

Związki intymne chorych reumatycznych w opinii profesjonalistów zdrowia, chorych i ich partnerów

Intimacy of people with rheumatic diseases in the opinion of health professionals, patients and their partners

Bożena Moskalewicz, Jolanta Grygielska, Małgorzata Mańczak

Zakład Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Słowa kluczowe: seksualność, intymność, niepełnosprawność, partnerstwo, choroby reumatyczne, profesjonaliści zdrowia.

Key words: sexuality, intimacy, disability, partnership, rheumatic diseases, health professionals.

Streszczenie

Choroby reumatyczne jako schorzenia nieuleczalne i postępujące aż do niepełnosprawności ograniczają życie chorych i ich najbliższych. W procesie leczenia, mającym na celu spowolnienie postępu choroby i ograniczenie dolegliwości bólowych, praktycznie nie bierze się pod uwagę problematyki życia seksualnego tych chorych, które jest nieodłączną częścią życia każdego człowieka.

W 2009 r. w Zakładzie Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii w Warszawie przygotowano i zrealizowano badanie wśród pacjentów leczonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z terenu Polski. Przebadano 131 par, w których jedno z partnerów ma zdiagnozowane schorzenie reumatyczne. Dla 86,3% chorych i 63,4% ich partnerów schorzenie reumatyczne jest problemem w życiu intymnym. Badanie to zostało poprzedzone badaniem przeprowadzonym wśród 54 profesjonalistów zdrowia, mającym na celu określenie miejsca seksu- alizmu w rozmowie z pacjentem.

Wstęp

W relacjach międzyludzkich choroba stanowi barierę trudną do pokonania. Niepełnosprawność chorych reumatycznych jest szczególnie widoczna podczas wykonywania prostych czynności, takich jak: otwarcie drzwi, podniesienie szklanki z wodą, chodzenie, siadanie i wstawanie z fotela. Odmienność w zachowaniu budzi obawę osób

Summary

Rheumatic diseases, being incurable and progressing to disability, limit the lives of patients and their relatives. In treatment, when the main goals are inhibition of disease and limitation of pain, sexual life, which is an integral part of everybody's life, draws little attention.

In 2009 the Department of Health Promotion and Epidemiology of Rheumatic Diseases of the Institute of Rheumatology in Warsaw prepared and carried out a survey among patients of general practitioners throughout Poland. In this survey 131 couples, in which a partner lived with a diagnosed rheumatic disease patient, were included. For 86.3% of rheumatic people and for 63.4% of their partners rheumatic disease creates a problem in sexual life. This survey was preceded by a survey carried out among 54 health professionals. The aim of this survey was to describe the place of patients' sexuality during medical consultation.

zdrowych, dla których jest to zazwyczaj sytuacja obca, nowa i niezrozumiała. Również chory obawia się wejść w bliskie relacje z drugą osobą, aby nie sprawić jej zawodu. Osoba zdrowa, wiedząc zbyt mało o chorobie, nie jest w stanie zrozumieć chorego.

Wiadomo, że choroba jako taka nie ogranicza pragnienia seksualnego, niemniej ból i stres emocjonalny mogą wpłynąć na potrzeby seksualne, zdolność współżycia

Adres do korespondencji:

dr n. socjol. Bożena Moskalewicz, Zakład Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel. +48 22 844 66 33, e-mail: zaklad.epidemiologii@ir.ids.pl

Praca wpłynęła: 22.07.2010 r.

i osiąganie satysfakcji. Niektóre leki stosowane w leczeniu chorób reumatycznych mogą zmniejszać libido. Ponadto towarzyszące chorobie zmęczenie i poważne ryzyko wystąpienia stanów depresyjnych zmniejszają zainteresowanie współżyciem seksualnym. Obawy przed uszkodzeniem wszczepionych stawów biodrowych czy kolanowych mogą być przyczyną kolejnych ograniczeń. Zmęczenie i osłabienie rąk czy usztywnienie stawów ograniczają swobodę współżycia.

Chorzy cierpiący na choroby reumatyczne doznają szczególnych ograniczeń w osiąganiu satysfakcji seksualnej. Ograniczenia te można pogrupować następująco:

- problemy fizyczne związane z procesem chorobowym, np. zmęczenie, ból, sztywność poranna, suchość pochwy,
- niepożądane skutki procesu leczenia; przykładem może być zmęczenie, impotencja, zwiększone ryzyko infekcji, niekontrolowane zwiększenie lub zmniejszenie masy ciała,
- reakcje uczuciowe, np. negatywny obraz samego siebie, depresja i inne problemy emocjonalne związane z chorobą podstawową, a także problemy psychologiczne niezależne od choroby,
- trudności w związkach, np. konflikty z partnerem wynikające ze stresu, jaki niesie choroba; obawa partnera przed wywołaniem fizycznego bólu u osoby chorej.

