

STRESZCZENIE

Wstęp.

Kompleksowość i komplementarność rehabilitacji obliguje każdego członka zespołu rehabilitacyjnego do wszechstronności, uniwersalności i wielozadaniowości. Zgodnie z zasadami rehabilitacji osoba niepełnosprawna nie może być traktowana, jako bierny przedmiot usprawniania. Dlatego też psychologiczne i społeczne aspekty procesu rehabilitacji stają się kompetencjami zawodowymi członków zespołu rehabilitacyjnego a więc i fizjoterapeutów. Integracja społeczna osób niepełnosprawnych na skutek URK prowadzi do obalenia stereotypów a co za tym idzie do przełamania tabu dotyczącego ich życia seksualnego. Sprzyja to rozwojowi RS. Towarzyszy temu szereg dyskusji dotyczących zarówno aspektów moralnych owej rehabilitacji jak i jej metod.

Cel pracy.

Podstawowym celem pracy było zasięgnięcie opinii fizjoterapeutów dotyczącej RS pacjentów po URK, jako części ich kompetencji zawodowych oraz wyznaczenie działań z zakresu RS, które mogłyby być realizowane przez fizjoterapeutów w opinii ich samych. Ponadto na podstawie subiektywnej deklaracji fizjoterapeutów podjęto próbę oceny posiadanej wiedzy z zakresu RS. Drugoplanowym celem pracy było ustalenie, czy poziom sprawność w życiu seksualnym pacjentów po URK oddziałuje na ich poziom satysfakcji z życia.

Pytania badawcze.

1. Jaką opinię wobec RS, jako części kompetencji zawodowych fizjoterapeutów, wyrażają badani fizjoterapeuci?
2. Czy badani fizjoterapeuci czują się wystarczająco wyedukowani z zakresu RS pacjentów po URK?
3. Jaki jest obszar działań z zakresu RS pacjentów po URK, których fizjoterapeuci mogli i chcieliby się podjąć w opinii ich samych?
4. Czy sprawność w życiu intymnym jest determinantem poziomu satysfakcji z życia pacjentów po URK?

Materiał badawczy.

W projekcie łącznie udział wzięło 297 pełnoletnich respondentów obu płci. Badani podzieleni zostali na dwie grupy główne: pacjentów po URK (N=140) i fizjoterapeutów (N=157). Średnia wieku badanych w grupie pacjentów po URK to 31,3

($\pm 9,7$) lat, w grupie fizjoterapeutów to 27,2 ($\pm 6,1$) lat. Do zebrania danych zastosowano metodę ankietową. Analiza zebranych danych wykonana została za pomocą programu Statistica ver. 10 PL. Zebrane dane miały charakter jakościowy, najczęściej rangowy. W celu określenia korelacji poszczególnych zmiennych zastosowano korelację porządku rang Spearmana.. Do porównania grup użyto testu t-Studenta, U Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz testów Chi-kwadrat Pearsona i Chi-kwadrat NW. Ustalono poziom istotności, jako $\alpha=0,05$. Współczynniki korelacji rang Spearmana uznano za interesujące dla interpretacji, gdy były one większe niż $\rho=0,30$

Wyniki.

Zdecydowana większość fizjoterapeutów uważa, że fizjoterapia i RS powinny być zintegrowane. Zdecydowana większość fizjoterapeutów uważa, że RS i zespół terapeutyczny powinny być multidyscyplinarne. Fizjoterapeuci określili swoje miejsce w zespole RS tuż za psychologiem, seksuologiem/seksiatrą. Blisko połowa fizjoterapeutów uważa, że RS, powinna być zaliczana do ich kompetencji zawodowych. Fizjoterapeuci w subiektywnej ocenie określają swoją wiedzę z zakresu RS, jako niewystarczającą lub raczej niewystarczającą. Fizjoterapeuci, doświadczeni w pracy z pacjentami po URK czują się bardziej wyedukowani w tym zakresie. Głównymi źródłami czerpania przez fizjoterapeutów wiedzy z zakresu RS są: Internet, uczelnia/studium oraz literatura. Ponad połowa fizjoterapeutów deklaruje potrzebę rozszerzenia wiedzy z zakresu RS. Blisko połowa fizjoterapeutów czuje się komfortowo w trakcie rozmowy z pacjentem po URK na tematy intymne. W pierwszej kolejności fizjoterapeuci zadeklarowali chęć pomocy w: profilaktyce przeciwoleżynowej fizykoterapii, pracy nad układem kostno-mięśniowym z uwzględnieniem strefy intymnej. Fizyczna zdolność do podjęcia współżycia, częstotliwości współżycia, ocena związku oraz więzi z partnerem/ką mają dodatni, istotny statystycznie wpływ na poziom satysfakcji życiowej.

Wnioski.

1. Badani fizjoterapeuci w większości uważają, że RS i fizjoterapia powinny być zintegrowane. Zgadzą się również z koniecznością utworzenia multidyscyplinarnego zespołu RS pacjentów po URK, w którym wg ich subiektywnej opinii powinni pełnić kluczową rolę wraz z seksuologiem/seksiatrą i psychologiem.
2. Fizjoterapeuci w subiektywnej deklaracji nie uznają posiadanej wiedzy jako wystarczającej do uczestnictwa w RS pacjentów po URK.

3. Badani fizjoterapeuci określają swą rolę w RS pacjentów po URK jako połączenie profesjonalnej pomocy z oddziaływaniem pomocniczym.
4. Sprawność w życiu intymnym jak również jakość relacji partnerskich w sposób pozytywny oddziałuje na poziom satysfakcji życiowej pacjentów po URK.