



DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi
4. semester

Kan fysisk aktivitet reducere risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion?

- En biopsykosocial perspektivering

Udarbejdet af: Emilie Vejby Mott
Studienummer: 20232003
Vejleder: Birgitte Schantz Lauersen
Antal anslag: 89.799

EF 22
MODEL

Tegnet af Eigil Andersen, Kolding 2022

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	3
RESUMÉ	4
1. INDLEDNING.....	5
2. BAGGRUNDSTEORI	6
2.1 SEKSUALITET OG SEKSUEL SUNDHED	6
2.2 KVINDELIG SEKSUEL DYSFUNKTION	7
2.2.1 Lystproblemer.....	9
2.2.2 Ophidselsesproblemer.....	10
2.2.3 Orgasmeproblemer	10
2.2.4 Smerteproblemer.....	12
2.3 SEKSUALITET I ET BIO-PSYKO-SOCIALT PERSPEKTIV	13
2.4 DEN KVINDELIGE ANATOMI.....	14
2.5 ORGASMENS ANATOMI OG FYSIOLOGI	16
2.6 HORMONEL REGULERING OG DENS BETYDNING FOR SEKSUEL FUNKTION.....	16
2.7 FYSISK AKTIVITET OG TRÆNING	18
2.8 FYSIOLOGISKE MEKANISMER OG FYSISK AKTIVITETS BETYDNING	19
3. PROBLEMFORMULERING.....	21
3.1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL	21
4. OPGAVERNS METODISKE TILGANG	22
4.1 INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONS KRITERIER.....	23
4.2 SELEKTION AF RELEVANT LITTERATUR.....	24
5. LITTERATURGENNEMGANG.....	26
5.1. PHYSICAL ACTIVITY AND SEXUAL FUNCTION IN MIDDLE-AGED WOMEN	26
5.2 PHYSICAL ACTIVITY AND FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: A LOT HELPS, BUT NOT TOO MUCH	27
5.3 THE EFFECTS OF EXERCISE ON SEXUAL FUNCTION IN WOMEN	28
5.4 EXERCISE IMPROVES SELF-REPORTED SEXUAL FUNCTION AMONG PHYSICALLY ACTIVE ADULTS.....	29
5.5 PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL DYSFUNCTION IN BRAZILIAN WOMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY.....	30
5.6 ASSOCIATIONS OF UNHEALTHY LIFESTYLE FACTORS WITH SEXUAL INACTIVITY AND SEXUAL DYSFUNCTIONS IN DENMARK	31
5.7 A LIFESTYLE INTERVENTION IMPROVES SEXUAL FUNCTION OF WOMEN WITH OBESITY AND INFERTILITY: A 5-YEAR FOLLOW-UP OF A RCT	32
5.8. OPSUMMERING AF STUDIER OM FYSISK AKTIVITET OG SEKSUEL FUNKTION	32
6. DISKUSSION AF, HVORDAN KAN FYSISK AKTIVITET PÅVIRKE KVINDERS SEKSUELLE FUNKTION	34
6.1 BLODGENNEMSTRØMNING OG FYSIOLOGISKE MEKANISMER	34
6.2 KORTVARIG VS. LANGVARIG EFFEKT	36
6.3 MÆNGDE OG INTENSITET AF FYSISK AKTIVITET	37
6.4 SELVOPFATTELSE, KROPSBILLEDE OG SEKSUEL SELVTILLID	40
6.5 SEKSUEL (IN)AKTIVITET OG FYSISK (IN)AKTIVITET	41
7. KONKLUSION.....	43
8. PERSPEKTIVERING	44
8.1 BEHOV FOR MERE FORSKNING	44
8.2 SUNDHEDSFAGLIGE IMPLIKATIONER.....	45
8.3 AKTUELLE TENDENSER OG FREMTIDIGE MÅLGRUPPER.....	46
9. LITTERATURLISTE.....	47
10. BILAG	50

Abstract

Background: Sexual health is an important component of women's quality of life, yet sexual dysfunctions are common and often underreported. Physical activity is known to support both physical and mental health – especially relevant at a time when many women do not meet physical activity guidelines – but its role in relation to female sexual dysfunction is not yet fully understood.

Objective: The objective of this thesis is to examine how physical activity affects the risk of female sexual dysfunction (FSD) from a biopsychosocial perspective.

Method: This thesis is based on a systematic literature review of seven empirical studies selected through searches in PubMed and CINAHL. The included studies involve women age 18 or older and explored the relationship between physical activity/inactivity and sexual function. The studies vary in design and methodology and include questionnaires, clinical assessments, and intervention studies.

Results: The findings show that physically active women generally have a lower risk of sexual dysfunction, including problems related to desire, arousal, lubrication, and orgasm. Moderate physical activity appears particularly beneficial, whereas very high training volumes may, in some cases, be associated with sexual challenges. The underlying mechanisms involve both physiological factors such as increased blood flow and hormonal balance, and psychological factors such as improved body image and sexual self-confidence.

Conclusion: Physical activity appears to be a potential health-promoting measure in the prevention and management of female sexual dysfunction. However, further research is needed to clarify causality, training type and intensity, and to develop targeted interventions for specific groups of women.

Keywords: Female sexual dysfunction, physical activity, sexual health, biopsychosocial perspective, exercise, sexual function

Resumé

Baggrund: Seksuel sundhed er en vigtig komponent i kvinders livskvalitet, men seksuelle dysfunktioner er udbredte og ofte underbelyste. Fysisk aktivitet er kendt for at fremme fysisk og psykisk sundhed – særligt relevant i en tid, hvor mange kvinder ikke lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet – men dets rolle i forhold til kvindelig seksuel dysfunktion er endnu ikke fuldt afdækket.

Formål: Formålet med denne opgave er at undersøge, hvordan fysisk aktivitet påvirker risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion (FSD) set i et biopsykosocialt perspektiv.

Metode: Opgaven er baseret på en systematisk litteraturgennemgang af syv empiriske studier, udvalgt gennem søgning i PubMed og CINAHL. De inkluderede studier omhandler kvinder +18 år og belyser sammenhængen mellem fysisk aktivitet/inaktivitet og seksuel funktion. Studierne varierer i design og metode, men inkluderer både spørgeskemaer, kliniske målinger og interventionsstudier.

Resultater: Resultaterne viser, at fysisk aktive kvinder generelt har lavere risiko for seksuelle dysfunktioner, herunder lyst-, ophidselses-, lubrikations- og orgasmeproblemer. Moderat fysisk aktivitet fremstår som særlig gavnligt, mens meget høj træningsmængde i nogle tilfælde kan være forbundet med seksuelle udfordringer. Mekanismerne bag effekten involverer både fysiologiske forhold som øget blodgennemstrømning og hormonbalance, samt psykologiske faktorer som forbedret kropsopfattelse og seksuel selvtillid.

Konklusion: Fysisk aktivitet fremstår som en potentiel sundhedsfremmende indsats i forebyggelse og håndtering af kvindelig seksuel dysfunktion. Der er dog behov for yderligere forskning med fokus på årsagssammenhænge, træningstype og intensitet, samt målrettede interventioner for specifikke grupper af kvinder.

Nøgleord: Kvindelig seksuel dysfunktion, fysisk aktivitet, seksuel sundhed, biopsykosocialt perspektiv, træning, seksuel funktion

1. Indledning

Seksualitet er en væsentlig del af menneskets trivsel og sundhed, men emnet er ofte forbundet med tabu – både blandt patienter og sundhedsprofessionelle. Gennem mit arbejde som privatpraktiserende fysioterapeut, har jeg erfaret, at mange kvinder med seksuelle dysfunktioner står uden tilstrækkelig støtte. I de seneste seks år har jeg arbejdet med mænd med erektil dysfunktion og observeret, hvordan målrettet fysisk aktivitet kan gøre en reel forskel. Der findes solid forskning på området hos mænd, men når det gælder kvinder, er vidensgrundlaget langt mere begrænset – på trods af, at genitalstrukturer og fysiologiske mekanismer i høj grad er sammenlignelige.

Min interesse for kvinders seksuelle sundhed blev yderligere vakt under første år af denne masteruddannelse, hvor jeg i opgaven *Kærlighedens pulsslag* undersøgte, hvordan iskæmisk hjertesygdom påvirker kvinders seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv.

I en tid, hvor fedme og fysisk inaktivitet er i stigning, og hvor livsstilsrelaterede helbredsproblemer rammer stadig flere kvinder, er det nødvendigt at stille skarpt på, hvordan fysisk aktivitet ikke kun påvirker det fysiske helbred, men også kan have betydning for seksuel funktion og livskvalitet.

Det vækker min faglige interesse, og jeg stiller mig undrende over for, hvorfor ikke-farmakologiske og sundhedsfremmende tiltag ikke i højere grad er tænkt ind i forebyggelsen. I denne opgave ønsker jeg derfor at undersøge, om fysisk aktivitet kan bidrage til at forebygge eller reducere kvindelig seksuel dysfunktion – og om det bør tænkes ind som en naturlig del af sundhedsfremmende praksis.

2. Baggrundsteori

Dette teoriafsnit har til formål at give et samlet overblik over de centrale begreber og forståelser, som danner grundlag for opgavens videre analyse. Først introduceres seksualitet og seksuel sundhed, hvorefter kvindelig seksuel dysfunktion gennemgås med fokus på de fire hovedkategorier: lyst-, ophidselses-, orgasme- og smerteproblemer. Med udgangspunkt i en bio-psyko-social forståelsesramme belyses herefter, hvordan seksuel funktion påvirkes af både fysiologiske, psykologiske og sociale faktorer. I forlængelse heraf gennemgås anatomiske og hormonelle forhold, som har betydning for seksuel funktion. Afslutningsvis sættes fokus på fysisk aktivitet og de fysiologiske mekanismer, der kan medvirke til at forklare en mulig sammenhæng mellem fysisk aktivitet og seksuel trivsel.

2.1 Seksualitet og seksuel sundhed

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) definerer seksuel sundhed som en tilstand af fysisk, psykisk, følelsesmæssig og social trivsel i relation til seksualitet – ikke blot fravær af sygdom eller dysfunktion. Seksuel sundhed forudsætter en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og relationer, samt mulighed for sikre lystfulde seksuelle oplevelser uden tvang, diskrimination eller vold. For at dette kan realiseres, understreger WHO vigtigheden af, at alle menneskers seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes (World Health Organization, 2017).

Seksualitet udgør ifølge WHO en central del af menneskets liv gennem alle livsfaser. Den omfatter blandt andet køn, identitet, orientering, lyst, intimitet og reproduktion og påvirkes af biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle og historiske faktorer. Dermed understreges, at seksuel sundhed og trivsel skal forstås i en bred sammenhæng og ikke kan reduceres til biologisk funktion alene (World Health Organization, 2017).

Den videnskabelige forståelse af seksualitet udvikler sig kontinuerligt, og der er en voksende anerkendelse af dens betydning for både individets trivsel og den generelle folkesundhed. Seksualitet kan ikke reduceres til en fastlåst biologisk egenskab, men opstår i et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Selvom den har en fysiologisk forankring i kroppen, får den først sin fulde betydning i mentale landskaber, sociale relationer og kulturelle kontekster.

Seksualitet er således både en naturlig og en kulturelt formet størrelse, der udvikler sig gennem livet og påvirkes af samfundets normer og individuelle erfaringer. Forskning har gentagne gange påvist, at seksuel tilfredsstillelse, nydelse og en positiv opfattelse af egen seksualitet ikke alene bidrager til et velfungerende sexliv, men også har en markant indflydelse på både mental og fysisk sundhed. Den stigende opmærksomhed på seksualitetens betydning for menneskers livskvalitet afspejler et paradigmeskift i forståelsen af seksuel sundhed – fra et snævert fokus på sygdomsforebyggelse til en bredere erkendelse af seksualitet som en central komponent i trivsel og livskvalitet. Dette perspektiv understreger, at en sund og positiv tilgang til seksualitet ikke blot har individuelle fordele, men også kan spille en væsentlig rolle i det sociale og samfundsmæssige velbefindende (Nimbi et al., 2021).

Seksuel sundhed er dermed ikke kun en individuel udfordring, men også en vigtig samfundsmæssig faktor. Ifølge Sundhedsstyrelsens ”Forebyggelsespakke om Seksuel sundhed” (Sundhedsstyrelsen, 2018) har adgang til prævention, ligestilling i seksuelle rettigheder og seksualundervisning stor betydning for at fremme trivsel og forebygge uønskede graviditeter og seksuelt overførte infektioner. Projekt SEXUS (Frisch et al., 2019) viser desuden, at sociale og helbredsrelaterede faktorer har stor indflydelse på seksuel trivsel, og at både psykisk og fysisk helbred kan være tæt forbundet med seksuel inaktivitet eller dysfunktion. Disse indsigter understreger vigtigheden af at forstå seksuel sundhed som et folkesundhedsanliggende, hvor både strukturelle og individuelle forhold spiller ind.

Seksualitetens komplekse og foranderlige karakter viser, at seksuel sundhed ikke kan forklares alene ud fra biologiske funktioner, men også formes af psykologiske og sociale faktorer. Derfor er det relevant nu at undersøge de teorier og klassifikationer, der beskriver seksuel funktion og dysfunktion – med særligt fokus på kvindelig seksuel dysfunktion.

På trods af denne brede og inkluderende forståelse af seksualitet oplever mange kvinder seksuelle dysfunktioner, som kan påvirke deres trivsel og livskvalitet. Det følgende afsnit belyser begrebet kvindelig seksuel dysfunktion og de klassifikationer, som anvendes i klinisk og forskningsmæssig sammenhæng.

2.2 Kvindelig seksuel dysfunktion

WHO definerer kvindelig seksuel dysfunktion (female sexual dysfunction/FSD) som en vedvarende eller tilbagevendende forstyrrelse i seksuel funktion, der er forbundet med betydelig personlig gene og ikke udelukkende kan forklares af andre medicinske eller psykosociale forhold (World Health Organization, 2018a). Ifølge Basson et al. (2004) kan disse vanskeligheder relatere sig til lyst, ophidselse, orgasme eller smerte og kan påvirke både den individuelle trivsel og relationelle dynamikker. WHO understreger, at seksuel respons er resultatet af et komplekst samspil mellem fysiologiske, psykologiske, sociale og kulturelle faktorer og at dysfunktioner derfor bør forstås og håndteres ud fra en helhedsorienteret tilgang (World Health Organization, 2018a).

