

Marta Łapa

## ŻYCIE INTYMNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PO URAZIE RDZENIA KRĘGOWEGO. OCENA ROLI FIZJOTERAPEUTY W PROCESIE REHABILITACJI<sup>1</sup>

### WPROWADZENIE

Problemem rewalidacji seksualnej osób niepełnosprawnych najwcześniej zajęto się w Anglii, gdzie w 1944 roku w Mandeville powstał specjalny ośrodek zajmujący się terapią seksualną pacjentów, u których wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego stwierdzono impotencję. Prawdopodobnie najbardziej kontrowersyjne rozwiązanie proponuje holenderski rząd, który z pieniędzy podatników finansuje usługi seksualne w ramach leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. *Sexual helper*, czyli „pomocnik seksualny” ma za zadanie dostarczanie swoim podopiecznym najrozmaitszych form zaspokajania ich potrzeb seksualnych. Również w Kalifornii i w innych stanach z fizjoterapeutami zajmującymi się osobami niepełnosprawnymi współpracują profesjonalnie przygotowani partnerzy seksualni<sup>2</sup>. Nie jest to z pewnością idealna forma rehabilitacji, ponieważ daje możliwość zaspokojenia fizycznego, bez realizacji potrzeb psychicznych i emocjonalnych. W Stanach Zjednoczonych natomiast postawiono na edukację seksualną osób niepełnosprawnych i ich środowisk. Tuż po urazie rdzenia kręgowego, jeszcze w fazie szoku, zanim rozwinię się stan depresyjny, pacjent, który do końca życia będzie poruszał się na wózku inwalidzkim, ogląda film, którego bohaterem jest osoba niepełnosprawna,

---

<sup>1</sup> Niepublikowany fragment pracy magisterskiej napisanej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu, pod kierunkiem dr Moniki Wójt-Kempy.

<sup>2</sup> Zob. D. Davies, *Sex and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities*, „Sexuality and Disability” 2000, vol. 18, no. 3, s. 187–194.

która poradziła sobie z problemami sfery erotycznej, jakie zaistniały po wypadku. Pacjenci zgłaszający potrzebę poszerzenia swojej wiedzy i umiejętności mają zapewniony kontakt z terapeutą seksualnym. Tak wczesne wprowadzenie rehabilitacji seksualnej pozwala na uchronienie pacjenta po urazie rdzenia kręgowego przed tzw. wtórną kastracją psychologiczną<sup>3</sup>. Również wiele krajów Europy wypracowało pewien system, w postaci mieszkań chronionych, przyczyniający się do ułatwienia rewalidacji społecznej i seksualnej, a także pozwalający na łatwiejsze nawiązanie kontaktu między osobami niepełnosprawnymi ze względu na bliskość ich wzajemnego zamieszkania.

Potrzeby seksualne pacjentów w polskich szpitalach są usuwane na dalszy plan. Mimo że wielu niepełnosprawnych żyje w związkach, ma dzieci, w Polsce temat ich życia seksualnego wciąż stanowi tabu, także w środowisku lekarzy czy rehabilitantów. Badania naukowe oraz edukację w zakresie rehabilitacji seksualnej prowadzi Zakład Psychosomatyki i Psychoterapii na Wydziale Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie<sup>4</sup>. Być może postawa taka wynika z długotrwałego przyjmowania medycznego modelu niepełnosprawności, zarówno przez lekarzy, jak i społeczeństwo. Pojęcie „zdrowia seksualnego” to według WHO integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Seksualność stanowi integralną składową osobowości kobiet, mężczyzn, dzieci.

Zakres niepełnosprawności nie ogranicza się do jednego aspektu życia, takiego jak praca, nauka czy prowadzenie gospodarstwa domowego. Jest natomiast problemem wieloaspektowym, wpływającym na sytuację materialną, zdrowotną, społeczną, na kontakty towarzyskie i ogólną organizację życia<sup>5</sup>. Co za tym idzie, ulegają modyfikacji stosunki z innymi ludźmi, samopoczucie czy zadowolenie z życia – w tym również seksualnego. Konsekwencje tych zmian są różne i wahają się od niewielkich ograniczeń do całkowitego „wycofania się” z życia<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Zob. D. Radomski, *Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Seksuologia Polska” 2005, t. 3, nr 1, s. 11.

<sup>4</sup> Zob. A. Fiedorowicz, *Kalecy, ale nie w łóżku*, <http://www.focus.pl/cywilizacja/zobacz/publikacje/kalecy-ale-nie-w-lozku> [dostęp: 23.02.2012].

<sup>5</sup> Zob. A. Ostrowska, K. Imieliński, *Seks ludzi niepełnosprawnych fizycznie*, [w:] K. Imieliński, *Miłość i seks*, Warszawa 1980, s. 260–270.

<sup>6</sup> Zob. A. Ostrowska, J. Sikorska, Z. Sufin, *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce (raport z badań)*, Warszawa 1994, s. 51.

## METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

Z wielu rozmów przeprowadzonych przez autorkę niniejszego tekstu podczas obozów rehabilitacyjnych z osobami niepełnosprawnymi będącymi po urazie rdzenia kręgowego wynika, że temat seksualności jest dla nich szczególnie ważny, jednak wciąż pomijany przez przedstawicieli środowiska medycznego mających najbliższy kontakt z pacjentem. Zaniedbanie rehabilitacji w tej kwestii może skutkować poważnymi konsekwencjami psychologicznymi, choć trudno jest sprecyzować, kto miałby podejmować się prowadzenia rehabilitacji seksualnej. Znając problemy osób niepełnosprawnych, można podjąć starania o wprowadzenie rehabilitacji seksualnej w Polsce.

Celem przeprowadzonych badań było:

1. Poznanie obszaru ogólnych obaw przed podjęciem współżycia, jakie mogą pojawiać się u osób z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego.
2. Wykazanie poziomu istotności problemu rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych oraz stopnia zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych związanych z rehabilitacją seksualną.
3. Sprecyzowanie pojęcia rehabilitacji seksualnej przez osoby niepełnosprawne, w celu lepszego poznania ich oczekiwań odnośnie do charakteru tego rodzaju rehabilitacji.
4. Próba określenia miejsca fizjoterapeuty w procesie rehabilitacji seksualnej pacjentów z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego jako przedstawiciela osób niepełnosprawnych, a co za tym idzie, poznania po części oczekiwań co do rehabilitacji seksualnej ogółu osób niepełnosprawnych.
5. Sprawdzenie otwartości niepełnosprawnych Polaków na niekonwencjonalne metody rehabilitacji seksualnej, jakie mają miejsce w krajach zachodnich.

Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety składającej się łącznie z 22 pytań, w tym 21 pytań zamkniętych jedno- lub wielokrotnego wyboru oraz jednego pytania otwartego. Celem stworzenia kwestionariusza składającego się z niewielkiej liczby pytań było skoncentrowanie się na zagadnieniach dotyczących życia seksualnego i rehabilitacji seksualnej, aby zapoczątkować dyskusję na temat możliwości wprowadzenia pewnych form rehabilitacji seksualnej w Polsce oraz określić, w jakim stopniu potrzebują jej osoby niepełnosprawne po urazie rdzenia kręgowego. Badanych rekrutowano spośród uczestników forów internetowych podejmujących tematy seksualności osób niepełnosprawnych oraz osób wskazanych przez tych uczestników. Osoby biorące udział w badaniu wyraziły na nie zgodę poprzez wypełnienie kwestionariu-

sza i odesłanie go. Taka forma rekrutacji uczestników badania, gwarantująca w większości przypadków ich anonimowość, wydaje się najlepszym sposobem komunikacji w zakresie spraw intymnych. Jednocześnie autorka tekstu ma świadomość, iż w badaniu częściej brały udział osoby młode, zainteresowane tematyką seksualności niepełnosprawnych, a przez to prezentujące być może bardziej otwarty stosunek do kwestii rehabilitacji niepełnosprawnych. Nie można uznać, że uczestnicy badania w pełni reprezentują populację wszystkich osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego.

Badaniem ankietowym objęto 60 osób po urazie rdzenia kręgowego, 12 kobiet i 48 mężczyzn, 32 paraplegików i 28 tetraplegików, korzystających z forów internetowych dla osób niepełnosprawnych oraz stron internetowych poświęconych tematyce seksualności osób niepełnosprawnych. 7% badanych mieściło się w przedziale wiekowym 15–18 lat, zaś 23% badanych zaliczało się do kategorii wiekowej między 19–26 lat. Najwięcej, bo 40% uczestników badania, miało 27–35 lat. W wieku 36–45 lat był blisko co dziesiąty respondent, a powyżej 45. roku życia – prawie co piąty.

## ANALIZA I INTERPRETACJA WYNIKÓW

Pierwszym celem pracy było poznanie głównych obszarów obaw osób po urazie rdzenia kręgowego, jeśli chodzi o podejmowanie aktywności seksualnej. Pytanie skonstruowano tak, że zawierało ono niewidoczny dla respondenta podział obaw na te, które wynikają ze zmienionej fizjologii po wypadku, problemów psychologicznych oraz społecznych. Odpowiedź na każdy podpunkt ankietowani zaznaczali na pięciostopniowej skali, gdzie „1” oznaczało, że ten problem nie dotyczy respondenta, a „5” – że jest to obawa, która stanowi bardzo dużą barierę przed podjęciem współżycia, której badany nie potrafi przezwyciężyć. Analiza wyników pokazała, że największą barierę przed podjęciem aktywności seksualnej stanowi obawa przed mimowolnym opróżnieniem pęcherza lub jelit podczas stosunku. Średnia odpowiedzi dla tego problemu okazała się najwyższa i wyniosła (w skali od jednego do pięciu punktów) 2,9 punktu. Kolejne problemy to niewiedza o pozycjach bezpiecznych dla osoby niepełnosprawnej oraz problem natury psychologicznej, jakim jest obawa przed niespełnieniem oczekiwań partnera seksualnego. Również jako znaczną barierę przed podjęciem współżycia badani wskazali konieczność zbyt długich przygotowań przed aktem seksualnym. Ta odpowiedź uzyskała 2,4 punktu. Natomiast wydaje się, iż metody mające ułatwić zbliżenie, utrata

zainteresowania życiem erotycznym oraz problemy natury moralnej nie mają istotnego znaczenia (średnia odpowiedzi na te podpunkty wyniosła blisko 1).

