

Dziedzina naukowa: nauki społeczne

Dziedzina naukowa: pedagogika

Mgr Monika Lato – Pawłowska

**ŻYCIE SEKSUALNE I RELACJE W ZWIĄZKACH OSÓB Z CHOROBA
SERCOWO – NACZYNIOWĄ ORAZ ICH SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA**

AUTOREFERAT

Promotor: prof. dr hab. Zbigniew Izdebski

Promotor pomocniczy: dr hab. Krzysztof Wąż, prof. UZ

Recenzenci: prof. dr hab. Artur Mamcarz

Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. Anna Kowalewska

Uniwersytet Warszawski

Zielona Góra 2021

SPIS TREŚCI

1. Uzasadnienie wyboru tematu.....	3
2. Podstawy teoretyczne badań.....	5
2.1. Ustalenia terminologiczne.....	5
2.2. Przegląd badań.....	8
3. Założenia metodologiczne badań.....	11
3.1. Przedmiot i cele badań.....	11
3.2. Problemy i hipotezy.....	11
3.3. Zmienne, wskaźniki, kategorie.....	16
3.4. Metody, techniki, narzędzia badawcze.....	19
3.5. Dobór próby i terenu badań.....	20
3.6. Organizacja i przebieg badań.....	21
4. Wyniki.....	22
5. Wnioski i rekomendacje.....	35
Bibliografia.....	39

1. Uzasadnienie wyboru tematu

W Polsce nadal największa śmiertelność powodowana jest chorobami układu sercowo – naczyniowego. Postępowanie terapeutyczne, w przypadku osób z tymi schorzeniami i związane z nimi pierwsze kontakty ze szpitalem i oddziałami intensywnej terapii kardiologicznej dają początek zmian we wszystkich istotnych obszarach życia. Związany z chorobą stres biologiczny i psychologiczny powoduje często wyłączenie człowieka z życia zawodowego, rodzinnego i społecznego. Zdrowie seksualne jest istotnym składnikiem zachodzących relacji w związkach, gdzie realizowane są potrzeby uczuć, więzi emocjonalnej i miłości. Witalność, radość życia wiąże się również z aktywnością seksualną, a ludzie często uznają seks za jedno z najważniejszych źródeł przyjemności. Pojawiające się dysfunkcje seksualne mogą być pierwszym objawem chorób układu krążenia. Niekiedy wyprzedzają manifestację poważnej choroby serca o kilka lat¹. W przypadku jej wystąpienia pojawiają się wątpliwości czy aktywność seksualna wówczas nie będzie zbyt dużym obciążeniem dla serca. Dostrzega się także, że pomimo dynamicznego rozwoju w dziedzinie kardiologii, brakuje podejścia całościowego do osoby w określonej sytuacji zdrowotnej, a rozmowa na temat zdrowia seksualnego po zawale serca jest pomijana zarówno przez pacjentów jak i pracowników medycznych. Rozważanie poszczególnych problemów dotyczących zdrowia tylko w zakresie medycyny nie może przynieść pozytywnych rezultatów. Bowiem w rozwiązywaniu zagadnień teoretycznych i praktycznych z dziedziny medycyny niezbędny staje się udział przedstawicieli nauk społecznych pedagogów, socjologów, psychologów, pracowników socjalnych itd. Dzięki rozwojowi nauk społecznych charakter medycyny zmienia się i w centrum zainteresowania staje psychofizyczna osobowość człowieka, członka określonej grupy społecznej. Zaś pojęcie zdrowia seksualnego jest szerokie i niezwykle trudno jest skupić się na wszystkich jego aspektach. Ważnym aspektem zdrowia seksualnego jest komunikacja w związkach. Niewiele par podejmuje ze sobą rozmowy na temat seksu, własnych w tym zakresie potrzeb i wynikających z tego problemów. Istnieją również czynniki społeczne, które w znacznym stopniu mogą determinować podejścia do seksualności. Do najczęstszych zalicza się tradycje kulturowe i religijne, ale również wpływ kultury masowej

¹ Zdrojewicz Z., Biega P., Rychter J., *Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia*, Seksuologia Polska, 11, 1, 2013, s. 29 – 39

kształtującej obraz np. seniorów. Coraz częściej zwraca się uwagę, że w skutek zachodzących od lat przemian życia rodzinnego, modele rodzinne, w których żyją dzisiaj osoby starsze, są coraz bardziej zróżnicowane. Wiele osób doświadczyło w swoim życiu rozvodu, kohabitacji czy narodzin poza małżeńskich. Pojawienie się w związku choroby któregoś z małżonków, może się wiązać z licznymi nie do przewidzenia konsekwencjami. Wcześniejszy porządek związany z relacjami w związku mogą zaburzać zmiany jakie się pojawiają w wyniku choroby. Jeżeli przed chorobą związek uchodził za harmonijny, to wspomniane zmiany mogą być dodatkowym elementem wzmacniającym więzi rodzinne. Bądź w obliczu zachodzących przemian we współczesnej rodzinie, choroba może istotnie wpłynąć negatywnie na wzajemne relacje współmałżonków. Jeszcze inna sytuacja może dotyczyć związków, w których przed chorobą występowały elementy dezorganizacji, np. osoba dotknięta schorzeniem, może ten fakt wykorzystywać i obarczać odpowiedzialnością współmałżonka za swój stan i w ten sposób rekompensować dotychczasowe niezaspokojone potrzeby.² Ryzyko choroby serca wzrasta z wiekiem. W okresie późnej dorosłości dużą rolę odgrywają czynniki biologiczne. U mężczyzn pojawiają się niedobory hormonów androgenowych. Około 20 – 30% mężczyzn cierpi z powodu różnych schorzeń, a do najczęstszych należą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, POCHP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), cukrzyca, choroby urologiczne. Kobiety dotyka klimakterium, którego głównym czynnikiem jest niedobór estrogenów wydzielanych przez jajniki. Leki stosowane w toku leczenia choroby serca powodują skutki uboczne, do których między innymi zalicza się zaburzenia erekcji. Na seksualność ludzi starych wpływ mają także ograniczenia psychospołeczne, takie jak: umieralność rówieśników, niskie dochody, niesamodzielność. Często czynnikami ograniczającymi aktywność seksualną w chorobie serca jest ogólny stan psychiczny i fizyczny pacjenta, współistniejący z lękiem przed wystąpieniem kolejnego incydentu wieńcowego. Wraz z wiekiem następuje znaczny spadek aktywności seksualnej, ale zmiany postaw wobec seksualności jak również postępy w dziedzinie medycyny sprawiają, że niektóre osoby w starszym wieku są ciągle aktywne seksualnie i to pomimo zaawansowanej choroby serca. Ze względu na to, że w literaturze przedmiotu

² Pisiewicz J., *Sytuacja rodzinna osób chorych kardiologicznie* [w:] *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym* (red.) A. Maciarz, Z. Janiszewska – Nieścioruk, H. Ochonczenko, Lubuskie Towarzystwo Naukowe Zielona Góra 2001, s. 223 – 231

rzadko jest poruszany temat aktywności seksualnej kobiet z chorobą wieńcową, w pracy zostaną również przeprowadzone badania uwzględniające tę kwestię.

2. Podstawy teoretyczne badań

Przedmiotem rozważań w charakteryzowanej pracy doktorskiej, będzie życie seksualne osób z chorobą sercowo – naczyniową. Planowaną diagnozę w tym zakresie autorka dokonała uwzględniając możliwie najwięcej czynników różnicujących obraz aktywności seksualnej. Podstawową przesłanką projektowanych badań jest przyjęcie, że zdrowie seksualne człowieka jest ważnym komponentem jego kondycji zdrowotnej. Warunkuje nie tylko dobrostan fizyczny, lecz także psychiczny i społeczny³. Osoba zdrowa seksualnie to jednostka, która akceptuje swoją płć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, ma poczucie odpowiedzialności za skutki swojej seksualności dotyczące siebie, partnera i społeczeństwa. To także taka, która posiada zdolność do zdobywania satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, co wynika z jej umiejętności nawiązania równych i odpowiedzialnych relacji partnerskich oraz zdolności rozwiązywania problemów w tym obszarze⁴. Nieuwzględnianie w toku terapii i rehabilitacji osób z chorobami serca ich problemów związanych ze zdrowiem seksualnym może opóźniać proces zdrowienia, negatywnie wpływać na relacje w związkach intymnych pacjentów, tym samym negatywnie wpływać na ogólny stan zdrowia.

2.1. Ustalenia terminologiczne

Seksualność wywodzi się od łacińskiego słowa *seks*, które oznacza *płć* (*sexus*) i pierwotnie miało znaczenie biologiczne. Do słownika określenie *sexus* wprowadzili Rzymianie, przez niektórych kojarzone z pojęciem temperamentu, przez innych z wyrazem *secare* oznaczającym rozdział płci⁵.

Seksualność człowieka – John Bancroft postrzega, jako *aspekt jego kondycji przejawiający się w postaci pożądania lub pragnienia, towarzyszących im fizjologicznie zdeterminowanych odpowiedzi seksualnych i zachowań prowadzących do orgazmu lub przynajmniej do sprawiającego przyjemność podniecenia,*

³ *Education and treatment in human sexuality. The training of health professionals.* Report of a WHO Meeting (WHO Technical Report Series. No. 572). Geneva 1975.

⁴ Sadosky R., Nusbaum M., *Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority.* Journal of Sexual Medicine, 3, 2006, s. 3–11

⁵ Niżnikiewicz J., *Erotyka i seksualizm starożytnego Rzymu [w:] Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki,* Book Gdańsk 2007, s. 188

występujących często między dwojgiem ludzi, lecz nierzadko także praktykowanych samotnie⁶.

Seks – według Mikołaja Kozakiewicza, termin ten określa szeroki zakres treści związanych z życiem płciowym człowieka, takich jak: zainteresowanie seksualne, różne formy zaspakajania popędu płciowego, a także uświadamiane i nieuświadamiane dążenia w tym aspekcie oraz indywidualizm osobniczy pod względem seksualności⁷.

Aktywność seksualną – Kazimierz Imieliński definiuje, jako działanie ukierunkowane na osiągnięcie satysfakcji seksualnej lub do niej zmierzające oraz działanie spełniające potrzebę seksualną lub redukujące napięcie seksualne⁸.

Edukacja zdrowotna – Tadeusz Szewczyk podaje, że *proces edukacji zdrowotnej to ciąg działań, dzięki którym ludzie mogą uczyć się dbać o swoje zdrowie oraz zdrowie społeczności, w której żyją. Koncentruje się on na uświadomieniu faktu, że środowisko fizyczne i społeczne oraz nasze zachowania zdrowotne i styl życia są głównymi determinantami naszego zdrowia.*⁹

Zdrowie seksualne – *jest dobrostanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym w odniesieniu do seksualności; nie jest jedynie brakiem choroby, zaburzeń funkcji bądź ułomności. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, powinno być wolne od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, prawa seksualne powinny być respektowane, chronione i spełniane.*¹⁰

Jakość relacji małżeńskiej/partnerskiej – stanowi subiektywne zadowolenie partnerów ze związku, wyznaczone przez trzy czynniki: otwartość, empatię i satysfakcję seksualną, które określają poziom kontaktów interpersonalnych w diadzie

⁶ Bancroft J., *Seksualność człowieka*, Elsevier Urban& Partner Wrocław 2011, s. 19

⁷ Kozakiewicz M., *Seks i wychowanie* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna* (red.) W. Pomykało, Fundacja Inowacja Warszawa 1997, s. 719–723

⁸ Imieliński K., *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, PWN Warszawa 1985, s.11

⁹ Szewczyk T., *Pedagogika zdrowia* [w:] *Pedagogika, subdyscypliny wiedzy pedagogicznej* (red.) B. Śliwerski, TOM 3, GWP, GDAŃSK 2006, s. 339

¹⁰ Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA), *Standardy edukacji seksualnej w Europie*. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem, s.17

http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf

małżeńskiej.¹¹ Wyjątkową siłą w tym systemie są wzajemne więzy, a także cel, jakim jest wspólne życie.¹²

Choroba sercowo – naczyniowa obejmuje szereg schorzeń, w których dochodzi do uszkodzenia budowy lub upośledzenia funkcji naczyń i/lub serca. Najczęściej występuje choroba niedokrwienności serca, zwana inaczej chorobą wieńcową (CAD, coronary artery disease), która dzieli się na stabilną oraz niestabilną. Stabilna choroba wieńcowa dotyczy chorych ze znacznym (minimum 50%) i trwałym zwężeniem światła tętnicy wieńcowej. Charakteryzuje się ona występowaniem tzw. *bólu dławicowego*, który pojawia się w sytuacjach zwiększonego zapotrzebowania serca na tlen (wysiłek fizyczny, stres). Niestabilna choroba wieńcowa może przebiegać pod postacią zawału serca oraz nagłego zgonu sercowego. Nazwa choroby ma swoje uzasadnienie w patomechanizmie wystąpienia objawów. Udowodniono, że w znacznej większości przypadków do niestabilnej choroby wieńcowej dochodzi w przebiegu nagłego zamknięcia światła naczynia wieńcowego wskutek pęknięcia blaszki miażdżycowej (tzw. *niestabilna blaszka*).

