

Psychospołeczne wyznaczniki komunikacji seksualnej: przegląd badań

Psychosocial factors related to sexual communication:
 a systematic review

Magdalena Liberacka-Dwojak, Paweł Izdebski

Wydział Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Streszczenie

Otwarta komunikacja dotycząca seksualności w związku jest jednym z głównych komponentów bliskich relacji partnerskich. Stanowi podstawowy czynnik zapewniający utrzymanie zdrowia seksualnego, satysfakcji seksualnych oraz jest kluczowym elementem umożliwiającym osiągnięcie seksualnych celów oraz zaspokojenia potrzeb. Celem niniejszej pracy jest przegląd badań określających czynniki psychospołeczne mających związek z komunikacją seksualną.

Przeprowadzono przegląd badań i uwzględniono 22 badania ilościowe oraz jakościowe opisujące wyniki badań spełniających kryteria włączenia. Przeszukano elektroniczne bazy danych: GoogleScholar, PsycArticles, Academic Research Source eJournals, Healthsource – Consumer Edition oraz Medline.

Komunikacja seksualna była związana z takimi czynnikami, jak: style przywiązania, samoocena, osobowość, świadomość ryzyka oraz własnej seksualności, lęk społeczny, poczucie własnej skuteczności, samoakceptacja, poczucie zagrożenia wobec siebie, partnera czy związku, asertywność w zachowaniach seksualnych, doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, stereotypy, normy kulturowe, komunikacja rodzicielska na tematy seksualne, a także odwaga, poczucie komfortu czy umiejętności komunikacyjne.

Na podstawie przedstawionego przeglądu badań podkreśla udział czynników intra- oraz interpersonalnych, a także kompetencji komunikacyjnych w komunikacji seksualnej. Podkreślone zostało znaczenie komunikacji w różnych sferach: partnerskiej, rodzicielskiej, profesjonalnej. Wyniki omówiono w perspektywach indywidualnej oraz relacyjnej.

Słowa kluczowe: komunikacja seksualna, przegląd badań, psychospołeczne wyznaczniki

Seksuologia Polska 2021; 19: 1–12

Abstract

Open sexual communication in the relationship is one of the main components of close partnership, as well as a key factor in maintaining sexual health, sexual satisfaction, but also a key element in achieving sexual goals and meeting the needs. The purpose of this paper is to review researches that determine psychosocial factors related to sexual communication.

A systematic review was conducted using GoogleScholar, PsycArticles, Academic Research Source eJournals, Healthsource – Consumer Edition and Medline. 22 quantitative and qualitative studies meeting the inclusion criteria were included.

Sexual communication was associated with: attachment, self-esteem, personality factors, awareness of risk and one's sexuality, social anxiety, self-efficacy, self-acceptance, perceived threats to oneself, partner or relationship, assertiveness in sexual behavior, experience of use in childhood, stereotypes, cultural norms, parental communication about sexual topics, courage, a sense of comfort or broadly understood communication skills.

Adres do korespondencji: Magdalena Liberacka-Dwojak
 Wydział Psychologii Uniwersytetu im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
 ul. Leopolda Staffa 1, 85–867 Bydgoszcz, e-mail: mldwojak@ukw.edu.pl

Nadesłano: 2.09.2020

Przyjęto do druku: 3.03.2021

The systematic review indicates the contribution of intra- and interpersonal factors, as well as communication competences in sexual communication. The importance of communication at various levels was emphasized: partnership, parental, communication with professionals. The results were discussed in an individual and relational perspective.

Key words: sexual communication, systematic review, psychosocial factors

Seksuologia Polska 2021; 19: 2–12

Wstęp

Otwarta komunikacja dotycząca seksualności w związku jest jednym z głównych komponentów bliskich relacji partnerskich, jak również podstawowym czynnikiem zapewniającym utrzymanie zdrowia seksualnego, satysfakcji seksualnej oraz kluczowym elementem umożliwiającym osiągnięcie seksualnych celów i zaspokojenia potrzeb [1–3]. Ten pogląd potwierdzają także MacNeil i Byers [4], którzy uważają ją za fundament rozwoju oraz utrzymania satysfakcjonującej relacji seksualnej. Dzielą oni komunikację na dwa rodzaje: ekspresyjną (*expressive pathway*) oraz instrumentalną (*instrumental pathway*). Pierwszy z nich dotyczy poczucia intymności i bliskości z partnerem, które mogą zostać osiągnięte dzięki przekazywaniu intymnych oraz emocjonalnych informacji związanych z aktywnością seksualną. Instrumentalna ścieżka polega na rozmowach o własnych preferencjach oraz potrzebach, co przekłada się na zwiększenie własnej satysfakcji. Może ona dotyczyć informowania i negocjacji zachowań seksualnych, takich jak uwodzenie, stosunek płciowy, masturbacja czy inne formy przynoszące zaspokojenie [5, 6]. Badacze podkreślają, że otwarta komunikacja na tematy seksualne niesie za sobą wiele korzyści, jednak może być również źródłem poczucia dyskomfortu czy lęku przed odrzuceniem [4, 7].

Zgodnie z wynikami badań otwarta komunikacja seksualna pełni również rolę profilaktyczną, stanowiąc czynnik chroniący przed zakażeniem infekcjami przenoszonymi drogą płciową [8]. Dotyczy to przede wszystkim stosowania prezerwatyw i informowania o własnej historii seksualnej [9–12]. Ryzyko zakażenia może wynikać z ograniczonej wiedzy wynikającej z braku edukacji seksualnej, presji odczuwanej ze strony rówieśników, niskiego statusu socjoekonomicznego, czynników osobowościowych oraz braku komunikacji pomiędzy partnerami seksualnymi [11–13].

Komunikacja seksualna jest istotnie związana z odczuwaniem satysfakcji seksualnej oraz satysfakcji ze związku [3, 14], co zapewnia negocjacja własnych preferencji, potrzeb czy emocji [14–16]. Mallory, Stanton i Handy [17] w przeprowadzonej przez siebie metaanalizie wykazali, że komunikacja seksualna jest pozytywnie skorelowana z odczuwaniem pobudzenia seksualnego, lubrykacją, orgazmem, utrzymaniem

wzwodu, rzadziej odczuwanym bólem oraz ogólną satysfakcją seksualną. W latach 90. XX wieku zaproponowano podejście, w którym do terapii małżeńskiej włączono terapię seksualną. Uważano, że otwartość względem potrzeb seksualnych wymaga szczególnej intymności między partnerami oraz podejmowania ryzyka interpersonalnego, co może przełożyć się na poprawę relacji w holistyczny sposób [18]. Efektywność stosowania tej metody została potwierdzona w dalszych badaniach badających wpływ uwzględnienia seksualności w terapii małżeńskiej [19, 20].

