	03	44*	-01	27*	
Pg	-26*	-05	.13	05	-10	21*	-02	29	-03	14	-05	18	12	28*	12	-06	.11	-09	-04	-06	-16	-31*	-38*	
Ob	20*	-09	05	-10	09	-12	-15	50*	01	-27*	00	42*	-50*	-09	08	16	-11	14	19	16	-16	-16	18	05
Sw	12	-28*	-14	-13	-17	-23*	-12	21	-27*	-06	.01	-41*	-39*	02	-15	20	-14	02	-18	-06	-07	-34*	37*	
Np	29*	-00	01	-23*	-02	12	09	-24	04	-10	.13	-02	-15	14	17	47*	09	26*	31*	35*	-09	17	12	
Os	21*	-07	07	16	11	02	-01	48*	07	-16	.07	-17	47*	21*	31*	46*	29*	44*	34*	46*	-35*	33*	08	
Rn	53*	-11	10	-18	28*	-04	03	03	-10	.11	.16	-45*	-53*	02	02	34*	-10	21*	16	27*	-29*	-09	25*	
Zr	29*	01	11	04	37*	10	-02	07	03	-12	.12	-38*	-41*	01	13	24*	03	23*	16	25*	-15	22*	10	
Sa	-26*	-17	14	-12	-12	23*	-08	61*	-13	10	-22*	48*	32*	25*	01	-08	.01	-25*	-20	-08	-02	-34*	30*	
T/F	15	20*	51*	28*	20*	29*	15	59*	04	21*	15	12	17	20	20*	-14	05	19	-01	00	39*	-07	28*	
Pkn	-08	23*	-03	05	-06	22*	26*	-19	08	34*	31*	30*	55*	-00	-17	-15	01	-08	-20	-27*	31*	-10	21*	
Pkr	-06	22*	-13	05	-12	15	19	25	14	38*	31*	32*	57*	03	-19	-11	02	-13	-19	-27*	43*	-11	28*	
P	08	05	37*	10	11	20	10	76*	01	16	10	12	17	11	03	-09	-06	04	-18	-13	-19	-16	-23*	
Rzqql1	36*	10	34*	18	35*	02	11	79*	18	04	25*	-28*	-25*	-01	07	19	04	28*	07	10	-27*	04	-07	
Rzqql2	-20*	-13	13	-04	-09	13	03	13	-24*	-11	-09	30*	29*	-01	-10	-24*	-10	-14	32*	-17	-09	-19	-21*	
Rzqql3	-09	12	25*	03	-15	28*	06	51*	06	45*	-01	30*	38*	27*	-10	-19	04	-12	-13	-23*	04	-21*	-19	
KoIA	13	14	35*	08	-01	27*	13	67*	15	43*	24*	05	18	30*	12	01	-02	-02	-03	06	04	-29*	-19	
KoIB	-05	-16	-01	-06	-05	-12	-13	54*	-27*	-16	-11	15	-01	00	-14	03	-15	08	-25*	-03	13	-14	-14	
KoIC	-35*	-21*	-08	06	-08	-13	-25*	77*	-21*	-19	-29*	06	-04	-08	-16	-08	-15	-15	-20	-19	-05	-05	-07	
KoID	29*	09	31*	03	25*	23*	39*	41	14	13	33*	08	22*	-08	01	07	04	26*	-11	-11	-17	-07	-13	
KoIE	10	23*	47*	21*	16	24*	03	27	12	12	-03	00	07	13	20*	-28*	08	05	04	04	-26*	13	-14	
TotV	-30*	-10	-22*	-13	-55*	-13	-07	45	-01	19	-04	36*	53*	-07	-21*	-16	-10	31*	-19	-30*	44*	-28*	01	
KtIV	-38*	-10	-27*	-13	-57*	-10	-09	38	-08	15	-13	40*	51*	-07	-23*	-26*	-11	38*	-24*	-33*	37*	-28*	-04	
RtIV	-12	-08	-10	-11	-40*	-14	-04	54*	09	20	10	22*	43*	04	-12	02	-05	-13	-06	-19	45*	-23*	09	
D	-21*	09	-22*	-09	-35*	08	11	-01	10	28*	14	35*	58*	-04	-22*	-15	04	-22*	-26*	-34*	50*	-18	-20	
pDom	-14	30*	-37*	09	06	-22*	-09	79*	-14	27*	-20	-07	-08	-28*	-25*	09	-10	-18	-37*	-18	39*	-05	-20	
pUle	-48*	-40*	-25*	03	-13	-27*	-23*	15	34*	-38*	-38*	-16	-17	-26*	-18	-06	21*	-10	39*	-36*	16	07	13	
pAut	-53*	-52*	-44*	-18	-26*	-24*	-35*	56*	-38*	-41*	-49*	-15	-01	-46*	-49*	-26*	-50*	-51*	-64*	-60*	55*	-23*	13	

