

Charakterystyka seksuologiczna i styl życia pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby wieńcowej i z powodu zapalenia trzustki

Sexuological characteristics and lifestyle of patients hospitalised due to ischaemic heart disease and patients with chronic pancreatitis

Dominika Szalewska¹, Małgorzata Szidłewska¹, Marta Skoczowska-Nedoszytko², Stanisław Bakula¹

¹Katedra i Klinika Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie

Wstęp. Funkcjonowanie seksualne jest ważną sferą życia człowieka, a na jego jakość wpływa wiele czynników. Zainteresowanie badaczy wzbudziły 2 jednostki chorobowe: choroba wieńcowa (ChW) i przewlekłe zapalenie trzustki (PZT), których wspólnymi cechami są ból jako manifestacja choroby oraz częste hospitalizacje. Celem pracy była ocena funkcjonowania seksualnego i stylu życia pacjentów z ChW i z PZT.

Materiał i metody. Badaniem objęto 60 pacjentów (21 K, 39 M) w wieku 55 ± 9 lat, w tym 30 z ChW i 30 z PZT. Do oceny wykorzystano ankietę personalną i Kwestionariusz Jakości Funkcjonowania Seksualnego.

Wyniki. Liczba stosunków seksualnych u pacjentów z ChW zmniejszyła się po zachorowaniu o 50%, u pacjentów z PZT o 60%. Brak satysfakcji seksualnej wzrósł u pacjentów z ChW i PZT odpowiednio o 133% i 300%, a spadek satysfakcji wynosił odpowiednio 24% i 38%. Do zmian we współżyciu u pacjentów z ChW należały: spełnianie jedynie partnera (71%), wydłużanie fazy wstępnej i skrócenie fazy drugiej współżycia (71%), udawanie i unikanie orgazmu (67%). W grupie PZT najczęstszą zmianą było zmniejszenie liczby stosunków (u 63%) i obniżenie aktywności fizycznej w czasie współżycia (u 38%). U 46% pacjentów z ChW i 35% z PZT życie seksualne zmieniło się w ciągu ostatniego roku, w tym choroba wpłynęła na zmianę technik seksualnych u 36% pacjentów z ChW i 42% z PZT.

Wnioski. 1. Główną przyczyną zmian funkcjonowania seksualnego był aktualny stan zdrowia respondentów. 2. Choroba miała wpływ na zmniejszenie częstości stosunków seksualnych oraz obniżenie satysfakcji seksualnej. 3. Choroba u pacjentów prowadzących hedonistyczny lub dionizyjcki styl życia wywierała negatywny wpływ na aktywność seksualną.

Słowa kluczowe: charakterystyka seksuologiczna, choroba niedokrwienna serca, przewlekłe zapalenie trzustki
Seksuologia Polska 2014; 12 (1): 1–7

Abstract

Introduction. Sexual functioning plays an important role in humans' life and there are many known factors influencing it. Two diseases have raised interest of researchers: coronary artery disease (CAD) and chronic pancreatitis (CP), whose common feature are pain and frequent hospitalizations.

The objective of the current study was to investigate the sexuological characteristics of patients hospitalised due to coronary artery disease and patients with chronic pancreatitis. The secondary endpoint was to assess their lifestyle.

Material and methods. Investigated population comprised 60 patients (21 F, 39 M) in mean age 55 ± 9 years: 30 pts with coronary artery disease and 30 with chronic pancreatitis. Participants completed personal questionnaire and Questionnaire of Sexual Functioning.

Results. Number of sexual intercourses decreased in 50% of population in patients with coronary artery disease and in 60% in patients with chronic pancreatitis. Lack of sexual satisfaction increased in patients with CAD and with CP in 133% and 300% respectively and decrease in sexual satisfaction was observed in 24% and 38% respectively. The changes in the way of intercourse in patients with CAD were as follows: sexual satisfaction only of the partner (71%), lengthening the initial phase and shortening the second phase of the intercourse (71%), pretending and avoiding orgasm (67%). In the group with CP the decrease in the frequency of sexual intercourses (in 63% of pts) and decrease in physical activity during intercourse (in 38% of pts) were the main change after the diagnosis of the disease. In 46% of pts with CAD and 35% in pts with CP the sexual functioning changed during last year. The disease was the cause of change in sexual techniques in 36% of pts with CAD and 42% of pts with CP.

