

Mgr Gromek Marek
Dr Jastrzębski Jarosław
Instytut Psychologii
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Rodzaje doświadczanych emocji a życie seksualne mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego

Wprowadzenie

Choroba wieńcowa serca jest bardzo poważnym schorzeniem, które stanowi nie tylko zagrożenie dla zdrowia somatycznego, ale i psychicznego. U większości mężczyzn po przebytych zawale serca występują liczne problemy emocjonalne i behawioralne, które w istotny sposób przyczyniają się do obniżenia poziomu ich jakości życia - psychologicznego well-being (Foxwell, Morley, Frizelle, 2013).

Jednym z pierwszych autorów, posługujących się pojęciem jakości życia uwarunkowanej zdrowiem był Shipper (1990). Według niego, tak rozumianą jakość życia należy definiować, jako spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej (tamże, s. 185). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech podstawowych wymiarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej (w tym także poziomu ogólnej energii życiowej), stanu psychicznego (funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego), sytuacji społecznych (np. pełnienia ról, uzyskiwania wsparcia) i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych (np. objawów choroby, odczuwanego bólu).

Jednym z ważniejszych (choć często niedocenianym) czynników, decydujących o jakości życia i zdrowiu jest poczucie seksualnej satysfakcji. Aktywność seksualna może przysparzać wielu korzyści, służy ona bowiem utrzymaniu zadowolenia ze związku i dostarcza możliwości czerpania przyjemności zarówno na płaszczyźnie fizycznej jak i psychologicznej (Rosen, Bachmann, 2008). Natomiast utrzymujące się przez dłuższy czas niedyspozycje w sferze seksualnej, mogą być przyczyną stresu, frustracji, lęków i depresji, a co za tym idzie mogą wpływać negatywnie na jakość relacji w związku i inne obszary życia (Arrington, Cofrances, Wu 2004). Wnioski te znalazły potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Kopenhaskie Centrum Badań nad Jakością Życia (The Quality-of-Life Research Center, Copenhagen), z których wynika, że osoby z dysfunkcjami seksualnymi cechuje poziom jakości życia do 20% niższy niż u osób zdrowych (Ventegodt, 1998). Również w Polsce Dolińska-Zygmunt i Nomejko (2012) wykazały, że zadowolenie z seksualnego

wymiaru życia jest silnie związane z wyższym zadowoleniem z życia kobiet i mężczyzn zarówno w przypadku oceny globalnej jak i poszczególnych sfer.

I. Wprowadzenie teoretyczne

1. Zaburzenia seksualne u mężczyzn z chorobą wieńcową serca

Seksualność człowieka stanowi bardzo ważny i nieodłączny element jego funkcjonowania. Nie dziwi więc fakt, że obniżona jakość życia seksualnego i brak seksualnego spełnienia mogą przyczyniać się do obniżenia jakości życia w ogóle. Niestety życie seksualne po zawale serca, udarze mózgu, u osób z miażdżycą, nadciśnieniem tętniczym czy innymi chorobami układu krążenia jest tematem często pomijanym z powodu poczucia skrępowania w relacjach pacjenta z kardiologiem lub internistą (Roose, Seidman 2000).

Powodem niskiej jakości życia seksualnego lub obniżonego seksualnego spełnienia są dysfunkcje seksualne, które stanowią podklasę zaburzeń seksualnych (obok zaburzeń preferencji seksualnych czy zaburzeń identyfikacji płciowej), polegającą na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych. Dysfunkcje seksualne u mężczyzn po przebytych zawale serca obejmują przede wszystkim: (1) zaburzenia pożądania seksualnego (utrata lub osłabienie popędu seksualnego, nadmierny popęd seksualny), (2) zaburzenia podniecenia seksualnego (zaburzenia erekcji u mężczyzn), oraz (3) zaburzenia orgazmu (wytrysk przedwczesny lub wytrysk opóźniony). Zgodnie z obowiązującą w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases ICD-10) głównym kryterium rozpoznania dysfunkcji seksualnych jest długotrwała (co najmniej 6-miesięczna) niezdolność do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień, przy czym dysfunkcji tej w żadnym razie nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania ani schorzeniom somatycznym (jak na przykład zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

Rozwinięta choroba sercowo-naczyniowa często stanowi przyczynę dysfunkcji seksualnej. Powszechnie sądzi się, że to leki hipotensyjne (obniżające ciśnienie krwi) zaburzają erekcję, chociaż związek przyczynowo-skutkowy jest odwrotny: to nadciśnienie tętnicze *per se* jest przyczyną zaburzeń erekcji. Osoby leczone hipotensyjnie zaburzenia erekcji mają więc w pierwszym rzędzie z powodu nadciśnienia tętniczego i z reguły, wieloletniej, nadciśnieniowej dysfunkcji śródbłonna, a nie z powodu aktywnego leczenia. Bardzo ważne i charakterystyczne w wywiadzie pacjentów z uszkodzeniem serca jako pompy (niewydolność serca) są zaburzenia erekcji. Wiąże się je aktualnie przede wszystkim ze skomplikowaną patofizjologią tej choroby, w której, oprócz uszkodzenia serca, dochodzi do głębokich zmian hormonalnych (Filipiak, 2009, s. 95).

Większość mężczyzn z niewydolnością serca cierpi równocześnie na hipoandrogenizm. Niedobory androgeny przekładają się bezpośrednio nie tylko na

pogorszenie czynności układu krążenia, zaburzenia gospodarki węglowodanowej (insulinooporność, hiperinsulinizm, cukrzyca), wzmożony stan zapalny, depresyjność i obniżoną samoocenę, ale i na spadek libido oraz zaburzenia erekcji (Drory, Shapira, Pines, 1995; Jackson i wsp., 2006; Puchalski i wsp. 2013a).

Zaburzenia erekcji i inne problemy aktywności seksualnej mogą u mężczyzn stanowić typowy obraz powikłań po zawale serca. W pewnych przypadkach chorobą pierwotną jest depresja (ogólne pogorszenie nastroju w związku z przebyciem zawału serca), wówczas zaburzenia erekcji mogą stanowić jedynie jej objaw. W innych przypadkach to zaburzenia erekcji są pierwotne (miażdżycowe uszkodzenie naczyń, dysfunkcja śródbłonna), wówczas może rozwinąć się depresja w reakcji na utratę zdolności seksualnych (Muller, Mittleman, Maclure, 1996).

