

Demograficzne, kliniczne i psychologiczne czynniki wpływające na zaprzestanie aktywności seksualnej przez pacjentów z potwierdzoną angiograficznie chorobą wieńcową

Demographic, clinical, and psychological factors influencing sexual activity cessation in patients with angiographically-confirmed ischaemic heart disease

Maria A. Sobczak, Haval D. Qawoq, Magdalena Krawczyk,
Karina Wierzbowska-Drabik, Jarosław D. Kasprzak

Katedra i Klinika Kardiologii UM w Łodzi

Summary

Introduction. Sexual activity constitutes a significant aspect of health considerably influencing self-assessment of the quality of life. In Poland, data regarding the return in patients with ischaemic heart disease (IHD) to sexual activity are scarce and inadequate.

Aim. The aim of this work is to analyse the return to sexual activity in patients with IHD after a hospitalisation related to invasive diagnostics of coronary arteries as well as to identify predisposing factors associated with cessation of sexual activity.

Material and methods. 98 patients with angiographically documented IHD were involved in retrospective analysis. 46 patients (46.9%) were diagnosed with myocardial infarction (MI), 29 (29.6%) with stable angina (SA) and 23 (23.5%) with unstable angina (UA). Demographic, clinical and psychological factors were assessed. Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Acceptance of Illness Scale, and EuroQol-5D health questionnaires were used.

Results. The cessation of sexual activity after a hospitalisation due to invasive diagnostics of coronary arteries was noted almost in 1/3 of the IHD patients within 6-months observation period. There were no statistically significant differences in the percentages of sexually active and inactive patients related to gender. The elderly patients were more likely to cease sexual activity ($p = 0.006$). Sexually active patients also represented significantly lower level of anxiety-trait ($p = 0.0003$) and anxiety-state ($p = 0.001$). They also had a higher level of the acceptance of the disease ($p = 0.002$) at the end of hospitalisation and presented significantly lower severity of depression ($p = 0.02$).

Conclusions. Cessation of sexual activity in patients with IHD after a hospitalisation due to coronarography is associated with their older age, being single, obesity, lower quality of life, depression, higher level of anxiety, and lower acceptance of illness. Underestimating or omitting the realm of sexual health of hospitalised patients with IHD affects the patients' return to sexual activity. Patients with IHD, who decided to discuss, during their hospitalisation, the impact of cardiac disease and the invasive procedure they had undergone on their sexual activity, more frequently return to sexual activity over the 6-months observation period.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienna serca, powrót do aktywności seksualnej, jakość życia

Key words: ischaemic heart disease, return to sexual activity, quality of life

Wstęp

Aktywność seksualna stanowi ważny aspekt zdrowia, rzutujący istotnie na samoocenę jakości życia. Mimo że w naszym kraju skutecznie leczone są ostre zespoły wieńcowe dzięki dużej dostępności pracowni hemodynamicznych, a także ośrodków kardiologicznych, a w użyciu są nowe leki o wyższej kardioselektywności, w mniejszym stopniu powodujące zaburzenia erekcji [1], to poprawa wyników leczenia pacjentów w fazie stabilnej choroby wieńcowej nie jest tak jednoznaczna. W tym kontekście trzeba zwrócić uwagę na dostępne dane, które wskazują, że tylko 25% pacjentów po otrzymaniu diagnozy choroby niedokrwiennej serca (ischaemic heart disease – IHD) powraca do życia seksualnego z taką samą częstotliwością, 50% powraca do aktywności seksualnej z mniejszą częstotliwością, a pozostałych 25% chorych nigdy więcej jej nie podejmuje [2].

Przegląd polskiej literatury wskazuje, że dane dotyczące powrotu pacjentów z IHD do aktywności seksualnej są w naszym kraju skąpe i niewystarczające, podczas gdy światowe piśmiennictwo odzwierciedla sytuację zróżnicowanych populacji, żyjących w odmiennych od siebie systemach zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych [3–6].

Cel

Celem pracy była analiza powrotu do aktywności seksualnej pacjentów, u których wykonano diagnostykę inwazyjną naczyń wieńcowych podczas hospitalizacji z powodu IHD, oraz identyfikacja czynników predysponujących do zaprzestania aktywności seksualnej. W celu prognozy dalszego przebiegu aktywności seksualnej tych pacjentów w toku obserwacji sześciomiesięcznej oceniano zarówno czynniki demograficzne, kliniczne, jak i psychologiczne.

