

# Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim

## Selected sexuality features among married women – research results

Wróbel Beata

NZOZ „Dla zdrowia rodziny”, Dąbrowa Górnicza

### Streszczenie

**Cel pracy:** Analiza wybranych cech opisujących seksualność oraz zachowań seksualnych mężatek, oceniających swoje życie seksualne jako udane lub nieudane.

**Materiał i metody:** Zbadano 217 kobiet za pomocą samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza pytań dotyczących życia seksualnego.

Wszystkie badane kobiety pozostawały w związkach małżeńskich. Wyniki poddano statystycznej analizie.

**Wyniki:** Wśród 217 zbadanych mężatek 190 (87,6%) oceniło swoje życie seksualne jako udane, 25 (11,5%) jako nieudane. Dwie kobiety nie prowadziły życia seksualnego i zostały wyłączone z analizy.

#### **Wnioski:**

1. Kobiety pozostające w nieudanych związkach małżeńskich, rzadziej rozmawiają o przyczynach problemu z mężem i częściej posiadają nieujawnione oczekiwania i marzenia seksualne od kobiet pozostających w związkach udanych.
2. Kobiety oceniające swoje życie seksualne jako nieudane mają problemy z akceptacją nagości swojej i męża.
3. Kobiety oceniające swoje życie seksualne jako nieudane, nie akceptują seksu jako przyjemności.
4. Ocena życia seksualnego jako udanego lub nieudanego nie ma wpływu na podejmowanie kontaktów seksualnych w zgodzie i wbrew sobie.
5. Kobiety dające przyzwolenie na podejmowanie współżycia seksualnego w małżeństwie wbrew sobie, zarówno w związkach udanych jak i nieudanych, prawie w połowie przypadków uważają, że mąż ma prawo zgwałcić żonę.
6. Udane życie seksualne w małżeństwie nie jest gwarancją wierności kobiety.
7. Rodzaj stosowanej antykoncepcji nie wpływa na ocenę życia seksualnego jako udanego.

Słowa kluczowe: **kobieta / seksualność / sex / małżeństwo / przemoc /**

#### Adres do korespondencji:

Beata Wróbel  
NZOZ „Dla zdrowia rodziny”  
41-300 Dąbrowa Górnicza, ul. Południowa 43  
e-mail: wrobel\_beata@poczta.fm

Otrzymano: 15.10.2007  
Zaakceptowano do druku: 05.01.2008

Wróbel B.

## Abstract

**Objectives:** Analysis of features describing sexuality and sexual behavior of married women, deeming their sexual life 'successful' or 'unsuccessful'.

**Material and Methods:** 217 women have been interviewed with the help of our original questionnaire about sexual life. All women in question had been married at the time of the interview. The results have been submitted for statistical analysis.

**Results:** Among 217 married women that had been interviewed, 190 (87.6%) described their sexual life as 'successful', while 25 (11.5%) as 'unsuccessful'. Two women were not sexually active and thus have been excluded from the study.

### Conclusions:

1. Women in failed marriages discuss the causes of their problems with their husbands less frequently, and more often have unrevealed sexual expectations and dreams, in comparison to the group of women in successful marriages.
2. Women who deemed their sexual life 'unsuccessful' have problems with accepting nudity, both theirs and their husbands.
3. Women describing their sexual life as 'unsuccessful' do not perceive sex as pleasure.
4. The belief that one has a 'successful' or 'unsuccessful' sexual life does not have influence on the attempts of undertaking sexual contacts, with or without the consent of a woman.
5. Almost a half of married women giving consent for intercourse against their will, both in 'happy' or 'failed' marriages, are of the opinion that a husband has the right to rape his wife.
6. 'Successful' sexual life in a marriage is not a guarantee of woman's faithfulness.
7. The type of contraceptive used does not have an influence on perceiving one's sexual life as 'successful' or 'unsuccessful'.

Key words: **woman's health / sexual behaviour – sexuality / sex / marriage / violence /**

## Wstęp

Seksualność człowieka to: *feelings* – uczucia, *behaviors* – opis jego zachowań jako całości oraz *identities* – rozumiane jako tożsamość psychoseksualna w połączeniu z czynnością seksualną [1]. To szczególna i wyjątkowa w swej złożoności wrodzona cecha ludzkiej fizjologii. Fenotyp seksualny określa się na dwóch poziomach. Pierwszy podstawowy gonadozależny, manifestujący różnice morfologiczne, fizjologiczne i zachowań jednostki oraz poziom wtórny, bezpośrednio związany z podstawowym, będący bazą do indywidualnych różnic w seksualnej różnorodności zachowań.

Człowiek i jego seksualność stały się obiektem zainteresowania badaczy w drugiej połowie XX wieku. Powszechnie znany jest fakt wydania w 1966 r. przez Williama Mastersa i jego współpracowniczkę a późniejszą żonę, Virginie Johnson, książki *Human sexual response*, w której jako pierwsi opublikowali czterofazowy model przebiegu reakcji seksualnej u kobiety i mężczyzny (podniecenie, *plateau* i orgazm oraz ustępowanie podniecenia) [1, 2]. Był to milowy krok zarówno na drodze poznania zachowań seksualnych człowieka, jak i początek zmian w obyczajowości, polegających na otwartości mówienia o nich.

Od tego czasu nastąpił intensywny rozwój badań, wykorzystujący najnowsze techniki diagnostyczne, skutkujący stałym wzrostem wiedzy, ale również zmianą widzenia ludzkiej seksualności szczególnie w odniesieniu do kobiety. Po latach zauważono, że czterofazowy model reakcji seksualnej człowieka według Mastersa i Johnson nie uwzględnia występowania etapu poprzedzającego pojawienie się cech podniecenia seksualnego, które współczesna seksuologia określa fazą pożądania. Wydaje się, że bez pożądania znikome jest dążenie do zaspokajania popędu płciowego, a jak wynika ze współczesnych

obserwacji klinicznych, to właśnie są najczęstsze problemy, z którymi ludzie zwracają się do seksuologa, kwestie dotyczące motywacji seksualnej – małe zainteresowanie partnerem, różnice w pożądaniu między partnerami [2]. Z tego powodu Kaplan w 1995 roku w książce *The sexual desire disorders – Dysfunctional regulation of sexual motivation* wprowadziła do opisu cyklu reakcji seksualnej fazę pożądania i zaproponowała trójfazowy podział: pożądanie, pobudzenie, orgazm [3], a Basson w swoich badaniach wyraźnie podkreśliła znaczenie pojawienia się spontanicznego pożądania seksualnego w prostym modelu reakcji seksualnej [4].

Pomimo kilku braków, do których poza pożądaniem należą: fallocentryczne pojmowanie fizjologii stosunku płciowego, nie biorące pod uwagę seksualności kobiety założenie, że reakcja seksualna rozwija się w wyraźnie liniowym wzroście oraz przesadnie akcentowane znaczenie reakcji genitalnej przy braku roli czynników emocjonalnych i relacji partnerskich, które dla większości kobiet stanowią podstawę kontaktu seksualnego [2], opis reakcji seksualnej Mastersa i Johnson jest niezmiennie od połowy XX wieku szeroko stosowany jako baza do oceny i badań zachowań seksualnych człowieka [3].