<i>pAgr</i>	-58*	-33*	-33*	-07	-22*	-13	-36*	62*	-24*	-31*	-52*	07	06	-29*	31*	-32*	-25*	-42*	-50*	-45*	42*	-01	22*
<i>pTon</i>	-03	-40*	-07	04	-03	-23*	-13	17	-10	-47*	-32*	-20	-37*	-14	-01	25*	-03	11	-02	-04	-25*	11	-11
<i>pKyc</i>	-13	-26*	-02	34*	18	-03	-03	-05	-17	-33*	-24*	23*	-20	-04	02	20*	08	17	-19	-14	-10	13	06
<i>pSek</i>	06	-02	43*	29*	34*	45*	36*	-37	-03	-09	-11	01	-23*	34*	45*	37*	38*	48*	32*	23*	-60*	35*	-08
<i>pPdz</i>	-19	-43*	-25*	-08	10	-12	-22*	42	-14	-28*	-49*	-07	-20	01	-08	09	-07	-20*	-22*	-18	08	-17	-17
<i>pEks</i>	-12	-44*	-36*	-05	-08	-27*	-16	-14	-23*	-43*	-18	-31*	-40*	-22*	-15	33*	24*	02	-04	02	12	14	20
<i>nZab</i>	-40*	-30*	-25*	28*	-22*	-22*	-28*	-90*	-33*	-35*	-41*	-10	-12	-28*	-17	-23*	-19	-24*	-15	-21*	03	04	01
<i>pEo</i>	-36*	-29*	-26*	-06	-14	-05	-26*	89*	-17*	-19	-38*	06	05	-18	-13	-06	-14	-24*	-37*	-22*	33*	-08	-14
<i>pSto</i>	40*	32*	-18	02	-28*	-09	-19	88*	-37*	-19	-30*	07	01	-06	-18	-03	21*	-22*	-16	-30*	14	-09	-01
<i>pDoo</i>	-27*	-49*	-33*	-20	-28*	-36*	-43*	66*	-23*	-35*	-43*	-02	-15	-23*	-25*	-03	-24*	-35*	-17	-14	17	-06	-02
<i>pZAw</i>	-02	03	01	31*	-10	13	-21*	-49*	-10	26*	04	-21*	01	03	-08	-20*	-09	-15	-12	-23*	04	-19	-19
<i>pUpw</i>	-15	-29*	-06	-13	-08	-02	-24*	76*	-04	-18	-38*	-02	-16	-04	09	14	-01	-10	-05	-09	-03	05	-06
<i>pUuj</i>	-25*	-27*	-19	10	-33*	-19	-31*	49*	01	-10	-24*	09	03	-12	-01	05	-07	-21*	-20*	-19	33*	-00	23*
<i>pKom</i>	08	-17	-15	06	-02	03	-02	35	-14	-24*	-22*	-15	-17	-04	01	15	-02	09	-12	-09	02	09	08
<i>pUuf</i>	-44*	-44*	-53*	03	-47*	-55*	-60*	03	-28*	-20	-43*	-10	-04	-39*	-49*	-40*	-47*	-67*	-49*	-55*	49*	-34*	-01
<i>pPoz</i>	30*	-25*	-10	06	07	-23*	-07	63*	-03	-23*	02	-46*	-39*	-15	04	39*	01	21*	08	12	-18	06	-10
<i>Sz1</i>	-14	-05	05	-05	-16	-05	-03	-49*	-25*	-05	-06	23*	18	-12	04	39*	01	21*	08	12	-18	06	-21*
<i>Sz2</i>	05	03	-25*	-16	-01	-07	-06	52*	00	-11	00	25*	01	-00	01	12	00	-05	03	24*	-02	09	11
<i>Sz3</i>	14	21*	-21*	-21*	17	05	13	-27	18	-08	09	01	-03	-11	-01	08	-04	09	05	19	11	31*	31*
<i>Sz4</i>	-08	-04	01	17	-09	-05	-21*	07	-01	-16	-16	18	-09	08	20*	-04	14	-07	30*	32*	-15	16	06
<i>Sz5</i>	14	23*	11	17	-14	17	18	-17	10	34*	32*	16	20*	28*	26*	17	19	16	16	20*	-04	17	15
<i>Sz6</i>	17	02	-09	0	14	-15	-02	75*	28*	-14	-01	-42*	-37*	-11	10	-00	-09	03	02	15	-06	17	07
<i>Sz7</i>	00	-06	-13	07	-02	-15	-05	-23	-11	-13	-06	-05	-06	-16	-05	-06	-13	-04	-02	15	-09	16	06
<i>Sz8</i>	-14	27*	-03	25*	-14	11	14	-59*	08	29*	13	40*	36*	23*	13	-16	15	03	07	06	05	23*	23*
<i>Sz9</i>	22*	24*	-12	-14	-13	-05	20*	90*	25*	42*	35*	24*	24*	35*	-01	19	28*	04	08	11	08	-09	03
<i>Sz10</i>	-28*	-09	-45*	-05	-34*	-30*	-14	31	-04	-15	-10	18	12	29*	-28*	-15	-27*	36*	-22*	-21*	59*	11	49*
<i>Sz11</i>	43*	09	19	12	35*	07	19	-97*	-02	-13	12	-28*	-41*	12	26*	19	07	31*	33*	36*	-49*	33*	-04
<i>Sz12</i>	-37*	-20*	-60*	-05	-43*	-39*	-24*	48*	-01	-04	-13	30*	30*	-28*	-35*	-08	-18	44*	-35*	-30*	69*	-05	39*
<i>Sz13</i>	01	-16	-37*	-20*	-12	-28*	-16	00	-11	-25*	-10	-18	-17	-24*	-19	-08	-37*	-20	-18	-00	23*	14	25*
<i>Pang</i>	53*	15	01	06	01	03	10	-92*	29*	17	40*	-04	-02	09	09	32*	12	14	24*	22*	-07	01	-01
<i>Pizg</i>	38*	03	-12	04	-09	-15	-04	05	28*	10	19	-02	-03	13	-06	24*	09	-02	04	01	05	-02	03

Biblioteka Główna UMCS

724158



1011102778