Material

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr RNN/167/10/KE. Do badania wstępnie zostało zakwalifikowanych 170 pacjentów, hospitalizowanych w celu wykonania diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych z powodu występowania stabilnej IHD, niestabilnej dławicy (unstable angina – UA) lub zawału serca (myocardial infarction – MI). Dwudziestu dwóch z nich nie spełniło jednak kryteriów

włączenia (najczęstszą przyczyną była odmowa udziału w badaniu). Wyłączonych w trakcie badania zostało 14 chorych: z powodu odmowy zgłoszenia się na wizytę kontrolną oraz zgonu ($n = 2$). Zaprzeszanie aktywności seksualnej dla potrzeb niniejszej pracy zdefiniowano jako aktywność seksualną 12 miesięcy przed hospitalizacją oraz zaprzestanie aktywności seksualnej w ciągu sześciu miesięcy od hospitalizacji u pacjentów, którzy byli poprzednio seksualnie aktywni. Aktywność seksualną 12 miesięcy przed tą hospitalizacją prowadziło 98 (74,2%) pacjentów, nie prowadziło 30 (22,8%) pacjentów, zaś czterech (3%) pacjentów nie odpowiedziało na to pytanie. Ostatecznie analizie poddano zatem 98 aktywnych seksualnie pacjentów z IHD – 66 mężczyzn oraz 32 kobiety, w tym 46 osób (46,9%) z MI, 29 (29,6%) z SA, 23 (23,5%) z UA.

Metoda

Do oceny psychologicznej wykorzystane zostały:

- Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI),
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory – STAI),
- Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS),
- Kwestionariusz oceny jakości życia EuroQoL-5D (EQ-5D).

EQ-5D jest narzędziem ogólnym, uniwersalnym, zaprojektowanym do badania grup o zróżnicowanym stanie zdrowia. Pytania dotyczące jakości życia (QoL) zgrupowane są w EQ-5D w pięciu dziedzinach oceniających ograniczenia badanych w zakresie poruszania się, sprawowania opieki nad sobą, prowadzenia zwykłej codziennej aktywności życiowej, określenia obecności i stopnia dolegliwości bólowych, określenia obecności i stopnia zaburzeń nastroju. Dla każdego badanego parametru opracowano trzy kategorie odpowiedzi, co kwalifikuje pacjenta w jednym z 243 możliwych stanów będących odzwierciedleniem obecnej QoL. Uzupełnieniem kwestionariusza jest wizualna skala analogowa (Visual Analogue Scale – VAS), na której badany przedstawia graficznie ocenę swojego stanu zdrowia w zakresie od 0 (najgorszy wyobrażalny stan zdrowia) do 100 (najlepszy wyobrażalny stan zdrowia) [7].

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku jest narzędziem przeznaczonym do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. STAI składa się z dwóch podskal, z których jedna (STAI-stan) służy do pomiaru lęku-stanu, a druga (STAI-cecha) lęku-cechy. Wyniki punktowe obu skal mogą się wahać w granicach od 20 punktów (niski lęk) do 80 (wysoki lęk) [8].

Skalę AIS zastosowano do oceny stopnia akceptacji choroby. Wynik tej skali waha się w granicach od ośmiu do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym większa akceptacja choroby, lepsze przystosowanie do ograniczeń z nią związanych oraz mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [9].

Skala Depresji Becka to skala służąca do samooceny głębokości depresji. Składa się z 21 pytań uwzględniających emocjonalne, poznawcze, motywacyjne i somatyczne nasilenie objawów depresyjnych [10]. Każde z pytań ma cztery warianty odpowiedzi uwzględniające zróżnicowane natężenie objawów. Przyjmuje się przy tym, że wy-

niki w przedziale 12–26 pkt wskazują na łagodne nasilenie objawów depresyjnych, w przedziale 27–49 na umiarkowanie ciężkie, a 50 i więcej pkt na bardzo ciężką depresję [11, 12].

Pacjenci wypełniali kwestionariusze w dniu kończącym hospitalizację, bezpośrednio po otrzymaniu wypisu ze szpitala. Lekarz lub psycholog za każdym razem opuszczał pokój, pozostawiając pacjenta sam na sam z ankietą. Wizyta kontrolna odbywała się w ciągu sześciu miesięcy (\pm miesiąc) od hospitalizacji i związana była z kontrolą w poradni kardiologicznej. Pacjenci byli również pytani, czy rozmawiali z lekarzem na temat wpływu choroby kardiologicznej oraz przebytego inwazyjnego zabiegu na funkcjonowanie seksualne oraz kto tę rozmowę zainicjował (sam pacjent czy lekarz).

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA version 10.0. (StatSoft, Inc.; 2011) oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej (zakres). Zmienne jakościowe zostały przedstawione za pomocą liczebności oraz wartości procentowych. Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym, posłużono się testem Shapiro-Wilka. Natomiast do sprawdzenia hipotezy o równych wariancjach wykorzystano test Levena (Browna-Forsythe'a). Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano za pomocą testów istotności różnic: testu t-Studenta (lub w przypadku braku homogeniczności dwiema grupami) lub testu U Manna-Whitneya (w przypadku niespełnienia warunków stosowalności testu t-Studenta ze względu na charakterystykę danych). Testy niezależności χ^2 oraz dokładny test Fishera wykorzystano dla zmiennych jakościowych. W celu stwierdzenia powiązania, siły oraz kierunku między zmiennymi obliczono współczynniki korelacji Pearsona i/lub Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie 32/98 (32,6%) pacjentów zaprzestano aktywności seksualnej – wśród nich było 12 kobiet (37,5%) i 20 mężczyzn (62,5%). Średni wiek pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, wynosił $60,8 \pm 6,0$ lat, a pacjentów dalej aktywnych $56,6 \pm 7,2$ roku. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć w odsetkach pacjentów aktywnych seksualnie i tych, którzy zaprzestali aktywności seksualnej. Natomiast młodsi pacjenci rzadziej zaprzestawali aktywności seksualnej ($p = 0,0056$) w obserwacji sześciomiesięcznej. Stan cywilny nie wpływał w sposób istotny statystycznie na zaprzestanie aktywności seksualnej, jednak analiza odpowiedzi pacjentów na pytanie, czy są w stałym związku, ujawniła różnice ($p = 0,0064$). Wśród pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, było 28,1% osób samotnych oraz 71,9% w stałym związku. Natomiast w grupie nadal aktywnych seksualnie tylko 7,6% deklarowało się jako osoby samotne. Wykształcenie nie wpływało w sposób istotny statystycznie na zaprzestanie tej aktywności. Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic ze względu na tryb przyjęcia i główną przyczynę

