

Paweł Piątkiewicz¹, Tomasz Krasuski², Agnieszka Maksymiuk-Kłós¹, Krzysztof Owczarek²

¹Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zaburzenia seksualne u chorych na cukrzycę — ważne i pomijane powikłanie

Sexual dysfunction in diabetic patients — an important and overlooked complication

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Piåtkiewicz PJ, Krasuski T, Maksymiuk-Kłós A, Owczarek K. Sexual dysfunction in diabetic patients — an important and overlooked complication. Clin Diabetol 2017; 6, 4: 119–125. DOI: 10.5603/DK.2017.0020.

Należy cytować wersję pierwotną.

STRESZCZENIE

Wstęp. Na cukrzycę choruje ponad 415 mln światowej populacji. W Polsce liczba ta sięga 3 milionów, z czego ponad milion pacjentów nie wie o swojej chorobie. Duża liczba chorych na cukrzycę zmaga się z licznymi powikłaniami nieprawidłowo kontrolowanej glikemii, w tym z zaburzeniami sfery seksualnej.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano trzyczęściowy kwestionariusz własnego autorstwa dotyczący oceny satysfakcji seksualnej pacjentów z cukrzycą. Udział w badaniu wzięło 110 chorych na cukrzycę. Średnia wieku osób badanych wynosiła 42,2 (SD = 15,82). **Wyniki.** Najczęściej zgłaszanym przez chorych na cukrzycę problemem z zakresu życia seksualnego była utrata lub spadek zainteresowania seksem. Ponad 40% pacjentów jest niezadowolonych ze swojego życia seksualnego. Połowa badanych prowadzi życie seksualne niezgodne ze swoimi wyobrażeniami. Osoby badane, które stosują iniekcje z insuliny, miały istotnie mniejszy poziom satysfakcji seksualnej niż pacjenci korzystający z pompy insulinowej.

Wnioski. Zadowolenie z życia seksualnego to ważna składowa dobrostanu pacjenta. Osoby z cukrzycą rzadko oceniają swoje życie jako satysfakcjonujące. Wyniki badania otwierają przed specjalistami przestrzeń do

pracy, której efektem będzie poprawa jakości życia seksualnego pacjentów z cukrzycą.

Słowa kluczowe: zaburzenia seksualne, cukrzyca, powikłania cukrzycy

ABSTRACT

Introduction. Diabetes affects over 415 million of the world population. In Poland, the number of diabetics reaches 3 million people with more than one million of patients unaware about their disease. A large number of people with diabetes struggle with numerous complications including area of sexual dysfunction, resulting from improperly controlled blood glucose.

Material and methods. The study used a proprietary three-part questionnaire for the evaluation of sexual satisfaction in patients with diabetes. Participation in the study included 110 patients with diabetes. The average age of the respondents was 42.2 (SD = 15.82). **Results.** The loss or decrease of interest in sex life were the most frequently reported by patients with diabetes problems in the field of sex life. More than 40% of patients are dissatisfied with their sex lives. Half of the patients have the sex life contrary to their expectations. The respondents using insulin injections had significantly lower level of sexual satisfaction than patients using insulin pumps.

Conclusions. Satisfaction with sex life is a key component of the patient's wellbeing. People with diabetes rarely evaluate their lives as satisfactory. The results of the study open the working area for professionals, which will result in improving the quality of sex life of patients with diabetes. We hope that the results

Adres do korespondencji:

lek. Agnieszka Maksymiuk-Kłós

Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii

i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa

e-mail: agamaksymiuk@gmail.com

Tłumaczenie: lek. Małgorzata Kamińska

Nadesłano: 28.07.2017

Przyjęto do druku: 16.08.2017

of our research will contribute to improving patients quality of life by encouraging physicians to pay closer attention to the realm of sex as important source of patient satisfaction.

Key words: sexual disorders, diabetes, diabetes complications

Wstęp

Zgodnie z definicją *American Diabetes Association* (ADA) i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) cukrzyca to grupa chorób metabolicznych cechujących się hiperglikemią spowodowaną zaburzeniami wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekłe podwyższone stężenie glukozy we krwi prowadzi do uszkodzenia, dysfunkcji lub niewydolności wielu narządów [1–3].