W potocznym myśleniu osoby chore czy starsze są postrzegane jako aseksualne. Dlatego też sami chorzy często w ten sposób myślą o sobie. Ten stereotyp bywa największą przeszkodą na drodze do szczęśliwego i satysfakcjonującego życia intymnego.

Tabu związane z fizycznym obnażeniem chorego podczas badania lekarskiego zostało przewyżnione przez stulecia praktyki medycznej, natomiast tabu kulturowe dotyczące życia seksualnego – jest nadal przyczyną wstydu i skrępowania zarówno dla lekarza, jak i dla chorego. Rozmowa o życiu seksualnym przewlekłe chorego jest bardzo rzadko inicjowana przez lekarza reumatologa, podejmowana przez pacjenta i/lub jego partnera. Tematy „zakazane” przez wychowanie rodzinne i szkolne są terenem przemilczeń, niedomówień, omijania nawet przez ciekawość naukową i rozwiązania praktyczne. Tak więc podświadomie przyjmowane założenie, że osoba przewlekłe chora nie prowadzi życia seksualnego (lub nie może sobie rościć prawa do satysfakcji seksualnej na równi z osobami zdrowymi) funkcjonuje wśród naukowców, autorów książek i publikacji, nauczycieli oraz praktyków w dziedzinie reumatologii i właśnie to przyjmuje się za rzeczywistość.

Przedstawionym obecnie materiałem empirycznym chcemy wprowadzić nowy paradygmat w podejściu do leczenia przewlekłych chorób reumatycznych i włączyć do analizy problemów reumatologicznych również aspekty życia seksualnego pacjenta.

Trzeba zgodzić się z Parsonsem [1], pionierem studiów nad kulturą, rolą chorego i konsumpcją zdrowia, że to wartości kulturowe stanowią kontekst modelu roli chorego. Są to wartości zakorzenione w tradycji chrześcijańskiej, nastawione na maksymalizację instrumentalnej efektywności. Innowacje w medycynie, wpływające istotnie na różnorodne czynniki przekształcające chorego z osoby zależnej i poddanej terapii w pacjenta dobrze poinformowanego, poszukującego rozwiązania problemu w strukturach medycznych, nie naruszają podstawowego dążenia zarówno lekarza, jak i pacjenta do zwiększenia instrumentalnego „aktywizmu doczesności” osoby chorującej. Choroba, argumentuje Parsons, nie jest jedynie „zewnątrznym” zagrożeniem, które organizm musi „odeprzeć”, lecz jest nierozzerwalnie związana i bezpośrednio wpływa na stan równowagi społecznej. Choroba jest „dysfunkcyjna” dla systemu społecznego, ponieważ uniemożliwia „skuteczną realizację ról społecznych” i podważa kulturową wartość efektywności.

Głębsze przeobrażenia społeczeństwa i medycyny skłaniają do odejścia od biomedycznego interwencjonizmu [2] na rzecz zainteresowania środowiskiem, stylem życia i działaniami zapobiegawczymi. Wśród chorych pojawia się coraz więcej jednostek, które nie „uciekają” od społecznej odpowiedzialności, ale dążą raczej do maksymalizacji swojej funkcjonalnej sprawności w sposób, który wykracza poza kryteria roli chorego [3].

Są to przede wszystkim te osoby, które dysponują środkami finansowymi, czasem i kapitałem społecznym, przejawiając potrzebę i chęć działania. Na kapitał społeczny składają się materialne i niematerialne dobra, do których należy wykształcenie, pozycja społeczna, szacunek i prestiż, a przede wszystkim sieć relacji międzyludzkich.

Powiązanie kapitału kulturowego (społecznego) z potencjałem zdrowia stało się przedmiotem naukowych dociekań, ujawniając, że wykształcenie czy sieć związków wsparcia społecznego dostarczają ochrony nawet w razie zwykłego przeziębienia.

Jak stwierdza Putnam [4]: „spośród wszystkich dziedzin, w których śledziłem efekty kapitału społecznego, w żadnej waga społecznych powiązań nie jest tak dobrze określona, jak w wypadku zdrowia i dobrego samopoczucia”.

Wyniki badań empirycznych potwierdzają, że na różnice zdrowotne między ludźmi wpływają takie czynniki, jak zadowolenie z życia rodzinnego, pozostawanie w związku małżeńskim lub mieszkanie razem, nie w odosobnieniu. Silne, pozytywne, opiekuńcze związki osobiste zdają się ochraniać jednostkę przed złym stanem zdrowia [5].