hospitalizacji. Tabela 1 przedstawia charakterystykę badanej grupy pod względem czynników demograficznych, trybu przyjęcia oraz głównej przyczyny hospitalizacji.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, trybu przyjęcia oraz głównej przyczyny hospitalizacji w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
Kobieta	12 (37,5%)	16 (24,2%)	p = 0,17
Mężczyzna	20 (62,5%)	50 (75,8%)	
Wiek			
śr. ± odch. stand.	60,8 ± 6,0	56,6 ± 7,2	p = 0,006
Stan cywilny I			
panna/kawaler	1 (3,1%)	1 (1,5%)	p = 0,21
zamężna/żonaty	23 (71,8%)	57 (86,4%)	
rozwidziona/rozwidziony	3 (9,4%)	5 (7,6%)	
wdowa/wdowiec	2 (6,3%)	0 (0,0%)	
konkubinat	3 (9,4%)	3 (4,5%)	
Stan cywilny II			
osoba samotna	9 (28,1%)	5 (7,6%)	p = 0,006
osoba pozostająca w stałym związku	23 (71,9%)	61 (92,4%)	
Wykształcenie			
podstawowe	2 (6,3%)	5 (7,6%)	p = 0,37
zasadnicze zawodowe	7 (21,9%)	11 (16,7%)	
średnie	13 (40,6%)	21 (31,8%)	
wyższe	10 (31,3%)	29 (43,9%)	
Tryb przyjęcia			
ostry	22 (68,8%)	47 (71,2%)	p = 0,80
planowy	10 (31,3%)	19 (28,8%)	
Przyczyna hospitalizacji			
zawał mięśnia sercowego	13 (40,6%)	33 (50,0%)	p = 0,64
stabilna choroba niedokrwienna	10 (31,3%)	19 (28,8%)	
niestabilna choroba niedokrwienna	9 (28,1%)	14 (21,2%)	

Analizując badaną grupę pacjentów pod względem chorób towarzyszących, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zaprzestaniu aktywności seksualnej ze względu na hipercholesterolemię, nikotynizm, przebyte zawały mięśnia sercowego, cukrzycę, udar, chromanie przestankowe czy przerost gruczołu krokowego (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy pod względem chorób towarzyszących w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
Nikotynizm w wywiadzie	19 (59,4%)	38 (57,6%)	p = 0,87
Nadciśnienie tętnicze	29 (90,6%)	59 (89,4%)	p = 0,85
Przebyty/e zawał/y mięśnia sercowego	4 (12,5%)	14 (21,2%)	p = 0,30
Udar	0 (0,0%)	4 (6,1%)	p = 0,16
Cukrzyca	11 (34,4%)	15 (22,7%)	p = 0,22
Chromanie przestankowe	2 (6,3%)	4 (6,1%)	p = 0,97
Łagodny przerost gruczołu krokowego	6 (18,8%)	8 (12,1%)	p = 0,38
Hipercholesterolemia	32 (100,0%)	64 (97,0%)	p = 0,32

Retrospektywnie porównywano również badane podgrupy w zakresie wskaźnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), częstości akcji serca, wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego. Średni BMI pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej w obserwacji sześciomiesięcznej, wynosi $30,2 \pm 5,6$ kg/m², a pacjentów dalej aktywnych wynosi $27,9 \pm 5,0$ kg/m². Pacjenci z niższym wskaźnikiem BMI istotnie rzadziej zaprzestawali aktywności seksualnej (p = 0,02) w sześciomiesięcznej obserwacji od czasu hospitalizacji. Wśród pacjentów, którzy nie byli aktywni seksualnie, było 18,8% z prawidłowym BMI, 34,4% z nadwagą oraz 46,9% z otyłością. Natomiast w grupie dalej aktywnych było 30,3% z prawidłowym BMI, 45,5% z nadwagą oraz 24,2% z otyłością. Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic w zakresie wartości ciśnienia tętniczego, tętna spoczynkowego, frakcji wyrzutowej lewej komory (ejection fraction – EF) ze względu na aktywność seksualną (tab. 3).