Ved klassifikation og klinisk håndtering af seksuelle klager skelnes der ofte mellem et seksuelt problem/udfordring og en seksuel dysfunktion. De to adskiller sig typisk i varighed og sværhedsgrad, hvor den væsentligste forskel er, at en dysfunktion indebærer en subjektiv oplevelse af betydelig gene. Denne skelnen er afgørende for den kliniske betydning, da ikke alle med seksuelle problemer nødvendigvis ønsker behandling. Samtidig er den central i epidemiologiske studier, hvor forekomsten af seksuelle problemer generelt er højere end prævalensen af egentlige dysfunktioner. F.eks. rapporterede 11 % af seksuelt aktive mænd og kvinder at have haft en seksuel dysfunktion inden for det seneste år, såsom erektil dysfunktion eller smerter ved samleje, mens omkring to tredjedele af begge køn oplevede lejlighedsvis seksuelle problemer/udfordringer. Disse data illustrerer, hvordan seksuelle symptomer er væsentligt mere udbredte end egentlige dysfunktioner (Giraldi, 2019) (Christensen, et al., 2011).

Definitionen af kvindelig seksuel dysfunktion blev i 2000 revurderet af et internationalt ekspertpanel, som introducerede begrebet *personal distress*. Begrebet indebærer, at en kvinde skal opleve betydelig gene ved sin seksuelle funktionsnedsættelse, før det kan klassificeres som kvindelig seksuel dysfunktion. Diagnosen omfatter derfor både de seksuelle vanskeligheder og den subjektive belastning, som vurderes af kvinden selv (Jensen & Gimbel, 2011).

For at systematisere forståelsen og den kliniske håndtering af seksuelle dysfunktioner anvendes ofte en opdeling i fire overordnede grupper: lystproblemer, ophidselsesproblemer, orgasmeproblemer og smerteproblemer.

Dysfunktionerne klassificeres desuden efter varighed og omfang: De kan være primære (til stede siden den seksuelle debut) eller sekundære (opstået senere), generelle (forekommer i alle situationer) eller situationsbestemte, samt globale (fuldstændige) eller partielle (delvise) afhængigt af graden af funktionsnedsættelse (Jensen & Gimbel, 2011).

De følgende afsnit beskriver de fire dysfunktionsgrupper med fokus på deres karakteristika, mulige årsager og diagnostiske overvejelser – samt betydningen for kvinders seksuelle trivsel.

2.2.1 Lystproblemer

Seksuel lyst er en kompleks og subjektiv oplevelse, der kan opstå både spontant og som respons på sanselige eller emotionelle stimuli. Den kommer til udtryk gennem fantasier, tiltrækning, fysisk parathed eller ønsket om intimitet – med eller uden partner. Lyst varierer betydeligt mellem individer og på tværs af livsfaser, og der findes ingen entydig definition på, hvad der udgør "normal" lyst (Giraldi & Wåhlin-Jacobsen, 2019).

Ifølge Stephen B. Levine består seksuel lyst af tre komponenter: drift (den biologiske dimension), motivation (den psykologiske) og ønske (den kulturelle). Disse faktorer samvirker og påvirkes af både personlige, relationelle og samfundsmæssige forhold (Giraldi & Wåhlin-Jacobsen, 2019).

Manglende lyst kan skyldes fysiske, psykologiske eller sociale forhold og opstår sjældent på baggrund af én enkelt årsag. Faktorer som stress, sygdom, overgangsalder, parforholdets kvalitet og kommunikation kan påvirke lysten negativt. Nogle kvinder oplever, at de sjældent tænker på sex, mens andre beskriver reduceret respons på stimuli eller på partnerens initiativer (Giraldi & Wåhlin-Jacobsen, 2019).

Nedsat lyst er det hyppigst rapporterede seksuelle problem i den vestlige verden og kan have stor betydning for livskvalitet og trivsel. En nuanceret og helhedsorienteret tilgang er nødvendig i behandlingen, som ofte indebærer rådgivning, øvelser eller konkrete redskaber til at genetablere seksuel motivation (Giraldi & Wåhlin-Jacobsen, 2019).

Tidligere var fokus primært på spontan lyst, men nyere forskning har vist, at mange kvinder i højere grad oplever responsiv lyst – altså en lyst, der opstår undervejs i seksuel interaktion. Denne

erkendelse har ændret både diagnostik og behandling og understreger behovet for at tage højde for individuelle og kontekstuelle forskelle (Jensen & Gimbel, 2011).

2.2.2 Ophidselsesproblemer

Kvindens seksuelle ophidselse har været genstand for stor debat i sexologien, særligt i forhold til, om den skal forstås som en objektivt målbar, fysiologisk reaktion eller som en subjektiv oplevelse af at være seksuelt "tændt" – og hvordan disse to aspekter hænger sammen (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Vaginal lubrikation er det mest synlige tegn på genital ophidselse og ledsages ofte af andre fysiologiske reaktioner som brystvorteerektion, rødme, hjertebanken og øget vejrtrækning. Ophidselsesresponsen afhænger af intakte kønsorganer, velfungerende nerver, blodkar og et balanceret hormonsystem. Alle sygdomme, der påvirker kar- og nervefunktionen i det lille bækken, kan derfor potentielt medføre problemer med den genitale ophidselse (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Problemer med ophidselse omfatter typisk utilstrækkelig eller fraværende lubrikation, forlænget responstid eller ophør af fugtighed under samleje. Oplevelsen kan være både fysiologisk og mental – f.eks. som nedsat evne til at fastholde seksuel koncentration eller nydelse. Ophidselsesproblemer optræder ofte sammen med lystproblemer og kan forstærke hinanden (Jensen & Gimbel, 2011).

Psykologiske faktorer som lavt selvværd, negative forventninger og depression kan påvirke både den subjektive og den kropslige ophidselse. Studier viser, at 40–50 % af kvinder med depression oplever nedsat ophidselse (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Ifølge Projekt SEXUS oplever 12 % af danske kvinder ofte eller altid utilstrækkelig fugtning ved samleje, og problemet ses hyppigere blandt kvinder over 55 år, hvilket tyder på en aldersrelateret tendens (Frisch et al., 2019).

2.2.3 Orgasmeproblemer

Orgasme er en subjektiv oplevelse ledsaget af fysiologiske forandringer og beskrives i litteraturen som en autonom refleks og en lystfuld udladning af seksuel spænding. Historisk har kvinders

orgasme været overset og ofte betragtet i relation til reproduktion fremfor som en selvstændig kilde til velvære (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

I ICD-11¹ defineres orgasmeproblemer som fravær, betydelig forsinkelse eller markant nedsat intensitet af orgasmeoplevelsen, trods tilstrækkelig seksuel stimulation og tilstedeværelse af lyst (World Health Organization, 2018b). Årsagerne kan være medicinske, psykologiske, kulturelle, parforholdsmæssige eller lægemiddelrelaterede (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Ifølge Projekt SEXUS har ca. 20 % af danske kvinder i alderen 15–89 år ofte eller hver gang haft svært ved at opnå orgasme det seneste år. Problemet er mest udbredt blandt yngre kvinder og falder med alderen (Frisch et al., 2019).

Orgasmeproblemer kan føre til negative følelser som skam, skyld og præstationsangst, hvilket kan resultere i undgåelsesadfærd og fastholde kvinder i en ond cirkel af anorgasmi. Normen om, at sex skal føre til orgasme for at være "vellykket", kan bidrage til, at kvinder føler sig seksuelt utilstrækkelige – selvom mange oplever tilfredsstillende sex uden orgasme (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Fysiske faktorer som neurologiske sygdomme (fx multipel sklerose og Parkinsons), aldersrelaterede forandringer og visse medicinske behandlinger kan påvirke den orgasmiske funktion negativt. Psykologiske faktorer som stress, anspændthed og manglende evne til at give slip kan ligeledes hæmme evnen til at opnå orgasme. Derudover spiller relationelle faktorer og partnerens seksuelle funktion en væsentlig rolle (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

2.2.4 Smerteproblemer

Seksuelle smerter kan opstå både tidligt i livet i forbindelse med de første seksuelle erfaringer – såsom onani eller samleje – samt senere som en nyopstået tilstand. Smerten kan være lokaliseret i vulva, vagina, livmoderhals eller bækkenbund, men også stamme fra omkringliggende organer. Uanset placering og kontekst kan smerte påvirke kvinders seksuelle funktion og trivsel betydeligt (Petersen & Fode, 2019).

I ICD-11 (World Health Organization, 2018c) klassificeres både vaginisme og dyspareuni som *sexual pain disorders* – en samlet kategori for vedvarende eller tilbagevendende smerteforstyrrelser i forbindelse med seksuel aktivitet, der ikke udelukkende kan forklares af medicinske eller aldersrelaterede forandringer, og som medfører betydelig gene.

Vaginisme (i ICD-11 betegnet som *sexual pain-penetration disorder*) karakteriseres ved vedvarende eller gentagne ufrivillige sammentrækninger i bækkenbundens muskler, som forhindrer vaginal penetration trods ønsket om samleje. Årsagerne kan være både fysiske (f.eks. overaktiv bækkenbund, arvæv, nedsat elasticitet, neurologiske forstyrrelser) og psykologiske (f.eks. frygt for smerte eller tidligere traumer) (World Health Organization, 2018d).

Dyspareuni defineres som vedvarende eller tilbagevendende smerter under seksuel aktivitet, som ikke udelukkende kan forklares ved andre medicinske forhold eller manglende lubrikation. Smerten kan være overfladisk eller dyb og skyldes ofte hormonelle forandringer, infektioner, muskelspændinger eller psykologiske faktorer som frygt og negative forventninger (World Health Organization, 2018e).

Nyere forskning har vist, at emotionelle tilstande kan påvirke bækkenbunden via forbindelser til det limbiske system, hvilket kan udløse reflektoriske muskelspændinger og forstærke smerteproblemer (Petersen & Fode, 2019).

Smerteproblemer har ofte en kompleks årsagsbaggrund og kan forværres af relationelle forhold som parforholdskonflikter. De kan desuden føre til andre seksuelle dysfunktioner, herunder nedsat lyst, ophidselse og orgasmeevne – og bør derfor forstås i et biopsykosocialt perspektiv (Petersen & Fode, 2019)

2.3 Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv

Den bio-psyko-sociale model blev udviklet i slutningen af 1970'erne af den amerikanske psykiater George L. Engel som en reaktion på biomedicinens snævre og mekanistiske "apparatfejlsmodel". Engel argumenterede for, at menneskelig adfærd ikke kan reduceres til isolerede faktorer, men derimod må forstås og behandles som et komplekst og dynamisk samspil mellem overlappende biologiske, psykologiske og sociale dimensioner. I en medicinsk kontekst er det ofte praktisk at fokusere på det biologiske aspekt, men det er dog afgørende at anerkende, at patientens oplevelse af sygdom er en helhedsoplevelse, hvor både fysiske, psykologiske og sociale faktorer spiller en rolle (Graugaard, Møhl, & Hertoft, 2006).

Den bio-psyko-sociale model er særligt relevant i forståelsen af seksualitet, hvor biologiske faktorer som hormoner og neurologiske processer interagerer med psykologiske elementer som følelser, tidligere erfaringer og relationelle dynamikker. Ifølge Graugaard, Giraldi og Møhl (2019) anerkendes denne model bredt i sexologisk praksis og er i overensstemmelse med WHO's beskrivelse fra 2001 af seksualitet som en kompleks og multidimensionel størrelse, der påvirkes af både fysiologiske og psykosociale faktorer gennem hele livet.

Denne helhedsforståelse har ikke blot teoretisk værdi, men er også central i klinisk praksis, hvor behandlingen af seksuelle dysfunktioner forudsætter en integreret tilgang.

Seksuelle problemer og dysfunktioner kan ikke udelukkende forstås ud fra et biologisk perspektiv, men må analyseres i et bio-psyko-socialt samspil. Fysiske sygdomme, hormonelle forandringer og neurologiske lidelser kan direkte påvirke den seksuelle funktion, men seksuelle udfordringer kan også opstå indirekte gennem psykologiske mekanismer som stress, depression, kropsopfattelse og tidligere traumer. Derudover kan sociale faktorer som parforholdsdynamik, samfundsnormer og livsomstændigheder spille en afgørende rolle i udviklingen af seksuelle dysfunktioner (Nimbi, et al., 2021).

I Projekt SEXUS blev ikke-genitale former for fysisk nærvær vurderet som væsentlige af en stor del af deltagerne. Over 92 % af de adspurgte angav, at kram og kys var enten vigtige, meget vigtige eller særdeles vigtige. Når det specifikt gjaldt betydningen af fysisk nærvær for et godt sexliv, vurderede 88 % af mændene og 73 % af kvinderne, at dette var af stor betydning (Frisch et al., 2019). Dette

understreger, at seksualitet ikke udelukkende drejer sig om samleje, men også om intimitet og fysisk kontakt i bredere forstand.

Risikofaktorer for seksuelle udfordringer og dysfunktioner spænder over biologiske, psykologiske og sociale aspekter og optræder ofte i et komplekst samspil. De kan være disponerede (f.eks. genetiske og hormonelle faktorer), vedligeholdende (f.eks. frygt for smerte, præstationsangst, uhensigtsmæssige relationelle mønstre) eller udløsende (f.eks. sygdom, traumer, medicinbivirkninger). Dette gør den diagnostiske vurdering i klinisk praksis særligt udfordrende, da den seksuelle funktion sjældent påvirkes af én enkelt faktor. Herudover kan individuelle forskelle såsom alder, køn og kulturel baggrund præge, hvordan disse faktorer opleves og interagerer, hvilket understreger behovet for en differentieret tilgang i både forskning og praksis (Graugaard, Møhl, & Hertoft, 2006).