Podejmując ten tok myślenia w naszych badaniach, włączamy relacje seksualne do konfiguracji pozostałych

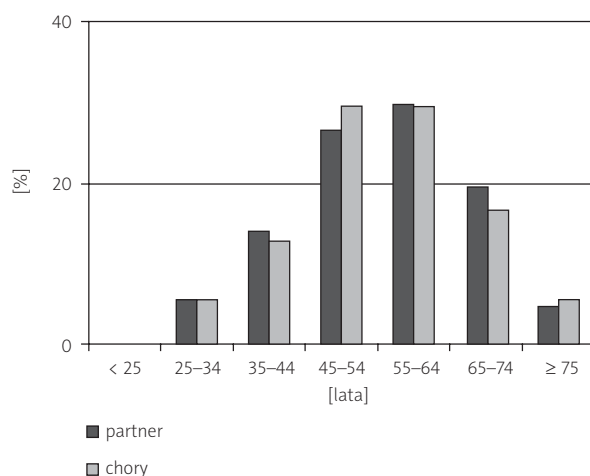
związków międzyludzkich, które mogą działać ochronnie, wspierająco i rozwojowo na pacjenta. Bliskość intymna pogłębia poczucie przynależności i wsparcia, wzmacnia relacje i sprawia, że obie osoby czują się kochane i ważne. Jest to wartość w sensie rozwoju osobowości partnerów, ich męskości, kobiecości, wspólnoty partnerskiej.

Nie można jednak nie zauważyć, że wywołane chorobą złe doświadczenia w relacjach intymnych mogą „poważnie nadwyrężyć pozytywne nastawienie do partnera, aż do granic wytrzymałości” [6, 7].

Operacjonalizacja przedstawionych wyżej stwierdzeń z terenu badań społecznych była celem podjętych w Zakładzie Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych Instytutu Reumatologii w 2007 r. dwuetapowych badań ankietowych. Jako cel poznawczy przedstawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy chorzy i ich partnerzy potrzebują rozmowy z profesjonalistami zdrowia na temat seksualności?
2. Jakie są doświadczenia pacjentów i ich partnerów w zakresie pozyskiwania informacji z procesu komunikacji podczas konsultacji medycznej?
3. Jak problematykę intymności i seksualności chorych reumatycznych postrzegają profesjonalści zdrowia?

Założenia badania zostały przedstawione w książce „O seksualności osób niepełnosprawnych” już w 2006 r. [8], gdzie jako główny cel postawiono artykulację problemów seksualnych związanych z chorobą reumatyczną i w rezultacie uzyskanie listy problemów, w obliczu których staje chory w związkach intymnych. Praca nad rozdziałem do tej publikacji stała się powodem postawienia wielu pytań, a w szczególności pytania o to, jakie miejsce życie intymne chorego zajmuje w rozmowach z profesjonalistami zdrowia i jak choroba wpływa na to życie.



Ryc. 1. Respondenci wg wieku.

Fig. 1. Respondents by age.

Jest to pierwsze badanie terenowe przeprowadzone w Polsce, mające w centrum uwagi życie seksualne jako integralną część aktywności życiowej człowieka.

Przyjęta metodyka, tzn. badanie par małżeńskich (partnerów seksualnych), jest prekursorską metodą w Polsce i prawdopodobnie na świecie.

Materiał i metody

I etap

Ankiety wśród 54 profesjonalistów zdrowia przeprowadzono wiosną 2007 r. i objęto nią uczestników „Szkoły reumatologii praktycznej dla lekarzy rodzinnych” (34 ankiety), organizowanej wspólnie przez Zakład Promocji Zdrowia i Epidemiologii Chorób Reumatycznych IR, Katedrę Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Stowarzyszenie Reumatyków i ich Sympatyków oraz pracowników Instytutu Reumatologii w Warszawie. Łącznie w przebadanej grupie było 34 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 3 reumatologów, 7 rehabilitantów i 10 pielęgniarek. Średnia wieku respondentów wynosiła 41,3 roku. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (80%). Wszyscy mieli znaczące doświadczenie w pracy w swoim zawodzie (średnio 16 lat) i długi okres zatrudnienia: co najmniej średnio 12 lat pracy (lekarze POZ i rehabilitanci) z chorymi reumatycznymi.

Wyniki tej ankiety wykazały konieczność poznania punktu widzenia osoby chorej i jej partnera na życie seksualne i rozmów na ten temat z profesjonalistami zdrowia.