Komunikacja seksualna w związku różni się istotnie od komunikacji na tematy niezwiązane z seksualnością. Wyniki badań potwierdzają, że rozmowy na temat seksualności odczuwane są jako bardziej zagrażające i towarzyszy im większe natężenie lęku [21–23]. Potrzeby seksualne zmieniają się w ciągu lat, na co wpływ mają zmiany życiowe, biologiczne czy relacyjne. Wymaga to częstej renegocjacji własnej seksualności, preferencji, poszukiwania zmian, co może być źródłem lęku i niezgodności między partnerami [22, 24, 25]. Rehman, Lizdek, Fallis, Sutherland i Goodnight [22] przeprowadzili badanie wśród 15 par, których zadaniem było poprowadzenie rozmowy z partnerem na wcześniej zadany temat, dotyczący problemu seksualnego i nieseksualnego. Wykazano, że podczas rozmów na tematy seksualne natężenie lęku było istotnie wyższe. Wiązało się to również z większą intymnością oraz słabszą potrzebą dominacji niż podczas rozmów na tematy nieseksualne.

Celem przeglądu badań jest podsumowanie czynników psychospołecznych mających związek z komunikacją seksualną. Szczegółowe cele niniejszego przeglądu dotyczą: 1) wykazania jakie czynniki psychologiczne i społeczne mają związek z otwartą komunikacją seksualną, 2) dokonania syntezy wyszczególnionych czynników, 3) wskazania na aktualne luki w literaturze.

Przegląd badań

Badania zidentyfikowano, przeszukując elektroniczne bazy danych: *Google Scholar*, *PsycArticles*, *Academic Research Source eJournals*, *Healthsource Consumer Edition* oraz *Medline*. Przeszukiwanie baz

trwało od października do grudnia 2019 roku. Użyto następujących terminów do wyszukania tytułów: „komunikacja seksualna” lub „bariery komunikacyjne” lub „trudności komunikacyjne” oraz „zachowania seksualne” lub „aktywność seksualna”. Kryteria włączenia zakładały: a) badania ilościowe oraz jakościowe, b) badania w językach polskim, angielskim oraz niemieckim, c) populację osób aktywnych seksualnie, d) uwzględnienie czynników psychospołecznych. Nie zastosowano żadnych ograniczeń względem dat publikacji artykułów.

W przeglądzie zostały uwzględnione 22 badania, 17 badań ilościowych oraz 5 badań jakościowych. Przeszukanie baz pozwoliło na wyszukanie łącznie 2301 pozycji. Po sprawdzeniu tytułów i abstraktów oraz ewaluacji pełnych tekstów pod kątem kwalifikowalności pozostawiono 65 tekstów, z czego 22 zostało szczegółowo opisanych. Wszystkie badania spełniały kryteria włączenia. W tabeli 1 przedstawiono podsumowanie uzyskanych informacji.

Grupy w opisanych badaniach liczyły 13–12161 uczestników. Najczęściej były one prowadzone wśród adolescentów i młodych dorosłych. Niektóre z prac dotyczących komunikacji rodzicielskiej zakładały udział diady rodzic–adolescent [31, 32]. Trzy z badań zakładały mediacyjną rolę komunikacji seksualnej. Opisywały one związki pomiędzy: stylami przywiązania i satysfakcją seksualną [16, 26] oraz poczuciem własnej skuteczności i utrzymaniem zdrowia seksualnego [35].

Przegląd badań został przeprowadzony w celu określenia psychospołecznych wyznaczników komunikacji seksualnej, dokonania ich syntezy oraz analizy. Wyniki 22 badań potwierdzają, że różnorodne czynniki mają związek z prawidłową i otwartą komunikacją: style przywiązania, samoocena, osobowościowe wyznaczniki, świadomość ryzyka oraz własnej seksualności, lęk społeczny, poczucie własnej skuteczności, samoakceptacja, odczuwane zagrożenia względem siebie, partnera czy związku, asertywność w zachowaniach seksualnych, doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, stereotypy, normy kulturowe, komunikacja rodzicielska na tematy seksualne, a także odwaga, poczucie komfortu czy szeroko pojęte umiejętności komunikacyjne. Wyniki zostały podzielone na trzy grupy: czynniki intrapersonalne, czynniki interpersonalne oraz kompetencje komunikacyjne.

Czynniki intrapersonalne

Jedenaście z uwzględnionych badań podejmuje tematykę czynników intrapersonalnych. Podsumowując, otwarta komunikacja seksualna ma związek z: bezpiecznym stylem przywiązania, wyższą samooceną

globalną, świadomością własnej seksualności oraz ryzyka, jakie niesie za sobą aktywność seksualna, poczuciem własnej skuteczności i kontrolą, doświadczeniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, a także samoakceptacją [16, 26, 27, 28, 34, 35–40]. Dodatkowo, odczuwanie zagrożenia względem siebie, partnera czy związku, wyższy poziom lęku społecznego czy lęku przed oceną, poszukiwania doznań seksualnych oraz impulsywne podejmowanie decyzji ma związek z rzadszymi rozmowami na tematy seksualne [1, 7, 25, 33].

Czynniki interpersonalne

Osiem badań w przeglądzie dotyczy czynników interpersonalnych. Otwarta komunikacja seksualna ma zatem związek przede wszystkim z otwartą i pozytywną komunikacją rodzicielską na tematy seksualne [28–31]. Ponadto, silne stereotypy i normy panujące w danym społeczeństwie mają związek z niższą zdolnością do komunikowania się [41, 42, 44].

Kompetencje komunikacyjne

Cztery z przedstawionych badań wskazują na fakt, że asertywność, odwaga, poczucie komfortu, a także szeroko pojęte kompetencje komunikacyjne mają związek z otwartą komunikacją seksualną [38, 39, 42, 43].

Dyskusja

Otwarta i pozytywna komunikacja seksualna jest sposobem budowania więzi z partnerem, pomaga w utrzymaniu zdrowia seksualnego oraz jest jednym z czynników pozwalających na posiadanie satysfakcjonującego życia seksualnego, które jest jednym z elementów składowych jakości życia. Przeprowadzony przegląd badań uświadamia, że prawidłowa komunikacja seksualna w życiu dorosłym ma związek z mnogością czynników intra- oraz interpersonalnych.

