

Problematyka seksuologiczna w szpitalu psychiatrycznym

Sexology in psychiatric hospital

Anna Brzeska¹, Przemysław Marcinek²

¹Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie

²Dział Terapeutyczny Zakładu Karnego w Rawiczu

Streszczenie

Wstęp. Celem artykułu było przedstawienie pilotażowych badań ankietowych przeprowadzonych w szpitalu psychiatrycznym. Autorzy starali się określić miejsce problematyki seksuologicznej w opiece psychiatrycznej.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 96 pracowników szpitala (lekarzy, psychologów, personelu pielęgniarskiego i pomocniczego). Zastosowano ankietę opracowaną przez autorów artykułu.

Wyniki. Ustalono, że zdrowie seksualne pacjentów jest przedmiotem zainteresowania personelu szpitala psychiatrycznego. Ponad połowa personelu uczestniczyła w jakiejś formie kształcenia z zakresu seksuologii. Najczęściej podejmowane przez personel interwencje wobec pacjenta seksuologicznego to udzielanie wsparcia oraz edukacja. Lekarze i psychologowie wyżej szacują swoje kompetencje w pracy z pacjentem seksuologicznym niż personel pomocniczy.

Wnioski. Zaledwie co czwarty specjalista gotowy jest przeprowadzić diagnozę seksuologiczną. Personel często oddaje pacjentom inicjatywę w zakresie poruszania problematyki seksuologicznej.

Seksuologia Polska 2008; 6 (2): 57–63

Słowa kluczowe: seksualność, psychiatria, szpital, zdrowie seksualne

Abstract

Introduction. This article presents questionnaire based preliminary study. In the present work, level of sexual care in psychiatric hospital was investigated. We were trying to describe and summarize the determinants of staff members professional attitudes in range of sexology.

Material and methods. The research group consisted of 96 medical staff members (doctors, psychologists, nurses and others). As the survey method we have used our own elaborated questionnaire.

Results. Study revealed that sexual health is important part of psychiatric care in hospital. Most staff members were educated in the subject of sexology. We found that the most often used methods of intervention was support and sexological education. The results of the research show that doctors and psychologists evaluate higher their level of the sexological competention than the others.

Conclusions. But hardly quarter of specialists can make a sexological diagnosis. Most staff members expect that patients will self evaluate their sexual problems.

Polish Sexology 2008; 6 (2): 57–63

Key words: sexuality, psychiatry, hospital, sexual health

Wstęp

Prawa seksualne, w tym prawo do seksualnej opieki zdrowotnej i edukacji seksualnej, należą do uniwersalnych praw człowieka, a zdrowie seksual-

ne jest integralną częścią ogólnego zdrowia i dobrostanu jednostek [1]. Tymczasem, analizując publikacje autorów zajmujących się w Polsce tematyką zdrowia seksualnego, można stwierdzić, że jest to w Polsce temat ciągle dość „egzotyczny” nawet dla profesjonalistów, na przykład z „Raportu seksualności Polaków 2002” [2] wynika, że większość badanych osób nigdy nie była pytana przez swoich lekarzy o problemy związane ze sferą seksualną; ponadto z wyników

Adres do korespondencji: mgr psych. Anna Brzeska
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
Plac Paderewskiego 1a, 64-000 Kościan
tel.: 669 356 906, annabrzeska@poczta.onet.pl

Nadesłano: 6.05.2008

Przyjęto do druku: 3.06.2008

innych badań wiadomo, że wielu lekarzy niechętnie zajmuje się zdrowiem seksualnym oraz brakuje placówek i specjalistów udzielających pomocy w dziedzinie seksuologii [2–4]. Przeszkodą jest także mocno zakorzenione przekonanie, że zajmowanie się sferą intymną nie przekłada się bezpośrednio na zdrowie i życie człowieka [3].

Z wyników badań wynika również, że podejmowanie problematyki seksuologicznej jest sytuacją powodującą różnego rodzaju trudności zarówno po stronie lekarzy, jak i pacjentów [2, 5–6]. Do grupy osób, które szczególnie często deklarowały niechęć wobec poruszania z pacjentami problemów zdrowia seksualnego należeli między innymi lekarze psychiatry [2].