Conclusions. 1. The main cause of change in sexual functioning was current state of health in both groups of patients. 2. The disease was the cause of decrease in the frequency of sexual intercourses and decrease in sexual satisfaction. 3. In patients who led a hedonistic or Dionysian lifestyle the disease exerted a negative impact on sexual activity.

Key words: sexuological characteristics, ischemic heart disease, chronic pancreatitis

Polish Sexology 2014; 12 (1): 1–7

Wstęp

Miażdżycowe choroby serca i naczyń — choroby układu sercowo-naczyniowego (ChSN) stanowią grupę schorzeń przewlekłych, rozwijających się „podstępnie” przez całe życie, które do czasu wystąpienia objawów klinicznych zwykle ulegają progresji do zaawansowanego stadium. Pozostają one główną przyczyną przedwczesnych zgonów w Europie, mimo że w ciągu ostatnich dziesięcioleci w wielu krajach europejskich nastąpiło znaczne zmniejszenie umieralności z powodu (ChSN) [1]. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w przebiegu zawału serca w Polsce jest wprawdzie jedną z najniższych wśród krajów należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organization for Economic Co-operation and Development*), jednak śmiertelność jednoroczna pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce wynosi około 15%. Szacuje się, że co 11. pacjent po zawale umiera w okresie do 12 miesięcy po wypisie ze szpitala [2]. Natomiast śmiertelność pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki (PZT), czyli długotrwałym, przewlekłym procesem zapalnym toczącym się w miększu trzustki, prowadzącym do nieodwracalnych zmian morfologicznych w obrębie tego narządu, sięga 50% po 20–25 latach trwania choroby. Około 15–20% chorych umiera z powodu dołączającego się napadu ostrego zapalenia trzustki i jego powikłań.

Cechami wspólnymi obu schorzeń są: duża częstość występowania w populacji polskiej, ból, który może pacjentowi towarzyszyć ze zmiennym nasileniem przez całe życie, oraz istotny udział modyfikowalnych czynników ryzyka w patogenezie [3, 4].

W badaniach epidemiologicznych i prospektywnych podejmowano głównie zagadnienia związane z zachowaniami seksualnymi pacjentów po zawale serca (w tym z zaburzeniami erekcji) i możliwościami farmakoterapii [5, 6], natomiast badania dotyczące zachowań seksualnych pacjentów z PZT nie są zbyt liczne.

Celem pracy była ocena i porównanie funkcjonowania seksualnego pacjentów hospitalizowanych z powodu ChW i pacjentów z PZT, a celem szczególnym — analiza ich stylu życia.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie 1.04–1.06.2009 roku w I Klinice Kardiologii oraz w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Wszyscy pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w nim. Badaniem objęto 60 pacjentów (21 K, 39 M) w wieku 55 ± 9 lat, w tym 30 z ChW po przebytych zawale serca i 30 z PZT. Oceniano różnice w zachowaniach seksualnych przed zawałem i po zawałe serca w grupie z ChW oraz przed rozpoznaniem i po rozpoznaniu choroby u pacjentów z PZT. Pacjentów zbadano za pomocą ankiet i kwestionariuszy, które zawierały pytania dotyczące objawów klinicznych, aktywności fizycznej, stylu życia, cech osobowościowych oraz jakości funkcjonowania seksualnego.

Do badania wykorzystano następujące narzędzia:

- ankietę personalną — zawarte w niej pytania dotyczyły ogólnych informacji na temat pacjenta, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa i stan cywilny. W dalszej części uwzględnione były objawy kliniczne danej choroby, a także częstotli-

wość i charakter wysiłku fizycznego oraz styl życia pacjentów (dieta, używki, wypoczynek);

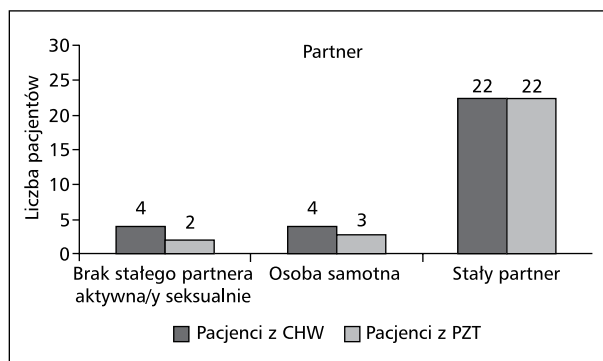
- Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ, *International Physical Activity Questionnaire*) — dotyczył on czynności związanych z aktywnością fizyczną wykonywanych w ostatnim tygodniu. Kwestionariusz ten uwzględnia wszystkie rodzaje aktywności fizycznej, zarówno w życiu codziennym, jak i w czasie pracy i wypoczynku. Aktywność fizyczna w kwestionariuszu była podzielona na 3 rodzaje: intensywny i umiarkowany wysiłek fizyczny, czas spędzony na chodzeniu oraz czas spędzony na siedzeniu lub leżeniu;
- Kwestionariusz Jakości Funkcjonowania Seksualnego (opracowany przez autora pracy, mgr Martę Skoczrowską-Nedoszytko) — dotyczył on problemów funkcjonowania seksualnego odnoszących się do: stanu przed pojawieniem się choroby, aktualnej sytuacji zdrowotnej oraz problemów ogólnych, niezwiązanych z objawami chorobowymi;
- ankietę według charakterystyki prof. Zbigniewa Pietrasińskiego [7].