Również w polskich badaniach mężczyzn po zawale serca stwierdzono bardzo poważne dysfunkcje seksualne. Badaniem w formie anonimowej ankiety objęto mężczyzn w średnim wieku około 50 lat, leczonych w referencyjnym ośrodku kardiologicznym, pół roku po przebytych zawale serca. Mężczyźni ci nie mieli istotnej niewydolności serca, charakteryzowali się dobrze kontrolowanym ciśnieniem tętniczym, nie obserwowano u nich żadnych bólów wieńcowych, ani innych zdarzeń sercowo-naczyniowych w okresie obserwacji. Wszyscy otrzymywali leczenie zgodne ze standardami. Okazało się, że zaledwie 1/3 z nich szacowała, że odbywa stosunki seksualne z tą samą częstotliwością co przed zawałem (Puchalski i wsp. 2013a).

W innym badaniu zaobserwowano, że zaburzenia erekcji u pacjentów po przebytych zawale serca występują u prawie 82% mężczyzn (Ruzic, Persic, Miletic, 2007). W jeszcze innym badaniu pacjentów po przebytych zawale serca, stwierdzono, że około 60% z nich, w sześciomiesięcznym okresie już po zakończeniu hospitalizacji zgłaszało dolegliwości i problemy dotyczące funkcji seksualnych (Vacanti, Caramelli 2005).

Lęk przed aktywnością seksualną, depresja oraz towarzyszące im zaburzenia erekcji u pacjentów po przebytych zawale serca stanowią bardzo poważny problem psychospołeczny, wpływając negatywnie na bliskie relacje z partnerem (Schwarz, Kapur, Bionat 2008; Szymański, Filipiak, Hrynkiewicz-Szymańska 2011). W badaniach Jaarsma, Dracup i Walden (1996) 73% badanych mężczyzn zgłaszało wyraźny spadek zainteresowania życiem płciowym, a 63% z nich stwierdzało bardzo negatywny wpływ tej sytuacji na bliskie i intymne relacje z partnerem.

2. Rodzaj doświadczanych emocji jako predyktor radzenia sobie ze stresem i wskaźnik dobrostanu u pacjentów z chorobą wieńcową serca

Występowanie wzajemnych związków między doświadczaniem stresu a rokowaniem w chorobach somatycznych nie budzi dziś żadnych wątpliwości. Wydarzenia stresowe mogą być z jednej strony rozpatrywane jako współprzyczyny chorób (stres wynikający z braku wsparcia społecznego, stres związany z sytuacją zawodową czy stres

związany z niską pozycją socjoekonomiczną), z drugiej zaś sama choroba i jej konsekwencje stanowią źródło stresu psychologicznego, przejawiającego się w określonych reakcjach emocjonalnych (Heszen i Sęk, 2012; Puchalski i wsp., 2013b).

Szczególną rolę emocji w przebiegu doświadczania i radzenia sobie ze stresem odnajdujemy w pracach Lazarsa (1993). Definiował on stres jako szczególny rodzaj relacji pomiędzy jednostką i otoczeniem, ocenianej przez jednostkę jako „sytuacja nadwężająca lub przekraczająca jej możliwości i zagrażająca jej dobru” (Lazarus, Folkman, 1984). W tej transakcyjnej teorii stresu relacja z otoczeniem podlega ciągłej ocenie poznawczej, szczególnie tych elementów, które są ważne dla dobrostanu (*well-being*) jednostki (ocena pierwotna). Jeśli relacja ta zostanie oceniona jako stresowa może być ujęta przez jednostkę jako: (1) krzywda/ strata, (2) zagrożenie lub (3) wyzwanie. Każda z tych ocen wiąże się z doświadczaniem charakterystycznych dla niej emocji. Poczuciu krzywdy/straty towarzyszą złość, żal i smutek, poczuciu zagrożenia – strach, lęk i zamartwianie się (Heszen i Sęk, 2012). Uznanie relacji z otoczeniem za stresową zapoczątkowuje kolejny proces poznawczy, który odnosi się do zasobów jednostki, umożliwiających wyeliminowanie (lub przynajmniej złagodzenie) źródła stresu i jego negatywnych skutków (ocena wtórna). Stanowi tym samym punkt wyjścia dla działań określanych jako radzenie sobie. I tak na przykład optymistyczna ocena własnych możliwości w radzeniu sobie ze źródłem stresu może przyczynić się do zmiany pierwotnej oceny sytuacji jako zagrażającej, na ocenę sytuacji jako wyzwania. Zdaniem Lazarsa i Folkmana (1984) oba procesy (oceny pierwotnej i wtórnej) przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone.

Zawał mięśnia sercowego i związana z nim rekonwalescencja stanowią niewątpliwie sytuację trudną i uważane są za źródło silnego stresu psychologicznego, znajdującego wyraz w doświadczaniu np. depresji, zaburzeń lękowych (Glass, 1977; Kruhn, 1970; Engel 1987; Szyguła-Jurkiewicz 2011). Chorzy po przeżytym zawale z dodatkowo współistniejącą depresją doświadczają silniejszego stresu i większych trudności w ogólnym funkcjonowaniu społecznym. Ponadto pacjenci z postępującą depresją przejawiają niższy poziom motywacji do zmiany trybu życia i podejmowania działań prozdrowotnych (np. zaprzestanie palenia, podejmowania ćwiczeń fizycznych), co niestety wpływa na pogorszenie rokowania (Empana, Jouven, Lemaitre, 2006).

Wydaje się więc, że stan emocjonalny pacjentów po zawale mięśnia sercowego może być dobrym predyktorem przebiegu procesu radzenia sobie ze stresem chorobowym, a co za tym idzie dobrym wskaźnikiem dobrostanu. Potwierdzeniem takiego sposobu rozumowania jest stanowisko Lazarsa, który uważał, że o emocjach możemy mówić zarówno jako o czynnikach poprzedzających radzenie sobie ze stresem, jak i jako o efektach tych działań (Folkman, Lazarus, 1988).

II. Badania własne

1. Problem badawczy i hipotezy

Z przytoczonych powyżej danych wynika, że - wśród wielu różnych czynników - jakość życia seksualnego oraz rodzaj doświadczanych emocji odgrywają istotną rolę w kształtowaniu się dobrostanu pacjentów po przebytych zawale serca. Aby zweryfikować tę kwestie należałoby w sposób empiryczny rozstrzygnąć czy mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego różnią się istotnie od mężczyzn zdrowych (1) pod względem subiektywnej oceny jakości życia seksualnego i (2) w zakresie rodzaju doświadczanych emocji, a także ustalić (3) jaki jest rodzaj związków między rodzajem doświadczanych emocji a subiektywną oceną jakości życia seksualnego.

