

# Cerebralis pareticus felnőttek szexualitása

Birksteiner Bettina,<sup>1</sup> Kelemen Anna<sup>2</sup>

National Institute of Conductive Education, Birmingham,<sup>1</sup> Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézete, Budapest<sup>2</sup>

Kutatásunkban a 18 és 35 év közötti, 70-es IQ feletti cerebralis pareticusok szexualitását elemeztük három aspektusból; egyrészt vizsgáltuk szexuális tájékozottságuk mértékét, másrészt szexuális szokásaikat, végül azt, hogy elegendő mennyiségűnek és minőségűnek tartják-e a rehabilitációjuk/rehabilitációjuk során kapott általános és diagnózisspecifikus felvilágosítást. A kutatást kérdőíves módszerrel, valamint interjú készítésével végeztük. A kontrollcsoport az ugyanilyen életévtartományba tartozó fiatal felnőttek voltak, akiknek valamilyen közük van a rehabilitációhoz/rehabilitációhoz (sérült van a családjukban, vagy rehabilitációs tevékenységkört látnak el). A cerebralis pareticusok és épek csoportja között szignifikáns különbség van az általános szexuális tájékozottság terén, a szexuális kapcsolatok jellegében és a szexuális kapcsolatok számában. A cerebralis pareticus fiatal felnőttek majdnem fele nem él szexuális életet, elsődleges kielégülési forrásuk a manuális önkielégítés, miközben az ugyanolyan életévtartományban élő ép felnőttek mindegyikének volt szexuális kapcsolata, a szexuális partnereik száma jóval több, és az elsődleges kielégülési forrásuk az orális és vaginális szex. Kiemelkedő és figyelemfelhívó, hogy a kérdezett sérült felnőttek 55%-a nem beszél senkivel szexuális problémáiról, szokásairól, a szexről általában. Nem meglepő tehát, hogy a kérdezettek szignifikáns százalékban nincsenek megelégedve a rehabilitáció/rehabilitáció nyújtotta általános és diagnózisspecifikus felvilágosítással szexuális témakörben. Ugyanakkor a vizsgálat eredményei egyértelműen jelzik, hogy mennyire nagy igény van rá mind a sérültek, mind pedig a hozzátartozók, rehabilitációs/rehabilitációs szakemberek szempontjából. A szexualitás nyújtotta öröme nagyban hozzájárulnak a minőségi élethez, a szexualitás életünk természetes része, ezért az ezzel kapcsolatos vizsgálatokat mellőzni nem lehet, még akkor sem, ha nehéz megbirkózni a témát övező prűdériával.

**Kulcsszavak:** cerebralis pareticusok szexualitása, speciális szexuális rehabilitáció

## Sexuality of adult cerebral palsy patients

In our research we analyzed sexuality of adult cerebral palsy patients' (age was between 18 and 35 years and were intellectually normal) from three aspects; their sexual awareness and information regarding the topic, their sexual habits, and additionally we collected information about how do they feel the habilitation/rehabilitation's sexual information's quantity and quality in general and diagnosis specifically. The research was conducted by a questionnaire and we made some interviews as well. Our control group consisted of healthy adults of the same age, working in habilitation/rehabilitation or who have a relative with cerebral palsy. We found significant difference between the able-bodied and cerebral palsy group in general sexual issues, the nature of sexual relationships and in the number of sexual contacts. Almost half of the cerebral palsy patients haven't experienced sexual life, their primary satisfaction was manual masturbation, while all able-bodied young adults of the same ages have had a sexual relationship, more partners, and their primary ways of satisfaction were oral and vaginal sex. Fifty five percent of the questioned young adults with cerebral palsy didn't speak with anybody about their sexual problems, habits, and about sex in general, therefore it is not surprising that neither of the groups are satisfied with the sexual information what the habilitation/rehabilitation practice was giving them. The results of the study are proved how important is to work on this issue from both the touched persons and the care-takers side as well. The pleasure of sexual life is important for the quality of our life, it is our life's natural part, which can not be neglected, even if it is difficult to speak about it, because of the topic's character.

**Key words:** sexuality of cerebral palsy patients, specific rehabilitation problems.

---

Rehabilitáció 2015; 25(1–2): 27–33.