Odpowiedzi na pytania o największe obawy respondentów związane z podjęciem współżycia nieznacznie różnią się w odniesieniu do płci, jednak dla kobiet większe znaczenie niż dla mężczyzn mają takie problemy, jak poczucie braku atrakcyjności, wstyd przed odsłonięciem ciała przed partnerem oraz obawa przed odrzuceniem przez partnera. Pozostałe problemy mają podobne znaczenie dla obu płci.

Życiowa aktywność seksualna niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn jest zdecydowanie różna. Około 2/3 kobiet po urazie rdzenia kręgowego ma stałego partnera seksualnego, natomiast wśród mężczyzn odsetek ten jest prawie o połowę niższy i wynosi 35%; 8% kobiet odpowiedziało pozytywnie na pytanie o okazjonalnych partnerów seksualnych. Wynika z tego, że około 25% kobiet po urazie rdzenia kręgowego nie posiada partnera w ogóle.

W raporcie prof. Zbigniewa Izdebskiego i Polpharmy, „Seksualność Polaków 2011”, na podstawie badań przeprowadzonych przez TNS OBOP<sup>7</sup>, 21% mężczyzn i 12% kobiet przyznaje się do odbycia przynajmniej jednego stosunku poza stałym związkiem. Podobny, a nawet nieco wyższy, odsetek mężczyzn i kobiet po urazie rdzenia kręgowego, posiadających okazjonalnych partnerów seksualnych, przemawia za tym, iż niepełnosprawne osoby mają te same potrzeby co osoby zdrowe, ale także może świadczyć o dodatkowym problemie, jakim może być utrudnione wchodzenie w stałe związki.

Ponadto u mężczyzn z uszkodzonym kręgosłupem może występować zjawisko potrzeby „sprawdzenia” zdolności do stosunku poprzez odbycie go z kobietą spoza stałego związku, stąd ich odsetek w tym badaniu może być wyższy niż u mężczyzn pełnosprawnych. Także u niepełnosprawnych kobiet częstsze (niż u kobiet pełnosprawnych) posiadanie okazjonalnych partnerów może wynikać z niemożności utworzenia stałego związku lub (raczej w mniejszym stopniu) z konieczności zweryfikowania sprawności seksualnej po urazie. Aż 10 spośród 12 uczestniczek niniejszego badania mieściło się w przedziale wiekowym 19–26 lat. Być może charakterystyczne dla tej grupy wiekowej eksperymentowanie i poszukiwanie partnera częściowo tłumaczy uzyskany wynik. Sposób rekrutacji badanych także może mieć znaczenie: młode kobiety korzy-

<sup>7</sup> Zob. Z. Izdebski, *Postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych (Raport porównawczy z badań realizowanych przez TNS OBOP)*, [w:] M. Kościelska, B. Aouil, *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004, s. 192–201.

stają ze stron poświęconych tematyce życia erotycznego, co świadczy o zainteresowaniu i potrzebie pogłębiania swojej wiedzy w obszarze tych zagadnień.

Zdecydowana większość badanych deklaruje, że miała stosunki seksualne zarówno przed, jak i po urazie kręgosłupa. Na pytanie o podejmowanie współżycia seksualnego przed wypadkiem pozytywnie odpowiedziało 73% respondentów, natomiast kontakty seksualne po wypadku zadeklarowało 77%, co oznacza, że 4% osób miało swój pierwszy stosunek seksualny po zaistnieniu urazu rdzenia kręgowego, co nie dziwi, jeśli doznały one urazu w bardzo młodym wieku. W tym wypadku wsparcie ze strony fizjoterapeuty może mieć szczególne znaczenie, ponieważ brak współżycia przed wypadkiem może powodować dodatkowe wątpliwości dotyczące współżycia, osiągania erekcji i możliwości prokreacji, ponieważ pacjent może nie mieć porównania reakcji na bodźce dotykowe i czuciowe w obszarze doznań erotycznych. Szczególnie u pacjentów, którzy nie doświadczyli aktu współżycia przed doznaniem urazu, działania fizjoterapeuty będą wymagały konsultacji i współpracy z członkami całego zespołu terapeutycznego, ponieważ rehabilitacja seksualna będzie przybierać u każdej osoby niepełnosprawnej indywidualne uwarunkowania.