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy pod względem BMI, tętna, ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, 6MWT i EF w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
BMI [kg/m ²]			
śr. ± odch. stand.	30,2 ± 5,6	27,9 ± 5,0	p = 0,02
Zakres	19,0–41,4	19,2–43,4	
Otyłość			
Norma	6 (18,8%)	20 (30,3%)	p = 0,04
Nadwaga	11 (34,4%)	30 (45,5%)	
Otyłość	15 (46,9%)	16 (24,2%)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Częstość akcji serca			
śr. ± odch. stand.	70,8 ± 8,5	67,7 ± 7,3	p = 0,07
Zakres	52,0–90,0	50,0–90,0	
Ciśnienie skurczowe [mm/Hg]			
śr. ± odch. stand.	125,9 ± 12,7	125,4 ± 11,6	p = 0,93
Zakres	100,0–165,0	90,0–160,0	
Ciśnienie rozkurczowe [mm/Hg]			
śr. ± odch. stand.	77,1 ± 9,5	77,5 ± 8,7	p = 0,55
Zakres	60,0–100,0	50,0–100,0	
6MWT [m]			
śr. ± odch. stand.	365,3 ± 149,6	413,6 ± 109,8	p = 0,07
Zakres	50,0–700,0	100,0–700,0	
EF [%]			
śr. ± odch. stand.	50,8 ± 10,0	49,4 ± 9,5	p = 0,34
Zakres	16,0–64,0	24,0–65,0	

Średnia wartość, wykonanego przed wypisaniem ze szpitala, testu sześciominutowego marszu pacjentów (six minute walk test – 6MWT), którzy zaprzestali aktywności seksualnej, wynosiła 365,3 ± 149,6 m (zakres 50–700 m), a pacjentów dalej aktywnych wynosiła 413,6 ± 109,8 m (zakres 100–700 m). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic wyników w teście ze względu na aktywność seksualną (p = 0,07).

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy pod względem wyników laboratoryjnych wykonanych w trakcie hospitalizacji w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
RBC [10 ⁶ /μl]	4,52 ± 0,40	4,62 ± 0,42	p = 0,28
zakres/mediana	3,47–5,32/4,65	3,77–5,56/4,67	
WBC [10 ⁶ /μl]	8,37 ± 2,27	9,02 ± 3,37	p = 0,49
zakres/mediana	4,8–14,8/8,35	4,2–23,7/8,75	
PLT [10 ⁶ /μl]	225,50 ± 55,03	223,53 ± 51,87	p = 0,80
zakres/mediana	124–350/211	112–393/218,5	
HGB [10 ⁶ /μl]	14,25 ± 1,17	14,36 ± 1,33	p = 0,58
zakres/mediana	11,7–15,9/14,35	10,9–16,9/14,75	
HCT [10 ⁶ /μl]	41,92 ± 3,39	42,47 ± 3,75	p = 0,48
zakres/mediana	34,7–46,6/42,6	32,4–50,8/42,9	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Cholesterol całkowity [$10^6/\mu\text{l}$]	193,31 \pm 43,15	200,26 \pm 42,22	p = 0,45 p = 0,41 p = 0,32 p = 0,82
zakres/mediana	104–270/183,5	108–307/203	
HDL [$10^6/\mu\text{l}$]	50,36 \pm 14,56	48,38 \pm 12,36	
zakres/mediana	28,5–97/49,5	25,4–87/46,9	
LDL [$10^6/\mu\text{l}$]	115,16 \pm 37,51	124,44 \pm 45,28	
zakres/mediana	46–177/109	34–252/118	
Trójglicerydy [$10^6/\mu\text{l}$]	150,63 \pm 78,76	147,33 \pm 76,93	p = 0,31
zakres/mediana	69–450/132,5	41–437/128,5	
Mocznik [$10^6/\mu\text{l}$]	36,34 \pm 9,58	34,00 \pm 9,05	p = 0,78
zakres/mediana	19–56/34	18–76/33	
Kreatynina [$10^6/\mu\text{l}$]	0,97 \pm 0,30	0,94 \pm 0,26	p = 0,94
zakres/mediana	0,55–2,02/0,86	0,61–2,27	
Sód [$10^6/\mu\text{l}$]	140,19 \pm 2,76	140,14 \pm 3,44	p = 0,08
zakres/mediana	134–146/140	132–149/140	
Potas [$10^6/\mu\text{l}$]	4,40 \pm 0,57	4,22 \pm 0,40	p = 0,08
zakres/mediana	3,54–5,79/4,41	3,56–5,25/4,22	

Tabele 4 i 5 zestawiają wyniki laboratoryjne pacjentów wykonane w trakcie hospitalizacji oraz farmakoterapię zaleconą w momencie zakończenia hospitalizacji. Nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie tych parametrów ze względu na aktywność seksualną w sześciomiesięcznej obserwacji.