Intra- i interpersonalne wyznaczniki komunikacji seksualnej

Zdolność do rozmów o własnych preferencjach, potrzebach czy negocjowania zachowań seksualnych wymaga wyjścia poza granice komfortu, otworzenia się przed drugą osobą, przy uwzględnieniu ryzyka, które może to za sobą nieść. Wyniki badań pokazują, że osoby z wyższą samooceną, poczuciem własnej skuteczności, o niższym natężeniu lęku oraz wyższą asertywnością, są bardziej skłonne do rozmów na tematy seksualne [7, 27, 35–39]. Koncepcja Carr [45] wskazuje, że to samoocena leży u podstaw poczucia wartości i własnej skuteczności. Przez samoocenę

Tabela 1. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
Davis D, et al., 2006 [16]	1989 uczestników: 1006 osób aktywnych seksualnie, 983 osoby z wcześniejszym doświadczeniem aktywności seksualnej, w wieku 15-75 lat (M = 25,46)	Style przywiązania	(1) Kwestionariusz ECR-R (Brennan, Clark, Shaver, 1998) (2) Skala neurotyzmu z kwestionariusza NEO-PI (Costa, McCrae, 1985) (3) Skala Hamowania Wyrażania Własnych Potrzeb, stworzona na potrzeby badania (4) Skala Szacunku Dla Partnera, stworzona na potrzeby badania (5) Skala Seksu Jako Barometru Statusu Związku, stworzona na potrzeby badania. (6) Skala Satysfakcji Ze Związku, stworzona na potrzeby badania (7) Skala Satysfakcji Seksualnej, stworzona na potrzeby badania	Pozabezpieczne (lękowe i unikowe) style przywiązania mają związek z niższą satysfakcją seksualną, z medycyną rolę komunikacji seksualnej
Bennet M, LoPresti BJ, Denes A, 2019 [26]	423 uczestników, w wieku 18-30 lat (M = 19,17; SD = 1,25)	Style przywiązania	(1) Kwestionariusz ECR-R (Brennan, Clark, Shaver, 1998) (2) Kwestionariusz Zachowań Komunikacyjnych po Aktywności Seksualnej (Muisse i in., 2014) (3) Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej (Lawrance, Byers, Cohen, 1998) (4) Kwestionariusz Komunikacji Nacechowanej Emocjonalnie (Floyd, 2002)	Wykazano związek pomiędzy pozabezpiecznymi stylami przywiązania a niższym poziomem satysfakcji seksualnej, z medycyną rolę zachowań komunikacyjnych po stosunku seksualnym oraz komunikacji nacechowanej emocjonalnie
Kristel OM, Alia O, 2007 [27]	74 uczestników w wieku 19-56 lat (M = 27,39; SD = 9,05)	Samoocena globalna, samoocena seksualna	(1) Skala Ogólnej Komunikacji (Navran, 1967) (2) Skala Asertywności Seksualnej (Shafer, 1977) (3) Skala Samooceny Rosenberga (Rosenberg, 1965) (4) Skala Samooceny Seksualnej (Zenah, Schwarz, 1996)	Zarówno globalna jak i seksualna samoocena mają związek z wyższą zdolnością do komunikowania satysfakcjonujących zachowań seksualnych. Samoocena seksualna okazała się być silniejszym predyktorem
Rehman US, Balan D, Sutherland S, McNeil J, 2018 [1]	614 uczestników, powyżej 18 lat (M = 33,82; SD = 10,71)	Barier w komunikacji seksualnej oraz nieseksualnej	(1) Kwestionariusz Barier Komunikacyjnych (Rehman, Balan, Sutherland, McNeil, 2018) (2) Skala Globalnej Oceny Satysfakcji Seksualnej (Lawrence, Byers, 1995) (3) Indeks Jakości Małżeństwa (Norton, 1983)	Zarówno w komunikacji seksualnej jak i nieseksualnej odczuwane są trzy typy zagrożeń: w względem siebie, partnera oraz związku. Pierwsze z nich silniejsze jest w komunikacji seksualnej.
Anderson M, Kunkel A, Dennis MR, 2011 [22]	109 uczestników w wieku 18-26 lat (M = 20,1)	Unikanie rozmów o przeszłych doświadczeniach seksualnych	(1) Pytanie otwarte: Jakich tematów unikasz w rozmowach w obecnym związku? (2) Pytanie otwarte: Z jakich powodów unikasz wyżej wymienionych tematów?	Wykazano, że ludzie nie rozmawiają o przeszłych doświadczeniach seksualnych, ponieważ: (1) przekonanie, że nie powinno się rozmawiać o przeszłości, (2) osobiste przyczyny: lęk przed oceną, (3) odczuwanie zagrożenia w stosunku do związku, (4) rozmowom towarzyszą negatywne emocje



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
Aspy CB, et al., 2007 [28]	1083 uczestników w wieku 13–17 lat (M = 15,0)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Wywiad dotyczący komunikacji rodzicielskiej: częstotliwości rozmów z rodzicami o problemach, próby zrozumienia problemów przez rodziców, rozmowy na temat oczekiwania, okazywanie miłości, zasad panujących w domu (2) Wywiad dotyczący zachowań seksualnych: oczekiwania dorosłych względem aktywności seksualnej adolescenta, rozmów z rodzicami na temat aktywności seksualnej oraz stosowania antykoncepcji	Wykazano, że pozytywna komunikacja rodzicielska na tematy seksualne ma związek z umiejętnością odmawiania, ustalania zasad, podejmowaniem rozmów na temat odraczania w czasie aktywności seksualnej, a także na temat antykoncepcji oraz chorób przenoszonych drogą płciową
DiClemente RJ, et al., 2001 [29]	522 uczestników w wieku 14–18 lat (M = 16,0; SD = 1,2)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Skala Komunikacji Rodzicielskiej na Tematy Seksualne, stworzona na potrzeby badania (2) Ankieta ze zmiennymi socjodemograficznymi (3) Pytania dotyczące kontroli przez rodziców: jeśli nie ma cię poza domem, czy rodzic wie, gdzie się znajdujesz oraz z kim przebywasz (4) Pytania dotyczące częstotliwości stosowania prezerwatyw: w ostatnich 6 miesiącach oraz przez ostatnich 5 stosunków seksualnych (5) Pytania dotyczące komunikacji seksualnej z partnerem (6) Ankieta dotycząca własnej skuteczności w komunikacji seksualnej	Wykazano, że brak komunikacji rodzicielskiej ma związek z rzadszym stosowaniem antykoncepcji przez adolescentów oraz rzadszą komunikacją z partnerem seksualnym, a także słabszą skutecznością w negocjacji bezpiecznego seksu
Hutchinson MK, Jemmot JB, Jemmot JS, Braverman P, Fong GT, 2003 [30]	219 uczestników w wieku 12–19 lat (M = 15,5; SD = 1,6)	Komunikacja seksualna pomiędzy matkami a córkami	(1) Kwestionariusz Zachowań Seksualnych Związanych z Chorobami Przenoszonymi Drogą Płciową (2) Pytania dotyczące komunikacji seksualnej z córkami (3) Ankieta ze zmiennymi socjodemograficznymi (4) Pytania dodatkowe: aktywność seksualna w ostatnich 3 miesiącach, akceptacja aktywności seksualnej przez matkę, umiejętność odmawiania	Wyższy poziom komunikacji seksualnej z matką miał pozytywny związek ze zmniejszeniem ilości stosunków seksualnych oraz stosowaniem prezerwatyw. Komunikacja nie miała związku z liczbą partnerów seksualnych
de Looze M, Constanine NA, Jerman P, Vermeulen-Smit E., ter Bogt T, 2014 [31]	2965 par rodzic-adolescent (w wieku 12–16 lat)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Kwestionariusz Komunikacji Rodzicielskiej na Tematy Seksualne (2) Kwestionariusz Zachowań Seksualnych dla Adolescentów (3) Kwestionariusz Jakości Relacji Rodzic-Adolescent stworzone na potrzeby badania	Wykazano, że otwarta komunikacja rodzicielska na tematy seksualne ma związek ze stosowaniem antykoncepcji w przyszłości oraz z otwartymi rozmowami o seksualności z partnerem