Zawał mięśnia sercowego ma miejsce, kiedy w wyniku niedokrwienia mięśnia sercowego dochodzi do martwicy pewnego obszaru jego mięśni. W większości zawał przebiega z wystąpieniem bólu, który ma taki sam charakter i lokalizację jak ból dławicowy, jednak nie ustępuje po odpoczynku lub zażyciu nitrogliceryny.

Ostry Zespół Wieńcowy (OZW, ang. ACS – Acute Coronary Syndromes) jest terminem wprowadzonym w latach osiemdziesiątych XX wieku, dla określenia zespołu objawów klinicznych spowodowanych ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego i jest wynikiem dokładniejszego i głębszego zrozumienia procesów patofizjologicznych, związanych z zaostrzeniem przebiegu stabilnej dotąd choroby wieńcowej lub nowopowstałego ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Grzegorz Opolski i Krzysztof Filipiak podają, że OZW obejmuje zawał serca, niestabilną chorobę wieńcową oraz niektóre przypadki nagłego zgonu sercowego. Patogeneza tych schorzeń jest jednakowa i najczęściej związana jest z pęknięciem niestabilnej blaszki miażdżycowej w naczyniu wieńcowym i wtórnym kształtowaniem się

¹¹ Janicka I., Niebrzydowski L., *Psychologia małżeństwa. Zafascynowanie partnerem, otwartość, empatia, miłość, seks*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1994, s. 28

¹² Braun – Gałkowska M., *Psychologia domowa*. Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne, Olsztyn 1990, s. 16

zakrzepu na powierzchni pęknięcia, co wiąże się z miejscowym zmniejszeniem przepływu krwi w naczyniu albo jego zupełnym zamknięciu¹³.

2.2. Przegląd badań

Badania Zbigniewa Izdebskiego dotyczące aktywności seksualnej ludzi w wieku powyżej 50 lat, wskazują, że tej aktywności nie podejmuje 64,3% badanych kobiet i 32,4% mężczyzn. *Jak ważną rolę w Pana(i) życiu odgrywa obecnie seks?* Dla 42,5% badanych kobiet seks nie odgrywa żadnej istotnej roli, badania wskazują, że dla mężczyzn seks ma większe znaczenie, bo tylko 14,3% wskazało odpowiedź *Zupełnie nieistotne*¹⁴. Krzysztof Filipiak i Bartosz Puchalski zwracają uwagę na czynniki ryzyka takie jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, wysoki cholesterol, które są wspólne dla choroby wieńcowej i zaburzeń erekcji. Częstość zaburzeń erekcji sięga 46% u pacjentów z chorobą wieńcową (CAD) i aż 84% u pacjentów z niewydolnością serca¹⁵. Kloner wraz z wsp., badając chorych z CAD, opisywał problemy w osiągnięciu erekcji u 75% i utrzymaniu jej u 67% badanych¹⁶. Blanc i wsp., badając objętą rehabilitacją kardiologiczną populację 352 mężczyzn (w wieku 25 – 82 lat, średnia wieku 55 lat), stwierdzili występowanie zaburzeń erekcji, aż u 78%. Z tego łagodne zaburzenia dotyczyły 35% badanych, średnio łagodne 22%, umiarkowane 10% i ciężkie 11%¹⁷. Kałka i wsp. w badanej grupie 207 pacjentów z chorobą wieńcową stwierdzili u 71,5% zaburzenia erekcji, w tym u 29,5% występowały zaburzenia ciężkie. Analizując występowanie nasilonych czynników ryzyka miażdżycy w badanej grupie, autorzy tych badań zauważyli, że wszystkich pacjentów charakteryzowała mała, aktywność fizyczna¹⁸. Zygmunt Zdrojewicz i Bogumił Halawa podaje, że u mężczyzn chorych na chorobę niedokrwienną serca z przebyłym zawałem mięśnia sercowego obserwuje się prawie dwukrotny spadek aktywności

¹³ Filipiak K. J., Opolski G., *Ostre zespoły wieńcowe* [w:] *Choroby wewnętrzne*, (red.) L. Pączek, K. Mucha, B. Frąckiewicz, PZWL, Warszawa 2009, s. 90–111

¹⁴ Izdebski Z., *Seksualność osób po 50 roku życia* [w:] *Seksualność Polaków w XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2012, s. 306–380

¹⁵ Schwarz E.R., Kapur V., Bionat S., Gupta R., Rosanio S., *The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure*. *International Journal of Impotence Research* 2008, 20, s. 85–91

¹⁶ Kloner R.A., Mullin S.H., Shook T., et al., *Erectile dysfunction in the cardiac patient how common and should we treat?* *Journal of Urology* 2003, 170, s. 46–50

¹⁷ Blanc P.R., Jhowry S., Boussuges A., et al., *Erectile dysfunction in cardiac rehabilitation*. *J. Cardiopulm. Rehabil. Preven* 2007, 27, s. 333

¹⁸ Kałka D., Sobieszkańska M., Pilecki W., i wsp., *Zaburzenia erekcji a wydolność fizyczna i aktywność ruchowa leczonych inwazyjnie chorych na chorobę niedokrwienną serca*, *Pol. Merk. Lek.* 2009, 27, s. 160–285

seksualnej i zaburzenia erekcji, które wykazano u 39% populacji osób w wieku 40 lat i 67% populacji w wieku 70 lat. Najczęstszą przyczyną takiego stanu rzeczy według autorów jest obawa przed wystąpieniem w czasie stosunku bólu dławicowego, duszności, zawału mięśnia sercowego czy nagłego zgonu. Nie bez znaczenia jest także występująca u około 60% chorych po przebytych zawałach mięśnia sercowego depresja¹⁹. W innym badaniu, w którym wzięło udział 73 pacjentów w wieku 50 – 83 lat, ze średnią frakcją wyrzutową 33%, z czego 40% badanych pacjentów była w klasie IV niewydolności serca według Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego, około 60% osób stwierdziło, że choroba serca wywiera znaczny wpływ na ich życie rodzinne a także wpływa na bezpośrednie relacje rodzinne i partnerskie. Około 48% badanych zauważyło, że w ciągu 9 ostatnich miesięcy znaczącemu zmniejszeniu uległa aktywność seksualna, około 33% pacjentów nie podejmowało żadnej aktywności seksualnej, natomiast 23% chorych nie stwierdziło zmian w częstotliwości aktywności seksualnej²⁰. Informacji dostarczają również badania Filipiak i wsp. z 1999 roku, gdzie w formie anonimowej ankiety objęto mężczyzn w średnim wieku (około 50 lat) pół roku po przebytych zawałach serca, leczonych zgodnie z obowiązującymi standardami. Ankietowani nie mieli istotnej niewydolności serca, nie mieli też bólów wieńcowych i charakteryzowali się optymalnym ciśnieniem tętniczym. Z badań tych wynika, że około 72% pacjentów odbywała stosunki seksualne rzadziej niż przed zawałem, tylko około 28% uznało, że jest to ta sama częstotliwość, 33% mężczyzn miało, co najmniej raz problem z erekcją w okresie 6 miesięcy po zawałach, około 30% respondentów zauważyła spadek zainteresowania życiem seksualnym. Około 32% badanych deklarowało, że obawia się współżycia seksualnego jako nadmiernego wysiłku fizycznego. Respondenci zadeklarowali, że nie zauważyli, aby ich partnerka unikała kontaktów seksualnych²¹. Aktywność seksualna związana jest z wysiłkiem fizycznym, który powoduje tachykardię, wzrost ciśnienia tętniczego i hiperwentylację. Niejednokrotnie jest to uwarunkowane błędnym przekonaniem, także lekarzy, że seks po zawałach jest zachowaniem niosącym wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka sercowo – naczyniowego. Badania naukowe, dostarczają dowodów, że u większości chorych po

¹⁹ Zdrojewicz Z., Halawa B., *Zaburzenia erekcji u osób z chorobami serca i ich leczenie* [w:] *Miłość, hormony i seks* (red.) Z. Zdrojewicz. Continuo Wrocław 2005, s. 69–73

²⁰ Jaarsma T., *Sexual problems in heart failure patients*, Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2002, 1, s. 61–67

²¹ Filipiak K. J., *Problemy kliniczne związane z dysfunkcją seksualną – czynniki związane z układem krążenia* [w:] *Kardioseksuologia* (red.) Z. L. Starowicz, K. J. Filipiak, A. Mamcarz, Medical education Warszawa 2009, s. 95–101

przebyłym zawale serca, aktywność seksualna niesie niewielkie ryzyko powikłań i może być prowadzona praktycznie bez żadnych ograniczeń²². Osoby po niepowikłanym zawale mięśnia sercowego, jeśli proces rehabilitacji przebiega prawidłowo, a codzienna aktywność ruchowa nie prowokuje zbytniego zmęczenia lub dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, mogą powrócić do aktywności seksualnej po miesiącu od wyjścia ze szpitala²³. Oceniając ryzyko kardiologiczne związane z aktywnością seksualną po zawale serca należy kierować się tzw. Konsensusem z Princeton. W 2005 roku Second Princeton Consensus Panel opublikował wskazania do podejmowania współżycia płciowego u chorych w zależności od stanu kardiologicznego. Istotą tych rekomendacji jest podział pacjentów na grupy: niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka związanego z aktywnością seksualną. Pacjenci z grupy niskiego ryzyka nie powinni podlegać żadnym ograniczeniom w zakresie aktywności seksualnej. Osoby z grupy pośredniego ryzyka powinny dostosować aktywność seksualną do swojego stanu zdrowia. Uważa się, że osoby wysokiego ryzyka nie powinny podejmować współżycia seksualnego, chociaż należy pamiętać, że pacjenci w tej grupie mogą być chwilowo. W 2012 roku wydano dokument *The Princeton III Consensus Recommendations for the of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease*, w których zawarto wytyczne dotyczące postępowania z pacjentami mającymi choroby serca i zaburzenia erekcji. Autorzy tych rekomendacji podkreślają znaczenie interdyscyplinarnego podejścia do oceny funkcji seksualnych, ale także do leczenia zaburzeń seksualnych u chorych z ryzykiem sercowo – naczyniowym uwzględniając wielu specjalności: urologa, diabetologa, endokrynologa, seksuologa i kardiologa²⁴. Wielu pacjentów z chorobami układu krążenia mogłoby powrócić do współżycia seksualnego, ale brak edukacji i informacji od pracowników medycznych z zakresu życia seksualnego skutecznie to ogranicza. Współcześnie wiele czynników ma wpływ na zdrowie seksualne człowieka. Wszechobecny pośpiech, spływanie więzi międzyludzkich, rutyna, praca zawodowa, której towarzyszy stres, powodują, że człowiek odczuwa osamotnienie i brak poczucia bezpieczeństwa. Dysfunkcja seksualna może być na tyle silnym stresem, że w następstwie może się rozwinąć depresja lub inne schorzenie o podłożu

²² Kałka D., *Recepta na „twardość” mężczyzny po zawale*, Lek w Polsce, s. 42–44

²³ Levine N., Steinke E., Bakaeen G et al., *Sexual activity and cardiovascular disease. A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation published online January 19, 2012. <http://circ.ahajournals.org/content/early/2012/01/19/CIR.0b013e3182447787.citation>

²⁴ Zdrojewicz Z., Biega P., Rychter J., *Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia*, Seksuologia Polska 2013, 11, 2, s. 29–39

somatycznym lub może istnieć zależność odwrotna. Osoby w stanie stresu mogą odczuwać niechęć do seksu²⁵. U kobiet występują zaburzenia seksualne związane z trudnościami w osiągnięciu orgazmu, orgazm opóźniony podczas normalnej aktywności seksualnej, gdzie częstą przyczyną jest zmęczenie i przeżywany stres. W Polsce problem dotyczy do 67% kobiet w wieku powyżej 45 lat. Aktualnie w sferze seksualnej najczęściej zgłaszanymi przez pacjentów trudnościami są te, które dotyczą problemów związanych z pożądaniem seksualnym²⁶. Blisko 30 – 40% kobiet cierpi na hipolibidemię²⁷. Rosemary Basson, zwraca uwagę, że największe znaczenie dla kobiet ma poczucie bliskości emocjonalnej, które staje się głównym motywem zbliżenia. Zdaniem autorki satysfakcja seksualna kobiet wiąże się często z poczuciem bliskości, zaangażowania, wzrostem intymności w związku, a więc kieruje nimi potrzeba emocjonalnego zbliżenia i wyrażenia swojej miłości partnerowi²⁸.

