

Zbigniew Izdebski*

OBAWY I TRUDNOŚCI W ŻYCIU SEKSUALNYM

Życie seksualne człowieka może być analizowane ze względu na jego jakość, jak również ze względu na jego styl. Z tego punktu widzenia możemy mówić o tym, że ludzie na poszczególnych etapach swojego życia podejmują różne zachowania seksualne, które są wypadkową ich popędu skesualnego, możliwości psycho-fizjologicznych i czynników sytuacyjnych. Istotną ramą wyznaczającą zakres tych zachowań jest obyczajowość seksualna.

Jakość życia seksualnego człowieka jest trudna do zobiektywizowania, podlega bowiem zawsze subiektywnej ocenie danej jednostki. W niniejszym opracowaniu zostanie omówiony ten subiektywny wymiar ludzkiej seksualności, ze szczególnym uwzględnieniem tego, co budzi obawy i stanowi trudności w życiu seksualnym.

Niepokoje związane z dojrzewaniem

Lęki związane z naszą seksualnością – niezależnie od wieku, płci czy doświadczenia seksualnego – mogą pojawić się w różnych fazach życia. Pierwsze niepokoje towarzyszą okresowi dorastania i mogą mieć związek ze zmianami zachodzącymi w budowie i funkcjonowaniu organizmu. Wiele z nich to zmiany oczekiwane, zrozumiałe. Ale pojawiają się też zjawiska, które niepokoją, a niekiedy wywołują lęk. Chłopców niepokoi rozwój sutków (ginekomastia) i polucje, które świadczą przecież o wkroczeniu w kolejną fazę dojrzewania. Niski poziom wiedzy chłopców o zmianach zachodzących w ich organizmie powoduje, że często reagują na nie strachem i przerażeniem, niejednokrotnie utożsamiają te naturalne zjawiska ze stanem chorobowym.

U niektórych chłopców oraz u części mężczyzn występuje kompleks małego członka. Bierze się on z porównywania swoich genitaliów z genitaliami rówieśników, a także z prezentowanymi w materiałach pornograficznych. Materiały takie lansują model męczyzny, którego członek jest wyraźnie większy od tego, co określane jest jako średnia długość członka w stanie

*Zbigniew Izdebski – dr hab., prof. UZ, pedagog, seksuolog, kierownik Zakładu Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Uniwersytetu Zielonogórskiego.

wzwodu. Pornograficzny wzorzec „męskości” przeżywa w dodatku wielokrotne erekcje i w czasie stosunku dostarcza kobiecie wielokrotnych orgazmów. Nic więc dziwnego, że takie porównanie wypada na ogół niekorzystnie dla młodych mężczyzn, zwłaszcza jeśli brakuje im dystansu i realnej oceny tego, co jest rzeczywistością, a co filmowym montażem.

Także inicjacja seksualna nie zawsze przebiega bez trudności, a czasem może stać się dla młodego mężczyzny dramatycznym przeżyciem, którego konsekwencje ciągnąć się będą latami. Najczęściej chodzi o dwa typy objawów: przedwczesny wytrysk i zanik wzwodu. Przedwczesny wytrysk ma miejsce zazwyczaj wtedy, gdy mężczyzna ulega tak silnemu podnieceniu seksualnemu, że wytrysk następuje albo jeszcze przed próbą wprowadzenia penisa do pochwy, albo w czasie takiej próby, albo tuż po wprowadzeniu. Wówczas stosunek trwa zaledwie kilka sekund. Jeśli nawet bez bezpośredniego pobudzenia penisa dochodzi do orgazmu i wytrysku, reakcja taka jest wynikiem wysokiej pobudliwości seksualnej. Występuje ona u wielu młodych mężczyzn, zwłaszcza tych, którzy przy silnym popędzie mieli mało doświadczeń seksualnych, nie masturbowali się i nie uprawiali pettingu.

Dla wielu młodych mężczyzn pierwszym doznaniem seksualnym jest masturbacja. To naturalny sposób zaspokajania własnych potrzeb seksualnych. Jej powodem jest często fakt, iż napięcie seksualne w życiu człowieka pojawia się znacznie wcześniej niż możliwość dorosłego i odpowiedzialnego jego zaspokajania. Ale również w wieku dojrzałym pojawiają się potrzeby takiego rozładowania napięcia seksualnego. Wynikają one z braku partnerki, możliwości współżycia seksualnego lub różnic w potrzebach seksualnych partnerów. Masturbacja może powodować poczucie winy i wstydu. Jeszcze 40% Polaków sądzi, że prowadzi ona do zaburzeń psychicznych.

Okres dojrzewania nie szczędzi niepokojów także dziewczętom. Ich lęki wywołują późno rosnące piersi czy niepojawiająca się miesiączka. Obawiają się, że w przyszłości nie będą wystarczająco atrakcyjne. W okresie dorastania ujawnia się kierunek naszej orientacji psychoseksualnej. Osoby heteroseksualne, zdecydowanie częściej młodzi mężczyźni, przeżywając fascynację budową ciała kolegi, mogą interpretować to jako przejaw własnych homoseksualnych skłonności. To wzbudza w nich lęk. Zdecydowanie rzadziej tego typu obawy pojawiają się u kobiet.

Niepopkoje seksualne osób dorosłych

Część obaw dotyczących seksu może być konsekwencją traumatycznego zdarzenia z przeszłości. Większość problemów wynika jednak z braku doświadczenia i porozumienia między partnerami. Jedne mają swe źródło w braku

gotowości któregoś z partnerów do rozpoczęcia współżycia. Inne wynikają z chęci pokazania się z jak najlepszej strony i znikają, kiedy przestanie się o tym myśleć. Lęki dotyczą w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Mężczyźni najczęściej obawiają się zaburzeń erekcji, niskiej oceny ich sprawności fizycznej, przedwczesnego wytrysku i braku wzwodu. Kobiety jeszcze kilkanaście lat temu nie przyznawały się do kłopotów seksualnych. Niektóre nie umieją cieszyć się seksem, gdyż nie czują się przyjemnie w sytuacjach intymnych. Obawiają się ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową, braku własnej atrakcyjności czy przejmowania inicjatywy w trakcie zbliżenia.