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
Beckett MK, et al., 2008 [32]	141 par rodzic-adolescent (w wieku 13–17 lat)	Komunikacja rodzicielska na tematy seksualne	(1) Pytania dotyczące rozmów na wymienione tematy seksualne z adolescentem, skierowane do rodzica (2) Pytania dotyczące aktywności seksualnej adolescenta (3) Pytania dotyczące rozporządzenia rozmów na tematy seksualne z adolescentem: przed lub po inicjacji seksualnej	Wykazano, że otwarte rozmowy rodzicielskie na tematy seksualne mogą poprawić jakość komunikacji seksualnej z partnerem (rozmowy o stosowaniu antykoncepcji, w tym prezerwatyw, umiejętności odstawiania)
Zimmerman RS, Palmgreen P, Lustria M, Horosewski ML, 2006 [33]	1489 uczestników w wieku 18–26 lat (M = 21,3)	Osobowość, psychospołeczne wyznaczniki	(1) Skala Poszukiwania Doznań Seksualnych (Kalichman i in., 1994) (2) Skala Impulsywnego Podejmowania Decyzji Seksualnych (Donohew i in., 2000) (3) Skala Stosowania Prezerwatyw (Sacco, Levine, Reed, Thomspon, 1991) (4) Skala Przekonań dotyczących Stosowania Prezerwatyw, stworzona na potrzeby badania (5) Skala Skuteczności w Negocjowaniu Stosowania Prezerwatyw (Redding, Rossi, 1999) (6) Skala Zachowań związanych ze Stosowaniem Prezerwatyw, stworzona na potrzeby badania	Wykazano, że istnieje negatywny związek pomiędzy poszukiwaniem doznań seksualnych oraz impulsywnym podejmowaniem decyzji seksualnych a bezpieczniejszymi zachowaniami seksualnymi, związanymi ze stosowaniem prezerwatyw
Lou JH, Chen SH, Li RH, Yu H, 2010 [34]	748 uczestników w wieku w wieku 16–17 lat (M = 16,7; SD = 0,69)	Świadomość ryzyka seksualnego, świadomość własnej seksualności	(1) Inwentarz Świadomości Własnej Seksualności (O'Sullivan i in., 2006) (2) Kwestionariusz Świadomości Ryzyka Seksualnego (Shah i in., 1997) (3) Skala Komunikacji Seksualnej (Somer, Ganivez, 2003)	Świadomość własnej seksualności ma bezpośredni oraz pośredni wpływ na komunikację seksualną. Świadomość ryzyka seksualnego ma związek z rozumieniem własnej seksualności u adolescentów
Montesti JL, et al. 2012 [7]	206 uczestników (M = 22,4 roku; SD = 5,89)	Lęk społeczny	(1) Skala Lęku Społecznego (Mattick, Clark, 1998) (2) Skala Lęku przed Intymnością (Descutner, Thelen, 1991) (3) Inwentarz Satysfakcji z Komunikacji Seksualnej (Wheeles i in., 1984) (4) Inwentarz Braku Satysfakcji Seksualnej (Hudson i in., 1981) (5) Skala Dopasowania Partnerskiego (Spanier, 1976)	Wyższy poziom lęku społecznego jest predyktorem niższej satysfakcji z komunikacji seksualnej, co ma związek z niższą satysfakcją seksualną
Pearson J, 2006 [35]	12161 uczestników w wieku 13–18 lat (M = 16,29; SD = 1,05)	Poczucie własnej skuteczności, poczucie kontroli	(1) Pytania dotyczące poczucia własnej skuteczności w negocjacjach seksualnych (2) Pytania dotyczące stosowania antykoncepcji (3) Pytania dotyczące poczucia kontroli	Wykazano, że poczucie własnej skuteczności oraz kontroli ma związek z wyższą zdolnością do negocjowania potrzeb seksualnych, co przekłada się na utrzymanie zdrowszych zachowań seksualnych



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
Xiao Z, et al., 2013 [36]	948 uczestników w wieku 18–30 lat	Poczucie własnej skuteczności	(1) Pytanie o stosowanie prezerwatyw podczas inicjacji seksualnej (2) Pytania dotyczące stosowania prezerwatyw podczas ostatnich trzech stosunków seksualnych (3) Pytania dotyczące poczucia własnej skuteczności w zachowaniach seksualnych (4) Pytania dotyczące komunikacji seksualnej	Wykazano, że poczucie własnej skuteczności ma związek z częstszym stosowaniem prezerwatyw, co przekłada się na utrzymanie zdrowia seksualnego, z medycyjną rolą komunikacji seksualnej
Tschann JM., Adler NE. 1997 [37]	Uczestników w wieku 14–19 lat (M = 17,55)	Samoakceptacja	(1) Pytania dotyczące historii życia seksualnego (2) Skala Samoświadomości Seksualnej (Winter, 1988) (3) Pytania dotyczące komunikacji na temat antykoncepcji (4) Pytania dotyczące częstości oraz efektywności stosowania antykoncepcji	Wykazano, że kobiety odznaczające się wyższym poziomem samoakceptacji częściej rozmawiały z partnerami o aktywności seksualnej oraz antykoncepcji
Rickert V, Sanghvi R, 2002 [38]	904 uczestników w wieku 14–26 lat	Asertywność w zachowaniach seksualnych	(1) Skala Asertywności w Zachowaniach Seksualnych, stworzona na potrzeby badania	Wykazano, że kobiety charakteryzujące się niską asertywnością uważają, że nie mają prawa do rozmów ani decydowania o sprawach seksualnych, takich jak antykoncepcja, potrzeby, preferencje czy umiejętność odmawiania
Quina K, Harlow LL, Morokoff PJ, Burkholder G, 2000 [39]	816 uczestników (M = 30,4 lat)	Asertywność w zachowaniach seksualnych	(1) Pytania dotyczące asertywnej komunikacji w sytuacjach seksualnych (2) Pytania dotyczące asertywnej komunikacji związanej z ryzykiem zakażenia HIV (3) Pytania dotyczące aktywności seksualnej w ostatnich sześciu miesiącach (4) Inne: pytania dotyczące historii seksualnej, negatywnych doświadczeń interpersonalnych, historii przemoocy w związkach, cech psychoseksualnych	Wykazano, że asertywność w zachowaniach seksualnych ma związek z komunikacją preferencji oraz informacją seksualnych, mających związek z prewencją HIV
VanZile-Tamsen C, Testa M, Livingston JA, 2005 [40]	318 uczestników w wieku 18–30 lat	Wykorzystanie seksualne	(1) Kwestionariusz Wykorzystania Seksualnego w Dzieciństwie (Finkelhor, 1979) (2) Kwestionariusz Przemocy w Adolescencji/Dorosłości (Koss, Gidycz, Wisniewski, 1987) (3) Pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych (4) Skala Asertywnej Seksualności (Morokoff i in., 1997)	Wykazano, że kobiety, które doświadczyły wykorzystania seksualnego w dzieciństwie charakteryzowały się niższą asertywnością seksualną: zdolnością do komunikowania się
Lieber E., et al., 2009 [41]	60 uczestników w wieku 20–49 lat	Perspektywa socjokulturowa	(1) Wywiad dotyczący: zdrowia seksualnego, zachowań seksualnych, przekonań zdrowotnych, sieci społecznej, prewencji	Wykazano, że komunikacja seksualna ma związek z naszymi przekonaniami, znaczeniem przypisywanemu komunikacji, wartościami, wiedzą, jak również z poszukiwaniem informacji oraz zmianami kulturowymi