3. Założenia metodologiczne badań

3.1. Przedmiot i cele badań

Celem badań podjętych w dysertacji było uzyskanie danych na temat życia seksualnego osób z chorobą sercowo – naczyniową, a także ustalenie, czy i jak choroba serca zmieniła obraz ich aktywności seksualnej. Zważywszy, że seks stanowi jedną z ważnych więzi łączących ludzi i odgrywa istotną rolę w ogólnej egzystencji człowieka, należało uwzględnić także uwarunkowania społeczne, kulturowe, religijne, wyznawane wartości i doświadczenie życiowe. Dlatego w pracy dążono do wyjaśnienia różnorodnych uwarunkowań aktywności seksualnej populacji dotkniętej chorobą sercowo – naczyniową.

3.2. Problemy i hipotezy

Problem główny w podjętych badaniach brzmi następująco:

Jaki jest obraz aktywności seksualnej osób z rozpoznaną chorobą sercowo – naczyniową?

Aktywność seksualną analizowano w zakresie:

- Częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych
- Preferowanych form aktywności seksualnych

²⁵ Zdrojewicz Z., Lelakowska K., *Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych*, Seksuologia Polska 2006, tom 4, nr 2, s. 69–79

²⁶ Levin J., *Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: correcting errors and suggesting modifications*, Sex. Relation. Ther. 2008, 23 (4), s. 393–399

²⁷ Kingsberg S., Althof S., *Evaluation and treatment of female sexual disorders*, Int. Urogynecol. J. 2009, 20 (1), s. 33–43

²⁸ Basson R., *Human sex-response cycles*, J. Sex Marital Ther. 2001, 27, s. 33–43

- Satysfakcji z życia seksualnego
- Znaczenia roli seksu w życiu

W ramach problemu głównego wyłoniono następujące problemy szczegółowe:

- W jakim stopniu czynniki społeczno – demograficzne takie jak: wiek i aktywność zawodowa różnicują podejmowanie aktywności seksualnej osób z chorobą sercowo – naczyniową?
- W jakim stopniu wybrane czynniki dotyczące choroby sercowo – naczyniowej takie jak: czas trwania choroby, poziom natężenia lęku jako cechy osobowości, częstotliwość występowania bólu wieńcowego, różnicują podejmowanie aktywności seksualnej przez osoby dotknięte tym schorzeniem?
- W jakim stopniu obecność wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia takich jak: palenie papierosów i aktywność fizyczna różnicuje podejmowanie aktywności seksualnej u osób z chorobą sercowo – naczyniową?
- Jaka jest charakterystyka funkcjonowania respondentów w chorobie sercowo – naczyniowej w wymiarze dotyczącym oceny: ogólnego zadowolenia z życia?
- Co stanowi najwyższą wartość w życiu respondentów w chorobie sercowo – naczyniowej?
- Jak respondenci funkcjonują w związku po rozpoznaniu choroby sercowo – naczyniowej?
 - ✓ W jakim stopniu deklarowane przez respondentów zadowolenie ze związku różnicuje podejmowanie aktywności seksualnej?
- Jak respondenci oceniają rolę wybranych czynników jatrogennych na podejmowanie aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej?
 - ✓ W jakim stopniu leki stosowane w chorobie sercowo – naczyniowej przez respondentów, w ich ocenie różnicują podejmowanie aktywności seksualnej?
- Jaki był obraz życia seksualnego w ocenie respondentów przed rozpoznaniem choroby serca?
- Jak zmienił się obraz życia seksualnego w ocenie respondentów po rozpoznaniu choroby serca?
 - ✓ Jak istotną rolę zajmuje seks w życiu respondentów po zdiagnozowaniu choroby serca?

✓ W jakim stopniu częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych przez respondentów przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych w chorobie serca?

✓ W jakim stopniu preferowane formy aktywności seksualnej przez respondentów przed rozpoznaniem choroby serca różnicują, deklarowane formy aktywności seksualnej w chorobie serca?

✓ W jakim stopniu ocena satysfakcji seksualnej przez respondentów przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje satysfakcję seksualną w chorobie serca?

✓ W jakim stopniu ocena znaczenia roli seksu w życiu przez respondentów przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje znaczenie roli seksu w życiu w chorobie serca?

W prowadzonych badaniach przyjęto następujące hipotezy:

Główna teza brzmi:

Po zdiagnozowaniu choroby sercowo – naczyniowej u pacjentów następuje zmiana obrazu ich aktywności seksualnej.

H1. Wiek osób z chorobą sercowo- naczyniową różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, w najstarszej grupie wiekowej respondenci, rzadziej od pozostałych podejmują stosunki seksualne

- preferowane formy aktywności seksualnej, w najstarszej grupie wiekowej, respondenci częściej od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji

- ocenę satysfakcji seksualnej, osoby w najstarszej grupie wiekowej mają od pozostałych niższą ocenę własnej satysfakcji z życia seksualnego

- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, osoby w najstarszej grupie wiekowej deklarują niższą od pozostałych ocenę znaczenia roli seksu w życiu

H2. Aktywność zawodowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, osoby aktywne zawodowo częściej niż pozostałe podejmują stosunki seksualne

- preferowane formy aktywności seksualnej, osoby aktywne zawodowo częściej niż pozostałe preferują penetrujące formy aktywności seksualnej

- ocenę satysfakcji seksualnej, osoby aktywne zawodowo wyżej od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego

- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, osoby aktywne zawodowo częściej od pozostałych wskazują na wyższą ocenę znaczenia roli seksu w życiu

H3. Czas trwania choroby sercowo – naczyniowej różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, im dłuższy czas trwania choroby, tym respondenci rzadziej od pozostałych podejmują stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, im dłuższy czas trwania choroby, tym respondenci częściej od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji
- ocenę satysfakcji z życia seksualnego, im dłuższy czas trwania choroby, tym respondenci niżej od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego
- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, im dłuższy czas trwania choroby, tym respondenci niżej od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H4. Lęk jako cecha osobowości u osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, im wyższy poziom lęku wśród respondentów, tym mają oni rzadsze od pozostałych stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, im wyższy poziom lęku wśród respondentów tym częściej oni od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji
- ocenę satysfakcji seksualnej, im wyższy poziom lęku wśród respondentów, tym niżej oni od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego
- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, im wyższy poziom lęku wśród respondentów tym niżej oni od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H5. Częstotliwość bólu wieńcowego różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, im częstsze dolegliwości bólowe serca wśród respondentów tym rzadziej oni od pozostałych podejmują stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, im częstsze dolegliwości bólowe serca wśród respondentów tym częściej oni od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji
- ocenę satysfakcji z życia seksualnego, im częstsze dolegliwości bólowe serca wśród respondentów, tym niżej oni od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego

- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, im częstsze dolegliwości bólowe serca wśród respondentów, tym niżej oni od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H6. Palenie papierosów przez osoby z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, respondenci palący papierosy rzadziej od pozostałych podejmują stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, respondenci palący papierosy częściej od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji
- ocenę satysfakcji seksualnej, respondenci palący papierosy niżej od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego
- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, respondenci palący papierosy niżej od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H7. Aktywność ruchowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, im wyższa aktywność ruchowa wśród respondentów, tym mają oni częstsze od pozostałych stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, im wyższa aktywność ruchowa wśród respondentów, tym częściej oni od pozostałych preferują penetrujące formy aktywności seksualnej
- ocenę satysfakcji seksualnej, im wyższa aktywność ruchowa wśród respondentów, tym wyżej oni od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego
- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, im wyższa aktywność ruchowa wśród respondentów, tym wyżej oni od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H8. Leki stosowane w chorobie sercowo – naczyniowej różnicują:

- częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, respondenci deklarujący niekorzystny wpływ leków stosowanych przez nich w chorobie serca, mają rzadsze od pozostałych stosunki seksualne
- preferowane formy aktywności seksualnej, respondenci deklarujący niekorzystny wpływ leków stosowanych przez nich w chorobie serca, rzadziej od pozostałych preferują penetrujące formy aktywności seksualnej

- ocenę satysfakcji seksualnej, respondenci deklarujący niekorzystny wpływ leków stosowanych przez nich w chorobie serca, niżej od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego

- ocenę znaczenia roli seksu w życiu, respondenci deklarujący niekorzystny wpływ leków stosowanych w chorobie serca, niżej od pozostałych oceniają znaczenie roli seksu w życiu

H9. Częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych w chorobie serca, respondenci deklarujący częstsze stosunki seksualne przed chorobą serca, mają także częstsze od pozostałych stosunki seksualne po jej rozpoznaniu

H10. Preferowane formy aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca różnicują, deklarowane formy aktywności seksualnej w chorobie serca, respondenci preferujący penetrujące formy aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca również częściej od pozostałych deklarują je po rozpoznaniu choroby serca

H11. Ocena satysfakcji seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje satysfakcję seksualną w chorobie serca, im wyżej deklarowana własna satysfakcja z życia seksualnego wśród respondentów przed rozpoznaniem choroby serca, tym również wyżej oni od pozostałych oceniają ją po rozpoznaniu choroby

H12. Ocena znaczenia roli seksu w życiu przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje znaczenie roli seksu w życiu w chorobie serca, im wyżej deklarowana ocena znaczenia roli seksu w życiu przed rozpoznaniem choroby serca, tym również wyżej oni od pozostałych oceniają ją po rozpoznaniu choroby.

3.3. Zmienne, wskaźniki, kategorie

W przeprowadzonych badaniach zmienną zależną jest aktywność seksualna osób ze zdiagnozowaną chorobą sercowo – naczyniową.