Życie seksualne człowieka jest zbiorem zachowań, wynikających z realizowania potrzeby seksualnej, która jest efektem wysoce indywidualnej charakterystycznej dla jednostki seksualności. Potrzeba seksualna realizowana jest w stosunku do obiektu, którym w heteroseksualnym związku małżeńskim są dla siebie kobieta i mężczyzna. Tworzą oni układ wzajemnego oddziaływania w każdej ze sfer swojej seksualności [5].

W badaniach zachowań seksualnych człowieka niewiele jest wiedzy o wzajemnych relacjach kobiety i mężczyzny, ich seksualnych fantazjach i wpływie tych czynników na funkcjonowanie małżeństwa.

Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim.

W roku 2005 grupa badaczy opublikowała wyniki międzynarodowego badania *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (GSSAB) wybranych zachowań seksualnych i wzajemnej relacji psychoemocjonalnej wśród dorosłych w wieku 40-80 lat. Badaniu poddano 13882 kobiet i 13618 mężczyzn z 29 krajów całego świata. Udowodniono, że liczba i częstotliwość występowania problemów seksualnych jest równa u mężczyzn i kobiet. Znaczącą rolę w powstawaniu i rozpowszechnianiu pojedynczych lub złożonych problemów seksualnych ma zdrowie fizyczne, warunki socjalne, stan emocjonalny oraz wzajemny stosunek partnerów do siebie.

Wzajemny stosunek emocjonalny w sferze pozaseksualnej ma podstawowe znaczenie w występowaniu lub braku problemów seksualnych. W związkach, w których partnerzy w zwykłej codzienności troszczą się o siebie i posiadają efektywną komunikację swoich seksualnych potrzeb, występuje relatywnie małe prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń seksualnych [6].

Problemy z komunikacją są najbardziej rozpowszechnionym powodem zgłaszania się par po poradę i przypuszczalnie odgrywają główną rolę w rozwoju i utrzymywaniu się wielu dysfunkcji seksualnych [7].

W dysfunkcyjnym związku wyraźnie widać różnice w seksualności kobiety i mężczyzny.

Seksualność kobiet jest wieloczynnikowa, zakorzeniona w biologii, w aspekcie psychoseksualnym, manifestuje się nie tylko zainteresowaniem mężem/partnerem, ale również pozostaje w stałej łączności z rodziną/dziećmi. Tożsamość seksualna kobiet, funkcjonowanie seksualne i wzajemna partnerska relacja seksualna przekłada się bezpośrednio na pełnię zdrowia seksualnego [8] lub przeciwnie, jest początkiem jego zaburzeń i przyczynia się do pogorszenia jakości zdrowia w ogóle. Seksualność kobiet jest wypadkową wielu czynników codziennego życia, cyklu miesięcznego, wiąże się z modelem funkcjonowania związku, ale również zależy od ukształtowanego historycznie wzorca obyczajowego głęboko zakorzenionego w kulturze [6, 8].

Bozon w swojej pracy *Sexuality, gender, and couple: socio-historical perspective* pokazuje naturę zmian w relacji między małżonkami a ich seksualnością. Na przestrzeni tysięcy i kilku ostatnich dekad, w zależności od zmieniającej się tradycji, przybliżył sposób funkcjonowania małżeństw, miejsca w nich kobiety i jakości jej życia [9].

Ostatnie badania opisują różnorodność czynników, kształtujących seksualność kobiety, co wpływa na zmianę myślenia o niej. Dotyczy to definicji indywidualnej normy seksualnej dla kobiety, ale przede wszystkim jej funkcjonowania w związku małżeńskim, czyli normy partnerskiej [5].

## Cel pracy

W pracy dokonano analizy występowania wybranych cech, opisujących seksualność i niektórych zachowań seksualnych mężatek, oceniających swoje życie seksualne jako udane lub nieudane.

Badano występowanie następujących cech seksualności: oczekiwań seksualnych, będących tajemnicą badanej, obecność marzeń seksualnych, podejmowanie rozmów z mężem o seksie, występowanie snów erotycznych, stosunku do nagości badanej i męża, akceptacji swojego ciała.

Oceniono występowanie następujących zachowań seksualnych: podejmowanie kontaktów seksualnych akceptowanych i wbrew sobie, zgodę na gwałt, wspólną kąpiel, masaż całego ciała, masaż stóp, wzajemne dotykanie się i pieszczenie, dotykanie genitaliów męża oraz ilość pozycji w czasie kontaktu seksualnego, kontaktów pozamałżeńskich oraz stosowania antykoncepcji.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono od marca do listopada 2006. Grupa składała się z 265 kobiet – 185 zgłosiło się na kontrolną wizytę w poradni ginekologicznej, 80 stanowiły studentki wyższej uczelni, które poproszono o anonimowe wypełnienie ankiety. Z grupy 265 kobiet wyłoniono 217 pozostających w heteroseksualnych związkach małżeńskich i te kwestionariusze poddano statystycznej analizie. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza. (Tabela I).

Tabela I. Kwestionariusz pytań dla badanych kobiet, których odpowiedzi zostały poddane statystycznej analizie.

1. Ile Pani ma lat?	20-30 / 31-40 / 41-50 / 51-60 / 61-70
2. Który raz jest Pani zamężna?	1 / 2 / 3 / 4 / więcej
3. Swoje życie seksualne ocenia Pani jako?	udane / nieudane / brak
4. Czy ma Pani oczekiwania seksualne, które pozostają Pani tajemnicą?	tak / nie
5. Czy marzy Pani o zmianie swojego życia seksualnego?	tak / nie
6. Czy rozmawia Pani z mężem na temat swoich oczekiwań seksualnych?	tak / nie
7. Czy zawsze podejmuje Pani kontakt seksualny, bo Pani chce, czy zgadza się Pani bo chce mąż?	tylko kiedy ja chcę zgadzam się na współżycie kiedy nie mam ochoty
8. Czy podejmowanie współżycia seksualnego powinno mieć na celu tylko zajście w ciążę, czy można je podejmować w celu przyjemności, pogłębienia więzi małżeńskiej?	tylko dla zajścia w ciążę dla przyjemności kontaktu seksualnego
9. Czy mąż może zgwałcić żonę?	tak / nie
10. W ilu pozycjach Pani współżyje z mężem?	1-3 / 3-5 / 5-10 / więcej niż 10
11. Czy w czasie gry wstępnej z mężem występuje?	wspólna kąpiel / wzajemny masaż całego ciała / masaż stóp wzajemne dotykanie, pieszczenie, głaskanie całego ciała / nie występuje żadne z powyższych
12. Czy dotyka Pani ręką narządu płciowego męża?	tak / nie
13. Czy ma Pani sny erotyczne?	tak / nie
14. Czy śpi Pani w majtkach?	tak / nie
15. Czy w obecności męża chodzi Pani po domu nago?	tak / nie
16. Czy przeskadza Pani nagość męża?	tak / nie
17. Czy lubi Pani patrzeć na swoje ciało w lustrze?	tak / nie
18. Czy ma lub miała Pani kontakty pozamałżeńskie?	tak / nie
19. Jaki rodzaj antykoncepcji Pani stosuje? (może być kilka odpowiedzi)	metody naturalne / prezerwatywa+dopochwowe / / tabletki antykoncepcyjne / wkładka domaciczna / / stosunek przerywany / inne

Wróbel B.