Tabela 1 cd. Podsumowanie 22 badań uwzględnionych w przeglądzie: kontynuacja

Badanie	Uczestnicy	Główny temat	Metody	Wyniki
Usher JM. i in., 2013 [42]	38 uczestników (M = 48 lat), będących personelem medycznym	Przekazywanie informacji seksualnych przez personel medyczny	(1) Wywiad dotyczący umiejętności przekazywania informacji o seksualności pacjentów z nowotworem	Wykazano, że personel medyczny, który nie posiada wiedzy na tematy seksualne oraz brakuje mu odwagi lub komfortu w rozmowach na tematy seksualne nie przekazuje pacjentom po nowotworze informacji związanych z seksualnością
Marzieh M., et al., 2019 [43]	13 uczestników po nowotworze piersi w wieku 32–55 lat	Przekazywanie informacji seksualnych przez personel medyczny	(1) Wywiad dotyczący umiejętności przekazywania informacji o seksualności pacjentów po przebytych nowotworze	Wykazano, że personel medyczny, który zaniedbywał problemy seksualne pacjentów lub któremu brakowało zdolności współpracy z pacjentem wykazywał słabsze umiejętności rozmów na tematy seksualne z pacjentami
Haas S, Perazzo JD., Ruffner AH., Lyons MS., 2019 [44]	59 uczestników w wieku w wieku 18–55 lat (M = 32,0; SD = 12,0)	Stereotypy i normy kulturowe	(1) Wywiad dotyczący: norm kulturowych, wierzeń, dzielenia się informacji o statusie HIV z partnerem seksualnym	Wykazano, że stereotypy oraz stygmatyzacja są jednym z wyznaczników barier komunikacyjnych w zachowaniach seksualnych (status HIV)

rozumiemy uogólnioną, względnie trwałą ocenę siebie jako osoby, naszego statusu w społeczeństwie, zbiór oczekiwań wobec siebie i tych stawianych przez społeczeństwo [46–48]. Takie poczucie wykształcane jest już od najmłodszych lat, na bazie kontaktów z rodzicami, rówieśnikami, społeczeństwem, w trakcie różnych sytuacji społecznych. Wskazuje to na fakt, jak ważne jest otoczenie w wykształceniu takich konstruktów jak samoocena, poczucie własnej skuteczności czy asertywność. Faktycznie, wyniki przytoczonych badań wskazują na ważną rolę opiekunów i społeczeństwa w kształtowaniu się postaw wobec własnego Ja, które oddziałują na sposób, w jaki tworzone są przekonania wobec rozmów na tematy seksualne [1, 10, 12, 26, 28–32, 36, 36–38].

W wynikach badań zostało podkreślone, że jednym z czynników mających związek z otwartością na rozmowy seksualne, jest doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie [40]. Takie doświadczenie może nieść za sobą różne konsekwencje we wszystkich sferach rozwoju: emocjonalnym, społecznym, poznawczym i seksualnym. Długofalowe konsekwencje wykorzystania seksualnego mogą się objawiać poprzez zaburzenia emocjonalne, zaburzenia obrazu własnej osoby, lęk, napięcie, obniżenie samooceny, trudności interpersonalne oraz zaburzenia seksualne [49]. Jak wspomniano, bazą dla wykształcenia się prawidłowych postaw wobec seksualności są konstrukty związane z rozwojem własnego Ja, wyniesione na bazie wczesnych doświadczeń z opiekunami i środowiskiem zewnętrznym. Trudności w tych sferach mogą mieć związek z utrudnioną komunikacją seksualną w życiu dorosłym, co w konsekwencji miewa związek z pogorszeniem jakości życia seksualnego [40].

Pozytywna i otwarta komunikacja rodzicielska na tematy seksualne uczy, jak ważna jest seksualność w dorosłym życiu, oraz daje przyzwolenie na takie rozmowy z partnerem [28–32]. Pozwala nabrać większego doświadczenia dotyczącego tego, jak układać relacje seksualne, komunikować się, wyrażać życzenia, wyznaczać granice czy okazywać szacunek. Umożliwia wykształcenie w sobie tolerancji, otwartości, rozwój ról płciowych i tożsamości seksualnej, uczy, w jaki sposób dbać o własną seksualnością [50]. Wskazuje się także, że komunikacja seksualna rodzic–dziecko stanowi czynnik ochronny przed angażowaniem się w ryzykowne zachowania seksualne [51]. Taki przekaz jest dawany również przez szersze środowisko, w którym się wychowujemy. Zarówno stereotypy, jak i normy kulturowe panujące w danym społeczeństwie mogą mieć związek z otwartością komunikacji seksualnej pomiędzy partnerami [41, 44]. Niewątpliwie wskazuje to na rolę socjalizacji jako mechanizmu kulturowej transmisji.

W procesie socjalizacji grupa społeczna wywiera wpływ na zainteresowania i zdolności, emocje i ich ekspresję, poglądy oraz role i postawy społeczne [52]. W efekcie wpływów społecznych osoby w różny sposób postrzegają i hierarchizują rolę komunikacji seksualnej.

Komunikacja seksualna pomiędzy partnerami

Komunikacja seksualna z partnerem może dotyczyć takich tematów, jak: stosowanie antykoncepcji, przekazywanie pozytywnych i negatywnych informacji, informowanie o własnej historii seksualnej, negocjowanie preferencji i potrzeb [53]. W relacjach interpersonalnych niezwykle istotne jest właśnie uwzględnienie preferencji obojga partnerów [54], co może się przyczynić do wzmocnienia satysfakcji oraz uatrakcyjnienia życia seksualnego [14, 15, 54]. Dodatkowo, werbalizacja pragnień może wpłynąć na lepsze zrozumienie własnej seksualności, jak również potęgować pożądanie czy wzmacniać zainteresowanie aktywnością seksualną [55]. Urealnienie potrzeb pozwala na podkreślenie tego, co obecne w życiu seksualnym czy wyrażenie życzeń względem partnera [56]. Biorąc pod uwagę pozytywy, które niesie za sobą otwarta komunikacja seksualna, warto rozważyć możliwe przyczyny unikania takich rozmów. Jednymi z nich są, wcześniej wspomniane, przekaz rodzinny, stereotypy i normy kulturowe, jak również wykształcone konstrukty związane z rozwojem Ja, które mają związek z odczuwaniem większego lęku i obaw przed rozmowami na tematy seksualne.

