

## **Objawy depresji i satysfakcja seksualna a zadowolenie ze związku u osób z cukrzycą typu 2 z dysfunkcjami seksualnymi**

### **Depressive symptoms, sexual satisfaction and satisfaction with a relationship in individuals with type 2 diabetes and sexual dysfunctions**

Dorota Kalka

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny Wydział Zamiejscowy w Sopocie,  
Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju

#### **Summary**

**Aim.** The level of sexual satisfaction constitutes a significant factor affecting satisfaction with a relationship, particularly in the case of people with chronic diseases (like type 2 diabetes), sexual dysfunctions and depressive symptoms. The aim of the conducted research was to verify a moderating role of intensified depressive symptoms in relation to sexual satisfaction and relationship quality, as well as the relationship between these variables in the group of individuals with type 2 diabetes and sexual dysfunctions. We also examined which aspects of sexual satisfaction and relationship quality the participants were the most satisfied with.

**Method.** Finally, 93 persons (38 women) with type 2 diabetes and with at least one sexual dysfunction took part in the research. Three questionnaire methods were applied in the research: the Sternberg Triangular Love Scale, the Sexual Satisfaction Scale and the Beck Depression Inventory.

**Results.** The results showed differences in the level of individual aspects of sexual satisfaction and components of satisfaction with a relationship. Intensified depressive symptoms turned out to be a moderator in the relationship between sexual satisfaction and relationship quality in the case of general and specific indicators.

**Conclusion.** The higher the satisfaction with controlling sexual contacts in people with type 2 diabetes and high-intensity of depressive symptoms, the more satisfied they are with emotional and physical intimacy with a partner. People with low-intensity of depressive symptoms who assume their influence on sexual contacts with a partner to be low, are found to be more motivated to search for them.

**Słowa kluczowe:** cukrzyca typu 2, satysfakcja seksualna i zadowolenie ze związku, objawy depresji

**Key words:** type 2 diabetes, sexual satisfaction and satisfaction with a relationship, depressive symptoms

## Wstęp

Zaspokojenie potrzeb seksualnych wpływa w dużej mierze na dobrostan człowieka. W literaturze przedmiotu coraz częściej wskazuje się, że wzrasta liczba osób z problemami w tej sferze. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Problemy w sferze seksualnej mogą wynikać z zaburzeń somatycznych, a także psychicznych. Mogą również stanowić psychiczną odpowiedź na obecność choroby. W większości przypadków czynniki somatyczny i psychiczny łączą się ze sobą. W obliczu wzrastającej liczby osób z chorobami przewlekłymi coraz większego znaczenia nabiera też badanie tej grupy w zakresie funkcjonowania seksualnego oraz satysfakcji w tym obszarze. W grupie osób z cukrzycą typu 2 częściej niż w populacji ogólnej występują dysfunkcje seksualne. Badania podkreślają, że częstość dysfunkcji seksualnych zwiększa się wraz ze wzrostem masy ciała oraz z wiekiem [1]. Do przyczyn dysfunkcji seksualnych u osób z cukrzycą typu 2 można zaliczyć występowanie zmian mikro- i makroangiopatycznych, zmiany neurologiczne, zaburzenia hormonalne, czynniki natury psychologicznej związane z chorobą przewlekłą oraz skutki działań ubocznych stosowanych leków [2].

Dysfunkcje seksualne mogą dotyczyć wszystkich faz reakcji seksualnej. U mężczyzn najczęstszym problemem są zaburzenia erekcji; trudności wiążą się także z osiągnięciem wytrysku oraz orgazmu, a także ze spadkiem pożądania seksualnego [3, 4]. W wypadku kobiet mogą one wynikać z braku pożądania, bolesnych odczuć w czasie stosunku spowodowanych spadkiem lubrykacji, obniżenia wrażliwości organów płciowych oraz trudności z osiągnięciem orgazmu [5].

W grupie osób z chorobami przewlekłymi ryzyko depresji szacowane jest na poziomie 4,0%, podczas gdy w populacji ogólnej wynosi około 2,8% [6]. Największy odsetek osób z zaburzeniami depresyjnymi notuje się wśród chorych na cukrzycę [6], szczególnie typu 2. Wyniki sondażu *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2* (DAWN2) pokazały, że w Polsce 19,2% chorych prawdopodobnie cierpi na depresję, a 56,7% przeżywa silny stres w związku z chorobą i jej powikłaniami [7].

Konsekwencje choroby przewlekłej, w tym występowanie objawów depresji, nie są obojętne dla satysfakcji seksualnej stanowiącej subiektywną ocenę stopnia zadowolenia ze swojego życia seksualnego, z oceny własnej seksualności [8] oraz własnych relacji seksualnych [9]. Satysfakcja seksualna jest uwarunkowana wieloma zmiennymi, które także decydują o jakości związku. Zadowolenie ze związku w wypadku osób borykających się z depresją jest często obniżone. Satysfakcja seksualna zgodnie z ujęciem Davis [10] może być rozpatrywana jako satysfakcja fizyczna, emocjonalna oraz jako satysfakcja związana z poczuciem kontroli. Zadowolenie ze związku, rozpatrywane w kontekście teorii miłości Sternberga [11], implikowane jest przez trzy komponenty: namiętność, intymność oraz zaangażowanie. Satysfakcja seksualna oraz zadowolenie z relacji partnerskiej są ze sobą związane [12, 13], jednakże kierunek tej zależności nie jest jednoznacznie sprecyzowany. Część badań potwierdza, że poziom satysfakcji

seksualnej stanowi istotny czynnik wpływający na zadowolenie z relacji [14, 15], inne zaś ujawniają odwrotną zależność – zadowolenie ze związku implikuje satysfakcję ze sfery seksualnej [16–18].

