

Joanna Smolarczyk-Kosowska¹, Andżelina Ngo², Sabina Ryl², Magdalena Piegza¹, Robert Pudło¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

²Studenckie Koło Naukowe Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii w Tarnowskich Górach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego — badanie pilotażowe

Influence of physical activity level on quality of sex life: a pilot study

Abstract

Introduction: We decided to run a research on how level of physical activity affects the quality of sex life.

Material and methods: The form consisted of original demographic questionnaire, short form of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF) to assess physical activity level, Female Sexual Function Index (FSFI) and International Index of Erectile Function (IIEF) for rating satisfaction of sexual life, adequately for women and men. For statistical analysis we used program "Statistica 13.3".

Results: We received answers from 255 women and 138 men. Among respondents 27 (10.59%) women had insufficient, 137 (53.72%) sufficient and 91 (35.69%) high level of physical activity and among men 22 (15.94%) presented insufficient, 53 (38.41%) sufficient and 63 (45.65%) high level of physical activity. Sexual dysfunction has been noted by 69 women (27.06%). Among men 26 (18.84%) manifested erectile dysfunction. The results of presented research showed no statistically significant relation between level of physical activity and sex life satisfaction ($p > 0.05$).

Conclusions: Physical Activity do not impact on sex life satisfaction among young people. The presence of a permanent sexual partner reduces the risk of female sexual dysfunction.

Psychiatry 2020; 17, 4: 196–203

Key words: physical activity, sexual satisfaction, IPAQ-SF, FSFI, IIEF

Wstęp

Aktywność fizyczna jest kluczowym elementem utrzymania zdrowego stylu życia. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby dorośli w wieku 18–64 lat wykonywali ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150 minut na tydzień lub ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności przez 75 minut na tydzień, lub równoważne połączenie tych dwóch rodzajów ćwiczeń. Kobiety w ciąży lub po porodzie oraz pacjenci po incydentach sercowo-naczyniowych powinni skonsultować

z lekarzem, jakie ćwiczenia są dla nich odpowiednie i bezpieczne. Dla wszystkich innych istnieje wiele sposobów na zgromadzenie tych 150 minut w trakcie codziennych aktywności [1].

Odpowiedni poziom aktywności fizycznej obniża ryzyko przedwczesnej śmierci. Istnieje liniowy związek między, nawet nieznacznie zwiększoną, sprawnością fizyczną a lepszym stanem zdrowia. Aktywność fizyczna jako jeden z modyfikowalnych czynników może obniżyć ryzyko wystąpienia licznych chorób między innymi choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego, udaru mózgu, cukrzycy typu 2, osteoporozy, raka piersi i jelita grubego a także depresji [2]. Wszystkie wyżej wymienione choroby mogą prowadzić do znacznego upośledzenia życia seksualnego skutku-

Adres do korespondencji:

lek. Joanna Smolarczyk-Kosowska
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii SUM
ul. Pyskowicka 49, 42–612 Tarnowskie Góry
tel./faks: 32 285 43 58
e-mail: joanna.smolarczyk@med.sum.edu.pl

jącego pojawieniem się dysfunkcji. Dysfunkcje seksualne to klinicznie istotne zaburzenia zdolności do odpowiedzi seksualnej lub do odczuwania przyjemności seksualnej. To niejednorodna grupa zaburzeń, w etiologii której zróżnicowaną rolę odgrywa wiele czynników. Najważniejsze z nich dotyczą jakości relacji, indywidualnych uwarunkowań zdrowotnych własnych i partnera, przekonań na temat seksualności, czynników kulturowych i religijnych [3]. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, na jakość aktywności seksualnej może wpływać również wizerunek ciała [4]. Wysoki wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) może prowadzić do unikania sytuacji intymnych, ale według Weavera i Byersa (2006) jeszcze ważniejsze w przewidywaniu funkcjonowania seksualnego może być subiektywne postrzeganie własnego ciała [4–6]. Satysfakcja seksualna jest uznawana za klucz do szczęśliwego życia. Jej definicja jest wielowymiarowa, ale najważniejszym aspektem pozostaje nadal odczuwanie wzajemnej przyjemności [7]. Na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania seksualnego wpływa wiele czynników. Jednym z ważniejszych wydaje się aktywność fizyczna, której prozdrowotnego efektu na seksualność trudno przecenić. Dlatego autorzy niniejszej pracy postanowili zbadać wpływ poziomu aktywności fizycznej na satysfakcję z życia seksualnego.