Zawierał on pytania dotyczące fizjologicznych seksualnych zachowań zdrowych fizycznie i psychicznie kobiet. Test był anonimowy i dobrowolny, do każdego kwestionariusza dołączono zgodę na udział w badaniu.

Badane kobiety poinformowane zostały o celu i sposobie przeprowadzenia badania.

Jako wyjściowe kryterium badania przyjęto ocenę życia seksualnego jako udane lub nieudane. Wszystkim kobietom, oceniającym swoje życie seksualne jako udane lub nieudane postawiono pytania, dotyczące występowania wybranych cech seksualności i wybranych zachowań seksualnych.

Otrzymane wyniki zebrano w arkuszu kalkulacyjnym MS Excel 2000 i poddano analizie przy pomocy testu chi-kwadrat.

## Wyniki

W heteroseksualnym związku małżeńskim pozostawało w chwili przeprowadzania badania 217 kobiet. Dwie z nich nie prowadziły małżeńskiego życia seksualnego. Wyłączono je z analizy statystycznej tego zagadnienia.

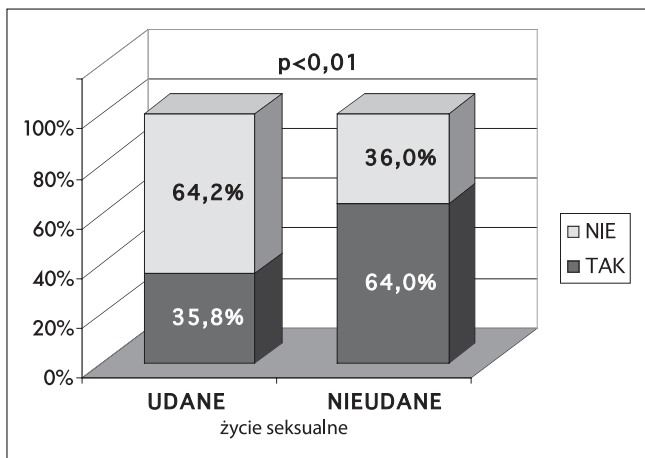
Wiek badanych kobiet wynosił: 118 (54,4%) kobiet w przedziale wiekowym 31-40 lat, 56 kobiet (25,8%) – 41-50 lat, oraz 43 kobiety (19,8%) – 20-30 lat.

Kobiety zamężne pierwszy raz stanowiły 93,6% ankietowanych, kobiety zamężne drugi raz stanowiły 5,5% oraz 0,9% to kobiety zamężne trzeci i kolejny raz.

Dokonano analizy statystycznej zależności pomiędzy wiekiem badanych kobiet a liczbą związków małżeńskich. Zamężnych po raz pierwszy kobiet było: w wieku 20-30 lat – 41 (95,4%), w grupie 31-40 lat – 111 (94,1%), a w grupie 41-50 lat – (91,1%).

Wśród 217 badanych 190 kobiet (87,6%) oceniło swoje życie seksualne jako udane, 25 ankietowanych (11,5%) jako nieudane, a dwie (0,9%) badane nie współżyły seksualnie (wyłączono je z dalszej analizy).

Wszystkim badanym postawiono pytanie o oczekiwania seksualne stanowiące ich tajemnicę. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 39,2% badanych. Dokonano analizy porównawczej oceny życia seksualnego jako udane lub nieudane z występowaniem oczekiwań seksualnych, będących tajemnicą. (Rycina 1).

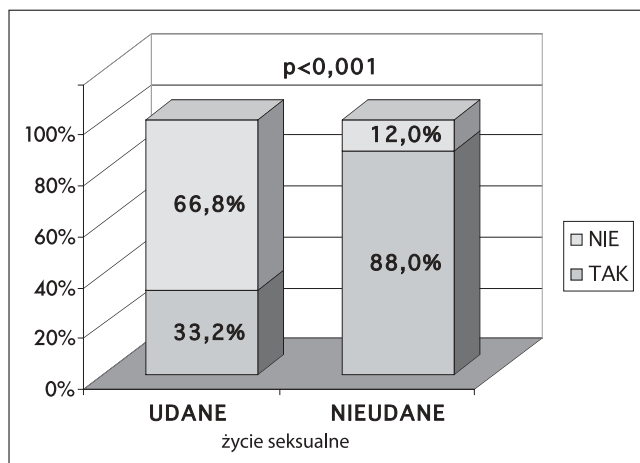


Rycina 1. Relacja między oceną życia seksualnego a oczekiwaniami seksualnymi będącymi tajemnicą badanych.

W grupie badanych kobiet, oceniających swoje życie seksualne jako udane, 35,8% ma oczekiwania wobec swojego życia seksualnego, stanowiące ich tajemnicę. W grupie kobiet, oceniających swoje życie seksualne jako nieudane, 64,0% przyznaje się do posiadania oczekiwań seksualnych, które traktują jako tajemnicę. Wśród kobiet o udanym życiu seksualnym jest statystycznie mniej ( $p < 0,01$ ) tych, które posiadają oczekiwania seksualne będące tajemnicą.

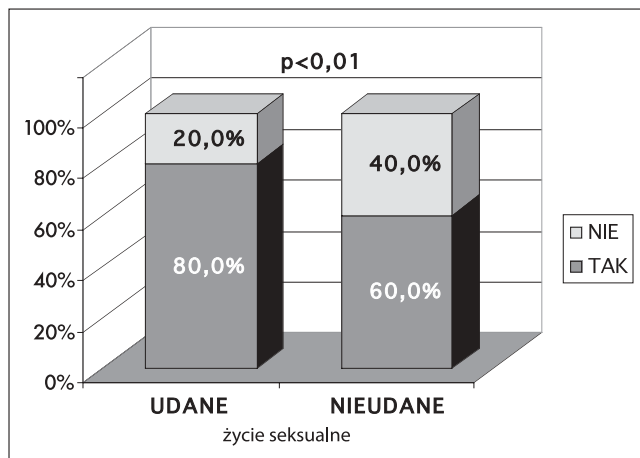
Dalej zapytano badane kobiety, czy marzą o zmianie swojego życia seksualnego? Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 39,6% badanych kobiet.

Zbadano korelację między oceną życia seksualnego badanych kobiet jako udanego i nieudanego a marzeniem o zmianie swojego życia seksualnego. (Rycina 2).



