

# Zdrowie seksualne pacjentów po przebytych zawal serca

Sexual health in patients after heart attack

Elżbieta Wróblewska<sup>1</sup>, Grzegorz Nowicki<sup>2</sup>, Anna Toruń-Jurkowska<sup>3</sup>,  
Andrzej Prystupa<sup>4</sup>, Jadwiga Woźniak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Wychowawczej i Psychologii Rodziny, Instytut Psychologii, UMCS w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

<sup>4</sup>Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

**Grzegorz Nowicki**

**Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
ul. Staszica 4/6, 20-250 Lublin  
tel: 81-718 7510  
e-mail: grzesiek\_nowicki@interia.pl**

## STRESZCZENIE

### ZDROWIE SEKSUALNE PACJENTÓW PO PRZEBYTYM ZAWALE SERCA

Przebyty zawał mięśnia sercowego to doświadczenie egzystencjalnie znaczące wynikające z sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Zgodnie z definicją WHO, zdrowie seksualne zawiera w sobie biologiczne, emocjonalne, intelektualne i społeczne aspekty życia seksualnego. Zdrowie seksualne osób w tej szczególnej sytuacji życiowej zależy od wielu czynników podmiotowych i poza podmiotowych, w tym relacyjnych. Niniejszy artykuł stanowi próbę uporządkowania dostępnej wiedzy, z punktu widzenia systemowej teorii rodziny. Aktywność seksualna jest ważną sferą ludzkiego życia. Pacjenci po przebytych zawal serca przeżywają wiele niewypowiedzianych lęków o swoje życie i zdrowie. Silne negatywne emocje nasilają się przy stwierdzeniu dysfunkcji seksualnych, zwłaszcza w postaci zaburzeń erekcji. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna może i powinna obejmować psychoedukację, poradnictwo, a czasem terapię seksualną i małżeńską dla pacjentów oraz ich współmałżonków. Nie chodzi jedynie o poprawę jakości życia chorych, ale też o powrót do zdrowia we wszystkich jego aspektach.

Słowa kluczowe: zdrowie seksualne, zawał serca, teoria systemowa

## ABSTRACT

### SEXUAL HEALTH IN PATIENTS AFTER HEART ATTACK

Myocardial infarction is an existentially significant experience caused by a direct threat to life. According to the WHO's definition, sexual health involves the biological, emotional, mental and social aspects of an individual's sex life. Thus, the question arises, how do patients after a heart attack experience their sexuality. The sexual health of individuals in this special life situation depends on a large number of subjective and non-subjective factors, including relationship factors. This article attempts to systematise the knowledge available from the point of view of systemic family theory. Sexual health of people in this particular situation in life depends on many factors beyond the signs and symptoms, including relational. This article constitutes an attempt to organize the available knowledge from the point of view of the theory of the family system. Sexual activity is an important sphere of human life. Patients with a history of heart attack, experience many unspoken fears for their life and health. Strong negative emotions increase with finding sexual dysfunction, particularly in the form of erectile dysfunction. Comprehensive cardiac rehabilitation can and should include psychoeducation, counseling, and sometimes sexual and marital therapy for patients and their spouses. It is not just about improving the quality of life for patients, but also a return to health in all its aspects.

Keywords: sexual health, heart attack, system theory

## WPROWADZENIE

### Zawał serca i jego psychologiczne konsekwencje

Zawał mięśnia sercowego najprościej można zdefiniować, jako martwicę komórek mięśniowych określonego obszaru serca, spowodowaną zamknięciem światła naczy-

nia wieńcowego, najczęściej w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej. Zawał serca może wystąpić w każdym obszarze mięśnia sercowego, najczęściej w obrębie ściany lewej komory. Obejmuje całą grubość mięśnia (zawał peł-