Tabela 1. Zmienna zależna – aktywność seksualna

Zmienna zależna – zmienne szczegółowe	Wskaźniki	Kategoria
Częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.8.2 zawarte w ankiecie	Kilka razy w miesiącu Raz na miesiąc Raz na kilka miesięcy Raz w roku Raz na kilka lat
Preferowane formy aktywności seksualnej	Wybór odpowiedzi na pytanie zawarte w ankiecie, w części kwestionariusza dla kobiet nr.8.6 oraz w części dla mężczyzn nr.8.8	Masturbacja Stosunek płciowy Seks bez penetracji
Satysfakcja z życia	Wybór odpowiedzi na	Bardzo niska

seksualnego	pytanie zawarte w ankiecie nr. 8.3	Niska Przeciętna Wysoka Bardzo wysoka
Znaczenie roli seksu w życiu	Wybór odpowiedzi na pytanie zawarte w ankiecie nr.8.1	Zdecydowanie istotne Dość istotne Średnio istotne Niezbyt istotne Nieistotne

Tabela 2. Wybrane czynniki społeczno-demograficzne

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategoria
Wiek	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.1.1 zawarte w ankiecie	30 – 50 lat 51 – 60 lat 61 – 70 lat Powyżej 71 lat
Aktywność zawodowa	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.1.6 zawarte w ankiecie	Pracuję zawodowo Bezrobotna/y Emerytura/ renta

Tabela 3. Wybrane czynniki związane z chorobą sercowo- naczyniową

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategoria
Czas trwania choroby	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.2.4 zawarte w ankiecie	0 – 1 lat 2 – 5 lat 6 – 8 lat 9 i więcej
Poziom natężenia lęku jako cechy osobowości	Wynik uzyskany z kwestionariusza STAI	Niski Średni Wysoki
Występowanie bólu wieńcowego	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.2.2 zawarte w ankiecie	Nigdy Rzadko Czasami Często Bardzo często
Obawa przed bólem lub pogorszeniem stanu zdrowia	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.2. 3 zawarte w ankiecie	Nigdy Rzadko Czasami Często Bardzo często

Tabela 4. Wybrane czynniki ryzyka choroby sercowo- naczyniowej

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategoria
Palenie papierosów	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.3.2 zawarte w ankiecie	Tak Nie
Brak aktywności fizycznej	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.3.3 zawarte w ankiecie	Tak Nie

Tabela 5. Wybrane wartości

Zmienna niezależna główna		Wskaźniki	Kategoria
Samoocena dotycząca wybranych aspektów systemu wartości	Zadowolenie z życia	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.4.1 zawarte w ankiecie	Bardzo niskie Niskie Przeciętne Wysokie Bardzo wysokie
	Poczucie szczęścia w życiu	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.4.2 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak
	Zadowolenie z życia rodzinnego	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.4.3 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak
	Spełnione oczekiwania wobec dzieci	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.4.9 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak
	Okazywanie uczuć najbliższym	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.4.5 zawarte w ankiecie	Nigdy Bardzo rzadko Rzadko Często Bardzo często

Tabela 6. Funkcjonowanie w związku

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategorie
Zadowolenie ze związku	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.5.12 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak
Miłość i zaangażowanie uczuciowe w związku	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.5.9 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak

Tabela 7. Czynniki jatrogenne

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategorie
Leki stosowane w chorobie sercowo-naczyniowej	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.6.1 zawarte w ankiecie	Zdecydowanie nie Raczej nie Trudno powiedzieć Raczej tak Zdecydowanie tak
Informacja od pracowników medycznych dotycząca podejmowania aktywności seksualnej w chorobie sercowo-naczyniowej	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.6.3 zawarte w ankiecie	Tak Nie

Tabela 8. Podejmowana aktywność seksualna przed rozpoznaniem choroby serca

Zmienna niezależna	Wskaźniki	Kategorie
Częstotliwość współżycia seksualnego	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.7.2 zawarte w ankiecie	Kilka razy w miesiącu Raz na miesiąc Raz na kilka miesięcy Raz w roku Raz na kilka lat
Formy aktywności seksualnej	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.7.9-kobiety 7.8-mężczyźni zawarte w ankiecie	Masturbacja Stosunek płciowy Seks bez penetracji
Satysfakcja z życia seksualnego	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.7.4 zawarte w ankiecie	Bardzo niska Niska Przeciętna Wysoka Bardzo wysoka
Znaczenie seksu w życiu	Wybór odpowiedzi na pytanie nr.7.1 zawarte w ankiecie	Nieistotne Niezbyt istotne Średnio istotne Dość istotne Zdecydowanie istotne

3.4. Metody, techniki, narzędzia badawcze

Za wiodącą metodę w badaniach przyjęto sondaż diagnostyczny, który jest przydatny w badaniach *wszelkiego typu zjawisk społecznych o znaczeniu istotnym dla wychowania, ponadto stan świadomości społecznej, opinii i poglądów określonych zbiorowości, proces narastania badanych zjawisk, ich tendencji i stopnia nasilenia*²⁹. Metoda badań określa dobór odpowiednich technik, które wymagają zastosowania właściwych narzędzi badawczych. Celem realizacji założeń niniejszej rozprawy, przeprowadzone zostały badania z zastosowaniem techniki ankiety. Respondentom rozdano formularze z prośbą o ich wypełnienie. Kluczową przesłanką wyboru tej formy badania był fakt, iż ankieta jest bardziej anonimowa niż wywiad. Samodzielne wypełnienie formularza przez badanych pozwala na uzyskanie bardziej szczerych odpowiedzi, szczególnie w przypadku badań dotyczącej sfery intymnej człowieka. Zanim w niniejszej pracy zdecydowano się na zastosowanie ankiety, autorka pracy odbyła wiele rozmów i krótkich wywiadów z osobami dotkniętymi chorobą serca, w których podejmowano tematykę związaną, ze zmianami w życiu, jakie pojawiły się od momentu rozpoznania choroby serca, jakości życia i trudności dotyczących sfery seksualnej. Te rozmowy pomogły w sformułowaniu ostatecznego kształtu

²⁹ Pilch T., Wujek T., *Metody i techniki badań w pedagogice* [w:] *Pedagogika* (red.) M. Godlewski, S. Krawcencz, T. Wujek, PWN Warszawa 1974, s. 64

zastosowanej w badaniach ankiety. W kwestionariuszu ankiety do zbadania trudności natury seksualnej i znaczenia roli seksu w życiu wykorzystano narzędzie badawcze Zbigniewa Izdebskiego, uzyskując zgodę autora na jego zastosowanie. Aby zbadać poziom lęku osób z chorobą sercowo – naczyniową, zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)³⁰. Złożoność podejmowanych w niniejszej pracy problemów mających charakter interdyscyplinarny, a także przeprowadzone badania pilotażowe skłoniły autorkę do wzbogacenia badań o zastosowanie podejścia jakościowego. Argumentem przemawiającym za podjęciem tego paradygmatu metodologicznego było to, iż badania jakościowe dotyczą poszczególnych ludzi, jednostkowych przypadków i polegają na dokonywaniu analizy badanych zjawisk, wykrywaniu zachodzących między nimi związków, a także zależności, gdy chcemy je poznać takimi, jakie są, a nie stwierdzić, czy zgadzają się z mniemaniem o nich. Badanie jakościowe cechuje holistyczne podejście do opisu kontekstu i pełni funkcję narzędzia diagnostycznego, dlatego, że skupia się na zrozumieniu danego zjawiska i umożliwia uzyskanie pełniejszego, oraz bardziej wszechstronnego opisu przedmiotu badań.³¹ Przyjęto, że rozpatrywanie obrazu życia seksualnego w chorobie serca, niewątpliwie należy do tematów wykraczających poza to, co mierzalne i obiektywne, gdzie dominuje problematyka związana z ocenami, wartościami i przeżyciami. Rozmowa od zawsze była sposobem pozyskiwania wiedzy. Zastosowano technikę wywiadu swobodnego zwanego wywiadem pogłębionym, który polega na osobistej rozmowie z respondentem. Rozmowa przebiega według określonego schematu tematycznego, a pytania nie mają charakteru zamkniętego, a o ich sposobie formułowania, czasie rozmowy na dany temat, decyduje prowadzący.

3.5. Dobór próby i terenu badań

Przedmiotem prowadzonych badań była populacja osób po przebytych incydencie ostrego zespołu wieńcowego, na różnym poziomie zaawansowania choroby. W badanej próbie uwzględniono osoby hospitalizowane w oddziale kardiologii z powodu choroby sercowo - naczyniowej w największym szpitalu województwa lubuskiego w Szpitalu Uniwersyteckim w Zielonej Górze. Zważywszy na delikatną sferę jaką jest seksualność człowieka, do badań pozyskiwano pacjentów, którzy wyrazili chęć udziału w badaniu. Grupy badawczej nie ograniczono ze względu na

³⁰ Wrześniewski K., Sosnowski T., i wsp., *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, polska adaptacja*, Pracownia Testów Psychologicznych Warszawa 2006

³¹ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Żak Warszawa 2001, s. 278

wiek, ale kryterium doboru stanowiła możliwość związana z samodzielnym rozumieniem i wypełnieniem ankiety. Badaniem ankietowym będzie objętych 250 osób, (100 kobiet) i (150 mężczyzn), a wywiadem pogłębianym ostatecznie objęto 14 osób (5 kobiet i 9 mężczyzn).

3.6. Organizacja i przebieg badań

Badania były prowadzone w kilku etapach. W etapie przygotowawczym duży nacisk kładziono na rozmowy dotyczące sytuacji osoby chorej i zmian w życiu, jakie zaszły pod wpływem choroby. Rozmowy te przyczyniły się w znacznej mierze do ostatecznego kształtu ankiety. Kilka razy pomimo wyrażenia zgody przez pacjenta na udział w badaniu, wywiad trzeba było przerwać, bowiem widoczne objawy zakłopotania nie pozwoliły na jego kontynuację. Podczas prowadzonych badań dało się zauważyć, że łatwiej do udzielenia wywiadu było namówić mężczyzn. Kobiety znacznie rzadziej wyrażały zgodę na taką rozmowę, ale kiedy już pozyskano kobietę do wywiadu, to nie zdarzyło się ani razu by wywiad trzeba by przerwać, np. z powodu zakłopotania. Jednak znaczącym problemem w toku prowadzenia badań było pozyskanie kobiet do badań, bowiem rozpoznanie u nich choroby sercowo – naczyniowej jest zazwyczaj stawiane w późniejszym wieku, niż w przypadku mężczyzn. Zauważono również, że kobiety w młodszej grupie wiekowej objęte hospitalizacją z powodu choroby sercowo – naczyniowej stosunkowo często wskazywały na samotność w życiu z powodu rozwodów, uzależnień partnerów, głównie od alkoholu, jak też wdowieństwa. Z kolei w najstarszej grupie wiekowej kobiet wdowieństwo jest najczęstszą przyczyną samotności. Respondenci znacznie chętniej opowiadali o zmianach, jakie się pojawiły w ich życiu od momentu zachorowania, chętnie dzielili się przeżyciami związanymi z chorobą. Zdarzało się, że autorka pracy musiała, przekierować rozmowę, lub kończyć wcześniej wskutek nie uzyskania interesujących informacji. Trzykrotnie podczas prowadzenia badań, autorka pracy musiała zrezygnować z dalszej rozmowy ze względu na silną reakcję emocjonalną. Za każdym razem dotyczyło to mężczyzn, którzy na pytanie o swój związek małżeński/partnerski reagowali płaczem. Proponowano pomoc psychologiczną, ale w tym momencie nikt z badanych nie chciał z niej skorzystać. Warunkiem uczestniczenia w badaniach było pozostawanie w związku formalnym lub nieformalnym, stałym lub niestałym.

W toku badań zauważono, że najskuteczniejszą metodą pozyskiwania respondentów było indywidualne zaproszenie na rozmowę i krótkie omówienie ankiety. Wypełniona ankieta była umieszczona w kopercie, co powodowało jeszcze większą anonimowość. Następnie zaklejoną kopertę respondenci wrzucali do urny w dyżurce pielęgniarskiej.

4. Wyniki

Analizie poddano kilka wybranych obszarów, kluczowych zdaniem autorki pracy tj.; mogących mieć związek i wpływających na obraz aktywności seksualnej w chorobie serca. Dlatego w obszarze poszukiwań uwzględniono: czynniki społeczno – demograficzne, czynniki ryzyka chorób układu krążenia, wpływ samej choroby sercowo – naczyniowej, funkcjonowanie w związku, czynniki jatrogenne oraz hierarchię życiowych wartości po rozpoznaniu choroby serca.