Dostępne w literaturze przedmiotu badania osób z cukrzycą typu 2 dotyczące różnych grup wiekowych pokazują, że problemy w sferze seksualnej mają znaczny wpływ na jakość związków [12, 19, 20]. Osoby, u których stwierdzono problemy w sferze seksualnej, są w mniejszym stopniu zadowolone ze związków, a także deklarują niższy poziom satysfakcji seksualnej [21–24].

Celem prezentowanego badania była analiza związków między nasileniem objawów depresji, satysfakcją seksualną oraz jakością związku (zadowoleniem z niego) u osób z cukrzycą typu 2, u których występują dysfunkcje seksualne. Przetestowano moderującą rolę nasilenia objawów depresji dla relacji satysfakcji seksualnej i jakości związku, a także sprawdzono, z jakiego aspektu satysfakcji seksualnej i z jakiego składnika zadowolenia ze związku osoby badane są najbardziej zadowolone.

### Material

W badaniu wzięło udział 120 osób (w tym 50 kobiet) z cukrzycą typu 2, u których występowała co najmniej jedna dysfunkcja seksualna. Wszyscy udzielili ustnej zgody na udział w badaniu. W trakcie wypełniania kwestionariuszy 20 osób wycofało się, uznając, że temat badań jest dla nich jednak zbyt osobisty. W przypadku 7 zwróconych kompletów kwestionariuszy braki przekraczały 20% danych, w związku z czym usunięto je z analizy. Ostatecznej analizie statystycznej poddano materiał uzyskany od 93 badanych (w tym 38 kobiet). Średnia wieku wyniosła 57,90 ( $SD = 5,91$ ), średni poziom BMI natomiast – 33,19 ( $SD = 1,87$ ). Wśród kobiet 44,7% zgłosiło występowanie dwóch dysfunkcji seksualnych, pozostałe badane – występowanie jednej dysfunkcji seksualnej. I tak 26,3% badanych kobiet doświadczało braku reakcji genitalnej (suchość pochwy) w połączeniu z występowaniem bólu w trakcie stosunku (dyspareunia); 18,4% badanych – osłabienie potrzeb seksualnych oraz zaburzenia orgazmu. W przypadku 26,3% zgłoszono osłabienie potrzeb seksualnych, 15,8% – brak reakcji genitalnej, 10,6% – dyspareunię, a 2,6% – pochwicę (skurcz mięśni uniemożliwiający odbycie stosunku). Wśród mężczyzn 56,4% zgłosiło występowanie dwóch dysfunkcji seksualnych, pozostali badani deklarowali występowanie jednej dysfunkcji seksualnej. I tak 38,2% doświadczało braku reakcji genitalnej (zaburzenia erekcji) i osłabienia potrzeb seksualnych, 18,2% – braku reakcji genitalnej (zaburzenia erekcji) i zaburzeń orgazmu (opóźniony wytrysk lub jego brak), 18,2% – osłabienia potrzeb seksualnych, 16,4% – braku reakcji genitalnej, a 9% – zaburzeń orgazmu.

Wśród badanych 36% miało średnie wykształcenie, 26% – zawodowe, 38% – wyższe. Wszyscy pozostawali w związku, przy czym 74% tworzyło związki formalne. W badanej grupie 8% nie posiadało dzieci, a 10% zamieszkiwało samotnie. Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, 56% osób z cukrzycą pochodziło z dużego miasta, 30% z małego, 14% to mieszkańcy wsi. Pod względem zatrudnienia rozkład wyglądał następująco: 34% stanowiły osoby pracujące, 28% otrzymujące rentę, a 18% – emeryturę.

W badaniu wykorzystano ankietę zbierającą dane socjodemograficzne oraz dane dotyczące choroby i stwierdzonych dysfunkcji seksualnych, a także narzędzia o uznanych właściwościach psychometrycznych. Do oceny satysfakcji ze związku wykorzystano Skalę Satysfakcji ze Związku *Sternberg Triangular Love Scale* [25]. Kwestionariusz składa się z 36 itemów dotyczących 3 składowych: intymności, namiętności oraz zaangażowania. Pytania oceniane są na skali 5-stopniowej. Do pomiaru satysfakcji seksualnej zastosowano *Sexual Satisfaction Scale* autorstwa Davis [10]. Jest to kwestionariusz składający się z 21 pozycji oceniających satysfakcję seksualną w 3 podskalach: satysfakcji fizycznej, satysfakcji emocjonalnej oraz satysfakcji związanej z poczuciem kontroli. Badany dokonuje oceny każdej z 21 pozycji na 5-stopniowej skali. W wypadku zarówno pierwszego, jak i drugiego kwestionariusza obliczono także wyniki ogólne. Rzetelność pierwszego narzędzia w badaniu własnym wyniosła  $\alpha = 0,93$  dla wyniku ogólnego,  $\alpha = 0,93$  dla skali intymności,  $\alpha = 0,86$  dla skali namiętności oraz  $\alpha = 0,79$  dla skali zaangażowania. Rzetelność drugiego narzędzia w badaniu własnym wyniosła  $\alpha = 0,91$  dla wyniku ogólnego,  $\alpha = 0,72$  dla skali satysfakcji emocjonalnej,  $\alpha = 0,89$  dla skali satysfakcji fizycznej oraz  $\alpha = 0,78$  dla skali satysfakcji związanej z poczuciem kontroli. Obecność i nasilenie objawów depresji oceniono Skalą Depresji Becka (BDI) [26]. Skala składa się z 21 pozycji ocenianych od 0 do 3. Rzetelność skali w prezentowanym badaniu była zadowalająca ( $\alpha = 0,92$ ). Kwestionariusz ten wciąż jest używany w badaniach w wielu krajach.