Tabela 5. **Charakterystyka badanej grupy pod względem farmakoterapii zaleconej w momencie zakończenia hospitalizacji w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie**

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
Beta-blokery	31 (96,9%)	62 (93,9%)	p = 0,90
Inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę	32 (100%)	64 (96,9%)	p = 0,82
Blokery receptora angiotensyny II	0 (0%)	2 (3,03%)	p = 0,82
Blokery kanału wapniowego	6 (18,7%)	10 (15,1%)	p = 0,65
Statyny	32 (100%)	66 (100%)	---
Fibraty	4 (12,5%)	5 (7,5%)	p = 0,68
ASA	32 (100%)	66 (100%)	---
Clopidogrel	24 (75,0%)	56 (84,8%)	p = 0,25
Diuretyki	11 (34,7%)	14 (21,2%)	p = 0,16
Alfa-blokery	6 (18,7%)	7 (10,6%)	p = 0,28

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nitraty zalecane do stosowania doraźnego	18 (56,2)	33 (50%)	p = 0,56
Nitraty	3 (9,3%)	3 (4,5%)	p = 0,63

Tabela 6. Charakterystyka badanej grupy pod względem wyników kwestionariusza jakości życia EQ-5D w podziale na pacjentów nadal aktywnych i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
Zdolność poruszania się			
nie mam problemów z chodzeniem	19 (59,4%)	52 (78,8%)	p = 0,04
mam trochę problemów z chodzeniem	11 (34,4%)	13 (19,7%)	
jestem zmuszony pozostawać w łóżku	2 (6,3%)	1 (1,5%)	
Samoobsługa			
nie mam problemów z samoobsługą	20 (62,5%)	50 (75,8%)	p = 0,15
mam trochę problemów z myciem i ubieraniem	10 (31,3%)	15 (22,7%)	
nie mogę sam się umyć ani ubrać	2 (6,3%)	1 (1,5%)	
Zwykłe czynności (np. praca, zajęcia domowe)			
nie mam problemów	16 (50,0%)	46 (69,7%)	p = 0,06
mam trochę problemów	14 (43,8%)	18 (27,3%)	
nie jestem w stanie	2 (6,3%)	2 (3,0%)	
Ból/dyskomfort			
nie odczuwam	19 (59,4%)	38 (57,6%)	p = 0,98
odczuwam umiarkowany	11 (34,4%)	26 (39,4%)	
odczuwam duży	2 (6,3%)	2 (3,0%)	
Niepokój/ przygnębienie			
nie jestem niespokojny/przygnębiony	8 (25,0%)	30 (45,5%)	p = 0,01
odczuwam umiarkowany niepokój/przygnębienie	14 (43,8%)	28 (42,4%)	
odczuwam duży niepokój/przygnębienie	10 (31,3%)	8 (12,1%)	
Stan zdrowia			
śr. ± odch. stand.	61,1 ± 15,9	71,6 ± 16,3	p = 0,002
zakres/mediana	20,0–85,0	24,0–100,0	

W grupie pacjentów nadal aktywnych odsetek chorych bez problemów z niepokojem był istotnie wyższy ($p = 0,01$). Natomiast nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na aktywność seksualną w zakresie samoobsługi, wykonywania zwykłych czynności czy bólu (tab. 6). Pacjenci nieaktywni seksualnie swój „średni

stan zdrowia” w pomiarze skali EQ-5D oceniali na $61,1 \pm 15,9$, zaś nadal aktywni na $71,6 \pm 16,3$. Pacjenci nadal aktywni istotnie wyżej oceniali swój stan zdrowia ($p = 0,002$).

Tabela 7. Charakterystyka badanej grupy pod względem oceny lęku, depresji oraz akceptacji choroby w podziale na pacjentów nadal aktywnych seksualnie i nieaktywnych seksualnie

	Nieaktywni seksualnie N = 32	Nadal aktywni seksualnie N = 66	Wartość p
STAI-stan			
śr. \pm odch. stand.	48,8 \pm 6,8	43,4 \pm 8,1	p=0,001
Zakres	36,0–62,0	27,0–65,0	
STAI-cecha			
śr. \pm odch. stand.	43,1 \pm 5,5	39,0 \pm 6,5	p = 0,0003
Zakres	32,0–57,0	29,0–63,0	
AIS			
śr. \pm odch. stand.	23,6 \pm 7,2	28,3 \pm 5,3	p = 0,002
Zakres	8,0–38,0	17,0–40,0	
BDI			
śr. \pm odch. stand.	13,9 \pm 5,9	11,0 \pm 3,1	p = 0,02
Zakres	7,0–28,0	6,0–19,0	
Stopień nasilenia objawów depresyjnych			
bez depresji	17 (53,1%)	46 (69,7%)	p = 0,02
łagodne nasilenie objawów depresyjnych	12 (37,5%)	20 (30,3%)	
umiarkowanie ciężkie nasilenie objawów depresyjnych	3 (9,4%)	0 (0,0%)	

W pomiarze za pomocą Kwestionariusza Spielberga ocenia się dwie składowe lęku – lęk jako stan oraz lęk jako cechę (tab. 7). Średni poziom lęku jako stanu u pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, wynosił $48,8 \pm 6,8$, a pacjentów nadal aktywnych wynosił $43,4 \pm 8,1$. Natomiast średni poziom lęku jako cechy pacjentów nieaktywnych wynosił $43,1 \pm 5,5$, a pacjentów dalej aktywnych wynosił $39,0 \pm 6,5$. Pacjenci nadal aktywni seksualnie odczuwali istotnie niższy poziom zarówno lęku jako cechy ($p = 0,0003$), jak i lęku jako stanu ($p = 0,001$).