W naszym przekonaniu pomiar subiektywnej ocena satysfakcji z życia seksualnego powinien dotyczyć takich aspektów życia seksualnego, które wiążą się zarówno z faktycznym funkcjonowaniem w tym obszarze (np. motywacja do uprawiania seksu, częstość podejmowanie aktywności seksualnej itp.), jak i z przekonaniami na temat własnego funkcjonowania w sferze seksualnej (np. samoocena w zakresie seksualności, lęk przed stosunkiem seksualnym, czy stres związany z uprawianiem seksu). Przydatnym z tego punktu widzenia jest wielowymiarowy model seksualności zaproponowany przez Williama E. Snella Jr., Terri D. Fisher i Andrew S. Waltersa (2001). Ich zdaniem satysfakcja seksualna jednostki powinna być rozpatrywana w kontekście: (1) *seksualnej samooceny*, która wyraża się w skłonności do pozytywnej oceny swojej sprawności w kontaktach seksualnych; (2) *zaabsorbowania seksem*, czyli uporczywego i obsesyjnego myślenia na tematy związane z seksem; (3) *wewnętrznej kontroli seksualności*, która odnosi się do przekonania jednostki o możliwości decydowania o seksualnej sferze swojego życia, (4) *samoświadomości seksualności*, czyli skłonności do refleksji i głębszych przemyśleń związanych z własnym seksualnym funkcjonowaniem, (5) *motywacji do uprawiania seksu*, która odnosi się do angażowania się w kontakty seksualne., (6) *stresu związanego z seksem*, to jest skłonności do przeżywania napięcia, niepokoju oraz dyskomfortu związanych z seksualnym wymiarem swojego życia, (7) *asertywności seksualnej*, dotyczącej umiejętności wyrażania własnych seksualnych potrzeb, (8) *depresyjności na tle własnej seksualności*, która wiąże się z doświadczaniem przygnębienia i smutku w związku z własną seksualną aktywnością, (9) *zewnętrznej kontroli seksualności*, która odnosi się do przekonania, że jednostka nie ma kontroli nad własnymi seksualnymi doświadczeniami, (10) *monitoringu seksualności*, czyli skłonności do zwracania uwagi na to, jakie wrażenie robi na innych własna aktywność seksualna, (11) *lęku przed seksualnymi stosunkami*, który wyraża się w doświadczaniu lęku przed angażowaniem się w kontakty

seksualne i (12) *ogólnej satysfakcji z życia seksualnego*, która dotyczy ogólnego poziomu zadowolenia z seksualnej sfery życia¹.

Mając to na uwadze sformułowano następujące hipotezy:

Hipoteza 1 - mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego, co znajduje wyraz w niższej ogólnej satysfakcji z życia seksualnego, niższej samoocenie seksualnej, niższym zaabsorbowaniu seksem, niższej samoświadomości seksualnej, słabszej motywacji do uprawiania seksu, słabszej asertywności w sprawach seksu, niższej wewnętrznej kontroli seksualności, a także w wyższym poziomie stresu związanego z seksem, wyższym poziomie depresyjności na tle własnej seksualności, wyższej zewnętrznej kontroli seksualnej, wyższym poziomie monitoringu własnej seksualności i wyższym poziomie lęku przed stosunkami seksualnymi.

Wiemy już, że utrata zdrowia, rozpatrywana w kategoriach zachwiania równowagi między wymaganiami środowiska a możliwościami jednostki do sprostania im, stanowi źródło silnego stresu, i że różne sposoby interpretacji tej sytuacji (np. jako krzywdy/ straty, zagrożenia, wyzwania) wiążą się z doświadczaniem przez chorego charakterystycznych emocji, które zapoczątkowują określony sposób radzenia sobie (Heszen, 2013). W tej perspektywie emocje jawią się jako zróżnicowane (odrębne) reakcje na wyzwania środowiskowe, spełniając funkcję głównego systemu motywacyjnego, organizując ludzkie spostrzeżenie, poznanie i działania zaradcze (Izard, 1977; Ackerman, Abe i Izard, 1998). W teorii zróżnicowanych emocji (differential-emotions theory DET) Carrolla E. Izarda doświadczanie emocji stanowi cechę świadomości, a można je opisać jako uczucie bądź stan motywacyjny, który obejmuje określoną tendencję do działania (Izard, Ackerman, 2005, s. 331). Wśród podstawowych, odrębnych emocji Izard (1977) wyróżnia: (1) zainteresowanie, (2) radość, (3) zaskoczenie, (4) smutek, (5) złość/ gniew, (6) wstręt, (7) pogardę, (8) wrogość, (9) strach, (10) wstyd, (11) nieśmiałość i (12) poczucie winy, i każda z nich – czy to samodzielnie, czy też jako element szerszego wzorca emocjonalnego – spełnia swoistą funkcję adaptacyjną w zakresie motywowania, organizowania i regulowania zachowania (Izard, Ackerman, 2005).

W związku z tym można sformułować kolejną hipotezę:

Hipoteza 2 - mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom takich emocji jak: zainteresowanie, radość, zaskoczenie) i wyższy poziom takich emocji jak: smutek, złość/ gniew, wstręt, pogardę, wrogość, strach, wstyd, nieśmiałość i poczucie winy).

Niezależnie od przyczyn dysfunkcji seksualnych utrzymywanie się trudności w tej sferze życia stanowi źródło silnego psychologicznego stresu i obniża jakość życia jednostki, mając ogromny wpływ na samoocenę i obraz siebie w zakresie wypełnienia roli mężczyzny, budowania szczęśliwych związków, odczuwania przyjemności i satysfakcji w intymnych

¹ <http://cstl-cla.semo.edu/wesnell/books/sexuality/sexuality.htm>

kontaktach (Baker, 1993). Należy jednak pamiętać, że powiązania między stresem a seksem są znaczące, ale i złożone. Stres z jednej strony może być przyczyną trudności i zaburzeń w sferze seksualnej, z drugiej zaś wystąpienie u jednostki trudności w życiu seksualnym może prowadzić do powstania zaburzeń w obrębie zdrowia psychicznego i poczucia niskiej wartości (Zdrojewicz, Lelakowska 2006). W związku z tym można sformułować następną hipotezę:

Hipoteza 3 - istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Doświadczanie emocji odczuwanych jako pozytywne związane jest z wyższym poziomem jakości życia seksualnego, a doświadczanie emocji odczuwanych jako negatywne współwystępuje z niższym poziomem jakości życia seksualnego.