## Wyniki

Dane opracowywano z użyciem pakietu statystycznego SPSS 24. W celu przeprowadzenia założonych analiz obliczono statystyki opisowe, współczynniki korelacji  $r$  Pearsona, test  $t$  Studenta dla prób zależnych, a także przeprowadzono analizy regresji hierarchicznej. W obliczeniach wykorzystano także makro PROCESS Hayesa [27]. Średnie i odchylenia standardowe oraz korelacje zmiennych zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie odchylenia standardowe oraz korelacje pomiędzy badanymi zmiennymi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Nasilenie objawów depresji									
2. Zadowolenie ze związku	-0,339**								
3. Satysfakcja seksualna	-0,341**	0,241*							
4. Intymność	-0,416**	0,755**	0,147						
5. Namiętność	-0,105	0,758**	-0,066	0,243*					
6. Zaangażowanie	-0,197	0,620**	0,652**	0,292**	0,298**				
7. Satysfakcja fizyczna	-0,369**	0,162	0,839**	0,175	-0,135	0,465**			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

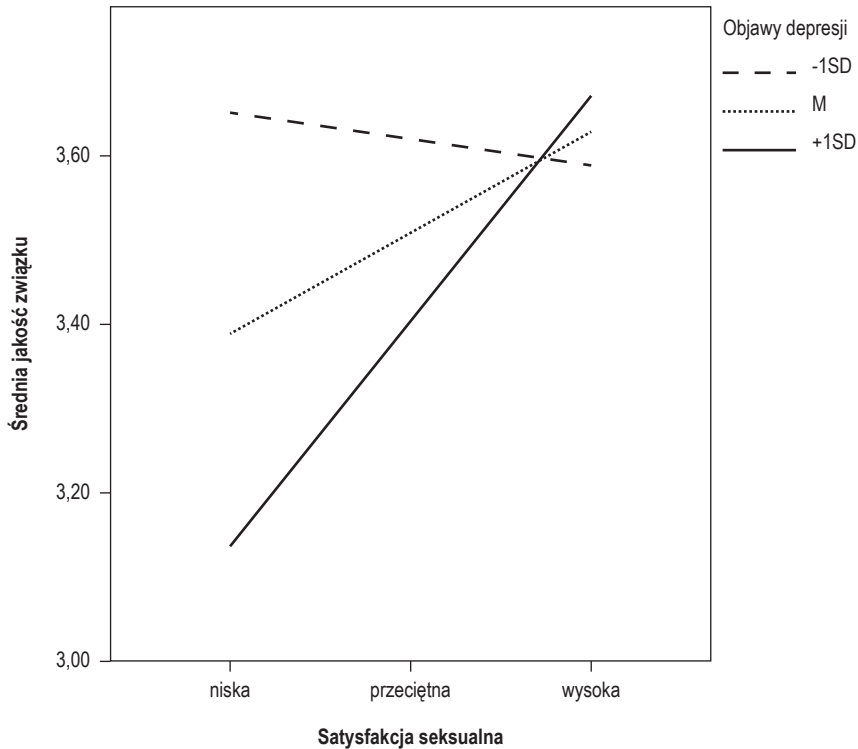
8. Satysfakcja emocjonalna	-0,261*	0,055	0,559**	-0,017	-0,056	0,309**	0,119		
9. Satysfakcja związana z poczuciem kontroli	-0,113	0,338**	0,861*	0,148	0,071	0,727**	0,649**	0,311**	
M	21,18	3,40	2,59	3,82	2,70	3,66	2,50	2,36	2,91
SD	13,24	0,56	0,49	0,86	0,83	0,91	0,80	0,53	0,58

Analiza różnic pomiędzy deklarowanym poziomem satysfakcji seksualnej w badanych aspektach pokazała istotne statystycznie różnice pomiędzy satysfakcją fizyczną oraz satysfakcją związaną z poczuciem kontroli ( $t(92) = -6,34$ ;  $p < 0,001$ ) oraz satysfakcją emocjonalną i satysfakcją związaną z poczuciem kontroli ( $t(92) = -8,38$ ;  $p < 0,001$ ). Pomędzy satysfakcją fizyczną i emocjonalną nie zanotowano istotnych statystycznie różnic ( $t(92) = 1,88$ ;  $p = 0,063$ ). W wypadku składników jakości związku stwierdzono, że poziom deklarowanej intymności różni się od poziomu namiętności ( $t(92) = 10,98$ ;  $p < 0,001$ ) i zaangażowania ( $t(92) = 2,18$ ;  $p = 0,033$ ), podobnie jak poziom namiętności różni się od poziomu zaangażowania ( $t(92) = -11,39$ ;  $p < 0,001$ ).

