

Seksualność studentów medycyny – przekonania i postawy

Medical students' sexuality – beliefs and attitudes

Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa²,
Edyta Dembińska¹, Krzysztof Rutkowski¹

¹ Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

² Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

Summary

Introduction. Ability and readiness to talk with patients about sexual problems not only depend on education in sexual physiology and pathology, but also on the doctors' beliefs and attitudes towards sexuality. Considering importance of these matters, the authors decided to collect and evaluate the data regarding attitudes and cognitive schemata of medical students.

Aim. Analysis of selected convictions and attitudes towards sex life of IV-th grade students of medicine.

Methods. There was self-report Questionnaire on Satisfaction with Sexual Life (KSS2) applied. Medical students filled-out the questionnaire when attending the courses of Psychopathology of neurotic disorders or Psychotherapy.

Results. Analysis of the collected data revealed differentiation of the studied group in regard of beliefs and attitudes towards sex life, dialogue about sex in erotic relationships, and seeking for professional help. Regarding some aspects, significant differences between women and men occurred. The following factors, which may negatively influence medical doctor's competencies in domain of sexual health, were identified: discomfort considering their own sexuality, avoidance of sexual drive, negative moral judgment of sexual activity.

Conclusions. Assessment of influence of students' and doctors' own sexuality on their competencies in diagnostics and treatment requires further studies. There is a clear indication to look for the means for prophylaxis and correction of ineffective attitudes and convictions of future doctors', as professional sexual education or interpersonal trainings.

Słowa kluczowe: seksualność, studenci medycyny, przekonania i postawy, zaburzenia seksualne

Key words: sexuality, medical students, beliefs and attitudes, sexual disorders

Wstęp

Niektóre badania prowadzone w grupach studentów medycyny wskazują, co może się wydawać zaskakujące, że subiektywny stosunek studentów do życia seksualnego ma większy wpływ na ich podejście do uwzględniania zdrowia seksualnego pacjentów

w procesie diagnostyki i leczenia niż merytoryczna jakość kształcenia w tym zakresie [1, 2, 3, 4]. Można się spodziewać, że osoby negatywnie przeżywające własną seksualność będą miały trudności w prowadzeniu swobodnej i neutralnej rozmowy o seksualności innych – chociażby z uwagi na możliwość projektowania na nich własnego skrepowania, zawstydzenia czy niepewności. Ponieważ aktywność seksualna nadal pozostaje w wielu domach tematem wstydlivym i pomijanym [5, 6], lekarze odgrywają szczególną rolę w promocji zdrowego i satysfakcjonującego życia seksualnego.

Mimo tego, jeszcze w 1995 r. 90% szkół medycznych w USA praktycznie nie prowadziło nauczania w zakresie problematyki seksualnej [7, 8, 9], a w 1993 r. przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych w USA uznani zostali za niedostatecznie wykształconych w zakresie zdrowia seksualnego. National Institute of Health (NIH Consensus Conference) zalecił wówczas wprowadzenie zajęć z tego przedmiotu, w tym praktycznej nauki szczegółowego wywiadu z tego zakresu, a także stworzenie oferty szkoleń podyplomowych, uwzględniających interdyscyplinarność problematyki seksualnej [7].

W tym kontekście szczególnie interesujące wydaje się opisane przez McGarveya i wsp. [9] zjawisko postępującego spadku ważności omawiania kwestii seksualności z pacjentami w kolejnych latach kształcenia – m.in. ze względu na modelowanie postaw przez starszych stażem lekarzy, ujawniających swój własny dyskomfort związany z poruszaniem tematu seksualności w rozmowie z pacjentami oraz tendencję do jego unikania w prowadzonych wywiadach. Autorzy ci opisali także stopniową marginalizację trudności seksualnych na rzecz „poważniejszych” sytuacji medycznych.

Z drugiej strony Boekeloo i wsp. (cyt. za Williams i Goebert [1]) stwierdzili, że przestrzeganie przez lekarzy wagi zajmowania się seksualnością i zmniejszaniem tendencji do ryzykownych zachowań seksualnych nie ulegało zmianie pod wpływem edukacji. Lekarze są w zakresie seksualności konserwatywni, niechętnie poruszają kwestie seksualne w rozmowie z pacjentami, co stwierdzono w licznych, głównie amerykańskich badaniach. Brakuje natomiast danych pozwalających ocenić, czy problem ten dotyczy także ich komunikacji: „omawiania i negocjowania zachowań seksualnych” z własnymi partnerami. Williams i Goebert sugerują, że być może lekarze są także z powodów osobistych skłonni hamować dialog dotyczący zdrowia seksualnego [1].

Badań nad seksualnością studentów medycyny przeprowadzono dotychczas niewiele. Wszystkie one wskazują na znaczne psychofizyczne i emocjonalne obciążenie studentów oraz jego wpływ na ich zdrowie seksualne (w okresie największego nasilenia potrzeb i aktywności seksualnej oraz doboru partnerów). Wiąże się ono ze znacznym, nawet większym niż w populacji ogólnej, rozpowszechnieniem wśród nich zaburzeń seksualnych [10, 11], występowaniem konfliktów wewnątrzpsychicznych dotyczących masturbacji i orientacji seksualnej, oraz trudności w przypadku leczenia „pacjentów prowokujących seksualnie” [12].

Szczególnie niekorzystne w pracy z pacjentami, których zdrowie seksualne może ulegać zakłóceniom – czy to z powodu dysfunkcji stricte seksualnych lub zaburzeń psychicznych, czy np. ze względu na stosowanie leków albo zabiegi operacyjne – wydaje się traktowanie seksualności przez personel medyczny jako tematu tabu, jej pomijanie lub stosowanie moralnych ocen.