Jak wskazują dane opublikowane w najnowszym, siódmym wydaniu Atlasu *International Diabetes Federation* (IDF), na cukrzycę choruje ponad 415 milionów ludzi na świecie, tj. około 8,8% światowej populacji. Dodatkowo u 318 milionów osób występuje nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, *impaired glucose tolerance*) — zaburzenie związane z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy. Prognozuje się, że do 2040 roku liczba chorych na cukrzycę wzrośnie do 642 milionów (10,4%). W stanach Zjednoczonych cukrzyca jest jedyną niezakaźną chorobą o statusie epidemii [4]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) umieściła cukrzycę, wraz z nadciśnieniem tętniczym i paleniem tytoniu, na liście najważniejszych czynników ryzyka przedwczesnego zgonu [5]. Obecnie co 11 osoba na świecie choruje na cukrzycę. W krajach rozwiniętych 91% wszystkich przypadków cukrzycy stanowi cukrzyca typu 2. W Polsce liczbę chorych na cukrzycę szacuje się na poziomie ponad 3 milionów, z czego milion osób nie wie o swojej chorobie. Nasz kraj zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Europie pod względem częstości występowania cukrzycy (9,03%). Systematyczny wzrost zapadalności na cukrzycę zarówno w Polsce, jak i na świecie jest spowodowany zmianami społeczno-kulturowymi [6]. Zmianom diety towarzyszy drastyczne zmniejszenie aktywności fizycznej [7], co prowadzi do coraz powszechniejszego występowania otyłości [8]. Cukrzyca i otyłość są niezależnymi czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. U chorych na cukrzycę z niedostateczną kontrolą glikemii występuje wysokie ryzyko rozwoju powikłań mikro- i makronaczyniowych, którym dodatkowo sprzyja towarzysząca otyłość [9, 10]. Ponadto u chorych na cukrzycę często występują powikłania nerkowe, neurologiczne i oczne. Najlepszą metodą zapobiegania zarówno wczesnym,

jak i odległym powikłaniem cukrzycowym jest odpowiednia kontrola glikemii.

Powikłania spowodowane złą kontrolą glikemii dotyczą wielu narządów i układów oraz mogą mieć zarówno ostry, jak i przewlekły charakter. Powikłania cukrzycy mogą również bezpośrednio lub pośrednio wpływać na jakość życia seksualnego chorych [11]. Badania wskazują na występowanie różnorodnych zaburzeń seksualnych u chorych na cukrzycę, a zaburzenia te występują częściej w tej grupie chorych niż w zdrowej populacji [12]. Lekarze wiedzą o występowaniu tego powikłania i jego znaczeniu dla pacjentów. Patogeneza problemów w sferze życia seksualnego chorych na cukrzycę jest wieloczynnikowa. Istotne znaczenie mają zmiany organiczne wynikające bezpośrednio z obecności choroby [13]. Inną grupę stanowią czynniki psychologiczne, które mogą być bezpośrednio spowodowane przez cukrzycę lub być blisko związane z chorobą [14, 15].

Problemy dotyczące życia seksualnego u mężczyzn mają często podłoże biologiczne, natomiast u kobiet dominuje etiologia psychogenna [13, 16].

Trudności w sferze seksualnej mogą być spowodowane zmianami w układzie naczyniowym, nerwowym, endokrynnym lub metabolicznym [17–19]. U chorych mogą występować zaburzenia funkcji seksualnych wynikające z chorób współistniejących, będących następstwem cukrzycy. Na pogorszenie jakości życia seksualnego istotnie wpływa depresja [14, 20, 21]. Do powstawania problemów w sferze seksualnej przyczyniają się również: stres [22], otyłość, negatywna ocena własnego ciała, obniżona samoocena [14, 23, 24], pogorszenie relacji z partnerem, problem ze znalezieniem partnerów seksualnych i izolacja społeczna, a także lęk przed ciążą wynikający z obawy przed możliwymi powikłaniami cukrzycowymi u matki i dziecka [12, 14]. Badanie przeprowadzono w celu oceny satysfakcji seksualnej u chorych na cukrzycę.

Materiał i metody

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano narzędzia własnego autorstwa w postaci trzyczęściowego kwestionariusza. Pierwsza część zawierała pytania dotyczące danych demograficznych: płci, wieku, poziomu wykształcenia, daty rozpoznania cukrzycy i liczby partnerów seksualnych.

Druga część zawierała opis sześciu sytuacji obrazujących możliwe zmiany zachowań seksualnych — od całkowitego zaprzestania aktywności seksualnej przez brak zmian w życiu seksualnym do zwiększonej aktywności w tej sferze. Uwzględniono także sytuacje, kiedy chorzy podejmują działania substytucyjne, takie jak:

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji

Zmienna	Podgrupa	N	%
Wiek	Ogółem	42,2	–
Płeć	Męska	60	54,5%
	Żeńska	50	45,5%
Miejsce zamieszkania	Wieś	16	14,4%
	Miasto poniżej 10 000 mieszkańców	14	12,6%
	Miasto 10–50 000 mieszkańców	10	9%
	Miasto 50–100 000 mieszkańców	12	10,7%
	Miasto powyżej 100 000 mieszkańców	58	53,3%
Wykształcenie	Podstawowe	6	6%
	Zawodowe	30	27,5%
	Średnie	34	31%
	Policealne	8	8%
	Wyższe	30	27,5%
Sytuacja materialna	Zła	8	7,5%
	Przeciętna	54	50%
	Dobra	44	40,7%
	Bardzo dobra	2	1,8%
W stałym związku	Nie	80	72,7%
	Tak	28	27,3%