Satysfakcja seksualna (wynik ogólny) koreluje dodatnio z zadowoleniem ze związku (wynik ogólny), ujemnie natomiast z nasileniem objawów depresji. Zadowolenie ze związku także negatywnie koreluje z nasileniem objawów depresji. Satysfakcja emocjonalna wiąże się negatywnie z nasileniem objawów depresji oraz pozytywnie z zaangażowaniem. Satysfakcja fizyczna natomiast – ujemnie z nasileniem objawów depresji oraz dodatnio z zaangażowaniem. Satysfakcja z poczucia kontroli koreluje dodatnio z zaangażowaniem.

W dalszej części opracowywania wyników w pierwszej kolejności wykonano analizę, w której zmienną zależną był ogólny wynik zadowolenia ze związku, predyktorem – ogólny wynik satysfakcji seksualnej, a moderatorem – nasilenie objawów depresji. Obliczeń dokonano przy kontroli zmiennych: płeć, wiek oraz czas trwania choroby (kowarianty). Model ze składnikiem interakcyjnym okazał się dobrze dopasowany ( $F(6,86) = 4,55$ ;  $p < 0,001$ ), wyjaśniał 23% zmienności zmiennej zależnej. Efekt interakcyjny satysfakcji seksualnej i nasilenia objawów depresji był istotny statystycznie ( $b = 0,02$ ;  $t = 2,90$ ,  $p = 0,004$ ; 95% CI = [0,01; 0,04]), a jego włączenie do modelu poprawiło istotnie poziom wyjaśnianej wariancji ( $\Delta R^2 = 0,07$ ;  $F = (1,86) = 8,42$ ;  $p = 0,004$ ). Analiza *simple slopes* wykazała, że przy niskim poziomie nasilenia objawów depresji ( $M - 1SD$ ) poziom satysfakcji seksualnej (wynik ogólny) nie jest istotnie statystycznie powiązany z zadowoleniem ze związku ( $b = -0,06$ ;  $t = -0,48$ ,  $p = 0,627$ ; 95% CI [-0,33; 0,20]). Przy przeciętnym nasileniu (równym  $M$ ) odnotowano istotną, dodatnią zależność między zmiennymi ( $b = 0,24$ ;  $t = 2,03$ ,  $p = 0,045$ ; 95% CI [0,01; 0,48]), podobnie jak dla wysokiej ( $M + 1SD$ ) wartości nasilenia objawów depresji ( $b = 0,55$ ;  $t = 3,03$ ,  $p < 0,003$ ; 95% CI [0,19; 0,91]). Wyniki ilustruje rycina 1.

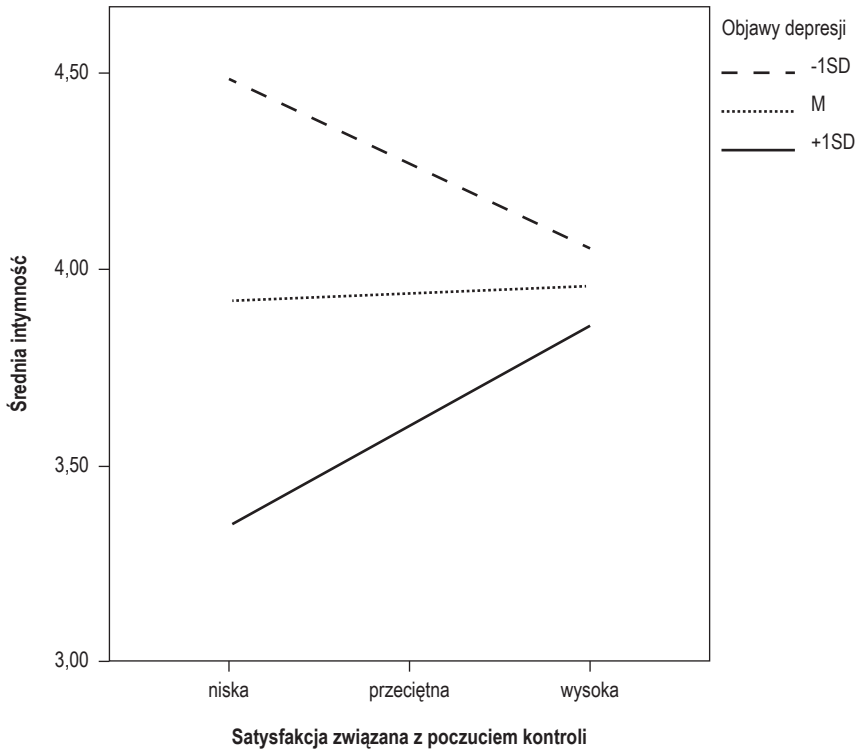
W dalszej kolejności wykonano analizy moderacyjne, w których zmienną zależną były poszczególne składowe zadowolenia ze związku, zmienną niezależną – składowe



Rycina 1. Związki satysfakcji seksualnej i jakości związku dla różnych poziomów nasilenia objawów depresji – efekt interakcyjny

satysfakcji seksualnej, a moderatorem – nasilenie objawów depresji. Obliczeń dokonano przy kontroli zmiennych: płeć, wiek oraz czas trwania choroby (kowarianty). Analizy wykazały, że natężenie objawów depresji jest moderatorem relacji satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i intymności oraz relacji satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i namiętności. Wyniki obrazują ryciny 2 i 3.