II etap

Podjętym badaniem II etapu, można się było spodziewać trudności z otrzymaniem odpowiedzi na postawione pytania, szczególnie ze strony partnerów osób chorych, zważywszy na delikatność poruszanej tematyki. W celu uniknięcia kłopotów z uzyskaniem odpowiedzi na stawiane pytania, w konstruowaniu ankiety wykorzystano doświadczenia z I etapu badania i dyskusji nad wynikami tej ankiety z liderami grup samopomocy w chorobach reumatycznych.

Przygotowano oddzielne kodowane kwestionariusze dla chorego i dla jego partnera. Pytania w obu kwestionariuszach zostały tak sformułowane, aby odpowiedzi można było ze sobą zestawić i porównać. Dodatkowo w tym samym celu ankietom par został nadany taki sam kod.

Ostatecznie został zebrany materiał ankietowy z terenu Polski od 131 par: osób chorych na schorzenie reumatyczne, będących pacjentami lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a także partnerów tych chorych. W większości (57,8%) były to osoby w wieku 45–64 lat (ryc. 1). W 67,5% osobą chorą była kobieta, a osoby ze

„stażem chorobowym” wynoszącym 6–10 lat stanowiły największą grupę (28,8%). Przy doborze respondentów niezbędna była wiedza lekarza prowadzącego na temat sytuacji życiowej chorego i jego aktywności seksualnej. Dlatego też, z uwagi na podejmowanie tematyki dotyczącej seksualności i objęcie badaniem partnera osoby chorej, doboru uczestników badania dokonywali lekarze prowadzący. Do badania ankietowego przystępowano po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta i jego partnera.

Wyniki badania

Badanie I etapu przeprowadzone wśród profesjonalistów zdrowia wykazało, że w czasie porady lekarskiej związki intymne rzadko stanowią temat poruszany z pacjentem. Zaledwie 33% ankietowanych rozmawia z chorym na temat małżeństwa, świadomego rodzicielstwa i seksu. Pozostali brak takiej rozmowy tłumaczą najczęściej brakiem czasu, brakiem okazji, brakiem pytań ze strony pacjenta oraz poszanowaniem prywatności drugiej osoby.

W badaniu tym 89% ankietowanych zgodziło się, że schorzenie reumatyczne wpływa na seksualność chorego, 87% uznało, że ma znaczenie przy podejmowaniu decyzji o rodzicielstwie, a 85% – że wpływa również na tworzenie stałych związków przez chorego.

Większość respondentów (72%) uważa, że życie seksualne ma pozytywny wpływ na pozostałe sfery życia. Profesjonaliści podkreślali głównie: łagodzenie przebiegu choroby, zwiększenie sprawności fizycznej, motywowanie do walki z chorobą (ryc. 2). Jeden z lekarzy powiedział, że „częsty seks spowalnia postęp choroby, tak jak wszystkie zajęcia ruchowe wykonywane z przyjemnością”.

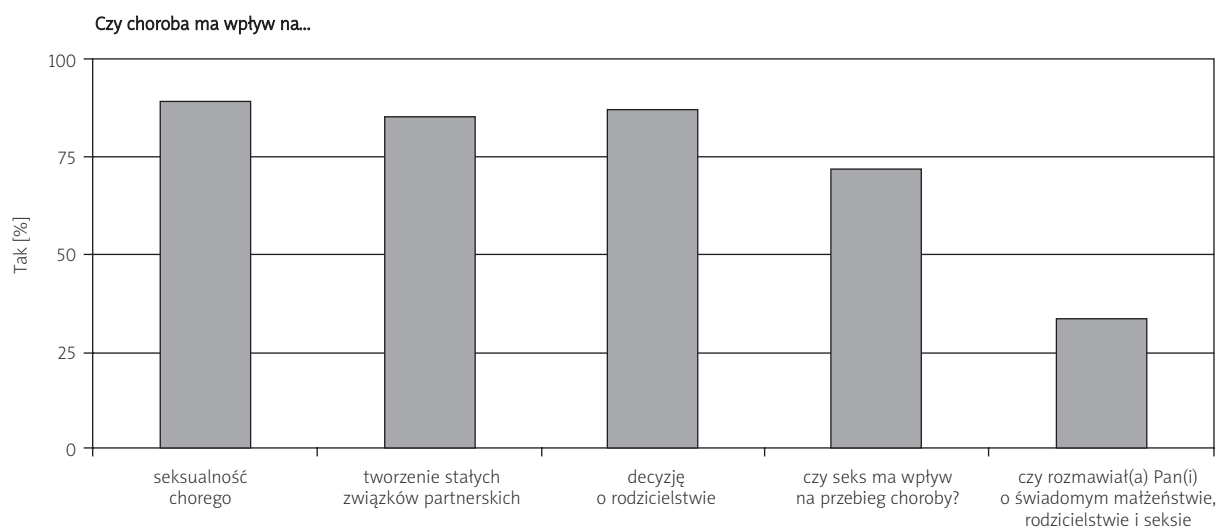
Na pytanie „Czy sądzi Pan(i), że Pan(i) opinia dotycząca głównych problemów w dziedzinie seksualności chorych reumatycznych jest zgodna z opinią innych specjalistów w Pana dziedzinie?” pozytywnie odpowiedziało 56% respondentów. Na podobne pytanie, ale oceniające zgodność opinii respondenta z opinią chorych – „tak” odpowiedziało 52% odpowiadających [9].