Do analizy wyników wykorzystano program STATISTICA 2008. Do porównania aktywności seksualnej przed zachorowaniem i po zachorowaniu użyto testu Q Cochran, poziom istotności wynosił $p < 0,05$. Do badania korelacji: aktywność seksualna po chorobie a rodzaj aktywności fizycznej wykorzystano test Kruskala-Wallisa, poziom istotności wynosił $p = 0,03$. Do badania korelacji: aktywność seksualna a style życia użyto testu Q Cochran, poziom istotności wynosił $p < 0,04$. Do badania korelacji: satysfakcja seksualna a częstość stosunków zastosowano test Kruskala-Wallisa, poziom istotności wynosił $p = 0,03$.

Wyniki

Charakterystyka seksuologiczna

Zarówno wśród pacjentów po zawale serca, jak i z PZT najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające stałego partnera (ryc. 1). U 46% chorych po zawale serca choroba nie wpłynęła na zmianę życia seksualnego ($n = 14$). Największy odsetek badanych, u których zawał serca wpłynął na życie seksualne, deklarował, że zmiana ta nastąpiła w ciągu ostatniego roku, u 8% badanych życie seksualne zmieniło się w czasie ostatnich paru lat. U 36% pacjentów z PZT choroba nie wpłynęła na zmianę życia seksualnego, u 35% życie seksualne zmieniło się w czasie ostatniego roku, 13% badanych deklarowało zmianę w czasie ostatnich paru lat, u 10% życie seksualne zmieniło się w czasie ostatniego miesiąca, a u 6% zmiana nastąpiła w czasie ostatniego roku.



Rycina 1. Partnerzy seksualni pacjentów w grupie z chorobą wieńcową (ChW) i z przewlekłym zapaleniem trzustki (PZT)

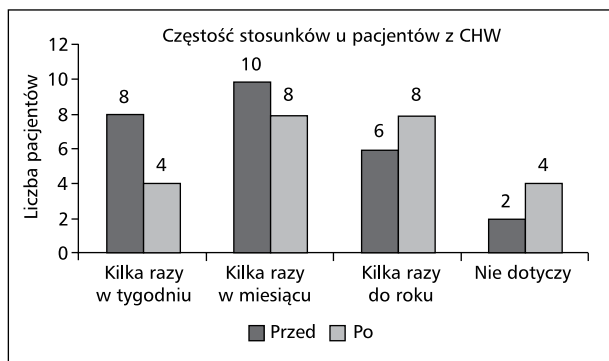
Do przyczyn zmian funkcjonowania seksualnego u badanych pacjentów należały: aktualny stan zdrowia oraz „aspekt życia codziennego”. Zarówno w przypadku pacjentów z ChW, jak i z PZT w większej mierze do zmiany życia seksualnego przyczyniał się aktualny stan zdrowia.

Choroba wpłynęła na zmianę technik seksualnych u 36% badanych pacjentów po zawale serca oraz u 42% chorych z PZT. Wśród badanych pacjentów po zawale serca liczba osób, u których częstość stosunków seksualnych wynosiła kilka razy w tygodniu, zmniejszyła się o połowę. Zmniejszyła się także o 20% liczba osób z częstością stosunków kilka razy w miesiącu, natomiast o 33% wzrosła liczba pacjentów, których częstość stosunków wynosiła kilka razy w roku.