1. Związek czynniki społeczno – demograficznych a aktywność seksualna

○ **Wiek mężczyzn a częstotliwość współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** osoby w najmłodszej grupie wiekowej częściej od pozostałych podejmują aktywność seksualną. Połowa respondentów z tej grupy wiekowej pomimo przebytego incydentu sercowo – naczyniowego, deklaruje aktywność seksualną *kilka razy w miesiącu*. Również nieco ponad połowa badanych mężczyzn z grupy wiekowej 56 – 65 lat zadeklarowała częstotliwość współżycia seksualnego, łącząc odpowiedzi *kilka razy w miesiącu* i *raz w miesiącu*. Podczas gdy w grupie wiekowej powyżej 65 lat już tylko nieco ponad jedna czwarta ankietowanych mężczyzn wskazała na taką aktywność. Zachodzi związek pomiędzy wiekiem badanych a udzieleniem odpowiedzi na pytanie o częstotliwość współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej. Siła związku mieści się w przedziale między przeciętnym a wysokim ($\chi^2 = 43,75$ **V Cramera = 0,39**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, wiek osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych – osoby w najstarszej grupie wiekowej rzadziej od pozostałych podejmują stosunki seksualne.

○ **Wiek mężczyzn a ocena satysfakcji z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** blisko trzy czwarte respondentów z grupy wiekowej powyżej 65 lat oceniła swoją satysfakcję z życia seksualnego łącznie *nisko* i *bardzo nisko*. Ponad jedna czwarta ankietowanych mężczyzn w grupie między 40 a 55 rokiem życia oceniło własną satysfakcję z życia seksualnego *bardzo wysoko*. Zachodzi związek pomiędzy

wiekami, a udzieleniem odpowiedzi na pytanie o satysfakcję z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej. Siła związku mieści się w przedziale wysokim ($\chi^2 = 52,72$, V Cramera = 0,42). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, wiek osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje ocenę satysfakcji seksualnej – osoby w najstarszej grupie wiekowej mają od pozostałych niższą satysfakcję z życia seksualnego.

o **Aktywność zawodowa mężczyzn a dominujące formy współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** w grupie aktywnych zawodowo zdecydowanie częściej od pozostałych wskazują na *stosunek płciowy* jako formę dominującą w ich życiu seksualnym. Zachodzi związek między aktywnością zawodową a udzieleniem odpowiedzi o dominujące formy aktywności seksualnej. Siła efektu mieści się w przedziale dużym ($\chi^2 = 28,88$ V Cramera=0,45). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, aktywność zawodowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje preferowane formy aktywności seksualnej – osoby aktywne zawodowo częściej niż pozostałe preferują penetrujące formy aktywności seksualnej.

o **Aktywność zawodowa kobiet a znaczenie roli seksu w życiu w chorobie sercowo – naczyniowej:** znaczenie roli seksu w życiu jest zdecydowanie wyższe wśród kobiet z grupy pracujących zawodowo. Dla ponad połowy w tej grupie rola seksu jest istotna. Zachodzi związek między aktywnością zawodową a odpowiedzią na pytanie dotyczące znaczenia roli seksu w chorobie sercowo – naczyniowej. Siła efektu mieści się w przedziale dużym ($\chi^2 = 17,47$ V Cramera=0,42). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą aktywność zawodowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje ocenę znaczenia roli seksu w życiu – osoby aktywne zawodowo częściej od pozostałych wskazują na wyższą ocenę znaczenia roli seksu w życiu.

2. Związek wybranych czynników choroby sercowo – naczyniowej a podejmowanie aktywności seksualnej

o **Czas trwania choroby u mężczyzn a dominujące formy współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** zdecydowana większość spośród badanych mężczyzn z grupy, gdzie czas trwania choroby jest do jednego roku deklaruje *stosunek płciowy*, jako formę dominującą w własnej aktywności seksualnej. Z kolei osoby w grupie, gdzie czas trwania choroby wynosi 9 i więcej lat, wskazują odpowiedź na *seks bez penetracji*. Zachodzi związek między czasem trwania choroby serca a udzieleniem odpowiedzi o dominujące formy aktywności seksualnej. Siła związku

mieści się w przedziale między przeciętnym a dużym ($\chi^2 = 38,23$ V **Cramera=0,37**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, czas trwania choroby sercowo – naczyniowej różnicuje preferowane formy aktywności seksualnej – im dłuższy czas trwania choroby tym respondenci częściej od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji.

○ **Poziom zaawansowania choroby sercowo – naczyniowej u mężczyzn a dominujące formy współżycia seksualnego:** mężczyźni w grupie z chorobą jednonaczyniową częściej od pozostałych wskazują na stosunek płciowy, jako formę dominującą w ich życiu seksualnym. Zachodzi związek między poziomem zaawansowania choroby serca a udzieleniem odpowiedzi o dominujące formy aktywności seksualnej. Siła efektu mieści się w przedziale dużym ($\chi^2 = 38,62$ V **Cramera=0,52**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, poziom zaawansowania choroby sercowo – naczyniowej różnicuje preferowane formy aktywności seksualnej – respondenci z rozpoznaniem choroby wielonaczyniowej częściej od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji.

○ **Poziom natężenia lęku jako cechy u mężczyzn a ocena satysfakcji z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** zdecydowanie częściej mężczyźni z grupy o niskim natężeniu lęku, jako cechy znacząco częściej od pozostałych wskazują na *wysoką i bardzo wysoką* satysfakcję z życia seksualnego. Zachodzi związek między poziomem natężenia lęku, jako cechy a udzieleniem opinii o własnej satysfakcji z życia seksualnego. Siła związku mieści się w przedziale przeciętnym ($\chi^2 = 34,67$ V **Cramera = 0,34**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, lęk jako cecha osobowości u osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje ocenę satysfakcji seksualnej – im wyższy poziom lęku wśród respondentów tym niżej oceniają oni własną satysfakcję z życia seksualnego.

○ **Ból wieńcowy u mężczyzn a dominujące formy współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** mężczyźni z grupy, gdzie dolegliwości wieńcowe występują często, wskazywali, jako dominującą formę aktywności seksualnej *seks bez penetracji*. W tej grupie respondenci częściej od pozostałych wskazywali, jako formę dominującą – *masturbację*. Z kolei ankietowani z grupy, gdzie dolegliwości wieńcowe są rzadkie zdecydowanie częściej od pozostałych wskazują *stosunek płciowy*, jako dominującą formę aktywności seksualnej. Respondenci z grupy, gdzie często występuje ból wieńcowy mają częstsze od pozostałych kontakty seksualne, ale forma wyrazu

aktywności seksualnej dotyczy aktywności seksualnej bez penetracji. Dlatego wydaje się, że dla mężczyzn z chorobą serca poczucie bliskości, wsparcia może mieć nawet większe znaczenie niż stosunek płciowy. Zachodzi związek między częstotliwością występowania bólu wieńcowego a odpowiedzią na pytanie dotyczące dominujących form aktywności seksualnej. Siła związku w przedziale przeciętnym ($\chi^2 = 21,79$ V **Cramera=0,28**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, częstotliwość bólu wieńcowego różnicuje preferowane formy aktywności seksualnej – im częstsze dolegliwości bólowe serca wśród respondentów tym częściej oni od pozostałych preferują formy aktywności seksualnej bez penetracji.

3. Wybrane czynniki ryzyka chorób układu krążenia a aktywność seksualna w chorobie sercowo – naczyniowej

o **Aktywność fizyczna przynajmniej 3x w tyg. przez 30 min. a częstotliwość współżycia seksualnego kobiet w chorobie sercowo – naczyniowej:** kobiety w grupie, gdzie aktywność fizyczna jest systematycznie podejmowana, zdecydowanie częściej wskazują na wyższą częstotliwość aktywności seksualnej. Ponad jedna czwarta z tej grupy deklaruje współżycie seksualne z częstotliwością *kilka razy w miesiącu* i tyle samo spośród ankietowanych z tej grupy wskazało na odpowiedź *raz na miesiąc*. Zachodzi związek pomiędzy aktywnością fizyczną osób z chorobą sercowo – naczyniową a odpowiedzią na pytanie dotyczące częstotliwości podejmowanych stosunków seksualnych. Siła efektu wysoka ($\chi^2=18,52$ V **Cramera=0,45**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, aktywność ruchowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych – respondenci podejmujący systematycznie aktywność fizyczną mają częstsze od pozostałych stosunki seksualne.

o **Aktywność fizyczna przynajmniej 3x w tyg. przez 30 min. a ogólna satysfakcja z życia seksualnego u mężczyzn w chorobie sercowo – naczyniowej:** ponad połowa ankietowanych mężczyzn z grupy niepodejmujących systematycznej aktywności fizycznej, wskazuje na *niską* satysfakcję z życia seksualnego, znacząco też częściej od pozostałych wskazywali na *bardzo niską* satysfakcję. Zachodzi związek pomiędzy aktywnością fizyczną osób z chorobą sercowo – naczyniową a udzieleniem opinii o satysfakcję z życia seksualnego. Siła związku w przedziale wysokim ($\chi^2 = 29,19$ V **Cramera=0,44**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, aktywność ruchowa osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje ocenę satysfakcji seksualnej –

respondenci podejmujący systematycznie aktywność fizyczną wyżej od pozostałych oceniają własną satysfakcję z życia seksualnego.

4. Charakterystyka wybranych życiowych wartości w chorobie sercowo – naczyniowej

o **Ocena ogólnego zadowolenia z życia:** blisko połowa badanych ze wszystkich grup deklaruje *przeciętne* zadowolenie z życia. Opinie dotyczące *niskiej* i *bardzo niskiej* oceny ogólnego zadowolenia z życia są bardzo zbliżone w obu grupach. W grupie kobiet częściej niż w grupie mężczyzn deklarowano *wysokie* i *bardzo wysokie* zadowolenie z życia.

o **Ocena ogólnego zadowolenia z życia rodzinnego:** większość badanych kobiet jak i większość ankietowanych mężczyzn wskazała, że jest *raczej zadowolona*. Blisko jedna trzecia w grupie mężczyzn deklarowała zdecydowane zadowolenie, jak też ponad jedna czwarta badanych kobiet wskazała zdecydowane zadowolenie z życia rodzinnego. Kobiety nieznaczaco częściej od mężczyzn deklarowały, że raczej są niezadowolone z życia rodzinnego.

o **Ocena łatwości w okazywaniu uczuć najbliższym:** ponad połowa ankietowanych z obu grup na pytanie o łatwość okazywania uczuć partnerce/żonie – partnerowi/mężowi, dzieciom, wskazując odpowiedź *zdecydowanie tak* i *raczej tak*, nie ma z tym kłopotu. Jednak ponad jednej trzeciej spośród badanych okazywanie uczuć najbliższym nie przychodzi z łatwością. Ankietowani mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali odpowiedź, że *zdecydowanie nie* przychodzi im z łatwością okazywanie uczuć najbliższym.

o **Ocena poczucia, że za dużo czasu poświęcono pracy zawodowej:** w obu grupach ponad połowa uważa, że w życiu zbyt dużo czasu poświęcili pracy zawodowej. Zdecydowana większość ankietowanych mężczyzn udzieliła opinii, że ma poczucie, że zbyt dużo czasu w życiu poświęcili pracy zawodowej, wskazując odpowiedź – łącznie *zdecydowanie tak* i *raczej tak*, a blisko jedna czwarta nie umiała wskazać jednoznacznej odpowiedzi. Wśród ankietowanych kobiet blisko połowa wskazała na odpowiedź łącznie *zdecydowanie tak* i *raczej tak*, a blisko jedna trzecia udzieliła odpowiedzi *trudno powiedzieć*.

5. Charakterystyka związku w chorobie sercowo – naczyniowej

o **Ocena stabilności związku:** blisko połowa mężczyzn nie potrafi określić czy związek, w którym żyją jest czy nie jest stabilny, podczas gdy wśród ankietowanych kobiet tylko jedna piąta nie umie wskazać jednoznacznej odpowiedzi. Daje się

zauważyć, że tyle samo ankietowanych kobiet oceniło zarówno własny związek jako stabilny jak i niestabilny. Wśród mężczyzn nieco częściej, bo jedna trzecia oceniła własny związek jako stabilny, a nieco ponad jedna piąta jako aktualnie niestabilny.