Badanie II etapu przeprowadzone wśród aktywnych seksualnie chorych i ich partnerów pokazuje problemy związane z życiem seksualnym w związkach, w których jedno z partnerów cierpi na schorzenie reumatyczne. Większość (67,2%) respondentów ma co najmniej średnie wykształcenie. W stałych związkach żyje 96,8% respondentów.

Warto zaznaczyć, że partnerzy osób chorych dobrze uświadamiają sobie zagrożenie zdrowia najbliższej osoby, o czym świadczy podobny rozkład procentowy informacji o „stażu chorobowym” w grupie chorych i partnerów (ryc. 3).

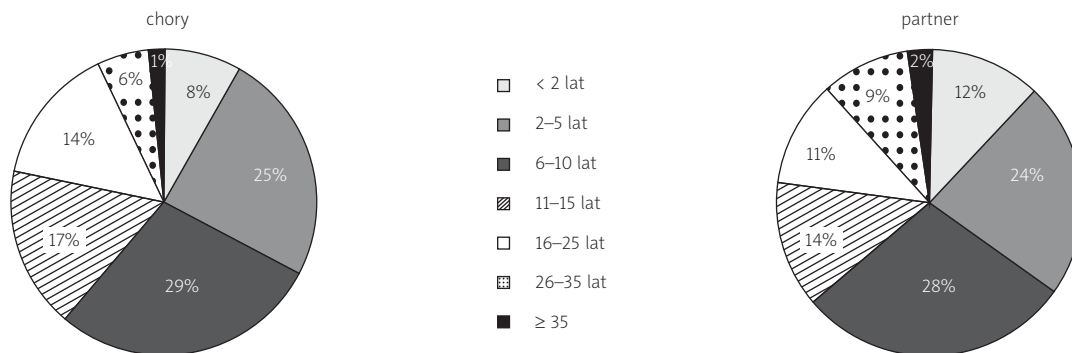
O życiu seksualnym nigdy nie rozmawiało z lekarzem 60,8% chorych i 81,4% ich partnerów, odpowiednio 86% i 87,3% osób nigdy nie rozmawiało z innym profesjonalistą zdrowia. Wśród chorych, którzy rozmawiali z profesjonalistą zdrowia, więcej niż połowę stanowiły kobiety, osoby w wieku 45–54 lat, mające wykształcenie średnie zawodowe. Ankietowani partnerzy najczęściej byli w tym samym przedziale wiekowym, co chorzy. Tu największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

Wyniki badania wskazują, że 44,7% chorych oraz 55,1% ich partnerów chciałoby porozmawiać o życiu seksualnym z profesjonalistą, odpowiednio 55,3% i 66,4% respondentów chciałoby, aby ich chory partner porozmawiał z profesjonalistą zdrowia.



Ryc. 2. Opinie profesjonalistów zdrowia na temat powiązań choroby i seksualności chorego.

Fig. 2. Health professionals' opinions about the relation between disease and patient sexuality.



Ryc. 3. „Staż chorobowy” chorego w jego opinii i opinii jego partnera.

Fig. 3. Years of disease in the opinion of the patient and her/his partner.

Porównując opinie w związkach, stwierdzono, że 43% par zgadzało się w kwestii potrzeby rozmowy partnera z przedstawicielem medycyny, a w co piątym badanym związku oboje partnerzy byli przeciwni takiej rozmowie. W przypadku sprzecznych opinii w 28% związków za rozmową partnera była osoba zdrowa, a tylko w 8,1% związków za rozmową partnera z lekarzem optowała osoba chora na schorzenie reumatyczne. Ponadto 63,8% chorych i 62,1% partnerów przyznawało, że nie wiedzą, czy partner w ogóle rozmawiał o problemach życia seksualnego z profesjonalistą. Porównując odpowiedzi w parach, stwierdzono również rozbieżności w odpowiedziach „tak” i „nie”. Okazuje się również, że w przypadku odpowiedzi „nie wiem”, zaznaczonej przez współpartnera, 38,5% chorych i 16% partnerów deklarowało odbycie rozmowy z lekarzem na temat życia seksualnego. Świadczy to o braku wzajemnego informowania się partnerów o takich rozmowach.