W życiu seksualnym ogromną rolę odgrywa akceptacja cielesności – własnej i partnera. Jeśli kobieta odczuwa niechęć do własnego ciała, to tym samym zakłada, że dokładnie tego samego doświadcza w stosunku do niej partner. Figura kobiety może ulegać zmianie w różnych fazach życia. Budzi to obawę, że przestanie być atrakcyjna dla partnera (np. po urodzeniu dziecka, po menopauzie). U kobiet, które nie akceptują własnego ciała, często występuje wstyd. Blokują one ochotę na seks czy przyzwala nań tylko po ciemku. Czasami lęk przed seksem wynika z bólu, jaki towarzyszył nieudanym stosunkom. Po takich doświadczeniach kobieta kojarzy doznania seksualne z czymś nieprzyjemnym i często obwinia siebie za zaistniałą sytuację. Inny lęk wynika z obawy, że partner uzna ją za oziębłą i odejdzie. Wiele kobiet nie ma zaufania do zastosowanej metody sterowania płodnością czy do umiejętności partnera w stosowaniu prezerwatyw. Inne mają wątpliwości, jak zachowałby się partner, gdyby zaszły w ciążę, szczególnie jeśli jego postawa nie daje poczucia bezpieczeństwa.

Wiele osób przyjmuje postawę obronną względem małżeństwa, traktując je jako przeszkodę w procesie własnej samorealizacji. Innym lęk przed bliskością uniemożliwia nawiązanie jakiegokolwiek związku emocjonalnego. Wchodzą w przejściowe związki seksualne, ale zazwyczaj zrywają je, kiedy pojawia się uczucie miłości, potrzeba czułości czy tęsknota za trwałą relacją. Coraz częściej obserwujemy relacje oparte na „seksie baz zobowiązań”, ograniczone wyłącznie do związku fizycznego. Ale i takie związki nie są wolne od obaw: niepokoi pojawienie się nadmiernego zaangażowania u jednego z partnerów, lęk przed zakochaniem się czy miłością.

Mężczyźni swoją wartość oceniają nierzadko przez pryzmat potencji. Dlatego jedną z najczęstszych przyczyn dysfunkcji seksualnych jest lęk przed zaburzeniami erekcji. Kłopoty z potencją mogą mieć źródło w przemęczeniu, obniżonym nastroju, stresie, depresji, nadużywaniu alkoholu, zażywaniu narkotyków i niskiej samoocenie. Ale mogą też być objawem stanu chorobowego, na przykład raka prostaty, chorób serca, cukrzycy, miażdżycy, chorób neurologicznych czy zaburzeń hormonalnych. Blisko co dziesiąty Po-

lak w razie wystąpienia takich problemów nie robi nic i oczekuje, że znikną same bądź że je zaakceptuje.

Brak orgazmu staje się problemem dopiero wtedy, jeśli powtarza się zbyt często. Nie wszystkie kobiety przeżywają orgazm w każdym zbliżeniu. Poznanie reakcji kobiecego ciała wymaga od partnera czasu. Osiągnięcie pełnej satysfakcji nierzadko utrudniają wewnętrzne napięcia i niepokój.

Zaburzenia erekcji

Dysfunkcje erekcji dotyczą jednego na dziesięciu mężczyzn w Polsce. Występują rzadko u osób młodych, ale aż 60% mężczyzn z zaburzeniami erekcji jest w wieku pomiędzy 40. a 60. rokiem życia, czyli są to osoby wciąż aktywne zawodowo i na pewno chcące cieszyć się pełnią życia. Seksualność jest ważną częścią naszego życia i problemy z nią związane mogą doprowadzić do rozpadu więzi w związku. Dlatego zaburzenia erekcji są problemem dwojga ludzi.

Obecnie możliwe jest skuteczne i bezpieczne leczenie większości przypadków zaburzeń wzwodu. Zarówno lekarze, jak i pacjenci wymagają od stosowanej terapii, aby była ona skuteczna, bezpieczna, dobrze tolerowana, akceptowana przez partnerkę i dyskretna, a także, by umożliwiała spontaniczność w podejmowaniu kontaktów seksualnych. Dominującym elementem terapii są leki przyjmowane doustnie.

Termin „impotencja” budzi negatywne skojarzenia. „Impotent” w mowie potocznej ma pejoratywne znaczenie: poniża i obraża. Dlatego obecnie używa się neutralnego terminu „zaburzenia erekcji” lub skrótu ED (z ang. Erectile Dysfunction).

Zaburzeniami erekcji określa się sytuację, kiedy mężczyzna nie jest zdolny do osiągnięcia lub utrzymania wzwodu w stopniu wystarczającym do odbycia satysfakcjonującego stosunku. Pod względem medycznym ED definiowane są jako niemożność wystarczającego wzwodu w co najmniej 25% podejmowanych prób. Zaburzenia erekcji bywają przewlekłe. Odbijają się wówczas na ogólnym zdrowiu pacjenta, a szczególnie jego sferze emocjonalnej.

Przyczyn zaburzeń erekcji jest wiele i wynikają one zarówno z czynników fizycznych, jak i psychicznych. Obecnie coraz częściej uważa się, że u większości pacjentów kłopoty ze wzwodem są uwarunkowane połączonymi czynnikami organicznymi i psychogennymi.