Na pytanie o początki wątpliwości dotyczących życia seksualnego po wypadku 12% ankietowanych odpowiedziało, że pierwsze myśli na ten temat zaczęły się pojawiać w ciągu pierwszych kilku dni od wystąpienia urazu. Na uwagę zasługuje to, że całą tę grupę stanowili mężczyźni, z których połowa była tetraplegikami, a połowa paraplegikami. Można wysunąć tezę, że strach o zdolność do podejmowania aktywności seksualnych nie zależy od rodzaju niepełnosprawności, a raczej od charakteru i cech indywidualnych pacjenta. Ponad 40% badanych zaczęło się zastanawiać nad erotyczną sferą życia do pół roku od wystąpienia urazu, łącznie 14% osób odpowiedziało, że od wypadku do pierwszych wątpliwości minęły 2–3 lub ponad 3 lata (po 7% na każdą odpowiedź). Prawie 30% badanych nie potrafiło określić czasu pojawienia się takich myśli. Kobiety biorące udział w badaniu rozmyślały o życiu seksualnym po wypadku nieco później niż mężczyźni.

Pomimo szybkiego pojawienia się wątpliwości dotyczących zmienionej po urazie rdzenia seksualności, pierwsza rozmowa na ten temat odbyła się najczęściej nie od razu, ale w przeciągu pół roku po wypadku (22%). Co szósty badany odpowiedział, że taką rozmowę przeprowadził po roku, 8% – ponad 3 lata po wypadku, a prawie co piąta osoba nie potrafiła określić, kiedy po raz pierwszy rozmawiała o seksualności po wypadku.

Aż 38% badanych osób nie rozmawiało o swoich wątpliwościach dotyczących sfery intymnej. Nie zależało to jednak ani od wieku, ani od rodzaju uszkodzenia rdzenia kręgowego. Najwięcej odpowiedzi twierdzących padało w grupie wiekowej 27–35 lat. W tej samej grupie odnotowano podobną liczbę odpowiedzi przeczących. Stąd nasuwa się wniosek, że prawdopodobnie czynnikiem różnicującym respondentów, jeśli chodzi o rozpoczęcie rozmów na tematy intymne, jest ich temperament, indywidualne cechy charakteru i otaczające środowisko. Można przypuszczać, że dla osób starszych, posiadających już własne potomstwo oraz dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji materialno-bytowej wątpliwości dotyczące sfery intymnej będą problemami o charakterze drugoplanowym.

Według osób, które pozytywnie odpowiedziały na pytanie dotyczące rozmowy o sprawach intymnych, najczęściej rozmów odbyło się z partnerem, lekarzem oraz znajomą osobą w podobnej sytuacji co ankietowany. Większość ankietowanych (37%) sama podjęła rozmowę o sprawach intymnych, natomiast co czwarta rozmowa odbyła się z inicjatywy rozmówcy osoby badanej. Również w tym pytaniu nie zauważono istotnej różnicy między podejmowaniem rozmowy przez pacjenta w zależności od tego, czy był on paraplegikiem czy tetraplegikiem. Także odpowiedź „nie dotyczy” była równie często zaznaczana przez respondentów z obydwoma rodzajami niepełnosprawności.

Na uwagę zasługuje to, iż w 17% przypadków uczestnikiem takiej rozmowy był rehabilitant, a w 20% instruktor aktywnej rehabilitacji (który uzyskał taki sam odsetek wskazań co „przyjaciel”). Taki wynik ilustruje nieobce autorce pracy przekonanie, iż fizjoterapeuta ma szeroki zasięg oddziaływania na sprawy pacjenta, także w sferach ich prywatnego życia. Wynika to najprawdopodobniej z tego, iż działania fizjoterapeuty niejako wymuszają dłuższy kontakt i głębsze poznanie pacjenta. Stąd przekonanie, że studia wyższe na kierunku fizjoterapii powinny choć w części naświetlać problemy życia intymnego osób niepełnosprawnych z różnymi jednostkami chorobowymi i próbować wypracowywać wieloaspektowe podejście fizjoterapeutów do problemów pacjentów. Mimo że według ankietowanych to lekarze i partnerzy są w największym stopniu zaufanymi osobami, jeśli chodzi o rozmowy dotyczące seksualności zmienionej po urazie rdzenia kręgowego, to nie należy zapominać, że są też pewne aspekty problemów osób niepełnosprawnych, np. znalezienie jednocześnie bezpiecznej i satysfakcjonującej pozycji seksualnej, w których rozwiązaniu mógłby pomóc również fizjoterapeuta. Z pewnością spowodowałyby to wzrost zaufania do fizjoterapeuty, a jego rola poszerzyłaby się o nadawanie



kierunku i tempa całościowej fizjoterapii, uwzględniającej potrzeby pacjentów i etapy realizacji założeń rehabilitacji seksualnej.

W przypadku osób, które zasięgnęły rady lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty, odpowiedzi ujawniły raczej wysoki poziom zadowolenia z przeprowadzonej rozmowy. Żaden ankietowany nie ocenił jej jako bardzo dobrze przeprowadzonej, podczas której otrzymał wiele praktycznych wskazówek. Niemal co trzeci z nich (27%) twierdzi, że otrzymał ogólne informacje, które na tamtym etapie były wystarczające. Według 10% niepełnosprawnych rozmówca nie miał wystarczającej wiedzy, by rozmowa przyniosła im jakiegokolwiek korzyści. W 5% przypadków rozmowa była oceniona źle, ze względu na niechęć przedstawiciela branży medycznej do udzielania odpowiedzi.