Autorzy niniejszego artykułu, zainspirowani własnymi doświadczeniami w pracy z pacjentami psychiatrycznymi — z których wielu zgłaszało problemy natury seksualnej spontanicznie, oraz w odpowiedzi na zadawane im w trakcie wywiadu pytania — postanowili zgłębić tę ciekawą tematykę poprzez badania personelu szpitala psychiatrycznego.

Materiał i metody

Autorzy przeprowadzili badanie w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanów” w Gnieźnie w okresie od kwietnia do maja 2007 roku. Badanie miało charakter pilotażowy i służyło pozyskaniu podstawowych informacji w zakresie problematyki seksuologicznej podejmowanej w kontakcie pomiędzy personelem i pacjentami szpitala psychiatrycznego. W zasadzie nie przyjmowano wstępnych hipotez. Starano się możliwie szeroko rozpoznać faktyczną sytuację i dalej — na tej podstawie — formułować hipotezy badawcze do przewidywanych dalszych etapów badań.

W trakcie analizy wyników podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania:

- czy problematyka seksuologiczna jest obecna w kontakcie między personelem a pacjentami szpitala psychiatrycznego?
- jakie kwalifikacje w zakresie seksuologii posiada personel szpitala, jak ocenia własne kompetencje oraz zapotrzebowanie pacjentów na zajmowanie się ich problemami seksuologicznymi?
- jakie są specyficzne uwarunkowania kontaktu dotyczącego zagadnień zdrowia seksualnego (zarówno po stronie pacjentów, jak i personelu)?
- jakie interwencje są podejmowane wobec pacjentów zgłaszających problemy w zakresie zdrowia seksualnego?

Badaniem objęto personel wszystkich ogólnych oddziałów psychiatrycznych szpitala. Narzędziem

badawczym był samodzielnie opracowany kwestionariusz (17 pytań), zawierający dane socjodemograficzne oraz informacje na temat pracy z pacjentem seksuologicznym. Ochotnikom rozdano 175 ankiet, 103 (59%) zostały wypełnione, a do dalszej analizy zakwalifikowano 96 (55%) — prawidłowo wypełnionych. Prezentowane poniżej wyniki dotyczą wyłącznie 96 prawidłowo wypełnionych ankiet. Obliczenia wykonano, korzystając z programów Excel i SPSS.

Wyniki

W badanej grupie znalazło się 18 lekarzy (19,5% wszystkich badanych osób), 50 pielęgniarek (52%), 12 psychologów (12,5%), 7 salowych (7%) i 9 terapeutów zajęciowych (9%). Wśród osób badanych było 78 kobiet (81%) i 18 mężczyzn (19%). Średni staż pracy wyniósł 14 lat (min. = 1, maks. = 39, odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 11,197). Z pacjentami płci żeńskiej pracowały 42 osoby, z pacjentami płci męskiej — 40 osób, a z pacjentami obu płci — 14 osób. Dla potrzeb dalszej analizy statystycznej, poza podziałem na wymienione wyżej grupy zawodowe, wszystkie badane osoby zakwalifikowano — biorąc pod uwagę kryterium zakresu obowiązków pracowników szpitala — do dwóch szerszych kategorii:

- 1) lekarzy i psychologów;
- 2) personelu pielęgniarskiego i pomocniczego.

Analizę wyników rozpoczęto od sprawdzenia deklarowanej w badanej grupie znajomości problematyki seksuologicznej. Wśród wszystkich osób badanych ($n = 96$) udział w jakiegokolwiek formie dokształcania w zakresie seksuologii brało 50 osób (52% wszystkich badanych), w tym: 13 lekarzy (72% tej grupy zawodowej), 16 pielęgniarek (32%), 12 psychologów (100%), 2 salowe (28%), 7 terapeutów zajęciowych (77%); 46 osób nie szkoliło się w tym obszarze. Formy podejmowanych szkoleń przedstawiono w tabeli 1.

