

# Partnerzy seksualni w ocenie kobiet we wczesnej i średniej dorosłości

Sexual partners as assessed by women in early and middle adulthood

Anna Kremska 

Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

## Streszczenie

**Wstęp.** W życiu każdej kobiety ważny jest charakter związku, jego stabilność, ogólne zadowolenie z życia małżeńskiego i rodzinnego, urozmaicenie sztuki miłosnej, a także zachowania adoracyjne partnera.

**Materiał i metody.** Celem artykułu jest ocena partnerów seksualnych przez kobiety we wczesnej i średniej dorosłości. Grupę kobiet we wczesnej dorosłości stanowiło 100 kobiet w wieku 20–30 lat, a grupę kobiet w średniej dorosłości 200 kobiet w wieku 45–55 lat, którym zadano pytania dotyczące ich partnerów seksualnych. Badania przeprowadzono w 2016 roku z wykorzystaniem własnego kwestionariusza ankiety oraz Indeksu Funkcji Seksualnej Kobiety (PL-FSFI).

**Wyniki:** Najwięcej kobiet posiadało jednego partnera seksualnego (61,0%) z grupy wczesnej dorosłości, podobnie kształtował się wynik w grupie średniej dorosłości (67,0%). Zaburzeń seksualnych nie miał żaden z mężów/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości, a w grupie kobiet średniej dorosłości takiego problemu doświadczyło 14,5% mężów/partnerów. Bardzo zadowolonych ze swojego życia seksualnego z mężem/partnerem było 66,0% kobiet z grupy wczesnej dorosłości, a umiarkowanie zadowolonych było 39,5% kobiet z grupy średniej dorosłości.

**Wnioski.** Zdecydowana większość kobiet we wczesnej oraz średniej dorosłości posiadała tylko jednego partnera seksualnego. Zaburzenia seksualne występowały rzadko u partnerów kobiet z grupy średniej dorosłości i w ogóle u partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości. Kobiety we wczesnej oraz średniej dorosłości były zadowolone z życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem i nie myślały o zmianie swojego życia seksualnego. O swoich oczekiwaniach seksualnych częściej rozmawiały z partnerem/mężem kobiety z grupy wczesnej dorosłości.

**Słowa kluczowe:** życie seksualne, partnerzy seksualni, wczesna i średnia dorosłość

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 8–16*

## Abstract

**Introduction.** For every woman, the nature of the relationship, its stability, general satisfaction with marriage and family life, diversification of the art of love, as well as the partner's adoring behaviour are important.

**Material and Methods.** The article aims to assess sexual partners by women in early and middle adulthood. The early adulthood group consisted of 100 women aged 20-30, and the middle adulthood group included 200 women at the age of 45-55 who were asked questions about their sexual partners. The study was conducted in 2016, with the use of a questionnaire designed by the author of the project and the Female Sexual Function Index (PL-FSFI).

**Results:** In the early adulthood group, the majority of women had one sexual partner (61.0%), the results were similar in the middle adulthood group (67.0%). None of the husbands/partners of the women in the early adulthood group had a sexual disorder, while such a problem was experienced by some women in the middle adulthood group, 14.5%. 66.0% of women in the early adulthood group were very satisfied with their sex life with their husband/partner, in the middle adulthood group 39.5% of women were moderately satisfied.

**Conclusions.** *The vast majority of women in early and middle adulthood had only one sexual partner. Sexual dysfunction was rare in female partners of the middle adulthood group, and the issue did not concern female partners of the early adulthood group. Women in early and middle adulthood were satisfied with their sex life with their current husbands/partners and did not consider introducing changes to their sex life. Women from the early adult group talked about their sexual expectations with their partners/husbands more often.*

**Keywords:** sex life, sexual partners, early and middle adulthood

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 8–16*

## Wstęp

Śledząc historię różnic międzypłciowych w doborze partnerów, warto wspomnieć, że kobiety przejawiają tendencję do wybierania mężczyzn silnych fizycznie, co może wynikać z faktu, że w przeszłości ochrona fizyczna ze strony mężczyzny była ważną korzyścią czerpaną z nawiązywania długotrwałych związków. Ważną wartość stanowi również dobry stan zdrowia mężczyzny, ponieważ partner chory lub podatny na choroby nie byłby w stanie zapewnić rodzinie wystarczających zasobów materialnych.

Literatura podaje, że kobiety w doborze stałych partnerów kierują się przede wszystkim ich zasobami materialnymi, które mogą stanowić podstawę dobrobytu potomstwa. A do przejawów posiadania owych zasobów zalicza się na przykład wysoki status materialny, wysoką reputację oraz pozycję społeczną, gdyż jest ona gwarantem zasobności. Oznaką zasobności stanowi również wiek mężczyzny, bowiem status społeczny i materialny zazwyczaj rosną wraz z wiekiem. Kobiety wybierają również mężczyzn posiadających cechy, takie jak: męską stałość, odpowiedzialność oraz zrównoważenie emocjonalne [1].