Przyczyny organiczne są związane z nieprawidłowościami i uszkodzeniami naczyń i ciał jamistych prącia, niektórymi zaburzeniami neurologicznymi i hormonalnymi chorobami (np. cukrzyca, stwardnienie rozsiane, urazy rdze-

nia kręgowego, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, nerek) czy zabiegami chirurgicznymi na gruczole krokowym. Zaburzenia są też związane z przyjmowaniem leków (m.in. przeciw nadciśnieniu tętniczemu, przeciwdepresyjnych, uspokajających) oraz narkotyków, paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Warto pamiętać, że kłopoty z erekcją mogą towarzyszyć każdej chorobie (nawet przeziębieniu), która przejściowo powoduje u mężczyzny zmęczenie i osłabienie.

Natomiast przyczyny psychogenne wiążą się z ośrodkowym blokowaniem mechanizmów erekcji powstającym bez urazów fizycznych, takimi jak np. lęk przed niezdolnością do odbycia stosunku, niska samoocena, problemy w istniejącym związku, zahamowania w odniesieniu do aktu seksualnego, spowodowane np. wcześniejszymi złymi doświadczeniami. Przyczyną psychogenną ED może być także lęk przed posiadaniem dzieci lub zakażeniem się chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Natomiast podeszły wiek jest najmniej ważną spośród fizycznych przyczyn zaburzeń erekcji. Mężczyzna po sześćdziesiątce może mieć rzadziej erekcje i wolniej osiągać orgazm, ale jego życie seksualne jest dalekie od zakończenia.

W Polsce, dysfunkcje erekcji leczone są przez lekarzy urologów, seksuologów i andrologów. Lekarze tych specjalizacji najczęściej podejmują się leczenia pacjentów cierpiących na dysfunkcje erekcji i najrzadziej odsyłają po poradę lekarską do lekarzy innych specjalizacji. Z badań przeprowadzonych przez MEMRB w 2001 roku wynika, że aż co czwarty mężczyzna nie wiedziałby, gdzie powinien zgłosić się z problemem dysfunkcji erekcji.

Co ciekawe, mężczyźni cierpiący na zaburzenia erekcji deklarowali („Wiedza i postawy wobec problemu ED u mężczyzn i ich partnerek”, Target Group, Luty 2002), że przed wystąpieniem zaburzeń erekcji w ich życiu seksualnym najbardziej brakowało im możliwości uprawiania seksu zawsze wtedy, gdy był właściwy nastrój i nie wymagało to wcześniejszego planowania zbliżeń, możliwości uprawiania seksu rano oraz bliższych i bardziej romantycznych relacji z partnerką.

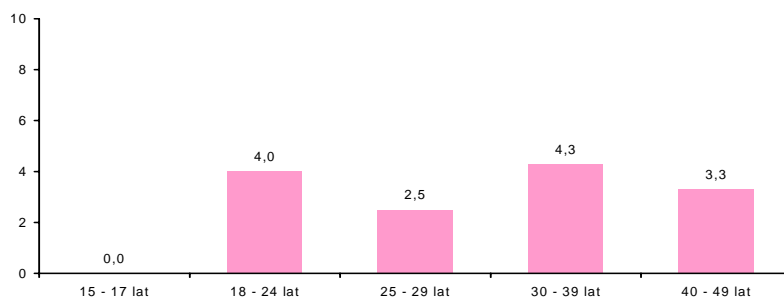
Pojawienie się niższej sprawności seksualnej wpływa destrukcyjnie na poczucie własnej wartości mężczyzn. Niektórzy wręcz z niedowierzaniem przyjmują ten fakt. W konsekwencji wystąpienia zaburzeń może dojść nawet do rozpadu związku. W wyniku obniżenia sprawności obniżeniu ulega także jakość życia i samoocena mężczyzn. Zaburzenia erekcji mają duży wpływ na poczucie wartości u mężczyzn.

Ze względu na pojawienie się nowych możliwości leczenia zaburzeń seksualnych u mężczyzn, część pytań zadawanych w czasie badania w roku 2005 była adresowana wyłącznie do mężczyzn i poruszała kwestie związane

ze specyficznymi dla nich trudnościami i problemami w sferze intymnej.

Należy sobie jednak uświadomić, że uzyskane wyniki badań dotyczących problemów związanych ze zdrowiem seksualnym mogą być interpretowane ostrożnie z wielu powodów, takich jak np. wstyd przed przyznaniem się do problemów, kłopoty z nazwaniem problemu medycznego, całkowity brak lub niewystarczająca edukacja seksualna.

Zgłaszane problemy z osiągnięciem orgazmu dotyczyły niewielkiej (3,6%) zbiorowości mężczyzn badanych w roku 2005¹ i nie były zróżnicowane wiekowo. Nieznacznie częściej problemy z osiągnięciem orgazmu zgłaszane były wśród mężczyzn w wieku 30–39 lat (4,3%) i młodych w wieku (18–24 lata — 4,0%).

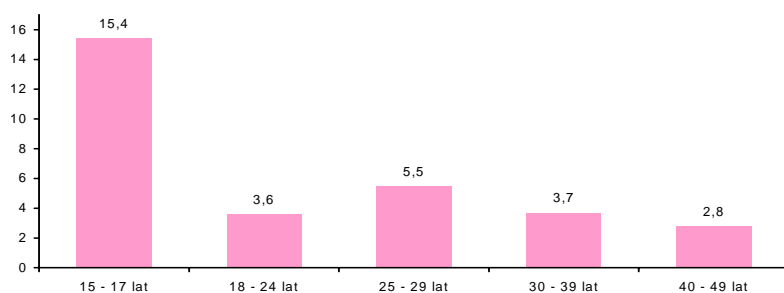


Wykres 1. Problemy z osiągnięciem orgazmu u mężczyzn w okresie do ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Natomiast znacznie bardziej zróżnicowane wiekowo były problemy związane z przedwczesnym wytryskiem nasienia. Problem ten dotyka 3,8% ogółu mężczyzn. W grupie najmłodszych respondentów (15–17 lat) aż 15,4% przyznało, że doświadczyli wytrysku przedwczesnego w okresie roku poprzedzającego badania. W pozostałych grupach wiekowych częstość występowania wytrysku przedwczesnego była wyraźnie niższa (wykres 2).