Średnia wartość poziomu akceptacji choroby pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej w sześciomiesięcznej obserwacji, wynosi $23,6 \pm 7,2$, a pacjentów aktywnych $28,3 \pm 5,3$. Ci drudzy istotnie lepiej akceptowali chorobę ($p = 0,002$) w chwili zakończenia hospitalizacji.

Średnia wartość natężenia depresji pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, wynosi $13,9 \pm 5,9$, a pacjentów nadal aktywnych wynosi $11,0 \pm 3,1$. Pacjenci nadal aktywni seksualnie odczuwali istotnie mniejsze natężenie depresji ($p = 0,02$).

W grupie pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, osób bez depresji było 53,1%, z łagodnym nasileniem objawów depresyjnych – 37,5% oraz z umiarkowanie ciężkim nasileniem – 9,4%. Natomiast w grupie pacjentów, którzy powrócili do aktywności seksualnej, u 69,7% badanych nie obserwowano objawów depresji, zaś łagodne nasilenie objawów depresyjnych stwierdzono u 30,3% badanych. W grupie pacjentów nadal aktywnych odsetek chorych bez depresji był istotnie wyższy ($p = 0,02$).

W grupie pacjentów nieaktywnych seksualnie rozmawiało z lekarzem na temat aktywności seksualnej jedynie 4/32 (12,5%) osoby, a w grupie pacjentów nadal aktywnych 36/66 (54,5%); w grupie pacjentów nadal aktywnych seksualnie odsetek chorych rozmawiających z lekarzem na temat aktywności seksualnej był istotnie wyższy ($p = 0,0001$).

Tabela 8. Wyniki regresji logistycznej estymacji parametrów metodą krokową wsteczną dla modelowania prawdopodobieństwa zaprzestania aktywności seksualnej

	Poziom – Efekt	P	Iloraz szans	95% przedział ufności
AIS – Skala Akceptacji Choroby		0,006	0,81	(0,70; 0,94)
STAI-cecha (lęk-cecha)		0,011	1,17	(1,04; 1,33)
Stan mojego zdrowia		0,005	0,92	(0,86; 0,97)
Ból/dyskomfort	Umiarkowany	0,005	0,03	(0,01; 0,35)
Ból/dyskomfort	Duży	0,044	46,24	(1,10; 1945,89)
Rozmowa z lekarzem	Nie	0,0001	10,57	(3,39; 32,90)
Częstość pracy serca w spoczynku		0,001	1,25	(1,09; 1,43)
Przebyty/e zawał/y m. serc.	Nie	0,003	7,41	(1,96; 28,07)
Wiek		0,018	1,21	(1,03; 1,42)

Model regresji logistycznej metodą krokową wsteczną uwzględnił istotne statystycznie parametry (tab. 8). Ujemne szacunki parametrów odpowiadające zmiennym: AIS, stan mojego zdrowia, ból/dyskomfort dla poziomu umiarkowanego wskazują, że wzrost tych wielkości powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa dalszej aktywności seksualnej. Natomiast dodatnie oszacowania parametrów odpowiadające zmiennym: STAI-cecha, ból/dyskomfort dla poziomu dużego, brak rozmowy z lekarzem na temat aktywności seksualnej, HR spoczynkowa, przebyty/e MI i wiek wskazują, że wzrost tych wielkości powoduje zwiększenie prawdopodobieństwa zaprzestania aktywności seksualnej. Wykonano również analizę ROC dla wszystkich dostępnych zmiennych ciągłych. Obliczono czułość, swoistość, AUC oraz proponowany punkt odcięcia. Najwyższą wartość AUC 0,73 uzyskano dla STAI-cechy. Natomiast najwyższą wartość czułości i swoistości uzyskano dla czynnika demograficznego – wieku.

Tabela 9. Wyniki czułości, swoistości, wartości obszaru pod krzywą ROC (AUC) dla następujących zmiennych: wiek, BMI, HR, ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe, 6MWT, EF, STAI-stan, STAI-cecha, AIS, BDI punkty oraz stan zdrowia

	Czułość	Swoistość	AUC	Proponowany punkt odcięcia
Wiek	53,1%	80,3%	0,68	62
BMI	37,5%	87,9%	0,64	32,1
HR	21,9%	92,9%	0,61	80
Ciśnienie skurczowe	3,1%	100,0%	0,51	165
Ciśnienie rozkurczowe	6,3%	95,5%	0,46	100
6MWT	21,9%	97,0%	0,63	250
EF	0,0%	98,5%	0,56	65
STAI-stan – lęk-stan	34,4%	87,9%	0,70	54
STAI-cecha – lęk-cecha	50,0%	83,3%	0,73	44
AIS – Skala Akceptacji Choroby	37,5%	93,9%	0,70	20
BDI punkty	28,1%	93,9%	0,64	17
Stan zdrowia	34,4%	89,4%	0,69	50