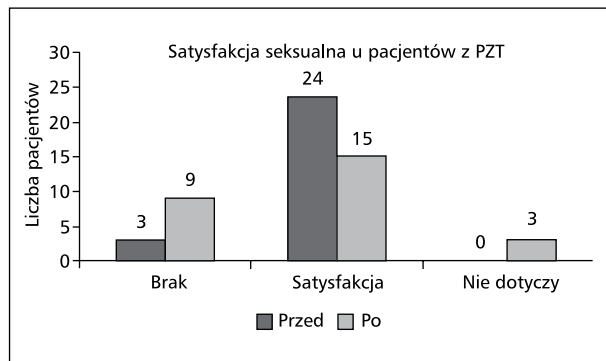
Wśród pacjentów z PZT liczba osób z częstością stosunków seksualnych kilka razy w tygodniu po wystąpieniu choroby zmniejszyła się o 60%, nie zmieniła się liczba osób z częstością stosunków kilka razy w miesiącu, ale wzrosła o 75% liczba pacjentów z częstością stosunków kilka razy w roku. Powyższe dane zilustrowano na rycinach 2 i 3.

Zmiana częstości stosunków seksualnych u pacjentów po zawale serca wystąpiła u 20% ankietowanych, natomiast u pacjentów z PZT u 47% badanych. Omawiane modyfikacje we wszystkich przypadkach dotyczyły zmniejszenia częstości stosunków seksualnych z kilku razy w miesiącu do kilku razy w roku lub z kilku razy w tygodniu do kilku razy w roku. Cztery procent ankietowanych po zawale serca przeszło na „abstynencję seksualną”, natomiast wśród pacjentów z PZT z aktywności seksualnej zrezygnowało 11% badanych.

Wpływ choroby na satysfakcję seksualną w obu grupach pacjentów został przedstawiony na rycinach 4 i 5. U pacjentów po zawale serca satysfakcja seksualna obniżyła się o 24%, natomiast zgłaszany brak satysfakcji seksualnej wzrósł o 133%. W grupie pacjentów z PZT po wystąpieniu choroby brak satysfakcji seksualnej wzrósł 3-krotnie, natomiast satysfakcja obniżyła się o 38%.



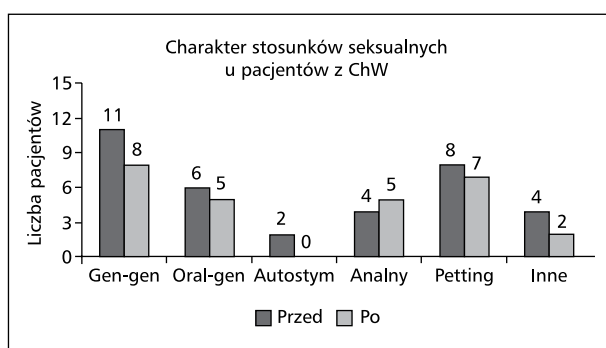
Rycina 2. Częstość stosunków seksualnych u pacjentów z chorobą wieńcową przed zawałem i po zawale serca



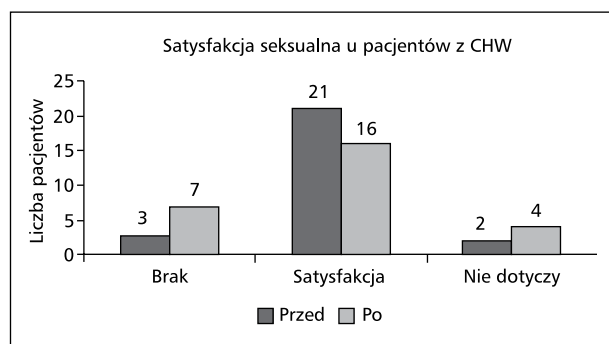
Rycina 5. Satysfakcja seksualna przed zachorowaniem i po zachorowaniu u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki



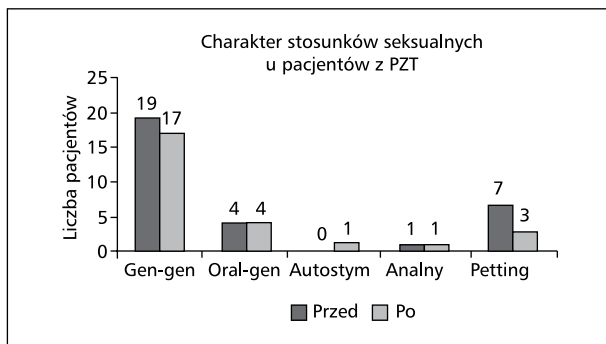
Rycina 3. Częstość stosunków seksualnych u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki



Rycina 6. Charakter stosunków seksualnych u pacjentów z chorobą wieńcową przed zawałem i po zawale serca