Rycina 2. Relacja między oceną życia seksualnego a marzeniami o jego zmianie.

W grupie kobiet oceniających swoje życie seksualne jako udane, 33,2% marzy o jego zmianie, natomiast w grupie kobiet, które mają nieudane życie seksualne, 88% kobiet marzy o jego zmianie. Znamienne statystycznie częściej ( $p < 0,001$ ) kobiety o nieudanym życiu seksualnym marzą o dokonaniu jego zmiany.



Rycina 3. Relacja między oceną życia seksualnego a rozmową z mężem na temat swoich oczekiwań seksualnych.

Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim.

Kolejno zapytano badane, czy rozmawiają ze swoim mężem na temat oczekiwań seksualnych? Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 76,5% kobiet. Zanalizowano relację między oceną życia seksualnego a rozmową z mężem na temat oczekiwań seksualnych. (Rycina 3).

W grupie oceniającej swoje życie seksualne jako udane 80,0% kobiet rozmawia z mężem o swoich oczekiwaniach seksualnych. W grupie kobiet, oceniających swoje życie seksualne jako nieudane rozmawia 60,0% badanych. Obserwowano znamienne statystycznie ( $p < 0,01$ ) wyższy odsetek kobiet rozmawiających z mężem o oczekiwaniach seksualnych w grupie deklarującej udane życie seksualne.

Dokonano analizy statystycznej zależności oczekiwań seksualnych, marzeń o zmianie życia seksualnego oraz rozmowy z mężem o ich zachowaniach seksualnych jako pary a udanym i nieudanym życiem seksualnym. (Rycina 4).

Kobiety, oceniające swoje życie seksualne jako nieudane, znamienne statystycznie częściej mają oczekiwania seksualne oraz marzenia o zmianie swojego życia seksualnego, natomiast znamienne statystycznie rzadziej rozmawiają na temat swoich oczekiwań seksualnych z mężem.

Kolejnym pytaniem w zakresie badania cech seksualności kobiet było: czy śpią w bieliźnie? Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 38,2% badanych. Zapytano również, czy przeszkadza im nagość męża? Na to pytanie twierdząco odpowiedziało 6,0% kobiet. Zanalizowano zależność między spaniem w bieliźnie a brakiem akceptacji dla nagości męża. (Rycina 5).

Kobiety śpiące w bieliźnie znamienne statystycznie ( $p < 0,05$ ) częściej nie akceptują nagości męża.

Spytano badane, czy chodzą nago po domu w obecności męża? Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 63,1% badanych. Zanalizowano relację między spaniem w majtkach a chodzeniem nago po domu w obecności męża. (Rycina 6).

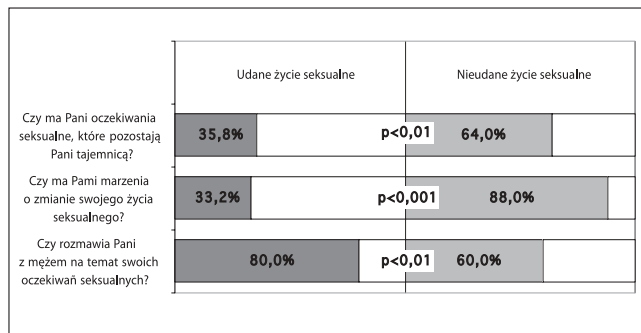
Dokonano zbiorczej analizy występowania niektórych cech seksualności: występowania snów erotycznych, spania w bieliźnie, chodzenia w obecności męża po domu nago, braku akceptacji dla nagości męża i akceptacji dla swojej nagości w udanym i nieudanym życiu seksualnym. (Rycina 7).

Zarówno kobiety o udanym jak i nieudanym życiu seksualnym w podobnym odsetku miały sny erotyczne, spały w bieliźnie i akceptowały swoje ciało (brak różnic znamienne statystycznych). W grupie kobiet oceniających swoje życie seksualne jako nieudane znamienne statystycznie ( $p < 0,05$ ) częściej (16% do 4,7%) przeszkadzała nagość męża, jak również brak akceptacji swojej nagości w obecności męża (40% do 66,3%).

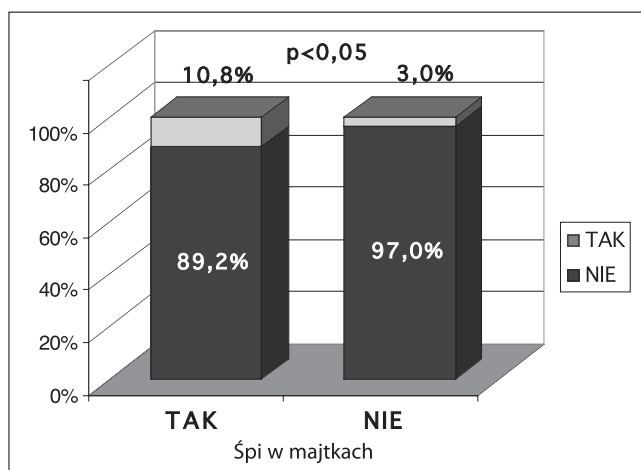
Oprócz wybranych cech seksualności badano również występowanie niektórych zachowań seksualnych. Zanalizowano statystycznie liczbę pozycji we współżyciu, zachowania w czasie gry wstępnej, dotykaniem ręką narządu płciowego męża oraz podejmowanie współżycia dla przyjemności w udanym i nieudanym życiu seksualnym. (Rycina 8.).

W grupie kobiet o nieudanym życiu seksualnym znamienne statystycznie mniejszy odsetek kobiet ( $p < 0,001$ ) korzysta ze wspólnej kąpieli z mężem w czasie gry wstępnej.

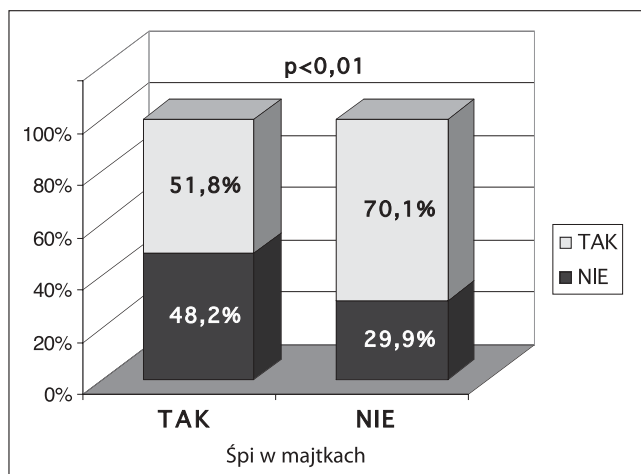
Kobiety w obu podgrupach w podobnym odsetku dotykają narządu płciowego męża. Również kobiety, oceniające swoje życie seksualne jako nieudane znamienne statystycznie częściej ( $p < 0,001$ ) nie akceptują współżycia jako przyjemności (8%).