Bardzo ważne w kontekście jakości życia seksualnego są zagadnienia związane z zaburzeniami erekcji. Zaburzenia erekcji mogą uniemożliwiać czy znacznie utrudniać współżycie seksualne, ale też wykazują negatywny wpływ na samoocenę mężczyzny i często mogą prowadzić do znacznych zaburzeń w relacjach z otoczeniem.

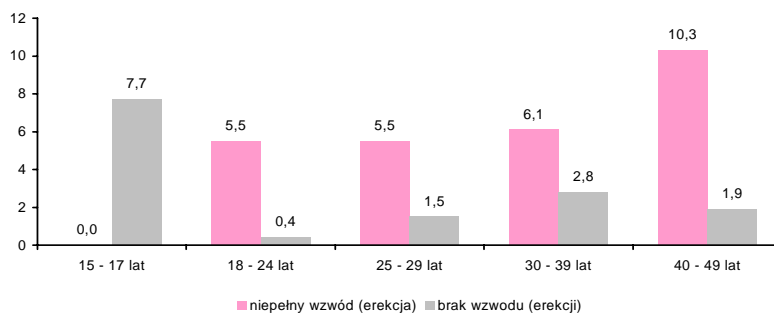
¹W niniejszym opracowaniu cytowane są wyniki badań uzyskane w 2005 roku; badaniami objęto reprezentatywną próbę Polaków w wieku 15–49 lat; N=3200 osób; realizatorem badań był TNS OBOP; szczegółowo wyniki badań zostały zaprezentowane w publikacji: Z. Izdebski, *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005*, Zielona Góra 2006.



Wykres 2. Wytrysk przedwczesny w okresie 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Całkowity brak wzwodu (erekcji) jest przypadłością tylko nielicznych badanych w 2005 roku mężczyzn (1,8%). Niepełny wzwód uniemożliwiający odbycie stosunku w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem zgłaszało 7,1% mężczyzn po inicjacji seksualnej.

Najwyższy odsetek mężczyzn (7,7%) zgłaszających brak wzwodu w ciągu ostatniego roku przed badaniem stwierdzono w grupie wiekowej 15–17 lat. Jedną z możliwych przyczyn tego zjawiska mogą być problemy psychologiczne, związane między innymi z lękiem przed ciążą, brakiem lub niekompletną edukacją seksualną lub niepowodzeniami związanymi z inicjacją seksualną.



Wykres 3. Problemy z uzyskaniem erekcji w okresie 12 miesięcy przed badaniem, zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1154 mężczyźni po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

W starszych grupach wiekowych odsetek mężczyzn, którzy na 12 miesięcy przed badaniem doświadczyli problemów z erekcją i w ogóle nie mieli wzwodu był wyraźnie niższy niż wśród 15–17 latków.

Niepełny wzwód występował znacznie częściej w starszych grupach wiekowych respondentów. Wśród mężczyzn w wieku 40–49 lat co dziesiąty (10%) przyznał, że w okresie na 12 miesięcy przed badaniem miał problemy z erekcją w postaci niepełnego wzwodu.

Dysfunkcje seksualne kobiet

Ostatnie lata, związane z prowadzeniem środków farmakologicznych wspierających mężczyzn, którzy mają tego typu kłopoty wpływały na polepszenie jakości życia. To z kolei spowodowało częstszą dyskusję także na temat dysfunkcji seksualnej kobiet. W czasie II Międzynarodowych Konsultacji w Paryżu na temat dysfunkcji seksualnych (czerwiec 2003 r.) dyskutowali urolodzy, biolodzy, anatomowie, ginekolodzy, endokrynolodzy, seksuolodzy i psychiatrzy, nie tylko o dysfunkcjach związanych z zaburzeniami erekcji, ale także o regułach diagnozowania zaburzeń w kobiet – od braku pożądania, poprzez bóle pochwowe po kłopoty z osiąganiem orgazmu lub niedobory hormonalne.

Po wieloletnich poszukiwaniach znaleziono substancję, która może być rodzajem środka stymulującego dla kobiet. To środek oddziałujący bezpośrednio na ośrodek seksualności w mózgu. Ale w Paryżu mówiono też o tym, że podejrzany jest entuzjazm laboratoriów wobec „kobiecych dysfunkcji seksualnych”. Jedni podkreślają, że jest to wymysł firm farmaceutycznych, a inni podejmują problem i mówią o wieloletnich zaniedbaniach seksuologów dotyczących dysfunkcji u kobiet.

Niektórzy obawiają się redukcji seksu do funkcji organicznej, jak oddychanie lub trawienie, zapominając o relacjach miłosnych. Ostrzegają przed wizją klinik seksualnych, w których będą leczyć pigułkami, ale pacjenci nie będą już korzystali z rad psychologów i nie będą mieli dostępu do edukacji seksualnej.

Przypominają też, że kobiety bardziej od cudownej pigułki do osiągnięcia rozkoszy potrzebują czasu i troskliwego partnera. Ich dysfunkcje seksualne wynikają w dużej mierze z braku informacji, dobrej relacji z partnerem oraz ze stresu związanego z prowadzeniem domu i karierą zawodową. Z punktu widzenia dbania o jakość zdrowia seksualnego ważne jest, aby w całej tej dyskusji brać pod uwagę obydwie te wątki.