Den seksuelle funktionsevne synes at være resultatet af en dynamisk balance mellem hæmmende og fremmende faktorer, der kan have både fysiologisk og psykosocial karakter. Seksuel lyst er særligt påvirkelig i dette samspil, da den i høj grad formes af både biologiske signaler, emotionelle tilstande og relationelle dynamikker – og derfor ofte er den funktion, der først forstyrres ved ubalance. En helhedsorienteret tilgang er derfor nødvendig for at forstå de mekanismer, der påvirker seksuel sundhed, samt for at kunne identificere relevante interventioner (Giraldi, 2019). I klinisk praksis betyder dette, at behandlingen af seksuelle dysfunktioner ikke blot bør rette sig mod den fysiologiske funktion, men også inkludere psykologiske og relationelle aspekter.

For at kunne analysere samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, er det nødvendigt først at forstå de anatomiske strukturer, der danner fundament for kvindens seksuelle funktion.

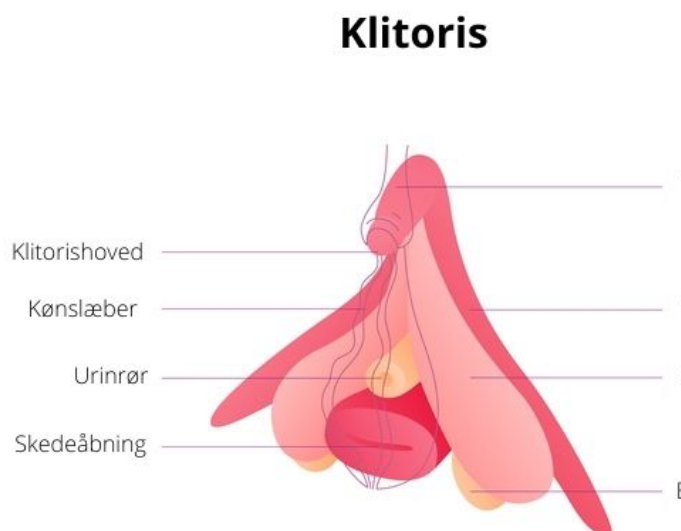
2.4 Den kvindelige anatomi

Genitalregionens strukturer danner fundamentet for kroppens respons på seksuel stimulering og har betydning for både lyst, ophidselse og nydelse. De ydre og indre kønsorganer udgør tilsammen en kompleks struktur, der rummer erektilt væv, sensoriske nerver og rigt vaskulariseret slimhinder – alle centrale komponenter i den fysiologiske reaktion under seksuel aktivitet. Anatomien er

dermed tæt forbundet med de neurovaskulære og hormonelle processer, som muliggør den seksuelle respons, herunder ophidselse og orgasme (Dalsgaard & Ottesen, 2011) (Graugaard & Giralaldi, 2019).

De ydre kønsorganer (vulva) omfatter blandt andet labia majora og minora, skedeåbningen og klitoris. Ifølge Vincenzo Puppo (2013) bør klitoris ikke forstås som et isoleret organ, men som et anatomisk kompleks, der inkluderer svulmelegemer, labia minora og corpus spongiosum omkring urinrøret (se figur 1). Disse strukturer er homologe med mandens erektile væv og reagerer tilsvarende med øget blodgennemstrømning og erektion under seksuel ophidselse.

Det er værd at bemærke, at klitoris først blev fuldt kortlagt ved hjælp af moderne billeddiagnostik i 1998, hvilket har bidraget til en øget erkendelse af behovet for opdaterede og mere præcise anatomiske beskrivelser af kvindens genitale strukturer (O'Connell, Hutson, Anderson, & Plenter, 1998).



Figur 1. Klitoris som anatomisk kompleks. Illustration baseret på beskrivelsen af Puppo (2013).

Denne anatomiske forståelse danner også grundlag for nyere fortolkninger af seksuel respons. Puppo (2013) fremhæver, at teorier om vaginal orgasme og G-punktets eksistens savner videnskabelig dokumentation, og at orgasme primært bør tilskrives stimulering af de ydre, erektile strukturer. Han fremhæver, at en anatomisk korrekt forståelse kan bidrage til både mere præcis seksualundervisning og en bedre forståelse af kvindelig seksuel dysfunktion.

I en bredere sexologisk sammenhæng inddrages også andre områder af kroppen i seksualanatomien. Brysterne og den anogenitale region regnes ofte som erogene zoner, og bækkenbunden spiller en vigtig rolle i seksuel funktion gennem sine rytmiske kontraktioner under ophidselse og orgasme. Bækkenbunden understøtter desuden de indre kønsorganer og bidrager til øget sensorisk stimulation ved sammentrækninger. Både muskulær styrke og funktion har betydning, hvilket er relevant i konteksten af træning og fysisk aktivitet (Dalsgaard & Ottesen, 2011) (Graugaard & Giraldi, 2019).

Orgasmen er et af de mest komplekse fysiologiske udtryk for samspillet mellem kroppens anatomiske strukturer og beskrives nærmere i det følgende afsnit.

2.5 Orgasmens anatomi og fysiologi

Den kvindelige anatomi udgør en kompleks, men nøje afstemt enhed, hvor de enkelte strukturers opbygning og samspil muliggør de fysiologiske processer, der kendetegner seksuel respons. Et af de mest markante udtryk for dette samspil ses under orgasme, som involverer en koordineret aktivering af både det autonome og det somatiske nervesystem. Orgasmen er karakteriseret ved rytmiske kontraktioner i bækkenbundens muskulatur, særligt pubococcygeus musklen, samt i skedevæg og livmoder. Disse kontraktioner opstår som følge af en refleksbue, der udløses, når seksuel stimulering når et vist intensitetsniveau. Reaktionen ledsages ofte af en forbigående stigning i puls, blodtryk og muskeltonus, og mange kvinder beskriver en subjektiv følelse af frigørelse og eufori i denne fase (Graugaard & Giraldi, 2019) (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Seksuel funktion påvirkes dog ikke kun af anatomi og nervesystem, men også af hormonelle processer – især i forbindelse med livsfaser som overgangsalderen.

2.6 Hormonel regulering og dens betydning for seksuel funktion

Kvindens reproduktive og seksuelle funktion er tæt knyttet til kroppens hormonelle regulering. De primære kønshormoner østrogen og progesteron produceres i æggestokkene og reguleres af signaler fra hypofysen, herunder follikelstimulerende hormon (FSH) og luteiniserende hormon (LH). Østrogen spiller en væsentlig rolle for slimhindernes fugtighed og elasticitet i skede og vulva, og

påvirker også kollagensyntese, blodgennemstrømning og vævsstyrke i bækkenområdet. Samspillet mellem disse hormoner har betydning for menstruationscyklus, fertilitet og kvinders seksuelle respons. Ændringer i hormonbalancen – som det f.eks. ses i overgangsalderen – kan derfor påvirke både fysiologiske og emotionelle aspekter af seksualiteten (Graugaard & Giraldi, 2019).

Ligesom puberteten er overgangsalderen en naturlig og uundgåelig biologisk proces, som opstår som følge af ændringer i ovariernes hormonproduktion. Æggestokkenes funktion aftager gradvist, hvilket fører til faldende niveauer af især østrogen og progesteron. Overgangsalderen indtræffer typisk mellem 45-55-årsalderen og markerer afslutningen på kvindens reproduktive fase (Pedersen & Skouby, 2011).

I overgangsalderen ændres den hormonelle regulering markant, hvor især det faldende østrogenniveau har potentiale til at påvirke kvinders seksuelle funktion og velbefindende. Slimhinderne i vulva og vagina kan blive tyndere, tørrere og mere sarte – en tilstand kendt som vaginal atrofi – hvilket hos nogle kvinder medfører symptomer som irritation, svie og smerter ved samleje (dyspareuni). Dette kan igen føre til nedsat seksuel lyst og undgåelse af seksuel aktivitet (Graugaard & Giraldi, 2019).

Derudover kan nogle kvinder opleve psykiske forandringer i forbindelse med overgangsalderen, herunder træthed, humørsvingninger, angst og søvnforstyrrelser. Disse reaktioner skyldes dog ikke alene hormonelle ændringer, men kan også være forbundet med livsomstillinger og psykosociale faktorer, som ofte karakteriserer denne livsfase. Det er samtidig vigtigt at understrege, at mange kvinder ikke oplever seksuelle vanskeligheder i forbindelse med overgangsalderen. Flere beskriver uændret lyst og evne til at opnå orgasme, og for nogle kan det endda opleves som en lettelse ikke længere at skulle tage stilling til prævention og graviditet. Omvendt kan langvarige blødningsforstyrrelser før menopausen samt slimhindegener i perioden efter bidrage til seksuel mistrivsel (Pedersen & Skouby, 2011).

Østrogenniveauet har også betydning for bækkenbundens struktur og funktion. Et fald i hormonet kan føre til reduceret muskelstyrke og ændret kollagensammensætning, hvilket i nogle tilfælde kan påvirke både seksuel funktion og bækkenbundens øvrige funktioner (Wåhlin-Jacobsen & Giraldi, 2019).

Forløbet og oplevelsen af overgangsalderen varierer betydeligt fra kvinde til kvinde. Hos nogle fylder de følelsesmæssige aspekter mest – såsom refleksioner over aldring eller oplevelsen af at miste fertiliteten. For andre er det de fysiske gener, som dominerer, f.eks. hedeture, søvnforstyrrelser eller ændringer i den seksuelle funktion. Det gør det vanskeligt at opgøre præcist, på tværs af befolkningen, hvor mange der oplever symptomer relateret til østrogenmangel. Omtrent en tredjedel af kvinder rapporterer ingen væsentlige gener, mens andre oplever moderate eller mere udtalte symptomer – ofte over en længere årrække (Pedersen & Skouby, 2011).

Samlet set spiller hormonbalancen en central rolle for kvinders seksuelle funktion gennem hele livet – fra pubertet over reproduktiv alder til tiden efter overgangsalderen. Ændringer i østrogen- og progesteronniveauer kan påvirke både de fysiologiske og emotionelle aspekter af seksualiteten, men effekten varierer betydeligt mellem individer. I denne opgave belyses hormonelle faktorerers betydning i et bio-psyko-socialt perspektiv, med fokus på hvordan fysisk aktivitet kan understøtte seksuel sundhed på tværs af livsfaser.

2.7 Fysisk aktivitet og træning

Fysisk aktivitet defineres ifølge WHO (2024), som enhver kropslig bevægelse, der udføres af skeletmuskler og resulterer i energiforbrug. Dette omfatter ikke blot træning, men også bevægelse i forbindelse med arbejde, transport og dagligdagsaktiviteter. Når fysisk aktivitet udføres struktureret, planlagt og gentaget med henblik på at forbedre eller vedligeholde en bestemt fysisk kapacitet, betegnes det som træning (World Health Organization, 2024). Fysisk aktivitet spænder fra uformelle daglige bevægelser til mere målrettet træning og regelmæssig fysisk aktivitet er forbundet med forebyggelse og behandling af en række kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Fysisk inaktivitet defineres som fraværet af tilstrækkelig fysisk aktivitet til at opnå helbredsmæssige fordele. Ifølge WHO betegnes personer som fysisk inaktive, hvis de ikke opfylder anbefalingen om mindst 150 minutters moderat fysisk aktivitet om ugen (World Health Organization, 2024). Denne definition anvendes også af Sundhedsstyrelsen (2023), som beskriver fysisk inaktive som personer, der bevæger sig meget lidt i hverdagen og ikke lever op til de officielle aktivitetsanbefalinger på de 150 minutter om ugen.

Denne skelnen er væsentlig i et sundhedsvidenskabeligt perspektiv, da træning – som en systematisk påvirkning af organismen – kan anvendes både forebyggende og behandlende. I denne opgave anvendes betegnelsen *fysisk aktivitet* som en bred kategori, mens *træning* betegner de mere målrettede og gentagne aktiviteter, der har til formål at forbedre den fysiske form og derigennem potentielt påvirke seksuel funktion.

For at forstå, hvordan fysisk aktivitet kan påvirke kvinders seksuelle funktion, er det relevant at belyse de underliggende fysiologiske mekanismer.

2.8 Fysiologiske mekanismer og fysisk aktivitets betydning

Fysisk aktivitet har en veldokumenteret positiv effekt på en række fysiologiske systemer, herunder kredsløb, muskelmasse, metabolisme og det endokrine system – alle elementer, der spiller en væsentlig rolle for den seksuelle funktion. Seksuel ophidselse forudsætter en kompleks interaktion mellem nerveimpulser, blodkar, muskulatur og hormonelle signaler. Særligt kredsløbets evne til at sikre tilstrækkelig blodtilførsel til genitale strukturer, såsom klitoris, bulbi vestibuli og vaginas slimhinde, er central for ophidselse og lubrikation (Graugaard & Giraldi, 2019).

Fysisk aktivitet understøtter seksuel funktion blandt andet gennem forbedring af endotelfunktionen. Endotelet, der beklæder blodkarrenes inderside, spiller en central rolle i reguleringen af blodgennemstrømning til genitale områder via frigivelse af nitrogenoxid (NO). Regelmæssig aerob aktivitet øger eNOS²-aktivitet og NO-produktion som respons på shear stress³, hvilket forbedrer vaskulær reaktivitet og blodtilførsel – også til genitalområdet. Omvendt er fysisk inaktivitet forbundet med endoteldysfunktion, som kan føre til reduceret vasodilatation og dermed nedsat ophidselsesrespons (Witkowski & Serviente, 2018).

I et systematiske review af Gerbild, Larsen, Graugaard, & Josefsson (2018) understøttes ligeledes sammenhængen mellem fysisk aktivitet og seksuel funktion, dog med fokus på mænd med erektil dysfunktion. Selvom resultaterne ikke direkte kan generaliseres til kvinder, kan de fysiologiske

² eNOS står for *endothelial nitric oxide synthase*, et enzym i blodkarrenes endotel, der stimulerer produktionen af nitrogenoxid (NO) og dermed regulerer vasodilatation.

³ *Shear stress* er den mekaniske påvirkning, blodstrømmen udøver på karvæggen, som stimulerer frigivelse af vasodilaterende stoffer som nitrogenoxid.

mekanismer – herunder endotelfunktion og vaskulær sundhed – antages at være sammenlignelige, da kønsorganernes erektile væv er opbygget af samme type væv.