Cel

Celem badania była analiza wybranych przekonań i postaw, dotyczących własnego życia seksualnego, studentów IV roku Wydziału Lekarskiego UJ CM.

Material

W latach 2009–2011, w czasie zajęć z psychopatologii zaburzeń nerwicowych i podstaw psychoterapii, przeprowadzono badanie ankietowe grupy 180 studentów IV roku Wydziału Lekarskiego. Stanowiło ono element wielokierunkowych badań zdrowia seksualnego pacjentów z zaburzeniami lękowymi i osobowości, prowadzonych w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy. Studenci wypełniali kwestionariusze po zakończeniu zajęć z zakresu psychopatologii nerwic, zaburzeń behawioralnych i zaburzeń osobowości, oraz z psychoterapii. W czasie ćwiczeń wprowadzane były elementy wiedzy o seksualności człowieka, związane z etiologią i obrazem objawowym nerwic. Studenci, którzy uczestniczyli w badaniu, nie mieli do tego czasu w programie studiów zajęć dotyczących bezpośrednio seksuologii. Ze względu na błędne lub niekompletne wypełnienie odrzucono trzy kwestionariusze. Grupa badana obejmowała 177 osób: 105 kobiet oraz 72 mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Ogólna charakterystyka grupy badanych

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba osób	n = 105	n = 72
Wiek		
Średnia ± odch. standardowe	23±1	23±1
Min. – maks.	21–26	21–28
Stan cywilny / relacje:		
Małżeństwo	3 (3%)	0 (0%)
Związek nieformalny	52 (50%)	33 (46%)
Nie ma stałego partnera(-ki)	50 (47%)	38 (53%)
Nigdy nie miał(-a) partnera	18 (17%)	14 (19%)

Metody

W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2) autorstwa Ł. Müldnera-Nieckowskiego i K. Rutkowskiego [6] umożliwiający względnie szybkie zebranie informacji dotyczących różnych aspektów seksualności, takich jak np. ogólna satysfakcja z życia seksualnego, obciążające czynniki w rozwoju seksualnym i obecnej sytuacji życiowej, aktywność seksualna, relacja z partnerem seksualnym, stosunek do własnej płci, ciała i funkcji seksualnych, występowanie zaburzeń seksualności, przekonania dotyczące seksualności oraz oczekiwania związane z leczeniem.

Prezentowany materiał stanowi kontynuację opisu grupy studentów, przedstawionej w pierwszej części badań, poświęconej rozwojowi i realizacji potrzeb seksualnych studentów medycyny [6]. Jako wskaźniki potencjalnie niekorzystnego podejścia do seksualności uwzględniono: brak akceptacji własnego ciała, fizjologii i ekspresji seksualnej, odrzucanie własnych tendencji popędowych, w tym fantazjowania seksualnego na jawie i snów o tematyce erotycznej, poczucie winy związane z masturbacją oraz skojarzenia aktywności seksualnej z nieprzyjemnymi emocjami i wspomnieniami. Studenci odnieśli się w kwestionariuszu także do stwierdzeń dotyczących postaw wobec snów i fantazji erotycznych, rozumienia własnych zachowań seksualnych jako uzależnienia oraz potrzeby poprawy życia seksualnego, w tym skorzystania z porad seksuologa.

Kwestionariusz zawiera wiele stwierdzeń, do których osoba badana odnosi się przez zaznaczenie jednej z odpowiedzi: „tak”, „raczej tak”, „nie” lub „raczej nie”. Analizując odpowiedzi udzielone na poszczególne pytania, rozpatrywano niekiedy wspólnie odpowiedzi „tak” i „raczej tak” oraz „nie” i „raczej nie”. Wynika to z założenia, że biegun odpowiedzi jest bardziej istotny niż wątpliwość co do jej właściwości, zawarta w słowie „raczej”. Brak w ankiecie odpowiedzi całkowicie neutralnych (np. „nie wiem”, czy „ani tak, ani nie”) wymusza na respondentach wybór odpowiedzi pozytywnej lub negatywnej, niezależnie od wątpliwości w danym zakresie.

Analizy statystyczne

Do oceny istotności różnic między odsetkami użyto dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury. Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu STATISTICA 8 PL.

Wyniki

Tabela 2. Negatywne odczucia dotyczące własnego ciała i narządów płciowych

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Czuję wstręt do swojego ciała			
tak	2	2%	1	1%
raczej tak	4	4%	0	0%
raczej nie	19	18%	11	15%
nie	80	76%	56	78%
brak odp.	0	0%*	4	6%*
	Czuję się źle, kiedy dotykam moich narządów płciowych/mojego członka			
tak	3	3%	2	3%
raczej tak	7	* 7%	0	* 0%
raczej nie	23	* 21%	10	* 14%
nie	71	68%	57	79%
brak odp.	1	1%	3	4%

* $p < 0,05$, test dla dwóch wskaźników struktury (odsetków)

Zdecydowana większość respondentów (76%–78%) zaprzeczyła odczuwaniu wstępu do swojego ciała. Poczucie takie miało jednak troje badanych, a kolejne cztery studentki udzieliły odpowiedzi „raczej tak”. Czterech studentów (6%) nie udzieliło odpowiedzi (tabela 2).