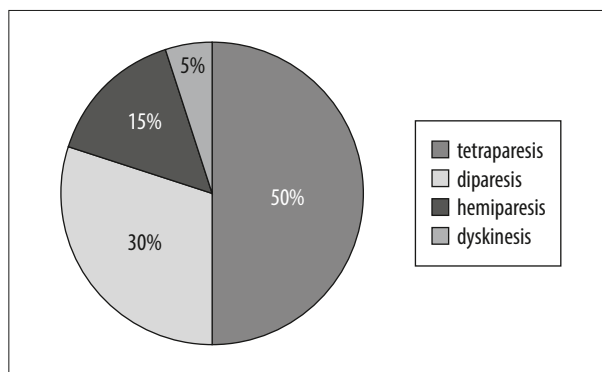
Vizsgálatunkban a fiatal felnőtt cerebralis pareticusok, elsősorban a 18–35 éves korosztály szexuális tájékozottságának mértékét, szexuális szokásait, illetve a rehabilitációjuk/rehabilitációjuk során kapott tájékoztatás mértékét és minőségét mértük fel. A szexualitás definiálásakor többféle megközelítéssel találkozhatunk. Orvosi megközelítésből a szexhez tartozik a csókolózás, a petting, az orális, anális, genitális érintkezés, valamint az onánia (nemi önkielégítés) is.<sup>1</sup> A cerebralis paresis (CP) az agy fejlődésének korai szakaszában ért sérülés maradvány-tünetegyüttese, amelynek eredményeképpen domináns mozgászavar (tónus, testtartás, mozgáskoordináció), gyakran kognitív és emocionális deficitiek lépnek fel, továbbá a CP komplexitásához hozzátartozik az időnként kifejezett testi tünetek látványa is, az akaratlan túlmozgások és deformitások, a tartási rendellenességek, a kommunikációs nehézségek és a specifikus mentális problémák jelenléte.<sup>2</sup> A tünetek intenzitásának megjelölésére *Perlstein* (1952) által meghatározott három fokozatot szoktuk használni. I. fokozat az enyhe, amikor a gyermek mindennapi tevékenységeit képes önállóan ellátni, bár mozgása darabos, ügyetlen. A II. fokozatnál (mérsékelt vagy középsúlyos) a sérültnek szüksége van valamennyi segítségre a motoros teljesítményében, de járása még önálló. Érintett a beszéd és a manipuláció. III. fokozat (súlyos) esetében a sérült segítségre szorul a napi teendőiben, mozgása nem önálló, függetlensége súlyosan érintett.<sup>7</sup> A cerebralis paresis három fő csoportját tudjuk elkülöníteni egymástól: a spasticus csoportot (eloszlás szerint diparesis spastica, terापaresis spastica, illetve a hemiparesis formát), a dyskineticus kórképeket és a cerebellaris kórképeket. Az egyes kórképek tünetei különbözők, így a szexuális problémák tekintetében is más problémákat hordoznak magukban. Bár a központi idegrendszeri sérülések döntő többsége nincs hatással közvetlenül a nemi képességekre, mégis a diszfunkciók, illetve a társaslélektani okok miatt a sérültek gyakran óriási feszültségben élnek, és szexuális életüket kudarcnak élik meg. A felső motoneuron lézió miatt kialakuló tünetegyüttesekre jellemző a testtartás, az izomtónus, mozgáskoordináció zavara, az apraxia az érintett végtagon. Gyakori az epilepszia, illetve sokszor találkozhatunk az értelmi fejlődés zavarával is primer vagy szekunder módon, leggyakrabban a tetrapareticus megjelenési formánál. Az agyi lézió általában nincs hatással közvetlenül a nemi képességekre, azonban a fent említett diszfunkciók következményeként gyakoriak a szexuális jellegű gondok. A spasticus forma legnagyobb nehézsége a szexuális életben – a

társaslélektani gondok mellett – az, hogy a spasticitas és a spasmus miatt az érintett testrészben nehezített a mozgás. A problémát fokozhatják a kontraktúrák, deformitások, s mindez a szexualitás megélésében, a nemi aktus vagy önkielégítés kivitelezésében fájdalmas állapotokat okozhat. Jellemző, hogy megjelenhetnek akaratától függetlenül fellépő, görcsös állapotok, spasmusok, főleg erős és hirtelen ingerekre. Ezek ritkán okoznak közvetlenül szexuális zavarokat, azonban a görcsök izgalom hatására fokozódhatnak, így megemléztük nem elhanyagolható. Az aktus előtt egy-két órával előbb bevett miorelaxáns megoldást hozhat a problémára. A hemipareticus férfiaknál a féloldali bénulás gyakori következménye a kezdeti időszakban az impotencia, a későbbiekben pedig a korai magömlés, míg a nők sokszor vizelettartási nehézségekkel küzdenek. A hemipareticusoknak így szexuális aktusaik során fokozottan figyelniük kell a nagyfokú megerőltetést kivédő testhelyzetekre, hogy a bénulással sújtott testrészük kikerüljön a túlzott megterhelés alól.<sup>5</sup>