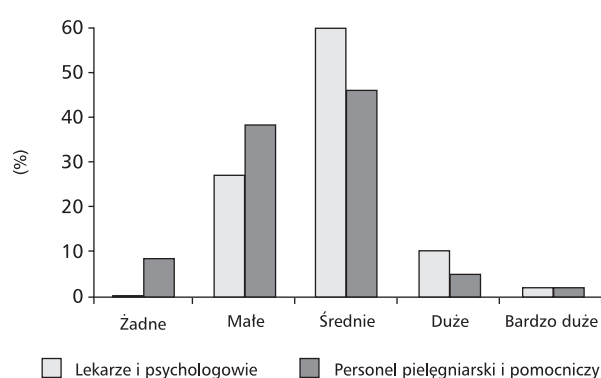
Następnie poddano analizie subiektywne przekonania personelu na temat zapotrzebowania, osobistych kompetencji oraz chęci do zajmowania się problemami seksuologicznymi pacjentów psychiatrycznych. Wyniki zestawiono na rycinach 1–3, zachowując wymieniony wyżej podział na dwie szersze grupy personelu szpitala.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej okazało się, że osoby, które zadeklarowały chęć zajmowania się problematyką seksuologiczną istotnie częściej podejmują samodzielne interwencje wobec pacjentów seksuologicznych (korelacja 0,46). Stwierdzono także istotną ujemną korelację ($-0,30$) między stażem pracy a deklarowanymi chęciami do zajmowania się pacjentem seksuologicznym.

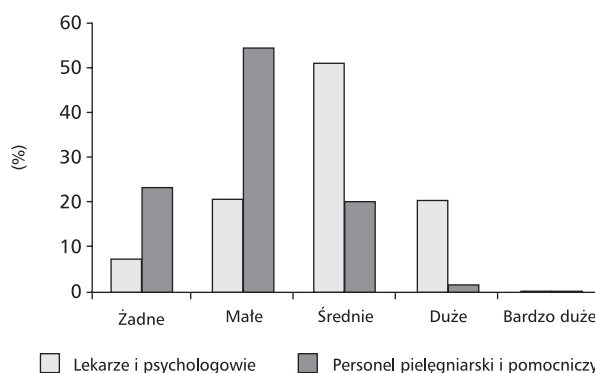
Tabela 1. Doksztalcenie w zakresie seksuologii w badanej grupie

Forma doksztalcenia*	Liczba osób	Odsetek
Wykład	38	39,5
Warsztat	9	9
Trening	1	1
Kurs specjalizacyjny lub doskonalący	4	4
Studia podyplomowe	2	2
Konferencja	14	14,5

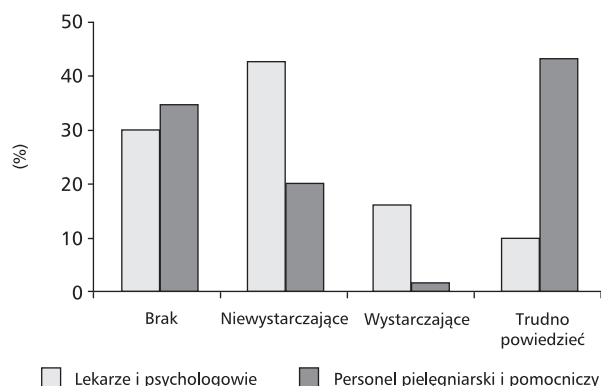
*Każda z osób badanych mogła zaznaczyć więcej niż jedną formę doksztalcenia



Rycina 1. Ocena zapotrzebowania na zajmowanie się problemami seksuologicznymi pacjentów w szpitalu psychiatrycznym — porównanie między grupami lekarzy i psychologów a personelem pielęgniarskim i pomocniczym



Rycina 3. Deklarowane chęci personelu do zajmowania się problematyką seksuologiczną w szpitalu psychiatrycznym — porównanie między grupą lekarzy i psychologów a personelem pielęgniarskim i pomocniczym