Do najczęściej wymienianych motywów, jakimi kierują się kobiety podczas podejmowania aktywności seksualnej, można zaliczyć: potrzebę czułości, chęć wyrażenia uznania dla partnera, dążenie do potwierdzenia kobiecości, podniesienia swojej samooceny, własnej atrakcyjności lub atrakcyjności w oczach partnera, wzmocnienie więzi partnerskiej, okazanie lub zdobycie miłości, doświadczenie przyjemności, osiągnięcie określonych celów tj. uzyskanie dostępu do zasobów materialnych, dla prestiżu, statusu i reputacji, zdobycie albo utrzymanie przy sobie partnera, z poczucia obowiązku, dla prokreacji, a także z powodu wielorakich dobroczynnych skutków zdrowotnych [2, 3].

Niezmiernie ważny jest charakter związku, w którym kobieta żyje, jego stabilność, ogólne zadowolenie z życia małżeńskiego i rodzinnego, urozmaicenie sztuki miłosnej przez partnera, a także zachowania adoracyjne partnera [4].

## Material i metody

Celem artykułu jest ocena partnerów seksualnych przez kobiety we wczesnej i **średniej** dorosłości. Do

grupy kobiet we wczesnej dorosłości zrekrutowano 100 kobiet w wieku 20–30 lat studiujących na Uniwersytecie Rzeszowskim, w Instytucie Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, na kierunku położnictwo, na studiach I stopnia i II stopnia. Natomiast grupę średniej dorosłości tworzyło 200 kobiet w wieku 45–55 lat. Były to kobiety pracujące w Klinice Ginekologii i Położnictwa w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, pacjentki Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Endokrynologii z Pracownią Medycyny Nuklearnej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, studentki Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Rzeszowie działającego przy Uniwersytecie Rzeszowskim, kobiety podnoszące kwalifikacje zawodowe w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, którym zadano pytania dotyczące ich partnerów seksualnych. Grupę mężów/partnerów kobiet we wczesnej dorosłości stanowiło 100 mężczyzn, a grupę mężów/partnerów kobiet w średniej dorosłości 200 mężczyzn.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego o nr. 11/12/2015 z dnia 2 grudnia 2015 roku. Badania przeprowadzono od 11 marca 2016 do 2 grudnia 2016 roku.

Osoby ankietowane poinformowano o tematyce podejmowanej podczas badania, celu badań, możliwości rezygnacji z badań, a także zapewniano o całkowitej anonimowości. Następnie omówiono sposób udzielania odpowiedzi dla poszczególnych kwestionariuszy oraz sposób zabezpieczania anonimowości poprzez zwracanie ich w zaklejonej białej kopercie (poprzez pozostawienie koperty w wyznaczonym miejscu).

W pracy użyto własnego kwestionariusza ankiety, który zawierał pytania służące otrzymaniu podstawowych informacji związanych z partnerami seksualnymi kobiet w wieku wczesnej oraz średniej dorosłości. W badaniu zastosowano również Indeks Funkcji Seksualnej Kobiety (PL-FSFI, *Female Sexual Function Index*).

Każdy komplet kwestionariuszy został oznaczony numerem, zamieszczonym w bazie danych. Początkowo dane zakodowano w arkuszu kalkulacyjnym Excel pod postacią wartości liczbowych zgodnie z przyjętym kluczem.

Tabela 1. Liczba zawartych związków małżeńskich w grupie kobiet z wczesnej i średniej dorosłości

Częstość bycia zamężną	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie jest mężatką	69	69	4	2	73	24,3
1 raz	31	31	190	95	221	73,7
2 razy	0	0	6	3	6	2
Razem	100	100	200	100	300	100
Istotność (p)	$\chi^2(2) = 163,05$ p < 0,001 V Cramera = 0,74					

Tabela 2. Czas bycia w związku z aktualnym mężem/partnerem

Czas bycia w związku (lata)	Statystyki opisowe			
	n	Me	Q1	Q3
Grupa wczesnej dorosłości	100	4,00	2,00	6,00
Grupa średniej dorosłości	200	25,00	20,00	30,00
Razem	300	20,00	5,00	28,00
Istotność (p)	Z = 13,54 p < 0,001			

Me — mediana; Q1 — kwartył dolny; Q3 — kwartył górny; Z — wynik testu U Manna-Whitneya

### Metody statystyczne

Na potrzeby niniejszej pracy do oceny zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi zostały wykorzystane dla pytań na skalach nominalnych następujące testy: V Cramera, Phi. Są to miary symetryczne oparte na teście chi-kwadrat, informujące o sile zależności między zmiennymi w tabelach krzyżowych. Wszystkie miary siły związku są normalizowane tak, aby przyjmowały wartości z przedziału (0–1). I tak odpowiednio od 0–0,29 — zależność słaba, 0,30–0,49 — zależność umiarkowana, 0,5–1 — zależność silna [5]. Dla zmiennych liczbowych obliczono statystyki opisowe tj. mediana, pierwszy i trzeci kwartył. Do oceny różnic w przeciętnym poziomie cechy liczbowej w dwóch populacjach posłużono się testem U Manna-Whitneya. Za poziom istotności statystycznej przyjęto p < 0,05. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.1.

### Wyniki

Mediana dla wieku kobiet z grupy wczesnej dorosłości wyniosła 23 lata, zaś dla kobiet z grupy średniej dorosłości 50 lat.