Rycina 4. Relacja między występowaniem oczekiwań seksualnych będących tajemnicą, marzeń o zmianie swojego życia seksualnego oraz rozmowy z mężem o swoich oczekiwaniach seksualnych a udanym i nieudanym życiem seksualnym w ocenie badanej.

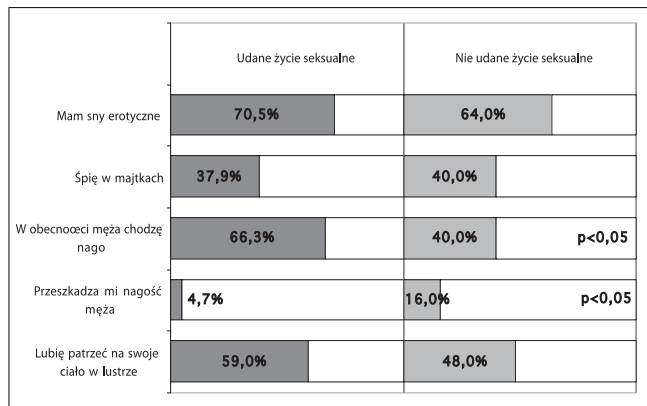


Rycina 5. Relacja między spaniem w bieliźnie a brakiem akceptacji dla nagości męża.

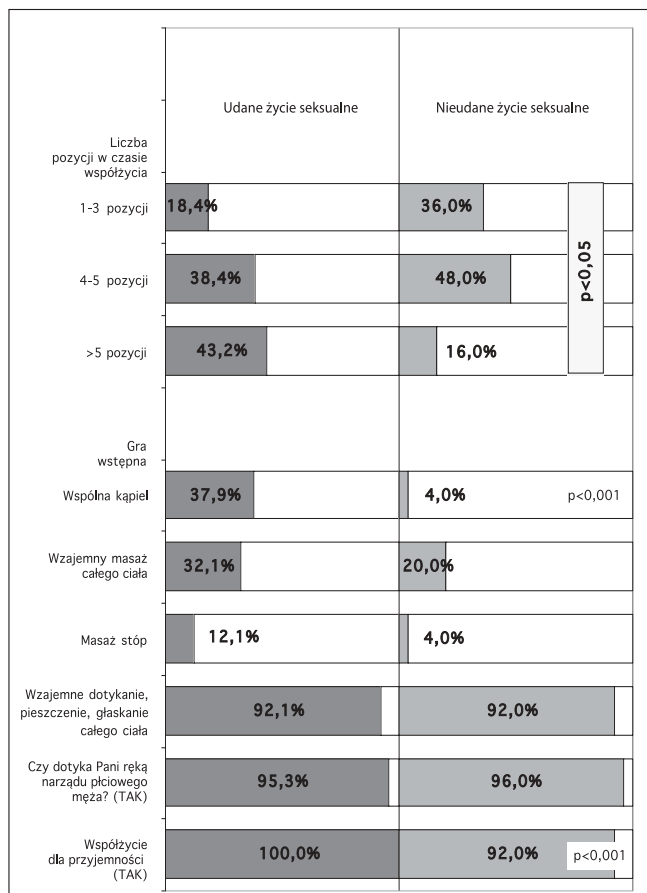


Rycina 6. Relacja między spaniem w majtkach a chodzeniem nago po domu w obecności męża.

Wróbel B.



**Rycina 7.** Relacja między występowaniem: snów erotycznych, spania w majtkach, chodzenia nago w obecności męża, braku akceptacji dla nagości męża i akceptacji dla swojej nagości w udanym i nieudanym życiu seksualnym.



**Rycina 8.** Relacja między występowaniem różnych zachowań seksualnych a oceną życia seksualnego jako udanego lub nieudanego.

Zapytano badane, czy zawsze podejmują kontakt seksualny, bo tego chcą, czy też zgadzają się, bo mąż chce współżycia seksualnego? Tylko 48,8% kobiet odpowiedziało, że współżyją wyłącznie z własnej woli. Zanalizowano statystycznie zależność między udanym i nieudanym życiem seksualnym a podejmowaniem kontaktu seksualnego w zgodzie i wbrew sobie. (Rycina 9).

Ocena życia seksualnego (udane, nieudane) nie ma wpływu na podejmowanie kontaktów seksualnych. Kolejnym elementem analizy były: ocena życia seksualnego jako udanego lub nieudanego, świadoma zgoda na gwałt w małżeństwie oraz występowanie snów erotycznych w kontekście podejmowania kontaktów seksualnych w zgodzie i wbrew sobie. (Rycina 10).

W grupie kobiet zgadzających się na współżycie wbrew sobie 46,9% kobiet uważa, że mąż ma prawo zgwałcić żonę, a w grupie kobiet, uprawiających seks zgodnie z własną wolą takie zdanie ma 38,7% (brak różnicy znamiennej statystycznie).

Odsetek kobiet mających sny erotyczne, był podobny w obu grupach, niezależnie od zgody na kontakt seksualny (brak różnicy znamiennej statystycznie).

Wszystkim badanym zadano pytanie o kontakty pozamałżeńskie. Twierdząco odpowiedziało 20,3% kobiet. Poddano analizie statystycznej zależność między oceną swojego życia seksualnego jako udane lub nieudane a podejmowaniem kontaktów pozamałżeńskich. (Rycina 11).

Kobiety, uważające swoje życie seksualne za nieudane znamienne statystycznie (p<0,01) częściej (40% z nich) miały pozamałżeńskie kontakty seksualne. W grupie kobiet o udanym życiu seksualnym 17,9% przynajmniej się do kontaktów pozamałżeńskich.

W ostatniej fazie badania zadano pytanie o rodzaj stosowanej antykoncepcji. Zaproponowano warianty odpowiedzi. (Rycina 12):

- a – metody naturalne,
- b – prezerwatywa+dopochwowe,
- c – tabletki antykoncepcyjne,
- d – wkładka domaciczna,
- e – stosunek przerywany,
- f –inne.

Najliczniejsza grupa kobiet 30,4% używa środka dopochwowe, tabletki stosuje 29,0%, stosunek przerywany 22,6% a metody naturalne 22,1%. Wkładkę domaciczną ma 18,0% badanych, a 2,3% par stosuje inne niż wymienione środki.

Przeanalizowano statystycznie, który sposób antykoncepcji stosują kobiety o udanym życiu seksualnym. (Rycina 13).

W grupie badanych oceniających swoje życie seksualne jako udane, kobiety stosowały wymienione metody antykoncepcji (a-f opis ryciny 12) w podobnym procencie. Nie wykazano różnic statystycznych. Rodzaj stosowanej przez nie antykoncepcji nie wpływał na ocenę jakości życia seksualnego jako udanego.

## Dyskusja

W prezentowanej analizie około 90% badanych kobiet oceniło swoje małżeńskie życie seksualne jako udane. Dlatego zatem 35,8% z nich ma oczekiwania seksualne, które są ich tajemnicą, a 33,2% marzy o jego zmianie?

Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim.

Odpowiedzi należy szukać być może w obecnie jeszcze prowokujących poglądach, ale bardzo interesujących i znajdujących potwierdzenie w klinice seksuologicznej.

Zgodnie ze stanem dzisiejszej wiedzy zweryfikowaniu uległ prosty czterofazowy schemat reakcji seksualnej, w którym pożądanie seksualne zawsze poprzedza wystąpienie podniecenia. Okazuje się, co jako pierwsza uzasadniła Basson, że podniecenie często występuje przed pożądaniem lub kobieta może doświadczać jednocześnie pożądania i podniecenia, oba te stany są w znacznym stopniu wymienne. Pożądanie nie jest jedynym powodem, dla którego kobieta angażuje się w aktywność seksualną - występuje w tym zakresie duża różnorodność motywów; najistotniejszymi wydają się być intymność i bliskość z partnerem [10].

Badania GSSAB potwierdziły, że psychologia relacji partnerskiej i seksualnej w związku małżeńskim ma większe znaczenie dla satysfakcjonującego życia seksualnego pary niż wiek dla jego pogorszenia, chociaż łączy się on z występowaniem większej ilości zaburzeń seksualnych u mężczyzn niż u kobiet [6].

Wola budowania zdrowej relacji seksualnej związku musi być realizowana za pomocą komunikacji. Partnerzy muszą uczyć się rozmawiać ze sobą w ciągu całego procesu budowania relacji małżeńskiej i seksualnej. Z prezentowanych badań wynika, że 23,5% kobiet nie rozmawia ze swoim mężem na temat życia seksualnego.

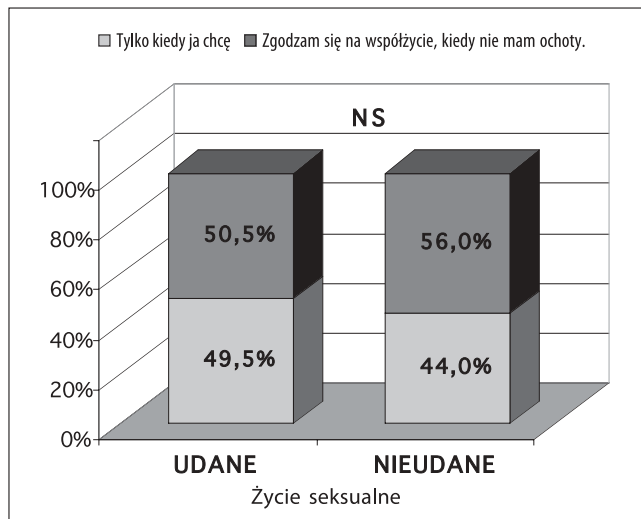
Badania potwierdzają, że kobiety wykształcone i zadowolone ze swojej relacji partnerskiej łatwiej i pełniej osiągają pożądanie [11]. Pary z anorgazmiczną kobietą manifestują większą ilość problemów z komunikacją w zakresie seksualności i realizacji potrzeby seksualnej niż grupa kontrolna. Szczególnie anorgazmiczna kobieta i jej partner mają duże problemy w dyskusowaniu na temat aktywności seksualnej, związanej wprost ze stymulacją łechtaczki w odniesieniu do grupy kontrolnej. Etiologia i leczenie tej różnicy nie są znane [7].

Brak perspektyw lub mała nadzieja na przyszłość związku jest prawdopodobnie przyczyną braku możliwości osiągnięcia orgazmu przez kobiety w takich związkach [6].

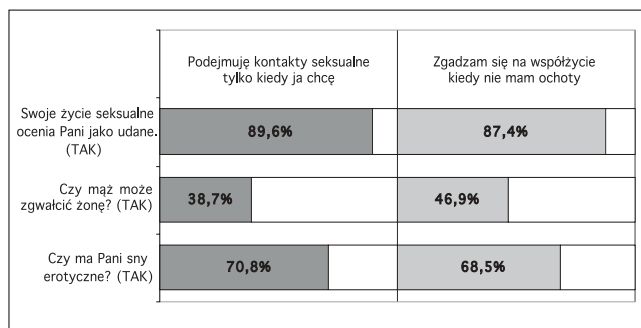
Powszechnie wiadomo i potwierdzają to wyniki badań, że wiek partnerów seksualnych ma ogromny wpływ na pogorszenie jakości ich życia seksualnego, jednak należy podkreślić, że aspekt psychologiczny relacji w związku stanowi podstawową rolę w przezwycięzeniu dysfunkcji i problemów zdrowia seksualnego, wynikających z wieku.

Niezależnie od długości trwania związku i wzajemnej relacji partnerów jego jakość powinna być wzmocniana przez emocjonalną bliskość, niezależność, ale też niezbyt duży dystans, umiejętność pokonywania codziennego stresu i przede wszystkim pozytywne widzenie siebie i relacji personalnych w związku. Najistotniejsze z psychologicznego punktu widzenia jest zwrócenie uwagi na składowe pożądania: energii seksualnej, zaufania, wartości i motywacji do podejmowania czynności seksualnych [12].

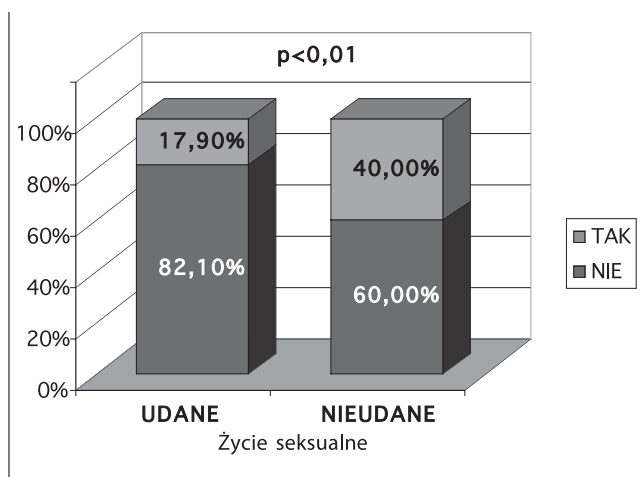
Najważniejszym pytaniem, na które nauka poszukuje odpowiedzi jest: jak zmiany fizjologiczne w zachowaniu seksualnym wpływają na pożądanie i zachowanie równowagi w związku? [13]. Jak relacja płci każdego dnia modeluje zachowania seksualne kobiet i mężczyzn? Jakie parametry są zmienne, a jakie stałe w interakcji dwojga w związku?



Rycina 9. Relacja między oceną życia seksualnego jako udane i nieudane a podejmowaniem współżycia w zgodzie i wbrew sobie.