Celem pracy była weryfikacja hipotezy, że poziom aktywności fizycznej ma bezpośredni wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcji seksualnych oraz na zadowolenie z życia seksualnego.

Material i metody

Skonstruowano internetowy kwestionariusz na platformie Google Forms. Do oceny poziomu aktywności fizycznej użyto skróconej wersji Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ-SF, *International Physical Activity Questionnaire Short Form*), natomiast do oceny satysfakcji z życia seksualnego Indeksu Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI, *Female Sexual Function Index*) i Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn (IIEF, *International Index of Erectile Function*). Do zgromadzenia danych socjodemograficznych i wywiadu seksuologicznego posłużył autorski kwestionariusz, który zawierał między innymi pytania o płeć, wiek, zawód, kierunek i rok studiów, poziom wykształcenia, stan cywilny, orientację seksualną i wiek inicjacji, liczbę partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku, używki, prokreację. Zaproszenie do badania przesłano drogą mailową oraz za pośrednictwem mediów społecznościowych. Zostało umieszczone na grupach zrzeszających studentów i absolwentów polskich uczelni oraz hobbystów różnych dziedzin (m.in. sportu, motoryzacji, kosmetologii). Dane zbierano przez okres 2 tygodni. W badaniu wzięło udział 255 kobiet i 138 mężczyzn.

International Physical Activity Questionnaire Short Form to skrócona wersja Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej, składająca się z 7 pytań dotyczących rodzaju aktywności fizycznej podejmowanej przez 7 dni poprzedzających badanie oraz ilości czasu, jakie przeznaczono na te aktywności. Skala IPAQ-SF opisuje aktywność fizyczną w jednostkach wydatku energetycznego MET min./tydzień. *Metabolic equivalent of task* (MET) to równoważnik metaboliczny, który odpowiada zużyciu tlenu w czasie przemiany spoczynkowej: 1 MET jest równy 3,5 ml tlenu/kg masy ciała/min [8].

Female Sexual Function Index to międzynarodowy kwestionariusz umożliwiający ocenę funkcji seksualnych kobiet. Składa się z 19 pytań, z których 2 dotyczą pożądania, 4 podniecenia, 4 lubrykacji, 3 osiągnięcia orgazmu, 3 satysfakcji seksualnej oraz 3 występowania dolegliwości bólowych podczas stosunku. Możliwy do uzyskania zakres punktowy to 2–36 pkt. Dysfunkcję seksualną rozpoznaje się, gdy całkowity wynik jest mniejszy bądź równy 26 [9, 10].

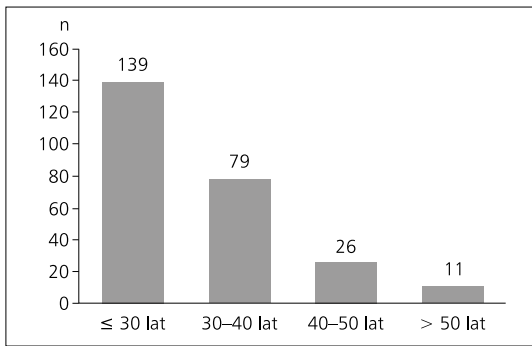
International Index of Erectile Function służy do oceny funkcji seksualnych u mężczyzn. Zawiera 15 pytań dotyczących: erekcji (6 pytań), osiągnięcia orgazmu (2 pytania), pożądania seksualnego (2 pytania), satysfakcji z życia seksualnego (3 pytania) oraz ogólnej satysfakcji seksualnej (2 pytania). Zakres możliwej do uzyskania punktacji w obszarze poszczególnych domen wynosi odpowiednio: 1–30 pkt., 0–10 pkt., 2–10 pkt., 0–15 pkt., 2–10 pkt. Znamienne klinicznie dysfunkcję erekcji rozpoznaje się, gdy uzyskana wartość punktowa jest mniejsza bądź równa 25 [10, 11].