Warto również zwrócić uwagę na zagadnienie wymiany społecznej w rozwoju bliskich relacji interpersonalnych. Zakłada ona bilans nagród i kar, zysków i strat, które stabilizują związek, bądź zagrażają jego istnieniu. Angażując się w relację, oceniamy przeszłe, obecne i przyszłe zyski i straty [52]. Zakłada się, że relacje partnerów będą wzajemne, głębokie i stabilne, a skupienie się na pozytywnych aspektach związku, trosce i ekspresji pozytywnych emocji, są głównymi czynnikami decydującymi o satysfakcji ze związku [57–59]. Komunikacja seksualna opiera się jednak na przekazywaniu nie tylko pozytywnych aspektów, ale również tych negatywnych. Zakłada się także aktywną negocjację preferencji i potrzeb seksualnych, tak aby jakość życia seksualnego odpowiadała obojgu partnerów. Z tego względu, komunikacja seksualna może zostać oceniana jako zagrażająca trwałości związku, ponieważ może wyjawiać niezgodności między partnerami, co sprawia, że osoby decydują się unikać takich rozmów [1, 21, 25] i przyjąć to, co istnieje. Wyniki badań wskazują, że może to również wynikać z odczuwanego zagrożenia względem siebie lub partnera. Rozmowa

na tematy seksualne może być oceniana jako wstydliva czy nawet kompromitująca. Osoby mogą się obawiać, że okażą się niedoskonałe lub ujawni to ich brak zdolności seksualnych [1, 25]. W tym rozumieniu unikanie rozmów pomaga w ochronie własnego Ja. Może to jednak być próbą ochrony partnera przed pojawieniem się podobnych emocji [1, 21]. Anderson i wsp. [25] wykazali, że unikanie rozmów o fantazjach seksualnych w relacjach romantycznych jest spowodowane lękiem przed zranieniem partnera, wywołaniem zazdrości czy obniżeniem samooceny. W dalszej perspektywie może się to jednak wiązać z negatywnymi konsekwencjami, zarówno dla jednostki, jak i dla związku, ponieważ satysfakcja z życia seksualnego jest jedną ze składowych poczucia satysfakcji ze związku.

Komunikacja seksualna ze specjalistami ochrony zdrowia

Wyniki badań skupiają się głównie na komunikacji seksualnej w związkach. Niewątpliwie ważnym aspektem jest edukacja seksualna przekazywana przez specjalistów ochrony zdrowia. Wyniki badań wskazują, że lekarze często unikają tych tematów, a wręcz czują się niekomfortowo, podejmując tematykę seksualności pacjentów [42, 43, 60]. Edukacja seksualna w gabinecie lekarza może mieć rolę profilaktyczną dla wielu chorób przenoszonych drogą płciową, stanowiąc element niezbędny w utrzymaniu zdrowia seksualnego. Może również dostarczyć niezbędnych informacji i pomocy pacjentom chorującym somatycznie, u których seksualność w trakcie choroby ulega zmianie. Może to nie tylko dostarczyć informacji o możliwości wystąpienia trudności seksualnych, ale również przynieść niezbędną wiedzę o tym, jak radzić sobie z pojawiającymi się dysfunkcjami, co również daje przyzwolenie na takie rozmowy w związku [42, 43]. Niezwykle ważne jest również to, aby psychologowie byli gotowi podejmować tematykę seksualności ze swoimi klientami. Dotyczy to nie tylko trudności doświadczanych w sferze seksualnej, ale również innych zagadnień: płci, tożsamości, ról płciowych oraz seksualnych, identyfikacji, zachowań seksualnych, akceptacji własnej seksualności i zmian w jej obrębie oraz wiele innych [61].

Podsumowanie

Komunikacja seksualna na poziomie rodzic–dziecko, w związku, czy lekarz–pacjent, jest ważna z kilku względów: po pierwsze stanowi czynnik profilaktyczny wielu chorób przenoszonych drogą płciową, przyczynia się do ograniczenia angażowania w ryzykowne zachowania seksualne, jest ważnym czynnikiem dla posiadania

satysfakcjonującej relacji seksualnej, jak również pomaga w radzeniu sobie z trudnościami seksualnymi pojawiającymi się w wyniku różnych chorób somatycznych. Wyniki przedstawionych badań wskazują na wielość czynników intra- i interpersonalnych mających związek z gotowością do podejmowania rozmów na tematy seksualne. Wskazuje to na fakt, że konstrukty związane z rozwojem Ja (samocena, poczucie własnej wartości, lęk, kompetencje komunikacyjne), kształtowane w ciągu życia, za sprawą oddziaływań rodzicielskich i społecznych, mają związek z otwartością na rozmowy seksualne w dorosłym życiu.

Wyniki przedstawionych badań wskazują na potrzebę zastosowania nie tylko psychoedukacji, ale również innych oddziaływań psychologicznych, takich jak trening umiejętności społecznych, praca nad obrazem własnego Ja czy praca nad relacjami może w dalszej perspektywie przynieść pozytywne skutki, jeśli chodzi o umiejętność stosowania komunikacji seksualnej, nie tylko w relacjach partnerskich, ale również w relacji rodzic–dziecko czy lekarz–pacjent.

Zagadnienie psychospołecznych wyznaczników komunikacji seksualnej wymaga dalszych badań i analiz. Ich przedmiotem mogłyby być:

- a) podjęcie dalszych badań nad określeniem czynników intra- oraz interpersonalnych mających wpływ na umiejętność komunikacji w zachowaniach seksualnych,
- b) podjęcie badań uwzględniających oddziaływanie psychologiczne na osoby aktywne seksualnie, między innymi psychoedukacja, trening umiejętności społecznych czy trening asertywności,
- c) podjęcie badań uwzględniających oddziaływanie psychologiczne na pacjentów chorujących somatycznie, między innymi psychoedukacja o zmieniającej się seksualności.

Ograniczenia badań własnych

Prezentowany przegląd badań nie był wolny od ograniczeń. Pierwsze z nich jest związane z kryteriami włączenia, które zakładały badania jedynie z udziałem osób aktywnych seksualnie. Dodatkowo brano pod uwagę tylko prace w językach polskim, angielskim oraz niemieckim. Po trzecie, znaczna część badań była oparta na danych samoopisowych. Odpowiedzi badanych mogły ulec zniekształceniu pod wpływem wielu czynników, co przyczynia się do ograniczenia trafności takich danych.

Wnioski

1. Otwarta oraz pozytywna komunikacja seksualna ma związek z wyższą satysfakcją ze związku,

z życia seksualnego oraz pomaga w utrzymaniu zdrowia seksualnego.