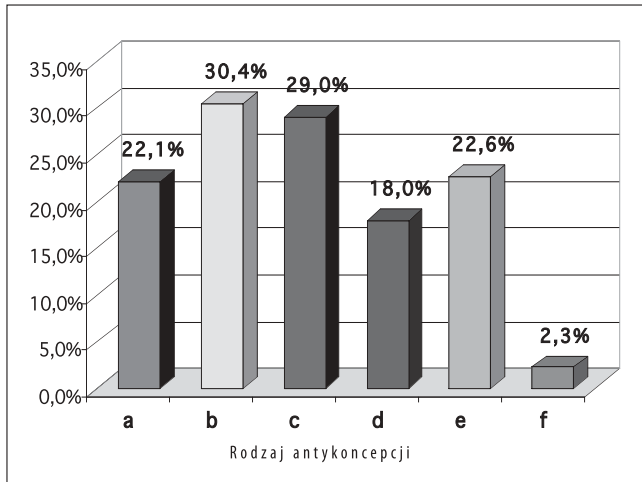


Rycina 10. Relacja między oceną życia seksualnego jako udane, świadomą zgodą na gwałt w małżeństwie, występowaniem snów erotycznych a współżyciem seksualnym podejmowanym w zgodzie i wbrew sobie.

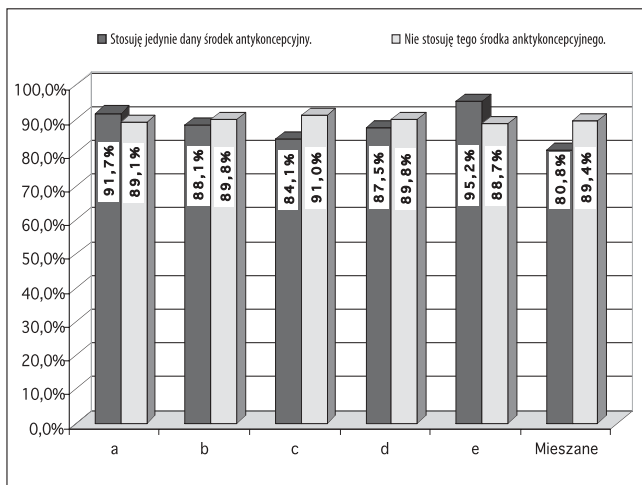


Rycina 11. Relacja między oceną swojego życia seksualnego jako udane lub nieudane a podejmowaniem kontaktów pozamałżeńskich.

Wróbel B.



Rycina 12. Rodzaj antykoncepcji stosowanej przez wszystkie badane kobiety.



Rycina 13. Odsetek kobiet oceniających swoje życie seksualne jako udane z uwzględnieniem rodzaju stosowanej antykoncepcji.

To zagadnienie jest nadal niezbadane i obecne w rozważaniach nad seksualnością człowieka. Podkreślić należy, że nie znamy charakterystycznych cech, opisujących prawidłowy rozwój aktywności seksualnej w czasie trwania związku [9].

Jednym z parametrów seksualności kobiety w prezentowanym badaniu była nagość. Zbadałam nastawienie mężatek do swojej nagości (spanie w majtkach, chodzenie nago po domu, patrzenie na swoją nagość w lustrze) oraz do nagości męża. Nagość jest jednym z elementów seksualnego behavioru, otwartości i zaufania w związku. Wyniki badań Trudla wykazują, że kobiety czerpią więcej pozytywnych doświadczeń ze swojego małżeńskiego seksualnego zachowania, podczas gdy mężczyźni mają większe nastawienie do małżeństwa jako do instytucji. *Cognitive variables* (postawa wobec seksu, nastawienie i fantazje seksualne) odgrywają dużą rolę w życiu seksualnym, ale mają mniejsze znaczenie w życiu małżeńskim [14].

Poszczególne cechy, opisujące seksualność kobiety rysują swój pełny obraz w spotkaniu seksualnym pary. Realizują się one w formie myśli, wyobrażeń, marzeń i zachowań seksualnych w powstawaniu odczuwania pożądania, podniecenia i dalszej odpowiedzi seksualnej organizmu. Współczesne badania nad aktywnością mózgu otwierają drogę do poznania naukowych podstaw seksualności i wielowymiarowego jej funkcjonowania.

Maravilla w małym pilotażowym badaniu czterech kobiet z zespołem zaburzeń podniecenia (*female sexual arousal disorder – FSAD0*) pokazał, stosując technologię fMRI (funkcjonalny rezonans magnetyczny), obszary zmniejszonej aktywności mózgu, w skład których wchodzi jądro migdałowe. Ta technologia stworzy być może nowe możliwości badawcze oraz pozwoli na monitorowanie efektów leczenia [15].

Życie seksualne pary, manifestujące się podejmowaniem zachowań, które powodują wywołanie reakcji seksualnej i odbycie satysfakcjonującego kontaktu seksualnego zawiera wiele składowych: gra wstępna, pozycje we współżyciu, bezpośrednia stymulacja sfer erogennych. Zachowania te służą wywołaniu lub utrzymaniu pożądania i wzbudzeniu podniecenia. Termin „podniecenie seksualne” odnośnie do zachowań seksualnych człowieka pociąga za sobą więcej niż tylko genitalną odpowiedź u mężczyzny. U obu płci termin ten opisuje zespół zmian fizjologicznych i uczuciowych, towarzyszących seksualnej przyjemności i prawdopodobnie orgazmowi [16].

W prezentowanym badaniu u par, w których kobieta ocenia swoje życie seksualne jako nieudane, gra wstępna stanowi znikomy procent zachowań seksualnych, a w więcej niż 5 pozycjach seksualnych współżyje 16,0%.

Wiek i brak relacji partnerskiej utrudnia lub uniemożliwia osiągnięcie pożądania [11].

Badania prowadzone były na grupie młodych kobiet, dlatego możemy wyłączyć z analizy czynnik wieku jako przyczynę nieprawidłowego przebiegu fazy pożądania, której częścią jest gra wstępna.

Schenk i wsp. w swoim badaniu szukali odpowiedzi na pytanie, co jest ważniejsze w małżeństwie w osiągnięciu satysfakcji seksualnej: cechy osobowości czy wzajemna relacja między małżonkami? Udowodnili oni, że tylko interakcja zmiennych była satysfakcjonująca dla związku. Satysfakcjonująca relacja seksualna może istnieć tylko w szczęśliwym małżeństwie [17]. Trudności życia, wczesne doświadczenia seksualne, problemy natury emocjonalnej i umysłowej mają dużo większe znaczenie jako czynniki prognostyczne dla jakości życia seksualnego w miarę upływu lat, aniżeli sam w sobie proces starzenia.

Postrzeganie przez człowieka cech pierwszych związków i wczesnej seksualności wpływa na pozostałe czynniki w życiu. Z badań na zachowaniach seksualnymi polskiej młodzieży wynika, że wśród młodzieży w wieku 18 lat, kończącej edukację szkolną, co drugi chłopiec i co druga dziewczyna odbyli inicjację seksualną, która często jako negatywne wczesne doświadczenie w zaspokajaniu potrzeb seksualnych [18] rzutuje na powstanie dysfunkcji seksualnych i budowanie patologicznej tożsamości płciowej.

