

Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych

Medical students' sexuality – development and fulfilment of sexual needs

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

¹Katedra Psychoterapii UJ CM

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

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Introduction. Education in human sexual physiology and pathology, as well as own sexual health of medical doctors determines in a large proportion the ability to talk with patients about their sexual disorders. Therefore the authors considered important to collect and assess data regarding sexual health and development of Medical Faculty students.

Aim. Analysis of selected aspects of psychosexual development and sex life of IVth grade medical students.

Methods. We applied the self-report Questionnaire of Satisfaction with Sexual Life (KSS2), an instrument created to assess sexual problems in patients treated with group psychotherapy. Medical students filled the questionnaire when attending the courses of Psychopathology of neurotic disorders or Psychotherapy.

Results. Analysis of the collected data revealed a relatively high differentiation of the studied group in regard of satisfaction and experiences with sexual life, attitudes towards masturbation, relationships and sexual activity. Regarding some aspects, significant differences between women and men occurred.

Conclusions. A set of factors were identified, some of them may negatively influence medical doctor's competencies in the domain of sexual health. These are not having sexual debut or even lack of any erotic experiences and lack of sexual satisfaction. The results indicate a significant prevalence of factors, which may impede students education as well as taking into consideration the sexual issues during the medical interview. Assessment of influence of students' and doctors' own sexuality on their competencies in diagnostics and treatment requires further studies.

Słowa kluczowe: seksualność, studenci medycyny, wywiad lekarski, zaburzenia seksualne

Key words: sexuality, medical students, medical interview, sexuality disorders

Wstęp

Tematyka zdrowia seksualnego, będącego jednym z istotnych elementów jakości życia, odgrywa ważną rolę w obszarze praktyki lekarzy większości specjalizacji. Le-

karze stanowią grupę zawodową, od której społecznie oczekuje się dobrej znajomości fizjologii i patologii życia seksualnego oraz gotowości do poruszania tych zagadnień w rozmowie z pacjentem [1]. Jednocześnie liczni autorzy wskazują na tendencję zarówno klinicystów, jak i pacjentów, do unikania czy pomijania w wywiadzie lekarskim tematów związanych ze zdrowiem seksualnym [1, 2, 3, 4, 5]. Może to skutkować nie tylko zaniedbywaniem leczenia zaburzeń seksualnych, ale także nierozpoznawaniem objawów innych zaburzeń, mogących ujawniać się w pierwszym rzędzie w postaci zakłóceń funkcjonowania seksualnego (np. w miążdżycy czy cukrzycy, „zapowiadanych” zaburzeniami erekcji) [6]. W tym kontekście za szczególnie istotne należy uznać wyniki badań, wskazujących, że lekarze mający dobre rozeznanie w tematyce seksualnej chętniej i łatwiej podejmują z pacjentami rozmowę dotyczącą życia seksualnego [7]. Jest przy tym wysoce prawdopodobne, że ważnym czynnikiem wpływającym na łatwość w podejmowaniu z pacjentami rozmowy o tematyce seksualnej, niezależnie od posiadanej wiedzy, jest akceptacja własnej seksualności [8].

Z powyższych względów wydaje się zasadne zbadanie stanu zdrowia seksualnego studentów medycyny po trzecim roku studiów, na którym mają po raz pierwszy kliniczny kontakt z pacjentami, są także w okresie tworzenia poważnych związków partnerskich i w większości – po doświadczeniu inicjacji seksualnej. Można przyjąć, że ich trudności w życiu seksualnym będą czynnikiem ograniczającym swobodę w podejmowaniu przez nich – już jako lekarzy – rozmowy z pacjentami na temat seksualności (czy wręcz powodującym niezadawanie żadnych pytań dotyczących życia seksualnego, jako rzekomo „zbyt intymnych”, „niezręcznych”).

Jedne z wcześniejszych polskich badań, podejmujących podobną problematykę, w grupie wrocławskich studentek i studentów, w tym medycyny, wykazały ich niską wiedzę o życiu seksualnym i antykoncepcji [9, 10]. Nieco nowsze opracowania dotyczyły zachowań seksualnych, postaw wobec seksu i antykoncepcji studentów medycyny Akademii Medycznej w Gdańsku [11, 12]. Uzyskane dane pozwoliły na stwierdzenie w badanej grupie wysokiego poziomu wiedzy i praktyki w zakresie życia seksualnego – choć niekiedy kierowanie się poglądami idealistycznymi – oraz uznawania tego obszaru funkcjonowania za mający duże znaczenie dla samooceny i jakości związku partnerskiego. Badania te mogą stanowić istotne źródło danych porównawczych odnoszących się do populacji przyszłych polskich lekarzy, choć jest to utrudnione z uwagi na wykorzystanie w nich innych narzędzi badawczych.

Cel

Celem badania była analiza wybranych aspektów rozwoju psychoseksualnego i życia seksualnego studentów IV roku Wydziału Lekarskiego UJ Collegium Medicum.