Mężowie/partnerzy kobiet z grupy średniej dorosłości byli starsi od mężów/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości. Mediana dla wieku mężów/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości wynosiła 25 lat, a dla mężów/partnerów kobiet z grupy średniej dorosłości wynosiła 52 lata.

W grupie kobiet z wczesnej dorosłości zdecydowaną większość stanowiły panny (70,0%), zaś w grupie kobiet z średniej dorosłości — mężatki (94,0%).

Wśród badanych kobiet najwięcej było kobiet zamężnych jednokrotnie (221 badanych — 73,7%). Stanowiły one odsetek 31,0% kobiet w grupie wczesnej dorosłości oraz 95,0% kobiet w grupie średniej dorosłości. Różnice te były silnie istotne statystycznie (p < 0,001) (tab. 1).

Staż w związku kobiet z grupy wczesnej dorosłości i średniej dorosłości, istotnie statystycznie różnił się (p < 0,001). Znacznie dłuższy staż w związku posiadały kobiety z grupy średniej dorosłości. Okres bycia w związku oszacowano w tej grupie kobiet na średnim poziomie 25 lat, zaś w grupie wczesnej dorosłości na średnim poziomie 4 lat (tab. 2).

Najwięcej kobiet w grupie wczesnej dorosłości posiadało jednego partnera (61 kobiet — 61,0%), podobnie kształtował się wynik w grupie średniej dorosłości (134 kobiet — 67,0%). Po osiem kobiet w każdej z grup posiadało więcej niż trzech partnerów seksualnych, w grupie wczesnej dorosłości kolejno 4, 4, 5, 5, 5, 5 i 8 partnerów oraz w grupie średniej dorosłości kolejno 4, 5, 5, 6, 7, 10, 10 i 12 partnerów (tab. 3).

Choroby przewlekłe zgłaszało 4 mężów/partnerów (4,0%) kobiet z grupy wczesnej dorosłości oraz 47 mężów/partnerów (23,5%) kobiet z grupy średniej dorosłości (tab. 4). Mężowie/partnerzy badanych z grupy wczesnej dorosłości chorowali najczęściej na: zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa — 1 osoba, niedoczynność tarczycy — 1 osoba, astmę — 1 osoba, białaczkę — 1 osoba.

Zaburzenia seksualne zgłaszało 29 mężów/partnerów (14,5%) kobiet z grupy średniej dorosłości, zaś podobnych problemów nie posiadał żaden z mężów/

Tabela 3. Deklarowana liczba partnerów seksualnych w grupie wczesnej i średniej dorosłości

Liczba partnerów seksualnych w całym życiu	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem	
	n	%	n	%	n	%
1 partner	61	61	134	67	195	65
2 partnerów	18	18	36	18	54	18
3 partnerów	13	13	22	11	35	11,7
Więcej niż 3 partnerów	8	8	8	4	16	5,3
Razem	100	100	200	100	300	100
Istotność (p)	$\chi^2(3) = 2,59$ p = 0,457					

Tabela 4. Obecność choroby przewlekłej u męża/partnera

Obecność choroby przewlekłej u partnera/ męża	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie	96	96	153	76,5	249	83
Tak	4	4	47	23,5	51	17
Razem	100	100	200	100,0	300	100
Istotność (p)	$\chi^2(1) = 17,96$ p < 0,001 Phi = -0,24					

Tabela 5. Występowanie zaburzeń seksualnych u męża/partnera

Występowanie zaburzeń seksualnych u męża/partnera	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie	100	100	171	85,5	271	90,3
Tak	0	0	29	14,5	29	9,7
Razem	100	100	200	100	300	100
Istotność (p)	$\chi^2(1) = 16,05$ p < 0,001 Phi = -0,23					

Tabela 6. Znaczenie życia seksualnego w ocenie kobiet w grupie wczesnej i średniej dorosłości

Znaczenie życia seksualnego [1-5 pkt.]	Statystyki opisowe			
	n	Me	Q1	Q3
Grupa wczesnej dorosłości	100	1,00	1,00	2,00
Grupa średniej dorosłości	200	2,00	2,00	3,00
Razem	300	2,00	1,50	3,00
Istotność(p)	Z = 7,77 p < 0,001			

Ocena w skali 1–5 (1 — zdecydowanie wysoko, 2 — raczej wysoko, 3 — trudno powiedzieć, 4 — raczej nisko, 5 — zdecydowanie nisko) Me — mediana; Q1 — kwartył dolny; Q3 — kwartył górny; Z — wynik testu U Manna-Whitneya

/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości. Różnica ta była istotna statystycznie (p < 0,001) (tab. 5). Mężowie/partnerzy badanych kobiet, którzy skarżyli się na zaburzenia seksualne chorowali najczęściej na: nadciśnienie — 6 osób, cukrzycę — 7 osób, astmę — 1 osoba, nowotwór pęcherza — 1 osoba, żylaki, przerost gruczołu krokowego — 1 osoba, dyskopatię kręgosłupa — 1 osoba, a także byli po zawale serca — 1 osoba.

Znaczenie życia seksualnego w swoim życiu, ankietowane oceniły w skali od 1 do 5, gdzie wyższa wartość punktowa oznaczała mniejsze znaczenie życia seksualnego. Kobiety z grupy wczesnej dorosłości oceniły znaczenie życia seksualnego na średnim poziomie 1 pkt, zaś kobiety z grupy średniej dorosłości na średnim poziomie 2 pkt. Życie seksualne miało większe

znaczenie dla kobiet z grupy wczesnej dorosłości, a zależność ta była istotna statystycznie (p < 0,001) (tab. 6).