A basalis ganglionokat érintő léziók miatt kialakuló különböző mozgászavaroknál az inkoordinált túlmozgás, az állandóan változó, fluktuáló izomtónus, amely az egész testre és mindenfajta mozgásra kiterjedhet, jelent nehézséget. A dyskineticus sérültek jellemzője, hogy értelmük általában ép, ezért fogyatékoságukat értelmileg és érzelmileg is megélik. Nehezítő tényező társas kapcsolataik kialakulásában, hogy kommunikációjuk erősen érintett. Az inkoordináltság kiterjed légzésükre és artikulációjukra, ezáltal önkifejezésük nehezített.<sup>7</sup> Szexuális életükben – amellett, hogy társas kapcsolataik kialakulása fokozottan nehezített – gyakorta sikertelen a közösülés, aminek okai elsősorban kényszermozgásaik, amelyek érzélem hatására általában fokozódnak. Sokszor a túlmozgás miatt nemhogy a partnerkapcsolat kizárt, de még az önkielégítés is nehezen kivitelezhető. Mivel a dyskinesia és a dystonia izgalom hatására fokozódik, aktus közben számítani kell a felfokozott túlmozgások mellett a korai magömléssel, valamint a túlérzékeny szexuális reflexekkel. Nőknél gyermekvállalás esetén fokozott figyelmet igényel a terhesség és a szülés. Szülésnél a szülési fájdalmak szélsőségesen felfokozódhatnak, illetve a gyengült vagy fokozott reflexek problémát jelenthetnek, ezért a szülésnek mindenképpen kórházi körülmények között kell történnie.<sup>5</sup> Az ataxiás/hipotón kórképeknél a kis mozgásmennyiség, az általános koordinációzavar, az intenciós tremor és a gyakori értelmi járulékos funkciózavar jelent problémát a szexuális együttélés során.

## A társadalmi megítélés változása jelenleg nem kielégítő

A szexualitás még mindig tabunak számít, legfőként a sérültek szexualitása, hiába terjed egyre jobban az úgynevezett nyitott szemlélet.<sup>5</sup> Az ötvenes években elindult szexuális forradalom hatására az emberek nyitottabbá váltak a téma iránt, azonban a sérültek számára ez még nem hozta meg a változást. Az ő szexuális lényként való elfogadásuk a szakirodalom szerint a nyolcvanas évekre tehető, azonban ez a megállapítás vitatható. Még ma is sokszor kezelik a rehabilitációban/habilitációban részt vevő személyeket „nem-nélkülüként”. Talán kényelemből, esetleg közönyből, de a szülők, a közvélemény, sőt még a szakemberek is sokszor nem nőként vagy férfiként gondolnak a sérült személyre, akit naponta többször megérintenek, mozgatnak, tornáztatnak, ápolnak.<sup>6</sup> A szexualitás önmagában nagyon összetett jelenség. A különböző kultúrák, vallások, korszakok másképpen értelmezik, általában véve kényes témának ítélik. Különösképpen igaz ez, ha a sérültek állnak a probléma középpontjában. Jól jelzi ezt, hogy ennek a témának a tudományos igényű és gyakorlati szintű feldolgozása világszerte elhanyagolt terület volt a rehabilitációban/habilitációban, és még ma is kevés külföldi szakirodalmat találhatunk a témával kapcsolatban, magyar nyelvűt pedig elvéve. Pedig a szexualitás mindennapi életünk része, és ez nincs másként a sérültekkel sem. Minden ember joga, hogy a szexualitás önmagára vonatkozó kérdéseiről felvilágosítást nyerjen, és joga, hogy esetleges sérülése ellenére intim kapcsolatba kerülhessen.<sup>5</sup> A mai társadalomra jellemző az a hamis előfeltevés, hogy akinek valamilyen egészségügyi problémája van, az nem gondol a „szexre”. Számos más sztereotípiát is él a köztudatban. Néhány példa ezek közül: „Akinek valami egészségügyi baja van, annak nagyobb gondja is van, mint hogy a szexszel foglalkozzon” vagy „A fogyatékosok nem is gondolnak a szexre”, de még folytathatnánk a sort.<sup>6</sup> Ezekkel a hamis előfeltevésekkel szemben fontos megemlíteni, hogy Hollandiában nyolc rehabilitációs központ cerebralis pareticus fiatal felnőtteinél vizsgálták a szexuális érdeklődést. Az eredmény azt mutatta, hogy a CP-s és ép fiatal felnőttek szexuális érdeklődése között semmilyen eltérés nincs.<sup>11</sup> Összefoglalva tehát elmondható, hogy a mai társadalmunk már nyitottabb a sérültek szexualitását illetően, de még most is rengeteg hamis sztereotípiát él, zárkózottság és hallgatás jellemzi a témát, és ez sajnos nemcsak a közvéleményre igaz, hanem a rehabilitációban/habilitációban részt vevő szakemberekre is. A legtöbb szakember nem foglalkozik a problémával, mintegy nem véve tudomást róla. Ezzel korántsem segítenek feloldani a sérültek esetleges feszültségeit; esetleg önmagukat védik meg a kínos helyzetektől, de ezzel a sérültben olyan belső frusztrációt alakítanak ki, amely személyiségtorzulást is eredményezhet.