Dyskomfort związany z dotykaniem narządów płciowych zgłosiło niewiele osób, jednoznacznie potwierdziło jego występowanie tylko 3% studentów i studentek, jednocześnie istotnie więcej studentek udzieliło odpowiedzi „raczej tak” oraz drugiej – nie w pełni jednoznacznej – „raczej nie” (łączny odsetek takich odpowiedzi studentek był również istotnie większy niż w grupie studentów, 21% vs 14%, $p < 0,05$).

Tabela 3. Postawy wobec fantazji i snów erotycznych

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Kiedy mam fantazje erotyczne, zawsze staram się je usunąć z moich myśli			
tak	2	2%	0	0%
raczej tak	11	10%	12	17%
raczej nie	57	54%	37	51%
nie	32	30%	22	2,77%
nie dotyczy	2	2%	0	0%
brak odp.	1	1%	1	2,77%
	Miewam sny erotyczne			
tak	41	39%	27	38%
raczej tak	23	22%	21	29%
raczej nie	34	32%	20	28%
nie	7	7%	2	3%
brak odp.	0	0%	2	3%
	Lubię wspominać sny erotyczne			
tak	20	19%	12	17%
raczej tak	31	30%	18	25%
raczej nie	30	29%	23	32%
nie	23	22%	16	22%
nie dotyczy	1	< 1%	0	0%
brak odp.	0	* 0%	3	* 4%

* $p < 0,05$, test dla dwóch wskaźników struktury (odsetków)

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 3, kilkakrotnie więcej osób badanych nie starało się unikać fantazji erotycznych, jednak 10% kobiet i 17% mężczyzn zgłosiło takie tendencje. Jednoznacznie twierdząco (odpowiedź „tak”) odpowiedziały wyłącznie dwie studentki. Nie stwierdzono różnic w „tłumieniu” fantazji erotycznych między grupami mężczyzn i kobiet. Występowanie snów erotycznych zgłosiła większość ba-

danych (61% kobiet i 67% mężczyzn), nie stwierdzono żadnych różnic związanych z płcią. Pozytywnie oceniane wspomnianie snów erotycznych zgłosiła niemal połowa badanych. Nie stwierdzono także w tym przypadku istotnych różnic związanych z płcią, poza niewielką podgrupą trzech mężczyzn, którzy pominieli to pytanie.

Tabela 4. Poczucie winy za masturbację i przekonanie o uzależnieniu od niej

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	W trakcie lub po masturbacji mam poczucie winy			
tak	7	7%	5	7%
raczej tak	14	13%	10	14%
raczej nie	23	22%	19	26%
nie	36	34%	32	44%
nie i raczej nie ŁĄCZNIE	59	* 56%	51	* 71%
nie dotyczy	24	*** 23%	2	*** 3%
brak odp.	1	1%	4	6%
	Myślę, że jestem uzależniona(y) od masturbacji			
tak	0	* 0%	5	* 7%
raczej tak	4	*** 4%	17	*** 24%
tak i raczej tak ŁĄCZNIE	4	*** 4%	22	*** 31%
raczej nie	16	* 15%	22	* 31%
nie	83	*** 79%	20	*** 28%
nie i raczej nie ŁĄCZNIE	99	*** 94%	42	*** 58%
nie dotyczy	1	1%	0	0%
brak odp.	1	** 1%	8	** 11%

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$, test dla dwóch wskaźników struktury (odsetków)

Poczucie winy związane z masturbacją zgłosił podobny odsetek kobiet i mężczyzn (odpowiednio 20%, 21%), jednak istotnie więcej kobiet podało, że nie masturbuje się w ogóle (tabela 4). Przekonanie o swoim uzależnieniu od masturbacji wyraziło, zarówno jednoznacznie jak i w wersji odpowiedzi łączącej „tak” i „raczej tak”, istotnie więcej mężczyzn. Pytanie to również zostało pominięte przez wyjątkowo wysoki odsetek mężczyzn (11%). Prawie żadna studentka nie potwierdziła tego przekonania, w tym zdecydowanie odrzuciło go aż 79% kobiet.

Skojarzenie seksu z negatywną oceną moralną (tabela 5) dotyczyło niewielu badanych (6–7%). Podobnie przytłaczająca większość badanych (85–87%) odrzuciła skojarzenie seksu z bólem lub cierpieniem. Ponownie, poza niewielką podgrupą mężczyzn (4%) pomijających to pytanie, nie stwierdzono istotnych różnic związanych z płcią. Poczucie, że seks jest obrzydliwy, zgłosił podobny, niewielki odsetek kobiet i mężczyzn (1–4%), jednak istotnie mniej mężczyzn zanegowało ten pogląd (łączone odpowiedzi „nie” i „raczej nie”) i więcej mężczyzn niż kobiet pominięło to pytanie.

Tabela 5. Negatywne skojarzenia z seksem

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Seks kojarzy się z czymś złym moralnie			
tak	2	2%	0	0%
raczej tak	4	4%	5	7%
raczej nie	28	27%	13	18%
nie	71	67%	50	70%
brak odp.	0	* 0%	4	* 5%
	Seks kojarzy mi się z bólem, cierpieniem			
tak	1	1%	1	1%
raczej tak	1	1%	0	0%
raczej nie	12	11%	7	10%
nie	91	87%	61	85%
brak odp.	0	* 0%	3	* 4%
	Seks jest dla mnie obrzydliwy			
tak	1	1%	1	1%
raczej tak	0	0%	2	3%
raczej nie	5	5%	3	4%
nie	98	93%	61	85%
nie i raczej nie ŁĄCZNIE	103	* 98%	64	* 89%
brak odp.	1	* 1%	5	* 7%
	Myślę, że jestem uzależniona(y) od seksu			
tak	1	1%	2	3%
raczej tak	3	3%	5	7%
raczej nie	23	* 22%	27	* 38%
nie	78	*** 74%	32	*** 44%
nie i raczej nie ŁĄCZNIE	101	** 96%	59	** 82%
brak odp.	0	** 0%	6	** 8%