○ **Ocena dotycząca unikania kontaktu seksualnego przez współpartnera/kę od momentu rozpoznania choroby sercowo – naczyniowej:** znacząco częściej odpowiedzi twierdzącej udzielili ankietowani mężczyźni. Nieco ponad jedna czwarta ankietowanych mężczyzn deklaruje, że od momentu pojawienia się u nich choroby serca, ich żona/partnerka unika kontaktów seksualnych. Podczas, gdy wśród ankietowanych kobiet niespełna jedna siódma uznała, że ich mąż/partner unika kontaktów seksualnych ze względu na pojawienie się choroby u respondentek. Wśród ankietowanych kobiet blisko połowa, deklaruje, że od momentu pojawienia się u nich choroby serca, ich mąż/partner nie unika kontaktów seksualnych. Z kolei wśród badanych mężczyzn nieco ponad jedna czwarta wskazała, że żona/partnerka nie unika kontaktów seksualnych od momentu pojawienia się u respondentów choroby serca. Chociaż aż blisko połowa mężczyzn nie umiała wskazać jednoznacznej odpowiedzi, co może sugerować, że choroba może nie być przyczyną dla której ich żona/ partnerka unika kontaktu.

○ **Ocena dotycząca unikania kontaktu seksualnego z obawy o stan zdrowia partnera seksualnego:** ponad połowa ankietowanych kobiet udzieliła opinii, że nie uważa, aby mąż/partner unikał kontaktów seksualnych z obawy o stan zdrowia respondentek, również blisko połowa mężczyzn uważa, że to nie obawa o stan ich zdrowia jest przyczyną nie podejmowania aktywności seksualnej przez ich żonę/partnerkę. Chociaż najliczniej w obu badanych grupach, wskazywano na brak jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej unikania kontaktu seksualnego ze względu na obawę o stan zdrowia.

○ **Ocena dotycząca ponownego wyboru tej samej partnerki/partnera:** zdecydowana większość ankietowanych kobiet gdyby miała dokonać ponownego wyboru partnera, wybrałyby ponownie obecnego. Z kolei jedna siódma w tej grupie udzieliła odpowiedzi przeciwnej, a jedna czwarta nie umie wskazać jednoznacznej odpowiedzi. W grupie ankietowanych mężczyzn ponad połowa dokonałaby ponownego wyboru tej samej partnerki, a blisko jedna dziesiąta nie wybrałaby ponownie tej samej partnerki. Blisko jedna trzecia nie wie czy dokonałaby tego samego wyboru.

○ **Zadowolenie ze związku a częstotliwość współżycia seksualnego mężczyzn w chorobie sercowo – naczyniowej:** zdecydowanie częściej aktywność seksualną

podejmują badani mężczyźni z grupy zadowolonych z własnego związku. Na podstawie analizy statystycznej stwierdza się, że istnieje związek między zadowoleniem w związku a odpowiedzią na pytanie o częstotliwość współżycia seksualnego. Siła efektu w przedziale od przeciętnej do dużej ($\chi^2 = 39,2$ VCramera=0,36). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, deklarowane poczucie zadowolenia ze związku u osób z chorobą sercowo – naczyniową różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych – respondenci deklarujący wyższy poziom zadowolenia ze związku mają częstsze od pozostałych stosunki seksualne.

6. Związek wybranych czynników jatrogennych a aktywność seksualna

o **Opinia respondentów dotycząca niekorzystnego wpływu leków na wydolność seksualną:** nikt z ankietowanych nie wiąże własnej wydolności seksualnej ze zdecydowanie niekorzystnym działaniem leków przyjmowanych z powodu choroby serca. Tylko blisko jedna piąta ankietowanych mężczyzn wskazuje na raczej niekorzystny wpływ tych leków a ponad jedna trzecia w tej grupie jest zdania, że leki nie wpływają na ich wydolność seksualną, chociaż prawie połowa wśród ankietowanych mężczyzn nie jest pewna czy leki, które przyjmują wywierają niekorzystny wpływ na wydolność seksualną. Zdecydowana większość w grupie ankietowanych kobiet nie wiąże wydolności seksualnej z lekami jakie przyjmują w związku z chorobą, a ponad jedna czwarta nie ma zdania w tej kwestii.

o **Zainicjowanie rozmowy na temat podejmowania aktywności seksualnej w chorobie serca przez respondentów:** zdecydowana większość spośród obu badanych grup nie zapytała lekarza o możliwość podjęcia współżycia seksualnego w chorobie serca. Nieco częściej ankietowani mężczyźni deklarowali, że pytali lekarza o tę kwestię.

o **Niekorzystny wpływ leków stosowanych w chorobie sercowo – naczyniowej w opinii mężczyzn a dominujące formy współżycia seksualnego kobiet w chorobie sercowo – naczyniowej:** respondenci deklarujący, że przyjmowane przez nich leki w związku z chorobą serca, nie mają niekorzystnego wpływu na ich wydolność seksualną, zdecydowanie częściej od pozostałych wskazują na *stosunek płciowy* jako dominującą formę aktywności seksualnej. Z kolei respondenci niepewni, co do działania niekorzystnego wpływu leków na ich wydolność seksualną znacząco częściej deklarują jako dominującą formę *seks bez penetracji*. Warto zauważyć, że ankietowani mężczyźni z grupy wskazującej, że zażywane przez nich leki w chorobie serca mają niekorzystny wpływ na ich aktywność seksualną, znacząco częściej od pozostałych jako dominującą formę aktywności seksualnej wskazują – *masturbację*, chociaż połowa z tej grupy

wskazała na *stosunek płciowy*. Zachodzi związek pomiędzy lekami stosowanymi w chorobie sercowo – naczyniowej a odpowiedzią na pytanie o dominujące formy aktywności seksualnej. Siła związku jest w przedziale od przeciętnej do dużej ($\chi^2 = 36,52$ V Cramera= 0,36). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, leki stosowane w chorobie sercowo – naczyniowej różnicują preferowane formy aktywności seksualnej – respondenci nieokreślający niekorzystnego wpływu leków stosowanych przez nich w chorobie serca częściej od pozostałych preferują penetrujące formy aktywności seksualnej.

7. Charakterystyka aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej

○ **Opinia respondentów dotycząca częstotliwości podejmowania aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca:** nie ma znaczących różnic pomiędzy dwiema grupami badanych. Zdecydowana większość ankietowanych deklaruje, że przed zachorowaniem były aktywne seksualnie. Ponad jedna trzecia ankietowanych kobiet i mężczyzn określiła częstotliwość podejmowania aktywności seksualnej przed chorobą na poziomie – *kilka razy w miesiącu*, a prawie jedna trzecia badanych kobiet i nieco ponad jedna trzecia badanych mężczyzn wskazała na częstotliwość współżycia – *raz na miesiąc*. Nieco częściej mężczyźni wskazywali na częstotliwość współżycia – *kilka razy w tygodniu*.

○ **Opinia respondentów dotycząca dominującej formy współżycia seksualnego zanim rozpoznano chorobę serca:** zdecydowana większość zarówno ankietowanych kobiet jak i mężczyzn wskazała *stosunek płciowy* jako dominującą formę aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca. Spośród ankietowanych osób dziewięć kobiet i dwóch mężczyzn nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o dominujące formy aktywności seksualnej. Nikt z ankietowanych kobiet nie wskazał *masturbacji* jako formy dominującej w życiu seksualnym.

○ **Opinia respondentów dotycząca oceny satysfakcji z życia seksualnego zanim rozpoznano chorobę serca:** w obu badanych grupach deklarowano *wysoką* satysfakcję z życia seksualnego zanim rozpoznano u nich chorobę serca. Dwie kobiety spośród ankietowanych na pytanie o satysfakcję seksualną zanim pojawiła się choroba serca nie udzieliły odpowiedzi. Nieco częściej kobiety deklarowały *wysoką* i *bardzo wysoką* satysfakcję z życia seksualnego, a ankietowani mężczyźni nieco częściej ocenili *przeciętnie* satysfakcję seksualną przed zachorowaniem.

○ **Opinia respondentów dotycząca znaczenia roli seksu przed rozpoznaniem choroby serca:** znaczenie roli seksu w życiu znacząco wyższe było w grupie ankietowanych mężczyzn niż kobiet. W grupie ankietowanych kobiet najczęściej wskazywano na *średnio istotne* znaczenie roli seksu przed zachorowaniem. Dla większości badanych mężczyzn rola seksu miała znaczenie *dość istotne*, a dla nieco ponad jednej szóstej *zdecydowanie istotne*. Dla ponad jednej czwartej spośród ankietowanych kobiet rola seksu w życiu przed rozpoznaniem choroby serca nie miała znaczenia, a wśród badanych mężczyzn na nieznaczącą rolę seksu przed chorobą serca wskazywało zaledwie blisko jedna czternasta.

○ **Występowanie trudności natury seksualnej wśród kobiet przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej:** najczęstszymi trudnościami w sferze seksualnej w opinii ankietowanych kobiet były *zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera* oraz *zbyt małe potrzeby seksualne*. Trudności związanych z odbywaniem stosunków seksualnych nie miała nieco ponad jedna piąta badanych kobiet.

○ **Występowanie trudności natury seksualnej wśród mężczyzn przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej:** ponad jedna trzecia badanych mężczyzn przed zachorowaniem nie obserwowała u siebie żadnych trudności związanych z sferą seksualną. Ponad jedna czwarta ankietowanych mężczyzn oceniła, że przed zachorowaniem trudności w ich sferze seksualnej dotyczyły zbyt dużej potrzeby seksualnej w porównaniu z potrzebami partnerki. Niespełna jedna ósma respondentów deklarowała, że trudności w sferze seksualnej dotyczyły niepełnego wzwodu, a prawie jedna dziesiąta wskazała na brak wzwodu. Nikt z badanych nie zaznaczył odpowiedzi *problemy z osiągnięciem orgazmu* i *brak wytrysku lub trudności z wytryskiem*.

8. Charakterystyka aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej

○ **Opinia respondentów dotycząca częstotliwości podejmowania aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej:** w grupie badanych mężczyzn częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych w chorobie serca jest wyższa niż w grupie badanych kobiet. W grupie badanych kobiet po rozpoznaniu choroby serca blisko jedna trzecia oceniła swoją częstotliwość podejmowania aktywności seksualnej na poziomie *raz na kilka lat*, podczas gdy w grupie ankietowanych mężczyzn nieco ponad jedna siódma wskazała na tę częstotliwość podejmowania aktywności seksualnej. Jedna czwarta ankietowanych mężczyzn deklarowała częstotliwość współżycia

seksualnego na *raz w miesiącu*, podczas gdy w grupie badanych kobiet zaledwie nieco ponad jedna ósma wskazała na tę częstotliwość. Również na częstotliwość *kilka razy w miesiącu* znacząco częściej wskazywano w grupie ankietowanych mężczyzn.

○ **Opinia respondentów dotycząca dominującej formy współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** nie występują znaczące różnice pomiędzy dwiema grupami w odpowiedziach na pytanie dotyczące form aktywności seksualnej. Na seks bez penetracji w chorobie serca nieznacznie częściej wskazywały kobiety. Żadna z badanych kobiet nie wskazała na *masturbację* jako dominującą formę w aktywności seksualnej.

○ **Opinia respondentów dotycząca oceny satysfakcji z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej:** na *niską* satysfakcję z życia seksualnego w chorobie serca częściej wskazywali ankietowani mężczyźni - była to zarazem najczęstsza przez nich wskazywana odpowiedź. W grupie ankietowanych kobiet najczęściej wskazywano na *przeciętną* satysfakcję z życia seksualnego w chorobie serca. Nieco częściej na *wysoką* satysfakcję wskazywano w grupie badanych kobiet, chociaż nikt w tej grupie nie wskazał na *bardzo wysoką* satysfakcję z życia seksualnego.