Material

W ramach wielokierunkowych badań związanych ze zdrowiem seksualnym pacjentów z zaburzeniami lękowymi i osobowości, prowadzonych w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, przeprowadzono między

innymi badanie ankietowe grupy 180 studentów IV roku Wydziału Lekarskiego. Miało ono charakter anonimowy, dobrowolny, zostało przeprowadzone wśród studentów z dwóch kolejnych roczników akademickich 2009–2010 i 2010–2011, w czasie zajęć z psychopatologii zaburzeń nerwicowych lub psychoterapii. Ze względu na błędne lub niekompletne wypełnienie odrzucono trzy kwestionariusze. Ostateczna grupa badana obejmowała 177 osób: 105 kobiet oraz 72 mężczyzn, co stanowi odzwierciedlenie struktury płci osób studiujących medycynę (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%)

Metoda

W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Satysfakcji z Życia Seksualnego (KSS2) autorstwa Ł. Müldnera-Nieckowskiego i K. Rutkowskiego, obejmujący szerokie spektrum zmiennych dotyczących rozwoju i funkcjonowania psychoseksualnego. KSS2 umożliwia zebranie, w stosunkowo krótkim czasie, informacji o następujących aspektach seksualności:

- Ogólna satysfakcja z życia seksualnego
- Czynniki obciążające w rozwoju seksualnym i w aktualnej sytuacji życiowej
- Aktywność seksualna i stosunek do niej, przyczyny jej niepodejmowania
- Aktualna relacja z partnerem seksualnym i trudności związane z bliskością fizyczną
- Stosunek do własnej płci, swojego ciała, funkcji seksualnych
- Występowanie zaburzeń seksualności i rozumienie ich przyczyn
- Dysfunkcjonalne przekonania dotyczące seksualności i leczenia jej zaburzeń
- Oczekiwania związane z leczeniem zaburzeń seksualnych.

W opisywanym badaniu wykorzystano dane dotyczące rozwoju seksualnego i aktualnych związków partnerskich oraz wybranych aspektów funkcjonowania seksualnego i satysfakcji z życia seksualnego. W aneksie zamieszczono fragment kwestionariusza KSS2 i wyjaśnienie użytych w nim pojęć.

Analizy statystyczne

Oceny istotności różnic między odsetkami w zakresie poszczególnych zmiennych dokonano za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury. Do porównania rozkładów zastosowano test U Manna i Whitneya. Związek między zmiennymi oszacowano za pomocą testu Chi². Korelacje między zmiennymi KSS2 oceniono za pomocą współczynnika rang Spearmana. Analiza korelacji została przeprowadzona w podgrupach kobiet i mężczyzn, z pominięciem odpowiedzi nie stanowiących uporządkowanych rang („nie dotyczy” lub brak odpowiedzi). Obliczenia przeprowadzono za pomocą licencjonowanego pakietu STATISTICA PL.

Wyniki

W badanej grupie studentów zdecydowana większość była stanu wolnego (97% kobiet, 100% mężczyzn) i bezdzietna (tylko jedna studentka miała dziecko). Połowa badanych podała, że jest w stałym związku nieformalnym (50% K, 46% M), a poniżej 10% – że często nawiązuje krótkotrwałe relacje seksualne (tabela 2). Jedna na pięć osób nigdy nie była w związku partnerskim (17% K, 19% M, tabela 5).

Tabela 2. **Związki, aktywność seksualna w krótkotrwałych relacjach**

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Związek nieformalny			
Tak	52	50%	33	46%
Nie	53	50%	38	53%
Brak odp.	0	0%	1	1%
	Małżeństwo			
Tak	3	3%	0	0%
Nie	102	97%	71	99%
Brak odp.	0	0%	1	1%
	Częste krótkotrwałe relacje seksualne			
Tak	2	2%	3	4%
Raczej tak	1	1%	3	4%
Raczej nie	8	8%	12	17%
Nie	94	*89%	52	*72%
Brak odp.	0	0%	2	3%

* $p < 0,05$, dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury

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.

Zadowolenie ze swojego życia seksualnego zadeklarowało 57% kobiet i 56% mężczyzn (tabela 3).

Tabela 3. **Zadowolenie z życia seksualnego**

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Jestem zadowolona(y) z mojego życia seksualnego			
Tak	25	24%	15	21%
Raczej tak	35	33%	25	35%
Raczej nie	19	18%	21	29%
Nie	23	22%	8	11%
Brak odp.	3	3%	3	4%

Wiek uzyskania wiedzy o życiu seksualnym („jak powstaje dziecko”) przypadła w badanej grupie najczęściej na okres latencji i przedpokwitaniowy, tj. 6–13 r.ż. Był on istotnie niższy w przypadku kobiet niż mężczyzn ($p < 0,05$), z przesunięciem o jeden rok później w grupie mężczyzn. W wielu rodzinach seksualność była tematem pomijanym. Rodzice kobiet, istotnie częściej niż mężczyzn, nie unikali tematów związanych z seksem (różnica ta uwidacznia się jedynie w odniesieniu do odpowiedzi jednoznacznych – „nie”, a nie jest istotna w przypadku zsumowania odpowiedzi „raczej nie” i „nie”). Ponad połowa badanych (51%–57%) uważa, że nie została przez rodziców dobrze przygotowana do relacji seksualnych (tabela 4).