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$, test dla dwóch wskaźników struktury (odsetków)

Przekonanie o uzależnieniu od seksu potwierdziło niewiele osób badanych. Różnice pojawiły się w stopniu odrzucenia tego stwierdzenia – istotnie częściej odpowiedzi jednoznacznie wykluczających („nie”) udzielały kobiety (74% vs 44%), natomiast odpowiedź mniej zdecydowaną częściej wybierali mężczyźni („raczej nie” 38% vs 22%). Także mężczyźni częściej pomijali to pytanie (tabela 5).

Trzy czwarte respondentów (76%–75%) – zdecydowanie nie zgodziło się ze stwierdzeniem, że rozmowa z partnerem (partnerką) o kwestiach dotyczących seksu

negatywnie wpływa na życie seksualne (tabela 6), jednak takiego zdania było 4% badanych kobiet.

Pragnienie poprawy życia seksualnego (tabela 6) zgłosiło aż ok. połowy badanych (57% kobiet i 48% mężczyzn), w tym zakresie jednoznacznej odpowiedzi twierdzącej udzieliło istotnie więcej kobiet (30% vs 15%), natomiast mężczyźni istotnie częściej pominęli odpowiedź na to pytanie (4%).

Tabela 6. Pragnienie poprawy życia seksualnego, leczenie/porady

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Rozmowa z partnerem(ką) o sprawach dotyczących seksu negatywnie wpływa na życie seksualne			
tak	2	2%	0	0%
raczej tak	2	2%	0	0%
raczej nie	21	20%	14	20%
nie	80	76%	54	75%
brak odp.	0	0%	4	5%
	Pragnę poprawy mojego życia seksualnego			
tak	32	* 30%	11	15%
raczej tak	28	27%	24	33%
raczej nie	16	15%	12	17%
nie	13	12%	9	13%
nie dotyczy	16	15%	13	18%
brak odp.	0	0%	3	* 4%
	Korzystałam/korzystałem z porad seksuologa (kiedykolwiek w życiu)			
tak	1	1%	1	1%
nie	104	99%	69	96%
brak odp.	0	0%	2	3%
	Mam potrzebę uzyskania porady seksuologa lub leczenia seksuologicznego			
tak	3	3%	1	1%
raczej tak	2	2%	3	4%
raczej nie	12	11%	6	8%
nie	88	84%	59	82%
brak odp.	0	0%	3	* 4%

* $p < 0,05$, test dla dwóch wskaźników struktury (odsetków)

Do chwili badania z porady seksuologa skorzystała jedna studentka i jeden student z badanej grupy. Dwóch mężczyzn uchyliło się od odpowiedzi. Pięć procent osób wyraziło potrzebę skorzystania z porad seksuologa lub leczenia seksuologicznego. Trzech mężczyzn nie udzieliło odpowiedzi.

Dyskusja

Stosunek do własnego ciała jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia seksualnego [13,14]. W badanej grupie niewiele osób miało negatywny stosunek do swojej fizyczności. Jednak uzyskanie od 6% kobiet i 1% mężczyzn odpowiedzi potwierdzającej negatywne przeżywanie swojego ciała o tyle niepokoi, że może to być objaw istniejącego zaburzenia zdrowia psychicznego. Uwagę zwraca tu również liczba odpowiedzi mniej jednoznacznych („raczej nie”), wskazujących na ambiwalentny stosunek badanych do ciała lub niejasne emocje związane z własną fizjologią, jakich udzieliło aż 18% kobiet i 15% mężczyzn. Podobnie, jakkolwiek niewiele osób jednoznacznie potwierdziło występowanie dyskomfortu związanego z dotykiem własnych narządów płciowych, duża liczba odpowiedzi pośrednich (14–29%) może wskazywać na ambiwalentny stosunek do tych części ciała, będących przecież często przedmiotem badania, np. w ginekologii, urologii czy chirurgii. Biorąc pod uwagę występujący często mechanizm projekcji (przenoszenia) własnych lęków i niepewności na inne osoby, nie można wykluczyć sytuacji, w której uczucie wstrętu do własnego ciała wpłynie negatywnie na stosunek do ciała pacjentów, utrudniając przyszłym lekarzom podejmowanie podstawowych zadań, takich jak badanie fizykalne pacjenta i wykonywanie niezbędnych zabiegów (np. cewnikowanie, badanie per rectum).

Fantazje erotyczne, pojawiające się na jawie lub w snach, stanowią jeden z naturalnych przejawów seksualności [15]. Stosunek do nich odzwierciedla szersze przeżywanie własnej popędowości – treści marzeń sennych lub dziennych mogą ujawniać nieuświadomiane lub świadome preferencje dotyczące obiektów i formy realizacji potrzeb seksualnych. Dlatego tendencja do świadomego usuwania treści erotycznych z przestrzeni wyobraźniowej może wskazywać na brak akceptacji własnych potrzeb erotycznych lub silną potrzebę ich kontroli, najczęściej, jak się wydaje, w związku z występowaniem nadmiernie restrykcyjnych schematów poznawczych, wytworzonych w procesie socjalizacji. Może też wynikać z przekonań, np. religijnych, poddających tego typu przeżycia ocenie moralnej. Większość osób zgłaszała przeżywanie snów i fantazji erotycznych i tylko niewielka grupa potwierdziła tendencję do świadomego usuwania ich z pamięci.