Rycina 4. Satysfakcja seksualna przed zachorowaniem i po zachorowaniu u pacjentów z chorobą wieńcową przed zawałem i po zawale serca



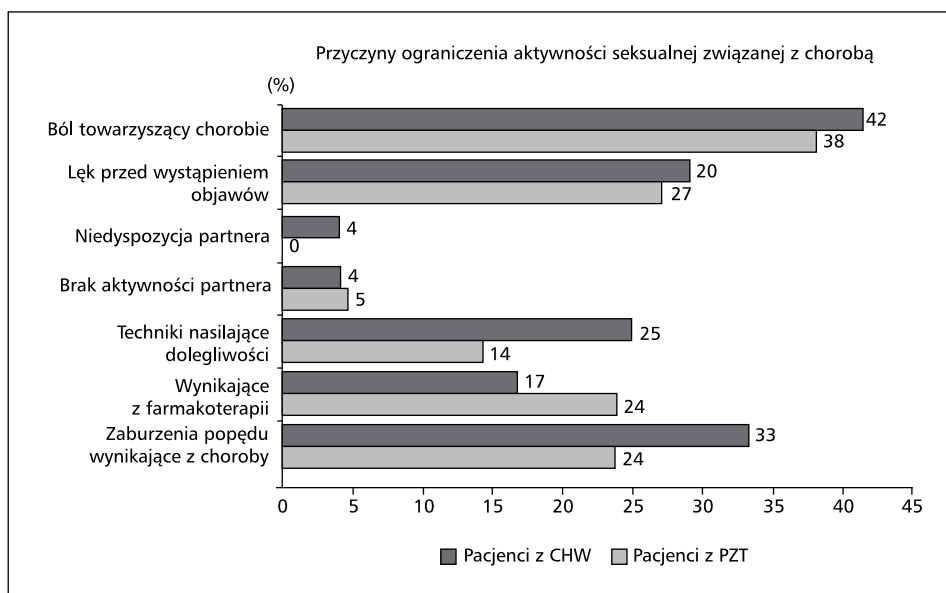
Rycina 7. Charakter stosunków seksualnych u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki przed zachorowaniem i po zachorowaniu

Zaobserwowano również zmiany w zakresie charakteru stosunków seksualnych w obu badanych populacjach. U badanych pacjentów z ChW do najczęściej stosowanych technik aktywności seksualnej zarówno przed wystąpieniem, jak i po wystąpieniu choroby należały techniki genitalno-genitalne oraz petting. Badani pacjenci z PZT w przeważającej większości zarówno przed wystąpieniem choroby, jak i po jej ujawnieniu najczęściej stosowali technikę genitalno-genitalną.

Charakter stosunków seksualnych u pacjentów z ChW ilustruje rycina 6, natomiast pacjentów z PZT — rycina 7.

Na podstawie analizy opisowej u badanych pacjentów zaobserwowano zmiany technik seksualnych po wystąpieniu choroby:

— mężczyzna po zawale serca, w przedziale wiekowym 41–50 lat, utrzymujący relacje oralno-genitalne oraz stosujący autostymulację, zamienił autostymulację na kontakty analne;



Rycina 8. Przyczyny ograniczenia aktywności seksualnej u pacjentów z chorobą wieńcową i pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki

— kobieta po zawale serca, w przedziale wiekowym 61–70 lat, aktywna seksualnie, przyznająca się do pettingu, dodatkowo urozmaiciła charakter aktywności seksualnej o kontakty analne.

Z powodu pojawienia się objawów choroby współżycie seksualne ze swoim partnerem musiało zmienić 10 pacjentów z całej badanej populacji ($n = 60$), 19 osób ograniczyło współżycie seksualne, 3 osoby musiały je usprawnić.

Następstwa chorób w zakresie zachowań seksualnych u pacjentów z ChW i z PZT

W grupie pacjentów z ChW do najczęstszych zmian w sposobie współżycia należały: spełnianie jedynie partnera (71%), wydłużanie fazy wstępnej, skrócenie fazy drugiej współżycia (71%) oraz udawanie i unikanie orgazmu z obawy przed pojawieniem się objawu (67%). W grupie pacjentów z PZT najczęstszą zmianą współżycia seksualnego było zmniejszenie liczby stosunków (63%) oraz ograniczenie aktywności fizycznej w czasie współżycia (38%).