Tabela 4. **Stosunek rodziców do seksualności i edukacji seksualnej w ocenie badanych**

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Rodzice unikali tematów związanych z seksem			
Tak	27	26%	25	35%
Raczej tak	46	44%	30	42%
Raczej nie	22	21%	16	22%
Nie	10	* 9%	1	* 1%
	Rodzice dobrze przygotowali do relacji seksualnych			
Tak	19	18%	7	10%
Raczej tak	30	29%	24	33%
Raczej nie	43	41%	33	46%
Nie	11	10%	8	11%
Brak odp.	2	2%	0	0%
	Uświadczenie w wieku:			
Średnia \pm odch.st.	9 \pm 3 r.ż. ¹		10 \pm 3 r.ż. ¹	
Min. – Maks.	2 r.ż. – 15 r.ż.		2 r.ż. – 16 r.ż.	
Brak odp.	7 (7%)		3 (4%)	

* $p < 0,05$, dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury, ¹ $p < 0,05$ test U Manna i Whitneya

Podobna proporcja kobiet i mężczyzn była w pierwszym związku partnerskim, znalazła się już kiedyś w sytuacji erotycznej oraz podjęła współzycie. Nie stwierdzono różnic pod względem średniego wieku zdobycia tych doświadczeń. Wśród ankietowanych wyodrębniono niewielką podgrupę osób, które nigdy nie były w sytuacji erotycznej (7%–11%) (tabela 5). Przeciętnie inicjacja seksualna (pierwszy stosunek płciowy) następowała w badanej grupie w okresie dojrzałości płciowej (19 r.ż.). Zwraca natomiast uwagę skrajnie niski wiek wejścia w pierwszy związek uznany przez niektórych respondentów za poważny (9 r.ż. i 13 r.ż.), oraz odbycia pierwszego stosunku (13 i 15 r.ż.). Z drugiej strony stosunku płciowego (genitalno-genitalnego lub genitalno-analnego) nigdy nie miało 38% kobiet i 31% mężczyzn (różnica między płciami nieistotna statystycznie).

Tabela 5. Pierwsze sytuacje erotyczne, pierwszy związek, inicjacja seksualna

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Pierwszy poważny związek partnerski w wieku:			
Nie miało	18 osób (17%)		14 osób (19%)	
Średnia ± odch. st.	18 ± 3 r.ż.		18 ± 2 r.ż.	
Min. – Max.	9 r.ż. – 23 r.ż.		13 r.ż. – 22 r.ż.	
Brak odp.	0		1 (1%)	
	Pierwsza sytuacja erotyczna w wieku:			
Nie miało	12 osób (11%)		4 osoby (6%)	
Średnia ± odch. st.	17 ± 3 r.ż.		17 ± 3 r.ż.	
Min. – Maks.	7 r.ż. – 23 r.ż.		6 r.ż. – 22 r.ż.	
Brak odp.	0		1 (1%)	
	Pierwszy stosunek płciowy w wieku:			
Nie miało	40 osób (38%)		22 osoby (31%)	
Średnia ± odch. st.	19 ± 2 r.ż.		19 ± 2 r.ż.	
Min. – Maks.	13 r.ż. – 23 r.ż.		15 r.ż. – 22 r.ż.	
	Dobrze wspomina pierwszy stosunek płciowy			
Tak	24	23%	21	29%
Raczej tak	23	22%	18	25%
Raczej nie	12	11%	11	15%
Nie	5	5%	1	1%
Nie miał/a stosunku	40	38%	21	29%
Brak odp.	1	1%	0	0%
	Pierwszy stosunek wspomina jako przykry			
Tak	1	1%	0	0%
Raczej tak	6	6%	1	1%

Raczej nie	20	19%	15	21%
Nie	35	* 33%	35	* 49%
Nie było	41	39%	21	29%
Brak odp.	2	2%	0	0%

* $p < 0,05$, dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury

Wspomnienie pierwszego stosunku płciowego było opisywane przez kobiety i mężczyzn podobnie, jako pozytywne. Istotnie więcej mężczyzn jednoznacznie odrzuciło (odpowiedź: „nie”) uznanie pierwszego stosunku za przykry ($p < 0,05$). Średnia liczba partnerów heteroseksualnych w opisywanych podgrupach kobiet i mężczyzn nie różniła się w sposób istotny statystycznie. Studenci i studentki najczęściej mieli jednego(a) partnera(kę) heteroseksualnego(a) (modalna = 1). Jednocześnie wysoka jest największa liczba partnerów niektórych studentek (55) oraz studentów (30). Posiadanie partnerów homoseksualnych sprawozdało 9% kobiet i 11% mężczyzn, przy czym liczba partnerów jednego mężczyzny została określona jako „dużo” (tabela 6).

Tabela 6. Liczba partnerów/partnerek w relacjach hetero- i homoseksualnych

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Liczba partnerów heteroseksualnych			
Nie miało	19	18%	10	14%
1	32	30%	21	29%
2	20	19%	18	25%
3	21	20%	8	11%
Średnia \pm odch. st.	2,5 \pm 5,5		2,8 \pm 4,1	
Min. – Maks.	0 – 55		0 – 30	
Modalna	1		1	
	Liczba partnerów homoseksualnych			
Nie miało	96	91%	64	89%
1	6	6%	2	3%
Średnia \pm odch. st.	0,2 \pm 0,6		0,5 \pm 2,5	
Min. – Maks.	0 – 4		0 – 20	
Modalna	1		1	

Zaspokajanie potrzeb seksualnych poprzez masturbację bez ograniczeń („zawsze, kiedy mam na to ochotę”) zadeklarowała jedna trzecia kobiet i połowa mężczyzn, przy czym odpowiedzi „nigdy się nie masturbuję” udzieliło 18% kobiet i żaden mężczyzna. Dążenie do ograniczenia częstości masturbacji deklarowała połowa mężczyzn oraz jedna czwarta kobiet (tabela 7).