W pierwszym przypadku dobrze dopasowany model ze składnikiem interakcyjnym ( $F(6,86) = 6,13; p < 0,001$ ) wyjaśniał 30% zmienności zmiennej zależnej. Efekt interakcyjny satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i natężenia objawów depresji był istotny statystycznie ( $b = 0,03; p = 0,002; t = 3,26, p = 0,016; 95\% \text{ CI } [0,01; 0,05]$ ), a jego włączenie do modelu poprawiło istotnie poziom wyjaśnianej wariancji ( $\Delta R^2 = 0,09; F = (1,86) = 10,63; p = 0,002$ ). Analiza *simple slopes* wykazała, że przy niskim poziomie nasilenia objawów depresji poziom satysfakcji związanej z poczuciem kontroli nie jest istotnie statystycznie powiązany z intymnością ( $b = -0,3; t = -1,88, p = 0,07; 95\% \text{ CI } [-0,77; 0,02]$ ). Przy przeciętnym nasileniu także nie odnotowano istotnych powiązań ( $b = 0,23; t = 0,73, p = 0,811; 95\% \text{ CI } [-0,24; 0,30]$ ). Dla wysokiej wartości nasilenia objawów depresji obserwowano istotny, dodatni związek między satysfakcją związaną z poczuciem kontroli i intymnością ( $b = 0,44; t = 2,56, p = 0,012; 95\% \text{ CI } [0,10; 0,78]$ ).

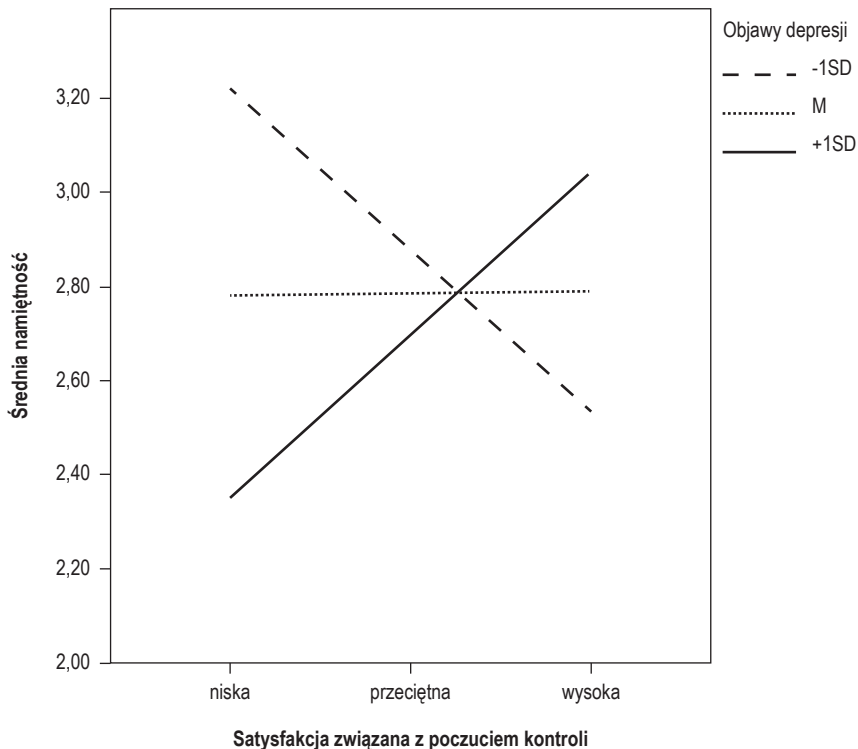


Rycina 2. Związki satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i intymności dla różnych poziomów nasilenia objawów depresji – efekt interakcyjny

W drugim przypadku dobrze dopasowany model ze składnikiem interakcyjnym ( $F(6,86) = 4,21; p < 0,001$ ) wyjaśniał 22% zmienności zmiennej zależnej. Efekt interakcyjny satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i nasilenia objawów depresji był istotny statystycznie ( $b = 0,04; t = 4,48, p < 0,001; 95\% \text{ CI } [0,02; 0,06]$ ), a jego włączenie do modelu poprawiło istotnie poziom wyjaśnianej wariancji ( $\Delta R^2 = 0,18; F(1,86) = 20,12; p < 0,001$ ). Analiza *simple slopes* wykazała, że przy niskim poziomie nasilenia objawów depresji poziom satysfakcji związanej z poczuciem kontroli jest istotnie i ujemnie powiązany z namiętnością ( $b = -0,59; t = -2,80, p = 0,006; 95\% \text{ CI } [-1,01; -0,17]$ ). Przy przeciętnym nasileniu objawów depresji nie odnotowano istotnych powiązań ( $b = 0,01; t = 0,03, p = 0,974; 95\% \text{ CI } [-0,28; 0,29]$ ). Dla wysokiej wartości nasilenia objawów depresji zanotowano istotny i dodatni związek ( $b = 0,59; t = 3,29, p < 0,001; 95\% \text{ CI } [0,23; 0,96]$ ).

### Omówienie wyników i dyskusja

Jedną z podstaw związku jest m.in. satysfakcjonujące życie seksualne [28], które umacnia więzi partnerskie [29] oraz jest powiązane z zadowoleniem ze związku



Rycina 3. Związki satysfakcji związanej z poczuciem kontroli i nasilenia objawów depresji – efekt interakcyjny

i dobrostanem psychicznym. W wypadku osób z chorobami przewlekłymi, u których występują dysfunkcje seksualne, satysfakcja seksualna może być obniżona, co z kolei może implikować mniejsze zadowolenie ze związku. Podobnie występowanie objawów depresji może mieć negatywny wpływ na zadowolenie z życia, w tym ze sfery seksualnej oraz z jakości relacji.