Kolejnym istotnym aspektem seksualności jest postawa wobec masturbacji. Masturbacja jest współcześnie traktowana jako jedno z naturalnych, zdrowych zachowań osób dorosłych [16], o ile nie ma charakteru czynności natrętnej w zespole natręctw, nie stanowi elementu uzależnienia od seksu powiązanego z hiperlibidemią ani nie wiąże się z zachowaniami perwersyjnymi. W warunkach zdrowia powinna ona umożliwiać rozładowywanie napięcia seksualnego i przeżywanie towarzyszącej temu przyjemności. Wszelkie dyskomfortowe przeżycia psychiczne związane z masturbacją wskazują na brak akceptacji dokonywanych czynności autoerotycznych lub na inne składniki niezadowolenia z własnej seksualności. Z drugiej strony zdolność do swobodnej masturbacji jest powiązana z ogólnym przeżywaniem satysfakcji z życia seksualnego [16]. Uzyskane od studentów informacje o częstszej masturbacji wśród mężczyzn są zgodne z literaturą [17]. W badanej grupie znaczny odsetek osób (20%) potwierdził przeżywanie poczucia winy towarzyszącego masturbacji, a jednocześnie

w grupie mężczyzn zwraca uwagę wysoka częstość uznawania masturbacji za uzależnienie (30%). Jeżeli istotnie (co wymaga dalszego potwierdzenia) profil zachowań autoerotycznych w tej grupie miałby ten charakter, można by przypisać przeżywane poczucie winy jednemu z mechanizmów zespołu uzależnienia. W podgrupie kobiet nie występuje podobna zależność – postrzeganie masturbacji w kategoriach uzależnienia jest rzadkie. Różnicy tej na obecnym etapie badań nie udało się wyjaśnić.

Negatywne moralnie skojarzenia z seksem podało 6% badanych studentek i 7% studentów, przy czym można się zastanawiać, czy badani różnicowali aktywność seksualną w małżeństwie i poza nim, chociażby z uwagi na fakt, że – poza trzema kobietami – 174 badane osoby pozostawały w stanie wolnym. Ten wariant odpowiedzi, jakkolwiek stosunkowo rzadki, może niepokoić, gdy pod uwagę weźmie się możliwość kierowania się w pracy przez przyszłych lekarzy oceną moralną, a nie medycznym standardem naukowym.

Skojarzenia seksu z bólem i cierpieniem dotyczyły w badanej grupie tylko pojedynczych osób. Jest to wynik korzystny, jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że wypełnianie kwestionariusza było dobrowolne i można przypuszczać, że osoby, które doznały urazu seksualnego lub z innych powodów unikają tematyki seksualnej, mogły odstąpić od udziału w badaniu. Ta ostatnia, trudna do weryfikacji możliwość, zapewne ma znaczenie dla interpretacji wszystkich stwierdzonych lub nie wykrywanych zależności. Odsetek wypełnionych kwestionariuszy uzyskany w naszym badaniu wyniósł 75% (kwestionariusz wypełniło 180 studentów spośród 240 zaproszonych do udziału w badaniu) i jest wyższy od najwyższego podawanego w piśmiennictwie, np. przez Ozana i wsp. [3], dla studentów medycyny (66,8% spośród grupy liczącej 301 osób), a znacznie wyższy od uzyskanego w badaniu rezydentów i uczestników programów kształcenia podyplomowych przez Fergusoną i wsp. (20%) [11] i wydającego się zależeć m.in. od specjalności badanych studentów, rezydentów czy pracowników ochrony zdrowia [1, 10, 17]. Jak się wydaje, odsetek odpowiedzi może także zależeć od kontekstu badania (zajęć z przedmiotu „psychopatologia nerwic” oraz „podstawy psychoterapii”), od „położenia” badania w programie studiów oraz oczywiście od wieku metrykalnego badanych (w polskim kontekście socjokulturowym okresy studiów oraz inicjacji seksualnej w znacznym stopniu się nakładają).

Różnice związane z płcią osób badanych nie wydają się odzwierciedlać większej, deklarowanej przez mężczyzn studentów medycyny, wiedzy i komfortu w kwestiach seksualności, czy to pacjentów czy własnej. W badaniach populacji zagranicznych (studentów chorwackich) mężczyźni mieli większą skłonność do zmiany partnerek i wprowadzania urozmaiconych zachowań seksualnych, co uznawane jest także za typowe niezależnie od studiów, kraju etc. [18]. Różnice obecne także w populacji studentów medycyny wiązały się z odmiennymi źródłami uświadomienia – dla kobiet przeważnie matki, książki, czasopisma „dla kobiet”, w przypadku mężczyzn – telewizja i czasopisma. Kolejne różnice wiążą się z tradycyjną oceną moralną podjęcia współżycia przed ślubem – pozytywnie wartościowanego przez mężczyzn (i w odniesieniu do nich), a tolerowanego przez kobiety, jednak przede wszystkim w odniesieniu do seksu przedmałżeńskiego mężczyzn [3]. W naszej grupie badanej prawdopodobnie te zjawiska odzwierciedla fakt, że jedynymi osobami badanymi w małżeństwie były

trzy kobiety. Z drugiej strony piśmiennictwo sugeruje, że studentki medycyny lepiej rozumieją problematykę okresu dojrzewania seksualnego, choć – jak większość kobiet – są bardziej obciążone pierwszą miesiączką niż mężczyźni pierwszą ejakulacją, mniej swobodnie w odniesieniu do masturbacji i inicjacji, oraz seksu przedmałżeńskiego [3]. Williams i Goebert [1] podkreślili niechęć rezydentów do omawiania zachowań seksualnych zarówno z partnerami jak i z pacjentami, podobne sugestie wysunęli liczni autorzy w stosunku do lekarzy w Polsce i za granicą [7, 19, 20, 21, 22].