Omówienie wyników

Nasze badanie przedstawia dość unikalne dane dotyczące utrzymania aktywności seksualnej po hospitalizacji związanej z IHD w celu wykonania diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych. Zaprzeszczenie aktywności seksualnej przez pacjentów z IHD po hospitalizacji związanej z koronarografią wiąże się z wiekiem, pozostawaniem poza związkim, otyłością, niższą jakością życia, depresją, wyższym natężeniem lęku, niższą akceptacją choroby. Co ciekawe, tryb przyjęcia pacjenta do szpitala (planowy lub nagły) nie przesądzał o powrocie do aktywności seksualnej.

W analizowanej grupie 1/3 pacjentów nie wróciła do aktywności seksualnej w obserwacji sześciomiesięcznej. Utrzymanie uprzedniej aktywności u większości chorych z IHD jest ważnym problemem życiowym, wynikającym z obaw m.in. o pojawienie się w czasie stosunku seksualnego symptomów choroby albo ujawnienie jej następstw, takich jak duszności, ból dławicowy, zawał mięśnia serca, zaburzenia rytmu serca lub nagły zgon. Inną przyczyną takich obaw jest możliwość wystąpienia zaburzeń funkcjonowania seksualnego wynikłych z choroby lub efektów ubocznych jej leczenia [13]. Jednak problemy dotyczące życia seksualnego mogą być tematem niekomfortowym zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Z badań przeprowadzonych przez Bendela i wsp. wynika, że jedynie 3% pacjentów z przewlekłą chorobą naczyń wieńcowych czuje się adekwatnie informowanych na temat problematyki seksuologicznej [14]. Bardzo pomocne dla specjalistów opiekujących się tą grupą chorych są opublikowane w 2012 r. dwa ważne dokumenty: „The Princeton III Consensus Recommendations for the Management of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease” oraz „Se-

Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association” [15, 16]. Pierwszy z nich zawiera zalecenia dotyczące sposobu oceny możliwości bezpiecznego rozpoczęcia bądź ponownego podjęcia aktywności seksualnej i/lub leczenia dysfunkcji seksualnej u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, dzieląc chorych na trzy grupy ryzyka: niskie, pośrednie i duże. Oba dokumenty podkreślają również wagę m.in. interdyscyplinarnego podejścia do oceny funkcji seksualnych oraz leczenia zaburzeń seksualnych u chorych z ryzykiem sercowo-naczyniowym przez wielu specjalistów [17].

W naszym badaniu, w grupie pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej, tylko 12,5% grupy rozmawiało z lekarzem (rozmowę zainicjował lekarz lub sam pacjent) na temat wpływu choroby kardiologicznej oraz przebytego inwazyjnego zabiegu na funkcjonowanie seksualne, a w grupie pacjentów dalej aktywnych ponad połowa chorych. W grupie pacjentów wciąż aktywnych seksualnie odsetek chorych rozmawiających z lekarzem na temat aktywności seksualnej był istotnie wyższy. Ta duża różnica może wynikać nie tylko z samej rozmowy i przekazanych informacji, ale również z faktu, że pacjenci, którzy zainicjowali taką rozmowę, koncentrowali swoją uwagę na tym obszarze.

Jednocześnie badania wskazują, że duży odsetek pacjentów nie wraca do poprzedniej aktywności seksualnej po MI, przezskórnej interwencji wieńcowej (percutaneous coronary intervention – PCI) czy pomostowaniu aortalno-wieńcowym (coronary artery bypass graft – CABG) [16, 18].

Lekarze zbyt rzadko rozmawiają z pacjentami o nadwadze i konieczności redukcji masy ciała i jeszcze rzadziej podejmują ten temat w kontekście aktywności seksualnej pacjenta. Tymczasem zaburzenia seksualne i otyłość często idą w parze, a zatem rozmowa z otyłym pacjentem o jego zdrowiu seksualnym jest jak najbardziej wskazana [19]. Średni wskaźnik BMI pacjentów, którzy zaprzestali aktywności seksualnej w naszym badaniu, wynosił $30,2 \pm 5,6 \text{ kg/m}^2$, a pacjentów dalej aktywnych wynosił $27,9 \pm 5,0 \text{ kg/m}^2$. Pacjenci z niższym wskaźnikiem BMI istotnie rzadziej zaprzestawali aktywności seksualnej.

Coraz więcej badań dotyczących zaburzeń funkcjonowania seksualnego nawiązuje do zmiennych psychologicznych. Wynika to z faktu, że na aktywność seksualną duży wpływ mają także czynniki natury psychicznej. Nasze badanie wskazuje, że zaprzestanie aktywności seksualnej wiąże się z niższą jakością życia, depresją, lękiem, niższą akceptacją choroby w grupie pacjentów z IHD.