Lęki seksualne Polaków w świetle badań

Diagnozę obaw związanych z aktywnością seksualną przeprowadzono przedkładając badanym listę możliwych przyczyn lęków w relacjach seksualnych. Pytanie to miało charakter projekcyjny. Taka forma postawienia pytania

miała pomóc badanym w zniwelowaniu dyskomfortu, jaki mogliby odczuwać odpowiadając wprost na pytanie o ich własne obawy związane z życiem seksualnym. Z doświadczenia wiemy, iż odpowiedzi na tego typu pytania udzielane są przez pryzmat własnych doświadczeń i obaw. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej obawiają się ciąży (odpowiednio 58% i 67%), a także zakażenia wirusem HIV (odpowiednio 40% i 42%). Zdaniem 32% mężczyzn oraz 27% kobiet, osoby, które współżycją seksualnie mogą obawiać się, że nie sprawdzą się w seksie. Mężczyźni częściej niż kobiety przyznają, że podczas kontaktu seksualnego oceniana będzie przez partnerkę ich sprawność seksualna (32%). Grupa 24% mężczyzn i 27% kobiet wskazuje na obawy związane z możliwością zakażenia się inną niż HIV chorobą przenoszoną drogą płciową. Proporcje odpowiedzi odwracają się, gdy chodzi o obawy niezwiązane z kwestiami fizjologicznymi. Mężczyźni bowiem rzadziej niż kobiety łączą te obawy z poczuciem grzechu (odpowiednio 8% i 13%) czy nieprzyjemnymi wspomnieniami (odpowiednio 10% i 6%) oraz poczuciem winy (9% i 12%).

Tabela 1. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?; zróżnicowanie wg płci, w %, N=3200, grudzień 2005.

	Ogółem N=3200	Kobiety N=1585	Mężczyźni N=1615
Ciąży	62,3	66,6	58,1
Że zakażą się wirusem HIV	41,1	42,0	40,2
Że nie sprawdzą się w seksie	30,0	27,4	32,0
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/partnerkę	27,7	23,1	32,1
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	26,0	26,7	24,4
Oceny ich wyglądu	12,1	14,0	10,3
Poczucia winy	10,4	11,8	9,0
Poczucia grzechu	10,3	12,5	8,1
Nieprzyjemnych wspomnień	8,0	10,0	6,0
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	7,3	6,1	8,4
Brak odpowiedzi	6,7	6,2	7,1

Analizując dane dotyczące obaw w życiu seksualnym w odniesieniu do mężczyzn, można stwierdzić, że obawy związane z ciążą są znacznie częstsze wśród młodszych badanych. Co ciekawe, również młodzi mężczyźni, częściej

niż starsi wskazywali, że ludzie w seksie mogą się obawiać oceny ich wyglądu. Natomiast między starszymi a młodszymi nie było zasadniczych różnic jeśli chodzi o odsetek osób podzielających obawy, że zakażą się HIV.

Można jeszcze zaznaczyć, że najstarsi spośród badanych (40–49 lat) znacznie rzadziej wyrażali przekonanie, że w seksie można obawiać się oceny własnej sprawności przez partnerkę. Ten wyraźnie niższy odsetek wskazywać może nie tyle na to, że osoby te w tym wieku nie cierpią np. na zaburzenia erekcji, lecz na to, że starają się te problemy maskować i racjonalizować albo nie są już tak nastawieni na efekt „epatownia” własną męskością.

Tabela 2. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?; zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1615 mężczyźni, grudzień 2005.

	Ogółem	15–17 lat	18–24 lat	25–29 lat	30–39 lat	40–49 lat
Ciąży	58,1	69,7	69,0	56,9	54,4	49,8
Że zakażą się wirusem HIV	40,2	39,3	39,8	39,1	40,6	41,1
Że nie sprawdzą się w seksie	32,0	36,0	37,2	32,3	29,6	28,4
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/ partnerkę	32,1	30,3	36,7	32,7	33,7	26,4
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	24,4	19,1	19,4	26,2	28,8	25,1
Oceny ich wyglądu	10,3	13,5	15,9	11,7	8,4	5,6
Poczucia winy	9,0	2,2	6,4	9,7	11,1	10,7
Poczucia grzechu	8,1	14,6	4,7	7,3	7,1	11,3
Nieprzyjemnych wspomnień	6,0	3,4	5,7	9,3	6,7	4,7
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	8,4	4,5	10,0	9,3	10,8	4,9

Odpowiedzi kobiet dotyczące obaw w życiu seksualnym są bardziej zróżnicowane w zależności od wieku niż w przypadku mężczyzn. Jeśli chodzi o ciążę, to obawy te częściej wskazywały młode respondentki. Różnica między poszczególnymi podzbiorowościami była znaczna (ponad 10 punktów procentowych). Zróżnicowany, jeśli chodzi o wiek, był też odsetek kobiet podzielających obawy, że zarażą się HIV. Warto też zwrócić uwagę, że obawy związane z oceną własnego wyglądu były mocno zróżnicowane wiekowo.

Tabela 3. Czego ludzie się boją przede wszystkim w relacjach seksualnych?;
 zróżnicowanie wg wieku, w %, N=1585 kobiety, grudzień 2005.