nościenny), albo warstwę podwsięrdziową (zawał niepełnościenny). W Polsce dotyka pięćdziesięciu tysięcy osób rocznie. Ponad 90% zawałów mięśnia sercowego spowodowanych jest całkowitym zamknięciem światła tętnicy wieńcowej przez zakrzep, powstały w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej zwężającej tętnicę [1]. Wyniki szeroko zakrojonych badań epidemiologicznych wskazują, że sześć podstawowych czynników ryzyka (hiperlipidemia, palenie papierosów, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psycho-socjalne) oraz trzy tzw. czynniki kardioprotekcyjne (niskie spożycie warzyw i owoców, wysokie spożycie alkoholu oraz nieregularna aktywność fizyczna) odpowiadało za 90% zachorowań na zawał serca wśród mężczyzn i 94% zachorowań wśród kobiet. Zależność ta wystąpiła we wszystkich regionach świata i bez względu na wiek [2].

Skutki zawału serca pacjent odczuwa nie tylko w postaci zagrożenia biologicznego (możliwość utraty życia lub zdrowia), ale również psychologicznego i społecznego. Zawał jest silnym stresorem ze względu na nagły początek i deprawację wielu potrzeb psychicznych, zwłaszcza bezpieczeństwa, akceptacji, szacunku, samorealizacji, itp. Wiąże się z zagrożeniem utraty pracy, pozycji w rodzinie i w grupie przyjaciół, obniżeniem stopy życiowej. Zawał pociąga za sobą wiele zmian w życiu chorego i jego rodziny, a zwłaszcza w diadzie małżeńskiej. Zmiany te mają charakter silnego stresora dla całego systemu rodzinnego [3]. Mężczyźni po zawale częściej cechują się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, czyli przekonaniem, że ich stan zdrowia zależy od czynników zewnętrznych. W związku z tym gorzej radzą sobie ze stresem, negują objawy choroby i pomniejszają znaczenie przestrzegania zaleceń medycznych [4]. Znaczny odsetek pacjentów (w zależności od źródła, od kilku do około 30%) ma objawy zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD), związane z wysokim poziomem lęku, niepokoju oraz depresyjności, która jest istotną zmienną dla chorób układu krążenia [5].

### Zdrowie seksualne w ujęciu systemowym

Zdrowie seksualne (według WHO) to zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, koniecznych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. W tak szerokim ujęciu można przyjąć, że podstawowym wskaźnikiem nie będzie brak dolegliwości i chorób, ale subiektywnie odczuwany stopień satysfakcji z życia seksualnego [6].

Terapeuci systemowi twierdzą, że popęd płciowy jest podporządkowany i wykorzystany do wzmocnienia poczucia własnej wartości osoby. Ochrona poczucia wartości jest tak ważna dla człowieka, że jeśli jakaś aktywność seksualna mogłaby je obniżyć (na przykład z powodu zaburzeń erekcji), to może się on obyć bez seksualnej satysfakcji i nawet unikać kontaktu. Podjęcie aktywności seksualnej wymaga od pary podjęcia ryzyka, otwartości oraz wrażliwości na reakcje płynące od małżonka, dlatego sfera seksualna staje się często polem do odgrywania bitwy o sprawy codzienne, poza seksualne. Podejście systemowe jest sposobem na zintegrowanie sfery seksualnej i relacyj-

nej, a zasoby systemu rodzinnego są ważne dla efektywnego rozwiązywania problemów seksualnych [7].

Badania Izdebskiego wśród osób w wieku 50+ potwierdzają, że dysfunkcje seksualne mogą mieć negatywny wpływ na stosunki z partnerem. Cytowane wyniki badań wskazują, że 48% respondentów uważa, że zaburzenia erekcji mogą negatywnie wpływać na związek, łącznie z jego rozpadem, 35% jest zdania, że obniżająca się zdolność do uprawiania seksu wpływa na związek z partnerką oraz 13% twierdzi, że ma ona wpływ na relacje z innymi członkami rodziny. Dla 13% badanych dysfunkcje seksualne przekładają się również na wyniki uzyskiwane w pracy, a 43% mężczyzn potwierdza, że zaburzenia erekcji wpływają na ich samoocenę [8].