masturbacja, wycofanie się z relacji seksualnej z inną osobą („Moje obecne życie zmieniło się po usłyszeniu diagnozy. Obecnie zrezygnowałem/-am z większości form aktywności seksualnej. Od postawienia diagnozy podejmowałem/-am aktywność seksualną sporadycznie i/lub uprawiałem/-am masturbację”). Chorzy mogą również wybrać sytuację, w której zachowania seksualne zostają zastąpione zwiększeniem bliskości emocjonalnej („Moje obecne życie zmieniło się po usłyszeniu diagnozy. Obecnie bardziej zależy mi na odczuwaniu bliskości emocjonalnej z partnerem/partnerką niż na aktywności seksualnej. Wolę na przykład spędzać czas z partnerem/partnerką, przytulać się, rozmawiać”). W poleceniu zamieszczono instrukcję, że należy wybrać opis najlepiej odpowiadający sytuacji pacjenta.

Trzecia część dotyczyła oceny satysfakcji seksualnej. Opracowano ją z wykorzystaniem narzędzi opartych na kwestionariuszu oceny jakości życia. Pytania dostosowano do poziomu zadowolenia życia seksualnego, ocenianego w siedmiopunktowej skali, zgodnie z którą respondenci określali, w jakim stopniu zgadzają się z poszczególnymi stwierdzeniami (od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”).

Zaleta tego narzędzia polega na zastosowaniu zdań twierdzących, a nie przeczących. Dzięki temu uniknięto formy wielokrotnego przeczenia, a badane osoby po przeczytaniu pytań mogły potwierdzić stwierdzenia lub nie zgodzić się z nimi.

Analizę statystyczną przeprowadzono, używając oprogramowania Statistica 10 (Statsoft), a dane przedstawiono jako średnie \pm odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*), liczby lub odsetki. Do oceny zmiennych ciągłych o rozkładzie normalnym stosowano test t Studenta, natomiast w przypadku rozkładu zmiennych niespełniającego kryteriów normalności — nieparametryczny test rangowy Kruskala-Wallisa. Jako istotne statystycznie przyjęto wartości p wynoszące $< 0,05$.

Miejsce i sposób przeprowadzenia badania

Badanie przeprowadzono w Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie. Pacjenci, którzy zdecydowali się na wzięcie udziału w badaniu, samodzielnie wypełniali kwestionariusz, a następnie wkładali go do koperty i zostawiali w pokoju pielęgniarskim.

Uczestnicy

W badaniu uczestniczyło 110 chorych, których podzielono na 2 grupy (osoby z cukrzycą typu 1, osoby z cukrzycą typu 2). Charakterystykę badanej populacji przedstawiono w tabeli 1.

Badanie przeprowadzono w latach 2014–2015. Średni czas od rozpoznania cukrzycy do rozpoczęcia badania wynosił 10–11.

Tabela 2. Najczęstsze choroby w badanej populacji

	%
Autoimmunologiczna choroba tarczycy	21,8
Choroba wieńcowa	11
Miażdżyca	11
Depresja	11
Nadciśnienie tętnicze	7,2
Neuropatia	7,2
Zakażenie dróg moczowych	5,4
Skostnienie okołostawowe	5,4
Astma	3,6

Tabela 4. Zmiana aktywności seksualnej badanych

	N	%
Bliskość emocjonalna/brak aktywności seksualnej	16	30%
Seks okazjonalny/masturbacja	6	12%
Bez zmian	24	45%
Nowe/częstsze aktywności seksualne	7	13%

Wyniki

Najczęstsze choroby towarzyszące cukrzycy wymieniono w tabeli 2. Chorzy na cukrzycę wskazali swoiste problemy związane z cukrzycą. Problemy te podsumowano w tabeli 3. Ocena satysfakcji seksualnej w tej grupie chorych nie jest jednoznaczna. Około 40–54% respondentów wybrało odpowiedzi świadczące o niezadowoleniu z życia seksualnego, natomiast 22–44% oceniło swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące (ryc. 1).