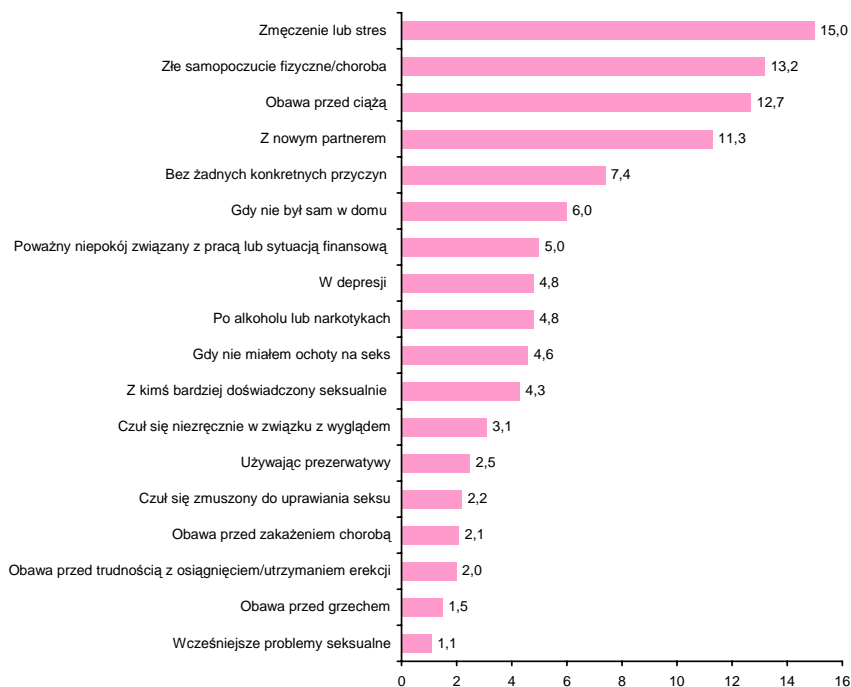
	Ogółem	15-17 lat	18-24 lat	25-29 lat	30-39 lat	40-49 lat
Ciąży	66,6	75,6	76,3	74,3	60,8	57,0
Że zakażą się wirusem HIV	42,0	47,7	47,1	38,2	42,2	38,4
Że nie sprawdzą się w seksie	27,4	31,4	29,7	29,7	28,8	22,1
Oceny ich sprawności seksualnej przez partnera/ partnerkę	23,1	26,7	29,9	22,1	19,3	20,2
Że zakażą się chorobą przenoszoną drogą płciową (weneryczną)	26,7	20,9	31,2	30,1	24,4	23,9
Oceny ich wyglądu	14,0	16,3	19,2	16,1	14,5	7,2
Poczucia winy	11,8	8,1	10,0	12,0	14,2	11,8
Poczucia grzechu	12,5	9,3	11,2	13,3	14,8	11,8
Nieprzyjemnych wspomnień	10,0	10,5	12,2	8,0	8,4	10,1
Że nastąpią problemy w trakcie współżycia	6,1	8,1	8,0	6,4	4,3	5,5

Trudności i niepokoje związane z możliwością odbywania stosunków seksualnych

Wszystkich badanych, którzy inicjowali już seksualnie, pytano o trudności czy dolegliwości, jakie kiedykolwiek napotkali w swoim życiu seksualnym. Zagadnienia te są istotne, gdyż — jak wcześniej już wspomniano — jakość życia seksualnego wpływa znacznie na samopoczucie i ocenę jakości życia jako całości. Co więcej, w przypadku trudności czy problemów w życiu seksualnym, pomoc czy terapia są często znacznie trudniejsze niż w odniesieniu do innych sfer ludzkiego życia. Warto wyjaśnić, że nie tylko ze względu na brak środków czy możliwości pomocy, a z uwagi na opory i zahamowania związane z kulturą i wychowaniem.

Do najczęściej wskazywanych trudności czy niepokojów należały sytuacje, w których respondent był bardzo zmęczony lub zestresowany (15%), czuł się źle fizycznie lub był chory (13%) albo obawiał się ciąży (13%). Co dziesiąty (11%) wspomniał, że miał problemy w życiu seksualnym, gdy był z nowym partnerem. Inne sytuacje czy trudności były wskazywane przez znacznie mniejsze liczby badanych (wykres 4).

Można jeszcze zauważyć, że doświadczenia kobiet i mężczyzn w sferze odczuwanych przez nich kiedykolwiek trudności i obaw w życiu seksualnym były nieco odmienne. W przypadku mężczyzn do najczęściej wymienianych



Wykres 4. Przyczyny trudności i niepokojów związanych z życiem seksualnym, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

zaliczyć należy:

- ✓ ogólne zmęczenie i poczucie stresu (15%),
- ✓ współżycie z nową partnerką (12%),
- ✓ uczucie fizycznej dolegliwości, choroby (11%).

Kobiety wśród najczęstszych trudności i obaw związanych ze współżyciem seksualnym wymieniły:

- ✓ obawę przed zajściem w ciążę (19%),
- ✓ uczucie fizycznej dolegliwości, choroby (16%),
- ✓ ogólne zmęczenie i poczucie stresu (16%).

Z punktu widzenia poradnictwa, w życiu seksualnym ważne są też trudności, których ludzie doświadczali w ostatnim okresie. Ponieważ ta kwestia jest silnie związana z płcią badanych, wyniki badań przedstawiono tylko w podziale na mężczyzn i kobiety.

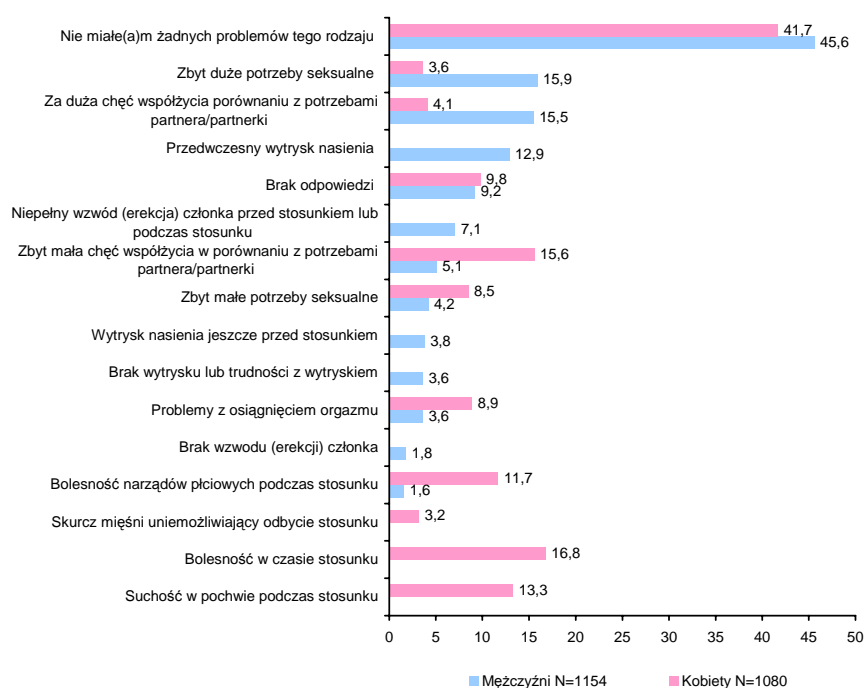
Wśród najczęściej wymienianych problemów związanych z życiem seksualnym, które pojawiły się w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zapytani mężczyźni wymieniali:

- ✓ zbyt duże potrzeby seksualne (16%),
- ✓ za dużą chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/partnerki (16%),
- ✓ przedwczesny wytrysk nasienia (13%).