Najważniejsze aspekty życia seksualnego istotnie statystycznie różniły się pomiędzy kobietami z dwóch grup. Dla kobiet z grupy wczesnej dorosłości ważniejsze niż dla kobiet z grupy średniej dorosłości były wierność, urozmaicenie, bliskość, spełnienie i doświadczenie seksualne (tab. 7).

Bardzo zadowolonych ze swojego życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem było 66 kobiet (66%) z grupy wczesnej dorosłości (tab. 8).

Wynik badania pokazuje, iż umiarkowanie zadowolonych z życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem było 79 kobiet (39,5%) z grupy średniej dorosłości (tab. 9).

Tabela 7. Najważniejsze aspekty życia seksualnego w ocenie kobiet w grupie wczesnej i średniej dorosłości w odniesieniu do męża/partnera

Najważniejsze dla badanych aspekty życia seksualnego	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem		Istotność(p)
	n	%	n	%	n	%	
Wierność	82	82	125	62,5	207	69	$\chi^2(1) = 11,85$ p < 0,001 Phi = 0,20
Urozmaicenie	34	34	20	10	54	18	$\chi^2(1) = 26,01$ p < 0,001 Phi = 0,29
Bliskość	74	74	80	40	154	51,3	$\chi^2(1) = 30,84$ p < 0,001 Phi = 0,32
Spełnienie	37	37	30	15	67	22,3	$\chi^2(1) = 18,60$ p < 0,001 Phi = 0,25
Miłość	80	80	106	53	186	62	$\chi^2(1) = 20,62$ p < 0,001 Phi = 0,26
Doświadczenie seksualne	8	8	3	1,5	11	3,7	$\chi^2(1) = 7,97$ p = 0,004 Phi = 0,16

Tabela 8. Zadowolenie z życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem w grupie wczesnej dorosłości według Indeksu Funkcji Seksualnej Kobiety (PL-Female Sexual Function Index)

		n	%
W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak bardzo była Pani zadowolona ogólnie ze swojego życia seksualnego?	Bardzo niezadowolona	2	2
	Umiarkowanie niezadowolona	4	4
	W jednakowym stopniu zadowolona i niezadowolona	5	5
	Umiarkowanie zadowolona	23	23
	Bardzo zadowolona	66	66

Tabela 9. Zadowolenie z życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem w grupie średniej dorosłości według Indeksu Funkcji Seksualnej Kobiety (PL-Female Sexual Function Index)

		n	%
W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak bardzo była Pani zadowolona ogólnie ze swojego życia seksualnego?	Bardzo niezadowolona	8	4
	Umiarkowanie niezadowolona	20	10
	W jednakowym stopniu zadowolona i niezadowolona	30	15
	Umiarkowanie zadowolona	79	39,5
	Bardzo zadowolona	63	31,5

Tabela 10. Myśl o zmianie życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem

Myśl o zmianie życia seksualnego	Grupa wczesnej dorosłości		Grupa średniej dorosłości		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie	90	90	177	88,5	267	89
Tak	10	10	23	11,5	33	11
Razem	100	100	200	100	300	100
Istotność (p)	$\chi^2(1) = 0,15$ p = 0,695					

Tabela 11. Myśl o zmianie życia seksualnego, a ogólny stan zdrowia mężów/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości

Myśl o zmianie życia seksualnego	Nie choruje przewlekłe		Choruje przewlekłe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie myśli o zmianie	86	89,6	4	100	90	90
Myśli o zmianie	10	10,4	0	0	10	10
Razem	96	100,0	4	100	100	100
Istotność (p)	$\chi^2(1) = 0,46$ p = 0,496					

Nad zmianą życia seksualnego rozmyślało 10 kobiet (10,0%) z grupy wczesnej dorosłości i 23 kobiety (11,5%) z grupy średniej dorosłości. Różnice te były statystycznie nieistotne (p = 0,695) (tab. 10).

Wyniki badania pokazują, brak obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólnym stanem zdrowia partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości, a miewaniem przez nie myśli o zmianie życia seksualnego (p = 0,496) (tab. 11).

Tabela 12. Myśl o zmianie życia seksualnego a ogólny stan zdrowia mężów/partnerów kobiet z grupy średniej dorosłości

Myśl o zmianie życia seksualnego	Nie choruje przewlekłe		Choruje przewlekłe		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Nie myśli o zmianie	135	88,2	42	89,4	177	88,5
Myśli o zmianie	18	11,8	5	10,6	23	11,5
Razem	153	100	47	100	200	100
Istotność (p)	$\chi^2(1) = 0,04$ p = 0,832					

Tabela 13. Częstotliwość rozmawiania z mężem/partnerem na temat swoich oczekiwań seksualnych

Częstotliwość rozmawiania z mężem/ /partnerem na temat swoich oczekiwań seksualnych	Statystyki opisowe			
	n	Me	Q1	Q3
Grupa wczesnej dorosłości	100	2,00	1,00	2,00
Grupa średniej dorosłości	200	3,00	2,00	4,00
Razem	300	3,00	2,00	3,00
Istotność (p)	Z = 6,33 p < 0,001			

Ocena w skali 1–5 (1 — bardzo często; 2 — często; 3 — rzadko; 4 — bardzo rzadko; 5 — wcale); Me — mediana; Q1 — kwartył dolny; Q3 — kwartył górny; Z — wynik testu U Manna-Whitneya

W badaniu stwierdza się, brak obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólnym stanem zdrowia partnerów kobiet z grupy średniej dorosłości, a nieważeniem przez nie myśli o zmianie życia seksualnego (p = 0,832) (tab. 12).