Analizowano także ocenę odbytej rozmowy z profesjonalistą zdrowia. W trakcie rozmowy z lekarzem 32% chorych i 42% ich partnerów uznało rozmowę o sprawach seksu za kłopotliwą, ale co trzeci badany czuł się swobodnie, mogąc rozmawiać z profesjonalistą. Wreszcie 37% chorych i 26% ich partnerów było zadowolonych, że taką rozmowę mają już za sobą.

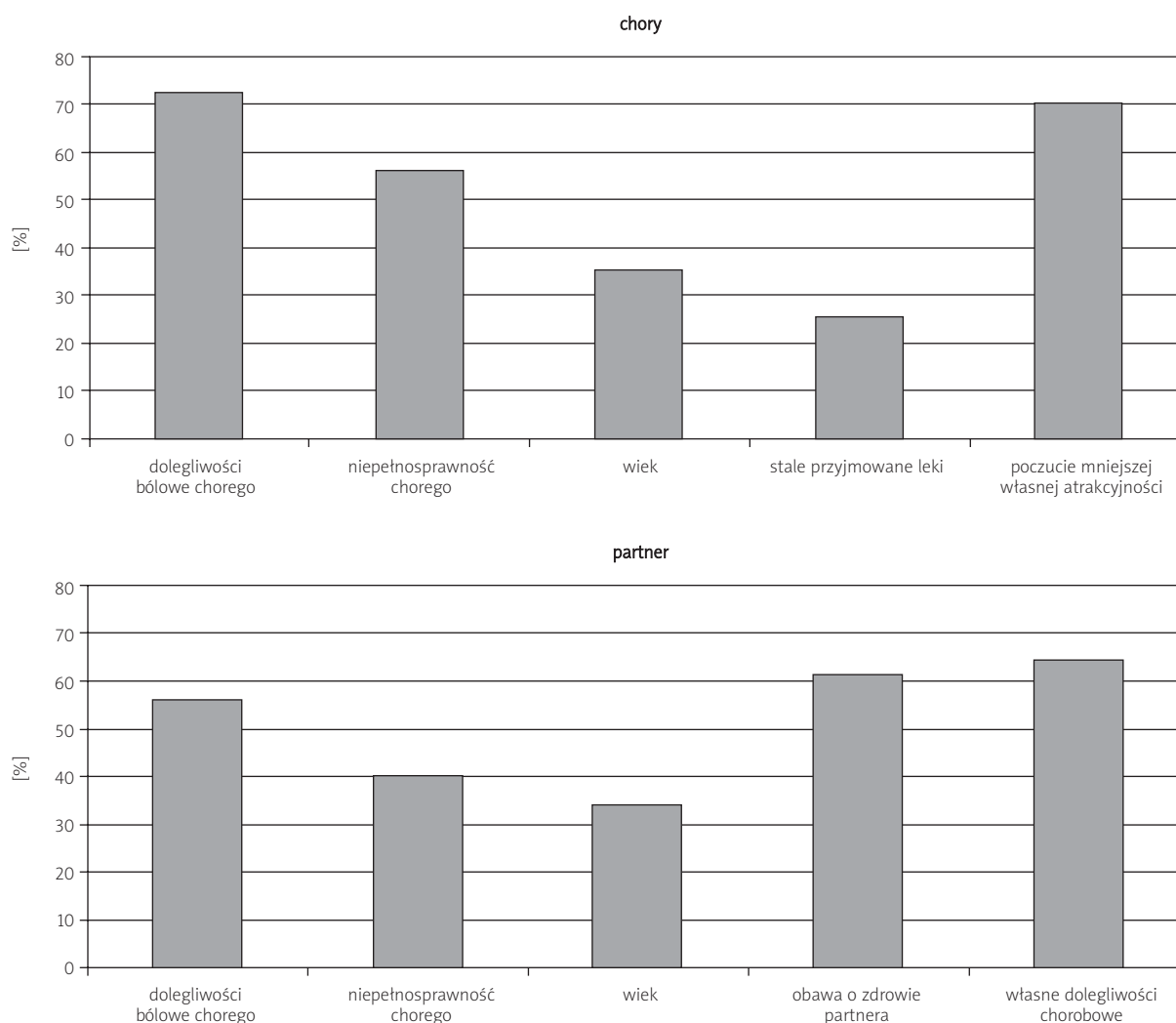
W badaniu pytano o odpowiedź profesjonalisty zdrowia w przypadku zainicjowania rozmowy o życiu seksualnym przez chorego (lub jego partnera). Według 89,5% chorych i 77,8% ich partnerów pytanie zostało odebrane jako stosowne; 72,5% chorych i 45,8% ich partnerów uznało, że lekarz udzielił im wyczerpującej odpowiedzi; 17,5% chorych i 25% partnerów zostało skierowanych do innego specjalisty; a odpowiednio 10% i 29,2% osób polecono właściwą lekturę. Odnotowano także częste udzielanie wymijającej odpowiedzi, a połowa profesjonalistów zbagatelizowała takie pytania. Co dwudziesty chory i partner spotkał się z ofuknięciem lub drwiną.