Tabela 7. **Masturbacja**

	Kobiety (n = 105)		Mężczyźni (n = 72)	
	Masturbuje się zawsze, kiedy ma na to ochotę			
Tak	8	* 7%	15	* 21%
Raczej tak	24	23%	24	33%
Raczej nie	28	27%	13	18%
Nie	26	25%	17	24%
Nigdy nie ma ochoty na masturbację	19	** 18%	0	** 0%
Brak odp.	0	* 0%	3	* 4%
	Stara się ograniczać częstość masturbacji			
Tak	13	12%	11	15%
Raczej tak	15	** 14%	25	** 35%
Raczej nie	21	20%	16	22%
Nie	27	26%	14	19%
Nigdy nie ma ochoty na masturbację	28	** 27%	2	** 3%
Brak odp.	1	1%	4	6%

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury

Istotne różnice związane z płcią badanych stwierdzono dla zmiennych „masturbuję się zawsze, kiedy mam na to ochotę” oraz „staram się ograniczać częstość masturbacji” ($p < 0,005$). Żaden z mężczyzn nie podał, że nigdy nie ma ochoty na masturbację, co uczyniło 18% kobiet. Istotnie mniej kobiet niż mężczyzn nie ograniczało swobody w realizowaniu potrzeby masturbacji. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety deklarowali dążenie do ograniczenia jej częstości.

Powiązania zmiennych zawartych w tabelach 2–7 zbadano też za pomocą analizy korelacji. Wiek badanych w momencie znalezienia się w pierwszej sytuacji erotycznej był istotnie skorelowany z wiekiem pierwszego stosunku seksualnego ($r = 0,57$, $p < 0,0001$, po skontrolowaniu pod względem płci badanych: K: $r = 0,64$, $p < 0,0001$; M: $r = 0,48$, $p < 0,001$), a także z liczbą partnerów heteroseksualnych ($r = -0,55$, $p < 0,0001$; K: $r = -0,71$, $p < 0,0001$; M: $r = -0,40$, $p < 0,01$). Późniejsze rozpoczęcie życia seksualnego wiązało się z mniejszą liczbą partnerów heteroseksualnych ($r = -0,40$, $p < 0,0001$), ponownie jednak wynik ten dotyczył przede wszystkim kobiet (K: $r = -0,55$, $p < 0,0001$).

Analiza wykazała, że jeśli inicjacja seksualna wspomniana była jako doświadczenie przykre, wiązała się z istotnym ryzykiem niezadowolenia z życia seksualnego ($r = -0,30$, $p < 0,005$). Po skontrolowaniu pod względem płci okazało się, że korelacja ta była istotna tylko dla kobiet (K: $r = -0,52$, $p < 0,0005$).

Podobnie, jakkolwiek dla całej badanej grupy stwierdzono dodatnią korelację pozostawania w związku erotycznym z zadowoleniem z życia seksualnego ($r = 0,33$, $p < 0,005$), po skontrolowaniu wpływu płci okazało się, że zmienne te korelowały dodatnio, w sposób istotny statystycznie, jedynie w grupie mężczyzn (M: $r = 0,47$, $p < 0,001$). Aktywność seksualna studentów/studentek w stałym związku korelowała ujemnie z częstym nawiązywaniem przez nich krótkotrwałych relacji seksualnych (ogółem $r = -0,44$, $p < 0,0001$; K: $r = -0,38$, $p < 0,05$; M: $r = -0,46$, $p < 0,005$), istotnie wiązała się z zadowoleniem z seksu – silniejsza korelacja dotyczyła mężczyzn (ogółem: $r = 0,56$, $p < 0,0001$, K: $r = 0,42$, $p < 0,005$; M: $r = 0,61$, $p < 0,0001$).

Liczba partnerów (heteroseksualnych) nie wiązała się z zadowoleniem z życia seksualnego, podobnie jak wiek inicjacji seksualnej.

Omówienie wyników

Absolwent medycyny, niezależnie od wybranej specjalizacji, powinien mieć umiejętność swobodnej, profesjonalnej rozmowy z pacjentami na tematy dotyczące seksualności, w tym edukacji seksualnej na podstawowym poziomie (fizjologia, planowanie poczęć, zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową, rozpoznawanie najczęstszych zaburzeń seksualnych). Rolą lekarza jest także promowanie zdrowej seksualności, informowanie o związanych z nią podstawowych kwestiach prawnych, wspieranie praw mniejszości seksualnych, zapobieganie i wykrywanie nadużyć seksualnych, w tym przemocy seksualnej wobec dzieci.

Opisane badanie miało na celu analizę tych czynników związanych z rozwojem i funkcjonowaniem seksualnym studentów medycyny, które mogą odgrywać znaczącą rolę w ich przyszłej praktyce lekarskiej. Do czynników takich zaliczono: stabilną relację partnerską, pozytywne przeżycia związane z aktywnością seksualną, poczucie przygotowania do życia seksualnego oraz satysfakcjonujące funkcjonowanie seksualne.