Podsumowując, informacje dotyczące aktywności seksualnej pacjentów z IHD, hospitalizowanych w celu wykonania diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych, mogą pomóc lekarzowi w celu oceny prawdopodobieństwa, czy pacjent będzie odczuwał trudności w tym ważnym obszarze. Informacje te mogą obejmować okres przed pobytem w szpitalu oraz wybrane zmienne demograficzne i psychologiczne, takie jak wiek czy pozostawanie w stałym związku. Zmienne kliniczne wydają się przy tym mniej wartościowym źródłem informacji w tej sprawie niż zmienne demograficzne i psychologiczne.

Do głównych ograniczeń pracy należy jednoośrodkowy, retrospektywny charakter badania oraz mała grupa badana. Nie oceniano również jakości wsparcia informacyj-

nego udzielanego przez lekarzy pacjentom. Konieczne są dalsze badania długoterminowe nad aktywnością seksualną pacjentów z IHD, z uwzględnieniem różnych grup wiekowych chorych oraz współdziałaniem partnerów pacjentów. Co ważne, pacjenci biorący udział w omawianym w niniejszym artykule badaniu zostali różnorodnie zdiagnozowani (SA, UA, AM), ale czynnik ten nie wydaje się zasadniczo wpływać na ich późniejszą aktywność seksualną.

Wnioski

1. Zaprzestanie aktywności seksualnej po hospitalizacji w celu wykonania diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych podaje 1/3 pacjentów z IHD po wykonaniu diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych w obserwacji sześciomiesięcznej.
2. Zaprzestanie aktywności seksualnej przez pacjentów z IHD wiąże się z wiekiem, pozostawaniem poza związkiem, otyłością, niższą jakością życia, depresją, wyższym natężeniem lęku, niższą akceptacją choroby.
3. Niedocenianie lub pomijanie przez lekarzy sfery zdrowia seksualnego pacjentów hospitalizowanych z powodu IHD wpływa na powrót do aktywności seksualnej pacjentów. Pacjenci z IHD, którzy odbyli rozmowę z lekarzem na temat aktywności seksualnej podczas hospitalizacji, częściej wracają do aktywności seksualnej w obserwacji sześciomiesięcznej.

Piśmiennictwo

1. Zdrojewicz Z, Biega P, Rychter J. *Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia*. Seksuol. Pol. 2013; 11(2): 29–39.
2. Thorson AL. *Sexual activity and the cardiac patient*. Am. J. Geriatr. Cardiol. 2003; 12(1): 38–40.
3. Drory Y, Kravetz S, Hirschberger G. *Sexual activity of women and men one year before a first acute myocardial infarction*. Cardiology 2002; 97: 127–132.
4. Lindau ST, Abramsohn E, Gosch K, Wroblewski K, Spatz ES, Chan PS. i wsp. *Patterns and loss of sexual activity in the year following hospitalization for acute myocardial infarction (A U.S. National, Multi-Site Observational Study)*. Am. J. Cardiol. 2012; 109: 1439–1444.
5. Mosack V, Steinke E. *Trends in sexual concerns after myocardial infarction*. J. Cardiovasc. Nurs. 2009; 2: 162–170.
6. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. *Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge?* Arq. Bras. Cardiol. 2008; 90: 156–159.
7. Brooks R, Rabin R, de Charro F. *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective*. Dordrecht: Springer; 2003.
8. Wrześniewski K, Sosnowski T, Jaworowska A. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
9. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
10. Beck AT, World CH, Mendelson M. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 53–63.

11. Paradowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 417–424.
12. Piotrowicz R, Potocka J, Araszkiwicz A, Wojnar M, Nowacka-Pawlaczyk D. *Depresja jako problem kardiologiczny w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*. Folia Cardiol. 2003; 10(2): 16–26.
13. Halawa B, Zdrojewicz Z. *Choroba niedokrwienna serca a aktywność seksualna*. Adv. Clin. Exp. Med. 2003; 12(1): 119–122.
14. Bendell SE, Duperval M, Glodberg R. *Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease*. Am. Heart J. 2002; 2: 239–242.
15. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J. i wsp. *The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease*. Mayo Clin. Proc. 2012; 87: 766–778.
16. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG. *Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association*. Circulation 2012; 125(8): 1058–1072.
17. Holka-Pokorska J, Lew-Starowicz Z. *Omówienie rekomendacji III konferencji z cyklu consensus Princeton w sprawie postępowania w zaburzeniach erekcji współwystępujących z chorobami układu krążenia*. Przegl. Seksuol. 2013; 1: 3–11.
18. Lindau ST, Abramsohn EM, Bueno H, D'Onofrio G, Lichtman JH, Lorenze NP. *Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study*. Circulation 2014; 130(25): 2302–2309.
19. Bajos N, Wellings K, Laborde C. *Sexuality and obesity; a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours*. BMJ 2010; 340:c2573.

Adres: Maria A. Sobczak
Katedra i Klinika Kardiologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
91-347 Łódź, ul. Kniaziewiczza 1/5

Otrzymano: 6.01.2015

Zrecenzowano: 15.03.2015

Otrzymano po poprawie: 26.04.2015

Przyjęto do druku: 26.06.2015