Rycina 2. Ocena własnych kompetencji w pracy z pacjentem seksuologicznym w szpitalu psychiatrycznym — porównanie między grupami lekarzy i psychologów a personelem pielęgniarskim i pomocniczym

Ze względu na specyfikę tematyki seksuologicznej, która dotyczy sfery intymnej każdego człowieka i obwarowana jest szeregiem tabu, między innymi pokoleniowym, międzypłciowym i językowym [5], analizowano, jakiego rodzaju reakcje personel obserwuje u siebie oraz u pacjentów w trakcie poruszania tej problematyki. Wyniki zestawiono w tabeli 2 i 3.

Różnego rodzaju problemy oraz zdiagnozowane choroby i zaburzenia pacjentów, a także specyficzne warunki pobytu na ogólnych oddziałach psychiatrycznych mogą być przyczyną wielu kłopotliwych w ocenie personelu szpitala zachowań pacjentów, mimo że część tych zachowań bez wątpienia wynika z naturalnej potrzeby seksualnej i jest normalną formą seksualnej ekspresji poza szpitalem. Te „kłopotliwe” zachowania seksualne mogą zarówno przynależeć do normy (jedynie miejsce i czas utrudniają ich akceptację), jak i wykroczać, także w sposób ewidentny, poza normę. Zbadano częstość obserwacji przez personel wybranych — problemowych z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania oddziałów — zachowań pacjentów. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

W przypadku czterech powyższych rodzajów zachowań zaobserwowano istotne statystycznie ($p < 0,01$) różnice w częstości ich identyfikowania przez personel na trzech różnych typach oddziałów:

1. Masturbację, opowieści na tematy seksualne i rozpowszechnianie materiałów pornograficznych i erotycznych najrzadziej wskazywano na oddziałach żeńskich, częściej na oddziałach mieszanych, a najczęściej na oddziałach męskich.

Tabela 2. Własne reakcje obserwowane przez personel w trakcie rozmów na temat życia seksualnego pacjentów

Obserwowane własne reakcje	Częstość reakcji (odsetek)				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bardzo często
Obawa, że pacjent się wystraszy	15	34	38	13	0
Obawa przed byciem „wścibskim”	19	28	32	19	1
Poczucie braku specjalistycznej wiedzy	22	22	28	17	1
Poczucie braku czasu	28	37	30	4	1
Zainteresowanie	32	27	28	12	1
Trudność w doborze odpowiedniego słownictwa	35	38	22	5	0
Skrępowanie, poczucie wstydu	40	29	27	3	1

Tabela 3. Reakcje pacjentów obserwowane przez personel w trakcie rozmów na temat życia seksualnego pacjentów

Obserwowane reakcje pacjenta	Częstość reakcji (odsetek)				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Bardzo często
Rubaszność, dowcipkowanie	3	21	32	33	11
Trudności w wystąpieniu się	5	18	36	32	9
Wulgaryzmy	9	22	35	27	7
Swoboda	9	48	29	14	0
Gadulstwo, brak zahamowań	14	33	42	11	0
Aura sekretu, tajemnicy	16	36	28	17	3
Dziecinne słownictwo	19	30	39	11	1
Poczucie wstydu	21	19	31	27	2
Poczucie ulgi	21	41	26	11	1

Tabela 4. Częstość występowania zachowań seksualnych pacjentów w szpitalu psychiatrycznym

Rodzaj zachowania	Odsetek wskazań
Seksualne żarty, dowcipy	96
Opowieści na tematy seksualne	94
Masturbacja	85
Obnażanie się	81
Podglądanie innych osób	67
Nagabywanie, uwodzenie	66
Pieszczoty	48
Rozpowszechnianie materiałów erotycznych i pornograficznych	37
Stosunki seksualne	33
Przemoc seksualna	18

2. Nagabywanie i uwodzenie najrzadziej obserwowano na oddziałach żeńskich, częściej na męskich i najczęściej na mieszanych.