Uzyskane wyniki wskazują, że tylko połowa badanych jest zadowolona ze swojego życia seksualnego. Jednocześnie większość badanych zadeklarowała pozostawanie w stałym (choć nieformalnym) związku partnerskim. Trudno jednoznacznie stwierdzić, jakie były powody niezadowolenia ankietowanych studentów z życia seksualnego, można jedynie przypuszczać, że znaczenie mogą mieć tu m.in. niekorzystne warunki mieszkaniowe, lęk przed ciążą, odmienne potrzeby partnerów, brak wystarczającego doświadczenia (praktyki) itp.

Nie budzi natomiast wątpliwości, spodziewane zgodnie z wcześniejszymi badaniami, wewnętrzne zróżnicowanie badanej grupy – obok 1) najliczniejszej grupy osób aktywnych seksualnie w stałym związku, i 2) osób często zmieniających partnerów, wyłoniły się mniej liczne podgrupy: 3) kobiet nieaktywnych seksualnie, ale będących w stałym związku, 4) samotnych (w większości kobiet), realizujących potrzeby seksualne tylko przez masturbację, oraz 5) kobiet samotnych, nieaktywnych seksualnie i nie masturbujących się.

Jakkolwiek można się zastanawiać, czy własne problemy lekarza dotyczące życia seksualnego, powiązane z trudnościami w relacjach partnerskich, pozwalają lepiej zrozumieć pacjentów cierpiących z tego samego powodu (jak w koncepcji tzw. „zrąnionego uzdrowiciela”), autorzy niniejszej pracy uważają, że stanowią one czynnik

utrudniający mu podejmowanie tematu seksualności w wywiadach lekarskich. Występowanie silnych skojarzeń między daną sferą życia a trudnymi wspomnieniami lub sprzecznymi tendencjami emocjonalnymi (kompleks psychiczny) może powodować, w przypadku poruszania podobnych tematów w relacji z pacjentem, uczucie dyskomfortu, napięcia, ograniczonej kontroli, a tym samym tendencję do ich unikania [13].

Wiek uzyskania przez ankietowanych studentów wiedzy o życiu seksualnym przypadał najczęściej na okres przedpokwitaniowy, niezależnie od bardzo często deklarowanego unikania przez rodziców rozmów na tematy związane z seksualnością. Można przypuszczać, że jedną z możliwych przyczyn różnicy między odpowiedziami kobiet i mężczyzn była większa koncentracja rodziców dziewcząt na kwestiach uświadomienia ich w zakresie antykoncepcji.

Z dostępnych opracowań nie wynika, czy można określić optymalny wiek i formę uzyskania przez dziecko informacji o życiu seksualnym [14], a szersze omówienie tego zagadnienia przekracza ramy niniejszego artykułu. W tym miejscu należy przypomnieć, że tematyką seksualności, a szczególnie odmiennością płci, dzieci interesują się zazwyczaj już w okresie przedszkolnym, zwracając się wówczas z pytaniami do rodziców. Podany średni wiek 9–10 lat to okres, w którym informacje o seksualności człowieka można uzyskać w szkole. Wiedza zdobyta od nauczyciela, czy starszych kolegów, zawiera zazwyczaj wiadomości wystarczające do opanowania podstaw fizjologii i praktycznych aspektów relacji seksualnych, choć może być niewystarczająca do zrozumienia emocjonalnego aspektu bliskości i seksualności, który umożliwiałby m.in. swobodne prowadzenie wywiadu z pacjentem na ten temat niezależnie od znajomości fizjologii i patofizjologii życia seksualnego, ujętej w programie studiów medycznych. Niewątpliwie rola rodziców w adekwatnym wychowaniu seksualnym dziecka (wykraczającym poza edukację seksualną) jest nie do przecenienia [14]. Rodzice lub najbliżsi opiekunowie stanowią bowiem wzorzec ról płciowych, relacji partnerskiej, uczą i wychowują, nawet jeśli ich wpływ znacznie zmniejsza się wraz z wchodzeniem w relacje rówieśnicze i okres buntu adolescencyjnego. Mimo że w subiektywnym odbiorze około połowy ankietowanych zadanie przygotowania do życia seksualnego nie zostało dobrze spełnione przez rodziców, w wynikach analizy korelacji nie stwierdzono związku tej oceny ani z satysfakcją z życia seksualnego, ani z tworzeniem związków partnerskich. Biorąc pod uwagę rolę zawodową przyszłych lekarzy, jako tych, którzy powinni umieć inicjować rozmowę dotyczącą problemów seksualnych, można przypuszczać, że unikanie przez ich rodziców tej tematyki, szczególnie jeśli była ona uważana za tabu, może być czynnikiem zniechęcającym do jej poruszania w kontakcie z pacjentem.

Całkowity brak doświadczeń seksualnych dotyczył około 10% badanych, którzy nigdy nie byli w sytuacji erotycznej z drugą osobą. Z jednej strony rozważyć należy tu indywidualne przyczyny w postaci zaburzeń osobowości i nerwic (których rozpowszechnienie w populacji ogólnej sięga 10–30%), czy niedojrzałości seksualnej ankietowanych (lub innych zaburzeń seksualnych), z drugiej – możliwe szersze uwarunkowania kulturowe, np. religijne. Warto w tym miejscu również wspomnieć o postulowanym od pewnego czasu wyróżnieniu orientacji seksualnych: aseksualnej i autoerotycznej, które wiążą się z całkowitym brakiem zainteresowania seksualnością lub potrzeby kontaktów seksualnych z drugą osobą.