W ocenie jakości związku muszą być brane pod uwagę i badane takie zewnętrzne czynniki jak: praca i zawód, motywacja do podejmowania zadań, poczucie tożsamości płciowej i seksualnej, prawidłowa samoocena, szacunek dla własnej



## Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim.

osoby we wszystkich obszarach życia [13,19]. Podkreślić również należy, że doświadczenia seksualne kobiet w wieku średnim (>40 lat) odbierane są przez nie jako wartościowsze od doświadczeń z młodości [20].

Jak pokazują badania, kobiety po menopauzie z /bez *hypoactive sexual desire disorder* (HSDD) jako przyczynę powstawania pożądania seksualnego wskazują jego związek z miłością i uczuciem, w przeciwieństwie do kobiet przed menopauzą [21]. Największy wpływ na funkcję seksualną kobiety mają: utrata lub wzrost zainteresowania seksualnego, stan uczuć do partnera i poziom estradiolu [22]. Spadek aktywności seksualnej z wiekiem może być interpretowany jako biologiczny fenomen części procesu starzenia się organizmu, seksualnej dysfunkcji lub może być rezultatem adaptacji do zmieniających się warunków życia [23]. Poznanie znaczenia różnych czynników, wpływających na kobiecą seksualność wymaga badań z psychosocjalnej perspektywy kobiety [24].

Życie seksualne pary małżeńskiej jest obiektem zainteresowania nie tylko specjalistów w różnych dziedzinach medycyny, ale również prawa. Na Światowej Konferencji ONZ w Wiedniu w 1993 r. po raz pierwszy stwierdzono, że przemoc wobec kobiet stanowi naruszenie praw człowieka.

Gwałt z prawnego punktu widzenia oznacza kontakt seksualny wbrew woli drugiej osoby. Dotyczy to również relacji między małżonkami [5].

Przysięga małżeńska nie nakłada na kobietę obowiązku współżycia seksualnego wbrew sobie.

Jak wynika z moich badań ocena życia seksualnego przez kobiety jako udanego lub nieudanego nie wpływa na podejmowanie współżycia wbrew lub w zgodzie z sobą, a jednak z jakiegoś powodu 87,4% kobiet o udanym życiu seksualnym podejmuje kontakty wbrew sobie.

Seksualność kobiet jest ważną częścią zdrowia, jakości życia i ogólnego dobrego samopoczucia. Z badań Nusbauma i wsp. wynika, że troska i dbałość o zdrowie seksualne kobiety powinny być składową częścią opieki ginekologicznej [25].

## Wnioski

1. Kobiety pozostające w związkach małżeńskich, oceniające życie seksualne jako nieudane, nie rozmawiając o przyczynach takiego stanu z mężem, posiadają nieujawnione oczekiwania seksualne oraz marzenia o zmianie swojego życia seksualnego częściej niż kobiety o udanym życiu seksualnym.
2. Kobiety oceniające swoje życie seksualne jako nieudane mają problemy z akceptacją nagości swojej i męża.
3. Kobiety oceniające swoje życie seksualne jako nieudane, nie akceptują seksu jako przyjemności.
4. Ocena życia seksualnego jako udanego lub nieudanego nie ma wpływu na podejmowanie kontaktów seksualnych w zgodzie i wbrew sobie.
5. Kobiety dające przyzwolenie na podejmowanie współżycia seksualnego w małżeństwie wbrew sobie, w połowie przypadków uważają, że mąż ma prawo zgwałcić żonę.
6. Udanie życie seksualne w małżeństwie nie jest gwarancją wierności kobiety.
7. Rodzaj stosowanej antykoncepcji nie wpływa na ocenę życia seksualnego jako udanego.

## Piśmiennictwo

1. Le Vay S, Valente S. Perspectives on sexuality. Human Sexuality. Editopn II. Ed. Donini G. Sunderland, Massachusetts, U.S.A. *Sinauer Associates, Inc.* 2006, 5-51.
2. Leiblum S. Nowe spojrzenie na seksualność kobiety. *Ginekol Dypl.* 2002, 1, 55-60.
3. Ohl E. Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective. *Urol Nurs.* 2007, 27, 57-63. <http://www.medscape.com/viewarticle/555706>
4. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther.* 2001, 27, 33-43.
5. Starowicz Z. Miłość i seks. Słownik Encyklopedyczny. Wrocław: *Wydawnictwo Europa.* 1999, 112-230.
6. Laumann E, Nicolosi A, Glasser D, [et al.]. Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the global study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005, 17, 39-57.
7. Kelly M, Strassberg D, Turner C. Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *J Sex Marital Ther.* 2004, 30, 263-276.
8. Graziottin A. The challenge of sexual medicine for women: overcoming cultural and educational limits and gender biases. *J Endocrinol Invest.* 2003, 26, 139-142.
9. Bozon M. Sexuality, gender, and the couple: a sociohistorical perspective. *Ann Rev Sex Res.* 2001, 12, 1-32.
10. Basson R, Leiblum S, Brotto L, [et al.]. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2003, 24, 221-229.
11. Gonzales M, Viafara G, Caba F, [et al.]. Libido and orgasm in middle-aged women. *Maturitas.* 2006, 53, 1-10.
12. Kingsberg S. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav.* 2002, 31, 431-437.
13. Kingsberg S. The psychological impact of aging on sexuality and relationships. *J Womens Health Gen Based Med.* 2000, 9, Suppl. 1, 33-38.
14. Trudel G. Sexuality and marital life: results of a survey. *J Sex Marital Ther.* 2002, 28, 229-249.
15. Maravilla K. Neuroimaging and women's sexual function. *Proceedings of International Society for the Study of Womens Sexual Health 2006 Annual Meeting, March 9-12, 2006, Lisbon, Portugal*, pp 40-43.
16. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol.* 2005, 186, 411-427.
17. Schenk J, Pfrang H, Rausche A. Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Arch Sex Behav.* 1983, 12, 31-42.
18. Woynarowska B, Małkowska A, Tabak I. Zachowania seksualne młodzieży w wieku 16 i 18 lat w Polsce w 2005r. *Ginekol Pol.* 2006, 77, 667-677.
19. Hartmann U, Phillipsohn S, Heiser K, [et al.]. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause.* 2004, 11, 726-740.
20. Hurd Clarke L. Older women and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Can J Aging.* 2006, 25, 129-140.
21. McCall K, Meston C. Differences between pre- and postmenopausal women in cues for sexual desire. *J Sex Med.* 2007, 4, 364-371.
22. Dennerstein L, Leher P, Burger H, [et al.]. Sexuality. *Am J Med.* 2005, 118, Suppl 123, 59-63.
23. Howard J, O'Neill S, Travers C. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric.* 2006, 9, 355-367.
24. Mansfield P, Koch P, Voda A. Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care Women Int.* 2000, 21, 543-559.
25. Nusbaum M, Gamble G, Skinner B, [et al.]. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract.* 2000, 49, 229-232.