W przeprowadzonym badaniu niewiele ponad połowa (53%) wszystkich osób zadeklarowała, że samodzielnie (z różną częstością) podejmuje interwencje wobec pacjenta, który zgłasza problem seksuologiczny

(w tym: 92% osób w grupie psychologów, 83% w grupie lekarzy i 38% wśród personelu pielęgniarskiego i pomocniczego). Gotowość do podejmowania interwencji wobec pacjentów zgłaszających problem seksuologiczny w różnych grupach zawodowych przedstawiono w tabeli 5.

Spośród wszystkich ankietowanych 42 osoby (44%) wymieniły sytuacje, w których widzą potrzebę pytania o życie seksualne pacjenta. W tej grupie było odpowiednio: 11 lekarzy ($n = 18$), 12 psychologów ($n = 12$), 19 osób z personelu pielęgniarskiego i pomocniczego ($n = 66$).

Sytuacje wskazane przez badanych to:

- moment, gdy pacjent sam zgłasza problem dotyczący jego seksualności (34% wszystkich przykładów);
- wywiad (22%);
- podejrzenie patologii w małżeństwie/związku pacjenta lub doznanej traumy (22%);
- rozpoznanie u pacjenta depresji/manii (13%);
- kontrola efektów działań niepożądanych leków (9%).

Analiza sposobu zadawania przez personel szpitala pytań na temat życia seksualnego pacjentów pozwoliła wyodrębnić ich 3 podstawowe wzorce:

- pytania dotyczące satysfakcji seksualnej (np. „Czy czerpie Pani/Pan satysfakcję ze współżycia?”)

Tabela 5. Gotowość poszczególnych grup zawodowych do podejmowania interwencji wobec pacjentów zgłaszających problem seksuologiczny

Rodzaj interwencji	Psychologowie (n = 12)		Lekarze (n = 18)		Personel pielęgniarzki (n = 66)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Wsparcie	12	100	16	89	37	56
Edukacja pacjenta	11	92	15	73	23	35
Relaksacja	6	50	0	0	14	21
Psychoterapia	5	42	1	6	29	44
Edukacja rodzinna	5	42	6	33	10	15
Diagnoza seksuologiczna	3	25	4	22	8	12
Grupa edukacyjna	3	25	0	0	9	14
Farmakoterapia	0	0	13	72	7	11

- można je określić jako zorientowane pozytywnie (20% wszystkich przykładów);
- pytania dotyczące trudności w zakresie życia seksualnego (np. „Czy ma Pani/Pan jakieś kłopoty natury seksualnej?”) — można je określić jako zorientowane negatywnie (28%);
- pytania otwarte, o charakterze problemowym (np. „Jak się układa Pani/Pana współżycie?”) — można je określić jako neutralne (52%).

Dyskusja

Liczba oddanych i wypełnionych ankiet w świetle podobnych badań (por. [2]) świadczy o dużym zaangażowaniu i współpracy osób biorących udział w badaniu. Należy podkreślić, że wyniki nie mają charakteru reprezentatywnego i należy je bardzo ostrożnie interpretować i uogólniać, gdyż odnoszą się do populacji personelu zaledwie jednego szpitala psychiatrycznego, do tego ochotników.

Stwierdzono, że tematyka seksuologiczna jest przedmiotem dokształcania zawodowego w badanej populacji. Ponad połowa osób badanych uczestniczyła już w jakiejś formie dokształcania zawodowego w dziedzinie seksuologii. Biorąc pod uwagę, że niewiele jest w Polsce ośrodków zajmujących się kształceniem w seksuologii, a w większości uczelni medycznych nie ma wykładów z seksuologii [7] — jest to dość wysoki wynik i może się wiązać nie tylko z chęciami poszczególnych osób do szkolenia się w tym obszarze, ale również z dostępnością oferty edukacyjnej — bliskość ośrodka poznańskiego (Uniwersytet Medyczny, Instytut Psychologii UAM, a szczególnie dwa podyplomowe studia w zakresie seksuologii).