Nyere forskning understøtter sammenhængen mellem kardiovaskulær sundhed og kvindelig seksuel funktion yderligere. Et studie af Dilixiati, et al. (2024) viser at kvinder med kardiovaskulær sygdom har en signifikant øget risiko for at udvikle seksuelle dysfunktioner. Analysen omfattede 54 studier med næsten 149.000 deltagere og viste en 1,51 gange højere risiko for kvindelig seksuel dysfunktion blandt kvinder med hjertekarsygdom (CVD) sammenlignet med raske kontrolpersoner. Særligt tilstande som hypertension, apopleksi og myokardieinfarkt viste stærk association med nedsat seksuel funktion. Mekanismerne bag disse sammenhænge relaterer sig til vaskulær endoteldysfunktion og reduceret blodgennemstrømning til bækkenregionen.

Fysisk aktivitet bidrager derudover til vedligeholdelse af glat muskeltonus og bindevævets elasticitet i de genitale strukturer. Særligt hos kvinder i overgangsalderen eller med hjertekarsygdom ses ofte en øget mængde kollagen og nedsat muskeltonus i klitoris og vagina, hvilket kan forringe den fysiske respons på seksuel stimulation og medføre symptomer som tørhed, nedsat ophidselse og smerter ved samleje (Jensen & Gimbel, 2011).

Desuden kan fysisk aktivitet påvirke hormonbalancen ved at bidrage til regulering af østrogenniveauer og forbedring af insulinfølsomhed, hvilket har betydning for metabolisk og reproduktiv sundhed. Fysisk aktivitet kan også reducere vedvarende let inflammation og forbedre den generelle autonome balance, hvilket yderligere kan understøtte seksuel funktion (Witkowski & Serviente, 2018).

Sammenfattende giver teoridelen et samlet overblik over seksualitetens betydning for sundhed, klassifikation og forståelse af kvindelig seksuel dysfunktion samt de fysiologiske mekanismer, der potentielt kan knytte fysisk aktivitet til seksuel funktion. Dette danner grundlag for den videre undersøgelse af, hvordan fysisk aktivitet kan påvirke risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion i et bio-psyko-socialt perspektiv.

3. Problemformulering

Formålet med opgaven er at undersøge, om fysisk aktivitet kan reducere risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

Baggrundsteorien har belyst, hvordan kvindelig seksuel dysfunktion kan forstås i et bio-psyko-socialt perspektiv med vægt på anatomiske, fysiologiske, psykologiske og sociale faktorer. På dette grundlag rettes fokus nu mod opgavens centrale problemstilling, hvor sammenhængen mellem fysisk aktivitet og seksuel funktion undersøges gennem en nærmere formulering af problemformulering og forskningsspørgsmål.

Problemformulering:

Hvordan påvirker fysisk aktivitet risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion set i et biopsykosocialt perspektiv?

3.1 Forskningsspørgsmål

1. Hvad viser eksisterende forskning om sammenhængen mellem fysisk aktivitet og risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion?
2. Hvordan kan det biopsykosociale perspektiv bruges til at forstå mulige mekanismer, der forbinder fysisk aktivitet og kvindelig seksuel sundhed?

4. Opgavens metodiske tilgang

Problemstillingen og forskningsspørgsmålene belyses gennem en systematisk litteraturgennemgang af eksisterende empiriske studier. Denne tilgang er valgt med henblik på at opnå en nuanceret og dybdegående forståelse af emnet ved at analysere, integrere og sammenfatte den eksisterende viden og forskning på området.

En systematisk litteratursøgning er gennemført i de to anerkendte databaser PubMed/MEDLINE⁴ og CINAHL⁵, da disse er centrale inden for sundhedsvidenskab og rummer hovedparten af den relevante forskning på området. I begge databaser er der anvendt en bloksøgningsstrategi, hvor søgeord er struktureret i tematiske blokke for at sikre en systematisk og dækkende identifikation af de relevante aspekter af undersøgelsen (Lund, Juhl, Andreasen & Møller, 2014).

For at optimere søgningen i PubMed/MEDLINE er der anvendt trunkering (*), specifikt i forbindelse med søgetermerne "*sexual health*" og "*sexual dysfunction*"⁶. Trunkering gør det muligt at inkludere forskellige ordformer med samme ordstamme, hvilket øger sandsynligheden for at identificere alle relevante studier inden for emnet (Lund et al., 2014).

Desuden er MeSH-termer⁷ anvendt i PubMed-søgningen. MeSH er et kontrolleret emneordsregister, der anvendes til at indeksere og systematisere sundhedsvidenskabelige termer. Brugen af MeSH-termer sikrer, at alle relevante referencer inden for det givne emne inkluderes i én samlet søgning, hvilket øger søgningens præcision og omfattende litteraturgennemgang (Lund et al., 2014).

Da en betydelig del af den eksisterende forskning omhandler mænd med seksuelle dysfunktioner i relation til fysisk aktivitet, er der blevet indsat en specifik eksklusionsparameter med henblik på at afgrænse søgningen til kvinders seksuelle funktion. Studier relateret til mandlige diagnoser som *erectile dysfunction* og/eller *premature ejaculation* er derfor blevet frasorteret – herunder ved brug af MeSH-terminen "*erectile dysfunction*" i PubMed-søgningen. Denne afgrænsning sikrer, at det identificerede litteraturgrundlag udelukkende omhandler kvindelige populationer.

⁴ US National Library of Medicine.

⁵ Bibliografisk database over litteratur relevant for bl.a. fysioterapeuter, sygeplejersker mm.

⁶ Eftersom databaserne er engelsksprogede, anvendes kun engelske søgeord.

⁷ Medical Subject Headings – database over begreber og nøgleord i MEDLINE/PubMed.

I CINAHL-databasen er søgningen baseret på et prædefineret system af emne kategorier og søgeord, hvilket betyder, at anvendelsen af MeSH-termer ikke er mulig i denne database.

Søgningen er blevet gennemført den 26 og 29 marts 2025, og den anvendte søgestrategi – herunder konkret selektion og opstilling af søgeord – er beskrevet i bilag 1 og 2.

Den anvendte søgeopbygning i databaserne PubMed og Cinahl er desuden opstillet i tabel 1.

Tabel 1. Søgekriterier

	Søgeord PubMed	Søgeord Cinahl
Fokus 1	"Exercise"[Mesh]/ Exercise [Title/Abstract]	"Cardio training"
	"Physical activity"	"Physical activity"
	"Cardio training"	"Exercise"
	"Endurance training"	Endurance training
	Exercise	Cardiovascular exercise
Fokus 2	"Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]	"Sexual dysfunction"
	"Sexual Dysfunction" [Title/Abstract]	"female sexual dysfunction"
	"Sexual dysfunction"	FSD
	FSD	"sexual health"
	"Female sexual dysfunction"	
	"Sexual health"	
	"Female arousal disorder"	
	"Intimate health"	

4.1 Inklusions- og eksklusions kriterier

Forud for den systematiske litteratursøgning er der, som angivet i Tabel 2, fastlagt inklusions- og eksklusionskriterier med henblik på at identificere studier, der vurderes at være relevante for opgavens fokus og problemformulering. Anvendelsen af disse kriterier bidrager til at sikre, at de udvalgte studier så vidt muligt er metodisk sammenlignelige, særligt med hensyn til forskningsdesign, population og interventionstype. Det skal dog bemærkes, at der er forskelle i studiedesign, målgrupper

og målemetoder blandt de inkluderede studier, hvilket afspejler, at feltet er præget af stor variation og komplekse måder at definere og måle både fysisk aktivitet og seksuel funktion på.

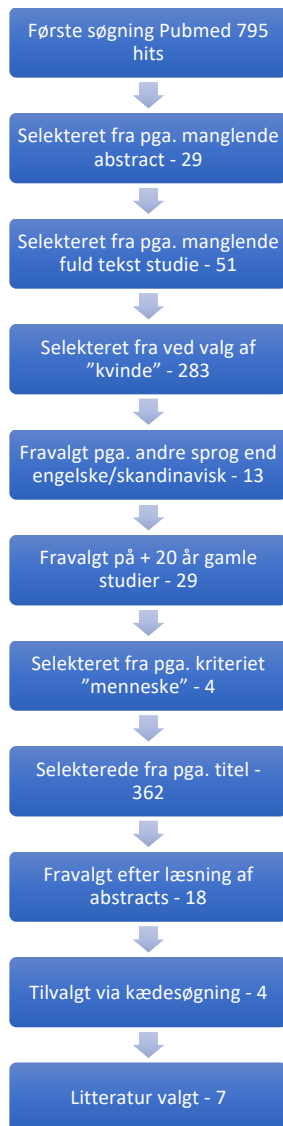
Tabel 2. Inklusion- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterierne:	Eksklusionskriterierne:
Relevant for problemstillingen	Ikke relevant for problemstillingen
Omhandlende kvinder (+18år), fysisk aktivitet og seksuelle dysfunktioner.	Studier med fokus på mænd (f.eks. ED eller præmatur ejakulation).
Adgang til abstracts og fuld tekst	Manglende abstracts
Litteratur fra videnskabelige databaser	Manglende tilgang til fuld tekst
Studier med sammenlignelighed ift. fysisk aktivitet og seksuel funktion, men med plads til visse variationer i design og populationstype (fx alder, sundhedstilstand)	Studier med markant afvigende fokus (fx primært bækkenbundstræning relateret til inkontinens uden kobling til seksuel funktion)
	Litteratur på andre sprog end engelske/skandinavisk
	Studier offentliggjort for + 20 år siden
	Studier foretaget på andet end mennesker

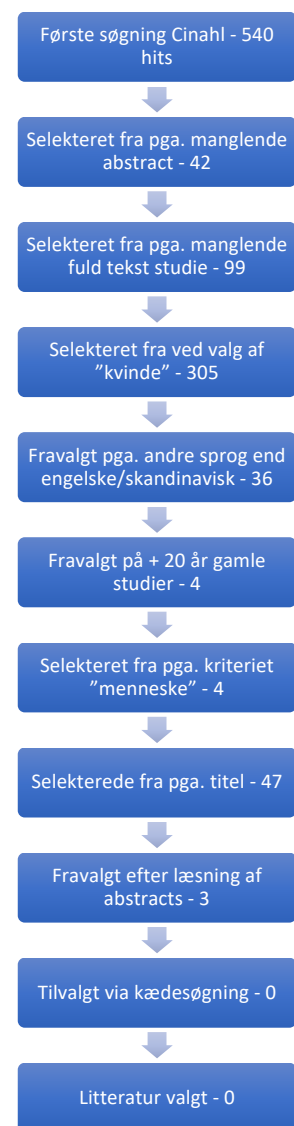
4.2 Selektion af relevant litteratur

Den fundne litteratur udvælges gennem en systematisk og trinvis selektionsproces. Først screenes titler, dernæst vurderes abstracts, og endelig gennemgås potentielt relevante studier i fuldtekst. Supplerende anvendes kædesøgning, hvor referencelister fra inkluderede artikler gennemgås for at identificere yderligere relevant litteratur.

Tabel 3 Selektion af fremsøgt litteratur PubMed



Tabel 4 Selektion af fremsøgt litteratur Cinahl



Som det ses af tabel 3 og tabel 4 ovenfor, blev der i alt udvalgt syv relevante studier via PubMed, mens søgningen i Cinahl ikke resulterede i yderligere litteratur, der opfyldte inklusionskriterierne

5. Litteraturgennemgang

I dette afsnit præsenteres hovedkonklusionerne fra de 7 artikler, som jf. metodeafsnittet er udvalgt som relevante for problemområdet.

5.1. Physical activity and sexual function in middle-aged women

(Cabral, Canário, Spyrides, Uchôa, Júnior, Giraldo & Goncalves, 2014)

Dette brasilianske studie fra 2011 undersøgte sammenhængen mellem fysisk aktivitetsniveau og seksuel funktion blandt 370 midaldrende kvinder (40-65 år). Deltagerne blev vurderet ved spørgeskemaer, herunder The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) og Female Sexual Function Index (FSFI). Resultaterne viste, at 67 % af kvinderne havde seksuelle dysfunktioner ($FSFI \leq 26,55$). Kvinder med lav fysisk aktivitet havde markant højere forekomst af seksuel dysfunktion (78,9 %) sammenlignet med fysisk aktive (57,6 %) og moderat fysisk aktive (66,7 %) kvinder ($p = 0,002$). Fysisk aktive kvinder opnåede højere scores i alle FSFI-domæner (lyst, ophidselse, lubrikation, orgasme, tilfredshed og smerte) samt en højere samlet FSFI-score (20,9) end moderat aktive (18,8) og kvinder med lav aktivitet (15,6) ($p < 0,05$).

Statistiske analyser af sammenhængene viste, at kvinder med lav fysisk aktivitet havde 2,6 gange større risiko for seksuelle dysfunktioner end fysisk aktive kvinder. Ydermere var risikoen for seksuelle dysfunktioner 2,1 gange højere hos kvinder efter overgangsalderen sammenlignet med kvinder før overgangsalderen.

Studiet fremhæver, at fysisk aktivitet kan forbedre både seksuel funktion og livskvalitet hos midaldrende kvinder, hvilket understreger betydningen af motion som en potentiel ikke-medicinsk intervention mod seksuel dysfunktion. Dog påpeger forfatterne, at en begrænsning ved studiet er, at data om seksuel dysfunktion bygger på deltagernes egne vurderinger, hvilket gør resultaterne afhængige af subjektive erfaringer.

5.2 Physical Activity and Female Sexual Dysfunction: A Lot Helps, But Not Too Much

(Maseroli, Rastrelli, Stasi, Cipriani, Scavello, Todisco, Gironi, Castellini, Ricca, Sorbi, Fambrini, Petraglia, Maggi & Vignozzi, 2021)

Dette italienske studie fra 2021 undersøgte sammenhængen mellem fysisk aktivitet og seksuel dysfunktion blandt 322 kvinder med en gennemsnitsalder på 45,1 år ($\pm 12,9$). Deltagerne omfattede både præ- og postmenopausale kvinder og var alle inkluderet i studiet på baggrund af symptomer på kvindelig seksuel dysfunktion, bekræftet gennem scores på FSFI og Female Sexual Distress Scale–Revised (FSDS-R).