1. ábra. Cerebralis paresis típusainak eloszlása

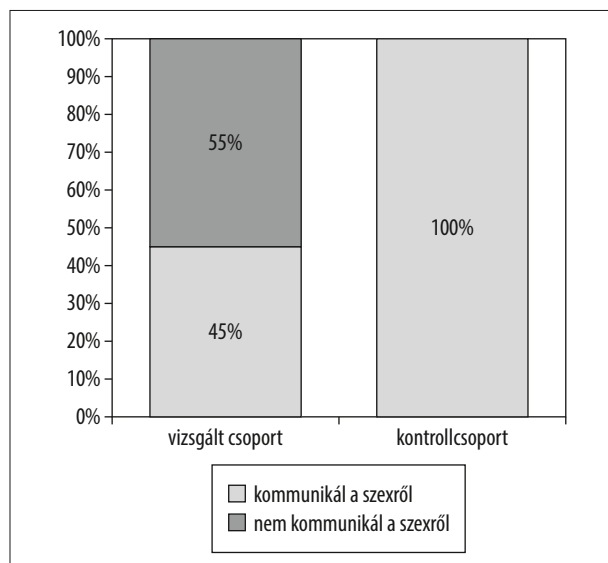
## Betegek és módszerek

Tíz nő és tíz férfi, 18 és 35 év közötti cerebralis pareticus fiatal felnőttet vizsgáltunk, valamint kontrollként ugyanennyi ép, korban és nemben megegyező személyt, akik valamilyen módon kapcsolatban voltak a rehabilitációval (sérült családtagjuk van, vagy rehabilitációs szakemberek). A szexuális ismereteiket és szexuális szokásaikat vizsgáltuk, valamint azt, hogy elegendő mennyiségűnek és minőségűnek tartják-e a rehabilitációjuk/rehabilitációjuk során kapott általános és diagnózisspecifikus felvilágosítást. A vizsgált csoport tagjainak diagnózisait tekintve 50% tetrapareticus, 30% dipareticus, 15% hemipareticus, 5% dyskineticus (1. ábra). A vizsgálatban 70-es IQ feletti önkéntesek kerültek be, etikai engedély birtokában. A résztvevők adatait anonimitást megőrző módon kezeltük. Kérdőíves módszerrel mértük fel az általános tájékozottságot a szexualitás témakörén belül, a szexuális szokásokat, valamint a rehabilitációban/habilitációban kapott/nyújtott minőségi és mennyiségi információra vonatkozó adatokat. A kérdőív első két téma köré csoportosuló részét módosított formában vettük át a szerző engedélyével.<sup>8</sup> A megelégedettségi kérdőívet magunk dolgoztuk ki. A statisztikai feldolgozást elsősorban leíró módszerrel végeztük. Azoknál a kérdéseknél, amelyeknél magas volt a százalékbeli eltérés, szignifikanciát vizsgáltunk F-próba után végzett kétmintás T-próbával.

## Eredmények

### Szexuális tájékozottság

A cerebralis paresisben szenvedő fiatal felnőttek általános szexuális kérdésekben, mint a védekezés, a szexuális úton terjedő betegségek és azok tünetei, rendelkeznek információval, de nem olyan mértékben, mint a kontrollcsoport tagjai. A vizsgált csoport 25%-a, a kontrollcsoport 75%-a tartja magát tájékozottnak az általános szexualitás terén ( $p=0,002$ ). Ez az adat önmagában még