W analizie statystycznej wyników wykorzystano program Statistica 13.3, którego licencję posiada Śląski Uniwersytet Medyczny. Do porównywania grup użyto testu chi kwadrat. Znamienność statystyczną określono na poziomie istotności $p < 0,05$.

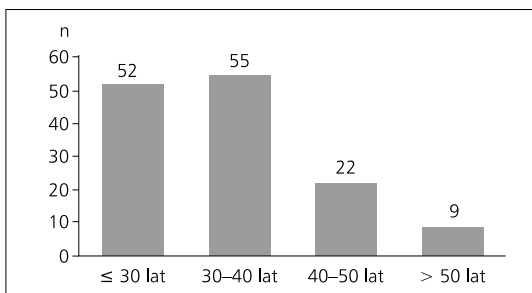
Komisja Bioetyczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach uznała, że badanie nie jest eksperymentem medycznym i jego przeprowadzenie nie wymaga zgody Komisji.

Wyniki

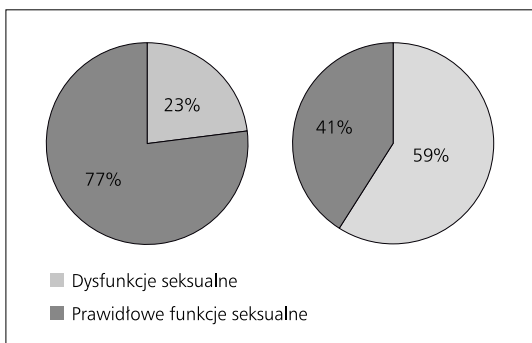
W badaniu wzięło udział 255 kobiet (64,89%) oraz 138 mężczyzn (35,11%). Najmłodsza badana osoba miała 18 lat, a najstarsza 60 lat w grupie kobiet oraz odpowiednio 18 i 59 lat w grupie mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby do 30. roku życia w przypadku kobiet (54,50%) oraz osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat w przypadku mężczyzn (39,85%). Rozkład wieku osób badanych zilustrowano na rycinach 1 i 2. Dominującą grupą zawodową byli studenci (89 osób — 22,65%). Wykształcenie średnie miało 138 osób (35,11%), 255 — wyższe (64,89%). Orientację heteroseksualną za-



Rycina 1. Wiek badanych kobiet
Figure 1. Age of female subjects



Rycina 2. Wiek badanych mężczyzn
Figure 2. Age of male subjects



Rycina 3. Występowanie dysfunkcji seksualnych u kobiet posiadających i nieposiadających stałego partnera
Figure 3. Occurrence of sexual dysfunction in women depending on presence or lack of constant sexual partner

deklarowało 345 respondentów (87,79%). Większość badanych była w związku nieformalnym (40,97%) lub małżeńskim (39,19%) i miała stałego partnera seksualnego (346 odpowiedzi — 88,04%). Prawie 3/4 osób deklarujących stałego partnera — tj. 293 (74,55%) nie zmieniało go w ciągu ostatniego roku. Wśród ankietowanych 285 osób twierdziło, że nie pali papierosów (72,52%). Dokładne dane socjodemograficzne zamieszczono w tabeli 1. Średnia wartość uzyskanych punktów w skali IPAQ wyniosła 3942,79. Wyniki badania skalą

Tabela 1. Dane socjodemograficzne
Table 1. Sociodemographic characteristics

	n (%)
Wiek	
≤ 30	190 (48,34)
30-40	135 (34,35)
40-50	49 (12,47)
≥ 50	19 (4,83)
Płeć	
Kobiety	255 (64,89)
Mężczyźni	138 (35,11)
Wykształcenie	
Średnie	138 (35,11)
Wyższe	255 (64,89)
Stan cywilny:	
Singiel	57 (14,50)
W związku nieformalnym	161 (40,97)
W związku małżeńskim	154 (39,19)
Wdowa/wdowiec	3 (0,76)
Po rozwodzie	18 (4,58)
Orientacja seksualna:	
Aseksualna	2 (0,5)
Autoseksualna	1 (0,25)
Biseksualna	29 (7,38)
Heteroseksualna	345 (87,79)
Homoseksualna	16 (4,07)
Posiadanie stałego partnera seksualnego:	
Tak	346 (88,04)
Nie	47 (11,96)
Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku:	
0	14 (3,56)
1	293 (74,55)
2	35 (8,91)
3	18 (4,58)
4	9 (2,29)
5	8 (2,04)
> 5	16 (4,07)
Palenie papierosów:	
Tak	108 (27,48)
Nie	285 (72,52)