Fysisk aktivitet blev vurderet via spørgeskema og relateret til seksuel funktion (FSFI), seksuel distress (FSDS-R), kropsopfattelse og blodgennemstrømning i klitorale arterier, som blev målt med Doppler-ultral lyd.

Resultaterne viste, at moderat fysisk aktivitet var forbundet med højere score i FSFI-domæner som lyst, ophidselse og lubrikation, samt lavere seksuel distress. Kvinder med højere aktivitetsniveau havde desuden lavere vaskulær modstand i klitorale arterier, hvilket indikerer forbedret blodgennemstrømning og seksuel respons. Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og lavere risiko for hypoaktiv seksuel lystforstyrrelse blev delvist medieret af forbedret kropsopfattelse og psykologisk trivsel. For genital ophidselsesforstyrrelse var sammenhængen fuldt medieret af lavere BMI – det vil sige, at den positive effekt af fysisk aktivitet på genital ophidselse i dette studie udelukkende kunne forklares ved deltagernes lavere BMI.

Deltagerne fordelte sig med 67,4 % klassificeret som fysisk inaktive, 22,6 % som aktive og kun 10 % som enten "very" eller "extremely active". At næsten to tredjedele af kvinderne med kvindelig seksuel dysfunktion i studiet var fysisk inaktive, understreger vigtigheden af at belyse fysisk aktivitet som en mulig beskyttende faktor og relevant del af behandlingsindsatsen.

Dog viste kvinder med ekstrem fysisk aktivitet (>6 timer/uge) lavere seksuel tilfredshed og flere somatiske og emotionelle symptomer. Studiet fremhæver dermed, at moderat fysisk aktivitet kan fremme seksuel funktion, mens overdreven fysisk aktivitet kan have negative konsekvenser.

5.3 The Effects of Exercise on Sexual Function in Women

(Stanton, Handy, & Meston, 2018)

Denne litteraturgennemgang er udført af forskere fra University of Texas og inkluderer primært studier fra vestlige lande, hovedsageligt USA og Europa. Gennemgangen fra 2018 undersøgte effekten af fysisk aktivitet på kvinders seksuelle funktion og skelnede mellem kortvarige og langvarige virkninger. Kortvarig fysisk aktivitet – defineret som en enkelt træningssession – viste sig at kunne forbedre den fysiologiske seksuelle ophidselse umiddelbart efter aktivitet. Effekten blev tilskrevet aktivering af det sympatiske nervesystem samt midlertidige hormonelle ændringer, herunder øget kortisol, østrogen og oxytocin. Den største effekt blev observeret inden for de første 15–30 minutter efter afsluttet aktivitet og relaterede sig primært til fysiologiske reaktioner, snarere end subjektive mål som lyst eller tilfredshed.

Langvarig fysisk aktivitet – defineret som regelmæssig træning over mindst tre uger – var forbundet med mere vedvarende forbedringer i seksuelt velvære og funktion. Dette blev forklaret med forbedret kardiovaskulær sundhed, et mere positivt kropsbillede og øget mentalt velbefindende. Hos kvinder med antidepressiv-induceret seksuel dysfunktion samt kvinder efter hysterektomi viste fysisk aktivitet særlig effekt, især når den blev udført kort før seksuel aktivitet.

Studiet konkluderede, at de bedste resultater blev opnået hos kvinder, der i forvejen var fysisk aktive, da langvarig træning så ud til at forstærke effekten af kortvarig aktivitet. Fysisk aktivitet blev vurderet som en mulig ikke-farmakologisk intervention ved seksuelle dysfunktioner. Forfatterne understregede dog, at flere af de inkluderede studier var små eller havde eksperimentelt design, og at der derfor er behov for yderligere forskning i varighed, intensitet og aktivitetstype.

5.4 Exercise Improves Self-Reported Sexual Function Among Physically Active Adults

(Fergus, Gaither, Baradaran, Glidden, Cohen & Breyer, 2019)

Dette internationale studie fra 2019 undersøgte sammenhængen mellem kardiovaskulær træning og selvrapporteret seksuel funktion blandt 3.906 mænd og 2.264 kvinder. Undersøgelsen blev gennemført som en online spørgeskemaundersøgelse blandt fysisk aktive voksne, der deltog i alt fra motionsaktiviteter til konkurrenceforberedelse. Deltagerne kom fra USA, Canada, Storbritannien, Australien og New Zealand. 65 % af kvinderne var under 40 år, og medianalderen var 31–35 år. Træningsniveauet blev målt i MET-timer per uge og opdelt i seks grupper (sextiler⁸).

Resultaterne viste, at mænd i aktivitetsgrupperne sextil 2–6 havde lavere risiko for erektil dysfunktion, men kun sextil 4 og 6 viste signifikant lavere risiko (OR: 0.77 og 0.78; $p = 0,03$). For kvinder var risikoen for seksuel dysfunktion lavere i sextil 4 (OR: = 0.70; $p = 0.03$), og der sås statistisk signifikante forbedringer i ophidselses- og orgasmefunktion i sextil 4–6 ($p < 0.01$). Studiet konkluderer, at højere niveauer af kardiovaskulær træning har en beskyttende effekt mod seksuel dysfunktion hos både mænd og kvinder. Desuden understregede forskerne, at mere intens træning kan give yderligere fordele, selv for allerede aktive personer. Hos kvinder blev der ikke observeret nogen negativ effekt ved stigende aktivitetsniveau, hvilket kan tyde på en dosis-respons-sammenhæng uden tydelig øvre grænse for kvinder i denne aktive population.

Styrker ved studiet inkluderer en stor, international stikprøve og en bred vifte af aktivitetsniveauer, mens begrænsningerne omfatter tværsnitsdesignet og selvrapporterede data, hvilket kan føre til recall bias og usikkerhed om kausalitet. Deltagerne var allerede fysisk aktive, hvilket kan begrænse generaliserbarheden.

⁸ Sextiler refererer til en opdeling af data i seks lige store grupper baseret på deltagernes aktivitetsniveau målt i MET-timer per uge. Sextil 1 repræsenterer de mindst aktive, mens sextil 6 omfatter de mest fysisk aktive deltagere.

5.5 Prevalence and Factors Associated with Sexual Dysfunction in Brazilian Women: a cross-sectional study

(Fabricio, Sato, Gomes da Silva, Poli, Silva, Padovez, Rodrigues de Souza, Driusso & Beleza, 2023)

Dette brasilianske tværsnitsstudie fra 2023 undersøgte forekomsten af og risikofaktorer for kvindelig seksuel dysfunktion blandt 621 kvinder over 18 år, som havde været seksuelt aktive inden for de seneste fire uger. Deltagerne udfyldte FSFI samt et spørgeskema om sociodemografiske og sundhedsmæssige faktorer. Deltagernes gennemsnitsalder var 29,8 år. Kvinder med seksuel dysfunktion var i gennemsnit lidt ældre (30,5 år) end kvinder uden (29,5 år), men forskellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0,17$).

Resultaterne af studiet fandt, at 31,7 % af kvinderne led af seksuel dysfunktion (95 % CI: 28.2–35.5 %). Fysisk aktivitet var omvendt associeret med kvindelig seksuel dysfunktion (OR: 0.64), hvilket betyder, at kvinder, der dyrkede motion, havde en lavere sandsynlighed for at opleve seksuel dysfunktion sammenlignet med kvinder, der var fysisk inaktive. Derimod var både urininkontinens (OR: 2,55) og postmenopause (OR: 4,69) signifikant forbundet med en øget risiko for kvindelig seksuel dysfunktion.

Studiet bekræfter en høj forekomst af seksuel dysfunktion blandt brasilianske kvinder og viser, at fysisk aktivitet kan have en beskyttende effekt mod seksuel dysfunktion. Til gengæld kan menopause og urininkontinens have en negativ indflydelse på seksuel funktion. Disse resultater understreger behovet for forebyggelse og tidlig intervention for at forbedre kvinders seksuelle sundhed.

Studiet har visse begrænsninger, herunder rekruttering via sociale medier, hvilket kan have bidraget til den relativt unge deltagergruppe og udelukket kvinder uden internetadgang. Derudover blev fysisk aktivitet målt ved selvrapportering via et simpelt spørgeskema, hvilket kan medføre usikkerhed i dataenes præcision.

5.6 Associations of Unhealthy Lifestyle Factors with Sexual Inactivity and Sexual Dysfunctions in Denmark

(Christensen , Grønbæk, Pedersen, Graugaard, & Frisch, 2011)

Dette danske tværsnitstudie fra 2011 undersøgte sammenhænge mellem usunde livsstilsfaktorer og seksuel inaktivitet samt seksuelle dysfunktioner blandt 5.552 mænd og kvinder i alderen 16–97 år. Data stammer fra en national repræsentativ spørgeskemaundersøgelse fra 2005 og omfattede oplysninger om fysisk aktivitet, BMI, rygning, alkoholforbrug, psykisk velbefindende og stofbrug. Spørgeskemaet indeholdt desuden spørgsmål om seksuel aktivitet og specifikke seksuelle dysfunktioner, hvilket muliggjorde analyser af sammenhænge mellem livsstil og seksuel sundhed.

Studiet viste, at fysisk inaktive kvinder i højere grad var seksuelt inaktive sammenlignet med fysisk aktive. Moderat fysisk aktivitet var forbundet med færre seksuelle dysfunktioner, mens meget høj fysisk aktivitet blev relateret til øget risiko for vaginisme – med fire gange højere risiko i denne gruppe sammenlignet med kvinder med moderat aktivitetsniveau.

Ud over fysisk aktivitet fandt studiet, at rygning, høj BMI, alkoholforbrug og psykisk mistrivsel var relateret til seksuel inaktivitet – men ikke direkte til seksuel dysfunktion hos kvinder. Den eneste livsstilsfaktor, der var signifikant associeret med seksuel dysfunktion blandt kvinder, var hashbrug, som var relateret til en næsten tredoblet risiko for anorgasmi. Derudover viste resultaterne, at kvinder med meget høj fysisk aktivitet ("hard exercise") rapporterede højere forekomst af anorgasmi, dyspareuni og vaginisme, om end kun sidstnævnte var statistisk signifikant. Derimod var moderat fysisk aktivitet forbundet med lavere forekomst af seksuelle dysfunktioner.

Studiets styrker er det store deltagerantal og det repræsentative design, som giver bred indsigt i befolkningens seksuelle sundhed og adfærd. Afgrænsninger inkluderer, at data er selvrapporterede, og at fysisk aktivitet blev målt ved hjælp af få og brede spørgsmål, hvilket kan føre til usikkerhed i klassificeringerne.

5.7 A Lifestyle Intervention Improves Sexual Function of Women with Obesity and Infertility: A 5-Year Follow-Up of a RCT

(Wekker, Karsten, Painter, Van de Beek, Groen, Mol, Hoek, Laan & Roseboom, 2018)

Dette hollandske studie fra 2018 undersøgte de langsigtede effekter af en livsstilsintervention på seksuel funktion hos kvinder med fedme og infertilitet. 577 kvinder i alderen 18–39 år med en BMI ≥ 29 blev randomiseret til enten et seks måneders interventionsprogram bestående af kostvejledning, fysisk aktivitet og adfærdsændringer eller til standard fertilitetsbehandling. Deltagerne i interventionsgruppen blev bl.a. instrueret i at gå mindst 10.000 skridt dagligt og udføre fysisk aktivitet 2–3 gange om ugen i minimum 30 minutter. De blev desuden opfordret til at fastholde den sundere livsstil efter interventionens afslutning. Fem år senere blev deres seksuelle funktion vurderet ved hjælp af McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ).

Kvinder i interventionsgruppen rapporterede oftere at have haft samleje inden for de seneste fire uger sammenlignet med kontrolgruppen. Blandt de seksuelt aktive deltagere var samlejefrekvensen højere i interventionsgruppen (6,6 vs. 4,9 gange pr. måned). Derudover scorede de højere på parametre for vaginal lubrikation og samlet seksuel funktion. Der var dog ingen signifikante forskelle mellem grupperne vedrørende seksuel interesse, orgasme, tilfredshed eller vurdering af sexpartner.

Fem år efter interventionen havde kvinder, der deltog i programmet, hyppigere samleje, bedre vaginal lubrikation og højere generel seksuel funktion end kvinder i kontrolgruppen. Disse resultater understreger, at livsstilsændringer kan være en effektiv strategi til at forbedre seksuel sundhed hos kvinder med fedme og fertilitetsproblemer.

5.8. Opsummering af studier om fysisk aktivitet og seksuel funktion

De gennemgåede studier peger samlet set på, at fysisk aktivitet er forbundet med forbedret seksuel funktion hos kvinder. Fysisk aktive kvinder rapporterer generelt højere score i domæner som lyst, ophidselse, lubrikation, orgasme og tilfredshed, mens fysisk inaktivitet oftere ses blandt kvinder med seksuelle dysfunktioner. Flere studier understreger, at særligt moderat fysisk aktivitet er gavnlig, mens en meget høj træningsmængde i enkelte tilfælde er forbundet med lavere seksuel

tilfredshed og øget forekomst af problemer som vaginisme. Andre studier – fx Fergus et al. – viser dog ingen negativ effekt ved høj træningsmængde, hvilket tyder på, at sammenhængen kan være afhængig af kontekst og population.

De inkluderede studier varierer i både design og metode – fra spørgeskemaundersøgelser og kliniske målinger til Doppler-ultralyd, langtidsopfølgninger og litteraturgennemgang. Nogle studier omfatter den generelle befolkning, mens andre fokuserer på specifikke grupper såsom kvinder med præmenopausal seksuel dysfunktion, antidepressiv-inducerede seksuelle problemer eller kvinder med fedme og infertilitet.

Effekterne af fysisk aktivitet spænder fra akutte forbedringer i seksuel ophidselse – særligt i tiden umiddelbart efter aktivitet – til langtidseffekter efter flere års vedvarende livsstilsændringer. I nogle studier blev fysisk aktivitet endda identificeret som en delvis forklaring på forbedret seksuel funktion flere år efter en intervention. Fysisk aktivitet ser desuden ud til at være særligt gavnlig hos kvinder med seksuel dysfunktion, hvor selv moderat træningsmængde var forbundet med lavere seksuel distress og bedre funktion.