○ **Opinia respondentów dotycząca znaczenia roli seksu w chorobie sercowo – naczyniowej:** dla połowy badanych kobiet znaczenie roli seksu w życiu w chorobie serca jest *nieistotne*. W grupie badanych mężczyzn w chorobie sercowo – naczyniowej najczęściej wskazywano na *średnio istotne* znaczenie roli seksu w ich życiu, a tylko dla nieco ponad jednej piątej ta rola miała znaczenie *nieistotne*. Dla blisko jednej trzeciej mężczyzn rola seksu w chorobie serca ma znaczenie *dość istotne*. Dla ankietowanych kobiet ma znaczenie mniejsze i nieco ponad jedna piąta wskazała tę odpowiedź.

○ **Występowanie trudności natury seksualnej wśród kobiet w chorobie sercowo – naczyniowej:** ponad połowa badanych kobiet oceniła, że w chorobie serca ma zbyt małe potrzeby seksualne, a przed zachorowaniem o blisko jedną czwartą ankietowanych mniej wskazało na tego typu trudność. Istotna różnica w ocenie trudności natury seksualnej w chorobie serca do tych, które występowały zanim pojawiła się u badanych choroba serca dotyczyły zbyt małej chęci współżycia w porównaniu z potrzebami partnera. Ponad jedna piąta ankietowanych mniej wskazała na trudność natury seksualnej polegającą na zbyt małej chęci współżycia w porównaniu z potrzebami partnera. Być może partner nie wykazywał potrzeb w tym zakresie ze względu na obawę o stan zdrowia partnerki lub jej wiek.

○ **Występowanie trudności natury seksualnej wśród mężczyzn w chorobie sercowo – naczyniowej:** ponad jedna czwarta badanych mężczyzn w chorobie sercowo – naczyniowej nie miała problemów natury seksualnej, to jest w opinii ankietowanych mężczyzn o blisko jedną dziesiątą mniej niż przed zachorowaniem. Ponad jedna czwarta ankietowanych mężczyzn deklaruje, że trudności natury seksualnej dotyczą *braku wzrodu*, co stanowi o jedną dziesiątą ankietowanych więcej niż w ich opinii przed chorobą. Również znacząco częściej, bo blisko o jedną dziesiątą w chorobie serca niż przed zachorowaniem respondenci wskazywali na *zbyt małe potrzeby seksualne*.

○ **Spadek zainteresowania seksem w chorobie sercowo – naczyniowej:** blisko połowa badanych kobiet i ponad połowa badanych mężczyzn zauważyła u siebie spadek zainteresowania seksem. Ponad jedna piąta ankietowanych kobiet i blisko jedna trzecia ankietowanych mężczyzn deklarowało, że nie zauważyło u siebie spadku zainteresowania seksem w chorobie serca.

○ **Częstotliwość współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a częstotliwość współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej wśród kobiet:** częstotliwość współżycia seksualnego znacząco ulega zmianie po rozpoznaniu choroby serca. Ponad jedna trzecia badanych kobiet przed rozpoznaniem choroby serca deklarowało częstotliwość współżycia seksualnego na poziomie *kilku razy w miesiącu*, a po rozpoznaniu choroby serca taką częstotliwość deklarowało już tylko nieco ponad jedna siódma ankietowanych. Jedna czwarta spośród badanych kobiet wskazała na częstotliwość współżycia seksualnego sprzed zachorowania na poziomie *raz w miesiącu*, a już w chorobie serca tylko ponad jedna ósma respondentek wskazywała na tę częstotliwość współżycia. Wszystkie osoby aktywne seksualnie *raz na kilka lat*, sprzed rozpoznania choroby sercowo – naczyniowej, również po rozpoznaniu choroby serca deklarowały, że nie uległa zmianie częstotliwość ich współżycia. Wykazano związek pomiędzy częstotliwością współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a udzieleniem opinii o częstotliwości współżycia seksualnego w chorobie serca. Siła związku jest w przedziale dużym ($\chi^2 = 71$ V Cramera = 0,45). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych w chorobie serca – respondenci deklarujący częstsze stosunki seksualne przed chorobą serca mają także częstsze od pozostałych stosunki seksualne po jej rozpoznaniu.

○ **Częstotliwość współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a częstotliwość współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej wśród mężczyzn:** ponad jedna trzecia badanych mężczyzn przed rozpoznaniem choroby serca deklarowało częstotliwość współżycia seksualnego na poziomie *kilku razy w miesiącu*, a po rozpoznaniu choroby serca taką częstotliwość deklarowało ponad jedna piąta spośród ankietowanych. Również ponad jedna trzecia ankietowanych mężczyzn wskazała, że zanim rozpoznano u nich chorobę serca współżyli seksualnie z częstotliwością *raz w miesiącu*, a w chorobie serca już tylko jedna czwarta respondentów wskazywała na tę częstotliwość współżycia. Jedna osoba z częstotliwością współżycia sprzed zachorowania *raz na kilka lat* po rozpoznaniu choroby serca wskazała na częstotliwość współżycia *raz na miesiąc*. Na częstotliwość współżycia seksualnego *raz na kilka lat*, zanim rozpoznano u ankietowanych chorobę serca, wskazywało zaledwie jedna trzydziesta spośród badanych mężczyzn. W grupie mężczyzn deklarujących współżycie seksualne przed zachorowaniem na poziomie *kilka razy w tygodniu*, po rozpoznaniu choroby serca na tym samym poziomie częstotliwości współżycia pozostaje jedna piąta z tej grupy, a ponad połowa z tej grupy po rozpoznaniu choroby serca ocenia częstotliwość współżycia na *poziomie jeden raz w miesiącu*. Nikt w tej grupie nie wskazał odpowiedzi *raz na rok* i *raz na kilka lat*. Osoby z grupy oceniającej częstotliwość współżycia przed zachorowaniem na poziomie *kilka razy w miesiącu*, po rozpoznaniu choroby ponad połowa z tej grupy ocenia, że współżyje z tą samą częstotliwością, a blisko jedna piąta z tej grupy wskazuje na częstotliwość *raz na miesiąc* i prawie jedna piąta *raz na kilka miesięcy*. Mężczyźni z grupy o częstotliwości współżycia sprzed zachorowania *raz na miesiąc*, po rozpoznaniu choroby serca ponad jedna trzecia z tej grupy utrzymuje, że częstotliwość pozostaje na tym samym poziomie. Ponad jedna czwarta z tej grupy deklaruje spadek częstotliwości współżycia do *raz na rok*, a ponad jedna piąta ocenia, że po rozpoznaniu choroby częstotliwość współżycia seksualnego jest jeszcze niższa. Wydaje się, że na częstotliwość współżycia wpływa sama choroba i stres z nią związany, a być może czas trwania choroby. Być może dla pewnego odsetka spośród badanych choroba mogła być pretekstem do zakończenia aktywności seksualnej. Poddając uzyskane dane analizie statystycznej wykazano związek pomiędzy częstotliwością współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a udzieleniem opinii o częstotliwości współżycia seksualnego w chorobie serca. Siła związku jest w przedziale dużym ($\chi^2 = 163,61$ V **Cramera** = **0,47**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą

hipotezą, częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych przed rozpoznaniem choroby serca różnicuje częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych w chorobie serca – respondenci deklarujący częstsze stosunki seksualne przed chorobą serca mają także częstsze od pozostałych stosunki seksualne po jej rozpoznaniu.

○ **Dominujące formy współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a dominujące formy współżycia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej wśród mężczyzn:** mężczyźni z grupy, w której deklarowano, że zanim rozpoznano u nich chorobę serca dominującą formą aktywności była *masturbacja*, a po rozpoznaniu choroby serca nieco ponad połowa z tej grupy wskazała na *stosunek płciowy* i blisko połowa na *seks bez penetracji*. Mężczyźni z grupy, w której deklarowano, że zanim rozpoznano u nich chorobę serca dominującą formą aktywności był stosunek płciowy. Również dla większości z nich był formą dominującą w ich aktywności seksualnej także po rozpoznaniu choroby serca, ale należy zauważyć, że ponad jedna czwarta z tej grupy oceniła, że po rozpoznaniu choroby serca dominującą formą aktywności seksualnej był *seks bez penetracji*. W grupie ankietowanych mężczyzn, którzy deklarowali, że zanim rozpoznano u nich chorobę serca dominującą formą aktywności był *seks bez penetracji*, również po rozpoznaniu choroby serca ta forma aktywności dla większości z nich była formą dominującą, chociaż nieco ponad jedna piąta wskazała na *masturbację*, a nieco ponad jedna dziesiąta oceniła, że *stosunek płciowy* był formą dominującą w ich aktywności seksualnej. Być może, że na skutek leczenia respondenci mieli lepsze samopoczucie i w związku z tym wyższą wydolność fizyczną. Poddając uzyskane dane analizie statystycznej wykazano związek pomiędzy dominującymi formami współżycia seksualnego przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej a odpowiedzią na pytanie o dominujące formy aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej. Siła związku jest w przedziale od przeciętnej do dużej ($\chi^2 = 52,85$ V **Cramera = 0, 47**). Można stwierdzić, że zgodnie z przyjętą hipotezą, preferowane formy aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca różnicują deklarowane formy aktywności seksualnej w chorobie serca – respondenci preferujący penetrujące formy aktywności seksualnej przed rozpoznaniem choroby serca również częściej od pozostałych deklarują je po rozpoznaniu choroby serca.

5. Wnioski i rekomendacje

Na podstawie uzyskanych wyników badań ze wszystkich analizowanych obszarów, takich jak: czynniki społeczno - demograficzne, wybrane czynniki choroby

sercowo – naczyniowej, obecność czynników ryzyka chorób układu krążenia, czynników jatrogennych, funkcjonowania w związku małżeńskim/partnerskim, funkcjonowania w życiu seksualnym zanim rozpoznano chorobę serca, charakterystyki funkcjonowania w wymiarze dotyczącym oceny ogólnego zadowolenia z życia, poczucia szczęścia, życia religijnego itd., sformułowano następujące wnioski:

1. Po zdiagnozowaniu choroby sercowo naczyniowej u pacjentów następuje zmiana obrazu ich aktywności seksualnej.

2. Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu wśród czynników społeczno - demograficznych w zakresie częstotliwości podejmowanych stosunków seksualnych i satysfakcji z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej, ma wiek mężczyzn i aktywność zawodowa zarówno kobiet jak i mężczyzn.

3. Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu wśród wybranych czynników związanych z chorobą sercowo – naczyniową:

w zakresie preferowanych form aktywności seksualnej ma czas trwania choroby sercowo – naczyniowej u mężczyzn oraz częstotliwość bólu wieńcowego u mężczyzn, a w zakresie częstotliwości podejmowanych stosunków seksualnych i satysfakcji z życia seksualnego w chorobie sercowo – naczyniowej ma lęk jako cecha osobowości u mężczyzn oraz częstotliwość występowania bólu wieńcowego u mężczyzn.

Ponadto: Kobiety częściej od mężczyzn unikają współżycia seksualnego z obawy przed wystąpieniem dolegliwości bólowych serca, a mężczyźni nie unikają współżycia seksualnego z powodu obawy przed wystąpieniem bólu wieńcowego.

4. Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu wśród wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia w zakresie:

częstotliwości podejmowanych stosunków seksualnych, preferowanych form aktywności seksualnej, oceny satysfakcji z życia seksualnego, oceny znaczenia roli seksu w życiu w chorobie sercowo – naczyniowej ma palenie papierosów przez mężczyzn i aktywność fizyczna kobiet i mężczyzn.

5. Na podstawie analizy wybranych życiowych wartości w chorobie sercowo – naczyniowej, uzyskano następujący obraz relacji w związku i ich społecznych uwarunkowań:

Kobiety i mężczyźni z chorobą sercowo – naczyniową najczęściej deklarują, że, są przeciętnie zadowoleni z życia, są raczej szczęśliwi i raczej zadowoleni z życia rodzinnego, nie mają kłopotów z okazywaniem uczuć najbliższym, są zaangażowani w

życie rodzinne, odczuwają żal, że nie poświęcili więcej czasu rodzinie, kobiety żałują, że nie mają więcej dzieci, a mężczyźni nie żałują.