2. ábra. Kommunikáció a szexről

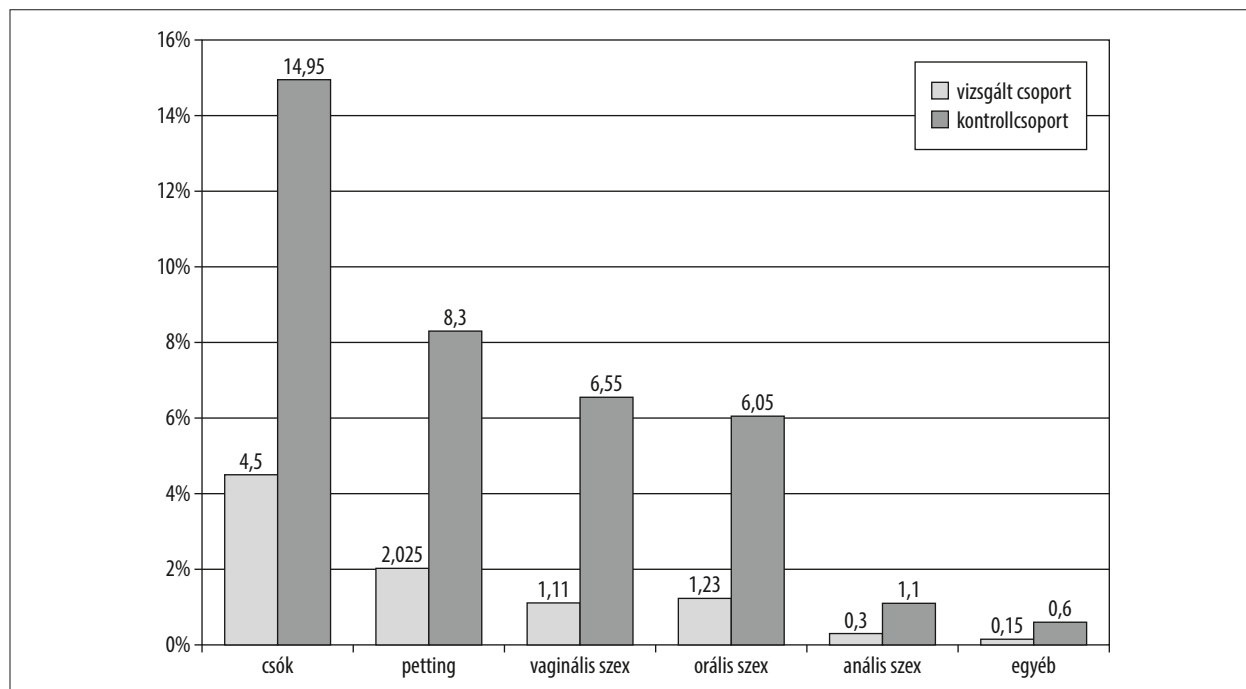
nem bizonyítja, hogy ez valóban így is van, hiszen felmerül a lehetőség, hogy a vizsgált csoport alulbecsülte magát. Ezt a feltételezést azonban cáfolja az a tény, hogy az egyes fogamzásgátló módszerek felsorolásánál a kontrollcsoport szignifikánsan több módszert tudott megfogalmazni. Nem volt szignifikáns különbség a csoportok között a legbiztonságosabb fogamzásgátló módszert illetően, első helyre az óvszert, második helyre pedig a tablettát sorolták. Vizsgálatunk egyik legmegdöbbentőbb adata, hogy a sérültek 55%-a nem beszél

senkivel szexuális problémáiról, szokásairól, a szexről általában, szemben a kontrollcsoporttal, ahol mindenki megosztja gondolatait valakivel a környezetében. Ez nyilvánvaló oka lehet a tájékozottságbeli eltérésnek (2. ábra). Fontos adat, hogy a sérültek csupán 25%-a, míg az épek 90%-a beszél barátjával a témáról, ami utalhat a sérülteknél a téma kényesebb megítélésére.

### Szexuális szokások

A sérült csoport 45%-ának nem volt szexuális kapcsolata. Ezzel szemben a kontrollcsoport 100%-a létesített már ilyen jellegű kapcsolatot. A kérdőív elemzésekor kiderült, hogy a csókot és a pettinget nem sorolták szervesen a szexuális jellegű kapcsolatokhoz.