Wyniki przeprowadzonego badania pokazały, że w grupie osób z cukrzycą typu 2, u których występują dysfunkcje seksualne, badani mają poczucie wpływu na podejmowane kontakty seksualne przy jednoczesnym niższym poziomie zadowolenia z samych kontaktów fizycznych oraz częstszym przeżywaniu w sytuacjach seksualnych ze swoimi partnerami takich emocji, jak lęk czy niepewność seksualna (satysfakcja fizyczna i emocjonalna). Jak twierdzą Lawrance i Byers [30], satysfakcja seksualna jest uwarunkowana bilansem korzyści i kosztów implikowanych pozostawianiem w seksualnej relacji z drugą osobą (także z jej oczekiwaniami), postrzeganej równości korzyści i ponoszonych kosztów przez oboje partnerów oraz jakości pozaseksualnych aspektów relacji. Niższa satysfakcja seksualna w aspekcie fizycznym i emocjonalnym może pozostawać w związku z koniecznością dostosowywania stylu życia do wymogów stawianych przez cukrzycę oraz może być konsekwencją choroby. Osoby



z cukrzycą typu 2 mogą mieć poczucie mniejszej atrakcyjności związane chociażby z otyłością, która występuje u 90% chorych. Mogą również odczuwać niechęć do ekspozycji swojego ciała w związku ze śladami po iniekcjach czy wkłuciami do pomp insulinowych. Osoby chore na cukrzycę wskutek działania leków mogą mieć także obniżone libido. W tym obszarze chorzy mogą czuć się zupełnie bezradni i przekonani o braku wpływu na swoje życie seksualne i możliwości w tym zakresie. Choroba może stać się dla osób nią dotkniętych argumentem pozwalającym uniknąć zbliżeń, co z kolei może skutkować wyższą satysfakcją związaną z poczuciem kontroli i posiadaniem wpływu na podejmowane kontakty seksualne. W badaniach Copeland i wsp. [21] wskazano mniejszą satysfakcję seksualną u kobiet z cukrzycą w wieku średnim w porównaniu z kobietami bez cukrzycy, szczególnie przy leczeniu insuliną. Także w wypadku mężczyzn z cukrzycą jakość życia seksualnego w wyniku występujących dysfunkcji może być obniżona, a objawy depresji mogą się nasilać [31].

W kontekście całościowego funkcjonowania dla osób, które pozostają w związku partnerskim, istotne jest zadowolenie z tworzonej relacji. Uzyskane wyniki pokazały, że osoby z cukrzycą najbardziej są zadowolone w tym obszarze z poziomu intymności – pozytywnych emocji i zachowań związanych z bliskością, przywiązaniem partnerów, traktowaniem siebie z szacunkiem oraz zrozumieniem. Emocje składające się na intymność wiążą się z umiejętnością komunikowania się. W miarę trwania związku i poznawania się wykształca się również zaufanie, przejawiające się w gotowości do powierzenia drugiej osobie swoich tajemnic, dzielenia się problemami i informowania o swoich słabościach bądź dylematach. Dzięki takiej otwartości osoby z cukrzycą mogą zyskać wsparcie partnera w trudnych dla siebie momentach bez obawy o trwałość związku czy też negatywną ocenę. Niższy poziom zadowolenia w badanej grupie dotyczy natomiast obszaru związanego z działaniami podejmowanymi w celu dbania o trwałość związku i utrzymanie go w czasie, a zatem także z działaniami podejmowanymi na rzecz partnera. Osoby z cukrzycą, szczególnie zaś te, u których występują powikłania, zaabsorbowane swoją chorobą, mogą spostrzegać, że zbyt mało czasu poświęcają partnerowi i jego sprawom. Osoby te najmniej są zadowolone z aspektów funkcjonowania relacji związanych z poszukiwaniem fizycznej bliskości poprzez kontakty seksualne. Jak już wspomniano, osoby z cukrzycą mogą unikać zbliżeń przez to, że czują się mało atrakcyjne fizycznie dla partnera.

Osoby z cukrzycą typu 2 bardziej zadowolone ze sfery seksualnej są także bardziej zadowolone z relacji z partnerem. Osoby, u których występuje wyższe nasilenie objawów depresji, są mniej zadowolone ze związków oraz odczuwają niższą satysfakcję seksualną.

Wyższy poziom satysfakcji emocjonalnej i fizycznej związanej z kontaktami seksualnymi, a także wyższy poziom intymności w relacji partnerskiej w grupie osób z cukrzycą typu 2 towarzyszą niższemu nasileniu objawów depresji. Osoby bardziej zadowolone z działań podejmowanych na rzecz związku mają wyższy poziom satysfakcji emocjonalnej, fizycznej oraz satysfakcji związanej z poczuciem wpływu na podejmowane kontakty seksualne.