Zwraca uwagę fakt, że wszyscy ankietowani psychologowie zadeklarowali udział w którejś z form dokształcania w zakresie seksuologii. W przeważającej

części (70%) są to osoby młode, które niedawno ukończyły studia. Może to wskazywać na wzrastającą świadomość znaczenia problematyki seksuologicznej w opiece zdrowotnej, a szczególnie w obszarze pomocy psychologicznej, co jest zgodne z ogólnoswiatowym trendem [8].

Wyniki badań pozwalają stwierdzić, że problematyka seksuologiczna jest obecna w kontakcie między personelem a pacjentami szpitala psychiatrycznego. Najczęściej osoby badane określają zapotrzebowanie na zajmowanie się problemami życia seksualnego pacjentów jako „średnie”. Natomiast chęci do zajmowania się problematyką seksuologiczną związane są ze stażem pracy personelu. To, z czego wynika powyższa zbieżność (i czy nie jest to artefakt), wymaga sprawdzenia w kolejnych badaniach.

Najwięcej osób badanych we wszystkich grupach zawodowych deklaruje udzielanie wsparcia oraz edukację pacjenta zgłaszającego problem seksuologiczny, jednak zaledwie co czwarty lekarz i psycholog jest gotowy podjąć się diagnozy takiego pacjenta. Może to budzić uzasadnione wątpliwości, czy w takim razie udzielane porady (edukacja pacjenta) są adekwatne do rzeczywistego problemu.

Zastanawiające są również informacje na temat zakresu pomocy udzielanej pacjentowi seksuologicznemu przez personel pielęgniarzki i pomocniczy — 44% osób zadeklarowało bowiem, że prowadzi psychoterapię takich pacjentów, a 12% — diagnozę. Autorzy ustalili na podstawie rozmów z ankietowanymi po zakończeniu badania, że niektóre z terminów mogły zostać zrozumiane przez badanych w sposób potoczny, niezgodny z przyjętą definicją (np. „psychoterapia” traktowana była jako synonim wysłuchania pacjenta i udzielania mu wspierających komentarzy lub podawania przykładów, jak w podobnych sytuacjach radzili sobie inni ludzie). Niemniej jednak nie-

pokojący jest fakt, że profesjonalne formy pomocy, takie jak diagnoza i psychoterapia, które powinny być zarezerwowane dla osób odpowiednio przeszkolonych, są — nawet w świadomości osób pracujących w szpitalu — nieprawidłowo identyfikowane i być może również nieprawidłowo stosowane.

W referowanych badaniach okazało się, że personel pielęgniarski i pomocniczy niżej szacuje swoje kompetencje w pracy z pacjentem seksuologicznym niż lekarze i psychologowie. Jest to w zasadzie informacja spodziewana ze względu na zakres obowiązków tej grupy zawodowej. Natomiast jeśli „pracę z pacjentem seksuologicznym” rozumieć będziemy w sposób szerszy, włączając tu między innymi umiejętność odpowiedniego postępowania z pacjentami prezentującymi na oddziale problematyczne zachowania seksualne, zdolność wspierania i odpowiedniego pokierowania pacjenta (zachęcenia do kontaktu z diagnostą lub terapeutą — lekarzem bądź psychologiem na oddziale), który właśnie osobie z personelu pielęgniarskiego jako pierwszej komunikuje tego rodzaju trudności, wówczas oczywistą staje się potrzeba doksztalcania również personelu pielęgniarskiego i pomocniczego w tej dziedzinie.