O swoich oczekiwaniach seksualnych częściej rozmawiały z mężem lub partnerem kobiety z grupy wczesnej dorosłości. Częstość odbywania podobnych rozmów oceniono wśród kobiet z grupy wczesnej dorosłości na poziomie średnim 2 pkt. w pięciopunktowej skali oraz w grupie średniej dorosłości na poziomie średnim 3 pkt. Opisana różnica była istotna statystycznie (p < 0,001) (tab. 13).

W grupie wczesnej dorosłości: bardzo często rozmawiało o swoich oczekiwaniach seksualnych — 28,0% kobiet, często — 47,0%, rzadko — 14,0%, bardzo rzadko — 6,0%, wcale — 5,0%. Natomiast w grupie średniej dorosłości wyniki przedstawiały się odmiennie: bardzo często rozmawiało o swoich oczekiwaniach seksualnych — 10,0% kobiet, często — 26,0%, rzadko — 36,0%, bardzo rzadko — 18,0% i wcale — 10,0%.

## Dyskusja

Zdaniem prof. Lwa-Starowicza [6], satysfakcjonujące życie seksualne ma miejsce w początkowych latach związku, a z upływem czasu zainteresowanie i pragnienie względem partnera ulega osłabieniu. To, co kiedyś było przyjemnością, staje się obowiązkiem małżeńskim. Przyczyną takiego stanu może być utrata fizycznej atrakcyjności, monotonia i rutyna w sferze miłości, wpływ chorób i przyjmowanych leków, spa-

dek popędu seksualnego. Analiza dostępnej literatury wykazała, że u kobiet pomiędzy 50. a 60. rokiem życia pożądanie obniża się wraz z długością trwania związku [7]. Kobiety w wieku menopauzalnym najczęściej są w związkach z długim stażem, w których mogło dojść do ochłodzenia uczuć między partnerami, utraty pragnienia poszukiwania z nim fizycznej bliskości [8]. Do podobnych spostrzeżeń doszła Nomejko i wsp. [9], która stwierdziła, iż długość stażu związku powoduje niższy poziom satysfakcji seksualnej. Również tego zdania są Hawton i wsp. [10], według których długość przebywania w związku z partnerem może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie seksualne kobiet.

W badaniu własnym najwięcej kobiet z grupy wczesnej dorosłości posiadało jednego partnera. Podobne wyniki co do grupy wczesnej dorosłości otrzymał Aouil [11], gdzie badaniu poddano studentów Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w przedziale wiekowym 20–25 lat i otrzymano, iż 41,4% kobiet posiadało jednego partnera, 27,6% — dwóch, 17,2% — trzech, a 3,5% deklaroowało 5 i 10 partnerów. Również Müldner-Nieckowski i wsp. [12] wykazał, że grupa studentek, którą badano najczęściej miała jednego partnera seksualnego — 30,0%, dwóch partnerów — 19,0%, trzech partnerów — 20,0%. Z kolei Sałasińska i wsp. [13] wykazała w badaniach przeprowadzonych wśród studentek w wieku 20–29 lat, iż mają średnio 2 partnerów seksualnych. Najbardziej zbliżone wyniki do autorki pracy otrzymał Zdrojewicz i wsp. [14], gdzie 60,0% studentek deklaroowało, że miało jednego partnera, natomiast 3,0% — wielu.

Nie udało się porównać grupy średniej dorosłości z dostępną literaturą w zakresie liczby partnerów seksualnych. W takim razie można wnioskować, że kobiety bardziej przywiązują uwagę do liczby posiadanych partnerów. Współżycie seksualne dla kobiet jest czymś głębszym, nie tylko rozładowaniem popędów i podstawowych potrzeb biologicznych, ale i potrzeb emocjonalnych. A kobiety łączą seks z uczuciami, poczuciem bliskości, miłości.