### Dysfunkcje seksualne po zawale serca

Niezależnie od chorób układu krążenia, nawet zdrowi mężczyźni w wieku 50+ zgłaszają wiele trudności związanych z obniżeniem poziomu androgenów (szacunkowo około 1% rocznie). Są to: obniżenie libido, spadek energii, zaburzenia erekcji, senność w ciągu dnia, osłabienie pamięci, utrata owłosienia łonowego, kłopoty w pracy i wiele innych. Obecnie nazwa andropauza, jako budząca sprzeciw wielu urologów, została zastąpiona terminem lateonset hipogonadizm (LOH), czyli późny hipogonadyzm. Jest to zespół kliniczny i biochemiczny, związany z wiekiem, charakteryzujący się objawami klinicznymi (obniżenie libido, obniżenie jakości i częstości erekcji, zmiany nastroju, obniżenie funkcji poznawczych, zaburzenia snu, zmiany w proporcjach masy ciała w postaci ubtku masy mięśniowej i wzrostu tkanki tłuszczowej, zmniejszenie owłosienia i zmiany skórne, zmniejszenie gęstości kości) oraz obniżonym poziomem testosteronu we krwi. Częstość występowania tego zespołu jest różna i wzrasta wraz z wiekiem, od 21% w grupie 55-59 lat, do 31% powyżej 70 lat [9].

Najczęstszą dysfunkcją u pacjentów kardiologicznych są zaburzenia erekcji, ze względu na te same czynniki ryzyka, jak palenie papierosów, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca. Mogą być markerem zaburzeń kardiologicznych, wyprzedzając je o około trzy lata. Zaburzenia seksualne mogą też mieć związek z przyjmowanymi lekami [10]. Problemem zaburzeń seksualnych (a najbardziej zaburzeń erekcji) u osób z chorobami układu krążenia zajmuje się nowa dziedzina wiedzy, kardioseksuologia [11,12]. Pacjenci po przebytych zawale rzadko pytają lekarzy o sprawy związane z funkcjonowaniem seksualnym. Częściej szukają informacji w internecie, lub nie pytają nikogo. Tymczasem zaburzenia erekcji można i należy leczyć przy współudziale specjalistów z zakresu urologii, kardiologii, psychologii oraz seksuologii [13].

Dysfunkcje seksualne po zawale badań Puchalski [14]. W badanej grupie znalazło się 62 mężczyzn hospitalizowanych z powodu pierwszego zawału serca. Trzy miesiące po zawale stwierdzono zaburzenia erekcji u ponad 60%, upośledzoną zdolność do osiągnięcia orgazmu u 25%, obniżone libido u około 60%, obniżoną satysfakcję ze stosunku płciowego u 70%, obniżone zadowolenie z życia seksualnego u 50% mężczyzn. Badanych podzielono na dwie grupy, ze względu na wysoki i niski poziom zadowolenia

z życia seksualnego. W grupie o niskim zadowoleniu były osoby starsze, zgłaszające wysoki poziom stresu w życiu codziennym i niższą aktywność seksualną w porównaniu do grupy zadowolonych. Ci sami mężczyźni zostali przebadani 9 miesięcy po zawale. Zaburzenia erekcji występowały u ponad 50%, upośledzona zdolność do osiągnięcia orgazmu u 18%, obniżone pożądanie płciowe u 58%, obniżona satysfakcja ze stosunku płciowego u 77%, obniżone zadowolenie z życia seksualnego u 60%. Różnice w pierwszym i drugim badaniu (po 3 i po 9 miesiącach) nie były istotne statystycznie.