2. Osoby badane

Badaniami objęto dwie grupy mężczyzn. Grupę badawczą stanowiło 30 mężczyzn po przeżytym zawale mięśnia sercowego, grupę kontrolną 30 mężczyzn zdrowych. Średni wiek w grupie badawczej wynosi 54,33 lata (sd = 5,33), a w grupie kontrolnej - 53,70 lata (sd = 5,59).

3. Narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano dwa kwestionariusze: Skalę Zróżnicowanych Emocji SZE (polską adaptację czwartej wersji Differential Emotions Scale DES-IV, opracowaną przez Carrola E. Izarda) oraz Wielowymiarowy Kwestionariusz Seksualności WKS (polską adaptację Multidimensional Sexuality Questionnaire MSQ, opracowany przez Williama E. Snella Jr., Terri D. Fisher i Andrew S. Waltersa (2001)); oba kwestionariusze w polskiej adaptacji Jarosława Jastrzębskiego.

Skala SZE przeznaczona jest do badania emocji według teorii zróżnicowanych emocji (DET) Carrola E. Izarda. Składa się z 36 stwierdzeń, umożliwiających pomiar częstości doświadczania 12 odrębnych emocji, takich jak: (1) zainteresowanie, (2) radość, (3) zaskoczenie, (4) smutek, (5) złość/gniew, (6) wstręt, (7) pogarda, (8) wrogość (do siebie), (9) strach, (10) wstyd, (11) nieśmiałość, (12) poczucie winy. Zadaniem badanego jest ocenić, jak często na co dzień (zazwyczaj) doświadczają opisanych w kwestionariuszu emocji i uczuć. Osoba badana udziela odpowiedzi posługując się pięciopunktową skalą, w której 1 oznacza, że czuje się tak bardzo rzadko, a 5 oznacza, że czuje się tak bardzo często. Na przykład jak często w swoim codziennym życiu: „czujesz żal, i jest ci przykro z powodu tego co zrobiła(a)s”, albo: „jesteś z czegoś zadowolony(a)y”, albo: „czujesz się tak zakłopotany(a)y, że chciał(a)byś się stać niewidzialny(a)y” (Izard, Libero, Putnam, Haynes, 1993).

Rzetelność polskiej wersji Skali DES-IV szacowano metodą zgodności wewnętrznej i należy ją uznać za zadowalającą. Współczynniki testu alpha Cronbacha wahają się od 0,566 dla skali Zainteresowanie do 0,788 dla skali Wrogość do siebie.

Wielowymiarowy Kwestionariusz Seksualności WKS przeznaczony jest do pomiaru wielu różnych tendencji związanych z ludzką seksualnością. Składa się z 60 stwierdzeń, które tworzą 12 skal: (1) Seksualna samoocena, (2) Zaabsorbowanie seksem, (3) Wewnętrzna seksualna kontrola, (4) Samoświadomość seksualna, (5) Motywacja do uprawiania seksu, (6) Stres/ obawy związany z seksem, (7) Asertywność seksualna, (8) Depresyjność na tle seksualnym, (9) Zewnętrzna seksualna kontrola, (10) Monitoring seksualny, (11) Lęk przed stosunkami seksualnymi, (12) Satysfakcja z życia seksualnego²

MSQ ma zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność skal szacowano metodą zgodności wewnętrznej. Współczynniki alfa Cronbacha wahają się od 0,71 dla skali Samoświadomość seksualna do 0,94 dla skali Zaabsorbowanie seksem. Eksploracyjna analiza czynnikowa potwierdziła strukturę czynnikowa MSQ.

4. Procedura

Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusze indywidualnie. Wcześniej zostali poinformowani, że badanie jest anonimowe i dobrowolne. Mężczyźni z grupy badawczej wypełniali kwestionariusze w Szpitalu Kardiologicznym, zaś grupa kontrolna w swoich domach

5. Wyniki

5.1. Statystyki opisowe oraz badanie normalności rozkładu zmiennych

Przed przystąpieniem do weryfikacji hipotez badawczych przeanalizowano statystyki opisowe oraz zgodność uzyskanych wyników z rozkładem normalnym, dzięki czemu możliwe było dokonanie wyboru odpowiednich testów statystycznych do dalszych analiz.

Na tej podstawie można stwierdzić, że wyniki uzyskiwane przez mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego w połowie skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKSZ w sposób istotny odbiegają od rozkładu normalnego (tabela 1).

Dotyczy to: Seksualnej samooceny, Zaabsorbowania seksem, Motywacji do uprawiania seksu, Stresu związanego z seksem, Zewnętrznej kontroli seksualnej i Monitoringu seksualnego.

² <http://cstlcla.semo.edu/wesnell/books/sexuality/sexuality.htm>

Tabela 1a. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	p
Seksualna samoocena	14,670	3,190	10	20	0,928	0,043
Zaabsorbowanie seksem	11,530	3,030	7	19	0,921	0,029
Wewnętrzna kontrola seksualności	14,670	3,100	9	20	0,956	0,251
Samoświadomość seksualna	16,500	2,370	11	20	0,935	0,067
Motywacja do uprawiania seksu	14,730	3,660	10	22	0,922	0,030
Stres związany z seksem	9,670	2,120	6	15	0,896	0,007
Asertywność seksualna	15,500	2,350	12	21	0,934	0,061
Depresyjność na tle seksualności	10,270	3,200	5	17	0,953	0,206
Zewnętrzna kontrola seksualności	10,200	1,950	5	16	0,826	0,000
Monitoring seksualny	10,470	3,780	5	21	0,926	0,038
Lęk przed stosunkami seksualnymi	12,570	2,910	7	18	0,965	0,405
Satysfakcja z życia seksualnego	16,900	3,870	10	24	0,967	0,451

W grupie mężczyzn zdrowych wyniki wszystkich skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w sposób istotny odbiegają od rozkładu normalnego (tabela 2).

Tabela 2. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn zdrowych (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	p
Seksualna samoocena	21,530	1,610	15	24	0,723	0,001
Zaabsorbowanie seksem	20,230	1,810	14	23	0,614	0,001
Wewnętrzna kontrola seksualności	21,900	2,930	8	24	0,523	0,001
Samoświadomość seksualna	21,600	2,470	10	24	0,539	0,001
Motywacja do uprawiania seksu	19,030	3,800	10	24	0,822	0,001
Stres związany z seksem	8,270	3,600	6	20	0,696	0,001
Asertywność seksualna	20,700	2,440	14	24	0,824	0,001
Depresyjność na tle seksualnym	8,100	2,200	5	15	0,777	0,001
Zewnętrzna kontrola seksualności	9,300	2,910	5	16	0,821	0,001
Monitoring seksualny	16,070	5,380	5	20	0,738	0,001
Lęk przed stosunkami seksualnymi	10,330	2,190	6	17	0,721	0,001
Satysfakcja z życia seksualnego	22,800	3,340	8	25	0,542	0,001

Podobnie sprawa wygląda w przypadku wyników uzyskiwanych przez mężczyzn po przebytych zawale serca (tabela 3) i mężczyzn zdrowych (tabela 4) w Skali Zróżnicowanych Emocji SZE; większość wyników – poza jednym dotyczącym Radości – charakteryzowała się rozkładem istotnie odbiegającym od rozkładu normalnego.