Nasilenie objawów depresji okazało się moderatorem części relacji satysfakcji seksualnej oraz zadowolenia ze związku. Po pierwsze, wyższy poziom ogólnej

satysfakcji seksualnej jest predyktorem wyższego poziomu ogólnego zadowolenia ze związku w wypadku osób, u których nasilenie objawów depresji jest przeciętne lub wysokie. W grupie tej zadowolenie ze związku utożsamiane z zadowalającym życiem seksualnym może wskazywać na niski stopień autonomii oceny relacji w stosunku do wartości nadawanej kontaktom seksualnym. W tej sytuacji obniżona zdolność do uprawiania seksu i czerpania z niego przyjemności (implikowana przez dysfunkcje seksualne) może niekorzystnie wpływać na związek, więzi z partnerem czy samoocenę [32]. Wysokie nasilenie objawów depresji może także powodować pojawienie się trudności w ocenie oczekiwań partnera jako związanych z kontekstem pozaseksualnym oraz trudności w zakresie komunikowania partnerowi swoich odczuć, potrzeb i oczekiwań.

U osób z niskim natężeniem objawów depresji (lub bez objawów) wyższej ogólnej satysfakcji seksualnej nie towarzyszyło wyższe zadowolenie ze związku. Oznacza to, że w wypadku tej grupy poziom ogólnego zadowolenia ze związku implikowany jest z kolei bardziej pozaseksualnymi jego aspektami. Osoby bez objawów depresji lub z ich niewielkim nasileniem mogą bardziej skupiać się w relacji z partnerem m.in. na takich aspektach, jak wzajemne zaspokojenie innych niż seksualne potrzeb indywidualnych związanych z rozwojem osobistym, zaangażowanie w realizację wspólnych celów lub celów partnera, budowanie więzi opartej na wzajemnym zrozumieniu własnych potrzeb czy też doskonaleniu komunikacji z partnerem. Tym samym powodzenie w tych obszarach może wpływać na odczuwaną wyższą jakość związku bez względu na powodzenie w sferze seksualnej oraz zadowolenie z tej sfery. Osoby bez objawów depresji mogą także być w stanie rozmawiać z partnerem o swoich trudnościach w zakresie realizacji seksualnej wynikających z występujących u nich dysfunkcji.

Po drugie, wyższy poziom satysfakcji związanej z poczuciem kontroli implikuje wyższy poziom zadowolenia związanego z bliskością emocjonalną między partnerami (intymnością) i niższy poziom lęku i niepewności seksualnej, ale tylko w wypadku osób z wysokim nasileniem objawów depresji, co oznacza, że osoby z tej grupy mogą bardziej ufać partnerom i otwierać się przed nimi, jeśli czują, że mogą mieć wpływ na podejmowane zbliżenia seksualne.

Po trzecie, wyższy poziom satysfakcji związanej z poczuciem kontroli jest ujemnie związany z poziomem namiętności w wypadku osób, u których nasilenie objawów depresji jest niskie, oraz jest z nim związany dodatnio w wypadku osób z wysokim nasileniem objawów depresji. U osób z niskim nasileniem objawów depresji mniejsze poczucie wpływu na decydowanie o podejmowaniu kontaktów fizycznych wiąże się z wyższą motywacją do ich podejmowania. Wynik ten może wydawać się zaskakujący, jednakże może sugerować tęsknotę za erotycznym wymiarem związku. Natomiast u osób z wysokim nasileniem objawów depresji poczucie wpływu na to, kiedy i czy w ogóle dojdzie do zbliżenia zwiększa motywację do bliskości fizycznej w związku z poczuciem bezpieczeństwa w kontakcie z partnerem, który responsywnie dopasowuje się do potrzeb i ograniczeń. Wyniki analizy moderacyjnej roli objawów depresji dla relacji satysfakcji seksualnej i jakości związku uzupełniają dotychczasowe badania w tym zakresie, jest to jednakże obszar wymagający dalszej eksploracji.

Wyniki prezentowanych badań mogą być punktem wyjścia do dalszych poszukiwań opisujących zależności w referowanym obszarze (patrz *Ograniczenia i dalsze kierunki badań*), ale też mogą zostać wprowadzone do działań praktycznych jako użyteczne wskazówki dla pracujących z osobami z cukrzycą, dla samych chorych oraz ich partnerów. Obszar dotyczący znaczenia powikłań choroby związanych ze sferą seksualną w połączeniu z innymi jej konsekwencjami czy też chorobami współwystępującymi, np. depresją, powinien stanowić integralny element całości pracy z chorym. Powinien być bardziej zaakcentowany w procesie diagnozy, leczenia oraz częściej omawiany w procesie edukacji osób z cukrzycą i ich partnerów. Choroba i jej powikłania wyczerpują nie tylko zasoby samego chorego, ale także jego partnera – w związku z tym budowanie proaktywnych zasobów zaradczych (dzięki posiadanej wiedzy) jest bardzo cenne.

Warto dodać, że zbieranie informacji dotyczących nie tylko stanu emocjonalnego i dysfunkcji seksualnych, ale także konsekwencji ich współwystępowania u konkretnej osoby i w konkretnej relacji daje możliwość włączenie w proces leczenia w odpowiednim momencie psychologa – seksuologa pracującego z obojgiem partnerów. Tym samym oboje partnerzy (a także ich relacja i zaangażowanie w nią) mieliby możliwość otrzymania wsparcia w trudnym dla związku momencie.