Natomiast kobiety do najczęstszych problemów zaliczyły:

- ✓ bolesność w czasie stosunku (17%),
- ✓ zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/partnerki (16%),
- ✓ suchość w pochwie podczas stosunku (13%).

Szczegółowe wyniki prezentuje poniższy wykres.



Wykres 5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) któreś z poniżej wymienionych problemów/ trudności, różnicowanie wg płci, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Odczuwanie lęku podczas stosunków seksualnych może wpływać na jakość życia, a czasami powodować zaburzenia erekcji. Z badań wynika, że najczęściej lęków związanych jest z możliwością zajścia w ciążę (72,9%), a następnie — o czym wspominaliśmy wcześniej — z zagrożeniem wirusem HIV (54,4%). Lęki te charakteryzują zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Różnicowania występują na poziomie płci badanych przy trzecim wskazaniu: kobiety

obawiają się także, że zakażą się inną chorobą przenoszoną drogą płciową (28,3%), zaś mężczyźni, że nie sprawdzą się w seksie (30,6%).

Do obaw związanych z faktem, że nie sprawdzą się w seksie statystycznie częściej przyznają się mężczyźni (29%).

W wyniku edukacji dokonanej przez ilustrowane magazyny dla kobiet, uczyniły partnerkę bardziej świadomą swoich praw seksualnych i możliwości realizacji seksualnej. Niejednokrotnie w czasopismach spotykamy się ze sformułowaniami „masz prawo do orgazmu”, „musisz wymagać...”. To powoduje, że niejednokrotnie mężczyźni przeżywają lęk związany z tym, czy spełnią oczekiwania kobiet. Na polskim rynku obserwujemy małą liczbę czasopism, które są przeznaczone dla mężczyzn i podejmowałyby tę tematykę. Natomiast te, które są, mają charakter elitarny. Nie wszyscy mężczyźni także potrafią oddzielić to, co jest realistyczne, od tego, co jest prezentowane w filmach pornograficznych: długość członka, czas trwania stosunku seksualnego czy czas i intensywność.

Ograniczona edukacja seksuologiczna w Polsce powoduje także to, że nie wszyscy posiadają dobrą wiedzę dotyczącą życia seksualnego. W praktyce poradnianej możemy spotkać się czasami z pacjentami, którzy przychodzą i mówią o swoich problemach związanych z zaburzeniami erekcji i jest to dla nich sytuacja trudna, bowiem nie spełniają oczekiwań swoich partnerek. Po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu seksologicznego okazuje się czasami, że partnerka oczekuje wielokrotnych kontaktów seksualnych w ciągu jednej nocy, a mężczyzna przy próbie podejmowania piątego kontaktu seksualnego ma problemy z potencją (poprzednie zakończyły się sukcesem oczywiście). Niejeden mężczyzna mógłby pozazdrościć takiej sprawności seksualnej.

Stereotypowe podejście do problematyki związanej z potencją powoduje, że tego typu zaburzenia przypisywane są grupie mężczyzn w późniejszej fazie życia, dlatego młodszy mężczyźni, u których wystąpiły problemy z zaburzeniami erekcji, ze szczególnie dużym lękiem i wstydlivością traktują tego typu dysfunkcje. Kiedy pojawią się pierwsze symptomy zaburzeń erekcji, czynnikami, które mogą powodować rozwój dysfunkcji to alkohol, zaniechanie aktywności seksualnej, prowadzenie niezdrowego trybu życia. Aktywność seksualna pomaga w zapobieganiu zaburzeniom erekcji. Częste erekcje stymulują członka i działają korzystanie.

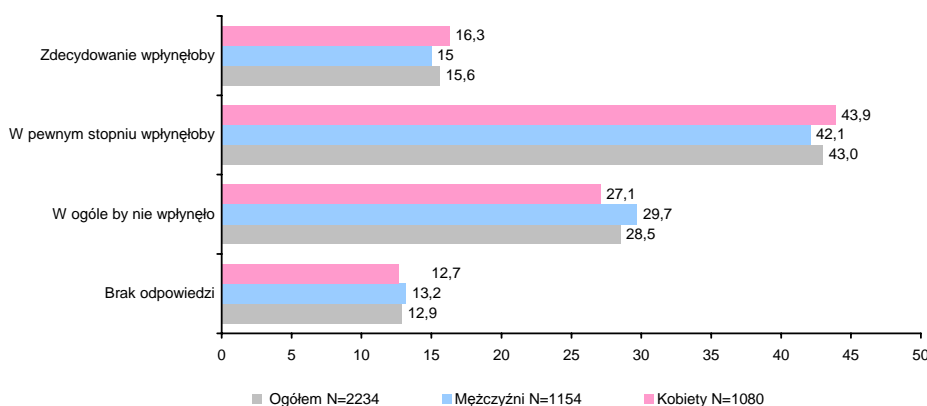
Obniżenie zdolności do uprawiania seksu

Wpływ seksualności na inne sfery ludzkiego życia jest niekwestionowany. Badając kompleksowo życie seksualne Polaków trzeba zwrócić uwagę i na ten element. Jest on tym bardziej ważny, iż frustracje w sferze seksualnej

mogą prowadzić nie tylko do zaburzeń w relacjach z partnerem czy otoczeniem społecznym, ale także mogą być powodem podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

Ponad połowa badanych (59%) była zdania, że obniżenie ich zdolności do uprawiania seksu w różnym stopniu wpłynęłoby na ich relacje z partnerem, przy czym większość uważała, że wpływ ten byłby ograniczony. Takiego zdania było nieznacznie więcej kobiet (60%) niż mężczyzn (57%).