Gołowski badał funkcje seksualne (za pomocą kwestionariusza Changes in Sexual Functioning Questionnaire – CSFQ) i funkcje erekcji (przy użyciu kwestionariusza International Index of Erectile Function – IIEF) u 87 pacjentów po zawale serca leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową (percutaneous coronary interventions – PCI). Stwierdził, że zmiana funkcji seksualnych zależy od podstawowego poziomu dysfunkcji. Pacjenci z grupy o cięższych zaburzeniach erekcji i funkcji seksualnych doświadczali większej poprawy w zakresie erekcji i ogólnie funkcji seksualnych po leczeniu PCI. Pacjenci z chorobą wieńcową jedno-naczyniową uzyskiwali istotnie statystycznie słabsze wyniki w porównaniu do pacjentów z chorobą wieńcową dwu- i trójnaczyniową. Co ciekawe, nie stwierdzono wpływu stosowanej farmakoterapii na funkcje seksualne. Potwierdzono, że udział we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej zapobiegał pogorszeniu w stopniu nasilenia zaburzeń funkcji seksualnych [15].

Leki kardiologiczne, zwłaszcza obniżające ciśnienie tętnicze i leki moczopędne, wiążą się z występowaniem zaburzeń seksualnych w postaci obniżenia libido i zaburzeń erekcji. Są to: propanolol, hydrochlorotiazyd, spiroinolaktone, metyldopa, klonidyna, gemfibrozyl, klofibrat. Zaburzenia erekcji, bez spadku libido, mogą być skutkiem przyjmowania digoksyny, a także metoprololu, atenololu, pindololu i labetalolu [16].

Pacjenci po zawale często rezygnują ze współżycia, bo boją się nagłego zgonu sercowego w trakcie stosunku seksualnego. Tymczasem nagłe zgony w czasie stosunku seksualnego występują rzadko. Spośród udokumentowanych większość nastąpiła w czasie pozamałżeńskich kontaktów seksualnych, ze znacznie młodszymi partnerkami, często po spożyciu alkoholu lub obfitego posiłku. Pacjenci po zawale są podzieleni na trzy grupy, ze względu na ryzyko związane z aktywnością seksualną. Pacjenci o wysokim ryzyku to ci, którzy mają za sobą świeży zawał (do dwóch tygodni), niekontrolowane nadciśnienie, wysokie ryzyko arytmii, niestabilną chorobę wieńcową. Pacjenci o umiarkowanym ryzyku są w okresie między dwa a sześć tygodni od zawału, mają stabilną chorobę wieńcową, poza tym mają trzy lub więcej czynniki ryzyka według kryteriów ogólnych ChUK. Pacjenci o niskim ryzyku są powyżej 6 tygodni od zawału serca, mają dobrze kontrolowane nadciśnienie i chorobę wieńcową, spełniają mniej niż trzy warunki z ogólnych czynników ryzyka ChUK [17]. Najnowsze zasady postępowania terapeutycznego u mężczyzn po przebytych incydencie wieńcowym, podane przez American Heart Association w 2012 r. określają, że

bezpieczna aktywność seksualna dla mężczyzny wymaga ustabilizowania choroby niedokrwiennej serca. Pacjenci z niepowikłanym zawałem serca mogą podjąć kontakty intymne po miesiącu, po PCI po kilku dniach, natomiast po zabiegach kardiologicznych po 6-8 tygodniach [18]. Pacjenci często niepotrzebnie rezygnują z aktywności seksualnej w bezpiecznym, stabilnym, wieloletnim związku, ponieważ brakuje im odwagi, by zapytać lekarza o życie seksualne, a sami nie potrafią ocenić właściwie stopnia ryzyka [19].

### Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych po zawale

Pacjenci po zawale serca potrzebują wielostronnej rehabilitacji, również seksualnej, szczególnie w zakresie informacji i poradnictwa [20]. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK) obejmuje ocenę stanu klinicznego chorego, optymalizację farmakoterapii, rehabilitację fizyczną, ale też rehabilitację psychospołeczną. Celem tej ostatniej jest nauczenie chorego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, w silnych stanach emocjonalnych, jak lęk i/lub depresja, akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby, modyfikacja stylu życia oraz edukacja pacjentów i ich rodzin. Proces kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinien być wdrażany jak najszybciej, ciągły, wieloetapowy, dostosowany do indywidualnych potrzeb chorego oraz prowadzony w sposób akceptowany przez pacjenta i jego rodzinę [21]. Dobrze prowadzona KRK zawiera również rehabilitację w sferze seksualnej, łącznie z działaniami psychoedukacyjnymi dla pacjenta i jego współmałżonka.

Na problem dostępności rehabilitacji wtórnych dysfunkcji seksualnych po zawale wskazuje fakt, że 90% chorych po zawale serca wraca do pracy, a tylko 40% wraca do aktywności seksualnej. Przyczyną mogą być dolegliwości wieńcowe, duszność, stosowane leki, ale też obawy wynikające z braku wiedzy i błędnych przekonań, depresja, pierwotne dysfunkcje seksualne. Do najbardziej dysfunkcyjnych przekonań należą: strach przed nagłą śmiercią w trakcie stosunku, strach przed zasłabnięciem w trakcie stosunku oraz przekonanie, że choroba serca oznacza koniec aktywności seksualnej. W rehabilitacji seksualnej proponuje się:

- stopniowe zwiększanie doznań seksualnych (od delikatnych pieszczot po stosunek z orgazmem), podejmowanie aktywności seksualnej bez odbywania stosunku, doprowadzenie do orgazmu bez stosunku, ze względu na mniejszy wysiłek niż podczas stosunku;
- wypróbowanie różnych pozycji i znalezienie takich, które wymagają najmniejszego wysiłku ze strony chorego;
- unikanie współżycia po zbyt ciężkich posiłkach, po alkoholu, w pomieszczeniach o zbyt wysokiej temperaturze, w stanie zmęczenia lub stresu.
- użycie nitrogliceryny lub betablokerów w celu zapobiegania dolegliwościom wieńcowym [22].

Ważne, by unikać pozycji wymagających izometrycznego napięcia mięśni, jak pozycja klasyczna. Na skutek izometrycznego napięcia ramion i barków mężczyzny wzrasta zapotrzebowanie na tlen, jak również wzrost

ciśnienia tętniczego i zwiększenie częstości akcji serca. Wskazana są pozycje: boczna oraz z partnerką leżącą albo siedzącą na mężczyźnie. W przypadku pojawienia się bólu podczas współżycia seksualnego należy przerwać aktywność i odpocząć około 15 min. Jeśli w czasie stosunków pojawiają się regularnie bóle wieńcowe, duszność lub zaburzenia rytmu serca, należy zmniejszyć częstość i intensywność kontaktów oraz powiadomić o tym lekarza prowadzącego. Na sprawność seksualną wpływa korzystnie zredukowanie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej [18].

## PODSUMOWANIE

Aktywność seksualna jest ważną sferą ludzkiego życia [23]. Pacjenci po przebytych zawale serca przeżywają wiele niewypowiedzianych lęków o swoje życie i zdrowie. Silne negatywne emocje nasilają się przy stwierdzeniu dysfunkcji seksualnych, zwłaszcza w postaci zaburzeń erekcji. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna może i powinna obejmować psychoedukację, poradnictwo, a czasem terapię seksualną i małżeńską dla pacjentów oraz ich współmałżonków. Nie chodzi jedynie o poprawę jakości życia chorych, ale też o powrót do zdrowia we wszystkich jego aspektach.