6. Na podstawie analizy czynników związanych z funkcjonowaniem w związku małżeńskim/partnerskim po rozpoznaniu choroby sercowo – naczyniowej uzyskano, następujący obraz życia seksualnego i relacji w związku:

Mężczyźni nie potrafią jednoznacznie określić czy związek, w którym żyją jest czy nie jest stabilny, kobiety niżej od mężczyzn oceniają stabilność związku w którym żyją oraz oceniają, że od momentu pojawienia się u nich choroby serca, ich mąż/partner nie unika kontaktów seksualnych, z kolei mężczyźni nie potrafią wskazać jednoznacznej odpowiedzi czy od momentu pojawienia się u nich choroby żona/ partnerka unika kontaktów seksualnych, zarówno kobiety jak i mężczyźni są zdania, że nie obawa o stan ich zdrowia jest przyczyną nie podejmowania aktywności seksualnej przez ich życiowych partnerów/ki, zarówno kobiety jak i mężczyźni, gdyby mieli dokonać ponownego wyboru partnera, wybraliby ponownie obecnego, zarówno kobiety jak i mężczyźni nie odczuwają żalu z niepodejmowania większego ryzyka w życiu seksualnym.

Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu wśród wybranych czynników związanych z funkcjonowaniem w związku małżeńskim/partnerskim po rozpoznaniu choroby sercowo – naczyniowej:

w zakresie częstotliwości podejmowanych stosunków seksualnych i oceny własnej satysfakcji seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej ma ocena zadowolenia ze związku i ocena obecności miłości i zaangażowania w związku u mężczyzn.

7. Na podstawie analizy czynników jatrogennych uzyskano, następujący obraz aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej:

Pracownicy medyczni nie rozmawiają z pacjentami na temat podejmowania przez nich aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej, brak informacji od pracowników medycznych dotyczącej podejmowania aktywności seksualnej w chorobie serca nie jest przyczyną nie podejmowania aktywności seksualnej zarówno przez kobiety jak i mężczyzn z chorobą sercowo – naczyniową, zarówno kobiety jak i mężczyźni z chorobą sercowo – naczyniową nie pytają pracowników medycznych o aktywność seksualną.

Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu wśród czynników jatrogennych:

w zakresie preferowanych form aktywności seksualnej ma ocena niekorzystnego wpływu leków przez mężczyzn.

8. Na podstawie analizy czynników związanych z aktywnością seksualną przed rozpoznaniem choroby sercowo – naczyniowej uzyskano, następujący obraz aktywności seksualnej w chorobie sercowo – naczyniowej:

Kobiety oceniły, że najczęściej przed zachorowaniem, były aktywne seksualnie w zakresie częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych na poziomie *kilka razy w miesiącu* i *raz na miesiąc*, dominującą formą aktywności seksualnej był *stosunek płciowy*, miały *wysoką* satysfakcję z życia seksualnego, znaczenie roli seksu w ich życiu było *średnio istotne*, tylko czasami odczuwały brak przyjemności z aktu seksualnego, najczęstszymi trudnościami w sferze seksualnej zanim rozpoznano u nich chorobę serca były *zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera* oraz *zbyt małe potrzeby seksualne*.

Mężczyźni ocenili, że najczęściej przed zachorowaniem, byli aktywni seksualnie w zakresie częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych na poziomie *kilka razy w miesiącu* i *raz na miesiąc*, dominującą formą aktywności seksualnej był *stosunek płciowy*, mieli *wysoką* satysfakcję z życia seksualnego, znaczenie roli seksu w ich życiu było *raczej istotne*, nie obserwowali u siebie żadnych trudności związanych z sferą seksualną, prawie nigdy lub nigdy nie odczuwali zaburzeń erekcji.

9. Na podstawie analizy czynników związanych z aktywnością seksualną w chorobie sercowo – naczyniowej uzyskano, następujący obraz aktywności seksualnej:

Kobiety oceniły, że najczęściej w chorobie sercowo – naczyniowej: są aktywne seksualnie w zakresie częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych na poziomie *raz na kilka lat* i *raz na kilka miesięcy*, dominującą formą aktywności seksualnej jest *stosunek płciowy*, znaczenie roli seksu w ich życiu jest *nieistotne*, mają przeciętną satysfakcję z życia seksualnego w chorobie serca, obserwują u siebie spadek zainteresowania seksem, odczuwałyby satysfakcję, gdyby sprawność seksualna do końca życia pozostawała na tym samym poziomie.

Mężczyźni ocenili, że najczęściej w chorobie sercowo – naczyniowej:

są aktywni seksualnie w zakresie częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych na poziomie *kilka razy w miesiącu* i *raz na miesiąc*, dominującą formą aktywności seksualnej jest *stosunek płciowy*, mają niską satysfakcję z życia seksualnego, znaczenie roli seksu w ich życiu jest *średnio istotne*, prawie nigdy lub nigdy nie odczuwają zaburzeń erekcji, chociaż o ponad jedną czwartą nastąpił wzrost zaburzeń erekcji w

stosunku do okresu sprzed zachorowania, obserwują u siebie spadek zainteresowania seksem, odczuwaliby satysfakcję, gdyby sprawność seksualna do końca życia pozostawała na tym samym poziomie.

Na zmianę obrazu aktywności seksualnej w największym stopniu po rozpoznaniu choroby sercowo – naczyniowej:

w zakresie częstotliwość podejmowanych stosunków seksualnych, preferowanych form aktywności seksualnej, oceny satysfakcji seksualnej, oraz oceny znaczenia roli seksu w chorobie sercowo – naczyniowej ma aktywność seksualna jaka była w ocenie badanych przed rozpoznaniem choroby serca zarówno u kobiet jak i mężczyzn.

Biorąc pod uwagę możliwości do zastosowania model holistycznej opieki nad pacjentem z chorobą sercowo – naczyniową, a także uwzględniając mnogość zależności, jakie zachodzą pomiędzy środowiskiem związanym z obszarami funkcjonowania człowieka chorego a aktywnością seksualną, należałoby zdecydowanie większą uwagę skupić na edukacji zdrowotnej i upowszechnieniu wiedzy z zakresu zdrowia seksualnego jako ważnego elementu w całościowej terapii choroby sercowo – naczyniowej. Zasadne wydaje się uwzględnienie rozwiązań pozwalających na zmianę w dotychczasowym podejściu do osób z chorobą sercowo – naczyniową. Te najistotniejsze zmiany powinny obejmować:

1. Program kształcenia na kierunku lekarskim, pielęgniarskim powinien obejmować takie przedmioty jak promocja zdrowia i profilaktyka. Powinny być w nich ujęte treści związane ze zdrowiem seksualnym człowieka.
2. Włączenie do planu systematycznego szkolenia wewnętrznego w oddziałach szpitalnych wśród pracowników medycznych także treści z zakresu edukacji zdrowotnej dotyczącej zdrowia seksualnego osób z chorobą sercowo – naczyniową.
3. W Centrach Symulacji Medycznej (CSM) przy Uniwersytetach Medycznych powinny być organizowane kursy dla zespołów interdyscyplinarnych złożonych z pedagogów, psychologów, socjologów, pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów z zakresu wiedzy o zdrowiu i profilaktyki zdrowia seksualnego człowieka z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku.
4. Szkolenia w CSM powinny obejmować również ćwiczenia umiejętności komunikacyjnych w poruszaniu delikatnych kwestii dotyczących sfery intymnej człowieka.

5. Uwzględnienie w standardzie wywiadu lekarskiego, pielęgniarskiego, rehabilitacyjnego kwestii związanych z dysfunkcjami w zakresie zdrowia seksualnego osób ze schorzeniami kardiologicznymi, a także wdrożenie standardu umożliwiającego udzielenia informacji z zakresu leczenia dysfunkcji seksualnych w chorobach serca jak również w zakresie poprawy relacji w związkach u osób z chorobą sercowo – naczyniową.
6. Pomoc psychologiczna w indywidualnych przypadkach powinna być dostępna na każdym etapie leczenia. Wskazówki edukacyjne wydawane pacjentom po leczeniu szpitalnym powinny uwzględniać także wiedzę z zakresu zdrowia seksualnego.

Bibliografia

1. Bancroft J., *Seksualność człowieka*, (red. wydania I polskiego) Z. Lew- Starowicz, A. Robacha, Elsevier Urban& Partner, Wrocław 2009.
2. Basson R., *Human sex-response cycles*, J. Sex Marital Ther. 27, 2001.
3. Blanc P. R., Jhowry S., Boussuges A., et al., *Erectile dysfunction in cardiac rehabilitation*, J. Cardiopulm. Rehabil. Preven., 27, 2007.
4. Braun – Gałkowska M., *Psychologia domowa*. Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne, Olsztyn 1990.
5. Filipiak K. J., Opolski G., *Ostre zespoły wieńcowe [w:] Choroby wewnętrzne*, (red.) L. Pączek, K. Mucha, B. Frąckiewicz, PZWL, Warszawa 2009.
6. Filipiak K. J., Puchalski B., *Problemy dysfunkcji seksualnej [w:] Kardioseksuologia*, (red.) Z. Lew – Starowicz, K. J. Filipiak, A. Mamcarz et al., Medical education, Warszawa 2009.
7. Imieliński K., *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, PWN Warszawa 1985.
8. Izdebski Z., Z. Izdebski, *Seks Polaków w Internecie*. Raport Polpharmy 2010.
9. Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
10. Jaarsma T., *Sexual problems in heart failure patients*, Eur. J. Cardiovasc. Nurs.,1, 2002.
11. Janicka I., Niebrzydowski L., *Psychologia małżeństwa. Zafascynowanie partnerem, otwartość, empatia, miłość, seks*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1994.
12. Kałka D., Sobieszcańska M., Pilecki, et. al., *Zaburzenia erekcji a wydolność fizyczna i aktywność ruchowa leczonych inwazyjnie chorych na chorobę niedokrwienną serca*, Pol. Merk. Lek., (27), 2009.
13. Kingsberg S., Althof S., *Evaluation and treatment of female sexual disorders*, Int. Urogynecol. J., (1) 20, 2009.

14. Kloner R. A., Mullin S. H., Shook T., et al., *Erectile dysfunction in the cardiac patient how common and should we treat?* Journal of Urology, 170, 2003.
15. Kozakiewicz M., *Seks i wychowanie* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, (red.) W. Pomykała, Fundacja Inowacja, Warszawa 1997.
16. Levin J., *Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: correcting errors and suggesting modifications*, Sex. Relation. Ther. (4), 23, 2008.
17. Mamcarz A., Braksator W., *Kardiologia sportowa w praktyce klinicznej*, PZWL, Warszawa 2016.
18. Niżnikiewicz J., *Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki*, Book Market, Gdańsk 2007.
19. Pisiewicz J., *Sytuacja rodzinna osób chorych kardiologicznie*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym* (red.) A. Maciarz, Z. Janiszewska – Nieścioruk, H. Ochonczenko, Lubuskie Towarzystwo Naukowe Zielona Góra 2001.
20. Sadovsky R., Nusbaum M., *Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority*, Journal of Sexual Medicine, 3, (11), 2006.
21. Szewczyk T., *Pedagogika zdrowia* [w:] *Pedagogika, subdyscypliny wiedzy pedagogicznej TOM 3*, (red.) B. Śliwerski, GWP, Gdańsk 2006.
22. Schwarz E.R., Kapur V., Bionat S., Rastogi, Gupta R., Rosanio S., *The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction In women and men with chronic heart failure*. International Journal of Impotence Research 20, 2008.
23. Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008.
24. Woynarowska B, Kowalewska A, Izdebski Z, Komosińska K, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2012.
25. Zdrojewicz Z., Biega P., Rychter J., *Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia*, Seksuologia Polska, 11, 2013.
26. Zdrojewicz Z., Halawa B., *Zaburzenia erekcji u osób z chorobami serca i ich leczenie* [w:] *Miłość, hormony i seks*, (red.) Z. Zdrojewicz, Continuo, Wrocław 2005.
27. Zdrojewicz Z., Lelakowska K., *Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych*, Seksuologia Polska, (4), 2, 2006.

Monika Łoto-Pełtowska