Jedynie 5% osób po urazie rdzenia kręgowego ma poczucie, że zostało poddanych rehabilitacji seksualnej. Większość badanych (63%) natomiast chciałaby podjąć rehabilitację seksualną, pomimo upływu nieraz długiego czasu. Są to głównie osoby młode, które nie są w stanie samodzielnie „przepracować” nowej sytuacji zdrowotnej. Być może ten wynik byłby inny, gdyby w Polsce był rozpowszechniony ujednolicony program rehabilitacji seksualnej. W tej sytuacji wielu ludzi miałyby w swoim otoczeniu osoby, które uczestniczyły w takim programie i poznały jego znaczenie. Ponieważ powszechnie wiadomo, że to, co nieznanne, budzi lęk, nie wiadomo, czy osoby, które odpowiedziały przecząco, nie potrzebują rehabilitacji seksualnej, ponieważ już poradziły sobie z problemami życia intymnego, czy też boją się nieznanych im i niesprawdzonych metod.

Zdecydowana większość badanych uważa, że nie została poddana rehabilitacji seksualnej, prawdopodobnie dlatego, że w Polsce nie ma konkretnej formy tego rodzaju rehabilitacji. Wątpliwości dotyczące sfery erotycznej mogą być częściowo rozwiązane podczas rozmów z psychologami lub podczas pogadarek o seksie osób po urazie rdzenia kręgowego, stanowiących stały element programu obozów Aktywnej Rehabilitacji organizowanych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji. Jednak żadna z tych form nie zaspokaja całości potrzeby wiedzy i praktyki w zakresie życia erotycznego, ponieważ albo nie obejmuje problemu holistycznie, tj. nie uwzględnia wielu aspektów życia oraz zaawansowania problemów, albo nie jest dostatecznie rozciągnięta w czasie.

Przyglądając się bliżej wynikom chęci podjęcia rehabilitacji seksualnej przez osoby po urazie rdzenia kręgowego, można zauważyć, że wszystkie osoby, u których minął dopiero rok od wystąpienia urazu, wykazują potrzebę



podjęcia rehabilitacji seksualnej. Wśród ankietowanych, którzy nie przeszli tego rodzaju rehabilitacji, a doznali urazu 2–3 lata temu, 72% wykazuje chęć uczestnictwa w rehabilitacji seksualnej. Liczba ta wyraźnie maleje wówczas, gdy badani ulegli wypadkowi 4–6 lat temu – 45% spośród tych osób odpowiedziało twierdząco – aby ponownie wzrosnąć u osób, które doznały urazu ponad 6 lat temu, spośród których 74% uważa, że wciąż potrzebuje rehabilitacji seksualnej. Zwiększona liczba odpowiedzi negatywnych dotycząca chęci podjęcia rehabilitacji seksualnej u osób, które doznały urazu 4–6 lat temu, może wynikać z tego, iż jest to okres szczególnego nasilenia problemów psychologicznych w życiu osób po wypadku<sup>8</sup>, który kończy się albo bardzo silnym załamaniem we wszystkich sferach życia, albo ostatecznym pogodzeniem się z trwałym kalectwem i podjęciem na nowo ról życiowych. Dynamika dostrzegania potrzeby rehabilitacji seksualnej w grupie badanych może też pokazywać, iż początkowo nową sytuację chorzy próbują zaadaptować samodzielnie, jednak po jakimś czasie (m.in. ze względów zdrowotnych lub wyczerpania się dostępnych sposobów samoleczenia) problem braku zaspokojenia potrzeb nawraca.

Jeśli chodzi o chęć podjęcia rehabilitacji seksualnej w obecnym czasie, to poddałby się jej prawie co drugi paraplegik i ponad 70% tetraplegików. Jest to szczególnie istotne, ponieważ świadczy o poziomie potrzeby rehabilitacji seksualnej w obu grupach chorych. Z uzyskanych danych można wnioskować, że częściej odbiorcami w tym wypadku byłiby tetraplegicy. Rozległość powikłań neurologicznych u tetraplegików jest zdecydowanie większa niż u paraplegików. Być może to, że mają oni również większe trudności w przyjmowaniu i utrzymywaniu różnych pozycji ciała, powoduje, że tetraplegicy, bardziej niż inni, potrzebują rehabilitacji seksualnej. Niezmiernie ważną rolę fizjoterapeuty w tym wypadku jest nie tylko rozpoznanie możliwych trudności pojawiających się u paraplegików i tetraplegików w trakcie aktu seksualnego, ale też uwzględnienie tych problemów w programie ćwiczeń, tak aby stawały się one dla pacjenta mniej uciążliwe, a w miarę możliwości całkowicie zniwelowane.