Do najczęstszych przyczyn ograniczenia aktywności seksualnej związanych z chorobą u pacjentów po zawale serca należały: ból towarzyszący chorobie (42%) oraz zaburzenia popędu wynikające z choroby (33%). U pacjentów z PZT aktywność seksualna była ograniczona najczęściej z powodu bólu towarzyszącego chorobie (38%) oraz lęku przed wystąpieniem objawu (27%). Przyczyny ograniczenia aktywności seksualnej przedstawiono na rycinie 8.

Natomiast do najczęstszych przyczyn ograniczenia aktywności seksualnej niezwiązanych z chorobą

należały: osłabione libido, problemy rodzinne, inne schorzenia, oziębłość partnera oraz poczucie niesprawności seksualnej.

Porównanie aktywności seksualnej przed chorobą i po jej wystąpieniu

Zbadano, czy choroba wieńcowa serca i zawał oraz przewlekłe zapalenie trzustki mają istotny wpływ na aktywność seksualną. Zweryfikowana została hipoteza o jednakowości wskaźnika struktury zmiennej „aktywność seksualna”.

Na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ odrzucona została hipoteza o jednakowej aktywności seksualnej przed chorobą i po jej wystąpieniu u pacjentów po zawale serca ($p < 0,03$). Stąd wniosek, że choroba miała statystycznie istotny wpływ na zmianę aktywności seksualnej.

Aktywność seksualna po chorobie a rodzaj aktywności fizycznej

Na poziomie istotności $\alpha = 0,05$ stwierdzono, że różny rodzaj wysiłku fizycznego ma istotny statystycznie wpływ na aktywność seksualną po chorobie ($p = 0,003 < 0,05$).

Wśród badanych pacjentów, którzy nie wykonywali wysiłku fizycznego, 2 osoby były aktywne seksualnie, natomiast u 4 osób występował brak aktywności. W grupie pacjentów aktywnych rekreacyjnie 16 osób było aktywnych seksualnie, 1 osoba nie była aktywna.

Po wystąpieniu choroby u pacjentów z aktywnością seksualną kilka razy w tygodniu 8 osób (cała grupa)

było usatysfakcjonowanych, u pacjentów z aktywnością kilka razy w miesiącu satysfakcję wykazywało 16 osób (89%), a 2 osoby nie były usatysfakcjonowane, wśród pacjentów z aktywnością seksualną kilka razy w roku 5 osób było usatysfakcjonowanych (36%), natomiast 9 osób nie było usatysfakcjonowanych.

Styl życia

W poniższej analizie został zastosowany następujący podział stylu życia:

- grupa 1 — styl życia dionizyjski oraz hedonistyczny,
- grupa 2 — styl życia wytwórczy, konsumpcyjny, heroiczny, twórczy.

Za pomocą testu Q Cochran zbadano, czy u pacjentów z ChW i z PZT z grupy 1 choroba wywarła istotny statystycznie wpływ na aktywność seksualną. Zwerifikowana została hipoteza o jednakowości wskaźnika struktury zmiennej „aktywność seksualna”. Poziom istotności $p < 0,04$ pozwolił na odrzucenie hipotezy o jednakowej aktywności seksualnej. Stąd wniosek, że choroba u pacjentów prowadzących hedonistyczny lub dionizyjski styl życia miała statystycznie istotny wpływ na aktywność seksualną.

Przed chorobą u badanych pacjentów z grupy 1 aktywne seksualnie były 22 osoby, 1 osoba nie była aktywna seksualnie. U pacjentów z grupy 2 aktywnych seksualnie było 28 osób, 2 osoby nie były aktywne seksualnie. Po wystąpieniu choroby u pacjentów z grupy 1 aktywnych seksualnie było 17 osób, 6 osób nie było aktywnych seksualnie. U pacjentów z grupy 2 aktywnych seksualnie było 28 osób, 2 osoby nie były aktywne seksualnie.

Dyskusja

Zarówno choroba wieńcowa serca, jak i przewlekłe zapalenie trzustki, należą do schorzeń bardzo często występujących w wysoko rozwiniętych społeczeństwach. Najczęstszą i zarazem najbardziej dokuczliwą dolegliwością, zarówno u pacjentów z ChW, jak i z PZT, jest ból zlokalizowany w klatce piersiowej oraz w nadbrzuszu [8–10].

Uzyskane wyniki badań są próbą oceny charakterystyki seksuologicznej pacjentów obciążonymi wymienionymi schorzeniami, z uwzględnieniem ich stylu życia.