Ud over de fysiologiske mekanismer nævnes også psykologiske og emotionelle faktorer. Forbedret kropsofattelse, højere selvværd og lavere seksuel distress fremhæves som mulige medierende faktorer mellem fysisk aktivitet og seksuel lyst eller respons. Enkelte studier identificerer desuden forskelle afhængig af BMI, hvilket yderligere understreger betydningen af individuelle faktorer i fortolkningen af effekterne.

Sammenfattende viser studierne en bred variation i både tilgang, målemetoder og deltagerprofiler, men peger i overvejende grad på, at fysisk aktivitet kan fremme kvinders seksuelle funktion – forudsat at træningsmængde, type og intensitet tilpasses individuelt.

6. Diskussion af, hvordan kan fysisk aktivitet påvirke kvinders seksuelle funktion

Formålet med dette afsnit er at diskutere, hvordan kan fysisk aktivitet påvirke kvinders seksuelle funktion, belyst ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv. Med udgangspunkt i den teoretiske baggrund og de gennemgåede forskningsresultater er centrale mekanismer og sammenhænge, der kan bidrage til en dybere forståelse af fysisk aktivitets potentielle rolle i forebyggelse og håndtering af kvindelig seksuel dysfunktion blevet belyst.

Diskussionen er struktureret i fem temaer, der afspejler både biologiske, psykologiske og sociale dimensioner. Først undersøges de fysiologiske mekanismer, særligt med fokus på blodgennemstrømning og kredsløbets betydning for seksuel ophidselse. Herefter rettes opmærksomheden mod forskellen mellem kortvarige og langvarige effekter af fysisk aktivitet. Det tredje tema dykker ned i spørgsmålet om, hvilken mængde og intensitet af fysisk aktivitet der er optimal – og hvornår effekten eventuelt vender. I fjerde tema diskuteres den psykologiske betydning af kropsbillede og seksuel selvtillid, og afslutningsvis belyses samspillet mellem fysisk og seksuel (in)aktivitet som adfærdsmæssige mønstre.

Tilsammen udgør disse fem temaer en helhedsorienteret ramme, hvor fysisk aktivitet ses som en faktor, der potentielt påvirker kvinders seksuelle sundhed på flere niveauer – fra de fysiologiske og hormonelle processer til psykologisk trivsel og seksuel adfærd.

6.1 Blodgennemstrømning og fysiologiske mekanismer

Flere af de inkluderede studier, herunder Maseroli et al. (2021), Cabral et al. (2014), Fergus et al. (2019) og Wekker et al. (2018), viser, at fysisk aktivitet kan påvirke kvinders seksuelle funktion gennem fysiologiske mekanismer – særligt via forbedret kredsløbsfunktion og øget blodtilførsel til genitalområdet. Fysisk aktivitet har veldokumenterede effekter på den vaskulære funktion, herunder forbedret endotelfunktion og øget produktion af nitrogenoxid (NO), hvilket muliggør mere effektiv vasodilatation. Dette kan have betydning for den seksuelle ophidselsesrespons hos kvinder, da øget

blodtilførsel til klitoris og vaginalområdet er en forudsætning for lubrikation og svulmen af erektile væv (Witkowski & Serviente, 2018).

I Maseroli et al. (2021) blev der anvendt Doppler-ultralyd til at måle blodgennemstrømningen, hvor fysisk aktive kvinder havde lavere vaskulær modstand i klitorale arterier end fysisk inaktive. Dette tyder på øget blodtilførsel og forbedret vaskulær respons, hvilket kan relateres til højere score i FSFI-domænerne for ophidselse og lubrikation. Tilsvarende rapporterede Cabral et al. (2014), at fysisk aktive kvinder havde højere score i alle FSFI-domæner, herunder ophidselse og lubrikation, sammenlignet med moderat og inaktive kvinder. Fergus et al. (2019) fandt i en stor international undersøgelse statistisk signifikante forbedringer i ophidselse og orgasmefunktion blandt kvinder med højere niveauer af kardiovaskulær træning.

Langtidseffekter blev dokumenteret i Wekker et al. (2018), hvor kvinder i en livsstilsinterventionsgruppe – med blandt andet fysisk aktivitet – rapporterede bedre vaginal lubrikation fem år efter interventionens afslutning. Fabricio et al. (2023) fandt en lavere forekomst af seksuel dysfunktion blandt fysisk aktive kvinder, hvilket ligeledes kan indikere en gunstig effekt af fysisk aktivitet på den fysiologiske funktion. I dette studie blev blodgennemstrømning dog ikke målt direkte.

De fysiologiske mekanismer er også koblet til hormonbalance og livsfaser. I Christensen et al. (2011) blev der fundet en øget forekomst af vaginisme blandt kvinder med meget højt fysisk aktivitetsniveau, hvilket rejser spørgsmålet om, hvorvidt overdreven fysisk belastning kan påvirke den hormonelle regulering og dermed have en negativ indvirkning på seksuel funktion. Dette harmonerer med fundene fra Maseroli et al. (2021), hvor kvinder med høj træningsmængde rapporterede lavere seksuel tilfredshed. I forlængelse heraf kan det overvejes, om meget intensiv træning – særligt med gentagne aktiveringer af bækkenbundsmuskulaturen – kan bidrage til muskulær overaktivitet og nedsat evne til afspænding, hvilket potentielt kan spille en rolle i udviklingen af vaginale smertetilstande.

Sammenholdt med den teoretiske forståelse af kvindelig anatomi og seksuel fysiologi – hvor øget blodtilførsel til genitalområdet er en central del af den seksuelle ophidselsesrespons – tyder studierne på, at fysisk aktivitet kan understøtte de biologiske processer, der ligger til grund for seksuel funktion. Det er dog væsentligt at bemærke, at størstedelen af resultaterne er baseret på

selvrapporterede spørgeskemaer, hvilket kan påvirke præcision og generaliserbarhed. Der er derfor fortsat behov for studier, som benytter objektive fysiologiske målemetoder i kvindelige populationer.

6.2 Kortvarig vs. langvarig effekt

Tidsdimensionen ser ud til at spille en central rolle i, hvordan fysisk aktivitet påvirker kvinders seksuelle funktion – både gennem umiddelbare fysiologiske reaktioner og vedvarende livsstilsrelaterede ændringer. Hvor nogle undersøgelser fokuserer på kortvarige ændringer i kroppen, belyser andre de mulige langsigtede konsekvenser af ændret livsstil og aktivitetsniveau. Denne differentiering i tidsperspektiv giver anledning til en mere nuanceret diskussion af, hvordan og hvornår fysisk aktivitet kan have betydning.

Stanton, Handy og Meston (2018) viser, hvordan én enkelt træningssession kan øge seksuel ophidselse markant i et afgrænset tidsvindue på 15–30 minutter efter aktiviteten. Effekten tilskrives aktivering af det sympatiske nervesystem samt midlertidige hormonelle ændringer – herunder en stigning i oxytocin og østrogen. Det er bemærkelsesværdigt, at effekten var særlig tydelig hos kvinder med antidepressiv-induceret seksuel dysfunktion, hvilket indikerer, at fysisk aktivitet måske kan anvendes målrettet i specifikke kliniske grupper.

Et eksempel på langtidseffekt ses i Wekker et al. (2018), som dokumenterede forbedret seksuel funktion fem år efter en seks måneders livsstilsintervention. Deltagerne i interventionsgruppen rapporterede hyppigere samleje og bedre vaginal lubrikation end kontrolgruppen. En del af effekten kunne tilskrives vedvarende øget fysisk aktivitet, men det er uklart, hvor stor en rolle den øvrige intervention (kost, adfærd) spillede. Det rejser spørgsmålet, om det netop er helheden i livsstilsændringen – og ikke kun motionen i sig selv – der skaber de vedvarende resultater.

Andre studier, herunder Cabral et al. (2014), Fergus et al. (2019) og Fabricio et al. (2023), bygger på tværsnitsdesign og vurderer ikke deltagernes træningshistorik over tid. Deres resultater viser, at fysisk aktive kvinder har højere seksuel funktion end inaktive, men uden at kunne belyse, om det skyldes kortvarige eller akkumulerede effekter. Det begrænser mulighederne for at fastslå

kausalitet og gør det vanskeligt at skelne mellem midlertidige fysiologiske ændringer og længerevarende livsstilsrelaterede fordele.

Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at de fleste af de inkluderede studier anvender selvrapporterede spørgeskemaer til at måle fysisk aktivitet og seksuel funktion. Det giver indsigt i deltagernes oplevelser, men gør det svært at sammenligne målenøjagtighed på tværs. Desuden inddrager studierne forskellige målgrupper, hvilket yderligere kan forklare variationer i fundene.

På baggrund af de aktuelle fund synes fysisk aktivitet at kunne påvirke seksuel funktion både akut og over længere tid, men via forskellige mekanismer. Den kortsigtede effekt hænger især sammen med midlertidige fysiologiske forandringer, mens langvarig fysisk aktivitet potentielt bidrager til vedvarende forbedringer gennem ændringer i kredsløbsfunktion, hormonbalance og psykologisk trivsel. Disse sammenhænge kan ses i forlængelse af de fysiologiske mekanismer beskrevet tidligere i opgaven, herunder øget blodtilførsel til genitalområdet og forbedret endotelfunktion. Det understreger relevansen af at forstå fysisk aktivitet som en dynamisk faktor, hvor både tidspunkt, varighed og intensitet spiller ind – og hvor der stadig er behov for mere longitudinel forskning med objektive målemetoder.

6.3 Mængde og intensitet af fysisk aktivitet

Selvom fysisk aktivitet ofte forbindes med forbedret seksuel funktion, peger flere studier på, at effekten kan afhænge af mængde og intensitet – og at overdreven træning i visse tilfælde kan have negative konsekvenser. Mængde og intensitet fremstår dermed som et centralt, men komplekst tema i forståelsen af fysisk aktivitets betydning for kvinders seksuelle sundhed.

Spørgsmålet om “hvor meget er passende?” er velbeskrevet i interventionsforskning blandt mænd. Et systematisk review af Gerbild et al. (2018) konkluderede, at fysisk aktivitet har en dokumenteret positiv effekt på vaskulær erektil dysfunktion. I sin ph.d.-afhandling identificerede Gerbild (2022) en specifik anbefaling: 4 x 40 minutters aerob fysisk aktivitet af moderat til høj intensitet om ugen i seks måneder som den mest effektive protokol til behandling af mild til moderat vaskulær ED. De underliggende mekanismer – herunder forbedret endotelfunktion, øget blodgennemstrømning og

NO-produktion – er også centrale for kvinders seksuelle ophidselse og lubrikation. Dette gør det relevant at overveje, om lignende træningsmønstre kunne have tilsvarende effekt hos kvinder.

Maseroli et al. (2021) fandt, at moderat fysisk aktivitet var forbundet med forbedret seksuel funktion blandt kvinder med seksuel dysfunktion, mens ekstremt højt aktivitetsniveau (>6 timer/uge) var relateret til lavere seksuel tilfredshed og flere emotionelle og somatiske symptomer. Det er særligt bemærkelsesværdigt, at to tredjedele af kvinderne i studiet var fysisk inaktive, hvilket fremhæver inaktivitet som en mulig risikofaktor og understøtter behovet for at udforske fysisk aktivitet som en behandlingsstrategi.

Samme tendens ses i Christensen et al. (2011), hvor kvinder med høj fysisk aktivitet havde en fire gange større sandsynlighed for at opleve vaginisme sammenlignet med moderat aktive kvinder. I begge tilfælde illustreres, at intensitet og volumen kan være afgørende parametre, og at en "mere er bedre"-logik ikke nødvendigvis gælder på dette område.

Studiet af Karatas et al. (2010) indgik i den systematiske søgning, men blev ikke udvalgt til den endelige litteraturgennemgang, da stikprøvestørrelsen var relativt lille ($n=50$), og målgruppen bestod udelukkende af eliteatleter. Dette reducerer generaliserbarheden og begrænser overførbareheden til bredere kvindelige populationer. Alligevel vurderes studiet at bidrage med relevante pointer til diskussionen om træningsintensitet og seksuel funktion.

I samme studie fandt Karatas et al. (2010), at elitekvindelige atleter – sammenlignet med stillesiddende kvinder – havde forbedret klitoral blodgennemstrømning og højere score i flere seksuelle funktionsdomæner. På trods af den lille stikprøve og den snævre målgruppe bidrager studiet med en vigtig pointe: at høj træningsintensitet, når den ledsages af god fysisk form og restitution, ikke nødvendigvis kompromitterer seksuel funktion. Det antyder, at træningens effekt må forstås i en bredere kontekst – herunder træningstype, restitution og individuelle forudsætninger. Som tidligere nævnt adskiller studiet sig dog ved at fokusere på eliteatleter, hvilket begrænser generaliserbarheden.

Tilsvarende fandt Fergus et al. (2019), at kvinder med højere kardiovaskulær træningsmængde rapporterede færre seksuelle dysfunktioner, og at der ikke blev observeret nogen negativ

sammenhæng ved stigende aktivitetsniveau. Dette kan tyde på, at effekten af træning varierer afhængigt af population, målemetoder og andre kontekstuelle faktorer.

Supplerende peger Stanton, Handy og Meston (2018) på, at fysisk aktivitet kan have forskellige effekter afhængig af varighed og timing. I deres litteraturgennemgang fremhæves det, at kortvarig fysisk aktivitet – defineret som én træningssession – kan øge seksuel ophidselse inden for 15–30 minutter efter træning, særligt via midlertidige hormonelle ændringer som øget kortisol, oxytocin og østrogen. Disse akutte fysiologiske reaktioner adskiller sig fra de mere vedvarende forbedringer i seksuel funktion, som opstår ved regelmæssig fysisk aktivitet over længere tid. Denne differentiering mellem kortvarig og langvarig effekt er central i vurderingen af, hvordan træningsmængde og timing spiller ind.