### Ograniczenia i dalsze kierunki badań

Przedstawione badanie stanowi część szerszych badań dotyczących seksualności osób z cukrzycą typu 2 w kontekście jakości życia. Większość badań dostępnych w literaturze przedmiotu skupia się przede wszystkim na opisie dysfunkcji seksualnych. Ograniczenia prezentowanych badań własnych wyznaczają jednocześnie kierunki dalszych prac w tym obszarze. W kolejnych etapach niewątpliwie warto porównać uzyskane wyniki z grupą bez cukrzycy oraz z innymi chorobami przewlekłymi, a także zestawić je z wynikami grupy osób z cukrzycą typu 2 z wagą w normie oraz bez dysfunkcji seksualnych. W dalszych badaniach warto wprowadzić także kontrolę innych zmiennych socjodemograficznych i medycznych (związanych z przystosowaniem do roli osoby chorej) poza wiekiem, płcią oraz czasem trwania choroby, np. rodzaj stosowanego leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Basson R. *Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions*. CMAJ 2005; 172(10): 1327–1333.
2. Lew-Starowicz M, Długolecka A. *Wstyd. Seks i medycyna. Przewodnik dla lekarzy*. Warszawa: Leo Media; 2014.
3. Price DE, O'Malley BP, Roskan M, James M, Hearnshaw JR. *Why are impotent diabetic men not being treated?* Pract. Diabetes 1991; 8(1): 10–11.
4. Seftel A. *Male hypogonadism. Part II: Etiology, pathophysiology, and diagnosis*. Int. J. Impot. Res. 2006; 18(3): 223–228.

5. LeMone P. *The psychical effects of diabetes on sexuality in women*. *Diabetes Educ.* 1996; 22(4): 361–366.
6. Katon WJ. *Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness*. *Biol. Psychiatry* 2003; 54(3): 216–226.
7. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H i wsp. *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes*. *Diabet. Med.* 2013; 30(7): 767–777.
8. Pinney E, Gerrard M, Denney NW. *The Pinney sexual satisfaction inventory*. *The Journal of Sex Research* 1987; 23(2): 233–251.
9. Holt A, Lyness KP. *Body image and sexual satisfaction. Implications for couple therapy*. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 2007; 6(3): 45–68.
10. Davis D, Shaver PR, Widaman KF, Vernon ML, Follette WC, Beitz K. “*I can’t get no satisfaction*”: *In secure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction*. *Personal Relationships* 2006; 13: 465–483.
11. Sternberg RJ. *A triangular theory of love*. *Psychological Review* 1986; 93(2): 119–135.
12. Dogan T, Tugut N, Golbasi Z. *The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women*. *Sex. Disability* 2013; 31(3): 239–247.
13. Sánchez-Fuentes MM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. *A systematic review of sexual satisfaction*. *Int. J. Clin. Hlth Psych.* 2014; 14(1): 67–75.
14. Meltzer AL, McNulty JK. *Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction*. *J. Fam. Psychol.* 2010; 24(2): 156–164.
15. Butzer B, Campbell L. *Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples*. *Personal Relationships* 2008; 15(1): 141–154.
16. Kisler TS, Christopher FS. *Sexual exchanges and relationship satisfaction: Testing the role of sexual satisfaction as a mediator and gender as a moderator*. *Journal of Social and Interpersonal Relationships* 2008; 25(4): 587–602.
17. Masters WH, Johnson VE. *The Pleasure Bond*. New York: Bantam; 1980.
18. Knox D. *Human sexuality. The search for understanding*. St Paul: West; 1984.
19. Althof SE. red. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge; 2003. S. 3–19.
20. Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML i wsp. *Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: A national, population-based study*. *Diabetes Care* 2010; 33(10): 2202–2210.
21. Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH i wsp. *Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women*. *Obstet. Gynecol.* 2010; 120(2 Pt 1): 331–340.
22. Elyasi F, Kashi Z, Tasfieh B, Bahar A, Khademloo M. *Sexual dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus*. *Iran J. Med. Sci.* 2015; 40(3): 206–213.
23. Carr D, Murphy LF, Batson HD, Kristen W. *Bigger is not always better: The effect of obesity on sexual satisfaction and behavior of adult men in the United States*. *Men and Masculinities* 2013; 16(4): 452–477.
24. Smith AM, Patrick K, Heywood W, Pitts MK, Richters J, Shelley JM i wsp. *Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: A population-based study*. *Intern. Med. J.* 2012; 42(6): 641–651.

25. Acker M, Davis MH. *Intimacy, passion and commitment in adult romantic relationships: A test of the triangular theory of love*. Journal of Social and Personal Relationships 1992; 9(1): 21–50.
26. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–425.
27. Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press; 2013.
28. Lew-Starowicz Z, Długołęcka A. *Edukacja seksualna*. Warszawa: Świat Książki; 2006.
29. Duch-Krzystoszek D. *Małżeństwo, seks, prokreacja. Analiza socjologiczna*. Warszawa: IFIF PAN; 1997.
30. Lawrance K, Byers ES. *Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships. The interpersonal exchange model of sexual satisfaction*. Personal Relationships 1995; 2: 267–285.
31. Jackson G. *Sexual dysfunction and diabetes*. Int. J. Clin. Pract. 2004; 58(4): 358–365.
32. Izdebski Z, Ostrowska A. *Seks po polsku*. Warszawa: Muza SA; 2003.

Adres: Dorota Kalka  
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
Wydział Zamiejscowy w Sopocie  
81-745 Sopot, ul. Polna 16/20  
e-mail: dkalka@swps.deu.pl

Otrzymano: 12.11.2017  
Zrecenzowano: 18.12.2017  
Otrzymano po poprawie: 14.01.2018  
Przyjęto do druku: 10.02.2018