W niniejszej pracy podjęto temat dotyczący jakości funkcjonowania seksualnego i wpływu choroby na tę sferę życia. Należy jednak pamiętać, że na seksualność wpływa nie tylko choroba, duże znaczenie ma także osobowość [11]. Problemy seksualne związane z chorobą, w tym po zawale serca, ma wielu pacjen-

tów. Do najczęstszych należą: osłabione libido, brak orgazmu u kobiet i trudności ze wzwozem u mężczyzn [12]. Niektóre badania donoszą, że 90% chorych po przebyciu zawale serca ma problemy z ponownym rozpoczęciem życia seksualnego [13]. Wyniki badań przeprowadzonych na grupie pacjentów po zawale serca oraz pacjentów z PZT pokazują, że do zmiany życia seksualnego w związku z chorobą doszło u 54% pacjentów po zawale serca oraz u 64% pacjentów z PZT. U większości badanych przyczyną zmian funkcjonowania seksualnego był aktualny stan zdrowia. U części pacjentów choroba miała również wpływ na zmianę technik seksualnych. Zmieniła się także częstość stosunków seksualnych badanych pacjentów. Na ten aspekt życia seksualnego choroba wpłynęła szczególnie u pacjentów z PZT. W tej grupie chorych częstość stosunków seksualnych, która przed zachorowaniem wynosiła kilka razy w tygodniu, po wystąpieniu objawów zmniejszyła się nawet o 60%, natomiast u pacjentów po zawale serca o 50%. Zmieniła się także satysfakcja z życia seksualnego respondentów. U pacjentów po zawale serca brak satysfakcji seksualnej wzrósł o 133%, natomiast satysfakcja obniżyła się o 24%. U pacjentów z PZT po wystąpieniu objawów choroby brak satysfakcji seksualnej wzrósł 3-krotnie, natomiast satysfakcja obniżyła się o 38%.

Ograniczenie współżycia seksualnego nastąpiło przede wszystkim u pacjentów z PZT. Nie zmienił się jedynie istotnie charakter stosunków seksualnych respondentów. Porównanie wyników dotyczących aktywności seksualnej przed chorobą i po jej wystąpieniu dowodzi negatywnego wpływu obu zachorowań na tę sferę życia.

Stwierdzono również, że różny rodzaj aktywności fizycznej, którą wykonywali pacjenci obu grup, ma istotny statystycznie wpływ na aktywność seksualną po wystąpieniu choroby. Co najmniej 50% pacjentów biernych fizycznie nie prowadzi życia seksualnego po zachorowaniu, za to nie mniej niż 50% pacjentów aktywnych rekreacyjnie lub wysiłkowo podejmuje aktywność seksualną.

Na aktywność seksualną wpływał także styl życia. Choroba u pacjentów prowadzących hedonistyczny lub dionizyjski styl życia miała statystycznie istotny wpływ na aktywność seksualną. Styl życia ankietowanych badano według charakterystyki prof. Zbigniewa Pietrasiańskiego. Z danych wynika, że wśród pacjentów po zawale serca najbardziej preferowany jest styl życia wytwórczy, charakteryzujący się życiem podporządkowanym pracy i obowiązkom (36%), natomiast osoby z PZT preferowały styl życia hedonistyczny (50%), który nastawiony jest na spokój i odczuwanie przyjemności. Styl życia najrzadziej wybierany przez

ankietowanych to styl dionizyjski, który charakteryzuje się gwałtownością przeżyć, szybkością zaspokajania potrzeb, zabawą i doznaniem zmysłowymi. Taki rozkład stylów życia w badanych grupach może mieć związek z chorobą. Styl wytwórczy mógł mieć wpływ na chorobę wieńcową i w efekcie zawału serca. Pacjenci z PZT nastawieni są najczęściej na prowadzenie spokojnego, niewymagającego wysiłku stylu życia. Natomiast dionizyjski styl życia, który wybierany był najrzadziej, charakterystyczny jest raczej dla osób zdrowych, mających wystraszająco dużo sił, by móc żyć intensywnie i zabawowo. W związku z tym, że grupa badawcza nie była duża, trudno jest właściwie ocenić ten aspekt. Powyższe hipotezy są jedynie rozważaniami i wymagają badań na większej populacji.