På den anden side viser flere studier, at lavt eller inaktivt niveau af fysisk aktivitet er forbundet med øget risiko for seksuelle dysfunktioner. Cabral et al. (2014) fandt, at kvinder med lavt fysisk aktivitetsniveau havde 2,6 gange højere risiko for seksuelle dysfunktioner sammenlignet med fysisk aktive kvinder. Fabricio et al. (2023) viste tilsvarende, at fysisk inaktive kvinder havde en højere forekomst af seksuelle dysfunktioner, herunder nedsat lyst og lubrikation. Dette støttes yderligere af Fergus et al. (2019), hvor kvinder med moderat til højt kardiovaskulært træningsniveau rapporterede færre problemer med ophidselse og orgasme. Disse fund peger på, at fysisk inaktivitet er en tydelig risikofaktor for seksuelle udfordringer, og at en vis mængde aktivitet er nødvendig for at opretholde seksuel sundhed.

Sammenholdt indikerer studierne, at der eksisterer en form for optimal træningszone, hvor fysisk aktivitet kan fremme seksuel funktion – men at både for lidt og for meget aktivitet kan være uensigtsmæssigt. Den fysiologiske forklaring på dette kan blandt andet findes i hormonbalance og restitution. Overtræning kan føre til lavere østrogenniveauer og øget kortisol, som begge har betydning for seksuel lyst, lubrikation og ophidselse. Derudover kan en vedvarende høj belastning skabe autonom ubalance, hvor det parasympatiske nervesystem – som er nødvendigt for seksuel ophidselse – hæmmes. Muskelspændinger, træthed og energimæssige underskud kan ligeledes påvirke den genitale respons negativt. Disse mekanismer giver en mulig forklaring på, hvorfor både lav og meget høj træningsmængde i nogle tilfælde er forbundet med seksuelle dysfunktioner.

I flere af de inkluderede studier anvendes fysisk aktivitet desuden som en bred og delvist u-præciseret kategori. Målemetoder som IPAQ og MET-klassifikationer indfanger både dagligdags bevægelse og træning, uden nødvendigvis at skelne mellem intensitet, type og formål. Dette begrænser mulighederne for at vurdere, hvilke former for fysisk aktivitet der har størst betydning for seksuel funktion. Set i lyset af sondringen mellem fysisk aktivitet og træning, som præsenteres i teori-afsnittet, kunne det være relevant, at fremtidig forskning i højere grad differentierer mellem forskellige typer af bevægelse – f.eks. konditionstræning og styrketræning – og deres potentielle betydning for seksuel sundhed.

At der endnu ikke foreligger tilsvarende interventionsstudier målrettet kvinder, peger på et markant forskningsbehov. Resultaterne fra Gerbils arbejde viser, at træning kan fungere som en målbar og klinisk relevant ikke-farmakologisk intervention for seksuel dysfunktion – i hvert fald hos mænd – og giver anledning til at overveje, om lignende strukturerede studier bør gennemføres i kvindelige populationer for at afdække det fulde behandlingspotentiale.

6.4 Selvopfattelse, kropsbillede og seksuel selvtillid

Ud over de fysiologiske mekanismer bag seksuel funktion, peger flere af de inkluderede studier på, at kvinders oplevelse af deres krop spiller en væsentlig rolle for seksuel trivsel. Fysisk aktivitet ser i flere tilfælde ud til at have en positiv effekt på kropsbillede, selvværd og seksuel selvtillid – faktorer, som alle er tæt forbundet med seksuel lyst og oplevet tilfredshed.

Maseroli et al. (2021) fandt, at kvinder med moderat fysisk aktivitet ikke blot havde bedre score i FSFI-domæner som lyst, ophidselse og lubrikation, men også rapporterede lavere seksuel distress og højere grad af kropslig tilfredshed. Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og lavere risiko for nedsat seksuel lyst blev i dette studie delvist medieret af kropsovfattelse og psykologisk trivsel, hvilket tyder på, at fysisk aktivitet kan styrke kvinders oplevelse af egen krop og dermed skabe mere positive forventninger og følelser i relation til seksualitet.

Tilsvarende understreger Stanton, Handy og Meston (2018), at fysisk aktivitet, selv på kort sigt, kan forbedre humør og kropsovfattelse – hvilket kan styrke den seksuelle respons, især hos kvinder med

lav seksuel selvtilid. Wekker et al. (2018) viste desuden, at kvinder, der havde deltaget i en livsstilsintervention med fokus på fysisk aktivitet og kost, rapporterede forbedret seksuel funktion og hyppigere samleje fem år senere. Selvom psykologiske parametre ikke var direkte målt, kan øget kontrol over egen sundhed og forbedret kropsopfattelse medvirke til at forklare disse resultater. I Fergus et al. (2019) fandt man desuden en sammenhæng mellem højt aktivitetsniveau og forbedret ophidselses- og orgasmefunktion, hvilket kan relateres til øget selvtilid og fysisk velvære.

Et interessant fund i Maseroli et al. (2021) er, at den positive effekt af fysisk aktivitet på genital ophidselse var fuldt medieret af et lavere BMI, hvilket understreger, hvordan kropssammensætning og kropsbillede kan påvirke seksuel funktion – både fysiologisk og psykologisk. Dette bidrager til forståelsen af, hvorfor fysisk aktivitet har potentiale til at styrke kvinders seksuelle trivsel gennem mere end blot forbedret blodgennemstrømning og hormonspejl.

Disse fund knytter an til et bredere sexologisk perspektiv, hvor seksuel lyst og tilfredshed ikke alene afhænger af fysiologiske reaktioner, men også af kvindens oplevelse af sin egen krop, identitet og relationer. Negative følelser som skam, utilstrækkelighed og lavt selvværd kan hæmme både seksuel lyst og respons, hvilket gør kropsbillede og psykologisk velbefindende til centrale faktorer i forståelsen af seksuelle dysfunktioner.

Set i lyset af det bio-psyko-sociale perspektiv, som bidrager væsentligt til opgavens teoretiske forståelsesramme, peger studierne på, at fysisk aktivitet potentielt kan fremme både biologiske, psykologiske og sociale aspekter af seksuel funktion. I dette tema er det særligt de psykologiske mekanismer – som forbedret kropsopfattelse og seksuel selvtilid – der synes at være afgørende for oplevet seksuel trivsel hos kvinder.

6.5 Seksuel (in)aktivitet og fysisk (in)aktivitet

Seksuel aktivitet er ikke kun et individuelt anliggende, men indlejret i sociale og relationelle sammenhænge, som også kan afspejles i kvinders fysiske livsstil. Fra et bio-psyko-socialt perspektiv er det derfor relevant at undersøge, hvordan fysisk og seksuel (in)aktivitet hænger sammen – ikke blot gennem fysiologiske mekanismer, men også via bredere livsstils- og sundhedsforhold.

Ifølge Projekt SEXUS (Frisch et al., 2019) er fysisk inaktivitet forbundet med lavere seksuel lyst blandt kvinder, og fysisk aktive kvinder har markant lavere forekomst af seksuel dysfunktion. Denne tendens ses på tværs af forskellige aldersgrupper og styrkes af data fra over 22.000 kvindelige respondenter. Fundene tyder samtidig på, at sammenhængen ikke udelukkende kan forklares fysiologisk, men også relaterer sig til faktorer som energiniveau, selv vurderet helbred og psykisk trivsel.

Denne tendens genfindes i flere af de inkluderede studier. Christensen et al. (2011) viste, at fysisk inaktive mænd og kvinder oftere var seksuelt inaktive end deres fysisk aktive modparter. Hos kvinder blev fysisk inaktivitet ikke direkte relateret til seksuel dysfunktion, men til seksuel inaktivitet. Samtidig var meget høj fysisk aktivitet forbundet med øget forekomst af vaginisme – en observation, som også er nævnt i Maseroli et al. (2021). I Fabricio et al. (2023) var fysisk inaktivitet derimod direkte associeret med højere risiko for seksuel dysfunktion, herunder nedsat lyst og lubrikation.

Fergus et al. (2019) tilføjer et vigtigt perspektiv, idet studiet viser, at kvinder med højere niveauer af kardiovaskulær træning rapporterede højere seksuel funktion, herunder forbedret ophidselse og orgasme. Selv blandt allerede aktive kvinder sås en yderligere gavnlig effekt ved øget intensitet, hvilket peger på en mulig synergieffekt mellem fysisk aktivitet og seksuelt engagement.

De fem diskussionstemaer illustrerer, hvordan fysisk aktivitet kan have betydning for kvinders seksuelle funktion gennem en række forskellige mekanismer. På tværs af studierne ses tendenser, der peger på forbedret blodgennemstrømning, hormonel balance, kropsopfattelse og psykologisk trivsel, ligesom sammenhænge mellem fysisk og seksuel (in)aktivitet understøtter en cirkulær relation mellem sundhedsadfærd og seksuel trivsel. Samlet set viser diskussionen, at fysisk aktivitet må forstås som en tværgående faktor, der potentielt kan fremme seksuel funktion via både biologiske, psykologiske og sociale veje. Denne kompleksitet underbygger relevansen af at anlægge et bio-psyko-socialt perspektiv i forståelsen af kvinders seksuelle sundhed.

7. Konklusion

Denne opgave har undersøgt, hvordan fysisk aktivitet kan påvirke risikoen for kvindelig seksuel dysfunktion set i et bio-psyko-socialt perspektiv. Med afsæt i syv empiriske studier og en teoretisk ramme, der kombinerer anatomiske, fysiologiske, psykologiske og sociale faktorer, peger resultaterne samlet set på, at fysisk aktivitet kan have en gavnlig effekt på kvinders seksuelle funktion – forudsat at aktivitetsniveau, intensitet og kontekst tilpasses individuelt.

Den eksisterende forskning viser, at fysisk aktive kvinder generelt har lavere risiko for at opleve seksuelle dysfunktioner end fysisk inaktive. De fleste studier rapporterer højere score i specifikke domæner som seksuel lyst, genital ophidselse, vaginal lubrikation, orgasme og seksuel tilfredshed blandt fysisk aktive kvinder. Inaktivitet er derimod ofte forbundet med øget forekomst af problemer inden for disse områder – herunder nedsat lyst, utilstrækkelig lubrikation, manglende orgasmeevne og lavere seksuel tilfredshed. Flere studier indikerer desuden, at fysisk inaktive kvinder ikke blot har højere risiko for seksuel dysfunktion, men også deltager mindre i seksuel aktivitet, hvilket yderligere kan påvirke deres seksuelle trivsel negativt. Særligt moderat fysisk aktivitet fremstår som gavnlig, mens overdreven træningsmængde i nogle tilfælde er relateret til lavere seksuel tilfredshed og øget risiko for vaginale smertetilstande.

Set i lyset af teorien om seksuel funktion som et samspil mellem biologiske mekanismer (f.eks. blodgennemstrømning og hormonbalance), psykologiske faktorer (f.eks. kropsbillede og selvtillid) og sociale dimensioner (f.eks. relationel nærhed og adfærdsmønstre), fremstår fysisk aktivitet som en relevant og tværgående sundhedsadfærd. Dette understøtter forståelsen af fysisk aktivitet som en dynamisk og ikke-farmakologisk indsats, der potentielt kan anvendes i forebyggelse og håndtering af kvindelig seksuel dysfunktion.

Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at hovedparten af de inkluderede studier bygger på tværsnitsdesign og selvrapporterede data. Dette begrænser muligheden for at fastslå årsagssammenhænge og gør det vanskeligt at vurdere, om fysisk aktivitet reelt forebygger seksuelle dysfunktioner – eller om kvinder med bedre seksuel trivsel i højere grad er fysisk aktive.

8. Perspektivering

Der er en stigende interesse for ikke-farmakologiske og sundhedsfremmende tiltag, som kan integreres i den kliniske indsats for at forbedre kvinders seksuelle sundhed. Resultaterne i denne opgave peger på, at moderat fysisk aktivitet kan bidrage til at forebygge eller afhjælpe seksuelle dysfunktioner og dermed være et relevant supplement til eksisterende behandlingstilbud. Dette har ikke blot betydning for den enkeltes livskvalitet, men kan også potentielt reducere behovet for symptomlindrende midler og medicinske behandlinger – såsom glidecreme ved lubrikationsproblemer eller hormonholdige vagitorier i forbindelse med slimhindegener.

Med afsæt i disse fund følger nu en perspektivering, som udfolder centrale implikationer for praksis og forskning. Den er struktureret i tre temaer: behov for mere forskning, sundhedsfaglige implikationer og aktuelle samfundsmæssige tendenser.

8.1 Behov for mere forskning

De studier, der indgår i denne opgave, peger samlet set på en sammenhæng mellem fysisk aktivitet og forbedret seksuel funktion hos kvinder. På trods af dette er området stadig relativt underbelyst, og meget af den eksisterende forskning er præget af tværsnitsdesign, små deltagergrupper og selvrapporterede data. De største undersøgelser på området – herunder Christensen et al. (2011) og Projekt SEXUS – er baseret udelukkende på spørgeskemadata, hvilket begrænser muligheden for at drage sikre konklusioner om årsagssammenhænge og fysiologiske mekanismer.

Der er derfor behov for mere dybdegående, longitudinelle og interventionsbaserede studier, som kan belyse årsagssammenhænge og identificere de mest effektive typer, intensiteter og varigheder af fysisk aktivitet i relation til kvindelig seksuel funktion. Det ville desuden være relevant, at fremtidig forskning i højere grad differentierer mellem forskellige former for træning – f.eks. kardiovaskulær træning, styrketræning, mobilitetstræning og specifik bækkenbundstræning – og undersøger, hvilke komponenter der har størst betydning for seksuel funktion. Der findes studier, der har undersøgt effekterne af bækkenbundstræning – særligt i relation til inkontinens og seksuelle

smertetilstande – men der mangler fortsat systematiske sammenligninger af forskellige træningstyper i forhold til kvinders seksuelle funktion i bredere forstand.

I forlængelse heraf bør der også inddrages mere præcise og objektive målemetoder, herunder fysiologiske målinger af blodgennemstrømning og muskelaktivitet, som supplement til spørgeskemadata.

8.2 Sundhedsfaglige implikationer

Fra et sundhedsfagligt perspektiv kan fysisk aktivitet anskues som en tilgængelig og bivirkningsfri indsats, der potentielt kan anvendes både forebyggende og som led i behandling. Seksuel sundhed er tæt forbundet med fysisk og psykisk trivsel, men indgår stadig sjældent i samtalen i mødet med patienter og borgere. Dette understreger behovet for, at sundhedsprofessionelle – herunder fysioterapeuter – bliver mere opmærksomme på seksualitetens betydning og de muligheder, fysisk aktivitet kan rumme i den sammenhæng.