A szexuális élet kezdetének meghatározásánál arra a kérdésre, hogy mit tartanak „normális életévtartomány-nak”, mi a minimális és maximális kor, amikor a szexuális kapcsolatot „normális” már vagy még elkezdni, a két csoport válasza eltérő volt. Minimumnak a sérültek csoportja a 18,25 évet, az épeké a 16,4 évet, maximumnak a sérültek a 30,12 évet, az épek a 21,14 életévet határoztak meg. A minimum és maximum értékek eltérése feltűnő. A minimumok eltérése 1,85 év, a maximumé viszont ennél jóval nagyobb, 8,98, majdnem 9 év. A szexuális szokásokban jelentősebb eltérés mutatkozott a két csoport között. Nincs különbség a szexuális érintkezések típusai között, azonban a cerebralis pareticusok 45%-a nem létesített még szexuális kapcsolatot, szemben a kontrollcsoporttal, amelyben mindenkinek van



3. ábra. Partnerszám

1. táblázat. A kielégülés gyakorisági sorrendje

Sorrend	Vizsgált csoport	Kontrollcsoport
1.	Manuálisan, segédeszköz nélkül, egy másik személy segítségével	Orális szex által
2.	Manuálisan, segédeszköz nélkül, saját maga által	Vaginális szex által
3.	Pettinggel Vaginális szex által	Manuálisan, segédeszköz nélkül, egy másik személy segítségével
4.	Manuálisan, segédeszközzel, saját maga által Manuálisan, segédeszközzel, egy másik személy segítségével Orális szex által	Manuálisan, segédeszköz nélkül, saját maga által
5.		Manuálisan, segédeszközzel, egy másik személy segítségével Pettinggel

ilyen élménye. A kontrollcsoport 95%-ának vaginális szexben is volt része, míg a vizsgált csoport 55%-ából, csak 40%-nak, tehát a cerebralis pareticusok mintegy negyedének csupán.

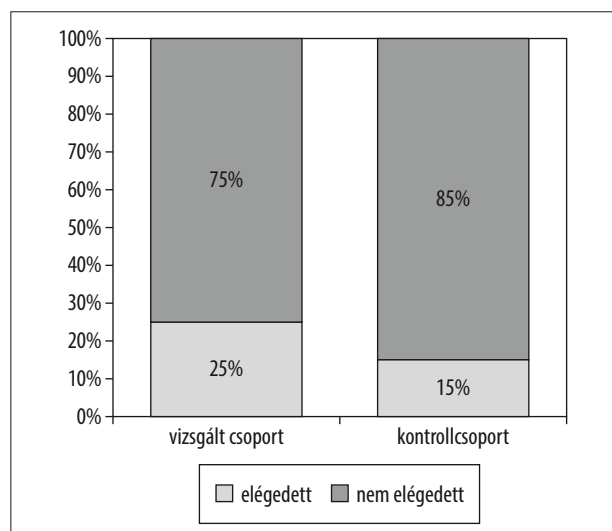
A partnerek számára vonatkozóan volt a legnagyobb különbség, több mint négyszeres (3. ábra). A „legnépszerűbb” szexuális kapcsolat a csók, a petting, a vaginális szex és az orális szex.

A csókolózást vizsgálva a vizsgált csoport átlagban 4,5 emberrel csókolózott, szemben a kontrollcsoporttal, ahol az eredmény ennek több mint háromszorosa: 14,95 fő. A petting esetében a különbség tovább növekszik, ugyanis amíg a vizsgált csoportban egy emberre átlagosan 2,025 partner jut, addig a kontrollcsoportban ennek több mint négyszerese: 8,3 fő. A különbség a vaginális és orális szexet vizsgálva a legszembetűnőbb. Míg a vizsgált csoport tagjainak átlagosan 1,11 partnere volt vaginális szex, 1,23 orális szex során, addig a kontrollcsoportban vaginális szexnél 6,55, orális szexnél 6,05 fő jut egy személyre. A különbségek szignifikánsak. Két mintás T-próbát alkalmazva  $p=0,0001$  vaginális szexnél, orális szexnél pedig  $p=0,0004$ . A partnerek száma az anális szex során a vizsgált csoportban 0,3, a kontrollcsoportban 1,1, az egyéb kategóriában a vizsgáltaknál 0,15, a kontrollban 0,6. Fontos megjegyezni, hogy a kontrollcsoport átlagát a férfineműek erősen felhúzták, azonban nem szabad elfelejteni, hogy a két csoport férfineműinek életkorátlag megegyezik. Ezzel ellentétben a vizsgált csoportban a nők válaszai húzták fel a csoport átlagát, majdnem minden kérdésben dupla akkora átlagot lehetett számolni náluk, mint a férfiaknál. Az orgazmus elérésének módjaiban azonban alig van eltérés. A sérültek 55%-a és az épek 45%-a manuálisan éri el legkönnyebben az orgazmust. Azonban, ha rangsorolásról van szó a kielégülési formák között, a sérültek és az épek

csoportja különbséget mutat. Első helyen a sérültek a manuális, segédeszköz nélküli, másik személy segítségével történő kielégülést nevezték meg, második helyen a manuális, segédeszköz nélküli, saját maga által végzett önkielégítést, míg az épeknél ez harmadik, negyedik helyen jelenik csak meg; ők első helyen az orális, második helyen a vaginális szex okozta kielégülést tartják elsődleges kielégülési forrásuknak (1. táblázat).