Badanie pokazało, że w zakresie przekazywania wiadomości dotyczących zmienionej po wypadku seksualności największej pomocy ankietowani oczekują od seksuologa i lekarza, z tym że należy tu zaznaczyć, iż 25 respondentów

---

<sup>8</sup> Por. R. Soden, J. Walsh, *Causes of death after spinal cord injury*, „Spinal Cord” 2000, vol. 38, s. 604–610.

zaznaczyło jednocześnie odpowiedzi „lekarz” i „seksuolog”. Stąd możliwość, że ci ankietowani mogli mieć na myśli lekarza, specjalistę seksuologa. Pomocy od psychologa oczekuje ponad połowa (53%) respondentów. Kolejną osobą, która według niepełnosprawnych powinna rozmawiać z nimi o życiu seksualnym, jest inna osoba po urazie rdzenia kręgowego: znajoma (43%) lub niezajoma (30%). Zarówno pielęgniarka (23% odpowiedzi), jak i partner osoby niepełnosprawnej (również 23%) powinni mieć swój udział w rozmowach o problemach seksualnych osób po urazie rdzenia. Pomocy od fizjoterapeuty oczekuje 17% ankietowanych, od przyjaciela 13%, a od rodziców i od rodzeństwa – po 10% badanych.

Po wyjaśnieniu, kim jest instruktor seksualny, zadano respondentom pytanie, czy skorzystaliby z jego porad. Twierdząco odpowiedziało 68% z nich, w tym wszystkie biorące udział w badaniu kobiety. Około 7% badanych spotkało się już z pewną formą instruktazu seksualnego, przyjęło tę formę i z niej skorzystało. Wśród ankietowanych nie było osoby, która miała możliwość poszerzenia swojej wiedzy na temat zmienionej seksualności po wypadku w formie instruktazu seksualnego i z niej nie skorzystała.

W kolejnym pytaniu wyjaśniono rolę partnera zastępczego i zapytano, czy badane osoby skorzystałyby z jego usług. W tej kwestii badani byli jednak mocno podzieleni. Nieco ponad połowa badanych odpowiedziała twierdząco, ale należy podkreślić, że nie znalazła się wśród nich żadna kobieta. Zaś 48% ogółu ankietowanych nie skorzystałoby z usług partnera zastępczego. Nie było też ani jednej osoby, która miałaby kiedykolwiek możliwość skorzystania z usług partnera zastępczego, co zapewne wynika z tego, iż w Polsce taka forma rehabilitacji nie funkcjonuje w żadnej postaci. Z usług partnera zastępczego skorzystałoby 31 spośród 48 mężczyzn, czyli 65%. Wśród osób, które nie skorzystałyby z takich usług, znajdują się wszystkie kobiety oraz 35% wszystkich mężczyzn.

## WNIOSKI

Na podstawie analizy dostępnych źródeł i przeprowadzonych badań dotyczących sfery seksualnej osób niepełnosprawnych można wysunąć następujące wnioski:

1. Życiowa aktywność i potrzeby seksualne osób po urazie rdzenia kręgowego nie są mniejsze ani tym bardziej mniej ważne niż potrzeby osób pełnosprawnych i nie powinny być bagatelizowane. Aseksualność osób niepełnosprawnych, zwłaszcza kobiet, jest tezą błędną.

2. Największe obszary obaw osób po urazie rdzenia kręgowego stanowią problemy natury fizjologicznej oraz wątpliwości odnośnie do usatysfakcjonowania partnera i to te właśnie problemy powinny być rozwiązywane w pierwszej kolejności w procesie rehabilitacji seksualnej.
3. Proces rehabilitacji seksualnej powinien mieć swój kluczowy moment w okresie od około pół roku do roku po wystąpieniu urazu, gdyż jest to okres najczęstszego pojawiania się wątpliwości dotyczących intymnej sfery życia. Przemawia za tym również to, że w tym czasie osoby niepełnosprawne najczęściej podejmują rozmowy na temat swojej seksualności i niezmiernie ważne jest, aby źródło informacji na te tematy nie było przypadkowe, ale sprawdzone i rzetelne. Z przeprowadzonych badań wynika, że niemal 40% badanych nie uczestniczyło w żadnej rozmowie na temat zmienionej po urazie seksualności. Natomiast osoby deklarujące odbycie takiej rozmowy rzadko wykazują wysoki poziom satysfakcji z uzyskanej wiedzy.
4. Do programu nauczania studiów o profilu medycznym należałoby włączyć temat seksualności pacjentów, aby móc pełniej uświadomić studentom ogólny stan psychofizyczny pacjenta oraz aby świadomie podejmować działania rehabilitacyjne, mające poprawić funkcjonowanie seksualne osób niepełnosprawnych, również wykorzystując aspekt powrotu do życia seksualnego w motywowaniu pacjenta do współpracy.
5. Osobą, do której osoby niepełnosprawne miałyby największe zaufanie, jeśli chodzi o rozmowę o seksualności, jest w pierwszej kolejności seksuolog, później kolejno psycholog i lekarz.
6. Fizjoterapeuta, w procesie rehabilitacji, nie u wszystkich pacjentów odgrywałby znaczącą rolę, jeśli chodzi o przekazywanie informacji o zmianach w życiu seksualnym osób niepełnosprawnych, ale powinien być przygotowany do rozmowy na temat możliwości seksualnych pacjenta, zwłaszcza powinien udzielać porad w zakresie pozycji i technik współżycia bezpiecznych dla pacjenta i satysfakcjonujących dla jego partnera lub partnerki. Opinie respondentów o roli fizjoterapeuty są rzeczą niemal oczywistą, ponieważ praca rehabilitanta z pacjentem wymaga czasu, w którym nawiązuje się pozytywna relacja i więź, a to z kolei jest podstawą zaufania, jakim pacjenci bardzo często obdarzają swoich fizjoterapeutów. Aż 17% respondentów rozmawiało z fizjoterapeutą na tematy życia intymnego i tyle samo badanych uważa, że fizjoterapeuta powinien przekazywać informacje na ten temat. Wszyscy terapeuci powinni być przygotowani do rozmowy i udzielania porad osobom niepełnosprawnym w zakresie możliwości fizjo-