Na pytanie, czy choroba jest dla respondenta problemem, odpowiedziało twierdząco 86,3% chorych i 63,4% ich partnerów, natomiast na pytanie, czy choroba jest problemem dla partnera, twierdząco odpowiedziało 47,7% chorych i 69,5% ich partnerów, przecząco odpowiedziało odpowiednio 21,5% i 19,8% badanych. Aż 30,8% chorych i 10,7% ich partnerów nie umiało na to pytanie odpowiedzieć. Porównując odpowiedzi na te pytania w parach, w 77,1% partnerzy udzielili takiej samej odpowiedzi na pytanie, czy schorzenie reumatyczne jest problemem dla chorego (w 67,2% – oboje uznali, że choroba jest problemem dla chorego). Na pytanie, czy choroba jest problemem dla partnera osoby chorej, takiej samej odpowiedzi udzieliło 53,1% par (w 39,2% – para zgodnie uznała, że choroba jest problemem dla partnera).

Do mniejszej ochoty na kontakty seksualne przyznało się 74,6% chorych i 57,9% ich partnerów. Zmniejszenia ochoty na seks 72,3% chorych i 56,2% partnerów upatruje w dolegliwościach bólowych osoby chorej, a odpowiednio 56,4% chorych i 40% ich partnerów w niepełnosprawności wywołanej schorzeniem reumatycznym.

Warto dodać, że w naszym badaniu porównano w parach podstawowe przyczyny zmniejszenia aktywności seksualnej. W 49,2% ból był przeszkodą dla obu partnerów, w 43,8% tylko dla osoby chorej, a w 6,8% tylko dla partnera. Odpowiednio niepełnosprawność chorego stanowiła przeszkodę dla obojga partnerów w 29%, tylko dla chorego w 56,5%, a tylko dla partnera – w 14,5%. Z kolei 35,1% chorych i 34,3% partnerów mniejszą aktywność seksualną tłumaczy wiekiem. Poza tym 70,2% chorych uważa, że przyczyną takiej sytuacji jest poczucie mniejszej własnej atrakcyjności, a dla 25,5% – stale przyjmowane leki.

W prezentowanym badaniu 61,6% partnerów mniejszą aktywność seksualną tłumaczy obawą o zdrowie chorego partnera, a 64,4% własnymi dolegliwościami chorobowymi (ryc. 4).



Ryc. 4. Przyczyny mniejszej ochoty na kontakty seksualne.

Fig. 4. Reasons of lower willingness for sexual contacts.

Dyskusja

Na znaczenie seksualności w życiu chorych reumatycznych i konieczność zajęcia się tą problematyką przez profesjonalistów zdrowia zwrócił ostatnio uwagę w swoim artykule pt. „Reumatoseksuologia” Kucharz [10].

Celowość rozmowy chorych i ich partnerów na temat aktywności seksualnej w gabinecie profesjonalisty zdrowia znajduje odzwierciedlenie również w nielicznych badaniach zagranicznych. W badaniu przeprowadzonym we Francji wzięto udział ok. 1300 respondentów, w wieku średnio 64 lata ze stażem chorobowym wynoszącym ok. 19 lat [11]. Uzyskano w nim wyniki podobne do wyników polskich, dotyczące niechęci i obawy chorych do podejmowania aktywności seksualnej. Niewielkie studium zrealizowane w Norwegii wskazuje jeszcze

na wpływ uciążliwości leczenia na życie seksualne, co deklarowało 5 respondentów na 23 przebadanych [12].