Niewielu badanych zadeklarowało przeżywanie seksu jako obrzydliwy. Podobnie jak wstręt do własnego ciała i narządów płciowych, odraza w stosunku do wyobrażeń lub doświadczania seksu z inną osobą wydaje się wskazywać na obecność zaburzenia, np. awersję seksualną. Niski odsetek osób, które zadeklarowały tego typu odczucia, może także wynikać z ujawnienia się podobnej tendencji – do unikania – przy podejmowaniu decyzji o uczestnictwie w badaniu.

Stosunkowo nieliczna grupa osób (szczególnie kobiet) była skłonna określić się jako uzależniona od seksu. Autorzy oczywiście nie traktowali tego pojedynczego pytania jako kryterium rozpoznania faktycznego uzależnienia, co wymagałoby bardziej szczegółowego wywiadu. Odpowiedzi twierdzące wskazują natomiast, w odniesieniu do tego pytania, na tendencję badanych do określania swojej aktywności seksualnej jako niekontrolowanej czy nadmiernej. Tego rodzaju przeżywanie może skłaniać do unikania lub przeciwnie – nadmiernego dążenia do eksploracji problematyki seksualnej w pracy z pacjentami. Lekarz nie rozpoznający nieadekwatności swoich zachowań lub przejawiający nadmiernie restrykcyjne schematy poznawcze może mieć trudność w ocenie prawidłowości funkcjonowania i sposobu myślenia pacjentów.

Niewątpliwie korzystne znaczenie ma natomiast zdystansowanie się większości badanych studentów od przekonania o negatywnym wpływie rozmowy o seksie z partnerem (partnerką) na życie seksualne. Zdania takiego w badanej grupie było tylko 4% kobiet i żaden mężczyzna, co można by odnieść do większej wrażliwości kobiet na doświadczenie, jakim może być taka rozmowa, „kompromitująca” je jako partnerki seksualne, lub – co bardziej prawdopodobne – do przekonania o nadmiernej reakcji mężczyzn na udzielanie im informacji zwrotnych o jakości zbliżenia seksualnego. Około 20% badanych miało także co do tego zagadnienia wątpliwość, co może z kolei wskazywać na ich ograniczoną swobodę zachowań w tym zakresie.

Pośrednim wskaźnikiem zakłóceń lub frustracji w odniesieniu do życia seksualnego jest pragnienie jego poprawy. W badanej grupie okazało się ono zjawiskiem bardzo częstym – zgłosiła je połowa kobiet i ponad połowa mężczyzn.

Potwierdzeniem rzeczywistej uciążliwości problemów związanych z życiem seksualnym powinna być jednak chęć skorzystania z profesjonalnej pomocy, w tym przypadku – konsultacji seksuologicznej. Potwierdziło ją tylko około 5% badanych. Porównując ten wynik z pięćdziesięcioprocentowym pragnieniem poprawy, można odnieść wrażenie oczekiwania zmian bez podjęcia określonych działań w tym kierunku. Byłby to jednak wniosek w niewielkim stopniu trafny. Należy bowiem wziąć pod uwagę, że wielu respondentów może postrzegać niezadowolenie z własnego życia seksualnego jako przejściowe, mogące ulec zmianie w wyniku własnych działań lub zmian w sytuacji życiowej (małżeństwo, ukończenie studiów, własne mieszkanie

etc.). Nie można przy tym pomijać potencjalnego wpływu takich czynników, jak niska dostępność lekarzy seksuologów, zwłaszcza porad refundowanych, oraz przekonanie, że studia medyczne zapewnią wiedzę umożliwiającą pokonanie trudności w zakresie własnego życia seksualnego.

Jeden z najważniejszych wniosków z naszego badania jest zgodny z postulatem Solursha i wsp. [7] o potrzebie zwiększenia na studiach medycznych nauczania dotyczącego seksualności. Wiedza o zachowaniach i zaburzeniach seksualnych nie jest jednak równoznaczna z posiadaniem umiejętności i kompetencji wystarczających do właściwego uwzględniania seksualności w procesie diagnostyki i leczenia. Stąd popieramy postulat wdrażania nowych idei w takim kształceniu, na przykład, wzorem prowadzonych na Uniwersytecie Sherbrooke w Quebecu, obowiązkowych treningów grupowych, których celem jest eksploracja własnych postaw studentów, pod kierunkiem specjalisty seksuologa i urologa.

Autorzy zgadzają się także z Shindelem i wsp. [10], że nie jest słuszne przypisanie wszystkich przyczyn trudności w życiu seksualnym, oraz w omawianiu ich z pacjentami, nieskutecznym w tym zakresie studiom medycznym. Inne powody pozostają jednak wysoce indywidualne i praktycznie nieuchwytnie przy stosowanej metodycie anonimowych badań kwestionariuszowych. Wskazuje to, jak się wydaje, zarówno na potrzebę starannego kształcenia klinicznego [23], jak i kształtowania postaw studentów przez samopoznanie i trening psychologiczny.