- logicznych współżycia nie tylko u osób po urazie rdzenia kręgowego, lecz także w różnych jednostkach chorobowych.
7. Jedynie 5% badanych ma poczucie, że zostało poddanych rehabilitacji seksualnej. Istnieje zatem potrzeba wprowadzenia rehabilitacji seksualnej wśród osób po urazie rdzenia kręgowego, która odpowiadałaby na potrzeby zarówno osób młodszych, jak i starszych oraz obejmowała pacjentów, którzy jej potrzebują niezależnie od czasu, jaki upłynął od urazu rdzenia kręgowego.
  8. Forma rehabilitacji seksualnej w postaci instruktora seksualnego spotkałaby się w Polsce z aprobatą, ponadto wydaje się ona wręcz konieczna dla odzyskania przez osoby po urazie rdzenia kręgowego sprawności seksualnej.
  9. Połowa badanych osób po urazie rdzenia kręgowego skorzystałaby z usług partnera zastępczego jako formy rehabilitacji seksualnej, gdyby była ona dostępna. Przeprowadzone badanie ujawniło, że kobiety później niż mężczyźni interesują się swoją sprawnością seksualną po wypadku i nie wykazują zainteresowania rozwiniętymi formami rehabilitacji seksualnej.
  10. Można rozważyć włączenie innych osób niepełnosprawnych do procesu rehabilitacji seksualnej, które mogłyby znacznie wzbogacić przekazywaną wiedzę swoimi doświadczeniami. Mogłoby to przynieść korzystne rezultaty nie tylko w rehabilitacji osób po urazie rdzenia kręgowego, lecz także pacjentów innych oddziałów.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander C.J. et al., *Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury*, „Archives of Sexual Behavior” 1993, vol. 22, no. 3.
- Bartoszek A., *Seksualność osób niepełnosprawnych. Studium teologicznomoralne*, Katowice 2009.
- Błock B., *Osobowościowe uwarunkowania nasilenia problemów psychospołecznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Lublin 1999.
- Daszykowska J., *Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, Rzeszów 2006.
- Davies D., *Sex and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities*, „Sexuality and Disability” 2000, vol. 18, no. 3.
- Demińska M., *Seks specjalnej troski*, www.kampaniespoleczne.pl [dostęp: 27.04.2012].
- Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, red. K. Smoczyńska, A.I. Brzezińska, R. Kaczan, Warszawa 2010.
- Fiedorowicz A., *Kalecy, ale nie w łóżku*, <http://www.focus.pl/cywilizacja/zobacz/publikacje/kalecy-ale-nie-w-lozku> [dostęp: 23.02.2012].

- Franek A., *Integracja dorosłych niepełnosprawnych*, t. 1: *Idea integracji a wychowanie: ku pedagogice integralnej*, (seria *Integracja, Nauczyciel, Wychowanie*), Kraków 2004.
- International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps, World Health Organisation, Geneva 1980.
- Izdebski Z., *Postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Kościelska, B. Aouil, *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004.
- Kirenko J., *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, Lublin 1998.
- Kirenko J., *Z badań nad funkcjonowaniem seksualnym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, [w:] M. Chodkowska, *Pedagogika specjalna wobec potrzeb terażniejszości i wyzwań przyszłości*, Lublin 1998.
- Kopaniszyn I., *Seks po urazach rdzenia kręgowego*, [w:] *Wybrane uwarunkowania rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. J. Rottermund, A. Klinik, Kraków 2005.
- Kościelska M., Aouil B., *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004.
- Kościelska M., *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Warszawa 2004.
- Lew-Starowicz Z., *Życie intymne osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1999.
- Łuczak-Piechowiak A. et al., *Fizykoterapia w spastyczności*, „Balneologia Polska” 2008, nr 3.
- Mead S., Knott M., *Topical cryotherapy – use for relief of pain and spasticity*, „Calif. Med.” 1966, no. 105.
- Migas A., *Seksualność i życie rodzinne osób z ograniczoną sprawnością fizyczną*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2007, t. 7, nr 4.
- Nicotra A. et al., *Emotional and autonomic consequences of spinal cord injury explored using functional brain imaging*, „Brain” 2006, no. 129.
- Ogonowski A. et al., *Neurogenne skostnienia okołostawowe w przebiegu rehabilitacji chorych z uszkodzeniem rdzenia*, „Postępy Rehabilitacji” 1994, t. 8, supl. I.
- Ossowski R., *Jakość życia – efektywne pełnienie ról społecznych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji*, [w:] M. Kościelska, B. Aouil, *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004.
- Ostrowska A., Imieliński K., *Seks ludzi niepełnosprawnych fizycznie*, [w:] K. Imieliński, *Miłość i seks*, Warszawa 1980.
- Ostrowska A., Sikorska J., Sufin Z., *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce (raport z badań)*, Warszawa 1994.
- Radomski D., *Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Seksuologia Polska” 2005, t. 3, nr 1.
- Schirmer M. et al., *Neurochirurgia*, przeł. P. Słoniewski, Wrocław 1998.
- Schorzenia i urazy kręgosłupa*, red. J. Kiwerski, Warszawa 2001.
- Siosteen A. et al., *Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as a part of adjustment in spinal cord injured subjects*, „Paraplegia” 1990, vol. 28.