Tabela 2. Wartość uzyskanych punktów w skali *International Physical Activity Questionnaire* dla kobiet i mężczyzn, n = 393

Table 2. Values of achieved scores in *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* for women and men, n = 393

Parametr	SUMA MET/ /tydz.	MET dla chodzenia	MET dla umiarkowanej aktywności	MET dla intensywnej aktywności
Średnia	3942,79	1726,00	773,55	1443,24
Odchylenie standardowe	5949,99	2496,69	1594,21	3290,51
Mediana	2310,00	792,00	300,00	480,00
5. percentyl	94,05	0,00	0,00	0,00
95. percentyl	12411,00	6930,00	3360,00	5040,00

MET (*metabolic equivalent of task*) — równoważnik metaboliczny odpowiadający zużyciu tlenu w czasie przemiany spoczynkowej

Tabela 3. Wartość uzyskanych punktów w skali *Female Sexual Function Index (FSFI)* u badanych kobiet, n = 255

Table 3. Values of achieved scores in *Female Sexual Function Index (FSFI)* for women, n = 255

Parametr	FSFI całkowity	Pożądanie seksualne	Podnie- -cenie	Lubry- -kacja	Orgazm	Satysfakcja seksualna	Dolegliwości bólów
Przedział punktowy	2–36	2–10	0–20	0–20	0–15	2–15	0–15
Współczynnik	–	0,6	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Średnia	27,25	6,70	14,87	16,29	11,14	11,77	11,82
Odchylenie standardowe	8,52	2,14	5,92	5,98	4,36	3,37	4,82
Mediana	30,60	7,00	17,00	19,00	12,00	13,00	14,00
5. percentyl	5,34	2,70	0,00	0,00	0,00	5,00	0,00
95. percentyl	34,80	10,00	20,00	20,00	15,00	15,00	15,00

IPAQ-SF przedstawiono w tabeli 2. Wśród ankietowanych kobiet 27 (10,59%) miało niewystarczający, 137 (53,72%) wystarczający oraz 91 (35,69%) wysoki poziom aktywności fizycznej, a wśród mężczyzn 22 (15,94%) miało niewystarczający, 53 (38,41%) wystarczający oraz 63 (45,65%) wysoki poziom aktywności fizycznej.

Średnia wartość uzyskanych punktów w skali FSFI wyniosła 27,25. Wyniki uzyskane w skali FSFI wraz z jej 6 domenami przedstawiono w tabeli 3. Na podstawie analizy punktu odcięcia dla skali FSFI (mniejsze lub równe 26) dysfunkcje seksualne stwierdzono u 69 kobiet (27,06%). Oceny funkcjonowania seksualnego mężczyzn dokonano przy użyciu skali IIEF, której wyniki podzielone na 5 domen przedstawiono w tabeli 4. W grupie badanych mężczyzn 26 ujawniło dysfunkcję erekcji.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w częstości występowania dysfunkcji seksualnych w zależności od poziomu aktywności fizycznej u kobiet i mężczyzn (test chi kwadrat, $p > 0,05$). Wyniki przeprowadzonej

analizy zilustrowano w tabelach 5 i 6. Zaobserwowano natomiast, że u kobiet, które zadeklarowały obecność stałego partnera seksualnego, dysfunkcje seksualne występują rzadziej niż u kobiet, które nie posiadają stałego partnera (tab. 7).