Sposób odżywiania się pacjentów w badanych grupach był dość zróżnicowany. Pacjenci po zawale serca zwykle nie przywiązują specjalnej wagi do tego, co i kiedy jedzą, natomiast chorzy z PZT często stosują dietę ubogotłuszczową, chociaż nawyki żywieniowe leżą u podłoża obu schorzeń. Pacjenci po zawale serca preferują aktywny wypoczynek, natomiast chorzy z PZT odpoczynek bierny. Grupy zostały również przeanalizowane pod względem stosowanych używek i nałogów. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że badani pacjenci po zawale serca zdecydowanie częściej (80%) niż pacjenci z PZT (63%) stosowali używki i mieli nałogi. Należałoby jednak przeprowadzić więcej badań w tym kierunku i na większej grupie chorych.

Ankietowani zostali także zapytani o częstość podejmowanego wysiłku fizycznego, rodzaj aktywności fizycznej i samopoczucie po wysiłku. Zarówno w grupie po zawale serca, jak i z PZT wysiłek fizyczny był wykonywany codziennie. Jego intensywność była zazwyczaj umiarkowana, często też pacjenci w ciągu dnia siedzieli bądź leżeli, co miało związek z ich aktualnym stanem zdrowia i pobytem w szpitalu.

Powyższa analiza dowodzi, że wpływ choroby przewlekłej na sferę życia seksualnego jest znamienny, chociaż wciąż jest to kwestia niewystarczająco często poruszana w czasie wywiadu. Jak wynika z ankiety, problem zaburzeń życia seksualnego jest częściej omawiany u pacjentów z ChW, jednak dotyczy on również populacji chorych z innym schorzeniem przewlekłym, jakim jest PZT.

Wnioski

Choroba w obu badanych grupach wywarła istotny wpływ na funkcjonowanie seksualne. Główną przyczyną zmian w tym zakresie był aktualny stan zdrowia respondentów.

Choroba u pacjentów po zawale serca i chorych z PZT miała wpływ na zmianę częstości stosunków seksualnych oraz obniżenie satysfakcji seksualnej.

Różny rodzaj wysiłku fizycznego wpływał na aktywność seksualną w chorobie. Przynajmniej połowa pacjentów biernych fizycznie nie prowadzi życia seksualnego po wystąpieniu choroby, natomiast nie mniej niż połowa pacjentów aktywnych rekreacyjnie lub wysiłkowo podejmuje aktywność seksualną.

U pacjentów obu grup prowadzących hedonistyczny lub dionizyjski styl życia choroba negatywnie wpływała na aktywność seksualną.

Najczęstszy styl życia, jaki preferowali chorzy po zawale serca objęci badaniem, to styl wytwórczy. W grupie chorych z PZT najczęstszym wybieranym stylem życia był styl hedonistyczny.

Piśmiennictwo

1. Perk J., De Backer G., Gohlke H. i wsp. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. *Kardiol. Pol.* 2012; 70 (supl. I): S1–S100.
2. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A. i wsp. Optimal model of comprehensive rehabilitation and secondary prevention. *Kardiol. Pol.* 2013; 71: 995–1003.
3. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. i wsp.; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–952.
4. Brock C., Nielsen L.M., Lelic D., Drewes A.M. Pathophysiology of chronic pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2013; 19: 7231–7240.
5. Nascimento E.R., Maia A.C., Pereira V., Soares-Filho G., Nardi A.E., Silva A.C. Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68: 1462–1468.
6. Puchalski B., Szymański FM, Kowalik R, Filipiak K. Ocena zachowań seksualnych mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca. *Seksuologia Polska* 2013; 11: 24–28.
7. Hawińska M., Czyżkowska A. Wybrane cechy osobowości a seksualność. *Przegl. Seksuol.* 2008; 15: 5–10.
8. Szyguła-Jurkiewicz B., Adamowicz-Czoch E., Sikora J., Poloński L. Choroba niedokrwienna serca jako przyczyna bólu w klatce piersiowej. *Kardiol. Prakt.* 2005; 1: 7–9.
9. Etemad B., Whitcomb D.C. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology* 2001; 120: 682–707.
10. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. i wsp. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. *Kardiol. Pol.* 2013; 71 (supl. X): 243–318.
11. Guskowska M. Wpływ jednorazowych ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet. W: Krawczyński M. (red.). *Psychologiczne konteksty aktywności fizycznej człowieka*. Wydawnictwo Ateneum, Gdańsk 2008.
12. Babiarz M. Osobowościowe determinanty wzoru zachowania „A” jako czynnika zagrożenia chorobą niedokrwienną serca w młodym wieku. *Nowiny Lekarskie* 1996; 65: 440–446.
13. Schover L.R. Problemy seksualne a choroby przewlekłe. W: Leiblum S.R., Rosen R.C. (red.). *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.