W badaniu analizowano również zależność między metodą leczenia cukrzycy a satysfakcją z życia seksualnego (ryc. 2). Rozkład ocen w podgrupach nie jest proporcjonalny w stosunku do metody leczenia. Wśród badanych przeważały osoby podające insulinę za pomocą wstrzyknień ($n = 58$; 54,7%), grupa użytkowników pomp insulinowych była mniej liczna ($n = 20$; 18,9%). Natomiast grupy stosujące leki doustne w monoterapii ($n = 16$; 15,1%) i w skojarzeniu z insuliną ($n = 12$; 11,3%) były zbyt małe, aby można je było włączyć do analizy porównawczej. Nie stwierdzono różnicy w zgłaszanych objawach między chorymi na cukrzycę typu 1 i typu 2, jednak odnotowano różnicę w zależności od stosowanej metody leczenia. Osoby podające insulinę za pomocą wstrzyknień deklarywały istotnie niższy poziom satysfakcji seksualnej niż osoby stosujące pompy insulinowe. Analizowano również zmienne odnoszące się do podejmowanych zachowań seksualnych. Z uwagi na wielkość grupy zmienne zmodyfikowano, aby

Tabela 3. Problemy seksualne występujące u chorych

	Tak	%
Zaburzenia erekcji	2	4%
Wytrysk przedwczesny	5	9%
Ból w trakcie stosunku	2	4%
Utrata lub zmniejszenie zainteresowania seksem	16	29%
Lęk przed niepowodzeniem	3	5%
Niedostateczna lubrykacja	8	15%
Brak przyjemności	6	11%

Tabela 5. Średnia liczba partnerów seksualnych w zależności od rozpoznania

	N	M	Me	Min	Max	Md	SD
Typ 2	56	3,79	2	0	30	1	5,88
Typ 1	48	2,92	2	0	10	1	2,38

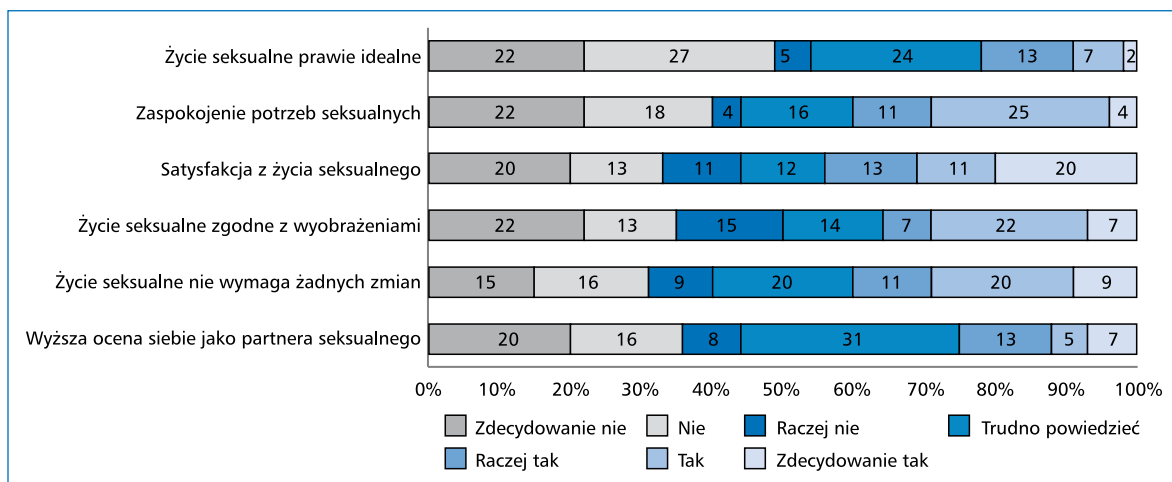
uzyskać większą liczebność chorych w poszczególnych kategoriach.

W tabeli 4 zestawiono dane w następujących połączonych kategoriach: „bliskość emocjonalna/brak aktywności seksualnej”, „nowe/częstsze aktywności seksualne”, „bez zmian” i „seks okazjonalny/masturbacja”.

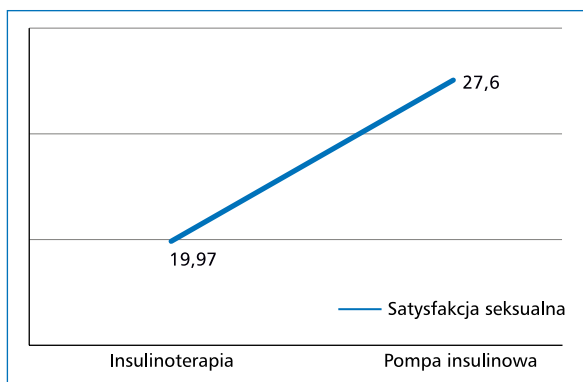
Większość respondentów była w stałym związku (72,7%). W całej grupie średnia liczba partnerów seksualnych wynosiła $M = 3,5$ ($SD = 5$). W tabeli 5 przedstawiono średnią liczbę partnerów seksualnych w zależności od typu cukrzycy.

Czterdzieści pięć procent respondentów deklarywało, że ich życie seksualne nie zmieniło się po rozpoznaniu cukrzycy. Nieco mniej chorych (42%) stwierdziło, że obecnie nie są aktywni seksualnie i preferują poczucie emocjonalnej bliskości z partnerem lub że ograniczają aktywność seksualną do masturbacji. Tylko 13% chorych uważa, że po zdiagnozowaniu cukrzycy są bardziej aktywni seksualnie. Analiza różnic poziomu satysfakcji seksualnej wykazała, że różnice między tymi grupami były istotne statystycznie. Na rycinie 3 przedstawiono, jak respondenci oceniali poziom satysfakcji seksualnej w zależności od zmian w ich aktywności seksualnej po zdiagnozowaniu cukrzycy.