Nieco mniej niepokojący jest fakt, że ponad jedna trzecia ankietowanych nie przeżyła jeszcze inicjacji seksualnej. Można przypuszczać, że powody tego stanu, obok związanych ze świadomą decyzją, obejmować mogą ograniczone możliwości znalezienia partnera (np. w związku z absorbującymi studiami), brak warunków mieszkaniowych zapewniających intymność, lęk przed ciążą itp. Przeciętny wiek inicjacji seksualnej badanych (19 lat u obu płci), był analogiczny do średniej w polskiej populacji osób z wyższym wykształceniem [15]. Nie zmienia to faktu, że lekarz, który nigdy nie odbył stosunku płciowego, może mieć trudność ze zrozumieniem niektórych aspektów relacji seksualnych pacjenta, nawet w przypadku posiadania wiedzy teoretycznej.

Wydaje się, że ze względu na wyodrębnienie w badanej populacji grup osób wcześniej wchodzących w sytuacje erotyczne, podejmujących współżycie seksualne i związki partnerskie, oraz przeciwnie – osób, które nie podjęły współżycia seksualnego do chwili badania, istotne byłoby uzyskanie od ankietowanych informacji o przyczynach i uwarunkowaniach tego stanu rzeczy, tj. czynników zarówno ułatwiających, jak i utrudniających nawiązanie relacji partnerskiej i funkcjonowanie w niej.

Interesujące są uzyskane w niniejszym badaniu wyniki dotyczące masturbacji. Zachowania autoerotyczne stanowią ważny i naturalny element rozwoju psychoseksualnego, zazwyczaj poprzedzają rozwój seksualności genitalnej w relacjach partnerskich. Są ważne w rozwoju wrażliwości seksualnej, znajomości swojego ciała i potrzeb seksualnych [16]. Realizacja potrzeb seksualnych przez masturbację jest u osób dorosłych, zwłaszcza nie będących w związku partnerskim, uważana za zachowanie zdrowe, choć – jeśli pozostaje jedynym sposobem realizacji popędu płciowego – często wiąże się z zaburzeniami w zakresie seksualności (w tym także potencjalnie zaburzeniem zdolności do funkcjonowania w relacji z drugą osobą) [16, 17, 18].

Dążenie do ograniczenia częstości masturbacji zgłosiła jedna czwarta kobiet i połowa mężczyzn z badanej grupy. Nie jest jasne, co było przyczyną takich odpowiedzi. Najbardziej prawdopodobne powody to przekonania np. o niemoralności lub szkodliwości masturbacji [19] czy też nasilenie się zachowań autoerotycznych, lęk przed uzależnieniem od masturbacji i towarzyszących jej okoliczności (np. oglądania pornografii), lub mniej zróżnicowany lęk przed niekontrolowaniem popędu.

Ocena rzeczywistego wpływu wymienionych w niniejszym opracowaniu czynników na zdolności studentów i lekarzy w zakresie promocji zdrowia seksualnego i uwzględniania seksualności w diagnostyce i leczeniu wymaga dalszych badań, także badań powtórzonych (najlepiej w tej samej grupie) po rozpoczęciu przez obecnych studentów pracy zawodowej. Należałoby też podjąć próbę oceny skuteczności i doskonalenia aktualnych form nauczania fizjologii i patologii życia seksualnego w toku studiów medycznych. Rzetelna edukacja może mieć rolę korygującą i zwiększać świadomość konieczności uwzględniania seksualności pacjentów w wywiadzie lekarskim i procesie leczenia oraz umiejętności lekarzy w tym zakresie.

Wnioski

1. Większość badanych studentów IV roku studiów medycznych pozostawała w stałym, nieformalnym związku, w którym była aktywna seksualnie.

2. Tylko około połowa badanych osób zadeklarowała zadowolenie z życia seksualnego.
3. Większość badanych uważa, że nie została dobrze przygotowana do życia seksualnego, że ich rodzice unikali rozmów o seksie.
4. Niski był minimalny wiek przeżycia pierwszej sytuacji erotycznej i pierwszego stosunku, jednak wczesna inicjacja seksualna dotyczyła pojedynczych osób, a większość badanych dobrze wspomina swój pierwszy stosunek płciowy.
5. Badani mieli najczęściej jednego partnera seksualnego odmiennej płci.
6. W badanej grupie 9% kobiet i 11% mężczyzn zgłosiło doświadczenia homoseksualne.
7. Uzyskane wyniki wskazują na istotnie częste występowanie czynników (tematy „tabu”, własne trudności, brak własnych doświadczeń), które mogą utrudniać studentom zarówno poszerzanie swojej wiedzy, jak i uwzględnianie w prowadzonych wywiadach problematyki seksualnej.
9. W związku z potencjalnymi własnymi obciążeniami dotyczącymi seksualności, funkcjonowanie lekarzy w rolach zawodowych i społecznych może niekiedy wymagać podjęcia własnej psychoterapii lub innych metod poszerzania wiedzy i kompetencji w zakresie życia seksualnego, niezależnie od planowanych specjalizacji.