2. Na umiejętności komunikacji seksualnej wpływają czynniki intra- i interpersonalne oraz umiejętności komunikacyjne.
3. Szczególnie ważna jest rola opiekunów w kształtowaniu się przekonań i postaw wobec rozmów na tematy seksualne.
4. Łatwość podejmowania rozmów na tematy seksualne może wynikać z indywidualnych oraz społecznych czynników.
5. Należy podjąć dalsze badania nad określeniem czynników mających wpływ na umiejętności komunikacyjne w zachowaniach seksualnych, w tym uwzględniające oddziaływanie psychologiczne.

Piśmiennictwo:

1. Rehman US, Balan D, Sutherland S, et al. Understanding barriers to sexual communication. *J Soc Pers Relatsh*. 2018; 1–20.
2. Psaros C, Milford C, Smit JA, et al. HIV prevention among young women in south africa: understanding multiple layers of risk. *Arch Sex Behav*. 2018; 47(7): 1969–1982, doi: [10.1007/s10508-017-1056-8](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1056-8), indexed in Pubmed: [29134422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29134422/).
3. Montesi J, Fauber R, Gordon E, et al. The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. *J Soc Pers Relatsh*. 2010; 28(5): 591–609, doi: [10.1177/0265407510386833](https://doi.org/10.1177/0265407510386833).
4. MacNeil S, Byers E. Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2016; 22(2): 169–181, doi: [10.1177/0265407505050942](https://doi.org/10.1177/0265407505050942).
5. Young W, Goy R, Phoenix C. Hormones and sexual behavior. *Assoc Adv Science*. 1964; 143: 212–218.
6. Pringle J. The physiology of adolescent sexual behavior: a systematic review. *Cogent Soc Sci*. 2017; 3(1): 1–14.
7. Montesi J, Conner B, Gordon E, et al. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*. 2012; 42(1): 81–91, doi: [10.1007/s10508-012-9929-3](https://doi.org/10.1007/s10508-012-9929-3).
8. Alvarez C, Bauermeister JA, Villarruel AM. Sexual communication and sexual behavior among young adult heterosexual latinos. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014; 25(6): 577–588, doi: [10.1016/j.jana.2014.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.005), indexed in Pubmed: [25305027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25305027/).
9. Heijman T, Zuure F, Stolte I, et al. Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infect Dis*. 2017; 17(1): 194, doi: [10.1186/s12879-017-2277-0](https://doi.org/10.1186/s12879-017-2277-0), indexed in Pubmed: [28264658](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28264658/).
10. Motsomi K, Makanjee C, Basera T, et al. Factors affecting effective communication about sexual and reproductive health issues between parents and adolescents in zandspruit informal settlement, Johannesburg, South Africa. *Pan Afr Med J*. 2016; 25: 120, doi: [10.11604/pamj.2016.25.120.9208](https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.120.9208), indexed in Pubmed: [28292083](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28292083/).
11. Psaros C, Milford C, Smit JA, et al. HIV prevention among young women in South Africa: understanding multiple layers of risk. *Arch Sex Behav*. 2018; 47(7): 1969–1982, doi: [10.1007/s10508-017-1056-8](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1056-8), indexed in Pubmed: [29134422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29134422/).
12. Warren C. Family sex communication quotient. In: Fisher T, Davis C, Yarber W, Davis S. ed. *Handbook of sexuality-related measures*. SAGE Publications, London 2011: London.
13. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for