Mniej niż połowa badanych zdecydowała się podać sytuacje, w których widzi konieczność pytania pacjentów o sprawy seksualne. Ankietowani najczęściej wskazywali sytuacje, w których sam pacjent inicjuje rozmowę — oznacza to, że bardzo często po prostu oddają inicjatywę w tym zakresie pacjentowi. Zaledwie co piąty przykład wskazuje na sytuację wywiadu jako okazję do pytania o życie seksualne pacjentów. Wynik ten jest o tyle zastanawiający, że przecież w wywiadzie (szczególnie psychiatrycznym czy psychologicznym) pytania takie powinny być standardem, a nie wyjątkiem. Być może oczywistość odpowiedzi ograniczyła faktyczną liczbę wskazań. Z kolei znacznie bardziej optymistycznie należy traktować charakter zadawanych pacjentom pytań. Ponad połowa samodzielnie podanych przez ankietowanych pytań to — bardzo pomocne z diagnostycznego punktu widzenia — pytania otwarte, dające pacjentowi stosunkowo dużo swobody, a także zapewniające poczucie bezpieczeństwa i ułatwiające kontakt. Oznacza to, że nawet jeśli stosunkowo rzadko personel szpitala z własnej inicjatywy pyta pacjentów o zdrowie seksualne, to w sytuacji, gdy dochodzi już do takiej rozmowy — kierowane do pacjentów pytania mają neutralny charakter i dają szansę na uzyskanie wartościowych i różnorodnych informacji.

W rozmowie na temat życia seksualnego pacjentów ankietowani identyfikowali zarówno u siebie, jak

i u pacjentów reakcje mogące utrudniać kontakt. Najczęściej były to: u personelu — obawa przed odebraniem pytań dotyczących życia seksualnego jako nadmiernej ciekawości, poczucie braku specjalistycznej wiedzy, obawa, że pacjent się wystraszy; u pacjentów — rubasznosc, dowcipkowanie, brak lub nieodpowiednie słownictwo, poczucie wstydu. Najczęściej stwierdzone reakcje wskazują na to, że trudności w kontakcie mogą wynikać przede wszystkim z różnego rodzaju zahamowań (uwarunkowanych kulturowo) oraz niedostatków w edukacji. O ile braki w zakresie wiedzy i umiejętności można stosunkowo szybko uzupełnić (zwłaszcza u osób zmotywowanych), to praca nad zahamowaniami zarówno u pacjentów, jak i personelu opieki zdrowotnej (!) jest znacznie trudniejsza, bo wiąże się ze zmianami głęboko zakorzenionych w społeczeństwie przekonań. Należy też zwrócić uwagę, że opisane powyżej postawy personelu mogą wpływać na stosunek pacjentów do ich własnej seksualności oraz decydować o jakości profesjonalnego kontaktu i trafności udzielanej pomocy.

Lepiej wyszkolony w zakresie seksuologii personel może mieć również większe kompetencje w radzeniu sobie z trudnymi, uciążliwymi i często dezorganizującymi życie oddziału zachowaniami pacjentów psychiatrycznych. Relacja na temat takich zachowań pojawiła się także w niniejszym badaniu. Ekspresja seksualna w populacji psychiatrycznej nie różni się znacząco od populacji ogólnej, na przykład najczęściej stwierdzane przez personel zachowania seksualne pacjentów na męskich oddziałach psychiatrycznych (masturbacja, opowieści na tematy seksualne, rozpowszechnianie pornografii) są w istocie częściej praktykowane przez mężczyzn i stanowią powszechną formą ekspresji seksualnej [9]. Abstrahując od tego, czy w szpitalu jest miejsce na takie zachowania, wiadomo, że pacjenci psychiatryczni to w dużej części grupa osób o obniżonej zdolności kontrolowania swoich zachowań, doświadczająca często w wyniku hospitalizacji długotrwałej frustracji podstawowych potrzeb, w tym potrzeby seksualnej. Warunki hospitalizacji ograniczają natomiast realizację nawet normatywnych zachowań seksualnych, utrudniając tym samym kontakt pacjenta z personelem, innymi pacjentami oraz prowokując sytuacje konfliktowe, co nie sprzyja zdrowieniu.