W przygotowaniu II etapu badania wykorzystano doświadczenia przedstawicieli stowarzyszeń osób chorych na schorzenia reumatyczne. Udział stowarzyszeń chorych w badaniach naukowych dotyczących seksualności chorych jest praktyką stosowaną coraz częściej przez ośrodki badawcze [13, 14]. Zebrany materiał empiryczny przedstawiono do oceny osobom najbardziej zainteresowanym, czyli osobom ze stowarzyszeń osób przewlekle chorych z powodu chorób reumatycznych. Liderzy grup samopomocy, uczestniczący w warsztatach, omawiając opinie profesjonalistów zdrowia zebrane w I etapie badania, stwierdzili, że chcą uzyskać odpowiedź na pytanie: „Czy mam szansę, mimo choroby, na

normalny związek, tak samo, jak ludzie zdrowi?”, oraz na ile choroba ogranicza ich życie seksualne. Uznali również za celową rozmowę partnera osoby chorej z profesjonalistą zdrowia. Sami chorzy są bowiem w gabinecie zainteresowani głównie terapią.

Formą odpowiedzi na pytania chorych jest wydana w 2008 r. broszura edukacyjna dla chorych: „Być bliżej – związku intymne w chorobach reumatycznych”, obejmująca aspekty społeczne oraz zdrowia psychicznego i fizycznego, której współautorami są specjaliści pracujący z chorymi reumatycznymi [13].

Po raz pierwszy w literaturze przedmiotu został zaprezentowany pozytywny wpływ życia seksualnego na przebieg przewlekłych dolegliwości reumatycznych jako emanacji silnego, osobistego związku [14, 15].

Wnioski

Prezentowane powyżej wyniki badań przeprowadzonych w Polsce potwierdzają wagę problemu i wyznaczają kierunek zmian w opiece nad chorym reumatycznym.

Dla osób żyjących ze schorzeniem reumatycznym i ich partnerów życie seksualne jest obarczone wieloma ograniczeniami natury praktycznej oraz społecznej, świadomościowej. Respondenci uznają potrzebę rozmów na temat seksualności chorych reumatycznych za niezbędną. Zarówno dla profesjonalistów zdrowia, jak i chorych oraz ich partnerów jest to temat trudny do podjęcia, głównie z uwagi na tradycyjne traktowanie zagadnień seksualności jako wstydlivych, a nawet tabu.

Konieczne jest więc przygotowanie profesjonalistów zdrowia pracujących z chorymi reumatycznymi do podejmowania tematyki seksualności w kontaktach z chorymi i ich partnerami. Należy również uświadomić chorym i ich partnerom wartość wzajemnych rozmów na temat życia seksualnego i korzystania z pomocy profesjonalisty zdrowia w razie trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemów wynikających z choroby reumatycznej partnera.

Piśmiennictwo

1. Parsons T. The social system. Routledge, London 1991.
2. Łęcka D. Klasyczna socjiosomatyka i jej nieklasyczna odmiana. *Studia Socjologiczne* 2010; 1(196).
3. Shilling C. Culture, the sick role and the consumption of health. *Br J Soc* 2002; 53: 621-638.
4. Putnam RD. *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster, New York 2000.
5. Halpern D. *Social capital*. Polity Press, Cambridge 2005; 73-112.
6. Quest P. A partners perspective. Maintaining a balance living with highs and lows (abstract). *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (Suppl 3): 29.
7. Aanerud AM. Influences on arthritis on daily life (abstract). *Ann Rheum Dis* 2006; 65 (Suppl 2): 31.
8. Moskalewicz B, Grygielska J. Intymne związki i choroby reumatyczne. W: O seksualności osób niepełnosprawnych, red. A. Ostrowska. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2006; 131-140.
9. Moskalewicz B, Grygielska J. Sexuality and intimacy in rheumatic diseases – new look at rheumatic person (abstract). *Ann Rheum Dis* 2007; 66 (Suppl 2): 673.
10. Kucharz E. Reumatoseksuologia: wprowadzenie do problematyki interdyscyplinarnej. *Reumatologia* 2010; 48: 155-158.
11. Kobelt G, et al. Sexuality and relationship in patients with rheumatoid arthritis in France (abstract). *Ann Rheum Dis* 2010; 69 (Suppl 3): 358.
12. Helland Y, et al. Patients with rheumatic diseases want information and communication on sexual issues (abstract). *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (Suppl 3): 773.
13. Cichocki T, Dobrucka I, Grygielska J i wsp. Być bliżej – związki intymne w chorobach reumatycznych. Broszura edukacyjna wydana ze środków ICN Polfa Rzeszów SA.
14. Leong AL. Rheumatic disease, sex and aging: challenges and options across a lifespan (abstract). *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (Suppl 3): 792.
15. Madruga DJ, et al. Sexuality, fertility and pregnancy in inflammatory rheumatic diseases (abstract). *Ann Rheum Dis* 2010; 69 (Suppl 3): 717.