Rozpoczęcie przez pacjentów nowych aktywności seksualnych oraz brak zmian w zachowaniach seksualnych wiązały się ze zwiększeniem satysfakcji z życia seksualnego. Jednocześnie ocena poziomu satysfakcji seksualnej była niższa, gdy chorzy byli nieaktywni seksualnie lub przejawiali zastępcze zachowania seksualne.



Rycina 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące satysfakcji seksualnej

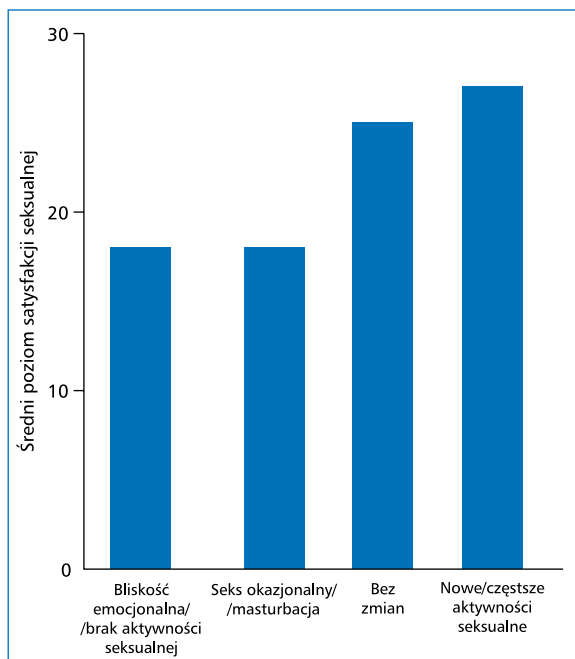


Rycina 2. Satysfakcja seksualna a metoda leczenia cukrzycy

Dyskusja

W 22–44% przypadków do opisanego swojego życia seksualnego chorzy potwierdzili pozytywne stwierdzenia. Trudno odnieść te wyniki do innych badań z uwagi na istotne rozbieżności metodologiczne. Częstość dysfunkcji seksualnych u kobiet z cukrzycą szacuje się na około 14–85% [14, 25, 26]. Zgodnie z wynikami badania Jacksona [27], utrzymujące się zaburzenia erekcji obserwowano u 34% chorych, a u 24% zaburzenia te występowały od czasu do czasu. W badaniu przeprowadzonym przez Lindau [28] uzyskano podobne rezultaty — problem z erekcją zgłaszało 36% chorych. Dodatkowo 29% mężczyzn, którzy osiągnęli erekcję, było niezdolnych do odczuwania orgazmu. Uważa się, że jest to spowodowane czynnikami psychospołecznymi swoistymi dla chorych na cukrzycę. Autorzy tej publikacji wskazują ponadto, że podobne problemy dotyczą mężczyzn z nierozpoznaną cukrzycą (32%).

Ponad połowa chorych (50%) zaznaczyła, że ich życie seksualne jest dalekie od ideału. Prawidłowy



Rycina 3. Satysfakcja seksualna a zmiana zachowań seksualnych

przebieg czynności seksualnych jest uwarunkowany skutecznym działaniem wielu układów, narządów i substancji chemicznych [29]. Na zmniejszenie poziomu satysfakcji z życia seksualnego mogą wpływać różne czynniki. U ponad połowy chorych włączonych do badania rozpoznano cukrzycę typu 2. Występowanie tej choroby może istotnie wpływać na pojawienie się wielu zaburzeń w sferze seksualnej [25, 26, 28]. Dojrzały wiek chorych z rozpoznaną cukrzycą znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia różnego rodzaju problemów seksualnych. Dwóch na trzech mężczyzn i co

trzecia kobieta w grupie chorych na cukrzycę w wieku 57–85 lat podejmuje aktywność seksualną [28]. Jednocześnie osoby z tego przedziału wiekowego często zgłaszają zaburzenia funkcji seksualnych powodujące brak satysfakcji u mężczyzn i skłaniające kobiety do unikania seksu. W badaniach Mezonesa-Holguina [30] wykazano, że kobiety z rozpoznaną cukrzycą częściej zgłaszały zaburzenia seksualne w wyniku menopauzy niż zdrowe kobiety w tym samym wieku (75% i 30,6%).