Prawdopodobnie końcowe lata studiów to najwyższy czas na formowanie przyszłych lekarzy, dające szansę, by zapobiec pomijaniu przez nich problematyki seksualnej u pacjentów albo – co gorsze – jatrogennemu nasilaniu zaburzeń z powodu własnych dysfunkcyjnych przekonań i postaw, lub braku kompetencji interpersonalnych. Taki nurt zmian w kształceniu medycznym, zgodny z potrzebami lekarzy, oczekiwaniami pacjentów i zamiarami nauczycieli zawodu, stanowi obecnie wyzwanie edukacyjne dla kadry i studentów nie tylko polskich uczelni medycznych [1, 9].

Wnioski

1. Zasadne jest zwiększenie nacisku na nauczanie z zakresu zdrowia i patologii życia seksualnego, także za pomocą metod eksplorujących własne nastawienia i postawy studentów.
2. Pomimo względnie niewielkiej częstości informacji o przeżywaniu wstępu do swojego ciała, postrzeganiu seksu jako niemoralnego czy też obrzydliwego, warto dostrzec zagrożenie, jakie stanowią one dla adekwatnej praktyki nawet nielicznych studentów medycyny przejawiających takie postawy.
3. Uzyskane wyniki wskazują na stosunkowo częste występowanie wśród studentów medycyny czynników (błędnych lub nieoptymalnych przekonań), które mogą utrudniać poszerzanie wiedzy medycznej w tym zakresie i przekazywanie jej pacjentom, oraz prowadzenie adekwatnych wywiadów na temat zdrowia seksualnego i jego zaburzeń.
4. Ułatwienie przyszłym lekarzom funkcjonowania w rolach zawodowych i społecznych może stać się jednym z celów ich terapii własnej lub innych form samopoznania, niezależnie od planowanych specjalizacji.

Badania prowadzono w związku z realizacją programu: K/ZDS/000018.

Сексуальность студентов медицины – убеждения и позиции

Содержание

Введение. Умение и готовность к диалогу с пациентами на тему их сексуальных расстройств зависит не только от образования в области физиологии половой жизни и сексопатологии человека, но и, а по некоторым исследованиям, прежде всего, от убеждений и позиций врачей в отношении сексуальности. В связи с этим авторы поставили перед собой задачу собрать и оценить данные, касающиеся позиций и убеждений студентов медицинского профиля по этому вопросу.

Цель исследований. Анализ некоторых позиций и убеждений студентов IV курса медицинского профиля в отношении сексуальной жизни.

Методы. В исследовании использовано опросник для самооценки удовлетворения от сексуальной жизни. Студенты заполняли опросник в период участия в занятиях по психопатологии неврозов или психотерапии.

Результаты. Анализ полученных данных свидетельствует о дифференциации исследуемой группы в отношении убеждений и позиций касательно сексуальной жизни, ее обсуждения с партнерами и поиска специализированной помощи. По некоторым вопросам отмечено существенные различия между женщинами и мужчинами. В исследуемой группе обнаружено наличие ряда факторов, которые могут отрицательно сказываться на профессиональных компетенциях в области сексуального здоровья. К ним относятся: дискомфорт в отношении собственной сексуальности и реализации сексуальных фантазий, страх перед половым влечением, отрицательная моральная оценка сексуальной активности.

Выводы. Оценка влияния позиций и убеждений, касающихся сексуальности, на клинические умения студентов и врачей требует дальнейших исследований. Представляется необходимым рассмотрение способов противодействия и коррекции неблагоприятных позиций и убеждений будущих врачей путем квалифицированного сексуального образования и интерперсональных тренингов.

Sexualität der Medizinstudenten – Überzeugungen und Haltungen

Zusammenfassung

Einleitung. Die Fähigkeit, mit dem Patienten über die sexuellen Störungen sprechen zu können, hängt nicht nur von der Ausbildung im Bereich der sexuellen Physiologie und Pathologie des Menschen ab, sondern auch – nach manchen Studien – von den Überzeugungen und Haltungen der Ärzte gegenüber der Sexualität. Im Zusammenhang damit fanden die Autoren wichtig, die Angaben zu sammeln und zu beurteilen, die die Haltungen und Überzeugungen der Medizinstudenten in diesem Bereich betreffen.

Ziel. sgewählten Einstellungen und Überzeugungen der Medizinstudenten des 4. Studienjahres gegenüber dem Sexualleben.

Methode. In der Studie wurde der selbstbeschreibende Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenstellung mit dem Sexualleben angewandt. Die Studenten füllten den Fragebogen im Unterricht in Nerven – Psychopathologie oder Psychotherapie aus.

Ergebnisse. Die Analyse der erzielten Angaben zeigte eine verhältnismäßig große Unterscheidung der untersuchten Gruppe im Hinblick auf die Überzeugungen und Haltungen gegenüber Sexualleben, seiner Besprechung mit den Partnern und Suche nach fachlichen Hilfe. In der untersuchten Gruppe wurde eine Reihe von Faktoren festgestellt, die negativ die ärztlichen Kompetenzen im Bereich der Sexualgesundheit beeinflussen können. Es sind: Missempfindung, die die eigene Sexualität betrifft und Erleben der sexuellen Vorstellungen, Angst vor Sexualtrieb, negative moralische Beurteilung der sexuellen Aktivität.

Schlussfolgerungen. Die Beurteilung des Einflusses der Haltungen und Überzeugungen gegenüber der Sexualität auf die klinischen Erfahrungen der Studenten fordert weitere Studien. Es scheint notwendig zu sein, zu erwägen, auf welche Weise man den nicht richtigen Haltungen und Überzeugungen entgegenwirken und berichtigen kann. Dazu scheinen die sexualorientierte Bildung und interpersonale Trainings am günstigsten zu sein.