## PIŚMIENNICTWO

- Kośmicki MA. Choroba niedokrwienna serca w Polsce i na świecie – nierozwiązany w pełni problem. *Kardiologia Polska*. 2010; 1: 35-48.
- Broda G, Kurjata P, Piwońska A, et al. National HES manual – in Polish (Wieloośrodkowe Badanie Stanu Zdrowia Ludności), 2013 [http://www.ehes.info/manuals/national\\_manuals/national\\_manual\\_Poland\\_PL.pdf](http://www.ehes.info/manuals/national_manuals/national_manual_Poland_PL.pdf) [Dostęp: 30.10.2013].
- Wrześniewski K. Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca. Warszawa: PZWL; 1986.
- Opuchlik K. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska*. 2009; 2: 235-245.
- Mróz J. Zespół stresu pourazowego u pacjentów po zawale serca – przegląd badań. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2009; 4(4): 200-203.
- Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Is there an association between depressive symptoms and coronary artery disease in the Polish adult population? *Kardiologia Polska*. 2014; 72(1): 50-55.
- Koniczna B, Hryńko M. Seksualność w ujęciu terapii systemowej. *Seksuologia Polska*. 2012; 10(1): 36-40.
- Izdebski Z. Raport „Badanie seksualności osób po pięćdziesiątym roku życia”. Warszawa: Zielona Góra, 2007.
- Jakiel G. Seksualność mężczyzn w okresie andropauzy. [w:] Lew-Starowicz L, Skrzypulec V, red. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
- Lew-Starowicz M. Seksualność w chorobach przewlekłych. [w:] Lew-Starowicz L, Skrzypulec V, red. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
- Lew-Starowicz Z, Filipiak KJ, Mamcarz A, i wsp. *Kardioseksuologia*. Warszawa: Medical Education; 2009.
- Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, et al. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J*. 2013; 34(27): 2034-2046.
- Schwarz ER, Rodriguez J. Sex and the heart. *Int J Impot Res*. 2005; 17(suppl. 1): 4-6.
- Puchalski B, Szymański F, Kowalik R, i wsp. Dysfunkcje seksualne u mężczyzn w ciągu pierwszych 9 miesięcy po przebytych zawale serca. *Psychiatria Polska*. 2013; 47(5): 811-826.
- Gołowski C. Funkcje seksualne mężczyzn po ostrym zawale serca leczonym przezskórą angioplastyką tętnic wieńcowych. *Warszawski Uniwersytet Medyczny. II Wydział Lekarski. Katedra i Klinika Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych. Rozprawa doktorska. Promotor Prof. dr hab. n. med. Mirosław Dłużniewski*. 2012.
- Halawa B, Zdrojewicz Z. Choroba niedokrwienna serca a aktywność seksualna. *Adv Clin Exp Med*. 2003; 12(1): 119-122.
- DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, et al. Management of sexual dysfunction in patient with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*. 2000; 86(2): 175-181.
- Wełnicki M, Mamcarz A. Zaburzenia erekcji: niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca czy kliniczna manifestacja postępującej miażdżycy? *Kardiologia Polska*. 2012; 70(9): 953-957.
- Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttikhuis ML, et al. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart*. 2012; 98(22): 1647-1652.
- Byrne M, Doherty S, Murphy AW, et al. The CHARMS Study: cardiac patients' experiences of sexual problems following cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovascular Nursing*. 2013; 12(6): 558-566.
- Etapy rehabilitacji kardiologicznej. *Folia Cardiologica*. 2004; 11 (supl. A).
- Pawlicki B. Rehabilitacja wtórnych dysfunkcji seksualnych. [http://www.urolog-krakow.pl/pdf/rehabilitacja\\_sex\\_artykul.pdf](http://www.urolog-krakow.pl/pdf/rehabilitacja_sex_artykul.pdf) (dostęp: 20.06.2014).
- Izdebski Z. Zdrowie seksualne mężczyzn. Wybrane zagadnienia. *Seksuologia Polska*. 2012; 10(1): 1-8.

Praca przyjęta do druku: 09.09.2014

Praca zaakceptowana do druku: 29.09.2014