Tabela 3. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Skali Zróżnicowanych Emocji SZE w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro- Wilka	P
Zainteresowanie	8,970	1,900	5	14	0,927	0,040
Radość	9,270	2,260	5	14	0,945	0,125
Zaskoczenie	6,500	1,700	4	13	0,731	0,000
Smutek	5,970	1,430	3	8	0,888	0,004
Złość/ Gniew	7,070	1,200	5	9	0,903	0,010
Wstręt	5,900	1,090	4	9	0,875	0,002
Pogarda	6,070	1,720	3	11	0,866	0,001
Wrogość (do siebie)	4,930	1,080	3	8	0,901	0,009
Strach	5,700	1,530	3	9	0,930	0,048
Wstyd	5,700	1,730	3	10	0,907	0,013
Nieśmiałość	5,400	1,250	3	8	0,908	0,013
Poczucie winy	6,530	1,740	4	10	0,926	0,038

Na tej podstawie podjęto decyzję o zastosowaniu w dalszych analizach testów nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya do badania istotności różnic między dwiema grupami mężczyzn oraz testu rho-Spearmana do badania związków między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Tabela 4. Średnie, odchylenia standardowe, minima i maksima oraz współczynniki testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych skal Skali Zróżnicowanych Emocji SZE w grupie mężczyzn zdrowych (n=30)

Skale	M	SD	Min	Max	test Shapiro-Wilka	P
Zainteresowanie	11,030	2,170	5	14	0,913	0,017
Radość	10,570	2,180	7	15	0,890	0,005
Zaskoczenie	7,830	3,290	4	13	0,809	0,000
Smutek	6,630	1,380	4	9	0,835	0,000
Złość/ Gniew	8,030	3,070	4	15	0,738	0,000
Wstręt	6,770	2,310	4	12	0,881	0,003
Pogarda	5,830	3,030	3	12	0,840	0,000
Wrogość (do siebie)	5,100	0,800	3	8	0,560	0,000
Strach	5,770	2,250	3	12	0,841	0,000
Wstyd	5,530	2,570	3	12	0,853	0,001
Nieśmiałość	6,300	2,020	3	11	0,708	0,000
Poczucie winy	7,530	2,010	4	13	0,927	0,042

5.2. Jakość życia seksualnego u mężczyzn zdrowych i mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego

W kolejnym kroku analizy statystycznej weryfikacji poddano hipotezę 1, według której mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego.

Tabela 5. Różnice między mężczyznami po przebytych zawale mięśnia sercowego a mężczyznami zdrowymi w zakresie jakości życia seksualnego

	Mężczyźni i chorzy		Mężczyźni i zdrowi		Z	P
	M	SD	M	SD		
Seksualna samoocena	14,670	3,190	21,530	1,610	-6,395	0,000
Zaabsorbowanie seksem	11,530	3,030	20,230	1,810	-6,551	0,000
Wewnętrzna kontrola seksualności	14,670	3,100	21,900	2,930	-6,159	0,000
Samoświadomość seksualna	16,500	2,370	21,600	2,470	-6,157	0,000
Motywacja do uprawiania seksu	14,730	3,660	19,030	3,800	-4,051	0,000
Stres związany z seksem	9,670	2,120	8,270	3,600	3,154	0,002
Asertywność seksualna	15,500	2,350	20,700	2,440	-5,698	0,000
Depresyjność na tle seksualnym	10,270	3,200	8,100	2,200	3,304	0,001
Zewnętrzna kontrola seksualności	10,200	1,950	9,300	2,910	1,118	0,264
Monitoring seksualny	10,470	3,780	16,070	5,380	-3,863	0,000
Lęk przed stosunkami seksualnymi	12,570	2,910	10,330	2,190	3,312	0,001
Satysfakcja z życia seksualnego	16,900	3,870	22,800	3,340	-5,582	0,000

Z danych zaprezentowanych w tabeli 5 wynika, że porównywane grupy różnią się istotnie w zakresie jedenastu spośród dwunastu skal Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS.

Mężczyźni po przebytych zawale serca charakteryzują się istotnie niższymi wynikami w takich skalach, jak: Samoocena seksualna, Zaabsorbowanie seksem, Wewnętrzna kontrola seksualna, Samoświadomość seksualna, Motywacja do uprawiania seksu, Asertywność seksualna, Monitoring seksualny i Satysfakcja z życia seksualnego, a jednocześnie wyższymi wynikami w takich skalach, jak: Stres związany z seksem, Depresyjność na tle seksualnym i Lęk przed stosunkami seksualnymi. Na tej podstawie można stwierdzić, że zgodnie z oczekiwaniami mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego przejawiają istotnie niższy poziom jakości życia seksualnego.

5.3. Rodzaj doświadczanych emocji u mężczyzn zdrowych i mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego

Następnie weryfikacji poddano hipotezę 2, według której mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu z mężczyznami zdrowymi ujawniają niższy poziom emocji odczuwanych jako pozytywne i wyższy poziom emocji odczuwanych jako negatywne. Dane na ten temat zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6. Różnice między mężczyznami po przebytych zawale mięśnia sercowego a mężczyznami zdrowymi w zakresie jakości życia seksualnego

Skale	Mężczyźni chorzy		Mężczyźni zdrowi		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zainteresowanie	8,970	1,900	11,030	2,170	-3,846	0,000
Radość	9,270	2,260	10,570	2,180	-2,102	0,036
Zaskoczenie	6,500	1,700	7,830	3,290	-0,502	0,615
Smutek	5,970	1,430	6,630	1,380	-1,396	0,163
Złość/ gniew	7,070	1,200	8,030	3,070	-0,927	0,354
Wstręt	5,900	1,090	6,770	2,310	-1,324	0,185
Pogarda	6,070	1,720	5,830	3,030	-1,099	0,272
Wrogość (do siebie)	4,930	1,080	5,100	0,800	-0,910	0,363
Strach	5,700	1,530	5,770	2,250	-0,653	0,514
Wstyd	5,700	1,730	5,530	2,570	-0,555	0,579
Nieśmiałość	5,400	1,250	6,300	2,020	-1,617	0,106
Poczucie winy	6,530	1,740	7,530	2,010	-1,819	0,069

Na ich podstawie można stwierdzić, że porównywane grupy różnią się między sobą w zakresie dwóch spośród dwunastu skal Skali Zróżnicowanych Emocji: mężczyźni po przebytych zawale serca uzyskują istotnie niższe wyniki w skali Zainteresowanie i w skali Radość. Oznacza to, że mężczyźni chorzy istotnie rzadziej doświadczają takich emocji jak: zainteresowanie i radość. Wyniki te pozwalają zaobserwować pewną – choć nieistotną statystycznie – prawidłowość, zgodnie z którą mężczyźni zdrowi w porównaniu z mężczyznami po zawale serca intensywniej doświadczają na co dzień większości spośród dwunastu badanych emocji.