- HIV prevention. *AIDS Educ Prev.* 2000; 12(6): 492–504, indexed in Pubmed: [11220502](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11220502/).
14. France BLA. Predicting Sexual Satisfaction in Interpersonal Relationships. *Southern Communication Journal.* 2010; 75(3): 195–214, doi: [10.1080/10417940902787939](https://doi.org/10.1080/10417940902787939).
 15. Cupach WR, Metts S. The role of sexual attitude similarity in romantic heterosexual relationships. *Personal Relationships.* 1995; 2(4): 287–300, doi: [10.1111/j.1475-6811.1995.tb00093.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00093.x).
 16. Davis D, Shaver P, Widman K, et al. „I can't get no satisfaction“: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships.* 2006; 13(4): 465–483, doi: [10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x).
 17. Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: a meta-analysis. *J Sex Res.* 2019; 56(7): 882–898, doi: [10.1080/00224499.2019.1568375](https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1568375), indexed in Pubmed: [30777780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30777780/).
 18. Schnarch D. *Passionate marriage: keeping love and intimacy alive in committed relationships.* Owl Books, New York 1997.
 19. Chesney AP, Blakeney PE, Chan FA, et al. The impact of sex therapy on sexual behaviors and marital communication. *J Sex Marital Ther.* 1981; 7(1): 70–79, doi: [10.1080/00926238108403442](https://doi.org/10.1080/00926238108403442), indexed in Pubmed: [7345151](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7345151/).
 20. Turkestani NA, Alizadeh M, Oohadi B, et al. Effectiveness of cognitive behavioral counseling-based film therapy on the communication skills of females with low sexual Desire. *J Nurs Midwifery Sci.* 2019; 6(1): 8, doi: [10.4103/jnms.jnms_48_18](https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_48_18).
 21. Metts S, Cupach WR. The role of communication in human sexuality. In: McKinney K, Sprecher S. ed. *Human sexuality: The societal and interpersonal context.* Sage, Thousand Oaks 1989.
 22. Rehman US, Lizdek I, Fallis EE, et al. How Is Sexual Communication Different from Nonsexual Communication? A Moment-by-Moment Analysis of Discussions Between Romantic Partners. *Arch Sex Behav.* 2017; 46(8): 2339–2352, doi: [10.1007/s10508-017-1006-5](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1006-5), indexed in Pubmed: [28681190](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681190/).
 23. Rehman US, Janssen E, Newhouse S, et al. Marital satisfaction and communication behaviors during sexual and nonsexual conflict discussions in newlywed couples: a pilot study. *J Sex Marital Ther.* 2011; 37(2): 94–103, doi: [10.1080/0092623X.2011.547352](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.547352), indexed in Pubmed: [21400334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21400334/).
 24. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: permanence and change. *Arch Sex Behav.* 1986; 15(2): 97–120, doi: [10.1007/BF01542219](https://doi.org/10.1007/BF01542219), indexed in Pubmed: [3718206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3718206/).
 25. Anderson M, Kunkel A, Dennis MR. „Let's (not) talk about that“: bridging the past sexual experiences taboo to build healthy romantic relationships. *J Sex Res.* 2011; 48(4): 381–391, doi: [10.1080/00224499.2010.482215](https://doi.org/10.1080/00224499.2010.482215), indexed in Pubmed: [20432132](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20432132/).
 26. Bennett M, LoPresti B, Denes A. Exploring trait affectionate communication and post sex communication as mediators of the association between attachment and sexual satisfaction. *Personality and Individual Differences.* 2019; 151: 109505, doi: [10.1016/j.paid.2019.109505](https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109505).
 27. Kristel OM, Alia O. Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Can J Hum Sex.* 2007; 16(3-4): 89–100.
 28. Aspy CB. Parental communication and youth sexual behavior. *J Adolesc Health.* 2007; 30(3): 449–466.
 29. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, et al. Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *J Pediatr.* 2001; 139(3): 407–412, doi: [10.1067/mpd.2001.117075](https://doi.org/10.1067/mpd.2001.117075), indexed in Pubmed: [11562621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11562621/).
 30. Hutchinson MK, Jemmott JB, Jemmott LS, et al. The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: a prospective study. *J Adolesc Health.* 2003; 33(2): 98–107, doi: [10.1016/s1054-139x\(03\)00183-6](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00183-6), indexed in Pubmed: [12890601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12890601/).
 31. de Looze M, Constantine NA, Jerman P, et al. Parent-adolescent sexual communication and its association with adolescent sexual behaviors: a nationally representative analysis in the Netherlands. *J Sex Res.* 2015; 52(3): 257–268, doi: [10.1080/00224499.2013.858307](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.858307), indexed in Pubmed: [24512029](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24512029/).
 32. Beckett MK, Elliott MN, Martino S, et al. Timing of parent and child communication about sexuality relative to children's sexual behaviors. *Pediatrics.* 2010; 125(1): 34–42, doi: [10.1542/peds.2009-0806](https://doi.org/10.1542/peds.2009-0806), indexed in Pubmed: [19969618](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19969618/).
 33. Noar SM, Zimmerman RS, Palmgreen P, et al. Integrating personality and psychosocial theoretical approaches to understanding safer sexual behavior: implications for message design. *Health Commun.* 2006; 19(2): 165–174, doi: [10.1207/s15327027hc1902_8](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_8), indexed in Pubmed: [16548707](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16548707/).
 34. Lou JH, Chen SH, Li RH, et al. Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model. *J Clin Nurs.* 2011; 20(11-12): 1696–1704, doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03358.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03358.x), indexed in Pubmed: [21040039](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21040039/).
 35. Pearson J. Personal control, self-efficacy in sexual negotiation, and contraceptive risk among adolescents: the role of gender. *Sex Roles.* 2006; 54(9-10): 615–625, doi: [10.1007/s11199-006-9028-9](https://doi.org/10.1007/s11199-006-9028-9).
 36. Xiao Z, Li X, Lin D, et al. Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young Chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Educ Prev.* 2013; 25(6): 480–494, doi: [10.1521/aeap.2013.25.6.480](https://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.6.480), indexed in Pubmed: [24245595](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24245595/).
 37. Tschann JM, Adler NE. Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: a longitudinal study. *J Res Adolesc.* 1997; 7(4): 413–430, doi: [10.1207/s15327795jra0704_4](https://doi.org/10.1207/s15327795jra0704_4), indexed in Pubmed: [12293783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12293783/).
 38. Rickert VI, Sanghvi R, Wiemann CM. Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspect Sex Reprod Health.* 2002; 34(4): 178–183, indexed in Pubmed: [12214907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12214907/).
 39. Quina K, Harlow L, Morokoff P, et al. Sexual communication in relationships: when words speak louder than actions. *Sex Roles.* 2000; 42(7/8): 523–549.
 40. VanZile-Tamsen C, Testa M, Livingston JA. The impact of sexual assault history and relationship context on appraisal of and responses to acquaintance sexual assault risk. *J Interpers Violence.* 2005; 20(7): 813–832, doi: [10.1177/0886260505276071](https://doi.org/10.1177/0886260505276071), indexed in Pubmed: [15914703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15914703/).
 41. Lieber E, Chin D, Li Li, et al. National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group. Sociocultural contexts and communication about sex in China: informing HIV/STD prevention programs. *AIDS Educ Prev.* 2009; 21(5): 415–429, doi: [10.1521/aeap.2009.21.5.415](https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.5.415), indexed in Pubmed: [19842826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19842826/).
 42. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, et al. Talking about sex after cancer: a discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychol Health.* 2013; 28(12): 1370–1390, doi: [10.1080/08870446.2013.811242](https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242), indexed in Pubmed: [23805956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23805956/).
 43. Marzieh M. Barriers to sexual health: communication in breast cancer survivors: a qualitative study. *J Clin Diagn Res.* 2019; 13(5): 1–4.
 44. Haas SM, Perazzo JD, Ruffner AH, et al. Exploring Current Stereotypes and Norms Impacting Sexual Partner HIV-Status Communication. *Health Commun.* 2020; 35(11): 1376–1385, doi: [10.1080/10410236.2019.1636340](https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1636340), indexed in Pubmed: [31257927](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31257927/).
 45. Carr A. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach.* Zysk i S-ka., Poznań 2009.
 46. Strelau J. *Psychologia Podręcznik akademicki. Tom I-II.* GWP, Gdańsk 2000.
 47. Leary M, Baumeister R. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology.* 2000: 1–62, doi: [10.1016/s0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(00)80003-9).

48. Oleś PK. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Scholar, Warszawa 2008 .
49. Beisert M. Pedofilia. Geneza I mechanizm zaburzenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.
50. Biuro Regionalne WHO dla Europy i BZgA. Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem.
51. Leser KA, Francis SA. Mother-child communication about sexual health, HPV and cervical cancer among antenatal clinic attendees in Johannesburg, South Africa. *Afr J Reprod Health*. 2014; 18(1): 123–126, indexed in Pubmed: [24796176](#).
52. Mandal E. Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach. PWN, Warszawa 2008.
53. Quinn-Nilas C, Milhausen RR, Breuer R, et al. Validation of the Sexual Communication Self-Efficacy Scale. *Health Educ Behav*. 2016; 43(2): 165–171, doi: [10.1177/1090198115598986](#), indexed in Pubmed: [26286296](#).
54. Katehakis A. Sexual fantasy and adult attunement. Differentiating preying from play. *Am J Play*. 2017; 9: 252–270.
55. Miller A. Fantazje seksualne studentów dziennikarstwa i kosmologii. *Przeгляд Terapeutyczny*. 2013; 9: 1–16.
56. Lew-Starowicz Z. Encyklopedia erotyki. Muza, Warszawa 2011.
57. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, et al. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol*. 2004; 95(Pt 4): 411–428, doi: [10.1348/0007126042369794](#), indexed in Pubmed: [15527530](#).
58. Mark KP, Jozkowski KN. The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(5): 410–427, doi: [10.1080/0092623X.2011.644652](#), indexed in Pubmed: [23530670](#).
59. Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*. 2008; 15(1): 141–154, doi: [10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x](#).
60. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, et al. „I just think that doctors need to ask more questions”: Sexual minority and majority adolescents’ experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(9): 1467–1472, doi: [10.1016/j.pec.2016.06.004](#), indexed in Pubmed: [27345252](#).
61. Byers E. Beyond the birds and the bees and was it good for you?: Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2011; 52(1): 20–28, doi: [10.1037/a0022048](#).