I praksis kunne dette indebære, at seksualitet i højere grad italesættes som en naturlig del af sundhedssamtaler – f.eks. ved livsstilsvejledning, træningsplanlægning eller i forbindelse med overgangsalder, kronisk sygdom eller efter fødsler. Derudover peger resultaterne på, at fysisk aktivitet bør overvejes som en ikke-farmakologisk tilgang ved seksuelle dysfunktioner, hvor konkrete træningsinterventioner – afhængigt af kvindens livssituation og behov – kan tilpasses med fokus på både kredsløb, muskelbalance og kropsbevidsthed.

Set i lyset af eksisterende viden om fysisk aktivitets effekt på mænd med erektil dysfunktion – hvor konditionstræning ofte anbefales – kan det være relevant at overveje, om kvinder i højere grad har behov for andre former for aktivitet, herunder mere målrettet muskeltræning, bevægelighed eller kropsbevidsthed. Dette kunne også inkludere en særlig opmærksomhed på balancen mellem belastning og restitution, som ellers anses for sundhedsfremmende, men som i visse tilfælde – for eksempel ved overtræning – kan have utilsigtede konsekvenser for seksuel trivsel.

Det understreger, at fysisk aktivitet bør forstås som en kompleks sundhedsadfærd, hvor intensitet, timing og individuelle forskelle må medtænkes. Der er derfor behov for at identificere, hvad der kan betragtes som *optimalt* i forhold til træningsmængde og type for at opnå forbedret seksuel funktion hos kvinder – og om dette i højere grad bør differentieres fra den evidens, vi kender fra mænd.

8.3 Aktuelle tendenser og fremtidige målgrupper

En af de mest markante sundhedstendenser i vestlige lande er den stigende forekomst af overvægt og relaterede livsstilssygdomme. Dette har betydelige konsekvenser for både fysisk og psykisk helbred – og formodes også at påvirke den seksuel funktion, blandt andet gennem nedsat kredsløbsfunktion, lavere selvværd og øget risiko for kroniske tilstande. Seksuel sundhed nævnes dog kun i begrænset omfang i større sundhedsstrategier, hvilket understreger et behov for, at seksualitet i højere grad integreres i det sundhedsfremmende arbejde.

Kvinder med overvægt og inaktiv livsstil udgør en vigtig målgruppe, som ofte oplever både kropslig mistrivsel og seksuelle udfordringer, men som sjældent mødes med helhedsorienterede tilbud. Aktuelle løsninger – såsom den stigende brug af vægttabsmedicin – kan muligvis reducere kropsvægt, men adresserer ikke nødvendigvis kredsløbsfunktion, muskelaktivitet eller psykosociale faktorer, som også har betydning for seksuel funktion. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt farmakologisk vægttab alene er tilstrækkeligt, eller om fysisk aktivitet fortsat bør ses som en uundværlig komponent i arbejdet med at fremme kvinders seksuelle sundhed og trivsel.

Samlet set har perspektiverne vist, at fysisk aktivitet rummer et betydeligt potentiale som både forebyggende og behandlende indsats ved kvindelig seksuel dysfunktion. For at realisere dette potentiale er der behov for øget opmærksomhed på området – både i forskningsmæssig sammenhæng, i den sundhedsfaglige praksis og i de strukturelle rammer for folkesundhed. Når fysisk aktivitet tænkes ind som en integreret del af seksualitet og trivsel, åbner det nye muligheder for at fremme kvinders seksuelle sundhed på et mere helhedsorienteret grundlag.

9. Litteraturliste

- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The Journal of Sexual Medicine*, s. 314–326.
- Cabral, P. U., Canário, A. G., Spyrides, M. H., Uchôa, S. A., Júnior, J. E., Giraldo, P. C., & Goncalves, A. K. (Jan/Feb 2014). Physical activity and sexual function in middel-aged women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, s. 47-52.
- Christensen , B. S., Grønæk, M., Pedersen, V. B., Graugaard, C., & Frisch, M. (13. Maj 2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *The journal of sexual medicine*, s. 1903-1916.
- Christensen, B. S., Grønæk, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Archives of Sexual Behavior*, s. 121–132.
- Dalsgaard, T., & Ottesen, B. (2011). Embryologi og anatomi. I B. Ottesen, O. Mogensen, & A. Forman, *Gynækologi* (s. 21-38). København: Munksgaard.
- Dilixiati, D., Cao, R., Mao, Y., Li, Y., Dilimulati, D., Azhati, B., & Rexiati, M. (2024). Association between cardiovascular disease and risk of female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, s. 782-800.
- Fabricio, A. M., Sato, T. O., Gomes da Silva, S., Poli, G. G., Silva, C. M., Padovez, R. d., Beleza, A. C. (24. Maj 2023). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in brazilian women: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, s. 2507–2511.
- Fergus, K. B., Gaither, T. W., Baradaran, N., Glidden, D. V., Cohen, A. J., & Breyer, B. N. (1. August 2019). Exercise Improves Self-Reported Sexual Function Among Physically Active Adults. *The journal of sexual medicine*, s. 1236–1245.
- Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J. B., & Graugaard, C. (2019). *Projekt SEXUS -Seksualitet og sundhed i Danmark – En befolkningsundersøgelse*. Statens Serums Institut .
- Gerbild, H., Larsen, C. M., Graugaard, C., & Josefsson, K. A. (13. April 2018). Physical Activity to Improve Erectile Function: A Systematic Review of Intervention Studies . *Sexual medicine*, s. 75-89.
- Giraldi, A. (2019). Seksuelle problemer og dysfunktioner - et overblik. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglig perspektiver på seksualitet* (s. 711-734). København: Munksgaard.
- Giraldi, A., & Wåhlin-Jacobsen, S. (2019). Manglende lyst hos kvinder. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 781-801). København: Munksgaard.
- Graugaard, C., & Giraldi, A. (2019). Seksualitet i et biologisk perspektiv. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 63-102). København: Munksgaard.
- Graugaard, C., Giraldi, A., & Möhl, B. (2019). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel? I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 53-59). København: Munksgaard.

- Graugaard, C., Möhl, B., & Hertoft, P. (2006). Krop, sygdom og seksualitet. I C. Graugaard, B. Möhl, & P. Hertoft, *Krop, sygdom og seksualitet* (s. 9-36). Denmark: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, P., & Gimbel, H. (2011). Gynækologisk sexologi. I B. Ottesen, O. Mogensen, & A. Forman, *Gynækologi* (s. 415-442). København: Munksgaard.
- Karatas, O. F., Baltaci, G., Ilerisoy, Z., Bayrak, O., Cimentepe, E., Irmak, R., & Unal, D. (april 2010). The evaluation of clitoral blood flow and sexual function in elite female athletes. *The Journal of Sexual Medicine*, s. 1361–1365.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). Litteratursøgning. I H. Lund, C. Juhl, J. Andreasen, & A. Møller, *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning* (s. 39-88). København : Munksgaard.
- Maseroli, E., Rastrelli, G., Stasi, V. D., Cipriani, S., Scavello, I., Todisco, T., Vignozzi, L. (July 2021). Physical Activity and Female Sexual Dysfunction: A Lot Helps, But Not Too Much. *The Journal of Sexual Medicine*, s. 1217–1229.
- Nimbi, F. M., Galizia, R., Rossi, R., Limoncin, E., Ciocca, G., Fontanesi, L., Tambelli, R. (2021). The Biopsychosocial Model and the Sex-Positive Approach: an Integrative Perspective for Sexology and General Health Care. *Sexuality Research and Social Policy*, s. 894-908.
- O'Connell, H. E., Hutson, J. M., Anderson, C. R., & Plenter, R. J. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *The Journal of Urology*, s. 1892-1897.
- Pedersen, A. T., & Skouby, S. O. (2011). Klimakteriet og menopausen. I B. Ottesen, O. Mogensen, & A. Forman, *Gynækologi* (s. 267-280). København: Munksgaard.
- Petersen, C. D., & Fode, M. (2019). Seksuelle smertetilstande. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 883-904). København: Munksgaard.
- Puppo, V. (2013). Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction. *Clinical Anatomy*, s. 134-152.
- Stanton, A. M., Handy, A. B., & Meston, C. M. (12. Februar 2018). The Effects of Exercise on Sexual Function in Women. *Sexual medicine reviews*, s. 548-557.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forebyggelsespakke – Seksuel sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Fysisk aktivitet for voksne i alderen 18–64 år – Viden og anbefalinger til forebyggelse*. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Wählin-Jacobsen, S., & Giraldi, A. (2019). Ophidselses- og orgasme problemer hos kvinder. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Möhl, *Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 803-834). København: Munksgaard.
- Wekker, V., Karsten, M. D., Painter, R. C., Groen, H., Hoek, A., Laan, E., Cornelieke, V. (23. Oktober 2018). *A lifestyle intervention improves sexual function of women with obesity and infertility: A 5 year follow-up of a RCT*. Hentet fra PLOS: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205934>
- Witkowski, S., & Serviente, C. (2018). Endothelial dysfunction and menopause: Is exercise an effective countermeasure? *Climacteric*, s. 168-175.
- World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2018e). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Dyspareunia*. Hentet 27. april 2025 fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#126329423>
- World Health Organization. (2018a). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Sexual dysfunctions*. Hentet 2. maj 2025 fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#160690465>
- World Health Organization. (2018c). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Sexual pain disorders*. Hentet 27. april 2025 fra: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#73410310>
- World Health Organization. (2018d). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Sexual pain-penetration disorder (vaginismus)*. Hentet 27. april 2025 fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1932194482>
- World Health Organization. (2018b). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Anorgasmia*. Hentet 27. april 2025 fra <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1718102523>
- World Health Organization. (2024). *Physical activity*. Hentet 27. april 2025 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

10. Bilag

Bilag 1

#24	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Humans, Female, from 2005 - 2025	384	05:07:06
#25	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Humans, Female, Adult: 19+ years, from 2005 - 2025	256	05:06:24
#23	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Female, from 2005 - 2025	388	05:05:50

Skærm billede

#22	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Female	417	05:03:07
#18	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text, Female	430	05:02:42
#17	...	>	Search: ((((((("Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction"[Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")) AND (((("Exercise"[Mesh]) OR (Exercise[Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")) NOT (((("Erectile Dysfunction"[Mesh]) OR (Erectile Dysfunction[Title/Abstract])) OR ((("premature ejaculation" OR ("premature ejaculation"[Title/Abstract])))) Filters: Abstract, Full text	713	05:02:36

#16	...	>	Search: (((((("Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction" [Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder"))) AND ((("Exercise" [Mesh]) OR (Exercise [Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training"))) NOT ((("Erectile Dysfunction" [Mesh]) OR (Erectile Dysfunction [Title/Abstract])) OR ("premature ejaculation") OR ("premature ejaculation" [Title/Abstract])))) Filters: Abstract	764	05:02:31
#15	...	>	Search: (((((("Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction" [Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder"))) AND ((("Exercise" [Mesh]) OR (Exercise [Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training"))) NOT ((("Erectile Dysfunction" [Mesh]) OR (Erectile Dysfunction [Title/Abstract])) OR ("premature ejaculation") OR ("premature ejaculation" [Title/Abstract]))))	795	05:02:10
#14	...	>	Search: (("Erectile Dysfunction" [Mesh]) OR (Erectile Dysfunction [Title/Abstract])) OR ("premature ejaculation") OR ("premature ejaculation" [Title/Abstract]))	31,386	05:01:55
#13	...	>	Search: ("premature ejaculation") OR ("premature ejaculation" [Title/Abstract])	2,302	05:01:44
#12	...	>	Search: ("Erectile Dysfunction" [Mesh]) OR (Erectile Dysfunction [Title/Abstract])	29,882	05:01:20
#11	...	>	Search: (((((("Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction" [Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder"))) AND ((("Exercise" [Mesh]) OR (Exercise [Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")))	1,330	05:00:37
#10	...	>	Search: ("Exercise" [Mesh]) OR (Exercise [Title/Abstract]) OR ("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training")	671,850	05:00:14
#9	...	>	Search: "Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training"	609,004	04:59:55
#8	...	>	Search: Exercise [Title/Abstract]	356,521	04:59:44
#7	...	>	Search: "Exercise" [Mesh]	269,460	04:59:35
#6	...	>	Search: (((("Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh]) OR ("Sexual Dysfunction" [Title/Abstract])) OR ("Sexual health*")) OR ("sexual dysfunction*")) OR ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")	67,490	04:59:17
#5	...	>	Search: "sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder"	42,803	04:58:58
#4	...	>	Search: "sexual dysfunction*"	24,388	04:58:49
#3	...	>	Search: "Sexual health*"	23,248	04:57:42
#2	...	>	Search: "Sexual Dysfunction" [Title/Abstract]	14,250	04:57:08
#1	...	>	Search: "Sexual Dysfunction, Physiological" [Mesh]	35,107	04:56:53

Showing 1 to 22 of 22 entries

Doku

Bilag 2



Wed, marts 26, 2025 07:50:05 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S16	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation")	Limiters - Full Text; Abstract Available; Publication Date: 20050101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Narrow by SubjectGender: - female	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	50
S15	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation".)	Limiters - Full Text; Abstract Available Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Narrow by SubjectGender: - female Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	54
S14	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation".)	Limiters - Full Text; Abstract Available Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by SubjectGender: - female Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	58
S13	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation".)	Limiters - Full Text; Abstract Available Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	94
S12	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation".)	Limiters - Abstract Available Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	399
S11	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health") NOT ("Erectile dysfunction" OR "premature ejaculation".)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	498

S10	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	540
S9	("Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	540
S8	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3
S7	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND ("sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S6	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND (sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S5	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND (sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S4	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND (sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S3	(Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training") AND (sexual dysfunction" OR "female sexual dysfunction" OR FSD OR "sexual health" OR "Intimate health" OR "Female arousal disorder")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0
S2	Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,669
S1	Cardio training" OR "Physical activity" OR "exercise" OR "Endurance training" OR "Cardiovascular exercise" OR "Heart-rate training"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	0