Dyskusja

W badaniu nie wykazano oczekiwanego związku pomiędzy poziomem aktywności fizycznej a satysfakcją z życia seksualnego. Rezultat niniejszych badań można tłumaczyć składem grupy respondentów zdominowanej przez osoby młode, u których nawet bardzo niski poziom aktywności fizycznej nie powoduje natychmiastowych konsekwencji zdrowotnych, co nie znaczy, że nie należy się ich spodziewać w dalszej perspektywie. Wiadomo też, że liczba dysfunkcji seksualnych wzrasta z wiekiem [12]. Powszechnie przyjmuje się, że jest to spowodowane pogorszeniem zdrowia fizycznego i psychicznego, przewlekłymi chorobami oraz brakiem dostępnego partnera

Tabela 4. Wartość uzyskanych punktów w skali *International Index of Erectile Function* u badanych mężczyzn, n = 138
Table 4. Values of achieved scores in *International Index of Erectile Function (IIEF)* for men, n = 138

Parametr	Erekcja	Satysfakcja ze stosunku seksualnego	Orgazm	Popęd płciowy	Ogólne zadowolenie z życia seksualnego
Przedział punktowy	0–30	0–15	0–10	0–10	0–10
Średnia	25,61	10,94	9,03	7,91	7,96
Odchylenie standardowe	8,48	4,60	2,66	2,14	2,38
Mediana	29,00	13,00	10,00	8,00	8,00
5. percentyl	3,85	0,00	0,00	4,00	2,00
95. percentyl	30,00	15,00	10,00	10,00	10,00

Tabela 5. Poziom aktywności fizycznej i występowanie dysfunkcji seksualnych u badanych kobiet
Table 5. Level of physical activity and occurrence of sexual dysfunction in tested women

	Poziom aktywności fizycznej niewystarczający	Poziom aktywności fizycznej wystarczający	Poziom aktywności fizycznej wysoki	
Obecna dysfunkcja seksualna	3	42	24	69
Brak dysfunkcji seksualnej	24	96	66	186
n	27	138	90	

Chi kwadrat = 1,41, df = 2, p = 0,495

Tabela 6. Poziom aktywności fizycznej i występowanie dysfunkcji seksualnych u badanych mężczyzn
Table 6. Level of physical activity and occurrence of sexual dysfunction in tested men

	Poziom aktywności fizycznej niewystarczający	Poziom aktywności fizycznej wystarczający	Poziom aktywności fizycznej wysoki	
Obecna dysfunkcja seksualna	4	11	11	26
Brak dysfunkcji seksualnej	18	42	52	112
n	22	53	63	

Chi kwadrat = 0,49, df = 2, p = 0,784

seksualnego [12–14]. Wśród badanych powyżej 57. roku życia problemy zdrowotne szczególnie silnie wpływają na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów seksualnych u kobiet, a w mniejszym stopniu u mężczyzn [15]. Kobiety po menopauzie doświadczają zmian fizjolo-

gicznych i psychologicznych, które w konsekwencji mogą upośledzać funkcję seksualną. Pojawia się u nich obniżenie libido, spadek częstości podejmowania aktywności seksualnych oraz znaczne nasilenie dyspareunii [16, 17]. Kobiety po menopauzie są 2–3 razy bardziej narażone

Tabela 7. Występowanie dysfunkcji seksualnych u kobiet w zależności od obecności/braku stałego partnera seksualnego
Table 7. Occurrence of sexual dysfunction in women depending on presence or lack of constant sexual partner

	Obecność dysfunkcji	Brak dysfunkcji
Obecność stałego partnera seksualnego	53	174
Brak stałego partnera seksualnego	17	12