Nie jest możliwe dokładne określenie kierunku wpływu cukrzycy na występowanie dysfunkcji seksualnych. Wyniki opublikowanych badań są często sprzeczne. W literaturze dostępne są doniesienia wskazujące na brak różnic w zapadalności na zaburzenia czynności seksualnych między chorymi na cukrzycę typu 1 i typu 2 [26, 31]. Z kolei inne badania sugerują, że chorzy na cukrzycę typu 2 częściej doświadczają problemów w sferze seksualnej [18, 29, 32–35].

W niniejszym badaniu nie uwzględniono wszystkich możliwych przyczyn zaburzeń czynności seksualnych. Uzyskane wyniki wskazują, że na poziom satysfakcji z życia seksualnego u pacjentów z cukrzycą mogą wpływać: utrata lub zmniejszenie zainteresowania seksem (29%), problem z lubrykacją (15%), nieodczuwanie przyjemności w trakcie stosunku (11%), zaburzenia erekcji i ból w trakcie stosunku (4%).

Liczba osób, które zgłaszała te zaburzenia w trakcie badania, jest mniejsza niż oczekiwano (w odniesieniu do danych literaturowych). Na przykład, jak wskazują badania Jacksona [27] i Lindau [28], zaburzenia erekcji występują u 24–36% chorych. Problemy z lubrykacją występują u 14–76% chorych na cukrzycę, a ból w trakcie stosunku odczuwa 1–66% kobiet [14, 26, 34]. Suchość pochwy i ból są powiązаныmi objawami, a ból w kontekście sfery seksualnej jest rozpatrywany wielowymiarowo [20].

Problem dolegliwości bólowych zwraca uwagę na powiązanie między zaburzeniami o charakterze organicznym i psychospołecznym. Do tych ostatnich należą między innymi: wpływ stresu, rola otyłości i jej związek z postrzeganiem własnego ciała, samooceną i trudnościami w związku [14, 20, 22, 24].

W badaniu analizowano poziom satysfakcji seksualnej u chorych z różnymi typami cukrzycy i stosujących różne metody leczenia. Poziom satysfakcji seksualnej nie zależał od typu cukrzycy, tylko od rodzaju stosowanego leczenia. Okazało się, że chorzy stosujący pompy insulinowe są bardziej zadowoleni ze swojego życia seksualnego niż chorzy podający sobie insulinę metodą wstrzyknięć. Ten wynik może się wiązać z różnicą wieku pacjentów. Większość chorych stosujących insulinę we wstrzyknięciach to osoby w starszym wieku, natomiast pompy insulinowe stosują głównie ludzie młodzi.

Ta interpretacja odnosi się do wpływu wieku chorych na ich życie seksualne. Ten wynik może być również związany z istniejącymi w społeczeństwie wspomnianymi wyżej stereotypami, które wpływają zarówno na personel medyczny, jak i na samych pacjentów. Większa satysfakcja z życia seksualnego u chorych stosujących pompy insulinowe może również wynikać z lepszego wykształcenia tych chorych i większej wiedzy na temat ich choroby. Osoby używające pomp insulinowych są bardziej aktywne w procesie leczenia i zwykle uzyskują lepszą kontrolę glikemii, co przekłada się na niższe ryzyko powikłań cukrzycy.

Innym wyjaśnieniem tych wyników mogą być opisywane w literaturze zmiany postrzegania swojego ciała. Ślady po wkluciach mogą być problemem dla niektórych pacjentów.

Jednym z czynników uwzględnionych w modelu badawczym była zmiana aktywności seksualnej. Pytano respondentów, czy nastąpiła zmiana w tym zakresie po rozpoznaniu cukrzycy. Po odkodowaniu kategorii stosowanej w kwestionariuszu okazało się, że w przypadku 45% chorych życie seksualne było takie samo jak przed zdiagnozowaniem choroby. Chorzy deklarowali, że podejmują aktywność seksualną w takiej samej formie i z taką samą częstością jak przed chorobą i nie uważają, aby ich możliwości w tej dziedzinie zmieniły się w jakikolwiek sposób.

Jednocześnie okazało się, że 30% chorym bardziej zależy obecnie na bliskości emocjonalnej z partnerem niż na aktywności seksualnej lub całkowicie wycofują się oni z życia seksualnego. Obie te sytuacje uważano za zbliżone do siebie, ponieważ zaspokojenie potrzeby bliskości, intymności i poczucia bezpieczeństwa bez kontaktów seksualnych traktowano jako kompensację pożądania seksualnego. W normalnych warunkach kontakty seksualne z partnerem służą między innymi do zaspokojenia wspomnianych potrzeb. Zachowanie osoby aktywnej seksualnie może ulec zmianie pod wpływem różnych czynników, przekształcając się w formy, które mogą być uznawane za skompensowanie wycofania się z życia seksualnego przez wejście na wyższy poziom relacji emocjonalnych. Taki mechanizm opisywano w literaturze, zwłaszcza u kobiet. Kūćuk i wsp. [12] wytypowali chorych, którzy celowo wycofali się z życia seksualnego z powodu choroby i zdefiniowali ją jako problem. W przypadku osób, które deklarują, że seks nie ma dla nich znaczenia, ogromnie trudno określić, czy takie podejście odzwierciedla rzeczywiste uczucia i w jakim stopniu wynika z mechanizmów obronnych [12].