Od dawna wiadomo, że udane życie seksualne ma wpływ na jakość i długość życia, stanowi protekcję przed wieloma chorobami: zawałami, udarami, migreną i depresją [15]. W badaniu autorki pracy, zaburzenia seksualne zgłosiło 14,5% mężów/partnerów kobiet z grupy średniej dorosłości, zaś podobnych problemów nie posiadał żaden z mężów/partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości. Mężowie/partnerzy kobiet, którzy zgłaszali zaburzenia seksualne chorowali najczęściej na nadciśnienie i cukrzycę. Potwierdzenie wyników znajdujemy w badaniu Pongsatha i wsp. [16], który otrzymał, iż 12,9% kobiet w okresie okołomenopauzalnym zgłaszało problemy seksualne związane ze zdrowiem partnerów. Również wyniki badań prowadzonych przez Giuliano i wsp. [17] na grupie mężczyzn o średniej wieku  $58,9 \pm 9,2$  roku wykazały, iż zaburzenia erekcji występowały u 67,0% pacjentów z nadciśnieniem i 71,0% pacjentów chorych na cukrzycę, przy czym w grupie mężczyzn, u których nadciśnienie tętnicze współistniało z cukrzycą zaburzenia erekcji występowały u 77,0% mężczyzn. Literatura podaje, iż niesłuchanie niekorzystnie na erekcję wpływają preparaty z grupy beta-adrenalityków, ponieważ hamują działanie na układu współczulnego przez co blokują rozkurcz ciał jamistych prącia, a ponadto mają działanie uspokajające i depresyjne [15]. Czynnikiem negatywnie wpływającym na popęd seksualny mężczyzny jest również wiek. Starszy mężczyzna potrzebuje więcej czasu i bardziej bezpośredniej stymulacji członka do osiągnięcia pełnego wzwodu. Orgazm jest mniej intensywny niż w młodszym wieku, trwa krócej, występuje z mniejszą liczbą skurczów mięśni opuszkowo-jamistych. Ilość ejakulatu jest mniejsza, a zarazem okres zwiotczenia członka o wiele gwałtowniejszy [18].

Autorka pracy otrzymała, iż 66,0% ankietowanych z grupy wczesnej dorosłości jest bardzo zadowolonych z dotychczasowego życia seksualnego. Bardzo podobny wynik otrzymali Chmielewska i wsp. [19], gdzie usatysfakcjonowanych ze swojego życia seksualnego było 95,0% kobiet w wieku 25–29 lat oraz 75,0% badanych w wieku 20–24 lata [19]. Również Müldner-Nieckowski i wsp. [12], a także Szpak i wsp. [20], stwierdzili, iż zadowolenie ze swojego życia seksualnego zadeklarowało około 57% kobiet. Według Müldner-Nieckowskiego

i wsp. [21] poprawić swoje życie seksualne chciało około 30% kobiet z przedziału wiekowego 21–26 lat.

Na następnym etapie badań uzyskano wynik, według którego stosunkowo duży procent respondentek w wieku średniej dorosłości (39,5%) zadeklarowało średnie zadowolenie ze swojego życia seksualnego. W dotychczasowym piśmiennictwie podejmowano również próbę ustalenia, jaki procent kobiet w wieku okołomenopauzalnym odczuwa satysfakcję seksualną podczas zbliżeń. Uzyskane przez Gardziejewską i wsp. [22] wyniki badań są zgodne z wynikami autorki i mówią, że 49% kobiet w wieku okołomenopauzalnym deklarowało zadowolenie ze swojego życia seksualnego, natomiast 30% ankietowanych uważało, że mogłoby być lepiej. W 18% badane kobiety przyznały, że nie są zadowolone ze swojego życia seksualnego, a 3% ankietowanych twierdziło, że mogłoby być gorzej. Lindau i wsp. [22] stwierdzili, podobnie jak Gardziejewska [23], iż 17–25% kobiet w wieku średnim doświadcza niezadowolonych z życia seksualnego. W materiale Lo i wsp. [24] wśród kobiet w wieku 40–60 lat, 30,7% respondentek było bardzo niezadowolonych z seksu. Wśród respondentek z dysfunkcją seksualną było 46% niezadowolonych z seksu, a wśród osób bez dysfunkcji seksualnych niezadowolonych z seksu było 8%, ( $p < 0,001$ ). U Szpak i wsp. [20] aż 55,0% kobiet z grupy aktywnych seksualnie kobiet w wieku okołomenopauzalnym nie odczuwało satysfakcji z prowadzonego współżycia [25]. Odmienne wyniki zaprezentowała w swoich badaniach Wawrzyniak [26], która otrzymała, iż 60% kobiet po 45. rż. uważało seks za kluczowy element udanego związku, a 63% ankietowanych oceniło swoje życie seksualne za w pełni lub umiarkowanie satysfakcjonujące [26]. Najwięcej zadowolonych kobiet z życia seksualnego ujawniły wyniki badania González i wsp. [27], gdzie ten procent wynosił aż 78. Bakiera i wsp. twierdzi, iż nie ma istotnego związku pomiędzy satysfakcją seksualną, a wiekiem [28, 29]. Z kolei Tomic i wsp. w badaniu przeprowadzonym wśród 846 kobiet w wieku 40–60 lat otrzymali wynik, według którego starszy wiek istotnie statystycznie obniża stopień satysfakcji seksualnej w średnim wieku [30–32].