Soden R., Walsh J., *Causes of death after spinal cord injury*, „Spinal Cord” 2000, vol. 38. *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, red. J. Baran, S. Olszewski, Kraków 2006.

Tederko P., Radomski D., *Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi*, „Seksuologia Polska” 2009, t. 7, nr 2.

Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1993.

## Materiał filmowy

Film dokumentalny produkcji Australijskiej z 2011 r. pt. „Inna Seksmisja”, reż. Catherine Scott, wyemitowany na antenie programu pierwszego Telewizji Polskiej, 23 kwietnia, godz. 22.10 w cyklu „Czas na dokument”.

### ŻYCIE INTYMNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PO URAZIE RDZENIA KRĘGOWEGO.

#### OCENA ROLI FIZJOTERAPEUTY W PROCESIE REHABILITACJI

**Streszczenie:** Zagadnienie dotyczące seksualności niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn było niezwykle rzadko podejmowane w procesie rehabilitacji i towarzyszył mu bardzo duży obszar niewiedzy. Rehabilitacja seksualna jest częścią szeroko pojętego procesu rehabilitacji i powrotu do odzyskania miejsca w społeczeństwie, lecz w Polsce, do chwili obecnej, nie stworzono programu rehabilitacji seksualnej dla osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego. Celem zrealizowanych badań empirycznych było rozpoznanie podstawowych barier związanych z podjęciem życia intymnego niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego oraz ukazanie oczekiwań tych pacjentów wobec rehabilitacji seksualnej. Ważnym wątkiem pracy było określenie roli fizjoterapeuty w podejmowaniu elementów rehabilitacji seksualnej w terapii osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego. Badaniem objęto 12 kobiet i 48 mężczyzn po urazie rdzenia kręgowego (tetra- i paraplegicy) korzystających z forów internetowych oraz stron internetowych poświęconych tematyce seksualności osób niepełnosprawnych. W badaniu zastosowano kwestionariusz autorski składający się z 22 pytań, który wysyłało drogą e-mailową oraz umieszczano na forach internetowych. Najczęściej wskazywane przez uczestników badań obawy związane z podjęciem współżycia to niemożność zapanowania nad odruchami fizjologicznymi w trakcie pożycia intymnego, a także bariery psychologiczne. Zapotrzebowanie na rehabilitację seksualną osób niepełnosprawnych ruchowo jest bardzo duże, a najbardziej oczekiwanymi formami pomocy są: instruktaż seksualny oraz wsparcie w przełamywaniu lęku przed mimowolnymi odruchami fizjologicznymi. Nie wszystkie

jednak formy rehabilitacji zostały pozytywnie ocenione przez respondentów, np. usługi partnera zastępczego nie znalazły wśród nich akceptacji.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność, rehabilitacja, seksualność

#### SEXUALITY AND THE DISABLED WITH SPINAL CORD INJURY:

#### ASSESSMENT OF THE PHYSIOTHERAPIST'S ROLE IN THE REHABILITATION PROCESS

The sexuality of disabled men and women is taboo. In Poland, until now, there has never been a sexual rehabilitation program for the disabled after spinal cord injury. The aim of the empirical research carried out was to identify the main barriers associated with active sex life after spinal cord injury and to present the patients' expectations of their sexual rehabilitation. An important aspect of the study was the question of the physiotherapist's role in sexual rehabilitation. The study included 12 women and 48 men with spinal cord injury. The authors used a questionnaire consisting of 22 questions, which was sent by e-mail to the respondents. The research participants most often mentioned these concerns about having an intercourse: psychological barriers and the inability to control their physiological reflexes during sexual contacts. The demand for sexual rehabilitation of persons with physical disabilities is very large, and the most expected forms of assistance are: sexual instruction and support in overcoming the fear of involuntary physiological reflexes. However, not all forms of rehabilitation have been positively evaluated by the respondents, for example the services of a stand-in partner have not found acceptance among them.

**Keywords:** disability, rehabilitation, sexuality of disabled persons