#### Elégedettség a szexuális rehabilitációs lehetőségekkel

Kutatásunk fontos része volt az elégedettségi vizsgálat, vagyis annak feltárása, hogy a kérdezettek elegendő mennyiségűnek és minőségűnek tartják-e a rehabilitáció-



4. ábra. Elégedettség/elégedetlenség a szexuális rehabilitációval



juk/rehabilitációjuk során kapott/nyújtott általános és diagnózisspecifikus felvilágosítást. A vizsgált csoport 10%-a él azzal a lehetőséggel, hogy szakembertől informálódjon szexuális témakörben, ehhez kapcsolódik az az adat, hogy senki nem jelölte, hogy a rehabilitációjában/rehabilitációjában részt vevő szakemberrel megosztana bármilyen információt erre vonatkozóan. A sérültek 75%-a, az ép hozzátartozók és a rehabilitációs szakemberek 85%-a gondolja úgy, hogy nem megfelelő mennyiségben és minőségben nyújt információt a rehabilitáció/rehabilitáció általános kérdésekben, illetve diagnózisspecifikusan (4. ábra). Azoknak a sérülteknek, akik élnek szexuális életet, a 63,63%-a kellemetlen érzeteket is tapasztal szexuális együttléte alatt. Ennek okát érdemes lenne kutatni, ugyanis nem biztos, hogy a kellemetlen érzetek csak funkcionális eredetűek és nem pszichés. A mai társadalom, illetve média a szexuális tetszetősség, a külsőségek fokozott kihangsúlyozásával a sérült populációra pszichés terhet rak, ami folyamatos belső frusztrációt eredményezhet akár a szexuális együttléte alatt is.

## Megbeszélés

A cereberalis pareticusok szexualitása feltáratlan terület. Nagyon kevés kutatás született eddig, és azok sem gyakorlati oldalról közelítenek. Egy holland kutatásban a cereberalis pareticus és ép fiatal felnőttek szexuális érdeklődését vizsgálva semmilyen eltérést nem tudtak kimutatni.<sup>11</sup> A szakirodalom szerint a központi idegrendszeri károsodások többsége nincs közvetlen biológiai hatással a szexuális funkciókra, azonban közvetetten, a diszfunkciók miatt igen, hiszen ha már csak a közösülési alaphelyzeteket nézzük, rengeteg nehézséggel kell megküzdniük. *Dune* kutatásából kiderül, hogy a cereberalis pareticusok sokszor alulértékelik magukat,<sup>4</sup> tehát a problémát nemcsak a gyakorlati oldal jelenti, hanem az énkép, a „szexuális önbecsülés”, amely a szexuális elégedettség fontos meghatározója. A kutatásunk célja egy folyamat elindítása volt. Tudatosult bennünk, hogy mennyire hiányosak az ismereteink a cereberalis pareticusok szexualitását illetően, mennyi vizsgálható információ vár ránk. Ezek pedig, ha megfelelően összegezzük őket, támpontot adhatnak mind a sérültek, mind a rehabilitációban dolgozók számára. A jövőben szeretnénk foglalkozni a cereberalis pareticus kórképek speciális problémáival. Ezt előre átgondolt teamben tervezzük kivitelezni, pszichológusok, neurológusok, és rehabilitációs szakemberek közreműködésével. Jelenleg a megoldást abban látjuk, hogy első lépésben tréningeket szerveznénk, amelyek keretében rehabilitációs/rehabilitációs szakembereket készítünk fel arra, hogy mikor, milyen módon, milyen információkkal segíthetik „kezelteiket” általánosan és