Chi kwadrat = 16,1, df = 1, p = 0,0001

na wystąpienie dysfunkcji seksualnych w porównaniu z kobietami przed menopauzą [18]. Przyczyny tego stanu rzeczy upatruje się w zmianach stężeń hormonów płciowych u tych kobiet. Pomenopauzalny spadek stężenia estrogenu przyczynia się do zmniejszenia przepływu krwi i w konsekwencji do zmniejszenia lubrykacji [16]. Nie bez znaczenia pozostaje jednak wpływ na funkcje seksualne innych schorzeń związanych z wiekiem. Należą do nich między innymi cukrzyca, otyłość, zaburzenia czynności tarczycy, choroby dróg moczowych, nadciśnienie tętnicze i inne choroby sercowo-naczyniowe. Ogólnoustrojowy stan naczyniowy zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn wpływa na unaczynienie narządów płciowych. Nieprawidłowe ukrwienie prącia lub pochwy może prowadzić do organicznych dysfunkcji seksualnych [19, 20]. Występujące w przeszłości zdarzenia sercowo-naczyniowe często powodują strach przed nagłą śmiercią podczas stosunku płciowego z powodu podwyższonego ciśnienia i częstości akcji serca, co może skutkować niechęcią do podejmowania życia płciowego, a nawet całkowitą abstynencją seksualną [21]. W grupie wysokiego ryzyka wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych związanych z aktywnością seksualną znajdują się pacjenci z niestabilną dławicą piersiową, IV klasą niewydolności serca według *New York Association* (NYHA) oraz komorowymi zaburzeniami rytmu indukowanymi wysiłkiem fizycznym [20]. Należy również pamiętać, że wcześniej wykryte zaburzenia erekcji u mężczyzn (ED, *erectile dysfunction*) lub zaburzenia seksualne u kobiet (FSD, *female sexual dysfunction*) mogą wskazywać na występowanie utajonej choroby sercowo-naczyniowej (CVD, *cardiovascular disease*) i stanowić część prewencji pierwotnej zawału mięśnia sercowego [19].

Dysfunkcje seksualne mogą towarzyszyć również zaburzeniom psychicznym, co może wynikać zarówno z samej istoty zaburzenia jak i wpływu jego leczenia na sferę seksualności. Często obecna w zaburzeniach depresyjnych anhedonia oraz niska samoocena mogą znacznie pogorszyć relacje seksualne [22, 23]. Występowanie epizodów depresyjnych (MDE, *major depressive episode*) wiąże się z pogorszeniem życia seksualnego u obu płci, ale w większym stopniu u mężczyzn. Wraz z nasileniem objawów depresyjnych, u mężczyzn występuje znaczne upośledze-

nie funkcji seksualnych, szczególnie w obszarze pożądania [24]. Zaburzenia seksualne są także częstym działaniem niepożądanym stosowania leków przeciwdepresyjnych [25, 26]. Wśród pacjentów leczonych selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) częstość występowania zaburzeń seksualnych wynosi około 50% [27, 28].

Przedstawione badania miały charakter pilotażowy. Ich drugi etap zakłada stworzenie grupy w bardziej zaawansowanym wieku z poszerzeniem ankiety o pytania dotyczące współistniejących chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych oraz wzbogacenie oceny aktywności fizycznej o wskaźniki inne niż IPAQ-SF, gdyż niektóre badania sugerują jego niską korelację z obiektywnymi pomiarami aktywności lub sprawności fizycznej [29, 30].

Szczegółowa analiza uzyskanych wyników wykazała zależność częstości dysfunkcji seksualnych kobiet od posiadania stałego partnera seksualnego. Brak stałego partnera jest związany z większym ryzykiem wystąpienia dysfunkcji (tab. 7). Według niektórych badaczy, zadowolenie z życia seksualnego kobiety może w większym stopniu zależeć od związku, w którym pozostaje, niż od jej własnej seksualności. Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję seksualną u kobiet jest uczucie emocjonalnej bliskości z partnerem, a także świadomość seksualnego zadowolenia partnera [31]. Kobiety pozostające w związkach czerpią przyjemność z uczucia bliskości emocjonalnej z partnerem, dzięki czemu subiektywnie lepiej oceniają interakcje seksualne i mają więcej satysfakcji ze swojego życia intymnego. Zależność pomiędzy posiadaniem stałego partnera a satysfakcją z życia seksualnego zaobserwowano również w badaniu przeprowadzonym wśród studentów medycyny. Studenci i studentki będący w stałym związku, rzadziej nawiązywali krótkotrwałe relacje seksualne i byli bardziej zadowoleni ze swoich stosunków płciowych [32]. Podobną zależność opisano już w latach 90. ubiegłego wieku — osoby posiadające jednego partnera seksualnego były bardziej zadowolone ze swojego życia seksualnego niż osoby posiadające więcej niż jednego partnera lub deklaruujące jego brak [33]. Stabilna relacja partnerska wydaje się być więc jednym z istotnych czynników, wpływających na satysfakcję z życia seksualnego.