Z analizowanego przez autorkę pracy materiału badawczego wynika, że dla kobiet z grupy średniej dorosłości życie seksualne jest „raczej istotne”. Uzyskane wyniki są podobne do badań Czajkowskiej i wsp. [33], która otrzymała, iż kobiety w wieku 50 lat rzadko uważają seks za coś przyjemnego ( $p = 0,064$ ). A dla 80,9% kobiet seks odgrywał umiarkowanie ważną rolę w ich życiu. Podobną zależność otrzymała Gardziejewska i wsp. [22], wykazując, że dla 60% kobiet w okresie okołomenopauzalnym kontakty seksualne były ważne lub bardzo ważne. Jednakże dla 40% badanych kobiet

seks nie miał znaczenia w ich życiu [22]. W przypadku kobiet powyżej 50. roku życia seks był dla 40,5% badanych zdecydowanie ważny i bardzo ważny [33]. Do całkowicie odmiennych wniosków doszli Szpak i wsp. [31], wykazując, że dla 48% badanych kobiet seks miał średnie znaczenie w ich życiu, podczas gdy 12% badanych kobiet przyznało, że rola kontaktu seksualnego była całkowicie nieistotna [31]. W przypadku kobiet pożądanie seksualne nie jest najczęstszą przyczyną podejmowania aktywności seksualnej w stabilnych związkach, większe znaczenie ma na przykład potrzeba bliskości emocjonalnej [34].

Analiza danych niniejszych badań wykazuje, że prawie połowa kobiet z grupy wczesnej dorosłości często podejmowała rozmowę o swoich potrzebach seksualnych ze swoim mężem/partnerem. Podobne wyniki otrzymali Müldner-Nieckowski i wsp. [21], według których 76% respondentek uważa, że należy rozmawiać z partnerem o kwestiach dotyczących seksu. Również w badaniach Zdrojewicz i wsp. [14] okazało się, iż 59% studentek Akademii Medycznej i 55% z Akademii Ekonomicznej, czyli większość badanych kobiet szczerze rozmawiało z partnerami na temat antykoncepcji. Jedynie 6% studentek z obu uczelni nie rozmawiało z partnerem o wyborze metody antykoncepcji, która jest niezmiernie ważna podczas podejmowania współżycia płciowego. A Relich i wsp. [35] udowodnili, że jedynie 13% kobiet w wieku 21–30 lat rzadko rozmawiało o własnych fantazjach i potrzebach, ale wydaje się im, że znają i spełniają oczekiwania partnera; 13% kobiet twierdziło, że często brakuje im wskazówek partnera i dlatego nie zawsze są pewne, czy postępują dobrze podczas współżycia.

W badaniu własnym w grupie *średniej* dorosłości 36% kobiet rzadko odbywało rozmowę o swoich oczekiwaniach seksualnych z mężem/partnerem. Podobny wynik otrzymali Gardziejewska i wsp. [22] w swoich badaniach, gdzie rozmowę z partnerem na temat zmian i problemów życia seksualnego w okresie menopauzy przeprowadziło 48% ankietowanych. Na zachowania seksualne okresu *średniej* dorosłości mają wpływ poziom komunikacji w związku oraz zainteresowanie kierowane na partnera. Problemy seksualne mają swoje źródło w niskim poziomie porozumienia między partnerami [8, 9].

## Wnioski

1. Zdecydowana większość kobiet we wczesnej oraz średniej dorosłości posiadała tylko jednego partnera seksualnego.
2. Zaburzenia seksualne występowały rzadko u partnerów kobiet z grupy *średniej* dorosłości i w ogóle

u partnerów kobiet z grupy wczesnej dorosłości.

3. Kobiety we wczesnej oraz średniej dorosłości raczej były zadowolone z życia seksualnego z aktualnym mężem/partnerem i nie myślały o zmianie swojego życia seksualnego.
4. O swoich oczekiwaniach seksualnych częściej rozmawiały z partnerem/mężem kobiety z grupy wczesnej dorosłości.

## Piśmiennictwo

1. Meston CM, Buss DM. Dlaczego kobiety uprawiają seks. Motywacje seksualne — od przygody po zemstę. Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2010: 25–52.
2. Grabowska M. Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2011.
3. Gałęcki P, Depko A, Jędrzejewska S, et al. Orgazm człowieka z perspektywy fizjologicznej — część II. Pol Merk Lek. 2012; 33(194): 120–123.
4. Lew-Starowicz Z, Szymańska M. Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. Prz Menopauz. 2010; 9(6): 381–384.
5. Nawojczyk M. Przewodnik po statystyce dla socjologów. Wydawnictwo SPSS Polska, Kraków 2002: 25–28.
6. Lew-Starowicz Z. Ona i on o seksie. Wydawnictwo Bertelsmann Media, Warszawa 2007: 229–232.
7. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. Scand J Sexol. 1999; 2: 79–105.
8. Jarecka K. Jakość związku a objawy menopauzalne u kobiet i andropauzalne u mężczyzn. Pol Forum Psychol. 2017; 22(2): 219–241.
9. Nomejko A, Dolińska-Zygmunt G, Mucha A. Znaczenie jakości komunikacji dla satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn w bliskich związkach o różnym stażu. Seksuol Pol. 2017; 15(1): 1–8.
10. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. Arch Sex Behav. 1994; 23(4): 375–395, doi: [10.1007/BF01541404](https://doi.org/10.1007/BF01541404), indexed in Pubmed: [7993180](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7993180/).
11. Aouil B. Przyczyny podejmowania zachowań seksualnych przez młodzież akademicką oraz czynniki warunkujące przedwczesną inicjację seksualną (komunikat z badań). Prz Terapeut. 2017; 11(1): 48–67, doi: [10.2174/1874321801711010048](https://doi.org/10.2174/1874321801711010048).
12. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, et al. Seksualność studentów medycyny — rozwój i realizacja potrzeb seksualnych. Psychiatr Pol. 2012; 46(1): 35–49.
13. Sałasińska A, Zawilowski G, Mateńka W. Seksualność i wybrane cechy osobowości studentek wybierających z zakresu seksuologii — komunikat z badań. Prz Seksuol. 2012; 31(4): 17–22, doi: [10.1002/jhm.20100](https://doi.org/10.1002/jhm.20100).
14. Zdrojewicz Z, Belowska-Bień K, Boruta M, et al. Badanie seksualności studentek wrocławskich uczelni. Seksuol Pol. 2003; 1(1): 17–22.
15. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Wilczak M, et al. Seksualność osób otyłych ze szczególnym uwzględnieniem okresu przekwitania. Pol Prz Nauk Zdr. 2015; 4(45): 267–270.
16. Pongsatha S, Morakot N, Chaovitsaree S. Sexual in menopausal women comparing perimenopausal and postmenopausal women. J Med Assoc Thai. 2012; 95(12): 1489–1494, indexed in Pubmed: [23390777](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23390777/).
17. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, et al. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. Urology. 2004; 64(6): 1196–1201, doi: [10.1016/j.urology.2004.08.059](https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.08.059), indexed in Pubmed: [15596196](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15596196/).