Badania prowadzono w związku z realizacją programu: K/ZBW000126.

Сексуальность студентов медицины

Содержание

Введение. Образование в области физиологии и сексуальной патологии человека, а также собственное сексуальное здоровье врачей в большой степени определяет умение беседы с пациентом на тему сексуальных нарушений. В связи с этим Авторы посчитали необходимым собрать и оценить данные, относящиеся к развитию и сексуального здоровья студентов медицины.

Задание. Анализ избранных аспектов психосексуального развития и сексуальной жизни студентов IV курса медицины.

Метод. При проведении исследования использован Глоссарий удовлетворения сексуальной жизнью. Этот глоссарий разработан для оценки проблем сексуальной жизни пациентов, леченных методом групповой психотерапии. Студенты заполняли глоссарий в периоде участия в занятиях в области психопатологии неврозов или психотерапии.

Результаты. Анализ полученных данных показал относительно большую разнородность исследованной группы с точки зрения опыта и удовлетворения сексуальной жизнью, отношению к мастурбации, связей и сексуальной активности. В случае некоторых аспектов появлялись также существенные различия между женщинами и мужчинами.

Выводы. Выделен ряд факторов, которые могут отрицательно влиять на врачебные компетенции в области сексуального здоровья. К ним относятся: отсутствие сексуальной инициации или же даже практическая незнакомость эротических опытов и чувствований, отсутствие удовлетворения сексуальной жизнью. Полученные результаты указывают на существенную частоту присутствия различных факторов, которые могут помешать студентам как расширения своих знаний, так и учета сексуальной проблематики во время расспроса. Оценка влияния собственной сексуальности на способности студентов и врачей в области ее учета при диагностике и лечения требуют последующих исследований.

Sexualität der Medizinstudenten – Entwicklung und Realisation der sexuellen Bedürfnisse

Zusammenfassung

Einleitung. Die Ausbildung im Bereich der sexuellen Physiologie und Pathologie des Menschen und eigene sexuelle Gesundheit der Ärzte bestimmen im großen Maße die Fähigkeit, mit dem Patienten über die sexuellen Störungen sprechen zu können. Im Zusammenhang damit fanden die Autoren wichtig, die Angaben zu sammeln und zu beurteilen, die die Entwicklung und das Sexualeben der Medizinstudenten betreffen.

Ziel. Die Analyse der ausgewählten Aspekten der psychosexuellen Entwicklung und des Sexualebens der Medizinstudenten des 4. Studienjahres.

Methode. In der Studie wurde der selbstbeschreibende Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenstellung mit dem Sexualeben angewandt, der zur Beurteilung der sexuellen Probleme der Patienten entwickelt wurde, die man mit Hilfe der Gruppentherapie behandelt. Die Studenten füllten den Fragebogen bei der Teilnahme am Unterricht aus dem Bereich der Nerven – Psychopathologie oder Psychotherapie an.

Ergebnisse. Die Analyse der erzielten Angaben zeigte eine verhältnismäßig große Unterscheidung der untersuchten Gruppe im Hinblick auf die Erfahrungen und Zufriedenstellung mit dem Sexualeben, Verhältnis zur Masturbation, Beziehungen und sexueller Aktivität. Im Falle mancher Aspekte traten auch signifikante Unterschiede zwischen den Frauen und Männern auf.

Schlussfolgerungen. Es wurde eine Reihe von Faktoren ausgesondert, die negativ die ärztlichen Kompetenzen im Bereich des Sexualebens beeinflussen. Es sind: Mangel an sexuelle Initiation oder Mangel an irgendeiner erotischen Erfahrungen, Mangel an Zufriedenstellung mit dem Sexualeben. Die erzielten Ergebnisse zeigen auf die signifikante Häufigkeit der Faktoren, die den Studenten sowohl die Verbreitung des Wissens als auch die Berücksichtigung der sexuellen Problematik bei der Anamnese schwer machen können. Die Beurteilung des Einflusses der eigenen Sexualität auf die Fähigkeiten der Studenten und Ärzte bei ihrer Berücksichtigung in der Diagnostik und Behandlung fordert weitere Studien.

La sexualité des étudiants en médecine – développement et réalisation des besoins sexuels

Résumé

Introduction. L'éducation concernant la pathologie et physiologie sexuelles et le santé sexuelle propre des médecins déterminent principalement l'habilité de parler avec les patients à propos de leurs troubles sexuels. C'est pourquoi les auteurs de ce travail considèrent qu'il est utile de ramasser et d'estimer les données concernant le développement et la santé sexuelle des étudiants en médecine.

Objectif. Analyser les aspects choisis du développement psychosexuel et de la vie sexuelle des étudiants en médecine (IV année).

Méthode. Les étudiants sont examinés avec le self-report Questionnaire of Satisfaction with Sexual Life (KSS2), instrument créé exprès pour analyser les problèmes sexuels des patients de la thérapie en groupe. Les étudiants sont examinés avec ce questionnaire pendant les cours de la psychopathologie ou de la psychothérapie.

Résultats. L'analyse des données obtenues atteste la grande différenciation du groupe examiné quant aux satisfactions et expériences sexuelles, attitudes envers la masturbation, activité et liaisons sexuelles. On note aussi les différences essentielles entre les femmes et les hommes en question.