La sexualité des étudiants en médecine – opinions et attitudes

Résumé

Introduction. La capacité et le bon vouloir à parler avec les patients de leurs problèmes sexuels dépend non seulement du savoir concernant la physiologie et la pathologie sexuelles mais aussi, et d'après certains recherches – avant tout – des opinions et des attitudes des médecins envers la sexualité. En trouvant ces problèmes importants, les auteurs décident en discuter en examinant les données concernant les attitudes et les opinions des étudiants en médecine.

Objectif. Analyser les opinions et les attitudes en question des étudiants de la IV^e année en médecine.

Méthode. On analyse les résultats du self-report Questionnaire on Satisfaction with Sexual Life (KSS2). Les étudiants ont répondu aux questions de ce questionnaire en participant au cours de la psychopathologie des névroses et de psychothérapie.

Résultats. L'analyse des données obtenues démontre que les opinions, les attitudes, le désir de dialoguer avec le partenaire ou de chercher de l'aide des spécialistes du groupe examiné diffèrent. Il y a aussi les différences résultant du sexe des étudiants examinés. On note plusieurs facteurs qui influent négativement sur les compétences de médecin dans le domaine de la vie sexuelle : sentiment de gêne touchant la propre sexualité et les fantaisies sexuelles, fuite et la peur de la sexualité, négatif jugement moral de l'activité sexuelle.

Conclusions. Ce problème – influence des opinions et des attitudes concernant la sexualité des étudiants/et des médecins/ sur leurs compétences exige encore d'autres recherches. Il semble nécessaire d'envisager quelques méthodes de prophylaxie et de correction des attitudes défavorables – il faut éduquer les futurs médecins en question.

Piśmiennictwo

1. Williams JK, Goebert D. *Assessing sexual health behaviors of resident physicians and graduate students.* Acad. Psychiatry 2003; 27, 1: 44–49.
2. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M, Tsimtsiou Z, Konstantinidou E, Hatzichristou D. *Exploring sexual attitudes of students in health professions.* J. Sex. Med. 2008; 5: 1308–1316.
3. Ozan S, Aras S, Semin S, Orcin E. *Sexual attitudes and behaviors among medical students in Dokuz Eylul University, Turkey* Eur. J. Contraception Reprod. Health Care 2005; 10, 3: 171–183.
4. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hatzichristou D. *Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues.* J. Sex. Med. 2006; 3: 583–588.
5. Lew-Starowicz Z, Długołęcka. *Edukacja seksualna; Świat Książki; 2006.*
6. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, Rutkowski K, Dembińska E. *Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych.* Psychiatr. Pol. 2012, 46; 1: 35–49.
7. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, Jarvis RG, Salazar WH. *The human sexuality education of physicians in North American medical schools.* Int. J. Impotence Res. 2003; 15, suppl. 5: 41–45.

8. Parish SJ, Clayton AH. *Sexual medicine education: Review and commentary*. J. Sex. Med. 2007; 4: 259–268.
9. McGarvey E, Peterson C, Pinkerton R, Keller A, Clayton A. *Medical students' perceptions of sexual health issues prior to a curriculum enhancement*. Int. J. Impotence Res. 2003; 15, supl. 5: 58–66.
10. Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. *The sexual lives of medical students: a single institution survey*. J. Sex. Med. 2008; 5: 796–803.
11. Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB, Shindel AW. *The sexual lives of residents and fellows in graduate medical education programs: a single institution survey*. J. Sex. Med. 2008; 5: 2756–2765.
12. Woods SM, Natterson J. *Sexual attitudes of medical students: some implications for medical education*. Am. J. Psychiatry 1967; 124: 79–88.
13. Reissing ED, Laliberte GM, Davis HJ. *Young women's sexual adjustment: the role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes*. Can. J. Hum. Sexuality 2005; 14: 77–85.
14. Wiederman MW. *Women's body self-consciousness during physical intimacy with a partner*. J. Sex Res. 2000; 37, 1: 60–68.
15. Freud Z. *Objaśnianie marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
16. Hogarth H, Ingham R. *Masturbation among young women and associations with sexual health: an exploratory study*. J. Sex. Res. 2009; 46, 6: 558–567.
17. Steinauer J, LaRochelle F, Rowh M, Backus L, Sandahl Y, Foster A. *First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health?* Contracept. 2009; 80: 74–80.
18. Nemčič N, Novak S, Marič L, Novosel I, Kronja O, Hren D, Marušič A, Marušič M. *Development and validation of questionnaire measuring attitudes towards sexual health among university students*. Croat. Med. J. 2005; 46, 1: 52–57.
19. Lew-Starowicz Z, Krajka K, Darewicz B, Ciesielska B, Robacha A, Jakima S, Windak A, Haczyński J. *Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy*. Seksuol. Pol. 2004; 2, 2: 33–38.
20. Lew-Starowicz Z, red. *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*. Warszawa: PZWL; 1992.
21. Feldhaus-Dahir M. *Female sexual dysfunction: barriers to treatment*. Urol. Nurs. 2009; 29, 2: 81–86.
22. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. *Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych*. Seksuol. Pol. 2008; 6, 1: 26–32.
23. Wittenberg A, Gerber J. *Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: Results from a two-arm study collecting data from patients and medical students*. J. Sex. Med. 2009; 6: 362–368.

Adres: Łukasz Müldner-Nieckowski
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 31.12.2011
Zrecenzowano: 29.07.2012
Otrzymano po poprawie: 6.08.2012
Przyjęto do druku: 13.08.2012
Adiustacja: L. Sz.