5.4. Związki między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego

W ostatnim kroku analizy statystycznej weryfikacji poddano hipotezę 3, według której istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Analiza korelacji rho-Spearmana między wynikami Skali Zróżnicowanych Emocji SZE a wynikami Wielowymiarowego Kwestionariusza Seksualności WKS w grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego (tabele 7a i 7b) ujawniła szereg istotnych zależności.

Tabela 7a. Współczynniki testu korelacji rho-Spearmana między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego w grupie mężczyzn po przebytych zawale serca (n=30)

	Zainteresowanie	Radość	Zaskoczenie	Smutek	Złość/gniew	Wstręt
Seksualna Samoocena	0,458*	0,650**	0,343	0,014	0,656**	0,244
Zaabsorbowanie Seksem	-0,250	-0,044	0,232	0,027	0,269	0,201
Wewnętrzna kontrola seksualności	0,201	0,304	0,553**	0,364*	0,353	0,006
Samoświadomość Seksualna	0,462*	0,405*	0,235	0,150	0,635**	0,122
Motywacja do uprawiania seksu	0,187	0,341	0,364*	0,228	0,530**	0,074
Stres związany z seksem	-0,475**	-0,430*	0,248	0,229	-0,174	0,247
Asertywność Seksualna	-0,426*	-0,241	0,413*	0,14	0,05	0,381*
Depresyjność na tle seksualności	-0,127	-0,358	0,194	0,471**	-0,495**	-0,069
Zewnętrzna kontrola seksualności	-0,095	-0,041	0,352	0,183	-0,043	-0,215
Monitoring Seksualny	-0,365*	-0,326	0,263	0,205	-0,333	-0,06
Lęk przed stosunkami seksualnymi	-0,088	-0,218	-0,579**	-0,361	-0,425*	-0,272
Satysfakcja z życia seksualnego	0,692**	0,611**	-0,011	-0,154	0,519**	0,230

* p<0,05

** p<0,01

W grupie mężczyzn po zawale serca Seksualna samoocena koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ($\rho = 0,458$; $p < 0,05$) i Radością ($\rho = 0,650$; $p < 0,001$), a także ze Złością/ gniewem ($\rho = 0,656$; $p < 0,01$). Oznacza to, że wyższej samoocenie seksualnej towarzyszy tendencja do częstszego doświadczania takich emocji jak zainteresowanie i radość, ale i złość/ gniew.

Tabela 7b. Współczynniki testu korelacji rho-Spearmana między rodzajem doświadczanych emocji a jakością życia seksualnego

	Pogarda	Wrogość (do siebie)	Strach	Wstyd	Nieśmiałość	Poczucie winy
Seksualna Samoocena	0,090	-0,027	0,215	-0,272	-0,331	0,193
Zaabsorbowanie Seksem	-0,014	0,299	0,120	0,292	0,192	-0,152
Wewnętrzna kontrola seksualności	0,140	0,109	0,125	-0,107	-0,132	0,544**
Samoświadomość Seksualna	-0,058	-0,015	0,073	-0,151	-0,257	0,211
Motywacja do uprawiania seksu	0,123	0,148	0,282	-0,053	-0,213	0,145
Stres związany z seksem	0,062	0,504**	0,137	0,440*	0,311	0,207
Asertywność Seksualna	0,197	0,415*	0,243	0,368*	0,548**	-0,012
Depresyjność na tle seksualności	0,205	0,315	0,356	0,316	0,343	0,423*
Zewnętrzna kontrola seksualności	0,177	0,418*	0,283	0,023	0,114	0,526**
Monitoring Seksualny	0,212	0,557**	0,125	0,240	0,322	0,243
Lęk przed stosunkami seksualnymi	-0,227	-0,172	-0,146	-0,128	-0,046	-0,267
Satysfakcja z życia seksualnego	-0,235	-0,187	0,193	-0,395*	-0,430*	0,020

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Wewnętrzna kontrola seksualności wiąże się dodatnio ze Smutkiem ($\rho = 0,364$; $p < 0,05$) i Zaskoczeniem ($\rho = 0,553$; $p < 0,01$), a także z Poczuciem winy ($\rho = 0,544$; $p < 0,01$). Na tej podstawie można stwierdzić, że mężczyźni, charakteryzujący się wewnętrzną kontrolą seksualną częściej doświadczają zaskoczenia, smutku i poczucia winy.

Samoświadomość seksualna koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ($\rho = 0,462$; $p < 0,05$) i Radością ($r = 0,405$; $p < 0,05$), a także ze Złością/ gniewem ($\rho = 0,635$; $p < 0,001$). Zatem wyższa samoświadomość seksualna sprzyja odczuwaniu zainteresowania i radości, ale również złości/ gniewu.

Motywacja do uprawiania seksu jest dodatnio skorelowana z Zaskoczeniem ($\rho = 0,364$; $p < 0,05$) i Złością/ gniewem ($\rho = 0,530$; $p < 0,01$). Co oznacza, że wraz ze wzrostem

częstości doświadczania zaskoczenia i złości/ gniewu rośnie motywacja do uprawiania seksu.

Stres związany z seksem koreluje ujemnie z Zainteresowaniem ($\rho = -0,475$; $p < 0,01$) i Radością ($\rho = -0,430$; $p < 0,05$), a także dodatnio z Wrogością do siebie ($\rho = 0,504$; $p < 0,01$) i Wstydem ($\rho = 0,440$; $p < 0,05$). Oznacza to, że im silniejszy stres związany z seksem, tym rzadziej doświadczane są takie emocje jak zainteresowanie i radość, i częstsze doświadczanie takich emocji, jak wrogość do siebie i wstyd.