Conclusions. On identifie plusieurs facteurs qui peuvent influencer négativement sur les compétences des médecins dans le domaine de la vie sexuelle : manque des expériences sexuelles, manque d'initiation sexuelle, manque de satisfaction sexuelle. Ces résultats indiquent que ces facteurs sont très fréquents et ils causent plusieurs difficultés à augmenter le savoir et la compréhension des problèmes sexuels. L'estimation de l'influence de la propre sexualité des étudiants en médecine et des médecins sur leurs compétences diagnostiques et thérapeutiques exige encore d'autres recherches au futur.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Lew-Starowicz Z, red. *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*. Warszawa: PZWL; 1992.
3. Feldhaus-Dahir M. *Female sexual dysfunction: barriers to treatment*. Urol. Nurs. 2009; 29, 2: 81–86.
4. Goldstein I, Lines C, Pyke R, Scheld JS. *National differences in patient-clinician communication regarding hypoactive sexual desire disorder*. J. Sex. Med. 2009; 6, 5: 1349–1357.
5. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. *Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych*. Seksuol. Pol. 2008; 6, 1: 26–32.
6. Sipiński A. *Zaburzenia erekcji*. W: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V, red. *Podstawy seksuologii*. PZWL; Warszawa: 2010, s. 192–209.
7. 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.
8. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M, Tsimitsiou Z, Konstantinidou E, Hatzichristou D. *Exploring sexual attitudes of students in health professions*. J. Sex. Med. 2008; 5: 1308–1316.
9. Zdrojewicz Z, Belowska-Bień K, Boruta M, Cielecka M, Słodkowska-Mueller S. *Badanie seksualności studentek wrocławskich uczelni*. Seksuol. Pol. 2003; 1, 1: 17–22.
10. Zdrojewicz Z, Belowska-Bień K, Nocoń J, Rekosz E, Piotrowska D, Szutkowska M. *Badanie seksualności studentów wrocławskich uczelni*. Seksuol. Pol. 2005; 3, 2: 37–42.
11. Grabowski K, Wichowicz H, Cubala WJ. *Formy zachowań seksualnych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku*. Psychiatr. Pol. 2006; 1: 139–151.
12. Wichowicz H, Cubala WJ, Grabowski K. *Poglądy dotyczące życia seksualnego wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku*. Psychiatr. Pol. 2006; 1: 153–164.
13. Jung CG. *A review of the complex theory*. Collected works, vol. VIII. Bollingen Series XX. Princeton: Princeton University Press; 1960.
14. Długołęcka A. *Wychowanie i edukacja seksualna*. W: Długołęcka A, Lew-Starowicz Z, red. *Jak się kochać? Edukacja seksualna dla każdego*. Warszawa: Świat Książki; 2010, s. 234–264.
15. Lew-Starowicz Z, Długołęcka A. *Edukacja seksualna*. Bertelsmann Media, 2006, s. 68.
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. Davidson JK, Moore NB. *Masturbation and premarital sexual intercourse among college women: Making choices for sexual fulfillment*. J. Sex. Marital Ther. 1994; 20: 178–199.
18. Leitenberg H, Detzer MJ, Srebnik D. *Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experience in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood*. Arch. Sex. Behav. 1993; 22: 87–98.
19. Hawińska M, Czyżkowska A. *Wybrane cechy osobowości a seksualność*. Przegl. Seksuol. 2008, 15: 5–10.

ANEKS

Badani proszeni byli o ustosunkowanie się do następujących twierdzeń, opisujących ich obecną sytuację życiową i doświadczenia:

Jestem w związku nieformalnym

Jestem w związku małżeńskim

Jestem aktywna(y) seksualnie w stałym związku

Często nawiązuję krótkotrwałe relacje seksualne

Jestem zadowolona(y) z mojego życia seksualnego

Kiedy byłam(em) dzieckiem, moi rodzice unikali tematów związanych z seksem

Uważam, że rodzice dobrze mnie przygotowali do relacji seksualnych

Wiedzę o sprawach związanych z seksem (uświadomienie) uzyskałam(em) w wieku:

Pierwszy poważny związek partnerski rozpoczęłam(ałem) w wieku:

Pierwszą sytuację erotyczną przeżyłam(em) w wieku:

Pierwszy stosunek płciowy przeżyłam(em) w wieku:

Dobrze (przyjemnie) wspominam mój pierwszy stosunek płciowy

Pierwszy stosunek wspominam jako przykry

Przynajmniej raz znalazłam(em) się w sytuacji erotycznej

Liczba partnerów heteroseksualnych

Liczba partnerów homoseksualnych

Masturbuję się zawsze, kiedy mam na to ochotę

Staram się ograniczać częstość masturbacji

Sytuacja erotyczna została w kwestionariuszu zdefiniowana jako:

„zbliżenie erotyczne między partnerami, niekoniecznie związane z penetracją genitalno-genitalną, np. seks oralny, petting (pieszczoty narządów płciowych i innych stref erogennych, bez pełnego stosunku płciowego), necking (pieszczoty erotyczne ograniczające się do górnej części ciała)”.

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

Otrzymano: 24.03.2011
Zrecenzowano: 28.11.2011
Otrzymano po poprawie: 30.11.2011
Przyjęto do druku: 12.12.2011

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.