18. Jakiel G, Pilewska-Kozak AN, Łepecka-Klusek C, et al. Mężczyźni kobiet menopauzalnych Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Prz Menopauz*. 2009; 2: 97–101.
19. Chmielewska EA, Krupienicz A. Zachowania seksualne pielęgniarerek. *Seksuol Pol*. 2015; 13(1): 8–13.
20. Szpak B, Mastalerz M, Wrześniewska M. Women's life orientation and pro-health behavioural patterns in the perimenopausal phase. *Medical Studies*. 2018; 34(4): 309–316, doi: [10.5114/ms.2018.80947](https://doi.org/10.5114/ms.2018.80947).
21. Müldner-Nieckowski Ł, Sobański J, Klasa K, et al. Seksualność studentów medycyny — przekonania i postawy. *Psychiatr Pol*. 2012; XLVI(5): 791–805.
22. Gardziejewska A, Różańska-Kohsek A, Zalewski M, et al. Sexuality of perimenopausal women. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20(4): 400–404, doi: [10.5604/20834543.1132044](https://doi.org/10.5604/20834543.1132044).
23. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007; 357(8): 762–774, doi: [10.1056/NEJMoa067423](https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423), indexed in Pubmed: [17715410](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17715410/).
24. Lo SST, Kok WM. Sexuality of Chinese women around menopause. *Maturitas*. 2013; 74(2): 190–195, doi: [10.1016/j.maturitas.2012.11.006](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.006), indexed in Pubmed: [23265305](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265305/).
25. Posturzyńska M, Rechberger T, Postawski K. Objawy uroginekologiczne i ich wpływ na jakość życia kobiet w okresie przekwitania. *Prz Menopauz*. 2006; 6: 388–392.
26. Wawrzyniak JK. Seksualność osób 50 plus. Wybrane konteksty analizy zjawiska. *Eduk Dor*. 2011; 1: 65–75.
27. González M, Viáfara G, Caba F, et al. Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*. 2004; 48(4): 411–420, doi: [10.1016/j.maturitas.2003.10.005](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2003.10.005), indexed in Pubmed: [15283933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15283933/).
28. Bakiera L, Wiśniewska M. Płeć metrykalna i psychologiczna a podział obowiązków domowych i satysfakcja seksualna w związkach konsensualnych. *Rocznik Lubuski*. 2018; 44(1): 325–344.
29. Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav*. 2002; 31(5): 431–437, doi: [10.1023/a:1019844209233](https://doi.org/10.1023/a:1019844209233), indexed in Pubmed: [12238611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12238611/).
30. Tomic D, Gallicchio D, Whiteman MK. Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. *Maturitas*. 2006; 53: 144–157.
31. Szpak R, Folwarczny W, Drozdol A, et al. Relacje partnerskie w okresie klimakterium. *Ginekol Pol*. 2010; 81(2): 115–119.
32. da Silva Lara LA, Useche B, Rosa E Silva JC, et al. Sexuality during the climacteric period. *Maturitas*. 2009; 62(2): 127–133, doi: [10.1016/j.maturitas.2008.12.014](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.014), indexed in Pubmed: [19186014](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19186014/).
33. Czajkowska KB, Lew-Starowicz Z, Szymańska M. The prevalence of sexual activity, and sexual dysfunction and behaviours in postmenopausal woman in Poland. *Prz Menopauzalny*. 2016; 15(3): 156–164, doi: [10.5114/pm.2016.63495](https://doi.org/10.5114/pm.2016.63495), indexed in Pubmed: [27980527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27980527/).
34. Dąbkowska M. Obraz własnego ciała u kobiet a satysfakcja seksualna. *Przegląd Badań Edukacyjnych*. 2016; 2(21): 107–118, doi: [10.12775/pbe.2015.050](https://doi.org/10.12775/pbe.2015.050).
35. Relich A, Matuszewska M. a jego realizacja w sferze seksualnej. *Roczniki Socjologii Rodziny*. 1999; 11: 197–206.