diagnózisspecifikusan. Fontos lenne a sérültek számára is általános felvilágosító előadásokat szervezni, amelyeknek keretében feltehetik kérdéseiket problémájukra vonatkozóan, akár névtelenül egy noteszlapra írva, és a szakemberek, akik érdekeltek a kérdésben – akár a probléma megoldásában jártas idősebb cereberalis pareticus, akár pszichológus, akár mozgásterapeuta, aki ismeri „kezelteinek” mozgásterjedelmi lehetőségeit – válaszolnának rá. Emellett pedig elengedhetetlen, hogy azok az emberek, aki szoros kapcsolatban állnak a sérülttel a rehabilitáció/rehabilitáció során nyitottan, előítéletektől mentesen nyilvánuljanak meg a felmerülő problémák tekintetében. Vizsgálatunk egyik gyengesége a kis betegszám, amely a limitált elérhetőség miatt keletkezett, illetve a vizsgálati alanyok számát korlátozta a normális IQ és a sérülés előfordulási aránya. Ennek ellenére az adatok reálisan tükrözik a szexuális élet korlátait. További kutatásra váró feladat a szexuális problémák gyakorlati részletei, azok jellege, valamint hogy milyen megoldási módok alkalmazhatók rájuk. Továbbá érdemes lenne az érintetteket megkérni, tegyenek javaslatokat, hogy milyen formában lenne jó több gyakorlati információt nyújtani (előadás, személyes konzultáció stb.). Fontos lenne megtudni, hogy kitől hallanák legszívesebben a felvilágosítást, „kinek a szájából lenne hiteles”. Egy idősebb, hasonló problémákkal rendelkező mozgássérült embertől, esetleg a terápiában velük szoros kapcsolatban lévő szakembertől vagy esetleg pszichológustól? Kutatásunk témája megosztja az embereket. Egy részük úgy gondolja, hogy nincs jogunk az emberek szexualitásáról kérdezősködni, adatokat gyűjteni, mert ezzel talán megsérthetjük őket. Másik részük úgy gondolja, hogy a téma feltárása elengedhetetlen, hiszen az adatok segítségével tudunk konklúziót levonni, megoldást keresni az esetleges problémákra. Úgy gondoljuk, hogy a rehabilitáció/rehabilitáció fejlődésével a második nézetnek kell lennie az irányadónak, hiszen ha az ember egészét nézzük, minden problémájával együtt, holisztikus módon, akkor feladatunk, sőt kötelességünk a témával foglalkozni. Az eltérő nézetek miatt sokszor ütköztünk akadályokba, melyek nehezítették a kutatást. Ezeket nem a kérdőívkitöltők állították elé, mert a megkértek mindegyike kitöltötte, és értette, hogy mit szeretnék vele elérni. A nehézséget a sérültekhez való eljutás jelentette, amit a prűdéria, a gondolkodásbeli eltérés okozott. Vizsgálatunk távlati célja egy folyamat elindítása, egy olyan folyamaté, amely arra hivatott, hogy megismerjük a sérültek szexuális igényeit, lehetőségeit, és ezáltal segítséget nyújthassunk a rehabilitációban/rehabilitációban részt vevő személyeknek életminőségük fenntartására. A szexualitás mindennapi életünk része, minden ember joga, hogy a legmegfelelőbb, legteljesebb körű tájékoztatást kapja.

## Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet nyilvánítani a Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központjának, valamint az ott

dolgozó *Demirkán Máriának* és *Gajdos Enikőnek* a sok segítségért, a nyitottságért és támogatásért, hiszen nélkülük nem születhetett volna meg a kutatás.

## IRODALOM

1. *Aszódi I, Aszódi Á*: Szexológiai abc orvosoknak. Golden Book Kiadó, Budapest, 1998.
2. *Balogh E, Kozma I*: A konduktív nevelés gyermekneurológiai indikációja. *Ideggyógyászati Szemle* 2009; 62(1-2): 12-22.
3. *Cheng MM, Udry JR*: Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States. *J Adolesc Health* 2002; 31(1): 48-58.
4. *Dune TM*: Making sense of sex with people with cerebral palsy. University of Sydney, 2011.
5. *Fejes A*: Testi sérültek szexualitása. MEOSZ, Budapest, 2010; pp. 5., 55-56., 70-79., 102.
6. *Kálmán Zs, Könczei Gy*: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest, 2002; pp. 444., 447-453., 459-460., 471-475., 483-484.
7. *Kálmánchey R*: Gyermekneurológia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000.
8. *Kapamadzija A, Vejnovic T, Novakov Mikic A, et al.*: Sexual knowledge, attitudes and practice of adolescents in Northern Serbia – are we making any progress? Follow up study 2000-2008. *J Reprodukciósmed Endokrinol* 2010; 7(special issue 1): 106-111.
9. *Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, et al.*: Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996; 19(2): 124-131.
10. *Vekerdy-Nagy Zs*: Rehabilitációs orvoslás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010.
11. *Wiegerink DJ*: Development of romantic relationships and sexual activity in young adults with cerebral palsy: longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91(9):1423-1428. doi: 10.1016/j.apmr.2010.06.01.