Asertywność seksualna koreluje ujemnie z Zainteresowaniem ($\rho = -0,426$; $p < 0,05$), a także dodatnio, z Zaskoczeniem ($\rho = 0,413$; $p < 0,05$), Wstrętem ($\rho = 0,381$; $p < 0,05$), Wrogością do siebie ($\rho = 0,415$; $p < 0,05$) i Wstydem ($\rho = 0,368$; $p < 0,05$), i Nieśmiałością ($\rho = 0,548$; $p < 0,01$). Pozwala to stwierdzić, że asertywności w sprawach związanych z seksem sprzyja częstość odczuwania takich emocji, jak: zaskoczenie, wstręt, wrogość do siebie i wstyd.

Depresyjność na tle seksualności jest dodatnio skorelowana ze Smutkiem ($\rho = 0,471$; $p < 0,01$) i Poczuciem winy ($\rho = 0,423$; $p < 0,05$) oraz ujemnie ze Złością/gniewem ($\rho = -0,495$; $p < 0,01$). Oznacza to, że im częściej mężczyźni doświadczają smutku i poczucia winy, tym bardziej są depresyjni na tle seksualności.

Skala zewnętrznej kontroli seksualności koreluje dodatnio z Wrogością do siebie ($\rho = 0,418$; $p < 0,05$) i Poczuciem winy ($\rho = 0,526$; $p < 0,01$). Można przez to rozumieć, że doświadczanie wrogości do siebie i poczucia winy towarzyszy silniejszemu poczuciu, że kontrolowanie seksualności nie leży w mocy jednostki

Ujemna korelacja Monitoringu seksualnego z Zainteresowaniem ($\rho = -0,365$; $p < 0,05$) i dodatnia z Wrogością do siebie ($\rho = 0,557$; $p < 0,01$) sugerują, że wraz ze spadkiem częstotliwości doświadczania zainteresowania i wzrostem częstotliwości doświadczania wrogości do siebie rośnie tendencja do koncentracji na tym, jak inni postrzegają życie seksualnego jednostki.

Lęk przed stosunkami seksualnym wiąże się ujemnie z Zaskoczeniem ($\rho = -0,579$; $p < 0,001$) i ze Złością/ gniewem ($\rho = -0,425$; $p < 0,05$). Oznacza to, że mężczyźni obawiający się stosunków seksualnych rzadziej doświadczają zaskoczenia oraz złości/ gniewu.

Ogólna satysfakcja z życia seksualnego koreluje dodatnio z Zainteresowaniem ($\rho = 0,692$; $p < 0,001$), Radością ($r = 0,611$; $p < 0,001$) i Złością/ gniewem ($\rho = 0,519$; $p < 0,01$), a także ujemnie ze Wstydem ($\rho = -0,395$; $p < 0,05$) i Nieśmiałością ($\rho = -0,430$; $p < 0,05$). Na tej podstawie można stwierdzić, że im wyższa satysfakcja z życia seksualnego u badanych mężczyzn, tym częściej doświadczają zainteresowania, radości i złości/ gniewu, a rzadziej wstydu i nieśmiałości.

5.5. Dyskusja wyników

Celem przedstawionych badań było ustalenie emocjonalnych uwarunkowań jakości życia seksualnego mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego. Weryfikacji poddano

trzy hipotezy. Według pierwszej z nich mężczyźni po przebytych zawale mięśnia sercowego ujawniają niższy poziom jakości życia seksualnego. Wyniki badań potwierdziły tę hipotezę. Mężczyźni z grupy badawczej w porównaniu z mężczyznami zdrowymi charakteryzowali się: słabszą tendencją do pozytywnej oceny swojej sprawności w kontaktach seksualnych, słabszą tendencją do myślenia na tematy związane z seksem, słabszym przekonaniem o możliwości decydowania o seksualnej sferze życia, mniejszą skłonnością do refleksji i przemyśleń związanych z seksualnym funkcjonowaniem, słabszą motywacją do angażowania się w kontakty seksualne, silniejszą skłonnością do przeżywania napięcia, niepokoju i dyskomfortu w związku z seksualnym wymiarem swojego życia, mniejszą asertywnością w aspektach, dotyczących wyrażania seksualnych potrzeb, doświadczaniem takich uczuć, jak: przygnębienie i smutek w odniesieniu do seksualnej aktywności, słabszą skłonnością do zwracania uwagi na to, jakie wrażenie robi na innych własna aktywność seksualna, silniejszym lękiem przed angażowaniem się w kontakty seksualne i generalnie niższym poziomem zadowolenia z seksualnej sfery życia.

Niższa samoocena i zadowolenie są wynikiem ubytku zdrowotnego, który jest nie tylko przyczyną szybszej (większej) męczliwości, ale i przewagi negatywnych cech określających własną osobę. Wszystko to przekłada się na gorsze samopoczucie, niski poziom zdolności do kontroli wewnętrznej, a także na większą wrażliwość na stres, oraz podatność doświadczania lęku i obniżonego nastroju. Niski poziom satysfakcji z życia seksualnego zarejestrowany u osób z grupy badawczej stanowi również sygnał braku wiary w siebie i bierność, która przeważa nad aktywnym trybem życia. Jest to efekt tak zwanych „przywilejów chorobowych”, które stanowią pułapkę dla ludzi zmagających się z chorobą i powodują w nich niekorzystne zmiany, takie jak: rozleniwienie, uzależnienie od personelu medycznego, roszczeniowy stosunek do otoczenia, pogorszenie relacji z innymi ludźmi. Ustalenia te znajdują potwierdzenie we wcześniejszych badaniach, prowadzonych w ramach psychologii emocji i motywacji, psychologii osobowości i psychologii zdrowia (Tylka, 2000; Zdrojewicz, 2008; Gasiul, 2007).

Według hipotezy 2 mężczyźni po przebytych zawale serca różnią się od mężczyzn zdrowych pod względem doświadczanych emocji. Hipoteza ta potwierdziła się częściowo, jedynie w odniesieniu do emocji odczuwanych jako pozytywne. Badania wykazały, że mężczyźni z grupy badawczej istotnie rzadziej doświadczają takich emocji jak zainteresowanie i radość. Świadomość choroby i wynikająca z tego niepewność co do przyszłości, a także konieczność stałego przyjmowania leków, okresowe wizyty kontrolne u lekarza specjalisty (kardiologa) znajduje wyraz w swoistym „przytępieniu” emocjonalnym, ale też prowadzi do obniżenia życiowego optymizmu. Postawa taka odbija się również na jakości życia pacjentów po przebytych zawale serca (Tylka, 2000; Dolinska-Zygmunt, Nomejko, 2012).