Złożoną rolę problematyki ekspresji seksualnej pacjentów w procesie leczenia pokazuje również zauważona prawidłowość, że wyższa jest liczba interakcji motywowanych seksualnie na oddziałach mieszanym, w porównaniu z oddziałami jednopłciowymi. Dla liczby i jakości kontaktów na tle seksualnym duże zna-

czenie ma orientacja seksualna — przeważająca część populacji (także pacjentów) jest heteroseksualna, stąd oddziały mieszane częściej stają się miejscem na przykład „nagabywania” i „uwodzenia” wymienionych w niniejszym badaniu. Z kolei większa częstość obserwacji przez personel powyższych zachowań na oddziałach męskich w porównaniu z żeńskimi może wskazywać na większą inicjatywę i aktywność mężczyzn, ale też na większą u nich gotowość do przekraczania bariery między pacjentami i personelem szpitala (większość personelu to kobiety) [10]. W przyszłości warto sprawdzić — pytając wprost — jak często zachowania takie adresowane są do personelu. Sprawdzenia wymaga również, które z wszystkich wymienionych „problemowych” zachowań i w jakim zakresie są rzeczywiście uciążliwe i przeszkadzają w pracy oddziałów (przykłady kłopotliwych zachowań seksualnych zostały arbitralnie dobrane przez autorów ankiety), a także — w jaki sposób społeczność szpitalna sobie z nimi radzi.

Wnioski

1. Zdrowie seksualne pacjentów jest przedmiotem zainteresowania uczestniczącego w badaniu personelu szpitala psychiatrycznego.
2. Najczęściej podejmowane interwencje wobec pacjenta seksuologicznego to udzielanie wsparcia oraz edukacja.
3. W populacji personelu szpitala psychiatrycznego ponad połowa osób badanych uczestniczyła w jakiejś formie doksztalcania w zakresie seksuologii. W grupie psychologów wszystkie osoby badane zadeklarowały udział w takim doksztalcaniu.
4. Personel pielęgniarzki i pomocniczy niżej szacuje swoje kompetencje w pracy z pacjentem seksuologicznym niż lekarze i psychologowie. Zaledwie co czwarty specjalista gotowy jest przeprowadzić diagnozę seksuologiczną pacjenta.
5. Badany personel deklaruje konieczność pytania pacjenta o zdrowie seksualne przede wszystkim w sytuacji, gdy sam pacjent porusza ten temat, oraz w sytuacji zbierania rutynowego wywiadu. Analiza zadawanych pytań wskazuje na to, że mają one dość często charakter otwarty, problemowy i neutralne zabarwienie emocjonalne.
6. Personel zarówno u siebie, jak i u pacjentów obserwuje w trakcie omawiania problemów seksualnych pacjenta postawy i reakcje, które mogą utrudniać kontakt (po stronie personelu najczęściej — antycypacja negatywnych reakcji pacjenta oraz poczucie braku wiedzy, po stronie pacjenta — trudności komunikacyjne).
7. Wraz ze wzrostem liczby mężczyzn w populacji pacjentów wzrasta częstość takich zachowań, jak: masturbacja, opowieści na tematy seksualne, rozpowszechnianie materiałów erotycznych i pornograficznych. Na oddziałach mieszanych wyższa jest liczba interakcji motywowanych seksualnie (nagabywanie i uwodzenie) w porównaniu z oddziałami jednopłciowymi, a na oddziałach męskich wyższa niż na żeńskich.

Piśmiennictwo

1. Deklaracja praw seksualnych. Seksuologia Polska 2003; 1: 1–2.
2. Lew-Starowicz Z., Krajka K., Carewicz B. i wsp. Zdrowie seksualne — trudny problem dla lekarzy. Seksuologia Polska 2004; 2: 33–38.
3. Gapik L. Potrzeba i sens prowadzenia terapii zaburzeń seksualnych. W: Gapik L. (red.). Postępy psychoterapii. Interfund, Poznań 2002: 9–14.
4. Jakima S. Pojęcie normy w seksuologii. Wykład. Podyplomowe Studium Pomocy Psychologicznej w Dziedzinie Seksuologii, Poznań 2005.
5. Beisert M. Seks twojego dziecka. K. Domke, Poznań 1991.
6. Izdebski Z., Ostrowska A. Seks po polsku. Muza S.A., Warszawa 2003.
7. Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M. Zdrowie seksualne. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2003; 1: 1–3.
8. Leiblum S.R., Rosen R.C. (red.). Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
9. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
10. Pankowska D. Wychowanie a role płciowe. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.