Chorzy (12%), którzy po otrzymaniu diagnozy podejmowali aktywność seksualną sporadycznie lub zaspokajali pożądanie seksualne poprzez masturba-

cję, to następna grupa z niekorzystnym rokowaniem. Jeśli dana osoba wybiera masturbację, a nie stosunek seksualny z partnerem (a w przypadku braku stałego partnera nie podejmuje prób znalezienia takiej relacji z tego samego powodu), to taką sytuację uważa się za wykraczającą poza standardowe zachowania [36].

Tylko 13% chorych po rozpoznaniu choroby było bardziej aktywnych seksualnie lub wprowadziło nowe interaktywne zachowania, odpowiednio do swoich możliwości w związku z chorobą.

Podsumowując, 42% chorych celowo lub w wyniku działania mechanizmów obronnych wycofało się z aktywności seksualnej lub znacznie ją ograniczyło. Podobny mechanizm zaobserwowano również w innych badaniach. W niektórych publikacjach podawano, że tylko 60% mężczyzn i kobiet chorych na cukrzycę jest aktywnych seksualnie [12]. W niektórych badaniach zaobserwowano różnice zależne od płci. Autorzy wykazali, że wśród chorych na cukrzycę aktywność seksualną podejmuje 61% mężczyzn i tylko 33% kobiet [28]. Ogólnie, w przeglądzie badań przeprowadzonym przez Ozcana [37] wykazano, że 40–70% chorych wycofuje się z życia seksualnego.

Czynnik przedstawiający zmianę zachowań seksualnych jest bardzo ważny w badaniu, ponieważ opisany poziom satysfakcji seksualnej wyraża subiektywną ocenę chorych, natomiast forma podejmowanej aktywności seksualnej lub wycofanie się z życia seksualnego umożliwia próbę obiektywnej oceny jakości życia seksualnego chorych.

Wnioski

Satysfakcja z życia seksualnego jest ważnym aspektem szeroko pojętego dobrostanu chorych. Chorzy na cukrzycę rzadko oceniają swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące. Niniejsze badanie wskazuje na obecność czynników, które korelują dodatnio ze zwiększeniem satysfakcji chorego z podejmowanych aktywności seksualnych. Jednym z nich jest zmiana aktywności seksualnej. Inne czynniki wiążą się ze stosowaną metodą leczenia cukrzycy. Mimo przeprowadzenia wielu badań i świadomości istnienia problemu, chorzy z tym powikłaniem nie otrzymują od lekarzy wsparcia. Wyniki badania otwierają przed specjalistami przestrzeń do pracy, której efektem będzie poprawa jakości życia seksualnego pacjentów z cukrzycą.

PIŚMIENNICTWO

- American Diabetes Association Guidelines. http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S67.full.
- Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Klin.* 2015; 4(supl. A).
- Gajewski P. *Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków.* 2015.
- ONZ. Resolution adopted by the General Assembly. 20 December. 2006; 61: 255.
- World Health Organization, editor. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (2009).
- IDF Diabetes Atlas 2015 — 7th edition. <http://www.diabetesatlas.org> (2015).
- World Health Organization, Food and Agriculture Organization UN. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, Switzerland, 2002.
- Raport. Cukrzyca, ukryta pandemia. Novo Nordisk. 2014.
- OECD Obesity Update 2012, Dostęp 19.07.2013. <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf> (2012).
- Ninh T. Nguyen, Xuan-Mai T. Nguyen, John Lane, Ping Wang. Relationship Between Obesity and Diabetes in a US Adult Population: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2006 OBES SURG (2011). 2010; 21: 351–355.
- Glińska J, Skupińska A, Lewandowska M, et al. Czynniki demograficzne a ogólna jakość życia chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Problemy pielęgniarstwa.* 2012; 20(3): 279–288.
- Küçük L, Kaya H, Küçük M, et al. The Relationship Between Depression and Perception of Sexuality in Patients with Type II Diabetes: In Turkey. *Sexuality and Disability.* 2013; 31(1): 43–52, doi: [10.1007/s11195-012-9257-5](https://doi.org/10.1007/s11195-012-9257-5).
- Eren I, Erdi O, Ozcankaya R. Blood glucose control in patients with type II diabetes and the correlation of psychiatric disorders. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2013; 14(3): 184–191.
- Makara-Studzińska M, Partyka I. Zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet chorujących na cukrzycę. *Seksuologia Polska.* 2011; 9(1): 22–26.
- Goldman N, Lin IF, Weinstein M, et al. Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2013; 56(2): 148–154.
- Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, et al. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2003; 26(2): 409–414, doi: [10.2337/diacare.26.2.409](https://doi.org/10.2337/diacare.26.2.409), indexed in Pubmed: [12547871](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12547871/).
- Whitehouse C. Sexuality in the older female with diabetes mellitus — a review of the literature. *Urologic Nursing.* 2009; 29(19): 11–18, indexed in Pubmed: [19331270](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19331270/).
- Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet.* 2007; 369(9561): 597–611, doi: [10.1016/S0140-6736\(07\)60280-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60280-3), indexed in Pubmed: [17307107](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17307107/).
- Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care.* 2004; 27(4): 672–677.
- Mizgier M, Jarząbek-Bielecka G, Jeszka J, et al. Zaburzenia seksualne u chorych na cukrzycę w okresie pokwitania. *Seksuologia Polska.* 2014; 12(1): 26–30.
- Jiménez-García R, Martínez-Huedo MA, Hernández-Barrera V, et al. Sexuality among Spanish adults with diabetes: a population-based case control study. *Primary Care Diabetes.* 2015; 6(4): 269–276, doi: [10.1016/j.pcd.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.pcd.2012.02.005), indexed in Pubmed: [22445726](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22445726/).
- Giugliano F, Maiorino MI, Di Palo C, et al. Adherence to Mediterranean diet and sexual function in women with type 2 diabetes. *Journal of Sexual Medicine.* 2010; 7(5): 1883–1890, doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01714.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01714.x), indexed in Pubmed: [20214715](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20214715/).
- Rockliffe-Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: A psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy.* 2003; 18(2): 143–159, doi: [10.1080/146819903100099415](https://doi.org/10.1080/146819903100099415).
- Rutherford D, Collier A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology.* 2005; 21(4): 189–192, doi: [10.1080/09513590400021110](https://doi.org/10.1080/09513590400021110), indexed in Pubmed: [16316838](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16316838/).

25. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. *Diabetes Care*. 2009; 32(5): 780–785, doi: [10.2337/dc08-1164](https://doi.org/10.2337/dc08-1164), indexed in Pubmed: [19407075](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19407075/).
26. Nowosielski K, Skrzypulec-Plinta V. Mediators of sexual functions in women with diabetes. *Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8(9): 2532–2545, doi: [10.1111/j.1743-6109.2011.02336.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02336.x), indexed in Pubmed: [21676182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21676182/).
27. Jackson G. Sexual dysfunction and diabetes. *International Journal of Clinical Practice*. 2004; 58(4): 358–362, doi: [10.1111/j.1368-5031.2004.00180.x](https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2004.00180.x).
28. Lindau ST, Tang H, Gomero A, et al. Sexuality Among Middle-Aged and Older Adults With Diagnosed and Undiagnosed Diabetes: A national, population-based study. *Diabetes Care*. 2005; 33(10): 2202–2210.
29. Buvat J. Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *International Journal of Impotence Research*. 2003; 15(5): 373–377, doi: [10.1038/sj.ijir.3901043](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901043), indexed in Pubmed: [14562140](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14562140/).
30. Mezones-Holguin E, Blümel JE, Huerdo M, et al. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecological Endocrinology*. 2008; 24(8): 470–474, doi: [10.1080/09513590802273749](https://doi.org/10.1080/09513590802273749), indexed in Pubmed: [18850386](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18850386/).
31. Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
32. Ho J, Rabi D. Sexual dysfunction in women with diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 2006; 19: 5–7.
33. Olarinye J, Olarinye A. Determinants of sexual function among women with type 2 diabetes in a Nigerian population. *Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5(4): 878–886, doi: [10.1111/j.1743-6109.2007.00649.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00649.x), indexed in Pubmed: [18069996](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18069996/).
34. Traish A, Cushman T, Hoyt R, et al. Diabetes Attenuates Female Genital Sexual Arousal Response via Disruption of Estrogen Action. *Korean Journal of Urology*. 2009; 50(3): 211–223, doi: [10.4111/kju.2009.50.3.211](https://doi.org/10.4111/kju.2009.50.3.211).
35. Hidalgo-Tamola J, Chitale K. Review type 2 diabetes mellitus and erectile dysfunction. *Journal of Sports Medicin*. 2009; 6(4): 916–926, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.01116.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01116.x), indexed in Pubmed: [19067787](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19067787/).
36. Ogbera AO, Chinnye S, Akinlade A, et al. Frequency and correlates of sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Sports Medicine*. 2009; 6(12): 3401–3406, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01396.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01396.x), indexed in Pubmed: [19627467](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19627467/).
37. Ozcan S, Sahin N, Bilgic D, et al. Is Sexual Dysfunction Associated with Diabetes Control and Related Factors in Women with Diabetes? *Sexuality and Disability*. 2011; 29(3): 251–261, doi: [10.1007/s11195-011-9209-5](https://doi.org/10.1007/s11195-011-9209-5).