Według ostatniej trzeciej hipotezy należało oczekiwać, że istnieje związek między jakością życia seksualnego a rodzajem doświadczanych emocji. Hipoteza ta została potwierdzona częściowo. Ujawnione w badaniach związku pomiędzy jakością życia

seksualnego a rodzajem doświadczanych u mężczyzn zmagających się z chorobą wieńcową serca są wynikiem uszczerbku na zdrowiu. W codziennym życiu towarzyszy im świadomość zagrożeń związanych z chorobą oraz wynikających z tego ograniczeń w funkcjonowaniu w życiu społecznym. Uzyskane przez nas wyniki wpisują się w dotychczasowy kierunek badań (Tylka, 2000; Juczyński, 1999; Wojciszke, 2006; Puchalski, 2013).

Podsumowując można stwierdzić, że zmaganie się z chorobą wieńcową serca jest schorzeniem, które stanowi nie tylko poważne zagrożenie dla zdrowia somatycznego, ale dotyka też sfery psychicznej, emocjonalnej. Fakt przebytego zawału oraz pozawałowa niewydolność serca mogą potęgować zaburzenia funkcji seksualnych, wpływać negatywnie na życie płciowe, a co za tym idzie na relacje z partnerem. Satysfakcja z życia seksualnego i spełnienie seksualne są pozytywnie skorelowane z jakością życia w ogóle. Jako że przyczyną niskiej jakości życia seksualnego mężczyzn z chorobą wieńcową są dysfunkcje seksualne powiązane z „przytępioną” zdolnością doświadczania różnych rodzajów emocji, należy założyć, że skuteczna psychoterapia, nakierowana na „uwolnienie” emocji, może w istotny sposób przyczynić się do podniesienia poziomu jakości życia pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Bibliografia:

- Ackerman, B. P., Abe, J.A., Izard, C. E. (1998). *Differential emotions theory and emotional development: Mindful of modularity*, (w:) M. F. Mascolo, S. Griffin (red.), *What develops is emotional development?* (s. 85-106). New York: Plenum Press.
- Arrington, R., Cofrances, J., Wu, A. (2004), Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643-1658.
- Baker, C. A. (1993). *Cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual Dysfunction*, (w:) J. Ussher, C. Baker (red.), *Psychological perspectives on sexual problems: new directions in theory and practice* (s. 110-128). London: Routledge.
- Dolińska-Zygmunt, G., Nomejko, A. (2012). *Satysfakcja seksualna i samoocena a poczucie jakości życia*, (w:) J. Miniszewska, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 171-180). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Drory, Y., Shapira, I., Pines, E. Z. (1995). Myocardial ischaemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 75, 835-837.
- Empana, J. P., Jouven, X., Lemaitre, R. N. (2006). Clinical depression and risk of out-of-hospital cardiac arrest. *Archives of Internal Medicine*, 166, 195-200.
- Engel, B. T. (1987). Cardiovascular reactivity as behavior. *American Journal of Cardiology*, 60, 31-81.
- Filipiak, K. J. (2009). *Problem dysfunkcji erekcji - okiem kardiologa*, (w:) Z. Lew-Starowicz, A. Mamcarz, P. Radziszewski, K.J. Filipiak, B. Puchalski, J. Szeligowska (red.), *Kardioseksuologia* (s. 95-101). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Medical Education.

- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Foxwell, R., Morley, C., Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 211-222.
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Glass, D. C. (1977). Stress behavior patterns and coronary artery disease. *North American Journal of Medical Sciences*, 65, 177-187.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: PWN.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E., Ackerman, B. P. (2005). *Motywacyjne, organizacyjne i regulujące funkcje odrębnych emocji*, (w:) M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 327-341). Gdańsk: GWP.
- Jaarsma, T., Dracup, K., Walden, J. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart Lung*, 25, 262-270.
- Jackson, G., Rosen, R. C., Kloner, R. A., Kostis, J. B. (2006). The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Car-diac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 28-36.
- Juczyński, Z. (1999). Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 43.
- Kruhn, J. G., Thurman, A. E., Chandler, B. C., Bruce, A. (1970). Patients reactions to death in a coronary care unit. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 65-75.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazaurs, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-22.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10*. Rozdział 5. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994, s. 32.
- Muller, J. E., Mittleman, M. A., Maclure, M. (1996). Determinants of Myocardial Infarction Onset Study investiga-tors: triggering of acute myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. *American Journal of Cardiology*, 275, 1405-1409.
- Puchalski, B., Szymański, F. M., Kowalik, R., Filipiak, K. J. (2013b). Ocena zachowań seksualnych mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po zawale serca, *Seksuologia Polska*, 11, 22-45.
- Puchalski, B., Szymański, F., Kowalik, R., Filipiak K. J. (2013a). Dysfunkcje seksualne u mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po przebytym zawale serca. *Psychiatria Polska*, 47, 811-850.

- Roose, S. P., Seidman, S. N. (2000). Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *American Journal of Cardiology*, 86, 38-40.
- Rosen, C., Bachmann, G. (2008). Sexual Well-Being, Happiness, and Satisfaction, in Women: The Case for a New Conceptual Paradigm, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291-297.
- Ruzic, A., Persic, V., Miletic, B. (2007). Erectile dysfunction after myocardial infarction - myth or a real problem? *Collegium Antropologicum*, 1, 185-188.
- Schwarz, E. R., Kapur, V., Bionat, S. (2008). The Prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research*, 20, 85-91.
- Shipper, H. (1990). Quality of life: principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychological Oncology*, 8, 171-185.
- Szyguła-Jurkiewicz, B., Szymik, M., Mrozowska, B., Schmidt, B., Michalak, A. (2011). Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca. *Choroby Serca i Naczyń*, 8 (2), 62-68.
- Szymański, F. M., Filipiak, K. J., Hryniewicz-Szymańska, A. (2011). The high risk of obstructive sleep apnea - an independent risk factor of erectile dysfunction in ST segment elevation myocardial infarction patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1434-1438.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Vacanti, L. J., Caramelli, B. (2005). Age and psychologic disorders. Variables associated to post-infarction sexual dysfunction. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85, 110-114.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27 (3), 295-307.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., Walters, A. S. (2001). *The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality*, (w:) W.E. Snell, Jr. (ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications.
WEB: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zdrojewicz, Z. (2013). Zaburzenia erekcji a choroby układu krążenia. *Seksuologia Polska*, 11(1), 29-39.
- Zdrojewicz, Z., Lelakowska, K. (2006). Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska*, 4(2), 69-79.