Nie wolno jednak zapominać o możliwości alternatywnej interpretacji tego wyniku — być może kobiety z prawidłowymi funkcjami seksualnymi są bardziej skłonne do tworzenia stałych związków. Analiza tej zależności przekracza ramy przedstawionej powyżej pracy, ale może być inspiracją dla dalszych badań.

Wnioski

1. Wśród ludzi w młodym wieku poziom aktywności fizycznej nie ma istotnego wpływu na jakość życia seksualnego.
2. U kobiet, obecność stałego partnera seksualnego jest związana z mniejszą częstością dysfunkcji seksualnych.

Streszczenie

Wstęp: Celem badania była analiza wpływu aktywności fizycznej na jakość życia seksualnego.

Materiał i metody: Przeprowadzono internetowe badanie ankietowe składające się z autorskiego kwestionariusza demograficznego, wersji skróconej Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ-SF) do oceny poziomu aktywności fizycznej oraz Indeksu Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI) i Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn (IIEF) do oceny satysfakcji z życia seksualnego odpowiednio dla kobiet i mężczyzn. Do analizy statystycznej wyników użyto programu Statistica 13.3.

Wyniki: Uzyskano odpowiedzi od 255 kobiet i 138 mężczyzn. Wśród badanych 27 (10,59%) kobiet posiadało niewystarczający, 137 (53,72%) wystarczający oraz 91 (35,69%) wysoki poziom aktywności fizycznej, a wśród mężczyzn 22 (15,94%) prezentowało niewystarczający, 53 (38,41%) wystarczający oraz 63 (45,65%) wysoki poziom aktywności fizycznej. Dysfunkcje seksualne odnotowano u 69 kobiet (27,06%). Wśród mężczyzn 26 (18,84%) wykazywało zaburzenia erekcji. W badaniu nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem aktywności fizycznej a satysfakcją z życia płciowego ($p > 0,05$).

Wnioski: Aktywność fizyczna nie wpływa na satysfakcję z życia seksualnego wśród młodych osób. Obecność stałego partnera seksualnego zmniejsza ryzyko wystąpienia dysfunkcji seksualnych u kobiet.

Psychiatria 2020; 17, 4: 196–203

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, satysfakcja seksualna, IPAQ-SF, FSFI, IIEF

Piśmiennictwo:

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity&Health. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.
2. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006; 174(6): 801–809, doi: 10.1503/cmaj.051351, indexed in Pubmed: 16534088.
3. Błażejewska A, Stusiński J, Nowakowski A, et al. Klasyfikacja DSM-V dla seksuologa. Sexological review. 2014; 38: 3–15.
4. Holt A, Lyness K. Body Image and sexual satisfaction. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2007; 6(3): 45–68, doi: 10.1300/j398v06n03_03.
5. Penhollow TM, Young MY. Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. Electron J Hum Sex. (online) 2008 October [Last Accessed 28.12.2019]; <http://www.ejhs.org/volume11/Penhollow.htm>.
6. Weaver A, Byers E. The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise, and Sexual Functioning in Heterosexual Women. Psychology of Women Quarterly. 2016; 30(4): 333–339, doi: 10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x.
7. Pascoal PM, Narciso Ide SB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definition. The J of Sex Research. 2014; 51: 22–30.
8. Ogonowska-Słodownik A. Porównanie wyników kwestionariusza IPAQ, skali Borga oraz aktywności fizycznej norweskich osób starszych. Hygeia Public Health. 2013; 48: 515–519.
9. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26(2): 191–208, doi: 10.1080/009262300278597, indexed in Pubmed: 10782451.
10. Droszdol A. Skale oceny jakości życia. In: Lew Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. ed. Podstawy seksuologii. , Warszawa 2010: 363–370.
11. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997; 49(6): 822–830, doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0, indexed in Pubmed: 9187685.
12. Zhong S, Pinto JM, Wroblewski KE, et al. Sensory Dysfunction and Sexuality in the U.S. Population of Older Adults. J Sex Med. 2018; 15(4): 502–509, doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.021, indexed in Pubmed: 29501426.
13. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007; 357(8): 762–774, doi: 10.1056/NEJMoa067423, indexed in Pubmed: 17715410.
14. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. J Sex Med. 2013; 10(11): 2671–2678, doi: 10.1111/jsm.12308, indexed in Pubmed: 23981252.
15. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57–85 years of age. J Sex Med. 2008; 5(10): 2300–2311, doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x, indexed in Pubmed: 18702640.
16. Yoldemir T, Garibova N, Atasayan K. Sexual function through decades: association with androgens and cardiometabolic features. Climacteric. 2020 [Epub ahead of print]: 1–7, doi: 10.1080/13697137.2020.1742683, indexed in Pubmed: 32292081.
17. Stec M, Stec M, Studzińska N. Menopauza a problemy seksualne kobiet. Eur J Med Tech. 2014; 1(2): 54–59.
18. Yoldemir T, Garibova N, Atasayan K. The association between sexual dysfunction and metabolic syndrome among Turkish postmenopausal women. Climacteric. 2019; 22(5): 472–477, doi: 10.1080/13697137.2019.1580256, indexed in Pubmed: 30889983.