Znacząco mniejsza była liczba badanych (29%), którzy uważali, że obniżenie się ich sprawności seksualnej nie miałyby zasadniczego wpływu na relacje z partnerem/partnerką. O tym, że jest to jednak dla badanych trudna tematyka, świadczyć też może relatywnie duży (13%) odsetek osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.



Wykres 6. Wpływ obniżenia zdolności do uprawiania seksu na związek z partnerem, zróżnicowanie wg płci, w %, N=2234 osoby po inicjacji seksualnej, grudzień 2005.

Ponad połowa (57%) badanych stwierdziła, że zmniejszenie się ich sprawności seksualnej i zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich samoocenę, w tym co piąty badany (19%) był zdania, że wpływ ten byłby silny. W tym przypadku odsetek osób, które uznały, że miałyby to wpływ na ich samoocenę, był wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet, a różnica wynosiła 9 punktów procentowych.

Co czwarty badany przyznał, że taka sytuacja nie miałaby wpływu na jego samoocenę, przy czym deklaracje takie częściej składały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio: 29% i 20%).

Jak wspominałem powyżej, trudności w sferze seksualnej wpływają nie tylko na relacje z partnerem czy samoocenę, ale mogą też zaburzać społeczne funkcjonowanie jednostki. Dlatego badani zostali zapytani, czy obniżenie się

ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich relacje z rodziną. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że trudności w sferze seksualnej w mniejszym stopniu zaburzałyby społeczne funkcjonowanie badanych niż ich relacje z partnerem. W sumie 15% badanych było zdania, że zmniejszenie się ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich kontakty z rodziną, przy czym tylko 2% uznało, że wpływ ten byłby silny. W tej kwestii deklaracje kobiet i mężczyzn były bardzo zbliżone. Zdecydowana większość badanych (66%) uznała, że trudności w sferze seksualnej nie wpłynęłyby na ich kontakty z rodziną.

Nieco większa była zbiorowość badanych, którzy uznali, że obniżenie się ich zdolności do uprawiania seksu miałyby wpływ na ich wyniki w pracy. Takiego zdania było w sumie 21% badanych, przy czym częściej tego zdania byli mężczyźni (różnica między nimi a kobietami wyniosła 7 punktów procentowych). Jednak zdecydowana większość badanych (61%) nie wyobrażała sobie, aby ich trudności w sferze seksualnej miały mieć wpływ na ich wyniki w pracy.

Podsumowanie

W życiu możemy spotkać się jeszcze z wieloma innymi sytuacjami, nie omówionymi w niniejszym opracowaniu, powodującymi lęki związane z naszą realizacją seksualną. Wiązać się one mogą z doznana przemocą seksualną, z doświadczeniami homoseksualnymi, przebywaniem w więzieniu czy zakładach zamkniętych, z abstynencją seksualną wynikającą z choroby własnej lub partnera, z przebyciem choroby nowotworowej (mastektomia), z różnicy wieku między partnerami, ze zdradą itd.

Większość osób, wraz z upływem wieku, odczuwa też coraz dotkliwiej pewne niedomagania i trudności obniżające szansę na satysfakcjonujące życie seksualne. Jest to proces naturalny, który jednak współczesna medycyna i farmacja a także rzetelna edukacja pozwalają w wysokim stopniu opóźnić i pozbawić dramatycznego przebiegu.

Niezależnie od przyczyn niepokojów i rodzaju trudności, wszyscy zasługujemy na pokonanie lęków związanych z seksem i na przeżywanie ogromu radości płynącej z każdego spełnienia. Realizacja seksualna to wspólne przeżycie, a nie sprawdzian znajomości technik seksualnych. Zamieszczane w popularnej prasie informacje mają nam pomóc, a nie powodować frustrację. Pamiętajmy, że para, której związek jest udany, potrafi przezwyciężać większość problemów, rozmawiając o nich. Przede wszystkim zaś cieszymy się, że mimo wszystkich lęków 90% Polaków jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego.

Literatura

- COLE M. (1994), Leczenie zaburzeń erekcji. Psychologiczne podejście do terapii, [w:] A. Gregorie i J.P. Pryora (red.) Impotencja. Wszechstronny poradnik dla lekarzy, Warszawa.
- IZDEBSKI Z. (1992), Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce, Zielona Góra.
- IZDEBSKI Z. (2006), Rzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005, Zielona Góra.
- JACZEWSKI A. (1993), Zagrożenia cywilizacyjne w okresie dojrzewania, [w:] Z. Czaplicki (red.), AIDS – Zagrożenia społeczne. Aspekty medyczne, pedagogiczne, kulturowe, Warszawa.
- KOZAKIEWICZ M. (1999), Problemy wychowania seksualnego (wprowadzenie wychowania seksualnego do szkół w krajach europejskich), [w:] L. Tuross (red.), Pedagogika ogólna i subdyscypliny, Warszawa.
- LEW-STAROWICZ Z. (1999), Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny, Wrocław.
- WIEDERMAN M., WHITLEY B. (2002), Handbook for Conducting Research on Human Sexuality, London.
- WOYNAROWSKA B., MAZUR J., SZYMAŃSKA M.M. (1998), Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wiedza i przekonania o HIV/IDS. Zachowania seksualne, Warszawa.
- WRÓBLEWSKA W. (1998), Nastoletni Polacy wobec seksualności, SGH, Warszawa.