19. Archer SL, Gragasin FS, Webster L, et al. Aetiology and management of male erectile dysfunction and female sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease. *Drugs Aging*. 2005; 22(10): 823–844, doi: [10.2165/00002512-200522100-00003](https://doi.org/10.2165/00002512-200522100-00003), indexed in Pubmed: [16245957](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16245957/).
20. Lew-Starowicz M, Długołęcka A. Wstydy, seks i medycyna. Przewodnik dla lekarzy. Leo Media, Warszawa 2014: 89–99.
21. Nascimento ER, Maia AC, Pereira V, et al. Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68(11): 1462–1468, doi: [10.6061/clinics/2013\(11\)13](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(11)13), indexed in Pubmed: [24270960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24270960/).
22. Thakurta RG, Singh OmP, Bhattacharya A, et al. Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian J Psychol Med*. 2012; 34(4): 365–370, doi: [10.4103/0253-7176.108222](https://doi.org/10.4103/0253-7176.108222), indexed in Pubmed: [23723546](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23723546/).
23. Thakurdesai A, Sawant N. A prospective study on sexual dysfunctions in depressed males and the response to treatment. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60(4): 472–477, doi: [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_386_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_386_17), indexed in Pubmed: [30581213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581213/).
24. Deumic E, Butcher BD, Clayton AD, et al. Sexual Functioning in Adolescents With Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77(7): 957–962, doi: [10.4088/JCP.15m09840](https://doi.org/10.4088/JCP.15m09840), indexed in Pubmed: [27464316](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27464316/).
25. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. 2020; 212(7): 329–334, doi: [10.5694/mja2.50522](https://doi.org/10.5694/mja2.50522), indexed in Pubmed: [32172535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32172535/).
26. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, et al. Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne a jakość życia — praca przeglądowa [Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review]. *Psychiatr Pol*. 2014; 48(4): 715–726.
27. Hirsch M, Birnbaum RJ. Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): management [website]. UpToDate 2019; <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-by-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-management>.
28. Roy P, Gupta B, Tripathi A, et al. Sexual functioning in females with depression in remission receiving escitalopram. *Indian J Med Res*. 2019; 150(6): 606–611, doi: [10.4103/ijmr.JMR_1991_17](https://doi.org/10.4103/ijmr.JMR_1991_17), indexed in Pubmed: [32048624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32048624/).
29. Wang C, Chen P, Zhuang J. Validity and reliability of International Physical Activity Questionnaire-Short Form in Chinese youth. *Res Q Exerc Sport*. 2013; 84 Suppl 2: S80–S86, doi: [10.1080/02701367.2013.850991](https://doi.org/10.1080/02701367.2013.850991), indexed in Pubmed: [24527570](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24527570/).
30. Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8: 115, doi: [10.1186/1479-5868-8-115](https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-115), indexed in Pubmed: [22018588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018588/).
31. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003; 32(3): 193–208, doi: [10.1023/a:1023420431760](https://doi.org/10.1023/a:1023420431760), indexed in Pubmed: [12807292](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807292/).
32. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, et al. Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych. *Psychiatr Pol*. 2012; 46: 35–49.
33. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. The University of Chicago Press, Chicago 1994.